GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE GODINA XIX BR. 176 VELJAČA 2019.

LIJEČNIČKE novine

STAMBENI I NENAMJENSKI KREDITI

od HRK 2,18 % & od HRK 3,8 %

LIJEČNIČKE NOVINE Broj 176
ISSN 1333-2775

Ford

Go Further

Potraži i Ford EcoSport Mood već od **116.990** kn!

5 Godina JAMSTVA

Emisija: od 119-125 g/km
Prosječna potrošnja: 5,3 -5,5 l/100km

ford.hr

IMPRESSUM

LIJEČNIČKE NOVINE
Glasilo Hrvatske liječničke komore
Adresa uredništva: Središnji ured Hrvatske liječničke komore
Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Hrvatska

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA
Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.
e-mail: ladazibar@gmail.com

IZVRŠNI UREDNIK
Prof. dr. sc. Željko Poljak, dr. med.
Vlaška 12, 10000 Zagreb
e-mail: zeljko.poljak@zg.t-com.hr

NOVINARKA
Smiljana Škugor Hrnčević, dipl. politolog, e-mail: smilja.skugor@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET
Miran Cvitković, dr. med. • Eva Jendriš Škrljak, dr. med.
Ivan Lerotić, dr. med. • Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med.
Prim. Mario Malović, dr. med. • Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med.
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Dragan Soldo, dr. med. • Prof. dr. sc. Davor Vagić, dr. med.
Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

TAJNIK UREDNIŠTVA
Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijecnicke.novine@hlk.hr

UREDNIČKI ODBOR
Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med. • Prof. dr. sc. Zdenko Kovač, dr. med. • Prim. Slavko Lovasić, dr. med. • Dr. sc. Adrian Lukenda, dr. med.
Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med. • Doc. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.
Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med.
Prim. Matija Prka, dr. med. • Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Prof. dr. sc. Livia Puljak, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Adriana Vince, dr. med.
Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med. • Ksenija Vučur, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA
Liječničke novine su glasilo Hrvatske liječničke komore za staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.
Izlaze mjesečno (osim u siječnju i kolovozu).
Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.
Rukopisi se šalju e-mailom na adresu: hlk@hlk.hr ili e-adresu urednika. Članci ne podliježu recenziji i uredništvo se ne mora slagati s mišljenjem autora. Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

OGLAŠAVANJE
Na temelju 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, cjelokupni odobreni sažetak svojstava lijeka te cjelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

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

Pretplatnička služba
Radno vrijeme: svaki radni dan 8:00 - 20:00
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465
e-mail: lijecnicke.novine@hlk.hr

Dizajn: Restart, Hrvojka i Antonio Dolić,
e-mail: hrvojka@restart.hr, tel. 091/3000 482

Tisak: Radin print d.o.o., Gospodarska 9, Sveta Nedelja

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 11. veljače 2019.

LIJEČNIČKE NOVINE
Journal of the Croatian Medical Chamber
Address: Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia
Editor-in-chief: Lada Zibar, MD, PhD
Published in 19.000 copies

IZDAVAČ
Aorta d.o.o., Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia
e-mail: info@aorta.hr, mob + 385 1 28 24 645

KAZALO

4 UVODNICI

9 RAZGOVOR
Dr. Dubravka Bosnić

14 TEMA BROJA
Nedostupnost zdravstvene zaštite

20 IZ KOMORE
Dr. Luetić u saborskom Odboru za zdravstvo • Ugovaranje kredita • Vodstvo Komore na tribinama • Komorine nagrade Osuda napada na liječnike • Konferencija o migracijama i identitetu • Stipendistica Komore na Klinici Mayo • Liječnička iskaznica i elektronički izbori • Komorin stipendist dr. Luka Novosel • Program stručnog usavršavanja 2019.

32 DEMOGRAFIJA LIJEČNIKA U HRVATSKOJ
Pedijatrija

38 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA
Gripa – zaštita i cijepljenje • Transplantacija srca u KBC-u Zagreb • Nagrađen doc. Ćuk • Film „Lica Lafore" • Sastanak seniora na MEF-u u Zagrebu • Suradni centar SZO-a u Očnoj klinici na Sv. Duhu • „Zeleni krov" na Klinici za tumore U HAZU-u o prostati • Optimizacija CT-a

54 PRIMARCI
Zašto obiteljska medicina

56 DOMOVINSKI RAT
Ratna bolnica „Šiška"

61 RIJEČ MLADIH LIJEČNIKA
Sekcija specijalizanata HDARIM

62 NAŠI LIJEČNICI U INOZEMSTVU
Prof. dr. sc. Tomislav Mihaljević

64 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

76 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE

81 GRAĐA ZA POVIJEST HRVATSKE MEDICINE

84 KNJIGOLIJEK

86 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE

90 MEDICINA I PRAVO

92 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE

96 BIOETIKA

98 HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI

100 MEDICINA I UMJETNOST

102 ESEJ

103 ZDRAVI HUMOR

104 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Bijela kuta kao simbol nenasilja

Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ

prvi dopredsjednik / v.d. predsjednika Hrvatske liječničke komore

Drage kolegice i kolege,

Kada je u kolovozu 2016. godine ubijen liječnik, urolog u slovenskoj bolnici u Izoli, gradu samo nekoliko kilometara udaljenog od hrvatske granice, mnogi su se hrvatski liječnici zapitali što se to događa. Zar je doista došlo vrijeme da se na svom radnom mjestu trebamo bojati za vlastitu sigurnost, strepiti za vlastiti život i zdravlje? Zar niti bijela kuta u kojoj kao liječnici obavljamo svoj poziv već desetljećima i stoljećima nije više nikakva prepreka za narušavanje našega tjelesnog integriteta, pa čak i oduzimanja naših života?

Te iste 2016. godine Hrvatska liječnička komora provela je anketu o nasilju nad liječnicima. Rezultati su bili zabrinjavajući. Čak 93 % anketiranih liječnika doživjelo je nasilje na radnom mjestu, od čega je četiri petine verbalno, a jedna petina fizičko nasilje. Razmjeri pojave nasilja i napada na liječnike sve su nas zaprepastili te primorali na još aktivnije djelovanje u smislu jačanja razine sigurnosti u zdravstvenim ustanovama te strože zakonske regulative takvih djela u kaznenom zakonu.

Sjećamo se da se hrvatski Kazneni zakon inače mijenjao nakon određenih ekstremnih događaja poput ubojstva novinara u Zagrebu ili ubojstva odvjetnika u Osijeku. Nakon tih ubojstava te su dvije profesije izrijekom uvrštene u navedeni zakon tako da su kaznena djela u kojima su oni žrtve postala predmet službenoga gonjenja. Istodobno smo i dalje svjedočili praksi postupanja nadležnih tijela kojima su djela nasilja nad liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima tretirana ili kao prekršaj ili je samo ostavljana mogućnost procesuiranja po privatnoj tužbi. Komora je još 2016. g. otpočela sa širokom inicijativom da se kaznena djela prisile i prijetnje nad liječnicima drugačije definiraju u Kaznenom zakonu, i to tako da se kazneno procesuiraju po službenoj dužnosti. Višegodišnjim naporima i zalaganjem konačno smo prošle godine dočekali izmjenu Kaznenog zakona, u koji je uvršten potpuno nov članak – **Prisila prema zdravstvenom radniku** (čl. 315a). Predlagatelju zakona i samom zakonodavcu jasno smo argumentirali da se djelom prisile nad zdravstvenim radnikom u obavljaju zdravstvene djelatnosti zapravo onemogućuje mogućnost pružanja zdravstvene skrbi građanima i posljedično uskraćuje Ustavom zajamčeno pravo za zdravstvenu zaštitu. Primjerice, fizičkim napadom na liječnika koji radi u hitnoj službi i jedini je službujući liječnik na nekoj lokaciji te njegovim onesposobljavanjem za nastavak rada, nastaje izravna ugroza koja onemogućuje pružanje hitne medicinske pomoći jednom većem broju ljudi. Ovakvom argumentacijom „razoružani“ su čak i oni koji su smatrali da u Kaznenom zakonu ne treba ništa mijenjati, oni koji su smatrali da liječnici i ostali zdravstveni radnici ne bi trebali biti zakonski „posebno zaštićeni“.

Posljednjih nekoliko tjedana mogli smo nažalost čuti zabrinjavajuće vijesti o nekoliko napada na zdravstvene djelatnike u različitim hrvatskim zdravstvenim ustanovama, u kojima su oni bili izloženi

izravnoj pogibelji, a neki od njih i zadobili tjelesne ozljede. Za takva kaznena djela zakon je za počinitelja predvidio mogućnost kazne zatvora do pet godina. Sada su na potezu nadležne institucije: policija, DORH i sudovi. U našem se društvu već pomalo „izlizala" ona glasovita rečenica: neka institucije rade svoj posao. Međutim, Komora će s posebnom pozornošću pratiti postupanja navedenih institucija, kako bi se uvjerili na koji će način nova zakonska odredba zaživjeti u praksi. Javno smo već inzistirali na striktnoj primjeni Kaznenog zakona i žurnom procesuiranju odgovornih počinitelja i nastavit ćemo snažno to zagovarati. Uz primjereno i pravovremeno provođenje zakona, potrebno je podići razinu sigurnosti u samim zdravstvenim ustanovama. Dok neki smatraju da zaštitari nisu nužni u bolnicama, mogu čak i osobno posvjedočiti da je tek angažiranjem zaštitara u čekaonici OHBP-a bolnice u kojoj radim značajno reduciran broj nasilničkih ponašanja. Zaštitari, videonadzor, zatim tzv. „tihi alarm" za udaljena ili dislocirana radilišta tek su neke od mjera koje je Komora predložila radi podizanja stupnja sigurnosti naših radnih mjesta.

Nije nikakva novost konstatirati da hrvatski zdravstveni sustav ima brojne slabosti. Njegove slabosti, manjkavosti, a nerijetko i nelogičnosti, često se prelamaju upravo preko leđa nas liječnika. Mi smo oni koji su na „prvoj crti", oni koji trebaju pacijentima objašnjavati njihova prava, oni koji im trebaju tumačiti zakonske odredbe ili odluke HZZO-a, oni koji objašnjavaju zašto su liste čekanja toliko dugačke i zašto na pretragu, pregled ili operaciju nije moguće doći ranije, oni na koje nezadovoljan bolesnik prvo iskaljuje svoju ljutnju ili bijes. Ispada da pored toga što smo liječnici i obavljamo svoju profesiju najbolje što znamo i možemo, istovremeno u našem zdravstvenom sustavu često moramo biti i pravnici, socijalni radnici ili administratori. Donose se zakoni i propisi kojima se građanima jamče brojna prava iz zdravstvene zaštite te osigurava socijalni mir, a u praksi se ta prava ne mogu ostvariti ili ne mogu ostvariti u razumnom roku. Nezadovoljstvo takvim sustavom građani tada ne adresiraju prema onima koji vode sustav, županiju ili državu, nego prema neposrednim izvršiteljima u zdravstvenom sustavu, prema nama liječnicima i našim suradnicima drugih zdravstvenih profesija. Potpuno pogrešno i promašeno. Liječnici i ostali zdravstveni radnici najviše su zainteresirani za rad u maksimalno uređenom i organiziranom sustavu, ali odgovornost za to nije primarno na njima. Odgovornost je na zdravstvenoj, državnoj i lokalnoj administraciji koju naši nezadovoljni građani nažalost vide samo na televiziji ili eventualno svake četiri godine na političkim skupovima u predizbornoj kampanji.

Bilo kako bilo, ne postoji opravdanje za nasilničko ponašanje ili pribjegavanju nasilju kao metodom rješavanja problema, nesporazuma ili neostvarenih prava. Nasilje u zdravstvenom sustavu posebno je nerazumno jer se čini nad ljudima koji su posvetili cijeli svoj profesionalni život pomaganju i liječenju potrebitih. Jednostavno ne postoje „objektivni" razlozi koji mogu biti opravdanje za nasilje, bilo verbalno, bilo fizičko.

Vjerojatno većini čitatelja nije poznat podatak da smo i u Hrvatskoj nažalost već imali slučaj ubojstva liječnika na radnom mjestu. Naime, dr. **Dalibor Kraljić**, specijalist fizijatar, hrvatski branitelj, suprug i otac troje djece, ubijen je u bijeloj kuti na svom radnom mjestu u bolnici u Varaždinskim Toplicama. Ubijen je vatrenim oružjem, a počinitelj tog tragičnog i sramotnog čina bio je pacijent. Taj tužni događaj dogodio se još 1994. godine. Svi koji su poznavali kolegu Kraljića, a osobno sam imao tu čast, mogli su se uvjeriti u njegove iznimne ljudske i profesionalne kvalitete. Bio je miran čovjek, predan svom poslu i obitelji, koji je mogao još puno toga dati hrvatskoj medicini i pacijentima.

No, jesmo li nakon toga kao država i društvo izvukli određene pouke? Jesmo li učinili sve, baš sve, da se takav čin ne ponovi? Jesmo li danas, 25 godina nakon toga potresnog događaja, sigurni na svojim radnim mjestima? Ili je, naprotiv, agresija postala društveno prihvatljivo ponašanje, pa čak i prema zdravstvenim radnicima? Jesmo li doista kao društvo zakazali? Najnoviji događaju nažalost upućuju na eskalaciju nasilja, na stanje u kojem se sutra može ponovno dogoditi tragedija. Stječe se također dojam da se evidentan porast virtualnog verbalnog nasilja prelijeva u fizičku agresiju u stvarnosti.

Kolegice i kolege, iskreno se nadam da nikada više nećemo svjedočiti takvom strašnom događaju. Liječnička bijela kuta treba biti ne samo naša službena uniforma, simbol našeg poziva, nego i svima jasan znak odvraćanja od nasilja i nasilničkog ponašanja.

"Dobro je dok ne tuku"

Dragi vjerni čitatelji!

Iako je ovo prvi ovogodišnji broj, već nam pomalo i ova nova godina odmiče. I uvijek tako nakon usporenog siječnja, kratka brza veljača duljega dana podsjeća na realan tempo života, rada i zadataka. Sve smo nade uložili u novo ljeto, sasvim ljudski, volimo nove početke okrećući leđa dosadašnjim problemima. Pa dobro je počelo i već ovog mjeseca možete planirati svoje životne kvadrate u svojoj domovini uz nikad povoljnije kredite koje je Komora ispregovarala s PBZ-om. Bravo za ovu konkretnu mjeru koja nas možda zadrži sretnije pod ovim najdražim nam nebom! Unatoč poplavi novinskih napisa o neželjenim događajima u tuzemnom zdravstvu, vrhunski iskoraci naših mlađih kolega divljenjem nadmašuju prijeteći negativni dojam o hrvatskoj medicini. O nekima od njih čitajte u ovom broju! I dok oni koji predstavljaju napredak u znanosti i kliničkoj medicini rade svoje, ne smijemo zaboraviti ni na ne manje važno značenje svakoga od nas koji u ovim okolnostima kada nas je malo i kada radimo prekovremeno odrađujemo barem još za jednoga, a što ostaje neprepoznato osim uz navode o netransparentnom plaćanju istoga i pogrešnom obračunu plaća. Hoće li se već nešto promijeniti i navesti administraciju da ove, ostatku svijeta teško razumljive napore, barem dostojno plaća?! "Dobro je dok ne tuku" prestaje biti karikirana izjava pa nam se novi zakon o sankcioniranju nasilja prema liječnicima, za što se Komora svojski potrudila, pokazao više nego neophodnim. Kako naći podršku medija u nastojanju vraćanja povjerenja u liječnike, trenutačno je preteško pitanje jer se nerazumni pojedinci zadovoljavaju kratkotrajnim bodovima koje si priskrbe izvješćima ili komentiranjem senzacija dok istodobno dugoročno cine teško popravljivu štetu u obliku narušenog odnosa između liječnika i pacijenata. U tim je okolnostima nažalost najjednostavnije krenuti na zapad. Nastavljamo borbu protiv toga efluvija i podsjećamo na Komorinu podršku ostanku u Hrvatskoj putem raznih već etabliranih oblika pomoći ali i novih strategija koje su u pripremi. Bliže nam se novi izbori u Komori i apeliram na građansku savjest i svijest o važnosti mudrih odluka. Svaki je vaš glas dragocjen i odgovoran doprinos zajedničkoj boljoj budućnosti.

S nadom i vjerom u hrvatske liječnike toplo preporučujem sljedeće stranice,

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

38%

RRR ZA KV SMRTNOST[2]

Za vaše bolesnike sa **ŠEĆERNOM BOLESTI TIPA 2** i utvrđenom kardiovaskularnom bolesti*
odaberite **JARDIANCE®** da:

SMANJITE KV SMRTNOST I SPRIJEČITE KV DOGAĐAJE[1-4]

Rani učinak na smanjenje rizika od KV smrtnosti[2,5]

Smanjenje KV smrtnosti neovisno o početnom HbA1c[6]

Smanjenje rizika za hospitalizaciju zbog zatajivanja srca za 35%[1,2]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

JARDIANCE®

Prvi oralni antidijabetik odobren od strane EMA za učinak na kontrolu glikemije i smanjenje KV smrtnosti.[1]

Jardiance®
(empagliflozin)

10 mg filmom obložene tablete
25 mg filmom obložene tablete

Synjardy®
(empagliflozin+metforminklorid)

5 mg/850 mg; 12,5 mg/850 mg;
5 mg/1000 mg; 12,5 mg/1000 mg
filmom obložene tablete

*što uključuje bolesnike s koronarnom arterijskom bolesti, perifernom arterijskom bolesti ili anamnezom infarkta miokarda ili moždanog udara

KV = kardiovaskularni; **RRR =** relativno smanjenje rizika (engl. Relative Risk Reduction)

Reference: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Jardiance 10 mg i 25 mg, filmom obložene tablete (EMA 31.05.2018.) **2.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME® Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. **3.** Zinman B, Inzucchi SE, Lachin JM, et al. Rationale, design, and baseline characteristics of a randomized, placebo-controlled cardiovascular outcome trial of empagliflozin (EMPA-REG OUTCOMER). Cardiovasc Diabetol. 2014;13(102). doi:10.1186/1475-2840-13-102. **4.** Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2315-2381. **5.** Fitchett D, et al., Cardiovascular Mortality Reduction with Empagliflozin in Patients with Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease. JACC 2018;3, 363 -9. **6.** Inzucchi S, et al. Does baseline HbA1c or change in HbA1c predict the reduction in cardiovscular death with empagliflozin? Results from EMPA-REG OUTCOME®. 53rd Annual Meeting of the EASD for the study of diabetes: 2017. Poster 916.

Boehringer Ingelheim

SKRAĆENI SAŽETAK

Jardiance 10mg ili 25mg filmom obložene tablete (INN: empagliflozin) **Indikacije** Za liječenje odraslih osoba s nedostatno kontroliranom šećernom bolesti (ŠB) tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi - kao monoterapija kada se metformin ne smatra prikladnim zbog nepodnošljivosti; - kao dodatak drugim lijekovima za liječenje ŠB. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Doziranje** Preporučena početna doza je 10mg empagliflozina (empa) 1x dnevno za monoterapiju i za dodatak kombiniranoj terapiji s drugim lijekovima za liječenje ŠB. U bolesnika koji podnose empagliflozin 10mg 1x dnevno, imaju eGFR ≥60 ml/min/1,73 m^2 i trebaju jaču kontrolu glikemije, doza se može povećati na 25mg 1x dnevno. Maksimalna dnevna doza iznosi 25mg. Kada se primjenjuje u kombinaciji sa sulfonilurejom (SU) ili inzulinom, moguće je razmotriti nižu dozu SU ili inzulina, kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. Posebne populacije *Oštećenje bubrežne funkcije* Zbog mehanizma djelovanja, glikemijska djelotvornost empa je ovisna o funkciji bubrega. Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s eGFR ≥60 ml/min/1,73 m^2 ili klirensom kreatinina ≥60ml/min. *Oštećenje jetrene funkcije* Nije potrebno prilagođavanje doze. Izloženost empagliflozinu je povećana u bolesnika s teškim oštećenjem jetre. Terapijsko iskustvo je ograničeno i stoga se ne preporučuje za uporabu u ovoj populaciji. *Starije osobe* Nije preporučeno prilagođavanje doze prema dobi. U bolesnika u dobi od 75+ godina treba uzeti u obzir povećani rizik od deplecije volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije empa. **Način primjene** Tablete se mogu uzeti sa ili bez hrane, progutane cijele s vodom. U slučaju propuštene doze, doza se treba uzeti čim se bolesnik sjeti. Ne smije se uzeti dvostruka doza u istom danu. Posebna upozorenja i mjere opreza pri **uporabi** Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti glukoze u krvi (GUK), ispod 14mmol/l (250mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žedi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U oba slučaja, liječenje empa može se ponovno započeti nakon što se bolesnikovo stanje stabiliziralo. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Oštećenje bubrežne funkcije - terapija se ne smije započeti u bolesnika s eGFR ispod 60 ml/min/1,73 m^2 ili klirensom kreatinina <60 ml/min. U bolesnika koji podnose empa i čiji je eGFR perzistentno ispod 60 ml/min/1,73 m^2 ili klirens kreatinina <60 ml/min, potrebno je prilagoditi ili zadržati dozu empa na 10 mg jedanput dnevno. Terapija empa mora se prekinuti kada je eGFR perzistentno ispod 45 ml/min/1,73 m^2 ili klirens kreatinina perzistentno ispod 45 ml/min. Empa se ne smije koristiti u bolesnika u završnom stadiju bolesti bubrega ili u bolesnika na dijalizi budući se ne očekuje da empa bude učinkovit u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega: preporučuje se procjena funkcije bubrega kako slijedi: - Prije započinjanja terapije empa i periodično tijekom liječenja, tj. barem jedanput godišnje; - Prije započinjanja istodobne terapije bilo kojim lijekom koji može imati negativan učinak na funkciju bubrega. Oštećenje jetre Prijavljeni su slučajevi oštećenja jetre tijekom primjene empa u klin.ispitivanjima. Uzročno-posljedični odnos između empa i oštećenja jetre nije ustanovljen. Povišeni hematokrit (Ht) Pri liječenju empa uočeno je povećanje Ht. Rizik od deplecije volumena Na temelju načina djelovanja SGLT-2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga treba biti oprezan u bolesnika u kojih bi empagliflozinom inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75 i više godina. U slučaju starija koja mogu dovesti do gubitka tekućine, u bolesnika koji primaju empa preporučuje se pažljivo praćenje statusa volumena i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja empa dok se gubitak tekućine ne korigira. Infekcije mokraćnog sustava (MS) U združenim placebom kontroliranim, dvostruko slijepim ispitivanjima u trajanju 18 do 24 tj. sveukupna učestalost infekcija MS prijavljenih kao štetni događaj bila je slična u bolesnika koji su liječeni empa 25mg i placebom, te viša u bolesnika liječenih empa 10mg. Nakon stavljanja lijeka u promet, u bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi kompliciranih infekcija MS uključujući pijelonefritis i urosepsu. U bolesnika s kompliciranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid terapije empa. Amputacije donjih ekstremiteta U dugoročnim klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, koja su u tijeku, opaženo je povećanje broja slučajeva amputacije donjih ekstremiteta (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl. *class effect*). Kao i kod svih bolesnika sa ŠB važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s bolesnicima klase I-II NYHA je ograničeno, te ne postoje iskustva iz klin.ispitivanja primjene empa u bolesnika klase III-IV NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1% bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je konzistentno sa sveukupnom populacijom. **Nuspojave** Navedene prema apsolutnoj učestalosti. Vrlo često - hipoglikemija (kada je primjena bila sa SU ili inzulinom); Često - vaginalna monilijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje često - urtikarija; deplecija volumena; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije; povišena vrijednost Ht. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5, Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/14/930/001-018. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). Za više informacija molimo pročitajte zadnji **odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2018. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/jardiance.**

Synjardy 5 g/850mg (5mg/1000mg; 12,5mg/850mg; 12,5mg/1000mg) filmom obložene tablete (INN: empagliflozin/metforminklorid) **Indikacije** Synjardy je indiciran za liječenje odraslih osoba sa šećernom bolešću (ŠB) tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi: - u bolesnika u kojih nije postignuta dostatna regulacija uz njihovu maksimalnu podnošljivu dozu metformina (MET) kao monoterapiju; - u kombinaciji s drugim lijekovima za liječenje SB u bolesnika u kojih nije postignuta dostatna regulacija MET i tim drugim lijekovima; - u bolesnika koji se već liječe kombinacijom empagliflozina (empa) i MET kao odvojenim tabletama. **Kontraindikacije** -Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari. –Bilo koja vrsta akutne metaboličke acidoze (kao što je laktacidoza, dijabetička ketoacidoza). -Dijabetička pretkoma. –Teško zatajenje bubrega (GFR<30 ml/min.). -Akutna stanja koja mogu promijeniti funkciju bubrega poput: dehidracije, teške infekcije, šoka. -Bolest koja može uzrokovati hipoksiju tkiva (naročito akutna bolest ili pogoršanje kronične bolesti) poput: dekompenziranog srčanog zatajenja, respiratornog zatajenja, nedavnog infarkta miokarda, šoka. -Oštećenje jetre, akutno trovanje alkoholom, alkoholizam. **Doziranje** *Odrasli s normalnom funkcijom bubrega (GFR≥ 90 ml/min)* - preporučena doza je 1 tableta 2x dnevno. Doziranje je potrebno prilagoditi pojedinom bolesniku na temelju trenutnog režima, učinkovitosti i podnošljivosti liječenja primjenjujući preporučenu dnevnu dozu od 10mg ili 25mg empa, pri čemu se ne smije prekoračiti maksimalna preporučena dnevna doza MET. *U bolesnika u kojih nije postignuta dostatna regulacija MET (bilo u monoterapiji ili u kombinaciji s drugim lijekovima za liječenje ŠB)* - preporučena početna doza lijeka Synjardy mora osigurati 5mg empa 2x dnevno (dnevna doza 10mg) i dozu MET sličnu dozi koja se već uzima. U bolesnika koji podnose ukupnu dnevnu dozu empa 10mg i koji trebaju bolju regulaciju glikemije, doza se može povećati na ukupnu dnevnu dozu empa 25mg. Kada se Synjardy primjenjuje u kombinaciji sa sulfonilurejom (SU) i/ili inzulinom, može biti potrebna niža doza SU i/ili inzulina kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. *Za bolesnike koji prelaze s odvojenih tableta empa i MET*- moraju primiti jednaku dnevnu dozu empa i MET koju su već uzimali ili najbližu terapijski odgovarajuću dozu METa. Posebne populacije *Oštećenje bubrežne funkcije* Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s blagim oštećenjem bubrega. GFR treba procijeniti prije početka liječenja lijekovima koji sadrže MET te najmanje jedanput godišnje nakon toga. U bolesnika s povećanim rizikom od daljnje progresije oštećenja funkcije bubrega i u starijih osoba, funkciju bubrega treba procjenjivati češće, npr. svakih 3-6 mjeseci. Ako nije dostupna odgovarajuća jačina lijeka Synjardy, potrebno je primijeniti pojedinačne komponente zasebno umjesto fiksne kombinacije.
Doziranje za bolesnike s oštećenjem bubrega

GFR ml/min	Metformin	Empagliflozin
60-89	Maksimalna dnevna doza je 3000 mg. Može se razmotriti sniženje doze s obzirom na slabljenje funkcije bubrega.	Maksimalna dnevna doza je 25 mg.
45-59	Maksimalna dnevna doza je 2000 mg. Početna doza iznosi najviše polovicu maksimalne doze.	Primjena empagliflozina ne smije se započeti. Dozu je potrebno prilagoditi ili održavati na maksimalnoj dnevnoj dozi od 10 mg.
30-44	Maksimalna dnevna doza je 1000 mg. Početna doza iznosi najviše polovicu maksimalne doze.	Empagliflozin se ne preporučuje.
<30	Metformin je kontraindiciran.	Empagliflozin se ne preporučuje.

Oštećenje jetrene funkcije Ne smije se primjenjivati u bolesnika s oštećenjem jetre. *Starije osobe* Zbog mehanizma djelovanja empa: smanjena funkcija bubrega rezultirat će smanjenom glikemijskom djelotvornošću empa. Budući da se MET izlučuje putem bubrega, a stariji bolesnici su podložniji smanjenoj funkciji bubrega, Synjardy je potrebno primjenjivati s oprezom u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega je nužno kako bi se spriječila laktacidoza povezana s METom, naročito u starijih bolesnika. U bolesnika u dobi od 75+ godina potrebno je uzeti u obzir povećani rizik od deplecije volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva s empa u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije u ovoj populaciji. *Pedijatrijska populacija* Sigurnost i djelotvornost lijeka Synjardy u djece i adolescenata u dobi 0-18 godina nisu još ustanovljene. Nema podataka o primjeni u djece. **Način primjene** - potrebno uzimati 2x dnevno s obrocima kako bi se smanjile GI nuspojave povezane s MET. Svi bolesnici moraju nastaviti svoj režim prehrane s odgovarajućom raspodjelom unosa ugljikohidrata tijekom dana. Bolesnici s prekomjernom TT moraju nastaviti svoj režim prehrane s ograničenim energetskim unosom. Ako se doza propusti, potrebno ju je uzeti čim se bolesnik sjeti. Međutim, ne smije se uzeti dvostruka doza odjednom. U tom slučaju potrebno je preskočiti propuštenu dozu. **Posebna upozorenja i mjere opreza** Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima, stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti GUK, ispod 14 mmol/l (250 mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žedi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U oba slučaja, liječenje empa može se ponovno započeti nakon što se bolesnikovo stanje stabiliziralo. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Sigurnost i djelotvornost empa u bolesnika sa ŠB tipa 1 nisu ustanovljene te se empa ne smije primjenjivati u liječenju bolesnika sa ŠB tipa 1. Ograničeni podaci iz klin.ispitivanja ukazuju da se DKA javlja s čestom učestalošću u bolesnika sa ŠB tipa 1 koji se liječe SGLT2i. Laktacidoza - vrlo rijetka, ali ozbiljna metabolička komplikacija, najčešće nastaje pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega ili kardiorespiratornoj bolesti ili sepsi. U akutnom pogoršanju funkcije bubrega dolazi do nakupljanja MET, što povećava rizik od laktacidoze. U slučaju dehidracije (teški proljev ili povraćanje, vrućica ili smanjen unos tekućine), potrebno je privremeno prekinuti primjenu MET. U bolesnika liječenih MET potreban je oprez kad se započinje s primjenom lijekova koji mogu akutno oštetiti funkciju bubrega (kao što su antihipertenzivi, diuretici i NSAIL-ovi). Značajke laktacidoze su acidozna disonеja, bol u abdomenu, grčevi u mišićima, astenija i hipotermija nakon koje slijedi koma. U slučaju sumnje na simptome, bolesnik treba prestati uzimati MET i odmah potražiti pomoć liječnika. Rizik od deplecije volumena Na temelju načina djelovanja SGLT2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga je potreban oprez u bolesnika u kojih bi empa inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75+ godina. U bolesnika koji primaju Synjardy i sa stanjima koja mogu dovesti do gubitka tekućine preporučuje se pažljivo praćenje volumnog statusa i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja Synjardyem sve dok se gubitak tekućine ne korigira. Infekcije mokraćnog sustava (MS) U združenim, placebom kontroliranim, dvostruko slijepim ispitivanjima u trajanju 18 do 24 tjedana, sveukupna učestalost infekcija MS prijavljenih kao štetni događaj bila je veća u bolesnika koji su liječeni empa 10mg uz osnovnu terapiju MET u usporedbi s bolesnicima koji su primali placebo ili liječeni empa 25mg uz osnovnu terapiju MET. Nakon stavljanja lijeka u promet, u bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi kompliciranih infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu). U bolesnika s kompliciranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja. Amputacije donjih ekstremiteta (ADE) U dugoročnim klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, koja su u tijeku, opaženo je povećanje broja slučajeva ADE (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl.*class effect*). Kao i kod svih bolesnika s dijabetesom važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s I-II stupnjem NYHA je ograničeno, te u klin.ispitivanjima ne postoje iskustva primjene empa u bolesnika III-IV stupnja NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1 % bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je u skladu sa sveukupnom populacijom u ispitivanju. **Nuspojave** Vrlo česte - hipoglikemija (u kombiniranoj primjeni sa SU ili inzulinom); GI simptomi. Česte - vaginalna monilijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; poremećaj osjeta okusa; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje česte - deplecija volumena; urtikarija; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije, povišena vrijednost hematokrita. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5,Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. Broj(evi) odobrenja: EU/1/15/1003/001-040. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2018. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/synjardy Datum sastavljanja/ posljednje izmjene:** siječanj, 2019. **Šifra:** PC-HR-100133. **Samo za zdravstvene radnike.**

▼ Ovi su lijekovi pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek.
Upute za prijavljivanje dostupne su na **www.halmed.hr.**
U slučaju potrebe za medicinskom informacijom molimo nazovite Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o. na tel. 01/2444-600 ili pošaljite e-mail na: medinfo@boehringer-ingelheim.com

Za vrsnog imunologa važna je intuicija, ostalo se nauči

Dr. DUBRAVKA BOSNIĆ,

internistica Zavoda za kliničku imunologiju i reumatologiju

Imunologinja koja 40 godina otkriva 'skrivene' bolesti, koju kolege zovu hrvatski dr. House, ističe kako se u šali zna reći da čovjeka prije negoli završi na psihijatriji treba pregledati imunolog jer se sarkastično znade reći da su sistemske bolesti iz skupine „imunofilozofije".

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Liječnici kažu: Ako nakon silnih pretraga ne znaš što je pacijentu pošalji ga kolegi imunologu. I što onda imunolog radi, krene li iz početka?

Kaže se da vrijediš kao doktor onoliko koliko imaš diferencijalnih dijagnoza u glavi, a ne kojom brzinom dijagnosticiraš. Važno je naučiti maštati u ozbiljnom smislu. Sarkastično se kaže da su sistemske bolesti iz skupine tzv. imunofilozofije. Također se kaže (u šali) da čovjeka, prije nego što završi na psihijatriji, treba pregledati imunolog. To je zato što dio tih bolesti kao dio kliničke slike, osobito u samom početku, sadrži kroničan umor, pospanost, bezvoljnost, gubitak tjelesne mase, subfebrilnost i sl. Primjerice, tako može započeti autoimuna Addisonova bolest ili zatajenje nadbubrežne žlijezde. Slično može krenuti i multipla skleroza, moždani vaskulitis, endokarditis ili limfom. Zbog toga se sve to mora temeljito pročešljati po raznim sustavima. U vrijeme kad sam ja počela studirati, klinička imunologija kao disciplina uopće nije postojala. Ona je bila dio nekih drugih struka, kao npr. nefrologije ili pulmologije. Kasnije su prepoznata neka zajednička svojstva tih

>>

U šali se kaže da čovjeka, prije nego što završi na psihijatriji, treba pregledati imunolog. To je zato što dio tih bolesti kao dio kliničke slike, osobito u samom početku, sadrži kroničan umor, pospanost, bezvoljnost, gubitak tjelesne mase, subfebrilnost i sl.

bolesti, tako da se ta struka kristalizirala iz struka koje su se bavile oštećenjem pojedinih organskih sustava. U sistemskom lupusu, na primjer, povezale su se nefrologija, dermatologija, reumatologija, hematologija, neurologija itd. Protutijela u autoimunim bolestima koja reagiraju na samoga sebe, nisu specifična i zahvaćaju sve strukture u tijelu, od kože pa do mozga, krvnih stanica, srca, plućne ovojnice pa pluća sustav, bubrege, zglobove... Dakle, nema organa koji nije dirnut. U nekih ljudi zahvaćenost bude više izražena, u drugih manje. Uz to te bolesti imaju svoje mimikrije, bolesti koje su im slične po simptomima, a puno su češće, kao što su primjerice infekcije ili tumori. Tu morate biti pomalo intuitivni kako biste otkrili o kojoj se bolesti radi jer su one mahom nespecifične prezentacije. Kaže se da se u likovnoj umjetnosti nauče tehnike, ali „ars" je talent, ono posebno što umjetnika izdvaja iz mase. U našoj struci to je intuicija, ostalo se nauči ako imaš zdrav razum.

Možete li nam ukratko opisati svoj posao s početka karijere do danas. Što se promijenilo? Ima li više bolesti ili je uz pomoć tehnike uznapredovala dijagnostika?

Nisam inovatorica, istražitelj, niti toliko hrabra da bih uvodila nove metode. Radila sam struku, a to je sinteza znanja i vještina, dok istražitelj radi analizu. To su dva nasuprotna načina razmišljanja - ne može se biti i jedno i drugo. Počela sam raditi u Internoj intenzivnoj skrbi Interne klinike na Rebru i tamo sam bila 12 godina, da bih nakon toga bila u Zavodu za kliničku imunologiju na Rebru do danas, s time da sam dežurala u Intenzivnoj skrbi do prije godinu dana. To je mjesto gdje sam prvi put 1979. vidjela bolesnika s Wegenerovom bolešću (renopulmonalni sindrom) koji se razbolio u 28. godini i razvio zatajenje bubrega i pluća. To mi je pokazao moj profesionalni uzor prim. Dragutin Ivanović koji je živio

posve odan struci, tiho, „subkutano“ i na tome počivaju ostaci današnje kliničke medicine. U ovih mojih 40 godina koliko radim, postojale su tri kapitalne osobe koje su promijenile internu medicinu. To je prof. Mihajlo Šesto koji je prvi uveo invazivnu interventnu kardiologiju i smanjio broj invazivnih kardiokirurških zahvata. Zatim je to bila dr. Branka Jereb koja je došla iz Zadra i uvela intervencijsku gastroenterologiju, npr. zaustavljanje krvarenja iz jednjaka, želuca, dvanaestopalčanog i debelog crijeva uz pomoć struje ili kemijskim sredstvima. I tu je prof. Boris Labar koji je kod nas uveo transplantaciju koštane srži u liječenju hematoloških bolesti i tumora. To su u mojim očima tri revolucionarne osobe koje su kod nas kvalitativno promijenile internu medicinu i viđenje struke. Premali smo narod da bismo imali dovoljno rijetkih bolesti za istraživanje i stoga ne možemo biti pioniri u uvođenju novih terapija. Čak ni u Europi tih bolesti nema toliko da bi se mogla provesti statistički znakovita istraživanja pa se formiraju europska središta za neke skupine bolesti, npr. Eustar koji prati sistemsku sklerozu, Eurolupus itd. Na animalnim modelima pokušavaju se simulirati autoimune bolesti i proučavati kako mehanizme, tako i potencijalne terapijske intervencije. Razvoj tehnike omogućio je uvid u promjene živčanog sustava (MR mozga i MRA , SPECT, PET, stereotaksija), čime se mogu objasniti promjene ponašanja u SLE-u (sistemski lupus eritematodes) sa zahvaćanjem mozga, ali i komorbiditeti ili terapijske komplikacije. Terapijski se u biti nije postigao velik napredak, jer su temelj i dalje kortikosteroidi koji se daju od 1955. g. Citostatici samo djelomično ublažavaju tijek bolesti, a sva tzv. biološka terapija, tj. monoklonska protutijela, na neke od molekula koje sudjeluju u upalnom zbivanju (najčešće na prijenosnike informacije od stanične do jezgrine membrane), još je u praćenju, ali se upliće u fiziološki proces našega tijela i izaziva mnoge nuspojave. Nisam pesimist poput Schopenhauera i ne mislim da živim na najgorem planetu, niti sam Leibnitz koji je mislio da živimo na najboljem planetu, no uvijek se bojim komplikacija. Ne hranim se uspjehom, ali se bojim neuspjeha, pogreške ili nuspojave.

» Tehnologija se brzo razvija, no medicina (bolesnik sa svojom teškoćom i liječnik) ne toliko. I dalje smo smrtni, od kamenog doba do danas «

Sve je više autoimunih bolesti. Što je tome uzrok?

Nisam statističar, ali više se razmišlja o tim nedefiniranim stanjima, postoji bolje prepoznavanje... Goethe kaže: „Prepoznajem ono što znam...“. Autoimune bolesti moraju imati, uz kliničku sliku, serološki dokaz protutijela na neku od tkivnih ili staničnih struktura (na štitnjaču, na žučne vodove itd.) uz histološku sliku oštećenog organa (biopsija jetre, tkiva štitnjače, bubrega mora dati imunokompetentne stanice u nalazu). Suptilniji postupci su dokazivanja raznih protutijela, a nužna su barem dva različita postupka koji će potvrditi da je neko protutijelo odgovorno za organsko oštećenje. No samo za vrlo malo protutijela možemo potvrditi da izazivaju oštećenja, uglavnom su to epifenomeni. Tako npr. u SLE-u imamo potvrdu da protutijela na dsDNA izazivaju oštećenje bubrega, ali ne i druga protutijela, a ima ih oko 14 u toj bolesti (histonska protutijela, Sm, ENA, SS-A, SS-B). Postoje i tzv. „ lažna“ protutijela, npr. RF je pozitivan u bolesnika s hepatitisom B i C, kojij nemaju nikakvog reumatoidnog artritisa. Složeni su mehanizmi nastanka autoimunih bolesti, no primarni uzrok najčešće ne znamo. Trajno se provlače genska predispozicija (HLA sustav nasljeđivanja), vanjski čimbenici (virusi, bakterije, paraziti, lijekovi, UV), ali i endogeni (tumori, poremećena stanična apoptoza...). Nakon što je izoliran retrovirus HIV kao uzročnik AIDS-a, pokazano je da se na životinjskim modelima može njime izazvati sistemski lupus, a zajednički je biljeg jedne i druge bolesti poremećaj apoptoze limfocita CD4 sa stimulacijom Apo1 ili FAS liganda preko kojih ide dirigirana smrt stanice. I tako se može intelektualizirati o svakoj stopi u mehanizmu ovog tipa upale, koja je kronična, neizlječiva i progresivna (baš kao i tumori, jer ima i pridruženu neoangiogenezu), tako da se liječe gotovo zajedničkom skupinom lijekova.

O tome se u javnosti malo govori. Kako pomoći ljudima da se od tih bolesti zaštite. Ima li načina?

Teško je zaštititi se jer ne znamo kako bolest nastaje. Poznate su provokacije koje pogoršavaju bolest (npr. sunčanje u sistemskom lupusu, hormonska kontracepcija u SLE-u jer ženski spolni hormoni provociraju relaps bolesti), pretilost u reumatskim bolestima jer fizički opterećuju lokomotorni sustav. Prehrana bogata kalcijem i vitaminom D (masti) te omega kiselinama pomaže kod osteoporoze u SLE-u jer se bolesnik ne smije izlagati suncu preko kojega se aktivira vitamin D, a sklon je osteoporozi.

>>

U slučaju Vaše struke čini se da je ipak znanje i iskustvo u prepoznavanju bolesti daleko ispred brojnih tehnoloških mogućnosti koje pruža suvremena medicina.

Tehnologija se brzo razvija, no medicina (bolesnik sa svojom teškoćom i liječnik) ne toliko. I dalje smo smrtni, od kamenog doba do danas moramo se hraniti i piti jer smo otvoren termodinamički sustav koji se mora egzogeno napajati da bi funkcionirao. I dalje postajemo dementni, i dalje ne znamo zašto nastaje ateroskleroza niti zašto maligne tumorske stanice postaju besmrtne. Mi liječimo antibioticima, supstitucijskom terapijom, kirurškim zahvatima, kortikosteroidima itd., no i dalje nismo uvijek sigurni na koji mehanizam točno djelujemo. Glavno da djelujemo i da ne škodimo višem cilju. Upravo sam odgledala film „Ubojstvo svetog jelena" i još sam pod njegovim dojmom -metafora za „Ifigeniju na Tauridi", uza svu tehnologiju smrt na kardiokirurškom stolu (bez makrogreške / membranska smrt - teorija kaosa) i nakon toga žrtvovanje kroz nejasnu neurološku bolest. Preporučujem mladima da ga pogledaju, možda se nakon njega odluče raditi u slastičarnici, a ne u bolnici.

Kakva je uloga skupih lijekova, mijenjaju li epidemiološku sliku, pomažu li stvarno u liječenju?

Cijena lijeka nije proporcionalna kvaliteti, nju određuje tržište. Moćne osovine svijeta danas su droga, nafta, oružje i farmaceutska industrija. Epidemiološka slika svijeta promijenila se pranjem ruku, kuhanom hranom i cijepljenjem, a ne antibioticima i citostaticima. Posljednja generacija antibiotika lansirana na svjetsko tržište prije desetak godina (karbapenemi) već je postala neučinkovita zbog prečeste primjene i razvoja rezistencije, jer se bakterije svemu prilagođavaju. Ako mislite na terapiju monoklonskim protutijelima i imunomodulatorima te biosličnim lijekovima koji se paralelno javljaju, oni ublažavaju kliničku sliku, ali bolest ne izliječe. Nastaju i nove komplikacije i ne treba smetnuti s uma da je jatrogeneza na 4. mjestu po učestalosti u pobolu svjetske populacije.

Nisam pesimist poput Schopenhauera pa da mislim da živim na najgorem planetu niti poput Leibnitza koji je rekao da živimo na najboljem planetu, no uvijek se bojim komplikacija. Ne hranim se od uspjeha, ali se bojim neuspjeha, pogreške ili nuspojave

» Profesionalni uzori su mi prim. Dragutin Ivanović, prof. Mihajlo Šesto, dr. Branka Jareb i prof. Boris Labar. To su u mojim očima revolucionarne osobe koje su kvalitativno promijenile internu medicinu i viđenje struke «

Kako vidite napredak svoje struke?

Nisam vizionar, ali mislim da će se nešto novo naći slučajno i promijeniti poimanje o današnjim bolestima o kojima razgovaramo. Nakon uvođenja transplantacije koštane srži i njene primjene kod limfoma i kolagene bolesti, limfom je izliječen, ali je bolest vezivnog tkiva ostala. Tko zna...?

Vaši kolege kažu da ste hrvatski dr. House. Uzdate li se više u dobivene nalaze ili u vlastito znanje i iskustvo kao dr. House?

Sa stručnoga gledišta doktor House je liječio napamet, što znači bez zadanih pravila igre. Vjerojatno je to tako prikazano da bi televizijska serija dobila na zanimljivosti i nepredvidljivosti. U postavljanju dijagnoze postoje određena pravila. To su smjernice, algoritmi, koji nastaju iskustvom s velikim skupinama bolesnika, uzoraka i podataka. Traže se zajedničke poveznice, zakonitosti u neučinkovitosti ili progresiji (prate se klinički i laboratorijski pokazatelji, poremećeni histološki i radiološki i tzv. slikovni nalazi). House je to radio bez medicinske logike kako bi bilo što zanimljivije. Najčešće je dijagnosticirao autoimune bolesti, zakučasta otrovanja ili bizarne infekcije. Nama pristižu složeni bolesnici koji su već trijažirani u drugim bolnicama ili drugim odjelima (najčešće u Infektivnoj klinici) i prošli diferencijalnodijagnostičko razmišljanje (isključivanje infekcija, tumora itd.), tako da je nekad najlakše posoliti na kraju i biti pametan.

Kažu da ste poslu posvećeni od 8 ujutro do ponoći. Kako se odmarate, kako punite baterije?

Među zadacima koje obavljam imam i status suradnika u nastavi (nemam doktorat znanosti pa sam u nastavničkoj hijerarhiji na samom dnu), ali rado pokazujem što znam (možda je u meni neka latentna učiteljica). Studentima

Na početku romana „Proljeće Ivana Galeba“ Vladana Desnice dječak prisluškuje razgovor svojih teta, koje tračaju njegovoga oca. Opisuje se kako je umro: „Kažu da je krepa nasred mora povrativši drob“. A to je klinička slika zapetljaja crijeva „miserere“. Kafka u pismima Mileni piše „kako mu je duša bila toliko bolesna da su mu se pluća razboljela“. To je primjer psihosomatske bolesti. Iz Tolstojeve „ Smrti Ivana Iliča“ mogu se spoznati mnoge pojedinosti iz našeg posla i potvrdu da se u ekspresiji teškoća nije ništa promijenilo kroz pusta stoljeća

na trećoj godini, kad se opraštaju od pretkliničkih predmeta i trebaju se zaljubiti u kliničku medicinu, rado vodim vježbe i seminare. Ponekad to bude ljubav na prvi pogled, a ponekad na zadnji. Kod uvoda u internu pokušavam ih motivirati. Uvijek prolazimo kroz malo literature i pokušavamo pronaći neku kliničku sliku. Jedna od takvih nalazi se primjerice u ‘Hadrijanovim memoarima’, u njegovoj ispovijedi. Francuska spisateljica Marguerite Yourcenar opisuje njegovu bolest kao kod kardijalno dekompenziranog bolesnika. On leži podignutih nabreklih nogu, podignutog uzglavlja i kratkoga daha. To su znaci popuštanja srčanog mišića. E, sad, teško je reći je li imao miokarditis ili je prebolio infarkt. Također volim „Proljeće Ivana Galeba“ Vladana Desnice. Na početku priče, u jednom dijelu, kada dječak od 12 godina prisluškuje razgovor svojih teta, čuje kako tračaju njegovoga oca koji nije bio po volji njegove obitelji, a otišao je na debelo more. Tu opisuje kako je umro: „Kažu da je krepa nasred mora povrativši drob“. A to je klinička slika zapetljaja crijeva „miserere“. Potom Kafka u pismima svojoj Mileni piše „kako mu je duša bila toliko bolesna da su mu se pluća razboljela“. To je primjer psihosomatske bolesti. Iz Tolstojeve „ Smrti Ivana Iliča“ mogu se spoznati mnoge pojedinosti iz našeg posla i potvrdu da se nije ništa promijenilo kroz pusta stoljeća u ekspresiji teškoća, slušanja tuđih smetnji, nevjerice, od zamora obitelji i odbacivanja - jer je teško nekad slušati ljudsku patnju - do ljubavi i razumijevanja neukog čovjeka, sluge, jer za utjehu ne treba škola nego srce. Učimo da bolesnik ne smije patiti od boli i žeđi, a sve drugo smije... U “Razgovoru s umirućima„ Elizabeth Kubler Ross uči nas da nema „šprance“ po kojoj treba pristupiti bolesniku, već se informacija o ozbiljnoj ili smrtnoj bolesti oblikuje prema psihičkom profilu osobe kojoj se priopćava, upoznajemo se s logoterapijom Viktora Frankela itd. U današnjem svijetu čovjek je često sveden na jednu dimenziju. Ali i trpnja i patnja nose u sebi moć dozrijevanja. Život je jednoličan i prazan ako je samo ravan i naizgled udoban. “Baterije se pune“ i kad daješ i kad primaš. Puni me i nadahnjuje mogućnost koju imamo, pomoći mnogim ljudima da dođu do zdravlja ili utjehe. Fizički i mentalno se regeneriram u planinarenju, jer sam dugo godina u društvu „Vihor“, tako da sam obišla puno planina, ali stvar je puta a ne cilja... Više od 15 godina išla sam „u moju školicu“ – na satove povijesti umjetnosti za treću dob, u Radničko sveučilište, sve do smrti naše profesorice Jadranke Damjanov. Učili smo, putovali i gledali, i naučili da je mjera ljepote dužina zadržanog pogleda.

Zaljubljenica ste u klasičnu glazbu. Tko vam je omiljeni kompozitor?

Volim glazbu, ali bez ograničenja na tip glazbe, ili kompozitora, ili razdoblje. Ljepota je univerzalna, bezvremenska. Ili je ima ili nema, od monodijskog pjeva Hildergarde von Bingen do minimalizma Filipa Glassa. Kad su pitali Stravinskog za koga sklada kazao je: „Za sebe, a tko se želi s te trpeze ponuditi nek’ izvoli!“. Tako se ja trajno častim. Još uvijek dežuram, a noću, kada je ipak mirnije, puno slušam glazbu.

Hrvatsko društvo za internu medicinu prošle je godine dodijelilo Nagradu za životno djelo dr. Dubravki Bosnić. U obrazloženju odluke stoji da je dr. Bosnić jedinstvena osoba u hrvatskoj medicini, sveobuhvatni liječnik, čini se bezgraničnog teorijskog znanja te istovremeno čovjek-katalog kliničkih vještina, intelektualac širokog općeg znanja, neutažive gladi za novim spoznajama, a možda i najvažnije: dobar čovjek.

(NE)DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

> JE LI KRIV OBLIK HRVATSKE SLIČAN KROASANU ILI KRONIČAN NEDOSTATAK BRIGE ZA ZDRAVSTVENI SUSTAV?

Pripremila: SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Vjerojatno bi djelatnici u hrvatskom zdravstvu, svi liječnici, medicinske sestre, sve zdravstveno osoblje, a onda posljedično i hrvatski pacijenti silno željeli da i oni kao i stanovnik Čaglina, malog slavonskog mjesta nadomak Požege, mogu reći da ih je u željama za boljim uvjetima rada, boljom zdravstvenom uslugom i skrbi, ma gdje radili i živjeli, stvarnost demantirala i da su stvari krenule na bolje.

Naime, spomenuti Čaglinac izjavio je kako je, kada je prije nekog vremena čuo najave da će se u njegovom mjestu umjesto 60 godina stare graditi nova zgrada doma zdravlja, pomislio kako će to biti po onoj – na vrbi svirala. No, ovih se dana u medijima pohvalio fotografijom zgrade u izgradnji i javno priznao kako je ugodno iznenađen i kako se nada da će tim potezom njegovi stariji mještani biti sigurniji, a mladi odlučiti ostati u Čaglinu jer nema razloga da u modernu i opremljenu zgradu ne dođu liječnici, a kada su uz učitelja i oni tu, sve će biti lakše i mjesto ima izgleda da će preživjeti.

A mnogo čega su se, kao i on, naslušali liječnici, svi zdravstveni djelatnici, građani i pacijenti, koji su u sustavu spojenih posuda kada je zdravstveni sustav u pitanju, i u njemu dijele slične sudbine iako se pokatkada čini da su interesno sasvim suprotstavljeni.

> **Sve više dolazi do izražaja podjela na liječnike i pacijente u velikim gradovima i na one u manjim nedovoljno razvijenim mjestima, na otocima**

U toj osnovnoj podjeli, u državi čiji je oblik sličan kroasanu, sve više dolazi do izražaja i podjela na liječnike i pacijente u velikim gradovima i na one koji su udaljeni od njih, u manjim nedovoljno razvijenim mjestima, one na otocima. Činjenica je da svi, bez obzira na geografsku određenost, plaćaju zdravstveni doprinos po istomu modelu za koji se volimo hvaliti

da je jedan od najsolidarnijih na svijetu. S druge strane, liječničke i plaće zdravstvenih djelatnika ipak su različite i ovise o mjestu rada, no ipak uz činjenicu da su neprimjerene odrađenom poslu i uglavnom sve daleko ispod prosjeka plaća zdravstvenih djelatnika u bilo kojoj razvijenijoj europskoj državi.

I u takvim se prilikama kristaliziraju dvije razine pitanja – onih čije rješavanje traže građani iz manjih sredina u kojima zdravstvene usluge ne zadovoljavaju, a pokatkad su i sasvim nedostupne, u kojima nedostaje liječnika ili se, kako bi narod rekao „svijećom traže", i onih u većim središtima u kojima su i veliki bolnički centri, a iz kojih posljednjih godina liječnici gotovo mjesečno odlaze u inozemstvo za boljim uvjetima. I malim i velikim sredinama zajedničko je da je sustav primarne zdravstvene zaštite gotovo pred devastacijom, što će se, ako se nešto hitno ne poduzme, jako osjetiti već za nekoliko godina.

Naime, zbog prosječne dobi od 55 godina će u idućih pet godina u mirovinu otići oko 500 liječnika obiteljske medicine koje neće imati tko zamijeniti, a već sada nedostaje 186 timova primarne zdravstvene zaštite (PZZ-a), dok čak njih 180 radi bez liječnika.

> Ulje na vatru dolit će i direktiva EU-a

Takvom je stanju, osim nedovoljne sustavne brige i strategije opstojnosti PZZ-a gotovo svih zdravstvenih administracija od uspostave hrvatske države do danas, pridonio dugogodišnji premali broj specijalizacija obiteljske medicine, nemotiviranost mladih liječnika za PZZ, a ulje na vatru dolit će i Direktiva EU-a po kojoj će se ubuduće u obiteljskoj medicini moći zapošljavati samo liječnici sa završenom specijalizacijom iz tog područja. Do sada se manjak liječnika u obiteljskim ordinacijama nastojao kompenzirati zapošljavanjem mladih liječnika dok su odrađivali pripravnički staž, no novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti on će ove godine biti ukinut. Mala je utjeha najava Ministarstva zdravstva da će pravilnikom, čija je izrada u tijeku, liječnicima koji izlaze s fakulteta biti ostavljeno na volju, hoće li se ili neće odlučiti za rad pod nadzorom, nekom ekvivalentu dosadašnjega staža.

Iako je stanje više nego alarmantno još uvijek nema osmišljenih mjera kako liječnike privući u manje sredine, kako ih uopće privući u obiteljsku medicinu

> Neshvatljivo je da Ministarstvo zdravstva ne raspolaže podacima o prijemima na natječaje koje ono samo planira

Osim nedostatka obiteljskih liječnika, što se najviše osjeća u manjim sredinama Slavonije, Like, dalmatinskog zaleđa, ali i dijelova Dalmacije i otoka, već nedostaje i 50 pedijatara te 79 ginekologa. Pitaju li se nadležni za demografsku obnovu Hrvatske, oni koji smišljaju razno-razne mjere kako povećati prirodni priraštaj, ima li bilo koja demografska mjera ikakvoga smisla ako nam je gotovo već trećina zemlje bez dovoljnog broja obiteljskih liječnika, ginekologa i pedijatara? Hoćemo li čekati spas iz Makedonije iz koje nam je, uz zahtjevan postupak nostrifikacije diplome tamošnjeg medicinskog fakulteta, nedavno u Sućuraj na Braču stigla mlada liječnica?

Stanje je alarmantno, a još nema osmišljenih mjera kako liječnike privući u manje sredine, kako ih uopće privući u obiteljsku medicinu. Hvale su vrijedni pokušaji pojedinih lokalnih zajednica, poput Bjelovarsko-bilogorske županije, Varaždina, Siska, Sućurja, koje su donijele stimulativne mjere za ostanak i dolazak liječnika kao što su zapošljavanje bračnog druga, osiguravanje stana, besplatnih vrtića za djecu, novčanih bonusa. No, zbog težine problema, zbog devastacije zdrav-

Pitaju li se nadležni za demografsku obnovu Hrvatske, oni koji smišljaju razno-razne mjere kako povećati prirodni priraštaj, ima li bilo koja demografska mjera ikakvoga smisla ako nam je gotovo već trećina zemlje bez dovoljnog broja obiteljskih liječnika, ginekologa i pedijatara?

stvene zaštite koja nam prijeti, potreban je veći angažman Ministarstva zdravstva koje bi žurno trebalo osmisliti i predložiti mjere na razini čitave države.

Gotovo je neshvatljivo da u ovakvim prilikama Ministarstvo zdravstva kaže da za natječaje deficitarnih specijalizacija nema dovoljno zainteresiranih. Još je teže shvatljiv podatak da natječaje za pojedina mjesta, sukladno odobrenim planovima, raspisuju zdravstvene ustanove, uglavnom domovi zdravlja, a da Ministarstvo ne raspolaže s podacima o prijemima na te iste natječaje po pojedinim mjestima. Može li u tako apsurdnim prilikama tračak nade biti najava Ministarstva da će u izradi petogodišnjega plana specijalističkog usavršavanja, sukladno novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, prikupiti podatke o potrebama za upućivanje na specijalizacije, kao i podatke o neiskorištenosti odobrenih planova u prošloj godini? Kad bi se to dogodilo, značilo bi da je Ministarstvo konačno prihvatilo prijedlog uvođenja tzv. nacionalnih specijalizacija, što već neko vrijeme čvrsto predlaže i zastupa aktualno vodstvo Hrvatske liječničke komore.

> Liječnici obiteljske medicine uputili javni apel

Nije poznato je li Ministarstvo u izradi novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti pobrojilo ordinacije u pojedinim mjestima kad je predložilo da vikendom dežuraju i liječnici obiteljske medicine, koncesionari. Naime, na primjeru Šibenika, a što je objavljeno u medijima, ispada da tamošnji koncesionari nemaju ništa protiv tih dežurstava, ali ne znaju gdje dežurati jer slobodnih ordinacija nema. Za pretpostaviti je da Ministarstvo nema podatke o ordinacijama ni za ostala mjesta, kao što ih nema ni za rezultate natječaja za pojedine specijalizacije. Uz to liječnici koncesionari kažu da ne znaju što se od njih očekuje.

U otvorenom pismu „Za spas obiteljske medicine u Hrvatskoj“ KoHOM tvrdi da se ne vodi računa o razlikama između obiteljske medicine i hitne medicine.

Kontinuirana zdravstvena zaštita koju politika uporno nudi građanima u obiteljskoj medicini ne znači „kontinuirano kroz 24 sata“, jer za to nema niti dovoljno zdravstvenih djelatnika koji bi još i noću bili dostupni za sve zadatke koji pripadaju djelokrugu rada obiteljskog liječnika, niti za to ima potrebe. Svi zadaci iz djelokruga rada obiteljskog liječnika mogu se i moraju obavljati tijekom dana, u radno vrijeme ordinacije. Tu istu ordinaciju specijalist obiteljske medicine do vremena predviđenog za kućne posjete ne smije napuštati, a hitna stanja u njegovo radno vrijeme na terenu moraju biti zbrinuta u domeni sustava hitnog medicinskog prijema, navodi KoHOM.

> Bez sustavnog planiranja neće se ispuniti opravdani zahtjevi građana

Dakle i na tom primjeru izostalo je sustavno planiranje. Nameće se logično pitanje kako uza sve teškoće, osobito nedostatka liječnika i opreme pogotovo u manjim sredinama, ispuniti sve češće, glasnije i opravdane zahtjeve građana. A ti zahtjevi su izgradnja dnevnih bolnica, osiguranje medicinskih timova hitne medicinske pomoći, uvođenje u domove zdravlja suvremenih uređaja i defibrilatora, izmjena Pravilnika o upotrebi CRP analizatora za mjesta udaljenija od većih bolnica, medicinska helikopterska služba i, na koncu, veće plaće liječnicima i medicinskim radnicima.

Na to se, zbog odgovarajuće zdravstvene zaštite, svode zahtjevi građana manjih sredina. No, nažalost često zbog manjka liječnika iste stvari muče i građane u većim gradovima pa se vrlo skoro može dogoditi da (ne)dostupnost liječničke zaštite kao domino efekt zahvati čitavu državu.

Kao što smo već naveli, uz odljev liječnika u inozemstvo, prosječne starosti obiteljskih liječnika, manjka specijalista zbog čega liječnici u bolničkom sustavu već duže vrijeme odrađuju i do tri milijuna prekovremenih sati godišnje koji su im, uz to i pogrešno obračunati i zbog čega mnogi od njih već tuže svoje poslodavce, postavlja se ozbiljno pitanje dokle možemo imati i ovakvu razinu zdravstvene zaštite kakvu sada imamo. Unatoč svemu mora se priznati da s druge strane, u kliničkim centrima i većim bolnicama, liječnički timovi izvode najsloženije operacije po kojima staju uz bok kolegama u najrazvijenijim klinikama u svijetu. Što je razlog tomu? Plaće sigurno nisu. Bit će da je riječ o entuzijazmu, želji za učenjem, stjecanjem znanja i pružanjem pomoći pacijentima.

>>

Znači li najava Ministarstva da će u izradi petogodišnjega plana specijalističkog usavršavanja prikupiti podatke o potrebama za upućivanje na specijalizacije, kao i podatke o neiskorištenosti odobrenih planova u prošloj godini, konačno prihvatiti prijedlog aktualnog vodstva Komore o uvođenju tzv. nacionalnih specijalizacija?

> Zašto su liječnici, medicinske sestre i pacijenti vlastima manje u fokusu od primjerice spašavanja Uljanika?

Postavlja se logično pitanje kako su nadležni za zdravstveni sustav dopustili takvu, slobodno se može reći, devastaciju medicinskog kadra koji je u svakoj državi temelj društvenog razvoja. Zašto dugogodišnji apeli liječnika zbog neodgovarajućeg statusa i plaća, a uz njih i onih građana koji zahtijevaju odgovarajuću zdravstvenu skrb, nisu urodili plodom da se stvari počnu sustavno rješavati? Jesu li i zašto su liječnici, medicinske sestre i pacijenti manje u fokusu vlastima od primjerice spašavanja privatnog brodogradilišta Uljanik, za koje je hrvatska Vlada samo u prošloj godini izdvojila dvije milijarde kuna novca poreznih obveznika?

Javno dostupne studije kažu da su Uljanikovi radnici prosječno dnevno radili do četiri sata. Hrvatska gospodarska komora je sredinom siječnja 2019. izašla s podatkom da je industrijska proizvodnja u Hrvatskoj u prosincu 2018. bila za 6,6 posto manja nego u prosincu 2017., a da je razlog tomu i obustava gradnje naručenih brodova u Uljaniku. Postavlja se logično pitanje: bi li se za liječnike i medicinske djelatnike nešto promijenilo nabolje kada bi Hrvatska liječnička komora poput Gospodarske komore, izašla s podatkom da je u prosincu 2018. zbog prosječnog samo četverosatnog radnog dana liječnika, razina zdravstvene zaštite po svim uslugama na razini čitave države pala za 6,6 posto u odnosu na godinu prije? Bi li taj podatak zazvonio na uzbunu, probudio zdravstvenu administraciju, hrvatsku Vladu, Sabor? Bi li se odjednom našle dvije milijarde kuna, koliko otprilike iznosi dug liječnicima za pogrešno obračunate prekovremene sate, novac za opremanje domova zdravlja diljem Hrvatske, stimulacije za one koji bi došli raditi u manje sredine, za mlade liječnike da nemaju potrebe odlaziti u inozemstvo?

Odgovora zasad nema. Izgleda da ćemo i dalje svjedočiti obećanjima po onoj izreci s početka teksta - na vrbi svirala - ili ćemo se ipak ugodno iznenaditi kao naš Čaglinac?

Nadamo se da će se to dogoditi uskoro, kako zbog nedostatka liječnika ne bi još više hrvatskih građana primarnu pomoć tražilo od dr. Googla, a drugo mišljenje od kolege mu dr. Yahooa.

Jesu li i zašto su liječnici, medicinske sestre i pacijenti vlastima manje u fokusu od, primjerice, spašavanja privatnog brodogradilišta Uljanik za koje je Vlada samo u prošloj godini izdvojila dvije milijarde kuna novca poreznih obveznika?

Imovina

2017. bilo je 3581* požara. Ove godine #MozdaNece

Akcija traje do 31. 3.

Zato osigurajte svoj dom od požara i 15 drugih rizika. Ugovorite policu Croatia Imovine sa širim pokrićima za cijenu police s užim pokrićima **po akcijskim uvjetima do 31. ožujka.**

* Prema podacima Hrvatske vatrogasne zajednice, u 2017. godini u Republici Hrvatskoj bilo je 3581 požara **na nekretninama.**

www.crosig.hr

CROATIA® OSIGURANJE

Sa 115 glasova "ZA" Hrvatski sabor dr. Luetića imenovao u Odbor za zdravstvo i socijalnu politiku

S velikom većinom glasova, 115 za i pet suzdržanih, Hrvatski sabor je na plenarnoj sjednici održanoj 25. siječnja imenovao prvog dopredsjednika/v.d. predsjednika HLK-a dr. sc. Krešimira Luetića za vanjskog člana saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku.

Imenovanju je prethodio javni poziv saborskog Odbora za izbor, imenovanja i upravne poslove. Hrvatska liječnička komora, kao ovlašteni predlagatelj za člana iz svojih redova, Odboru je predložila dr. Luetića.

PRVA OGRANIČENA AKCIJA ZA UGOVARANJE nenamjenskih kredita po kamati od 3,8 % i 3,98 %, od 25. veljače do 8. ožujka 2019.

Kao što je i najavljeno HLK je s partnerskom bankom PBZ-om za svoje članove, osim povoljne kamate na **stambene kredite od 2,18 % do 2,28 %** fiksno na 7 godina, ovisno o omjeru iznosa kredita i procijenjenoj vrijednosti nekretnine, što je na snazi od 1. siječnja ove godine, dogovorila i **ograničene akcije** o ugovaranju **nenamjenskih kredita** s povoljnijom **kamatom od 3,8 % i 3,98 %** koje će se provoditi više puta tijekom 2019. godine.

Obavještavamo članove da će se **prva takva akcija održati od 25. veljače do 8. ožujka 2019.**

U toj akciji fiksna kamata za nenamjenski kredit u najvećem iznosu do 300.000 kuna ili u protuvrijednosti EUR-a iznosit **će od 3,8 % do 5 godina trajanja ili 3,98 % do 10 godina trajanja kredita.**

O svim dodatnim informacijama i propozicijama o prvoj ograničenoj akciji koja kreće 25. veljače i traje do 8. ožujka o.g. u vezi s nenamjenskim kreditima Komora će članove obavijestiti na vrijeme putem svojih mrežnih stranica.

Ponuđene pogodnosti možete ostvariti na način da se javite izravno u PBZ-ove poslovnice osobnim bankarima. Za stambene kredite možete se javiti u PBZ-ove poslovnice već sada dok ćete se za ugovaranje nenamjenskih kredita moći javiti od 25. veljače o.g.

S obzirom na upite u vezi s novom povoljnijom kamatom na stambene kredite koja je na snazi od 1. siječnja ove godine, obavještavamo članove da se refinanciranje postojećih kredita obavlja **bez troškova solemnizacije, procjene, obrade** i kod **prijevremene otplate, osim za kredite refinancirane ili ugovorene u 2018. godini**.

U slučaju ugovorenih ili refinanciranih kredita u 2018. godini korisnik kredita plaća solemnizaciju i procjenu nekretnine. No, s obzirom da **procjena nekretnine vrijedi 12 mjeseci** postoji mogućnost da član koji je tijekom prošle godine ugovorio refinanciranje staroga ili novi kredit, plati samo solemnizaciju, a ne ponovo i procjenu.

Obavještavamo članove da uz navedene, PBZ-ovim klijentima nudi razne druge pogodnosti, primjerice za vođenje računa, izdavanje kreditnih kartica te leasing.

VODSTVO KOMORE NA TRIBINAMA
u bolnicama u Varaždinu, Čakovcu i Sisku te u Neuropsihijatrijskoj bolnici Popovača

U okviru svojih redovitih aktivnosti, vodstvo Komore održalo je tijekom siječnja tribine u OB-u Varaždin, OB-u Sisak i u Neuropsihijatrijskoj bolnici Popovača.

Prvi dopredsjednik/v.d. predsjednik Komore dr. sc. Krešimir Luetić predstavio je članovima Komore što je postignuto u prošlog godini i planove za 2019. Najviše pozornosti izazvali su novi ugovori između Komore i partnerske banke PBZ o još nižoj kamati na stambene kredite od svega 2,18 posto te mogućnost podizanja nenamjenskih kredita po također vrlo povoljnoj kamati.

Dr. Luetić i vodstvo Komore iscrpno su izvijestili članove o osiguranim dodatnim pogodnostima kroz dopunsko zdravstveno osiguranje kao i o podršci Komore kroz Policu pravne zaštite za podizanje sudskih tužbi za pogrešno obračunane prekovremene sate liječnika.

Članovi Komore pozdravili su daljnje ostvarivanje projekta poticanja stručnog usavršavanja liječnika u Hrvatskoj i inozemstvu, što im je iznimno važno za stjecanje i razmjenu novih znanja i vještina bitnih za stručno napredovanje. (SŠH)

SVEČANOST U GORNJOJ BISTRI

Uručene godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore

Na prigodnoj svečanosti održanoj 18. prosinca 2018. u svečanoj baroknoj dvorani u Specijalnoj bolnici u Gornjoj Bistri, prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika HLK-a Krešimir Luetić i predsjednik Skupštine HLK-a prof. dr. Goran Hauser uručili su godišnje nagrade laureatima - prof. dr. Darku Chudyju, Ivani Šmit dr. med., doc. dr. Marku Kutleši, doc. dr. Zenonu Pogoreliću i novinarki Ani Pejičić Dejanović s Nove TV.

Čestitajući laureatima i pozdravljajući uzvanike i članove Hrvatske liječničke komore koji su dupkom ispunili dvoranu, dr. Luetić je podsjetio da je institut godišnje nagrade HLK-a, krovne strukovne institucije, ustanovljen prošle godine kada su dodijeljene po prvi put tijekom Sabora hrvatskog liječništva u hotelu Lone u Rovinju. Za razliku od prošle godine, ovaj smo put odlučili svečanu dodjelu godišnjih nagrada HLK-a upriličiti baš ovdje, u jednoj specifičnoj i jedinstvenoj zdravstvenoj ustanovi u Hrvatskoj, daleko od luksuza hotela i gradskog blještavila. Ne zato što naši kolege ne zaslužuju svjetla reflektora, nego baš zato da u ovo adventsko vrijeme poniznosti i preispitivanja, svoja promišljanja i pozornost usmjerimo na ono radi čega smo se i okupili ovdje, a to su naši dragi dobitnici i njihova ostvarenja koja su u temelju dodijeljenih im nagrada. Stoga još jednom zahvaljujem ravnatelju dr. Renatu Mittermayeru i upravi bolnice u Bistri što su nas ugostili i dali nam mogućnost da se večeras ovdje okupimo, rekao je dr. Luetić. Osvrćući se na godinu na izmaku, naglasio je da je bila izazovna i zahtjevna, poglavito u kontekstu unutarkomorskih događanja.

> Iz godine iza nas izlazimo snažni, čvrsti, nepokolebljivi i čistog obraza

Godina je bila turbulentna, no iz nje izlazimo snažni, čvrsti i nepokolebljivi. Izlazimo čistog obraza, izlazimo principijelni i odlučni te ojačani prevladanim unutarnjim kušnjama, rekao je dr. Luetić, navodeći niz mjera koje je novo vodstvo Komore uspjelo ishoditi. Među njima su svakako za članstvo ugovorene kamate za stambene kredite u visini od 2.18 %, fiksno na sedam godina u kunama i eurima, što je daleko najniža kamata na hrvatskom tržištu. Tu su i još povoljnija Polica dopunskog zdravstvenog osiguranja za sve članove Komore, Polica osiguranja pravne zaštite za sve radno aktivne članove HLK-a i pokriće troškova tužbi liječnika za pogrešno obračunane prekovremene sate. Naveo je i stipendije za usavršavanje liječnika. No, istaknuo je, nije sve bilo tako uspješno. U novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti nažalost nisu uvršteni ključni Komorini prijedlozi kao što su zadržavanje pripravničkog staža ili zamjensko uvođenje sekundarijata, cjelovita reforma specijalističkog usavršavanja, ukidanje tzv. „robovlasničkih ugovora“ za specijalizante, omogućavanje svim liječnicima u PZZ-u slobodan izbor za prijelaz u koncesiju, tj. privatnu ordinaciju, legalizacija velikog obujma prekovremenog rada liječnika itd. Neovisno o tomu, Komora će nastaviti s upornom argumentacijom za njihovo uvrštavanje u neke buduće izmjene i dopune zakonskog akta i nećemo se umoriti u tome, kao ni u zagovaranju donošenja strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike ili eventualno njegovog ekvivalenta u vidu Zakona o plaćama liječnika, upravo po uzoru na naše suce i pravosudne dužnosnike, poručio je čelni čovjek HLK-a, ističući kako unatoč ne baš obećavajućim trendovima za liječništvo, ipak iskreno vjeruje da će nova godina donijeti bolji status liječnicima i pozitivne pomake u liječničkoj struci.

> **Predsjednik Skupštine HLK-a prof. Hauser: Nagrade imaju posebnu težinu jer ih dodjeljuje struka**

Čestitajući nagrađenima, predsjednik Skupštine HLK-a prof. dr. Goran Hauser istaknuo je kako nitko od liječnika koji se svakodnevno brinu za pacijente ne misli o nagradama, ali na koncu, kada to prizna struka, ima težinu i posebno značenje. U vremenima koja i nisu naklonjena liječnicima, ove nagrade su dokaz našega rada i naše misije na dobrobit pacijenata, rekao je prof. Hauser, dodajući da se liječnici moraju međusobno cijeniti i čuvati, jer da to umjesto njih nitko drugi neće.

Na svečanosti su bili i predstavnici Ministarstva zdravstva pomoćnica ministra prim. Vera Katalinić Janković, pomoćnik ministra prof. Vili Beroš i državni tajnik prim. Željko Plazonić koji je nazočne pozdravio u ime ministra Milana Kujundžića, zatim dopredsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata Igor Tripalo, član saborskog Odbora za zdravstvo prof. Željko Jovanović i brojni drugi.

> **Državni tajnik prim. Plazonić: Nagrade su dokaz iznimnog rada i obveza za daljnji uspješan rad**

Ove su nagrade dokaz kako se kvalitetnim i poštenim radom mogu napraviti iznimni rezultati, koji na koncu dobiju priznanje struke. Čestitam vam na nagradama, ali to vam je i obveza, poručio je laureatima prim. Plazonić ocjenjujući kako je hrvatski zdravstveni sustav, bez obzira na sve kritike, jedan od najuređenijih u Hrvatskoj. Nužnim je istaknuo kako se stvari ne smiju gledati samo negativno jer je Hrvatska, što se zdravstvene zaštite tiče, u mnogim segmentima u samom vrhu među europskim zemljama.

> **Poseban dojam je na uzvanike ostavio prostor bolnice i ljubazni domaćini**

Poseban dojam među svim uzvanicima ostavio je prostor bolnice, baroknoga dvorca koji je već niz godina bolnica za skrb o teško bolesnoj djeci, a koja je, istaknuli su svi govornici, primjer izvrsnosti i brige za najpotrebitije, za djecu.

I ova odluka vodstva Komore da današnju svečanost dodjele godišnjih nagrada upriliči u našoj bolnici, doživljavamo je kao iznimnu čast i poruku da naša bolnica i naša djeca, ma kako teški pacijenti bili, nisu na marginama društva i skrbi, rekao je ravnatelj Mittermayer i pozvao sve u posjet bolesnoj djeci.

Prije početka svečanosti predao je v.d. predsjednika Komore dr. Luetić ravnatelju Mittermayeru prigodne darove za djecu koja se liječe u toj bolnici.

> **Laureati Komore**

Izvršni odbor Komore dodijelio je Godišnju nagradu za najzapaženije stručno ostvarenje prof. dr. **Darku Chudyju**, neurokirurgu i neuroznanstveniku iz KB-a Dubrava.

Najzapaženije stručno ostvarenje prof. Chudyja ogleda se u razvoju robotičke neuronavigacije i razvoja prvoga hrvatskog neurokirurškog robota Ronna. Taj je projekt, kao jedan od idejnih začetnika, prof. Chudy razvio zajedno s profesorom robotike Bojanom Jerbićem i profesorom Gojkom Nikolićem kao interdisciplinarni projekt zagrebačkog Fakulteta strojarstva i brodogradnje, Hrvatskog instituta za istraživanje mozga i KB-a Dubrava.

Godišnja nagrada za znanstveni doprinos unapređenju liječničke struke, liječnicima znanstvenicima životne dobi iznad 40 godina, dodije-

ljena je doc. dr. **Marku Kutleši**, specijalistu infektologije iz Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević".

Doc. Kutleša značajno je pridonio unapređenju kliničke struke i profesije objavljivanjem svog izvornog znanstvenog rada. U 2017. objavio je pet izvornih znanstvenih radova u znanstvenim časopisima indeksiranim u bazi Web of Science (WoS), od čega je prvi autor u tri znanstvena rada. Godišnja nagrada za znanstveni doprinos unapređenju liječničke struke, liječnicima znanstvenicima životne dobi do 40 godina dodijeljena je doc. dr. **Zenonu Pogoreliću,** specijalistu dječje kirurgije zaposlenom u KBC-u Split.

Doc. Pogorelić je u 2017. godini objavio trinaest izvornih znanstvenih radova u znanstvenim časopisima indeksiranim u bazi Web of Science (WoS), od čega je prvi autor u njih osam.

Godišnjom nagradom za promicanje interesa hrvatskog liječništva i zaštitu prava liječnika nagrađena je dr. **Ivana Šmit**, specijalistica interne medicine, subspecijalistica kardiolog iz OB-a Sisak.

Uz svoj stručni rad, znatan dio svog vremena dr. Šmit izdvaja za promicanje interesa hrvatskog liječništva i zaštitu prava liječnika, što ostvaruje djelujući na četiri razine: kroz HLK, HUBOL, Hrvatski liječnički sindikat te izravno u radnoj sredini u Radničkom vijeću OB-a Sisak.

Godišnju nagradu za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke profesije u javnosti dodijeljen je dipl. polit. **Ani Pejičić Dejanović**, novinarki Nove TV.

U svojim prilozima često je imala mlade liječnike koji se bore s egzistencijalnim pitanjima, iskusne liječnike koji su napravili velik iskorak u hrvatskoj medicini i predstavnike liječničkih udruga. Probleme o kojima je izvještavala nikada nije preuveličavala niti umanjivala te ih je uvijek ispravno adresirala. Njezin novinarski rad ocijenjen je objektivnim i visokoprofesionalnim.

Svi nagrađeni prigodnim su se riječima zahvalili na nagradama, ističući da je to priznanje liječničke struke koje će im biti daljnji podstrek u radu.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Komora najoštrije osuđuje svaki oblik napada na liječnike

U povodu nemilog događaja koncem siječnja u kojem je obitelj pacijenta fizički napala liječnike, medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje u Klinici za plućne bolesti Jordanovac te događaja u KB-u Dubrava u kojem je pacijent počinio materijalnu štetu i onoga u bolnicu u Bjelovaru, Hrvatska liječnička komora još je jednom najoštrije osudila sve oblike napada i prijetnji prema liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima.

Komora smatra neprihvatljivim bilo koji oblik nasilja prema liječnicima, bez obzira je li riječ o fizičkim ili verbalnim prijetnjama i napadima i od koga dolaze. S ciljem zaštite liječnika, liječničke struke i pacijenta Komora zahtijeva odgovarajuće postupanje nadležnih institucija.

Podsjećamo da je upravo na inicijativu Komore ujesen prošle godine u Hrvatskom saboru izmijenjen Kazneni zakon na način da se napad na zdravstvene djelatnike procesuira po službenoj dužnosti, a što se može kazniti i s do pet godina zatvora.

Napadi na liječnike i drugo zdravstveno osoblje ne samo što nanose štetu napadnutima, već kao posljedicu imaju i ugrožavanje pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Zdravstveno osoblje nad kojim je izvršena prijetnja ili napad ne može nakon toga neko vrijeme pružati zdravstvenu uslugu, čime su izravno ugroženi pacijenti, među kojima mogu biti i oni kojima je usluga hitno potrebna.

U prošloj je godini samo u pet velikih hrvatskih bolnica bilo 264 napada na zdravstvene radnike

U prošloj je godini Komoru putem obrasca na njenoj mrežnoj stranici 20 liječnika prijavilo napad na radnom mjestu. U 2017. takvih je prijava bilo 22, a u 2016., otkad je takvo prijavljivanje uvedeno, bilo ih je 8.

Komora je provela i istraživanje pod nazivom "Nasilje nad liječnicima" kako bi prikupila podatke o učestalosti takvih oblika nasilja.

Rezultati online ankete provedene u razdoblju od rujna do studenoga 2016. pokazali su kako je čak 93 % liječnika doživjelo neki oblik verbalnog ili fizičkog nasilja na poslu.

Od 1634 liječnika koliko ih je anketirano, 83 % ih je navelo da su napadi na radnom mjestu bili verbalni, a 17 % doživjela je i fizičko nasilje.

Nasilno ponašanje su u 75 % slučajeva počinili pacijenti ili njihove obitelji. Zabrinjavajući je podatak da čak 72 % liječnika koji su doživjeli nasilje nije ga prijavilo iz straha od stvaranja dodatnih neprilika, moguće reakcije okoline i ponovnog napada.

Čak 62 % liječnika koji su bili izloženi nasilju osjeća povremen ili stalan strah od nasilja, a 4 % bilo ih je na bolovanju zbog posljedica nasilja.

Prema podacima što ih Komora ima svega 25 % zdravstvenih ustanova ima danonoćnu zaštitarsku službu.

Inače, podatke o neočekivanim i agresivnim događajima usmjerenih prema zdravstvenom osoblju, svake godine prikuplja od svih zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj i o njima objavljuje godišnje izvješće Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Podaci za 2018. još se obrađuju, no, neslužbeni govore da je samo u pet hrvatskih velikih bolnica u toj godini bilo 264 napada koji se prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene („Narodne novine“ 79/11) klasificiraju kao verbalni, fizički i materijalni.

U izvješću te Agencije za 2017. stoji da su sve bolničke zdravstvene ustanove, njih 63, dostavile podatke o neočekivanim neželjenim događajima i neželjenim događajima prema osoblju; svih 22 zavoda za javno zdravstvo i 14 od 21 zavoda za hitnu medicinu.

Od zabilježenih neželjenih događaja prema zdravstvenom osoblju u bolničkim zdravstvenim ustanovama bilo je:

fizičkih 330, verbalnih 720 i 70 materijalnih.

Broj takvih događaja u zavodima za hitnu medicinu bio je:

fizičkih 20, verbalnih 377 i 17 materijalnih.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Međunarodna konferencija u Zagrebu

MIGRACIJE I IDENTITET
kultura, ekonomija, država

U organizaciji Instituta za migracije i narodnosti u Zagrebu je koncem prošle godine održana znanstveno-stručna međunarodna konferencija „Migracije i identitet: kultura, ekonomija, država" na kojoj je s temom „Hrvatska – zemlja odlazećih liječnika“ sudjelovao i voditelj Ureda stručno medicinskih i međunarodnih poslova Hrvatske liječničke komore Ivan Bekavac dr. med, specijalist anestezije, reanimatologije i intenzivne medicine.

Tijekom trodnevne konferencije na kojoj je bilo 230 sudionika održana su brojna predavanja i panel diskusije o hrvatskom iseljeništvu i identitetu nacionalnih manjina u zadnjih deset godina u svijetu i regiji. Cilj konferencije je bio potaknuti suradnju među udrugama i institucijama, uključivanjem raznih mišljenja, znanstvenom i stručnom pristupu kulturi i ekonomiji s naglaskom na važnost razgovora o aktualnim problemima migracija i identiteta u Hrvatskom društvu.

Izlaganje dr. Ivana Bekavca

HRVATSKA – ZEMLJA ODLAZEĆIH LIJEČNIKA

Svakodnevno svjedočimo interesu javnosti za brojem liječnika dostupnih pacijentima u zdravstvenoj zaštiti. Svekolika javnost prepoznaje značaj takvog interesa. Pacijenti osjećaju nedostatak liječnika, kao i drugih zdravstvenih radnika. Prati li interes države ranije spomenuti interes građana? Suvremena Europa, ali i razvijene zemlje svijeta s radošću dočekuju stotine hrvatskih kolegica i kolega liječnika koji su privremeno ili trajno napustili domovinu. Kolegice i kolege odlaze s osjećajem gorčine jer društvo prepoznaje nedostatak liječnika, a istodobno liječnici ne prepoznaju mjere kojima to isto društvo želi potaknuti liječnike na ostanak.

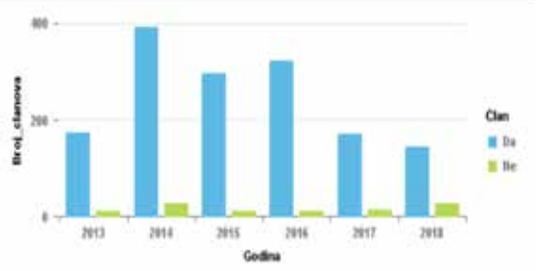
Zahtjev za izdavanje potvrda za rad u inozemstvu

Broj zahtjeva prema godinama i mjesecima

Godina/Mjesec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Ukupno
2013							19	21	40	34	38	36	188
2014	45	22	28	33	40	54	52	26	33	30	27	30	420
2015	27	25	28	29	26	9	40	28	17	24	28	27	308
2016	21	25	48	36	35	29	22	24	27	19	26	22	334
2017	13	26	12	13	17	18	19	13	24	10	11	11	187
2018	16	9	15	14	16	10	31	8	10	29	15		173
Ukupno	122	107	131	125	134	120	183	120	151	146	145	126	1,610

Broj zahtjeva prema godinama i članstvu

Godina/Članstvo	Da	Ne	Ukupno
2013	175	13	188
2014	392	28	420
2015	297	11	308
2016	322	12	334
2017	172	15	187
2018	145	28	173
Ukupno	1,503	107	1,610

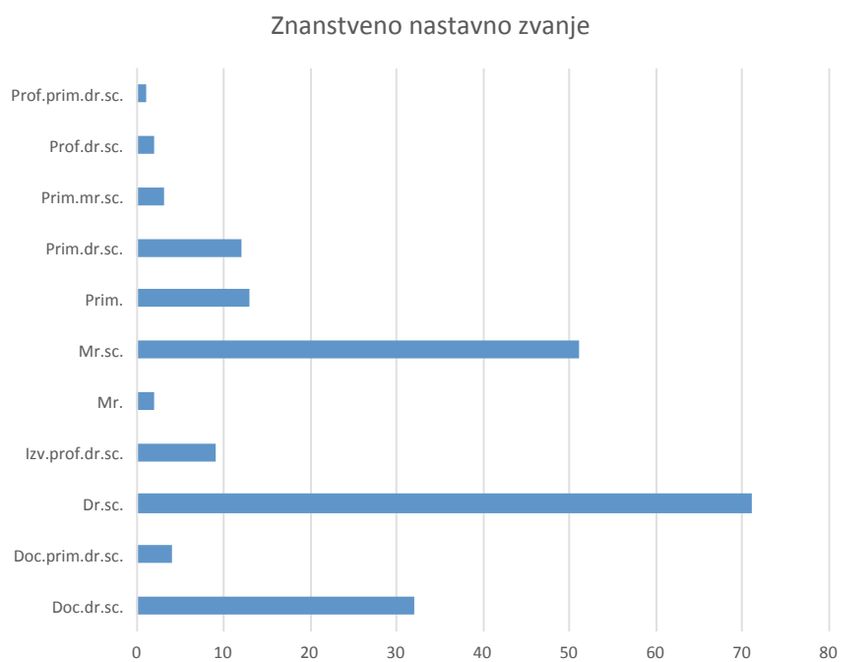


Članovi koji su prestali raditi na teritoriju RH, a zatražili su potvrde za rad u inozemstvu

LIJEČNICI SPECIJALISTI	379
LIJEČNICI BEZ SPECIJALIZACIJE	310

Prema podacima HLK-a 1. siječnja 2017. u Hrvatskoj je bilo ukupno 14.394 liječnika. Po najnovijim podacima njih 13.070 radi u javnozdravstvenom sustavu, ostali u privatnom. Od ulaska Hrvatske u EU 689 članova Komore prestalo je raditi na teritoriju RH, a predhodno su zatražili potvrde za rad u inozemstvu. Komora ima podatke da njih 400 radi u inozemstvu. Po najnovijim podacima Komore više od 1.600 liječnika podiglo je dokumente potrebne za rad u inozemstvu.

Zahtjev za izdavanje potvrda za rad u inozemstvu



Znanstveno-nastavna zvanja	
Titula	**Broj članova**
Doc.dr.sc.	32
Doc.prim.dr.sc.	4
Dr.sc.	71
Izv.prof.dr.sc.	9
Mr.	2
Mr.sc.	51
Prim.	13
Prim.dr.sc.	12
Prim.mr.sc.	3
Prof.dr.sc.	2
Prof.prim.dr.sc.	1
Ukupno	**200**

Koliko je Hrvatska zanimljivo odredište za poslovni nastan i život govori statistika Hrvatske liječničke komore. Redovito ažuriranje digitaliziranih podataka o članovima liječnicima unazad dvije godine omogućuje nam precizno praćenje liječničkih migracije, kao i slojevitu analizu zbivanja po razinama zdravstvene zaštite, regijama zdravstvenog planiranja, raznim specijalnostima, te dobno spolne različitosti. Zbir navedenih podataka, kao i ukupnost brojnih drugih poput karakteristika radnog opterećenja, te unutarnjih migracija na dnevnoj i trajnoj bazi prikazan je promotivno na Saboru hrvatskog liječništva krajem 2017. u Rovinju predstavljanjem prvog Demografskog atlasa hrvatskog liječništva, kapitalnog i antologijskog djela u izdanju Hrvatske liječničke komore koje je udarilo neizbrisiv pečat tekućem mandatu uprave Hrvatske liječničke komore. Demografski atlas hrvatskog liječništva ostao je pisani temelj podatkovnog upravljanja u svrhu praćenja trendova u našem liječništvu. Spomenuti digitalni i pisani napor Hrvatske liječničke komore i danas krajem 2018. godine nema konkurencije na domaćem terenu, te je neizostavni alat svake ozbiljne namjere planiranja zdravstvenih potreba našeg pučanstva.

Nalazeći u digitalnoj bazi podataka o liječnicima potrebne informacije o interesu i kretanju naših liječnika, ali i stranaca za obavljanjem liječničkog zvanja u Hrvatskoj može se pretpostaviti trend migracija u nadolazećem razdoblju, te jedino tako moguće ispravno planirati donošenje i provedbu mjera u okviru nacionalnog plana zdravstvene zaštite. Trend migracija biti će svakako uvjetovan i pripremom i provedbom poticajnih mjera za ostanak liječnika, gdje je Hrvatska liječnička komora u proteklom razdoblju zdravstvenoj administraciji ponudila novu paradigmu razmišljanja i shvaćanja zdravstvene stvarnosti s naglaskom na pitanje o(p)stanka i razvitka djelatnosti liječništva, te isto planiramo činiti i u godinama pred nama.

> KOMORINA STIPENDISTICA

Mirta Adanić na Klinici Mayo

Kada mi se, zahvaljujući stipendiji Hrvatske liječničke komore, ukazala prilika posjetiti Kliniku Mayo u Rochesteru, SAD, cilj mi je bio vrlo jasan – "pokupiti" od američkih kolega sve tajne, mudrosti i novitete anesteziološke i intenzivističke prakse ove slavne klinike. No, u tom trenutku nisam mogla ni naslutiti da će mi zapravo najveći učitelji tamo biti njihovi bolesnici!

MIRTA ADANIĆ, spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog lijecenja, uža specijalistica intenzivne medicine, KB Merkur

Naime, Rochester je malen gradić, koji je procvjetao usred polja kukuruza države Minnesote gotovo isključivo zahvaljujući razvoju slavne Klinike. Stoga je većina turističkih atrakcija tog područja vezana uz povijest i nasljeđe Klinike Mayo, a najčešći "turisti" su upravo bolesnici i članovi njihovih obitelji. Osim toga, grad je prometno gotovo potpuno izoliran od drugih većih gradova pa sam većinu slobodnog vremena provela u proučavanju Mayo povijesti te razgovorima s ostalim "turistima" i ponosnim mještanima.

I tako sam vrlo brzo shvatila da razlog zašto američki bolesnici redovito biraju upravo Mayo za najbolju kliniku u državi nije nekakva "izvanzemaljska medicina", već njihovo gotovo bezuvjetno povjerenje prema Mayo sustavu.

A upravo su povjerenje i zadovoljstvo bolesnika i samoj bolnici apsolutni prioritet!

Glavni preduvjet za postizanje tog cilja je beskompromisno inzistiranje na kvaliteti pružene medicinske usluge, što Mayo postiže strogim probirom svojih djelatnika te stalnim ulaganjima novčanih sredstava u istraživanja, najnoviju opremu i računalne sustave.

No, ono što Mayo sustav čini stvarno posebnim je nasljeđe osnivača klinike (William Worrall Mayo - "tata Mayo"), koji je spoznao da je liječenje tijela potpuno besmisleno ukoliko je bolesnik izgubio nadu i vjeru u oporavak te da očuvanje i liječenje "duše" nije ništa manje važno od liječenja pojedinih organskih sustava. Stoga Klinika Mayo već generacijama prenosi praksu u kojoj se inzistira na empatiji i čuvanju dostojanstva njihovih bolesnika - djelatnici bolesnicima i njihovim obiteljima pristupaju s mnogo razumijevanja, strpljena i suosjećanja, a okolinu bolesnika se pokušava učiniti što ugodnijom uvođenjem dnevnog svjetla, umjetnosti, glazbe i neograničenim prisustvom obitelji u bolesničkim sobama, uz krevet bolesnika.

Posebno je i to što su prepoznali izrazitu važnost dobre organizacije zdravstvene skrbi – naime, bolesnik kući odlazi tek kada je njegovo liječenje potpuno završeno, po svim organskim sustavima! Takav zdravstveni sustav za posljedicu ima zadovoljnog pacijenta, koji do svoje dijagnoze i početka liječenja dolazi bez dodatnog stresa u nekoliko dana te nije primoran samostalno organizirati višemjesečnu potragu za rješenjem, lutajući od jedne bolnice do druge.

I ne manje važno, sustav Klinike Mayo razumije da zadovoljnih bolesnika nema bez zadovoljnih djelatnika! Stoga sustav inzistira na stalnom poboljšanju organizacije i kvalitete opreme s kojom zdravstveni djelatnici raspolažu, čime je smanjen stres pri izvođenju svakodnevnih zadataka. Također se inzistira na ugodnoj radnoj atmosferi i uvjetima rada, djelatnicima je osigurana radna odjeća, prehrana te prikladna financijska stimulacija.

Osim navedenih spoznaja, tijekom boravka u Klinici Mayo znatno sam unaprijedila i svoju anesteziološku i intenzivističku praksu, tako što sam

ovladala multimodalnom perioperacijskom analgezijom, neopioidnom anestezijom, ultrazvučnom dijagnostikom u jedinici intenzivnog liječenja i intraoperacijski, te raznim algoritmima perioperacijskog zbrinjavanja bolesnika. Sve navedeno danas primjenjujem u svojoj matičnoj bolnici.

I tako je, nakon četiri tjedna, moja američka pustolovina završila na jedan potpuno neočekivan način – postala sam bogatija za mnogo medicinskih bisera, ali ono što smatram apsolutno neprocjenjivim su neki drugi, potpuno nemedicinski dragulji.

Saint Mary's Hospital. Park u kojem se za lijepog vremena pedijatrijski pacijenti igraju i kredom crtaju po stazama... U pozadini restoran za posjetitelje...

LIJEČNIČKA ISKAZNICA PREDUVJET ZA PRVE ELEKTRONIČKE IZBORE U HLK-u

U prvoj polovici ove godine održat će se prvi elektronički izbori za članove tijela Hrvatske liječničke komore, a glavni preduvjet za elektroničko glasovanje je aktivirana liječnička iskaznica.

Ukoliko još niste, liječničku iskaznicu:

> IZRADITE
> PREUZMITE
> AKTIVIRAJTE

> UPUTE SU DOSTUPNE NA:

www.hlk.hr / Naslovnica / Članovi / Liječnička iskaznica
Sve upite o liječničkoj iskaznici dostavite na e-adresu: hlk@hlk.hr

Cjelovite informacije o izbornom procesu koji će se prvi puta u Komori, a i u Hrvatskoj održati i elektroničkim putem, uskoro će biti objavljene na službenim mrežnim stranicama i u glasilu HLK-a.

Komorin stipendist radiolog dr. Luka Novosel s liječnicima

u KBC-u Sestre milosrdnice prvi u Hrvatskoj izveo operaciju prostate kroz krvnu žilu

Ciljano kroz krvnu žilu do prostate, u svijetu već nekoliko godina, a od nedavno prvi put i u Hrvatskoj, u KBC-u Sestre milosrdnice izvedena je operacija prostate kroz krvnu žilu, a u liječničkom timu je sudjelovao i stipendist Hrvatske liječničke komore dr. Luka Novosel. Time je ta naša bolnica koja već 20 godina ima referentno središte za tumore prostate, stala uz bok najrazvijenijim bolnicama u Europi i svijetu.

"Kod pacijenata se kateterizacijom krvne žile u preponi ili u ruci može ući do prostate i sitnim česticama uzrokovati infarkt prostate koja se zatim smanji i tako se praktično riješe simptomi poput poremećaja mokrenja, krvarenje i slično.", objasnio je dr. Luka Novosel, radiolog u KBC-u Sestre milosrdnice.

„Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji i bolesnik već sljedeći dan može ići kući. Kandidati za takvu operaciju su visokorizični pacijenti, koji imaju prateće bolesti i za koje je procijenjeno da nisu za klasični zahvat. Cilj nam je da zahvatom kroz krvnu žilu u bolesnika koji imaju kateter uklonimo opstrukciju nakon čega mogu spontano mokriti.“, pojašnjava predstojnik Klinike za urologiju u KBC-u Sestre milosrdnice dr. Boris Ružić.

Kako je zbog sve starijeg stanovništva kandidata za takvu vrstu operacija sve više, dr. Ružić navodi da se u suradnji s interventnim radiolozima, posebno s dr. Novoselom do konca godine očekuje 30-ak takvih operacija.

U timu sudjeluje četvero liječnika, a dr. Novosel, koji se educirao u Francuskoj, kaže da hrvatski pacijenti koji su htjeli potražiti pomoć u inozemstvu i tu operaciju platiti, za to više nemaju potrebu.

Dr. Novosel rado ističe da ljubav s intervencijskom radiologijom nije bila na prvi pogled, no da mu je s početkom specijalizacije 2010. na KBC-u Zagreb postala životni smjer.

„Od samoga sam početka svaki mogući trenutak opće radiološke specijalizacije provodio u intervencijskoj radiologiji, u angiosali, gdje sam se pod nadzorom intervencijskih radiologa i neuroradiologa učio postupcima vaskularnog pristupa, angiografije i vaskularnih intervencija. Struka koja zaista ulazi u skoro svaki organ, svugdje ima nešto za reći.“, kaže dr. Novosel.

Educirao se u izvrsnim središtima intervencijske radiologije u Toledu, Parizu (kao stipendist HLK-a) i Strasbourgu.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Komorin program poticanja stručnog usavršavanja liječnika uspješno se nastavlja i u 2019. godini

Novi natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje liječnika bit će objavljen 18. veljače 2019. godine na mrežnim stranicama HLK-a

HLK sa zadovoljstvom obavještava članove da će 18. veljače 2019. biti objavljen poziv na javni natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje članova Komore. Bit će to treći u nizu natječaja iz Komorina programa poticanja stručnog usavršavanja liječnika putem kojeg se članovima financira stjecanje novih znanja i vještina do maksimalnog iznosa od 20.000,00 HRK. Ovaj natječaj namijenjen je svim članovima Komore i bit će otvoren mjesec dana. Svjesni činjenice da je stjecanje novih znanja i vještina preduvjet za stručno napredovanje kolega liječnika, a time i njihova većeg zadovoljstva na radnom mjestu, Komora je za 2019. godinu osigurala 1,5 milijuna kuna za stručno usavršavanje.

PEDIJATRIJA

trajanje specijalizacije
60 mjeseci
(5 godina)

specijalistički staž klinička pedijatrija
34 mjeseca

specijalistički staž različite zdravstene ustanove i grane specijalizacija/ suradne struke
8 mjeseci

poslijediplomski studij pedijatrija
3 mjeseca

godišnji odmor
5 mjeseci

Pedijatar je liječnik specijalist usmjeren na fizičko, emocionalno i socijalno zdravlje djece od rođenja do adolescencije. Kroz svoj rad pruža široki spektar zdravstvenih usluga, od preventivne zdravstvene zaštite do dijagnostike i liječenja akutnih i kroničnih bolesti pritom uzimajući u obzir brojne čimbenike koji utječu na rast i razvoj djeteta.

2017.	**710**	**20%**	**80%**
2007.	605	22%	78%

prosječna starost

2017.	**51,9**	**50,7**
2007.	51,6	49,6

Početkom 2017. (stanje 1. 1. 2017.) u hrvatskom zdravstvenom sustavu (javnom i privatnom) bilo je zaposleno 710 specijalista pedijatrije, što je činilo 7,4 % svih liječnika specijalista zaposlenih u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj. U odnosu na broj stanovnika, na 100.000 stanovnika bilo je 17,1 specijalista ove specijalnosti.

U ovoj medicinskoj specijalnosti dominiraju liječnice. Čak 5 od 6 su specija- listice pedijatrije.

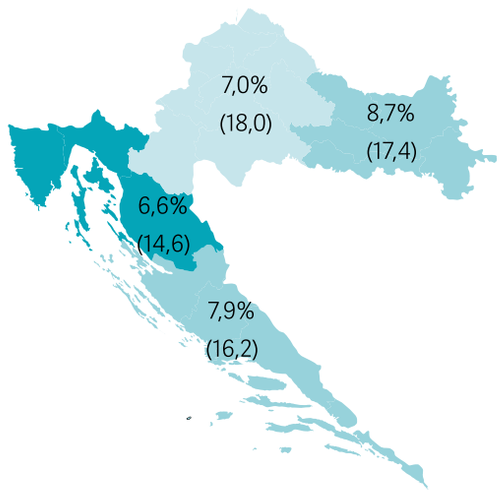
Prosječna starost specijalista pedijatrije iznosi 50,9 godina (51,9 M i 50,7 Ž), što je povećanje za nešto manje od jedne godine u odnosu na prosječnu starost pedijatara prije 10 godina (50,0 godina).

26 % pedijatara radi u KBC-ima, uključujući dislocirane odjele KBC-a, 23 % radi u privatnim ordinacijama PZZ-a u koncesiji, 20 % u općim bolnicama te 18 % u domovima zdravlja. Preostali liječnici ove specijalizacije rade uglavnom u klinikama (5 %) i kliničkim bolnicama (2 %).

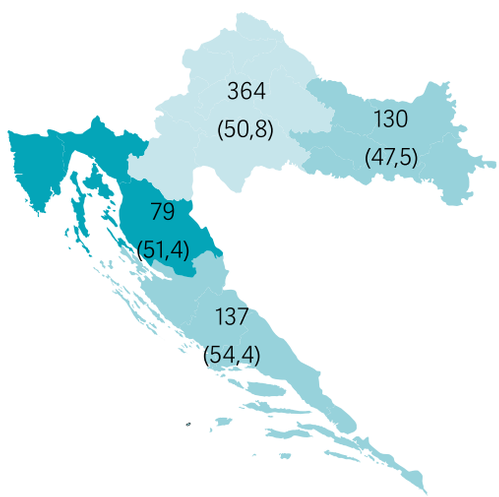
Otprilike 10 % liječnika ove specijalnosti radi u drugoj županiji u odnosu na županiju prebivališta, a skoro svaki drugi (47 %) je rođen u drugoj županiji u odnosu na županiju rada ili je doselio iz inozemstva. Oko 15 % specijalista ove grane specijalizacije rođeno je u inozemstvu.

Osnovne demografske informacije

udio u ukupnom broju liječnika prema zdravstvenim regijama (broj na 100.000 stanovnika) u 2017.



ukupan broj liječnika prema zdravstvenim regijama (prosječna starost liječnika) u 2017.

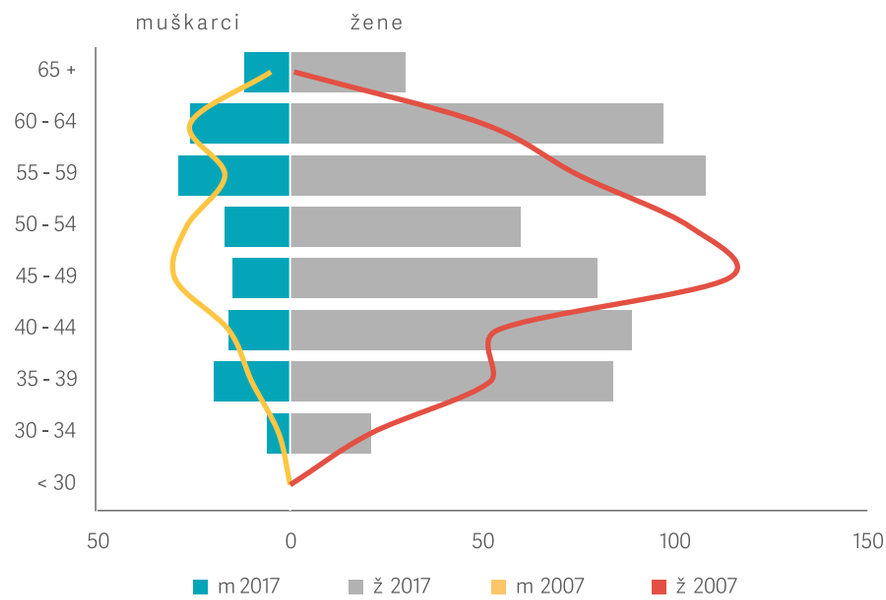


Prije 10 godina, 2007., bilo je 14,0 specijalista pedijatrije na 100.000 stanovnika.

Dobno-spolna struktura

Broj liječnika specijalista pedijatrije od 2007. do 2017. povećao se sa 605 na 710. Kao što je vidljivo iz dobno-spolne piramide (slika dolje), taj porast se dogodio isključivo zbog znatno većeg rasta broja liječnica koje su stekle ovu specijalizaciju (žene +98, muškarci +7).

PROMJENE PO ZDRAVSTVENIM REGIJAMA, 2007. U ODNOSU NA 2017.
SJEVERNA I SREDIŠNJA 301 - 364
JUŽNA 127 - 137
ISTOČNA 106 - 130 ZAPADNA 71 - 79



Tablica u nastavku pokazuje da je broj specijalista iz pedijatrije u promatranom desetogodišnjem razdoblju neznatno uvećan u skupini mlađih od 35 godina, smanjio se za 6 % u dobnoj skupini 35-54 godine, a povećao u dobnoj skupini 55+ godine (za 74 %).

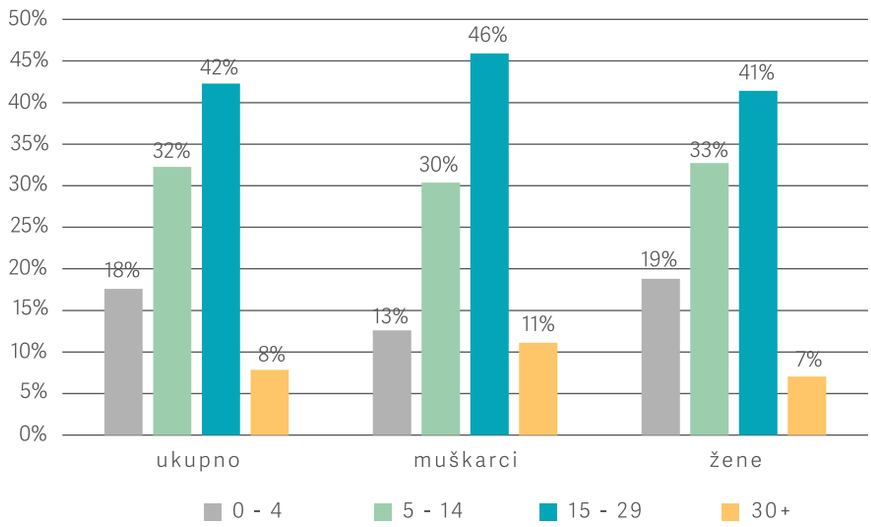
PROMJENA U BROJU SPECIJALISTA PO DOBI, 2007. U ODNOSU NA 2017.

	2007.	2017.	% promjena
<35	24	27	+13 %
35-54	407	381	-6 %
55+	174	302	+74 %

Radno iskustvo

Kao mjera iskustva liječnika može nam poslužiti distribucija specijalista prema godini završetka specijalizacije. Najviše liječnika pedijatara završilo je specijalizaciju prije 15 do 29 godina. Specijalisti pedijatrije muškarci imaju više iskustva od svojih ženskih kolegica, što upućuje na kontinuirani rast broja ženskih i tek blagi rast muških specijalista.

Prosječna dob pri diplomiranju specijalista pedijatrije iznosila je 25,7 godina (25,8 M i 25,6 Ž). Prosječna dob pri stjecanju specijalizacije bila je 35,2 godine (34,9 M i 35,3 Ž).



prosječna dob pri diplomiranju

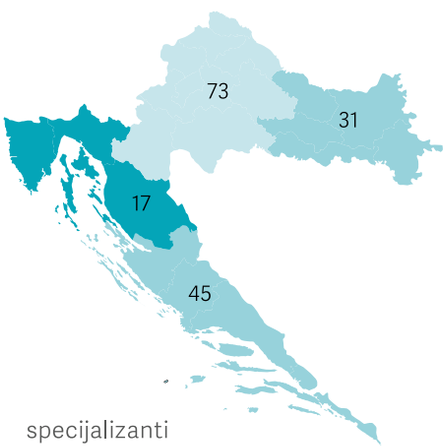
25,7

prosječna dob pri stjecanju specijalizacije

35,2

Specijalizanti i stariji specijalisti

Što se tiče pomlatka odnosno specijalizanata, 1. 1. 2017. u Hrvatskoj je specijalizaciju iz pedijatrije pohađalo 166 specijalizanata, od toga 20 liječnika i 146 liječnica. U dobi od 55 i više godina aktivno su radila 302 specijalista pedijatrije, od toga 67 specijalista i 235 specijalistica. U sustavu su radila i 42 specijalista pedijatrije starija od 65 godina, od čega 35 u javnom zdravstvenom sustavu.



specijalizanti po zdravstvenim regijama u 2017.

specijalisti 55+ po zdravstvenim regijama u 2017.

Emigracija i umirovljenje

Prema podacima Hrvatske liječničke komore (HLK), u razdoblju od ulaska u Europsku uniju 2013. do kraja 2016., 15 specijalista pedijatrije otišlo je u inozemstvo, 2 muškarca i 13 žena, prosječne starosti 43 godine.

Prema dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (HZMO), u posljednjih 10 godina najmanje 139 specijalista ove grane speci- jalizacije umirovljeno je i nije nastavilo aktivno raditi.

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U PROSINCU 2018. I SIJEČNJU 2019.

4. prosinca	Predstavljanje sedme sezone Sportsko-edukativnog projekta Aktivna Hrvatska, Zagreb (dr. A. Barić Grgurević, prim.dr.sc. I. Pejnović Franelić)
5. prosinca	Tribina HLK, Čakovec
6. – 8. prosinca	Međunarodna konferencija „Migracije i identitet: kultura, ekonomija, država", Zagreb (dr. I. Bekavac)
7. prosinca	Svečanost obilježavanja 125 godina Klinike za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
10. prosinca	Predstavljanje knjige Od vila ilirskih do Bijelog puta-stranputicama bosanske i hercegovačke povijesti, Zagreb
12. prosinca	Simpozij „Ovisnost o novim psihoaktivnim tvarima", Zagreb (prim.dr.sc. I. Pejnović Franelić)
13. prosinca	Tribina HLK, Rijeka
13. prosinca	Predstavljanje knjige Od vila ilirskih do Bijelog puta-stranputicama bosanske i hercegovačke povijesti, Split
14. prosinca	Predstavljanje udžbenika Ocjena radne sposobnosti u medicini rada, Zagreb (dr. A. Barić Grgurević)
14. prosinca	Predavanje studentima 6. godine studija medicine na engleskom jeziku, Zagreb (dr. I. Raguž)
17. prosinca	Znanstveni skup povodom 150. godišnjice prve liječničke udruge u Dalmaciji i druge u Hrvatskoj, Zadar (dr. I. Bekavac)
18. prosinca	Svečana dodjela godišnjih nagrada HLK, Gornja Bistra
12. – 13. siječnja	Sastanak EACCME-UEMS, Brussels, (dr. I. Lerotić, dr. V. Tomašić)
14. siječnja	Tribina HLK, Popovača
15. siječnja	Sastanak o Nacrtu Pravilnika o specijalističkom usavršavanju prvostupnica/prvostupnika sestrinstva u djelatnosti hitne medicine, Zagreb (prof. dr. G. Hauser)
15. siječnja	Tribina HLK, Sisak
17. siječnja	Sastanak na temu rada doktora medicine bez specijalizacije kojima je izdano odobrenje za samostalan rad, Zagreb (dr. I. Lerotić)
19. siječnja	12. Dan mimoza i Nacionalni dan borbe protiv raka vrata maternice, Zagreb (prof.dr. D. Vagić)
19. siječnja	Sportsko-edukativni projekt Aktivna Hrvatska, Nova Gradiška
22. siječnja	Predavanje studentima 6. godine studija medicine iz organizacije zdravstvene zaštite, Zagreb (dr. I. Bekavac)
23. siječnja	Tribina HLK, Varaždin
23. siječnja	Svečano pokretanje pilot projekta nadziranog četkanja zubi u vrtićima, Zagreb (prof.dr. D. Vagić)
28. siječnja	Predstavljanje knjige Znanost i umjetnost odgoja, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
31. siječnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
31. siječnja	Sastanak na temu Zakona o nabavi i posjedovanju oružja građana, Zagreb (dr. D. Soldo, dr.sc. V. Bralić Lang)
31. siječnja	Sastanak Stručnog povjerenstva za inicijalnu akreditaciju, Zagreb (dr. A. Barić Grgurević)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U PROSINCU 2018. I SIJEČNJU 2019.

10. prosinca	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
11. prosinca	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
11. prosinca	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
12. prosinca	Sjednica Izvršnog odbora
14. prosinca	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
17. prosinca	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
15. siječnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
18. siječnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
24. siječnja	Sjednica Vijeća
29. siječnja	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
30. siječnja	Sjednica Nadzornog odbora
31. siječnja	Sjednica Izvršnog odbora
1. prosinca – 31. siječnja	Sedam rasprava na Časnom sudu

OBAVIJEST O IZGUBLJENIM LICENCAMA

> Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Nataši Biondić**, dr. med. dana 17.5.2017. godine za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 17.5.2017. do 17.5.2023., serijski broj: 0040781, proglašava se nevažećim.

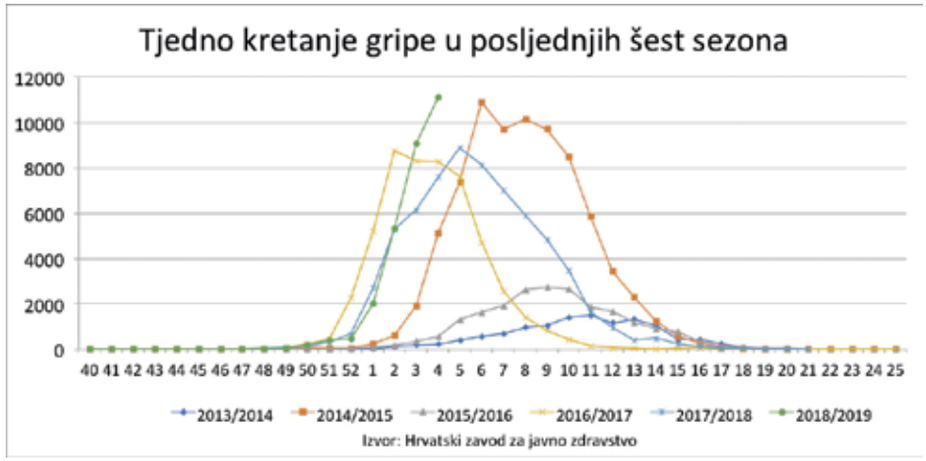
> Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano prim. mr.sc. **Renata Čop**, dr. med. dana 29.7.2015. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije i uže specijalnosti iz reumatologije na vremensko razdoblje od 29.7.2015. do 20.12.2020., serijski broj: 0031294, proglašava se nevažećim.

> Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Ivi Čuljak**, dr. med. dana 9.5.2018. godine za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 19.4.2018. do 19.4.2024., serijski broj: 0048633, proglašava se nevažećim.

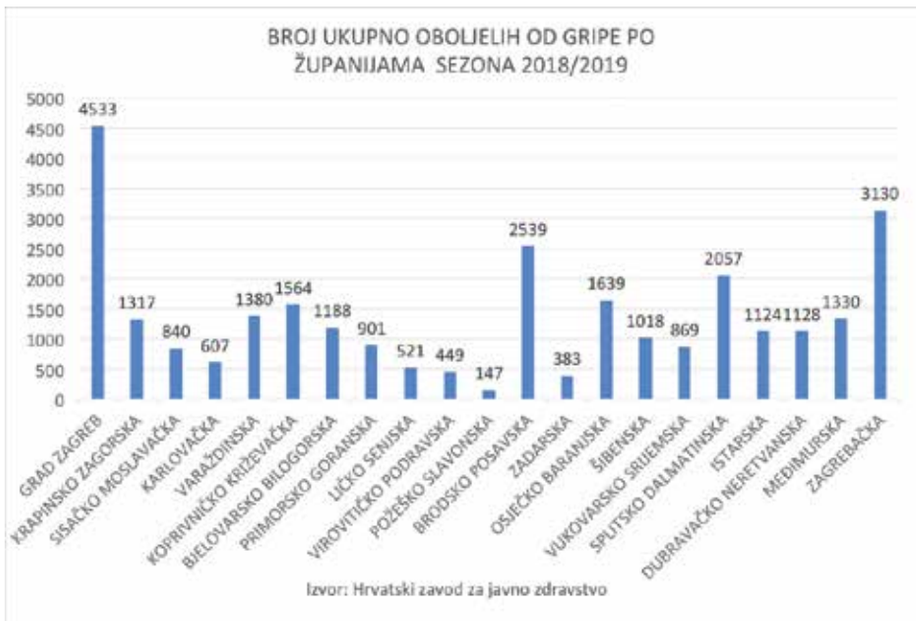
> Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Andreji Bedeković**, dr. med. dana 1.8.2018. godine za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 19.7.2018. do 19.7.2024., serijski broj: 0051177, proglašava se nevažećim.

GRIPA - CIJEPLJENJE I ZAŠTITA

Sezona gripe (influence) dosegnula je svoj vrhunac, koji uobičajeno traje tri do četiri tjedna, nakon čega slijedi postupno smanjivanje broja oboljelih. Iako je u početnom dijelu sezone gripa u velikoj mjeri pratila dinamiku obolijevanja tijekom prethodne sezone, u drugoj polovici siječnja zabilježen je znatno veći broj oboljelih u usporedbi s prethodnom sezonom, praćen većim udjelom hospitalizacija zbog gripe i njezinih komplikacija, uključujući i veći broj zabilježenih smrtnih ishoda. Ovi podaci samo potvrđuju da gripa nije bezazlena bolest, te da može rezultirati ozbiljnim, pa čak i životno ugrožavajućim stanjem, posebice u osoba koje su u većem riziku od razvoja komplikacija. Cijepljenje je najbolja specifična zaštita. ***Nažalost, unatoč preporuci radi vlastite zaštite i zaštite pacijenata, ni pojedini liječnici ni drugi zdravstveni radnici ne cijepe se protiv gripe.***



Slika 1. Tjedno kretanje prijava gripe u posljednjih šest sezona



Slika 2. Ukupan broj prijava oboljelih od gripe prema županijama na dan 27. siječnja 2019.

Epidemiološki podaci u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) do kraja četvrtog tjedna 2019. godine, u sezoni 2018./2019. zabilježeno ukupno 28 664 prijava oboljelih od kliničke gripe (tzv. ILI, eng. Influenza-like illness), što je najveći broj prijava u navedenom razdoblju u posljednjih šest sezona (Slika 1).

Većina prijava stigla je u drugoj polovici siječnja (20 196). Procjenjuje se da je broj oboljelih najvjerojatnije dva do tri puta veći, jer se ne prijavljuju svi oboljeli. Najveći broj prijava do sada stiglo je iz Grada Zagreba, Zagrebačke, Brodsko-posavske i Splitsko-dalmatinske županije (Slika 2).

Osim što je ova sezona gripe značajno intenzivnija po broju oboljelih, uključujući i veći broj hospitaliziranih zbog gripe, veći je i broj dojava o smrtnim

Slika 3. Stopa incidencije oboljelih od gripe prema dobnim skupinama u Hrvatskoj u sezoni 2018./2019. na dan 27.1.2019.

ishodima zbog gripe i njezinih komplikacija. Tako je do kraja siječnja zabilježeno 47 smrtnih ishoda, dok je u cjelokupnoj sezoni 2017./2018. bilo prijavljeno ukupno 29 umrlih osoba.

Među pristiglim prijavama kliničke gripe, incidencija je uobičajeno najveća u mlađim dobnim skupinama, a najmanja u osoba u dobi od 65 godina i starijih. Najveća incidencija bilježi se u predškolske i osnovnoškolske djece te dojenčadi (dobna skupina 0 mjeseci -14 godina) (Slika 3).

Rezultati Nacionalnog referentnog centra za influenzu HZJZ-a ukazuju na velik intenzitet cirkulacije virusa gripe tijekom 4. tjedna 2019. godine sa 60 % pozitivnih uzoraka pristiglih iz svih dijelova Hrvatske. Za razliku od prošle godine kada je prevladavao virus gripe B, linija Yamagata, **ove sezone dominira virus gripe A (97 %)**, dok virus gripe B čini samo 3 % pozitivnih uzoraka. Rezultati subtipizacije ukazuju na izrazitu **dominaciju podtipa A/H1pdm09 (95 %)** u odnosu na A/H3 (5 %).

Cijepljenje – jednostavna i najbolja specifična prevencija

Iako učinkovitost cjepiva protiv gripe u određenoj sezoni ovisi o nizu čimbenika, a posebice o stupnju mutiranosti virusa gripe, vrsti cirkulirajućih virusa gripe i njihovoj podudarnosti s cijepnim sojevima virusa te dobi i eventualnim komorbiditetima cijepljene osobe (u sezonama kad prevladava podtip A/H3N2 učinkovitost cjepiva je najčešće manja od 50 %, a kad prevladava podtip A/H1N1 učinkovitost je uglavnom iznad 50 %), cijepljenje protiv gripe predstavlja važnu i osnovnu specifičnu medicinsku mjeru za prevenciju gripe i smanjenje neželjenih posljedica epidemije gripe. Zbog sklonosti virusa gripe učestalim mutacijama virusa, kao i cirkulacije različitih tipova gripe svake sezone, cijepljenje protiv gripe se preporučuje provoditi svake godine, kako bi se stekla optimalna zaštita, posebno u ranjivom dijelu populacije (osobe oboljele od kroničnih bolesti, osobe starije životne dobi) koje imaju veću mogućnost razviti tešku kliničku sliku gripe ili umrijeti od posljedica gripe.

Cjepivo koje je nabavljeno i korišteno u programu cijepljenja (besplatno za osiguranike HZZO-a) je trovalentno (sadrži A/H3N2 i A/H1N1 i jedan B). U ljekarnama je u prodaji četverovalentno cjepivo koje uz ove navedene sadrži i dodatni antigen za virus gripe B. Ove sezone u Hrvatskoj i Europi dominiraju virusi tipa A i za sada izrazito dominira tipA/H1N1 kojeg pokrivaju oba cjepiva jednako (prve procjene ukazuju da je **ove godine učinkovitost cjepiva za H1N1 više od 70 %**).

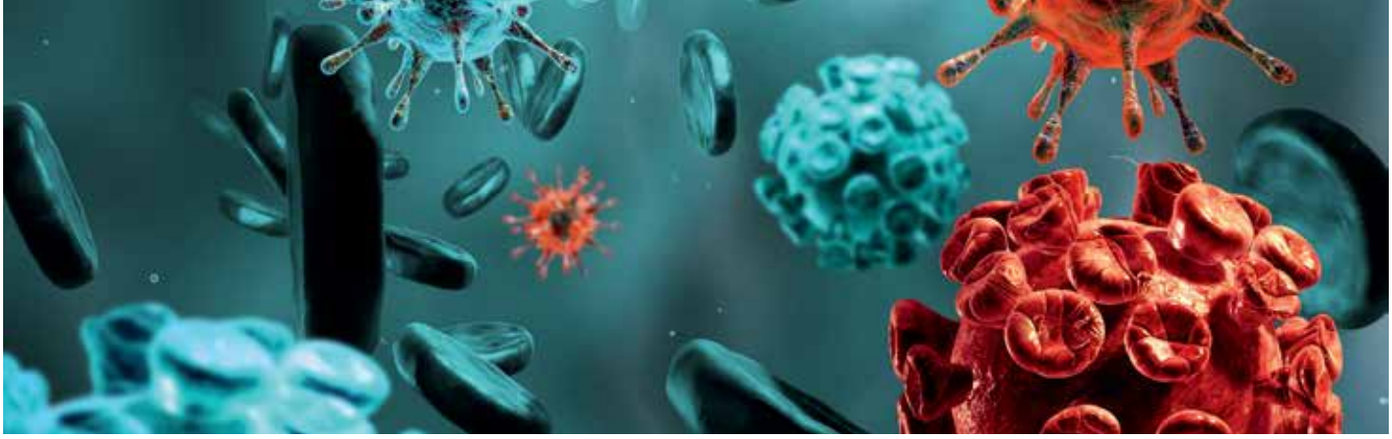
Strategije cijepljenja protiv gripe u Europi (prema Europskom središtu za prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti, ECDC)

Tri su strategije provedbe cijepljenja protiv gripe, od kojih je prva najvažnija i najraširenija u Europi.

1. Zaštita osjetljivih/ vulnerabilnih skupina

Glavna strategija imunizacijskih programa u Europi je izravna ili posredna zaštita vulnerabilnijih osoba. Izravna zaštita uključuje cijepljenje osoba koje su u većem riziku da razviju klinički teški oblik gripe i komplikacije (rizične skupine). Vijeće EU je 2009. usvojilo Preporuke o sezonskom cijepljenju protiv gripe (*Council Recommendation on seasonal influenza vaccination*). Preporuke potiču zemlje članice EU-a da prihvate i provode akcijske planove u cilju postizanja procijepljenosti od 75 % među osobama starije dobi te da sukladno mogućnostima, u ciljne skupine za cijepljenje uvrste i osobe s kroničnim bolestima. Kako bi se zaštitilo vulnerabilne i smanjio ukupan prijenos gripe, cijepljenje se također preporučuje svim zdravstvenim djelatnicima.

Posredna zaštita postiže se cijepljenjem onih koji su u bliskom kontaktu s osobama iz rizičnih skupina. Ova posredna strategija je od sve veće važnosti, jer je dokazano da je cijepljenje protiv gripe učinkovitije u zdrave djece i zdravih odraslih nego u starijih osoba i oboljelih od kroničnih



bolesti, uključujući imunodeficijenciju. Također, kako bismo zaštitili djecu mlađu od šest mjeseci koja se ne mogu cijepiti, jedina opcija postizanja njihove zaštite je posrednim putem (npr. cijepljenjem roditelja).

2. Zaštita zdrave djece, adolescenata i odraslih

Zdrava djeca mlađa od pet godina sklonija su težim oblicima bolesti uzrokovanih virusom gripe. Neke zemlje članice EU/EEA , uključujući Finsku, Latviju i Ujedinjeno Kraljevstvo, uveli su rutinsko cijepljenje protiv gripe mlađih dobnih skupina u svoje imunizacijske programe.

Epidemija gripe je također važan uzrok mnogobrojnih kratkotrajnih, ali iscrpljujućih bolesti koje imaju za posljedicu izostanak iz škole ili posla. Stoga se mnogi ljudi odlučuju cijepiti protiv gripe, a neki cijepe i svoju djecu, bez obzira na službene preporuke cijepljenja protiv gripe samo pojedinih kategorija stanovništva ili se ono preporučuje univerzalno odnosno svima.

Također, s obzirom na ekonomski i socijalni utjecaj, poslodavci često potiču cijepljenje svojih zaposlenika i pomažu da ono bude dostupnije. To uključuje i poslodavce u zdravstvenom sektoru, premda je glavni razlog imunizacije zdravstvenih radnika zaštita pacijenata i smanjivanje rizika epidemija unutar zdravstvenih ustanova.

3. Smanjenje epidemijskog širenja gripe

Uz dobru implementaciju prethodna dva pristupa, ovaj pristup temelji se na cijepljenu djece predškolske i školske dobi, jer se kroz praćenje obilježja oboljelih od gripe uočilo da se veliki dio prijenosa gripe događa u ustanovama za djecu predškolske i školske dobi. Stoga, uz imunizaciju starije populacije, cijepljenje djece i adolescenata može doprinijeti smanjenju ukupnog širenja virusa gripe i tako posredno zaštititi osobe u rizičnim skupinama, uz pretpostavku postizanja dovoljno visokog cijepnog obuhvata. Ovaj pristup je nedavno usvojen **u Ujedinjenom Kraljevstvu**, gdje je **uveden program cijepljenja protiv gripe koji preporučuje cijepljenje za svu djecu u dobi od dvije do 11 godina**.

Cijepljenje protiv gripe u Hrvatskoj

U Hrvatskoj se cijepljenje protiv gripe preporučuje osobama u povećanom riziku razvoja teških kliničkih slika gripe i njezinih komplikacija. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) svake godine osigurava besplatno cijepljenje za sljedeće kategorije stanovništva:

- osobe starije od 65 godina
- osobe starije od 6 mjeseci oboljele od neke kronične bolesti
- zdravstveni djelatnici.

Do pandemijske gripe 2009. godine, u Hrvatskoj se svake sezone cijepilo oko 700.000 osoba (oko 16 % stanovništva), a nakon toga, procijepljenost je bila znatno manja. Na temelju broja cijepljenih osoba u sezonama nakon pandemijske gripe, naručivane su manje doze cjepiva (oko 280.000 doza godišnje). Međutim, prošle je sezone (2017./2018.) zabilježeno povećano zanimanje građana za cijepljenjem, pa je tako za ovu sezonu nabavljeno ukupno preko 330.000 doza. Procjena je da se u Hrvatskoj protiv gripe cijepi oko 8 - 10 % ukupnog stanovništva, a najbolji odaziv na cijepljenje je u osoba starijih od 65 godina, gdje se prosječno svake sezone cijepi njih 22 %. To je puno manje od preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) još iz 2010. godine, prema kojoj bi trebalo postići 75 %-tnu procijepljenost među osobama starije dobi. Pozitivan primjer sukladno preporukama SZO-a predstavlja Ujedinjeno Kraljevstvo, gdje je cijepni obuhvat protiv gripe 72,6 %-tni među osobama u dobi od 65 godina i više, 48,9 %-tni među kroničnim bolesnicima mlađim od 65 godina odnosno 47,2 %-tni u trudnica. Cijepljenje protiv ovosezonske gripe počelo je početkom mjeseca studenoga. Oni koji se nisu cijepili, još se uvijek mogu cijepiti, no valja napomenuti da za postizanje zaštite treba oko dva do tri tjedna, nešto kraće za one koji su se i prethodnih godina cijepili.

Nekoliko riječi o cijepljenju djece

Cijepljenje protiv sezonske gripe je preporučeno i besplatno za svu djecu stariju od šest mjeseci koja imaju kronične bolesti. Sva takva djeca mlađa od devet godina koja se cijepe prvi put, trebaju primiti dvije doze cjepiva u razmaku od mjesec dana.

Što se tiče cijepljenja zdrave djece, argumenti koji bi išli u prilog sustavnom cijepljenju jesu: 1. Najveća je incidencija gripe u predškolskoj dobi, potom slijedi školska dob, te odrasli, a najma-

nja je incidencija u starijih osoba; 2. Prema nekim istraživanjima, prvenstveno iz SDA-a, mala djeca imaju veći rizik za hospitalizaciju zbog gripe nego školska djeca i odrasli; 3. S obzirom na to da su djeca zbog veće incidencije i duljeg izlučivanja virusa najznačajniji rezervoar infekcije za starije osobe, uz pretpostavku velike učinkovitosti cjepiva u djece, cijepljenjem djece bi se smanjila cirkulacija gripe u populaciji i time smanjila mogućnost zaražavanja starijih osoba.

Argumenti protiv preporuke za sustavno cijepljenje zdrave djece su sljedeći: 1. U većini europskih zemalja, pa tako i u Hrvatskoj, nedostaju podaci koji bi upućivali na veći rizik od komplikacija i hospitalizacije male djece koja obole od gripe u odnosu na stariju djecu i odrasle; 2. Podataka o učinkovitosti cjepiva protiv gripe u dječjoj dobi, a pogotovo u male djece, vrlo je malo i nekonzistentni su, tj. nema dokaza da je cijepljenje dovoljno učinkovito da opravda preporuku za sustavno cijepljenje.

Zbog izostanka prevage argumenata u prilog sustavnom cijepljenju zdrave djece protiv gripe, malo je zemalja u Europi koje ga preporučuju. Naime, takva preporuka sa sobom nosi obvezu nabave dovoljnih količina cjepiva i organiziranja cijepljenja sve djece svake godine uzastopce, a za tako opsežan javnozdravstveni pothvat nužno je imati vrlo jasne argumente i dokaze o opravdanosti.

Sustavno cijepljenje zdrave djece se ne može usporediti sa sustavnim cijepljenjem djece cjepivima iz Programa obaveznih cijepljenja. O razlikama javnozdravstvenog značenja gripe u odnosu na bolesti koje su obuhvaćene Programom cijepljenja nema mjesta pisati ovdje, a nije niti moguće na temelju postojećih raspoloživih podataka uspoređivati te bolesti s gripom jer su za bolesti koje su obuhvaćene Programom cijepljenja epidemiološke značajke (učestalost bolesti i komplikacija, smrtnost) vrlo dobro poznate, za razliku od epidemioloških osobitosti gripe u djece. Također, osobine postojećih cjepiva protiv gripe se bitno razlikuju od osobina cjepiva koja se koriste u Programu cijepljenja. Cjepivo protiv gripe mora se primati svake godine, njegova učinkovitost varira od godine do godine te nikad nije tako visoka kao u cjepiva koja se koriste uz Programu cijepljenja, a koja se primaju tek nekoliko puta tijekom života i pružaju dugotrajnu, često i doživotnu zaštitu.

Buduća cjepiva protiv gripe na čijem se razvoju intenzivno radi, a koja bi trebala pružati dugotrajnu zaštitu i to od svih podtipova virusa gripe, svakako bi bila kandidat za preporuku sustavnog cijepljenja djece. Do tada, s postojećim cjepivima protiv gripe, **nema razloga odgovarati roditelje od cijepljenja zdrave djece ako žele smanjiti rizik od razvoja gripe u svoga djeteta**, ali nema niti dovoljno argumenata da se preporuči univerzalno cijepljenje.

Zaštita zdravlja u ordinacijama

Za zaštitu zdravlja u ordinaciji važna je mjera cijepljenje liječnika i sestre ili medicinskog tehničara. Zdravstveni radnici imaju dvostruki cilj i odgovornost kad je riječ o cijepljenju protiv gripe: 1) zaštititi sebe, ukućane i bližnje i 2) zaštititi svoje pacijente, pogotovo one najranjivije skupine u kojih gripa može biti vrlo ozbiljna bolest. No je li cijepljenje dostatno za zaštitu zdravstvenih profesionalaca ili je dobro primijeniti i opće higijensko-epidemiološke mjere zaštite? Treba li nositi zaštitnu masku, osobito u radu s djecom, radno mjesto urediti tako da se smanji mogućnost prijenosa infekcija - da pacijent kod razgovora bude okrenut profilom, da se provodi prozračivanje prostorija koliko je god moguće, da se savjetuje pacijentima neka ne jure na pregled liječniku odmah prvog dana vrućice (ako nije dijete od rođenja do dobi od godine dana, posebice dijete do dobi od tri mjeseca i osoba oboljela od kroničnih bolesti bez obzira na dob)? Ako dijete starije od godinu dana ili odrasli ima povišenu tjelesnu temperaturu uz sumnju na gripu ili drugu virozu, uz antipiretik, hidraciju i mirovanje, i ako je opće stanje dobro, može se pričekati dva tri dana, pa ako stanje ne bude bolje treba otići liječniku. S gužvama u čekaonicama i ordinacijama koje donosi sezona gripe i ostalih respiratornih infekcija ponekad zaboravimo na ove opće jednostavne mjere zaštite kojima se smanjuje rizik od zaraze i prenošenje gripe na druge. Stoga ovim pitanjima želimo podsjetiti i na njihovu važnost. Uz cijepljenje (prije ili na početku sezone!) liječnika sestre/medicinskog tehničara, mjere zaštite su nošenje maski, osiguranje termina za bolesne, prozračivanje.

Gripa, lijekovi i savjesno postupanje

Svake godine, pa tako i ove, s početkom sezone gripe, sredstva javnog informiranja preplavljena su raznim reklamama za liječenje i olakšavanje simptoma gripe, osobito na televiziji. **Oglašavajući razne lijekove s kojima se gripa može „prehodati“ nanosi se dvostruka šteta. Oboljela osoba izlaže se riziku razvoja ponekad i po život opasnih komplikacija i oporavku koji se protegne na nekoliko mjeseci, te istovremeno širi gripu u svojoj okolini.** S ubrzanim načinom života ponekad zaboravljamo da gripa, uz odgovarajuće simptomatsko liječenje zahtijeva i mirovanje.

prim. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med.
GORANKA PETROVIĆ, dr.med.
prim. MIRJANA LANA KOSANOVIĆ LIČINA, dr. med.
e-mail: tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

TRANSPLANTACIJA SRCA – UTRKA S VREMENOM
Iskustva Kliničkog bolničkog centra Zagreb

Prof. dr. sc. HRVOJE GAŠPAROVIĆ
Voditelj kirurškog tima za transplantaciju srca, KBC Zagreb

Transplantacija srca predstavlja jedan od najvećih kirurških i logističkih izazova u modernoj medicinskoj praksi. Postoji veliki nesrazmjer između broja bolesnika koji boluju od srčanog zatajenja i broja učinjenih transplantacija srca na svjetskoj razini. Kod transplantacije srca postoji imperativ dovršetka zahvata unutar vremenskog okvira koji je restriktivniji nego kod transplantacije bilo kojeg drugog solidnog organa. Svaka transplantacija srca je, zapravo, utrka s vremenom. Razlog za to treba tražiti u ograničenoj toleranciji miokarda na ishemiju.

Transplantacija solidnog organa je dobar primjer značaja multidisciplinarnosti u medicinskoj praksi. Visoko specijalizirani transplantacijski timovi sastoje se od kirurga, kardiologa, anestezioga, medicinskih sestara i tehničara te transplantacijskih koordinatora.

> Transplantaciju moraju potvrditi i kardijalni kirurg i kardiolog

Kandidaturu bolesnika za transplantaciju srca moraju potvrditi i kardijalni kirurg i kardiolog, kao i prikladnost ponuđenog organa specifičnom primatelju.

Nakon što se identificira potencijalni donor, voditelj kirurškog tima donosi odluku jesu li savladive logističke prepreke koje se nalaze pred svakom transplantacijom srca. Neophodna je precizna komunikacija između eksplantacijskih i transplantacijskih kirurških timova, koji su često udaljeni više stotina kilometara. Praktički ne postoji margina za pogrešku u sinhronizaciji tih dvaju timova.

Transplantacijski timovi za srce KBC Zagreb dostupni su uvijek, a cijeli sustav u velikoj je mjeri baziran na volonterskim pripravnostima. Eksplantacijski timovi šalju se u sve donorske centre zemalja članica EuroTransplant zajednice koje se, po procjeni voditelja kirurškog tima, nalaze unutar radijusa koji bi omogućio dovršetak procedure unutar 4 sata. U tom vremenskom prozoru potrebno je eksplantirati i transportirati organ iz udaljenog centra te ponovno uspostaviti srčani krvotok u primatelju. Sam transport je često kombinacija avionskog i ubrzanog cestovnog prometa te može trajati više od tri sata. U kratkom, preostalom vremenu potrebno je dovršiti dvije kirurške procedure u dvije ustanove, što je test ekspeditivnosti, preciznosti i koordinacije kirurških timova.

> Nužna je vrlo kompleksna kirurška priprema

Paralelno s odlaskom eksplantacijskog tima, vrši se priprema primatelju. Često, radi se o vrlo kompleksnoj kirurškoj pripremi, jer je velik broj potencijalnih primatelja već bio eksponiran kardiokirurškim zahvatima. Unutar te populacije, osobito kompleksnu subgrupu čine bolesnici kojima je ranije ugrađena mehanička potpora srcu. Odstranjivanje mehaničkih crpki koje potpomažu rad srca predstavlja separatni tehnički izazov za kirurga, te izlaganje bolesnika dodatnom operacijskom riziku.

Kirurški armamentarij KBC Zagreb uključuje najnaprednije sustave mehaničke potpore srcu koje se trenutno u svijetu ugrađuju. Takvi uređaji često služe kao prijelazno rješenje između medikamentoznog liječenja terminalne srčane bolesti i konačne stepenice u liječenju, a to je transplantacija

Kandidaturu bolesnika za transplantaciju srca moraju potvrditi i kardijalni kirurg i kardiolog, kao i prikladnost ponuđenog organa specifičnom primatelju.

Nakon što se identificira potencijalni donor, voditelj kirurškog tima donosi odluku jesu li savladive logističke prepreke koje se nalaze pred svakom transplantacijom srca.

srca. Posljedično tome, kandidati za transplantaciju srca u Hrvatskoj, uključuju najkompleksnije bolesnike. Bez obzira na stupanj tehničke naprednosti umjetnog srca te uređaja za potporu lijevom ventrikulu, transplantacija srca ostaje zlatni standard u liječenju uznapredovale faze srčanog zatajenja.

> **Suradnjom različitih medicinskih disciplina doseže se sam vrh svjetske medicine**

Iako su u fokusu javnosti najčešće transplantacijski kardijalni kirurg i kardiolog, doprinosi anesteziologa, transplantacijskih koordinatora te medicinskih sestara i tehničara različitih specijalnosti su nenadomjestivi. Nakon što se pokrene transplantacijski proces, medicinske sestre/tehničari postaju komunikacijska spona između timova te su integralni dio samog kirurškog zahvata. One su karike koja spajaju cijeli lanac međusobno povezanih procesa, a koji uključuju pristup kirurškom instrumentariju, izvođenje procedura te prijenos i skladištenje donorskog srca.

Anesteziolog u transplantacijskom timu obnaša vrlo važne uloge u prvih nekoliko dana nakon zahvata. Tijekom procesa implantacije anesteziološki tim optimizira hemodinamske parametre. Radi se o hemodinamski vrlo vulnerabilnom periodu za bolesnika te je farmakološka potpora neophodna. Ponekad, međutim, inotropna potpora nije dostatna te je potrebno primijeniti neki od oblika mehaničke potpore srcu kako bi se održala opskrba tkiva kisikom. U tom kliničkom scenariju, kirurg, kardiolog i anesteziolog će spajanjem svojih područja ekspertize odabrati najbolji način liječenja bolesnika. Upravo je prvih nekoliko dana nakon zahvata od krucijalne važnosti za dobar klinički rezultat, čega je svjestan cijeli anesteziološki tim pod vodstvom prim. dr. Višnja Ivančan. Tijekom tog, najosjetljivijeg, poslijeoperacijskog perioda bolesnici su striktno monitorirani u jedinici intenzivnog liječenja kirurških bolesnika.

U posljednjih pet godina na KBC-u Zagreb učinjeno je više od 100 transplantacija srca. Sam operacijski postupak te rani poslijeoperacijski tijek bio je povoljan u 92 % bolesnika, dok je jednogodišnje preživljenje 83 %. Godina 2018. bila je osobito uspješna transplantacijska godina, kako po ukupnom volumenu transplantacija srca tako i po pitanju ranih kliničkih ishoda.

Napredno kirurško liječenje terminalne faze srčanog zatajenja perjanica je hrvatskog zdravstva te primjer kako se suradnjom između različitih medicinskih disciplina može dosegnuti sam vrh svjetske medicine.

hgasparovic@gmail.com

Doc. MARIO ĆUK nagrađen „medicinskim Oscarom“

Otkrio je rijetku bolest i djetetu spasio život

Inicijator natječaja je društvo Medis.

Za znanstveni rad u kojem je opisan novootkriveni oblik ektodermalne displazije s anhidrozom i imunodeficijencijom (EDA-ID), doc. dr. sc. Mario Ćuk, dr. med., uži specijalist pedijatrije, endokrinologije, dijabetesa i bolesti metabolizmaiz u KBC-u Zagreb, u prošloj je godini između 156 liječnika iz srednje i jugoistočne Europe nagrađen prestižnom nagradom *International Medis Awards for Medical Research*, svojevrsnim medicinskim Oscarom. Već nekoliko godina inicijator tog natječaja za prestižne nagrade je društvo „Medis“, a svečana dodjela za 2018. održana je u mjesecu studenome u Sarajevu.

Riječ je o znanstvenom radu u kojem je opisana vrlo rijetka bolest, od koje smo spasili dječaka Ivana, a koja se očituje nedostatnom imunošću, s prečestim, predugim i preteškim infekcijama od najranije životne dobi, istovremeno i s pretjeranom imunošću, uz stvaranje protutijela na vlastite eritrocite, trombocite i druge antigene. Posljedice su teška anemija i trombocitopenija, mišićna slabost, prestanak znojenja i održavanja tjelesne temperature, poremećaji u vlasištu, koži, noktima i zubima, objasnio nam je doc. Ćuk.

Nakon što je dijete zbrinuto, nastavili smo kao znanstvenici na Katedri za pedijatriju MEF-a u Zagrebu, kaže doc. Ćuk znanstveni suradnik na toj Katedri i došli do dodatnih otkrića i spoznaja o važnosti kanala CRAC u regulaciji metabolizma lipida, ponajprije lipolize i na razini enzima, zatim na razini prijepisa gena te u radu mitohondrija, proizvodnji energije i oksidaciji masnih kiselina.

Prisjetio se kako je sve počelo prije desetak godina time što se nije mogla spasiti Ivanovu stariju sestru Doroteju koja je nažalost, u dobi od dvije godine, podlegla, tada još nepoznatoj bolesti s kojom su bili suočeni. Potom se rodio Ivan s istim tegobama i bilo je poprilično jasno da i njega nažalost očekuje jednako fatalna sudbina. Budući da dostupne rutinske i specifične pretrage nisu pokazale o kojoj bi bolesti mogla biti riječ, pretrage smo preusmjerili u istraživački laboratorij, gdje smo uspjeli otkriti da je u Ivana poremećen provodnik i senzor za kalcij ORAI1 komponente kanala CRAC. Kako je izražaj ORAI1 komponente kalcijevog kanala izuzetno važan na membranama limfocita, pristupili smo eksperimentalnoj transplantaciji krvotvornim matičnim stanicama koje je darovao njegov brat Benjamin i time spasio Ivana od gotovo sigurne smrti, opisao nam je doc. Ćuk.

Ova bolest više ne bi trebala biti enigma i svako bi dijete trebalo biti izliječeno

EDA-ID je ekstremno rijetka bolest o kojoj se dosad nije mnogo znalo.

Objava našega rada s iscrpnim opisom kliničke slike i tijeka bolesti, omogućeno je da bolest bude otkrivena kod još jednog djeteta, koje je na vrijeme zbrinuto. Ona ne bi više trebala biti enigma i nadamo se da će ubuduće kod svakog djeteta biti prepoznata i izliječena. „Danas više niti jedno dijete ne bi smjelo umrijeti od ove bolesti, jer smo zahvaljujući Ivanu i njegovoj obitelji mnogo naučili o toj rijetkoj, ali i o drugim mnogo češćim bolestima, a na znanstvenu i terapijsku dobrobit mnogih ljudi“ ističe doc. Ćuk i dodaje kako je neopisiv i neprocjenjiv osjećaj dobiti osmjeh djeteta kojemu je pomogao.

„Za moj uspjeh - kaže doc. Ćuk - zaslužni su i moje kolege. Pokušavam oformiti ili biti dio ambicioznog i kreativnog tima kojemu je princip *brainstorming* poznat i dobrodošao, u kojemu pojedinac, liječnik ili znanstvenik, ima svoj pristup i mišljenje i motiviran ih je braniti i obraniti s ciljem unaprjeđenja osobnih i timskih kompetencija za postizanje što je moguće boljih rezultata, a sve na dobrobit djece i njihovih obitelji. Još uvijek vjerujem da je stručno i znanstveno čestit, kolegijalan i korektan medicinski tim ipak moguć te da je itekako ostvariv napredak u ovoj našoj surovoj realnosti. Entuzijastično pokušavam uspostaviti *perpetuum mobile* usavršavanjem postojećih znanja i vještina te prikupljanjem novih, i oformiti Centar za pediatriomiku na MEF-u i KBC-u Zagreb. U njemu bismo djeci s rijetkim bolestima pristupali individualno/personalno i sveobuhvatno; istraživali bismo i otkrivali uzroke i patomehanizme njihovih bolesnih stanja te uvodili eksperimentalne i nove oblike liječenja.

Suglasnost sustava i nadređenih oko opreme i financijskih sredstava u našim uvjetima nije lako dobiti onoliko koliko bi trebalo za takve iskorake. Rijetke bolesti su nepregledno područje medicine koje pruža brojne stručne i znanstvene izazove te otvara golema, nedovoljno istražena prostranstva. One samo čekaju svoje istražitelje koji će ponuditi potrebne odgovore i time pomoći bespomoćnima te ću zato biti zahvalan svima na svakoj podršci i pomoći u ostvarivanju ovoga cilja“, poručio je doc. Ćuk.

Potreban je konsenzus i podrška onima koji mogu i žele iskoračiti

Na pitanje gdje je danas hrvatska medicina u odnosu na razvijene zemlje, odgovara da se sustav vrijednosti u Hrvatskoj razlikuje od zemalja u kojima bismo zaista željeli živjeti i od sustava vrijednosti kakav bi zaista trebao biti. Okolnosti poput tih, utječu na sve segmente našega društva, uključujući i medicinu. Svjetska znanost i medicina začuđujuće brzo napreduju na polju molekularne genetike, stanične, substanične i međustanične signalizacije, novih bolesti, novih mehanizma, novih terapija, novih uspjeha. Ako smo se dosad i dobro držali, u budućnosti ćemo teško zadržati taj korak. S obzirom na masovni odlazak mladih i visokoobrazovanih kolega u inozemstvo, ta je budućnost još više upitna i manje svijetla. Sve što nam treba je konsenzus i podrška onima koji mogu i žele iskoračiti, smatra doc. Ćuk.

Govoreći o suradnji s kolegama u Hrvatskoj i inozemstvu ističe kako su trajni oblici inozemne i tuzemne međukolegijalne korespondencije, kongresi, promišljanja o bolesnicima, patomehanizmima, terapijama i dodatnim istraživanjima ključ svakog uspjeha kada je riječ o rijetkim i fatalnim bolestima. Moje brojne drage kolege, liječnici i znanstvenici u zemlji i svijetu, uvijek su mi bili na pomoći bez koje je pitanje bih li uspio. Obostrano si pomažemo na sve moguće načine. Dok nas vodi kolegijalnost te stručna i znanstvena čestitost, možemo pobijediti gotovo svaku bolest, poručuje doc. Ćuk.

>>

Entuzijastično pokušavam uspostaviti *perpetuum mobile* usavršavanjem postojećih i prikupljanjem novih znanja i vještina te oformiti Centar za pediatriomiku MEF-a i KBC-a Zagreb u kojem bismo djeci s rijetkim bolestima pristupali individualno/personalno i sveobuhvatno.

Nagrađeni znanstveni rad "*ORAI1 mutations abolishing store-operated Ca^{2+} entry cause anhidrotic ectodermal dysplasia with immunodeficiency*" objavljen je u američkom časopisu *Journal of Allergy and Clinical Immunology* koji je citiran u bazi *Current Contents* i ima čimbenik odjeka 13 (Q1, IF 13.258). U njemu su opisani novootkriveni oblici ektodermalne displazije s anhidrozom i imunodeficijencijom (EDA-ID) te neki njeni patogenetski mehanizmi. Predočeni su svi poznati detalji kliničke slike i tijeka bolesti kako bi bolest bila što je moguće brže i lakše klinički prepoznatljiva. Potom su prikazane analize novootkrivenih mutacija gena ORAI1 i proteinskog produkta ORA1 membranskog dijela kalcijevog kanala CRAC te predočeni mogući patogenetski mehanizmi imunodeficijencije, limfoproliferacije i autoimunosti uslijed poremećenog utoka kalcija procesom SOCE u stanice bolesnika.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

„Lica Lafore“- film koji nikoga nije ostavio ravnodušnim

U organizaciji Lions kluba Vukovar te partnera Opće županijske bolnice Vukovar i bolnice hrvatskih veterana te Doma zdravlja Vukovar, u rodnoj kući prvoga hrvatskog nobelovca Lavoslava Ružičke održana je u Vukovaru projekcija dokumentarnog filma „Lica Lafore“ redatelja Denisa Bojića i okrugli stol na temu „Laforina bolest - kako pomoći bolesniku s rijetkom bolesti“.

Na skupu je sudjelovalo 350 liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta i studenata. Skupu su također nazočili i bolesnici iz Vukovara koji boluju od rijetkih i neizlječivih bolesti.

Izniman emocionalni naboj i toplinu daje film „Lica Lafore“ te je ostavio o duboki dojam kod gledatelja. Dao je znanstvenu informaciju o iznimno teškoj prirodi bolesti s još uvijek smrtnim ishodom, pokazao klinički tijek teških neuroloških simptoma bolesti; od neprestalnih epileptičkih mioklonih napadaja, poremećaja govora, koordinacije, nemogućnosti gutanja, samostalnog disanja do teškog propadanja spoznajnih funkcija u prikazanih bolesnika. Ukazao je na dugotrajan proces stjecanja znanstvenih spoznaja o uzroku bolesti i teškoćama u organiziranju svih materijalnih i ljudskih resursa s ciljem pronalaženja lijeka za životno ugrožene bolesnike koji boluju od Laforine bolesti.

Film je prikazan jer djeluje iznimno poticajno na gledatelja u smislu podizanja svjesnosti o tome što možemo učiniti za takve bolesnike i njihove obitelji, kao i za sve ostale koji boluju od rijetkih bolesti koje tako često nepravedno zanemarujemo.

Nakon projekcije filma održan je okrugli stol u kojem su sudjelovali povjerenici za rijetke bolesti OŽB-a Vukovar dr. Davor Bandić, pedijatar, dr. sc. Biserka Kovač, neurolog, dr. Ljerka Šumski, anesteziolog, dr. Nikolina Ljubičić Marković, fizijatar i reumatolog, prvostupnica sestrinstva Vlatka Crnojević, prvostupnica fizioterapije Zdenka Floršić, magistra sestrinstva Ahnetka Stjepanović kordinatorica tima za palijativnu skrb DZ-a Vukovar i redatelj filma Denis Bojić iz Banja Luke.

Jednoglasan je zaključak svih sudionika skupa da nas priča o obitelji Gajić potiče i obvezuje da u budućem radu s bolesnicima koji boluju od rijetkih bolesti budemo pri pružanju medicinske skrbi osjetljiviji, organiziraniji i bolji.

Dočekali smo i proslavili
70 GODINA OD UPISA NA MEF U ZAGREBU

Doc. dr. Vjekoslav Bakašun

Studenti koji su upisali studij na MEF-u u Zagrebu akad. god. 1948./49. i diplomirali, sastali su se u petak 28. rujna 2018. i proslavili vrijedan jubilej – 70 godina od upisa. Na proslavu nas je došlo 17 i to: Božena Dittmayer Bendeković. Vjera Grabor Amšel, Ljiljana Helman, Tomislava Kapetanović Žiger, Paula Kmet Vižintin, Stanka Kurpez List, Ljubica Lončarević Milošević, Maja Šanjek Poljaković, Štefica Zajec Mašić, Vjekoslav Bakašun, Vladimir Bujanović, Slobodan Erić, Franjo Krmpotić, Zvonimir Lazić, Srećko List, Jaroslav Maleček i Ivan Petričević. Naša redovno upisana generacija ima sada 89 godina, no na proslavi su bili kolegica Štefica Zajec Mašić iz Sv. Ivana Zelina i Zvonimir Lazić iz Izraela koji imaju 94 godine, što nam je bilo veliko zadovoljstvo pozdraviti ih.

Po lijepom sunčanom rano jesenskom danu sastali smo se u 11 sati pred starim ulazom u zgradu Dekanata na Šalati. Bili smo mladalački uznemireni i osvježavali uspomene iz studentskih dana. Tu smo za uspomenu napravili skupnu fotografiju. Pridružilo nam se desetak studentica i studenata koji su bili pomoć teže pokretljivima na putu do Biološke dvorane na prvom katu, gdje smo sjeli u studentske klupe. U ime dekana prof. dr. Marijana Klarice, koji je bio službeno odsutan, pozdravila nas je prodekanica prof. dr. Vesna Jureša. Minutom šutne podsjetili smo se onih koji više nisu među nama. Zatim je kolega Vjekoslav Bakašun, uz PowerPoint prezentaciju u emotivnom polusatnom izlaganju podsjetio nazočne na studentske dane te neke društvene i ekonomske uvjete pod kojima smo tada studirali. Na kraju nam se obratila prof. dr. Nada Čikeš, bivša dekanica, i poželjela nam daljnji uspjeh i dobro druženje.

Nakon toga nam je u predvorju Biološke dvorane poslužen prigodni domjenak. Tu smo ostali sve do oko 14:30 sati, uvijek u prepričavanju sjećanja, ali svakako i razgovorima o osobnim zdravstvenim problemima, koji neminovno prate ovu životnu dob. Možda u šali, a možda i u zbilji, dogovorili smo se da ćemo 2023. godine proslaviti i 75. godišnjicu našeg upisa na MEF u u Zagrebu. Zašto ne!

Privatna ginekološka ordinacija

Prodaje se potpuno Privatna ginekološka ordinacija u Šibeniku, Jerka Machieda 18, površine 85 m^2, zbog odlaska u mirovinu.

Oprema ordinacije je vidljiva na internetskoj stranici:
w.w.w.ginekologija-kimer.hr
Privatna ginekološka ordinacija dr Marija Kimer.

Ordinacija uspješno radi više od 12 godina uz evidentan prikaz godišnjeg prometa i stalno rastući broj upisanih pacijentica.

Ordinaciju sam voljna prodati isključivo liječniku koji ima želju nastaviti već uhodani posao, a najam ili prodaja poslovnog prostora po posebnom dogovoru.

Molim zaineteresirane da se jave na e mail adresu:marija@ginekologija-kimer.hr

U Klinici za očne bolesti na „Svetom Duhu“ otvoren Suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije

U Kliničkoj bolnici Sveti Duh koncem siječnja otvoren je Suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) za dječju oftalmologiju i nova zgrada u kojoj će biti smješteno pet klinika sa šest djelatnosti, čiju je izgradnju i opremanje financirao Grad Zagreb s 21,5 milijun kuna.

Na svečanom otvaranju ravnatelj bolnice prof. dr. sc. Mladen Bušić izjavio je kako je WHO prepoznao napore Klinike za očne bolesti KB-a Sveti Duh u provedbi projekta ranog otkrivanja ambliopije ili slabovidnosti u četverogodišnje djece.

"To predstavlja vrh naših napora u zadnjem desetljeću, kada smo prvo na razini Zagreba krenuli s projektom 'Ambliopija u četverogodišnje djece', koji je 2015. Ministarstvo zdravstva podiglo na nacionalnu razinu u obliku Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti. Dobili smo i Nacionalni registar oboljelih te Nacionalni dan ambliopije i po tome smo jedini u svijetu, dok screening na ambliopiju ima svega desetak zemalja u svijetu", rekao je Bušić.

Prepoznavši te napore, WHO koji ima svega dva takva kolaboracijska centra u Europi, a devet u svijetu, izdvojio je kliniku Sveti Duh kao centar izvrsnosti.

Suradnja znači da će stručnjaci „Svetog Duha“ sudjelovati u provedbi projekata WHO-a, educirati stručnjake iz drugih zemalja i odlaziti u države koje WHO odredi da bi uspostavili probire na slabovidnost u četverogodišnje djece.

Ambliopija je izlječiva u 90 posto slučajeva ako se otkrije dovoljno rano. U Hrvatskoj je 300.000 ljudi s ambliopijom, koji su to mogli izliječiti da su kao djeca obavili preventivne preglede, ističu stručnjaci.

U dosadašnjoj provedbi programa, u sklopu kojeg se djecu poziva na oftalmološke preglede, utvrđeno je kako u Hrvatskoj ima oko osam posto slabovidne djece, a cilj je izliječiti slabovidnost do polaska u prvi razred osnovne škole.

Suradni centar na svečanosti je otvorila predstavnica Regionalnog ureda WHO-a za Europu Donna Zilstroff, a svečanosti je prisustvovao i ministar zdravstva Milan Kujundžić,

Novu zgradu u krugu bolnice, u kojoj će biti smještene patologija, citologija, kardiologija, gastroenterologija, oftalmologija i ortopedija otvorio je zagrebački gradonačelnik Milan Bandić.

Suradnja Klinike i Svjetske zdravstvene organizacije započela je još 2015.

Prvim direktorima Suradnog centra za dječju oftalmologiju Svjetske zdravstvene organizacije imenovani su prof. dr. sc. Mladen Bušić, predstojnik Klinike za očne bolesti i doc. sc. Mirjana Bjeloš, voditeljica Referentnog centra.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

>> EUROPSKI ISPIT IZ TRANSPLANTACIJSKE MEDICINE

Europski odbor za transplantacijsku medicinu ove godine u rujnu organizira ispit za dodjelu Europskih diploma u transplantacijskoj medicini koji će se održavati u Copenhagenu u sklopu Europskog kongresa za transplantaciju solidnih organa (ESOT). Ova diploma predstavlja potvrdu najvišeg stupnja usavršavanja u transplantaciji za liječnike interniste različitih struka nefrologe, gastroenterologe, kardiologe i pulmologe. Pravo izlaska na ispit imaju svi kandidati koji su proveli minimalno dvije godine transplantacijskog usavršavaja (mlađi kandidati). Kandidati koji imaju više od 10 godina kontinuiranog rada kao specijalisti mogu se kvalificirati za priznavanje počasne diplome. Prijave traju do 15. lipnja 2019., a sve detaljnije informacije mogu se naći na https://uemssurg.org/divisions/transplantation/transplant-medicine/ebsq-examination

Anna Mrzljak

„Zeleni krov“ Klinike za tumore KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu

Idejna skica i maketa Zelenog krova (arhitekt: Hironaka Ogawa)

U Hrvatskoj godišnje oboli od karcinoma oko 21 000 osoba i tako svake od prethodnih pet godina. Nažalost, za razliku od ostalih europskih zemalja, mi ne pratimo poboljšanje u preživljenju. Unatoč tome, potrebno je osvijestiti činjenicu da poslije liječenja od maligne bolesti, preko 170 000 ljudi u Hrvatskoj živi i radi nekoliko godina. Upravo zbog njih, i zbog velike vjerojatnosti da će ih protokom informacija i nužnim napretkom biti sve više, liječenju malignih bolesti počinjemo pristupati kao bilo kojoj kroničnoj bolesti, kao dijabetesu ili koronarnim bolestima, iako je percepcija javnosti i dalje puno mračnija.

Klinika za tumore je od 2010. godine dio KBC-a Sestre milosrdnice, uz posebnost jedine ustanove u Hrvatskoj koja se bavi isključivo onkološkim pacijentima i nudi sve vrste skrbi na jednom mjestu. Kroz Kliniku za tumore kontrolira se, dijagnosticira i liječi preko 140 000 tisuća ljudi godišnje, od čega 6000 boravi u bolnici prosječno tjedan dana, a oko 10 000 više puta po nekoliko sati u sklopu dnevnih bolnica. Oko trećine zbrinutih dolazi iz Zagreba, dok su ostali pacijenti iz cijele Hrvatske.

Od osnutka 1968. godine, Klinika za tumore vodi se principima cjelovite skrbi, to jest preventivnim pregledima, dijagnostikom i svim oblicima liječenja, praćenjem te, konačno, pružanjem dostojanstvene skrbi prema kraju života. Ove je godine Klinika proslavila 50 godina postojanja. Osim medicinske skrbi, cjelovitost uključuju i uređenje prostora i aktivnosti u njemu (koncerti, knjižnice, terapije umjetnošću, izložbe), što koordinira Centar za umjetnost i medicinu Klinike za tumore, kao jedina bolnička jedinica takvog tipa u Hrvatskoj. Sve intervencije su strukturirane i izvedene kroz profesionalnu suradnju s Muzičkom akademijom i Akademijom likovnih umjetnosti, a u slučaju terapija umjetnošću, sa suradnicima koji su educirani za psihološku potporu korisnika i njihovih obitelji kroz umjetnost kao medij.

Projekt *Zeleni krov* dosad je najzahtjevnija prostorna intervencija Centra. Nastao je kao nadgradnja trajnog rješenja prokišnjavanja ravnog krova stare zgrade Klinike. Prokišnjavanje postoji godinama i sanira se privremenim rješenjima (limene konstrukcije). Projektom *Zelenog krova* promijenio bi se kompletan drenažni sustav, pojačala statika i konačno ponovo otvorila terasa s pergolom i zelenom površinom. S obzirom na sadašnje stanje, time bi se dobio nužan prostor za odmor i rehabilitacijske aktivnosti, dakle mogućnost provođenja dijela vremena u Klinici koje se ne veže na prirodu same ustanove. Potrebno je naglasiti i energetsku uštedu. Idejno rješenje *Zelenog krova* donacija je japanskog arhitekta Hironake Ogawe, čime projekt dobiva i karakter međunarodne suradnje.

Kako *Zeleni krov* spada u neku vrstu *nadstandarda* javnih zdravstvenih ustanova, imamo potporu Uprave KBCSM-a i Ministarstva zdravstva za ostvarenje, uz nalaženje alternativnih načina financiranja. U ovom trenutku financijska se konstrukcija zatvara donacijama koje razne tvrtke daju za dobrobit zajednice. Vjerojatno se taj oblik financiranja mora tek uvriježiti, posebno u onkologiji gdje liječenje i cjelovita briga za pacijente, kako u bolničkom sustavu tako i izvan njega, zahtijeva znatna financijska sredstva.

IVA KIRAC

U HAZU-u održan znanstveni sastanak „Tumori prostate“

U organizaciji Razreda za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (HAZU) i Hrvatskog društva za urološku onkologiju Hrvatskog liječničkog zbora, 9. studenoga u palači HAZU održan je 6. znanstveni sastanak „Tumori prostate“.

Karcinom prostate po pojavnosti je drugi karcinom u muškaraca u Hrvatskoj, istaknuo je ministar zdravstva Milan Kujundžić i najavio da će Nacionalni program ranog otkrivanja raka prostate obuhvatiti mnoge mjere, od čimbenika rizika i ranoga otkrivanja do raznih oblika liječenja.

Predstojnik Klinike za urologiju KBC Zagreb Željko Kaštelan ustvrdio je da u Hrvatskoj godišnje od karcinoma prostate oboli više od 2000 muškaraca. Upravo zbog te učestalosti karcinom prostate postaje značajan javnozdravstveni problem. Zbog toga su, naveo je, u KBC-u Zagreb krenuli s izradom nove baze podataka bolesnika kako bi se standardizirao dijagnostički i terapijski tretman. Istaknuto je i kako se u Centru za prostatu u KBC-u Zagreb praktično u jednom danu može obaviti svu potrebnu dijagnostiku te dobiti prikladno liječenje. „Naša je zadaća rano otkriti bolest jer je tada moguće gotovo potpuno izlječenje bolesnika. Ako se bolest proširi i metastazira, učinkovitost je puno manja", poručio je prof. Kaštelan.

Ministar zdravstva Milan Kujundžić najavio je kako prvi kirurški robotički sustav za operaciju karcinoma prostate stiže u Hrvatsku za nekoliko dana, a trebao bi pridonijeti poboljšanju ishoda liječenja te bolesti od koje godišnje u Hrvatskoj umre oko 900 muškaraca.

Robot stoji oko 15 milijuna kuna, a prije šest mjeseci za njegovu nabavku osigurana su sredstva iz EU fondova.

Bit će smješten u KBC-u Zagreb gdje se osniva Nacionalno robotičko središte, koji bi trebao početi raditi u proljeće iduće godine.

Predsjednik HAZU akademik Zvonko Kusić pohvalio je multidisciplinarnost skupa na kojem su sudjelovali razni liječnici od urologa, onkologa i radioterapeuta do patologa i stručnjaka nuklearne medicine.

Tajnik Razreda za medicinske znanosti akademik Marko Pećina spomenuo je da su skupovi posvećeni tumorima prostate postali tradicionalni i podsjetio na njihova pokretača, pokojnog prof. dr. sc. Mirka Šamiju.

Na skupu su iznesena najnovija dostignuća u dijagnostici i terapiji raka prostate, od robotičkeke kirurgije do biopsije pod magnetskom rezonancijom, kao i rezultati hrvatskih središta izvrsnosti u Zagrebu i Splitu. Na skupu je sudjelovalo i pet predavača iz američke klinike Mayo.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE
POSEBNA PONUDA OD 25.2. DO 8.3.2019.!

Imate ideju, planove i želje koje želite ostvariti, ali nedostaje vam gotovine? To ne mora biti prepreka jer vam Privredna banka Zagreb daje podršku onda kad je najviše trebate. Iskoristite našu **posebnu ponudu od 25.2.2019. do 8.3.2019.** i realizirajte nenamjenski kredit u PBZ-u u kunama uz fiksnu kamatnu stopu od 3,80% na rok otplate do 5 godina i uz mogućnost odgode otplate od tri mjeseca.

Kredit kojim ćete ostvariti svoje želje možete podići do iznosa od 300.000 kuna uz fiksnu kamatnu stopu, a sami birate način i dan otplate kredita.

Dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske liječničke komore pronađite na internetskim stranicama www.hlk.hr ili kontaktirajte Magnifica tim.

IZNOS KREDITA

- od 15.000,00 do 300.000,00 HRK

OTKRIJTE PREDNOSTI PBZ NENAMJENSKIH KREDITA

- fiksna kamatna stopa
- rok otplate od 13 do 120 mjeseci
- bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva
- bez naknade za prijevremenu otplatu kredita
- sami birate dan u mjesecu kad plaćate kredit

POSEBNA PONUDA U RAZDOBLJU OD 25.2. DO 8.3.2019.!

FIKSNA KAMATNA STOPA ZA KREDITE U KUNAMA uz status klijenta:

- od 13 do 60 mjeseci - od 3,80%[1] (EKS od 3,87%)[2]
- preko 60 do 120 mjeseci - od 3,98%[1] (EKS od 4,06%)[2]

Kamatne stope su iskazane kao godišnje kamatne stope.

[1] Visina fiksne kamatne ovisi o kreditnom riziku klijenta.
[2] EKS je izračunat na iznos kredita 75.000,00 HRK i rok otplate 5 ili 7 godina. U izračun EKS uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

REPREZENTATIVNI PRIMJER UKUPNIH TROŠKOVA - NENAMJENSKI KREDITI U HRK

	FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (5 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (7 godina)	
Status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	HRK		HRK	
Traženi iznos kredita	75.000,00 HRK		75.000,00 HRK	
Rok otplate	5 godina		7 godina	
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade		bez naknade	
Kamatna stopa	4,10%	3,80%	4,28%	3,98%
Efektivna kamatna stopa[1]	4,18%	3,87%	4,37%	4,06%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	8.333,77 HRK	7.706,34 HRK	12.195,29 HRK	11.304,25 HRK
Mjesečni anuitet	1.384,63 HRK	1.374,48 HRK	1.034,86 HRK	1.024,47 HRK
Ukupan iznos za otplatu[2]	83.333,77 HRK	82.706,34 HRK	87.195,29 HRK	86.304,25 HRK

[1] EKS je izračunat na navedeni iznos kredita, bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva te uz navedeni rok otplate. U izračun EKS uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.
[2] Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana.

SVIJET MOGUĆEG.

PRIVREDNA BANKA ZAGREB

www.pbz.hr

Bank of INTESA SANPAOLO

Ovaj oglas je informativnog karaktera i ne predstavlja obvezujuću ponudu za PBZ.

IAEA PROJEKT HRVATSKIH STRUČNJAKA: „CRO6015 UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA DOZAMA I OPTIMIZACIJA U KOMPJUTORIZIRANOJ TOMOGRAFIJI“

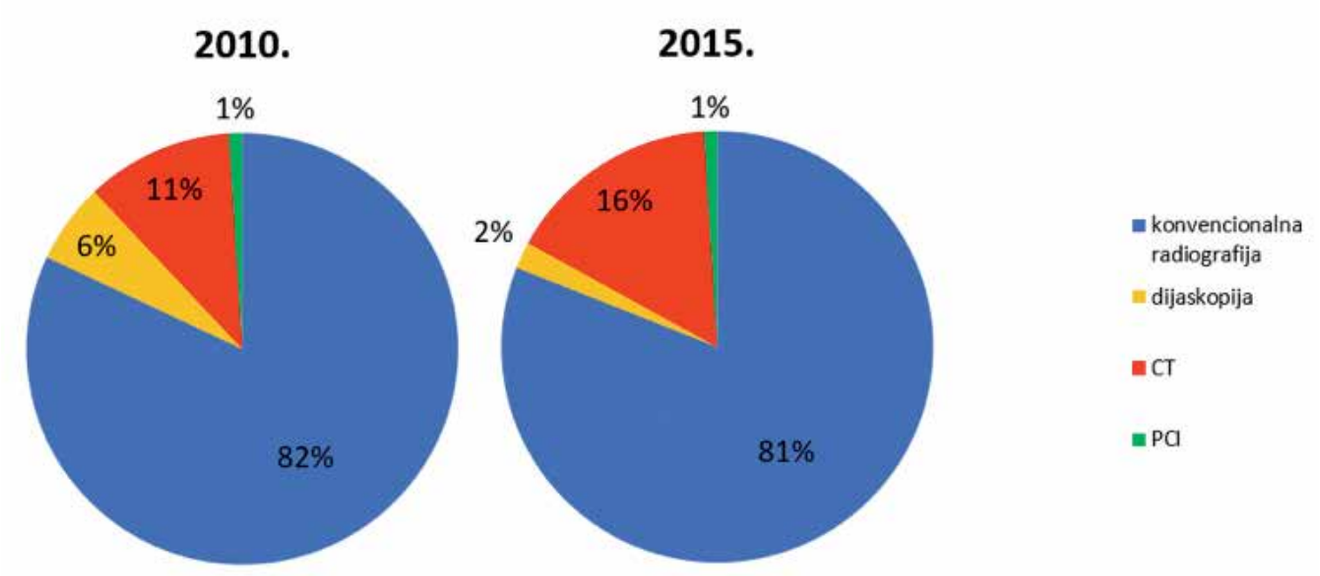
doc. prim. dr.sc. JELENA POPIĆ dr. med
specijalist radiologije, subspec. ultrazvuka/ MEF, KB Merkur
dr. sc. IVANA KRALIK, dipl. ing. Fizike, KB Dubrava

Usprkos prepoznatim koristima primjene kompjutorizirane tomografije (CT), uz nju je vezana i štetna strana, tj. rizik za razvoj ionizirajućim zračenjem (IZ) induciranog sekundarnog karcinoma i leukemije koji se mogu pojaviti i nakon dužeg perioda latencije (20 i više godina). Potencijalnu opasnost predstavljaju ponavljani pregledi, a osobita opasnost postoji kod djece koja su osjetljivija na IZ od odraslih, pri čemu treba naglasiti da se često koriste parametri snimanja koji nisu prilagođeni njihovoj dobi. Tehnološki je napredak ubrzao CT snimanja i omogućio snimanja većeg broja pacijenta u kraćem vremenu što je rezultiralo velikim brojem provedenih pregleda, ponekad čak i u slučajevima kada oni nisu neophodni.

Istraživanje Državnog zavoda za radiološku i nuklearnu sigurnost (DZRNS) pokazalo je da je broj CT pregleda u RH 2015. godine bio veći za 40% u odnosu na 2010. godinu (rezultati prof. dr. sc. **Darija Faja**, DDM2 projekt) (Slika 1.).

Opravdanost samog postupka mora osigurati veću korist od štete koju bi pregled mogao uzrokovati, a optimizacija mora osigurati da ozračenje pacijenta bude toliko nisko koliko je razumno moguće postići uz zadržavanje potrebne kakvoće dijagnostičke informacije, kao i to da se postupak provede prema pravilima dobre prakse.

Iako važeći propisi obvezuju sve pravne i fizičke osobe na provedbu načela optimizacije, u stvarnosti su i razina svijesti o potrebi provedbe načela optimizacije kao i sama provedba tog načela na vrlo niskoj razini. Dovoljno govori i činjenica kako je usprkos već ustaljenoj EU praksi, u RH tek 2012. godine zaposlen prvi medicinski fizičar na odjelu radiologije. Njihov broj se povećava te ih je trenutno na odjelima radiologije u RH zaposleno 9.



Slika 1. Usporedba raspodjele udjela pojedinog modaliteta u ukupnom broju dijagnostičkih i intervencijskih postupaka za 2010. i 2015. godinu

Članovi timova za vrijeme znanstvenih posjeta s predstavnicima zdravstvenih ustanova s dugogodišnjom dobrom praksom vezano uz optimizaciju provedbe CT pregleda (u Finskoj, Nizozemskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu Velike Britanije i Sjeverne Irske)

Upravo poboljšanjem stanja vezano uz poštivanje ova dva načela u RH bavio se projekt pod nazivom „CRO6015 Unapređenje upravljanja dozama i optimizacija u kompjutoriziranoj tomografiji" pod vodstvom prof. dr. sc. **Darija Faja** koji je okupio tim medicinskih fizičara i radiologa iz četiri zdravstvene ustanove u RH, KBC Osijek, KBC Rijeka, KB Mekrur, KBC Sestre milosrdnice. Projekt je trajao od početka 2016. do kraja 2017. godine. U provedbu projekta bio je uključen i DZRNS te grupa stručnjaka iz IAEA koja je u svrhu provedbe projekta angažirala i svjetski priznate stručnjake kao što su prof. **Manudeep K. Kalra** sa Sveučilišta Harvard, medicinski fizičar prof. **Madan Rehani** sa Sveučilišta Harvard i Duke te trenutni predsjednik Međunarodne organizacije za medicinsku fiziku (IOMP), medicinski fizičar dr. sc. **Marko Brambilla**, voditelj Odjela za medicinsku fiziku u Novari u Italiji i sadašnji predsjednik Europske federacije organizacija za medicinsku fiziku (EFOMP) te radiolološki tehnolog **Dean Pekarović**, voditelj Jedinice za zaštitu od zračenja u KBC Ljubljana u Sloveniji.

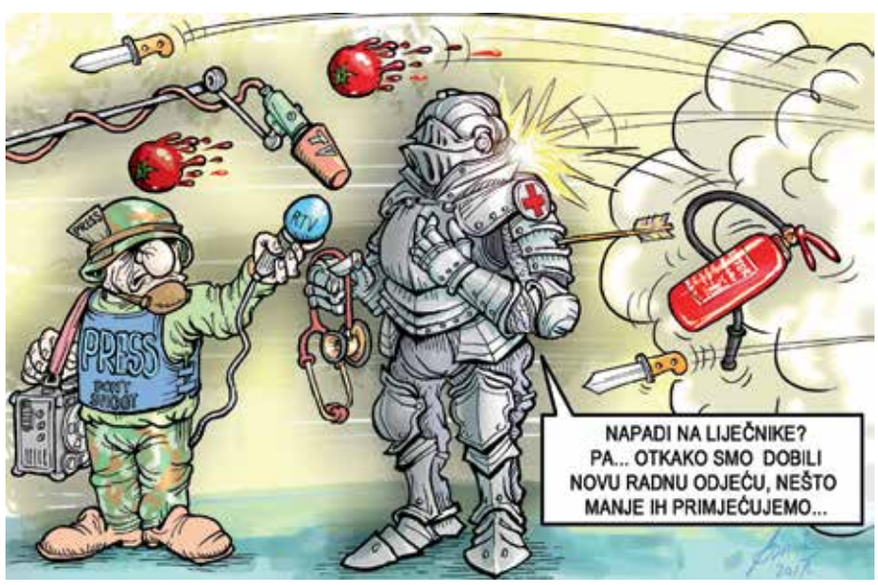
U okviru projekta održana je radionica, organizirani su posjeti europskim ustanovama s dugogodišnjom dobrom praksom vezanom uz optimizaciju provedbe CT pregleda (u Finskoj, Nizozemskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu Velike Britanije i Sjeverne Irske) i nabavljena oprema za provedbu provjere kvalitete CT uređaja.

Kao rezultat projekta izrađeni su optimizirani CT protokoli snimanja čime se ukinula praksa postojanja i korištenja različitih protokola za provedbu pregleda istog dijela tijela ili indikacije. Većina CT protokola optimizirana je za vrijeme trajanja projekta, a s optimizacijom ostalih nastavilo se i nakon završetka projekta.

Projekt se uklopio i u strateške planove Svjetske zdravstvene organizacije za period idućeg desetljeća. U ekspertnoj skupini WHO, kao članica WHO radne skupine "Radiation protection safety culture" je i suradnica projekta doc. prim. dr. sc. **Jelena Popić**, specijalistica radiologije iz Medicinskog fakulteta u Zagrebu i Kliničke bolnice Merkur.

Kao najvažnije ostvarenje ovog projekta treba istaknuti stečeno znanje i iskustvo svih koji su sudjelovali u njegovoj provedbi kao i povećanje razine svijesti o potrebi suradnje svih triju struka - radiologa, radioloških tehnologa i medicinskih fizičara bez kojih nije moguće primjereno optimizirati postupke snimanja u radiološkoj dijagnostici.

Karikatura



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

Zašto sam izabrala rad u obiteljskoj medicini

ANA LESAC BRIZIĆ

Bila je srijeda poslijepodne kada sam napokon prikupila svu papirologiju potrebnu za prijavu na poslijediplomski specijalistički studij obiteljske medicine. Najjednostavnije sam ostavila za sam kraj - ispuniti sam obrazac prijave. Upišem ime, prezime… kako još nisam naučila svoj OIB napamet? Koji mi je ono broj telefona moje ambulante? Koji je uopće moj broj mobitela? Kako ne znam svoj broj mobitela? Uvjerena da ću i na zadnje pitanje morat odgovoriti još nekim „tehničkim“ podatkom, iznenadila sam se pročitati: „Koji su Vaši motivi upisa u ovaj studij?“

Nisam znala kako sažeto i lijepo objasniti svoji motivaciju, pa sam odlučila jednostavno biti iskrena. I napisala sam: „Bit ću iskrena.

Po završetku medicinskog fakulteta nisam bila sigurna za koju specijalizaciju bih željela konkurirati, s obzirom da sam sve smatrala „preuskima“. Stoga sam se odlučila baviti znanstvenim istraživanjem u medicini (što je bila moja strast još i za vrijeme studija), te se zaposlila kao doktorand u Centru za proteomiku Medicinskog fakulteta u Rijeci. Ipak, koliko god je rad u istraživačkom laboratoriju bio uzbudljiv, nedostajao mi je kontakt s ljudima, kojeg u liječničkom pozivu iznimno cijenim.

Stoga sam se nakon nekoliko godina rada s virusnim DNA, CD8 i NK stanicama, odlučila javiti na prvi natječaj za liječnički posao koji bude raspisan. Bio je to natječaj za zamijene obiteljskih liječnika u Domu zdravlja PGŽ. Pomislila sam: „Meh… obiteljska. Hajde, dobro, prijavit ću se za početak, pa ako i dobijem posao, tražit ću nešto bolje.“ U tom trenutku nisam znala što je to „nešto bolje“, znala sam samo da „ja mogu bolje od obiteljske medicine“.

Dobila sam posao. Koliko teško to može biti? Ja sam pametna žena, uvijek sam bila u 10% najboljih studenata, pri kraju sam s doktoratom, a ako nešto baš i ne znam, uvijek mogu pacijenta samo „proslijediti dalje s uputnicom“. Pred kolegama mi je bilo neugodno da radim „samo opću“.

I tako sam radila „sasvim dobro“ (po mom mišljenju) oko dva mjeseca, a onda se dogodila najgora i najbolja stvar na jednom od raskrižja u mome životu. Poslana sam na godinu dana kao zamjena u Gerovo. Gerovo je selo Bogu iza nogu, kada u brdima na Jelenju skrenete lijevo, pa se vozite još oko 45 minuta u ta lijeva brda.

Gerovci. Ljudi u tim zabačenim selima dolaze svome liječniku obiteljske medicine po *pomoć*, a ne po uputnicu. Štoviše, prvih dana se događalo da su odbijali moje uputnice uz objašnjenje „ali duhtrce, kaj bum zdej pejške po snege prtinal, du pa me bu vozil v Rejku“? (u slobodnom prijevodu: „Doktorice, zar ću sada pješačiti po snijegom zatrpanoj cesti, nema me ni tko voziti do Rijeke“.)

I onda ona ključna rečenica koja mi je preokrenula sve prvog petka u Gerovu: „Dajte me Vi liječite!“

U jednom trenutku sve se promijenilo! Prestala sam *podcjenjivati* obiteljsku medicinu, i shvatila da je se *bojim*.

Da radim…što? Da ga/ju liječim? Ja? Ali tu smo samo ja i moja medicinska sestra, nema starijeg i iskusnijeg doktora da me istog trena ispravi ako pogriješim… Ok, ok… smiri se, Ana, to je „samo“ nereguliran šećer, možeš ti to naučiti regulirati. Dijabetolozi to rade bez problema. Ali… ali ona gospođa vani ima problema sa srcem, a ne šećerom… ok, ok… uz vrijeme i trud i pomoć starijih kolega mogu ja to sve savladati. Primam se knjige čim završim smje… ŠTO??? Kako to mislite da JA sada moram *hitno* zaustaviti krvarenje i *zašiti* ranu od motorne pile, odmah, sada, ovdje??? Što???

Tog petka je podcjenjivanje obiteljske medicine preraslo u jedno veliko strahopoštovanje. Zadnja pacijentica taj dan bila je mlada djevojka koja ima problema na poslu. Došla je u ambulantu, sjela nasuprot mene, pojadala se, pustila suzu, ustala i s puno topline u glasu rekla: „Hvala Vam, puno ste pomogli. To mi

je tako trebalo, da me netko sasluša i pokaže suosjećanje. Hvala Vam.“ Rekla je to i otišla s olakšanom dušom. Nije ni tražila… ne znam, Helex, Apaurin, išta? Bolovanje? Samo je htjela toplu ljudsku riječ?

Kako sam upoznavala populaciju pacijenata s kojom sam radila, kako sam upoznavala njihove multimorbiditete, kako sam upoznavala *njih* i njihove obitelji i životne priče - ono strahopoštovanje je preraslo u iznimno divljenje, izazov i poziv. Poziv biti obiteljski liječnik.

U međuvremenu se raspisalo dosta natječaja za razne specijalizacije, u raznim firmama. Čak je i sam DZ PGŽ raspisao natječaj za više različitih specijalizacija u ljeto 2017. Ali ja sam se prijavila samo na jedan natječaj. Na natječaj za specijalizaciju za koju osjećam strastveni poziv.

Dobila sam specijalizaciju tog ljeta i jedina stvar koja je bila uzbudljivija od toga, bilo je saznanje da mi u trbuhu raste sin.

Nakon svog ovog teksta, mislim da mogu sumirati svoje motive zainteresiranosti za upis na poslijediplomski specijalistički studij (osim što sam ugovorno obavezana upisati ga):

- želim postati najbolji obiteljski liječnik koji mogu postati; kao stručnjak i kao osoba,
- želim ukazati (i naučiti kako) na neopisivo veliku važnost obiteljske medicine u zdravstvu i u *životu*.

Ali mislim da je još jednostavnije moju motiviranost opisati poredbom. Kažu da su najstrastveniji kritičari pušača upravo oni koji su i sami pušili, pa su prestali pušiti. To je ona vrsta strasti koju ja sada osjećam prema obiteljskoj, nasuprot prije samo odmahivanja rukom na istu.“

S time sam završila svoje motivacijsko pismo i još jednom osjetila radost što sam pronašla svoj poziv i što ga mogu ostvariti. Za sam kraj, uključila sam opciju „provjeri pravopis i gramatiku“. :)

POLIKLINIKA BAGATIN

Poliklinika Bagatin u Splitu

Prepustite se sigurnim rukama naših stručnjaka

- Stomatologija
- Dentalni implantati
- Anti Age tretmani
- Laserska epilacija
- Tretmani lica
- Centar za oblikovanje tijela

DIOKLECIJAN HOTEL & RESIDENCE
Kranjčevićeva 45/1
21000 Split

+385 1 46 10 225
www.poliklinikabagatin.hr
info@bagatin.hr

GREEN GOLD TOWER
Grada Vukovara 269a/10
10000 Zagreb

DONJI GRAD - CENTAR
Kneza Višeslava 14/2
10000 Zagreb

Ratna bolnica „Šiška“ na otoku Pagu

Toliko značajna u Domovinskom ratu, zaboravljena u miru

“Nikad nijedan hrvatski branitelj ne bi izdržao toliko da iza sebe nije imao liječnika”, izjava je mr. sc. Vesne Bosanac, ratne i mirnodopske ravnateljice Vukovarske bolnice, koja je toliko puta potvrđena na svim ratištima, u svakom hrvatskom mjestu gdje su liječnici i svi drugi zdravstveni radnici stručno, hrabro i nesebično spašavali ranjene hrvatske branitelje i civile. Jedno od takvih mjesta bila je i ratna bolnica „Šiška“ smještena u gradu Pagu, a o kojoj se u hrvatskoj javnosti ne zna gotovo ništa. No, zahvaljujući entuzijazmu zadarskih liječnika, dragovoljaca Domovinskog rata i prvenstveno primarijusu Petru Lozi koji je sudjelovao u njezinom osnivanju, organizaciji i vođenju, snimljen je dokumentarni film, a dokumenti, fotografije i podaci o osoblju bolnice i pacijentima sadržani su i u nedavno predstavljenom Zborniku "Zadarsko zdravstvo i obrana Zadra u Domovinskom ratu 1991."

A sve je počelo u rujnu 1991. kada su pobunjeni hrvatski Srbi potpomognuti srbočetnicima iz Srbije i Crne Gore uz svesrdnu pomoć agresorske JNA okupirali Jasenice, Krušev i Maslenicu. Postupno osvajajući ključne strateške točke izvršavaju pripremu za potpuno vojno okruženje i osvajanje Zadra. Suočeni sa zločinačkim napadima na civilne objekte i zdravstvene ustanove, Stožer saniteta Sjeverne Dalmacije, na čelu s primarijusom Antom Viskovićem, te šefom kirurgije OB Zadar, mr. sc. dr. Antom Vidučićem i predviđenim rukovoditeljem ratne bolnice dr. Goranom Jakšićem, kirurgom i ortopedom iz OB Zadar, odredili su glavne i pričuvne putove sanitetske evakuacije. Na tim pravcima prema Splitu i Rijeci su izabrali pogodne objekte za pričuvne mobilne ratne bolnice MC Zadar. U izboru na otoku Pagu pomogao im je i pokazivao najbolje lokacije, po svom odabiru, dr. Ivo Šupraha, ravnatelj Doma zdravlja Pag. Od svih pregledanih lokacija, oni su izabrali objekt u samom gradu Pagu, u kojem je inače bilo smješteno odmaralište ljubljanske općine Šiška.

> Nakon agresorskog napada na Zadar odlučeno je otvoriti ratnu bolnicu „Šiška“

Zbog agresorskih raketiranja objekata predviđenih za pričuvne lokacije ratne bolnice u Starigradu i Posedarju, prim. Visković izdaje nalog da jedan liječnik bude u stalnoj pripravnosti na otoku Pagu. Da je priprema bila opravdana pokazalo se 15-ak dana kasnije kada je srpski agresor 3. i 4. listopada udario na Zadar s kopna, mora i zraka i potpuno ga odsjekao od ostatka zemlje. Među prvim ciljevima dalekometne artiljerije je bila i bolnica, posebice rađaonica i dječji odjel. Suočeni s činjenicom kako su i sve ranjive skupine: ranjenici, civili, žene i djeca ciljna meta, donijeta je zapovijed o otvaranju ratne bolnice „Šiška“. Kako su zdravstveni djelatnici i veći dio opreme određeni za rad u toj bolnici ostali u odsječenom i opkoljenom Zadru, prva njena ekipa sastojala se od dvoje liječnika dragovoljaca KBC-a Zagreb i jednog iz Zadra. Po dolasku u Pag, liječnici su stupili u kontakt s Kriznim štabom SO (skupštine općine) Pag koji su odlučili da im ratna bolnica nije potrebna te kako oni ne mogu snositi nikakve troškove, te posljedično niti pružiti pomoć u njenom otvaranju. Dr. Ivo Šupraha nije dijelio njihovo mišljenje, a kako su u Pag već počeli pristizati i prvi ranjenici s bojišnice takvu nepotpunu prvu liječničku ekipu odveo je u odabrani objekt. Pokazao im je i gdje je spremljeno nešto opreme. Budući da je komunikacija s opkoljenim Zadrom bila u potpunosti

Prim. dr. Ante Visković, zapojednik Stožera saniteta Sj. Dalmacije; dr. Petar Lozo, zapovjednik ratne bolnice "Šiška"; dr. Irenko Srdoč, glavni kirurg ratne bolnice "Šiška" u Stožeru saniteta studeni, 1991. g.

onemogućena, liječnici su pozvali paške dragovoljce da im pomognu u pripremi i otvaranju bolnice. Nisu imali potrebnu medicinsku opremu, vodu, struju, telefon niti bilo kakvo drugo sredstvo komunikacije, a već prvi „radni dan" bojovnici su s prve crte dovozili ranjene. U tim prvim neprijateljskim prodorima ranjene su prevozili suborci u osobnim vozilima. Mnogi od njih su zbog proživljenoga bili u potpunom šoku. Vozila s ranjenim suborcem pratila su barem još dva ili tri u kojima su bili naoružani dragovoljci. U takvim trenutcima kada je vladao kaos, strah, neizvjesnost i djelovala peta kolona, pokazao se presudan utjecaj liječnika dragovoljaca na gardiste. Kada su vidjeli kako liječnici i medicinsko osoblje spremno prihvaćaju ranjenike među sobom su proširili vijest i javljali - Sve je u redu! Bit će spašeni! To je bolnica, idemo nazad na crtu! Uskoro se gužva ispred bolnice raščistila i od 10-tak vozila više nije bilo niti jednoga. Dragovoljci nisu znali s čim su se susretali liječnici i drugi zdravstveni djelatnici. Pojma nisu imali da su gladni. To je njima bila **„Bolnica"**, jer su vidjeli kako funkcionira prihvat i trijaža ranjenika, zbrinjavanje lakših ozljeda i reanimacija najugroženijih, kao i njihov transport dalje s medicinskom pratnjom. Njima je izgledalo kako sustav besprijekorno funkcionira i puni optimizma s pjesmom su se vraćali u borbu. Liječnici su ubrzo dobili pomoć s po jednom kirurškom i anesteziološkom ekipom iz KBC-a Rijeka, a kasnije su im se priključili kirurg i instrumentarka iz Medicinskog centra Pula. Čim su stvoreni uvjeti ostala radna mjesta pokrivena su djelatnicima Medicinskog centra Zadar i Ortopedske bolnice Biograd na Moru.

> Problem je bila hrana za ranjenike i dragovoljce „Šiške" – bili su gladni

Najveći je problem bila hrana za ranjenike i dragovoljce „Šiške". Paški Crveni križ priklonio se odluci Kriznog štaba SO Pag, pa ni on nije htio pomoći. Nakon tjedan dana gladovanja i života na donacijama hrane paških dragovoljaca, paški župnik, pok. don Frane Mandić prehranu je osigurao tako da su je pripremale časne sestre benediktinke iz samostana Sv. Margarite u Pagu. Osoblje ratne bolnice moglo je konačno raditi bez straha od gladi.

> Bolnica je imala kirurški blok, intenzivnu, tamnu komoru, ljekarnu....

Odmaralište je bilo smješteno u kompleksu dviju zgrada odvojenih od ulice visokim zidom, među kojima se nalazilo oveće dvorište (10 x 10 m²). Veća

Upravo pogođena zgrada dječjeg odjela OB Zadar, 3. listopada 1991.

Dragovoljci ratne bolnice "Šiška" studeni 1991. g.

zgrada (20 x 7 m²) imala je tri kata, a manja (20 x 5 m²) bila je jednokatnica u obliku slova L. U prizemlju veće zgrade smješten je kirurški blok s operacijskom dvoranom, a prostorija iza toga je služila kao blagovaonica i kuhinja.

Posebno odvojena bila je prostorija u kojoj je bila smještena tamna komora. Na prvom katu bila je poluintenzivna njega sa sedam kreveta, četiri sanitarna čvora i tri sobe za pacijente. Isti raspored bio je na drugom i trećem katu. U dvorištu se nalazila stanica za plinove i priručna tamna komora. U prizemlju manje prostorije nalazile su se šok-soba, ljekarna, kancelarija za upravu bolnice, spavaonica i sanitarni čvor. Na katu su se nalazile četiri sobe za pacijente i osoblje, te sanitarni čvor.

Nakon što je agresor zauzeo hrvatska mjesta i protjerao stanovništvo Novigrada, Posedarja, Vinjerca i drugih mjesta na tom dijelu zadarske općine povećao se broj izbjeglica na samom otoku Pagu. Izvan neprijateljskog okruženja ostalo je oko 15000 pučana, prognanika i izbjeglica te oko 2500 branitelja. Višestruko se povećao promet 60 kilometara dugom, uskom i vijugavom paškom cestom od mosta do trajektnog pristaništa Žigljen. Padom Masleničkog mosta u studenome 1991. prometni pravac preko otoka Paga postaje jedini put između sjeverozapadne Hrvatske i Dalmacije te Herceg-Bosne, pa je i nazvan „Paškom spojnicom".

Dnevno je tom cestom prolazilo i do tisuću vozila, 100 autobusa, 500 kamiona i 300 kamiona-cisterni. Zbog tako velikog broja kamiona-cisterni s plinom i naftom, te kamiona s eksplozivom i streljivom, moralo se ozbiljno računati na teže prometne nezgode uz moguće ekološke posljedice.

Kad je Hrvatska vojska uspjela utvrditi svoje položaje i spriječiti agresoru daljnji prodor, liječnici iz Zagreba i Rijeke vraćaju se u svoje bolnice, a u funkciji održavanja „Šiške" ostaje dr. Petar Lozo. Početkom studenoga 1991. stanje se pogoršava zbog žestokih neprijateljskih napada i raketiranja Paškog mosta, koji je oštećen, cijelog zadarskog područja i samoga grada. U „Šiški" se formira nova ekipa. Glavni kirurg i instrumentarka dolaze iz MC-a Pula, a ostala mjesta pokrivaju djelatnici iz MC-a Zadar i Ortopedske bolnice Biograd na Moru.

> Liječnici iz „Šiške" i na gospićkom ratištu

Istodobno su velikosrbi i JNA osobito teško napali Gospić, koji su 2. i 3. studenoga 1991. gađali minobacačima, topništvom, tenkovima i iz zrakoplova. Procjenjuje se kako je tada na Gospić palo više od tisuće granata. Kako bi tko bio ranjen, nakon pružene prve pomoći, odmah bi bio evakuiran cestom preko Karlobaga u Senj i Rijeku. Zbog toga se moralo čekati više sati na povratak vozila. Za to vrijeme se broj ranjenih stalno povećavao, a neki su bili i životno ugroženi. Uvjeti zbrinjavanja na evakuacijskom putu postajali su sve teži. Nedostajalo je liječnika, medicinskog osoblja i odmorenih vozača za žuran transport životno ugroženih. Na zamolbu prof. dr. Šime Vučkova, zapovjednika Stožera saniteta Rijeke, Gorskog kotara i Like, mobilna ekipa „Šiške" odlazi na gospićko ratište pomoći zbrinjavanje i evakuaciju ranjenih. U Karlobagu su u prihvatnoj ordinaciji zatekli tim obiteljske medicine koji je danima radio bez odmora. Bili su premoreni i potpuno iscrpljeni, a 'zatrpani' ranjenicima. Posebno im je teško bilo pružati prvu pomoć stalno okruženi naoružanim hrvatskim bojovnicima koji su dovozili ili pratili svoje ranjene prijatelje dragovoljce i koji su zbog zabrinutosti i emotivne iscrpljenosti često zahtijevali nemoguće. Prijetio je potpun psihički slom zbog svakakvih neželjenih i teških posljedica takvog stanja. Zbog toga su nadležni iz medicinskog stožera odlučili u evakuacijskom putu na toj točci u Karlobagu uspostaviti prihvatne trijažne te anesteziološke i kirurške jedinice. Dva kirurga i jedan anesteziolog rade bez odmora. Prihvaćaju se svi ranjeni koji pristižu iz Gospića, a kad bi bili stabilizirani, pripremani su za evakuaciju po stupnju žurnosti. Ranjeni branitelji i njihove pratnje konačno su bili zadovoljni brzinom i

učinkovitom pomoću. Svjedoci kažu da je opće turobno raspoloženje preraslo u optimizam.

Neprijateljski napad na Gospić bio je odbijen. Nakon iscrpljujućeg rada, ali i zadovoljstva uspješnom obranom puna vjere i optimizma mobilna kirurška ekipa vraća se u „Šišku“.

> U „Šiški“ spašen život hrvatskom policajcu s prekinutom plućnom arterijom

Naredbom ministra zdravstva prof. dr. Andrije Hebranga održavana je „Šiška“ sve do povlačenja okupatorske vojske i raspoređivanja snaga UN-a na okupiranim hrvatskim područjima. Izvješća o stručnom radu u „Šiški“ slana su republičkom Stožeru saniteta svakih 15 dana. Iako su bili suočeni s nedostatkom odgovarajuće medicinske opreme i lijekova, povremeno bez električne energije i vode, zdravstveni djelatnici bili su u 24-satnoj pripravnosti. Zbog nepredvidivih ratnih, ali i vremenskih okolnosti, pri čemu je prijetila i prometna izolacija, morala se strogo poštovati zapovijed zapovjednika Stožera prim. dr. Ante Viskovića: “dok je otvoren i jedan put evakuacije u Ratnoj bolnici se može pružiti samo neodgodiva stručna kirurška pomoć!” Tijekom 226 radnih dana u bolnici je obrađeno 980 pacijenata, vojnika i civila, uglavnom kirurških pacijenata. Izvršeno je 297 radioloških snimanja, te 125 gipsanih imobilizacija s ili bez repozicija prijeloma. Izvršeno je 305 laboratorijskih pretraga uz 12 transfuzija krvi. Dulje od 24 sata na intenzivnom liječenju se moralo zadržati 17 pacijenata, a uspješno je korišten i helikopter u evakuaciji najugroženijih. Obavljen je i jedan porod. Stupanj postignute organizacije najbolje potvrđuju uspješno izvršeni operativni hitni zahvati u općoj anesteziji. Pri tome valja posebno istaknuti zahvat kojim je spašen život hrvatskom policajcu s otvaranjem prsnog koša i pluća, zbog prostrjelne rane kojom mu je prekinuta desna plućna arterija. Takav se složeni zahvat uspješno obavlja vrlo rijetko u ratnim bolnicama bilo gdje na svijetu. Imali smo i troje poginulih. Obavljeno je i epidemiološko izviđanje prognanih i izbjeglih smještenih u hotelima, te u školama i dječjim vrtićima. Dva puta provedena je bakteriološka kontrola hrane hrvatske vojske i policije i cijepljenje gardista protiv gripe, navodi dr. Lozo.

Od posebne je važnosti u to vrijeme bila velika humanitarna i promidžbena uloga djelatnika „Šiške“. Stjecajem ratnih okolnosti njena se lokacija poklopila s krajnjom točkom do koje se moglo doći bez ugroženosti mnogih donatora, radio i tv novinara, političara i parlamentaraca, posebno austrijskih, njemačkih i francuskih. Zbog snažnih ratnih djelovanja mnogi su od njih morali i po nekoliko dana ostati u bolnici.

Za potrebe Stožera saniteta Sjeverne Dalmacije ukupno su primljene 143

IZVAN NEPRIJATELJSKOG OKRUŽENJA OSTALO JE OKO **15000** PUČANA, PROGNANIKA I IZBJEGLICA TE OKO **2500** BORACA

službene delegacije. Proslijeđeno je više od sto šlepera humanitarne pomoći i 21 sanitetsko vozilo. U tom vremenu, u kojem se istina o obrani Hrvatske od srpsko-četničkog agresora teško širila, posebno je bilo upečatljivo javljanje „u živo“ iz ratne bolnice za radio Pariz. Od foto materijala iz tog vremena organizirano je u Austriji sedam izložaba, a diljem Europe upriličene su 22 projekcije dokumentarnog filma o „Šiški

Nažalost, u Hrvatskoj bilo ih je mnogo manje pa se stoga ne treba čuditi da se o njoj njezinoj ulozi u Domovinskom ratu zna vrlo malo.

Valja podsjetiti da su liječnici dragovoljci iz „Šiške“ odlazili u pomoć svojim kolegama u brojne ratne bolnice diljem Hrvatske i na područje Hercegovine.

> „Šiška“ prestala s radom u lipnju 1992.; „Šiška 2“ aktivirana prije akcije „Maslenica“, a nakon Oluje liječnici „Šiške 3“ preuzimaju bolnicu u Kninu

Ratna bolnica „Šiška“ prestala je funkcionirati na otoku Pagu 6. lipnja. 1992. po zapovjedi zapovjedništva Stožera, uz suglasnost hrvatskih ministarstava zdravstva i obrane. Ponovo je aktivirana neposredno prije akcije „Maslenica“ kao Ratna bolnica „Šiška 2“ na jednoj od ranije predviđenih pričuvnih lokacija na Velebitskoj bojišnici na pravcu sanitetske evakuacije prema Rijeci. Na toj lokaciji je bila potpora sanitetu HV-a i specijalnim postrojbama MUP-a, kao i civilnom pučanstvu sve do završetka oslobodilačkih akcija „Medački džep“, „Poskok 1“ i „Poskok 2“. Svoj ratni put dragovoljci ratne bolnice „Šiška 3“su završili ulaskom i preuzimanjem oslobođene bolnice u Kninu zajedno s drugim zadarskim zdravstvenim djelatnicima, dragovoljcima. Tom prilikom su na najbolji mogući način potvrdili i pokazali svijetu razliku u liječničkoj etici, deontologiji i moralu hrvatskih liječnika dragovoljaca u odnosu na agresorske liječnike.

> Velebna obrana sadržana u zborniku "Zadarsko zdravstvo i obrana Zadra u Domovinskom ratu 1991. godine".

Velebna obrana Zadra, s posebnim naglaskom na ulogu zdravstva, objedinjena je u nedavno predstavljenom zborniku "Zadarsko zdravstvo i obrana Zadra u Domovinskom ratu 1991. godine".

Uspjeli smo na svijet donijeti jedno lijepo čedo, koje nije veliko, ali je bogato sadržajem, zanimljivim za one koji su sudjelovali u operacijama, koji su bili kao zdravstveni djelatnici na bojištu, ali i za mlađe generacije koje to nisu doživjele, ocijenio je urednik zbornika akademik Vjekoslav Jerolimov. Zbornik je koncem siječnja predstavljen na zadarskom sveučilištu u povodu obilježavanja 26. obljetnice vojno-redarstvene operacije Maslenica.

O njemu su govorili i predsjednik organizacijskog odbora skupa doc. dr. prim. Petar Lozo, prof. dr. Boris Dželalija, prof. dr. Neven Skitarelić i prorektor Sveučilišta u Zadru prof. dr. Josip Faričić.

Naime, u listopadu 2016. je zadarska Podružnica Hrvatskog liječničkoga zbora organizirala znanstveni skup na kojem je prvi put javno odano priznanje zadarskom liječništvu i zdravstvu za doprinos u Domovinskom ratu. Zamišljeno je da se svi ti radovi ukoriče, objedine i objave u knjizi koja bi ostala zauvijek kao svjedočanstvo i primjer svim budućim generacijama mladih liječnika.

„Trebale su dvije godine da cijelu ovu priču i ostvarimo. Nije svaki put u pitanju novac, nego i to što je hrvatska intelektualna šutnja bogato nagrađena. Gledamo kako se šire sustavne laži i mitovi, poglavito o urođenoj hrvatskoj genocidnosti, a upravo ih ovakva djela liječnika i branitelja razobličuju. Hrvati su ljudi koji brzo zaboravljaju prošlost ma koliko ona bila svijetla“, kaže dr. Lozo i podsjeća da su glavni ciljevi agresora, među kojima je bilo i liječnika, bili razaranja pedijatrija i rađaonica, ubijanje kolega, civila i svih naših ranjivih skupina: ranjenika, žena, trudnica i djece. „Mi smo na mržnju odgovorili ljubavlju, na zlo dobrim, na smrt životom. Mi smo zaštitili i liječili sve njihove ranjive skupine: civile, starce, bolesne, ranjene, žene i djecu. Mi smo porađali njihove trudnice i čuvali njihovu djecu kao da su naša, rekao je primarijus Lozo.

„Zadar je nakon Vukovara najviše stradao, jer je sama linija bojišnice bila na rubu grada, a cijeli rat bili smo i na dometu topništva. Pamtit ćemo teške trenutke, pogibije djece, civila, vojnika, stradalnike iz Škabrnje, ali i lijepe akcije poput Maslenice i Oluje koje su okončale agresiju srpskih pobunjenika. Knjiga je važan dokument za buduće generacije jer govori o tragediji koja se događala na našem području te o ulozi liječnika u čuvanju integriteta naše domovine“ zaključio je dr. Skitarelić.

Znanstveni i stručni pristup autora iznio je argumentirane spoznaje o ustroju i djelovanju zdravstva u ratnim uvjetima u posebnom geostrateškom položaju grada Zadra i zaobalja, smatra poznati zadarski liječnik dr. Boris Dželalija.

Dokumentarni film o ratnoj bolnici „Šiška“ može se pogledati na Youtube kanalu.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Sekcija specijalizanata Hrvatskog društva za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu (HDARIM)

JERE ŽARKO, dr. med.
jere.zarko@gmail.com

- Tko smo mi? Sekcija specijalizanata službeno postoji od 2017. godine u sklopu tadašnjega Hrvatskog društva za anesteziologiju i intenzivno liječenje (HDAIL), a današnjega Hrvatskog društva za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu (HDARIM). Kao zajednički cilj zacrtano je okupljanje što većeg broja specijalizanata anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine (ARI) iz svih hrvatskih bolnica kako bi zastupali zajedničke interese i potaknuli uključivanje specijalizanata u stručne aktivnosti u Hrvatskoj i inozemstvu. Od osnutka do danas ostvareno je više rezultata kojima smo pokušali i uspjeli poboljšati status specijalizanata ARI. U suradnji s organizatorima različitih stručnih usavršavanja diljem Hrvatske redovito uspijevamo osigurati promotivne cijene za članove sekcije, a aktivno smo uključeni u organizaciju simpozija intenzivne medicine koji se održava u Zagrebu i u sklopu kojega organiziramo i mini simpozij namijenjen prvenstveno specijalizantima. Na međunarodnom planu ostvarena je suradnja s krovnom europskom organizacijom European Society of Anesthesiology (ESA), u čijim tijelima imamo svoje predstavnike, a bili smo prisutni i na kongresu "Euroanaesthesia" u Ženevi 2017. te Kopenhagenu 2018. Uz pomoć ostvarenih kontakata sa specijalizantima iz drugih europskih zemalja pokušavamo i međunarodne edukacije učiniti dostupnijima našim članovima. Redoviti rad sekcije odvija se kroz sastanke glavnog odbora, dok komunikaciju s članovima ostvarujemo korištenjem raznih društvenih platformi na kojima objavljujemo vlastite aktivnosti, ali i zanimljive vijesti vezane za struku za koju se specijaliziramo. Proteklu 2018. godinu završili smo s tridesetak članova iz ukupno šest hrvatskih bolnica u Karlovcu, Čakovcu, Varaždinu, Rijeci i Zagrebu. Veliku podršku imamo u sadašnjim članovima glavnog odbora HDARIM-a s kojima uskosuđujemo na svim projektima pa su članovi specijalizantske sekcije uključeni ne samo u aktivnosti vezane za liječnike na specijalizaciji nego sudjeluju i u radu drugih sekcija unutar društva. Članstvo u specijalizantskoj sekciji tako podrazumijeva i članstvo u HDARIM-u. Najvažniji cilj u budućnosti nam je uključiti u rad kolege specijalizante iz brojnih bolnica u zemlji u kojima još uvijek nemamo članove, kako bismo zajednički mogli nastupati i raditi na rješavanju problema i ostvarenju planova. Anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu vidimo kao struku koja raste, uvijek je zanimljiva i izazovna te pruža velike mogućnosti za rad u različitim kliničkim okruženjima te bismo željeli da upravo sekcija specijalizanata HDARIM-a bude mjesto na kojem ćemo okupiti sve one koji su započeli graditi svoju karijeru u ovom području. Ambicioznim planovima za proširenje članstva i realizaciju projekata u 2019. želimo napraviti još jedan korak u tom smjeru i nadamo se da će nas na tom putu biti što više. Ovim putem pozivamo sve kolege specijalizante anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine da nas potraže na internetu, društvenim mrežama ili putem e-maila (sshdarim@gmail.com) te da se uključe u rad sekcije i pomognu nam da u budućnosti budemo samo još bolji.

Prof. dr. sc. TOMISLAV MIHALJEVIĆ čelnik klinike Cleveland u Ohiju

Prof. dr. sc. Tomislav Mihaljević jedan je od svjetski najpoznatijih kardiokirurga, ali i vrhunski menadžer u klinici Cleveland, jednoj od najprestižnijih bolnica u svijetu. Njegove tehnološke inovacije zauvijek su promijenile kardiokirurgiju, a njegov put od zagrebačkog diplomanta medicine do najviše rangiranog hrvatskog liječnika u svijetu traje već 30 godina. Na funkciju CEO-a (chief executive officer), prvog čovjeka klinike Cleveland koja zapošljava gotovo 60.000 ljudi i godišnje raspolaže s proračunom od 9 milijardi dolara, izabran je jednoglasno.

> Koje su najvažnije osobitosti osobe koju je čine konkurentnom za poziciju CEO-a, čelnika velike medicinske institucije? Možete li nam objasniti postupak za imenovanje i tko o njemu odlučuje?

To bi možda bilo bolje pitati ljude koji su me odabrali. Za kandidaturu na to mjesto u klinici Cleveland primarno morate imati kvalifikacije kao liječnik, a to znači da su vas kolege prepoznali po radu. To su bazični uvjeti da bi netko uopće bio kandidat. Drugi je uvjet, koji je iznimno važan, da se ta osoba zna nositi s različitim ljudima u organizaciji. To znači da morate imati određenu sklonost te dobar odnos i komunikaciju s kolegama, ali i s ljudima izvan organizacije. Vrlo važna osobitost je i način ponašanja, način odnosa prema pacijentima, kao i sposobnost izvršavanja poslova. Jednostavno govoreći, procjenjuje se jeste li sposobni na konstruktivan i ekspeditivan način posao dovesti do kraja. Jedno su odluke pojedinca kao stručnjaka, kao nekoga tko je ustrajan, tko ima određene kulturološke atribute, a drugo je njegova kvalificiranost da kvalitetno i konstruktivno završava zadatke. Izborni postupak vrlo je složen i provodi ga povjerenstvo u kojemu je 20-ak članova.

> U Hrvatskoj se često vode rasprave o tome tko je prikladniji za čelno mjesto bolnice i zdravstvene ustanove, liječnik ili ekonomist. Što vi mislite?

U SAD-u su u najboljim medicinskim institucijama na čelu liječnici. Ali isto tako morate znati da na te vodeće pozicije, evo, mi u klinici Cleveland, nismo došli izravno iz operacijske dvorane, već smo prošli dugačak put s mnogo pozicija koje su nosile sve veće odgovornosti. Uz to smo se školovali da postanemo dobri lideri i menadžeri. Svatko od nas na ovakvoj funkciji završio je formalan obrazovni put da postane lider. Nije za očekivati, a ni razumno, da uzmete liječnika iz njegove ambulante ili operacijske dvorane i stavite ga na položaj da upravlja s više od 60 tisuća zaposlenih koliko ih radi u klinici Cleveland. To ne bi bilo dobro ni za organizaciju ni za ljude koji bi se našli na takvom položaju. S druge strane, naše je stajalište da je složenost upravljanja ovakvom organizacijom toliko velika da je lakše obrazovati liječnika da bude lider nego što bi to bilo obrazovati nekoga tko nema nikakvog osnovnog znanja o medicini. I to su razlike u pristupima. Osobno ne mislim da bazično obrazovanje neku osobu kvalificira ili nekvalificira za neku funkciju. To zaista ovisi o tome o kakvoj se osobi radi. Profesionalni put je dugačak i u svijetu ima osoba koje su po formalnom obrazovanju krenule u jednom smjeru, a karijeru završile u nečemu sasvim drugom.

> U čemu se ogleda odgovornost položaja kojega obnašate. Možete li to usporediti sa stanjem u Hrvatskoj, u svjetlu nerijetke prakse „poslije mene potop, jer mi se ionako ništa neće dogoditi“?

Uspješnost svakog lidera mjeri se nakon odlaska s funkcije. Ljudi koji ulaze u povijest kao uspješni lideri su oni nakon čijeg odlaska organizacija kojoj su bili na čelu nastavlja rasti i brže nego kad su je oni vodili.

> Vi ste to već potvrdili s obzirom na svoju ostavštinu u klinici Cleveland u Abu Dhabiju, kojoj ste bili na čelu.

Da, klinika u Abu Dhabiju danas raste brže nego kad sam je osobno vodio i to je za mene i sve nas jako bitno. Dakle, ne samo da je stabilna, već nastavlja rasti brže. To je prava odgovornost lidera! U našoj kulturi, nakon što postanete voditelj organizacije, vaša osobna karijera više nije primarna. Vrijednost svakog lidera u bilo kojoj organizaciji mjeri se uspješnošću karijera ljudi koji se nalaze oko njega i za koje je on odgovoran. Dakle, morate biti potpuno usredotočeni na promidžbu svoje organizacije i ljudi za koje ste odgovorni. Moja znanstvena karijera je u drugom planu. Jedino što mi je bitno jest da se organizacija i ljudi nastavljaju razvijati što je moguće bolje i brže.

> Što bi po Vama trebalo promijeniti u hrvatskoj zdravstvenoj politici kako bi se polučila poboljšanja? Liječnici nam odlaze, i dobro je da stječu znanja, no nije dobro ako se ne vraćaju. Što bi trebalo učiniti?

Ne mislim da se radi o različitostima u modelu zdravstva. U ovom slučaju razgovaramo o leadershipu. Mislim da su načela uspješnog vođenja bilo koje organizacije vrlo slična. Za naše zdravstvo u Hrvatskoj trebalo bi učiniti isto što se radi drugdje u svijetu, a to je da se na vodeće položaje odabiru ljudi na transparentan način, da su jasno definirane njihove odgovornosti i očekivanja kako bi i oni znali što se od njih očekuje. Morate osigurati stabilnost u vodstvu. Nije moguće imati uspješne zdravstvene organizacije ako im se vodstvo mijenja svake dvije, tri ili četiri godine i da se sa svakom promjenom vodstva kreće u drugom smjeru. Zdravstvena industrija koju mi ovdje imamo najsloženija je industrija na svijetu. Nema složenije zadaće u svijetu biznisa nego što je voditi velik zdravstveni sustav.

Svatko od nas na ovakvoj funkciji završio je formalan obrazovni put da postane lider. Nije za očekivati, a ni razumno, da uzmete liječnika iz njegove ambulante ili operacijske dvorane i stavite ga na položaj da upravlja s više od 60 tisuća zaposlenih koliko ih radi u klinici Cleveland.

Razlog tomu je što mi pružamo mnogo veći broj usluga nego što to pruža bilo koja druga industrija. To zahtijeva infrastrukturu, edukaciju ljudi i materijalnu infrastrukturu koja je iznimno kompleksna. Zdravstveni sustav je posve drukčije reguliran: ima vrlo kompleksne financijske odnose i iznimno velik utjecaj na cijelo društvo, a prema tome i obvezu. Vođenje takvog sustava ne smije se olako shvaćati, nego ljude za to pripremati niz godina. Stvar je u tome da se bazični aspekti leadershipa u zdravstvu moraju dobro shvatiti i objeručke prihvatiti. Upravo zbog te složenosti i danas u klinici Cleveland imamo 150 liječnika za koje procjenjujemo da imaju potencijala preuzeti vodeće funkcije i zato već godinama investiramo u njihovo obrazovanje. Pratimo njihov razvoj kako bismo znali za što su osposobljeni i koje će poslove najbolje obavljati.

Uspješnost svakog lidera mjeri se nakon odlaska s funkcije

> Kako ocjenjujete medicinsko obrazovanje u Hrvatskoj, educiranost hrvatskih liječnika? Trebamo li što mijenjati?

Mislim da je obrazovanje vrlo dobro s obzirom na količinu sredstava koja se ulažu i na postojeću infrastrukturu. Ne može se na obrazovanje gledati odvojeno od stanja u društvu. Mislim da su edukacija i zdravstvo zaista odraz sveukupnog stanja u društvu, i u ekonomiji, i u socijalnoj strukturi tog društva. Prema tome, ne može se očekivati da će kvaliteta zdravstva i edukacije u zemlji poput Hrvatske, koja ima resurse kakve ima, koja ima društvenu strukturu kakvu ima i koja je razmjerno mala zemlja, biti konkurentna edukaciji i zdravstvu u visokorazvijenim zemljama koje imaju nebrojeno više sredstava i koje su puno veće. Ali, pogledamo li veličinu naše zemlje i ukupno stanje, mislim da možemo biti zadovoljni edukacijom u zdravstvu. Nikada nećemo biti potpuno zadovoljni sa svime što se u zdravstvu događa u bilo kojoj zemlji.

> Klinika Cleveland jedna je od najuspješnijih u svijetu. Možete li izdvojiti ono na što ste posebno ponosni?

Najponosniji sam na ljude koji rade u klinici. Operacije, znanstvena postignuća i publikacije koje izdajemo važni su, no najvažniji su ljudi. Ono što me privuklo u ovu bolnicu jest kultura u kojoj su svi zaposlenici motivirani i koji svakog dana dolaze na posao s istom željom i angažmanom: da našim pacijentima pruže najbolju uslugu na svijetu. Mi ne dolazimo na posao da bismo zaradili plaću, već čista srca i duše, uzdignute glave, i to je ono što kliniku Cleveland čini posebnom. U državi smo Ohio, u gradu koji nema osobitost velikog New Yorka, Los Angelesa, Washingtona, pa ipak nam dolaze ljudi iz cijelog svijeta. Svaki dan na posao dolazimo s motivom da budemo još bolji i da pacijentima pružimo razlog da sjednu na avion ili u auto i dođu. Na to sam ponosan. Ovo je vrlo vrlo posebna sredina. Mi smo ljudi koji nemaju afiniteta za titulama. Nitko ne zna jesam li ja profesor ili nisam, to niti nigdje ne piše. Jeste li profesor ili niste, to nikoga ne zanima. Prepoznajemo se po imenu i sposobnostima. Oni koji ne prihvaćaju takvo naše kulturno ustrojstvo, ne zadržavaju se dugo u klinici Cleveland.

TREĆA GENERACIJA INHIBITORA P2Y12 I RIZIK ZA GASTROINTESTINALNO KRVARENJE: META-ANALIZA

PORUKA ČLANKA

Treća generacija inhibitora P2Y12 - prasugrel i tikagrelor - povećava rizik krvarenja iz probavnog sustava u usporedbi s klopidogrelom.

Tikagrelor i prasugrel su treća generacija peroralnih antagonista receptora $P2Y_{12}$ s brzim početkom djelovanja i izraženom antitrombocitnom inhibicijom. Dosadašnja istraživanja su pokazala veliku stopu krvarenja kod liječenja novom trećom generacijom lijekova u usporedbi s klopidogrelom.

Guo CG. sa suradnicima iz Kine (Department of Medicine, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong) publicirao je pregledni članak i meta-analizu rizika od gastrointestinalnog (GI) krvarenja kod treće generacije inhibitora $P2Y_{12}$u usporedbi s klopidogrelom.

Iz dostupnih medicinskih baza podataka pretražena su randomizirana klinički kontrolirana istraživanja gdje je istraživan rizik od krvarenja kod tikagrelora i prasugrela u usporedbi s klopidogrelom do rujna 2018. Meta-analizom je obuhvaćemo 41 istraživanje sa značajnim krvarenjima, od čega je 12 istraživalo GI krvarenja s ukupno 58.678 ispitanika.

Treća generacija inhibitora $P2Y_{12}$ bila je povezana s većim rizikom krvarenja u usporedbi s klopidogrelom. Rezultati su se odnosili na krvarenje iz gornjeg dijela GI sustava, nespecificirano GI krvarenje, ali ne i na krvarenje iz donjeg dijela GI sustava. Analiza podskupine je pokazala veći rizik krvarenja kod liječenja prasugrelom nego li tikagrelorom.

Autori zaključuju kako treća generacija $P2Y_{12}$ inhibitora povećava rizik krvarenja iz GI sustava, posebno iz njegova gornjeg dijela. Također povećava rizik drugih značajnih krvarenja u usporedbi s klopidogrelom, a najveći je rizik zabilježen kod prasugrela.

(Aliment Pharmacol Ther. 2019;49(1):7-19.)

IVANA JUKIĆ, dr. med., specijalist interne medicine, uži specijalist gastroenterologije

Obilježja i ishodi u žena reprodukcijske dobi s ranim stadijem raka vrata maternice: trahelektomija *vs* histerektomija

PORUKA ČLANKA

U novije vrijeme znatno je više žena reprodukcijske dobi sa stadijem raka vrata maternice IA ili IB1 (tumor ≤ 2 cm) koje su bile trahelektomirane, a njihovo preživljenje slično je ženama u toj populaciji koje su bile histerektomirane.

Trahelektomija je način liječenja ranog stadija raka vrata maternice u žena koje žele sačuvati plodnost. **Hiroko Machida** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Tokai University School of Medicine, Kanagawa,

Usporedba trajnog i prekinutog antikoagulantnog liječenja tijekom transfemoralne transkateterske ugradnje aortnog zaliska u bolesnika s atrijskom fibrilacijom

PORUKA ČLANKA

Liječenje izravnim oralnim antikoagulansima povezano je sa značajno smanjenom stopom smrtnosti godinu dana nakon transfemoralne transkateterske ugradnje aortnog zaliska.

Uloga trajnog oralnog antikoagulantnog liječenja (*eng.* oral anticoagulation, OAC) u usporedbi s prekinutim, u bolesnika s atrijskom fibrilacijom (AF) kojima je transfemoralno transkateterski ugrađen aortni zalistak (*eng.* transfemoral transcatheter aortic valve implantation, TF-TAVI) nije potpuno razjašnjena. Cilj je ovog istraživanja bio retrospektivno procijeniti utjecaj trajne nasuprot prekinutoj oralnoj antikoagulaciji na ranu sigurnost i poslijeoperacijsko antikoagulantno liječenje te smrtnost nakon godinu dana od TF-TAVI-ja u bolesnika s AF-om.

U istraživanje je uključeno 598 bolesnika koji su podijeljeni u tri skupine: prekinuto liječenje antagonistom vitamina K (iVKA - *eng.* interrupted vitamin K antagonist), trajno liječenje antagonistom vitamina K (cVKA - *eng.* continued vitamin K antagonist) i liječenje izravnim oralnim antikoagulansima (DOAC - *eng.* direct oral anticoagulants). Rana sigurnost primijenjenog liječenja bila je primaran ishod u istraživanju. Skupine bolesnika nisu se razlikovale prema dobi, spolu, CHA2DS2-VASc i HAS-BLED-bodovima. Stopa rane sigurnosti od neželjenih događaja (manje vrijednosti su pokazatelj veće sigurnosti) bila je najmanja u bolesnika s terapijom DOAC-om (13,2 %), dok je za cVKA vrijednost iznosila 19,7 %, a za iVKA 23,1 % (P = 0,029). Stopa moždanog udara (P = 0,527) i krvarenja (P = 0,097) nije se razlikovala među skupinama. Bubrežno zatajenje bilo je češće kod primjene iVKA u usporedbi s cVKA i DOAC-om (P=0,02). Smrtnost godinu dana nakon zahvata bila je 20,1 % za iVKA, 13,7 % za cVKA i 8,8 % za DOAC (P = 0,015).

Multivarijatna analiza je utvrdila da je liječenje DOAC-om povezana sa smanjenom smrtnošću nakon godinu dana (HR 0,56 (95 %-CI 0,32 do 0,99), P = 0,047), dok su cVKA i iVKA bile podjednake (HR 0,75 (95 %-CI 0,43 do 1,31), P = 0,307).

Zaključno, cVKA nije povećala stopu rane sigurnosti u prvih 30 dana u ovoj skupini bolesnika. Liječenje DOAC-om povezano je sa značajno smanjenom stopom ranih neželjenih ishoda 30 dana nakon zahvata i manjom jednogodišnjom smrtnošću.

(Am J Cardiol. 2019 Jan 7. pii: S0002-9149(19)30045-1. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.12.042.)

PETRA RADIĆ, dr. med.

Japan to retrospektivno su i opservacijski istraživali između 1998. i 2014. godine na ženama mlađima od 45 godina sa stadijem raka vrata maternice IA ili IB1 (tumor ≤2 cm) koje se bile podvrgnute 1) trahelektomiji ili 2) histerektomiji.

Od 6.359 operiranih žena 190 (3 %; 95 %-tni CI 2,6 - 3,4) bilo je podvrgnuto trahelektomiji, a njihova srednja životna dob bila je 31 godina. Udio žena podvrgnutih trahelektomiji znatno se povećao tijekom istraživanog razdoblja (1,2 % u razdoblju 1998. - 2002.; 3 % u razdoblju 2003. - 2008.; 4,5 % u razdoblju 2009. - 2014.; P < 0.001). Mlađa životna dob, samački status, nedavna dijagnoza bolesti, neskvamozni histološki tip i viši stadij bili su nezavisni čimbenici povezani s trahelektomijom (P < 0,05). Petogodišnje preživljenje (96,9 *vs* 96,6 %; OR 0,73; 95 %-tni CI 0,23 - 2,3; P = 0,59) i ukupno preživljenje (96,1 *vs* 96,6 %; OR 0,76; 95 %-tni CI 0,26 - 2,2; P = 0,61) bili su slični između žena iz prve (trahelektomija) i druge (histerektomija) istraživane skupine.

(Am J Obstet Gynecol. 2018;219(5):461.e1-461.e18)

Prim. MATIJA PRKA, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, subspecijalist fetalne medicine i opstetricije

Azacitidin s ili bez eltrombopaga

kao prva linija liječenja mijelodisplazije srednjeg ili visokog rizika s trombocitopenijom

PORUKA ČLANKA

Rezultati ovog istraživanja ne ukazuju na korist kombiniranja eltrombopaga s azacitidinom u bolesnika s mijelodisplazijom srednjeg ili visokog rizika.

Doc. prim. dr. sc. DRAŽEN PULANIĆ, dr. med., specijalist interne medicine, uži specijalist hematologije

Mijelodisplazija (MDS) se pojmovno prije nazivala i preleukemijom. Riječ je o bolesti koštane srži koja ima značajan potencijal prijelaza u akutnu leukemiju, a koja se u perifernoj krvi najčešće očituje pancitopenijom. Danas su razvijeni novi lijekovi za liječenje MDS-a, među kojima je i azacitidin, lijek koji se primjenjuje potkožno, jednom dnevno tijekom 7 dana, nakon čega slijedi stanka od 21 dana (28-dnevni ciklus liječenja), a zatim se započinje sljedeći ciklus liječenja. Azacitidin ima protutumorsko djelovanje brojnim mehanizmima koji uključuju citotoksičnost prema abnormalnim krvotvornim stanicama u koštanoj srži i hipometilaciju DNK-a. Liječenje azacitidinom MDS-a općenito pogoršava trombocitopeniju u prvim ciklusima liječenja. Stoga je dizajnirano zanimljivo istraživanje s eltrombopagom, peroralnim agonistom trombopojetinskih receptora, koji povećava broj trombocita u bolestima poput imunosne trombocitopenije, stečene aplastične anemije i trombocitopenije u kroničnom hepatitisu C.

Riječ je o randomiziranom dvostruko slijepom placebo-kontroliranom istraživanju faze 3 „Myelodysplastic Syndromes Receiving Azacitidine (SUPPORT)“ koje je istraživalo korist istovremenog primanja eltrombopaga i azacitidina u bolesnika s MDS-om srednjeg ili visokog rizika (eng. I*nternational Prognostic Scoring System (IPSS)*, intermedijaran-1, intermedijaran-2 ili visoki rizik MDS-a) s početnim brojem trombocita < 75 × 10^9/l. Bolesnici su randomizirani 1:1 na primanje eltrombopaga (početno 200 mg/dnevno [bolesnici iz istočne Azije 100 mg/dnevno], maksimalna doza 300 mg/dnevno [bolesnici iz istočne Azije 150 mg/dnevno]) ili placeba, uz primanje azacitidina (75 mg/m^2 potkožno jednom dnevno tijekom sedam dana, svakih 28 dana). Primarni cilj istraživanja bio je utvrditi udio bolesnika koji nisu zahtijevali transfuziju koncentrata trombocita tijekom 1. do 4. ciklusa primanja azacitidina. Istraživanje je prekinuto nakon učinjene preliminarne analize prije planiranog završetka cijelog istraživanja s obzirom na dobivene rezultate učinkovitosti i sigurnosti. Kod prekida istraživanja primarni cilj istraživanja (neovisnost o primanju transfuzije koncentrata trombocita) postiglo je 28/179 (16 %) bolesnika koji su primali eltrombopag i 55/177 (31 %) bolesnika koji su primali placebo. Sveukupan odgovor (prema kriterijima Međunarodne radne skupine) postiglo je 20 % bolesnika koji su primali eltrombopag i 35 % onih koji su primali placebo. Nije bilo razlike u hematološkom oporavku ni u jednoj staničnoj liniji između dviju skupina bolesnika. Također nije bilo nikakvog poboljšanja u sveukupnom preživljenju (eng. *overall survival*) ili preživljenju bez znakova napredovanja bolesti (eng. *progression-free survival*). Nuspojave koje su zabilježene u ≥ 10 % slučajeva u eltrombopag vs placebo skupini bile su febrilna neutropenija i proljev. Kombinacija eltrombopaga s azacitidinom imala je u usporedbi s primanjem samo azacitidina lošiji oporavak trombocita, lošiji odgovor na liječenje i trend prema češćem napredovanju bolesti u akutnu mijeloičnu leukemiju. Rezultati ovog istraživanja ne ukazuju na korist kombiniranja eltrombopaga s azacitidinom u bolesnika s mijelodisplazijom srednjeg ili visokog rizika.

(Blood. 2018;132:2629-2638.)

BARIJATRIJSKA KIRURGIJA

povezana s porastom stope i razvoda i sklapanja brakova

PORUKA ČLANKA

Nakon barijatrijske operacije veća je vjerojatnost razvoda u oženjenih, odnosno ulaska u nove odnose ili udaju/ženidbu u samaca. Promjene su češće nakon većeg poslijeoperacijskog gubitka tjelesne mase.

Rezultati švedskog istraživanja pokazuju da operacija gubitka tjelesne mase (TM) može utjecati na međuljudske odnose. Utvrđeno je da je u bolesnika nakon barijatrijske operacije, u usporedbi s ljudima koji nisu imali takvu operaciju, veća vjerojatnost da će se razići ili rastati ako su oženjeni, a nasuprot tome, ako su bili samci, vjerojatnije je da će ući u novi odnos ili se udati/oženiti. Učinak gubitka TM-a nakon operacije nije samo to, objašnjavaju **Bruze** i sur. (Sahlgrenska akademija Sveučilišta Göteborg, Švedska). Oni su analizirali podatke iz dviju velikih skupina ljudi, podvrgnuti operaciji radi gubitka TM-a i neoperiranih. Značajna većina (70 - 75 %) bile su žene. U prvom je istraživanju uspoređivano 1.958 pretilih bolesnika koji su podvrgnuti barijatrijskoj kirurgiji s 1.912 koji nisu bili operirani. Na početku istraživanja u skupini operiranih koji su bili samci u sljedeće se četiri godine gotovo 21 % vjenčalo ili je započelo novu vezu, a u usporedbi s 11 % onih koji nisu bili operirani. Deset godina poslije se među operiranima taj postotak povećao na gotovo 35 % a u skupini neoperiranih na 19 %. Međutim, među operiranim bolesnicima koji su bili vjenčani na početku istraživanja bilo je nakon četiri godine 9 % razvoda ili prekida veze, u usporedbi sa 6 % u kontrolnoj skupini. Nakon 10 godina postotak je iznosio 17 % u operiranoj skupini i 12 % u kontrolnoj skupini. U drugom istraživanju uspoređivano je 29.234 pretilih osoba koje su operirane radi gubitka TM-a s 283.748 osoba iz opće populacije. U samaca je nakon barijatrijske operacije bila 35 % veća vjerojatnost sklapanja braka, a u operiranih bolesnika koji su bili u braku bila je 41 % veća vjerojatnost razvoda u usporedbi s ljudima iz opće populacije. U skupini operiranih, promjene u statusu odnosa bile su češće u onih s većim poslijeoperacijskim gubitkom TM-a. Operacije za smanjenje TM-a imaju za posljedicu ponovno "ugođavanje" odnosa; bolesnici postaju svjesni da se mogu riješiti nezadovoljavajućih odnosa ili započeti nove i bolje, objašnjava dr. Samer Mattar, predsjednik Američkog društva za metaboličku i barijatrijsku kirurgiju (Seattle, Washington, SAD; nije bio uključen u istraživanje). Svi su ispitanici živjeli u Švedskoj. Prvo ograničenje rezultata, priznaju autori, je što se ne zna mogu li se primijeniti na druge zemlje i kulture. Dodatno ograničenje istraživanja je što se ne može dokazati uzrokuje li promjene odnosa sama kirurgija gubitka TM-a. Povećana učestalost takvih promjena nakon barijatrijske operacije mogla bi biti povezana s povećanom napetosti u već ranjivim odnosima ili poboljšanjima u vezi koja dodatno osnažuju bolesnike da napuste nezdrave odnose. Također, primijetili su da iako većina bolesnika nakon barijatrijske operacije, kao i njihovi partneri, izvještavaju o održanoj ili povećanoj kakvoći odnosa, partneri operiranih bolesnika ponekad navode da se osjećaju ljubomornima ili da više nisu potrebni operiranom partneru jer postaje samostalniji u svakodnevnom životu. Bolesnici bi trebali biti svjesni toga da kirurški zahvat poboljšava njihovo zdravlje i životnu kakvoću, uključujući i njihovu sposobnost samostalnog i samopouzdanog donošenja osobnih odluka.

(JAMA Surg. 2018;153:654-661.)

Doc. prim. dr. sc. GORAN AUGUSTIN, dr. med., specijalist opće, subspecijalist abdominalne i onkološke kirurgije

INSULINSKE CRPKE ILI BAZALNA-BOLUS SHEMA U TRUDNOĆI SA ŠEĆERNOM BOLESTI TIPA 1 – ANALIZA ISTRAŽIVANJA „CONCEPTT“

PORUKA ČLANKA

Bolesnice s bazalnom-bolus shemom u trudnoći postižu bolji nadzor glikemije i manje su sklone razvoju gestacijske hipertenzije i neonatalne hipoglikemije.

GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

Insulinske crpke ili kontinuirane potkožne injekcije insulina u posljednje se vrijeme sve češće koriste za nadzor glikemije u trudnoći bolesnica sa šećernom bolesti tipa 1 (ŠBT1). Međutim, brojna do sada provedena istraživanja i meta-analize dali su proturječne rezultate: neke govore u prilog njihovoj primjeni, dok druge ne nalaze prednosti u usporedbi s multiplim dnevnim injekcijama insulina, tj. bazalnom-bolus primjenom.

Cilj ovog istraživanja bio je usporediti nadzor glikemije, životnu kakvoću i ishode trudnoća u žena koje su koristile insulinske crpke i bazalnu-bolus shemu u trudnoći sa ŠBT1, za vrijeme kontinuiranog monitoriranja glukoze (eng. Continuos Glucose Monitoring (CGM) in Type 1 Diabetes Preganancy Trial; CONCEPTT).

CONCEPTT je multicentrično randomizirano istraživanje u 248 trudnica sa ŠBT1. Randomizacija je provedena ovisno o postupku primjene insulina (crpke ili bazalni-bolus) i ovisno o početnoj vrijednosti HbA1c (glikozilirani hemoglobin). Primarni cilj istraživanja bio je odrediti promjenu HbA1c od randomizacije do 34. tjedna trudnoće, a sekundarni su uključivali neke mjere kontinuiranog mjerenja glukoze (vrijeme u ciljnom rasponu vrijednosti glukoze, vrijeme provedeno ispod ciljnog raspona i iznad njega, epizode hipoglikemije i koeficijent varijacije glukoze), zdravlje majki i novorođenčadi te procjenu njihove životne kakvoće i ukupnog ishoda trudnoće.

Rezultati su pokazali značajne razlike između dviju skupina. Bolesnice koje su koristile insulinske pumpe bile su češće u stabilnim vezama s partnerom, sklonije uzimanju prijekoncepcijskih vitamina i rjeđe su pušile. U obje skupine, insulinske pumpe i bazal-bolus sheme, nadzor glikemije u prvom trimestru bio je podjednaka: HbA1c od 6,84 ± 0,71 *vs* 6,95 ± 0,58 % te vrijeme u ciljnom rasponu vrijednosti glukoze (51 ± 14 *vs* 50 ± 13 %). U 34. tjednu trudnoće korisnice insulinskih pumpi imale su veće smanjenje HbA1c (-0,55 ± 0,59 *vs* -0,32 ± 0,65 %, $P = 0,001$). U 24. i 34. tjednu skupina na bazalnoj-bolus shemi bila je sklonija postizanju ciljne vrijednosti HbA1c. Skupina s insulinskim crpkama imala je više epizoda hipertenzije, uglavnom kao posljedicu gestacijske hipertenzije (14,4 *vs* 5,2 %), potom više epizoda neonatalne hipoglikemije (31,8 *vs* 19,1 %) te više neonatalnih prijema u jedinicu intenzivnog liječenja nakon 24 sata (44,5 *vs* 29,6 %). U skupini na insulinskim crpkama rjeđe su bile epizode anksioznosti povezane sa strahom od hipoglikemije, ali izraženije pogoršanje osjećaja sveopćeg zdravlja.

Zaključak je ovog istraživanja da su bolesnice s bazalnom-bolus shemom u trudnoći sklonije postizanju boljeg nadzora glikemije i manje su sklone razvoju gestacijske hipertenzije i neonatalne hipoglikemije. Navedeni rezultati govore u prilog tome da primjena insulinskih crpki u trudnoći može biti suboptimalan modalitet liječenja.

(Diabetes Care. 2018;41(12):2471-2479.)

Različiti učinci delta 9-tetrahidrokanabinola i kanabidiola na očni tlak

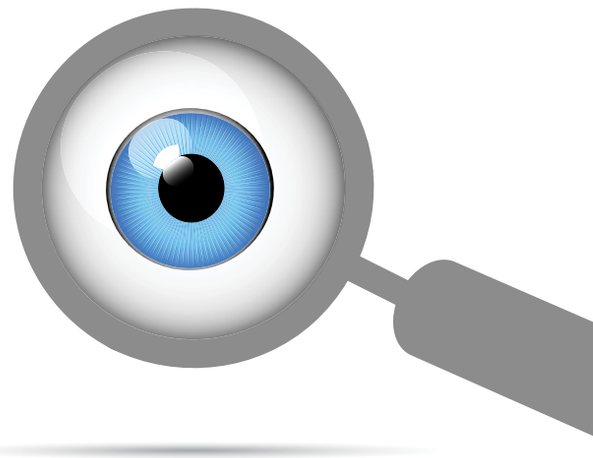
PORUKA ČLANKA

Rezultati istraživanja upućuju na različite, o spolu ovisne učinke i signalne puteve u kanabinoidnom sustavu koji dovode u pitanje rezultate prijašnjih istraživanja.

Glaukom je jedan od vodećih uzroka sljepoće u svijetu unatoč velikim ulaganjima farmaceutske industrije u njegovo liječenje. Učinak delta 9-tetrahidrokanabinola ili THC-a kao najvažnijeg psihoaktivnog sastojka kanabisa na sniženje očnog tlaka poznat je već desetljećima. Slabiji učinci lokalne primjene, nuspojave i nedovoljno razjašnjeni načini djelovanja ovog i drugih kanabinoida u oku do sada su onemogućavali njihovu uporabu u rutinskom liječenju, o čemu je već bilo riječi u ovoj rubrici.

Ponovno zanimanje za kanabinoidnim signalnim sustavom u liječenju glaukoma mogli bi potaknuti rezultati nedavnog istraživanja skupine istraživača pod vodstvom dr. Alexa Straikera sa Sveučilišta Indiana u SAD-u. Oni su istražili učinke i moguće mehanizme djelovanja THC-a i drugog važnog sastojka kanabisa – kanabidiola - na očni tlak. Kanabidiol, za razliku od THC-a, nema psihoaktivan učinak i nedavno ga je odobrila američka Agencija za hranu i lijekove (FDA) kao antiepileptik. Istraživači su lokalno primijenili THC i kanabidiol u miševa te pratili njihov učinak na očni tlak. Dokazali su 28 %-tno sniženje očnog tlaka prvih 8 sati nakon primjene THC-a. U muških jedinki djelovanje je bilo značajno izraženije i dugotrajnije nego u ženki. Mjerenjem razine mRNA u mišjim očima nakon primjene THC-a i enukleacije, našli su aktivirane kanabinoidne receptore CB1 i GPR18, za koje je poznato da utječu na sniženje očnog tlaka. Aktivacija ova dva receptora također je bila jače izražena u muških jedinki, što može upućivati na različit mehanizam u muških i ženskih jedinki. Ključnu ulogu ovih receptora u sniženju očnog tlaka THC-om potvrdila su dodatna istraživanja na miševima s „isključenim" CB1 receptorom, na kojima je primijenjen antagonist receptora GPR18. Različiti učinci i mehanizmi ovisni o spolu, koji su dokazani u ovom istraživanju, dovode u pitanje rezultate prijašnjih istraživanja većinom na ženskim jedinkama i koja nisu pokazala značajan učinak lokalne primjene THC-a na sniženje očnog tlaka.

Iznenađujući su bili rezultati primjene kanabidiola kod kojega do sada nije bio primijećen bilo kakav značajniji učinak na očni tlak. Kanabidiol je u ovom istraživanju pokazao dva suprotna učinka. U miševa divljeg tipa izazvao



je povećanje očnog tlaka mehanizmom alosteričke inhibicije receptora CB1. Nasuprot tome, primjena kanabidiola u miševa s isključenim genom za CB1 uzrokovala je sniženje očnog tlaka kao posljedica djelovanja preko receptora GDPR18.

Rezultati ovog istraživanja posebno su zanimljivi ako ih gledamo u kontekstu promjene legalnog statusa nekih kanabinoida u zapadnim zemljama. Sada je jasno da su međusobna djelovanja različitih kanabinoida složenija nego što se pretpostavljalo. Nove spoznaje o kanabinoidnom sustavu receptora i značajnim razlikama ovisnim o spolu, mogle bi omogućiti razvoj novih ciljanih terapijskih postupaka.

(Invest Ophthalmol Vis Sci. 2018;59(15):5904-5911.)

Dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med., specijalist oftalmolog

Kirurška resekcija učinkovitija je od kemoembolizacije u nekih bolesnika s hepatocelularnim karcinomom – meta-analiza

PORUKA ČLANKA

Kod uznapredovalog hepatocelularnog karcinoma kirurška resekcija ima značajno mjesto u liječenju. Značajno bolje 5-godišnje preživljenje prisutno je nakon kirurške resekcije u odnosu na transarterijsku embolizaciju u bolesnika sa stadijem B/C u bodovnom sustavu Barcelona Clinical Liver Cancer. Oprez kod donošenja zaključaka uvjetuje značajna heterogenost rezultata meta-analize.

Doc. prim. dr. sc. GORAN AUGUSTIN, dr. med., specijalist opće, subspecijalist abdominalne i onkološke kirurgije

Države iz istočne Azije koje čine više od 50 % svjetske prevalencije hepatocelularnog karcinoma (HCC) preporučuju primarnu resekciju jetre za širi spektar bolesnika s HCC-om u odnosu na smjernice i preporuke iz Europe i SAD-a, objašnjavaju **Kim** i sur. (Sveučilišni medicinski centar Koreja, Seul, Južna Koreja). Jedno randomizirano kontrolirano istraživanje objavljeno 2014. koje je uspoređivalo resekciju s transarterijskom kemoterapijom (TACE), pokazala je da je operacija učinkovitija u nekih bolesnika s uznapredovalijim stadijima HCC-a, navode autori. Kako bi to dalje istražili, autori ovog istraživanja proveli su meta-analizu koja je usporedila ishode preživljenja 5.986 bolesnika nakon primarne resekcije jetre i TACE-a. Autori su otkrili značajno bolje preživljenje za resekciju nego za TACE u bolesnika sa stadijem B/C u bodovnom sustavu Barcelona Clinical Liver Cancer (BCLC) (omjer rizika 0,59). Bolesnici s oba stadija (B i C) imali su značajno bolje ukupno preživljenje s resekcijom u odnosu na TACE (omjer rizika 0,53 i omjer rizika 0,67). Petogodišnje preživljenje nakon primarne resekcije bilo je znatno veće nego nakon TACE-a u BCLC stadiju B/C, stadiju B i BCLC stadiju C (omjeri vjerojatnosti: 2,71, 2,77 i 3,03, svi $P < 0{,}00001$). Preživljenje kroz analizu podskupina, osjetljivosti i meta-regresije pokazalo je da je ipak ostala značajna heterogenost. Ova meta-analiza ukazuje da kirurška resekcija pruža prednosti za preživljenje bolesnika s HCC-om u srednjoj i uznapredovaloj fazi, zaključuju autori. Međutim, rezultati se trebaju tumačiti s oprezom i potrebna su dobro dizajnirana randomizirana istraživanja koja ocjenjuju prednosti primarne resekcije jetre kod proširenih indikacija. Dr. Anton Bilchik (pročelnik gastrointestinalnih istraživanja na John Wayne Cancer Institutu i predstojnik Klinike za kirurgiju na Providence Saint John's Health Centru, Santa Monica, Ca, SAD) izjavio je da je primarna resekcija jetre obično rezervirana za bolesnike s HCC-om uz dobro očuvanu funkciju jetre (Child-Turcotte-Pugh stadij A). Kod teže disfunkcije jetre (Child-Turcotte-Pugh stadij B i C) liječenje uključuje sustavnu terapiju, embolizaciju ili transplantaciju jetre. Istaknuo je da ovo istraživanje pokazuje da se resekcija jetre može izvesti u nekih bolesnika u uznapredovalim stadijima s boljim preživljenjem nego s TACE-om, što nudi više terapijskih mogućnosti za bolesnike koji obično imaju vrlo lošu prognozu. Međutim, dodaje da je važno priznati da većina bolesnika s HCC-om koji imaju lošu jetrenu funkciju neće biti kandidati za resekciju jetre zbog neodgovarajuće jetrene rezerve. Stoga se ovo istraživanje odnosi na podskupinu bolesnika koji mogu imati koristi od resekcije. Također, hepatitis B češći je na Istoku dok je hepatitis C češći na Zapadu. Većina bolesnika u ovom istraživanju imala je hepatitis B i nije poznato hoće li se ista korist, prikazana u ovom istraživanju, moći primijeniti na bolesnike s hepatitisom C. Dr. Theodore Welling, direktor programa tumora jetre u Perlmutter Cancer Centru (NYU Langone Health, New York, SAD) izjavio je kako se općenito slaže sa zaključkom. Poznato je da resekcija nudi najbolji ishod liječenja ili trajnost tumorskog

odgovora u bolesnika s HCC-om. Nažalost, bolesnik mora biti kandidat za resekciju na temelju kombinacije 'opterećenja' tumorom, 'opterećenja' jetrenom bolesti, anatomskim položajem, a i čimbenicima povezanih s biologijom tumora. Bolesnici sa srednjim i potencijalno uznapredovalim HCC-om mogli bi imati više koristi od resekcije u usporedbi s TACE-om, s pretpostavkom da se mogu resecirati, zaključio je dr. Welling.

(Hepatology. 2018;68:977-993.)

POVEZANOST NAČINA POROĐAJA S POREMEĆAJEM DNA MALE ZDJELICE

Doc. prim. dr. sc. INGRID MARTON, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije

Procjenjuje se da se u SAD-u oko 25 % poremećaja dna male zdjelice povezuje s porođajem (npr. urinarna inkontinencija). Nažalost, još uvijek se ne zna dovoljno o tijeku i napredovanju poremećaja dna male zdjelice tijekom vremena.

Mnogo istraživača pokušava utvrditi incidenciju poremećaja dna male zdjelice povezanih s porođajem i utvrditi maternalna i obstetrička obilježja kao i njihovu učestalost 10 - 20 godina poslije porođaja. U uglednom časopisu JAMA skupina znanstvenika objavila je rezultate istraživanja kojim su obuhvaćene žene 5 - 10 godina nakon njihovog prvog porođaja i praćene na godišnjoj razini tijekom više godina (najviše 9 godina). Ispitanice su regrutirane ovisno o načinu porođaja, a skupine ispitanica su oblikovane prema dobi i vremenu proteklom od prvog porođaja. Od 4.072 ispitanice u istraživanje ih je bilo uključeno 1528 te praćeno od listopada 2008. do travnja 2017. godine. Kategorizirane su prema načinu porođaja: a) carskim rezom, b) spontanim vaginalnim porođajem (≥ 1 spontanih vaginalnih porođaja i bez upotrebe instrumenata, c) operativnim vaginalnim porođajem (≥ 1 dovršenim instrumentalno).

Istraživana je kumulativna incidencija poremećaja dna male zdjelice i incidencija poremećaja u ovisnosti o načinu dovršenja porođaja. U istraživane poremećaje dna male zdjelice spadaju stresna urinarna inkontinencija, prekomjerno aktivan mokraćni mjehur, analna inkontinencija i genitalni prolaps. Za procjenu su poslužili validirani bodovni upitnici, a nalaz je kvantificiran testom POP-Q.

Među 1.528 ispitanica (778 u skupini porođenih carskim rezom, 565 sa spontanim vaginalnim porođajem i 185 u skupini instrumentalnog dovršenja porođaja) srednja životna dob bila je u trenutku prvog porođaja 30,6 godina. Broj višerodilja u trenutku uključenja u istraživanje iznosio je 1.092 (72 %) sa srednjom životnom dobi od 38,3 i s ukupno 2.887 porođaja. Tijekom srednjeg vremena praćenja od 5,1 godine dijagnosticirano je 138 slučajeva stresne urinarne inkontinencije, 117 prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura, 168 analne inkontinencije i 153 genitalnog prolapsa.

Za spontane vaginalne porođaje 15-godišnja kumulativna incidencija poremećaja dna male zdjelice iznosila je 34,3 % za stresnu urinarnu inkontinenciju, 21,8 % za prekomjerno aktivni mokraćni mjehur, 30,6 % za analnu inkontinenciju i 30 % za prolaps genitalnih organa.

U usporedbi sa spontanim vaginalnim porođajima, carski rez povezan je sa statistički značajno nižom učestalosti stresne urinarne inkontinencije, prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura i prolapsa, dok se instrumentalno dovršenje porođaja povezuje sa značajnim rizikom od analne inkontinencije. Rizik nastanka genitalnog prolapsa dovodi se u izravnu vezu s veličinom genitalnog hijatusa. U usporedbi s vaginalnim porođajem, porođaj carskim rezom nosi statistički značajno manji rizik od stresne urinarne inkontinencije, prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura i prolapsa genitalnih organa, dok instrumentalno dovršen porođaj nosi veći rizik od analne inkontinencije i prolapsa. Veći genitalni hijatus povisuje se s povećanim rizikom od genitalnog prolapsa neovisno o načinu dovršenja porođaja.

(JAMA. 2018;320:2438-47.)

SIGURNOST INHIBITORA ČIMBENIKA TUMORSKE NEKROZE ALPHA U TRUDNOĆI

PORUKA ČLANKA

Količina informacija o primjeni inhibitora čimbenika tumorske nekroze alpha u trudnoći je sve veća. Međutim, u nedostatku randomiziranih kliničkih istaživanja liječnik i dalje mora razmotriti svu moguću korisnost i štetnost liječenja te individualiziranim pristupom u suradnji s bolesnicom odlučiti o načinu liječenja.

Gotovo polovica svih trudnoća nije planirana pa je slučajna izloženost lijekovima tijekom trudnoće stvarnost bolesnica s kroničnim upalnim bolestima. Stoga je neophodno savjetovati trudnice o mogućnosti pogoršanja bolesti uslijed prekida liječenja i prijevremenog poroda te o potencijalnim neželjenim učincima lijekova koji također mogu biti povezani s negativnim ishodima trudnoće. EULAR-ova (eng. European League Against Rheumatism) radna skupina za trudnoću preporučila je primjenu inhibitora čimbenika tumorske nekroze α (TNF-α) samo tijekom prvog i drugog tromjesečja, međutim, nekim trudnicama s autoimunosnim bolestima savjetovat će se nastavak liječenja tijekom čitave trudnoće.

Postavlja se pitanje možemo li biti sigurni u podatke o sigurnosnom profilu i nepostojanju mogućeg teratogenog učinka u trudnica koje u svrhu liječenja osnovne bolesti uzimaju imunomodulirajuće lijekove s obzirom na mali uzorak dosadašnjih istraživanja i nedostatak randomiziranih kliničkih istraživanja. Uslijed navedenog skloniji smo prihvatiti lažno pozitivni rezultat o fetalnoj toksičnosti nego pretpostaviti da je lijek siguran u trudnoći (netočno odbacivanje nulte hipoteze ili pogreška tipa I). Meta-analiza koja je pokazala povećan rizik prijevremenog poroda, spontanog pobačaja i niske porođajne mase u bolesnica liječenih inhibitorima TNF-α rađena je u usporedbi s općom populacijom, a ne kontrolnom skupinom trudnica iste dobi koje boluju od iste bolesti, te imaju sličnu aktivnost bolesti, i koje su slično liječene. Nedavno su Clowse i suradnici objavili analizu farmakovigilancijske baze podataka o ishodima trudnoća s certolizumab pegolom (CZP) (N = 1137), koja nije pokazala znak fetalne toksičnosti. Iako analiza ima mnogih nedostataka, kao što je nedostatak podataka o ishodu trudnoće u više od 40 % slučajeva, od trudnoća s poznatim ishodima bilo je samo 9 % spontanih pobačaja, 5 % induciranih pobačaja, < 1 % mrtvorođenja te 1,7 % kongenitalnih malformacija. Nije poznato je li moguće ekstrapolirati ove rezultate na ostale inhibitore TNF-α s obzirom na jedinstvenu strukturu CZP-a.

Istraživanje kohorte u Danskoj u razdoblju od 7 godina nije pokazalo statistički značajan rizik kongenitalnih poremećaja, prijevremenog poroda ili manju gestacijsku dob potomaka očeva liječenih inhibitorima TNF-α u usporedbi s potomcima podudarnih muškaraca s istim bolestima. Svi omjeri izgleda da su bili brojčano viši za potomstvo s očevom izloženošću inhibitorima TNF-α, ali rezultati nisu bili statistički značajni.

Prilikom analize ishoda trudnoća roditelja liječenih inhibitorima TNF-α postavlja se pitanje bi li se svaki lijek ove skupine trebao zasebno analizirati za svaku pojedinu bolest s obzirom na razlike u odobrenim indikacijama (etanercept nije odobren za liječenje upalnih bolesti crijeva), načinu doziranja (jednom tjedno / jednom u dva tjedna) i primjene lijeka (intravenski / subkutano).

Inhibitori TNF-α su na tržištu skoro dva desetljeća, dok je od odobrenja CZP-a prošlo jedno desetljeće, a još uvijek nisu razriješena sva pitanja u svezi s primjenom inhibitora TNF-α u trudnoći. U zaključku Pope predlaže izradu standardiziranoga jednostavnog formulara pod pokroviteljstvom ACR-a (eng. American College of Rheumatology) i EULAR-a u koji bi se ugradio u sve elektroničke medicinske zapise radi boljeg prospektivnog praćenja ishoda trudnoća u bolesnica s upalnim reumatskim bolestima.

(Arthritis Rheumatol. 2018;70(9):1359-63.)

Doc. dr. sc. MISLAV RADIĆ, dr. med., specijalist internist, subspecijalist reumatolog

Henoch-Schönleinova purpura i cijepljenje

PORUKA ČLANKA

Cijepljenje ne povećava rizik za razvoj Henoch-Schönleinove purpure.

Henoch-Schönleinova purpura (HSP) najčešći je oblik sustavnog vaskulitisa u djece. Unatoč tome što mehanizmi u podlozi ove bolesti nisu posve razjašnjeni, nastup bolesti često se povezuje sa zaraznim bolestima. Uz to se kao mogući uzrok bolesti često spominju i različite farmakološke tvari poput cjepiva. Ipak, u jedne do dvije trećine djece razvoju bolesti ne prethode simptomi zaraznih bolesti, dok su rezultati dosadašnjih istraživanja koja su ispitivala povezanost s cijepljenjem uglavnom proturječni.

Francuski liječnici proveli su stoga ukriženo istraživanje slučajeva (engl. case-crossover study) koje je za cilj imalo ispitati učinak cijepljenja na razvoj HSP-a. Ovakav postupak je vrlo koristan za istraživanja kojima se istražuje učinak prolaznog izlaganja nekoj tvari, u ovom slučaju cjepiva, na razvoj bolesti, budući da se bolesnici promatraju u različitim vremenskim razdobljima te tako mogu sami sebi služiti kao kontrole.

U istraživanju je sudjelovalo 167 djece mlađe od 18 godina koja su zbog HSP-a pregledana u nekoj od pet bolnica u okolici Pariza od 2011. do 2016. godine. Podaci o cjepivima primljenim godinu dana prije no što su razvili HSP prikupljeni su iz cijepnih knjižica. Omjer vjerojatnosti i 95 %-tni intervali pouzdanosti (CI) za razvoj HSP-a izračunati su na temelju usporedbe broja primljenih cjepiva u promatranom tromjesečnom razdoblju neposredno prije razvoja bolesti te u tri tromjesečna razdoblja prije promatranog razdoblja.

Četvrtina od ukupnog broja sudionika istraživanja primila je jedno ili više cjepiva u godini koja je prethodila razvoju HSP-a; 9 % sudionika cijepljeno je u promatranom razdoblju od tri mjeseca prije razvoja bolesti, dok je u svakom od tri razdoblja prije promatranoga cijepljeno 4 - 7 % sudionika. Omjer vjerojatnosti za razvoj HSP-a u razdoblju od tri mjeseca nakon primanja cjepiva bio je 1,6 (95 % CI 0,8 – 3). Daljnje analize koje su u obzir uzimale godišnje doba, godinu, prethodne infekcije, dob nastupa bolesti, spol, vrstu i/ili broj primljenih cjepiva nisu pokazale nikakve značajne veze s razvojem bolesti.

Autori su zaključili da njihovi rezultati nisu dokazali da postoji rizik za razvoj HSP-a tijekom razdoblja od tri mjeseca nakon cijepljenja. Napomenuli su i da je potrebno više istraživanja kako bismo unaprijedili shvaćanje uloge okolišnih čimbenika u razvoju HSP-a.

(Pediatrics. 2018 Nov;142(5). pii: e20180841. doi: 10.1542/peds.2018-0841.)

Dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med., specijalist pedijatarije, subspecijalist pedijatrijske reumatologije

KLASIČNI MLAZNI RASPRŠIVAČI UČINKOVITIJI SU OD POBOLJŠANIH RASPRŠIVAČA U LIJEČENJU DJECE S ASTMOM

PORUKA ČLANKA

U djece s umjerenom do teškom astmom primjena albuterola klasičnim mlaznim raspršivačem značajnije poboljšava forsirani volumen izdisaja u prvoj sekundi (FEV1) negoli poboljšani mlazni raspršivač s jednosmjernim ventilom.

Mlazni raspršivač s jednosmjernim ventilom za poboljšani udisaj (eng. *breath-enhanced nebulizer*) jedan je od novijih oblika raspršivača razvijenih radi učinkovitije primjene lijekova u obliku aerosola. U takvom se raspršivaču lijek trajno doprema u spremnik odvojen jednosmjernim ventilom, čime se sprječava miješanje lijeka s izdahnutim zrakom, smanjuje gubitak lijeka tijekom izdaha te omogućuje isporuka velikih doza raspršenog lijeka.

Brojna istraživanja na modelima pluća *in vitro* te istraživanja u kojima su sudjelovale zdrave odrasle osobe pokazala su veću učinkovitost poboljšanih raspršivača s jednosmjernim ventilom. No, do sada su samo jedanput takvi raspršivači ispitivani u djece s akutnom egzacerbacijom astme. Rezultati tog istraživanja pokazali su da primjena albuterola takvim raspršivačem nije manje učinkovita nego klasičnim mlaznim raspršivačem, no istraživanjem je obuhvaćeno malo bolesnika, a učinak liječenja nije procijenjen spirometrijom.

Američki liječnici su stoga proveli prospektivno, slijepo i randomizirano istraživanje i analizirali podatke prikupljene od 107 djece u dobi od šest do 18 godina koja su zbog egzacerbacije astme pregledana u pedijatrijskoj hitnoj ambulanti jednoga velegrada u kojoj se godišnje obavi oko 80.000 pregleda. Svim je sudionicima prije početka liječenja spirometrijom izmjeren forsirani volumen izdisaja u prvoj minuti (FEV1) iznosio manje od 70 % predviđenoga.

Prosječna promjena FEV1 nakon primjene albuterola klasičnim mlaznim raspršivačem bila je +13,8 %-tna, značajno veća (P = 0,04) nego nakon primjene poboljšanog raspršivača s jednosmjernim ventilom, kada je iznosila +9,1 %. Značajne razlike nisu otkrivene u ljestvici za kliničku procjenu astme, duljini boravka u hitnoj ambulanti, općem stanju djece kao niti u učestalosti neželjenih učinaka.

Autori drže da bi manja učinkovitost poboljšanog raspršivača s jednosmjernim ventilom u djece mogla biti povezana s oblikom usnog nastavka, zbog kojeg se prvo udahne zrak iz „mrtvog prostora“. Volumen navedenog zraka može klinički jače djelovati u djece nego u odraslih. Nadalje, djeca s astmom često dišu brzo i plitko, što također može doprinijeti jačem utjecaju „mrtvog prostora“ i smanjenju količine isporučenog lijeka.

Autori su zaključili kako na temelju dobivenih rezultata i drugih trenutačno dostupnih podataka ne mogu preporučiti poboljšane raspršivače s jednosmjernim ventilom kao zamjenu za klasične mlazne raspršivače.

(J Pediatr. 2019;204:245-249.e2.)

Dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med., specijalist pedijatarije, subspecijalist pedijatrijske reumatologije

RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA

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. Zainteresirani kolege mogu poslati svoje radove objavljene u aktualnoj kalendarskoj godini uz potvrdu središnje medicinske knjižnice da su indeksirani u CC, SCI ili SSCI.

Šegota D[1], Diklic A[1], Jurkovic S[1,2]. Implementation of quality assurance program in radiography-2-year experience of collaboration with public health institutions in west region of Croatia. Radiat Prot Dosimetry. 2018;182(3):329-334. doi: 10.1093/rpd/ncy069

[1]Medical Physics Department, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia; [2]Department of Physics, Faculty of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia

Blaslov K[1], Naranđa FS[2], Kruljac I[3], Renar IP[2].Treatment approach to type 2 diabetes: Past, present and future. World J Diabetes. 2018;9(12):209-219. doi: 10.4239/wjd.v9.i12.209.

[1]Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases Mladen Sekso, University, Hospital Center Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia;[2]School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia;[3]Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases Mladen Sekso, University Hospital Center Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia.

Separovic Hanzevacki J[1], Gasparovic H[2], Reskovic Luksic V[3], Ostojic Z[3], Biocina B[2]. Staged management of a giant cardiac hydatid cyst: a case report. BMC Infect Dis. 2018;18(1):694. doi: 10.1186/s12879-018-3599-2.

[1]Department of Cardiovascular Diseases, School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia;[2]Department of Cardiac Surgery, School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia;[3]Department of Cardiovascular Diseases, School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

Vugrinec Mamic M[1], Hojsak I, Mišak Z, Kerman V, Kolaček S. Treatment in a Tertiary Intestinal Rehabilitation Center Improves Outcome for Children With Short Bowel Syndrome. Gastroenterol Nurs. 2018 Dec 20. doi: 10.1097/SGA.0000000000000324.

[1]Referral Center for Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Children's Hospital Zagreb, Zagreb, Croatia.

Sinković M[1], Towler L[2]. Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. Qual Health Res. 2018 Dec 25:1049732318819834. doi: 10.1177/1049732318819834.

[1]University of Zagreb, Zagreb, Croatia;[2] University of Southampton, Southampton, United Kingdom.

Inamoto Y, Petriček I*, Burns L, Chhabra S, DeFilipp Z, Hematti P, Rovó A, Schears R, Shah A, Agrawal V, Ahmed A, Ahmed I, Ali A, Aljurf M, Alkhateeb H, Beitinjaneh A, Bhatt N, Buchbinder D, Byrne M, Callander N, Fahnehjelm K, Farhadfar N, Gale RP, Ganguly S, Hildebrandt GC, Horn E, Jakubowski A, Kamble RT, Law J, Lee C, Nathan S, Penack O, Pingali R, Prasad P, Pulanic D*, Rotz S, Shreenivas A, Steinberg A, Tabbara K, Tichelli A, Wirk B, Yared J, Basak GW, Battiwalla M, Duarte R, Savani BN, Flowers MED, Shaw BE, Valdés-Sanz N. Non-GVHD ocular complications after hematopoietic cell transplantation: expert review from the Late Effects and Quality of Life Working Committee of the CIBMTR and Transplant Complications Working Party of the EBMT. Bone Marrow Transplant. 2018 Dec 7. doi: 10.1038/s41409-018-0339-6

**University Hosptal Center Zagreb and School of Medicine University of Zagreb, Zagreb, Croatia.*

Bedenić B*, Car H, Slačanac D, Sviben M, Čačić M, Lukić-Grlić A, Benčić A, Šijak D, Tripković M, Beader N. In vitro synergy and postantibiotic effect of colistin combinations with meropenem and vancomycin against Enterobacteriaceae with multiple carbapenem resistance mechanisms. J Infect Chemother. 2018;24(12):1016-1019.

**School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Department of Clinical and Molecular Microbiology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.*

Centonze AR, Bertoncelli A, Savio C, Orza P, Bedenić B*, Mazzariol A. Evaluation of rapid KPC carbapenemase detection method based on MALDI-TOF VITEK MS spectra analysis. J Med Microbiol. 2018; 67(10):1474-1479

**School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Department of Clinical and Molecular Microbiology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.*

Dulce cum utili!

Jesmo li pismeni ili nepismeni?

Izv. prof. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ

Dosad sam uvijek za kraj našega članka čuvala neke jezične posebnosti koje sam stavljala u dio „Provjerite znanje". Nekako je logično da kada se objasni dio jezične norme, odnosno kada se pravilima i objašnjenjima potkrijepe pravilni jezični oblici, te kada se izdvoje oni koji to nisu, želimo vidjeti jesmo li sve dobro upamtili i usvojili. Nerijetko nam je čak i drago kada imamo priliku vidjeti znamo li hrvatski standardni jezik jer kada iziđemo iz školskih klupa, najčešće nas više nitko ne ispituje jezična znanja i ne pomaže nam kako bismo bili jezično što kompetentniji. A upravo jezik pripada području cjeloživotnoga učenja. Tu smo bitnu činjenicu isticali više puta u našoj rubrici. Jezičnom se kompetencijom ovladava cijeloga života, a u tome nam, osobito nakon školskih klupa, mogu pomoći različiti jezični priručnici, članci, javna predavanja, jezične radijske i televizijske emisije, dobri jezični uzori, ali i lektori.

Ovaj ćemo članak za razliku od dosadašnjih početi jezičnim zadatkom. Stavit ćemo se bar donekle u ulogu lektora koji je primio na lekturu ovo loše napisano poslovno pismo te ćemo ga pokušati jezično i stilski urediti. Dakle, u sljedećem pismu ispravite sve jezične pogreške koje uočite i stilski ga što bolje uredite, a kada to napravite, pogledajte ispravljeno pismo koje slijedi, pa u tablici pronađite objašnjenja za jezične ispravke.

Poštovani gospodine Pleština

Obraćam vam se sa zamolbom ispred studenata Medicinskoga fakulteta da nam dopustite korištenje dvorane broj 1 zbog održavanja međunarodnog skupa praktična znanja za studente. Skup, kojeg organiziraju studentske sekcije, će se održati od 4. – 7. travanj 2019.

Sa štovanjem,

Marta Perić, predsjednica studentskog zbora

Pismo bez jezičnih pogrešaka i stilski uređeno trebalo bi izgledati otprilike (moguće su još neke stilske varijante!) ovako:

Poštovani gospodine Pleština,

uime studenata Medicinskoga fakulteta molim Vas da nam dopustite korištenje dvorane broj 1 kako bismo u njoj mogli organizirati Međunarodni skup „Praktična znanja za studente". Skup, koji organiziraju studentske sekcije, održat će se od 4. do 7. travnja 2019.

S poštovanjem

Marta Perić, predsjednica Studentskog zbora

Prije	Poslije	Objašnjenje – pravilo
Poštovani gospodine Pleština	*Poštovani gospodine Pleština,*	Vokativ je samostalan padež. To znači da je ili samostalna rečenica: „Poštovani gospodine Pleština!“ ili se od ostalih dijelova rečenice odvaja zarezom. Oslovljavanje je uvijek u vokativu: „Poštovani gospodine Pleština“, a iza vokativa uvijek dolazi zarez.
Obraćam	-	Glagol *obraćati* u ovoj je rečenici suvišan. Inače, pismo se nastavlja iza zareza nakon rečenice oslovljavanja u vokativu, pa se prva riječ piše malim početnim slovom. U tome se dijelu hrvatski jezik razlikuje od engleskoga jezika u kojem bi se ta riječ pisala velikim početnim slovom bez obzira na zarez.
vam	*Vam*	Zamjenica *Vam* piše se velikim početnim slovom kad se obraćamo jednoj osobi, a malim početnim slovom kad se obraćamo većem broju osoba. U pismu se obraćamo jednoj osobi (gosp. Pleštini) pa zamjenicu *Vam, Vaš, Vašeg, Vašem* treba napisati velikim početnim slovom.
ispred studenata	*uime studenata*	Prijedlog *ispred* znači 's prednje strane', a prilog *uime* znači 'ovlašteno od nekog, predstavljajući nekog'. U pismu se predsjednica Studentskog zbora obraća ne ispred studenata (ne stoji ispred studenata), nego uime studenata, kao njihova predstavnica.
međunarodnog skupa praktična znanja za studente	*Međunarodni skup „Praktična znanja za studente“*	Riječ je o nazivu skupa, pa treba paziti na veliko početno slovo.
kojeg	*koji*	Zamjenica *koji* u rečenici označava neživo, 'međunarodni skup', pa u akuzativu treba imati oblik jednak nominativu. Da označava nešto živo, zamjenica bi imala oblik *kojeg,* npr. *Liječnik kojeg sam pitao.*
će se održati	*održat će se*	Nije svejedno koja riječ u rečenici dolazi na kojem mjestu. Drugi je redoslijed riječi pravilan.
od 4. – 7. travanj 2019.	*od 4. do 7. travnja 2019.*	Ako se u rečenici javlja prijedlog *od,* onda treba upotrijebiti i prijedlog *do*, a može se između brojeva upotrijebiti i samo crta, ali onda ne pišemo niti jedan prijedlog budući da crta označava relaciju od – do. Naziv mjeseca treba biti napisan u genitivu zato što je u navođenju datuma riječ o skraćenoj inačici punoga naziva (tzv. jezičnoj figuri koju nazivamo elipsa) koji bi glasio: od dana 4. do dana 7. mjeseca travnja 2019. godine.
Sa štovanjem,	*S poštovanjem*	Ispred riječi koje ne počinju suglasnicima *s, š, z, ž* prijedlog treba imati oblik *s,* a ne *sa. Glagol štovati* upotrijebit ćemo kada želimo iskazati svoje štovanje prema Bogu i svetcima, a za ljude, životinje, stvari upotrijebit ćemo glagol *poštovati.*
predsjednica studentskog zbora	*predsjednica Studentskog zbora*	Studentski zbor je ime organizacije, a imena se pišu velikim početnim slovom.

Trebaju li nam lektori?

Baš kada mi je, nakon dugog niza godina, ponovno u ruke došao prilog Matičina 158. broja časopisa „Vijenac“ „Križ na jeziku – lektori i jezična kultura“, na fakultetu na kojem radim pokrenula se rasprava o pismenosti i nepismenosti autora koji objavljuju u našem međunarodnome časopisu te trebamo li lektore ili ćemo kvalitetu teksta prepustiti samim autorima.

Na prijelazu u novo tisućljeće pojavila se na hrvatskoj umjetničkoj, kulturnoj i znanstvenoj sceni prilično žestoka rasprava o tome trebaju li našem društvu lektori. Raspravu je potaknuo članak akademika Stjepana Babića u kojem iznosi svoje mišljenje kako ne trebamo lektore i kako pisac mora preuzeti odgovornost za jezičnu dotjeranost svojega teksta. U tome bi kontekstu tekst koji napiše i objavi trebao biti zrcalo njegove pismenosti. Rasprava je bila vezana isključivo uz lektore hrvatskoga jezika, ali tu problematiku nikako ne treba odvajati od lektora koji lektoriraju tekstove na stranim jezicima. U oba se slučaja možemo zapitati što je s čitateljima? Što je s kvalitetom, npr. časopisa i njegovom indeksiranošću u bazama? Treba li urednik imati stručna jezična znanja ili je dovoljno da je vješt u jeziku pa da prepozna koji rad zbog nepismenosti ne prihvatiti ili vratiti na doradu? Ako se pokaže slaba pismenost autora, tko će ga zbog toga pozvati na odgovornost? E, tu je dio nevolje jer Hrvatska još uvijek, za razliku od većine europskih zemalja, nema zakona o uporabi jezika kojim bi bila regulirana i pitanja koja se tiču sadržaja ovoga našeg današnjeg teksta. Takav zakon imaju Francuzi, Poljaci, Slovenci, Slovaci, Mađari, Makedonci… Drugi dio nevolje jest u tome što se u nas nedovoljno u obrazovnome sustavu vodi briga o poznavanju vlastita jezika. Nezadovoljstvo takvim stanjem u našem društvu izražava i akademik Babić u jednom dijelu svoga članka i s time su se svi uključeni u raspravu tada (prije gotovo 20 godina!) složili. Ali, nitko od autora prve inačice kurikula predmeta Hrvatskoga jezika u okviru Cjelovite obrazovne reforme očito nije čitao rasprave poznatih jezikoslovaca i akademika, nije uzimo u obzir rezultate istraživanja nepismenosti naših mladih, pa su nekako vratolomno u predmetnom kurikulu zaobišli jezična znanja kao da ih se boje. Prema tom kurikulu gramatiku i pravopis bi učenici trebali samo tako, negdje usput, naučiti, pa odmah u općem obrazovanju generirati vrhunske tekstove bez jezičnih pogrešaka, odmah napisati poslovno pismo s početka ovoga članka bez ijedne pogreške. Malo-pomalo, ali nekako teško, uz velik napor stručnjaka koji su pokušali na to upozoriti, jezična su se znanja vratila u kurikul, iako političari koji i danas vode obrazovnu reformu nikako da nauče da riječ *kurikulum* u hrvatskome jeziku glasi *kurikul*, a pridjev od nje izveden *kurikulski*/*kurikulni*, a ne *kurikularni* kao da je riječ o *kurikularu*.

Lektori su uvijek bili prvi na udaru kada treba krenuti u smanjivanje troškova, pa su tako radile i velike medijske kuće, a onda su se slušatelji, čitatelji, gledatelji čudom čudili obilju jezičnih pogrešaka koje iskaču iz svakoga kuta. Dobri lektori su upravo oni stručnjaci koji, između ostaloga, onoga koji želi znati gdje je pogriješio, upućuju na pogreške kako ih ovaj ne bi ponavljao. A onome koji ne želi znati, ni lektor ni itko drugi neće moći pomoći. Jezična se norma mora svjesno učiti. Jezična kompetencija se ne može steći i na tome stati, ona se razvija cijeloga života. Tekstovi koji nisu usklađeni s jezičnom normom ne bi trebali biti objavljeni. U nekim europskim zemljama lektor je obvezan zakonom kao što je propisano i to tko može biti lektor. Nažalost, u nas ni to nije propisano, pa danas lektoriraju svi, jer, Bože moj, hrvatski svi znamo. Zato traume poslije intervencija nekih, nazovimo ih, lektora nisu rijetkost.

Zagrebački liječnici pjevači (ZLP) su u novom mješovitom sastavu liječnica i liječnika 23. prosinca 2018. održali svoj prvi koncert u prepunoj Bazilici Srca Isusova u Palmotićevoj ulici u Zagrebu (na slici) pod naslovom Duhovna meditacija. Na koncertu su samostalno te uz akademski zbor Vladimir Prelog, a pod dirigentskom palicom maestre Ive Juras, izveli duhovne skladbe Matza, Mozarta, Beethovena i drugih. Zbor i dalje očekuje nove članove, liječnice i liječnike, koji vole zborsku glazbu i ugodna glazbena druženja. Zainteresirani se mogu javiti četvrtkom u 19.15 sati u dvorani u Klaićenoj 10 prizemno, ili na mobitel 098 228 688 predsjednika ZLP-a prof. Mije Bergovca.

1 **Cijepljenje** značajno smanjuje pojavnost upale pluća i invazivne pneumokokne bolesti uzrokovane *Streptococcus pneumoniae*[1,2]

2 Dokazi iz kliničkih i postmarketinških ispitivanja pokazuju učinkovitost i djelotvornost cjepiva **Synflorix** protiv vakcinalnih serotipova pneumokoka uključujući serotip 19A[3-5]

3 **Svjetska zdravstvena organizacija** prepoznala je doprinos 10-valentnog pneumokoknog konjugiranog cjepiva u borbi protiv pneumokokne bolesti[6,7]

4 **Synflorix** pruža pouzdanu zaštitu od pneumokokne bolesti u dječjoj dobi i predstavlja dobar izbor za primjenu u sklopu programa imunizacije[8-10]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Reference:

1. H. Rinta-Kokko et al. Long-term impact of 10-valent pneumococcal conjugate vaccination on invasive pneumococcal disease among children in Finland .Vaccine 2018 (36):1934-40.
2. Deceuninck G et al. Effectiveness of three pneumococcal conjugate vaccines to prevent invasive pneumococcal disease in Quebec,Canada. Vaccine 2015;33(23), 2684-2689.
3. Poolman J, Frasch C, Nurkka A, Käyhty H, Biemans R, Schuerman L. Impact of the conjugation method on the immunogenicity of Streptococcus pneumoniae serotype 19F polysaccharide in conjugate vaccines. Clin Vaccine Immunol. 2010;18(2):327-36.
4. Sažetak opisa svojstava lijeka Synflorix, studeni 2018. Dostupno na www.halmed.hr.
5. Pneumococcal Conjugate Vaccines on WHO Weekly Epidemiological Record No 48, 2017, 92, 729-748. Dostupno na http://www.who.int/wer/2017/wer9248/en/ (pristup 01/2019)
6. Executive Summary SAGE October 2017, Pneumococcal Conjugate Vaccines, Dostupno na http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/october/1_Hosangadi_PCV_ExecutiveSummary_SAGE_PCV_WG_Oct2017.pdf (pristup 01/2019)
7. Naucler P et al. Comparison of the Impact of Pneumococcal Conjugate Vaccine 10 or Pneumococcal Conjugate Vaccine 13 on Invasive Pneumococcal Disease in Equivalent Populations. Clinical Infectious Diseases, cix685. Dostupno na https://doi.org/10.1093/cid/cix685 (pristup 01/2019)
8. Health Council of the Netherlands. Executive summary. Vaccination of infants against pneumococcal infections; 2013. Dostupno na: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/summary_Vaccinatie_zuigelingen_tegen_pneumokokkeninfecties_3.pdf (pristup 01/2019)
9. National Institute for Health and Welfare Finland. Tendering process for pneumococcal conjugate vaccine. Dostupno na: http://en.opasnet.org/w/Tendering_process_for_pneumococcal_conjugate_vaccine (pristup 01/2019)
10. Public Health Agency of Sweden. Dostupno na: https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/oktober/vacciner-mot-allvarlig-pneumokocksjukdom-har-likvardig-effekt/ (pristup 01/2019)

Synflorix™

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka

Synflorix suspenzija za injekciju u napunjenoj štrcaljki. Cjepivo protiv pneumokoka, polisaharidno, konjugirano, adsorbirano. **Indikacije:** Aktivna imunizacija protiv invazivne bolesti, upale pluća i akutne upale srednjeg uha izazvanih bakterijom *S.pneumoniae* u dojenčadi i djece u dobi od 6 tjedana do 5 godina. **Doziranje i način primjene:** *Dojenčad u dobi od 6 tjedana do 6 mjeseci:* Primarna imunizacija s tri doze: Preporučena shema imunizacije koja osigurava optimalnu zaštitu sastoji se od četiri doze, svaka od 0,5 ml. Primarna imunizacija dojenčadi sastoji se od tri doze, pri čemu se prva doza uobičajeno primjenjuje u dobi od 2 mjeseca s razmakom od najmanje 1 mjeseca između pojedinih doza. Prva doza se može primijeniti već u dobi od 6 tjedana. Primjena doze docjepljivanja preporučuje se najmanje 6 mjeseci nakon posljednje doze primarne imunizacije, može se primijeniti od navršenih 9 mjeseci nadalje (po mogućnosti u dobi između 12 i 15 mjeseci). Primarna imunizacija s dvije doze: Kada se Synflorix primjenjuje kao dio rutinskog nacionalnog programa imunizacije dojenčadi, može se cijepiti slijedom od ukupno tri doze, svaka od 0,5 ml. Prva doza se može primijeniti već u dobi od navršenih 6tjedana, a sljedeća doza 2 mjeseca nakon prve doze. Dozu docjepljivanja preporučuje se primijeniti najmanje 6 mjeseci nakon posljednje doze primarne imunizacije, a može se dati od navršenih 9 mjeseci nadalje (po mogućnosti u dobi između 12i 15 mjeseci) *Prijevremeno rođena dojenčad* U prijevremeno rođene dojenčadi, nakon barem 27 tjedana gestacije, preporučena shema imunizacije sastoji se od ukupno četri doze, svaka od 0,5 ml. Primarna imunizacija dojenčadi obuhvaća tri doze, pri čemu se prva primjenjuje u dobi od 2 mjeseca, s razmakom od najmanje 1 mjeseca između pojedinih doza. Doza docjepljivanja se preporučuje se najmanje 6 mjeseci nakon posljednje doze primarne imunizacije. *Necijepljena dojenčad i djeca u dobi od ≥ 7 mjeseci:* Dojenčad u dobi od 7 do 11 mjeseci: raspored cijepljenja se sastoji od dvije doze primarne imunizacije od 0,5 ml s razmakom od najmanje 1 mjeseca između pojedinih doza. Doza docjepljivanje (treća doza) preporučuje se u drugoj godini života s razmakom od najmanje 2 mjeseca nakon posljednje doze primarne imunizacije. Djeca u dobi od 12 mjeseci do 5 godina: raspored cijepljenja se sastoji od dvije doze od 0,5 ml srazmakom od najmanje 2 mjeseca između pojedinih doza. Preporučuje se da djeca cijepljena prvom dozom cjepiva Synflorix u potpunosti završe ciklus cijepljenja cjepivom Synflorix. Nije utvrđena djelotvornost i sigurnost primjene cjepiva Synflorix u djece starije od 5 godina. Cjepivo se daje intramuskularnom injekcijom. Preporučena mjesta primjene su anterolateralni dio bedra u dojenčadi ili deltoidni mišić nadlaktice u male djece. **Kontraindikacije:** Preosjetljivost na djelatne tvari ili na neku od pomoćnih tvari ili na bilo koji od proteinskih nosača. Primjena Synflorixa se odgađa u djece koja pate od teške akutne febrilne bolesti. Lakša infekcija, kao što je prehlada, ne treba biti razlogom odgađanja cijepljenja. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Mora se osigurati dostupnost odgovarajuće medicinske skrbi i nadzora u slučaju anafilaktičke reakcije nakon primjene cjepiva. Mora se razmotriti potencijalan rizik od apneje i potreba za praćenjem funkcije disanja tijekom 48-72 sata kod primarne imunizacije prijevremeno rođene dojenčadi, a osobito one s anamnezom nezrelosti dišnog sustava. Kod djece od 2 godine može se dogoditi sinkopa nakon, ili i prije cijepljenja kao psihogena reakcija na ubod s iglom. Synflorix se mora davati s oprezom u djece s trombocitopenijom ili poremećajem koagulacije, s obzirom da u njih može doći do krvarenja nakon intramuskularne primjene. Potrebno je slijediti službene preporuke za imunizaciju protiv difterije, tetanusa i *Haemophilus influenzae* tip b. Nema dovoljno dokaza da Synflorix pruža zaštitu od pneumokoknih serotipova koji nisu sadržani u cjepivu osim ukriženo reaktivnog tipa 19A ili od netipiziranog *H.influenzae.* Synflorix možda neće zaštititi svu cijepljenu djecu od invazivne pneumokokne bolesti, upale pluća ili upale srednjeg uha uzrokovane serotipovima koji su sadržani u cjepivu i ukriženo reaktivnim serotipom 19A. Djeca s oslabljenim imunološkim odgovorom, bilo zbog primjene imunosupresivne terapije, genetskog nedostatka, HIV-infekcije ili drugih uzroka, mogu imati slabiji imunološki odgovor. Nisu dostupni podaci o sigurnosti primjene i imunogenosti u djece s povećanim rizikom od pneumokoknih infekcija (anemija srpastih stanica, kongenitalna i stečena disfunkcija slezene, HIV-infekcija, maligne bolesti, nefrotski sindrom). Primjena pneumokoknog konjugiranog cjepiva nije zamjena za primjenu 23-valentnih pneumokoknih polisaharidnih cjepiva u djece u dobi od ≥ 2 godine sa stanjima (anemija srpastih stanica, asplenija, HIV infekcije, kronične bolesti ili koja su imunokompromitirana) koja ih čine podložnijima invazivnim bolestima uzrokovanima bakterijom *S. pneumoniae.* Rizična djeca u dobi od ≥ 24 mjeseca koja su već primila primarni ciklus cjepiva Synflorix moraju primiti 23-valentno pneumokokno polisaharidno cjepivo. Razmak između Synflorixa i 23-valentnog pneumokoknog polisaharidnog cjepiva ne smije biti manji od 8 tjedana. Profilaktička primjena antipiretika prije ili odmah nakon primjene cjepiva može smanjiti incidenciju i intenzitet febrilnih reakcija nakon cijepljenja. Preporučuje se profilaktička primjena antipiretičkog lijeka: za svu djecu koja primaju Synflorix istovremeno s cjepivima koja sadrže cjelostanično cjepivo protiv pertusisa zbog više stope febrilnih reakcija; za djecu s konvulzivnim napadajima ili s prethodnom anamnezom febrilnih konvulzija. **Nuspojave:** Vrlo česte: gubitak apetita, razdražljivost, pospanost, bol, crvenilo, otečenost na mjestu uboda, vrućica ≥38°C rektalno (dob<2godine). Česte: reakcije na mjestu injiciranja kao induracija mjesta injiciranja, vrućica ≥39°C rektalno (dob≥2godine). Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet: GlaxoSmithKline Biologicals S.A. Rue de l`Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgija. Lokalni predstavnik nositelja odobrenja: GlaxoSmithKline d.o.o., Ul.D.Tomljanovića Gavrana 15, 10000 Zagreb, Način izdavanja: na recept. Brojevi odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet:EU/1/09/508/003.

Cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka Synflorix dostupan je na: http://www.halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova

Prije propisivanja lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku koji su dostupni na: www.halmed.hr.

Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu lijeka. Upute za prijavljivanje nuspojava dostupne su na internetskim stranicama HALMED-a (www.halmed.hr). Također, nuspojave možete prijaviti i Vašem lokalnom GlaxoSmithKline uredu: GlaxoSmithKline d.o.o., Ulica Damira Tomljanovića-Gavrana 15, 10000 Zagreb; tel. 01/605 1999

Žigovi su u vlasništvu ili licencirani GSK grupi društava.
©2019 GSK grupe društava ili njenog davatelja licence.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE
CRO/SYN/0001/19
SYN-11/01/2019-ADV

GlaxoSmithKline d.o.o.
Ulica Damira Tomljanovića-Gavrana 15
10000 Zagreb

ANDRIJA PREISZ

(Budimpešta, 8. srpnja 1910. – Čakovec, 16. lipnja 1991.)

Hrvatski liječnik koji je preživio Aušvic

Dr Andrija Preisz 1935.

Bio je četvrto dijete u budimpeštanskoj činovničkoj obitelji Samuela Preisza i Jelene rođene Rosenfeld. Kad je otac 1914. postao knjigovođa u pilani „Ujlaky-Hirschler i sin" u Donjoj Dubravi, obitelj se preselila u Kotoribu u Međimurju. Pored skrbi za kućanstvo majka se bavila šivanjem kako bi pripomogla prehranjivanju obitelji. Trojica sinova (Stjepan, Eugen i Ladislav) završili su srednju školu u Čakovcu i Varaždinu. Najmlađi Andrija je osnovnu školu završio u Kotoribi, a zatim nastavio školovanje u gimnaziji u Varaždinu. Putovao je vlakom u Varaždin, a samo je jedan ili dva zimska mjeseca, zbog hladnoće, stanovao u Varaždinu. U šestom razredu gimnazije Andrija je izabran 28. rujna 1926. u odbor đačke podružnice Ferijalnog saveza koja je od utemeljenja 1921. godine do 1927./1928. narasla na gotovo 100 članova. Postao je 27. rujna 1927. pročelnikom podružnice, a ista je uprava ostala i na skupštini 22. ožujka 1928. U osmom razredu mu je higijenu jedan sat tjedno predavao dr. Martin Prelog, liječnik Školske poliklinike u Varaždinu. Nakon VIII razreda završenoga s odlikom, u lipnju 1929. položio je ispit zrelosti.

Odabravši medicinu kao svoj poziv, upisao se ujesen 1929. na Medicinski fakultet u Zagrebu. Tijekom studija opskrbljivali su ga roditelji, a dodatno je zarađivao podučavanjem drugih đaka. Hranio se u Židovskoj menzi u Zagrebu. Bavio se veslanjem. Na MEF-u u Zagrebu promoviran je 28. lipnja 1935. Promotori su mu bili prof. Boris Zarnik, predstojnik Morfološko-biološkog zavoda MEF-a, prof. Ernst Mayerhofer, predstojnik Dječje klinike i dekan MEF-a, te prof. Gjuro Stipetić, rektor Sveučilišta u Zagrebu.

Nakon promocije

Vojsku (obvezatni „đački rok") proveo je u Vojnoj bolnici u Nišu i u Hercegnovom. Dio vremena provedenog u Nišu priznat mu je u staž, koji je nastavio u Zagrebu u bolnici „Merkur" te na klinikama MEF-a u Zagrebu. Želio je specijalizirati ginekologiju ili pedijatriju. Od 1. kolovoza 1936. do 30. svibnja 1938. bio je sekundarni liječnik u Gradskoj bolnici u Varaždinu. Njegova majka umrla je 15. prosinca 1937. u 57. godini života od komplikacija nakon abdominalne operacije u bolnici u Varaždinu.

Prema novinskim noticama iz 1938. pisao je svoje prezime Preiss. Svoju privatnu liječničku ordinaciju otvorio je 1. siječnja 1938. u Varaždinu na Trgu kralja Tomislava 2, prvi kat desno (zgrada kavane „Central"). Ordinirao je 13.30 do 16.00 poslije podne. Koncem svibnja 1939. preuzeo je dužnost liječnika kod ispostave bolesničke blagajne „Merkur" u Varaždinu. Za članove „Merkura" počeo je ordinirati 1. lipnja 1939. u svojoj ordinaciji, u zgradi kavane „Central". Nazočio je 15. i 16. srpnja 1939. okupljanju generacije nekadašnjih varaždinskih gimnazijalaca koji su susretom s razrednikom prof. Tomislavom Miškulinom obilježili 10. obljetnicu mature.

Na dokumentu o vjenčanju upisano mu je prezime Preiss. Nadrabin u Varaždinu dr. Rudolf Glück vjenčao ga je 7. rujna 1939. u varaždinskoj sinagogi dr. Preisza s Margitom Paškes iz Kotoribe (rođena je 18. srpnja 1914. u Pančevu), kćerkom Karoline rođ. Kacur i Leopolda Paškesa. Svjedoci su im bili mladoženjin otac Samuel Preiss te nevjestin brat Marcel Paškes i majka. Upoznali su se još u vrijeme njegova studija u Zagrebu, gdje je ona radila kao činovnica u jednoj zagrebačkog špediciji. Kao i on, tečno je govorila i pisala mađarski i njemački. U rujnu 1940. Preisz se vratio s vojne vježbe u Pleternici u činu pričuvnog sanitetskog poručnika te novinskom noticom obavijestio građane Varaždina o nastavku rada u ordinaciji na Trgu kralja Tomislava. U sabirnoj akciji za zimsku

pomoć sirotinji do 22. veljače 1941. u Varaždinu je prikupljeno 32.295 dinara, a dr. Preisz je darovao 50 dinara.

NDH

Početkom svibnja 1941. varaždinsko „Hrvatsko jedinstvo" objavljuje vijest da je dr. Preisz preselio svoju ordinaciju u Franjevačku ulicu 1/1. Odmah po donošenju rasnih zakona tzv. NDH, dr. Preisz je 15. lipnja 1941. bio otpušten s mjesta liječnika Podružnice „Merkura", a s istim datumom zatvorena je i njegova privatna liječnička ordinacija. Ustaške vlasti su dr. Preisza zatvorile u kaznionicu u Lepoglavi, no njegov brat Eugen, koji je živio u Međimurju, tada pod mađarskom okupacijom, ishodio je da vlasti u Čakovcu traže puštanje dr. Preisza i supruge zbog njihova mađarskog državljanstva (rođen je u Budimpešti). Iz Lepoglave su ustaše već 16. lipnja 1941. vratile dr. Preisza u Varaždin i odmah ga protjerale u Međimurje. Njega i suprugu odveli su do granice na dravskom mostu i tamo predali predstavnicima mađarskih vlasti. Dopušteno im je bilo ponijeti samo osobne stvari.

Vratio se u Kotoribu, tada pod mađarskom okupacijom, i radio od 16. rujna 1941. kao privatni liječnik do 30. travnja 1942. Tada ga mađarske vlasti tjeraju iz Kotoribe i preseljavaju u Svetu Mariju, gdje je prisilno postavljen za općinskog liječnika. Do lipnja 1944. radio je na tome mjestu, no ni on ni supruga nisu više bili slobodni. Redovito su se morali javljati njilašima (mađarskim fašistima - Strelasti križevi, mađarski Nyilaskeresztes Párt – Hungarista Mozgalom NYKP; bila je to Mađarska totalitarna nacionalsocijalistička stranka). Kretanje im je bilo dopušteno samo uz posebnu dozvolu njilaških vlasti. Usprkos njilaškom teroru i svjestan opasnosti, Preisz je, na poziv, noću odlazio u šumarke izvan mjesta i tamo liječio ranjene partizane donoseći im sanitetski materijal i lijekove.

U velikom valu deportacija mađarskih Židova, njilaši su u proljeće 1944. odveli dr. Preisza i suprugu u Zalaegerszeg (hrv. Jegersek), gradić blizu slovenske i austrijske granice i predali ih Nijemcima. Od toga je mjesta put vodio, u pretrpanim stočnim vagonima, samo u koncentracijske logore smrti Aušvic, Bergen-Belsen i Mauthausen. Stan u kojem su živjeli u Sv. Mariji bio je devastiran i zapaljen. U logore su odvedena i dvojica njegove braće, a samo je jedan uspio izbjeći deportaciju. Svi su dokumenti dr. Preisza i supruge te njihovih roditelja uništeni pri deportaciji.

Po dolasku u Aušvic dr. Preisz je razdvojen od supruge. Preživio je patnje logora ne znajući za sudbinu supruge niti drugih članova obitelji. Dodijeljena mu je uloga „sanitarca" u logoru (jer kao Židov nije mogao biti liječnik). Bila je to teška zadaća jer je morao pružati medicinsku pomoć kapoima koji su se iživljavali nad logorašima, no tako je spasio život svome bratu. U jednoj od kolona muškaraca

Margita i dr. Andrija Preisz 1939.

odvođenih radi ubijanja toljagom, dr. Preisz je prepoznao svoga brata Eugena i zamolio da ga poštede. Kapo, jedan od najokrutnijih, a kojem je Preisz često pružao liječničku pomoć, pristao je poštedjeti Eugena: toljagom ga nije ubio, „samo" mu je slomio ruku. Otada su se braća držala zajedno. Zajedno su se vratila nakon marša smrti u Mauthausen i istodobno preboljenoga pjegavog tifusa.

Poslije logora

Dr. Preisz se zajedno s bratom vratio početkom ljeta 1945., poslije oslobođenja iz logora, u Kotoribu. Tamo se ponovno, nakon dulje od godinu dana, susreo sa suprugom koja je također uspjela preživjeti i vratiti se iz logora. Oca su mu ubili njilaši tijekom transporta, a brat Ladislav ubijen je u logoru. Brat Stjepan se pridružio pokretu otpora i poginuo kao partizan u Češkoj. I obitelj njegove supruge odvedena je u njemačke koncentracijske logore, iz kojih se samo jedan njezin brat vratio.

Odmah po povratku iz logora postavljen je 1945., po nalogu tadašnjih vlasti, za liječnika u zdravstvenoj stanici Donja Dubrava. Bilo je potrebno započeti život ispočetka, a to nije bilo lako jer su preživljeni užasi ostavili na njima trajan pečat. Budući da je bio bez osobnih dokumenata,

Četvorica braće Preisz - najmlađi Andrija prvi slijeva

nove je dr. Preisz dobio na temelju vlastite izjave o rođenju. Prijepis diplome stečene 28. lipnja 1935. dobio je 23. travnja 1946. i na njoj je vidljiv izvorni oblik prezimena Preisz. Početkom srpnja 1946. i u studenom 1947. rođene su njihove kćeri Gertruda i Nada. O svojim logorskim danima ni Preisz niti supruga gotovo nikada nisu govorili pred kćerkama. Iz Donje Dubrave Preisz je 20. travnja 1947. izabran za potpredsjednika upravo utemeljene Podružnice Zbora liječnika Hrvatske (ZLH) u Čakovcu.

Od 9. lipnja 1949. radio je kao glavni liječnik Kotarske ambulante u Prelogu. Istodobno je bio i liječnik Socijalnog osiguranja i Državne željeznice. Prema „Anketnom listu za ljekare i apotekare" popunjenom 6. kolovoza 1949. stanovao je s obitelji u stanu koji se sastojao od dvije sobe i kuhinje (bez kupaonice), a u istom je domaćinstvu još živjela Klara Domančić. Zapravo, Preisz je bio jedini liječnik u kotaru Prelog. Radio je 24 sata dnevno, ponovo organizirao razorenu zdravstvenu službu, organizirao tečajeve za medicinsko osoblje, podučavao stanovništvo temeljnim higijenskim navikama. Imao je i vlastitu ordinaciju. Borio se s trahomom i gušavošću stanovništva. Mnogim je Međimurcima bio obiteljski liječnik i osoba od povjerenja. U kućne je posjete često odlazio zaprežnim kolima, hodajući zimi uz njih kako bi se ugrijao. Imao je stari motor-bicikl marke „Sachs" s kojim je obavljao i kućne posjete. Nekoliko godina sudjelovao je u utrkama motociklom, jednom je i pobijedio.

Sve to obavljao je uz česte i veoma bolne žučne kolike. Pri kolecistektomiji izvađen mu je kamen veličine golubinjeg jajeta. Zbog kroničnoga hiperacidnog gastritisa te vrijeda dvanaesnika morao se pridržavati dijete, a zbog pogoršanja praćenog krvarenjem provociranih „griješenjem u prehrani" liječen je u Klinici na Rebru. S vremenom su se pokazali i znakovi slabosti srčanog mišića.

Godine 1956. ponuđen mu je premještaj u Samobor no, iz obiteljskih razloga, odabrao je Čakovec. Do 1960. radio je u Domu zdravlja Čakovec, a od 1961. do 1976. bio je šef službe Opće medicine u Medicinskom centru Čakovec. Otvorio je područne ambulante u Belici, Maloj Subotici, Orehovici, Lopatincu, Macincu i Gornjem Mihaljevcu. Njegovom je zaslugom Opća medicina u Čakovcu dobila prve specijaliste iz područja opće medicine. Bolničarke je upućivao na doškolovanje za medicinske sestre. Biran je i za odbornika Vijeća društvenih djelatnosti Općinske skupštine Čakovec. U prigodi najvećeg državnog praznika Preisz je 1966. na prijedlog ZLH-a odlikovan Ordenom rada sa zlatnim vijencem. Na sastanku Podružnice ZLH-a Čakovec 22. rujna 1970. prihvaćen Preiszov prijedlog, kao šefa službe Opće prakse, da tema sljedećeg stručnog sastanka budu „Prava korisnika socijalnog osiguranja te način korištenja prava koja proizlaze iz novoga Zakona o socijalnom osiguranju".

U trenutku umirovljenja 1976. godine imao je 40 godina i 6 mjeseci radnog staža. Nastavio je raditi kao privatni liječnik. Tada je imao dosta slobodnog vremena i sa suprugom je češće odlazio na izlete na more, od Slovenije do Crne gore, i na Balaton u Mađarskoj. Teško je nastradao potkraj 1983. u prometnoj nesreći na putu prema Pečuhu u Mađarskoj. Zbog teškog potresa mozga primljen je u bolnicu u gradu Nagykanizsi. Bolničko se liječenje kompliciralo zapletajem crijeva koji je kasno prepoznat. Nikada se više nije oporavio i sasvim se promijenio: do tada veseo, bučan čovjek, koji je volio šalu, pretvorio se u povučenoga šutljivog čovjeka. Zatvorio je ordinaciju, a društveno se ograničio na članove obitelji. Zbog poteškoća s mokrenjem operirao je karcinom prostate. Shrvan dugom i teškom bolešću umro 16. lipnja 1991. u 81. godini života. Sahranjen je u obiteljskoj grobnici na židovskom groblju u Čakovcu. Supruga ga je kratko nadživjela i umrla 21. studenoga 1993. U nedavno objavljenoj mrežnoj verziji Židovskog biografskog leksikona Hrvatskog leksikografskog zavoda nije spomenut dr. Preisz ni pod jednom inačicom svoga prezimena.

IVICA VUČAK

LIJEČNIK AFIRMIRAO *zanemarenoga slikara*

Priredila: ANĐA RAIČ, prof.

Slika 1. Vaza s cvijećem, ulje na platnu, 70 x 55 cm, tridesete godine 20. stoljeća

Prof. dr. sc. Goran Grubišić, ginekolog i opstetričar, posredovao je ponovnom otkriću gotovo nepoznatoga, premda talentiranoga zagrebačko-splitskoga slikara Dunava Rendića. Igrom slučaja, u proljeće 1966. godine ugledao je Dunavovu sliku "Vaza s cvijećem i oduševio se. **(slika 1.)**.

Potom se zdušno predao istraživanju o ovom nepravedno zaboravljenom slikaru. Nakon upornog traganja kroz 50 godina naišao je na velik broj njegovih ulja i karikatura, te zapisao podatke o njemu iz vremena od 1901. do 2016. godine.

Dunav je živio u sjeni svoga slavnoga oca, kipara Ivana Rendića, koji je djeci davao geografska imena: sinovima Dunav i Velebit, kćerima Sava i Drina, u smislu ondašnje južnoslavenske ideje zajedništva. Oba su sina bili daroviti slikari, svojevremeno nedovoljno i krnje afirmirani. Dunav je teško preživljavao. Rođen 1880. godine u Zagrebu, proživio je najveći dio života u Splitu, a u pedesetim godinama svoga života našao se u nekoliko navrata ponovno u Zagrebu te Sarajevu, Livnu, Mostaru i dr. Živio je uvijek u siromaštvu, na egzistencijalnom rubu, ogrezao na kraju u boemstvu i deterioriran alkoholom **.**

Slika 2. Autoportret, tempera, 70 x 60 cm, 1943. Godin, privatno vlasništvo

Slika 3. Solurat, ulje na platnu, 75 x 55 cm, privatno vlasništvo

Kao mnogi slikari njegova doba, a i ovoga, bio je istodobno i vrstan karikaturist, pa je tako u knjizi prikazana i umjetnikova autokarikatura s dobro pogođenim karakterima psihološkog nijansiranja ličnosti. **(slika 3.)**

Slika 4. Trabakuli, ulje na platnu, četrdesete godine 20. stoljeća, privatno vlasništvo

Dunav je birao po tematici opredjeljenja obične marine, kućice na obali Jadrana, a vrstan je bio i po potrebi rađenim portretima po narudžbama i s fotografija ili su modeli sjedili pred majstorom pred slikarskim stalkom.

Dunav je svoje slike također izlagao na ulici prodajući ih u bescijenje: za hranu i vino.

U to je vrijeme 20. - 40.-ih godina dvadesetog stoljeća bio običaj da ne suviše afirmirani slikari izlažu svoje radove po ulicama (tzv. *pavement gallery*), a što ni danas nije rijetkost.

Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
Autor: Goran Grubišić
Format: 23,5 x 20 cm
Opseg:160 str.
Tisak: u boji
Uvez: polutvrdi
Cijena: 210,00 kn

Naslovnica monografije *DUNAV RENDIĆ ili kako je jedan liječnik uspio istražiti životni put i stvaranje zaboravljenoga hrvatskog slikara.*

Profesor Grubišić realizirao je svoje djelo o Dunavu Rendiću na zaista akribičan način: unio je velik broj provjerenih podataka, navodio brojne podatke i u fusnotama, upoznao nas obilno s mnoštvom životopisnih i arhivskih informacija, skidajući nataloženu prašinu od 19. stoljeća do ovih dana s ipak značajnog zamjetnog opusa Dunava Rendića.

Ovom izvanrednom knjigom umjetničko djelo i osobnost Dunava Rendića situira se u referentnu oblast hrvatske likovnosti na dostojan, dignitetan način, koji mu svakako, bez sumnje pripada već odavno. Međutim, tek će povjesničari dati svoj meritum o tome. I Grubišićeva knjiga je sasvim dovoljna da se prepozna i prizna jedan umjetnik i dade mu se mjesto koje zaslužuje u korpusu našeg slikarstva smještenoga na *fin de siècle* i kasnije. Kohorta slikara Dunavovih znamenitih učitelja, kolega i suvremenika spomenuta je u knjizi C. M. Medović, O. Iveković, M. Rašica, M. Rački, I. Meštrović, K. Strajnić, Z. Pexidr- Srića, M. Krušlin i dr.

Je li Rendić imao diplomu bilo koje akademije, potpuno je irelevantno. Važna je likovna kvaliteta njegovih ranih radova, koja se može svrstati u rang njegovih poznatih suvremenika.

Loše materijalne okolnosti svakako su utjecale i na pohađanje visokog školovanja i na daljnji *curriculum vitae*. Dunavovo osiromašenje (nikako ne duhovno!) nipošto nije uzrok, nego posljedica ne alkohola nego socijalnoga, okolinskoga, profesionalnoga, kreativnoga njegova postupnoga pada u kvaliteti produkcije.

Djelomična devastacija Dunavove ličnosti poprimila je infaustan tijek kada mu je umro otac koji ga je donekle podržavao i ponosio se njime. Dunav je postao splitski redikul, cukun.

Dunavova sudbina paralelna je s Tinovom, koji je neosporno kudikamo većega duhovnoga talentnosnoga umjetničkoga potencijala. Osim toga, Tin je erudit (prevoditelj!) visokog IQ-a, ali ozbiljno ometenoga kategorijom „društvenoga, prekomjernoga potrošača“ alkohola i nikotinizma, kakav je bio i Dunav, njegov vinski pobratim, supatnik s kojim je prijateljevao.

Boemština je bila pomodni životni stil i posljedica društvene ignorancije umjetnika. Kauzalitet bizarnog imidža Dunava Rendića bio je i općenito u tadašnjem boemstvu i *Weltanschauungu*, *Zeitgeistu* trend, više konsekvencija neimaštine.

Bilo kako bilo, Dunav Rendić (p)ostaje vrijedan i nakon kontroverznih natruha o školovanju i zabilježenih prosudbi splitskoga povjesničara umjetnosti Duška Kečkemeta i dr., a pogotovo poslije Grubišićeve knjige, koja je zaokružena cjelina – kruna jedne sudbine. Međutim, djela ovog vrsnog pejsažista kao i ona sakralne i portretne umjetnosti postoje razasuta po Dalmaciji, Bosni, Zagrebu, Osijeku, kao trajni dokaz i spomen Dunavove kvalitete. Za njegovim slikama još će se tragati, a nastojanja biti zaokružena na očekivanoj retrospektivnoj izložbi.

Prim. dr. sc. Ljubomir Radovančević

SUICID *LIJEČNIKA*

doc. prim.dr. sc. TOMISLAV FRANIĆ, dr. med., psihijatar, KBC Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Imati „medicinski pedigre“ bila je nekad stvar prestiža i ako nitko iz sljedeće generacije nije postao liječnik, nije baš bila pitka činjenica za roditelje i okolinu. Sada kad imam sina koji se uskoro treba odlučiti o svom životnom pozivu i usmjerenju, nalazim sebe u najmanju ruku ravnodušnim, a vrlo često odašiljem svjesne ili nesvjesne poruke koje se protive izboru medicine. Ima možda nešto mazohističko u nama liječnicima i mnogi od nas bi odgovorili da bi suočeni s mogućnošću ponovnog izbora odabrali isto. Ali želimo li to isto svojoj djeci i ako ne, zašto?

Da, naša struka nosi i određene gratifikacije, ali ih laici sve češće smatraju nezasluženima. Treba priznati da tome doprinose i neke kolege koji svojim postupcima i ponašanjima opravdavaju i podupiru hajku i linč na liječnike kao nečasne i korumpirane psihopate koji uživaju u ljudskoj boli. Ali što je s nama? Što kada nas boli? Komu ćemo se mi obratiti za pomoć?

Nije li ona „Kod postolara najgore cipele“ tako bolno primjenjiva za nas? Odnosi se to na tjelesni aspekt, gdje radimo do iznemoglosti s golemim brojem sati prekorada. Na raspolaganju smo 24/7/365. I najbolji smo kada je najgore. Nisu li rezultati i uspjesi naših bolnica u ratu predmet izučavanja? Obično su to oni koji su do bolnice došli i ostali živi. Jednako je i u mirnodopsko vrijeme. Nisu li se kolege u Lici skupili sami od sebe kada se autobus pun stranih turista zabio u nadvožnjak i kada je vlak u Rudinama iskočio iz tračnica? Koliko puta je liječnik u kupaćim gaćicama na plaži zamoljen, kad je već tu, da skokne pomoći u nekoj složenoj operaciji? Nisu li naši transplantacijski timovi vrhunac samoprijegora, uz golemo poštovanje prema obiteljima donora? A tek bezbrojni „KBC-ovi“ po Slavoniji ili otocima odvojenima burom ili jugom od kopna? Koje tijelo to može izdržati? Ono o čemu se možda manje brinemo i obaziremo je i sljedeće: može li naša duša to izdržati? Ovaj tekst posvećujem svima onima koji to nisu uspjeli, kao i njihovim obiteljima. Onima koji su suočeni s neizdrživom duševnom boli tu bol odlučili prekinuti nama možda nerazumljivim činom dizanja ruke na sebe.

Mnogi će osuditi to ponašanje, no samoubojstvo je legitiman čin pojedinca u suočavanju s problemom. Prije nego osudimo, propitajmo sebe u onom dijelu odgovornosti za činjenja odnosno nečinjenja koja su do tog čina dovela.

Naporan vojnički dril studiranja i specijaliziranja, složena medicinska kultura i hijerarhija koja je nerijetko na razini feudalne, stalna borba za postizanje ravnoteže između rada i privatnog života ostavljaju razorne posljedice i ovisno o nizu drugih rizičnih ili zaštitnih čimbenika ta plovidba olujnim morem može završiti kojekako, uključujući i namjerno nasukavanje.

Samoubilačka ponašanja, osobito samoubojstvo, traže hitnu intervenciju, predstavljaju katastrofalan izazov za uključene pojedince, profesionalce koji se time bave kao velikim javnozdravstvenim problemom širom svijeta. **Liječnici prema novijim zapadnim istraživanjima kao profesija imaju najveću stopu suicida, veću nego vojnici izloženi izravnim borbenim djelovanjima i dvostruko veću nego opća populacija (opća populacija 1 - 2 %, liječnici 2 - 4 %).** Pri tome govorimo o populaciji koja bi po nekim objektivnim kriterijima trebala biti zaštićena od nekih uobičajenih i čestih rizičnih čimbenika, i čija bi kvaliteta života trebala biti veća od prosječne. Nažalost, čini se da je riječ samo o izvanjskom prividu. Nadalje, lako je moguće da je stopa suicida u liječnika podcijenjana zbog empatijske solidarnosti kolega koji kao razlog smrti upisuju nesreće ili slučajnosti, a i mi smo kao profesionalci koji barataju životom i smrti jako vješti u odabiru skrivenih metoda.

Psihosocijalni pogled na samoubilačko ponašanje uključuje i potragu za individualnim psihološkim karakteristikama osoba u vječnoj nadi pronalaska profila koji bi bio patogno-

moničan. Nažalost, profil pojedinaca koji iskazuju različita samoubilačka ponašanja varira.

U prilog tvrdnji da je suicid širi društveni problem koji nadilazi granice medicinskog i biološkog pogleda ide činjenica da je jedna od najznačajnijih osoba s početaka suicidologije bio sociolog a ne liječnik, Emil Durkheim. On je utemeljitelj psihosociološke teorije samoubilačkih ponašanja, koji ih je u svom djelu Suicid (1897.) svrstao u četiri kategorije: egoistična, altruistična, anomična i fatalistična. Sociološke teorije suicidalno ponašanje ne promatraju samo kao individualan čin već kroz interakciju pojedinca i društva. Egoistično samoubilačko ponašanje je ono koje proizlazi iz gubitka socijalnog interesa ili neadekvatne socijalne integracije; altruistično je ono koje za cilj ima doprinos postizanju ciljeva skupine; anomično je karakteristično za vrijeme velikih dezintegrativnih društvenih promjena, a fatalistično proizlazi iz nemoći da se upravlja vlastitim životom. Za zapitati je nalazi li se naše društvo, a osobito zdravstvo, u anomiji ili fatalizmu?

Nedugo nakon sociologa suicidom se počinju baviti i psihoanalitičari. Prema Freudu postoji destruktivni nagon (thanatos, instinkt smrti), koji se objašnjava kao biološki određena sklonost ka samouništavanju. Freudova teorija autoagresije objašnjava se kao rezultat identifikacije (poistovjećivanja) ega s uključenim voljenim objektom koji je napušten ili izgubljen. Prema Freudu, autodestruktivni procesi kulminiraju u stanje depresije i suicidalnog ponašanja. Ovi procesi imaju korijen u patološkom žalovanju, gdje postoji ambivalencija (ljubav i mržnja istodobno) prema izgubljenom objektu pa se ljutnja prema izgubljenoj osobi okreće u jednom trenutku prema

unutra, često u obliku sadističkog samokažnjavanja (tzv. ubojstvo na 180 stupnjeva). Karl Menninger, koji je zaslužan za pojam kroničnog i parcijalnog suicida (alkoholizam, ovisnosti o drogama), razradio je Freudovu postavku i ustanovio tezu o trijasu prisutnom u suicidu: želja da se ubije (ego - agresija okrenuta unutra), želja da se bude ubijen (superego - autoagresija koja proizlazi iz osjećaja krivnje) i želja za smrću.

Kognitivni modeli autoagresivnog ponašanja uključuju iskrivljena uvjerenja, modele razmišljanja koja označavaju negativizam i rigidnost, emocionalnu pratnju kognitivnih uvjerenja uz dominirajući pesimizam, sklonost katastrofiziranju uz misaone procese obilježene negativnom atribucijom, pogrešne generalizacije, selektivnu memoriju i teškoće u stvaranju alternativnih rješenja.

Rudd je primijenio Beckov kognitivni konstrukt depresije na sustav vjerovanja suicidalnih osoba:

- moj život je bez nade (beznadnost);
- ne zaslužujem živjeti (nevoljenost);
- ne mogu razriješiti problem (bespomoćnost);
- bol je neizdrživa (slaba tolerancija).

Model socijalnog učenja suicidalnog ponašanja govori da se ono može usvojiti kroz izravnu ili neizravnu izloženost osobama koje iskazuju takvo ponašanje.
Iako postoje vrlo različiti teoretski modeli i pristupi objašnjavanju suicidalnog ponašanja, moguće je primijetiti neke zajedničke karakteristike. Prva je osjećaj neizbježnosti suicida kao neminovnog i jedinog rješenja.

Druga je da niz istaknutih teoretičara smatra da je u korijenu samoubilačkih

ponašanja psihološka bol. Uz Ruuda i isticanje neizdržive boli, Shneidman se koristi engleskim pojmom psychache koji označava nepodnošljivu psihičku bol, a Joiner se referira na kombinaciju osjećaja opterećenosti i nepripadanja (socijalna nepovezanost, izoliranost i odbačenost).

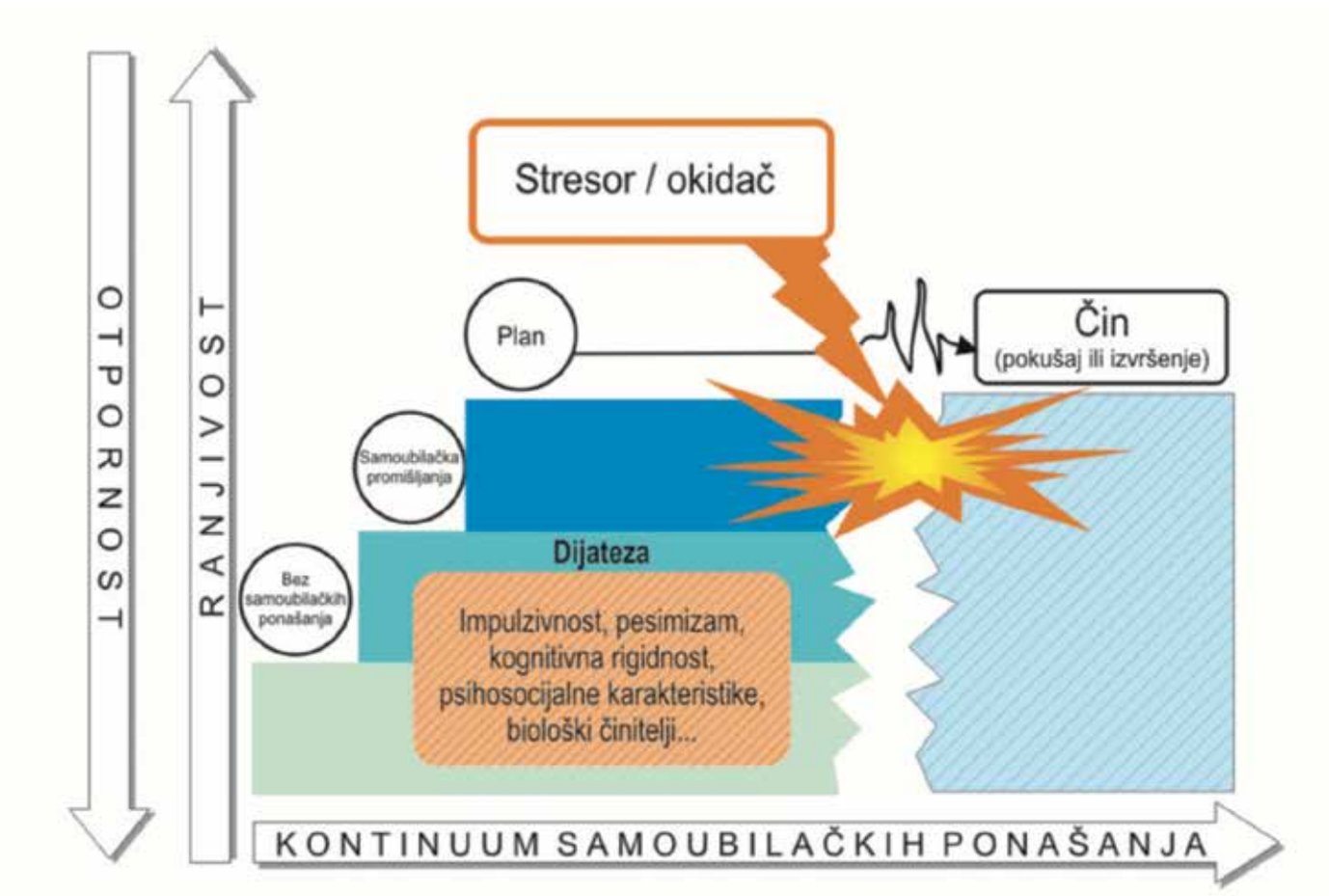
Pojedinci u procesu razmišljanja o suicidu ili pokušaju suicida često u biti ne žele toliko umrijeti koliko žele da prestane patnja. U mnogim slučajevima njihovi brojni i različiti pokušaji da umanje svoju bol nisu uspješni. Posljedično mogu gledati na smrt kao jedino operativno rješenje. To znači da osobe angažirane u samoubilačkim ponašanjima često traže olakšanje od patnje koja je dugotrajna, intenzivna, neublaživa te percipirana kao neizdrživa. Psihološka bol, sama za sebe, nije dovoljna, no udružena sa željom za smrću i sposobnošću da se angažira u visoko letalnim suicidnim ponašanjima značajno povećava rizik suicidalnosti (u slučaju liječnika izlišno je govoriti o dostupnosti sredstava i znanju za počinjenje).

Danas prevladava biopsihosocijalni model suicidalnosti, odnosno stres dijateza model suicidalnosti (Slika 1.). Model govori da postoji predispozicija za suicidalnost, na što se nadovezuje stres. Predispozicija uključuje distalne i proksimalne čimbenike.

Distalni čimbenici su:
- gensko opterećenje
- karakteristike osobnosti (impulzivnost i agresivnost)
- perinatalni utjecaji
- rana traumatska životna iskustva
- neurobiološka neuravnoteženost (hiposerotoninergija, hiperaktivnost osi hipotalamus – hipofiza).

Proksimalni čimbenici su:
- psihičke bolesti
- tjelesne bolesti
- psihosocijalna kriza
- dostupnost sredstva
- izloženost obrascu.

Na svu sreću postoje i zaštitni čimbenici:
- osjećaj socijalne uključenosti
- osjećaj pripadnosti
- dobra i razgranata suportivna socijalna mreža
- visoko samopoštovanje
- osjećaj svrhovitosti
- obiteljska povezanost.



Slika 1. Prikaz dijateza-stres modela suicidalnog ponašanja (prema: Franić 2012.)

Mislim da se svatko od nas liječnika, kad pročita ovaj tekst i vidi ove čimbenike, čudi da stopa suicida u liječnika nije i veća. O tomu istome možda razmišljaju i članovi naših obitelji na koje se stres prenosi fenomenom prelijevanja i postoje indicije da je suicid kao takav češći u obiteljima medicinskih profesionalaca nego u općoj populaciji.

Koje su posebnosti vezane za liječničku struku? Pa reklo bi se da je u našem slučaju vaga nagnutija prema protuživotnoj strani jer su utezi rizičnih čimbenika teži. Pitam se je li potrebno trošiti dodatan prostor Liječničkih novina da bih otkrio toplu vodu i uvjerio nas kolikom stresu smo izloženi. Valja ipak istaknuti neke osobitosti. Uz već nabrojane rizične čimbenike, istaknuo bih sindrom sagorijevanja kao rezultat aktualnog kadrovskog deficita i organizacijskog stanja sustava, a riječ je o stanju koje uvelike oponaša depresiju i često je povezano sa suicidom. Sindrom učestalog sagorijevanja utvrđen je u Hrvatskoj kao učestao u liječnika obiteljske medicine, bolničkih liječnika bez obzira pripadaju li kirurškoj ili nekirurškoj struci te u liječnika na hitnim prijemima. U svim slučajevima govorimo o učestalosti većoj od 20 %. Povezanost sindroma sagorijevanja sa suicidom podjednaka je kao i kod depresije.

> Znakovi sagorijevanja na poslu

Iscrpljenost. Pogođena osoba se osjeća iscrpljeno i emocionalno ispijeno, slabije se suočava ili se uopće ne može suočavati s izazovima, osjeća se umorno i depresivno te nema dovoljno energije, uz osjećaj kroničnog umora. Fizički simptomi uključuju različite bolne sindrome poput boli u želucu ili teškoće s probavom.

Otuđenje od radno povezanih aktivnosti. Osoba svoje poslove vidi i nalazi sve više stresnim i frustrirajućim. Može postati cinična, vezana za radne uvjete i kolege. Istodobno, može se sve više emocionalno odvojiti, uz osjećaj emocionalne obamrlosti.

Smanjena učinkovitost. Sagorijevanje uglavnom utječe na svakodnevne poslove na poslu i kuće, kao i na međuljudske odnose na poslu i kod kuće, što često dovodi do sukoba. Negativan je odnos prema svojim zadacima: teško se usredotoče, gube entuzijazam i kreativnost. **Rješavanje ovog problema je jednostavno, ali nije u našoj domeni niti u domeni ovog teksta. To mogu promijeniti oni koji upravljaju sustavom.**

> U čemu smo različiti?

Za razliku od opće populacije, u kojoj je stopa suicida žena dvostruko niža od muškaraca, u liječničkoj profesiji su žene nažalost jednako učinkovite kao i muškarci. Dva su moguća objašnjenja: jedno je da su educiranije u pogledu odabira i dostupnosti sredstva, a drugo puno vjerojatnije da je njihova izloženost stresu veća, izložene su većim zahtjevima, očekivanja su od njih veća, osobito u traženju ravnoteže obitelj-karijera, manje ih se gratificira i općenito je njihov položaj nerazmjerno lošiji u zdravstvenoj hijerarhiji u odnosu na njihovu brojčanu zastupljenost.

Najrizičnija skupina su anesteziolozi , koji su po prirodi posla svakodnevno izloženi kontinuiranim stresnim situacijama između kojih nema dovoljno vremena za resetiranje biološke osi stresnog odgovora, te posljedično dolazi do kumulativnog stresa.

Jako su izloženi i psihijatri, vjerojatno zbog najvećeg otpora u traženju pomoći i otpornosti prema psihoterapijskim postupcima ako se i uključe u liječenje i potraže pomoć.

Liječnici općenito manje traže pomoć za probleme ako ih primijete ili uopće priznaju sebi da problem postoji. Nebitno je li riječ o najčešćem problemu, a to je generalizirani općeniti stres ili o specifičnom psihičkom problemu poput depresije, ovisnosti i sl. Razlog je strah od stigme, negativnih posljedica na poslu, ali i narav naše edukacije koja nas usmjerava prema samostalnom rješavanju problema. Poticani smo u vlastitoj omnipotenciji, pothranjenoj često i okolinom, pa zašto onda ne bi bili sposobni pomoći sami sebi? Tko će ako ne mi sami? **Traženje pomoći je priznanje da smo slabi u onome u čemu bismo trebali biti nenadmašni.** Pa ćemo to riješiti Apaurinčićem iz bolničke ljekarne, čašicom vina iz ormara donesenim kao znak pažnje i sve se otme kontroli.

I konačno, što sa psihijatrima koji bi u ovoj situaciji trebali pomoći? **Pomoć je moguća. Koliko god se u nekom trenutku životna situacija činila teškom, obično je rješiva.** Prvenstveno dođite i razgovarajte, i doktori su ljudi kojima je dopušteno imati probleme, a ne supermeni ili, još češće, superžene.

I na kraju jedna neurobiološka zanimljivost. Ascendentni putevi za tjelesnu ali i duševnu bol - depresiju dobrim se dijelom funkcijski i anatomski preklapaju. Mi za tjelesnu bol imamo paracetamol i popit ćemo ga bez ustručavanja, iako je uputa o lijeku zastrašujuća. Imamo mi dobru tabletu i za duševnu bol, ali i razgovor je dobar za prvi trenutak.

tomislav.franic@mefst.hr

RASPOLAGANJE PACIJENTA

Prof. dr. sc. ALEKSANDRA MAGANIĆ,
izvanredna profesorica Pravnog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu
e-mail: amaganic@pravo.hr

Raspolaganje pacijenta je izjava volje osobe, dana u propisanom obliku koja se odnosi na medicinske mjere i postupke, prije svega na mjere za održavanje na životu, za slučaj kada raspolagatelj svoju volju neće moći izjaviti s učinkom. Primjerice, kada osoba izjavljuje da se u trenutku kada ne bude više sposobna izjaviti svoju volju ne želi hraniti putem plastične sonde ili priključiti na respirator. Riječ je o institutu koji omogućuje pravo svake osobe na samoodređenje i kao takav je u pravilu uređen u različitim europskim zemljama. U zemljama germanske pravne tradicije koristi se naziv *Patientenverfügung*, a engleskog govornog područja *living will* ili *advance directive*. Ne postupi li liječnik na način na koji je raspolagatelj odredio (naravno pod uvjetom da su ispunjene sve zakonom propisane pretpostavke) on odgovara, ovisno o pravnom sustavu, za tjelesnu povredu ili naknadu štete. Ovaj institut se ne dovodi u vezu s eutanazijom (barem ne aktivnom), već se radi o tome da osoba daje izjavu koja ima obvezujući učinak, a drugi su je dužni poštivati. S obzirom na to da se ova izjava registrira, liječnici su dužni provjeriti je li ona registrirana i postupati prema njoj.

Sličan oblik raspolaganja pacijenta postoji i u Hrvatskoj, iako nije dovoljno uređen. Tako prema Obiteljskom zakonu,[1] koji koristi naziv **anticipirane naredbe,** ako je štićenik, u vrijeme dok je bio poslovno sposoban u obliku javnobilježničke isprave odlučio o sterilizaciji, doniranju tkiva i organa ili mjerama za održavanje na životu, one bi imale obvezujući učinak (čl. 260. st. 2.). Iz ove odredbe proizlazi da bi osoba koja je poslovno sposobna, prije nego što nastupi slučaju gubitka poslovne sposobnosti mogla raspolagati na navedeni način. U skladu s tim mogla bi primjerice odrediti da ne prihvaća da se prema njoj primijeni transfuzija krvi. Međutim, kakve bi se implikacije mogle očekivati u praksi i bi li hrvatski liječnici bili spremni postupati u skladu s time?

S druge strane, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama[2] uređuje **obvezujuće izjave** kojima se omogućuje da svaka osoba može ovlastiti samo jednu osobu, koja na to pristane, da kao osoba od povjerenja, umjesto nje, nakon što se ispune zakonske pretpostavke, dade ili uskrati pristanak na određene medicinske postupke (čl. 68. st. 1.). Ipak, doseg ove odredbe ograničen je, jer potencijalni pacijent osobno ne određuje pristanak ili uskratu pristanka za određene medicinske postupke, već daje obvezujuću izjavu kojom mogućnost davanja pristanka ili uskrate na medicinski postupak propisan ZZODS-om prenosi na drugu osobu (engl. substituted judgement). Osim toga, radi se samo o medicinskim postupcima koji su kao takvi propisani ZZODS-om,[3] ne i drugim medicinskim postupcima (primjerice hranjenje putem sonde i sl.).

U provedbenom smislu primjenjuju se odgovarajući pravilnici[4] i Odluka o ustroju registra anticipiranih naredbi i punomoći u elektroničkom obliku.[5] Ključno je da je uspostavljen Registar tj. elektronička baza podataka u kojoj je sadržana evidencija o obvezujućim izjavama, koja se vodi za osobe koje su dale ili opozvale obvezujuću izjavu (čl. 1. st. 3. Odluke). Osobe ovlaštene za upis podataka u Registar su Hrvatska javnobilježnička komora i javni bilježnik (čl. 3. st. 1. Odluke). Pravo uvida u Registar imaju općinski sud, centar za socijalnu skrb, liječnik i zakonski zastupnik (čl. 6. st. 1. Odluke).

Slijedom navedenoga, proizlazi da pacijent u Hrvatskoj može raspolagati anticipiranom naredbom (štićenik, u

vrijeme kada je bio poslovno sposoban) i obvezujućom izjavom (svatko, ali samo odrediti drugu osobu koja će umjesto njega dati ili uskratiti pristanak za medicinske postupke određene ZZODS-om). Ovakva su uređenja fragmentarna, nedovoljno detaljno uređena te zbog toga ne osiguravaju odgovarajuću primjenu u praksi. U prilog tome je i činjenica da je 2017. u Hrvatskoj registrirano samo 17, a 2018. 13 anticipiranih naredbi.[6] Pri tom ne treba zanemariti, da se sve registrirane naredbe ne odnose na raspolaganja pacijenta, već se mogu odnositi i na imenovanje skrbnika djetetu, što znači da je taj broj još manji. Nasuprot tome, u Njemačkoj je primjena raspolaganja pacijenta vrlo raširena. Prema aktualnim statističkim podacima Središnjeg registra za skrbništvo (*Zentrales Vorsorgeregister,* ZVR) 30. rujna 2018. bilježilo se 4.088.680 upisa, od čega je u 2018. godini od 285.870 upisa 210.883 bilo povezao s raspolaganjem pacijenata. Naime, u Njemačkoj se raspolaganje pacijenta u elektronički registar ne može upisati samostalno, već samo zajedno sa skrbničkim punomoćima.[7]

S obzirom na slabe rezultate ostvarene u hrvatskoj praksi, za koje je djelomično uzrok i nedovoljno jasna zakonska odredba o pravu pacijenta na raspolaganje, osobito kada su u pitanju mjere za održavanje na životu, čini se da je vrijeme da se poduzmu određeni koraci u pravcu djelotvornijeg korištenja toga instituta. Zbog toga se predlaže donošenje zakona kojim bi se uredili svi oblici anticipiranog odlučivanja, kao i pretpostavke koje moraju biti ispunjene da bi te izjave imala obvezujući učinak za liječnike. Trebalo bi možda prihvatiti komparativna iskustva Austrije, koja raspolaganja pacijenta uređuje u samostalnom aktu - Zakonu o raspolaganju pacijenta[8] i određuje da će ono imati obvezujući učinak, samo ako je (između ostaloga) provedeno opsežno liječničko pojašnjenje o biti i posljedicama raspolaganja pacijenta za medicinske postupke (§ 5. PatVG). Stoga, ako bi postojala suradnja građana, liječnika i pravnika, u domeni u kojoj se možda više nego u bilo kojem drugom institutu, isprepliće medicina i pravo, postojala bi i jasna svijest o tome što liječnici trebaju učiniti u slučaju postojanja takvog raspolaganja. Nakon toga, trebalo bi ojačati i svijest građana u Hrvatskoj o važnosti i mogućnostima toga instituta. Naime, zakonsko uređenje, samo po sebi, nikada ne može biti jamstvo uspješne primjene nekog instituta u praksi.

Javni bilježnici u europskom kontekstu

Pod nazivom „Javni bilježnici u europskom kontekstu“ u HAZU je u siječnju Znanstveno vijeće za državnu upravu, pravosuđe i vladavinu prava održalo Okrugli stol na kojem se raspravljalo o izazovima koji su posljedica promjena u europskoj pravnoj stečevini i činjenice da radnje koje se poduzimaju zahtijevaju i primjenu prava država članica, a relevantne su na cijelom području Unije.

Izv. prof. dr. sc. ALEKSANDRA MAGANIĆ s Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu održala je predavanje na temu „Anticipirane naredbe u hrvatskom pravnom sustavu“ koje obuhvaćaju odluke pojedinca da ga, kada nastupi po zakonu predviđen slučaj, zastupa osoba koju je unaprijed ovlastio. Prof. Maganić težište je stavila na anticipirane naredbe koje se odnose na medicinsko liječenje. Te naredbe trebale bi biti pohranjene u registar koji bi vodili javni bilježnici i koji bi bio dostupan i liječnicima kako bi mogli znati stav i želje pacijenta kojega liječe. (SŠH)

Prof. dr. sc. Aleksandra Maganić izvanredna je profesorica na Katedri za građansko procesno pravo Pravnog fakulteta u Zagrebu. Osim građanskim procesnim pravom, bavi se arbitražnim, izvanparničnim, ovršnim i javnobilježničkim pravom. Autorica je radova o raspolaganju pacijenta u zemljama germanskog pravnog sustava – Austriji i Njemačkoj. Jedan je od predavača na Poslijediplomskom specijalističkom studiju „Medicinsko pravo“.

1. Obiteljski zakon (Narodne novine, br. 103/15), u daljnjem tekstu: ObZ.
2. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine, br. 76/14), u daljnjem tekstu: ZZODS.
3. Medicinski postupak je prijem, zadržavanje i smještaj u psihijatrijsku ustanovu te dijagnostički postupak i liječenje osobe s duševnim smetnjama (čl. 3. st. 1. t. 4. ZZODS).
4. Pravilnik o načinu vođenja očevidnika i spisa predmeta osoba pod skrbništvom, načinu popisa i opisa njihove imovine, podnošenju izvješća i polaganju računa skrbnika te sadržaju i obliku punomoći i anticipiranih naredbi (Narodne novine 106/14), u daljnjem tekstu: Pravilnik o sadržaju i obliku anticipiranih naredbi i Pravilnik o načinu vođenja evidencije o obvezujućim izjavama, načinu pohranjivanja, čuvanja i ostvarivanja prava pristupa podacima iz obvezujućih izjava (Narodne novine 16/15), u daljnjem tekstu: Pravilnik o obvezujućim izjavama.
5. Odluka o ustroju registra anticipiranih naredbi i punomoći u elektroničkom obliku (Narodne novine 20/17), u daljnjem tekstu: Odluka.
6. Anticipirana naredba – manje od 20 potpisnika godišnje, http://www.glas-slavonije.hr/383774/1/Anticipirana-naredba---manje-od-20-potpisnika-godisnje, stanje od 17. siječnja 2019.
7. https://www.vorsorgeregister.de/Presse/Statistik/2018/index.php, stanje od 17. siječnja 2019.
8. Zakonom o raspolaganju pacijenta, Patientenverfügungsgesetz (BGBl I 55/2006), u daljnjem tekstu: PatVG.

Tko je bila žena u kojoj je Štampar nalazio nadahnuće i motivaciju za rad?

STELLA FATOVIĆ-FERENČIĆ, stella@hazu.hr

Iako o životu i djelu Andrije Štampara, pionira međunarodnog javnozdravstvenog djelovanja i utemeljitelja Svjetske zdravstvene organizacije postoji opsežna historiografija, ostaje još dovoljno prostora za analizu mnogih aspekata njegova života. Iz Štamparove rukopisne ostavštine pohranjene u Hrvatskom državnom arhivu u Zagrebu koju je Arhivu darovala dr. Desanka Ristović-Štampar 1965. godine, dio gradiva bio je, sukladno darovnom ugovoru, izuzet za javno korištenje do kolovoza 2015., odnosno 50 godina od sklapanja ugovora s obitelji. U tom gradivu, do sada potpuno nepoznatom i neistraženom, dio čine pisma koja je Štampar uputio Desanki Ristović, ženi koja će mu poslije postati drugom suprugom. Riječ je o devedeset i jednom pismu, koja su postala polazištem za izdavanje knjige naslovljene *Tvoj dovijeka : Pisma Andrije Štampara Desanki Ristović* koja je lani izašla iz tiska. Izdavači su Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu sa Školom narodnog zdravlja *Andrija Štampar* i Hrvatski državni arhiv, a autorice knjige su Stella Fatović - Ferenčić i Darija Hofgräff.

Za razliku od sličnih djela epistolarnog žanra koja potječu iz sfere književnosti, primjerice iz korespondencije između Miroslava i Bele Krleže ili pak pisama koja su razmjenjivali August i Slava Šenoa, navedena knjiga je rijetkost i s obzirom na to da su korespondenti liječnici. Čitav korpus sačuvanih pisama u knjizi je popraćen komentarima i bilješkama koje rasvjetljavaju Štamparov život i djelovanje, stajališta, intimni svijet i društvene mreže.

Čar knjizi daje i činjenica da s njezinih stranica pred čitateljem izrasta potpuno drugačiji Štampar od onog kojeg smo navikli susretati u literaturi. Umjesto *ličkog medvjeda* ili *slavonskog dr. Herkulesa* kakvim ga obično opisuju suvremenici, Štampar se kroz pisma prezentira kao ranjiv muškarac koji svoju motivaciju za rad crpi iz ljubavi spram bližnjeg.

Prvo sačuvano pismo upućeno Desanki Ristović datirano je 13. prosinca 1924. i nije osobne prirode. Sadrži tek nekoliko informativnih redaka. Slično je i s ostalim pismima do Štamparova dolaska u Kinu. Riječ je o još uvijek neredovitoj korespondenciji: tri pisma tijekom 1925., jedno iz 1926. i dva iz 1927. godine. Nakon ovih šest pisama upućenih iz Beograda, počinje joj se javljati iz Kine (Nanking) s pismom od 29. listopada 1933., koje više nije formalne prirode i poslovnog sadržaja, već obilježava početak intimnog razgovora čovjeka udaljenog od svoje obitelji, razorenog tragedijom gubitka prve supruge Marije. Nakon jedinog pisma iz 1933. godine, uslijedio je niz od 28 pisama tijekom 1934., za vrijeme njegova drugog posjeta Dalekom istoku. Iz 1935. pohranjeno je samo jedno pismo, dok ih je iz 1936. sačuvano 18, od čega je jedno napisano na engleskom jeziku. Ova pisma Štampar je pisao tijekom svojega trećeg putovanja Dalekim istokom. Iz 1937. nije sačuvano nijedno pismo, dok se niz nastavlja počevši od veljače 1938. za vrijeme Štamparova putovanja

Amerikom. Riječ je o 33 pisma, od kojih je 11 napisano na engleskom. Posljednje sačuvano pismo datira iz 1941., nakon što je Štampara uhitila njemačka policija, neposredno prije deportacije u Grac.

Prepiska je u Štamparovo vrijeme još uvijek uobičajen dio građanske kulture komuniciranja te ova pisma čine dragocjeno polazište za poznavanje sociokulturnih vrijednosti vremena u kojem nastaju. Budući da je djelovanje Desanke Ristović na području razvoja zaštite zdravlja školske djece na našim prostorima zanemareno, pisma su poslužila i kao poticaj za istraživanje i, konačno, rasvjetljavanje života ove liječnice i specifičnog modela preventivne zdravstvene zaštite koji je promicala i razvijala.

Tko je bila Desanka Ristović?

Desanka Gjermanović rođena je 1882. u Inđiji. Nakon što je 1913. položila završni ispit za učiteljsku službu u djevojačkim školama, udala se 1911. za liječnika Stevana Ristovića. On je godinu dana nakon toga preminuo. Tada Desanka napušta svoj posao učiteljice te se 1914. upisuje na Medicinski fakultet Sveučilišta u Insbrucku, potom nastavlja studij u Pragu gdje je i diplomirala 1919. Vratila se u Zagreb te se zaposlila u Gradskom dječjem ambulatoriju koji je 1908. osnovao Žiga Švarc kao prvi dječji ambulatorij i prvu socijalno-medicinsku ustanovu kod nas. Desanka je također bila i Rockefellerova stipendistica već sredinom 1920-ih kada joj pristižu i prva Štamparova pisama. Vjenčali su se 1937. u Crkvi sv. Marka u Zagrebu.

Desanka Ristović je 20 godina stajala na čelu Školske poliklinike koja je otvorena 1924. godine. Poliklinika je bila smještena u prostorijama baraka bivše ciglane u Vojničkoj ulici, a pod njezinom zdravstvenom zaštitom nalazilo se oko 7.000 učenika iz 20 zagrebačkih srednjih, stručnih i zanatskih škola.

Po završetku rata 1945. godine školska poliklinika je pod zdravstvenom zaštitom imala 18.713 učenika iz 34 škole. Osnovane su i nove ambulante: opće prakse, zubna, očna, za plućne bolesti, te za sistematske preglede i fizikalnu terapiju. Ponovno je otvorena i đačka kupaonica, a redovito je počela raditi i menza, koja je imala 965 učenika na prehrani. Oporavilište na Sljemenu prošireno je na 64 kreveta. Izgleda ipak da Desanka Ristović-Štampar više ne može tako intenzivno slijediti tempo rada u poliklinici pa je molbom od 28. veljače 1946. zatražila umirovljenje u dobi od nepunih 65 godina. Nadživjela je Štampara gotovo deset godina, a preminula je u Americi u Wisconsinu, kamo je otišla na bratov pogreb u prosincu 1967. O njezinoj smrti naša javnost nije bila obaviještena. Vijest su donijele američke novine javljajući da je 5. ožujka 1968. u 85. godini života umrla jugoslavenska pedijatrica koja je pridonijela razvoju školske medicine te socijalnog i humanitarnog rada u zemlji.

Desanka (desno) i Štamparova najmlađa kći Zora Lukovnjak

DONACIJA PREDMETA IZ OSTAVŠTINE AKADEMIKA IVE PADOVANA HRVATSKOM MUZEJU MEDICINE I FARMACIJE

TOMISLAV SLAVIĆ

Hrvatski muzej medicine i farmacije, osnovan 2014. godine kao najmlađa muzejska jedinica u sastavu Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, nasljednik je zbirki koje su tijekom 20. stoljeća formirali hrvatski liječnici i farmaceuti, a sačuvane su posljednjih 50 godina u Odsjeku za povijest medicinskih znanosti Zavoda za povijest i filozofiju znanosti HAZU-a. O tome su već izvještavale i *Liječničke novine*. Otkada je Muzej počeo s radom (2015.), ova inicijalna jezgra muzejskog fundusa značajno je obogaćena donacijama pojedinaca, obitelji i ustanova – baštinika vrijedne građe za povijest hrvatske medicine i farmacije. Veći odjek zabilježen je kod farmaceutske struke, što je rezultiralo značajnijim uvećanjem farmaceutskih zbirki u odnosu na one medicinske.

Do sada najznačajnija i opsegom najveća akvizicija medicinske baštine za Muzej realizirana je 2016. godine zahvaljujući inicijativi i praktičnoj pomoći prof. dr. sc. Željka Poljaka i prof. dr. sc. Ranka Mladine: veći dio stare muzejske zbirke Otorinolaringološke klinike na Šalati predan je na upravljanje Muzeju. Formiranje te zbirke započeo je još utemeljitelj klinike prof. dr. Dragutin Mašek, koji je 1922. godine prikupio zbirku predmeta te tako stvorio inicijalnu jezgru prvoga medicinskog muzeja u Hrvatskoj. Ta se zbirka sastojala od preparata iz anatomije uha, nosa i grla, komparativno-anatomskih preparata te dijapozitiva i zidnih slika, a koristila se u nastavne i istraživačke svrhe. Mašekov nasljednik prof. dr. Ante Šercer nastavio je voditi brigu o zbirci, dao je izraditi vitrine po mjeri i s vremenom je u njima izložio velik broj

ORL čeono zrcalo iz ordinacije akademika Padovana

ORL instrument iz ordinacije akademika Padovana s urezanim inicijalima I. P.

TBC Auriculae, mulaž iz zbirke ORL klinike na Šalati

eksponata koje je katalogizirao i signirao, čime je uistinu od zbirke napravio muzej u kojemu su bili smješteni konzervirani patološki preparati, arhaični otorinolaringološki instrumenti, aparati za inhalaciju aerosola, prvi primjerci audiometra, dokumenti, raritetne knjige i preparirane životinjske lubanje te edukacijski plakati i crteži. Istaknuti predstavnik hrvatske otorinolaringologije akademik Ivo Padovan nastavio je znanstvenoistraživački, klinički i pedagoški rad svoga učitelja i prethodnika prof. Šercera. S osobitim senzibilitetom za očuvanje baštine sačuvao je i dokumentaciju vezanu uz Šercerov rad, uključujući i onaj segment koji se odnosi na zbirke.

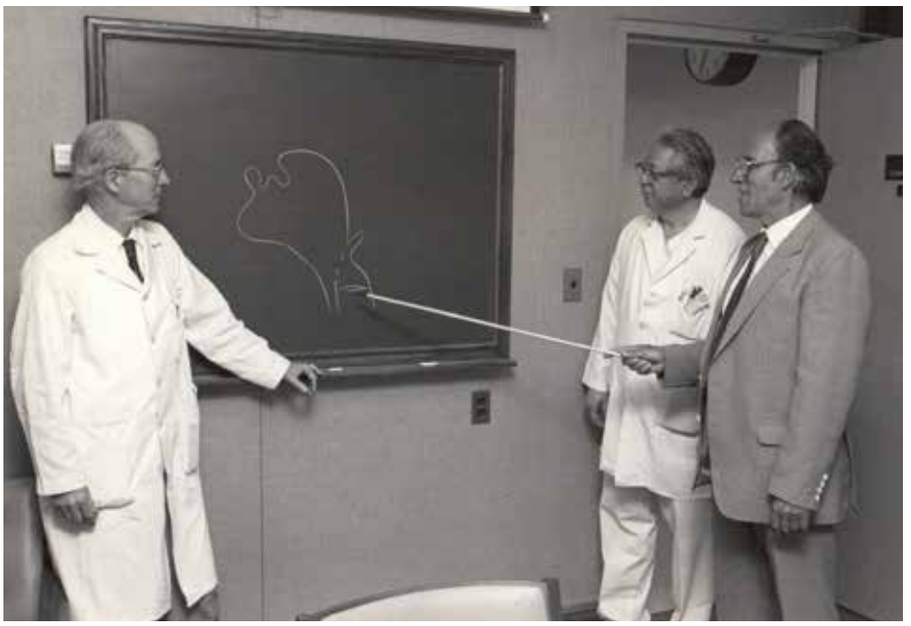
U tom kontekstu neprocjenjiva je vrijednost nove donacije za Hrvatski muzej medicine i farmacije HAZU-a: dana 21. svibnja 2018. supruga i kći akademika Padovana, Ivica i dr. sc. Adriana Vincenca Padovan, darovale su Muzeju predmete iz njegove ostavštine kojima je značajno obogaćena muzejska otorinolaringološka zbirka, a ujedno je upotpunjena i priča o povijesti ove grane medicine u Hrvatskoj. S obzirom na iskazano razumijevanje i iskreno zanimanje za očuvanje i prezentaciju baštine akademika Padovana i hrvatske otorinolaringologije, sigurno je da će se suradnja obitelji Padovan s Muzejom i Odsjekom za povijest medicinskih znanosti HAZU-a nastaviti i na budućim izdavačkim i izložbenim projektima.

Donacija sadrži predmete koji svjedoče o liječničkoj praksi, znanstvenom i pedagoškom radu akademika Padovana: raznovrsne medicinske instrumente i opremu njegove privatne otorinolaringološke ordinacije, članske povelje Njemačkog otorinolaringološkog društva, otološko nastavno pomagalo s modelima pužni-

ce, kutije s histološkim preparatima, kutije s dijapozitivima za predavanja i tonskim zapisima, medicinske crteže, fotografije, fotografski album *Oto-laringološka klinika u Zagrebu 1941*. i druge tematske albume, originalnu ilustrativnu građu priređenu za udžbenik iz otorinolaringologije za specijalizante te grafičku pripremu – matrice za tisak ilustracija. Osim muzejskih predmeta, zaprimljena je i popratna dokumentarna i knjižna građa.

Dio muzejske građe iz donacije Padovan svoje će mjesto naći u budućem stalnom postavu Muzeja, u prostoriji *Grane medicine i medicinski prostori*, gdje će biti predstavljena otorinolaringologija. Uz reprezentativan izbor predmeta iz zbirke prof. Šercera koji čine okosnicu postava te dionice, u scenarij koji je izrađen 2018. godine uvršteni su medicinski instrumenti, rasvjetno tijelo i čeono zrcalo iz privatne ordinacije akademika Padovana, kao i kutija s histološkim preparatima, odabrane knjige i fotografije iz njegove ostavštine.

Nadamo se da će plemenita gesta obitelji Padovan potaknuti veće zanimanje medicinske struke i članova obitelji hrvatskih liječnika za muzealizaciju vrijedne baštine medicinskih znanosti i prakse te ih potaknuti da daruju predmete za Muzej.



Posjet akademika Ive Padovana RPMI-u (Roswell Park Memorial Institute) 27. 8. 1982. (uz njega su dr. Donald P. Shedd i dr. Kumao Sako), fotografija iz donacije Padovan

Pojedinci i ustanove koji su zainteresirani za suradnju mogu kontaktirati Hrvatski muzej medicine i farmacije na tel. (01) 4825 413 ili e-mail: hmmf@hazu.hr.

Literatura

1. Poljak, Željko. Prvi medicinski muzej u Hrvatskoj. // Liječničke novine 141, 07/15, str. 62–64
2. Fatović-Ferenčić, Stella. Od zbirke do Hrvatskog muzeja medicine i farmacije. // Liječničke novine 141, 07/15, str. 70-73.
3. Pećina, Marko (ur.). Ivo Padovan 1922. – 2010. Zagreb : Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, 2012.
4. Scenarij stalnog postava Hrvatskog muzeja medicine i farmacije HAZU [radni materijal]. Zagreb : Hrvatski muzej medicine i farmacije, 2018., str. 488-548.
5. Akademik Ivo Padovan. In memoriam. // Medicus, Vol. 19, 2010., No. 2, str. 253.
6. http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=46095 (08. 01. 2018.)

***Perichondritis Laryngi*, patološki preparat iz zbirke ORL klinike na Šalati**

5. Osteološki preparat iz zbirke ORL klinike na Šalati

7. *Šematsko područje otolaringologije*, nastavni plakat iz zbirke ORL klinike na Šalati

8. Zbirka stranih tijela izvađenih iz nosa, iz zbirke ORL klinike na Šalati

TKO JE ODGOVORAN ZA USPJEH „NADRILIJEČNIŠTVA“?

Doc. dr. sc. MARIJA SELAK
e-mail: marija.selak@gmail.com

Naime, ideja poboljšanja raspoloženja (mood enhancement), koja je dio „pokreta“ biomedicinskog poboljšanja čovjeka (human enhancement) često propagira i medikalizaciju normalnih stanja u svrhu dostizanja optimalnog zadovoljstva životom.

Jedan moj poznanik nedavno je na *Facebooku* podijelio duhovitu objavu o svom odlasku u ljekarnu kako bi kupio vitamin C, kao što svake godine običava u ovo gripozno vrijeme. Iako bi trebala biti riječ o nabavljanju nečega nimalo kontroverznog, kada se susreo s pogledom magistra farmacije, počeo se crveniti i petljati. Njegova je zbunjenost bila posljedica srama zbog straha od podsmjeha školovanih farmaceuta koji bi ga zbog njegove narudžbe mogli zamijeniti za još jednog sljedbenika Ivana Pernara, saborskog zastupnika koji u novije vrijeme propagira liječenje tim „čudotvornim“ vitaminom.

Pernaru to i nije prvi put da je skrenuo u doktorske vode. Ranije je, na sličnom tragu, psihijatre proglasio šarlatanima, a depresiju preporučio „tretirati“ šetnjom po prirodi. Premda njegove terapije obrazovanom dijelu javnosti izgledaju smiješno, a nekima i opasno, savjete „doktora“ Pernara upija gotovo 300 000 njegovih Facebook-pratitelja. No, on nije jedini koji se „ogriješio“ o medicinsku struku. Sve je više samoprozvanih eksperata, posebice internetskih „influencera“, koji ulaze u područje medicine, jer je razbolijevanje, naravno uz pogrebna poduzeća, jedina izvjesna prilika za biznis koji ne poznaje recesiju. Stoga, umjesto da se zgražamo, korisnije je osvrnuti se na Pernarov medicinski proboj i postaviti pitanje koja je tajna njegovog uspjeha.

U tom smislu potrebno je ukazati na okolnosti koje omogućuju da se Pernarove tvrdnje shvate ozbiljnije od upozorenja struke. Prva stvar koja Pernaru ide u prilog je zavidna količina obožavatelja koja nije samo rezultat njegovog nevjerojatnog dara za pozornicu, nego i nekvalitetne, a često i licemjerne političke konkurencije s kojom se susreće u javnoj areni. Dobar primjer toga slučaj je njegove nedavne prijave za nadriliječništvo od stranke koja za sebe misli da zna što je pametno. Braneći se od te optužbe, Pernar je konstatirao da o tome nema niti govora jer on ne liječi ljude, već „samo“ zagovara određene stvari. Pernar se uistinu ne predstavlja lažno. Cjelokupna hrvatska javnost prvenstveno ga poznaje kao zastupnika Živog zida, koji nema diplomu Medicinskog fakulteta, nego je stekao zvanje stručnog prvostupnika sestrinstva. Dakle, sve ono što od njega preuzimate kao istinito, unutar domene za koju nije kvalificiran, činite na vlastitu odgovornost. Ako bismo zaista sudili ljudima zbog zdravstvenih savjeta koje promoviraju, onda barem polovica novinara treba završiti u zatvoru jer opetovano i bez stručne naobrazbe piše o sumnjivim „čudotvornim“ dijetama, dijeli medicinske savjete i „spašava“ brakove.

Iako u tom smislu nema elemenata kaznene prijave, mnogo je problematičnije ono o čemu je Pernar govorio u Saboru još 2017. godine. Tada je spomenuo da je svojevremeno sjedio u ordinaciji svoje majke koja je liječnica i pacijentima tumačio dobrobiti vitamina C. Budući da radno mjesto nije prenosivo na neslužbene poje-

dince, neobično je da nitko od njegovih saborskih kolega, od koji su neki i sami završili medicinu, nije odlučio podrobnije istražiti taj slučaj. Razlog za to leži u tome što ga, jednostavno rečeno, nisu shvaćali ozbiljno. Zašto onda, odjednom, njegove riječi imaju toliku težinu? Naravno, riječ je o političkoj kalkulaciji. Sada, kada Živi zid zbog rasta popularnosti ozbiljno ugrožava mnoge političke aktere, Pernarove izjave prijavljuju se organima pravde. Tako je ono što se čini u ime brige za zdravstvenu sigurnost građana, zapravo najobičnija politička ljubomora i računica. Upravo se zato brojni građani Hrvatske, koji prepoznaju neautentičnost na političkoj sceni, okreću Ivanu Pernaru. Stoga na rastu njegove popularnosti treba prvenstveno čestitati ostatku saborskih zastupnika koji se više brinu za svoje interese, nego za dobrobit građana i dostojanstvo medicinske struke. No, čini li to ljude poput Pernara istinskim borcima za pravdu?

To pitanje zahtijeva sagledavanje sredstava kojima se on koristi kako bi došao do svoga cilja. Baš kao što se njegovi kritičari brinu oko svojih glasova, ni Pernar ne bira način da bi „općinio“ biračko tijelo. To najbolje vidimo u njegovim istupima oko „liječenja“ depresije. Prema *Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji*, danas više od 300 milijuna ljudi živi s depresijom, što je porast od 18 % u odnosu na razdoblje od 2005. do 2015. godine. Depresija, čini se, postaje glavna kuga društva blagostanja, što je nešto nad čime se svi zaista trebamo zamisliti. U pokušaju davanja doprinosa tom gorućem pitanju, Pernar, moguće i svjesno, brka „kolokvijalno“ shvaćanje depresije kao naziva za povremeni osjećaj potištenosti i razočaranja koji se javlja kod svih ljudi i depresiju kao ozbiljnu bolest kojoj se ne smije olako i nestručno pristupati.

Kada Pernar navodi da je pravi uzrok „depresije“ loše stanje u zemlji te da nas uzimanje lijekova politički eutanazira stvarajući društvo poslušnih građana, on ozbiljno podcjenjuje kliničku sliku depresije. No, iako je njegov pristup depresiji pogrešan, jedan dio suvremenih znanstvenih trendova pokazuje da je briga oko naše buduće političke indiferentnosti opravdana. Naime, ideja poboljšanja raspoloženja (*mood enhancement*), koja je dio „pokreta“ biomedicinskog poboljšanja čovjeka (*human enhancement*) često propagira i medikalizaciju normalnih stanja u svrhu dostizanja optimalnog zadovoljstva životom. Zbog toga distopijski scenariji budućnosti, o kojima piše i Francis Fukuyama, brigu oko biotehnološke revolucije proširuju i na biopolitičku dimenziju.

Na tom tragu, ako zaista želimo sagledati korijene negativnih tendencija, od slabljenja imuniteta, porasta depresije pa sve do potrebe za uzimanjem prečac-pilule kako bismo uvijek bili „sretni“, njih možemo pronaći i u suvremenom stilu života „zapadnjačkog“ čovjeka kojeg odlikuje nedostatak vremena za razvijanje kvalitetnih međuljudskih odnosa, zdravu ishranu i fizičku aktivnost. No, na Pernarovu žalost, to se ne može riješiti uzimanjem slavnog vitamina C. Štoviše, ako je Pernar htio sebe prikazati kao borca protiv farmaceutske industrije, onda je u svojoj kalkulaciji previdio da farmaceutska industrija možda i najveću zaradu ostvaruje prodajom različitih nadomjestaka prehrani. Tako i „sveti“ vitamin C okreće milijune, a poharani dućani nakon Pernarovih „medicinskih“ obraćanja samo su potvrdili njegovu tržišnu moć. U tom smislu Pernar je, sviđalo nam se to ili ne, u svojoj terapiji „uspio“. A na svim odgovornim i obrazovanim građanima je da još jednom promisle što mogu učiniti da povrate stručni, ali i moralni autoritet, kako bismo zaista ozdravili, ne samo fizički, nego i društveno-politički.

DR. BERISLAV BANEK

predsjednik Planinarskog kluba Hrvatskog liječničkog zbora

U prvom ovogodišnjem nastavku naše rubrike predstavljamo uspješnog liječnika i planinara Berislava Baneka. Rođen je 24. prosinca 1951. u Zagrebu. Odrastao je u gradskom naselju Gračani na južnim obroncima Medvednice, kamo su se njegovi preci doselili prije tri stoljeća. Gračani su 1950. pripojeni Gradu Zagrebu. Njegov otac Mirko i majka Nada, rođ. Banić bili su službenici, a mlađi brat Krešimir Banek (r. 1957.), diplomirao je ekonomiju i bavi se aktivno šahom. Djed po ocu je bio krojač a majčini preci bili su mesari.

Berislav je još kao dijete živio u blizini Parka prirode Medvednica i zavolio prirodu. Iako se rekreativno bavio nogometom, njegovo je glavno usmjerenje bilo je prema planinarstvu. Bio je član Planinarskog društva *Sljeme* od 1968. i Planinarskog društva *Priroda* od 1980. Najveći doprinos dao je Planinarskom klubu Hrvatskog liječničkog zbora, o čemu će biti više riječi poslije.

U Zagrebu je završio Školu za zdravstvene tehničare - labaratorijski smjer 1970., a na MEF-u je diplomirao 1976. i 1993. završio postdiplomski studij iz hitne medicine. Godinu dana bio je zaposlen na Institutu "Ruđer Bošković". Stažirao je u Općoj bolnici Koprivnica 1976. i 1977. i potom specijalizirao hitnu medicinu. Od 1978. do odlaska u mirovinu 2016. radio je u Stanici za hitnu medicinsku pomoć u Zagrebu i nakon promjene njenog naziva u Nastavnom zavodu za hitnu medicinsku pomoć Grada Zagreba. Kao »hitnjak« radio je gotovo četiri desetljeća i napredovao do zamjenika voditelja smjene. Radio je vrlo naporan i fizički zahtjevan posao, a upravo mu je kondicija koju je stekao aktivnim planinarenjem pomogla da lakše savladava profesionalne obveze. Objavio je nekoliko stručnih radova iz hitne medicine.

Dr. Banek dao je posebno velik doprinos liječničkoj planinarskoj zajednici. Suosnivač je Planinarskog kluba HLZ-a koji je utemeljen 7. travnja 1995. u Zagrebu. U njemu je obnašao dužnost dopredsjednika od 1999. do 2007., a potom je izabran za predsjednika i na tom se mjestu nalazi već

Na najvišem vrhu Velebita

12. godinu. Kao agilni voditelj dao je doprinos raznim aktivnostima. Po njegovoj zamisli trasirana je i 2000. godine markirana Liječnička planinarska staza na Medvednici. Proteže se od Gračana do bivšeg Sanatorija na Brestovcu, te dalje nastavlja do izvora Snopljak, gdje se nalazi planinarska nadstrešnica podignuta također na njegov poticaj i uz pomoć drugih planinarskih društava i Planinarskog saveza Zagreba. Staza je prolazila nedirnutim dijelom Medvednice, ali je danas nažalost na više mjesta opustošena zbog prekomjerne sječe ili zbog porušenih stabala nakon olujnog nevremena. No drugi njezin krak, koji obilazi potok (stazom pod nazivom izvornog toponima "Put u Nebo"), također je vrlo lijep. Redoviti pohod Liječničkom stazom održava se svake godine u zadnjem tjednu mjeseca travnja.

Osim što je aktivan u svom klubu, angažiran je i u raznim aktivnostima s udrugama koje okuplja Hrvatski planinarski savez. Surađivao je i s Planinarskim savezom Zagreba i 2008. suorganizirao pohod na Medvednicu - Sljeme "Tragom prvog izleta Hrvatskog planinarskog izleta na Sljeme" koji se zbio 3. lipnja 1875. Taj tradicionalni pohod održava se svakih pet godina. Uza sve to prošao je Hrvatsku planinarsku obilaznicu koja ima 150 kontrolnih točaka. Popeo se na mnoge planine u Hrvatskoj, Sloveniji, Bosni i Hercegovini i Italiji. Posebno mu je u sjećanju ostao posjet Sjevernom otoku Novog Zelanda. Najdraža mu je hrvatska planina Velebit. Svoje znanje iz medicine prenosio je na tečajevima za vodiče i u planinarskim školama. Suradnik je časopisa Hrvatski planinar, a povremeno objavljuje tekstove o svom Klubu i u Liječničkim novinama. Vrijedan je planinarski entuzijast i jedan od najzaslužnijih za dugogodišnje djelovanje Planinarskog kluba HLZ-a koji okuplja oko 60 liječnika i njihovih prijatelja. Njihove aktivnosti mogu se pratiti na internet stranici http://www.pkhlz.hr/.

Hrvatski planinarski savez odlikovao ga je svojom Plaketom.

Dr. Banek je u braku sa suprugom Sunčanom, rođ. Grdjan; imaju četvoro djece, sina i tri kćeri. Poželimo mu na kraju još puno uspjeha u njegovim planinarskim aktivnostima.

Izv.: Osobna izjava dr. Berislava Baneka iz Zagreba.

Lit.: "Rad u hitnoj lakši je uz planinarstvo", *Hitna medicinska služba br. 1*, Zagreb, lipanj 2013.

EDUARD HEMAR

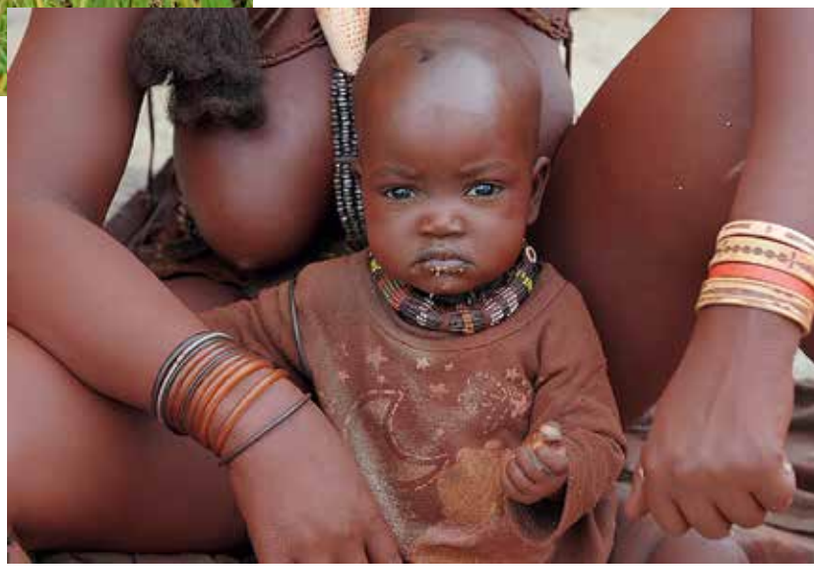
S hrvatskom zastavom na Triglavu

Kada se *ljubav i talent* zrcale kroz foto objektiv

Prije 60-ak godina, „potpalio je“ tada dječarcu prvu iskru ljubavi za fotografiju stric i od tada do danas prof. dr. sc. Miljenko Marotti neumorno svojim fotoaparatom slika ljude, pejzaže, prirodu i životinje, bilježeći najzanimljivije trenutke svojih putovanja s brojnih mjesta sa svim stranama svijeta. Svoje fotografije, među kojima je brojne izlagao na skupnim i samostalnim izložbama i koje su nagrađivane na mnogim domaćim i međunarodnim izložbama, ukoričio je prof. Marotti u impozantnu monografiju objavljenu 2017.

Kao i većina članova fotografskih udruga, prof. Marotti je samouk, a sam kaže da ga je na fotografiranje pokrenula ljubav prema umjetnosti i poticanje umjetnikove obitelji, roditelja, koji su ga uvijek upućivali na lijepo i estetsko.

Odrastao sam uz komentare o reprodukcijama Tintoretta, Leonarda da Vincija, Masaccija,



Rubensa i ostalih majstora, uz raspravu o svjetlu i tmini na slikama, o koloritu i načinu na koji su prikazani. Zaljubljenost u impresioniste i likovno iznjedrilo je moj pokušaj transformacije fotografije u nešto slično tome, kaže prof. Marotti.

Ljudi, pejzaži, predmeti, zemunice i sojenice te velegradski neboderi uhvaćeni u objektivu prof. Marottija odraz su estetskog izraza kojim slijedi svoj umjetnički senzibilitet, svoj talent, svoju intuiciju i strast te su stoga brojne nagrade samo kruna na taj umjetnički izričaj specijalista radiologije, rođenog Riječanina koji je čitav život proveo u Zagrebu, osim ranog djetinjstva i povremenog boravka u inozemstvu radi medicinskog usavršavanja.

Prvi pravi fotić kupio sam u Benghaziju, u Libiji 1977., gdje sam radio kao mladi liječnik, prisjeća se prof. Marotti, ponosni vlasnik prestižne nagrade „Tošo Dabac“ Fotokluba Zagreb i nositelj zvanja Majstora fotografije Hrvatskog fotosaveza I reda.

Liječničku karijeru započeo je u Zavodu za radiologiju i onkologiju KBC-a Sestre milosrdnice. Usavršavao se u SAD-u u dijagnostici magnetne rezonancije. Za redovitog profesora na Medicinskom fakulteta u Zagrebu izabran je 2010. Objavio je 133 znanstvena i stručna rada.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Istraživačka (ne)čestitost

LADA ZIBAR

Neugodno nas iznenadi kada oko sebe prepoznamo neetičnost na akademskim razinama, tamo gdje bismo trebali nalaziti stupove morala, od armiranog betona. Istodobno toleriramo male laži i utaje, bez asocijacija na velikom planu. Pogrešno! Djeca u konzekventnom razvijenom svijetu ne varaju na ispitima ni u počecima pa ni na kraju školovanja. Mi smo još uvijek ponekad ponosni na snalažljivost i poistovjećujemo ju s inteligencijom u svojoj banalnoj definiciji. Moramo prestati s opravdanjima u istim ili lošijim negativnim referentnim primjerima oko sebe i izboriti se za reputaciju znanstvenika (i ljudi) od povjerenja. Anegdotalne ozbiljne povrede uzusa istraživačke čestitosti nose nepopravljive posljedice nacionalnoj akademskoj zajednici. U ovom području ponašanje čestite većine pada u sjenu zbog općeg nepovjerenja kojega proizvodi study violation. Ali to nije sjena od sunca, već od stršeće višedimenzijske mrlje na zemljopisnoj karti, uz istok Jadrana do dinarskog kamena pa na sve strane do Drave, Dunava i Save. Ne zavaravajmo se, ne zavlačimo glavu u pijesak, mogli bismo imati golem problem za sve buduće projekte i istraživanja u međunarodnoj znanstvenoj zajednici. Oko znanstvenih potvrda kao relativnih istina mogu raspravljati filozofi, a na nama je da se pridržavamo istraživačkih propisa, "slijepo" i dosljedno, želimo li dalje igrati, barem ponekad, u prvoj ligi. Nadzorna istraživačka tijela su iznimno osjetljiva na plagijate, konfabulacije, retrogradne informirane pristanke, lažna ali i nepriznata autorstva, nenamjenska trošenja i na izmišljanja. Voditelj projekta želi naknadno prikupljati informirane pristanke ispitanika, drugi uskraćuje autorstvo mlađemu koji odrađuje vrijedan dio autorskog posla, treći doktorira na vjerojatno nedozvoljenim postupcima. Previše! Kompromitiranje za sve nas ako se radi o međunarodnim projektima i publikacijama. A onda nedopustive (naravno neuspješne) intervencije po kumu i kumovom kumu, šefu i bivšem šefu, sa svih strana, uključujući i neke vodeće pozicije u reputacijski prestižnim kućama. Nedodirljive veličine su anakronizam bez pokrića i u timskom radu je poštovanje bezuvjetni imperativ, a uvažavanje mladih kolega neizostavan bonton. Sve drugo se kažnjava, i tako treba biti. Nažalost, kažnjen biva i tim i šira pripadnost. Nadam se da će cehovski arbitri ustrajati u angažiranoj pravednosti, nepotkupljivosti i dosljednosti i kao takvi jamčiti očuvanje poljuljanog nam ugleda. Javnost i tajnost su manje bitne u ovoj priči kojom nećemo nahraniti niti opću medijsku glad za senzacijom, niti žuti tisak niti dnevnu nacionalnu potrebu za barem jednim liječničkim propustom. A niti međusobne animozitete. Apeliram na budnost oko istraživačkog poštenja, u sebi i oko sebe, i na napuštanje nedopuštenih snalažljivosti, nezasluženih autoritetnih pozicija i mobing hijerarhije. U toleranciji prema površnosti i bahatosti postajemo taoci trećerazrednih vođa. Mi imamo plebiscitarnu korektnost i dozvolimo da nas ona vodi u budućnost. Kodeks medicinske etike i deontologije uključuje upravo i propise koji se odnose na ovo područje, pa podsjećamo na 9. poglavlje „Odnosi prema drugim liječnicima i struci" članak 9., stavak 10.: „Znanstveno nepoštenje i prijevara u znanosti oblici su ponašanja nespojivi s liječničkom etikom." te stavak 13.: „Svojim ponašanjem i djelovanjem liječnik će čuvati ugled liječništva." kao i bezvremenski stavak 1. „Častan će se liječnik odnositi prema drugim liječnicima onako kako bi želio da se oni odnose prema njemu."

ZDRAVI HUMOR

TISJA KLJAKOVIĆ BRAIĆ
rođena je 30. lipnja 1979. g. u Splitu.

Završila je Školu likovnih umjetnosti – smjer slikarski dizajn.

U travnju 2003. diplomirala je slikarstvo na Umjetničkoj akademiji u Splitu u klasi prof. Gorkog Žuvele.

Živi i radi u Splitu. Od početka profesionalne karijere izlagala je na brojnim samostalnim i skupnim izložbama.

Djela joj se nalaze u fundusu Moderne galerije u Zagrebu, Galeriji Sv. Krševana u Šibeniku te u privatnim zbirkama diljem svijeta.

Članica je Hrvatske zajednice samostalnih umjetnika i Hrvatskog društva likovnih umjetnika.

Autorica je dvije knjige " U malu je uša đava" i "Oni".

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
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
HZJZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
NZJZ Nastavni 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

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 – 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 od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina", molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije. Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj, mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Medécins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka:
http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr - „Raspored stručnih skupova".

2019.

VELJAČA

Algoritam liječenje multiple skleroze
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 15.02.2019.
Dr. Luka Crnošija, tel.: 01/2388-033,
e-mail: mszagreb@mail.com

Bolesti kože s promjenama na licu i usnoj šupljini
KBC „Sestre milosrdnice", Kl. za kožne i spolne bolesti
Zagreb, 15.02.2019.
Danijela Nordio, mag.oec., mob.: 099/2727-880,
e-mail: danijela.nordio@kbcsm.hr
650,00 kn za dr.med. i dr.med.dent,
400,00 kn za specijalizante

Otvorenje certificiranog NGS laboratorija
Geneplanet d.o.o.
Zagreb, 15.02.2019.
Karolina Banov, mob.: 097/6962-331,
e-mail: karolina.banov@geneplanet.com

Sonoelastografija i magnetska rezonancija u dijagnostici i liječenju karcinoma dojke – Projekt IP-06-2016-2997 Hrvatske zaklade za znanost
Kl. zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB Dubrava
Zagreb, 15.02.2019.
Gordana Ivanac, mob.: 091/5187-176,
e-mail: gordana.augustan@gmail.com
ME ET ME d.o.o., Sanja Ivančević,
mob.: 099/4550-240, e-mail: sanja@meetme.hr

Neurotraumatologija
Hrvatska udruga za neurorehabilitaciju i restauracijsku neurologiju – HUNRN
Osijek, 15.-16.02.2019.
Prof.prim.dr.sc. Silva Butković Soldo, dr.med.,
tel.: 031/512-350,
e-mail: sbutkovicsoldo@gmail.com
600,00 kn za specijaliste, više medicinske sestre i više fizoterapeute, 400,00 kn za specijalizante, medicinske sestre, znanstvene novake, liječnike opće medicine i fizioterapeute

JGL u praksi s vama
JGL d.o.o.
Sveti Martin na Muri, 15.-17.02.2019.
Lejla Porobić Maletić, mob.: 099/2188-054,
e-mail: Lejla.PorobicMaletic@jgl.hr

Trening izvanbolničke hitne medicine
Zavod za hitnu medicinu Zagrebačke županije
Velika Gorica, 15.-17.02.2019.
Marina Golub, dipl.med.teh.spec.,
mob.: 099/6042-284,
e-mail: marina.golub@hitna-zgz.hr

Psihošpancir
Društvo psihologa Varaždin
Čakovec, 15.-19.02.2019.
Josipa Mijulkov, mob.: 099/5920-551,
e-mail: tajnistvo.dpv@gmail.com

Smjernice u pedijatrijskoj gastroenterologiji i hepatologiji: Funkcijski gastrointestinalni poremećaji
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 16.02.2019.
Ivana Trivić, dr.med., mob.: 091/4600-776,
e-mail: ivana.trivic.0@gmail.com

Suvremeni pristup tonzilarnom problemu
KBC Split, Klinika za bolesti uha, nosa i grla s kirurgijom glave i vrata
Split, 16.02.2019.
Doc.prim.dr.sc. Nikola Kolja Poljak,
mob.: 091/3692-715,
e-mail: nikolakolja@gmail.com
300,00 kn

Racionalna primjena antibiotika, liječenje i prevencija čestih infektivnih sindroma u izvanbolničkoj i bolničkoj sredini
Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević"
Zagreb, 16.02.2018.
Arijana Pavelić, Žana Lončarić, mob.: 091/4012-584,
e-mail: bfm@bfm.hr

Kratko obiteljsko savjetovanje 2.3.1.
Salutogeneza – obrt za savjetovanje i druge usluge
Zagreb, 16.02.2019.
Božidar Popović, dr.med., mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza 1@gmail.com
550,00 kn

Bagatin Akademija – Razvoj mekih vještina u zdravstvenom sektoru
Poliklinika Bagatin
Zagreb, 16.02.2019.
Sara Bukić, tel.:01/6061-379,
e-mail: sara.bukic@bagatin.hr

Servier LOM Masterclass
Servier Pharma d.o.o.
Lovran, 16.-17.02.2019.
Andrej Sušić, mob.: 091/67551-524, e-mail: andrej.susic@servier.com

Neurologija u obiteljskoj medicini
Klinika za neurologiju KBC-a Rijeka
Rijeka, 16.-17.02.2019.
Kristina Vučinić, bacc.admin.publ., tel.: 051/658-311,
e-mail: neurologija@kbc-rijeka.hr
400,00 kn

Edukacijska vježba obnove znanja i vještina za doktore medicine i medicinske sestre – tehničare IHMS
ZZHM OBŽ
Osijek, 16.-17.02.2019.
Silvana Sabo, tel.: 031/531-301,
e-mail: hitna.pomoc@zzhm-obz.hr

Medicinska akupunktura
Učilište Lovran – ustanova za obrazovanje odraslih
Opatija, 16.02.-20.06.2019.
Irena Plantak, tel.: 051/293-851,
e-mail: info@wellness.hr
12.000,00 kn

Liječenje akutnog moždanog infarkta mehaničkom trombektomijom
HLZ, HD radiologa
Split, 18.02.2019.
Dr. Ana Marinović, tel.: 021/556-243,
e-mail: marinovicana27@gmail.com

Multidisciplinarni pristup u liječenju žena reproduktivne dobi oboljelih od upalnih reumatskih bolesti
Medis Adria d.o.o.
Split, 18.02.2019.
Milaneta Vranko Salopek, mob.: 091/3707-027,
e-mail: milaneta.vranko-salopek@medisadria.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka
KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 18.-22.02.2019.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713, e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja, Petra Miškulin Štefek,
mob.: 099/4768-934, e-mail: petra@holidays.hr
3.500,00 kn

Odabrani dodaci prehrani i vitamin D u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Vitaminoteka d.o.o.
Zagreb, 19.02.2019.
Dr. Darija Vranešić Bender, tel.: 01/3700-005,
e-mail: dvranesic@vitamini.hr

Cefalosporini – učinkovita obrana od infekcije
Alkaloid d.o.o.
Osijek, 19.02.2019.
Vedrana Kodrić, mob.: 099/2516-772,
e-mail: vedrana.kodric@alkaloid.hr

Cefalosporini – učinkovita obrana od infekcije
Alkaloid d.o.o.
Split, 19.02.2019.
Vedrana Kodrić, mob.: 099/2516-772,
e-mail: vedrana.kodric@alkaloid.hr

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja
Novartis Hrvatska d.o.o.
Županja, 19.02.2019.
Josipa Kodić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kodic@novartis.hr

Metoksifluran – analgezija budućnosti
HD za hitnu medicinu HLZ
Slavonski Brod, 20.02.2019.
Anđela Šimić, mob.: 091/3712-136,
e-mail: tajnica.hdhm@hotmail.com

Gastrointestinalna endoskopija: Vodič za liječnike obiteljske medicine
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Mali Lošinj, Rab, Metković, Mljet, Lastovo, Supetar,
Zagreb, 21.02.2019.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: pisarnica ztm.hr

Neprihvatljivo ponašanje mladih na društvenim mrežama i internetu
Udruga sudaca za mladež, obiteljskih sudaca i stručnjaka za djecu i mladež
Zagreb, 21.02.2019.
Davorka Lalić-Lukač, mob.: 098/882-718,
e-mail: d.laliclukac@gmail.com

Cefalosporini – učinkovita obrana od infekcije
Alkaloid d.o.o.
Čakovec, 21.02.2019.
Vedrana Kodrić, mob.: 099/2516-772,
e-mail: vedrana.kodric@alkaloid.hr

Target controlled infusion – Anestezija vođena ciljnom koncentracijom lijeka
Udruga „Tomislav Halapir" za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj i usavršavanje na području anesteziologije, reanimatologije, intenzivnog liječenja i liječenja boli u Republici Hrvatskoj
Zagreb, 21.-22.02.2019.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428,
e-mail: jobrst@gmail.com
2.000,00 kn specijalisti, 1.750,00 kn specijalizanti

Edukacijska radionica o virusnim hepatitisima za liječnike obiteljske medicine ELIMINIRAJMO HEPATITIS
HD za infektivne bolesti HLZ-a, HD za putničku, tropsku i migracijsku medicinu HLZ-a
Zagreb, 22.02.2019.
Jasminka Blaha, mob.: 091/1871-952,
e-mail: jblaha@bfm.hr

Rijetke bolesti u neurologiji
Hrvatska udruga za neurorehabilitaciju i restauracijsku neurologiju – HUNRN
Osijek, 22.-23.02.2019.
Prof.prim.dr.sc. Silva Butković Soldo, dr.med.,
tel.: 031/512-350,
e-mail: sbutkovicsoldo@gmail.com
600,00 kn za specijaliste, više medicinske sestre i više fizioterapeute, 400,00 kn za specijalizante, medicinske sestre, znanstvene novake, liječnike opće medicine i fizioterapeute

Liječenje kroničnih rana, limfedem-lipedem
Thalassotherapija Crikvenica
Crikvenica, 22.-24.02.2019.
Dr. Laginja Stanislava, mob.: 092/1175-522,
e-mail: s.laginja@gmail.com
600,00 kn

Simpozij HUGO-a
HUGO – Hrvatska udruga ugovornih ordinacija
Marija Bistrica, 22.-24.02.2019.
Dr. Josipa Rodić, mob.: 095/8625-588,
e-mail: josipa.rodic@dedominis.com
200,00 kn

Novosti u neurologiji
Klinika za neurologiju KBC Split, Katedra za neurologiju MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 23.02.2019.
Dr. Meri Matijaca, tel.: 021/556-426,
e-mail: meri.matijaca@gmail.com

Bolesti žlijezda slinovnica
Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
Zagreb, 23.02.2019.
Ivan Kaselj, tel.: 01/4616-520,
e-mail: info@filidatravel.hr

Mjesec rijetkih bolesti – Bulozna epidermioliza
Udruga Medikus
Zagreb, 25.02.2019.
Dr. Vesna Vučičević, mob.: 091/5044-766,
e-mail: info@medikus.hr

Multidisciplinarni pristup u liječenju žena reproduktivne dobi oboljelih od upalnih reumatskih bolesti
Medis Adria d.o.o.
Osijek, 25.02.2019.
Milaneta Vranko Salopek, mob.: 091/3707-027,
e-mail: milaneta.vranko-salopek@medisadria.hr

Transplant Procurement Management
Hrvatska donorska mreža
Rovinj, 25.-27.02.2019.
Nikola Žgrablić, mob.: 099/8042-752,
e-mail: nikola.zgrablic@pu.t-com.hr

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka
Kuća zdravlja
Zagreb, 25.02.-01.03.2019.
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/6153-274,
e-mail: bulat@kuca-zdravlja.com
5.000,00 kn

Suvremena dostignuća hrvatske aritmologije
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 26.02.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

211. gerontološka tribina
NZJZ „Dr. Andrija Štampar"
Zagreb, 26.02.2019.
Marica Lukić, tel.: 01/4696-164,
e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Laktoferin – Multitasking molekula
Vitaminoteka d.o.o.
Rijeka, 28.02.2019.
Tena Škunca, tel.: 01/3700-005,
e-mail: tblazok@vitamini.hr

Gastrointestinalna endoskopija: Vodič za liječnike obiteljske medicine
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Vela Luka, Korčula, Vrlika, Trilj, Vis, Hvar, 28.02.2019.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: pisarnica ztm.hr

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja
Novartis Hrvatska d.o.o.
Split, 28.02.2019.
Josipa Kodić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kodic@novartis.hr

Ujednačavanje kriterija vještačenja
Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom
Zagreb, 28.02.2019.
Kristina Bajan, tel.: 01/6442-706,
e-mail: kbajan@zosi.hr

OŽUJAK

4. hrvatski vaskularni dan (CROVASCULAR 2019); Angiologija: Od prevencije do intervencije
KBC Sestre milosrdnice Zagreb
Zagreb, 01.03.2019.
Prof.dr.sc. Mislav Vrsalović, tel.: 01/3787-111,
e-mail: mislav.vrsalovic@gmail.com
PENTA d.o.o., Nikica Žunić, mob.: 091/5147-358,
e-mail: nikica.zunic@penta-zagreb.hr

Simpozij povodom Dana rijetkih bolesti
HLZ, HD za rijetke bolesti
Zagreb, 01.03.2019.
Dr. Ivan Pećin, tel.: 01/2367-757,
e-mail: ipecin@kbc-zagreb.hr

Adriatic Liver Forum 2019: Liver and the infections
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 01.03.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

6th Zagreb shoulder and elbow course
Akromion
Zagreb, 01.-02.03.2019.
Filida putnička agencija, Dragan Antunović,
mob.: 099/4776-403, dragan@filidatravel.hr
1.500,00 kn

7. simpozij Odabrane teme iz dijalize
MEF Sveučilišta u Zagrebu, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Zagreb, 01.-02.03.2019.
Prof.dr.sc. Draško Pavlović, mob.: 091/7299-959,
e-mail: draskop1311@gmail.com

Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi: Racionalna dijagnostika i liječenje
Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a
Šibenik, 01.-03.03.2019.
Conventus Credo d.o.o., Anja Aleksić,
mob.: 099/4406-728,
e-mail: anja@conventuscredo.hr
Rana kotizacija 1.300,00 kn; Kasna kotizacija 1.600,00 kn; Kotizacija za specijalizante 850,00 kn

Dry needling – upper body
Hrvatski zbor fizoterapeuta
Zagreb, 01.-03.03.2019.
Kristina Šego, mob.: 091/1505-600,
e-mail: kristinasego2@gmail.com
2.800,00 kn

Dijagnostičko terapijski algoritmi alergijskih i hiperreaktivnih bolesti gornjih dišnih putova
Društvo za unaprjeđenje hrvatske otorinolaringologije
Zagreb, 02.03.2019.
Dr. Filip Matovinović, mob.: 091/8950-428,
e-mail: filip.matovinovic@gmail.com

8. Conference of Central Hepatologic Collaboration
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 02.03.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

Integrativni pristup zdravlju žene
Nutriconsult d.o.o.
Zagreb, 06.03.2019.
Zoran Kralj, mob.: 091/1255-000,
e-mail: zoran.kralj@nutriconsult.hr

Zdravlje žene
Alkaloid d.o.o.
Split, 06.03.2019.
Mihovil Lusser, tel.: 01/6311-920,
e-mail: mirovil.lusser@alkaloid.hr

Zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Udruga „Tomislav Halapir"
Zagreb, 07.-08.03.2019.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428,
e-mail: jobrst@gmail.com
2.000,00 kn

Pružanje obuke za zdravstvene djelatnike, policijske službenike i druge organizacije koji rade s migrantima i izbjeglicama na lokalnoj razini – TRAIN4M&H
Međunarodna organizacija za migracije
Sisak, 07.-08.03.2019.
Denis Novosel, mob.: 097/6725-331,
e-mail: dnovosel@iom.int

Rane – principi i postupci liječenja
Sekcija za rane HDPREK
Zagreb, 07.-08.03.2019.
Marina Pavelić Mamić, tel.: 01/2902-569,
e-mail: sbudi@kbd.hr
900,00 kn

Tečaj mehaničke ventilacije
OB „Dr. Josip Benčević"
Slavonski Brod, 07.-09.03.2019.
Dr. Matija Jurjević, mob.: 095/5170-555,
e-mail: mtjurjevic@yahoo.com
2.000,00 kn

10. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Smjernice u praksi obiteljskog liječnika
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 07.-10.03.2019.
Doc.dr.sc. Jasna Vučak, tel.: 023/393-533,
mob.: 098/272-787, faks.: 023/393-533,
e-mail: jasna.vucak@yahoo.com
1.800,00 kn

Demencija u kliničkoj praksi (Lewy body demencija, demencija u Parkinsonovoj i Alzheimerovoj bolesti)
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 08.03.2019.
Doc.dr.sc. Nataša Klepac, dr.med.,
mob.: 091/4922-164,
e-mail: natasaklepac@gmail.com
750,00 kn specijalisti, 500,00 kn specijalizanti

1. hrvatska konferencija o ponašajnim ovisnostima s međ.sud.
Udruga PIN
Zagreb, 08.-09.03.2019.
Btravel d.o.o., Iva Šimunić,
tel.: 01/6666-850,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro
400,00 kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka
KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 11.-15.03.2019.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713, 098/235-718,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja, Petra Miškulin Štefek,
mob.: 099/4768-934, e-mail: petra@holidays.hr
3.500,00 kn

Probiotici u prevenciji i terapiji 2019.
Vitality International Products d.o.o.
Zagreb, 14.03.2019.
Iva Krnjak, mob.: 092/1191-575,
e-mail: iva.krnjak@vitality-international.hr

Pružanje obuke za zdravstvene djelatnike, policijske službenike i druge organizacije koji rade s migrantima i izbjeglicama na lokalnoj razini – TRAIN4M&H
Međunarodna organizacija za migracije
Karlovac, 14.-15.03.2019.
Denis Novosel, mob.: 097/6725-331,
e-mail: dnovosel@iom.int

Simpozij Kolegija kirurških znanosti Akademije medicinskih znanosti Hrvatske
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 15.03.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Novosti u nefrologiji, simpozij povodom Svjetskog dana bubrega
HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a
Zagreb, 15.-16.03.2019.
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag,
mob.: 091/3330-734, e-mail: maja@contres.hr
500,00 kn
3. simpozij najčešći infektivni sindromi u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite
Sekcija mladih HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zagreb, 16.03.2019.
Jasminka Blaha, mail: jblaha@bfm.hr
300,00 kn specijalisti, 200,00 kn specijalizanti

3. simpozij – Najčešći infektivni sindromi u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite
HD za infektivne bolesti HLZ-a; HD za putničku, tropsku i migracijsku medicinu HLZ-a
Zagreb, 16.03.2019.
Jasminka Blaha, mob.: 091/1871-952,
e-mail: jblaha@bfm.hr

Jetra u TCM: dijagnostika i liječenje neuroloških, ginekoloških i oftalmoloških bolesti
HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb, 16.03.2019.
Maja Mustač, dr.med., mob.: 091/4748-492,
e-mail: blaise 676@gmail.com

Hitna medicina u 7 koraka za otočkog liječnika
DZ Novalja
Novalja, 16.03.2019.
Prof.dr.sc. Vesna Degoricija, dr.med.,
mob.: 091/4596-872,
e-mail: vesna.degoricija@gmail.com

Endovaskularno liječenje akutnih simptomatskih infrarenalnih aneurizmi abdominalne aorte – naša iskustva
HLZ, HD radiologa
Split, 18.03.2019.
Dr. Ana Marinović, tel.: 021/556-243,
e-mail: marinovicana27@gmail.com

Epidemiologija, klinička slika, dijagnostika ,terapija i prevencija infekcija probavnog sustava
HD za kliničku mikrobiologiju HLZ-a
Zagreb, 22.03.2019.
Doc.dr.sc. Mario Sviben, mob.: 091/2986-545,
e-mail: mario.sviben@hzjz.hr
750,00 kn

Farmakogenomika u personaliziranoj medicini
MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb
Zagreb, 22.03.2019.
Livija Šimičević, mob.: 091/1020-263,
e-mail: lsimicev@kbc-zagreb.hr
200,00 kn za pripravnike, specijalizante, znanstvene novake i polaznike poslijediplomskih studija;
600,00 kn za specijaliste, farmaceute i ostale

9. Croatian Esthetic Medicine Symposium
HD za estetsku medicinu HLZ
Opatija, 22.-23.03.2019.
Dr. Rotim Željko, mob.: 098/227-468,
e-mail: zezarotim@gmail.com
Ban tours, Ana Vugrinović, mob.: 091/2271-188,
e-mail: ana.vugrinovic@bantours.hr
1.500,00 kn

Trodimenzionalni tretman skolioza
Udruga za prevenciju bolesti srca i krvnih žila
Splitski kardiološki đir
Split, 22.-23.03.2019.
Spektar putovanja d.o.o., Stjepan Zovko,
mob.: 098/9829-961,
e-mail: stjepan.zovko@spektar-holidays.hr
1.200,00 kn

Najnovije terapijske i dijagnostičke smjernice u pedijatriji „Smjernice u pedijatrijskoj pulmologiji, alergologiji, imunologiji i reumatologiji – hitna stanja"
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 23.03.2019.
Dr.sc. Ivan Pavić, dr.med., tel.: 01/4600-237,
e-mail: ipavic01@gmail.com

Gastroenterologija u obiteljskoj medicini
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Pula, 23.-24.03.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

3. zagrebačka škola endokrinološke onkologije
Udruga „Endokrinološka onkologija i metabolizam"
Zagreb, 25.-27.03.2019.
Dr. Ćaćić Miroslav, mob.: 099/6796-107,
e-mail: mefmir@gmail.com

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka
KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 25.-29.03.2019.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713, 098/235-718,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja, Petra Miškulin Štefek,
mob.: 099/4768-934, e-mail: petra@holidays.hr
3.500,00 kn

Naša iskustva s dermalnim supstitutima
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 26.03.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

31. znanstveno-stručno-edukativni seminar sa med.sud. „DDD i ZUPP '19 – otpad – ekološka niša"
Korunić d.o.o. Zagreb
Novigrad, 26.-29.03.2019.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341,
mob.: 098/261-432, e-mail: info@korunic.hr
800,00 kn

Low flow i minimal flow anestezija i ventilacija u anesteziji
Udruga „Tomislav Halapir"
Zagreb, 28.-29.03.2019.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428,
e-mail: jobrst@gmail.com
2.000,00 kn

Hrvatska akademija cjelovitog pristupa liječenju ovisnosti
HD za alkoholizam i druge ovisnosti HLZ-a
Zadar, 28.-30.03.2019.
Btravel, Iva Šimunić, mob.: 091/3330-733,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro

7. konferencija digitalne medicine „Budućnost je sada"
HIT konferencija d.o.o.
Zagreb, 29.03.2019.
Andrea Staničić, mob.: 095/8782-328,
e-mail: andrea.stanicic@hit-konferencija.hr
750,00 kn

Skup ekspertne skupine – International Contact Dermatitis Research Group in the Cooperation with Croatian Dermatovenerological Society of the Croatian Medical Association
HLZ, Hrvatsko dermatovenerološko društvo
Zagreb, 29.-31.03.2019.
Prof.dr.sc. Suzana Ljubojević Hadžavdić,
tel.: 01/2368-930,
e-mail: suzana.ljubojevic@gmail.com
500,00/2.200,00 kn

Napredni ITLS tečaj
Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 29.-31.03.2019.
Žarka Rogić, dr.med., mob.: 099/3115-843,
e-mail: itls.prijave@gmail.com
3.000,00 kn

Liječenje bolesti rožnice crosslinking-om / Treating Corneal Diseases with Corneal Cross-Linking (CXL)
Sekcija za kontaktologiju Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva
Zagreb, 30.03.2019.
Dr.sc. Adrian Lukenda, tel.: 01/4686-544,
fax.: 01/4614-144, e-mail: prijavatecaj@gmail.com

SVIBANJ

11. kongres Hrvatskog društva za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
Mali Lošinj, 09.-11.05.2019.
Dr.sc. Lana Kovač Bilić, mob.: 099/2262-355,
tel.: 01/2376-371, e-mail: lana.k.bilic@gmail.com
Filida – Putnička agencija d.o.o., Ivan Kaselj,
tel.: 01/4616-522, 4616-520, 4616-521,
e-mail: ana.filidatravel.hr
Rana – specijalisti 1.500,00-2.000,00 kn,
specijalizanti 1.000,00-1.500,00 kn;
Kasna – specijalisti 1.800,00-2.300,00 kn,
specijalizanti 1.300,00-1.800,00 kn

13. kongres HD za digestivnu kirurgiju s med. sud. i 2. kongres Društva medicinskih sestara/ tehničara digestivne kirurgije
HD za digestivnu kirurgiju HLZ-a i Društvo medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije
Opatija, 15.-18.05.2019.
Prof.dr.sc. Marko Zelić, dr.med.,
e-mail: hddk.kongres@gmail.com
Btravel d.o.o., Goran Grbić, mob.: 099/4926-679,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro,
www.digestive-surgery2019.com
Rana kotizacija – za doktore medicine, specijaliste – 2.500,00 kn;
specijalizanti oslobođeni plaćanja kotizacije;
za medicinske sestre-tehničare – 900,00 kn;
Kasna kotizacija - za doktore medicine, specijaliste – 2.800,00 kn;
specijalizanti oslobođeni plaćanja kotizacije;
za medicinske sestre-tehničare –1.100,00 kn;

4. hrvatski epidemiološki kongres s med.sud.
HLZ, Hrvatsko epidemiološko društvo
Opatija, 16.-18.05.2019.
Prim.mr.sc. Miroslav Venus, dr.med.,
tel.: 033/727-031, e-mail: ravnatelj@zzjzvpz.hr

Godišnji kongres Hrvatskog društva za vaskularnu kirurgiju HLZ-a s med.sud. i Kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije
HD za vaskularnu kirurgiju HLZ-a i HD medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije
Opatija, 23.-25.05.2019.
Prof.dr.sc. Miljenko Kovačević, dr.med.,
e-mail: crosocvasc@gmail.com
Btravel d.o.o., Goran Grbić, mob.: 099/4926-679,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro,
www.vascular-surgery2019.com
Rana kotizacija – za doktore medicine, specijaliste – 2.200,00 kn; za specijalizante – 1.100,00 kn;
za medicinske sestre-tehničare – 900,00 kn;
Rana kotizacija – za doktore medicine, specijaliste – 2.500,00 kn; za specijalizante – 1.250,00 kn;
za medicinske sestre-tehničare – 1.100,00 kn;

Mind & Brain 59th International Neuropsychiatric Congress
Međunarodni institut za zdravlje mozga
Pula, 30.05.-02.06.2019.
Hrvoje Budinčević, mob.: 091/3712-310,
e-mail: mind.and.brain.congress@gmail.colm
750,00 kn; 1.125,00 kn; 2.175,00 kn

CSP International Conference on Pelvic Health
HD za pelviperineologiju – HDP / Croatian Society for Pelviperineology – CSP
Primošten, 31.05.-02.06.2019.
Dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med.,
mob.: 091/5121-335,
e-mail: dhodzic2003@gmail.com
Specijalisti 1.250,00 kn, specijalizanti 750,00 kn

LIPANJ

Drugi kongres estetske medicine sa med.sud.
Hrvatska udruga estetske medicine i unione internationale de medicine estetique
Opatija, 15.-16.06.2019.
Dr. Elma Bunar, mob.: 092/1707-322, e-mail: drbunar@gmail.com
2.500,00 kn

KOLOVOZ

Lječilišni turizam i prirodni ljekoviti činitelji – Drugi znanstveno stručni kongres Rab 2019
NZJZ Primorsko-goranske županije
Rab, 30.08.-01.09.2019.
Mr.sc. Albert Cattunar, mob.: 091/2030-731, e-mail: a.cattunar@yahoo.com
600,00 kn

1. KONGRES KOKOZA I
3. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

Kako unaprijediti postojeći zdravstveni sustav u RH

Rabac, 22. — 24. ožujka 2019. godine

Hotel TUI Family Life Bellevue Resort 4*

Iznos kotizacije

Rana kotizacija do 01.03.2019., 900,00kn
(s uključenim PDV-om)

Kasna kotizacija od 01.03.2019., 1.200,00kn
(s uključenim PDV-om)

Organizatori:

Pravni fakultet u Splitu
Hrvatska liječnička komora

Suorganizatori:

Hrvatska komora dentalne medicine
Hrvatska ljekarnička komora
Hrvatska komora medicinskih sestara
Hrvatska komora primalja
Hrvatska komora fizioterapeuta
Hrvatska komora medicinskih biokemičara
Hrvatska komora zdravstvenih radnika

Tehnički organizator: Aorta d.o.o.

Više obavijesti na: www.aorta.hr

Telefon: t. + 385 1 2824 645,

E-mail: kongres@aorta.hr

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA
U službi hrvatskog liječništva

KoKoZ
koordinacija komora u zdravstvu

AMORA

ramipril / amlodipin

ZA BOLJU REGULACIJU UZ FIKSNU KOMBINACIJU

NA OSNOVNOJ LISTI LIJEKOVA HZZO-a

AMORA 2,5 mg/5 mg tvrde kapsule / AMORA 5 mg/5 mg tvrde kapsule / AMORA 5 mg/10 mg tvrde kapsule / AMORA 10 mg/5 mg tvrde kapsule / AMORA 10 mg/10 mg tvrde kapsule

Sastav 1 tvrda kapsula sadrži 2,5 mg ramiprila i 5 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata; 5 mg ramiprila i 5 ili 10 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata; 10 mg ramiprila i 5 mg ili 10 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata. **Terapijske indikacije** Liječenje hipertenzije kao supstitucijska terapija u odraslih bolesnika u kojih je postignuta kontrola bolesti istovremenom primjenom pojedinih pripravaka, s istim dozama u kombinaciji, ali u zasebnim tabletama. **Kontraindikacije** Vezano za ramipril: angioedem u anamnezi, ekstrakorporalna liječenja, signifikantna bilateralna stenoza bubrežnih arterija ili stenoza bubrežne arterije u jednom funkcionalnom bubregu, drugo i treće tromjesečje trudnoće, hipotenzivni ili hemodinamski nestabilni bolesnici, istodobna primjena s lijekovima koji sadrže aliskiren u bolesnika sa šećernom bolešću ili oštećenjem bubrega (GFR <60 ml/min/1,73 m2). Vezano uz amlodipin: teška hipotenzija, šok (uključujući kardiogeni šok), opstrukcija izlaznog trakta lijeve klijetke, hemodinamski nestabilno zatajenje srca nakon akutnog infarkta miokarda. Vezano uz kombinaciju ramipril/amlodipin: preosjetljivost na amlodipin, derivate dihidropiridina, ramipril ili na bilo koji drugi ACE- inhibitor ili neku od pomoćnih tvari. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Vezano uz ramipril: općenito se prije početka liječenja preporučuje korigirati dehidraciju, hipovolemiju ili manjak soli. Vezano za amlodipin: nije ustanovljena sigurnost i djelotvornost amlodipina u hipertenzivnoj krizi. **Nuspojave** Ramipril: povećanje razine kalija u krvi, glavobolja, omaglica, hipotenzija, ortostatska hipotenzija, sinkopa, neproduktivni nadražujući kašalj, bronhitis, sinuitis, dispneja, gastrointestinalna upala, poremećaji probave, nelagoda u abdomenu, dispepsija, proljev, mučnina, povraćanje, osip (posebice makulopapularni), mišićni spazam, mijalgija, bol u prsima, umor. Amlodipin: glavobolja, omaglica, somnolencija, palpitacije, naleti crvenila, dispneja, mučnina, abdominalna bol, otok gležnja, mišićni grčevi, umor, astenija. **Doziranje i način primjene** Preporučena dnevna doza je 1 kapsula propisane jačine. **Ime i adresa nositelja odobrenja** BELUPO lijekovi i kozmetika, d.d., Ulica Danica 5, 48000 Koprivnica, Hrvatska **Naziv i broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet** AMORA 2,5 mg/5 mg tvrde kapsule: HR-H-481003043 AMORA 5 mg/5 mg tvrde kapsule: HR-H-582136867 AMORA 5 mg/10 mg tvrde kapsule: HR-H-729149816 AMORA 10 mg/5 mg tvrde kapsule: HR-H-100700683 AMORA 10 mg/10 mg tvrde kapsule: HR-H-774707043; 14.09.2017. **Način izdavanja** Na recept. **Datum revizije teksta** Siječanj, 2018.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su u skladu s navodima iz zadnjeg odobrenog sažetka opisa svojstava lijeka i upute o lijeku u Republici Hrvatskoj prema članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine" broj 43/2015). Prije propisivanja, molimo proučite zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku koje možete pronaći na internetskoj stranici Agencije za lijekove i medicinske proizvode www.halmed.hr, na Belupovim internetskim stranicama – www.belupo.hr ili ih zatražiti od stručnog suradnika Belupa. Tiskano u Hrvatskoj 2019. (C 02 03).

BELUPO