

LIJEČNIČKE novine

25

25 GODINA OBNOVE RADA
HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

TEMA BROJA >

SUSTAV SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA – (NE)JEDNAK ZA SVE?

LIJEĆNIČKE 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

IZDAVAČKI SAVJET

Alen Babacanli, dr. med. • Prim. Ines Balint, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med.
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med. • Ivan Raguz, dr. med.
Marija Rogoznica, dr. med. • Prim. Boris Ujević, dr. med.
Vesna Štefančić Martić, 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. • Ana Gverić Grginić, 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.
Izv. prof. 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 Pujak, dr. med.
Prof. prim. dr. sc. Adriana Vince, dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med.
Ksenija Vučur, dr. med.

PUTA 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 liječnika 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 LIJEĆNIČKA 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, Hrvjoka i Antonio Dolić,
e-mail: hrvojka@restart.hr, tel. 091/3000 482

Tisk: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 14. lipnja 2020.

LIJEĆNIČKE 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, tel. + 385 1 28 24 645

4 UVODNIK

25 godina od obnove HLK-a

5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Post nubila Phoebus

6 RAZGOVOR

Prof. dr. Dragan Schwarz

12 TEMA BROJA

Sustav usavršavanja (ne) jednak za sve

16 IZBORI

Predizborna obećanja stranaka i koalicija

21 IZ KOMORE

Digitalni atlas hrvatskog liječništva • Prigodom 25. obljetnice osnivanja Komore • Smjernice za anestezijske postupke
Svjetski dan obiteljskih liječnika • „Aktivna Hrvatska“

30 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Informatizacija bolnica – monopol • A sada BIS
Klinička mikrobiologija i COVID-19 • Dan Parkinsonove bolesti
Novi izazovi u pedijatriji • Klub liječenih alkoholičara u Karlovcu

42 COVID-19

Rezime pandemije • Beroš- Markotić-Capak • COVID-19 i intenzivna medicina • Transplantacije u KB-u Merkur
Lijekovi za COVID-19 • Koagulopatije i COVID-19 • Neurološki aspekti • COVID-19 – endotelna bolest? • Referentni centar MZ-a za virološku dijagnostiku • SARS-CoV-2 i bubreg • Gerijatrija i COVID-19 • GI endoskopija i COVID-19 • Reumatologija u vrijeme korone • Brige liječnika u doba korone • Korona i turizam

66 HITNA SLUŽBA**67 REAGIRANJA****67 LIJEĆNIČKA PRIČA****68 JAVNO ZDRAVSTVO****70 STATISTIKA****72 PRAVO I MEDICINA****73 MEDICINSKA ETIKA****74 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE****76 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****84 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****86 TEHNOLOŠKE AKTUALNOSTI****88 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE****98 HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI****100 POTRES U ZAGREBU****103 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

DVADESET I PET GODINA OD OBNOVE RADA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ

**predsjednik
Hrvatske liječničke komore**

„Komora treba biti most između države, organa uprave i liječničkog staleža, jer do sada liječnički stalež nije dovoljno ili uopće nije sudjelovao u donošenju presudnih odluka koje se tiču liječničkog staleža. Uspostavljanjem Komore imat ćemo značajne kontakte s državnom upravom i liječnički stalež bit će na taj način uključen u rješavanje svih bitnih problema iz oblasti zdravstva.“ Riječi su to prof. dr. sc. Andrije Hebranga, tadašnjeg ministra zdravstva, izgovorene na osnivačkoj skupštini Hrvatske liječničke komore održane 27. lipnja 1995. g. u Zagrebu. Radilo se, točnije rečeno, o skupštini na kojoj je obnovljen rad naše strukovne komore koja je

bila ukinuta odlukom komunističkih vlasti u bivšoj državi 1946. g. Dugih 49 godina trebalo je dakle da se steknu prepostavke za obnovu rada Hrvatske liječničke komore. Prepostavke u smislu odgovarajućeg zakonskog okvira, ali još važnije u smislu političke volje da se dopusti obnova rada jedne utjecajne staleške komore, strukovne organizacije vrhunskih intelektualaca i snažnih individualaca.

Obnova rada HLK-a nije tekla brzo, glatko ni bez teškoča. Od početne inicijative Hrvatskog liječničkog zbora artikulirane još 1989. g. preko formalnog osnivanja zajedničkog Inicijativnog odbora HLZ-a i Medicinskog fakulteta 1993. g. pa sve do usuglašavanja nacrta Statuta Komore 1995. g., bilo je potrebno dosta vremena, sastanaka, energije i napora. Najviše prijepora tijekom tih godina bilo je oko definiranja samostalnosti HLK-a, odnosno nadzorne uloge osnivača, ali i politike nad njezinim radom. Trebalo je puno argumenata, strpljenja, uvjeravanja, kompromisa, diplomacije i mudrosti kolega uključenih u taj proces da bi u konačnici rezultat bio istinski neovisna strukovna i staleška organizacija.

Jer, ne zaboravimo, politika, ma s koje strane političkog spektra dolazila „prirodno“ pokušava neutralizirati moguća kritička ili neovisna objektivna razmišljanja. Tijekom proteklih 25 godina tome smo nažlost više puta jasno svjedočili i uvjerili se. Podsjetimo da je već 1996. g. kod prvog ozbiljnijeg razmimoilaženja Ministarstva zdravstva i Komore,

konkretno tada o načinu formiranja cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, politika čak posegnula za izmjrenom Zakona i „riješila problem s Komorom“. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti odredba da Komora daje suglasnost na predložene akte, zamjenjena je puno blažom odredbom da Komora samo daje mišljenje na prijedloge akata. Suglasnost znači de facto mogućnost veta na nepovoljne prijedloge, a mišljenje je tek formalnost koju treba odraditi. Suglasnost je moć, a mišljenje tek kozmetika.

Vratimo se citatu s početka ovog teksta, u dijelu gdje se kaže da liječnički stalež do 1995. g. nije uopće ili nije dovoljno sudjelovao u donošenju presudnih odluka koje se tiču liječničkog staleža. Možemo li sada, četvrt stoljeća kasnije, reći da se situacija promjenila? Sudjelujemo li danas kao stalež uopće i u dovoljnoj mjeri u donošenju presudnih odluka koje se tiču nas samih? Možda svatko od nas ima različito nijansiran ili argumentiran odgovor na ovo pitanje, no vjerujem da se možemo složiti da sudjelovanje liječničke struke u donošenju presudnih odluka o našem statusu i položaju u svakom slučaju još uvijek nije dovoljno. Prisjetimo se samo onih važnijih: nerepresentativnosti liječničkog sindikata u kolektivnim pregovorima, jednostranog određivanja cijena zdravstvenih usluga, protuzakonite prekovremene satnice, otežanog odlaska u koncesiju, načina specijalističkog usavršavanja, tzv. robovlasničkih ugovora, vrednovanja dežurstava i pripravnosti...

Upravo zato trebamo uporno, tvrdo-glavo i odlučno nastaviti unaprjeđivati formalnu i neformalnu poziciju te utjecaj krovnih liječničkih organizacija kada je riječ o temama koje se tiču

liječništva, ali i zdravstva. Prigodom ove značajne obljetnice u povijesti naše Komore, 25. obljetnice obnove rada, ponovit ću riječi koje sam na ovom mjestu već napisao, ali smatram

da ih vrijedi ponoviti. **Mi kao stalež imat ćemo onoliko dostojućnost koliko se budemo imali hrabrosti i snage boriti za nju.**

Post nubila Phoebus

Lako se na dobro navići, stara je mudrost, pa me tek ponavljeni potres od neki dan podsjeti da ovo još ipak nisu neka normalna vremena. Jest da pandemija i potres zapravo nisu u vezi, al' nas su se eto zajedno bili sjetili i urotnički dohvatali.

Čeka li nas dugo toplo ljeto? Hoćemo li se moći i smjeti opustiti profesionalno i privatno? Hoćemo li se uspjeti sastaviti od krhotina i još neprepoznatih rana? Baš kad smo zbijali složne redove u konačnom rješavanju staleških pitanja i bili korak do njih, dogodila nam se svima ova izvanserijska kriza. Svima, svakako, pa opet nekako liječnicima zahtjevnije. Susreli smo se s novovršnim strahovima, ljudskim, profesionalnim, privatnim, s nedostatkom zaštitne opreme, s neprimjerenim uvjetima koji su uskoro, zbog potresa, postali još neprimjereniji. Susreli smo se s dodatnim brigama za svoje obitelji jer ih iz sustava u kojem radimo i gdje smo u najizglednijem doticaju s oboljelima od COVID-19 nismo mogli istodobno viđati a dostatno zaštititi. Mnogi od nas, liječnika, nisu viđali svoju djecu, supružnike, roditelje, tjednima... Drugi su pak muku mučili sa zbrinjavanjem djece, bez vrtića i škola, bez baka i djedova koje je valjalo izbjegavati, kako bi ih zaštitili. Neki su dodatno bili učitelji svojoj djeci, u neko izčarobirano vrijeme, jer je racionalno teško zamisliti kako i to uklopiti u ionako pretrpana 24 sata. Studente,

doktorante i postdiplomante smo poučavali vremenski i na druge načine zahtjevnim online metodama, održavajući u životu, činilo se, beskrajna kurikula. Pragmatične odluke nekih „naprednjih“ zemalja surovo su izložile te bake i djedove nekontroliranoj zarazi, u nedostatku esencijalne humane etičnosti, s ekonomski posloženim prioritetima. Drago mi je da je naš svjetonazor bio drukčiji.

Možemo biti sretni što smo odradili ovu tešku epizodu s povoljnim ishodom, ponosni što smo i opet pokazali sve tako jedinstvene kreposti našega zvanja, a žalosni zbog stidljivih priznanja, pri čemu bismo, kao i do sada, trebali satisfakciju tražiti samo u časti.

No, nastavljamo gdje smo stali, poštujući jedni druge i svoju dostojanstvenu struku, vraćamo se istim staleškim ciljevima i zahtijevamo njihovo konačno rješenje. Želimo transparentan red, prikladno plaćen rad i usklađene zakone i propise. Želimo da nas službeno, javno, jasno i glasno prepoznaju kao nosivi stup funkcioniranja hrvatskog društva, iz vladajućih fotografija a ne samo s kvartovskih balkona. A baš je nedavni potres pokazao koliko je važno ulagati u statiku, koja počiva na otpornosti materijala, pri čemu nema prijevara i svaki se propust skupo plaća. Čekaju li nas s ljetnim promjenama novi ili novi stari sugovornici i hoće li nam ne samo obećavati? Da ne



bi umjesto njemačkoga „*versprochen ist versprochen und wird nicht gebrochen*“ bilo ono hrvatsko s obećanjem i radovanjem.

Nakon oblaka i kiša pa čak i proljetnog snijega dolazi nam ljetno sunce, nadam se i stvarno i metaforički. Na stvarno nemamo utjecaja, ali oko metafore se možemo i trebamo složno potruditi.

Uz želju da i ovaj broj naših novina u tomu pomogne,

Srdačno

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

Prof. dr. sc. Dragan Schwarz

R A V N A T E L J

RADIOCHIRURGIJE ZAGREB

Radiochirurgija sa svojom tehnologijom, opremom i kadrovima specijalizirano prilagođenima dijagnostici i liječenju onkološke problematike, zauzima jedinstveno mjesto na karti jugoistočne Europe

Razgovarala
prof. ANNA MRZLJAK

■ Radiochirurgia u Svetoj Nedelji nadomak Zagreba etablirala se kao jedna od najmodernijih poliklinika u ovom dijelu Europe za dijagnostiku i liječenje malignoma. Čime se sve bavite? Koje su vaše mogućnosti i dometi?

Počeli smo krajem 2016. kao poliklinika za rano dijagnosticiranje i liječenje karcinoma, a danas je to specijalna bolnica s trenutno najsuvremenijom radio-onkološkom i kirurškom opremom dostupnom na tržištu.

Od početka na raspolaganju imamo radiokirurški sustav Varian EDGE, linearni akcelerator najnovije generacije koji snopovima visokoenergetskih fotonskih zraka uništava

karcinom submilimetarskom preciznošću na staničnoj razini. EDGE nam nudi mogućnost lociranja tumora i visokofokusiranih tretmana malim brojem postupaka koristeći velike, ablativne, doze zračenja. Istovremeno minimizira dozu kojoj je izloženo okolno tkivo. Visoka razina doze zračenja ključna je za uspješnu ablaciјu tumora i to je ono što razlikuje radiokirurški tretman od radio-terapijskog. Pojednostavljeni rečeno, ovaj uređaj je nova verzija kirurškog noža kod kojeg nema potrebe za klasičnim kirurškim zahvatom i svime što ide uz to, dakle doslovno **operacija bez krvi**. Posebnost radiokirurgije je u tome što je korisna kod karcinoma uz osjetljiva područja koje klasičnim kirurškim zahvatima nije moguće ukloniti, primjerice kod multiplih metastaza na mozgu ili plućima i lokalno uznapredovalog karcinom pankreasa, a sve se više koristi i za operacije koje su se

dosad obavljale klasičnom kirurgijom, poput karcinoma prostate. Kad je prostata u pitanju, velike svjetske klinike primjenjuju danas radiokirurgiju kao metodu izbora jer potpuno uništava tumor u gotovo 98 % slučajeva te maksimalno štiti ostala tkiva. Pri tome su nuspojave poput impotencije i inkontinencije značajno smanjene.

Procjenjuje se da će se stereotaksijskom radiokirurgijom karcinom mozga u idućih desetak godina liječiti više od 100 % češće, a stereotaksijska radioterapija tijela za 150 %. Zaključak je analize dviju kliničkih studija u Lancet Oncology da je općenita stopa trogodišnjeg preživljavanja pacijenata s karcinomom pluća značajno veća nakon tretmana stereotaksijskom radiokirurgijom (95 %) nego klasičnom kirurgijom (79 %). Također je stopa trogodišnjeg preživljavanja pacijenata bez recidiva karcinoma veća nakon liječenja radi-



Prof. dr. sc. DRAGAN SCHWARZ, dr. med., specijalist kirurg, subspecijalist digestivne i onkološke kirurgije

okirurgijom (86 %) nego kod kirurgije (80 %). Najveća je razlika dakako i kvaliteta života operiranih pacijenta jer oni prolaze kroz prosječno tri tretmana, koji su bezbolni, bez reza, krvi, anestezije i postoperativnih postupaka sa svim rizicima koje oni donose. Nuspojave su najčešće minimalne i rijetke - od lagane mučnine do povremenog otežanog gutanja. Infekcije kod ovakvih zahvata nema. Tumor prestaje rasti te nestaje postupno tijekom idućih mjeseci i pretvara se u ožiljak jer su mu visoke ablativne doze zračenja promijenile strukturu DNK.

Radiochirurgija Zagreb danas uz sve navedeno raspolaže i najsuvremenije opremljenim bolesničkim sobama, jedinicom za intenzivnu skrb te

tehnološki iznimno naprednom onkološkom kirurškom dvoranom. Ovime smo kao specijalna bolnica u praksi uveli suvremenu hibridnu kirurgiju koja, u slučajevima kad je to indicirano, kombinira klasičnu kirurgiju s radiokirurgijom.

U novoj operacijskoj dvorani rabi se tzv. *image guiding* sustav koji nam omogućuje operacije uz računalni prikaz svih relevantnih snimaka područja koje se operira u stvarnom vremenu, a imamo i *Light Vision* tehnologiju koja operateru omogućuje lako razlikovanje tumorskoga tkiva i limfnih čvorova. Riječ o japanskoj tehnologiji koja se po prvi put upotrebljava na našim prostorima u otvorenoj abdominalnoj kirurgiji. Usto bolnica raspolaže intraopera-

tivnim C lukom koji ima rezoluciju CT uređaja i liječnicima omogućuje vrlo precizno slikovno navođenje tijekom operacije. Imamo najsuvremeniji uredaj za zaustavljanje krvarenja na velikim površinama, kao i vrhunsku tehnologiju plazma sterilizacije zraka u svim prostorijama bolnice, radi maksimalne zaštite pacijenata od infekcije, što se pokazalo iznimno važnim i korisnim u vrijeme pandemije novog koronavirusa.

➤ **O kakvoj se sve dijagnostici radi? Tko su vaši stručnjaci i kakav je njihov profil?**

Dijagnostičke prostorije opremili smo *ultra-low dose* CT uređajem velike brzine s 384-slojnim načinom rada, magnetom jačine 3-Tesla koji

>>



Stručni tim Radiochirurgije

je posebno prilagođen za onkologiju i ultrazvukom najnovije generacije koji ima mogućnost fuzije slika CT-a i MR-a u realnom vremenu. Kombinacija ovih triju uređaja omogućuje i najsuvremenije dijagnostičke postupke poput 3D fusion topografije, a svi uređaji su opremljeni posebnim navigacijskim sustavom za stereotaksijsku navigaciju i uzimanje uzoraka tkiva za histološku analizu.

Iznimno sam ponosan na stručni tim koji smo uspjeli okupiti jer na raspolaganju imamo više od dvadeset vrhunskih domaćih i stranih kirurga, onkologa, radiologa, radiofizičara i ostalih stručnjaka, među kojima se nalaze i imena kao što su profesori Paladino, Škegro, Patrlj,

Nikolić, Jadrijević, Vrdoljak i Šobat, mlađe kolege Kaučić i Pedišić te iskusni radiolozi Rubin i Schmidt. Kod Radiochirurgije posebnu ulogu imaju medicinski fizičari i inženjeri predvođeni kolegom Kosminom, a velika je pomoć timu i poseban znanstveni savjetnik poliklinike i jedan od vodećih svjetskih radiokirurških fizičara prof. Andreas Mack sa sveučilišta u Zürichu.

► Koje je vaše uže područje djelovanja? Bavite li se nekim specifičnim vrstama tumora, kako i na koji način?

U Radiochirurgiji Zagreb opremljeni smo za liječenje većine karcinoma, a uže područje djelovanja su nam metastatska i oligometastatska širenja kod karcinoma kojih na žalost

ima jako puno. Kad je riječ primjerice o karcinomu pankreasa, naši su rezultati već nakon tri godine priznati kao vrh onog što se danas u svijetu radi. Naši stručnjaci su na Međunarodnom kongresu stereotaksijske radiokirurgije u Rio de Janeiru prezentirali do sada neviđene rezultate u liječenju inoperabilnog lokalno uznapredovalog karcinoma gušterače kod skupine pacijenata koja se liječila kod nas i čije smo zdravstveno stanje promatrati nakon zahvata. Kod nekih pacijenata uspjeli smo postići preživljavanje i preko tri godine, što je uistinu velik pomak. Prvi smo kod zahvata obavili zračenje visokim dozama uz precizno praćenje gibanja tumora i kombinaciju kemoterapije i radiokirurgije, a u

suradnji s našim vodećim hrvatskim klinikama. Prema našim saznanjima bili smo i prvi koji su milimetarski točno izmjerili gibanje gušterače kad je pacijent u stanju mirovanja. To nam je omogućilo da tretman bude super precizan, da se maksimalno štedi okolno tkivo, a da doze budu ablativne. Broj uspješnih zahvata i pacijenata koje pratimo - neke već više od tri godine, svrstao nas je u referentne centre na svjetskoj razini.

Također, naš kirurško-onkološki tim obavio je nedavno i prvu operaciju raka dojke uz intraoperativno radioterapijsko zračenje (IORT), prvi takav zahvat na ovim prostorima. Radili smo s Zeissovim Intrabeam sustavom kojim se ležište tumora zrači neposredno nakon odstranjivanja, a riječ je o iznimno preciznom tretmanu koji omogućuje manji broj radioterapijskih zahvata u postoperativnom

razdoblju te kojim se prigodom zračenja postiže veća učinkovitost i maksimalno štite okolno tkivo i vitalni organi poput pluća i srca. Primjerice, kod pacijentica koje boluju od karcinoma s niskim i srednjim rizikom dodatna zračenja nisu ni potrebna, dok je kod ostalih potreban znatno manji broj radioterapijskih tretmana, 4 - 5 umjesto 20 i više.

► Što vas razlikuje od drugih ustanova i privatnih ustanova sličnog profila u ovom dijelu Europe?

Mi smo jedina medicinska ustanova na području jugoistočne Europe koja raspolaže ovom razinom radiokirurške i kirurške opreme koja je specijalno prilagođena onkologiji. Treba spomenuti i posebne softvere koji svu opremu dižu na još višu razinu učinkovitosti i preciznosti. Na raspolaganju nam je arsenal različitih oružja za

borbu protiv karcinoma - od sofistiranih pretraga poput primjeric virtualne kolonoskopije i drugih koje sam prije spomenuo do vrhunske klasične kirurgije, hibridne kirurgije pa do ablativnih radiokirurških metoda kao što su SRS (stereotactic radiosurgery), SBRT (stereotactic body radiotherapy) ili pak fleksibilnosti koju nam daje IORT.

Možda je najvažnije od svega da naši pacijenti prolaze kroz konzilijsku evaluaciju tima u kojem se nalaze kirurzi, onkolozi, radiolozi, fizičari i svi koji su potrebni za kvalitetnu evaluaciju i optimalan način terapije dogovaraju se konsenzusom. Kao što znamo, upravo je ta maksimalna interdisciplinarna koordinacija ključ uspjeha u liječenju karcinoma. Treba reći i da smo po cijenama usluga oko 20 - 30 posto ispod prosjeka u usporedi s drugim vodećim europskim onkološkim klinikama, a radioki-

Prof. Dragan Schwarz, prof. Leonard Patrlj i prof. Igor Nikolić (s lijeva na desno)





rurški zahvati mogu se obaviti i na uputnicu HZZO-a.

➤ **S kojim sve ustanovama surađujete i na koji način?**

Surađujemo praktično sa svim vodećim hrvatskim bolnicama i kliničkim centrima. S nekima imamo i formaliziranu suradnju, a također smo i nastavna baza i edukacijski centar za Medicinski fakultet u Rijeci, Medicinski fakultet u Osijeku, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Fakultet dentalne medicine i zdravstva u Osijeku. Usto smo internim onkološkim sustavom povezani u mrežu onkoloških centara diljem svijeta, s kojima redovito dijelimo svoja znanja i iskustva. Nekoliko članova našeg tima su i članovi američke kirurške akademije, što nam daje pristup najnovijoj svjetskoj praksi i znanju na području onkološke kirurgije.

➤ **Kakva su vaša dosadašnja iskustva? Postoje li kakve mjere praćenja i ishoda?**

Trenutno je u pripremi nekoliko radova koje ćemo objaviti o liječenju lokalno uznapredovalog inoperabil-

nog karcinoma gušterače, nastavno na vrlo relevantne rezultate praćenja pacijenata koje već imamo. Pacijenti kod nas mogu na jednomu mjestu obaviti cijelokupnu dijagnostiku ako je potrebno, operativni kirurški zahvat, liječenje radiokirurgijom kao i redovito postoperativno praćenje svoga zdravstvenog stanja.

Stanje svakog našeg pacijenta pratimo od trenutka dolaska na prvi pregled, jer nam je cilj uvijek utvrditi optimalnu terapiju koja će polučiti najbolje rezultate.

➤ **Koji su glavni nedostaci trenutačne hrvatske onkološke prakse, a koja su moguća rješenja?**

Nažalost u Hrvatskoj još uvijek vrlo kasno otkrivamo karcinom, što utječe na ishod liječenja i moramo puno više poraditi na podizanju svijesti o pravovremenim preventivnim pregleđima kako bismo smanjili smrtnost po kojoj smo još uvijek u europskom vrhu. Zlatno je pravilo kod liječenja karcinoma da što ga prije otkrijemo i da imamo više opcija za njegovo liječenje. Velik je problem što pacijent

kod nas još uvijek ide od ustanove do ustanove. Moramo mu omogućiti sustavno liječenje i koordinaciju svih koji u njemu sudjeluju, a upravo to mi u Radiochirurgiji imamo. To nam jako olakšava rad jer svaki pacijent prolazi multidisciplinarni onkološki kolegij.

➤ **Tko je Dragan Schwarz i kakav je Vaš životni put?**

Svoju sam liječničku karijeru počeo iz ratne bolnice u Novoj Biloj gdje nismo imali ništa osim svojeg znanja i želje da pomognemo najbolje što možemo. U vrijeme rata smo spašavali živote u uvjetima gdje praktično sve ovisi o vama samima jer gotovo ništa drugi nemate na raspolaganju. Kad radite u uvjetima gdje u jednoj prostoriji ima više od 30 bolesničkih kreveta, operirate doslovno u podrumu samostana i prenosite ljude na nosilima na otvorenom i prođete takav kirurški put, shvatite da je to jedna velika škola i da nas je upravo to iskustvo naučilo biti boljim doktorima.

Planirao sam otići u inozemstvo, ali me od toga odgovorila moja obitelj i drago mi je zbog toga. Odlučili smo uzeti stvar u svoje ruke i pokrenuti priču od koje će pacijenti imati koristi i smatram da smo to u posljednjih nekoliko godina stvarno i uspjeli ostvariti. Osobno sam iznimno ponosan na sve što smo ovde izgradili, na tim kakav smo okupili, kao i na rezultate kakve ostvarujemo, a naprijed me tjera sve ono što još imamo za ostvariti.

➤ **Koji su planovi Radiochirurgije za budućnost? U kojem smjeru se planirate razvijati?**

Naša je filozofija rak napasti svim mogućim oružjima, od klasične kirurgije do radiokirurgije i svim ostalim metodama onkološkog liječenja. Prerano je za neke konkretne



Medicinski tim Radiochirurgije

najave, ali u idućoj godini planiramo još više razviti IORT te još jedan velik tehnološki iskorak. U stalnom smo kontaktu s vodećim svjetskim institucijama, istraživačkim centrima i proizvođačima najsuvremenije onkološke opreme koji su pokazali interes za naše rezultate i kojima pomažemo u razvoju novih tehnologija, a stalni nam je cilj sustavno jačati stručni tim i znanja kojima raspolažemo, jer je to ipak najvažnije.

► **Što je potrebno promijeniti u hrvatskoj legislativi u svrhu boljeg rada ovakve vrste privatnih poliklinika?**

Puno nade polažemo u dopunu nacrtu Nacionalnog plana protiv raka 2020. - 2030. koji, nažalost, u svim svojim dijelovima potpuno zanemaruje specijalne bolnice i druge ustanove u privatnom sektoru kao dionike u nacionalnoj borbi protiv raka. Držim da pacijentu treba, u skladu s mogućnostima, pružiti najbolju uslugu koja je dostupna na tržištu, bez obzira radilo se o javnom ili privatnom zdravstvu i da pritom

Naša je filozofija rak napasti svim mogućim oružjima, od klasične kirurgije do radiokirurgije i svim ostalim metodama onkološkog liječenja.

treba zajamčiti i kontrolirati kvalitetu te da nema nikakvog razloga praviti razliku između javnog i privatnog sektora. Sudjelovali smo u procesu savjetovanja i predložili da se u nacrt uključi dio teksta o ostvarivanju kvalitetne suradnje javnog i privatnog sektora kako bi se oboljelimu od raka omogućila najviša dostupna razina liječenja, da se u popis dionika uključe i ustanove privatnog sektora kao legitimni dio zdravstvenog sustava Republike Hrvatske te da strategija ne ignorira činjenicu da se u Hrvatskoj uspješno provode i suvremene radioterapijske i radiokirurške metode kao što su SBRT i SRS koje su uz to dostupne na uputnicu HZZO-a. Svim tim dopunama želimo dati do znanja koliki je doprinos privatnog sektora u ovom području zdravstvene skrbi i potaknuti dublju suradnju privatnih i javnih ustanova jer će od toga pacijenti imati najviše koristi.

Rak možemo i moramo pobijediti svim snagama koje imamo na raspolaganju.

SUSTAV SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA – (NE)

JEDNAK ZA SVE?

Svaki, pa i zdravstveni sustav, predstavlja živ organizam koji se s vremenom mijenja, prilagođava i poboljšava, a sve u svrhu prilagodbe novonastalim promjenama i prilikama. Sukladno tome je i sustav specijalističkog usavršavanja nakon nekoliko desetljeća ustaljenog načina funkcioniranja došao na red te je 2011. objavljen Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji je u mnogočemu promijenio način stjecanja statusa specijalista za mnoge struke.



Uredila KSENIJA VUČUR, dr. med.
Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a

Jedna od temeljnih promjena zahvatila je dvije najveće specijalističke grane u medicini, a to su interna medicina i kirurgija. S dotadašnjeg načina obavljanja specijalizacije u četiri godine i stjecanja zvanja specijalista opće interne medicine ili opće kirurgije, te dodatnog usavršavanja

u obliku uže specijalizacije kojom bi se stjecalo zvanje subspecijalista određene internističke ili kirurške grane, prešlo se na nov način usavršavanja pohađanjem tzv. usmjerenih specijalizacija. Ono podrazumijeva izravno usavršavanje u jednoj od internističkih odnosno kirurških grana u dvije godine zajedničkog debla i u dodatne tri godine usmjerene specijalizacije, čime se stječe zvanje specijalista određenog internističkog ili kirurškog usmjerjenja bez pohađanja uže specijalizacije kako je to bilo do tada.

Ovaj način u prvi mah čini se vrlo pragmatičan jer su doktori medicine odmah mogli birati željeno usmjerjenje, a koje je i kraće trajalo, no odmicanjem vremena i polaganjem prvih ispita poslije ovakvog načina specijalističkog usavršavanja počeli su se pojavljivati prvi upiti i nelogičnosti, od kojih ćemo ovdje navesti samo neke.

Prvo je, a možda i najvažnije, stjecanje statusa subspecijalista i pitanje koeficijenta u isplati plaća, a time i vrednovanju liječnikova rada. Naime, sustav subspecijalističkog usavršavanja ukinut je samo za internističke i kirurške struke, dok su sve ostale struke zadržale prijašnji ustaljeni obrazac, koji čine specijalizacija plus uža specijalizacija, iako u Pravilniku u drugom članku stoji - a odnosi se na sve - da se doktori medicine mogu stručno usavršavati u obliku specijalizacije i uže specijalizacije, odnosno akreditacijskog područja. Prema tome, ovo pravo mogu ostvariti sve struke u medicini, osim interne medicine i kirurgije, što nameće pitanje (ne)jednakosti doktora medicine unutar sustava specijalističkog usavršavanja. Osim toga, stjecanjem statusa užeg specijalista povećava se i koeficijent, a time i plaća, što u sustavu dodatno stvara nejednakosti između pojedinih specijalističkih grana. Također, **time je prouzročena i neravnopravnost među nekim specijalističkim granama jer za isti posao i odgovornost specijalista usmjerenog internističkog ili kirurškog usmjerjenja (npr. kardiologa ili kardiokirurga) i subspecijalista (kardiologa ili kardiokirurga) oni nisu jednakno plaćeni, jer nemaju isti koeficijent iako obavljaju isti posao.**

Nadalje, postavlja se pitanje kurikula i strukturne organizacije samog programa specijalističkog usavršavanja. Novim Pravilnikom donesen je i kurikul u kojemu su jasno opisane i nabrojene kompetencije i vještine koje specijalizant mora stići za vrijeme svoje specijalizacije, i to vrlo jasno na kojoj razini

i u kojoj mjeri, a za koje mentor svojim potpisom potvrđuje da ih je specijalizant u konačnici i stekao. Taj dokument, koji se naziva knjižica specijalističkog usavršavanja, zapravo predstavlja svojevrstan popis onoga što doktor medicine nakon položenoga specijalističkog ispita može raditi i za što je osposobljen, a što ima i svoje pravne posljedice u slučaju pravnih sporova, kojih je danas sve više. Tim su kurikulom jasno i decidirano razrađene kompetencije u pojedinim specijalističkim granama koje su usko vezane za obavljanje kompetencija vezanih samo iz svog područja, iako i tamo ima raznih nedoumica. Ipak, takav kurikul dovodi i do svojevrsnih ograničenja, a što najviše do izražaja dolazi u obavljanju dežurstava kada na raspolaganju nemamo specijaliste svih usmjerenja, a moramo zbrinuti bolesnika, osobito u manjim bolnicama. **Tako se postavlja pitanje tko će dispnoičnom bolesniku s pleuralnim izljevom u općoj bolnici na internističkom odjelu pomoći punkcijom izljeva, ako je tada u dežurstvu prisutan specijalist reumatolog koji nema ovu kompetenciju navedenu u kurikulu uže specijalizacije.** Čak se ni priznavanjem zajedničkog debla kao osnove za priznavanje statusa općeg internista ne rješava ovaj problem jer i dalje navedena kompetencija nije navedena u kurikulu. Tako dolazimo do toga da za funkcioniranje dežurne službe u svakom trenu u svakoj bolnici u isto vrijeme moraju biti prisutni gotovo svi specijalisti određenih internističkih ili kirurških grana. **Upuštanjem u zahvate koji nisu predviđeni i navedeni u knjižici specijalističkog usavršavanja svaki se liječnik izlaže potencijalnom pravnom gonjenju u slučaju neke komplikacije jer je obavio zahvat za koji prema kurikulu nije educiran.** Ovakvim načinom specijalističkog usavršavanja bit će gotovo nemoguće osigurati dežurnu službu čak i u najvećim središtima, a ne samo u manjim bolnicama.

Priznavanje zajedničkog internističkog i zajedničkog kirurškog debla kao osnove za stjecanje statusa općeg internista ili kirurga, povlači za sobom nova pitanja. Jedno od tih je i smislenost postojanja specijalizacija iz opće interne i opće kirurgije jer koji je smisao specijalizirati nešto pet godina i dobiti isto što netko

drugi dobije za dvije godine (za što se to onda usavršava opći internist dodatne tri godine i koje su prednosti pred onima koji to steknu za dvije godine!?). Također, time bi i svi infektolazi i transfuzolozi postali opći internisti i stekli uvjete da obavljaju djelatnost u internističkim službama, jer u svom usavršavanju također imaju zajedničko internističko deblo.

Dakle mnogo je više pitanja nego odgovora koja će svakako zahtijevati reviziju sadašnjeg načina specijalističkog usavršavanja i rad na njegovu unaprjeđenju. Također se jasno vidi i stavljanje internista i kirurga u inferioran položaj u odnosu na druge struke, što u konačnici smanjuje interes za specijalizaciju u tim područjima, a koje su i ovako deficitarne.

Podsjetimo na kraju da je Hrvatska liječnička komora uputila Ministarstvu zdravstva prijedlog Zakona o plaćama kojim bi se trebao riješiti i problem nejednakosti koeficijenata subspecijalista i usmjerenih specijalista. Izjednačavanjem položaja svih dionika sustava čini ga pravednijim i prihvatljivijim, a on se mora temeljiti na poticanju rada i usavršavanja.

Kako izgleda takav rad u praksi ispričao je dr. sc. Stefan Mrdenović, dr. med., specijalist hematolog iz KBC-a Osijek, te ukazao na brojne probleme mladih liječnika u radu na OHBP-u.

„Objedinjeni Hitni bolnički prijemi (OHBP) imaju u Hrvatskoj od trenutka svoga nastanka brojne iznimno ozbiljne organizacijske i radne probleme s kojima se mlađi liječnici koji tamo rade moraju nositi. Ovo ne pišem kao specijalist hitne medicine nego kao mlađi specijalist hematolog koji sam poput mojih brojnih kolega specijalizanata i specijalista drugih struka primoran raditi na OHBP-u KBC-a Osijek od kolovoza 2013. S obzirom na to da se ovdje radi o višeslojnoj složenoj problematici, osvrnuti ću se samo na ključne i aktualne probleme mlađih liječnika u radu na hitnom prijemu, uz pokušaj otvaranja šireg problema vrednovanja strukovnog obrazovanja mlađih liječnika.“

OHBP-i su u Hrvatskoj organizirani kao samostalne bolničke podjedinice koje uz postavljene liječnike, medicinske sestre i

tehničare imaju i svoga pročelnika, glavnog medicinskog tehničara i administratora. Rad zaposlenika ove podjedinice organiziran je smjenskim i redovitim radom različito u raznim bolnicama u Hrvatskoj. Također ova podjedinica ima svoje specifične uvjete rada koje donose određene dodatke na plaću, a liječnici specijalisti hitne medicine koji tamo rade imaju specifičan platni koeficijent vezan uz svoju specijalizaciju. Ništa od toga ne bi bilo sporno da je rad na OHBP-u tako i organiziran, no na njemu rade liječnici čiji je rad organiziran drukčije, zaposleni su na drugim odjelima s drukčijim uvjetima rada i imaju druge specijalizacije koje u konačnici donose i drukčije platne koeficijente“, pojašnjava dr. Mrdenović.

Liječnici koji nisu zaposleni u ovim podjedinicama, nastavlja dr. Mrdenović, pokrivaju rad hitnog prijema u 70 - 80 % sveukupnog radnog vremena OHBP-a. Pojedini liječnici zaposleni na drugim odjelima provode i više od 30 % svog redovitog radnog vremena na OHBP-u. Potrebno je, kaže, naglasiti da većina od liječnika zaposlenih na drugim odjelima ne radi na OHBP-u svojevoljno, nego su od njihova osnivanja primorani tamo raditi. Raspored rada i smjena na OHBP-u organizira načelno njegov pročelnik koji uz upitno ovlaštenje može raspoređivati zaposlenike drugih odjela na rad u podjedinicu OHBP-a. U određenim situacijama pročelnici drugih klinika također uz upitno ovlaštenje zaposlenike svoje jedinice šalju na rad u drugu organizacijsku jedinicu OHBP-a. Dok se ovakva praksa, tvrdi dr. Mrdenović, svakodnevno smatra potpuno normalnom, ovakvo ponašanje nimalo nije u skladu s Pravilnikom o organizaciji rada na hitnom prijemu. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje hitne medicine (NN 71/16) u članku 18. strogo navodi broj specijalista hitne medicine koji u svakom trenutku moraju biti prisutni na radu u ovoj jedinici, ovisno o obveznom broju kreveta, a koji niti u jednoj ustanovi u Hrvatskoj nije stalno ispunjen. Iz tog jednostavnog razloga većina, ako ne i svi hitni prijemi u Hrvatskoj, ne zadovoljavaju minimalne uvjete za rad.

>>

NEJEDNAKOST KOEFICIJENATA I PROBLEMI RADA NA HITNOM PRIJEMU

- 1. Većina, ako ne i svi OHBP-i u Hrvatskoj, ne zadovoljavaju minimalne uvjete za rad.**
- 2. Svi liječnici koji nisu specijalizanti i specijalisti hitne medicine koji rade u OHBP-u od kolovoza 2019. rade protivno Pravilniku, i na račun vlastitog rizika za zakonsku odgovornost u slučaju tužbe pacijenta za nestručno liječenje.**
- 3. Svi liječnici koji su primorani raditi u OHBP-u nisu za svoj rad primjereno niti izjednačeno plaćeni, niti u pogledu koeficijenta zanimanja, niti posebnih uvjeta rada.**
- 4. Svi liječnici koji su primorani raditi u OHBP-u obavljaju rad izvan redovitom i pravilne organizacije rasporeda rada, što može povećati rizik od liječničkih grešaka ili ozljeda na radu.**
- 5. Liječnici koji su završili specijalizacije po novim programima nemaju jednake koeficijente rada kao liječnici sa starijim programima specijalizacije za rad na istim odjelima i za obavljanje istog opsega posla te u velikoj mjeri nemaju mogućnost daljnog subspecijalističkog usavršavanja.**

„Pravilnik u svojim prijelaznim i završnim odredbama u članku 20. također navodi da će do završetka izobrazbe liječnika hitne medicine djelatnost u njemu obavljati: doktori medicine, doktori medicine na specijalističkom usavršavanju, doktori medicine specijalisti interne medicine, specijalisti opće kirurgije ili specijalisti anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja, dok odgovorna osoba u OHBP-u do izobrazbe specijalista hitne medicine mora biti specijalist interne medicine, specijalist opće kirurgije ili specijalist anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja. **Kardinalne su greške ili svjesno zanemarivanje u interpretaciji ovoga Pravilnika da liječnici koji su završili novi program izobrazbe specijalizacija, a u većoj mjeri rade kao odgovorne osobe na OHBP-u, nisu specijalisti interne medicine niti opće kirurgije pa protuzakonito rade na OHBP-u.** Od liječnika usmjerenih specijalizacija traži se da obavljaju

poslove specijalista interne medicine ili kirurgije, iako oni te propisane specijalizacije nemaju niti su za njih primjereno plaćeni, uvezši u obzir razliku koeficijenta između starog i novog programa specijalizacije. Iako je program usmjerenih specijalizacija sličan starome, može se postaviti pitanje i stručne kompetentnosti te ugroze pacijenata prisilom ovih liječnika s novim specijalizacijama za rad u OHBP-u, što se izravno protivi jasno definiranim uvjetima navedenog Pravilnika. Liječnici koji su završili programe usmjerenе specijalizacije internističkih grana nemaju niti mogućnost subspecijalizacije iz bilo kojeg područja. Na moj osobni upit upućen Ministarstvu zdravstva o mogućnosti subspecijalizacije iz intenzivne medicine, na vlastiti trošak, dobio sam odgovor kako nakon provedenog programa usmjerenе specijalizacije iz hematologije nemam mogućnost subspecijalizacije iz intenzivne medicine.

Nadalje, vrijeme prilagodbe u trajanju od tri godine navedeno u Pravilniku isteklo je u kolovozu 2019., nakon čega je protuzakonito da svi liječnici koji nisu specijalisti ili specijalizanti hitne medicine rade u OHBP-u. S istekom vremena prilagodbe navedenog Pravilnika sada se ponovno postavlja pitanje protuzakonitog rada i liječnika specijalista interne medicine, specijalista opće kirurgije ili specijalista anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja. Neozbiljan pristup ovom problemu kao administrativno beznačajnim krši se providnost zakonodavca o isključivoj nužnoj prisutnosti liječnika specijalista hitne medicine na radu u OHBP-u“, govori dr. Mrđenović.

Neovisno o pojedinačnoj osobnoj stručnosti i kompetentnosti drugih specijalista u njihovoj edukaciji, ona nije dovoljna upravo u hitnim medicinskim zbivanjima čije rano neprepoznavanje može u određenim situacijama rezultirati negativnim ishodom. Također, specijalisti drugih specijalizacija zaposleni na svojim odjelima imaju drugčiju organizaciju rada, koja često značajno kolidira s organizacijom rada u OHBP-u. Dok specijalisti hitne medicine rade, recimo, uвijek smjenskim radom u dvanaestosatnim smjenama, liječnici drugih specijalizacija rade na svojim matičnim odjelima redovito radno vrijeme u trajanju od osam sati uz brojne smjene smjenskim načinom rada na OHBP-u. Događa se da specijalisti hitne medicine u OHBP-u imaju ispunjen redovan broj radnih sati uz primjereno vrijeme odmora između smjena, dok liječnici zaposleni na drugim odjelima imaju brojne prekovremene sate jer su, uz ispunjavanje redovitog rada, primorani dodatno raditi smjenski na OHBP-u bez primjerene mogućnosti odmora, što narušava i remeti organizaciju rada na njihovim matičnim odjelima. Kao što je već navedeno, dio rada koji su liječnici drugih specijalizacija primorani odraditi na OHBP-u nije obraćunat kao liječnicima specijalistima hitne medicine čak i izdvojeno samo u vremenu rada na OHBP-u po razini koeficijenta i posebnih uvjeta rada.

Sva ova organizacijska kršenja zakona dovode do toga da liječnici specijalisti hitne medicine u velikoj mjeri uredno i

Služba za pravne i stručno-medicinske poslove HLK-a:

OČEKUJEMO ODLUKU NADLEŽNIH HOĆE LI I KAKO USKLADITI KOEFICIJENTE

Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine utvrđuju se, između ostalog, grane specijalizacije doktora medicine, trajanje i program specijalizacija i užih specijalizacija. Kako naglašavaju u Službi za pravne i stručno-medicinske poslove HLK-a odredbama Pravilnika propisane su specijalizacije iz opće interne medicine, gastroenterologije, kardiologije, nefrologije, hematologije, endokrinologije i dijabetologije, internističke onkologije, reumatologije i transfuzijske medicine koje imaju zajedničko internističko deblo u trajanju od 22 mjeseca, nakon čega slijedi usmjereno specijalističko usavršavanje u trajanju od 33 mjeseca iz gastroenterologije, kardiologije, nefrologije, hematologije, endokrinologije i dijabetologije, internističke onkologije, reumatologije, transfuzijske medicine, te poslijediplomski specijalistički studij u trajanju od 3 mjeseca.

Na užu specijalizaciju iz gastroenterologije, kardiologije ili nefrologije može se uputiti specijalist interne medicine koji je specijalizaciju završio prema programu iz prijašnjih pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Prema informacijama kojima HLK raspolaze, tijekom provođenja usmjerene programa specijalističkog usavršavanja u trajanju od 33 mjeseca i propisanog specijalističkog poslijediplomskog studija u trajanju od 3 mjeseca, liječnik spec. opće interne medicine prima specijalističku plaću.

Prema Uredbi o nazivima radnih mesta i koeficijenata složenosti poslova u javnim službama doktor medicine specijalist, uži specijalist u bolnici, državnom zdravstvenom zavodu ima koeficijent 2,298. Doktor medicine specijalist, u bolnici, državnom zdravstvenom zavodu ima koeficijent 2,027.

„Iz navedenoga se vidi razlika u vrijednostima koeficijenata subspecijalista i usmjereni specijalista, te u ovom trenutku očekujemo od nadležnih institucija odluku o tome hoće li se i kako ovi koeficijenti uskladiti odnosno izjednačavati“, kazali su u Službi za pravne i stručno-medicinske poslove HLK-a.

Zajedničko deblo jest zajednički dio specijalizacije za internističke, kirurške i ostale specijalizacije, koje obuhvaća usavršavanje o temeljnim kompetencijama za navedene specijalnosti. Nakon završetka zajedničkog debla specijalizant polaže završni ispit. U vezi s dežuranjem u OHBP-u Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine („NN“, broj 71/16) u čl. 21. definirano je kako u „U OHBP-u do završetka izobrazbe specijalista hitne medicine, djelatnost hitne medicine obavljat će doktori medicine, doktori medicine specijalisti interne medicine, specijalisti opće kirurgije ili specijalisti anestezijologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja.“

zadovoljavajuće rade na OHBP-u, dok su liječnici drugih specijalizacija primorani raditi na OHBP-u izvan primjerenе organizacije radnog vremena i plaćanja, i to u ukupnosti od 70 % svih smjena u OHBP-u u odnosu na 30 % smjena koje obavljaju liječnici specijalisti hitne medicine.

„Ovaj se problem dugo godina pravda jednostavno nedovoljnim brojem liječnika specijalista hitne medicine te neobjašnjivom nezainteresiranošću mladih liječnika za iznimno izazovnu i perspektivnu specijalizaciju hitne medicine. Nadležni se smatraju lišeni svake odgovornosti što se u ugovoru o radu liječnika navodi mogućnost raspoređivanja zaposlenika unutar bilo koje bolničke podjedinice, no bez razumijevanja da ova klauzula ne lišava obveze očuvanja

kompetencije zaposlenika za posao koji obavlja. Iako u Hrvatskoj postoje brojni liječnici specijalisti hitne medicine zaposleni u djelatnosti izvanbolničke hitne medicine, ne vidi se potreba za njihovim uključivanjem dodatnim ili honorarnim radom u rad OHBP-a. Naprotiv, liječnici specijalisti hitne medicine, iako pokrivaju samo 30 % ukupnog broja smjena na OHBP-u, honorarno rade u ustanovama izvanbolničke hitne medicine jer za svoj izuzetno težak rad na OHBP-u nisu prikladno plaćeni.

Također se ne uviđa potreba za privlačenjem mladih liječnika na specijalizaciju iz hitne medicine dodatnim financijskim, edukacijskim ili ugovornim potporama ili mogućnost bolje organizacije smjena povećanjem opsega rada liječnika hitne

medicine na način da se rad organizira u osmosatne i šesnaestosatne smjene radi finansijske uštede. Ukoliko su liječnici već primorani na rad u OHBP-u, trebali bi za takav rad biti finansijski kompenzirani primjerenum obračunom koeficijenta plaće ili posebnih uvjeta rada. Do sada se odgađala potreba hitne reforme spajanja izvanbolničke hitne pomoći i OHBP-a iako je općepoznat nedostatak liječnika specijalista hitne medicine i neprikladna zdravstvena skrb nad pacijentima u OHBP-u“, ističe dr. Mrđenović.

Način postupanja za sada je riješen samo usmenim naputkom Ministarstva zdravstva donesenog u rujnu 2019. na čelu s bivšim ministrom prof. Kujundžićem, o neodgodivom uključivanju liječnika svih specijalizacija na rad u OHBP-u.



PREDIZBORNA OBEĆANJA – PARLAMENTARNI IZBORI 2020.

Stavovi političkih stranaka i koalicija o najvažnijim pitanjima hrvatskog liječništva i zdravstva

Liječničke novine postavile su sedam pitanja Domovinskom pokretu, HDZ-u, MOST-u, i Restartu, strankama i koalicijama za koje smatramo da imaju najveće izglede preuzeti odgovornost za vođenje zdravstvenog sustava. Pročitajte njihove odgovore u kojima su sažete temeljne odrednice njihovih zdravstvenih politika.

PREDSTAVITE KLJUČNE TOČKE ZDRAVSTVENE POLITIKE KOJU ĆETE ZASTUPATI I PROVODITI OSVOJITE LI VLAST NA PARLAMENTARNIM IZBORIMA?

DOMOVINSKI POKRET:

- > Jedan od glavnih zadataka Strategije razvoja zdravstva 2020. - 2030. godine Domovinskog pokreta Miroslava Škore je reformirati zdravstveni sustav kojim će se za sve bolesnike u Republici Hrvatskoj, na cijelom njenom teritoriju, osigurati sveobuhvatnost, kontinuiranost i dostupnost zdravstvene usluge. Radi postavljenih ciljeva i efikasnog provođenja svih dijelova Strategije vlasnik svih bolničkih zdravstvenih sustava u našoj zemlji postat će Republika Hrvatska.
- > KBC Zagreb postaje ustanova od najvišeg nacionalnog interesa. Organizacijski, stručno, znanstveno i kadrovski KBC Zagreb postaje ustanova u kojoj će se planirati, razvijati i provoditi zdravstvena skrb na najvišoj medicinskoj razini. Također KBC Zagreb u suradnji sa ostala četiri regionalna KBC-a postaje središnja ustanova za edukaciju mladih liječnika za cijelu Hrvatsku. Ustrojavaju se četiri regionalna

centra /KBC/ na najvišoj stručno-znanstvenoj razini sa mrežom općih bolnica koje gravitiraju KBC-u. Četiri KBC-a u Splitu, Rijeci, Osijeku i Zagrebu postaju regionalni nositelji zdravstvenog sustava te stručni mentor za sve opće bolnice na tom području. Ravnatelj KBC-a u suradnji s medicinskim ravnateljem općih bolnica planira organizaciju i provođenje medicinske skrbi za bolesnike koji gravitiraju općoj bolnici.

- > Kako su opće bolnice često stručno ili dostupnom medicinskom opremom nisu u mogućnosti da odgovore potrebama očekivane i proklamirane zdravstvene skrbi za bolesnike koji gravitiraju bolnicu, uvodi se stručni mentorski sustav KBC-a prema općim bolnicama, odnosno uvođenje novih organizacijskih oblika koji će omogućiti dizanje rada općih bolnica na višu stručnu ali i organizacijsku razinu.
- > U opće bolnice uvodi se novi oblik planiranja i rukovođenje zdravstvenim sustavom tj. na čelnu poziciju u općim bolnicama uvodi se medicinski ravnatelj. Njegova zadaća je isključivo stručno-organizacijsko podizanje razine rada liječnika u općim bolnicama u suradnji s regionalnim KBC-om. Medicinski ravnatelj u novoj organizaciji zdravstvenog sustava bit će odgovoran za planiranje i provođenje najviše

razine medicinske skrbi za bolesnike koji leže u općoj bolnici. Medicinski ravnatelji općih bolnica u dogovoru sa mentorskim KBC-om dužni su organizirati stručni rad liječnika u općoj bolnici, uz povremenu nazočnost liječnika iz mentorskog KBC-a, ali i odlazak liječnika iz opće bolnice na kratkotrajne edukacije u mentorski KBC tijekom svake godine.

- > HZZO trenutno nema mogućnosti individualnog praćenja liječnika, ishoda liječenja, temeljem koje bi mogli ukazivati i vrednovati rad svakog liječnika pa i cijelih bolnica. Da bi HZZO mogao na transparentan način pratiti ishod liječenja za svakog liječnika u sustavu potrebno je jedinstvena informatizacija HZZO-a i svih bolnica kao i educirani kadar koji će moći te aktivnosti provoditi.
- > Kako HZZO nema razvijenu informatičku podršku i mehanizme praćenja ishoda liječenja u kliničkoj se praksi događa da lijek koji je došao na pozitivnu listu lijekova i planiran je kao lijek drugog ili trećeg reda liječenja već nakon par godina dobiva preko 90 % naših bolesnika. HZZO nakon puštanja nekog lijeka na pozitivnu listu nema više nikakve mehanizme nadzora propisivanja lijeka. Uvest ćemo praćenje ishoda liječenja kao ključnog kriterija uz privremenu registraciju kod odobravanja novih lijekova na listi i formiranja najbolje cijene za HZZO.
- > Ministarstvo zdravstva trenutno je uz bolnice glavni krivac za napuštanje mladih liječnika RH. Sustav prijema mladih liječnika u radni odnos kod prvog zapošljavanja kao i kod dodjele specijalizacije je potpuno netransparentan. Domovinski pokret potpuno će reformirati sustav prijema mladih liječnika u radni odnos. Tako će sve bolnice morati Ministarstvu zdravstva najkasnije do 11. mjeseca tekuće godine predati popis svih Zavoda i Klinika na kojima će biti slobodna mjesta za specijalizaciju tijekom slijedeće godine. Bolnice će biti dužne u izborna povjerenstva za dodjelu specijalizacija osigurati dva mesta za mlade liječnike, koji još nemaju specijalizaciju i osigurati im potpuni uvid u dokumentaciju i proces odlučivanja, ali bez prava glasa. Bolnice će po odbrenju Ministarstva morati osigurati mladim lijećnicima volontiranje do tri mjeseca na Zavodima i Klinikama koje ih zanimaju. Nakon tri mjeseca volontiranja na Klinici voditelj klinike i jedan liječnik Klinike, uz supotpis, pismeno će se morati očitati s jasnim kriterijima o uspješnom ili neuspješnom prezentiranju mlađog liječnika i dati je na uvid Ministarstvu zdravstva i ravnatelju bolnice.

HDZ:

- > U izbornom programu ističemo kako pravo na zdravlje vredujemo kao temeljno ljudsko pravo. Temeljna odrednica našeg dosadašnjeg i budućeg djelovanja su ljudi, a u fokusu nam je pacijent.
- > Ključne točke zdravstvene politike koju želimo nastaviti provoditi čini modernizacija zdravstvenog sustava i to kroz ulaganje 3 milijarde kuna.

> Zdravstvena skrb te skraćivanje listi čekanja su među prioritetima koje namjeravamo unaprijediti digitalizacijom kroz projekte eNaručivanja, eSmjernice i eBolnice.

> Želimo unaprijediti zdravstveni sustav na ponos svih građana te na taj način omogućiti kvalitetniji život. Zdrava Hrvatska je i sigurna Hrvatska.

MOST:

> U zdravstvenom programu MOST-a iznosi se strategija za ostvarivanje življenja u zdravlju i kvalitetne zdravstvene zaštite. Zdravstvena politika Mosta prepoznaje izazove poput demografskog konteksta porasta iseljavanja, kao i niskog nataliteta kao prijetnje održivosti zdravstvenih sustava. Krhki gospodarski oporavak znatno ograničava raspoloživost resursa za ulaganje u zdravstvo. Izazov je i povećanje zdravstvenih nejednakosti u RH, ali i u odnosu na druge države članice EU-a, kao i trajno i nezaustavljeno povećanje rasprostranjenosti kroničnih bolesti. Opći ciljevi su poboljšanje zdravlja građana RH i smanjenje zdravstvenih nejednakosti te poticanje inovacija u zdravstvu i povećanje održivosti zdravstvenog sustava. Specifični ciljevi su promicanje zdravlja i zdravih životnih navika, uzimajući u obzir načelo „zdravlje u svim politikama”, sprječavanje bolesti i poticanje zdravog okružja za zdrav način života te zaštita građana od ozbiljnih prekograničnih zdravstvenih prijetnji. Specifični ciljevi su i doprinos inovativnim, učinkovitim i održivim zdravstvenim sustavima kao i olakšati svim građanima pristup boljoj i sigurnijoj zdravstvenoj zaštiti. Potrebno je prepoznati, širiti i promicati primjenu dokaza i dobrih praksi u prevenciji bolesti i aktivnosti promicanja zdravlja, kao i u liječenju pacijenata kroz zaštitu zdravstvenih radnika jer su ljudi najveći potencijal zdravstvenog sustava. Važno je i olakšati dobrovoljno prihvatanje inovacija u prevenciji i zaštiti javnog zdravlja te prepoznati, razviti i provoditi dosljednost u pristupima provedbi zdravstvene zaštite temeljene na načelima. Također, nužno je promicati značenje i ulogu volontiranja kao modela iskazivanja i jačanja vrijednosti solidarnosti i potpore u zajednici.

RESTART:

> S obzirom na to da posljednje tri godine Nacionalna koordinacija za zdravstvo obilazi teren i u sklopu naših akcija Prevencijom do zdravlja promoviramo ranu dijagnostiku i prevenciju kardiovaskularnih i malignih te ostalih bolesti, ujedno, osluškujući bilo naših građana i njihove probleme radimo na vrlo progresivnom, ali i temeljito razrađenom programu za zdravstveni oporavak potonulog zdravstvenog sustava. Znajući da imamo najbolje medicinske sestre i liječnike te ostalo zdravstveno i nezdravstveno osoblje uz najlošiji sustav, naš program se bazira na jednako dostupnom zdravstvu za sve jer nam je, kao socijaldemokratima, čovjek bio i ostao u prvom planu i fokusu

>>

- > Planiramo smanjiti liste čekanja radom u dvije smjene uz iskoristivost uređaja i ljudstva u popodnevnim satima, uz adekvatne plaće. Također, još većom afirmacijom dnevnih bolnica te uključivanjem privatnih poliklinika, ali po principu jednakih cijena usluge kao i u bolnicama na teret HZZO-a, bez doplaćivanja od strane pacijenata, uz jednaku uključenost svih zainteresiranih po principu jednakosti te povratkom specijalista u primarnu zdravstvenu zaštitu, čime bi se rasteretio pritisak na bolnički zdravstveni sustav.
- > Svakako je cilj povećanje plaća i poboljšanje uvjeta rada zdravstvenim djelatnicima. Afirmirat ćemo javno zdravstvo koje počiva na temeljima Andrije Štampara, zahvaljujući kojem smo prvi val pandemije prošli razmjerno bezbolno.
- > Bitna je reforma primarne zdravstvene zaštite u smislu davanja veće uloge obiteljskim liječnicima i smanjiti im opterećenost nepotrebnim administrativnim poslovima uz bolju komunikaciju s bolničkim zdravstvenim sustavom. Također je nužna reforma hitne medicine uz revitalizaciju helikopterske službe i uz opremljenost helikoptera svim potrebnim medicinskim uređajima i osobljem te helidromima na 6 punktova u Hrvatskoj. Nužno je i neophodno osigurati primjerenu palijativnu skrb i pacijentima u terminalnoj fazi maligne bolesti omogućiti ustanove u smislu palijativnih timova i suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite te vratiti snagu zdravstvenog turizma.

KAKO PLANIRATE OSIGURATI FINANCIJSKU ODRŽIVOST ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HRVATSKOJ?

DOMOVINSKI POKRET:

- > Financijsku održivost zdravstvenog sustava osigurat će se provođenjem programa reforme koji planira provesti Domovinski pokret.

HDZ:

- > Sadašnja Vlada pokazala je da zna odgovorno upravljati javnim financijama, da je kadra osigurati financijsku stabilnost i da je tri godine zaredom osigurala proračunski višak, trošeći manje nego što uprihođuje. To je pokazao i izlazak iz procedure proračunskog manjka i činjenica da Hrvatska više nije u kategoriji zemalja koje imaju prekomjerne makroekonomske neravnoteže, a pritom joj je vraćanje investicijskog rejtinga omogućio pad kamata, zahvaljujući čemu jeftinije refinancira stare obvezne. Sve to omogućuje zdravije financije, a time i više sredstava i za zdravstvo te na istim načelima namjeravamo nastaviti voditi Vladu i državu u idućem mandatu.

MOST:

- > Potrebno je financijski konsolidirati zdravstveni sustav - prepoznati nedostatak novca u hrvatskom zdravstvenom sustavu kao posljedicu više činjenica: visoke nezaposlenosti u društvu,

razmjerno stare populacije, malih izdvajanja za zdravstvo, neracionalnosti u vođenju prevelikog i neučinkovitog sustava. Prema načelu supsidijarnosti postupno premjestiti postupke zdravstvene zaštite iz bolničke djelatnosti u primarnu zdravstvenu zaštitu, čime bi se uz smanjenje troškova postiglo i povećanje kvalitete na svim razinama zdravstvene zaštite. Primjerom organizacijom, planiranjem i upravljanjem javnim zdravstvom potrebno je racionalizirati troškove bez rizika po zdravlje bolesnika te posebnim propisom finansijski poticati i platiti djelatnike prema ishodima liječenja (odmak od trenutnog sustava koji isključivo plaća učinjeno/fakturirano prema uspješnim ishodima liječenja, poglavito u primarnoj zaštiti). U sve segmente i na sve razine uključiti sve relevantne faktore u zdravstvenom sustavu – komore, poslodavce, sindikate, udruge za zaštitu i promicanje prava pacijenata u suradnji sa zdravstvenom administracijom koja ne smije imati prednost u kreiranju zdravstvene politike, osim savjetodavnog, te potporom u izradi ili izmjenama organskih zdravstvenih zakona. Nužno je stvoriti formalnu podlogu za provedbu otvorenih i korektnih nabavnih natječaja bez stvaranja koruptivne podloge, utvrditi potrebu i povećati broj izvršitelja u sustavu radi optimalnog učinka te revidirati vrijednosti i značajke DTS-a i DTP-a, naime potrebno je kontinuirano revidirati cijene usluga bolničkog liječenja te revizija i optimalizacija Liste lijekova.

RESTART:

- > Financijski stabilan model preduvjet je za ekonomsku održivost sustava. Povećanje izdvajanja iz BDP-a za zdravstvo koje je u RH 6,8 % a u zemljama EU 9,8 % te plaćanjem zdravstvenog osiguranja od svih pravnih subjekata znajući da je u RH 4,1 milijuna osiguranika, a tek 1,6 milijuna uplaćuje osiguranje. Isto tako su transparentna javna nabava, modernizacija HZZO-a po uzoru na osiguravajuća društva i objedinjena javna nabava faktori finansijske stabilnosti, a prije svega snimiti sve dugove i stvarno stanje u zdravstvu.

KOJIH PET STRATEŠKIH PROJEKATA SMATRATE NAJAVAŽNIJIMA ZA HRVATSKO ZDRAVSTVO DO 2024. GODINE?

DOMOVINSKI POKRET:

- > Odgovor je sadržan u odgovoru na prethodno. (op. ur.)

HDZ:

- > Istim - neki od ključnih strateških projekata za hrvatsko zdravstvo su Nacionalna dječja bolnica u Zagrebu i revitalizacija Imunološkog zavoda te osiguravanje samodostatnosti proizvodnje cjepiva i krvnih pripravaka. Unaprijedit ćemo sustav hitne medicinske pomoći i osigurati podizanje potrebnih kompetencija za samostalan rad timovima bez liječnika, a uspostavom sustava Hitne helikopterske službe (HEMS) poboljšat ćemo

uslugu u hitnoj medicinskoj pomoći. Iznimno važnim smatramo i Nacionalni plan protiv raka koji planiramo donijeti.

MOST:

> Povećati kapacite smještaja potrebitih palijativne skrbi i produženog liječenja u blizini doma pacijenta i njegovih bližnjih, po mogućnosti u lokalnoj zajednici. Osnovati vlastitu hitnu helikoptersku i brzobrodsku medicinsku pomoć, samostalnu civilnu službu s visoko educiranim kadrom s jasno definiranim kompetencijama, u skladu s pravilima struke i pravilom zlatnog sata, te međunarodnim obvezama i propisima koje diktira međunarodno pravo i struka. RH se obvezala sve to provesti. Omogućiti i provesti akreditaciju i certifikaciju bolnica kroz razvoj i ugradnju normi kvalitete u poslovanje zdravstvenih ustanova, poboljšati informacijske sustave kao način promoviranja kvalitete funkcioniranja cjelokupnog sustava, razviti indikatore kvalitete, pratiti zdravstvene ishode te sigurnost bolesnika kao osnovne parametre mjerjenja uspješnosti sustava, racionalizirati nezdravstvene djelatnosti. Redefinirati sustav specijalizacija uz primjenu središnjeg planiranja potreba za ljudskim resursima te osnaživanje programa specijalizacija i mentorskog sustava. Dovršiti započete kapitalne projekte bolnica te konačno započeti s realizacijom projekta Nacionalne dječje bolnice.

RESTART:

> Među pet najvažnijih projekata svakako se ubraja izgradnja Nacionalne sveučilišne bolnice, ali s jasno razrađenim izvedbenim planom, oživljavanje našeg Imunološkog zavoda koji nije bio u prioritetima sadašnje Vlade, a od nacionalnog je interesa zbog proizvodnje brojnih pripravaka, interferona i cjepiva. Potom modernizacija i transformacija HZZO-a, Zakon o plaćama i definiranje Ranog programa prevencije kardiovskularnih bolesti i raka, uz uključivanje obaveznih sistematskih pregleda.

PLANIRATE LI DONIJETI ZAKON O PLAĆAMA I STATUSU LIJEČNIKA TE KOJE BI BILE NJEGOVE GLAVNE ODREDNICE?

DOMOVINSKI POKRET:

> Domovinski pokret planira ponovno postaviti liječnike kao subjekt reforme zdravstvenog sustava pa tako i u poziciju budućeg pregovarača.

HDZ:

> Pokazali smo da držimo do zdravstvenih djelatnika i povećali smo plaće sestrama i liječnicima za 20 % te u dijalogu sa socijalnim partnerima riješili pitanje plaćanja prekovremenog rada uz istodobno smanjenje naslijedenog duga u zdravstvu. Istu politiku namjeravamo nastaviti i u idućem mandatu u dijalogu sa

sindikatima, jer želimo jačati zdravstveni sustav, koji se u ovoj krizi pokazao ključnim, i u dijalogu i dogovoru s predstavnicima zdravstvenog osoblja odrediti čemo najbolji način za to.

MOST:

> Da, materijalna i statusna sigurnost, te okvir jasnog stručnog i institucionalnog napretka.

RESTART:

> Svakako se već naveliko kasni sa Zakonom o plaćama i među prioritetima je za naše medicinske sestre i liječnike koji pređano rade za male plaće. Potrebno je reevaluirati kolektivne i strukovne ugovore, u Zakon o plaćama involvirati dodatak na odgovornost i pravilno obračunavanje prekovremenih sati uz dodatke na posebne uvjete rada te stručne i znanstvene titule.

KOJE ĆETE KONKRETNE MJERE DONIJETI ZA ZAUSTAVLJANJE ODLJEVA LIJEČNIČKOG KADRA IZ HRVATSKE?

DOMOVINSKI POKRET:

> Domovinski pokret donijet će niz konkrenih mjera, a jedna od najvažnijih je transparentan sustav zapošljavanja (točka 8 programa).

HDZ:

> Nakon što smo u proteklom mandatu za više od 200 mladih liječnika osigurali specijalizacije u vrijednosti od 217 milijuna kuna, jačat ćemo ljudske resurse i unaprijediti uvjete rada. Naime, potičući inovacije i edukaciju u zdravstvenom sustavu osigurat ćemo poželjno mjesto za rad. Planiranjem ljudskih potencijala i učinkovitim poticanjem ostanka u sustavu javnog zdravstva pobrinut ćemo se da nam ne nedostaje stručnoga kadra koji će nositi zdravstveni sustav u godinama koje su pred nama. Za osiguranje zaštite osobnog i profesionalnog digniteta zdravstvenih radnika nužno je pružiti im mogućnost razvoja vlastitih kompetencija kroz cjeloživotno obrazovanje. Osnaženi i educirani, nadamo se da će biti i potaknuti na ostanak i rad u Hrvatskoj.

MOST:

> Stvoriti uvjete za donošenje zakona o radnim i materijalnim pravima liječnika.

> Utvrditi potrebu i povećati broj izvršitelja u sustavu radi optimalnog učinka.

> Propisati kriterije vremensko-kadrovskih normativa u pružanju zdravstvenih usluga.

> Promicati angažman lokalnih sredina i administrativnih uprava u smislu materijalnog poticanja rada u manje atraktiv-

>>

nim životnim sredinama putem posebnih dotacija, ili poreznih olakšica, ili stambenog zbrinjavanja – stambeni krediti za medicinske djelatnike (deficitarne).

RESTART:

> Cilj je i obaveza zadržati liječnike i medicinske sestre i napokon ih početi cijeniti i vrednovati njihov rad povećanjem plaća, ali i digniteta struke, te poboljšanjem uvjeta rada i stimuliranjem mladih kadrova za odlazak u manje sredine, uz rješavanje stambenog pitanja i motivacije te edukacije.

KAKAV JE VAŠ STAV O ORGANIZACIJI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I DODJELI KONCESIJA?**DOMOVINSKI POKRET:**

> (Nije odgovorio na ovo pitanje.)

HDZ:

> Da bismo odgovorno skrbili o zdravlju, planiramo jačanje preventivnog djelovanja i povećanje dostupnosti primarne zdravstvene zaštite (posebice u ruralnim krajevima) redefiniranjem statusa domova zdravlja te uvođenjem posebnog dežurstva liječnika, a radit ćemo i na jačanju izvanbolničke specijalističke zdravstvene zaštite.

MOST:

> Potrebno je omogućiti lijećnicima obiteljske medicine i drugim lijećnicima, ali i drugim zdravstvenim radnicima, kao i istima zaposlenicima domova zdravlja osnivanje privatne prakse temeljem ugovora s osiguravateljima na ekonomski održivoj razini, kako bi građani imali toliko potrebnu dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

RESTART:

> Svakako smatram da treba omogućiti koncesiju svim kolegama koji to zatraže, uz izjednačavanje plaća liječnika koncesionara i domskih liječnika, tako da se ukine diskriminacija, jer su nam i jedni i drugi stup i prva linija.

ŠTO NAM JERAVATE PROMIJENITI PO PITANJU PRIPRAVNIČKOG STAŽA I SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA DOKTORA MEDICINE?**DOMOVINSKI POKRET:**

> Odgovor je sadržan u prethodnima. (op. ur.)

HDZ:

> Važno je napomenuti da je u zdravstvu potrebno pažljivo planiranje broja, kvalitete i rasporeda zdravstvenih radnika te u tu svrhu donošenje strategije ljudskih resursa, kako bi se anticipirale potrebe zdravstvenog sustava. Člankom 181. stavcima 2. i 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano je donošenje Nacionalnog plana specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika za petogodišnje razdoblje, koji se temelji na potrebi razvoja zdravstvene djelatnosti na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, kao i potrebi zdravstvenog sustava za odgovarajućim specijalnostima zdravstvenih radnika, njihovim brojem, rasporedom te dobnom strukturu.

MOST:

> Redefinirati sustav specijalizacija uz primjenu središnjeg planiranja potreba za ljudskim resursima te osnaživanje programa specijalizacija i mentorskog sustava.
> Promijeniti postojeći propis regulacije rada uz nadzor mentora za mlade liječnike, uz vraćanje i produljenje staža, prihvaćanja uvjeta koji promiču udruge liječnika, uvesti kontinuirane natječaje za pripravnike (umjesto 2-3 puta godišnje kao što je sada) te izravni ulazak u sustav bez odgode i nepotrebnog čekanja nakon diplome.

RESTART:

> Pripravnički staž je conditio sine qua non dobre prakse i sigurnog liječnika. Stjecanje manualnih i praktičnih vještina beskrajno je bitno za stjecanje iskustva i vjere u sebe, a to na kraju priče traže i sami mladi liječnici.

PARLAMENTARNI IZBORI 2020.

Hrvatska liječnička komora predstavila Digitalni atlas hrvatskog liječništva

HRVATSKO ZDRAVSTVO U SLJEDEĆIH PET GODINA GUBI OKO 2700 LIJEČNIKA ZBOG UMIROVLJENJA I ISELJAVANJA



Hrvatski zdravstveni sustav do lipnja 2025. godine umirovljenjem ili iseljavanjem izgubiti će gotovo 2700 liječnika. Procjena je to Hrvatske liječničke komore koja se temelji na podacima iz Digitalnog atlasa hrvatskog liječništva, interaktivne baze podataka, koju je 15. lipnja predstavila javnosti. Atlas prikazuje brojne sociodemografske pokazatelje i aktualne podatke o liječništvu te je najopsežnija i najkompleksnija takva baza podataka o liječnicima u Hrvatskoj.

Procjene broja liječnika u sljedeće četiri godine

Procjena koliko će liječnika izgubiti hrvatsko zdravstvo u sljedećih pet godina temelji se na podacima o budućim umirovljenjima i procjeni budućeg iseljavanja. U mirovinu do lipnja 2025. odlazi 15 % (2255) liječnika danas zaposlenih u zdravstvu. U hrvatskom zdravstvu u lipnju 2020. radi više od 15 tisuća liječnika (15 294), od čega 14 094 u javnom zdravstvu.

S druge strane, Komora procjenjuje da će naše zdravstvo iseljavanjem do sredine 2025. dodatno izgubiti oko 420 liječnika i to računajući samo odlaske onih liječnika koji trenutno rade u zdravstvu. Sve to pod uvjetom da se nastavi stabilan trend odlazaka liječnika zaposlenih u hrvatskom zdravstvu u inozemstvo.

Digitalni atlas daje i mogućnost procjene broja ulaska novih liječnika u sustav u sljedećim godinama. Tako je u zdravstveni sustav od 2015. prosječno godišnje ulazilo 488 novih liječnika, pokazuju komorski podaci. U slučaju nastavka takvog trenda može se do sredine 2025. očekivati ulazak nešto više od 2400 novih liječnika u zdravstveni sustav.

„Svi donositelji odluka o zdravstvu morali bi voditi brigu o ovim trendovima. Zbog duljine trajanja školovanja, a zatim i duljine specijalističkog usavršavanja, u zdravstvu je kadrovske potrebe

nužno planirati za razdoblje od 10-15 godina. Preduvjet takvom strateškom upravljanju ljudskim potencijalima je upravo postojanje baze detaljnih demografskih podataka o liječnicima i njihovo kontinuirano praćenje. Stoga je Liječnička komora, pokrećući projekt Digitalnog atlasa, imala za cilj da Atlas postane referentna točka za nositelje zdravstvenih politika. Komora će ovu bazu hrvatskog liječništva učiniti dostupnom svim zainteresiranim državnim tijelima kako bi Atlas postao temelj za učinkovito planiranje ljudskih resursa“ istaknuo je dr. sc. Krešimir Luetić, predsjednik HLK-a.

Eksponenciјalni rast iseljavanja liječnika odmah nakon fakulteta

Od ulaska Hrvatske u EU Hrvatsku je ukupno napustilo 874 liječnika. Nakon nešto jačeg vala odlazaka u prve dvije godine nakon ulaska u EU, trend odlazaka se stabilizirao na prosječno 125 godišnje¹. Novi zabrinjavajući fenomen je eksponenciјalni rast odlazaka najmlađih liječnika, odmah nakon diplome. Gledajući prema specijalizacijama, u inozemstvo je otišlo najviše specijalista anestezije, reanimatologije i intenzivne, a zatim slijede psihijatri, ginekolozi, radiolozi, internisti i ostale specijalizacije.

Kadrovska nujugroženja primarna zdravstvena zaštita

Hrvatskoj već sada, u odnosu na planiranu mrežu HZZO-a, nedostaje 204 obiteljskih liječnika, 75 pedijatara i 103 ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), tj. toliko je zbroj ugovorenih timova bez zaposlenog liječnika-nositelja tima i mjesta gdje uopće nisu ugovoreni timovi. Imajući u vidu, uz postojeći manjak liječnika u PZZ-u, činjenicu da su oni prosječno 4 do 6 godina stariji od bolničkih liječnika i da interes za specijalizaciju obiteljske medicine nije velik, postavlja se pitanje kadrovske održivosti ovog sustava ako to se žurno ne krene rješavati. Poseban su problem primarnog zdravstva velike oscilacije u broju pacijenata po jednom liječniku.

„Prosječno u PZZ-u obiteljski liječnik ima 1643 pacijenta, ginekolog 6643 pacijentica, dok pedijatar ima 1416 djece. Uzveš i obzir godišnji broj radnih sati lako je zaključiti kako obiteljski liječnik u Hrvatskoj ima prosječno tek jedan sat za svakog pacijenta godišnje, dok je kod ginekologa ta brojka puno lošija i iznosi samo 15 minuta za svaku pacijenticu godišnje. Pedijatri pak za svako dijete godišnje mogu prosječno odvojiti tek sat i 15 minuta“ ističe Ivan Raguž, član Izvršnog odbora HLK-a, voditelj projekta Digitalnog atlasa.

Korisnici podataka iz Atlasa su Ministarstvo zdravstva, HZJZ, HZZO, jedinice lokalne i regionalne samouprave i članovi Komore – liječnici. Ovaj projekt je Komora započela pripremati 2017. godine.

¹ Podaci uključuju i liječnike u javno-zdravstvenom sustavu i liječnike u privatnim zdravstvenim ustanovama.

PRIGODOM 25. OBLJETNICE OSNIVANJA KOMORE

Autor prim. EGIDIO ĆEPULIĆ, dr. med.

Osnivanje Komore 27. lipnja 1995. predstavljalo je ostvarenje želje brojnih hrvatskih liječnika za dobivanjem staleške udruge koja će zastupati i braniti interes liječnika prema državi. Prve Komore u Hrvatskoj osnovane su 1923. godine, no 1946. je Hrvatska liječnička komora prestala s radom, kao i druge komore, prema odluci komunističkih vlasti kojima su takve intelektualne udruge smetale. Imovina Komore predana je tada Zboru liječnika Hrvatske kojemu je bilo dozvoljeno raditi samo kao stručnoj udruzi koja je djelovala putem stručnih društava. Liječnici pri tom nisu kroz Zbor imali nikakvu mogućnost sudjelovanja u donošenju odluka vezanih za zdravstvenu politiku.

Još prije ostvarenja Hrvatske države 1991. pojavila se ideja o potrebi da netko brine o problemima liječničkog staleža i njegovu statusu. Početkom sedamdesetih u Zboru je osnovana Komisija za ekonomска pitanja liječnika koju je vodio prof. Edvin Ferber. Kako, međutim, nije bilo nikakve legislative koja bi omogućavala aktivno sudjelovanje liječnika u formiranju zdravstvene politike, rad Komisije bio je beznadan. Tek 15 godina potom počelo se, kad je predsjednik Zbora bio prof. Mirko Gjurašin, ponovno razmatrati i mogućnost osnivanja Komore. Iako tada (1989.) nije bilo nikakve zakonske mogućnosti za osnivanje Komore prof. Gjurašin oformio je Radnu grupu s ciljem izrade prednacrt Statuta Komore, što je i učinjeno 1991. No, zbog ratnih zbivanja aktivnosti na osnivanju Komore su zamrle.

Godine 1993. donesen je novi Zakon o zdravstvu. U to je vrijeme predsjednik Zbora bio prof. Ante Željko Dražančić a glavni tajnik Zbora prof. Željko Reiner



koji je istovremeno bio i zamjenik ministra prof. Andrije Hebranga. Zahvaljujući slobodarskim idejama u svim segmentima društva kao i stajalištu Zbora te Ministra i prof. Reinera u Zakon je ušla i odredba o formiranju zdravstvenih komora. Tako je već u rujnu 1993. formiran Inicijativni odbor za osnivanje Komore u kojem su bili predstavnici Zbora i Medicinskih fakulteta u Zagrebu i Rijeci (po 9 članova). Formirana je Radna grupa u kojoj su zborski članovi bili prof. A. Dražančić, prim. Egidio Ćepulić, prim. Josip Đurović te dr. Miroslav Kopjar, a fakultetski prof. Ivica Kostović, dekan, prof. Zvonko Kusić i prof. Nikša Zurak. Već na početku rada Radne grupe pokazalo se da postoje dvije koncepcije rada Komore – zborska koja se zalagala za potpunu autonomiju te nove institucije, i fakultetska, koja je odražavala i interes tadašnje vlasti koja je željela sve intelektualne udruge imati pod kontrolom pa da i Komora bude pod određenom paskom. Sastanci Radne grupe bili su često vrlo konfliktni, osobito kad je prof. Kostovića zamijenio prim. Dubravko Petrač.

Zahvaljujući razumijevanju prof. Zuraka i prof. Kostovića, a nakon niza prijedloga koji su imali za cilj potpunu kontrolu rada Komore kroz Vijeće Komore, zbori predstavnici uspjeli su dogоворити да predstavnici osnivača budu članovi Vijeća (po 3), uz po jednog predstavnika Hrvatskog liječničkog sindikata i Nacionalnog zdravstvenog vijeća, a da članovi Vijeća budu i svi predsjednici županijskih povjerenstava Komore (ukupno 21), čime je bilo zajamčeno samostalno djelovanje Komore. Kako su predstavnici fakulteta (a zapravo tadašnje vlasti) inzistirali da se rad Komore treba ocijeniti, nakon nekog vremena morali smo pristati na odredbu da se delegati Skupštine biraju samo na dvije godine, iako se drugim zdravstvenim komorama to nije stavljaljalo kao uvjet. U drugoj godini mandata uspjeli smo ipak dobiti suglasnost Zbora a potom i prof. Zuraka, koji je tada bio dekan, da se mandat delegata Skupštine produži na četiri godine.

Nakon završenih predradnji, uz pomoć zborskih podružnica, radio se popis li-

ječnika u Hrvatskoj jer toga nije bilo u Ministarstvu. Ukupno je bilo registrirano 10818 liječnika koji su imali pravo glasati za delegate Skupštine, a glasalo je njih 3362 (31%). Iako su prije osnivanja predstavnici Zbora obišli sve podružnice i objašnjavali kolegama ulogu Komore, ipak mnogima nije bilo jasno što to znači imati Komoru i nisu se odazvali glasovanju.

Nakon izbora delegata održana je osnivačka Skupština 27. lipnja 1995. na kojoj je ministar Hebrang izgovorio sljedeće: „Komora treba biti most između države, organa uprave i liječničkog staleža, jer do sada liječnički stalež nije dovoljno ili uopće nije sudjelovao u donošenju presudnih odluka koje se tiču liječničkog staleža. Uspostavljanjem Komore imat ćemo značajne kontakte s državnom upravom i liječnički stalež biti će na taj način uključen u rješavanje svih bitnih problema iz oblasti zdravstva.“ Bile su to riječi koje su davale nadu i ohrabrenje svima nama da ćemo ubuduće doista s odgovornima za zdravstvo u državi imati dobru suradnju.

Prije izbora predsjednika Komore bilo je političkih pritisaka na pojedine delegate. Za prvog predsjednika novoosnovane Hrvatske liječničke komore izabran je prim. E. Ćepulić.

Rad Komore u samom početku bio je organiziran s jednom činovnicom koja je sjedila u prostorijama Zbora, a pomagale su joj i djelatnice Zbora. Posla je bilo beskrajno puno, a Komora nije imala novca da plati više djelatnika. Posudili smo 100.000 kuna od Zbora i 20.000 od fakulteta, kako bismo počeli poslovati. Zahvaljujući prof. Gjuršinu uspjeli smo dobiti na korištenje stan na III katu našeg Liječničkog doma u Šubićevoj 9, u kojem su, u času obnove Zbora, djelovale tri udruge: Zbor, naša Komora i Stomatološka komora. Zahvaljujući silnom entuzijazmu i razumijevanju, usprkos skućenom prostoru, to je bilo jedno od najaktivnijih razdoblja, jer se moralio donijeti niz pravilnika i drugih internih akata, a za koje nismo imali nikakve uzorke.

Financijska situacija se počela popravljati kada su počele stizati prve uplate

članarina i upisnina. Upisnina je iznosila 100 DEM (njemačkih maraka), a godišnja članarina također 100 DEM. Mnogi su kolege tada prigovarali na toj svoti, a i sam Ministar je u novinama izjavio da on s tim novcem tjedan dana hrani svoju obitelj. Predložio je da će nam on naći sponzora koji će dati 100.000 kuna da možemo platiti administraciju, no to smo odbili i ponudili mu da Komoru s tim novcem vodi Ministarstvo. Naime, i u kontaktima s njemačkom i austrijskom komorom jasno je bilo naglašeno da ne primamo nikakva sredstva od države kako ne bismo postali ovisni o njoj. Pitanje učlanjivanja i plaćanja članarine i upisnine konačno je riješeno kad su se u Komoru učlanili ministar prof. Hebrang i prof. Reiner (1998), jer je postalo svi-ma jasno da se bez toga ne može dobiti licencija. Ipak, sve do dolaska prof. Ane Stavljenić-Rukavine i dr. Andra Vlahušića za ministre još je bilo liječnika koji se nisu htjeli učlaniti (2002.).

Zakonom o zdravstvu (1993.) bilo je određeno da komore daju suglasnost na cijene zdravstvenih usluga koje predlaže HZZO. Međutim, kada nam je predložena Odluka o osnovama za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima za 1996., predložene cijene za usluge smatrali smo neprihvatljivim i tražili smo da se o tome pregovara. Nažalost, ministar prof. Hebrang je odmah u Saboru predložio izmjenu Zakona u smislu da komore mogu dati samo mišljenje a da nije potrebna njihova suglasnost. Bio je to kraj našeg nadanja u istinsku suradnju o kakvoj je govorio Ministar na Osnivačkoj skupštini.

Jedna od izuzetno važnih tema bila je suradnja Zbora i Komore koja je u početku doista bila primjerna. Ideja da Zbor i Komora budu jedna jedinstvena institucija kao što je to u Njemačkoj, Austriji i Norveškoj, bila je stalo prisutna no zbog legislative u vrijeme osnivanja Komore to nije bilo moguće. Bilo je zacrtano u programu rada Komore da bi se do 1999. pokušalo ujediniti Zbor i Komoru, a to je isto bilo u

predizbornom programu prof. Dubravka Orlića koji je izabran za predsjednika Zbora. Nažalost, došlo je do potpunog razmišljanja u odnosu na ujedinjenje koje prof. Orlić odjednom više nije želio te je tako ta, inače dobra, ideja, koju je osobito zagovarao ministar Vlahušić, odbačena i potpuno zaboravljena.

Zbog nepovoljne financijske situacije članovi Izvršnog odbora radili su 17 mjeseci bez ikakvih naknada (čak ni putni troškovi iz Rijeke, Osijeka i Slavonskog Broda nisu bili plaćeni), što je govorilo o silnom entuzijazmu svih nas koji smo sudjelovali u osnivanju. Kako je u jednom času zbog nepovoljnih odnosa s vlašću bilo govora o ukidanju Komore, bio je dogovor da se nikome ne isplaćuju naknade dok na računu ne bude najmanje 1.000000 kuna jer smo smatrali da je najvažnije da ostane novca za administraciju.

Veliko nezadovoljstvo zbog osnivanja Komore izazvali su Pravilnici o trajnoj edukaciji i stručnom nadzoru. Mnogi su kolege smatrali da im nikakva dodatna edukacija nije potrebna i da je to nešto što ih samo optereće. Jednako tako neki su smatrali da će stručni nadzor biti vođen u ime Ministarstva te da će Komora dobiti funkciju „policajca“. Danas je jasno da je i jedno i drugo i te kako bilo potrebno što pokazuje i činjenica da su svi stručni skupovi nakon donošenja Pravilnika o trajnoj edukaciji bili iznimno dobro posjećeni, a od te aktivnosti najviše koristili imali su pacijenti. I stručni nadzor nad radom odjela, bolnica, ordinacija u PZZ-u i privatnih zdravstvenih ustanova pokazao se i te kako potrebnim i učinkovitim.

Ako pogledamo unatrag 25 godina moramo reći da je to prvotno razdoblje bilo bremenito i opterećeno brojnim problemima. Zahvaljujući entuzijazmu male skupine kolega uspjeli smo do danas stvoriti čvrstu i ozbiljnu instituciju koja ima značajnu ulogu u društvu i koja je postala respektabilna u svakom smislu.

Smjernice za jednostavniju i bržu pripremu pacijenata za anestezijske postupke

12. lipnja 2010. godine na Europskom kongresu anesteziologa u Helsinkiju potpisana je "Helsinška deklaracija o sigurnosti bolesnika u anesteziji" (<https://www.esahq.org/patient-safety/patient-safety/helsinki-declaration/full-declaration/>) od strane predsjednika europskih nacionalnih anestezioloških udruga, uključujući i HDAIL (Hrvatsko društvo za anesteziologiju i intenzivno lijeчењe). Helsinška deklaracija ističe ključnu ulogu anestezologa u unapređenju sigurne skrbi bolesnika tijekom anestezije, intenzivnog liječeњa, u hitnoj medicini i terapiji boli, te predstavlja praktično orijentiran dokument usmjeren k poboljšanju sigurnosti i kvalitete anestezioloških postupaka u Europi. Deklaracija preporučuje praktične korake u obliku postupnika koje bi svi anesteziolozi trebali uključiti u svoju svakodnevnu kliničku praksu, a kao krovna anesteziološka udruga, HDAIL je imao strukovnu obvezu usvajanja i donošenja standarda periooperacijske medicine te niz preporuka i smjernica povezanih sa sveukupnim liječeњem prvenstveno kirurških, ali i svih ostalih bolesnika u čiju skrb je uključen anestezilog.

Deset godina kasnije, u godini kada Hrvatska predsjedava Europskom Unijom i kada Europsko društvo za anesteziologiju (European Society of Anaesthesiology) stavlja naglasak na sigurnost pacijenata kao osnovu zdravstvenih politika brojnih zemalja EU, u Hrvatskoj su, zahvaljujući iznimnom trudu petoro liječnika specijali-

sta anesteziolijke, reanimatologije i intenzivnog liječeњa pri Hrvatskoj liječničkoj komori, napisane i usvojene prve nacionalne smjernice u djelatnosti perioperacijske medicine. Naime, u svibnju 2020. **Postupnik za prijeanestezisku procjenu i pripremu odraslog pacijenta za operacijski zahvat ili dijagnostičko/terapijski postupak** prihvaćen je od strane Ministarstva zdravstva te je proslijeđen svim zdravstvenim ustanovama u RH.

HLK je prepoznala potrebnu hitnu izradu nacionalnih smjernica za prijeoperacijsku anesteziološku pripremu i obradu pacijenata te je u rujnu 2015., kao svojevrstan pilot projekt, imenovala radnu skupinu u sastavu dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. sc. Tihana Magdić Turković, dr. med., dr. sc. Lana Videc Penavić, dr. med., Ivan Bekavac, dr. med. i doc. dr. sc. Marko Jukić, dr. med., s ciljem izrade prvih nacionalnih smjernica u djelatnosti anestezije. Samo tri mjeseca poslije završena je prva verzija koju je voditeljica projekta dr. sc. Pavičić Šarić, dr. med. poslala svim voditeljima ustrojstvenih jedinica iz djelatnosti anestezije sa zamolbom za komentare i mišljenje. Potom su iste prezentirane i prihvaćene od strane stručnog društva HDAIL na Simpoziju „Anesteziologija u Hrvatskoj 2017.“, te se od tada nalaze na mrežnoj stranici HDAIL-a kako bi bile svima dostupne. HLK je obavijestila tadašnjeg ministra zdravstva prof. Milana Kujundžića da su smjernice napisane, uz zamolbu za podrškom Ministarstva zdravstva u vezi

s potrebom hitnog donošenja nacionalnih smjernica. Na žalost, nadležno ministarstvo tada nije shvatilo važnost i značenje smjernica. Tek zahvaljujući novom ministru zdravstva prof. dr. sc. Viliju Berošu, koji je prepoznao važnost izrade prvih nacionalnih smjernica u djelatnosti anestezije, one su napokon „ugledale svjetlost dana“, nakon što su u međuvremenu nekoliko puta ažurirane jer su prošle četiri godine od njihovog prvog izdanja.

Navedenim postupnikom obuhvaćena je procjena i priprema odraslog pacijenta za elektivne zahvate ili dijagnostičko-terapijske postupke koji se izvode u općoj i/ili regionalnoj anesteziji te je namijenjen liječnicima specijalistima anesteziolijke, kao i liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (specijalistima obiteljske medicine i specijalistima ginekologije).

Svrha smjernica jest ujednačavanje pretraga u svim zdravstvenim ustanovama u RH, smanjenje opsega pretraga kako bi se smanjilo opterećenje zdravstvenog sustava nepotrebnim pregledima i pretragama te niža cijena prijeanesteziskske obrade pacijenta.

Prijeanesteziskom procjenom anestezilog stjeće uvid u trenutačno zdravstveno stanje pacijenta, njegove kronične bolesti i navike, aktualno uzimanje lijekova, laboratorijske i dijagnostičke pretrage, te otkrivanje bolesti/poremećaja koji mogu utjecati na periooperacijsku skrb.

Prijeanesteziskom pripremom nastoji se op-



dr. sc. Jadranka Pavičić
Šarić dr. med.



dr. sc. Tihana Magdić
Turković, dr. med.



dr. sc. Lana Videc Penavić,
dr. med.



Ivan Bekavac, dr. med.



doc. dr. sc. Marko Jukić,
dr. med.

timizirati trenutačno zdravstveno stanje ili kronične bolesti pacijenta, daju se upute pacijentu i/ili njegovoj obitelji ili medicinskom osoblju koje skrbi za pacijenta o perioperacijskom uzimanju kroničnih lijekova te o prijeoperacijskom uzimanju hrane i pića, daju se preporuke za profilaktičko propisivanje lijekova koji smanjuju rizike anestezije i operacijskog zahvata, planira se vrsta anestezije u dogovoru s pacijentom i uzima informirani pristanak pacijenta za anesteziju.

Postupnik sadrži popis pretraga potrebnih za što učinkovitiju pripremu pacijenta za predstojeći operacijski zahvat ili dijagnostičko/terapijski postupak, brojne tablice

i priloge, te prijeanestesijski obrazac koji ispunjava liječnik specijalist obiteljske medicine i liječnik specijalist ginekologije (AN-LOM, AN-GIN).

Bitno je naglasiti da smjernice nisu obvezujući dokument nego predstavljaju upute lijećnicima kako postupati pri provođenju medicinskih postupaka, u konkretnom slučaju kako procijeniti i pripremiti pacijenta za operacijski zahvat ili dijagnostičko terapijski postupak u anesteziji.

S obzirom na brzi razvoj novih spoznaja iz djelatnosti anestezije, smjernice je neophodno periodično ažurirati u skladu s literaturom, kao i s primjenom u praksi.

Stoga pozivamo sve anestesiologe i liječnike primarne zaštite da se aktivno uključe u buduću ažuriranja smjernica.

Nadamo se da će ove smjernice pojednostaviti i ubrzati pripremu pacijenata te olakšati svakodnevni rad anestesiologa i liječnika obiteljske medicine i ginekologije u PZZ, kao i povećati sigurnost pacijenata.

<https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/dokumenti/prijeanestesijska-procjeni-priprema-odraslog-pacijenta-za-operacijski-zahvat-2020.pdf>

mišljenja i komentari: hlk@hlk.hr
jpavicic58@gmail.com

Čestitka povodom Svjetskog dana obiteljskih liječnika

Hrvatska liječnička komora uputila je čestitku obiteljskim liječnicima povodom Svjetskog dana obiteljskih liječnika koji se obilježava 19. svibnja. Slogan ovogodišnjeg obilježavanja, koje se održavalo u svjetlu globalne epidemije koronavirusa glasi „Obiteljski liječnici na prvoj crti: prvi pristupaju, zadnji odstupaju.“ HLK je uputila i posebnu zahvalu na izuzetnom trudu i požrtvovnosti koju obiteljski liječnici polažu na prvim crtama obrane zdravlja čitave nacije od epidemije. Prigodnu čestitku kolegama obiteljskim liječnicima uputili su predsjednik HLK-a dr.sc. Krešimir Luetić, zamjenica predsjednika HLK-a Vikica Krolo, dr.med. i predsjednica Povjerenstva HLK-a za primarnu zdravstvenu zaštitu Ines Balint, dr.med.

Dr.sc. Krešimir Luetić, dr.med., predsjednik Hrvatske liječničke komore

„Poštovane kolegice i kolege obiteljski liječnici, izuzetna mi je čast čestitati Vam Svjetski dan obiteljskih liječnika. U ovim izazovnim vremenima Vaša humanost i požrtvovnost, hrabrost i nadasve ljudskost došla je do punog izražaja. Radeći u teškim uvjetima epidemije, nesebično usmjeravajući svoju snagu i energiju u zaštitu zdravlja svojih pacijenata, liječnici obiteljske medicine postojani su bedem na prvoj crti obrane. Ova izvanredna situacija pokazala je važnost postojanja dobro organizirane i svima dostupne

primarne zdravstvene zaštite. Stoga će Hrvatska liječnička komora i dalje nastaviti zalagati se za unapređenje cjelokupne primarne razine zdravstvene zaštite, koja počiva na stručnosti njezinih glavnih nositelja, obiteljskih liječnika.“

Vikica Krolo, dr.med., zamjenica predsjednika Hrvatske liječničke komore

„Poštovani i dragi kolege obiteljski liječnici, čestitam vam Svjetski dan obiteljskih liječnika! Liječnici obiteljske medicine su uvek prvi u obrani zdravlja svojih pacijenata i njihovih obitelji, svakodnevno i tijekom svih životnih promjena, pa je tako bilo i sada u pandemiji COVID-19. Slogan ovogodišnjeg obilježavanja Svjetskog dana obiteljskih liječnika kaže da prvi počinjemo sa liječenjem pacijenata i zadnji odstupamo. Stoga je vrlo važno da primarna zdravstvena zaštita i liječnici obiteljske medicine i dalje budu temelj zdravstvene zaštite stanovnika. Ulaganje u obiteljske liječnike, povećanja njihovog broja, specijalističkog usavršavanja i adekvatnog nagradivanja rada obiteljskih liječnika, je siguran put u uspješnu zdravstvenu zaštitu svih građana. Zato, poštovane kolegice i kolege, obiteljski liječnici, budite ponosni na sebe i svoj rad. Nastavljamo i dalje jednakim žarom raditi u svojim ordinacijama u očuvanju primarne zdravstvene zaštite, jer mi to radimo najbolje!“

Ines Balint, dr.med., predsjednica Povjerenstva HLK-a za primarnu zdravstvenu zaštitu

„Povodom Svjetskog dana obiteljskih liječnika svim obiteljskim liječnicima čestitam njihov dan. Ovaj dan je izvrsna prilika za naglašavanje središnje uloge specijalnosti opće/obiteljske medicine u pružanju osobne, sveobuhvatne i kontinuirane zdravstvene zaštite za sve stanovnike. To je i prilika da se istakne poseban doprinos obiteljskih liječnika na globalnoj razini u pružanju cjeloživotne skrbi svojim pacijentima - "od koljekve pa do groba". U vrijeme epidemije uzrokovane COVID-19 virusom obiteljski doktori na svojim radnim mjestima te svojim znanjem i poznavanjem rizika za COVID-19 infekciju pomažu u ublažavanju posljedica epidemije i aktivno sudjeluju u boljoj organizaciji zdravstvene skrbi za naše pacijente. Obiteljski liječnici jedini u zdravstvenom sustavu rješavaju posljedice nepredviđenih situacija. Moramo imati na umu da će ova epidemija ostaviti dugoročne posljedice na psihičko i fizičko zdravљje naših pacijenata ali i liječnika, te je to izazov s kojim ćemo se tek morati suočiti. Iako je cijeli zdravstveni sustav na testu, ovo je ujedno i prilika i važan trenutak da se prepozna i počne cijeniti uloga i odgovornost obiteljskih doktora. Današnji dan je prilika za jedno veliko i iskreno hvala svima Vama/nama.“

Najnovije informacije o koronavirusu na webu HLK

Hrvatska liječnička komora za svoje članove prikuplja i objavljuje redovito ažurirane informacije o koronavirusu. Na mrežnoj stranici Komore dostupne su najnovije upute, preporuke i postupnici vezano za koronavirus (SARS-CoV-2). Pitanja, prijedloge i sugestije HLK-u vezano uz koronavirus šaljite na: koronavirus@hlk.hr

TRIBINA HLK: POLITIČKE STRANKE O LIJEĆNIŠTVU I ZDRAVSTVU

Uoči predstojećih parlamentarnih izbora Hrvatska liječnička komora organizira 16. lipnja u Novinarskom domu tribinu „Liječništvo i zdravstvo – programi, rješenja, obećanja“. Na tribini će predstavnici vodećih političkih stranaka i



koalicija, HDZ-a, Restart koalicije, MOST-a i Domovinskog pokreta članovima HLK-a i medijima predstaviti svoj predizborni program iz područja zdravstva. Sudionici tribine su prof. dr. sc. Ante Čorović, dr. med. (HDZ), prof. dr. sc. Danko Velimir Vrdoljak, dr. med. (Restart koalicija), Ivan Bekavac, dr. med. (MOST) i prof. prim. dr. sc. Milan Vrkljan, dr. med. (Domovinski pokret).

Uz predstavljanje predizbornih programa iz područja zdravstva na tribini će se raspravljati i o temama vezanim uz liječništvo (Zakon o statusu i plaćama liječnika, prekovremena satnica liječnika - legalnost rada, reforma sustava specijalizacija, odljev liječnika, kadrovski problemi s liječnicima u pojedinim područjima Hrvatske...) i zdravstvo (financiranje zdravstva, nacionalni plan razvoja bolničkog sustava, budućnost primarne zdravstvene zaštite, utjecaj politike na upravljanje u zdravstvu...). Voditelj tribine je Mislav Tognal.

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U SVIBNJU 2020.

4. svibnja	Gostovanje u emisiji N1 televizije „Studio uživo“ (dr.sc. K. Luetić)
20. svibnja	Gostovanje u emisiji Vinkovačke TV „Tu oko nas“ (dr.sc. K. Luetić)
20. svibnja	Sastanak s predstvincima Hrvatskog društva za kliničku mikrobiologiju HLZ-a, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. V. Štefančić Martić, dr. A. Gverić Grinić, prim.dr. B. Ujević)
23. svibnja	Sportsko-edukativni projekt Aktivna Hrvatska, Vodice
26. svibnja	Video konferencija projekta „Izgradimo Hrvatsku“ (dr.sc. K. Luetić)
29. svibnja	Video sastanak AEMH - European Association of Senior Hospital Physicians (dr.sc. T. Pavić)
30. svibnja	Virtualni sastanak i online skupština CPME - The Standing Committee of European Doctors (dr. I. Raguž)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U SVIBNJU 2020.

19. svibnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
22. svibnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
22. svibnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
25. svibnja	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
25. svibnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
28. svibnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
28. svibnja	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
29. svibnja	Sjednica Nadzornog odbora
1. - 31. svibnja	5 rasprava na Časnom sudu



ANA GVERIĆ GRGINIĆ, dr. med.

Postala je nova članica Uredničkog odbora Liječničkih novina, odlukom Izvršnog odbora HLK-a na sjednici održanoj 4.6.2020.

Ana Gverić Grginić, dr. med. je specijalistica medicinske mikrobiologije s parazitologijom. Uže područje interesa su joj infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi i njihovo sprječavanje. Radi u Zavodu za mikrobiologiju, parazitologiju i bolničke infekcije u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice. Aktivna je u Hrvatskoj liječničkoj komori.



Autor najbolje fotografije: MAŠA HRELEC PATRLJ

N A J B O L J A F O T O G R A F I J A

TEMA SLOBODA



Pozivamo liječnike da nam za sljedeći broj Liječničkih novina (do konca lipnja) pošalju tematsku fotografiju čiji su oni autori, a koja prikazuje temu "IZBOR".
Najbolju fotografiju (prema izboru uredništva) nagradit ćemo objavom u Liječničkim novinama.

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

Pub kviz HLK-a se odgađa za jesen!

DOBRODOŠLI U MREŽU HLK KOMUNIKACIJE

NOVO! MOBILNA APLIKACIJA HLK

„Članstvo HLK na dlanu“

1. FAZA (dostupna članovima HLK)

- > pregled osobnog članskog profila
- > javljanje izmjene ili dopune podataka o kontaktima, stručnoj kvalifikaciji ili zaposlenju
- > primanje novosti i važnih obavijesti HLK putem notifikacija

2. FAZA (u izradi)

- > pregled stručnih skupova
- > prijava na stručni skup
- > komunikacija s organizatorima stručnih skupova

Preuzimanje aplikacije: App Store / Google Play

Lozinka za Mobilnu aplikaciju HLK ista kao za Portal za članove

Više na www.hlk.hr > Novosti > Iz Komore

NOVO! VIBER ZAJEDNICA HLK

Primanje novosti i važnih obavijesti HLK putem Viber aplikacije na pametnim telefonima

Kako se pridružiti: mailom na hlk@hlk.hr zatražite link za pridruživanje
Viber zajednici HLK



Aktivna Hrvatska ponovno aktivna

Treninzima u Vodicama i Sisku nastavljena je ovogodišnja sezona Aktivne Hrvatske, koju je naglo prekinula epidemija koronavirusa. Nakon popuštanja mjera, treninge Aktivne Hrvatske jedva su dočekali ne samo vježbači, već i njihovi sugrađani koji su se u velikom broju okupili na glavnim trgovima Vodica i Siska i sa zanimanjem pratili cijeli trening. Hrvatska liječnička komora i ove sezone sudjeluje kao stručni partner u projektu, kako bi educirala o važnosti redovite tjelesne aktivnosti i usvajanja zdravih životnih navika u svrhu očuvanja zdravlja.

„Novo normalno“ za ovaj projekt započelo je 23. svibnja 2020. kada se već tradicionalno, petu godinu zaredom trening Aktivne Hrvatske održao u Vodicama. U ime Hrvatske liječničke komore vježbačima se obratila dr. Suzi Vatavuk, specijalistica epidemiologije, a iz povjerenstva HLK-a Šibensko-kninske županije pridružili su se i predsjednik dr. Nino Brajković te zamjenica predsjednika dr. Branka Birkić Plavčić.

Tom prigodom dr. Vatavuk je naglasila da se svatko može baviti nekom vrstom tjelesne aktivnosti, no da tjelesna aktivnost mora biti prilagođena određenim potrebama i stanjima pojedinca. Redovita tjelesna aktivnost podiže imunitet, čini dobro svakom aspektu zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje jer se luče endorfini i osoba se bolje osjeća. Također, tjelesna aktivnost pomaže preventiji razvoja kroničnih bolesti, a u tijeku kroničnih bolesti služi održavanju boljeg stanja, boljih vrijednosti, primjerice krvnog tlaka, šećera u krvi i sl.



Gordana Živanović-Posilović

Sljedeći trening Aktivne Hrvatske preselio se 4. lipnja 2020. na kontinent, u Sisak u kojem ni kiša nije mogla spriječiti hrabre vježbače da odrade cijeli trening. Prostor "kod sata" (Trg bana Josipa Jelačića), gdje se Siščani oduvijek sastaju, bio je prepun ljudi, a trening je vodio njihov sugrađanin Patrik Kramarić, aktualni državni prvak u plivanju na 50 m prsnim stilom, uz pomoć svojih kolega s Kineziološkog fakulteta. U ime HLK-a koja podržava projekt i promiče zdravlje i zdrave stilove života, prisutne je pozdravila dr. sc. Gordana Živanović-Posilović, članica povjerenstva HLK-a Sisačko-moslavačke županije te je pritom istakla važnost tjelovježbe i tjelesna aktivnosti za zdravlje, dobro osjećanje i posebno imunitet.

"Ukoliko želite biti "ZDRAVI, LIJEPI I HEPI", kao što piše na majicama svih vas koji vježbate, jako je važno svaki dan odvojiti barem 15-ak minuta za

tjelesna aktivnost, u skladu s mogućnostima. Makar samo za laganu šetnju uz Kupu na svježem zraku kad je lijep dan - već time za svoje zdravlje učinit ćete puno. Osim kondicije koju tako stječete, oslobođaju se hormoni sreće, bitni za dobro raspoloženje i dobro osjećanje, a u kombinaciji sa zdravom prehranom jačate imunitet potreban za svladavanje svih infekcija, pa i trenutačno aktualnih viroza. Redovita tjelesna aktivnost i boravak u prirodi znači zdravlje i prevenira brojne kronične bolesti", poručila je dr. Živanović-Posilović svima nazočnima.

Naporan trening u dobrom raspoloženju, Siščani su odradili u potpunosti, a tražilo se i mjesto više. Grad mladih i grad sporta, potvrđio je i ovaj put da s pravom nosi taj naziv.

Prije ljetne pauze slijede još treningi Aktivne Hrvatske 4. srpnja u Osijeku, 16. srpnja u Dubrovniku te 24. srpnja u Zadru.

Informatizacija hrvatskih bolnica

PUT U MONOPOL

Prim. dr. sc. VEDRAN OSTOJIĆ, dr. med.

Bolnički informatički sustavi (BIS) nezabilazna su pomoć liječnicima i drugom medicinskom osoblju u točnjem, bržem i boljem obavljanju njihova posla. Vrijeme vođenja medicinske dokumentacije rukopisom odavno je iza nas. Osim čuvenih šala o čitkosti liječničkog rukopisa koje povremeno zabavljaju javnost, nisu za zanemariti niti mnogo ozbiljnije pojave pogrešaka nastalih nemogućnošću dešifriranja takvih, ponekad i kriptičnih zapisa. Bolnički informatički sustavi svakako su donijeli napredak. Osim potrebe pouzdanih vođenja medicinske dokumentacije, bolnički informatički sustavi služe i kao posrednici u komunikaciji s laboratorijskim, radiološkim, ljekarničkim, finansijskim, statističkim i drugim bolničkim sustavima.

O kvaliteti BIS-a ovisi brza i kvalitetna obrada velikih količina bolesničkih podataka, anamneza, statusa, nalaza laboratorijske obrade, slikovnih nalaza i svega ostalog. Današnji KBC-ovi u Hrvatskoj dnevno ispostave prosječno 5.000 računa za učinjene usluge liječenja i dijagnostike, provedu oko 25.000 pojedinačnih laboratorijskih nalaza, oko 3.000 ambulantnih pregleda, 2.000 dijagnostičkih postupaka, 1.000 slikovnih nalaza i još mnogo toga. Dodajmo tu i razmjenu podataka s brojnim informatičkim nacionalnim zdravstvenim servisima (npr. BSO, eUputnice, eListe čekanja itd.), servisima osiguravateljskih kuća (provjere polica osnovnog i dopunskog osiguranja, računi dopunskog osiguranja), kao i komunikaciju s drugim bolničkim informatičkim sustavima (laboratorijski, radiološki, poslovni itd.). Pomožimo to s brojem dana u godini i dobit ćemo impresivne brojeve i golemu količinu podataka koje BIS treba obraditi. Sve se to, naravno, odvija u realnom vremenu, 24 sata dnevno, bez mogućnosti prekidanja rada u svrhu otklanjanja nedostataka, servisiranja i nadogradnji, pa čak niti vikendom ili tijekom noćnih sati. Bolnice rade 24 sata dnevno.

Informatizacija hrvatskih bolnica je projekt započet početkom ovog stoljeća. Bilo je to vrijeme velikih, uglavnom stranih informatičkih tvrtki, koje su u to doba jedine imale iskustva, znanja i stručnjake sposobne za održavanje složenih informatičkih sustava, u koje svakako spadaju bolnički. Inicijalni projekt Ministarstva zdravstva bio je koncipiran logično, financiranjem četiri velikih informatičkih tvrtki kojima je dan određeni vremenski i finansijski prostor da pokažu u praksi vrijednost svojih proizvoda za unaprjeđenje zdravstvenog (bolničkog) sustava i bolničkog rada. Nakon toga se trebalo procijeniti koji će se BIS uvesti u sve hrvatske bolnice. Međutim, istekom predviđenog vremenskog razdoblja nije dan tadašnji projekt nije se pokazao superiornim ili barem dovoljno dobrim te je projekt ponишten, a bolnice su nastavile same tražiti rješenja koja bi ih zadovoljavala. U tom se razdoblju javlja sve više domaćih entuzijasta koji su osjetili kako nove tehnologije, prvenstveno internet i aplikacije bazirane na webu, nude znatno bolja i brža rješenja od dotadašnjih dislociranih klijentskih aplikacija.

Naknadno provedeni projekt informatizacije primarne zdravstvene zaštite pokazao je nešto bolje rezultate. Kreiran je centralni informatički sustav Hrvatske (CEZIH), zamišljen kao repozitorij kompletne medicinske dokumentacije. Otvaranjem i dokumentiranjem procesa dvosmjerne komunikacije sa CEZIH-om, omogućeno je i drugim, a ne samo odabranim tvrtkama, mogućnost izrade rješenja pogodnih za rad u PZZ-u. Tržišna utakmica učinila je svoje i danas informatički sustavi PZZ-a ne koštaju pretjerano, stalno se nadograđuju i unaprjeđuju.

Na tržištu BIS-a stanje je suprotno. Tržišno natjecanje samo je privid, izbor BIS-a odvija se iza zatvorenih vrata. BIS koji je tehnološki superioran, intuitivniji, brži, inovativniji, višestruko jeftiniji i dokazano višegodišnjim neprekinitim radom pouzdan, koncipiran od liječnika koji ga svakodnevno i sami koriste u svom

radu, istiskuje management koji pri tome nije konzultirao liječnike i ostale zdravstvene djelatnike što misle o tome. Nabaviti UZV, MR ili endoskopski uređaj bez konzultiranja liječnika koji s tim uređajima rade, danas je nezamislivo. Zašto to nije tako i s nabavkom BIS-a?

Favorizira se informatički sustav, već sada tehnološki inferioran, sporiji i višestruko skuplji, a koji se prezentira kao "standardno rješenje". Nadalje, on se dodatno osnažuje i sufinanciranjem prilikom uvođenja raznih nacionalnih informatičkih servisa (e-Liste čekanja, e-BolniceBI, e-Novorodenče itd.). Naime, proteklih godina je Ministarstvo zdravstva uvelo hvale vrijednu praksu refundiranja bolnicama troškova prilagodbe informatičkih sustava. Iako svaki pružatelj usluga BIS-a mora za povezivanje na novi servis uložiti vrlo usporediv rad, ovakva strategija sufinanciranja pogoduje samo većinskom proizvođaču BIS-a i glavnina tih sredstava se svaki put prelijeva izravno njemu, što još više pogoduje putu u monopolistički položaj.

Kao posljedica svega toga broj proizvođača BIS-a u Hrvatskoj se zapravo smanjuje. S vremenom su se ugasili, ili nisu niti zaživjeli, brojni BIS-evi značajnih informatičkih korporacija (kao npr. SAP, HT, Assecco i drugi). Broj BIS-eva između kojih bolnica u Hrvatskoj danas može birati sveo se na samo dva do tri.

Nama bolničkim liječnicima nije svejedno kakva je kvaliteta BIS-eva. Liječnik interističke struke dnevno obrađuje oko 50 bolesnika, ambulantnih i bolničkih. Prosječan broj medicinskih zapisa koje pri tome treba pregledati je oko 500. Neintuitivni i nesistematički pregled dokumentacije i nalaza, zajedno sa sporošću sustava, naročito u razdobljima povećanog opterećenja radom velikog broja korisnika, smanjuje učinkovitost rada, prema gruboj procjeni i do 80 %. Mnoštvo klikova mišem koje treba učiniti dodatno otežavaju rad, odvlače liječnikovu pažnju s tegoba bolesnika i dodatno frustrira i liječnika i bolesnika. Mobilnu aplikaciju, funkcionalnu u svakodnevnom radu (a ne samo u obećanjima), tako često navođenu kao jedan od ciljeva informatizacije bolnica, ima tek jedan BIS u Hrvatskoj.



Uvode se bolnički sustavi koji nisu prvi izbor liječnika koji u njima svakodnevno rade, a sustavi koji su prvi izbor istiskuju se iz bolnica. BIS-evi koje favoriziraju upravljačke strukture bolnica pri tome uopće nisu nositelji osobina kakve želimo, a to su:

- konceptualna prilagođenost bolničkom radnom procesu, liječnicima i medicinskom osoblju
- jednostavnost i intuitivnost sučelja, znatno manji broj izbornika i „klikova mišem“
- inovativna i tehnološki napredna rješenja,
- brzi rad
- pouzdanost rada
- mobilnost
- mogućnost brzog dohvata i pregleda pohranjene dokumentacije
- sigurnost pristupa
- zaštita podataka po horizontalnoj, vertikalnoj i vremenskoj razini
- grafički pregled dinamike laboratorijskih nalaza
- integracija svih dijelova BIS-a u jednu cjelovitu aplikaciju, bez ponovnih prijava korisnika u različite dijelove sustava

- ograničenje nepotrebnog pristupa podataka (u nekim BIS-evima dozvola za rad u jednoj ambulanti dozvoljava dohvat dokumentacije drugih pacijenata, pa i drugih korisnika, bez ikakvog ograničenja).

Ne ulazeći ovdje u elaboriranje razlika između različitih BIS-evi, njihove intuitivnosti, brzine rada i drugih kvaliteta, nužno je naglasiti kako svaka od gore navedenih stavki utječe na učinkovitost rada. Samo za ilustraciju: za standardnu obradu jednog hitnog prijema u jednom BIS-u treba samo 11 klikova mišem, dok je u drugom sustavu trebalo 35, a trećem čak 75. Pomnoženo s čekanjem na osvježavanje ekrana između klikova koje se za prvi program kreće oko jedne sekunde, odnosno oko dvije sekunde za drugi i pet sekunda za treći BIS, dolazimo do podatka kako ćemo tijekom obavljanja jednog pregleda čekati jedanaest sekunda, u drugom 70 a u trećem čak 375 sekunda!

Koliko mi je poznato ni upravljačke strukture a niti liječničke strukovne organizacije nisu anketirale, a kamoli ozbiljnije istraživale, kvalitet BIS-evi dostupnih u Hrvatskoj, na temelju čega bi se mogla donijeti kvalitetnu prosudbu.

Povremeno se čuje kako bi najbolje rješenje bilo uvođenje jedne aplikacije u sve bolnice, što, međutim, uopće ne znači automatski i rješenje pitanja dostupnosti

medicinske dokumentacije - to se može postići boljom integracijom BIS-eva s CEZIH-om. Drugi misle kako se time nacionalni bolnički sustav zatvara i postaje talac jednoga programskog rješenja. To bi mogla biti prešutna i potiha monopolizacija BIS-a u svim kliničkim bolničkim centrima i u kliničkim bolnicama. Monopol nema za naš zdravstveni sustav poželjnih posljedica, ostavlja nas bez mogućnosti izbora, usporava inovativnost, a u krajnjoj liniji vodi do višestrukog povišenja cijene proizvoda.

Upravljačke strukture bolnica bi trebale svoje liječnike konzultirati s kakvim BIS-om žele raditi kako bi bili učinkovitiji i zadovoljniji. Trebalo bi:

- potaknuti Ministarstvo i HLK na nužnost nepristrane procjene kvalitete BIS-evi (tzv. "benchmarking")
- provesti ankete o zadovoljstvu liječnika koji poznaju više BIS-evi
- poticati domaće proizvođače BIS-a.

Prešutnim gašenjem inovativnijih, bržih, jeftinijih rješenja i još k tome domaćih proizvođača, kasnije više neće biti moguć povratak. Krajnje je vrijeme zauzeti stav prema toj pojavi.

<vostojic@kbsd.hr>

A sada, BIS

Iz kuta korisnika

Čak i kad nabavljamo stolce pitaju nas kakve stolce trebamo. Ali sada nas ništa nisu pitali.

Svako jutro po dolasku na posao otvaram bis1, ulazim u odjel, odmah u drugom tab-u otvaram nalaze bolesnika i mail u trećem. Mali prst lijeve ruke je na ctrl, prstenjak na 1, srednjak na 3, kažiprst na f, palac na space-u. I radni dan može početi. Posljednjih 14 godina trećinu života proveo sam u društvu bisa1. Gledao ga kako raste, rastao s njime, čak i sudjelovao u drugoj fazi njegovog uvođenja u moju bolnicu. Bili smo u najboljim godinama, sve je išlo na bolje. (Osim SARS-CoV-2, ali i tu nam je fleksibilnost bisa1 uvelike olakšala posao.)

A onda sam, jednog utorka, čuo glasine. Čuo sam ih ja i mnogo puta prije, ali ovoga puta činilo se drukčije i prvi put sam pomislio: možda je to to, možda je ovo kraj za bis1. Vrlo brzo glasine su se pokazale novostima: u moju bolnicu dolazi bis2. Da se razumijemo, bis2 je jedan odličan BIS. Imao sam prilike dvije godine raditi u njemu u drugoj bolnici. Vjerovatno ste se dosad već zapitali zašto sam se ja toliko raspisao o BIS-evima i kakve to uopće ima veze s mojim poslom? Nažalost, velike. Neku večer nisam mogao zaspasti. BIS nesa-

nica. Vrtio sam se u krevetu, pokušavajući još jednom isplanirati dolazak na posao i sve zadatke koje moram napraviti do 10 sati: u ambulantu dolaze dvije bolesnice, jedna otprije ambulantno postavljenim torakalnim drenom na vadenje tog drena i druga s indikacijom za prvu pleuralnu punkciju i evakuaciju. Uz to, planirane su dvije bronhoskopije; sumnjam da će prije 10 sati stići druga. I naravno, moram do Karantene na prvi dio vizite. Svjestan novosti o bisu2, vraćam se u dane kada sam radio u njemu i u tom trenutku počinje pravi mali napadaj nesanice. Umjesto ovčica, počinjem brojati klikove. Klikove mišem. U moju bolnicu dolazi bis2. Bis2, s kojim će mi svaki korak biti četiri koraka, svaki klik četiri klika. To je ono što mi ne da spavati. BIS nesanica.

U BIS-u provodim sigurno 80 % radnog dana - pregledavajući nalaze, zadajući nalaze i pišući nalaze. BIS mi je potreban za vođenje medicinske dokumentacije koja je zapravo, kako ne možemo zdravje lako kvantificirati, moj glavni proizvod. BIS je osnovni alat kojim se služim u poslu.

Kad smo nabavljali ultrazvučni uređaj pitali su nas što trebamo. Kad smo nabavljali endoskopski uređaj pitali su nas što trebamo. Čak i kad nabavljamo stolce pitaju nas kakve stolce trebamo. Ali sada nas ništa nisu pitali. Dobili smo samo datum i vrijeme kada je planirana prezentacija i upoznavanje s bisom 2. Prezentaciju sam odgledao u najboljoj namjeri da mi se svidi i da nađem pozitivne strane. Dogоворio sam i sastanak sa softverašima kako bih im ukazao na manjkavosti i pokazao što nam je potrebno za lakše i učinkovitije obavljanje svakodnevnog posla. Nakon svega zaključio sam da je bis2 uvelike moderniziran otkako sam se posljednji puta njime koristio, ali ono što je i dalje dominantno jest klikanje. **Puno klikanja.** A moje kolege i mene čeka jednakno mnogo posla kao i do sada, samo što ćemo ga morati obavljati **puno sporije**.

I nije mi ništa lakše zaspasti niti nakon prezentacije ni nakon sastanka.

Najavljen je samo da ćemo jedan dan prijeći na bis2. Nitko nas ništa nije pitao.

Luka Vrbančić, dr. med.

ISIS o radu hrvatskih mladih liječnika

ISIS, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije (Slovenske liječničke komore) nazvano po antičkoj božici zdravlja Izidi (nom. Isis), gotovo u svakom broju prenosi poneku vijest iz našega glasila. Tako se u lipanskom broju prof. dr. Anton Mesec iz Ljubljane osvrnuo na rad mladih hrvatskih liječnika pod nadzorom i kaže da to pitanje u nas nejenjava. „Njihov je Zakon o zdravstvenoj zaštiti, kaže prof. Mesec, naime odlučio da svi koji su studij medicine započeli 2013. ili kasnije ne trebaju 5-mjesečni pripravnički staž. Liječnici koji čekaju na odobrenje specijalizacije umjesto staža mogu raditi pod nadzorom mentora na nekim radnim mjestima (npr. na hitnoj medicinskoj pomoći, obiteljskoj medicini). Ali, zadovoljstva se među njima ne može opaziti. U travanskom broju Liječničkih novina oglasili su se i mladi liječnici koji već imaju iskustva za rad pod nadzorom, a i njihovi mentor. Prvi predlažu širi izbor mentora jer su sadašnji opterećeni mentorstvom specijalizanata pa nisu motivirani za mlade liječnike. Misle

takoder da se rad pod mentorstvom premalo cijeni kod kasnijeg kandidiranja za specijalizaciju. Dobivaju samo plaću, ali ne i dodatak za rad u turnusima ni za rad na praznike. Poslije ukidanja stručnog ispita slabo su informirani o zdravstvenom zakonodavstvu koje će im biti potrebno kad se zaposle.“

O svom iskustvu se oglasila i jedna mentorica koja ima ordinaciju obiteljske medicine. Ona misli da je područje izobrazbe pod nadzorom loše organizirano. Nema jasnoga programa što bi početnici trebali učiti i nisu definirane obveze mentora. Osim toga, mentora treba plaćati njegova ustanova, što znači da bi ona trebala plaćati sama sebe. Autor zaključuje da su i mladi hrvatski liječnici aktivni te da se kao i slovenski žale kako se njihovi prijedlozi premalo uvažavaju.

Preveo Ž. Poljak

Izabran novi dekan Medicinskog fakulteta u Splitu



Na 12. izvanrednoj sjednici Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu, održanoj 14. svibnja, izabran je za novog dekana prof. dr. sc. **Ante Tonkić**. Senat Sveučilišta u Splitu je 28. svibnja

jednoglasnom odlukom potvrdio njegov izbor za mandatno razdoblje 2020/2023.

Prof. Tonkić rođen je u Splitu, gdje je završio osnovnu školu i Klasičnu gimnaziju. Diplomirao je na MEF-u u Zagrebu, gdje je magistrirao i doktorirao.

Od 1994. je zaposlen kao internist-gastroenterolog u KBC-u Split, a 2014. je izabran u znanstveno-nastavno zvanje redovitog profesora na Katedri za internu medicinu MEF-a u Splitu. Trenutačno obnaša funkcije prodekana za nastavu i studentska pitanja (drugi mandat), pročelnika Katedre za internu medicinu te pročelnika kliničkog Odjela za upalne bolesti crijeva KBC-a Split.

Autor je 112 stručnih i znanstvenih publikacija (s više od 1000 citata). Koautor

je prve digitalne nastavne platforme na MEF-u u Splitu za nastavu iz predmeta Interna medicina. Voditelj je projekta koji je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda „Razvoj, unaprjeđenje i provedba stručne prakse u visokom obrazovanju“. Pročelnik je Katedre za internu medicinu i ujedno član Executive Committee Medical School Regiomed, Coburg, Germany. Nacionalni je predstavnik za upalne bolesti crijeva (European Crohn's and Colitis Organisation) te predsjednik Sekcije za praćenje infekcije *H. pylori* HGD-a. Redoviti je član American Gastroenterological Association (AGA). Dobitnik je dviju rektorovih plaketa za stručni, znanstveni i nastavni rad (Sveučilište Split i Sveučilište Mostar). Na dužnost dekana stupit će 1. listopada.

Za dekana Medicinskog fakulteta u Rijeci natječe se petero kandidata

Nakon dva mandata prof. dr. Tomislava Rukavine bira se novi dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Za to je mjesto prihvaćena kandidatura petero kandidata. Za mandat se natječe prof. dr. Goran Gulan s Klinike za ortopediju Lovran, izv. prof. dr. Goran Hauser s Katedre za internu medicinu Medicinskog fakulteta, prof.

dr. Pero Lučin sa Zavoda za fiziologiju i imunologiju, prof. dr. Bojan Polić sa Zavoda za histologiju i embriologiju te prof. dr. Zlatko Trobonjača sa Zavoda za fiziologiju i imunologiju. 29. lipnja trebao bi biti odabran novi dekan koji će stupiti na dužnost 1. listopada, dok će priliku za predstavljanje imati 9. lipnja. (Izvor NL)

PsihijARTrije – prvi broj časopisa Sekcije mladih HPD-a

IGOR SALOPEK, dr. med.,

Odjel za psihijatriju, Opća bolnica Karlovac

IRENA ROJNIĆ PALAVRA, dr. med., spec. psih.,

Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“, Zagreb

Nedavno je on-line objavljen prvi broj PsihijARTrije – časopisa Sekcije mladih psihijatara i specijalizanata psihijatrije Hrvatske, Hrvatskog psihijatrijskog društva. Dijelom tako i prkoseći „pandemijskom životu naglavačke“, članovi Sekcije mladih HPD-a pripremili su više od četrdeset stranica intrigantne publikacije u kojoj dominiraju teme ispreplitanja umjetnosti i psihijatrije, kreativnosti i psihopatologije s jedne strane te inovativnosti, isko-

raka, promjena i pomicanja granica, s druge strane. Baš kako i dolikuje mladima. A medicina i umjetnost ionako su uvijek bile povezane, kao što je i sama medicina svojevrsna umjetnost - Ars Medica! Prvi broj uredila je dr. Irena Rojnić Palavra uz assistenciju dr. Andreja Proševa i dr. Igora Salopeka; grafičku pripremu realizirao je dr. Nikola Žaja, dok je logo uradak dječjih ruku. Iako možda naslov sugerira užu čitateljsku publiku, članci zasigurno ne. Zato slobodno časopis prolistajte na internet stranicama Hrvatskog psihijatrijskog društva: http://www.psихijatrija.hr/site/?page_id=3922.

igor.salopek@gmail.com i irojnicalpala-vra@gmail.com



Sekcija mladih psihijatara i specijalizanata psihijatrije
Hrvatske
Hrvatsko psihijatrijsko društvo



Naslovnica prvog broja PsihijARTrije

Prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević, dr. med.

Klinička mikrobiologija u vrijeme nakon epidemije COVID-19

Razgovarala
VESNA ŠTEFANIĆ MARTIĆ, dr. med.

Prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević, dr. med. procelnica je Zavoda za kliničku mikrobiologiju u Bolnici Fran Mihaljević, voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravstva za praćenje rezistencije na antibiotike, predsjednica Hrvatskog društva kliničkih mikrobiologa HLZ-a te savjetnik Svjetske zdravstvene organizacije.

► Možete li nam detaljnije približiti ulogu kliničkih mikrobiologa? Koja je istaknuta uloga liječnika specijalista kliničkih mikrobiologa u vrijeme epidemije, ali i općenito?

Pojava novog koronavirusa i epidemije COVID-19 nakratko nas je vratila u stara, neću reći i dobra, vremena kad je glavna uloga mikrobiologa bila detektirati jasno prepoznatljivog patogena. Desetljećima se mikrobiologija bavila detekcijom i karakterizacijom jasnih patogena koji su jednoznačno bili povezani s bolešću, a često izazivali i epidemije manjih ili većih razmjera. Još od doba Louisa Pasteura i Roberta Kocha, mikrobiologija je imala veliku ulogu u pronalasku uzročnika zaraznih bolesti, što je stvaralo preduvjet da se prouči način širenja, pa time i suzbijanja neke bolesti. Povijest nas uči da je dobra suradnja mikrobiologa, epidemiologa, infektologa i bazičnih istraživača dovela do kontrole brojnih uzročnika epidemijskih potencijala. Već dugo se ne umire od kuge i kolere, difterije, ospica i mnogih drugih zaraznih bolesti koje smo dobro upoznali od uzročnika do načina širenja i liječenja. Sa zadovoljstvom mogu reći da je mikrobiologija 21. stoljeća puno spremljija za nove izazove i nove uzročnike, već dugo nismo imali novog uzročnika s ovakvim epidemijskim potencijalom i zbilja je dojmljivo da u današnje doba već na početku pojave novog uzročnika možemo uspješno detektirati, pratiti

njegovu pojavnost i na tome učiti te razvijati strategije prevencije i liječenja.

Pojava epidemija sigurno privlači pažnju kako medicinske, tako i opće javnosti, no od druge polovice 20. stoljeća i zasigurno u 21. stoljeću djelatnost kliničkih mikrobiologa daleko nadilazi detekciju i karakterizaciju mikroorganizama. Kako su pojedine zarazne bolesti uspješno stavljenе pod nadzor, što zbog cijepljenja i drugih preventivnih mjeru, što zbog povećanja životnog standarda i uspješnijeg liječenja, tako se struktura mikroorganizama koji izazivaju infekciju počela mijenjati. U razvijenom svijetu velik dio ozbiljnih infekcija uzrokuju mikroorganizmi koji su dio normalne mikrobiote čovjeka. Izazov za kliničkog mikrobiologa kod ovakvih mikroorganizama nije više samo dokazati njegovu prisutnost već i kliničku značajnost. Iz razmjerne crno-bijelog shvaćanja mikrobioloških nalaza ušli smo u doba interpretacije nalaza kroz mnogo nijansi sivoga. Procjena kliničke značajnosti počinje od odabira pravog uzorka, uzetoga u pravo vrijeme i na pravi način, a u mnogih je pacijenata za uspješnu interpretaciju nužno poznavati pacijenta. Iako, naravno, postoji stručne smjernice za obradu određenih uzoraka, tijek naše pretrage u laboratoriju možemo voditi u različitim smjerovima, ovisno o stanju pacijenta od kojega uzorak potječe. Upravo zato je i laboratorijski rad u mikrobiologiji vrlo zanimljiv, svaki dan je drukčiji, za one „important few“ pacijente obrada uzorka treba biti visoko individualizirana i uključuje mnoge komunikacije s kolegama kliničarima, jer se jedino u timskom radu može odabrati „prava nijansa sive“.

► Vi ste vrlo aktivni u europskom društvu kliničkih mikrobiologa i infektologa. Kakva je praksa u drugim zemljama EU po pitanju prepoznatljivosti uloge specijalista kliničkih mikrobiologa; iz naziva specijalizacije razvidan je klinički značaj, ali ponekad vas „svrstavaju“ među javnozdravstvene specijalizacije jer radite i na klinici i u zavodima za javno zdravstvo?



Prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević, dr. med.

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) vrlo je aktivno društvo koje na kongresima okuplja više od deset tisuća sudionika i ja sam mu vjerna još od mlađih dana, kada sam od tog društva dobila stipendiju za sudjelovanje na tečaju ESCMID za mlade mikrobiologe i infektologe. U raznim razdobljima moje karijere sudjelovala sam u radu raznih stručnih skupina i u organizaciji raznih skupova ovog društva, od tečajeva do kongresa, no najdraže mi je iskustvo bio petogodišnji mandat u ESCMID Professional Affairs Committee gdje sam puno doznala o povijesti razvoja mikrobiologije u raznim europskim državama i problemima koje struka ima u različitim krajevima. Načelno, u zapadnoj Europi, npr. Velikoj Britaniji i Nizozemskoj, klinički mikrobiološki laboratorijski su zarana osnivani u sklopu bolnica, dok su u središnjoj Europi najčešće osnivani u sklopu instituta, a u istočnoj u sklopu javnozdravstvenih zavoda. Činjenica je da je u kliničkoj mikrobiologiji objedinjena djelatnost dijagnostike i za pojedinog bolesnika i za javnozdravstvene potrebe i za znanstvena istraživanja i da danas te podjele više i nema. Kao europska zemlja usvojili smo kurikul specijalizacije prema UEMS-ovom predlošku koji nam daje jedin-

stvenu edukaciju za pružanje mišljenja o dijagnozi, liječenju i prevenciji zaraznih bolesti, a o mjestu zaposlenja ovisi s kojim ćemo kolegama kliničarima pri tome najviše surađivati. Kolege u zavodima vjerojatno imaju najviše komunikacija s lijećnicima obiteljske medicine i pedijatrima, kolege u bolničkim ustanovama s kirurzima i lijećnicima u jedinicama intenzivnog liječenja, ali ima tu puno niša gdje pojedini mikrobiolog može naći svoje posebno područje interesa i suradnje s drugim strukama. Naravno da u slučaju posebnih javnozdravstvenih prijetnji svi mikrobiolozi, bez obzira na mjesto rada, usko surađuju s epidemiolozima, a u većini naših kliničkih aktivnosti najbliži su nam suradnici infektoholazi. S njima imamo posebno zajedništvo, od zajedničkog europskog društva do bliske suradnje dvaju hrvatskih društava Hrvatskog liječničkog zbora i organizacije zajedničkih nacionalnih kongresa.

➤ Zašto biste mlađim kolegicama i kolegama preporučili izbor ove specijalizacije? Prema Liječničkom atlasu podosta ste feminizirana struka. Odlaze li mikrobiolozi iz Hrvatske? Sto Vi mislite o svemu tome?

Zapravo su moje kolege mikrobiolozi iz Velike Britanije i Nizozemske pretežito muškarci, a u istočnoj Europi žene. Prepostavljam da je danas i cijela medicinska struka prilično feminizirana, no klinička mikrobiologija je u današnje doba vrlo dinamična struka koja će, vjerujem, podjednako privlačiti i kolege i kolegice. To je zanimljiv spoj laboratorijskog, kliničkog i znanstvenog rada i ovisno o radnom mjestu svatko može naći svoj put izgradnje više u jednom, drugom ili trećem smjeru. Da, i među našim mikrobiolozima ima onih koji su otišli iz Hrvatske, najčešće u zemlje engleskog govornog područja i koliko znam dobro su se snašli u ulozi kliničkog mikrobiologa u tim zemljama. Bilo bi divno da nam se vrate i stečeno iskustvo prenesu u našu sredinu. I sama sam na početku karijere imala prilike raditi u velikoj bolnici u Londonu, ne na znanstvenom projektu već baš u kliničkoj rutini i to je uvelike odredilo moj budući stručni rad. Moj je dojam da u Hrvatskoj imamo puno znanja, ali da ga teško prevodimo u praksu i teško utječemo na sustav rada koji je prilično inertan za promjene. Mislim da je veća mobilnost ključ napretka u struci i zato

U prvi mah se čini kao da su one pojedinosti oko toga kome, kada i kako uzeti uzorak, što je sumnjiv nalaz u sklopu kliničke slike koji treba ponoviti ili nadopuniti drugom metodom, kako općenito interpretirati nalaz, manje značajni i da odgovornost za mikrobiološka testiranja može preuzeti bilo koja pa i ne-liječnička laboratorijska struka. Uz iskreno poštovanje ostalih struka i osobno visoko mišljenje o mnogim kolegama drugih struka s kojima surađujemo i od kojih puno toga u određenim segmentima dijagnostike i učimo, jasno je da odgovornost za mikrobiološke nalaze na temelju kojih će se liječiti pacijent može preuzeti samo liječnik klinički mikrobiolog.

mladima svakako preporučujem da ostvaruju i njeguju kontakte i u Hrvatskoj i izvan nje, a dobar put za ostvarenje takvih komunikacija je hrvatsko i europsko stručno društvo. Drago mi je reći da smo pri Hrvatskom društvu za kliničku mikrobiologiju (HDKM) Hrvatskog liječničkog zbora osnovali Sekciju mlađih, a ponosni smo i što je naša mlada doktorka Ivana Antal izabrana u čelništvo ESCMID Trainee Association. ESCMID, naše europsko društvo, pruža brojne mogućnosti potpore mlađima u izgradnji vlastite karijere, a najviše bih preporučila „observership“ programe. Takvi programi pružaju mogućnost uvida u način rada u drugim sredinama s detaljima koji se ne mogu naučiti iz knjiga. I u Hrvatskoj imamo dva ESCMID Observership centra; jedan od njih je u Klinici za infektivne bolesti i imamo jako lijepa iskustva s mlađima koji dolaze u naš laboratorij. Od svake posjete korist uvijek ima i gost i domaćin.

➤ Sto biste istaknuli kao trenutno vodeće izazove u području kliničke mikrobiologije? Koja su prema Vašem mišljenju moguća rješenja i imate li u tome podršku? Može li se riješiti zagrada?

Možda je danas najveća blagodat, ali i izazov, u kliničkoj mikrobiologiji, tehnološki napredak i sve veća automatizacija

u laboratorijskoj obradi mikrobioloških uzoraka. Brza dijagnostika je osnova kliničke mikrobiologije jer što se prije pravilno usmjeri liječenje pacijenta to su i rezultati liječenja bolji, a u slučaju bakterijskih infekcija brza dijagnostika ima i bitan dodatan učinak na mogućnost deescalacije antibiotičke terapije i očuvanja djelotvornosti antibiotika. Međutim, s dolaskom novih automatiziranih dijagnostičkih platformi, kao da u prvi i jedini plan dolaze pozitivni i negativni nalazi. U prvi mah se čini kao da su one pojedinosti oko toga kome, kada i kako uzeti uzorak, što je sumnjiv nalaz u sklopu kliničke slike koji treba ponoviti ili nadopuniti drugom metodom, kako općenito interpretirati nalaz, manje značajni i da odgovornost za mikrobiološka testiranja može preuzeti bilo koja pa i ne-liječnička laboratorijska struka. Uz iskreno poštovanje ostalih struka i osobno visoko mišljenje o mnogim kolegama drugih struka s kojima surađujemo i od kojih puno toga u određenim segmentima dijagnostike i učimo, jasno je da odgovornost za mikrobiološke nalaze na temelju kojih će se liječiti pacijent može preuzeti samo liječnik klinički mikrobiolog. To je u skladu i s našim Zakonom o liječništvu i Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, no izgleda da ekonomski interesi počinju nadvladavati stručne. Pretenzije ne-liječničkih struka da obavljaju dijagnostiku iz domene kliničke mikrobiologije nisu vezane samo uz COVID-19 dijagnostiku, ali su došle posebno do izražaja u eri ove epidemije i prvenstveno dolaze iz privatnog sektora. Dijagnostika ovog uzročnika je dosta skupa, ali je u velikoj potražnji u opravdanim i neopravdanim indikacijama. Bez obzira tko snosi troškove, hiperprodukcija laboratorijskih testova može dijagnostiku bolesti u čovjeka učiniti iznimno skupom, a bez pravilne interpretacije i opasnom zbog pogrešnog usmjeravanja liječenja bolesnika. Kako se medicina ne bi prepustila uređajima, istaknuta je uloga kliničkih mikrobiologa ne samo u izvođenju, već i u upravljanju dijagnostikom, što je područje čija se važnost sve više ističe i u međunarodnoj medicini pod nazivom „diagnostic stewardship“. Moram priznati da u zaštiti struke imamo i potporu Ministarstva zdravstva, a na iznimno razumijevanje smo našli i kod čelništva Hrvatske liječničke komore koje nam pomaže savjetima i tumačenjem



Vesna Štefančić Martić, dr. med. i prof. dr. sc. Arjana Tambič Andrašević, dr. med. (s lijeva na desno)

pravnih osnova za definiranje djelokruga našeg rada. Kao savjetnik SZO-a bila sam u mnogim zemljama gdje upravo nepostojanje liječnika mikrobiologa ili nepozicioniranje kliničkih mikrobiologa u upravljanju diagnostikom ima za posljedicu ozbiljne rupe u piramidi pružanja zdravstvene zaštite, koje je teško nadoknaditi na drugim razinama.

► Što smo naučili iz ove epidemije i što nam u području kliničke mikrobiologije nosi vrijeme nakon COVID-19? Koja su Vaša očekivanja i procjene?

U eri epidemije kakvu ne pamtimo u novije vrijeme naučili smo da imamo sustav, kako bi se u biološkom svijetu reklo, otporan na stresove. U razmjerno kratko vrijeme mobilizirali su se i prilagodili ljudski resursi u mikrobiološkoj diagnostici i kroz naše laboratorije su prošli brojni uzorci koje nitko nije planirao za godinu dana unaprijed. Iskrene čestitke svima koji su u tome sudjelovali. No vrijeme epidemije je bilo i vrijeme izazova još jednog bitnog djelokruga aktivnosti kliničkih mikrobiologa, a to je područje nadzora bolničkih infekcija. Uporaba osobne zaštitne opreme te poštivanje standardnih mjera opreza i specifičnih mjera izolacije utkano je u svakodnevni rad s pacijentima, no tek je u eri epidemije došlo do izražaja koliko je bitna dosljednost u tom provođenju te da možemo prema potrebi zatvoriti ne samo sobu već i cijele odjеле. S obzirom na činjenicu da se radilo o novom i još nepoznatom uzročniku, inicijalno su primjenjivani možda i redundantni protokoli, no

veliko je to iskustvo za budućnost i nadam se da ćemo nakon ove epidemije biti spremniji suočiti se i s uzročnicima koji nemaju tako vidljiv epidemijski potencijal, a također se lako prenose prvenstveno u bolničkim sredinama. Ako se SARS-CoV-2 zadrži kao humani patogen, vjerujem da će prirodni imunitet i primjereno cjepivo staviti širenje virusa pod djelomični nadzor, no morat ćemo naučiti i u bolničkoj sredini nositi se s još jednim uzročnikom za koji se trebaju primjenjivati mjere kapljicne i kontaktne izolacije. U našem je zdravstvenom sustavu loša svojevrsna stigmatizacija pacijenata koji zahtijevaju specifične mjere izolacije. Već godinama to pokušavamo ispraviti s pacijentima koji su kolonizirani multiplorezistentnim bakterijama, ne smijemo dozvoliti da se to dogodi i s pacijentima koji su klinično novog koronavirusa ili bilo kojeg drugog uzročnika. Kliničnoštvo uzročnika epidemijskog potencijala ne smije biti čimbenik ni pozitivne niti negativne diskriminacije. Svaki pacijent jednostavno treba pravovremeno dobiti skrb koja mu je potrebna bez obzira na status njegovog kliničštva, a na zdravstvenim je ustanovama da osiguraju uvjete rada s bolesnicima koji zahtijevaju neki tip izolacije. Znam da je to lakše reći negoli učiniti i da je to složeno pitanje, no Hrvatska se ubraja u zemlje s većim brojem kreveta po glavi stanovnika i većim brojem posjeta liječniku po glavi stanovnika od europskog prosjeka, a istovremeno zdravstvenih djelatnika po glavi stanovnika imamo manje od prosjeka. I mali pomaci u praksi koji mogu smanjiti popunjenošć akutnih bolničkih kreveta i racionalizaciju broja liječničkih pregleda

dobrodošli su i sigurno su već utkani u projekcije razvoja našega zdravstva. No iz pozicije nadzora bolničkih infekcija htjeli bismo takve promjene što brže vidjeti i nadamo se da je i ova epidemija skrenula pažnju koliko je bitno imati manevarskog prostora za primjenu mjera izolacije pojedinih bolesnika.

► Kako vidite daljnji razvoj kliničke mikrobiologije? Što nam nosi budućnost?

Kao što sam već spomenula, profil pacijenata sa zaraznim bolestima značajno se mijenja i klinička mikrobiologija mora se usporedno s tim razvijati. Posljednjih desetljeća su uspješne intervencije moderne medicine produljile očekivanu životnu dob, no ujedno i povećale populaciju ljudi u kojih infekcije izazivaju pripadnici mikrobiote pa se tanka granica između „dobrih“ bakterija i patogena sve više gubi. Dakle, s jedne strane imamo sve više pacijenata s nejasnom kliničkom slikom infekcije koji u podlozi febrilnog stanja imaju tešku osnovnu bolest i brojne komorbiditete, a s druge strane imamo obilje izolata nejasnog kliničkog značaja. Racionalnu dijagnostiku i liječenje u takvih bolesnika moguće je samo timskim pristupom u pojedinog pacijenta, a na populacijskoj razini bit će potreban sve veći angažman mikrobiologa i kolega infektologa, farmakologa i farmačeta u provođenju programa upravljanja primjenom antimikrobnih lijekova. U istraživačkom segmentu očekujem istraživanja novih lijekova i cjepiva, a kao bakteriologa jako me zanima napredak istraživanja na cjepivu protiv stafilokoka i drugih potencijalno multiplorezistentnih bakterija te, naravno, istraživanja novih antibiotika i alternativnih pristupa liječenja bakterijskih infekcija.

Većim uvidom u sastav humane mikrobiote sve će se manje u bolesti tražiti samo jedan patogen, a sve će se više promatrati međuodnos različitih mikroorganizama unutar mikrobioma i utjecaj poremećene ravnoteže mikrobioma na pojavu bolesti. Nadam se da će mogućnost manipulacije mikrobiomom, što je zasad uglavnom u istraživačkoj fazi, naći svoju brojnu primjenu u praksi i time kliničkoj mikrobiologiji dodati još jedno uzbudljivo područje djelovanja.

A nikad se ne zna, možda nas opet iznenadi i neki novi uzročnik visokog patogenog i/ili epidemijskog potencijala! Vjerujem da ćemo ga dočekati spremni.

Dan Parkinsonove bolesti



Parkinsonova bolest druga je najučestalija neurodegenerativna bolest nakon Alzheimerove bolesti. Rizik oboljevanja povećava se sa životnom dobi te prema podacima jednog istraživanja s područja Europe, Sjeverne Amerike i Australije prevalencija iznosi 1602/100 000 stanovnika za osobe u dobi od 70 do 79 godina. S obzirom na to da rizik raste s dobi i kako se povećava broj starije populacije, smatra se da će se prevalencija bolesti od 2005. do 2030. godine udvostručiti. Stoga, Parkinsonova bolest predstavlja velik javno-zdravstveni problem. Etiologija još uvijek nije potpuno razjašnjena i smatra se da nastaje kao posljedica međudjelovanja okolišnih čimbenika, genomike i epigenomike. Kao patofiziološki mehanizmi Parkinsonove bolesti spominju se toksični utjecaj, genomske i epigenomske promjene, oksidativni stres, hipoksično-ishemijska stanja, metabolički disbalans, neuroimuna/neuroinflamatorna reakcija, poremećaj funkcije mitohondrija i ubikvitinsko-proteosomskog sustava. Glavna su patohistološka obilježja Lewyjeva tjelešca i neuriti koji su sastavljeni od agregata α -synucleina, široko rasprostranjene bjelančevine, čija uloga još uvijek nije do kraja razjašnjena. Smatra se da je bitan za integritet i normalno funkcioniranje sinapse te da ima određenu ulogu u procesu plastičnosti mozga. Distribucija patološki nakupljenog α -synucleina je široka i može ga se naći u brojnim strukturama možda-

nog debla i velikog mozga, ali i enteričkog i perifernog živčanog sustava te kralježnične moždine. Kao posljedica ovako difuzne patologije kliničku sliku karakteriziraju brojni motorički i nemotorički simptomi. Kardinalni motorički simptomi uključuju bradikineziju, rigor i tremor i osnova su kliničkog postavljanja dijagnoze Parkinsonove bolesti. Osim toga, bolesnici imaju hipomimiju, mikrografiju, smetnje govora i hoda (oklijevanje, smrzavanje, propulzije) te narušenu posturalnu stabilnost i učestale padove. Još brojniji su nemotorički simptomi koji prema kliničkim istraživanjima imaju i negativniji utjecaj od motoričkih simptoma na kvalitetu života. Neki od njih javljaju se i prije pojave motoričkih simptoma u tzv. premotoričkoj ili presimptomatskoj fazi bolesti, kao što su smetnje spavanja (poremećaj REM faze spavanja), hiposmija, konstipacija, depresija i anksioznost. Poslije se tijekom bolesti javljaju i drugi simptomi kao apatija, iritabilnost, halucinacije, kognitivni poremećaji, demencija, psihoza, autonomni poremećaji, smetnje vida, bolni sindrom, umor, oštećenje lokomotornog sustava, seborični dermatitis i otoci nogu. Kao i drugi bolesnici s neurodegenerativnim bolestima skloni su malnutriciji. Dijagnoza se u većine bolesnika postavlja na temelju kliničkih kriterija, a u slučaju diferencijalno dijagnostičkih nesigurnosti i primjenom DATScan-a koji vizualizira

dopaminski transportni sustav. Liječenje je još uvijek simptomatsko, primjenom medicamenta koji reguliraju razinu dopamina u mozgu, ali bez utjecaja na tijek bolesti. Uz medikamentnu terapiju bolesnicima se preporuča svakodnevna tjelovježba.

Svjetski dan Parkinsonove bolesti obilježava se svake godine 11. travnja u čast dr. James Parkinsona koji je rođen na taj dan 1755. god. U gradu Osijeku je 2013. god. osnovana udruga bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti „Buđenje“ s ciljem okupljanja osoba oboljelih od Parkinsonove bolesti i članova njihovih obitelji. Kroz rad udruge provodili smo kontinuiranu edukaciju naših članova, družili se te pružali potporu kako bolesnicima, tako i članovima obitelji. Kroz našu udrugu prošli su brojni predavači koji su govorili o temama vezanim za Parkinsonovu bolest, publicirani su brojni edukativni materijali o simptomima bolesti i liječenju te su izdana dva priručnika za bolesnike: priručnik Parkinsonova bolest publiciran je 2016. god., a priručnik Hrana i Parkinsonova bolesti 2019. god., u suradnji neurologa i nutricionista. Pokrenuli smo i mrežnu stranicu (www.budjenje.hr) na kojoj se mogu dobiti podaci o radu udruge i novostima vezanim za Parkinsonovu bolest. Od 2015. god. udruga je također aktivna i u obilježavanju Dana Parkinsonove bolesti. Cilj je obilježavanja ovog dana bio ne samo upoznavanje javnosti o simptomima, tijeku bolesti, komplikacijama, terapijskim opcijama i preventivnim mjerama već i uklanjanje stigme koja često prati ove bolesnike. Pandemija novog koronavirusa omela je, kako svakodnevni život, tako i naše planove da i ove godine obilježimo dan Parkinsonove bolesti. Stoga smo zamolili naše članove da se uslikaju u svojim domovima i pošalju nam svoje fotografije. Na taj smo način podsjetili javnost da smo tu i da nam je potrebna njihova pomoć i razumijevanje.

<svetlana.tomic@vip.hr>

Predsjednica udruge „Buđenje“

**Doc. prim. dr. sc. Svetlana Tomic, neurolog,
subspec. neurodegenerativnih bolesti, FEAN**

Novi izazovi u pedijatriji

Tečaj 1. kategorije trajne izobrazbe s međunarodnim sudjelovanjem

Prof. dr. sc. IGOR PRPIĆ, dr. med.

Novi izazovi u pedijatriji, tečaj 1. kategorije trajne izobrazbe s međunarodnim sudjelovanjem, održan je po šesti put u Vodicama, od 6. do 8. ožujka 2020. u organizaciji Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a, u suradnji s MEF-om u Splitu i Rijeci, ŠNZ-om "Andrija Štampar" MEF-a u Zagrebu i Hrvatskim farmakološkim društvom.

Glavna tema bila je **kvarterni prevencija**, što obuhvaća akciju **identificiranja bolesnika u riziku od nepotrebnih medicinskih intervencija**. Temu je u okviru plenarnog predavanja vrlo stručno, praktično i suvremeno prezentirala voditeljica Tečaja doc. dr. Irena Bralić, dr. med. Suvremene izazove u okviru socijalne pedijatrije i aktualnog društvenog okruženja prikazala je prof. dr. Aida Mujkić-Klarić, dr. med., predsjednica Hrvatskog pedijatrijskog društva, a o značaju adherencije ljekarnika predavanje je održala Martina Šepetavc, mag. pharm. ispred Hrvatskog farmakološkog društva

Istaknuto je da razumijevanje potreba i dobrobiti korisnika zdravstvene zaštite i populacije, praksa utemeljena na dokazima, dobra komunikacija i trajna neovisna edukacija potenciraju i praktičnu važnost kvartarne prevencije i pridonose boljoj kvaliteti života bolesnika i liječnika te racionaliziraju cijeli zdravstveni sustav. Stoga je i većina obrađenih tema uključivala racionalnu dijagnostiku i liječenje u pedijatriji.

Najnovija dostignuća („state of the art lecture“) iz područja precizne-personalizirane medicine u dijagnostici i liječenju i rehabilitaciji pedijatrijske populacije predstavio je prof. Dragan Primorac. Pedijatrijski repetitoriji uključivali su teme pedijatrijske gastroenterologije, nefrologije i dermatologije. Prezentirana su najnovija saznanja u primjeni probiotika, hipertenzije u djece, najčešćim kožnim bolestima u djece kao i racionalna kardiološka dijagnostika. Uspješno je održana i NIP telekonferencija

s izravnim uključenjima stranih predavača iz Pariza i Ljubljane. Prof. Daphne Holt je putem video-poveznice sudionicima prikazala globalno aktualnu temu značaja cjeloživotnog cijepljenja i razvoja novih cjepliva, osobito za populacije adolescenata, trudnica i osoba starijih od 65 godina, dok je prof. dr. Štefan Grosek iznio je iskustva iz Slovenije u pružanju optimalne potpore terminalno bolesnom djetetu i obitelji. Interaktivne radionice obuhvatile su nezaobilaznu pedijatrijsku temu vrućica - uz kliničke i praktične savjete o pristupu djetetu s vrućicom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u bolničkoj sredini. Obnovljena su znanja iz primarne reanimacije u djece kao i o stanju šoka u djeteta. Predavanja stručnjaka o aktualnim novostima („up to date master class“) uključivala su neuropedijatrijske i alergološko-pulmološke teme. Sudionici su imali prigodu usvojiti znanja o najnovijim spoznajama iz epileptologije, poremećajima mišićnog tonusa i etičkih dilema u liječenju progresivnih neuroloških bolesti. Prikazana je racionalna dijagnostika i liječenje bronhopstrukcija, individualan pristup atopijskim bolestima kao i komplikacije respiratornih infekcija. Putem interaktivnih radionica omogućeno je obnavljanje znanja i usvajanje novih vještina u interpretaciji nalaza alergološke obrade. Ciljana panel-predavanja bila su usmjerena svim vidovima pothranjenosti djece.

Valja posebno istaknuti seminar specijalizanta pedijatrije koji su prikazali, uz svoje mentore, zanimljive teme iz kliničke prakse. Mlada kolegica Matea Crnković Čuk dobila je nagradu za svoje predavanje naslovljeno „Akutne metaboličke komplikacije u djece i adolescenata s anoreksijom nervozom“, mentorice doc. prim. dr. sc. Orjene Žaje.

Dodata i trajna vrijednost je i Priručnik Kvartarna prevencija: racionalna dijagnostika i liječenje 2, u kojem su na 245 stranica ujednačeno, jasno, logično, zanimljivo i razumljivo iznesene sve predstavljene teme tečaja. Kako su istaknuli recenzenti, prof. dr. Ljerka Cvitanović-Šoja i prof. dr. Neven Pavlov, ovo izdanje premašuje obilježja priručnika i može smjestiti u kategoriju nastavnog, edukativnog rukopisa i postaje nezaobilazno štivo svima koje žele steći nova i obnoviti

dosadašnja suvremena saznanja iz područja pedijatrije i suradnih struka.

Voditeljica tečaja, doc. dr. prim. Irena Bralić, organizirala je raznovrstan stručno-znanstveni program koji je uključivao razmjenu iskustava, kolegijalnu podršku i druženje, što je prepoznato kao ključni pokretač zajedničkog napretka. Tečaju je prisustvovalo više od 380 sudionika iz zemlje i inozemstva. Pozvani predavači, njih 28, iz svih nacionalnih sveučilišnih i ostalih ustanova, nesobično i kolegijalno su prenosili svoja znanja i klinička iskustva, tijekom formalnih predavanja i tijekom neformalnih druženja. Sponzorirana predavanja svojim su suvremenim odabirom tema plijenila pažnju sudionika. Društveni dio programa obogatili su Splitski liječnici pjevači i autorica zbirki pjesama „Prva violina“ i „Kraljica snova“, pedijatrica Mirjana Kolarek Karakaš, dr. med. Mjesto događanja Vodice i hotel Olympia mudro su odabrani s obzirom na izvrsne tehničke i prostorne uvjete za održavanje tečaja.

Novi izazovi u pedijatriji – NIP – trajna je poslijediplomska, multidisciplinarna i interaktivna edukacija pedijatara i suradnih struka koji se skrbe o zdravlju i bolesti djece. Predavanja, interaktivne radionice, paneli i seminari usmjereni su na obnovu i usvajanje znanja i pedijatrijskih vještina, razmjenu iskustava i osnaživanje partnerstva, promicanje zdravljja i prevenciju bolesti. Posebna se pažnja posvećuje racionalizaciji dijagnostičko-terapijskih intervencija, translacijski suvremenih znanstvenih dostignuća u kliničku praksu te tranziciju zdravstvene skrbi djece.

Novi izazovi u pedijatriji, tečaj 1. kategorije trajne izobrazbe, postao je nezaobilazan skup svih pedijatara i suradnih struka. Velika pohvala i zahvala doc. dr. prim. Ireni Bralić i njenom timu što su nam omogućili bogatstvo „novih izazova“, tema i pitanja širokog raspona interdisciplinarnih područja pedijatrije te s nestrpljenjem očekujemo sedmo izdanje tečaja „Novih izazova u pedijatriji“. Stoga svima snažno preporučujem da redovito prate službene mrežne stranice Tečaja: www.pedijatrija.hr

lprpic22@gmail.com

UTORKOM U 18 – karlovački virtualni Klub liječenih alkoholičara na pragu teleadiktologije

IGOR SALOPEK, dr. med.

Odjel za psihijatriju, Opća bolnica Karlovac

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) predstavljaju važnu platformu rehabilitacije i oporavka osoba koje boluju od alkoholizma. Njihovim osnivanjem, davne 1964. godine, prof. dr. Vladimir Hudolin vizionarski je zaiskrio terapijski pokret koji je spasio brojne pojedince, njihove obitelji, poslove, prijateljstva, živote! Zbog ratnih okolnosti, početkom devedesetih godina prošlog stoljeća, rad KLA je zamro, da bi poslije bio nastavljen do današnjih dana. U Karlovcu baštinimo dugogodišnju tradiciju, od prvoga KLA 1967. godine i prve Dnevne bolnice za alkohologiju 1985. godine do današnja tri kluba „Karlovac“, „Prijatelj“ i „Mrežnica“ te ukupno pet skupina s tri stručna suradnika: sr. Karmela Migalić, sr. Andelka Jakimovski i dr. Igor Salopek.

I onda je „s Istoka“, prije proljeća 2020., i u Hrvatsku stigla pandemija novoga koronavirusa, promijenivši dobro utabane pristupe i zatraživši brzu prilagodbu na izolaciju i ograničavanje socijalnih kontakata. Bilo koja vrsta grupnih psihoterapijskih susreta pa i terapijskih zajednica kakvi su KLA, početkom ožujka više nisu bile moguće. Sukladno iskustvima iz kriznih situacija, kao i smjernicama Hrvatskog psihijatrijskog društva, postalo je razvidno da će kriza rezultirati pogoršanjem psihičkog stanja te povećanjem konzumacije alkohola, kako u općoj populaciji, tako i u osoba koje su ranije psihijatrijski liječene. Kontinuirano pohađanje programa KLA snažan je zaštitni čimbenik apstinencije osoba oboljelih od alkoholizma i postojao je opravdan strah da će izostajanjem redovitih sastanaka doći do psihičke destabilizacije i

recidiva bolesti. Konzumacija alkohola povezana je s rizičnim ponašanjem, a uz razvoj ostalih tjelesnih komorbiditeta, alkoholizam rezultira deficijentnim imunološkim sustavom, što je posebno kritično u „doba korone“.

Sastanci skupine „Sunce“ redovito su održavani utorkom u prostorima Dnevne bolnice za alkohologiju karlovačke Bolnice. A onda su „utorci“ počeli prolaziti i nametnula se potreba za nadogradnjom Hudolinove vizije. Njegovo vrijeme nije bilo digitalno, i koliko god se i danas s oprezom upozorava na potencijalne rizike pretjerane digitalizacije, poglavito djece, on-line alati sada su nam ponudili alternativu. Telepsihiatrica kao model osiguravanja psihijatrijske skrbi više od desetljeća je ravноправna konvencionalnim postupcima „na Zapadu“, a osobite rezultate daje u slabije napućenim i izoliranim područjima. A izolacija je upravo jedna od temeljnih obilježja ove krize.

„Pregovori i konzultacije“, kao i potražnja za optimalnom mrežnom platformom, trajali su nekoliko dana i onda je zakazan termin prvog „probnog“ sastanka: 27. ožujka 2020. Pojavile su on-line stručni suradnici Kluba: sr. Karmela Migalić i dr. Igor Salopek, a potom i desetak članova s obiteljima – prvi karlovački virtualni KLA krenuo je s radom, „led je probijen“. Dogovorili smo sljedeći termin, „naš utorak“ u 18 sati, sve više članova svladavalo je tehničke teškoće, dvadesetak ih se okupi na svakom sastanku, povremeno se pridruže i drugi stručni suradnici. Uz standarde adiktološke teme, posebna pažnja pridaje se očuvanju psihičkog i tjelesnog zdravlja u ovoj specifičnoj situaciji, analiziraju se reakcije pojedinih članova na nove uvjete života, daje se intenzivna međusobna podrška, što i jest osnovna odlika KLA. Od samog početka rada



Sastanak prvoga karlovačkog virtualnog Kluba liječenih alkoholičara - grupa "Sunce"; 27. ožujka 2020.

„virtualnog kluba“ svi sudionici su oduševljeni mogućnošću da se održava kontinuitet sastanaka te na taj način čuva apstinencija, osnažuje oporavak i kvalitet života. Svaki susret je nezamjenjiv, a nerijetko i sasvim lječidben!

A teleadiktologija? Iako je dobila intenzivniji poticaj razvoju brzim odgovorom na ovo krizno stanje, vrijedi podsjetiti da je svaka kriza zapravo prilika – prilika za boljeg pojedinca i bolje društvo! Prilika za inovativne postupke koji pomicu granice. Vidimo se utorkom u 18! igor.salopek@gmail.com

Izvori:

1. Opačić A, Orešek T, Radat K. Obilježja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. Soc. psihijat. 2019; 47; p. 145-167
2. Salopek I, Oštrek L, Hrvat L, Cvitanović H, Jančić E. Pregled razvoja psihijatrijske službe u Karlovcu - u povodu 50. godišnjice osnivanja Odjela za neuropsihijatriju Opće bolnice Karlovac (1969.-2019.). Acta Med Hist Adriat 2019; 17(1):p.143-160
3. Preporuke Hrvatskog psihijatrijskog društva za organizaciju psihijatrijske skrbi i psihijatrijske intervencije tijekom epidemije COVID-19. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2020. Dostupno na: <http://www.psихijatrica.hr/site/?p=3835>
4. Hubley S et al. Review of key telepsychiatry outcomes. World J Psychiatry. 2016; 6(2): p.269–282.

NOVE ODLUKE HZZO-a

HZZO je 28. svibnja donio, među ostalima, sljedeće odluke:

- HZZO nastavlja financirati rad pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije te pripravnički staž zdravstvenih radnika.
- Radi sprečavanja širenja koronavirusa za lipanj je osigurao dodatnih 1,5 milijuna kuna Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“
- Utvrđen je način plaćanja troškova COVID -19 ambulanti
- Tijekom turističke sezone HZZO financira hitnu medicinu na državnim cestama i autocestama. Ž.P.

VIRUS KOJI JE NA NEKOLIKO MJESECI ZAUSTAVIO HRVATSKU I SVIJET

Rezime (interim?) pandemije COVID-19

Kada su u siječnju ove godine objavljene prve vijesti o izbijanju koronavirusa u kineskom gradu Wuhanu, nitko nije mogao ni pretpostaviti da će se u manje od 100 dana, stotine i stotine milijuna ljudi naći u karanteni.

Kineske vlasti objavile su 17. siječnja da je misteriozna virusna upala pluća odnijela drugu žrtvu. Taj virus prvi put je otkriven mjesec dana ranije, a do tada je u Kini zabilježeno 40-ak bolesnika. Vrlo brzo virus se proširio izvan granica Kine i počeo harati Europom, a prva je na udaru bila Italija. No niti jedna država nije ostala poštedena. Virusa je bio svugdje!

Bilo je nezamislivo ono što se počelo događati - paraliziraju se svjetska gospodarstva, zatvaraju se granice gotovo svih država, otkazuju se sva javna događanja diljem svijeta gdje je bio prisutan COVID-19, a stanovnici naše planete pozivaju se da ne izlaze iz svojih domova. Takav scenarij dogodio se I u Hrvatskoj. Prvi slučaj zaraze korona virusom zabilježen je 25. veljače. Istoga je dana premijer Andrej Plenković najavio da će se Nacionalni stožer Civilne zaštite, koji će voditi potpredsjednik Vlade i ministar unutarnjih poslova Davor Božinović, svakodnevno sastajati radi

koordinacije svih aktivnosti oko korona virusa. U Stožeru su uz ministra Božinovića svakodnevno bili prisutni i ministar zdravstva prof. dr. sc. Vili Beroš te prof. dr. sc. Alemka Markotić, ravnateljica Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“. Kako je rastao broj oboljelih tako su rasle i brojne restriktivne mjere u Hrvatskoj. Sredinom ožujka zatvoreni su vrtići, osnovne i srednje škole te fakulteti, gotovo sve trgovine, osim prehrambenih, i većina radnog stanovništva upućena je na rad od kuće svugdje gdje je to bilo moguće. Uskoro je uslijedila i zabrana okupljanja više od pet osoba. Javni i društveni život, onakav na kakav smo navikli do tada, u Hrvatskoj je rapidno zaustavljen. Ipak, krajem travnja počinje postupno pokretanje gospodarskih aktivnosti, s obzirom na to da je virus počeo znatno slabjeti pa je tako 27. travnja odlukom Nacionalnog stožera stupila na snagu prva faza popuštanja mjera zaštite od pandemije radi djelomičnog pokretanja gospodarstva. Omogućen je rad svim poslovnim subjektima koji obavljaju trgovacku djelatnost, osim onih koji posluju u trgovackim centrima. Druga faza popuštanja epidemioloških mjera počela je 4. svibnja. Počelo je postupno reaktiviranje zdravstvenog sustava i početak rada

djelatnosti u kojima se ostvaruje blizak osobni kontakt, poput frizeria i pedikera, ali uz poštivanje epidemioloških mjera. Treća faza počela je 11. Svibnja, pa su tako otvorene osnovne škole za učenike razredne nastave, a nakon gotovo dva mjeseca počinju raditi trgovački centri, kafići i restorani. Ponovno se uspostavlja međugradska cestovni, željeznički i domaći zračni prijevoz putnika te se otvaraju autobusni i željeznički kolodvori za međugradske promet. Vlada 28. svibnja donosi odluku kojom se omogućuje ulazak u zemlju državljanim Slovenije, Austrije, Mađarske, Češke, Slovačke, Estonije, Litve, Latvije, Njemačke i Poljske, što bi idućih mjeseci trebalo ublažiti golemu štetu nastalu u turizmu.

Dobra suradnja građana i postupanje prema uputama Stožera zaslužni su za razmjerno povoljno epidemiološko stanje. Do 15. lipnja je zabilježeno 2.254 ljudi pozitivnih na virus, a oporavilo ih se 2.140. Preminulo je 107 pacijenata, a na liječenju ih se nalazi još sedam. Od izbijanja epidemije do 15. lipnja testirano je ukupno 70.254 osobe.

U svijetu je od izbijanja epidemije do 15. lipnja zabilježeno više od 8 milijuna ljudi pozitivnih na koronavirus, oporavilo se 4,1 milijun ljudi, a preminulo je 436.125 osoba.

Ministar zdravstva, prof. Vili Beroš

Možemo se koristiti brojnim usporedbama, od broja ukupno oboljelih ili novooboljelih na milijun stanovnika preko broja ljudi na respiratoru sve do broja preminulih na milijun stanovnika. Možemo usporediti i relativne, ali i apsolutne brojeve. Već po tome možemo zaključiti koliko je bilo opterećenje čijeg zdravstvenog sustava i je li došlo do kolapsa u pružanju zdravstvene skrbi.

Primjer su podaci zaključno s petkom, 12.6. za smrtnost ljudi na milijun stanovnika:

Belgija	843,63
UK	620,84
Španjolska	580,78
Italija	565,39
Austrija	76,18
Slovenija	52,72
BiH	48,44
Srbija	36,09
Hrvatska	25,92

Sigurno smo puno naučili iz ovog iskustva. Bili smo iznimno uspješni u dosadašnjoj borbi pa planiramo nastaviti uz jednaku pripremu, jednakom puno rada i zalaganja jer **vidimo rezultate kad politika da povjerenje struci**.

Kad bi došlo do drugog vala, mjere bi izgledale drukčije, bilo bi manje zatvaranja i manje strožih restriktivnih mjera te bi se drukčije balansiralo s očuvanjem gospodarstva.

Prof. Alemka Markotić

Do sada obavljena serološka istraživanja pokazuju prokuženost opće populacije od oko 2 - 3 %, što je na neki način bilo očekivano, a ne očekujemo ni značajniji postotak među populacijom zdravstvenih djelatnika. To je u prvom redu rezultat pravovremeno provedenih mjera i dobre komunikacije sa stanovnicima Republike Hrvatske, ali i odgovornog ponašanja zdravstvenih djelatnika te kontinuirana dostupnost zaštitne opreme, koja je u brojnim zemljama bila nedostatna. S druge strane, jedno vrijeme nazočan pritisak dijela javnosti pa i određenih biomedicinskih krugova da treba stvoriti visok postotak prokuženosti stanovništva (tzv. "imunitet krda") pokazao se potpuno promašenim i neostvarivim čak i uz visok pobol i velik broj žrtava koje su takvim pristupom neke zemlje kreirale.

Dijagnostika je zahvaljujući trudu znanstvenika, ali i brojnih biotehnoloških kompanija u iznimno kratkom vremenu proi-

zvela niz kvalitetnih molekularnih testova, ali i za proučavanje prokuženosti upotrebljivih seroloških testova. Sve je pratio i razvoj različitih uređaja koji su omogućili skraćivanje trajanja testova te detekciju velikog broja uzoraka u isto vrijeme, što značajno pomaže brzom otkrivanju i izolaciji novih slučajeva COVID-19. Prvi "in house" test je postavljen u Njemačkoj u drugoj polovici siječnja, u Hrvatskoj smo ga već imali postavljenoga krajem siječnja u Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević". Komercijalnih testova tada nije bilo, a prvi komercijalni testovi nisu zadovoljavali potrebe ni desetine svjetskog tržišta. U nepunih pet mjeseci smo postavili testove u nizu laboratorijskih u RH, cijeli niz komercijalnih molekularnih i seroloških testova je evaluiran, Klinika je dobila suvremenih automatiziranih sustava Cobas 6800 za izolaciju i detekciju oko 1500 uzoraka obrisaka dnevno te zajedno s ostalim laboratorijsima **danas možemo testirati više tisuća akutnih bolesnika u 24 sata.**

Doc. Krunoslav Capak

Hrvatska se prema objektivnim pokazateljima borbe protiv COVID-19, a to su broj i stopa oboljelih i broj i stopa umrlih, pozicionira među zemlje koje su uspjele epidemiju držati pod nadzrom, odnosno koje imaju niski pobol i smrtnost. U Europi su to npr. Baltičke

zemlje, a u našem okruženju Slovenija i Mađarska. **Povoljna epidemio-loška situacija nam je omogućila da po pitanju popuštanja i relaksacije mjera budemo jedna od najliberal-nijih zemalja u okruženju i u Europi.**

Trebali bismo se i dalje držati osnovnih profilaktičkih mjera kao što su higijena, dezinfekcija i držanje fizičkog razmaka u svim situacijama a gdje se nalazi više ljudi, naročito u zatvorenim prostorima, a trebalo bi nositi i masku.



COVID 19 PANDEMIJA IZ PERSPEKTIVE INTENZIVNE MEDICINE I INFETOLOGIJE UZ OSOBNI OSVRT

Doc. dr. sc. MARKO KUTLEŠA, dr. med.

Svijet je u svojoj povijesti više puta bio izložen epidemijama i pandemijama. COVID 19 je još jedna u tom nizu pandemija i to s potpuno novim virusom. Zbog toga je izazivala opravdan strah u ljudima medicinske struke, ali i kod medicinskih laika. Nema cjepiva i nema lijeka, a bolest može biti smrtonosna, takva konstelacija činjenica mora u svakom razumnom izazvati strah.

Obzirom na informacije iz Kine, vrlo brzo je bilo jasno da će s kliničkog aspekta glavni

pritisak biti na jedinice intenzivnog liječenja (JIL), pogotovo na našu koja je jedina infekto-loška u Hrvatskoj. U zapuštenim infrastrukturnim okolnostima koje smo imali probali smo se organizirati što je bolje moguće. Kako prostori našeg JIL-a nemaju vlastiti lift te imaju skućene balkone, odlučili smo organizirati JIL na dva susjedna odjela, a tek u nužnosti i pretrpanosti otvoriti i prostore u samom JIL-u za COVID 19 bolesnike.

Organizacija je bila zahtijevna jer je puno toga trebalo prilagoditi našim potrebama na drugim odjelima i tu je glavnu ulogu odigrala glavna

sestra našeg JIL-a, Anda Novokmet. Tijekom cijele epidemije liječničko i sestrinsko osoblje koje je radilo s najteže oboljelima je bilo na visini zadatka, profesionalno i ljudski. Zbog toga osjećam veliku zahvalnost i sreću da sam dio takvog kolektiva.

Što se tiče epidemije u RH, ona je bila relativno blaga i za to postoje mnogi uzroci od kojih neke znamo, a za neke se nadamo da ćemo ih saznati radi čiste medicinske značajke. No, javno zdravstvo jest zasigurno pokazalo da je itekako potrebno i u 21. stoljeću, i da se nikako ne smije shvaćati kao trošak. Ono što znamo jest da su poduzete protuepidemijske mjere bile vrlo dobre te sigurno i efikasne u smanjivanju broja oboljelih, ali i da su one u većini zemalja bile vrlo slične ili gotovo jednake. Zašto su onda neke države imale teške epidemije, a druge ne? Da li je stvar u maloj gustoći populacije, genetički, puno raniji ulazak virusa u neku populaciju prije nego je epidemije detektirana te je onda ona bila eksplozivna (npr. Italija), u našoj sklonosti da trebamo vođe koje onda i slušamo, BCG cjepivu, slabljenju virusa, tradiciji javnog zdravstva, sreći ili nečem sasvim drugom to je teško reći. Možda i u svemu pomalo. Sjećamo se da su u Hrvatsku ušli i turisti iz Wuhana kada to nismo smjeli dopustiti, ali samo srećom nije bilo posljedica. Iz Italije su ljudi ulazili u Hrvatsku kada je tamo epidemija već ozbiljno krenula. Puštali smo Hrvate na skijanje kada nismo trebali. Primjeri ovakvog nesnalaženja, koje je zapravo u situaciji kakva je bila nemoguće izbjeguti u potpunosti. Spomenute situacije trebaju nam biti opomena i poziv na daljnji oprez kod ulaska u našu zemlju, hrvatskih i stranih državljanima, da nam nekakav propust ne bi uzrokovao ponovnu lokalnu transmisiju kao što se sada dešava u našim susjednim zemljama.

Ono na što još uvijek treba podsjećati našu javnost jest da je pojava pandemija prvenstveno javno-zdravstveni i medicinski problem. Politika se tu mora tek minimalno uključiti jer se odluke jednostavno moraju donositi na toj razini. Mi se kao društvo moramo odmaknuti od toga da gledamo gotovo sva društvena zbivanja kroz kontekst nekih nadolazećih izbora i kako ta zbivanja kroz PR iskoristiti za stranačku i/ili osobnu svrhu što umanjuje istinsku vrijednost kada je učinjeno i nešto pozitivno. Također pristupu je svrha ostavljanje dojma koji je vrlo rijetko ili nikad istinit, odnosno autentičan, a motivi

su vrlo upitni. Posljedično društvo trune jer se svi bave dojom, a tek rijetki suštinom osim onoliko koliko moraju da bi ostavili dobar dojam.

U svakom slučaju iz perspektive intenzivne medicine mi smo jako zahvalni na činjenici da je epidemija bila blaga i da kapaciteti u intenzivnim diljem RH nisu bili preopterećeni kao što je to bilo primjerice u Italiji ili New Yorku. No, čak i da nas je zadesila veća epidemija bolnički sustav je bio spreman. Usprkos nekim svima poznatim propustima, moje dojam da je bolnički sustav generalno izvrsno odgovorio na ovu potpuno novu situaciju zahvaljujući svima od ministra do medicinskih sestara i tehničara koji su najviše vremena provodili neposredno uz bolesnike.

Mi smo u našoj JIL liječili 38 bolesnika s COVID 19 zbog respiratorne insuficijencije, od toga ih je 30 zahtjevalo invazivnu mehaničku ventilaciju zbog teškog ARDS-a. Preminulo je 18 bolesnika. Prosječna dob bolesnika je bila 65 godina i oko 2/3 su bili muškog spola. Glavni komorbiditeti su bili: arterijska hipertenzija (20 bolesnika), dijabetes (9 bolesnika), kronične srčane bolesti (8 bolesnika) i KOPB (5 bolesnika). Bolesnici su prosječno mehanički ventilirani 20 dana, 21 bolesnik je zahtjevao bubrežnu nadomjesnu terapiju tijekom boravka u JIL, a troje veno-venski ECMO. Dakle, multiorgansko zatajenje je česta komplikacija teškog COVID 19. Možemo reći da COVID 19 uzrokuje ARDS, ali to je kliničkim tijekom potpuno nova bolesti. Protrahirana, s izmjenom poboljšanja i pogoršanja za koje se u početku mislilo da su komplikacije, što ponekad i mogu biti, ali uglavnom se radi o pogoršanjima uslijed same infekcije virusom te upalnom odgovoru na tu infekciju. Usprkos ARDS-a popustljivost pluća je održana i uz dobru mehaničku ventilaciju veno-venski ECMO uglavnom nije potreban. Kada dođe do toga da bolesnik treba ECMO, onda je već dugo mehanički ventiliran uz posljedičnu ozljedu pluća od mehaničke ventilacije te su pluća tako oštećena da je proces teško popravljiv. Smrtnost je kod COVID 19 bolesnika na invazivnoj mehaničkoj ventilaciji izrazito visoka od 60, pa do čak 90%. To je dijelom sigurno posljedica specifičnosti ove bolesti i navale velikog broja bolesnika u kratkom vremenu, ali dijelom i činjenice da još uvijek tragamo za optimalnim pristupom u liječenju najteže oboljelih od COVID 19. Mislim da je traganje za tim pristupom ključan klinički

problem u slučaju drugog vala COVID 19, kako u Hrvatskoj tako i u svijetu.

Dopustite mi na kraju jedan mali osvrt na širi socijalni kontekst ove pandemije. Nakon više mjeseci trajanja pandemije možemo li već sada govoriti o tome kakvi će joj biti efekti na naše društvo i civilizaciju? Neupitno je pandemija ukazala na krhkost tržišnog i liberalnog kapitalizma koji ima nestvarni cilj stalnog ekonomskog rasta što mi se čini kao trčanje za dugom ili faramorganom. Ništa ne može u beskonačnost rasti, a na kraju je rast moguć jedino ako ljudi i priroda postanu žrtve toga rasta. U tom trenutku treba mijenjati paradigme sustava, a ne žrtvovati kvalitetu ljudske egzistencije i okoliš na pijedestalu profita. Stoga smatram da je vrlo bitno kakve vrijednosti promovira civilizacija u kojoj živimo, a pristup dostupnosti zdravstvene zaštite bez obzira na imovinski status jest jedan od bitnih pokazatelja koji nam govori kakav svijet želimo. Rješenju se ne treba nadati niti od politike niti od gospodarstva. Većina političara „zapadne civilizacije“ su u velikoj mjeri narcistični tipovi osobnosti kojima mi ostali služimo kao sredstvo za njihove ciljeve, a gospodarstvenici su indoktrinirani tržišnom ekonomijom i profitom kao nečim što je neupitna, gotovo aksiomska vrijednost. Dakle, promjena je na svima nama, a da je ona moguća potvrđilo nam je zdravstveno osoblje diljem svijeta u tijeku ove pandemije.

Lako možemo zamisliti kako je ovaj virus bio upozorenje čovječanstvu na svim razinama: osobnoj, društvenoj, ekonomskoj, ekološkoj, a što će čovjek iz toga naučiti ostaje na njemu. No, moramo imati na umu da bi neki slijedeći pandemijski virus mogao biti puno manje „milostiv“ te da će njegove moguće posljedice ovisiti i o tome koliko smo se kao ljudi promijenili u ovoj pandemiji.

Zahvala dr. Aniti Atelj i dr. Vladimиру Krajnoviću na prikupljenim podacima o našim bolesnicima

Zahvala osoblju VI/Centra, jer se smatram sretnim i privilegiranim da radim u kolektivu s takvim ljudima

Zahvala osoblju VI/1 i VI/2 odjela na svoj nesebičnoj pomoći

TRANSPLANTACIJE U "KB-u MERKUR" U DOBA KORONE



Dio lječnika transplantacijskog tima KB-a Merkur: Franjo Jurenec, Stipislav Jadrijević, Jadranka Pavičić Šarić, Danko Mikulić i Mirko Poljak (s lijeva na desno)

Nova 2020. godina donijela je opravdanu bojazan da bi svijet mogla zahvatiti epidemija zaraze novim koronavirusom koji je već harao Kinom i prijetio ostatku svijeta. Nismo željeli vjerovati da nas neće poštediti. Ipak, odgovorno i racionalno pripremali smo se za moguće neželjene scenarije. Prvi potvrđeni slučaj zaraze novim koronavirusom u Hrvatskoj zabilježen je 25. veljače 2020. Tada počinje službena briga i transplantacijskih lječnika i drugih dionika tog segmenta zdravstvenog sustava za bolesnike koji su kandidati za transplantaciju i željno iščekuju poziv koji život znači. Kako postupiti na način da ih se zaštiti? Kako im istodobno ne uskratiti najbolje lječenje - transplantaciju? To su pitanja na koja, u najboljem slučaju, odgovore može dati samo *post hoc* statistika. A lječnici znaju da su u medicini poželjniji predviđajući odgovori. Nažalost, takve nismo mogli imati. Ni mi, ni itko drugi.

U drugoj polovici ožujka u KB-u Merkur službeno je obustavljen elektivni transplantacijski program, a predviđeno je bilo nastaviti vršiti hitne transplantacije jetre (koje se nerijetko „neplanski“ pojavljuju kao takve), za koje ne postoji alternativa u spašavanju života. Nasuprot tomu, bolesnici kojima je nepovratno zatajila bubrežna funkcija kronično su zbrinuti postupcima dijalize, koja nadomešta bubrežnu funkciju i omogućuje stabilnu kvalitetu života. Budući da na „listi čeka-

nja“ nije bilo bolesnika kojima je trebala hitna transplantacija bubrega (kakvih je i inače, za razliku od transplantacije jetre, tek rijetko), program elektivne transplantacije bubrega je privremeno zaustavljen. Razlog za takvu odluku bila je prijeteća zaraza novim koronavirusom, u kojoj su bolesnici s transplantiranim organom u skupini visokog rizika za teže oblike bolesti i loše ishode. Oni, naime, moraju trajno uzimati imunosupresivne lijekove koji sprječavaju odbacivanje transplantiranog organa, a ti isti lijekovi smanjuju i imunosne sposobnosti organizma u obrani protiv infekcija. Tijekom sljedećih tjedana učinjene su dvije hitne transplantacije jetre, odnosno, transplantacija jetre je učinjena svim hitno potrebitim pacijentima. Koncem travnja reaktivira se i transplantacija bubrega i gušterića, koja ipak nije bila realizirana, zbog razloga neovisnih o epidemiji. Ovakva transplantacija namijenjena je oboljelima od šećerne bolesti tipa 1 i uobičajeno zahtjeva dodatno sužen izbor darovatelja. U drugoj polovici svibnja se s relaksacijom protuepidemijskih mjer i uz inače izvrsno epidemiološko stanje u našoj zemlji ponovo pokreće transplantacija bubrega. Svjedočili smo da imamo sve manje novooboljelih, ali i ukupno preostalih oboljelih od COVID-19. Također smo osjećali da je stanje epidemiološki pod nadzorom te da postoji određeno iskustvo u postupanju i lječenju oboljelih od novog

koronavirusa. KB Merkur pažljivo trijažira bolesnike suspektne na COVID-19 i tako je bolnica tijekom ovog vremena ostala tzv. COVID free.

Cijelo vrijeme strogih epidemioloških mjera već otprije transplantirani bolesnici bili su redovito kontrolirani i savjetovani na način prilagođen prevenciji potencijalne zaraze, uz veliku pomoć telefonske i internetske tehnologije. U skladu sa službenom porukom „Ostanite odgovorni“, transplantacijski timovi KB-a Merkur propisali su uvjete prilagođene „novome normalnom“, što znači da se i potencijalni darovatelj i potencijalni primatelj organa moraju testirati na SARS-CoV-2 i moraju biti negativni kako bi se transplantacija izvršila.

U KB-u Merkur učinjeno je u 2020. godini do 15. lipnja ukupno 42 transplantacije jetre, 14 transplantacija bubrega i 1 transplantacija bubrega i gušterića. Od toga je nakon prvog zabilježenog slučaja COVID-19 koncem veljače do danas učinjeno 24 transplantacije jetre i 7 transplantacija bubrega. Na veliku sreću naših bolesnika te na naše ljudsko i profesionalno zadovoljstvo, uspjeli smo zaštитiti naše bolesnike od virusne ugroze i ujedno im pružiti najbolji oblik lječenja.

Ono što je ostalo nepromijenjeno u „novom normalnom“ je želja transplantacijskih timova u KB-u Merkur da nastave s transplantacijskim segmentom medicine na jednak, liderski način, kao i prije ove pandemije. U 2019. godini učinjeno je 113 transplantacija jetre, 45 bubrega i 5 gušterića. Predviđanje skore budućnosti do konca ove, 2020. godine, nije zahvalno. Spremni smo na sve scenarije, priježljivajući najbolji, u kojemu bismo bez novog naleta epidemije programom transplantacije prikladno odgovorili na zahtjevne potrebe naših bolesnika. A te su potrebe nerijetko vrlo složene jer uključuju posebno rizične skupine kandidata za transplantaciju, kao što su visoko senzibilizirani, ponavljane kirurški zahtjevne transplantacije, transplantacije dva organa i slično, po čemu je KB Merkur prepoznatljiv u hrvatskoj transplantacijskoj medicini.

Nastavljamo u istom duhu, uz poštivanje etičkih načela koji su *conditio sine qua non* 24/7/365. Upravo je etika nalagala postupanje i donošenje odluka u ovim sasvim nesvakidašnjim vremenima, u doba korone.

Transplantacijski tim KB-a Merkur

Lijekovi za COVID-19, ubrzani postupci procjene i remdesivir



Prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, dr. med.

Hrvatsko katoličko sveučilište,
Centar za medicinu i zdravstvenu zaštitu
utemeljenu na dokazima

Kineske vlasti prijavile su 31. prosinca 2019. pojavu slučajeva virusne upale pluća u Wuhanu. Tako počinje službena priča o bolesti koju danas zovemo COVID-19. Iako je od tada prošlo tek nešto više od šest mjeseci, globalne posljedice nove bolesti drastične su. Lijekovi i cjepiva očekuju se i svakodnevno najavljuju. Međutim, 10. lipnja 2020. još uvijek nema lijekova ni cjepiva registriranih za liječenje i prevenciju COVID-19. Europska agencija za lijekove (EMA) i Agencija za hranu i lijekove SAD-a (FDA) nisu još odobrile niti jedan lijek ili cjepivo za indikaciju COVID-19. Naime, kako bi se neki lijek ili cjepivo odobrio za tržište, regulatorne agencije kao što su EMA i FDA trebaju pregledati dokaze o djelotvornosti i sigurnosti tih pripravaka, procijeniti njihov omjer koristi i rizika te ocijeniti da pripravak ima više koristi nego rizika. Obje

su agencije objavile kako surađuju s tvrtkama i znanstvenicima kako bi se dokazi o lijekovima i cjepivima brže analizirali.

U uobičajenim okolnostima, tvrtke koje razvijaju lijekove/cjepiva prikupe sve dokaze za koje smatraju da su cijeloviti i uvjerljivi te ih predaju regulatornim agencijama na razmatranje. Međutim, regulatorne agencije imaju i određene mogućnosti ubrzanog postupka procjene za posebne okolnosti.

Primjerice, EMA ja 30. travnja 2020. za lijek remdesivir najavila da se pokreće postupak koji se naziva „rolling review“, a mogao bi se prevesti kao postupna procjena, tijekom kojeg tvrtka koja razvija lijek može EMA-i dostavljati dokaze iz istraživanja postupno, kako oni postaju dostupni. Postupna procjena rezervirana je za hitna javno-zdravstvena stanja i nije uobičajen način procjene lijekova. Početak takvog postupka samo znači da je počela procjena remdesivira, i ne znači da je dokazan njegov povoljan omjer koristi i rizika. U okviru takve vrste postupka može se provesti nekoliko ciklusa procjene, kako novi dokazi postaju dostupni. Svaki ciklus traje oko dva tjedna, ovisno o količini podataka koju treba procijeniti. Kada tvrtka koja razvija lijek procijeni da ima dovoljno podataka, šalje formalnu prijavu za davanje odobrenja za stavljanje lijeka na tržište, i onda se ta prijava može obraditi u kraćem roku. Iako se ne može unaprijed znati koliko će trajati procjena dokaza za remdesivir, očekuje se da će se na taj način, u okviru postupka postupne procjene,

ta procjena provesti u značajno kraćem vremenu u usporedbi sa standardnim postupkom, a u isto vrijeme će se osigurati nužna razina rigorozne procjene.

Odluka o postupnoj procjeni koju će provoditi EMA temeljila se na prelimarnim rezultatima istraživanja ACTT-a (engl. *Adaptive COVID-19 Treatment Trial*) kojeg financira američki Nacionalni institut za alergijske i zarazne bolesti (engl. *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*, NIAID). To je prvi klinički pokus koji je pokrenut u SAD-u kako bi se eksperimentalno ispitala terapija za COVID-19. Preliminarni rezultati istraživanja ACTT-a pokazali su koristan učinak remdesivira u liječenju hospitaliziranih bolesnika s blagim do umjerenim ili teškim oblikom COVID-19. Međutim, kako EMA još uvijek nije imala priliku procijeniti dokaze iz cijelog istraživanja, još je rano za donošenje bilo kakvih zaključaka o omjeru koristi i rizika tog lijeka.

Na internetu su tada bili objavljeni samo preliminarni rezultati pokusa ACTT, koji su ukazivali na koristan učinak remdesivira. Neposredno prije objave preliminarnih rezultata istraživanja ACTT-a, remdesivir je imao još jednu bombastičnu objavu rezultata, ali taj put vezanu za pokus koji je registriran pod šifrom NCT04257656, ali za tu objavu se pokazalo da nije bila planirana. Na mrežnoj stranici ClinicalTrials.gov 15. travnja 2020. tvrtka koja razvija remdesivir, Gilead Sciences, objavila je novi status kliničkog pokusa NCT04257656 koji se provodio u Kini; kao razlog zaustavljanja istraživanja navedeno je: „epidemija COVID-19 dobro se kontrolira u Kini, trenutačno

više nema ispitanika koji odgovaraju kriterijima uključenja“.

Tjedan dana nakon toga objavljen je na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) sažetak rezultata tog istraživanja, ali ti nepotpuni rezultati prekinutog istraživanja nisu išli remdesiviru u prilog. Ti su rezultati brzo uklonjeni s mrežne stranice SZO-a, a u objavi za medije je dr. Merdad Parsey, glavni medicinski službenik tvrtke Gilead Sciences, naveo: „Vjerujemo da je ta objava uključila neprikladan opis istraživanja. Istraživanje je prekinuto ranije zbog malog broja uključenih ispitanika i stoga nema dovoljnu snagu kako bi pružila statistički značajne zaključke.“

Wang i suradnici objavili su 16. svibnja 2020. rezultate tog pokusa NCT04257656 u časopisu Lancet; u tom članku navodi se kako remdesivir u bolesnika s teškim oblikom COVID-19 nije pokazao statistički značajne kliničke učinke, ali da uočeno „brojčano smanjenje“ u vremenu do kliničkog poboljšanja u onih koji su liječeni ranije, što je potrebno potvrditi u većim istraživanjima.

Beigel i suradnici su u časopisu *New England Journal of Medicine* 22. svibnja 2020. objavili preliminarne rezul-

tate istraživanja ACTT, koji pokazuju kako je remdesivir bolji od placebo u skraćivanju vremena oporavka odraslih hospitaliziranih zbog COVID-19 i u tih pacijenata je bilo uočeno manje infekcija respiratornog sustava. Pacijenti koji su primali remdesivir imali su medijan vremena oporavka 11 dana, a pacijenti koji su primili placebo 15 dana.

Goldman i suradnici objavili su 27. svibnja 2020. u *New England Journal of Medicine* randomizirani klinički pokus u kojem je sudjelovalo 397 ispitanika s teškim oblikom COVID-19; jedna skupina primala je remdesivir 5 dana, a druga 10 dana. Između te dvije skupine nije bilo razlike u ishodima. Taj pokus nije koristio zasljepljivanje niti kontrolnu skupinu.

Pozitivno je što su se rezultati lijeka od kojeg se puno očekuje počeli objavljivati u znanstvenim časopisima jer bi se očekivalo da je takva objava prošla strogu znanstvenu recenziju, pogotovo kad je riječ o vrhunskim časopisima. No, da ni to ne mora biti nužno jamstvo kvalitete pokazuju povlačenja (retrakcije) dva članka o COVID-19 koje su bili objavili *New England Journal of Medicine* i Lancet. Naime, u oba ta istraživanja bila je uključena tvrtka Surgisphere koja nakon sumnji

u vjerodostojnost podataka nije htjela javno objaviti podatke prikupljene tim istraživanjima, zbog čega se ti podatci, i rezultati objavljenih radova, ne mogu provjeriti. Na temelju sporog članka u Lancetu, u kojem je navedeno kako hidroksiklorokin i klorokin nisu djelotvorni za COVID-19, SZO bila je zaustavila svoje istraživanje o hidroksiklorokinu, ali je istraživanje nastavljeno nakon što je časopis objavio informacije kako propituje točnost rezultata tog istraživanja.

U međuvremenu, broj kliničkih pokusa o COVID-19 i dalje se povećava; do 4. lipnja 2020. u registru kliničkih pokusa SZO-a indeksirano je 3237 pokusa na temu COVID-19. Kao što pokazuje primjer Gileadovog pokusa broj NCT04257656, zbog smanjivanja broja slučajeva COVID-19 u pojedinim dijelovima svijeta, moguće je da će se dio tih pokusa prijevremeno završavati zbog nedostatka pacijenata.

U utrci za lijekovima i cjepivima za COVID-19 sigurno ćemo vidjeti još mnogo zanimljivih obrata.

livia.puljak@gmail.com

> PRODAJE SE

najsuvremenije opremljena uhodana
**POLIKLINIKA ZA FIZIKALNU
 MEDICINU I REHABILITACIJU
 I FIZIKALNU TERAPIJU
 SREMAC BOHAČEK**

Ede Murtića 2, Zagreb
 (Središće-Novi Zagreb)

Radi odlaska u mirovinu

Sve informacije možete dobiti na
 tel. 095 90 11 550

ili mail: poliklinika-sremac-bohacek@inet.hr

KOAGULOPATIJA U BOLESNIKA S COVID-19

Prof. dr. sc. MLADEN KNOTEK, dr. med.

Department of Medicine and Nephrology
TreeTop Hospital, Hulhumale, Maldives
Zavod za nefrologiju, KB Merkur, Zagreb
Medicinski fakultet u Zagrebu

Tijekom proteklih nekoliko mjeseci od pojave infekcije SARS-CoV-2 uveliko je napredovalo razumijevanje patogeneze bolesti. Uzrok smrti u bolesnika s COVID-19 najčešće je pneumonija s razvojem teškog sindroma akutnog respiratornog distresa, često uz razvoj sekundarnih infekcija¹. Ubrzo nakon pojave bolesti primjećeno je da bolesnici s teškim oblikom COVID-19 često imaju znakove poremećene koagulacije, s nastankom venskih i arterijskih tromboza u plućima i drugim organima. Danas se smatra da je koagulopatija u COVID-19 bitna sastavnica bolesti, koja uz prekomjernu upalu, u nedostatku specifičnog antivirusnog liječenja, predstavlja i važan terapijski cilj.

SARS-CoV-2, uzročnik COVID-19, inficira i replicira se u stanicama koje na površini sadrže enzim pretvorbe angiotenzina 2 (ACE-2) i bjelančevinu TMPRSS2. Raspadanje stanica zaraženih virusom dovodi do oslobađanja tvari s molekularnim uzorkom povezanim s ozljedom (engl. damage-associated molecular pattern-DAMP). DAMP prepoznaju alveolarni makrofazi, alveolarne epitelne i endotelne stanice, što dovodi do oslobađanja prouplnih citokina (interleukin-1, -2, -6, čimbenik aktivacije tumora α , interferon γ ,...) i infiltracije upalnim stanicama. U većine bolesnika upala uspijeva kontrolirati bolest i s razvojem specifične imunosti dolazi do rezolucije, no u manjeg dijela bolesnika imunosni odgovor postaje prekomjeran, disreguliran, dovodeći do razvoja teške pneumonije s ARDS-om i multiorganским oštećenjem s visokom smrtnošću. Iako je respiracijski sustav mjesto ulaza SARS-CoV-2 u organizam, s posljedičnim oštećenjem plućnog respiracijskog epitela, smatra se da je za ključni dio patogeneze i napredovanja bolesti odgovoran endotel plućnih krvnih žila. Endotel također izražava ACE2 i biva inficiran virusom, s posljedičnim endotelitisom, koji prati ozljeda i aktivacija endotela. Početni endotelitis može prerasti u proliferativni

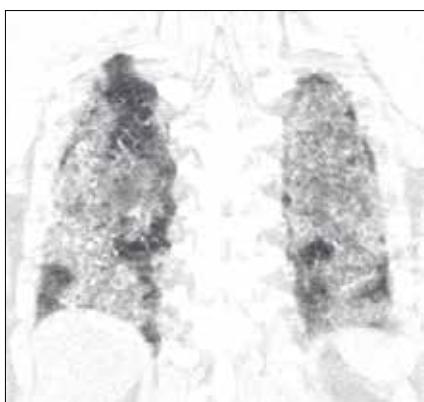
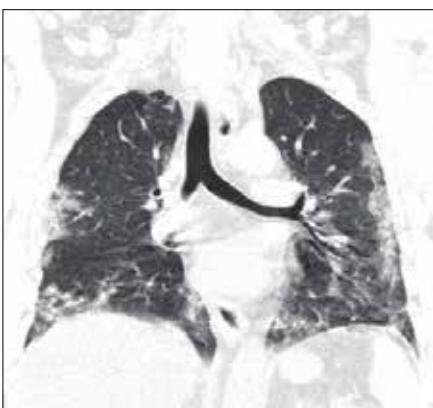
vaskulitis malih, srednje velikih i velikih krvnih žila s kontinuiranim lokalnim oslobađanjem prouplnih citokina, aktivacijom komplementa, koagulacijom i trombozom². Međudjelovanje upalnih stanica (limfocita, leukocita, makrofaga), stanica endotela i trombocita, uz sudjelovanje komponenti komplementa i imunglobulina, ključno je za razvoj poremećaja koagulacije u COVID-19 („tromboinflamacija“)³. Virusna infekcija dovodi do nesklada između prokoagulantnih i anti-koagulantnih homeostatičkih mehanizama. U većine bolesnika s COVID-19, prevladavaju prokoagulantni patofiziološki čimbenici. Oni uključuju aktivaciju endotela, oslobađanje tkivnog čimbenika, povećano stvaranje Von Willebrandova čimbenika i nedovoljnu razgradnju njegovih multimeri te aktivaciju trombocita⁴. Trombotička mikroangiopatija u bolesnika s COVID-19 fenotipski i patogenetizom sliči atipičnom hemolitičko-uremijskom sindromu, odnosno trombotičkoj trombocitopeničnoj purpuri. Osim navedenih čimbenika, važan doprinosni čimbenik plućnoj trombozi predstavlja hipoventilacija dijelova pluća koja dovodi do vazokonstrikcije, staze i posljedične tromboze (Slika 1.). Nalaz mikrovaskularne tromboembolije ne mora biti ograničen na male žile pluća. Tromboze malih krvnih žila opisane su i u drugim organima, ili tkivima, kao što su srce, jetra, bubrezi, crijevo...^{2,5-7}. U dijelu bolesnika razvijaju se i tromboze velikih arterija i vena. U manjine bolesnika tijekom napredovanja bolesti dolazi do razvoja potrošne koagulopatije, s pojmom krvarenja. Međutim, dio bolesnika razvije hemoptizu, koja je vjerojatno posljedica lokalne tkivne ozljede, a ne poremećaja koagulacije.

Vrlo rano tijekom epidemije istraživanja iz Kine pokazala su da je koagulopatija diskriminatorični čimbenik između skupine preživjelih i skupine umrlih bolesnika. Npr., značajan neovisni rizični čimbenik za smrt bolesnika je povišena razina D-dimera^{8,9}. Nadalje, u jednoj od prvih kohorti, bolesnici koji nisu preživjeli češće su imali manji broj trombocita i produljeno protrombinsko vrijeme u usporedbi sa skupinom preživjelih, sugerirajući razvoj disseminirane intravaskularne koagulacije (engl. disseminated intravascular coagulation - DIC) u kritičnih bolesnika s

COVID-19⁸. Međutim, naknadna istraživanja pokazala su da koagulopatija u COVID-19 najčešće nema obilježja tipičnog DIC-a s potrošnom koagulopatijom, već da dominira hiperkoagulabilnost^{10,11}. U većine bolesnika D-dimeri su manje povišeni nego u klasičnom DIC-u, a protrombinsko vrijeme i aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme najčešće nisu produljeni. Također, fibrinogen je najčešće povišen, a ne snižen, kao što se događa u DIC-u. Naše iskustvo u epidemiji na Maldivima također opovrgava prisutnost DIC-a s potrošnom koagulopatijom, budući da značajan broj bolesnika ima (reaktivnu) trombocitozu, uz normalno ili skraćeno protrombinsko i aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme (aPTV) te povišenu razinu D-dimera, uz hiperfibrinogenemiju, u prekritičnoj fazi COVID-19. Prema tome, jasni DIC s potrošnom koagulopatijom je tek kasno i rijetko očitovanje poremećaja koagulacije u manjeg dijela kritičnih bolesnika s COVID-19, dok u ranijim fazama prevladava hiperkoagulabilnost. Također, s obzirom da u početnoj kohorti kineskih bolesnika nije provođena sustavna antikoagulatna profilakska u svih hospitaliziranih bolesnika s pneumonijom, postoji mogućnost da je uz univerzalnu profilaksu moguće izbjegići razvoj teškog DIC-a, što bi mogao biti i jedan od elemenata poboljšanja ishoda liječenja ovih bolesnika, koji se dogodio tijekom proteklih mjeseci. Kad se razvije, u bolesnika s osobito teškim kliničkim tijekom, DIC s potrošnom koagulopatijom povezan je s vrlo visokom smrtnošću.

U vezi s koagulopatijom u bolesnika s COVID-19 treba imati na umu da produljeno aPTV može biti i posljedica inhibitora koagulacije, kakav je lupus antikoagulans⁴. U nedavnoj seriji bolesnika produljeno aPTV imalo je oko 20 % bolesnika s COVID-19 i u velikom postotku njih dokazan je lupus antikoagulans, ili anti-kardiolipinska IgA protutijela kao i anti-beta2 glikoprotein IgA i IgG protutijela¹². Ovakav sekundarni anti-fosfolipidni sindrom važno je prepoznati jer ovdje produljeni aPTV (uz trombocitopeniju koja može biti pridružena) ne predstavlja kontraindikaciju, već indikaciju za primjenu antikoagulatnog liječenja (najčešće niskomolekulskim heparinom).

Koliko je učestala i koja su obilježja klinički relevantne koagulopatije u bolesnika s COVID-19? Tijekom proteklog kratkog vremena objavljeno je više istraživanja iz



CT pluća u bolesnika s teškim COVID-19. Prikazan je presjek u razini bifurkacije traheje (A) i posteriorni aspekt pluća (B) u istog bolesnika. Infiltrat stražnjeg segmenta zauzima površinu čitavih pluća i pridonosi respiracijskoj insuficijenciji i predstavlja mehanički rizik za plućnu trombozu. Ujedno, ilustrira racional i potencijalnu važnost okretanja bolesnika i postavljanja na trbu („pronking“), ne samo bolesnika s COVID-19 nego svih teških, ležećih bolesnika. Vlastito iskustvo autora.

središta u Europi i Sjevernoj Americi. U prospективnom francuskom istraživanju 150 bolesnika smještenih u JIL imalo je 64 trombotičke komplikacije (najčešće plućne embolije)⁴. Također je zamjećeno učestalo grušanje izvanjelesnog krvotoka za kontinuirano bubrežno nadomjesno liječenje. U istom, francuskom istraživanju, samo 2,7 % bolesnika imalo je kriterije za postavljanje dijagnoze DIC-a. U nizozemskom istraživanju učestalost tromboembolijskih komplikacija u bolesnika s COVID-19 liječenih u JIL-u bila je 31 %¹³. U talijanskom istraživanju incidenca venskog ili arterijskog tromboembolijskog događaja bila je 21 %, uz univerzalnu profilaksu tromboembolije i bila je veća u bolesnika hospitaliziranih u jedinici intenzivnog liječenja¹⁴. Nedavna velika retrospektivna američka studija našla je učestalost tromboembolijskih komplikacija od 9,5 % (4,7 % u ne-kritičnih i 18,1

% u kritičnih bolesnika). Prevladavale su venske tromboembolije (učestalost od 3,1 % izvan intenzivne jedinice i 7,6 % u intenzivnoj jedinici)¹¹.

Univerzalna antitrombotička profilaksa niskomolekulskim heparinom poboljšala je preživljjenje bolesnika s teškim COVID-19¹⁵. Pri tomu se čini da, u odsutnosti kontraindikacija, u bolesnika pod osobitim rizikom za nastanak tromboembolije (značajna hiperfibrinogenemija, povišen D-dimer, trombocitoza, boravak u jedinici intenzivnog liječenja, rizični demografski čimbenici, pridružene bolesti,...) treba težiti primjenu većih profilaktičkih doza niskomolekulskog heparina^{16,17}. Terapijska antikoagulacija indicirana je u bolesnika koji razviju jasan tromboembolijski događaj ili fibrilaciju atrija. Usprkos profilaksi, prema nekim istraživanjima rizik od tromboembolije ostaje povišen u odnosu na slične kritične bolesnike u drugim bolestima⁴, dok je već navedeno američko istraživanje pokazalo da je uz profilaksu tromboembolijski rizik sličan riziku od tromboembolije u kritičnih bolesnika bez COVID-19¹¹.

Intenziviranje antikoagulacije ponekad nije moguće zbog pojave hemoragijskih komplikacija, odnosno napredovanja DIC-a u fibrinolitičku fazu tijekom bolesti, tako da je potrebno neprekidno prilagođavati dozu heparina, odnosno razinu antikoagulacije.

Uz primjenu heparina, u koagulopatiji u COVID-19 korisna bi mogla biti i istodobna primjena antiagregacijskih lijekova, kao što su acetilsalicilna kiselina ili klopidogrel, za koje postoje ograničeni dokazi o poboljšanju ventilacijsko/perfuzijskog nesklada u bolesnika s teškom pneumonijom i ARDS-om^{7,18}.

Zaključak

COVID-19 je velik javnozdravstveni, ali i klinički problem. Nedostatak učinkovitog specifičnog antivirusnog liječenja dodatno je postavio naglasak na farmakološko djelovanje na pojedine patogenetske i patofiziološke mehanizme bolesti. Profilaksa i liječenje trombotičkih komplikacija jedna je od ključnih terapijskih intervencija u ovih bolesnika. Druga intervencija, koja nije predmet ovog teksta, a koja predstavlja ključni napredak u liječenju bolesnika s COVID-19, je protuupalno liječenje. Kombinirano protuupalno i tromboprofilaktičko (antitrombotičko) liječenje hiperinflamatornog sindroma s infektivnim plućnim vaskulitism (s obilježjima trombotičke mikroangiopatije) predstavlja izazov, no ujedno pred-

stavlja i područje ekspertize za liječnike s iskustvom u liječenju neinfektivnih vaskulitisa (npr. nefrolozi, imunolozi i pulmolozi), koji uz infektologe i intenziviste trebaju biti dio multidisciplinarnog tima za liječenje bolesnika s COVID-19. Multidisciplinarnim i multimodalnim liječenjem i odgovarajućom njegovom, ishod bolesnika s COVID-19 postao je bolji.

Referencije

- Tay MZ, Poh CM, Renia L, MacAry PA, Ng LFP. The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention. *Nat Rev Immunol* 2020; **20**(6): 363-74.
- Noris M, Benigni A, Remuzzi G. The case of Complement activation in COVID-19 multiorgan impact. *Kidney international* 2020.
- Giannis D, Ziogas IA, Gianni P. Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past. *Journal of clinical virology : the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology* 2020; **127**: 104362.
- Helms J, Tacquard C, Severac F, et al. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. *Intensive care medicine* 2020; 1-10.
- Levi M, Thachil J, Iba T, Levy JH. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *The Lancet Haematology* 2020; **7**(6): e438-e40.
- Perini P, Nabulsi B, Massoni CB, Azzarone M, Freyrie A. Acute limb ischaemia in two young, non-atherosclerotic patients with COVID-19. *Lancet (London, England)* 2020; **395**(10236): 1546.
- Escalard S, Maier B, Redjem H, et al. Treatment of Acute Ischemic Stroke due to Large Vessel Occlusion With COVID-19: Experience From Paris. *Stroke* 2020; Strokeaha120030574.
- Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet (London, England)* 2020; **395**(10229): 1054-62.
- Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH* 2020; **18**(4): 844-7.
- Spiezia L, Boscolo A, Poletto F, et al. COVID-19-Related Severe Hypercoagulability in Patients Admitted to Intensive Care Unit for Acute Respiratory Failure. *Thrombosis and haemostasis* 2020; **120**(6): 998-1000.
- Al-Samkari H, Karp Leaf RS, Dzik WH, et al. COVID and Coagulation: Bleeding and Thrombotic Manifestations of SARS-CoV2 Infection. *Blood* 2020.
- Magro G. Cytokine Storm: Is it the only major death factor in COVID-19 patients? Coagulation role. *Medical hypotheses* 2020; **142**: 109829.
- Klok FA, Kruip M, van der Meer NJM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thrombosis research* 2020; **191**: 145-7.
- Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, et al. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thrombosis research* 2020; **191**: 9-14.
- Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH* 2020; **18**(5): 1094-9.
- Barrett CD, Moore HB, Yaffe MB, Moore EE. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19: A Comment. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH* 2020.
- Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH* 2020; **18**(5): 1023-6.
- Viecca M, Radovanovic D, Forleo GB, Santus P. Enhanced platelet inhibition treatment improves hypoxemia in patients with severe Covid-19 and hypercoagulability. A case control, proof of concept study. *Pharmacological research* 2020; **158**: 104950.

VENASEAL U VENESU!

Bezbolno i učinkovito liječenje proširenih vena

Razgovor s dr. Slavenom Suknaićem i dr. Karлом Novačićem iz poliklinike Venes vodila prof. Lada Zibar

Doc. dr. sc. Slaven Suknaić, dr. med., općije i vaskularni kirurg i docent na medicinskom fakultetu. Ima veliko iskustvo u liječenju bolesti krvnih žila iz KB-a Merkur u Zagrebu, gdje je proveo najveći dio radnog vijeka. Endovenске postupke liječenja proširenih površinskih vena uči u Sloveniji (Otočec), Njemačkoj (München) i Austriji (Beč). Aktualno radi u Poliklinici Venes (lijevo na slici).

Karlo Novačić, dr. med., intervencijski je radiolog s velikim iskustvom u endovaskularnom liječenju bolesti krvnih žila u Hrvatskoj i u Ujedinjenom Kraljevstvu. Aktualno radi u Poliklinici Venes i u KBC-u Zagreb (desno na slici).

■ Skrb za bolesti vena se posljednjih desetljeća iznimno unaprijedila. Koji postupak najuspješnije koristite u vašoj poliklinici?

S.S.: Posljednjih 20 godina svjedoci smo velikog tehnološkog napretka koji ima svoje mjesto i primjenu u liječenju patologije proširenih površinskih vena. Radi se o minimalno-invazivnim metodama koje se izvode ambulantno (pacijent nakon zahvata ide kući), u lokalnoj anesteziji, s izvrsnim postoperativnim rezultatima. RadioFrekventna Ablacija (RFA) i Endo-Venska Laserska Ablacija (EVLA) primjer su termoablacijskih postupaka liječenja proširenih površinskih vena koje svakodnevno i vrlo uspješno primjenjujemo u našoj praksi. Najnovija i najmanje invazivna metoda, tzv. Venaseal, vrhunski je primjer minimalno-invazivnog liječenja proširenih vena nogu. Radi se o zatvaranju proširene magistralne vene cijanoakrilatnim ljepilom. Izvodi se u lokalnoj anesteziji, a trajanje samog zahvata prosječno iznosi oko 30 minuta, dok su dugoročni

rezultati usporedivi s onima termoablacijskih metoda.

■ Koje su indikacije primjerene za uporabu toga postupka? A koja bi stanja mogla predstavljati kontraindikaciju?

S.S.: Iz dosadašnjeg iskustva svi pacijenti s tipičnim izvorom proširenih površinskih vena, tzv. safenofemoralnom ili safenopoplitealnom insuficijencijom, kandidati su za jedan od gore navedenih postupaka. Termoablacijske metode (RFA ili EVLA) mogu se izvesti u svim slučajevima. Međutim, ukoliko je ciljana vena Vena Saphena Magna-VSM ili Vena Saphena Parva-VSP koju je potrebno zatvoriti šira od 12 mm (što je rijetko), pacijent nije pogodan za metodu Venaseal. U tom slučaju odlučujemo se za npr. RadioFrekventnu Ablaciju ciljane vene.

■ Kakvo je vaše dosadašnje iskustvo s ovim postupkom? Kratkoročno i dugoročno? Kakva je učinkovitost, a kakvi eventualni neželjeni popratni učinci? Tko su najčešći pacijenti?

S.S.: Naša iskustva, a što je još i važnije, iskustva pacijenata su izvrsna nakon primjene ovih metoda. Pacijenti navode vrlo male ili nikakve boli nakon učinjenih tretmana, njihov povratak normalnim društvenim i poslovnim aktivnostima je vrlo brz, a ponovne tegobe s proširenim venama su puno rjeđe nego nakon klasičnog kirurškog uklanjanja insuficijentne površinske vene. Iduća velika prednost ovih metoda je kratko vrijeme nošenja kompresivne čarape iza zahvata. Rezultati kliničkih studija pokazuju da nije potrebno nositi kompresivne čarape nakon zahvata Vena Sealom, no naša preporuka je da ih pacijent nosi 24 sata nakon zahvata, a nakon termoablacijskih metoda (RFA, EVLA) do 7 dana.

Od neželjenih popratnih učinaka možemo navesti hipo/hiperestezije nakon termoablacijskih metoda (RFA ili



EVLA) duž tretirane vene, koje su prolaznog karaktera i nestaju tijekom par mjeseci. Ukoliko se izvode dodatne miniflebektomije postraničnih ogrankaka mogući su manji hematomi koji se tijekom par dana povuku i nestanu. Infekcija kože i potkožja rijetka je komplikacija na mjestu incizije i uvođenja katetera/sonde.

K.N.: Naše dosadašnje iskustvo s ovom metodom ablacije je izvrsno, u svakom smislu. Osim što sam postupak ne traje dulje od pola sata, vrlo je komforan za pacijente, jer se zahvat izvodi u lokalnoj anesteziji i uz doslovno jedan ubod na koži potreban za uvođenje katetera u venu. Ono što uvek iznova fascinira je vidjeti zatvorenu venu odmah nakon procedure i pacijenta koji odlazi s operacijskog stola s jednim malim flasterom na mjestu incizije, a posebno imajući u vidu kako izgledaju klasične kirurške operacije. Ovo je fantastičan primjer napredka medicine i minimalno invazivnih procedura. Ono što je najvažnije je da su rezultati liječenja cijanoakrilatnom ablacijom izvrsni, što je potvrđeno u VeClose studiji koja pokazuje visok postotak okluzije vene safene magne (91,4 %) nakon 60 mjeseci, što je bolje u odnosu na rezultat radiofrekventne ablacije (u 85,2 %).

Neželjeni učinci su vrlo rijetki, teških alergijskih reakcija do sada u svijetu nije zabilježeno na više od 200.000 aplikacija. Poznata je hipersenzitivna reakcija (tip 4) koja se očituje prolaznim crvenilom i svrbežom



kože koji klinički izgleda kao flebitis, ali bez ikakve боли. Обично се тretira simptomatski nesteroidnim antireumaticima и anhistaminicima prema потреби. Миграција лјепила у дубоки венски систем је посљедица дубоке венске тромбозе до сада nije забилježена.

За овај се зahват највише одлуčuju спортаšи, односно pacijenti који се брзо жеље вратити нормалним активностима и не жеље носити компресивне чарape.

■ **Koja je prednost ovog postupka u odnosu na druga sredstva koja se primjenjuju za ovu kazuistiku?**

K.N.: Највећа предност поступка ablације лјепилом је да је за извођење зahвата потreban jedan ubod lokalne anestezije што значајно reducira само vrijeme izvođenja operacije, bezbolan је и vrlo ugodan за pacijenta. Надалje, у већине pacijenata nakon поступка nije potrebna kompresivna terapija и omogућује им trenutачан повратак нормалним aktivnostima. Наравно, уколико се radi о спорташима, препоручује се поступно дизање темпа оптерећења и тренинга након седам дана. Такође је предност у односу на остale методе да се може радити у pacijenata који nemaju toleranciju на kompresivnu terapiju ili se ista ne може primijeniti zbog uznapredovale periferne arterijske bolesti. Zbog izostanka tumescen-тne anestezije, за razliku od termalnih метода ablације (laser, RFA), Venaseal је izvrstan izbor за tretman potkoljeničnih segmenata vene safene magne i vene safene parve jer nema mogućnosti oštećenja n. suralis и posljediće parezije. Retrogradno увођење katetera у вену

и ablacija segmenata vena ispod ulkusa и teške lipodermatoskleroze коже исто tako predstavlja veliku prednost ovog поступка.

■ **Koliko je učinak cijanoakrilata prepoznatljiv u tzv. medicini temeljenoj na dokazima?**

K.N.: Korišenje cijanoakrilata u medicini nije novost jer су sintetizirani još давне 1949., а прва uporaba је забилježена 1960. када су се користили као биолошка tkivna лјепила. Njihova se uporaba с временом проширила. Данас се широко користе у kirurgiji за zatvaranje rana, за lijeчење, tj. embolizaciju intrakranijalnih arterijskovenских malformacija и krvarenja из probavnog sistema, zatim u ortodonciji, implantologiji itd. Cijanoakrilatno лјепило (на бази histoakrila) је биолошки kompatibilno, nije kancerogeno, biorazgradivo је и baktericidno. Zbog своје velike viskoznosti и brze polimerizације у konaktu с крви nije склоно migraciji te je intravaskularna uporaba sigurna. Што се Venaseala тиче, prije prve studije на ljudima 2013., provedena су istraživanja на животинским modelima gdje se осим mehanizma djelovanja proučavala biokompatibilnost, sigurnost и učinko-

vitost. Оsim navedenoga, dvije daljnje studije, eSCOPE и VeClose, demonstrirale су sigurnost и učinkovitost cijanoakrilatnog лјепила у liječenju insuficijentnih trunkalnih površinskih vena, bez забилježenih slučajeva duboke venske тромбоze и plućne embolije. Nakon zatvaranja trunkalne вене лјепилом dolazi до upalne reakcije stijenke на strano tijelo, što u konačnici dovodi to trajnog fibroznog zatvaranja вene.

■ **Nakon svega, čini se da Venaseal zadovoljava sve postulate idealnog terapijskog sredstva: učinkovito, s minimalnim gotovo beznačajnim neželjenim nuspojavama, bezbolno...?**

Da, u pravu ste, ali dobro znamo da zapravo ne postoji idealan, savršen modalitet liječenja. Као и све metode, осим brojnih prednosti Venaseal ima и neke nedostatke, и зато је најавнјија dobra selekcija pacijenata како би се izbjegle neželjene reakcije и postigao dugotrajno dobar rezultat liječenja. Venaseal treba izbjegavati у pacijenata с позатим алергијским reakcijama и алергијском predispozicijom, osobito на cijanoakrilate (у сastavu лјепила за trepavice и nokte) и pacijenata с kroničnim upalnim crijevnim bolestima (Mb Crohn, ulcerozni kolitis). Што се тиче anatomskih ограничења примјene Venaseala, ту је svakako ширina вене safene > 2 cm, neke anatomske varijante safenofemoralnog ušća и utoka prednje akcesorne grane вене safene, prisutnost intraluminalnih trabekulacija (како posljedica ranije тромбоze или tretmana pjenom) које onemogуćavaju prolazak katetera и tortuozitet вене.

Kvalitetan klinički и dijagnostički pregled Color Dopplerom, poznavanje предности и недостатака svih terapijskih metoda, te поštivanje очекivanja pacijenata и склоности одређеној proceduri најавнјији су предујет kvalitetnog dugotrajnog rezultata liječenja površinske venske insuficijencije.



NEUROLOŠKI ASPEKTI VEZANI UZ COVID-19

KARLO TOLJAN, dr. med.

specijalizant neurologije,
Department of Neurology, Neurological Institute,
Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, SAD
karlo.toljan@gmail.com

SARS-CoV-2 ponajprije je prezentiran kao uzročnik infekcije dišnih putova, a respiratorični distres sindrom kao jedna od najtežih klinička prezentacija. Translatirajući znanje o srodnim koronavirusima, prije svega SARS-CoV-1 i MERS-CoV, prepostavljen je neuroinvazivni potencijal i SARS-CoV-2, uzročnika COVID-19. Receptor za ulazak virusa ACE2, iako dokazane ekspresije mRNK u živčanom tkivu, nije potvrđen (limitiranim!) imuno-histokemijskim postupcima na živčanim ili glijalnim stanicama, već samo endotelnim vaskularnim stanicama. Bazična istraživanja *in vitro* su otvorila mogućnost i za alternativne receptore, poput CD147, a koji je prilično raširen u središnjem živčanom sustavu. Rastućim brojem publikacija iz bazične i kliničke domene o COVID-19, došla su do izražaja i neurološka očitovanja infekcije. U multicentričnoj europskoj studiji primijećene su anosmija i ageuzija u više od 80 % pacijenata s blago do umjerenom kliničkom prezentacijom COVID-19, neovisno o kataralnim simptomima vezanim uz upalu gornjih dišnih putova. Patofiziološki je moguće da su navedeni simptomi posljedica lokalne upalne reakcije, no i znak infekcije tkiva središnjega živčanog sustava. S obzirom na to da je za aktivaciju SARS-CoV-2 prije vezivanja potrebna prisutnost TMPRSS2 kao proteaze na ciljnoj stanicu, a koja se ne

nalazi na neuralnoj sastavniči dišnog epitela i tek u tragovima u nekim moždanim strukturama, vjerojatnije se radi o lokalnoj upalnoj reakciji, no koja potom može incirati i neuroinflamatornu kaskadu u perifernom živčanom tkivu. Kao mogućnost preostaje i retrogradni aksonalni transport virusa u strukture SŽS-a, npr. dokazano za humani koronavirus OC43. Živac vagus, koji između ostalog innervira i pluća, postuliran je kao ruta takve vrste prijenosa. Nucleus tractus solitarius kao vagalna jezgra i struktura na kojoj je zabilježen izražaj ACE2 receptora implicira mogućnost da je ageuzija (i) simptom infekcije SŽS-a. Dodatno, receptor ACE2 se nalazi i na stanicama probavnog sustava, te su u pojedinim kohortama probavne teškoće opisane u 20-30 % bolesnika s COVID-19, a tu je upravo vagus dominantna parasimpatička sastavica, što nudi još jednu potencijalnu neuroinvazivnu mogućnost. Dok se aktivno pokušavaju dokučiti bazični patofiziološki mehanizmi COVID-19, svakodnevno se pojavljuju i nova izvješća neuroloških očitovanja vezanih uz infekciju. S obzirom na ograničene dijagnostičke modalitete, teško je uistinu utvrditi izravnu uzročno-posljedičnu vezu. Kineska kohorta iz Wuhana od 214 pacijenata koju su opisali Mao i suradnici donijela je inicijalni klinički uvid u neurološke prezentacije. U njoj su opisali da su se neurološki simptomi pojavili u više od trećine hospitaliziranih, a najčešće prezentacije bile su vrtoglavica i glavobolja te kvalitativni poremećaji svijesti. Spomenuto je da je u težim oblicima bolesti pojavnost moždanog udara

bila češća, no sveukupno je zabilježena u manje od 5 % pacijenata. Naknadne publikacije kliničkih slučajeva iz Kine, a potom i Europe, donosile su izvješća sa sličnim prezentacijama i dojam je bio da se prvenstveno radi o posljedicama sustavne upalne aktivacije u kojima neurološka očitovanja prate težinu kliničke slike. Naposljetku su objavljeni i slučajevi koji opisuju sindrome Guillain-Barré i Miller Fisher kao moguću komplikaciju COVID-19, ali i slučajevi meningoencefalitisa i nekrotizirajuće encefalopatije. S obzirom na negativne ili nedostupne likvorske dijagnostičke testove na SARS-CoV-2 u većini posljednje grupe navedenih slučajeva, ostaje otvoreno pitanje direktnе kauzalne povezanosti s COVID-19. S obzirom na to da je u tijeku vrlo aktivno učenje o samoj naravi i patogenezi virusa, implikacije za neurologiju su brojne. Ranija istraživanja su čak pojedine koronaviruse dovodila u patofiziološku povezanost s multiplom sklerozom, Parkinsonovom bolesti i slučajevima demijelinizacijskih sindroma. Zasigurno vrijedi ona da *tko traži taj i nade*, no kad je u pitanju pozitivan test na COVID-19 kliničke implikacije ne moraju nužno odavati i (neuro) patofiziološke. Ipak, *blaženo neznanje*, u svakom slučaju ne pomaže.

Literatura

Članak koristi referencije navedene u tablici i autorovu publikaciju Toljan K. Letter to the Editor Regarding the Viewpoint "Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanism. ACS Chem Neurosci. 2020 Apr 15; 11(8): 1192–1194.

Tablica 1. Klinička literatura u kojoj su opisane neurološka očitovanja uz COVID-19 prema PubMed bazi podataka, te radovi iz indeksiranih časopisa, a koji nisu još službeno objavljeni, tzv. 'preprint' verzije (zaključno s 21.4.2020.).

Publikacija	Metoda	Zaključak	Dodatno
Mao L, Jin H, Wang M. i sur. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. <i>JAMA Neurol.</i> 2020.	Retrospektivna analiza 214 pacijenata s COVID-19 iz 3 COVID-19 bolnice u Wuhanu (Kina).	36,4 % pacijenata s neurološkim simptomima: vrtoglavica (17 %), glavobolja (13 %), kvalitativno promjenjeno stanje svijesti (7,5 %), moždani udar (2,8 %).	Moždani udar registriran u 5 pacijenata s teškom kliničkom slikom nasuprot jednom s blažom do umjeronom.
Li Y, Wang M, Zhou Y. i sur. Acute Cerebrovascular Disease Following COVID-19: A Single Center, Retrospective, Observational Study. <i>Preprints with The Lancet.</i> 2020.	Retrospektivna analiza 221 pacijenta s COVID-19 iz jedne bolnice u Wuhanu (Kina).	5 % pacijenata imalo je ishemski moždani udar, a po jedan pacijent trombozu venskih sinusa i intracerebralno krvarenje.	Stariji pacijenti, s težom kliničkom slikom i većim tradicionalnim srčanožilnim rizicima, imali su veće izglede za razvoj moždanog udara.
Huang C, Wang Y, Li X. i sur. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. <i>Lancet.</i> 2020; 395:10223:497-506.	Analiza prospektivne baze podataka 41 pacijenta s COVID-19 iz jedne bolnice u Wuhanu (Kina).	8 % pacijenata imalo je glavobolju.	U niti jednog pacijenta koji je krajnje liječen u jedinici intenzivnog liječenja nije zabilježena glavobolja.
Yang X, Yu Y, Xu J. i sur. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. <i>Lancet Respir Med.</i> 2020.	Retrospektivna analiza 52 pacijenta s COVID-19 tjećenih u jedinici intenzivnog liječenja u jednoj bolnici u Wuhanu (Kina).	6 % pacijenata imalo je glavobolju.	
Wang D, Hu B, Hu C. i sur. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. <i>JAMA.</i> 2020.	Retrospektivna analiza 138 pacijenata s COVID-19 hospitaliziranih na sveučilišnoj bolnici u Wuhanu (Kina).	9,4 % pacijenata imalo je vrtoglavicu i 6,5 % glavobolju.	
Chen N, Zhou M, Dong X. i sur. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. <i>Lancet.</i> 2020;395:507-513.	Retrospektivna analiza 99 pacijenata s COVID-19 iz jedne bolnice u Wuhanu (Kina).	9 % pacijenata imalo je akutno konfuzno stanje, a 8 % glavobolju.	
Lu L, Xiong W, Liu D. i sur. New-onset acute symptomatic seizure and risk factors in Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Multicenter Study. <i>Epilepsia.</i> 2020.	Multicentrična retrospektivna studija kroz 41 bolnicu provincije Hubel i ukupno 304 pacijenta s COVID-19 (Kina).	2,6 % pacijenata bilo je encefalopatično, a u 1 % je zabilježen akutni moždani udar.	U niti jednog pacijenta nije bila potvrđena dijagnoza akutnih konvulzija ili statusa.
Zhao H, Shen D, Zhou H. i sur. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? <i>Lancet Neurol.</i> 2020.	Prikaz slučaja (Kina).	Pacijentica s prodromalnim nespecifičnim simptomima i razvojem Guillain-Barréovog sindroma prema kliničkoj slici i dijagnostici, te neposredno potom s punim razvojem potvrđenog COVID-19.	Ostaje otvoreno pitanje (ne)zavisnosti razvoja Guillain-Barréovog sindroma i COVID-19. Pacijent je (uspješno) liječen imunoglobulinima.
Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S. i sur. Guillain-Barré Syndrome Associated with SARS-CoV-2. <i>NEJM.</i> 2020.	Prikaz 5 pacijenata s COVID-19 iz triju bolnica (Italija).	Četiri pacijenta su imala pozitivan obrisak nazofarinks, a još jedan pozitivan uzorak seruma. Kliničkim i dijagnostičkim testovima bio je utvrđen Guillain-Barréov sindrom 5 - 10 dana nakon inicijalnih infektivnih simptoma.	Autori procjenjuju da je u tom razdoblju i istim bolnicama bilo 1000 - 1200 hospitaliziranih pacijenata s COVID-19. Opisani pacijenti liječeni su imunoglobulinima uz zaostale simptome.
Gutiérrez-Ortiz C, Méndez A, Rodrigo-Rey S. i sur. Miller Fisher Syndrome and polyneuritis cranialis in COVID-19. <i>Neurology.</i> 2020.	Prikaz 2 pacijenta s COVID-19 iz dviju bolnica u Madridu (Španjolska).	Oba pacijenta s Miller-Fisherovim sindromom nakon 5, odnosno 3 dana od početka infektivnih simptoma i na prezentaciji potvrđenog COVID-19.	Prvi pacijent je liječen imunoglobulinima, drugi simptomatski, oba uz oporavak. Likvorski uzorci u oba slučaju negativni na COVID-19.
Helms J, Kremer S, Merdji H. i sur. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. <i>NEJM.</i> 2020.	Retrospektivna analiza 58 pacijenata s COVID-19 lijećenih u dvije jedinice intenzivnog liječenja u Strasbourg (Francuska).	U 69 % pacijenata je zabilježena agitacija, u 67 % pojačani tetivni refleksi, a kod 65 % akutno konfuzno stanje. Trećina je pri otpustu imala kvalitativni poremećaj kognicije.	Bilateralna hipoperfuzija je opisana u frontalnim područjima u (svih) 11 pacijenata kojima je napravljen MR glave, dok je 8 pacijenata imalo i hiperintenzitet leptomeninga. U (svih) sedam pacijenata bio je test na infekciju iz likvorskih uzoraka negativan.
Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Santi DR. i sur. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. <i>Eur Arch Otorhinolaryngol.</i> 2020.	Retrospektivna analiza iz 12 europskih bolnica, ukupno 417 COVID-19 pacijenata s blagom do umjerenoj kliničkoj slikom (Francuska, Belgija, Španjolska, Švicarska).	Anosmija je zabilježena u 85,6 % pacijenata, a ageuzija u 88 %. Pojavnost oba je bila međusobno zavisna. U 11,8 % pacijenata bili su upravo to prvi simptomi bolesti. Statistički je pokazana povezanost između detektirane vrudice i simptoma anosmije, kao i ženskog spola i razvoja anosmije.	U 18,2 % pacijenata koji nisu imali kataralne znakove update gornjeg dišnog sustava, čak ih je 79,7 % imalo hiposmiju/anosmiju.
Duong L, Xu P, Liu A. Meningoencephalitis without Respiratory Failure in a Young Female Patient with COVID-19 Infection in Downtown Los Angeles, Early April 2020.	Prikaz slučaja (SAD).	Pacijent s kliničkim znakovima i likvorskim uzorkom koji podupiru virusni meningoencefalitis. Prezentacija s konvulzijama, a kasnije kvalitativnom promjenom svijesti i meningealnim znacima.	Pozitivan nazofaringealni obrisak na COVID-19. Likvorski nalaz nije testiran na koronavirus, no bio je negativan na HSV. Liječen hidroklorokinom uz postupni oporavak.
Poyiadji N, Shahin G, Noujaim D. COVID-19-associated Acute Hemorrhagic Necrotizing Encephalopathy: CT and MRI Features. <i>Radiology.</i> 2020.	Prikaz slučaja (SAD).	Pacijent s općim infektivnim simptomima i kvalitativnom promjenom stanja svijesti u trajanju od tri dana prije inicijalne prezentacije.	Neurosliskovnim metodama pokazana akutna bitemporalna i bitalamička krvarenja. Nazofaringealni obrisak pozitivan na COVID-19, a likvor negativan na HSV-1 i -2, VZV i virus Zapadnog Nila. Započeto liječenje imunoglobulinima.
Yin R, Feng W, Wang T. i sur. Concomitant neurological symptoms observed in a patient diagnosed with coronavirus disease 2019. <i>J Med Virol.</i> 2020.	Prikaz slučaja (Kina).	Dva tjedna nakon inicijalnih općih infektivnih simptoma, pacijent se prezentirao s encefalopatijom i pojačanim tetivnim refleksima, te pozitivnim meningealnim znakovima.	Nazofaringealni obrisak je bio pozitivan na COVID-19, dok je likvorski nalaz bio negativan. Intrakranijski tlak pri punkciji je bio blago povećan i započeo je veća koncentracija bjetelančevina. Pacijent je uspješno liječen ribavirinom.

Možemo li pretpostaviti da je COVID-19 primarno endotelna bolest?



Dr. sc. MARIJA PERIĆ, dr. med.
KBC Osijek

Uz brojne novoobjavljene spoznaje o COVID-19 proteklih dana pažnju privlači članak objavljen pod nazivom: "Endothelial cell infection and endotheliitis in Covid-19", istraživačkog tima, predvođenog s dr. Frankom Ruschitzkom, voditeljem kardiološkog odjela u sveučilišnoj bolnici u Zürichu, u Švicarskoj, koji je objavljen u *Lancetu*.

Skupina autora (Varga i sur.) demonstrira zahvaćanje endotelnih stanica u vaskularnim bazinama različitih organa u tri bolesnika s *uznapredovalim oblikom COVID -19*.

Ovaj rad podstire patohistološke i elektronsko-mikroskopske dokaze izravne virusne infekcije endotelne stanice i difuzne endotelne upale u bubrežima, srcu, tankom crijevu, mezenteriju i plućima ovih bolesnika.

Mobilizacija imunosnih stanica, bilo izravnom virusnom infekcijom endotela, bilo imuno-posredovanim putevima,

može rezultirati širokom endotelnom disfunkcijom povezanom s apoptozom.

Kako je već utvrđeno, angiotenzin konvertirajući enzim 2 (ACE 2) ulazno je mjesto za SARS-CoV-2. Izražaj ACE 2 prisutan je u srcu, plućima i bubrežima, a također i na endotelnim stanicama krvnih žila, koje su jedan od najvećih organa u ljudskom tijelu. Stoga bi se neka klinička zbivanja poput tromboze, plućne embolije, bubrežnih, vaskularnih, cerebrovaskularnih i neuroloških simptoma u bolesnika s COVID-19 moglo dovesti u vezu sa endotelitisom i vaskulitismom. Kožne simptome, poput Kawasaki-jeve bolesti u pedijatrijskim pacijenata zaraženih sa SARS-CoV-2, također bismo mogli jednako značno protumačiti.

Drugo malo istraživanje sa Sveučilišta Witten-Herdecke, Wuppertal, Njemačka, objavljena u časopisu *New England Journal of Medicine*, uključivalo je sedam pluća bolesnika koji su umrli od potvrđenog COVID-19 i sedam pluća dobivenih tijekom obdukcije pacijenata koji su umrli od akutnog respiratornog distresa sindroma (ARDS), sekundarnog gripi H1N1, 2009.

Ackermann i sur. javljaju da su pluća oboljelih od teškog oblika COVID-19, osim već poznatog difuznog alveolarnog oštećenja (DAD) s perivaskularnom infiltracijom limfocitima T, sadržavala i karakteristične vaskularne osobine: teške endotelne ozljede s prisutnošću intracelularnog virusa i oštećenje stanične membrane endotelnih stanica.

Histološka analiza *plućnih krvnih žila* u pacijenata s COVID-19 pokazala je tri karakteristične pojave:

1. raširena vaskularna tromboza s mikroangiopatijom i okluzijom alveolarnih kapilara
2. teška ozljeda endotela povezana s intracelularnim SARS-CoV-2 i oštećenjem membranama endotelnih stanica

3. značajan rast novih krvnih žila kroz mehanizam koji nazivaju *intususceptivnom angiogenezom*.

U plućima bolesnika s COVID-19 bilo devet puta više alveolarnih kapilarnih mikrotromboza, a angiogeneza je bila oko 2,7 puta veća nego plućima bolesnika s gripom.

Elektronska mikroskopija endotela je utvrdila ultrastruktturna oštećenja, kao i prisutnost intracelularnih SARS-CoV-2. Mjestimice se virus mogao identificirati u izvanstaničnim prostorima.

Laure-Anne Teuwen i sur. u "COVID-19 The vasculature unleashed" zaključuju: Vodeći uzrok smrtnosti u bolesnika s COVID-19 je hipoksično respiracijsko zatajenje od sindroma akutnog respiratornog distresa (ARDS). Donedavno su plućne endotelne stanice uglavnom bile previdene kao terapijsko ciljno mjesto u COVID-19.

Ipak, novi dokazi pokazuju da virusno oštećenje endotelnih stanica doprinosi pokretanju i propagaciji ARDS-a promjenom integriteta krvožilne barijere, promovirajući prokoagulaciju, izazivajući vaskularne upale (endotelitis) i posrednu infiltraciju upalnim stanicama.

Čimbenici rizika za COVID-19 (starost, pretilost, hipertenzija i dijabetes melitus) su svi karakterizirani već postojećom vaskularnom disfunkcijom. To bi moglo objasniti zašto predispoziciju za teži oblik bolesti imaju upravo ovi bolesnici.

Stoga istraživači temeljem ovih rezultata zagovaraju *terapiju stabilizacije endotela* metaboličkim intervencijama kao dodatan put u terapijskom postupniku oboljelih od COVID-19.

ULOGA REFERENTNOG CENTRA MINISTARSTVA ZDRAVSTVA ZA VIROLOŠKU DIJAGNOSTIKU

INFEKCIJA DIŠNOG SUSTAVA U DIJAGNOSTICI I PRAĆENJU SARS-CoV-2



Doc.dr.sc. Irena Tabain, dr.med.



Doc.dr.sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, prim.dr.med.

U prosincu 2019. primijećeno je u kineskom gradu Wuhanu grupiranje bolesnika s akutnim respiratornim sindromom tada nepoznatog uzročnika, za kojeg je poslije utvrđeno da je riječ o novom koronavirusu nazvanom SARS-CoV-2, a koji pripada skupini betakoronavirusa. Izravna detekcija virusa u Odjelu za virologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) provodi se od njegovog osnutka 1950-ih godina. Kao dio Odjela virologije 2006. je osnovan Referentni centar (RC) Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za

virološku dijagnostiku infekcija dišnog sustava. U sklopu RC-a djeluje i Nacionalni referentni laboratorij (NRL) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za influencu (voditelj: Vladimir Draženović, dr. med.), koji surađuje i s Europskim središtem za kontrolu i prevenciju bolesti (ECDC-European Centre for Disease Prevention and Control). Posebno je važno kao dio dijagnostike izdvojiti izravnu detekciju virusa influence te njihovu izolaciju u staničnoj kulturi i uzgoj u oplođenim kokošjim jajima. Osim izravne detekcije i izolacije virusa u različitim vrstama staničnih kultura, izvodi se i serološka dijagnostika uzročnika infekcija dišnog sustava. Odjel za virološku serologiju vodi doc. dr. sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, a Odjel za izravnu virološku dijagnostiku doc. dr. sc. Irena Tabain, uz uhodan tim labotorijskih tehničara i inženjera medicinsko-labotorijske dijagnostike te inženjera molekularne biologije.

Otkako je u siječnju 2020. epidemija SARS-CoV-2 proglašena javnozdravstvenom prijetnjom od međunarodnog značenja zbog brzine širenja i brojnih nepoznanica koje ju prate, započela je mobilizacija nacionalnih laboratorijskih za influencu, uključujući i NRL za influencu. Tako smo započeli s pripremama za uvođenje izravne dijagnostike SARS-CoV-2 sukladno preporukama SZO-a. Prvo smo postavili tzv. berlinski protokol za molekularnu dijagnostiku postupkom RT-PCR, a poslije smo validirali i uveli dodatne protokole i CE-IVD komercijalne testove. Uspostavljen je rad u dvije smjene sedam dana u tjednu zbog velikog broja uzoraka te nužnosti izdavanja rezultata u što kraćem roku, zbog daljnog postupanja s bolesnicima. Uvedena je i serološka dijagnostika SARS-CoV-2 postupkom ELISA kao i

potvrdni test za dokaz neutralizacijskih protutijela koji se izvodi u kulturi stanica.

Na Odjelu virologije se u rutinskom radu izvodi uzgoj virusa u staničnoj kulturi u biološkim sigurnosnim kabinetima klase 2 (BSL-2). Sigurnosni uvjeti uzgoja SARS-CoV-2 zahtijevaju rad u BSL-3 uvjetima, koji su osigurani zahvaljujući dogовору s dr. sc. Ljiljanom Žmak, voditeljicom Odjela za dijagnostiku tuberkuloze, u kojem se rutinska dijagnostika izvodi u BSL-3 laboratoriju. Uzgoj u staničnoj kulturi kao i postavljanje neutralizacijskog testa uspostavljeni su u suradnji s akreditiranim laboratorijem ArterLAB Zavoda za mikrobiologiju i zarazne bolesti s klinikom Veterinarskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (prof. dr. sc. Ljubo Barbić, doc. dr. sc. Vladimir Stevanović) te Centrom za peradarstvo Hrvatskog veterinarskog instituta (doc. dr. sc. Vladimir Savić), koji imaju dugogodišnje iskustvo s dijagnostikom animalnih koronavirusa. Kao i kod ostalih virusa uzročnika zoonoza, ponovno se pokazala važna interdisciplinarna suradnja humane i veterinarske medicine u skladu s načelom „Jedno zdravlje“ („One Health“). No surađujemo i s drugim strukama pa je s Centrom za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji Sveučilišta u Zagrebu (dr. sc. Jelena Ivančić-Jelečki i suradnici) napravljeno sekvensiranje genoma i dobivena sekvenca prijavljena je u bazu GISAID, najveći svjetski repozitorij genomske podataka o SARS-CoV-2. U tijeku je i provođenje seroepidemiološkog istraživanja opće populacije kako bi se odredila proširenost infekcije kao i udio asimptomatskih i blagih oblika bolesti.

irena.tabain@hzjz.hr;
tatjana.vilibic-cavlek@hzjz.hr

Infekcija SARS-CoV-2 i akutno bubrežno oštećenje

Doc. dr. sc. Ivana Vuković Brinar, dr. med.
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zavod za nefrologiju, arterijsku
hipertenziju, dijalizu i transplantaciju,
KBC Zagreb

U prosincu 2019. godine u Kini dolazi do pojave niza pneumonija nepoznatog uzroka. Ubrzo je kao uzročnik bolesti identificiran do tada nepoznat koronavirus, SARS-CoV-2, a bolest uzrokovana tim virusom nazvana je COVID-19. Zbog brzog širenja bolesti diljem svijeta Svjetska zdravstvena organizacija 11.03.2020. godine proglašila je pandemiju SARS-CoV-2. Iako u jednog dijela populacije infekcija prolazi asimptomatski, u preostalih će infekcija dovesti do bolesti, COVID-19, koja se u oko 80 % ljudi prezentira blagom ili umjereno teškom bolešću dok u manjeg dijela oboljelih dolazi do pojave teške kliničke slike bolesti s razvojem pneumonije, akutnog respiratornog distres sindroma (ARDS) te smrti. Prema danas dostupnim podacima smrtnost od infekcije SARS-CoV-2 je između 1,5 i 3 % u bolesnika koji razviju simptome bolesti.

SARS-CoV-2 ulazi u stanice putem receptora za angiotenzin konvertirajući enzim-2 (ACE-2). Visok izražaj ovog receptora nalazi se u stanicama dišnog sustava te su posljedično tomu tipični simptomi COVID-19 povišena tjelesna temperatura, suhi kašalj i otežano disanje. Međutim, izražaj ovog receptora dokazan je i na endotelnim stanicama, te stanicama proksimalnog tubula bubrega, te su istraživanja dokazala prisutnost virusnih čestica u stanicama proksimalnog tubula i podocitma obduciranih bolesnika. Sukladno tomu, s povećanjem broja oboljelih postalo je jasno da u dijelu bolesnika uz zahvaćanje dišnog sustava postoji i zahvaćanje drugih organskih sustava, uključujući i oštećenje bubrežne funkcije.

Akutno bubrežno oštećenje (AKI, acute kidney injury) se klasificira prema smjernicama KDIGO u tri stupnja, blago, umjereno i teško, a definira se porastom bazične vrijednosti kreatinina, to jest smanjenjem glomerulske filtracije određenog stupnja uz smanjeno izlučivanje mokraće. U opservacijskom populacijskom istraživanju na 1,099 ispitanika kineske pokrajine Wuhan prevalencija AKI kod infekcije SARS-CoV-2 je iznosila 0,5 %. Međutim, u prospektivnom istraživanju kineske cohorte koje je obuhvatilo 701 ispitanika njih 13,1 % je imalo smanjenje glomerularne filtracije ($eGFR < 60 \text{ ml/min/}1,73 \text{ m}^2$) pri hospitalizaciji, uz proteinuriju u 43,9 %, te hematuriju u 26,7 % ispitanika. Tijekom hospitalizacije je u 5,1 % bolesnika došlo do razvoja AKI-a, dok je 2 % zahtjevalo nadomeštanje bubrežne funkcije (NBF). Češće se radilo o bolesnicima muškog spola s više kroničnih bolesti koje predisponiraju bubrežnu disfunkciju kao što su arterijska hipertenzija ili šećerna bolest. Oštećenje bubrežne funkcije bilo pri prezentaciji ili tijekom bilo koje bolesti je *a priori* značajan rizični čimbenik negativnog ishoda. Sukladno tome, smrtnost u oboljelih od COVID-19 je bila značajno veća u bolesnika s inicijalnim oštećenjem bubrežne funkcije, te čak 4,5 puta veća uz treći stupanj AKI-a. Nadalje, prema istraživanjima azijske, dominantno kineske populacije, u bolesnika koji razviju ARDS njih 6,9 % u prosjeku razvije akutno oštećenje bubrežne funkcije, a ukoliko dođe do potrebe za NBF smrtni ishod je nastupio kod 91,7 % slučajeva. U teškim oblicima COVID-19 u različitim kohortama kineskih autora smrtnost je doista bio izvještan (10 od 10 ili 32 od 33 bolesnika uz NBF). Za istaknuti je niska prevalencija AKI uz ARDS posljedično COVID-19 pneumoniji (4,5 % - 6,9 %) u usporedbi s prevalencijom AKI kod ARDS posljedično pneumoniji drugih uzroka (68 %).

Nasuprot tim podacima s niskom prevalencijom AKI i potrebe za NBF-om u Sjedinjenim Američkim Državama je učestalost AKI bila značajno veća. Najveća cohorta bolesnika s COVID-19 i AKI je obuhvatila 5,449 odraslih bolesnika iz 13 bolница u New Yorku. Zanimljivo je da je njih 1993 (36,6 %) razvilo AKI (AKI 1. gr. 46,5 %, 2. gr. 22,4 %, a 3. gr. 31,1 %), te je njih 285 (14,3 %) zahtjevalo NBF. Iako je veći postotak bolesnika imao određeni stupanj AKI, nadomeštanje bubežne funkcije od ukupnog broja bolesnika je trebalo 5 % (285/5,449) bolesnika s COVID-19. Bolesnici koji su trebali NBF redom su bili oni koji su zahtjevali i mehaničku ventilaciju, a napredovanje AKI do završnog stupnja bubrežnog zatajenja i potrebe dijalize je u polovine bolesnika uslijedilo u prva 24 sata nakon intubacije. Od 285 bolesnika koji su trebali NBF, njih 276, to jest 96,8 % je bilo na mehaničkoj ventilaciji. Također, za razliku od kineske cohorte gdje je AKI kod ARDS-a – posljedično COVID-19 pneumoniji razvijalo tek oko 4 - 6 % bolesnika, za izdvojiti je povećanu prevalenciju AKI kod ARDS-a u bolesnika s COVID-19 (89,7 %). Rizični čimbenici za razvoj AKI bolesnika s COVID-19 su bili uobičajeni rizični čimbenici za AKI kao što su dob, crna rasa, šećerna ili srčanožilna bolest i arterijska hipertenzija, i bili su značajno učestaliji u cohorte bolesnika iz New Yorka u odnosu na kinesku skupinu bolesnika. Navedena značajna razlika u prevalenciji i stupnju AKI između kineske i američke skupine bolesnika s COVID-19 se dijelom može objasniti različitom učestalom oboljelicu komorbiditeta i rizičnih čimbenika za AKI. U trenutku pisanja članka američke skupine autora 694 bolesnika koje je razvilo AKI tijekom hospitalizacije je preminulo (35 %), 780 (39 %) je bilo još hospitalizirano, a 519 (26 %) je otpušteno iz bolnice. Dodatan izazov u takvim epicentrima zaraze je bio osigurati dovoljan broj specifično educiranog medicinskog osoblja u pružanju NBF-a kao i povećanu potrebu za

dijaliznim uređajima i potrošnim materijalom u epicentrima zaraze. Uspostavilo se da se radi o takvom problemu da su primjerice u bolnici Johns Hopkins lokalno proizvodili dijaliznu otopinu, a 24 satne kontinuirana terapija nadomještanja bubrežne funkcije (CVVHD) se u nuždi skraćivala na 12-satne postupke, uz veće protoke kako bi se ipak pokušala isporučiti adekvatna doza dijalize svim potrebitima. Također, češće od uobičajenoga se koristila i peritonejska dijaliza kao metoda NBF-a kod koje je potrebno dodatno voditi brigu o aseptičnim uvjetima i prevenciji peritonitisa, te mogućnosti „leak-a“ / curenja peritonejske tekućine u pronacijskom položaju mehanički ventiliranih bolesnika. Postavlja se pitanje je li akutno oštećenje bubrežne funkcije kod infekcije SARS-CoV-2 posljedica sepsom uvjetovanog hemodinamičko – hipoperfuzijskog stanja ili se radi o izravnom učinku virusa na bubreg ili pak o kombinaciji navedenoga. Nadalje, moguće je da je infekcija SARS-CoV-2 okidač postaje

bubrežne bolesti ili posljedica pretjерane aktivacije imunosnog sustava koja u sklopu „citokinske oluje“ zahvati i bubreg. S obzirom na izraženu bojazan širenja infekcije, te nepostojanja specifične terapije, invazivne procedure su svedene na nužni minimum. U literaturi je opisan jedan slučaj kolapsnog oblika fokalne segmentalne glomeruloskleroze u bolesnika afroameričkih korjena, bez detekcije virusa u tkivu bubrega. Patohistološke bubrežne afekcije su opisane u par kohorti obduciranih bolesnika. U radu kineskih autora u 26 obduciranih bolesnika su u podocitima i stanicama proksimalnih tubula detektirani dijelovi virusa i pojačan izražaj receptora za ACE 2 uz elemente akutne tubularne nekroze s agregacijom eritrocita, bez znakova vaskulitisa ili inflamacije intesticija, dok je u druge skupine dominirala mikroangioaptija uz intersticijsku infiltraciju upalnim stanicama. Također je u težih oblika COVID-19 utvrđeno izlučivanje virusa mokraćom u 6 % bolesnika. Uz

navedene etiopatogenetske uzroke AKI kod COVID-19 ne smije se zanemariti ni utjecaj nefrotoksičnosti lijekova, dehidraciju, ili mehaničkom ventilacijom uvjetovano rabdomiolizu.

Za sada ne postoji specifično liječenje COVID-19, a s iz nefrološke perspektive potrebno je prilagoditi doze lijekova bubrežnoj funkciji, izbjegavati nefrotoksične lijekove, te ukoliko dođe do zatajenja bubrežne funkcije primijeniti neku od kontinuiranih postupaka NBF-a. Ostaje neodgovoren i otvoreno pitanje do koje mjere će doći do oporavka bubrežne funkcije nakon izlječenja COVID-19. Zaključno, oštećenje bubrežne funkcije u COVID-19 bolesnika je prediktor negativnog ishoda i te bolesnike je potrebno hospitalno zbrinjavati i kontrolirati bubrežnu funkciju. U iščekivanju daljnih znanstveno utemeljenih dokaza i izazova postojećih hipoteza potrebno je pohvaliti promptnu podjelu znanja kao i nesobični timski rad svih sudionika zdravstvenog sustava.

GERIJATRIJA I COVID-19

Doc. prim. dr. sc. TAJANA PAVIĆ, dr. med.
Zamjenica predsjednice Povjerenstva za
gerijatriju Ministarstva zdravstva

Na potvrdu uspješno provedenih epidemioloških mjera za vrijeme epidemije COVID-19 u Hrvatskoj upućuje gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj o udjelu od **26,5 % (N = 595)** oboljelih starijih od 65 godina u ukupno **2.246 oboljelih** (podaci HZJZ-a na dan **2.6.2020.**, T. Benjak). U Italiji je primjerice u istom razdoblju **53,8 %** oboljelih bilo starije od 60 godina (prema Sobot-

ka T. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.24.20111765v1.full.pdf+html>). O tome se raspravljalo na **10. sjednici Povjerenstva za gerijatriju MZ RH**, održanoj 3. lipnja 2020. godine, na kojoj su izneseni gerontološko-javnozdravstveni podaci o aspektima recentne epidemije COVID-19. U Hrvatskoj su ukupno od posljedica COVID-19 umrle **103 osobe**, od kojih je **85,4 % (N = 88)** bilo starije od 65 godina. Prema spolnoj diferencijaciji veći je udio osoba ženskog spola (50 žena i 38 muškaraca), a najveći udio je iz starosne skupine **od 85 do 99 godina**. To ukazuje i na uspješno provođenje gerontoprofilaktičkih mjera koje, među ostalima, uključuju i procijepljenost osoba starije životne dobi te aktivnost tima obiteljskih lječnika u provođenju primarne zdravstvene zaštite starijih osoba, koje žive u kućanstvima i domovima za starije. Posebno treba istaknuti iznimnu važnost sustav-

ne edukacije iz gerontologije i gerijatrije stručnjaka različitog profila u skrbi za starije. Jednako je važna stalna edukacija samih starijih osoba kroz vodič aktivnog zdravog starenja, promicanja osobne i okolišne higijene, pravilne prehrane za starije, te psihičke i tjelesne aktivnosti. Recentni događaji potvrđili su nužnost **međuresorne suradnje zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi na unaprjeđenju i očuvanju zdravlja starijih osoba**, s naglaskom na bolesne starije osobe u domovima za starije. Nužna je izrada primjerenih gerontoloških normi za stručnjake različitog profila u skrbi za starije u domovima, gdje osim socijalnih djelatnika te tima specijalista obiteljske medicine, glavne medicinske sestre, medicinskih sestara, fizioterapeuta sudjeluju i gerontonjegovateljice te gerontodomaće. Zaključno je istaknuta i edukacijska potreba za specijalistima gerijatrima kao i realizacija preddiplomskog i poslijediplomskog studija iz gerijatrije.

HRVATSKA GASTROINTESTINALNA ENDOSKOPIJA I COVID-19: GDJE SMO BILI, GDJE SMO SADA I KUDA IDEMO

Dr. sc. HRVOJE IVEKOVIĆ, dr. med

Zavod za gastroneterologiju i hepatologiju,
KBC Zagreb
Referentni centar za telemedicin u
gastroenterologiji i hepatologiji.
Predsjednik endoskopske sekcije Hrvatskog
gastroenterološkog društva

Zdravstveni djelatnici (liječnici, medicinske sestre i tehničari) koji se bave gastrointestinalnom endoskopijom nisu izravno povezani s dijagnostičkim i terapijskim postupcima za bolesnike sa sumnjom na COVID-19. Međutim, endoskopski zahvati smatraju se rizičnim zbog moguće transmisije bolesti (zračnim putem, transmisijom sline, sluzi ili fekalnog materijala putem endoskopa). Stoga je uspostava mjera prevencije i zaštite te praćenja rada endoskopskih jedinica u našoj zemlji ključna, ne samo za stvaranje sigurnog i kvalitetnog radnog okruženja za pacijente, već i za uključeno medicinsko osoblje.

Endoskopska sekcija je strukovni ogrank Hrvatskoga gastroenterološkog društva (dalje: Sekcija), zadaća koje je unaprjeđenje gastrointestinalne endoskopije u našoj zemlji. Namjera autora ovog teksta jest upoznati čitatelja s aktivnostima te Sekcije tijekom epidemije COVID-19 u našoj zemlji, sadašnjim stanjem te budućim aktivnostima. Ukratko, i kako se navodi u naslovu: gdje smo bili, gdje smo sada i kuda idemo.

Gdje smo bili?

Aktivno prateći preporuke međunarodnih udruženja koje se bave gastrointestinalnom endoskopijom (dalje: GE) te preporuke Kriznog stožera Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, Sekcija je izdala Smjernice za sigurnu primjenu GE. Smjernice su sadržavale bitne odrednice vezane za obustavu elektivnih postupaka i nastavak hitnog programa.

Druga aktivnost Sekcije odnosila se na praćenje GE tijekom pandemije s COVID-19. Pozivu za sudjelovanjem u izradi Registra endoskopskih postupaka

odazvale su se kolege praktično iz svih bolnica u našoj zemlji (18 općih županijskih bolnica i 7 kliničkih ustanova). Tijekom praćenja u trajanju od 4 tjedna (23. 03. – 19. 04. 2020.), prikupljeni su podaci o ukupno 1465 GE. Do sada su obrađeni podaci za prva dva tjedna praćenja, odnosno ukupno 727 postupaka: 450 ezofagogastroduodenoskopija (od čega je 250 bilo hitnih, a 210 elektivnih), 191 kolonoskopija (64 hitne i 127 elektivnih), 59 endoskopskih retrogradnih kolangioskopija (55 hitnih i 4 elektivna), 24 endoskopska ultrazvuka (17 hitnih i 7 elektivnih) te

tijekom ožujka 2014., u trajanju također dva tjedna, u kliničkim bolnicama registrirano je ukupno 730 gornjih (EGDS) i 852 donjih endoskopija (kolonoskopija). Usporedbom podataka razvidan je velik pad broja postupaka, i to za 68 % gornjih endoskopija i 89 % donjih (Tablica 2).

Kada se usporedi podaci iz 11 općih bolnica koje su sudjelovale u oba praćenja, također se vidi pad broja izvršenih GE, i to za 82 % ezofagogastroduodenoskopija i 86 % kolonoskopija (Tablica 2).

Tablica 1. Raspodjela endoskopskih procedura prema vrsti, ustanovama i stupnju hitnosti.

POSTUPAK	USTANOVA	HITNA	ELEKTIVNA	UKUPNO
EGDS	KB	140	95	235
	OB	110	105	215
	UKUPNO	250	210	450
KOLON	KB	29	64	93
	OB	35	63	98
	UKUPNO	64	127	191
ERCP	KB	47	4	51
	OB	8	0	8
	UKUPNO	55	4	59
EUS	KB	17	5	22
	OB	0	2	2
	UKUPNO	17	7	24
VCE	KB	0	2	2
ENTERO	KB	0	1	1

Objašnjenje kratica: EGDS - ezofagogastroduodenoskopija; KOLON - kolonoskopija; ERCP – endoskopska retrogradna kolagopankratografija; EUS – endokapski ultrazvuk; VCE – endoskopska video kapsula; ENTERO – enteroskopija, OB – opća bolnica, KB – klinička bolnica

dvije video endoskopske kapsule i jedna enteroskopija (video-kapsula i enteroskopija rade se samo u kliničkim ustanovama). Treba napomenuti da je rađena tek jedna GE u COVID-19 pozitivnog bolesnika te još šest u pacijenata visokog rizika za COVID-19. Prema prijavljenim podacima, nijedan zdravstveni djelatnik nije bio inficiran koronavirusom. Raspodjela učinjenih GE prema ustanovama (opće i kliničke bolnice), vrsti postupka i stanju hitnosti prikazana je se u Tablici 1.

Kumulativni podaci vezani za EGDS i kolonoskopiju mogu se usporediti s pretходno učinjenim praćenjem (revizijom) endoskopske prakse. U tadašnje praćenje

Tablica 2. Raspodjela endoskopija prema vrsti ustanove i vremenu praćenja.

KB	2014	2019	RAZLIKA %
EGDS	730	235	-68%
KOLON	852	93	-89%
OB			
EGDS	568	103	-82%
KOLON	339	46	-86%

Iz prikazanih podataka je jasno da je epidemija COVID-19 značajno utjecala na broj GE u našoj zemlji, prvenstveno značajnom redukcijom elektivnih zahvata.

Gdje smo sada?

Sukladno važećim preporukama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za reaktivaciju bolničkog sus tava, Sekcija je izdala drugu verziju Smjernica za sigurnu primjenu GE, u kojima je jasno prikazana strategija tranzicije endoskopskih dvorana u „novo normalno“. Sadržaj strategije počiva na tri načela: prioritizacija, prevencija i protekcija, tzv. „3P-pravilo“.

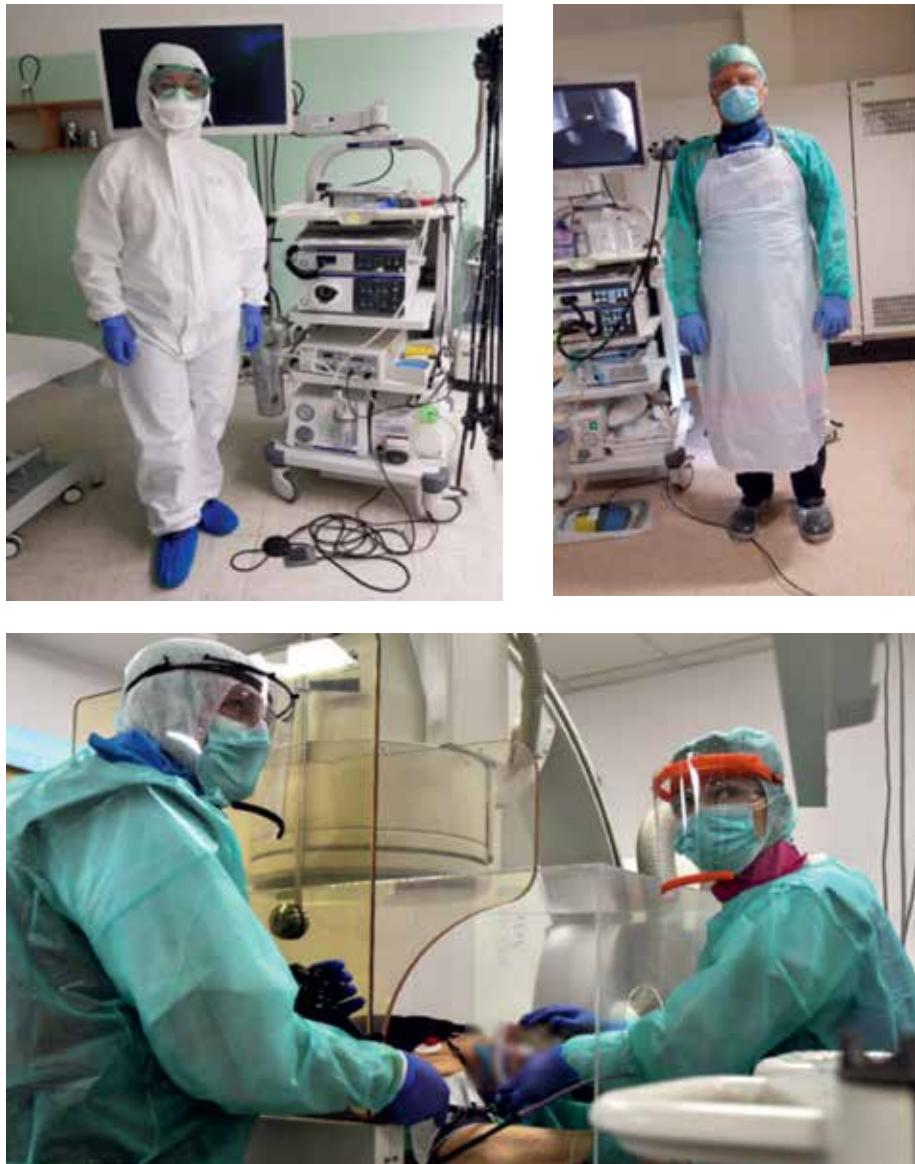
Za ponovnu uspostavu endoskopskog programa u našoj zemlji postavljeni su prioriteti u izvođenju GE: oni koje su hitne naravi i prema indikaciji treba ih učiniti u roku 72 sata, potom one koje su visokog prioriteta (rok za izvođenje manji od 12 tjedana) te one niskog prioriteta (rok za izvođenje dulji od 12 tjedana).

Budući da GE pripadaju postupcima prilikom kojih se generira aerosol, sukladno preporukama HZJZ-a za testiranje kod rizičnih postupaka traži se od pacijenata radi prevencije širenja bolesti prethodno testiranje na koronavirus (RT-PCR SARS-CoV2). Konačno, i zaštita zdravlja zdravstvenih djelatnika nošenjem zaštitne opreme vrijedi i dalje. Pored osobne zaštite opreme, posebno treba istaknuti i inovaciju autorske skupine iz KB-a „Sestre milosrdnice“ iz Zagreba za redukciju diseminiranja aerosola putem kutije od pleksiglasa kod izvođenja složenih endoskopija (ERCP).

Kuda idemo?

Evidentno je da je epidemija COVID-19 nametnula nove izazove svima nama, kako u životnom, tako i profesionalnom pogledu. Koronavirus nije iskorijenjen pa dosadašnje navike prilikom kupnje, izlazaka i putovanja mijenjamo u skladu s epidemiološkim stanjem. Nastojimo se ponašati odgovorno prema sebi i drugima, poštujući mjere socijalne distance, dezinfekcije ruku te nošenjem maski i rukavica.

Međutim, mijenjanje postojećih navika i obrazaca ponašanja ne mora nužno biti loše ako se promatra s gledišta GE, posebice ako se promatra kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite. Za ilustraciju mogu poslužiti jednostavni primjeri poput izbjegavanja gužvi u čekaonicama, primjerom naručivanjem pacijenata i planiranjem rada u endoskopskim dvorana-



Slika 1. Zaštita djelatnika u GI endoskopiji: a) osobna zaštita opreme u pacijenata s visokim rizikom ili potvrđenim COVID-19; b) osobna zaštitna oprema u pacijenata s niskim rizikom COVID-19; c) kutija od pleksiglasa kao metoda zaštite od diseminiranja aerosola prilikom izvođenja endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije.

ma. Nošenje primjerene zaštitne opreme bila je i do sada obveza i standard kvalitete rada zdravstvenih djelatnika.

Konačno, ovo „korona vrijeme“ nam daje priliku za odmak od defanzivne medicine, a isto tako i za unaprjeđenje kvalitete GE. Prvi je korak na tom putu stvaranje jasnih indikacija za racionalno izvođenje endoskopija. Pridržavanje indikacija, kao i drugih parametara kvalitete, te praćenje same kvalitete rada, odnosno izrada Nacionalne Endoskopske Baze podataka (NEBO) buduća je zadaća Sekcije. Tu želimo biti i prema tomu idemo.

Referencije:

- Radna skupina Endoskopske sekcije Hrvatskog Gastroneterološkog Društva. Preporuke za sigurnu primjenu gastrointestinalne endoskopije tijekom COVID-19 pandemije. Dostupno na: <http://www.hgd.hr>
- Iveković H, Ljubičić N. COVID-19 i Endoskopija (webinar). Dostupno na: <https://www.youtube.com/watch?v=1hUK-LhLbSM&t=1240s>.
- Rustemović N. Kvaliteta u gastrointestinalnoj endoskopiji – Hrvatski konsenzus. XXIII Stručni sastanak Hrvatskog Gastroenterološkog Društva, Zadar 25-27.04.2014.
- Ljubicic N, Stojasavljević-Shapeski S, Virovic-Jukic L, Nikolic M. Plexiglas barrier box to improve ERCP safety during the COVID-19 pandemic. *Gastrointestinal Endoscopy* DOI: (10.1016/j.gie.2020.04.020)

Reumatologija u vrijeme korone

Prof. dr. sc. BRANIMIR ANIĆ, dr. med

specijalist internist, uži specijalist reumatolog i uži specijalist klinički imunolog

pročelnik Zavoda za reumatologiju i kliničku imunologiju Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb
pročelnik Katedre za internu medicinu Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
predsjednik Hrvatskoga reumatološkog društva HLZ-a

Razgovor vodila prof. Lada Zibar

Prof. Branimir Anić iznio nam je iskustvo funkcioniranja reumatološke službe u vrijeme nedavne pandemije novog koronavirusa u našoj zemlji.

► **Kako ste se Vi i Vaši kolege nosili s krizom zbog pandemije COVID-19? Kako ste se prilagodili novom načinu rada? Kako je uvođenje karantene utjecalo na komunikaciju s Vašim pacijentima? Kojim ste se načinima koristili da ostanete s njima u kontaktu?**

Pandemija COVID-19 te uvođenje karantenских mjera bili su posve nova situacija za sve nas. Treba priznati da se nikad nismo suočili sa sličnim stanjem, a nismo niti dovoljno učili o toj mogućnosti. Iskustvo koje neki od nas imaju iz Domovinskog rata neposredno nam nije puno pomoglo. Bez obzira na sve te činjenice, u instituciji u kojoj radim razmjerno smo se brzo i lako prilagodili. Zavodski liječnici (specijalisti i specijalizanti reumatologije i kliničke imunologije) bili su podijeljeni u tri skupine koje se nisu preklapale. Jedan dio radio je (i rotirao se) isključivo u stacionaru Zavoda, drugi je dio bio isključivo u poliklinici i dnevnoj bolnici, a treći se dio rotirao u OHBP-u. Na taj smo način smanjili mogućnost međusobnog prijenosa infekcije i prodora infekcije u Zavod. Osim toga, tako smo osigurali pričuvu za slučaj potrebe, što se na sreću nije dogodilo. Moram napomenuti da je udio mog Zavoda u zajedničkim službama KBC-a (čitaj hitnoj službi) bio razmjerno najveći u odnosu na broj specijalista/specijalizanata. Naime, dežuralo je 6 od 7 specijalista, a isto tako i svi naši reumatološki/imunološki specijalizanti. Na sličan način postupili kolege u drugim velikim reumatološkim centrima u Hrvatskoj. Ovdje moram istaknuti da je reumatologija deficitarna struka – trebalo bi nas biti najmanje dva i pol puta više nego što nas sada ima. U cijeloj Hrvatskoj ima otprilike jednako licenciranih reumatologa kao primjerice psihijatara samo u KBC-u. No, tridesetak naših specijalizanata velik su zalog za budućnost.

Moram s neskrivenim ponosom reći da su se moji mlađi kolege iskazali angažmanom u neposrednoj provedbi, ali i u organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite u izvanrednim okolnostima.

Uz velik napor specijalista/specijalizanata, sestara i administrativnog osoblja Zavoda organizirali smo neprekinitu primjenu intravenske terapije svim bolesnicima koji su je trebali primati. Istdobro smo preuzeeli cjelokupni reumatološki/imunološki pogon iz KB-a Dubrava te su svi „njihovi“ bolesnici također dobili terapiju na vrijeme i bez prekida. Sve pregledne koje smo mogli odgoditi (jer su bolesnici bili stabilno) – na vrijeme smo odgodili. S bolesnicima i njihovim liječnicima obavili smo konzultacije – izravno telefonski ili putem A5-uputnika. Sve one koji su smatrali da im je potreban hitan pregled, uputili smo na hitne službe kojima gravitiraju, a zagrebačke bolesnike smo mi pregledali.

Iz do sada rečenog moglo bi se zaključiti da je sve bilo izvrsno i bez većih poteškoća. No, nije tako – dogodio se potres koji je baš sve promjenio i poremetio. KBC Zagreb je pritom jako stradao, pojedine su klinike posve uništene, a one koje su opstale znatno su reducirale kapacitete. Klinika za unutarnje bolesti pritom je ostala bez značajnog dijela posteljnog kapaciteta, a istodobno je povećala gravitacijsko područje hitne službe. Zavod u kojem radim ostao je gotovo bez 50 % postelja jer smo „udomili“ drugi zavod koji je ostao bez svojih prostora. Istdobro je u krevete dnevne bolnice Zavoda bio useljen stacionar druge klinike koja je također ostala bez kreveta. Ponovnom promptnom prilagodbom, uz velik napor svih - liječnika, medicinskih sestara i administrativnog osoblja Zavoda, uspjeli smo organizirati dnevnu bolnicu u ordinacijama i na preostalom dijelu hodnika. U tim improviziranim uvjetima radili smo gotovo tri mjeseca. Upravo u vrijeme ovog razgovora ponovno oposobljavamo prostor naše dnevne bolnice i nadamo se da ćemo za nekoliko dana proraditi u punom pogonu. U prethodnom je razdoblju mjesecni poliklinički pogon bio reducirан na onaj broj pregleda koji je u normalnim uvjetima (prošle godine u isto vrijeme) mjesечно obavljao jedan naš specijalist.

Izvanredna stanja zahtijevaju izvanredne mjere. Ekstremni (loši) uvjeti imaju ipak jednu dobru posljedicu – oni naglašavaju osnovne karakteristike pojedinca. Svi su se pojedinci u mom kolektivu pokazali doraslima teškoćama u kojima smo se našli. Zbog toga sam neizmjerno zadovoljan i ponosan na sve svoje suradnike.

► **Kako je iz Vaše perspektive novonastala situacija utjecala na fizičko i psihičko stanje reumatoloških pacijenata?**

To ne mogu do kraja procijeniti. Prekratko je

vrijeme za donošenje zaključaka. Mogu se samo nadati da većih negativnih posljedica po fizičko zdravlje neće biti. Ono što je bilo uočljivo jest da je u prvi mah u dijelu bolesnika bio jako prisutan strah za dostupnost terapije. To se u prvom redu odnosi na dostupnost antimalarika za bolesnike s lupusom, antifosfolipidnim sindromom i u manjoj mjeri reumatoидnim artritisom. Naime, antimalarici su se počeli primjenjivati u liječenju koronavirusne infekcije, a bilo je govor o njihovoj profilaktičkoj primjeni, pa se pojavio kratkotrajni manjak u opskrbi. No, pravodobnom ciljanom reakcijom Hrvatskoga reumatološkog društva, u suradnji s HZZO-om i ljekarnama, omogućeno je da velika većina onih koji su se liječili antimalaricima nastavi svoje liječenje bez prekida. Praktično, svi su naši bolesnici (riječ je o kroničnim doživotnim bolestima) pokazali puno razumijevanje za neprilike u kojima se reumatološka struka našla. Većina naših bolesnika (i potencijalno naših bolesnika) bolno je svjesna činjenice da je broj reumatologa premašen u odnosu na potrebe. Koristim priliku da im zahvalim na strpljenju. Njihovo će nam povjerenje biti dodatna motivacija za rad.

► **Koliko je i na koji način promjena u načinu propisivanju supkutanih bioloških lijekova i prelaska na receptni status utjecala na rad liječnika i medicinskih sestara na Vašoj klinici? Je li prelazak na receptni status promjenio način suradnje između liječnika reumatologa i liječnika obiteljske medicine i farmaceuta?**

Promjena načina propisivanja i izdavanja bioloških lijekova namijenjenih potkožnoj primjeni velik je pomak na bolje. Bolesnici sada mogu preuzimati lijekove u najbližoj izvanbolničkoj ljekarni uz recept izabranog liječnika. Nema više potrebe da bolesnik svaki mjesec dolazi u bolnicu u kojoj se liječi i kontrolira samo zato da bi preuzeo mjesecnu dozu lijeka. Bolesniku se štedi vrijeme, smanjuju se putni troškovi i slično. No, ne smije se zaboraviti golemo smanjenje administrativnog opterećenja bolničkog osoblja - prvenstveno medicinskih sestara. Zgodna ilustracija koliko je to opterećenje bilo je činjenica da je u Zavodu u kojem radim bilo potrebno oko 33 000 listova papira da bi se osigurala dokumentacija za bolesnike koji se liječe u Zavodu biološkim lijekovima. Drugim riječima trebalo nam je 13 i pol kutija papira za pisanje (svaka ima 2500 listova). Dakle, trebalo bi posjeti jedan manji park za toliku količinu papira. U ovu količinu potrebnog papira nisu uključeni redoviti liječnički nalazi.

Prelazak bioloških lijekova na receptni način izdavanja promjenio je ulogu obiteljskih liječnika i znatno im povećao odgovornost. Velik dio redovitog trajnog stručnog nadzora bolesnika koji primaju biološku terapiju do sada su obavljale visoko specijalizirane medicinske



sestre u bolnicama. Njihova je uloga neprocjenjiva, iako potpuno podcijenjena i obezvrijedena, a u njihovu je edukaciju uložen golem napor. S druge strane, Hrvatsko reumatološko društvo je do sada nastojalo obiteljskim liječnicima omogućiti edukaciju za pravodobno prepoznavanje i upućivanje bolesnika specijalistima reumatologozima. Pravilna trijaža je osnovni preduvjet za skraćivanje nedopustivo dugih lista čekanja za prvi reumatološki pregled. Dužina lista čekanja produkt je nedovoljnog broja specijalista reumatologa i neprimjerene trijaže bolesnika za reumatološke preglede. No, to je problem o kojem možemo posebno razgovorati.

Prelaskom na receptni status izabrani obiteljski liječnici imaju znatno veću ulogu u svakodnevnom kliničkom praćenju bolesnika. Hrvatsko reumatološko društvo je u suradnji s udruženjem obiteljskih liječnika već započelo određene edukacijske aktivnosti koje bi im trebale pomoći i olakšati rad. Uočili smo velike razlike u edukacijskoj razini kolega u različitim dobним skupinama, što je posljedica razlike u osnovnom znanju stičenom za vrijeme redovitog studija. Potonje je pak posljedica velikog napretka u reumatologiji i kliničkoj imunologiji. Farmaceuti, odnosno izvanbolničke ljekarne, dobro su organizirani pa s te strane nije bilo potepkoča. Ne očekujem ih niti u dolazećem razdoblju.

► Jeste li vidjeli neke promjene u adherenciji na lijekove u odnosu na ranije razdoblje?

Na ovo pitanje nije moguće odgovoriti. Ne mogu procijeniti je li bilo kakvih promjena - prošlo je prekratko vrijeme od uvođenja promjena. Promjene u načinu propisivanja i izdavanja lijekova počele su lipnju prošle godine, a prije nepuna dva mjeseca formalno je završeno prijelazno razdoblje za veliku većinu preparata. Jednostavno je prerano za suvisli odgovor.

► Smatrate li da društvene mreže aktualno više utječu na odnos liječnika i pacijenta, i na koji način? Pri tomu mislim na „samoinformiranje“ bolesnika koje je vjerojatno bilo intenzivnije ovih mjeseci, a moguće i međusobno komuniciranje pacijenata.

Nisam prava osoba za odgovor na ovo pitanje. Osobno se ne koristim društvenim mrežama - nepotrebno oduzimaju previše vremena. Nemam dobro mišljenje o širenju medicinskih informacija i savjeta putem društvenih mreža. Kao ortodoksnii medicinar mislim da medicinske informacije treba pružati isključivo kompetentno medicinsko osoblje. U krajnjoj liniji mi smo jedini koji to smijemo raditi. Prave medicinske informacije i savjeti smiju se proslijediti isključivo kontroliranim i propisanim kanalima. Načelno, nisam pristalica pružanja informacija putem društvenih mreža jer mislim da je mogućnost manipulacije i dezinformiranja prevelika (a to pak čini veliku štetu prvenstveno bolesnicima). Samoinformiranje bolesnika čini mi se prikladnim jedino kroz različite oblike samorganiziranja bolesnika. Pritom prvenstveno mislim na udruge bolesnika s pojedinim bolestima. Hoće li se udruge koristiti društvenim mrežama - to je pak njihov izbor i odgovornost. No, udruge svakako trebaju biti organizirane neovisno o struci. Na taj se način omogućuje drugaćiji pogled na isti problem, a da istodobno nije onemogućena suradnja udruge bolesnika sa strukom i strukovnim udrugama. Iskustvo Hrvatskoga reumatološkog društva, a i moje osobno, u suradnji s udrugama iznimno je dobro.

► Smatrate li da je novonastalo stanje u određenom smislu otvorilo šire poglede i pružilo nove mogućnosti za dijagnosticiranje i kontrolu reumatoloških pacijenata? Bez nužnog pregleda „uživo“. Koje bi se pozitivne promjene u vezi s tim mogle dogoditi u budućnosti? Koji bi komunikacijski kanali između liječnika i pacijenata mogli poboljšati međusobnu komunikaciju i praćenje stanja reumatoloških bolesnika?

Nema nekih bitnih novosti niti novih mogućnosti za pravu dijagnostiku - u tom je pogledu nemoguće nadomjestiti klinički fizikalni pregled. No, u novonastalim uvjetima konačno je zaživjela mogućnost konzultacija obiteljskog liječnika i reumatologa putem A5-uputnica. Mislim da ima puno neiskorištenih mogućnosti za ovaj oblik komunikacije i konzultacija između različitih razina specijalista. Preduvjet za to je informatizacija svih segmenata struke te ujednačavanje informatiziranosti svih segmenata. Najkonkretnije su poteškoće u tome što nisu sve ustanove u Hrvatskoj informatizirane, a one koje jesu rabe posve različite programe i platforme. Niti jedan oblik komunikacije bolesnika i reumatologa ne bi smio zaobići obiteljskog liječnika. Mogućnosti A5-uputnica su velike, treba normirati njihovo korištenje. Kao standard bi trebalo uz A5-uputnicu propisati i kratko popratno pismo s opisom eventualnog problema. Kao što rekoh, ima puno neiskorištenih mogućnosti.

► Vidite li mogućnost za uvođenje i koristi od uvođenja telemedicine u svojoj praksi?

Naravno, iako mi se ne čini da bi reumatolozi/imunolozi mogli imati veće koristi u odnosu na one o kojima se obično govori kad je riječ o telemedicini. Mogućnost razmjene te dostupnosti morfoloških nalaza (klasični radiogrami,

CT, MR) omogućuje da se nalazi očitavaju i ili ponovno očitavaju u ekspertnim ustanovama, što bitno olakšava i ubrzava dijagnostički postupak. Ovo je osobito važno za manje centre gdje nema radiologa specijaliziranog za lokomotorni sustav, odnosno za upalne reumatske bolesti. No, istodobno treba osobito naglasiti da su praktično svi mlađi reumatolozi vrlo dobro educirani o specifičnim morfološkim pretragama. Hrvatsko reumatološko društvo je uz pomoć partnera organiziralo edukacijske tečajeve baš iz ovog područja, te stipendiralo mlađe kolege prilikom odlazaka na međunarodne tečajeve.

► Koje su prema Vašem mišljenju prednosti i nedostaci provođenja edukacija online namjenjenih liječnicima?

Edukacija *online* je razmjerna novost koja je svakako dobrodošla. Prednost edukacije *online* je u prvom redu mogućnost rada u maloj grupi koja se može fokusirati na jednu temu/područje. Grupa mora biti brojčano ograničena. Mislim da je optimalno 6-8 sudionika. Uz to je bitan izbor teme te format nastave koja se planira izvoditi - seminari, radionice te neki oblici vježbi pogodni su za nastavu *online*. Klasična predavanja nisu prikladna za ovaj oblik nastave. Nastava *online* omogućuje izravnu dvosmjernu komunikaciju između edukatora i edukanta. Izbegavaju se brojne logističke poteškoće - poput pronalazeњa vremena, prostora i sredstava da se svi sudionici fizički okupe na istome mjestu istodobno. Konačno, u epidemiskim/karantenskim uvjetima to je bio jedini mogući oblik komunikacije i edukacije. U uvjetima nakon potresa koji je devastirao infrastrukturu Medicinskog fakulteta u Zagrebu, nastava *online* bit će nezamjenljiva u razdoblju koje dolazi, u najmanju ruku u sljedećoj akademskoj godini.

No, mislim da je nemogućnost potpune zamjene nastave uživo, koja podrazumijeva i neposredan fizički kontakt, osnovni nedostatak nastave *online*. Istraživanja su jasno pokazala prednosti i bolje ishode učenja ako se edukacija provodi uživo (uz kontakt). Možda je bolje reći - rezultati učenja su bolji ako su uključena sva naša osjetila kojima raspoložemo. Objavljeni radovi na tu temu potvrđuju ovakav stav. Mislim da je izmjena/prijenos informacija uz neposredan kontakt nezamjenjiva i nenadoknadiva. Naime, ne postoji način da nastava *online* (bez obzira na to koliko se kvalitetno provodi) zamjeni klasičnu praktičnu kliničku nastavu uz bolesnika. Teorijski dio medicine može se izravno naučiti prvenstveno iz udžbenika te iz stručne literature, a strukovni, zanatski dio medicinskog znanja može se usvojiti isključivo uz bolesnika na kliničkim vježbama i stalnom vježbom. Konačno, medicinsko umijeće (*ars medicinae*) može se steći jedino upornim svakodnevnim praktičnim radom uz stalno učenje te provjeru i nadograđivanje vlastitoga znanja.

Brige liječnika u doba korone

DRAŽEN BEGIĆ, ANITA LAURI
KORAJLIJA I NATAŠA JOKIĆ-BEGIĆ

Atmosfera nadolazeće opasnosti od virusa SARS-CoV-2 bila je prisutna već od siječnja 2020., ali tek ju je stanje u Italiji dovelo i pred naša vrata. Iskustva iz Domovinskog rata naučila su nas da je izrazito važno imati relevantne, pouzdane i valjane podatke koji će biti temelj za strateško planiranje pružanja psihološke i psihijatrijske pomoći.

Cilj koji smo postavili bio je prepoznati rizične skupine čije će psihičko zdravlje biti narušeno u ovoj globalno kriznoj situaciji. Istraživati smo započeli na dan kada je dijagnosticiran prvi oboljeli u Hrvatskoj. Drugi val istraživanja pokrenuli smo nakon tri tjedna, na dan kada se u Hrvatskoj dogodio prvi smrtni ishod zbog COVID-19.

U međuvremenu se dogodio i potres u Zagrebu, pa i to imamo zabilježeno u svojim podacima.

Pandemija ovoga virusa pokazala je negativne posljedice po psihičko zdravlje i psihosocijalno funkciranje. Prva analiza rezultata pokazala je da su ljudi emocionalni seizmografi. Naime, potres je uznenudio sve, čak i one koji su do tada bili „neosjetljivi“ na pandemiju. Ono što već sada možemo reći jest da je ovo vjerojatno razdoblje anksioznosti epskih razmjera, jer mediji i društvene mreže omogućuju prijenos svih mogućih (dez)informacija 24 sata na dan, što onemogućuje opuštanje. Ljudi se brinu zbog zaraze – prije svega žene, pogotovo majke male djece, brine ih obrazovanje djece, gospodarska kriza koja će nastupiti, brine ih kako će sve to utjecati na psihičko zdravlje njihovih bližnjih, ali i njih samih. Doba koronavirusa je pokrenulo brige koje će sasvim sigurno ostaviti posljedice

dugo nakon što pobijedimo virus.

Naši rezultati na uzorcima iz opće populacije ukazuju na neke trendove u psihološkom reagiranju na pandemiju. Najviše zabrinutosti pokazuju, uz majke male djece, kronični bolesnici, te profesionalci koji su po prirodi svoga posla angažirani u ovakvoj situaciji (npr. novinari).

Zdravstveni djelatnici su sigurno među najrizičnijim zanimanjima (bez obzira jesu li ili nisu u izravnom kontaktu s osobama koje su zaražene virusom SARS-CoV-2). Liječnička profesija je u uvjetima kriznih situacija dodatno izložena nizu stresogenih čimbenika i zbog toga ulazi u kategoriju visoko rizičnih profesija u smislu psihičkog i psihosomatskog reagiranja. Zanima nas je mogući utjecaj ovih ugroza (pandemije i potresa) na psihičko stanje liječnika. Stoga su Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta i Katedra za zdravstvenu i kliničku psihologiju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu započeli istraživanje koje je provedeno od 31. ožujka do 30. travnja 2020. godine online.

Cilj je istraživanja bio objektivnije spoznavanje čimbenika koji oblikuju psihološke reakcije liječnika u ovim izvanrednim prilikama.

U istraživanje se uključilo više od 700 liječnika. Po njegovim prvim rezultatima evidentirane su glavne smetnje koje se već javljaju: zabrinutost, tjeskoba, strah, smetnje usnivanja i prosnivanja, oslabljena koncentracija i umor. Briga i zabrinutost procjenjivani su kvalitativno i kvantitativno. U otvorenom pitanju, u kojem su liječnici mogli svojim riječima izreći tri osnovne brige, oko 34 % ih na prvo mjesto stavila brigu za zdravlje bliskih osoba i za vlastito zdravlje. Slijedi bojazan za ekonomsko stanje

u Hrvatskoj, koje spominje oko 30 % sudionika. Često spominju i zabrinutost u vezi s obrazovanjem djece. Ove se brige nalaze i u općoj populaciji, ali liječnici često navode i specifičan skup izvora zabrinutosti vezane uz kvalitetu zdravstvene usluge koja se pruža u vrijeme pandemije te na način na koji je pandemija utjecala na zdravstveni sustav u cjelini. Liječnici su isticali i brige vezane uz prilike na poslu (strah od zaraze, strah da bolest ne prenesu na blisku osobu, nesigurnost kako će oni sami funkcionirati). Zanimljivo je i kako često iskazuju zabrinutost za zdravljе ljudi općenito, pri čemu zdravljе ne ograničavaju samo na tjelesno. Tako je jedan liječnik istaknuo: „*Brine me što će ljudi još dugo biti preplavljeni strahom*“. Brojni liječnici su istaknuli da su zabrinuti za one svoje pacijente koji ne dolaze na redovite pregledе jer se boje zaraze.

Rezultati pokazuju da 12 % liječnika ima izražene emocionalne smetnje, a pri tome su uznemirenije žene. Što se specijalizacija tiče, najuznemireniji su anesteziolezi i infektolazi, a najmanje liječnici kirurških specijalizacija.

Rezultati pokazuju da liječnici, osim stresa kojem smo svi globalno izloženi radi pandemije, a i potresa u Zagrebu, imaju i dodatan izvor stresa koji proizlazi iz visokih očekivanja nametnutih od javnosti, bojazni da zdravstveni sustav nije dobro organiziran i iz osjećaja osobne odgovornosti. Ovi podaci pokazuju kako je liječnička profesija u globalnim krizama izložena dodatnim razinama stresa, koje mogu izazvati emocionalne smetnje kod nezanemarivog broja liječnika. Važno je u sljedećem razdoblju osigurati psihološku podršku liječnicima kako bi mobilizirali vlastite resurse i uspješno se nosili s nadolazećim razdobljem povećanog pritiska na zdravstveni sustav.

alauri@ffzg.hr

ZBOG KORONE DRASTIČAN PAD PROMETA U SEGMENTU ZDRAVSTVENO-TURISTIČKIH USLUGA

Zdravstveni turizam najbrže je rastuća grana turizma u svijetu koja na globalnoj razini raste po stopi između petnaest i dvadeset posto godišnje. Iznimka nije niti Hrvatska kojoj ova grana turizma donosi godišnje oko pola milijarde eura, a potencijala ima i za više od milijardu eura godišnjeg prometa. Brojni gosti iz Italije, Slovenije, Austrije i Njemačke, ali i Švicarske, Švedske, Velike Britanije i Sjedinjenih Američkih Država u ovo doba godine već bi navelik dolazili i koristili usluge hrvatskog zdravstvenog turizma, no zbog epidemije novog koronavirusa zdravstveni turizam potpuno je zamro.

Premda okolne zemlje ukidaju restrikcije za kretanje stanovništva od sredine lipnja, upitna je brzina oporavka zdravstvenog turizma u našoj zemlji. Podsjetimo, unutar Europske unije i prije je utvrđeno postojanje političke volje da se granice među državama članicama otvore 15. lipnja. Talijanski ministar vanjskih poslova Luigi Di Maio komentirao je da je ponedjeljak, 15. lipnja europski 'Dan D' za turizam uoči ljetne sezone, a nakon tri mjeseca izolacije zbog pandemije novog koronavirusa.

Postoje tri segmenta zdravstvenog turizma i to: wellness, lječilišni i medicinski turizam. Wellness turizam odvija se pretežito u hotelima, toplicama i lječilištima, lječilišni u lječilištima, toplicama i specijalnim bolnicama, a medicinski pretežito u medicinskim ordinacijama, klinikama/ poliklinikama i specijalnim bolnicama.

Prema podacima iz istraživanja "TOMAS Zdravstveni turizam 2018. - Stavovi i potrošnja korisnika usluga zdravstvenog turizma u Hrvatskoj" korisnici wellness i medicinskih usluga pretežito su stranci (82 % i 73 %) te dolaze iz bližih tradicionalnih emitivnih turističkih tržišta dok su korisnici lječilišnih usluga pretežito domaći gosti (67 %). Inozemni

gosti motivirani zdravstveno-turističkim boravkom vrlo su dobri poznavatelji Hrvatske te ih je oko polovica posjetila zemlju šest i više puta; korisnici medicinskih usluga lojalniji su od ostalih segmenata, dok lječilišna ponuda generira najveći udio novih inozemnih korisnika.

Što se tiče potrošnje jednodnevnih posjetitelja u destinaciji Wellness segmenta ona iznosi 48 € (od toga 22 € za zdravstvene usluge). Potrošnja po osobi u lječilišnom segmentu je bila 82 € (od toga 63 € za zdravstvene usluge) dok je najveća potrošnja jednodnevnih posjetitelja u medicinskom segmentu i ona iznosi 450 € (od toga 423 € za zdravstvene usluge)

Prosječna dnevna potrošnja višednevnih posjetitelja Wellness segmenta je 149 € (82 € za smještaj, 11 € za zdravstvene usluge, lječilišnog segmenta 63 € (34 € za smještaj, 16 € za zdravstvene usluge) te medicinskog segmenta u iznosu od 292 € (31 € za smještaj, 221 € za zdravstvene usluge).

Prema obilježjima turističke potražnje u medicinskom turizmu najtraženije su stomatološke usluge, a od nestomatoloških usluga, najviše je korisnika kirurških zahvata (38 %) i dijagnostike (32 %).

Zdravstveni turizam je velika šansa za jačanje izvan sezonske ponude, produženje sezone i privlačenje u Hrvatsku gostiju veće platežne moći pogotovo uz memo li u obzir da korisnik zdravstveno turističkih usluga troši do 30 % više nego prosječan gost.

Uzmemo li u obzir da su stručnost liječnika i reputacija ustanove najvažniji čimbenici odabira ustanove u lječilišnom i medicinskom segmentu nesumnjivo je da hrvatski zdravstveni turizam ima velike izglede za oporavak, no to prvenstveno ovisi o daljnjoj situaciji s COVID-19.

Vlasnici stomatoloških poliklinika, ordinacija za estetsku kirurgiju te brojni drugi pružatelji zdravstvenih usluga uspjeli su zasad prebroditi ovo vrijeme bez otpuštanja zaposlenih.

Prednost zdravstvenog turizma je ta da ovu granu turizma ne obilježava sezonalnost već se radi o turizmu koji je aktivan tijekom cijele godine, pacijenti su vezani uz jedno mjesto, odnosno uz zdravstvenu ustanovu u koju dolaze, mogu se držati pod zdravstvenim nadzorom, a posebna prednost je što zdravstveni djelatnici koji pružaju zdravstvene usluge raspolažu sa stručnim znanjima i odgovarajućom educiranostu te mogu na odgovarajući način voditi brigu o svim potrebnim zaštitnim mjerama.

Tako je i na nedavno održanoj Meet up: SMART TOURISM 5.0. virtualnoj konferenciji bilo govora o budućim kretanjima u zdravstvenom turizmu u svijetu i Hrvatskoj.

„I unatoč drastičnom padu prometa u segmentu pružanja zdravstveno-turističkih usluga, za očekivati je kako će upravo kvaliteta ovih usluga i zdravstvena sigurnost postati jedan od ključnih elemenata pri odabiru destinacije te da će zdravstveni turizam bazirati daljnji razvoj na snažnijoj povezanosti sa zdravstvenim sustavima na emitivnim tržištima, a time u konačnici omogućiti porast kvalitete zdravstvene skrbi i domicilnog stanovništva. Isto tako, možemo očekivati pojačanu potražnju za medicinskim wellnessom te snažniju digitalizaciju usluga“, izjavila je Leila Krešić-Jurić, izvršna direktorka HTI Konferencije, europske inicijative koja promiče zdravstveni turizam.

Da, Hrvatska ima veliki potencijal u medicinskom turizmu, no još će puno vremena proteći dok se situacija ne vrati na onu kakva je bila prije početka izbjivanja pandemije novog koronavirusa.

Izvor: NL, Poslovni, Tomas

ČEMU SLUŽI OHBP?

„Postoji anegdota iz jedne naše bolnice kako je šef radiologije zbog povećanih troškova zabranio svim zaposlenicima da preko veze rade pretrage za bilo koga tko nije član njihove uže rodbine.“

Posljednjih nekoliko dana svoje mjesto u medijskom prostoru dobila je i objava gde X u kojoj se žali na negativno iskustvo s hitnog prijema jedne hrvatske bolnice.

Po meni takva gospoda nije glavni krivac za ovu situaciju. Kako i sama navodi, uvijek ide u istu bolnicu i svi su uvijek divni prema njoj. I nije nimalo teško zamisliti situaciju u kojoj slična gospoda dolazi na OHBP pet minuta nakon ponoći, a susretljivo osoblje na trijaži ju dočeka: „Dobra večer gđo, a što ćemo danas?“, nakon čega se zaposlenici odjela svi kao jedan ustrće dobro uhodanim pravcima kako bi čim prije odgonetnuli zašto se gospodi povremeno javlja glavobolja unazad desetak dana, a uz to od jutros ima i bol u desnom ramenu. Pa se, gurajući laktom jedan drugoga, upru da gospodi osiguraju hitne laboratorijske nalaze, hitni TCD, EEG i CD karotida, hitni CT mozga, te ništa manje hitni RTG i UZV ramena, hitni UZV trbuha, desne dojke i štitnjače, hitni cappuccino s više pjene i hitne bijele kućne papuče s mekanim i anatomske oblikovanim gazištem. I kad svi ti nalazi pristignu, liječnici drhtavih ruku izvlače slamku kako bi saznali tko će imati čast našoj gospodi uz prigodni naklon prenijeti sretne vijesti – da su svi nalazi uredni, da je glavobolja vjerojatno posljedica prevelikog radnog opterećenja i premalo spavanja, „a tu je dakako i korona, ne može čovjek ostati prisutan“, te je uputiti sanitetskim vozilom kući da zasluzeno počine bar nekoliko sati prije ranouternjeg hitnog pregleda ortopeda zbog suspektног tendinitisa m.supraspinatusa, što i djeca znaju da je iznimno ozbiljno i hitno stanje.

Davno je naš narod naučio prepoznavati promjene u zdravstvenom stanju koje najav-

ljuju skori fatalni ishod, koje najčešće kreću dolaskom večeri nakon 20 sati, npr. bol u dvaneštercu koja počinje zahvaćati i trinaesterac, temperatura koja je poslijepodne iznosila 37,5 °C sada je već na 37,7 °C, ili madež na stražnjici za kojeg nam se učini da je danas poprimio neprihvatljivo tamnu nijansu – sve odreda jasni znakovi da nam nema spasa ako ne požurimo do najbližeg hitnog prijema.

Tako je i naša gospođa s početka priče možda očekivala neku ozbiljniju dijagnozu, a vratila se kući ipak zdравa! Od svih mogućih pretraga nije dobila ništa. A nadala se „makar malom UZV-u“. No ovaj put je naišla na liječnicu koja nije proučavala njezino ime i biografiju, već kliničke znakove i simptome, te je na temelju svoga znanja i iskustva ustanovila da je vrlo izgledno da će gospoda preživjeti ne samo ovu noć, već i mnoge koje slijede, te odgovorno odlučila da se ne isplati trošiti novac iz zdravstvenog proračuna kako bi nekome dokazali da nije teško bolestan, te je gospodu otpovila kući kako bi se posvetila sljedećem pacijentu, koji možda jest bio životno ugrožen.

Ova situacija koliko god izgledala komično ipak daje nagovještaj onoga što se događa iza kulisa zdravstvenog sustava, onoga što je svima poznato, a nitko ne pokušava promijeniti. Daje uvid u to da se u našem zdravstvenom sustavu jednakost shvaća kao u Orwellovoj „Životinjskoj farmi“. S jedne strane postoje oni koji nigdje ni na što ne čekaju i za njih je lista čekanja poput poreza za neznačice. Uostalom, kad se neki saborski zastupnik, pjevač ili poduzetnik požalio da je na neki pregled morao čekati tri mjeseca ili više? I svi lokalni načelnici, pročelnici, ravnatelji, financijeri su također su na svoj način „zaslužni“, i za njih i njihove bližnje uvijek postoji ulaz na mala vrata. Takvima ne treba prethodni pregled obiteljskog liječnika, njima treba samo uputnica „jer je mali Mato koji radi u laboratoriju sve već dogovorio s doktorom za utorak u 10 sati“, a ako ne može „onda je rekao

da mu dođem kad je dežuran, pa će me preko hitnog prijema obraditi“. Kad tome pridodate da svaki zaposlenik bolnice ima svoju obitelj, prijatelje, kumove, susjede, morate se zapitati „Pa tko su ti naivci koji se upisuju na liste čekanja?“ I kad vidite kako i sami liječnici i drugi zdravstveni djelatnici spremno pristaju sudjelovati u ovakvoj podjeli uloga, zašto se onda čudimo gospodama kad odreagiraju jer nisu dobili uslugu na kakvu su naučili.

S druge strane su neki drugi čimbenici. Neki se možda sjećaju situacije od prije par godina kad je ravnatelj jedne od naših klinika pozvao pacijente da ako treba mogu doći s ulice na pregled, besplatno i bez naručivanja. Takve pozive, koji sasvim slučajno znače i brdo političkih bodova, pacijenti oduševljeno pozdravljaju, a liječnici malo manje oduševljeno, svjesni što to znači za organizaciju rada. Pogotovo liječnici na OHBP-u koji rade neke od najtežih i najdogovornijih poslova u struci i nije im potrebno, dok pokušavaju spasiti život pacijentu sa srčanim udarom, da ih netko lupka po ramenu uz upit „Hoćete li biti gotovi skoro? A kad ćete stići baciti oko na moju prostatu?“

Kolegica s OHBP-a je u konačnici zatražila zaštitu Hrvatske liječničke komore zbog neopravdanog prozivanja u medijima. No, među brojnim reakcijama na izjave gospode s početka priče (od strane HLK, HUBOL-a, KOHoM-a) moram priznati da nisam naletio niti na jednu reakciju matične ustanove. Suosjeća li uprava bolnice s prozivanjem svoje djelatnice?

A ja ču na kraju reći da se potpuno slažem s porukom koju je poslala gospođa s početka priče: „Svi imamo teško razdoblje, ali pokušajmo biti bolji i humaniji!“ Čuvajmo stoga slobodne termine i svoje liječnike za one kojima je liječnička pomoć najpotrebnija!

Pozdrav iz Slavonskog Broda

NOVI BROJ „LIJEĆNIČKOG VJESNIKA“ POSVEĆEN PAMDEMIJI COVID-19

Broj 3-4, 2020. LV-a (str. 49-122) nosi podnaslov „Posebno izdanje povodom COVID-19 pandemije“. Iz uvodnika doznaјemo da su na poziv HLZ-a naši liječnici proizveli više od šezdeset radova koji su dostupni na poveznici: <https://hlz.hr/category/covid-19/>. Pet ih je objavljeno u ovom broju, a mnoga Zborova stručna društva donijela su smjernice za dijagnostiku i liječenje COVID-a 19. Iz uvodnika, nadalje, doznaјemo da je u zgradbi Hrvatskog liječničkog doma saniran veći dio šteta nastalih od potresa, a dio sanacije je u postupku. Ž. Poljak

> Potres u Zagrebu

Slušam o potresu u Zagrebu i vlasnicima nekretnina kojima nitko ne želi pomoći da poprave svoje stanove i ne vjerujem da im nitko još nije rekao da su vlasnici nekretnina dužni brinuti se o svojim nekretninama. Tu mislim i na crkvu, ali i državu i grad.

Isto tako i bolnice, i medicinski fakulteti. Zanima me koji su to stručni kriteriji pri obnovi institucija i nekretnina općenito i ako već nećemo tražiti odgovorne za višegodišnji nemar prema državnom vlasništvu (a nećemo, jer se to kod nas ne radi desetljećima, a i dulje), osjeća li itko u ovoj državi moralnu odgovornost da je potrošio javne novce na obnovu nečega što nije prikladno obnovljeno.

Je li se itko zapitao kako to da neke građevine u centru Zagreba nisu oštećene od potresa? Jesu li vlasnici tih nekretnina imali više sreće ili pameti i odgovornosti.

Znam da su mnoge od stradalih građevina obnavljane, ne može se reći da nisu, ali vidim da su i dalje krhke. Zašto? Između ostalog zato što nitko nije mislio da će se ovako što dogoditi. To je istina. Svi smo se iznenadili. Ali vidim da ima i onih koji su ipak bili

mudriji, ili stručniji, pa znaju kako se obnavljaju ili grade nekretnine.

Znam, reći će mnogi da nema novaca, pogotovo za zdravstvo „koje jako puno troši?!“. Toliko troši da često nema za osnovne stvari, zbog čega se organizira skupljanje novaca u čemu često sudjeluje i cijela Hrvatska.

Naime, uobičajeno je organizirati emisije na javnoj televiziji u udarnom terminu, obično nedjeljom navečer, da skupimo novce za nešto osnovno kao što je npr. inkubator, pa se onda radujemo ako se skupi sto ili još bolje dvjesto tisuća kuna, a istodobno svaka lokalna bolnica potroši puno više na vozni park i ostale "troškove komfora", iz istog proračuna u kojem uvijek „fali“.

Zanima me do kada će liječnici dozvoliti takva poniženja kao što je sakupljanje novca za opremu laboratorija, inkubatore, klima uređaje i slično, a sada vidim i za obnovu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Mislim da mi liječnici to više ne smijemo činiti ni trptjeti, moramo biti moralna vertikala, često i u javnom životu, i ne dozvoliti da se za

takve stvari sakupljaju novci. To nije luksuz, to je osnova dostojanstvenog života. Mi za to izdvajamo i imamo novce. Neka skupljaju javno novce za rad stranaka i za financiranje neodrživih općina, a neka našu struku i ovaj narod ne ponižavaju.

I da se vratim na potres. Mislim da se moral razvija iz odgovornosti, a odgovornost iz poštenog nagrađivanja i sankcioniranja. Tako, neka svatko vodi brigu o svom vlasništvu, a odgovara za svoje postupke, i neće biti problema ni s potresom, ali ni s drugim izvanrednim događajima.

Za početak predlažem da se radi razvoja naše odgovornosti donese zakon koji nas "tjera" da održavamo nekretnine i u državnom i u privatnom vlasništvu (obnavljamo instalacije, pročelja i ostalo periodično, prema pravilima struke), a tko ne želi održavati nekretninu, ili ne može, mora shvatiti da osim odgovornosti za sebe i svoje ima odgovornost za drugog i tude, odnosno prepustiti održavanje nekom drugom. I opet će biti lijepi Zagreb grad!

G. A., dr. med.

BIJELA PTICA

LIJEĆNIČKA PRIČA

 Dr. ANICA JUŠIĆ

Danas je 2. travnja. Potres je bio 23. ožujka, dakle prije devet dana. Izašla sam na balkon, suncem obasjan. Nigdje žive duše ne vidim, gotovo svi prozori zatvoreni, čujem samo bacanje cigli s krova u dvorište susjedne kuće koja je iseljena zbog oštećenja.

I gledam ptice, jedini zanimljiv znak života. Jedna bijela sjela je na ograhu balkona u mojoj neposrednoj blizini i gledamo se. Ne odlijeće makar se ja krećem vježbajući duboko disanje na ovom prekrasnom suncu. Ona i dalje sjedi. Druge ptice lete, samo njih vidim u zraku, čini mi se da su još tri bijele, ostale su sive i tamno sive. Stalno nanovo slijeću i uzlijeću, a ova sjedi i gleda u mene...

Počelo je to zapravo prije dvije godine. Još ništa nije prolistalo, a dvoje sivih ptica neke posebne vrste sakupljalo je grančice slične dužine i savilo gnijezdo na vanjskom dijelu moga klimatizatora postavljenog na balkonu. Golub ne bi za njih bio pravi naziv jer imaju izrazito izduljen, ravan vrat i veće su, a nisu niti grlice premda imaju ovratnik poput grlice i glasanje koje je samo slično.

I gledala sam u vis i vidjela da su u gnijezdu dvije male maljave pridošlice. Majka im se uvijek usplahirila kad bi me vidjela. I tako iz dana u dan. Spuštali su se obilno „drekeći“, koje sam marljivo čistila i... nikome ništa. Ali su onda počele lepršati „maljice“. Dvoje mlađunčadi je očito prešlo u fazu dobivanja pravog perja. E, to je bilo nešto čemu nisam bila dorasla i problemi su počeli biti preveliki. Nisam više mogla izlaziti na balkon, sve

do dana kad se gnijezdo odjednom ispraznilo!

Rješenje zagonetke pojavilo se istom poslijekoliko mjeseci. Odjednom vidim kroz staklo balkonskih vrata dvije prekrasne bijele ptice kako sjede na ogradi balkona. Sjede, ja ih gledam a i one mene gledaju. I dugu se gledamo sve dok nisam otvorila vrata da im se približim. Onda su mirno, ne u panici, odletjele.

I jedna od njih se, eto, sada dvije godine poslijekoliko mjeseci. Odjednom vidim kroz staklo balkonskih vrata dvije prekrasne bijele ptice kako sjede na ogradi balkona. Sjede, ja ih gledam a i one mene gledaju. I dugu se gledamo sve dok nisam otvorila vrata da im se približim. Onda su mirno, ne u panici, odletjele.

Iznenađena sam bila znakovima zahvalnosti jedne ptice. Među ljudima se na tako nešto, a pogotovo opetovano, rijetko nalazi!

KRITERIJI ZA ZAVRŠETAK IZOLACIJE I INTERPRETACIJA RT-PCR POZITIVNIH NALAZA NAKON PREBOLJENJA COVID-19

 GORANKA PETROVIĆ, prim.,

dr. med., spec. epidemiologije i zdravstvene ekologije

Odjel za respiratorne bolesti i putničku medicinu s ambulantom, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

TANJA NEMETH-BLAŽIĆ, prim., dr. med., spec. epidemiologije

Odjel za HIV, krvlju i spolno prenosive bolesti, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Nova koronavirusna bolest COVID-19 suočila je zdravstveni sustav i širu zajednicu s potrebom donošenja preporuka i protokola u uvjetima brojnih nepoznаницa vezanih za ekologiju i epidemiologiju virusa SARS-CoV-2. Jedan od izazova bio je utvrditi kriterije temeljem kojih se osoba oboljela od COVID-19 može proglašiti zdravom i nezaraznom, a time i sposobnom za povratak na svoje radno mjesto.

Većina država, uključujući i Hrvatsku, izradile su nacionalne preporuke uzimajući u obzir kriterije za otpust oboljelih iz bolnice, odnosno završetak kućne izolacije američkog Centra za kontrolu i sprečavanje bolesti (CDC), Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Europskog centra za kontrolu i sprečavanje bolesti (ECDC), te ih po potrebi modificirala u skladu s lokalnim kontekstom i mogućnostima.

Kriteriji za otpust bolesnika iz bolnice i završetak izolacije

Vodeći su kriteriji za donošenje odluke o prekidu izolacije vrijeme koje je proteklo od pojave prvih simptoma („*symptom-based strategy*“), odnosno vrijeme dobivanja prvoga pozitivnog RT-PCR nalaza na SARS-CoV-2 („*time-based strategy*“), ovisno o tome radi li se o simptomatskoj ili asimptomatskoj infekciji

SARS-CoV-2. Dodatni su elementi koji se mogu uzeti u obzir težina kliničke slike, hospitalizacija, povećan rizik produženog vironoštva (imunokompromitirani bolesnici) te zanimanje bolesnika u kontekstu povećanog rizika unosa i širenja virusa u ustanovi s vulnerabilnom populacijom (bolnice i druge zdravstvene ustanove, domovi za starije i nemoćne i sl.).

Kontrolno uzimanje briseva gornjih respiratornih puteva radi potvrde negativizacije RT-PCR nalaza („*test-based strategy*“) ostavljeno je kao mogućnost, ako to postojeći kapaciteti testiranja dozvoljavaju, s prioritetom retestiranja zdravstvenih i drugih djelatnika koji rade u visokorizičnim ustanovama, te imunokompromitiranih bolesnika. Pri tome treba imati na umu da molekularna RT-PCR metoda detektira virusnu nukleinsku kiselinu koja ne korelira uvijek s prisutnošću replikacijski kompetentnog virusa u organizmu.

Kratak osvrt na vodeće preporuke o otpustu iz bolnice i završetku izolacije

Prema preporukama CDC-a i SZO-a revidiranih u svibnju, završetak izolacije *asimptomatskih* bolesnika preporuča se ako su zadovoljena ova tri kriterija:

- najmanje 10 dana je proteklo od početka simptoma, od kojih
- najmanje 3 uzastopna dana bolesnik je afebrilan bez upotrebe antipiretika, uz
- značajno poboljšanje respiratornih simptoma.

U slučaju *asimptomatskih* pacijenata, za prekid izolacije treba proći najmanje 10 dana od prvoga pozitivnog RT-PCR nalaza.

Prema smjernicama ECDC-a objavljenima početkom travnja, *hospitalizirani* bolesnici su prioritetsna skupina za testiranje, no u slučaju nemogućnosti testiranja ovi bolesnici se mogu otpustiti iz bolnice na temelju kliničkih kriterija i liječničke procjene pod sljedećim uvjetima:

- nastavak izolacije u svojem domu u trajanju od ukupno 8 dana od početka bolesti kod blagih odnosno 14 dana kod teških slučajeva bolesti ako ovi kriteriji nisu zadovoljeni već tijekom boravka u bolnici. Iznimka su imunokompromitirani pacijenti u kojih se preporuča izolacija u trajanju od najmanje 14 dana od početka simptoma, bez obzira na težinu kliničke slike.

- najmanje tri uzastopna dana afebrilnosti bez upotrebe antipiretika, uz kliničko poboljšanje ostalih simptoma.

Trajanje izolacije asimptomatskih bolesnika i onih s blagim simptomima COVID-19 koji *uopće nisu hospitalizirani* je najmanje 8 dana nakon pojave prvih simptoma, uz postignutu afebrilnost bez upotrebe antipiretika i kliničko poboljšanje ostalih simptoma barem tri posljednja dana, odnosno najmanje 8 dana od prvoga pozitivnog RT-PCR nalaza kod asimptomatskih slučajeva.

Ako mogućnosti testiranja dozvoljavaju, preporuka je kontrolno testirati zdravstvene djelatnike prije povratka na posao, uz prethodno zadovoljene uvjete kliničkog oporavka i najmanje 8 dana od početka bolesti, a uvjet su za povratak na posao *dva negativna RT-PCR nalaza u razmaku od najmanje 24 sata*.

U našim privremenim preporukama objavljenima početkom travnja preporuča se izolacija oboljelih u trajanju od 28 dana od prvog dana bolesti, neovisno o težini kliničke slike i o tome je li osoba bila hospitalizirana ili nije. Za osobe kojima je nužno osigurati povratak na posao u najkraćem mogućem roku, treba prethodnim testiranjem utvrditi dva negativna RT-PCR nalaza brisa nazofarinksu u razmaku od najmanje 24 sata, pri čemu se prvi kontrolni bris uzima najmanje tri dana nakon povlačenja simptoma i znakova bolesti, a najranije sedam dana od početka bolesti, i to u simptomatskih bolesnika, a 14 dana od prvog pozitivnog nalaza kod asimptomatskih bolesnika.

Primjena preporuka u praksi

Kako pandemija traje, tako postaje sve jasnije da kontrolno testiranje („*test-based strategy*“) kao preduvjet otpusta iz bolnice ili završetka kućne izolacije i povratka na posao predstavlja velik problem za neke osobe. Riječ je o takvima koje se tjednima nakon potvrđene SARS-CoV-2 infekcije ne uspijevaju negativizirati (i više od 80 dana nakon zaraze), unatoč potpunom kliničkom oporavku ili čak unatoč tome što su cijelo vrijeme bile asimptomatske.

Osim ovih „perzistentno“ pozitivnih, tu je i manji dio „intermitentno“ ili „rekurentno“ pozitivnih osoba, tj. takvih koje su se nakon jednom već potvrđene RT-PCR negativizacije na SARS-CoV-2 opet „pozitivizirale“ (tzv. „repositivni post-COVID-19“ pacijenti). Ne ulazeći u razlog retestiranja ovih potonjih (sumnja na reinfekciju?), ovaj nalaz dugotrajne RT-PCR pozitivnosti uzrokuje nedoumice o tome kako dalje postupati s takvom osobom kad je u pitanju njezin povratak na posao te kakav je daljnji postupak s njenim bliskim kontaktima.

Kriterij „najmanje dva negativna PCR brisa nazofarinks“ trebao bi biti dokaz da je osoba uspješno eliminirala virus iz organizma. Međutim, s obzirom na to da se RT-PCR metodom detektiraju dijelovi virusnog genoma, a ne virusna infektivna čestica, pozitivan nalaz ne pokazuje nužno da je virus vijabilan pa time ni da je takva osoba doista zarazna.

Iako je u Hrvatskoj epidemija COVID-19 imala vrlo povoljan tijek i razmjerno malo oboljelih, i mi bilježimo ovakve dugotrajno pozitivne osobe koje, nije pretjerano reći, proživljavaju pravu dramu, borave u dugotražnoj kućnoj izolaciji na bolovanju ili čak tjednima u bolnici iako su potpuno asimptomatske, a okolina ih percipira nepoželjnima i opasnim. Ovako stigmatizirane, neke od njih upadaju u anksiozna i depresivna raspoloženja, posežu za psihofarmacima, pa i za pomoći psihijatra. Nisu zanemarive niti ekonomske posljedice dugotražnog bolovanja, sa smanjenim mjesečnim prihodima, pa čak i opasnošću gubitka radnog mjeseta. Dakle, riječ je o ozbilnjom i složenom pitanju, pa su tim važnija istraživanja trajanja zaraznosti virusa i njegove transmisije u cilju donošenja preporuka i odluka temeljenih na dokazima.

Prema raspoloživim podacima dosadašnjih istraživanja, osobe zaražene sa SARS-CoV-2 najzaraznije su dan-dva prije pojave simptoma i u prvim danima bolesti, pri čemu se većina sekundarnih slučajeva zarazi u kontaktu s prvooboljelom osobom u prvih pet dana od pojave simptoma. Štoviše, u jednom dijelu sekundarno oboljelih bilježi se i negativna distribucija serijskih intervala (vrijeme između pojave simptoma kod indeksnog slučaja i pojave simptoma kod njegovog kontakta), koja implicira presimptomatsku transmisiju.

Rezultati nedavnog istraživanja Korejskog centra za kontrolu i prevenciju bolesti (KCDC), u koje je bilo uključeno 285 ispitanika s negativnim RT-PCR nalazom brisa nazofarinks po preboljevanju COVID-19 i 790 njihovih kontakata, pokazuju da je retestiranjem ovih ispitanika („post-COVID-19 pacijenti“) nađeno da su neki opet postali PCR pozitivni, te se postavilo pitanje njihove zaraznosti za okolinu. Stoga su temeljito obrađeni svi njihovi kontakti, no među njima nije zabilježen niti jedan novopotvrđeni slučaj koji bi bio povezan s izloženošću tijekom toga razdoblja ponovne pozitivnosti, što ukazuje da „repositivni post-COVID-19“ pacijenti nisu proširili koronavirusnu infekciju dalje.

Ovaj nalaz je u skladu s dosadašnjim spoznajama da još nije uspješno izoliran virus iz uzoraka gornjih dišnih puteva nakon drugog tjedna bolesti, unatoč pozitivnom PCR nalazu. U skladu s tim je CDC u svibnju revidirao kriterije za završetak izolacije pomakavši granicu za prekid izolacije s dotadašnjih 7 na 10 dana od početka bolesti.

Rezultati južnokorejskog istraživanja još jednom potvrđuju činjenicu da RT-PCR testovi ne razlikuju mrtve i vijabilne virusne čestice, te pokazuju da osobe koje su se klinički oporavile od COVID-19 i koje su izašle iz izolacije nisu zarazne za okolinu. U skladu s tim spoznajama, nedavno je revidiran službeni južnokorejski protokol prema kojem RT-PCR testiranje na SARS-CoV-2 više nije preduvjet za završetak izolacije i povratak na posao ili u školu.

S obzirom na to da se aktivna replikacija virusa brzo i značajno smanjuje nakon prvog tjedna bolesti te da nakon drugog

tjedna bolesti nije nađen vijabilan virus unatoč perzistentnoj detekciji virusne RNA, krajem svibnja su i Nacionalni centar za zarazne bolesti i Odbor liječnika infektologa Medicinske akademije u Singapuru pozvali na reviziju kriterija otpusta iz bolnice i završetka izolacije koja bi više uzela u obzir kliničke i javnozdravstvene aspekte, uključujući fizičko i psihičko dobro stanje oboljelih, umjesto daljnog inzistiranja na negativnom RT-PCR nalazu.

I na kraju, umjesto zaključka, kratka ilustracija razlike u pristupima među državama. Riječ je o jednoj našoj kolegici koju je pandemija zatekla na višesjednom stručnom usavršavanju u Velikoj Britaniji. Radeći kao liječnica u tamošnjoj bolnici razvila je početkom travnja simptome COVID-19, te je zbog toga što je u njezinoj neposrednoj okolini bilo kolega s već laboratorijski potvrđenim COVID-19, upućena u samoizolaciju bez prethodnog testiranja na SARS-CoV-2. Po potpunom kliničkom oporavku i nakon 14 dana samoizolacije, kolegica se krajem travnja vratila na rad u bolnički odjel, opet bez testiranja, da bi joj desetak dana poslije u sklopu dobrotljivog testiranja zaposlenika bolnice bio uzet bris nazofarinks za RT-PCR i serum za serološko testiranje. Nakon dva dana obaviještena je da je COVID-19 pozitivna, uz preporuku da ostane sedam dana u izolaciji od datuma dobivanja pozitivnog nalaza. Kolegica se po isteku ove druge izolacije vratila u Hrvatsku gdje je, kao zdravstveni djelanik, zbog povratka na posao u matičnu bolnicu opet testirana. Iako je prošlo više od 6 tjedana od početka njenih simptoma, RT-PCR nalaz je bio i dalje pozitivan, pa je kolegica završila u još jednoj, trećoj po redu, izolaciji. I baš na dan kada je u Hrvatskoj dobila drugi negativan RT-PCR nalaz kako bi se mogla vratiti na posao u svoju bolnicu, iz Engleske je stigao i nalaz serologije rađene prije više od mjesec dana koji ukazuje na već tada preboljelu infekciju - prisutan IgG na SARS-CoV-2, bez prisutnog specifičnog IgM-a.

goranka.petrovic@hzjz.hr

Kaplan-Meierove krivulje preživljjenja

 TOMISLAV KELAVA

<tomislav.kelava@mef.hr>

U ovom članku objasnit ćemo osnove Kaplan-Meierovih krivulja koje se najčešće koriste za analizu preživljjenja, ali se mogu primijeniti i na bilo koji drugi događaj čija se pojava prati u određenom vremenu (odbacivanje organa, pojava nekog simptoma, recidiv tumora i slično). Uvedene su kako bi se riješio problem kliničkih studija u koje se pacijenti uključuju više godina i zatim prate dulje vrijeme tijekom kojeg se dio pacijenata izgubi iz praćenja. Kad bismo ovakve podatke analizirali metodama klasične statističke analize susreli bismo se sa sljedećim ograničenjima: 1) za analizu bi trebalo pričekati da zadnji uključeni pacijent prođe kroz cijelo vrijeme praćenja i 2) pacijente koji su se izgubili iz praćenja prije zadanog vremenskog roka morali bi se potpuno izbaciti iz analize. Analiza po Kaplan-Meieru nema takvih ograničenja, čime se skraćuje vrijeme od početka studije do prvih rezultata i povećava se snaga studije.

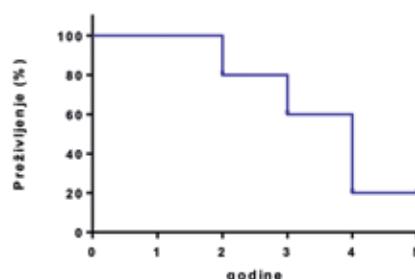
Izrada krivulje za jednu skupinu

Pretpostavimo da smo pratili 5 pacijenata od njihovog uključenja u studiju. Kao što vidimo u tablici 1 četvero pacijenata je umrlo, a jedan (pacijent D) preživio je 5 godina. Analizu je potrebno napraviti za svaku vremensku točku u kojoj je zabilježena smrt – Tablica 2. U svakoj takvoj vremenskoj točci bilježi se broj umrlih (u ovom slučaju po jedan za godine 2 i 3, dva za godinu 4) i broj pacijenata koji su u tom trenutku bili uključeni u studiju, odnosno izloženi riziku. Vjerojatnost preživljjenja u svakoj vremenskoj točki jednostavno je izračunati (formule su prikazane u Tablici 2). Kumulativnu vjerojatnost preživljjenja računamo množenjem vjerojatnosti preživljjenja za tu točku s vjerojatnostima preživljjenja svih prethodnih točaka. Grafički zatim prikazujemo ovisnost

Tablica 1

Pacijent	Vrijeme	Smrt (1=da)
A	4	1
B	3	1
C	2	1
D	5	0
E	4	1

Slika 1



Tablica 2

Vrijeme	Broj umrlih (NU)	Broj izloženih riziku (NR)	Vjerojatnost smrti VS=NU/NR	Vjerojatnost preživljjenja VP=1-VR	Kumulativna vjerojatnost preživljjenja
2	1	5	0,2	0,8	0,8
3	1	4	0,25	0,75	0,8x0,75=0,6
4	2	3	0,66	0,33	0,8x0,75x0,33=0,2

Krivulje s cenzuriranim podatcima

Tablica 3

pacijent	vrijeme	smrt (1=da)
A	4	1
B	3	0
C	2	1
D	5	0
E	4	1

kumulativne vrijednosti preživljjenja o vremenu (slika 1).

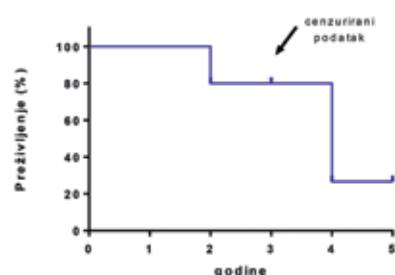
U tablici 3 su prikazani podaci za 5 drugih izmišljenih pacijenata. Jedina razlika u odnosu na Tablicu 1 je pacijent B koji u ovom slučaju nije umro nego je nakon 3 godine iz nepoznatih razloga prestalo njegovo praćenje. O ukupnom

preživljenu tog pacijenta ne znamo ništa, možda je umro nakon mjesec dana, a možda će preživjeti još 50 godina. Takav podatak nazivamo cenzuiranim podatkom. Za cenzuirane događaje ne računamo vjerojatnosti preživljjenja, ali te pacijente oduzimamo od pacijenata koji su izloženi riziku (treći stupac u tablicama 2 i 4). Na grafu je taj pacijent prikazan okomitom crticom (slika 2). Nakon pojave cenzuiranog događaja izračunata vjerojatnost preživljjenja je rezultat matematičkog projiciranja. Dakle na slici 2 podatci su potpuno precizni do prvog cenzuiranog događaja, a dalje su rezultat projekcije.

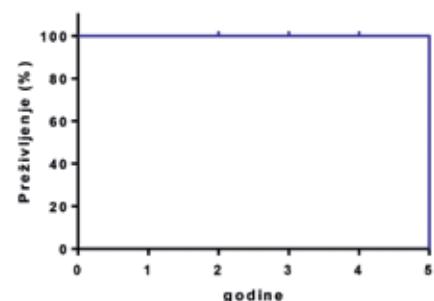
Povećanjem udjela cenzuiranih događaja projekcija postaje sve nepouzdana, što se često osobito vidi na desnom kraju krivulje. U tablici 5 je prikazan jedan ekstremni primjer utjecaja cenzuiranih događaja na desni kraj krivulje. Primi-

Tablica 4

Vrijeme	Broj umrlih (NU)	Broj izloženih riziku (NR)	Vjerojatnost smrti VS= NU/NR	Vjerojatnost preživljjenja VP=1-VR	Kumulativna vjerojatnost preživljjenja
2	1	5	0,2	0,8	0,8
4	2	3	0,66	0,33	0,8x0,333=0,27

Slika 2**Tablica 5**

pacijent	vrijeme	smrt (1=da)
A	4	0
B	3	0
C	2	0
D	5	1
E	4	0

Slika 3

jetite da je smrt nastupila samo u pacijenta D, ali i da je on jedini pacijent koji je praćen 5 godina, podatci o svim ostalim pacijentima su cenzorirani. Kad bi se napravila tablica slična tablicama 2 i 4 vjerojatnost smrti bi nakon 5 godina iznosila $1/1=100\%$, a vjerojatnost kumulativnog preživljjenja 0 %, jer bi u toj točci krivulje preostao samo taj jedan pacijent (slika 3). Na slici 3 je moguće zamijetiti 3 cenzorirana događaja jer su se 2 cenzorirana događaja vremenski poklopila (u 4.

godini), zbog takvih je preklapanja teško procijeniti broj cenzoriranih događaja na temelju grafa pa se često ispod grafa tabično prikazuju brojevi praćenih pacijenata u određenom razdoblju.

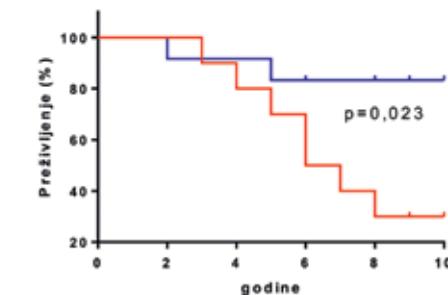
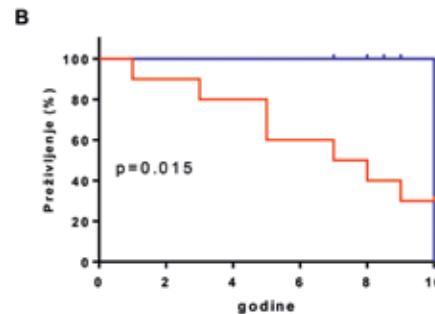
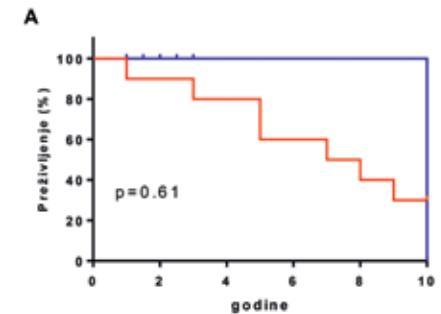
Usporedba različitih skupina

Najčešća metoda usporedbe je računanje vrijednosti p log-rank testom; izračun se temelji na računanju razlike između očekivanih (nema razlike između skupina) i zamijećenih događaja. Na slici 4 je prikazana jedna takva usporedba u kojoj postoji značajna razlika između skupina ($p < 0,05$). Utjecaj cenzoriranih podataka na snagu studije dobro ilustrira usporedba slike 5A sa slikom 5B. Na obje slike krivulje izgledaju identično, ali na slici 5A razlika nije značajna ($p > 0,05$) dok na slici 5B jest ($p < 0,05$). Razlika

nastaje zbog cenzoriranih događaja; na slici 5A oni se pojavljuju rano u studiji pa je krivulja već nakon treće godine izrazito neprecizna, na slici 5B se prvi cenzorirani događaj pojavljuje u 7. godini - krivulja je precizna do te točke. Na neki način se može reći da log-rank izračun to uzima u obzir pa dobivamo razliku u izračunatim p vrijednostima.

Priprema podataka za statističke programe

Za većinu statističkih programa potrebno je pripremiti 3 varijable. Prva je vrijeme od uključenja u studiju do točke za koju imamo zadnji podatak o pacijentu, druga je varijabla podatak o smrti (da ako je pacijent umro, ne za bilo koji drugi razlog zbog kojeg nemamo kasnijih podataka o pacijentu). Treća varijabla je skupina kojoj pacijent pripada.

Slika 4**Slika 5**

Odgovornost članova liječničkog tima

Doc. dr. sc. SUNČANA ROKSANDIĆ, dipl. iur.
voditeljica hrvatske jedinice UNESCO Chair iz bioetike, Katedra za kazneno pravo, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Jedno od stalnih pitanja koje se javlja prilikom obavljanja liječničke, odnosno zdravstvene djelatnosti, je pitanje odgovornosti članova liječničkog tima. Prije nego pravno obrazložim odgovor, želim ovdje podijeliti jedan slučaj iz prakse koji često zadajem studentima medicine kada predajem medicinsku etiku. Isto pitanje postavljam i studentima prava kada predajem medicinsko pravo, od kojih u dijelu dobijem različite odgovore oko pitanja odgovornosti članova tima:

Gospođa A.B., stara 39 godina, poznata je dizajnerica i sretno udana 12 godina, ali je duboko utučena i vrlo depresivna zbog svoje nemogućnosti da zatrudni. Prošla je kroz stresne i skupe tretmane za neploidnost, koji nisu bili uspješni, vjerojatno zbog endometrioze, stanja koje joj je također uzrokovalo sve veće boli u zdjelici. Nапослјетку je prihvatile tvrdnju svog specijalista da neće moći imati djecu, ali da bi trebala izvršiti odstranjivanje maternice (histerektomiju) kako bi se riješila boli i krvarenja uzrokovanih endometriozom, a što bi joj omogućilo uživanje u životu s minimalnim zdravstvenim teškoćama. Upućena je lokalnom ginekologu i primljena u bolnicu na postupak histerektomije.

Ginekolog je zatražio od kirurga specijalizanta da obavi prije operacijski pregled i pribavi pristanak na operaciju. Specijalizant je pročitao medicinski karton gospođe A.B., uočio njezinu tešku depresiju i nepostojanje novijeg testa trudnoće, te je tijekom pregleda potvrdio ozbiljnu endometriozu, ali i otkrio uvećanje maternice. Pitao je ginekologa je li naloženo obavljanje testa na trudnoću, na što je ginekolog odgovorio da trudnoća nije bila očekivana i da testiranje ne bi bilo u interesu pacijentice. Fetus bi mogao biti ozbiljno oštećen s obzirom na pacijentičino stanje i dob, a oštećeno dijete ili pobačaj bi dodatno pogoršali njezinu depresiju.

Specijalizant je upućen da pribavi pristanak na odstranjivanje maternice (Slučaj br. 4, prof. Bernard Dickens, Kanada (Informirani pristanak, urednice hrvatskog izdanja: Ksenija Turković, Sunčana Roksandić Vidlička, Unit of UNESCO Chair in bioethics, Sveučilište u Zagrebu, 2009.).

Ovaj slučaj nije samo primjer za raspravu koje sve elemente informirani pristanak mora imati da bi bio pravno valjan, i koji sve preduvjeti moraju biti ispunjeni, nego i za pitanje koje bi informacije specijalizant trebao otkriti gospođi A.B. Time dolazimo i do glavnog pitanja ovog osvrta, kako procjenjujemo odgovornost članova liječničkog tima.

Povjerenje se u timu podrazumijeva, ali je svatko odgovoran za svoj dio posla neovisno o subordinaciji. Ako nadređeni liječnik naredi podređenom kolegi nešto očito štetno za pacijenta, tada npr. mlađi podređeni liječnik ili u određenim slučajevima i medicinska sestra moraju moći to razumjeti i moraju odbiti poduzeti određenu radnju ako se radi o radnji koja pripada i domeni njihovog znanja i očito je pogrešna (čl. 181 Kaznenog zakona). Npr. brza infuzija velike količine kalija. Također bi bilo poželjno da postoji i protokol kako reagirati u situacijama neslaganja. U svakom slučaju, uvijek postoji i netko iznad nadređenog liječnika, npr. šef odjela ili konzilij, koji u konačnici odlučuje što napraviti u spornim situacijama.

Svatko je odgovoran unutar tima za svoj djelokrug posla, ne umanjujući dodatnu odgovornost nadređenog liječnika. Štetna radnja koja se može napraviti odnosi se i na činjenje i nečinjenje (čl. 20 Kaznenog zakona.). Tako specijalizant iz primjera može biti pozvan na odgovornost ako ne čini ništa.

Autoritet starijeg i nadređenog liječnika je vrlo bitan i nužan u medicini, i odgovornost se liječnika procjenjuje i prema godinama iskustva i prakse, ali ne može se reći da je autoritet starijeg i nadređenog liječnika neupitan *per se*. Svatko u timu odgovara prema svom znanju i obrazovanju i statusu i godinama

obavljanja posla. Naime, liječnici kao i svi profesionalci moraju obavljati poslove iz svoje struke s pojačanom pažnjom dobrog stručnjaka (čl. 10 st. 2 Zakona o obveznim odnosima: sudionik u obveznom odnosu dužan je u ispunjavanju obveze iz svoje profesionalne djelatnosti postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka)). Razumijevanje da je svatko odgovoran unutar svog djelokruga poslovanja i iskustva je u konačnici nužno za sve strane: nadređenog, podređenog i pacijenta.

To je dodatno vidljivo i iz činjenice da je moguća i kaznena odgovornost ne samo za svjesni nego i za nesvjesni nehaj (čl. 29. st. 3 Kaznenog zakona: Počinitelj postupa s nesvjesnim nehajem kad nije svjestan da može ostvariti obilježje kaznenog djela, iako je prema okolnostima bio dužan i prema svojim osobnim svojstvima mogao biti svjestan te mogućnosti). Što to znači? Ako npr. liječnik ili zdravstveni radnik ne poduzme određenu radnju koju je mora poduzeti zato što uopće ne zna da bi je morao poduzeti može odgovarati ako su naravno ispunjeni i drugi preduvjeti i takva radnja predstavlja očito kršenje pravila medicinske struke. Dodatno, u posljedici se mora realizirati upravo ona opasnost koja je nastala zbog povreda pravile struke. Dakle, tri su vrste ugrožavanja (propusta) koje Kazneni zakon navodi kao modalitete radnje kod kaznenog djela nesavjesnog liječenja: primjena očito nepodobnog sredstva ili načina liječenja, očito nepostupanje prema pravilima struke, očito nesavjesno postupanje (čl. 181 Kaznenog zakona). Očita bi nepodobna sredstva bili lijekovi, instrumenti, kemijske supstancije i sl., a način liječenja odnosi se na primjenu načina koji očito nije trebalo primijeniti u svakom pojedinom slučaju, npr. kirurški zahvat, kemoterapija, zračenje, postupci poduzeti radi dijagnoze, liječenja, rehabilitacije itd. U to ulazi i nepoduzimanje istih, a očito ih je trebalo poduzeti.

Prema tome, nužno je znati svoju struku i pratiti stalno njezin razvoj jer smo svi kao profesionalci odgovorni za djelokrug svog rada unutar svojih uloga. No, kako upozoriti kolegu, nadređenog ili podređenog liječnika o možebitnim propustima? Što o tome kaže Kodeks medicinske etike i deontologije?

Prema članku 9. Kodeksa, točkama 7., 8. i 9., suradnike ili drugo osoblje liječnik će upućivati na učinjene propuste na način koji neće povrijediti njihovo ljudsko i profesionalno dostojanstvo, a nikad u javnosti pred bolesnikom ili njegovim bližnjima, osim u slučaju neposredne izloženosti riziku s mogućim trajnim posljedicama po zdravlje i život. Razlike u stručnim mišljenjima i praksi izrazit će na odgovoran, argumentiran i prikladan način. U slučaju da liječnik sazna za neetičan, nemoralan ili medicinski neodgovarajući postupak kolege, o tome je obvezan upozoriti kolegu, njemu nadređenu osobu, Hrvatsku liječničku komoru i Hrvatski liječnički zbor. Obveza je liječnika stalno obrazovanje i praćenje napretka u struci.

Da se vratimo na pitanja iz slučaja. Ne moramo ići dalje od Kodeksa. Sukladno čl. 2, liječnik će na prikladan način obavijestiti

pacijenta i/ili zastupnika o dijagnostičkim postupcima i pretraga-ma, njihovim rizicima i opasnostima te rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima za uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi pacijent mogao donijeti ispravne odluke o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju. Je li se morala obavijestiti pacijentica o mogućoj trudnoći, odnosno je li provođenje testa za trudnoću bilo indicirano, procijenite sami. Iako je na kraju nadređeni liječnik i mogao biti u pravu te pacijentica nije bila trudna, do čega je nadređeni liječnik došao na temelju svog bogatog iskustva, pitanje je je li ispravno postupio zanemarivši činjenicu uvećanja maternice pacijentice prije određivanja histerektomije. Da je pacijentica trudna, teško bi svoju odgovornost izbjegao i specijalizant ako je odlučio ne poduzeti ništa.

MEDICINSKA ETIKA

Zdravstvena pismenost i hitna medicinska služba

Lada Zibar

Ne znam dobro igrati šah. Pomalo prezirem skrivene namjere, čak i u ovoj sportskoj igri. Al' život je prepun slojevitih i skokovitih uzročno-posljedičnih veza pa je čitanje između redaka nužna vještina, utemeljena prvenstveno na znanju. Čvor iznad ključne kosti tako može značiti zapravo karcinom u želucu. Poziv na kongres može biti samo način da se nekoga udalji od događaja izbora na važnu funkciju. A nezadovoljstvo liječničkim postupkom nerijetko je rezultat elementarne zdravstvene nepismenosti. Od biologije do perfidnosti, nije sve uvijek onako kako se u prvi mah čini.

Nedavno je mlada kolegica neugodno medijski prozvana jer je odradila svoj posao u hitnoj službi prema uzusima dobre kliničke prakse. Događaj je uzbudio raznovrsne duhove koji su se pozivali na etiku, karaktere, obrušavali na nedostatke sustava i „fine“ oblike korupcije. Moja se perspektiva situacije se temelji na nekoliko koraka unatrag, koji nas vraćaju na tezu s početka – a to je nužnost znanja radi pravilnog postupanja.

Liječnici se sve više i sve ranije upoznaju s algoritmima postupanja i umjesto udžbe-

ničkih terapijskih uputa postupaju prema stručnim smjernicama. Mladi se liječnici upoznaju sa službenim zahtjevima prema vlastitoj ulozi na određenom radnom mjestu, pri čemu se jasno razlikuje hitna od redovite službe, urgentno od elektivnog postupanja.

Bojim se da je populacija pacijenata ignorantna u odnosu na funkcije pojedinih segmenta zdravstvenog sustava i da je temeljni uzrok povodu navedenih medijskih primjedbi u neznanju, u zdravstvenoj nepismenosti. Da bismo mogli imati pacijenta koji se etično ponaša, potrebno ga je dostatno podučiti (još Sokrat ukazuje na znanje kao zapravo vrlinu). Nejednom se zateknem u razgovoru s pacijentom kako objašnjavam koja je uloga liječnika u kojem segmentu našega posla i zdravstvenog sustava. Čemu služi bolničko liječenje, čemu ambulantni pregled, prvi ili kontrolni, što je zadatak liječnika obiteljske medicine, a što bolničkog specijalista, a osobito u odnosu na vremensku dimenziju. Činjenica jest da se od nas tradicijski očekuje integrativan pristup baš uvijek (koji i jest uvijek nužan u „snimanju“ slučaja kako bismo znali optimalno postupiti), kao i socijalna

pomoć i duhovno iscjeljenje, no realno, to nije uvijek naš posao (zapravo rijetko i uopće jest). U ograničenom vremenu dužni smo pružiti pacijentu onu pomoć koja se očekuje s određene funkcijeske pozicije. I to je ono o čemu trebamo educirati pacijente, odnosno građanstvo općenito. I to je dio zdravstvene pismenosti.

Otkako se u našoj zemlji tijekom posljednjeg desetljeća etablirala služba objedinjenog hitnog bolničkog prijema, svjedočimo prečestim zlouporabama koje nepotrebno iscrpljuju liječnike i drugo osoblje, pri čemu su propusti izgledniji uz vrijeme utrošeno na neprimjerene slučajeve. Pojedinosti takvih slučajeva ne trebam posebno navoditi, svima su nam poznati, pa i iz spomenutog medijskog događaja.

Pitanje je postoji li politička volja za sustavno podizanje zdravstvene pismenosti, možemo li se stvarno odreći industrijskih i trgovачkih finansijskih interesa koji relativiziraju što je zapravo zdravo i zdravlje. I manipuliranja filozofijom slobodnog izbora. Možemo li imati ozbiljne medije koji bi odoljeli ovakvoj žutoj razini zabavljanja masa? Za našu mladu kolegicu takva je zabava bila uvredljiva i nepravedna.

O drogama kao relativno novoj opasnosti u prometu, o legalizaciji marihuane i još nekim mogućim predvidivim posljedicama

SLAĐANA OULAD DAOUD

Sladjana Oulad Daoud (Research Data specijalist u Odjelu za motorna vozila drzave Kalifornije, bavi se istraživanima vezanima uz vožnju pod utjecajem alkohola i droga (DUI). Autor je Kalifornijskog godišnjeg DUI-MIS izvješća. Diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu i magistrirala industrijsku/organizacijsku psihologiju na California State University, Sacramento u SAD-u)

Vožnja pod utjecajem alkohola i droga (DUI, od engl. *driving under influence*) i dalje je jedan od najvećih uzroka smrtnosti u prometnim nesrećama u Sjedinjenim Američkim Državama. Iako se vožnja pod utjecajem bilo koje od te dviju vrsta tvari smatra jednakom opasnom, umješanost alkohola u prometne nesreće koje rezultiraju smrtnim ishodom još uvijek prevladava nad drogama. U SAD-u je u prometnim nesrećama u 10-godišnjem razdoblju (2009. - 2018.) godišnje umrlo oko 40 000 ljudi, od čega je uvijek u približno jednoj trećini prometnih nesreća barem jedan vozač bio u alkoholiziranom stanju. U Kaliforniji je, na primjer, 2016. od ukupnog broja umrlih u prometnim nesrećama postotak umrlih gdje je bila zabilježena umješanost alkohola iznosio oko 32 % (Oulad Daoud & Tashima, 2020.). No, u prethodnim je desetljećima taj postotak bio značajno veći jer je konzumiranje alkohola, u odnosu na

konzumiranje droga, oduvijek dominiralo vezano uz smrtnost u prometu. Alkohol je tako krajem 80-ih bio vezan uz otprilike polovicu svih umrlih u prometnim nesrećama u Kaliforniji (Tashima & Helander, 1996.). Toj su promjeni vjerojatno doprinijela i sve šira i sveobuhvatnija znanja o negativnom utjecaju alkohola koja su s vremenom rasla, kao i uspostava brojnih zakona s ciljem da se vožnja pod utjecajem alkohola što jasnije utvrdi i što oštire kazni, kako bi se sačuvala sigurnost u prometu. U posljednja dva desetljeća u Kaliforniji se bilježi i jedan drukčiji trend, također dokumentiran u tzv. godišnjem DUI-MIS izvješću (Kalifornija je 1989. zakonom utemeljila uspostavu baze podataka vezanih uz DUI). Isti zakon je odredio da Kalifornijski odjel za motorna vozila, na osnovi tih podataka, mora pripremiti godišnje izvješće kalifornijskom zakonodavnom tijelu, koje treba uključivati različite vrste bitnih i točnih podataka i statističkih pokazatelja vezanih uz DUI, kako bi bili dostupni prilikom donošenja novih zakona i propisa. Prema godišnjem DUI-MIS izvješću za 2017. ukupan broj umrlih u prometu vezanih uz alkohol smanjio se za 15 % u posljednjih 20 godina, dok je u istom vremenskom razdoblju broj umrlih gdje je zabilježena umiješanost droga narastao za više od 200 % (Oulad Daoud & Tashima, 2018). Sličan zabrinjavajući trend porasta vožnje vozača koji su konzumirali različite vrste droga (*drugged-driving*) primjećen je i u drugim djelovima SAD-a.

Osnovni izvor podataka o vožnji uz konzumiranje droga u SAD-u su tzv. National Roadside Surveys (NRS), do sada provedeni nekoliko puta diljem SAD-a, a koje je provela jedna od najvažnijih uprava SAD-a zadužena za sigurnost u prometu - National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Spomenuta istraživanja provedena su uz korištenje iste metode, na reprezentativnom uzorku vozača, tijekom noćnih sati vikendom na 300 reprezentativnih lokacija u kontinentalnom dijelu SAD-a. Od vozača su se uzimali krvni i uzorci sline radi određivanja koncentracije alkohola u krvi ili prisutnost različitih droga koje mogu štetno djelovati na vozačke sposobnosti. Testiranje na droge prvi put je bilo uključeno u NRS Survey koji je proveden 2007. godine. Rezultati tog istraživanja su pokazali dramatičan pad (71 %) broja vozača koji su imali količinu alkohola u krvi istu ili veću od zakonom propisane granice (0,08 g/dl). Naime, 1973. godine je 7,5 % vozača imalo BAC jednak ili veći od 0,08 g/dl, dok ih je 2007. bilo samo 2,2 % s takvom količinom alkohola u krvi. Istovremeno je 16,3 % vozača tijekom noćnih sati vikendom bilo pozitivno na neku od legalnih ili ilegalnih droga čija je prisutnost testirana, a što je uključivalo stimulanse, sedative, antidepresive, marihuanu i narkotičke analgetike. Najčešće detektirana droga bila je marihuana (THC), koja je nađena u 8,6 % noćnih vozača, zatim kokain, evidentiran u 3,9 % vozača, te na kraju metamfetamin koji je nađen u 1,3 % noćnih vozača vikendom. Testirana je samo prisutnost određenih droga, ali ne i njihovo štetno djelovanje

na vozačke sposobnosti (Compton & Berning, 2009; Lacey et al., 2009b). Prema posljednjem istraživanju u 2014. je 22,5 % noćnih vozača za vrijeme vikenda bilo pozitivno na barem jednu drogu, što je porast u odnosu na prethodno navedenih 16,3 % iz 2007. Nadalje, 12,7 % je vozača bilo pozitivno na marihuanu, što je porast za 46 % u odnosu na 8,7 % vozača pozitivnih na marihuanu tijekom NRS Survey-a 2007. Istodobno se postotak noćnih vozača pod utjecajem alkohola smanjio s 2,2 % u 2007. godini na 1,5 % tijekom 2013. – 2014.

Porast vožnje pod utjecajem droga evidentno je rastući problem u SAD-u. U usporedbi s metodama i mjerama rješavanja i suzbijanja vožnje pod utjecajem alkohola, "drug-ed-driving" je puno složeniji i teže rješiv problem iz više razloga: 1) vrste droga koje mogu imati štetno djelovanje na vozačke sposobnosti mnogo brojne su i raznolike prema djelovanju; 2) još uvijek nedovoljno znamo o specifičnim učincima različitih droga na vozačke sposobnosti; 3) postoje znatne razlike u štetnom djelovanju droga na organizam i ponašanje pojedinaca. Paralelno s rastućim problemom sve veće umiješanosti droga u prometne nesreće s ozljedama i smrtnim slučajevima u SAD-u raste i broj saveznih država koje legaliziraju konzumiranje marihuane u rekreativske svrhe, iako je na federalnoj razini SAD-a marihuanu još uvijek uvrštena u tzv. Schedule I tvari, što je definira kao ilegalnu čak i u medicinske svrhe. Korištenje marihuane u medicinske svrhe trenutačno je dopušteno u 33 savezne države, a u rekreativske svrhe u njih 11. Colorado i Washington su prvi legalizirali marihuanu za rekreativske svrhe 2012. godine, nakon čega se legalizacija postupno uvodila i u drugim saveznim državama. Kalifornija je legalizirala marihuanu 2016. kao rezultat glasanja na referendumu

mu za tzv. *Proposition (prijetlog) 64*. Već u ranoj fazi usvajanja zakonskih promjena sa svrhom legalizacije marihuane po pojedinačnim državama SAD-a postojala je i potreba za istraživanjem mogućeg negativnog utjecaja legalizacije marihuane na sigurnost u prometu i na potencijalne ljudske žrtve. U Kaliforniji je npr. tekst novog zakona uključivao odredbe prema kojima su definirali znatne novčane iznose za financiranje istraživanja koja će proučavati utjecaj marihuane na vozačke sposobnosti i koja će rezultirati preporukama za unaprjeđenje protokola i postupaka policije prilikom provođenja zakona i obavljanja svojih dužnosti vezanih uz DUI (*Adult Use of Marijuana Act of 2016 – Proposition 64*).

Jedna je od osnovnih prepreka istraživanjima o utjecaju droga općenito, pa tako i marihuane, na vozačke sposobnosti, kao i njihov potencijalni rizik za sigurnost u prometu, to što u SAD-u

još uvijek, kao i u pojedinačnim saveznim državama, ne postoji dovoljno objektivnih, točnih i potpunih podataka vezanih uz *driving under the influence of drugs* (DUID) koji bi se trebali redovito sustavno prikupljati i pratiti da bi se mogli analizirati u svrhu istraživanja. NHTSA je u svom izvješću za United States Congress, naslovom "Marijuana-Impaired Driving" detaljno opisala sve što se manje-više zna o tom problemu, te sažela rezultate dosadašnjih relevantnih istraživanja vezanih uz marihuanu i vožnju (Compton, 2017). Isto izvješće je, uz detaljnu analizu brojnih trenutičnih teškoča, istaknuto i problem ograničavajućih i neprikladnih DUID podataka diljem SAD-a, koji su jedna od osnovnih prepreka rješavanju problema vezanih uz pitanje utjecaja marihuane i drugih droga na vozačke sposobnosti i općenito na njihov rizik u prometu.

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

Iskustva iz pedijatrijske reumatologije mogla bi pomoći u liječenju citokinske oluje u bolesnika s COVID-19

PORUKA ČLANKA

Iskustva pedijatrijskih reumatologa u liječenju citokinske oluje mogla bi pomoći multidisciplinarnim timovima koji se brinu za bolesnike s najtežim oblicima COVID-19.

Dok većina bolesnika s COVID-19 ima blage do umjerene simptome, dio ih razvija tešku bolest karakteriziranu sepsom, zatajenjem disanja i akutnim respiratornim distres sindromom (ARDS). Među prepoznatim čimbenicima koji utječu na takav ishod bolesti nalaze se obilježja poput starije životne dobi, različitih komorbiditeta te povišen indeks tjelesne mase, ali i odstupanja u laboratorijskim nalazima, poput limfocitopenije te povišenih koncentracija transaminaza, LDH-a, D-dimera, feritina i topivog receptora za IL-2 (sIL-2R). Takva konstellacija simptoma i znakova podsjeća na skupinu poremećaja svrstanih pod zajednički nazivnik sindrom citokinske oluje. U navedenom sindromu dolazi do prekomjernog upalnog odgovora i višeorganског zatajenja zbog prekomjernog otpuštanja citokina i nekontrolirane aktivacije imunološkog odgovora. Budući da se ovaj sindrom najčešće javlja uz sistemski oblik juvenilnog idiopatskog artritisa (sJIA), Stillovu bolesti i sistemski eritemski lupus, skupina pedijatrijskih reumatologa iz

Sjeverne Amerike i Europe napisala je pregledni rad o mogućnostima liječenja ovog sindroma u vrijeme dok još nisu dostupni rezultati započetih studija.

Autori su svom radu naveli kako se sindrom aktivacije makrofaga (MAS), jedan od oblika sindroma citokinske oluje, javlja u 10 % bolesnika sa sJIA. U usporedbi s bolesnicima koji ne razviju navedeni sindrom, sJIA bolesnici s MAS-om češće nose heterozigotne varijante gena koji posreduju otpuštanje citotoksičnih granula iz NK stanica i CD8+ T-limfocita, dok bialične mutacije navedenih gena uzrokuju urođeni oblik sindroma citokinske oluje koji se naziva obiteljska hemofagocitna limfohistiocizoza (HLH). Za liječenje ovih sindroma tradicionalno su se koristili glukokortikoidi, intravenski imunogloblini (IVIG) te ciklosporin, dok se otkrivanjem glavnih medijatora upale, uključujući IL-1 β , IL-6, IL-18 i IFN γ , započelo s terapijom koja se temelji na neutralizaciji citokina.

Nadalje, autori su naveli kako su virusi iz herpes obitelji virusa, poput Epstein-Barrovog virusa, te influenza glavni okidač citokinske oluje u bolesnika sa sJIA-om, ali i u bolesnika bez popratnih dijagnoza imunološki-poredovanih bolesti. Ranija istraživanja pokazala su da terapijski modaliteti koji se koriste za liječenje bolesnika sa sJIA-om koji razviju MAS, može pomoći i u liječenju citokinske oluje potaknute infekcijom. Tako je *post hoc* analiza 3. faze randomiziranog kontroliranog ispitivanja anakinre, odnosno

rekombinantnog antagonista IL-1 receptora, u sepsi pokazalo da bolesnici s koagulopatijom i povišenim transaminazama imaju češće preživljjenje uz blokadu IL-1 (65 % naspram 35 %; omjer opasnosti za smrt 0,28; $p=0,007$). Slično tome, blokada IL-6 citokina učinkovita je u liječenju sindroma otpuštanja citokina nakon terapije CAR-T stanicama, odnosno stanja u kojem mnogi bolesnici, kao i u COVID-19, razviju ARDS. Nadalje, hemofagocitoza koja je osnovno patološko obilježje citokinske oluje, otkrivena je u 2 od 6 bolesnika preminulih zbog SARS-a, bolesti uzrokovanе korona virusom blisko povezanim s onim koji uzrokuje COVID-19 pandemiju. K tome, bolesnici sa SARS-om imaju povišene vrijednosti IL-18 i IFN γ , citokina koji su osobito važni u patogenezi citokinske oluje.

S obzirom na navedena opažanja, autori su zaključili kako je osim antivirusne i supovitivne terapije, u liječenju hospitaliziranih bolesnika s COVID-19 važno i traganje za znakovima citokinske oluje, od kojih se najčešće javljaju citopenija (trombocitopenija i limfocitopenija), koagulopatija (niske koncentracije fibrinogena uz povišene D-dimere), oštećenje jetre i hepatitis (povišene koncentracije LDH, AST i ALT), te aktivacija makrofaga/hepatocita (povišene koncentracije feritina). Nadalje navode kako u bolesnika u kojih su prisutni navedeni znakovi ima smisla djelovati protiv prekomjerne aktivacije imunološkog sustava prije nego što nastupe irreverzibilna oštećenja organa, poput oštećenja pluća u ARDS-u. U tu svrhu, pod nadzorom

multidisciplinarnih timova upoznatih s okidačima, manifestacijama i dostupnim modalitetima liječenja citokinske oluje, preporučuju liječenje glukokortikoidima, IVIG-om ili anticitokinskim lijekovima. Kako bi se opravdalo liječenje navedenim lijekovima, trenutno su u tijeku klinička ispitivanja glukokortikoida, lijekova koji djeluju na različite citokine, poput IL-6 (sarilumab i tocilizumab), IL-1 (anakinra), IFN γ (emapalumab) i signalne putove (JAK inhibitori), te metoda za otklanjanje citokina iz cirkulacije. Naposljetu,

autori ističu kako će još mnogo bolesnika s COVID-19 razviti najteže oblike bolesti prije nego što budu dostupni rezultati kliničkih ispitivanja, zbog čega preporučuju da se koriste spoznaje iz ranije provedenih istraživanja.

(Arthritis Rheumatol. 2020 Apr 15. doi: 10.1002/art.41285.)

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

Liječenje karcinoma rektuma u doba COVID-19: smjernice ekspertne skupine

PORUKA ČLANKA

Međunarodno vijeće stručnjaka izdalo je preporuke za liječenje bolesnika s karcinomom rektuma u vrijeme

COVID-19 pandemije, koje uključuju korištenje kratke preoperativne radioterapije i odgađanje operacije.

Dok se pandemija COVID-19 nastavlja, prioritet je minimiziranje rizika od infekcije bolesnicima s karcinomom uz održavanje dobrih rezultata, tvrde **Sebag-Montefiore** (University of Leeds and Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds, UK) i 15 članova ekspertne skupine. Ekspertna skupina upotrijebila je smjernice Europskog društva za medicinsku onkologiju (ESMO) liječenja rektalnog karcinoma kao okvir za opis novih preporuka.

Rana faza: Preporuka ekspertne skupine snažno podržava uporabu totalne mezorektalne ekskizije (TME) bez preoperativne radioterapije.

Srednji stadij: Ekspertna skupina snažno preporučuje samo TME u regijama u kojima se izvodi visokokvalitetni kirurški zahvat. Upotreba radioterapije u ovoj podskupini zahtjeva pažljivu raspravu, jer su koristi od preoperativne radioterapije vjerojatno male. Ako se primjeni radioterapija, tada bi vodeća opcija trebala biti kratka preoperativna radioterapija (SCRT).

Lokalno uznapredovali tumor: Ekspertna skupina snažno preporučuje upotrebu SCRT-a i bilježi da su u dva ispitivanja faze 3 usporedene SCRT i konvencionalna radioterapija (CRT) i pokazani su usporedivi rezultati za lokalni recidiv, prezivljenje bez bolesti, ukupno prezivljenje i kasnu toksičnost. Vezano za COVID-19, ekspertna skupina ističe da SCRT ima brojne prednosti pred CRT-om, naime da je manja akutna toksičnost i manje tretmana, što znači manje putovanja i kontakata s drugim bolesnicima i osobljem, odnosno značajno smanjen rizik od COVID-19 infekcije tijekom liječenja. Ekspertna skupina primjećuje da uporaba SCRT-a i odgađanje kirurgije imaju prednosti koje mogu biti korisne kako u rutinskoj kliničkoj praksi, tako i u COVID-19 pandemiji.

Uznapredovala podskupina: Eksperntna skupina preporučuje da se razmotre dvije mogućnosti na temelju trenutnih dokaza. Prva je preoperativna CRT, što je najčešći standard skrbi, s trajanjem istodobne kemoterapije kapecitabinom ograničenim na 5-5,5 tjedna. Druga opcija je SCRT s neoadjuvantnom kemoterapijom ili bez nje. U ovom je slučaju trajanje radioterapije bitno manje i ima prednosti u odnosu na CRT. Ekspertna skupina smatra da su obje mogućnosti prihvatljive, uz prednost korištenja SCRT-a u postavci COVID-19. Odluka o korištenju neoadjuvantne kemoterapije u opciji 2 odražavat će stav o neoadjuvantnoj i adjuvantnoj kemoterapiji u svakoj zemlji, procjeni omjera rizika i koristi, uzimajući u obzir čimbenike rizika za povećanu smrtnost od COVID-19 te kapacitet i prioritet kemoterapije.

Prezervacija organa: Prezervacija organa sve se više razmatra kada se nakon CRT-a ili SCRT-a postigne potpun klinički odgovor. Prezervacija organa može se razmotriti tijekom razdoblja COVID-19 pod uvjetom da su prisutni resursi za adekvatan nadzor, uključujući slikovnu dijagnostiku i endoskopiju za otkrivanje lokalnih recidiva koji zahtjevaju kirurški zahvat.

(Radiotherapy Oncol. 2020 Ahead of Print)

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

Povišeni D-dimeri predskazatelji su smrtnosti bolesnika s COVID-19 pneumonijom

► PORUKA ČLANKA

Abnormalni koagulacijski nalazi bolesnika s COVID-19 pneumonijom povezani su s lošom prognozom. Diseminirana intravaskularna koagulacija je česta u umrlih od COVID-19 pneumonije.

Bolest COVID-19 uzrokovana je novim koronavirusom SARS-CoV-2 (eng. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, u nekim literaturnim navodima nazvanim i 2019-nCoV). Iako većina zaraženih bolesnika ima blaži oblik bolesti, u teškim oblicima bolesnici razvijaju akutni respiratorični distres sindrom i koagulopatiju, uključujući diseminiranu intravaskularnu koagulaciju (DIK) s multiorganskom disfunkcijom. Razvoj koagulopatije je jedan od najznačajnijih pokazatelja lošeg ishoda

u COVID-19. Nedavno publicirana analiza bolesnika s COVID-19 pneumonijom pokazala je da su abnormalni koagulacijski testovi povezani sa smrtnim ishodom. U tom istraživanju su bolesnici s COVID-19 pneumonijom, koji su kasnije preminuli, kod prijema u bolnicu imali značajno više D-dimera i fibrinske degradacijske proizvode te dulje protrombinsko vrijeme negoli preživjeli bolesnici ($P < 0,001$). DIK je razvilo čak 71,4 % umrlih s COVID-19 pneumonijom (medijan vremena nastanka DIK-a

bio je 4 dana od prijema u bolnicu) za razliku od 0,6 % u preživjelih. Na temelju rezultata toga kao i drugih istraživanja Internacionalo udruženje za trombozu i hemostazu (engl. International Society on Thrombosis and Haemostasis, ISTH) sugerira da oboljele od COVID-19 sa značajno povišenim D-dimerima (primjerice, za 3 - 4 puta) treba razmotriti za prijem na bolničko liječenje čak i ako nemaju druge teške simptome, što može pomoći u trijaži i procjeni rizika te nove pandemične bolesti.

(J Thromb Haemost. 2020 Apr;18(4):844-847.)

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

Opsežno ispiranje peritonejske šupljine smanjuje komplikacije nakon kirurgije karcinoma želuca

► PORUKA ČLANKA

Opsežno ispiranje peritonejske šupljine može povećati sigurnost D2 gastrektomije i smanjiti kratkoročne postoperativne komplikacije, uključujući hospitalni mortalitet i bol na mjestu kirurške rane.

Peritonejske metastaze su među najčešćim uzrocima postoperativnog recidiva karcinoma želuca. Dokazano je

da opsežno ispiranje peritonejske šupljine (eng. Extensive IntraPeritoneal Lavage – EIPL) smanjuje broj

intraperitonejskih stanica karcinoma, što potencijalno smanjuje peritonejske metastaze, napominju Xu i suradnici (Centar za tumore Sveučilišta Sun Yat-sen, Guangzhou, Kina). Međutim, sigurnost i učinkovitost pristupa nisu definirani, naglašavaju autori. Da bi to postigli, istraživači su u randomiziranoj kontroliranoj studiji (*The*

Ozljede kod električnih bicikla teže su nego kod klasičnih bicikla

PORUKA ČLANKA

E-bicikli imaju veći rizik od težih ozljeda nego klasični bicikli. E-bicikli imaju najviši rizik unutarnjih ozljeda, dok e-skuteri imaju najveći rizik od potresa mozga.

Autori su analizirali podatke o ozljedama zavoda za hitni bolnički prijem koje je od 2000. do 2017. prikupio United States Consumer Product Safety Commission's National Electronic Injury Surveillance System (NEIIS). Dok su ljudi koji voze e-bicikle imali veću vjerovatnost unutarnjih ozljeda i hospitalizacije u usporedbi s ostalim vozačima, korisnici e-skutera češće su imali potres mozga. Ozljede kod e-bicikla također su više nego tri puta češće uključivale sudar s pješakom nego kod e-skutera ili tradicionalnih bicikala. Najznačajnije, studija je utvrdila da su ozljede kod e-bicikala znatno ozbiljnije, tvrde DiMaggio i sur. (Department of Trauma and Critical care, NYU Langone Health, New York, New York, SAD). U proma-

tranom razdoblju, prijavljeno je više od 245 milijuna ozljeda, od toga je 130.797 uključivalo nesreće s e-skuterima, što čini 5,3/10.000 ozljeda u američkim bolničkim hitnim prijemima. Bilo je 3.075 ozljeda s e-bicikloma, ili 0,13/10.000. Pored toga, oko 9,4 milijuna ozljeda uključivalo je klasične bicikle, što čini 385,4/10.000 svih ozljeda u bolničkim hitnim prijemima. Ljudi ozlijedjeni e-biciklima bili su stariji, prosječne dobi 31,9 godina u usporedbi s 29,4 godine ozlijedjenih s e-skuterima i 25,2 godine s tradicionalnim biciklima. Najveći udio ljudi koji su sudjelovali u nesrećama s e-bicikloma bio je u dobnim skupinama od 18-44 i 45-64 godine, napominju autorи. Najveći broj ozlijedjenih s e-skuterima bio je u dobroj skupini

od 10-14 godina. Muškarci su imali veću vjerovatnost ozljede i činili su ukupno 83,3 % ozljeda s e-biciklom, 60 % s e-skuterom i 72,4 % s klasičnim biciklom. Kod nesreće na e-skuterima gotovo tri puta je veća vjerovatnost nastanka komocije cerebri nego kod ozljede e-biciklom i veća je vjerovatnost koštanih prijeloma. Međutim, važno je istaknuti da je 17 % ozlijedjenih na e-biciklu pretrpjelo unutarnje ozljede u usporedbi sa 7,5 % kod ozlijedjenih s e-skuterima i klasičnim biciklom. S uključenom električnom asistencijom, e-bicikli mogu ići brže od 30 km/h, ističu autorи. Za razliku od toga, prosječne brzine klasičnih bicikala su do 18 km/h. Ovakvo skoro dvostruko povećanje brzine može biti razlog ozbiljnijih ozljeda kod e-bicikla, istaknuli su autorи.

(Injury Prevention. 2019 Nov 11
[Online ahead of print])

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

SEIPLUS Randomized Clinical Trial) nasumično dodijelili 662 bolesnika s uznapredovalim karcinomom želuca za D2 gastrekтомiju s EIPL-om ili bez njega (329 samo za operaciju, 333 za operaciju plus EIPL). Na kraju je izvedeno 550 operacija u 11 centara u Kini između 2016. i 2017. EIPL se izvodio deset puta po bolesniku s 1 L fiziološke otopine u svakom izvođenju. Skupina koja je uključivala samo operaciju podvrgnuta je ispranju najviše dvaput s ukupno ne više od 3 L fiziološke otopine. Nije bilo

smrtnih slučajeva kod 279 bolesnika dodijeljenih EIPL skupini, dok je 5 od 271 u skupini bez EIPL-a umrlo (1,9 %, p=0,02). Također su postojale značajne razlike u ukupnim postoperativnim komplikacijama (11,1 % prema 17,0 %) i postoperativnoj болji (10,8 % prema 17,7 %) u korist EIPL grupe; bilo je manje slučajeva intraabdominalnog krvarenja u EIPL-skupini (1,08 % naspram 2,58 %). Svim bolesnicima preporučena je postoperativna sistemска kemoterapija. Ukupno preživljeno je pratio

je tijekom tri godine, ali s obzirom na značajno smanjenje kratkotrajnih postoperativnih komplikacija, boli na mjestu kirurške rane i smrtnosti, istraživači zaključuju da je EIPL obećavajuća i uzbudljiva terapijska strategija za bolesnike s uznapredovalim karcinomom želuca.

(JAMA Surgery 2019;154:610-616.)

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

Uznapredovala fibroza povezana je s povećanim rizikom za srčanožilne bolesti kod nealkoholne masne bolesti jetre

PORUKA ČLANKA

U bolesnika s nealkoholnom masnom bolesti jetre uznapredovala fibroza (stadij 3 - 4) i češći neinvazivni NAFLD-fibroza test značajno pridonose srčanožilnim događajima, što treba uzeti u obzir u primarnoj prevenciji srčanožilnih bolesti.

Nealkoholna masna bolest jetre (engl. skr. NAFLD) povezana je s povećanim rizikom za srčanožilne bolesti. Međutim, do danas ostaje nejasno koji pojedinci s dijagnozom NAFLD imaju najveći rizik za takve bolesti.

Cilj istraživanja koje je vodio Henson JB (Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, SAD) bio je utvrditi koji su čimbenici povezani s iznenadnim srčanožilnim događajima. Prospektivno i kohortno istražio je ispitanike kojima je histološki (biopsijom jetre) dokazan NAFLD bez preegzistirajuće srčanožilne bolesti. Od 2011. do 2018. g. uključeni su odrasli ispitanici s histološki dokazanom nealkoholnom masnom bolesti jetre i bez prethodnih

srčanožilnih bolesti. Medijan praćenja bio je 5,2 godine. Od ukupno 285 ispitanika 26 je doživjelo srčanožilni događaj. Histološki verificirana uznapredovala fibroza (stadij 3 - 4) bila je značajan prediktor srčanožilnog događaja. Od neinvazivnih testova fibroze, zbroj NAFLD-fibroza testa bio je jedini nezavisni čimbenik za srčanožilne bolesti. Druga histološka obilježja, poput steatohepatitisa, nisu bila povezana sa srčanožilnim događajima. Autori zaključuju kako histo-

loški dokazana nealkoholna masna bolest jetre, uznapredovala fibroza i veći zbroj NAFLD-fibroza testa značajno pridonose srčanožilnim događajima te su nezavisni rizični čimbenici. Ove spoznaje treba uzeti u obzir u primarnoj prevenciji srčanožilnih bolesti.

(Aliment Pharmacol Ther. 2020 Apr;51(7):728-736.)

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

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrk

Bokun T, Tadic M, Kurtcehajic A, Grgurevic I, Kujundzic M. Broken handle cord of impacted biliary basket - rescue by cholangioscopy with laser lithotripsy. *Endoscopy*. 2020 May 19. doi: 10.1055/a-1167-0904.

Borovac JA. Lipoprotein(a), a moving target: from the primary to secondary prevention of atherothrombotic events. *Heart*. 2020 May 7;heartjnl-2020-316919. doi: 10.1136/heartjnl-2020-316919.

Borovac JA, Glavas D, Susilovic Grabovac Z, Supe Domic D, Stanisic L, D'Amario D, Duplancic D, Bozic J. Right ventricular free wall strain and congestive hepatopathy in patients with acute worsening of chronic heart failure:

a CATSTAT-HF Echo Substudy. *J Clin Med*. 2020 May 2;9(5):E1317. doi: 10.3390/jcm9051317.

Curkovic M, Kosec A, Brećić P. Stay home while going out - Possible impacts of earthquake co-occurring with COVID-19 pandemic on mental health and vice versa. *Brain Behav Immun*. 2020 Apr 22:S0889-1591(20)30634-6. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.054.

Ćurković M, Košec A. (Re)search filter bubble effect-an issue still unfairly neglected. *Adv Nutr*. 2020 May 1;11(3):744. doi: 10.1093/advances/nmz133.

Ćivljak R, Markotić A, Capak K. Earthquake in the time of COVID-19:

The story from Croatia (CroVID-20). *J Glob Health*. 2020 Jun;10(1):010349. doi: 10.7189/jogh.10.010349.

Fucić A, Starcević M, Dessardo NS, Batinić D, Kralik S, Krasic J, Sincic N, Loncarević D, Guszak V. The Impact of mother's living environment exposure on genome damage, immunological status, and sex hormone levels in newborns. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 13;17(10):E3402. doi: 10.3390/ijerph17103402

Jadrešin O, Sila S, Trivić I, Mišak Z, Kolaček S, Hojsak I. Lactobacillus reuteri DSM 17938 is effective in the treatment of functional abdominal pain in children: Results of the double-blind

randomized study. *Clin Nutr*. 2020 Apr 21:S0261-5614(20)30190-4. doi: 10.1016/j.clnu.2020.04.019.

Javor E, Lucijanić M, Skelin M. Dietary supplement use and patient outcomes in high-risk early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2020 Apr 21;JCO2000091. doi: 10.1200/JCO.20.00091.

Konjevoda S, Canovic S, Pastar Z, Tabain I, Savic V, Barbic L, Dzelalija B, Vukojević K, Stevanović V, Mardesic S, Kosovic I, Vilibic-Cavlek T. Ophthalmic manifestations of novel coronaviruses: precautionary measures and diagnostic possibilities. *J Glob Health*. 2020 Jun;10(1):010430. doi: 10.7189/jogh.10.010340.

Miješani ishodi nakon resekcije jetre zbog hepatocelularnog karcinoma povezanoga s nealkoholnom masnom bolesti jetre

PORUKA ČLANKA

Resekcija jetre zbog hepatocelularnog karcinoma povezanoga s nealkoholnom masnom bolesti jetre povezana je s povoljnim dugoročnim preživljnjem, ali s većim kirurškim morbiditetom i zatajivanjem jetre u usporedbi s resekcijom jetre zbog hepatocelularnog karcinoma drugih etiologije.

Kurativna resekcija bila bi potrebna bolesnicima s hepatocelularnim karcinomom i nealkoholnom masnom bolesti jetre (eng. *non-alcoholic fatty liver disease* – NAFLD, *hepatocellular carcinoma* – HCC) objašnjavaju **Koh i sur.** iz Singapurske opće bolnice. Međutim, potrebna je izražena perio-

peracijska briga za ublažavanje mogućih komplikacija. Čini se da HCC povezan s NAFLD-om ima lošije preživljenje od HCC-a drugih etiologija, ali ostaje nejasno poboljšava li kurativna kirurgija dugoročne ishode HCC-a povezanih s NAFLD-om. Autori su istraživali perioperacijske i dugoročne ishode nakon resekcije jetre u istraživanju na 152 bolesnika s NAFLD HCC-om i 844 bolesnika s ne-NAFLD HCC-om. Manji udio skupine NAFLD HCC podvrgnut je velikim resekcijama, ali su imali značajno više manjih (41,2 % vs 24,2 %) i većih komplikacija (16,2 % vs 8,1 %) u odnosu na skupinu ne-NAFLD HCC. Značajno je više bolesnika s NAFLD HCC-om nakon resekcije jetre razvilo jetreno zatajenje stupnja A (29,5 % vs 9,5 %) ili zatajenje jetre stupnja B / C (20,1 % vs 7,2 %). Unatoč tim razlikama petogodišnje opće preživljenje bilo je značajno bolje u skupini NAFLD HCC (70,1

%) nego u skupini ne-NAFLD HCC (60,9 %). Nakon prilagođavanja različitim čimbenicima rizik smrtnosti bio je za 32,7 % niži u skupini s NAFLD-om. Čimbenici koji su pridonijeli lošijem preživljenju uključuju dob, kongestivno srčano zatajenje, status jetre Child B, cirozu, veličinu tumora, multinodularnost i resekciju R1 (rubovi pozitivni na tumorske stanice). Iako su perioperacijske komplikacije povezane s resekcijom jetre veće u skupini NAFLD HCC-a, bolje dugoročno preživljenje opravdava rizik operacije, navode autori. Važna je točna identifikacija NAFLD-a prije operacije, što će pomoći predvidjeti ishode, stratificirati operativne rizike i omogućiti bolje savjetovanje bolesnika.

(J Am Coll Surg 2019;229:467-478.e1)

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

Kopjar T, Gasparovic H, Biocina B. T he no-touch saphenous vein should be considered in a risk score of vein graft failure. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020 May 15:S0022-5223(20)30994-6. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.03.155

Krnarić Ž, Bender DV, Laviano A, Cuerda C, Landi F, Monteiro R, Pirllich M, Barazzoni R. A simple remote nutritional screening tool and practical guidance for nutritional care in primary practice during the COVID-19 pandemic. *Clin Nutr.* 2020 May 15. doi: 10.1016/j.clnu.2020.05.006.

Kuharic DB, Kekin I, Hew J, Kuzman MR, Puljak L. Preventive treatments in patients at high risk of psychosis. *Lancet Psychiatry.* 2020 May;7(5):384-385. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30100-0.

Kuzman MR, Curkovic M, Wasserman D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry.* 2020 May 20:1-11. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.54.

Lauc G, Markotić A, Gornik I, Primorac D. Fighting COVID-19 with water. *J Glob Health.* 2020 Jun;10(1):010344. doi: 10.7189/jogh.10.010344

Lukač N, Katavić V, Novak S, Šućur A, Filipović M, Kalajžić I, Grčević D, Kovačić N. What do we know about bone morphogenetic proteins and osteochondroprogenitors in inflammatory conditions? *Bone.* 2020 May 1;137:115403. doi: 10.1016/j.bone.2020.115403.

Ljubicic N, Stojasavljevic-Shapeski S, Virovic-Jukic L, Nikolic M. Plexiglas barrier box to improve ERCP safety during the COVID-19 pandemic. *Gastrointest Endosc.* 2020 Apr 16:S0016-5107(20)34172-9. doi: 10.1016/j.gie.2020.04.020.

Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmećić D. Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 15;17(8):2725. doi: 10.3390/ijerph17082725.

Papes D, Ozimec E. Redundancy in reporting on COVID-19. *Eur J Clin Invest.* 2020 Apr 29:e13257. doi: 10.1111/eci.13257.

Perić Z, Labopin M, Peczynski C, Polge E, Cornelissen J, Carpenter B, Potter M, Malladi R, Byrne J, Schouten H, Fegueux N, Socié G, Rovira M, Kuball J, Gilleece M, Giebel S, Nagler A, Mohty M. Comparison of reduced-intensity conditioning regimens in patients with acute lymphoblastic leukemia >45 years undergoing allogeneic stem cell transplantation-a retrospective study by the Acute Leukemia Working Party of EBMT. *Bone Marrow Transplant.* 2020 May 2. doi: 10.1038/s41409-020-0878-5

Petricevic M, Petricevic M, Biocina B. Aspirin resistance significantly influences clinical and economic burden in cardiac surgery patients. *Ann Thorac Surg.* 2020;109(5):1627. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.08.084

Tokalić R, Viđak M, Buljan I, Marušić A. Reporting of clinical practice guidelines:

practical testing of AGREE and RIGHT checklists. *J Gen Intern Med.* 2020 Apr 20. doi: 10.1007/s11606-020-05819-w.

Veček NN, Mucalo L, Dragun R, Miličević T, Pribisalić A, Patarčić I, Hayward C, Polašek O, Kolčić I. The association between salt taste perception, Mediterranean diet and metabolic syndrome: A cross-sectional study. *Nutrients.* 2020 Apr 22;12(4):E1164. doi: 10.3390/nu12041164.

Vrdoljak E, Sullivan R, Lawler M. Cancer and coronavirus disease 2019; how do we manage cancer optimally through a public health crisis? *Eur J Cancer.* 2020 Jun;132:98-99. doi: 10.1016/j.ejca.2020.04.001.

Vrsalovic M, Vrsalovic Presecki A. Cardiac troponins predict mortality in patients with COVID-19: A meta-analysis of adjusted risk estimates. *J Infect.* 2020 May 13:S0163-4453(20)30300-5. doi: 10.1016/j.jinf.2020.05.022.

Dulce cum utili!

Nehrvatske riječi u stručnim medijskim objavama

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



Članak za ovaj broj *Liječničkih novina* svojevrstan je nastavak članka iz prošloga broja. U njemu smo bili govorili o križnom komuniciranju u vrijeme pandemije koronavirusa. U vrijeme epidemioloških mjera koje su bile na snazi zbog pandemije koronavirusa i nemogućnosti obavljanja mnogih poslova izvan kuće, bili smo više na medijima i njima se služili. Kada kažem da smo više „bili na medijima“, mislim na to da smo više vremena nego inače provodili prateći vijesti i objave, osobito one vezane uz COVID-19. Ni ja nisam bila iznimka. Prateći svakodnevno vijesti, počela sam bilježiti riječi koje ne pripadaju hrvatskome jezičnom sustavu, a koje su nekoć bile nametane hrvatskome jeziku putem nestvarnoga hrvatsko-srpskog jezika (pripadaju onoj generaciji koja je u školi imala predmet Hrvatsko-srpski jezik!). Isprva sam samo uočila tu pojavu, a onda sam shvatila da su se neke riječi koje ne pripadaju hrvatskome jezičnom sustavu u vremenu koronavirusa počele poput jezičnoga virusa širiti medijskim prostorom. Pojavile su se u vijestima i objavama, a onda su se počele širiti i u kontaktni i zabavni program. Mislim da je potrebno na njih skrenuti pozornost.

COVID-19

Na početku ću samo nakratko odstupiti od teme članka i objasniti zašto se pokrata COVID-19 ne sklanja. Napravit ću to zato što je izvještavanje o njoj potaknulo u medijskome prostoru pojavu riječi o kojima je u ovom članku riječ, a budući da je već više mjeseci najspominjanija pokrata u medijskome prostoru, pokrenulo se pitanje i njezina pisanja i mijenjanja po padžima, pa za početak promotrite uporabu pokrate COVID-19 u kontekstima koji zahtijevaju različite padže te pokrate.

COVID-19 još nije istražen, nema novooboljelih od COVID-19, o COVID-19 se još uvijek malo toga zna...

Dakle, COVID-19 je pokrata koja je nastala od prvih slova engleskih riječi *Corona Virus Disease-19*, tj. od naziva bolesti uzrokovane koronavirusom. Pokrate u hrvatskome jeziku nastaju kraćenjem jedne riječi (npr. UV – ultravioletni, ultraljubičasti; PV – polivinil-klorid) ili kraćenjem više riječi (npr. HLK – Hrvatska liječnička komora; DNK – deoksiribonukleinska kiselina). Neke pokrate nastaju kombinacijom početnih slova riječi, a ima i onih koje ne sadrže sva početna slova riječi u višerječnome nazivu ili imenu koji se krate ili je u pokrati slovo koje

nije početno slovo riječi u višerječnome nazivu ili imenu koji se krate (npr. HAGENA – Agencija za nadzor mirovinskih fondova i osiguranja; REGOS – Registar osiguranika). U *Hrvatskome pravopisu* (<http://pravopis.hr/>) stoji da se pokrate sklanjavaju, tj. mijenjaju po padžima i da ne završavaju točkom (npr. Bila sam na predstavi u HNK-u.; Bio sam na tribini HLK-a). Treba pripaziti s pokratama iz latinskoga, zato što se one ne sklanjavaju i, za razliku od općega pravila, završavaju točkom (npr. P. S. – post scriptum; N. B. – nota bene i sl.).

Iako pokrata COVID-19 ne dolazi iz latinskoga jezika, i za nju vrijedi pravilo da se ne sklanja. Naime, u ovom slučaju iza pokrate ide spojnica, pa broj, tako da taj spoj čini cjelinu, i kao takav se ne sklanja. Da se, kojim slučajem, pokrata piše COVID 19, dakle s bjelinom između pokrate i broja, tada bi se ona sklanjala (COVID-a 19, COVID-u 19...), a što nije slučaj.

Aktualne riječi vezane uz stručne objave

U hrvatskim medijima, kao što sam već rekla, u posljednje vrijeme možemo čuti velik broj riječi, poput riječi koje su navedene u podnaslovu, a koje ne pripadaju hrvatskome jeziku. Vjerojatno je više toga utjecalo na to da se te riječi rašire u

hrvatskome medijskom prostoru iako za sve njih u hrvatskome postoje odgovarajuće zamjene koje potpuno značenjski pokriva to područje. Štoviše, nerijetko za njih hrvatski jezični sustav nudi i više riječi koje u hrvatskome treba rabiti u skladu s finom

značenjskom razlikom koja među njima postoji.

Radi bolje preglednosti u tablici je naveden dio riječi koje često možemo čuti u hrvatskim medijima, i to nerijetko u strukama koje su mjerodavne u objavama vezanim uz širenje koronavirusa.

Nepravilni oblici	Pravilni oblici	Objašnjenje
COVID 19, COVID-a 19, COVID-u 19...	COVID-19 (oblik ostaje isti u svim padežima)	iza pokrate ide spojnica, pa broj, tako da taj spoj čini cjelinu, i kao takav se ne sklanja
desiti se	dogoditi se	<i>desiti se</i> dolazi iz praslavenskoga i u tome je obliku preuzeta u srpski; u hrvatskome jeziku u istome značenju treba rabiti izraz <i>dogoditi se</i>
minut, sekund	minuta, sekunda	<i>minut i sekund</i> (muški rod) su riječi koje pripadaju srpskome jeziku; u hrvatskome jeziku su to riječi ženskoga roda i glase <i>minuta i sekunda</i>
obezbijediti	osigurati, učvrstiti (se)	glagol <i>obezbijediti</i> dolazi iz ruskoga jezika i iz njega je došla u srpski; u hrvatskome jeziku u istome značenju rabimo riječi <i>osigurati, učvrstiti (se)</i>
obznaniti	priopćiti, objaviti, razglasiti, reći, kazati <i>što kome</i> , upoznati <i>koga s čim</i>	glagol <i>obznaniti</i> i imenica <i>obznama</i> dio su srpskoga jezičnoga sustava; hrvatski jezik ima više riječi (priopćiti, objaviti, razglasiti, reći, kazati <i>što kome</i> , upoznati <i>koga s čim</i>) koje treba rabiti umjesto riječi <i>obznaniti / obznama</i> u skladu s njihovim finim značenjskim nijansama
postepeno	postupno	prilog <i>postepeno</i> , kao i imenica <i>stepen</i> koja je u osnovi toga priloga, pripada srpskome jeziku; u hrvatskome jeziku treba rabiti prilog <i>postupno</i> i imenicu <i>stupanj</i>
predostrožnost	oprez	<i>predostrožnost</i> dolazi iz ruskoga i iz njega je ušla u sustav srpskoga jezika; u hrvatskome u istom značenju rabimo riječ <i>oprez</i>
<i>van-</i> (prefiks)	<i>izvan-</i>	prefiks <i>van-</i> u hrvatskome se jeziku zamjenjuje prefiksom <i>izvan-</i> , npr. <i>izvantjelesni, izvanmaternični, izvanstanični, izvanjezični...</i>
virtuelan	virtualan	oblik pridjeva <i>virtuelan</i> dolazi iz jezika posrednika (njem. <i>aktuell</i> i fr. <i>actuel</i>), a u slučaju da je to riječ koja je podrijetlom iz klasičnih jezika (u ovom slučaju iz latinskoga), u hrvatskome jeziku prednost dajemo obliku riječi koji nastaje izravno iz klasičnoga jezika, dakle, norma hrvatskoga standardnog jezika prednost daje oblicima <i>virtualan, aktualan, manualan, vizualan...</i>

Dakle, kao što možemo vidjeti, hrvatski jezik potpuno svojim leksičkim bogatstvom pokriva sva područja komunikacije i ne treba posezati za stranim riječima ako za njima nema valjane potrebe.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr pošljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke.

PROVJERITE ZNANJE:

1. U kojem su nizu sve riječi **pravilno** napisane?

- A** za ništa, kemo terapija
- B** operacioni, rijeđi
- C** žuć, dobroćudan
- D** sa uputnicom, podatci
- E** iznesen, žljezde

2. U kojim rečenicama glagoli **nisu** upotrijebljeni u skladu sa svojim značenjem?

- A** Uvijek se pitam koje cipele obutu uz večernju haljinu.
- B** Moramo sve obveze odložiti za sutra.
- C** Na natjecanju se povrijedio nakon prve utrke.
- D** U turističku ponudu uključili su se i lokalni poduzetnici.
- E** Rizik se može smanjiti svakodnevnim brzim hodanjem.

Tockni odgovori: 1. E; 2. B i C.

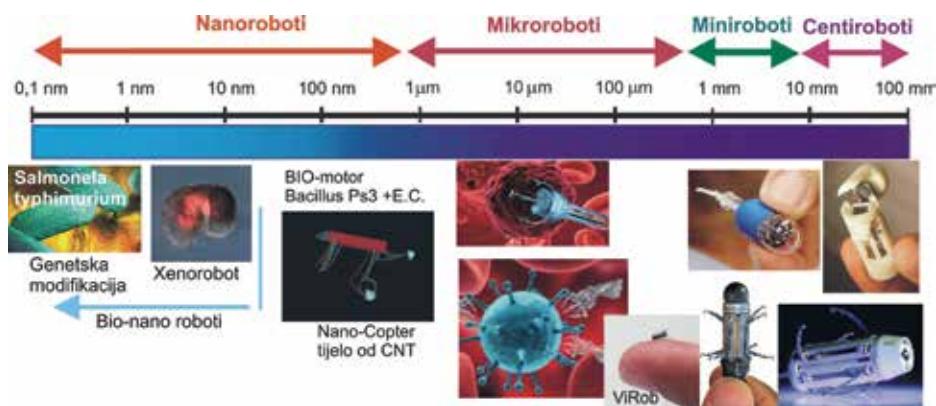
MINIJATURNI ROBOTI U MEDICINI

Prof. dr. sc. GOJKO NIKOLIĆ, ing. strojarstva

Razvoj robota zadovoljava prostorno-vremenske mjere čovjeka (1kg - 1m - 1s). Daljnji razvoj usmjeren je proširenju toga prostora u pravcu minijaturizacije, kao i u pravcu gigantizacije. Više od 50 godina radi se na smanjenju robotskih dimenzija. Područja medicine, svemirskih istraživanja kao i vojske zahtijevaju smanjenje robotovih dimenzija kako bi mogli koristiti njihove mogućnosti.

Nazivi minijaturnih robota povezuju se s njihovim dimenzijama, iako se to nazivlje često nekorektno primjenjuje. Roboti ≤ 10 cm nazivaju se *centirobotima* (*centibots*), oni veličine ≤ 3 mm su *miniroboti*, roboti od 30 – 500 μm su *mikroroboti*, a najmanji, *nanoroboti*, manji od 1 μm (slika 1).

Roboti veličine ≤ 3 cm, ili centiroboti, danas se rabe u dijagnostici probavnog sustava, a noviji još i za biopsiju, dopremu lijeka na oboljelo mjesto kao i za male kirurške intervencije. U budućnosti, kako najavljuju znanstvenici, omogućilo bi se izradom robota mikro i nano veličina njihovo kretanje u čovjekovoj krvi i liječenje raznih bolesti. Ako se jednom ostvare ove, sada futurističke i tehnički još neostvarive ideje, borba s raznim bolestima, pa i onima koje izazivaju bakterije i virusi, bit će mnogo jednostavnija i učinkovitija nego danas.



Slika 1. Minijaturni roboti namijenjeni medicini

Minijaturni roboti za endoskopiju

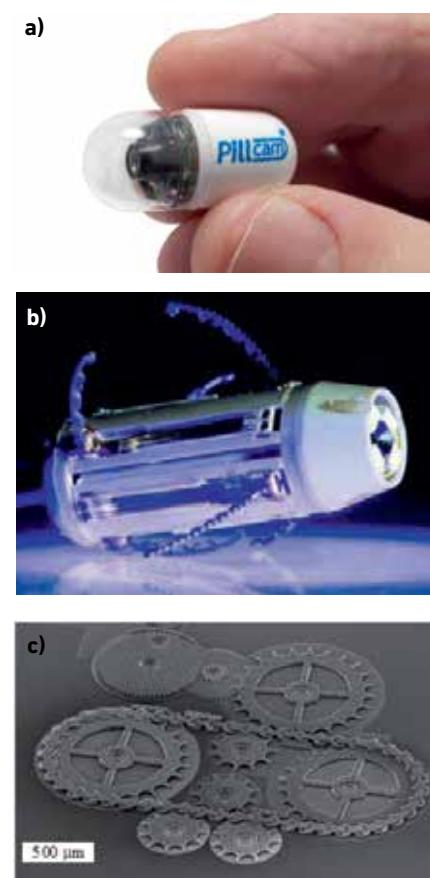
Robotske endoskopske kapsule dimenzijom su dovoljno male da se mogu progutati, a dovoljno velike da se mogu izraditi postojećim mikrotehnikama. Dio njih su „pasivne“ i kreću se peristaltikom kroz probavni sustav. Novije kapsule su „samohodne“ i mogu se kretati neovisno o crijevnoj peristaltici. Glavna im je namjena snimanje probavnog sustava, a posebno tankog crijeva koje se ne može vidjeti drugim postojećim endoskopskim metodama.

Brojne tvrtke razvile su bežične endoskopske kapsule (WCE) promjera oko 10 mm, a duljine od 20 do 30 mm, koje imaju oblik kapsule i objektiv kratkog fokusa. Dio ih je namijenjen snimanju cijelog gastrointestinalnog (GI) sustava, ali ima i onih namijenjenih samo snimanju jednjaka i želuca, te tankog crijeva, kao i samo za debelo crijevo.

Početna rješenja, koja su odobrena za upotrebu (FDA i CE) početkom ovog stoljeća, bila su znatno slabijih mogućnosti od onih razvijenih sedam do deset godina poslije. Radi se prije svega o kvaliteti slike, području snimanja (više kamere) te broju slika u sekundi koji je s dvije porastao na trideset. Također se i trajanje rada kapsula povećalo za nekoliko sati.

Pasivne kapsule pomalo se zamjenjuju samohodnim. Njima se može izvana

upravljati i dovoditi ih na položaj koji odredi gastroenterolog, mogu uzimati uzorke tkiva, po potrebi isporučiti lijek na oboljelo mjesto ili obaviti neku drugu željenu intervenciju. Pokretanje kapsula, biopsija, isporuka lijeka i slični poslovi ostvaruju se minijaturnim mehanizmima koji se izrađuju mikromehaničkim obradama namijenim izradi MEMS-ova (Mikro-Elektrno-Mehanički sustavi). Kretanje kapsula postiže se nožicama, propelerima, perajama i sličnim pokretnim mehaničkim dijelovima (slika 2).



Slika 2. Endoskopske kapsule: a) pasivna kapsula PillCam SB2 (tvrtka GivenImagingCompany), b) kapsula s nožicama razvijena u Biorobotičkom institutu Sveučilišta u Edinburghu, c) MEMS sustav zupčanika, lančanika i lanca, izrađen u veličini od 500 μm

Mikro i nanoroboti

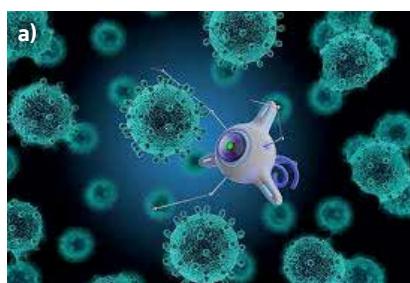
Istraživači nastoje robote smanjiti na mikro i nano veličine. Pri realizaciji operativnih roboata tih veličina nastaju mnogi još uvijek nerješivi problemi. Poseže se i u područje biologije te se postižu kombinacije mehaničkih i bioloških rješenja ili potpuno novih bioloških rješenja. Takvi roboti trebali bi obavljati poslove poput otklanjanja krvnih ugrušaka, uništavanja stanica karcinoma, odstranjivanja masnih nakupina s arterija, uklanjanja parazita, bakterija i virusa, razbijanja bubrežnih kamenaca i niza drugih zadataka. Zamišlja se da bi daljnja uloga nanorobota bila fantastična - popravljali bi DNK i zamjenjivali oštećene neurone u mozgu.

Instrumenti (alati) kojima bi se, prema zamisli istraživača, koristili mikro-roboti su ovisni o njihovoj namjeni i mogu biti sjekači, hvatači, laseri, injekcije i ultrazvučni generatori.

Da bi mogli obavljati te zadatke, osim minijaturnih veličina i problema vezanih za tako male dimenzije, nužan je njihov velik broj. Smisleno funkcioniranje velikog broja jedinki zahtjeva stvaranje tzv. kolektivne inteligencije, odnosno međusobnu suradnju. Potrebno je riješiti i jednostavnost njihovog odstranjivanja iz tijela, pouzdanost rada i sigurnost da se neće „otrgnuti nadzoru“.

Mnogo je već riješenih problema u njihovoj izradi, ali još je više neriješenih. Ipak je, radi upoznavanja s tim trendovima usmjerjenih prema budućnosti, zanimljivo neke od njih navesti.

Prikaz mnogih zamišljenih mehaničkih rješenja nanorobota i njihovih namjena moguće je naći na internetu. Jedno od takvih zamišljenih rješenja za uništavanje sada aktualnih virusa, prikazano je na slici 3a.



Slika 3. Nano-roboti za ubrizgavanje u krv: a) mehanički nanoroboti za uništavanje virusa, b) „Nano-copter“ bio-mehanički robot (Cornell University in Ithaca, N.Y.)

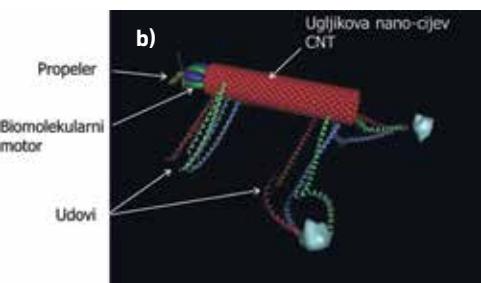
Osim mehaničkih roboata eksperimentiralo se i s kombinacijom mehaničkih dijelova s biološkim, poput biomotora, senzora (receptora) i sl. Jedan od onih koji je doživio realizaciju i s kojim se eksperimentiralo bio je Nano-copter (slika 3b). Na ugljikovu nano cijev (CNT) postavljen je biološki motor proizveden genetičkom modifikacijom bakterije *Bacillus PS3* s genima *E. coli*. Na njega je montiran propeler od nikla duljine 170 nm. Izrađeni Nano-copter radio je 40 min, a broj okretaja propelera iznosio je 4 okretaja/s. Prema predviđanjima jednog od istraživača, prof. Carla D. Montemagna, neće biti masovne proizvodnje bio-nanorobota prije 2050. On ističe da „...će biti potreban dug put prije nego budemo sigurni da smijemo ubaciti te male uređaje slobodne u ljudsko tijelo“.

Mehanička rješenja, s potrebnim upravljanjem, senzorima, energijom i izvršnim instrumentima (alatima) teško su rješiva na razini mikro i nano veličina. Zato je drugi usporedni pravac razvoja usmjeren na stvaranje korisnih bioloških organizama, bilo novih ili postojećih koji su genetički modificirani. U čovjekovom se tijelu već nalazi mnoštvo mikroorganizama. To su bakterije (1 - 6 µm), virusi (do 20 µm), protozoa, gljivice, lišajevi, paraziti (kožni, crijevni i mišićni). Nevjerojatni su podaci o količini npr. bakterija i protozoa u crijevima, kojih ima oko 10^{13} - 14 , a isto toliko i na koži. Dodavanje novih umjetno stvorenih korisnih mikroorganizama u tijelo čovjeka samo je stanje koje se u njemu ionako stalno mijenja s brojem i vrstom takvih organizama. Pravac modifikiranja postojećih mikroorganizama dugo vremena se smatrao najizglednijim razvojem mikro-nanorobota. Nade za takva rješenja polagane su u golem napredak biologije i razvoj metoda s kojima se može utjecati na ponašanje živih organizama. Radi se o primjeni genetičkog i metabo-

ličkog inženjeringu, što znači izmjenu mehanizma ponašanja određenog živog mikro/nano organizma. Novim genetičkim programiranjem tim bakterijama, jer se o njima radi, omogućuje se nov način rada, djelovanja i životnih procesa. Mogu se množiti (stvaranje brojnih jedinki), mogu se hraniti organskim tvarima (krvni ugrušci, plak, tumorske nakupine i drugi mikroorganizmi), a kad nestane „hrane“ ugibaju i izlučuju se iz tijela prirodnim putom. Problem je u bakterijama što se one mogu „odmetnuti“ od zamišljenog načina rada i izazvati tragične posljedice. Jedna od najčešćih kandidata za takve manipulacije bila je bakterija *E. coli* koja je genski složenija od ostalih.

Drugi je, novi pristup, stvaranje novih živih (programabilnih) organizama, kojih nema u prirodi. Tim znanstvenika nedavno je stvorio takve žive „robote“ koje su nazvali „xenoboti“ (slika 1). Od zametaka afričkih žaba vrste *Xenopus laevis* (odatle i ime) uzimane su matične stanice i sastavljene u potpuno nove životne oblike. Ti se minijaturni živi organizmi („roboti“) mogu pomaknuti i prenijeti koristan teret, poput lijeka, na određeno mjesto u pacijentu i ispuštiti ga na bolesno mjesto. Nove žive robe dizajniralo je super računalo Deep Green, po kojem obliku su sastavljeni, a testirali su ih biolozi na Sveučilištu Tufts. Složene u novom obliku počela su tijela stanica djelovati zajedno. Pokazalo se da se ovi rekonfigurabilni organizmi mogu kretati na koherentan način. Danima ili tjednima je istraživano njihovo kretanje u vodenom okruženju, napajano embrionalnim zalihami energije. Skupina xenobota kretala se u krugovima gurajući postavljeni objekt na središnje mjesto spontano i zajedno. Izgrađeni su s rupom u sredini koju su znanstvenici uspjeli preuređiti kao koristan prostor za smještaj lijeka. Namjera je računalom stvoriti dizajnirane žive organizme za inteligentnu isporuku lijekova. Mnogo njih bi, poput mrava, moglo stvoriti kolektivnu inteligenciju i obavljati složene poslove.

U ovom kratkom članku nisu mogla biti opisana već prisutna brojna tehnička rješenja i istraživanja na području izrade mikro i nanorobota. Ne treba sumnjati da se u sljedećih desetak ili više godina može očekivati značajan napredak sličnih ili novih konstrukcijskih rješenja i razvojnih pravaca mikro i nanorobota, bez obzira bili oni mehaničkog ili biološkog podrijetla.



Dr. BLANKA MANZONI

(Petrinja, 1899. – Whitehaven/Engleska, 1991.)

90 GODINA OD DOLASKA PRVE LIJEĆNICE U VARAŽDIN

Vodstvo Školske poliklinike u okviru Doma narodnog zdravlja u Varaždinu preuzeila je 1. srpnja 1930. dr. Blanka Manzoni, dotadašnja šefica Školske poliklinike u Banja Luci. Dobrodošlica prvoj liječnici u Varaždinu bila je tim srađenja što je ona "specijalizirana za dječje bolesti".

Rođena je u Petrinji 8. kolovoza 1899. u obitelji Olge i Ivana Manzonija, tada zamjenika državnog odvjetnika u tome gradu. Nakon četiri razreda gimnazije u Petrinji i tri godine u Ženskom liceju u Zagrebu završila je 1917./1918. osmi razred gimnazije u Velikoj gimnaziji u Gosiću, u kojem je njezin otac bio predsjednik Sudbenog stola.

Na temelju ispita zrelosti položenoga u Gosiću (24. lipnja 1918.) upisana je 8. listopada 1918. na Liječnički fakultet u Zagrebu. Dobila je (17. listopada 1918.) naukovnu potporu iz naklade pučko-školskih pisanki (1.000 kruna godišnje). Prvi rigoroz je položila u Zagrebu, a zatim nastavila studij medicine u Gracu i tamo položila sljedeća dva rigoriza te na čast doktora sveukupne medicine promovirana 20. prosinca 1924. Na njezin izbor studija moglo je utjecati i to što joj je bio ujak dr. Božidar Špišić (1879. – 1957.), ugledni zagrebački ortoped. Tijekom studija medicine u Gracu započetog 1897., on je svoj vojni rok „jednogodišnjeg dobrovoljca“ proveo u lovačkom bataljunu br. 31. u Petrinji, posjećujući učestalo obitelj svoje sestre. Nakon promocije u Gracu 1904. usavršavao se iz ortopedije i 1908. uredio je privatni ortopedski zavod u Zagrebu (prvi na jugoistoku Europe), a u ratu je 1915. otvorio prvu Ortopedsku bolnicu s ortopedskim radionicama i školom za invalide u Zagrebu.

Liječnička karijera

Tijekom staža započetoga 28. siječnja 1925. u Bolnici milosrdnih sestara (BMS) u Zagrebu pristupila je doktorica Manzoni 25. rujna 1925. Zboru liječnika. Specijalizaciju iz interne medicine provela je (1926. – 1928.) na odjelu dr. Luje Thallera u BMS-u u Zagrebu, Državni stručni ispit položila je u Zagrebu 11. veljače 1928. Rješenjem Ministarstva narodnog zdravlja od 24. rujna 1928. premještena je, na osnovi vlastite zamolbe, iz BMS-a u Zagrebu k Domu narodnog zdravlja u Banja Luci i tamo će u Školskoj poliklinici raditi do 30. lipnja 1930.

Prva zadaća novoj školskoj liječnici u Varaždinu bila je 2. srpnja 1930. nadzor varaždinske ferijalne kolonije na putovanju u Sloveniju, u Vitanj kraj Celja, te u Sv. Martin na Pohorju. U školskoj poliklinici radili su još dr. Martin Konrad u Zubnoj ambulanti svakodnevno i dr. Vasilij Derkač, iz Bolnice za trahom u Prelogu, u očnoj ambulanti dvaput tjedno. Glavne zadaće sestre Paule Stanoul-Škarek (diplomirala je 1928. u Školi za sestre pomoćnice u Mlinarskoj ulici u Zagrebu) bile su "sistemske" pregledi djece u školama i provođenje cijepljenja. Uz njezinu pomoć, kao prve patronažne sestre u Varaždinu, dr. Manzoni je prva skrbila za dojenčad. Obavljale su i kućne posjete oboljeloj djeci. Dvaput tjedno, utorkom i petkom, putovale su u Čakovec radi pregleda u Učiteljskoj školi i internatu. Diplому školske liječnice Škole narodnog zdravlja u Zagrebu dobila je dr. Manzoni 30. lipnja 1931. Predavala je predmet "Higijena" u VI i VII razredu gimnazije (ukupno 2 sata tjedno). U novinskom opisu svečanog završetka školske godine u Školi "Kraljice Marije" u Varaždinu stoji "Veliku brigu oko kontrole zdravlja školske djece, lije-



**Dr. Blanka Manzoni-Friedlander
1939. godine**

čenja i davanja lijekova uložila je naša dobra, draga i nadasve točna i savjesna gđa dr. Blanka Manzoni pa joj bila sa strane doma, škole i djece srdačna hvala".

Krajem 1932. provela je tri mjeseca u Parizu koristeći stipendiju koju je mladim članovima Liječničkog zbora u Zagrebu omogućio pariški farmaceut Pierre Famel (1853. - 1934.) (Liječničke novine 104:60-1, studeni 2011.). Po povratku je, prema obvezi o stipendiji, opisala svoj boravak u Parizu u "Liječničkom vjesniku". Prvi mjesec provela je u "Hospices des enfants assistés" (prof. Lerebolullet), a preporukom dr. L. Mathéa pripuštena je slušati predavanja i posjete za pripremanje školskih liječnika u Higijenskom laboratoriju Medicinskog fakulteta (14. - 27.11.1932.), program samo za francuske liječnike (za slobodnih 50 mjesto javilo ih se 150).

Sredinom rujna 1933. u Državnoj realnoj gimnaziji u Varaždinu predavala je pred ukupno oko 500 učenika o čistoći tijela, rublja i stana. Upozorila je na važnost



Blanka Manzoni Nacional pri upisu u prvi semestar 1918. - 1919.

održavanja čistoće tijela i opomenula da čistoća tijela uz čistoću duše mora biti drugo načelo njihova života. Na roditeljskom sastanku u školi "Kraljice Marije" 5. studenoga 1933. održala je dr. Manzoni, "najbolji prijatelj, liječnik, savjetnik i dobročinitelj naše djece", predavanje "Higijena stana" uz film "Zadruga". Među filmovima o difteriji i o čistoći tijela prikazanima toga tjedna u toj školi učenicima osnovnih škola, naročitu pozornost učenika privukao je film "Campek nevaljalac". Filmovi su snimani u selu Hrastiku, a izrađeni u Školi narodnog zdravlja Higijenskog zavoda u Zagrebu.

U razdoblju od 17. studenoga 1933. do 28. listopada 1934. bila je, kraljevim ukazom, premještena u Školsku polikliniku u Brodu na Savi u kojoj je od 24. veljače 1934. bila vršiteljica dužnosti šefa. Vraćena je u Varaždin i 26. kolovoza 1936. imenovana savjetnikom u Domu narodnog zdravlja u Varaždinu. U školskoj godini 1935./1936. održala je, osim redovitih predavanja iz predmeta "Higijena", predavanje "Alkoholizam" (uz prikaz filma i podjelu letaka) i "Sredstva u borbi protiv tuberkuloze" za svu mladež gimnazije. U nizu pučko-pro-

svjetnih predavanja održala je 28. studenoga 1935. javno predavanje "Najvažniji problem ženske higijene".

Banska uprava Savske banovine odobrila joj je odlazak u Budimpeštu na tečaj za usavršavanje liječnika (18. - 31.5.1936.). Predsjedala je sekciji za zaštitu djece na Međunarodnom kongresu za školsku medicinu i tjelesni odgoj u Parizu (11. - 17.7.1937.) organiziranome uz Svjetsku izložbu. Ministarstvo socijalne politike i narodnog zdravlja u Beogradu odobrilo joj je 31. svibnja 1939. dopust u trajanju 35 dana radi usavršavanja u Americi.

U Čakovcu se 22. studenoga 1937. vjenčala s inženjerom Mihajlom Friedländerom, ravnateljem "Varaždinske industrije svile" i članom Zagrebačke inženjerske komore, rođenim 29. lipnja 1901. u Körmendu u Mađarskoj.

Uz predstavnike Antituberkulognog dispanzera, Okružnog ureda za osiguranje radnika, "Merkur-a", liječnika na željeznicu te gradskog fizikata, dr. Manzoni-Friedländer je, predstavljajući Školsku polikliniku, sudjelovala 4. siječnja 1939. pri utemeljenju Radne zajednice s osnovnim ciljem suradnje svih institucija na suzbijanju tuberkuloze u Varaždinu. Predavala je na Tečaju za dobrovoljne bolničarke Društva Crvenoga križa u Varaždinu započetome 22. siječnja 1940. u zgradi Državne realne gimnazije, a čiji se praktični dio održavao u gradskoj i vojnoj bolnici.

Za vrijeme NDH

Tijekom rata je dr. Manzoni-Friedländer nastavila raditi u Državnoj školskoj poliklinici te u gimnaziji predavati "Nauku o zdravlju". Julije Oblath, industrijalac iz Budimpešte, vlasnik "Varaždinske industrije svile", odmah je u početku rata pobegao u inozemstvo, a tvornicu prepustio inženjeru Friedländeru koji je u srpnju 1941. uvršten u popis vlastima NDH nužno potrebnih stručnjaka i, premda Židov, ostao ravnatelj tvornice (uz imenovanog ustaškog povjerenika) tijekom čitavoga rata. Od svih varaždinskih tvornica "Svilana" je najviše stradala tijekom rata. U nekoliko zračnih napada na tvornicu je palo više od 50 bombi. Nekoliko ih je pogodilo glavnu tvorničku zgradu, jedna teža bomba razorila je odjel za sušenje svile. Dva je puta bilo potrebno obnoviti sva stakla na okнима tvorničkih zgrada. Prigodom bombardiranja Varaždina 24. svibnja 1944. bila su među 30 poginulih Varaždinaca i dvojica radnika "Svilane" koji su živote izgubili u tvornici.

Poslije svibnja 1945.

U okviru akcije suzbijanja pjegavca koju je od 21. studenoga 1945. do 20. prosinca 1945. proveo Gradski odbor Antifašističkog fronta žena (AFŽ-a) u Varaždinu održala je drugarica dr. Manzoni-Friedländer 7. prosinca 1945. predavanje o suzbijanju pjegavca na Radio-stanici



Manzoni Paris-Expo-1937.



Dr. Blanka Manzoni potvrda o promociji u Gracu 1924. godine

Varaždin (kratki val 48,3 m). U nedjelju 20. siječnja 1946. u gimnazijskoj je zgradi predavala o školskoj higijeni.

Pred Okružnim sudom za zaštitu nacionalne časti za okrug Varaždin okrivljen je inženjer Friedländer što je, pod njegovim rukovodstvom, "Svilana" tijekom okupacije radila za vojsku NDH i time pomagala ustaški pokret te primala na prerađu sirovini od domobranstva za njegove potrebe. Zbog ocjene o dobrovoljnem pomaganju okupatora i njegovih pomača kažnjen je gubitkom nacionalne časti u trajanju od pet godina, prisilnim radom u trajanju jedne godine te konfiskacijom dijela njegovih dionica. I Julije Oblath je osuđen na gubitak građanskih i političkih prava u trajanju od pet godina, dvije godine prisilnog rada i konfiskaciju cjelokupne imovine, tj. dionica "Svilane" koje ima, a i onih koje je, prema optužnici fiktivno, prebacio Ljudevitu Tomaziju i Stjepanu Novakoviću. Odlukom Okružnog narodnog suda je "Varaždinska industrija svile" postala narodno vlasništvo jer je i dr. Blanka Manzoni-Friedländer konfiscirano 2.000 dionica "Svilane" koje joj je suprug poklonio prigodom vjenčanja, no, s obzirom na njezin pozitivan

rad u korist Narodno-oslobodilačkog pokreta za vrijeme okupacije, bila je oslobođena optužbe za protunarodno djelovanje. Izabrana je 10. travnja 1947. za knjižničarku u novom odboru Podružnice Zbora liječnika Hrvatske (ZLH-a) u Varaždinu. Dr. Manzoni-Friedländer je 1. kolovoza 1947. održala popularno predavanje "O dizenteriji". Od 30. travnja 1947. bila je zamjenik člana prvostupanske liječničko-lječilišne komisije kod varaždinske filijale ekspoziture Državnog zavoda za socijalno osiguranje.

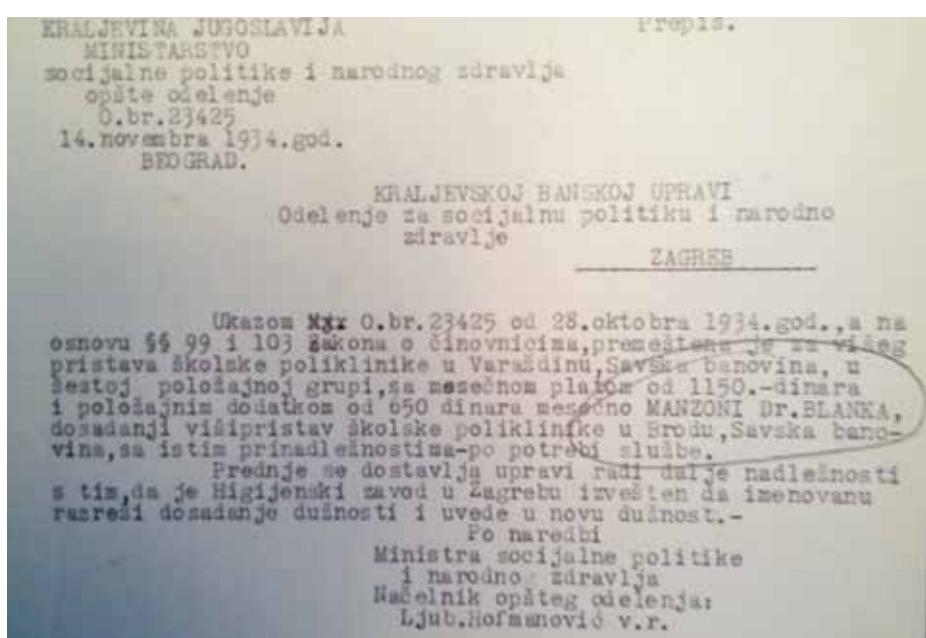
Poslije zatvora je inženjer Friedländer dobio mjesto u Direkciji za tekstil Hrvatske u Zagrebu i potom postavljen za glavnog inženjera. Obnova objekata tekstilne industrije u Hrvatskoj omogućila mu je česta službena putovanja u inozemstvo. S jednog putovanja nije se vratio, nego je ostao živjeti u Velikoj Britaniji. U gradu Whitehavenu otvorio je manje poduzeće.

Dr. Manzoni-Friedländer je 24. ožujka 1948. premještena iz Školske poliklinike u Varaždinu k Sanitarnoj inspekciji Ministarstva narodnog zdravlja u Zagrebu u svojstvu liječnika specijalista. U svrhu nadzora higijene đačkih domova i školskih kuhinja morala je učestalo putovati po čitavoj Hrvatskoj. Boravak u Izraelu tijekom godišnjeg odmora 1951. kod obitelji svoga supruga iskoristila je za obilaske najvećeg djećeg odjela u

Državnoj bolnici u Haifi. Nije joj odobren odlazak u Francusku na Međunarodnu konferenciju za školsku higijenu u srpnju 1952., no bilo joj je odobreno 1953. "dodatnih mjesec dana neplaćenog dopušta koji će uz redovni godišnji odmor provesti u Engleskoj i iskoristiti za studij organizacije zdravstvene zaštite školske djece". U Zagrebu je radila do umirovljenja. Zatim je oputovala k suprugu u Englesku. Tek poslije suprugove smrti (od posljedica srčanog udara u Whitehavenu) dvaput je putovala u Hrvatsku. Družila se s obitelji u Zagrebu te posjetila Varaždin i Krapinske Toplice.

Kraj života provela je u domu za starije osobe u Whitehavenu i tamo umrla u ljeto 1991. godine. Zbog početka rata u Hrvatskoj, njezina je urna prevezena tek poslije više mjeseci i 27. ožujka 1992. položena u obiteljsku grobnicu na Mirogoju, pored njezinih roditelja i brata, dr. Aleksandra Manzonija, koji je umro u Londonu 1974. Završio je studij medicine u Zagrebu 1929., specijalizirao ortopediju i radio na Klinici za ortopediju na Šalati. U svibnju 1945. izgubio je profesuru stečenu poslije 10. travnja 1941., prošao križni put i zatim nekoliko godina vodio Bolnicu za tuberkulozu kostiju u Kraljevici i Lovranu, a od 1955. živio i radio u Londonu.

Ivica Vučak (ivica.vucak@gmail.com)



MANZONI 1934. - Premještaj iz Broda u Varaždin



Croatian Esthetic Medicine symposium

Novi datum

4. - 6.9.2020.

Opatija

Edukacijski centar HDEM
Thalassotherapia

Conference Park 25/7

Prvi i najznačajniji simpozij estetske medicine.

Vrhunski stručnjaci.

Zanimljiva predavanja.

Live demonstracije.

Hands on edukacije.

Workshops.



Till the stars

HDEM
Hrvatsko društvo za estetsku medicinu



Prijave i informacije
www.hdel.hr

POMOR I STRAH

„SRIJEM U VRIJEME KUGE“

 DUBRAVKO HABEK

Ginekolog-opstetričar i povjesničar medicine, akademik prof. dr. sc. Jovan Maksimović, poklonio mi je 2015. godine knjižicu „Srijem u vrijeme kuge“ u kojoj je obradio očuvane povjesne medicinske i sakralne izvore o strahotnoj srijemsкоj kugi skraja 18. stoljeća. Zapisи svećenstva o kugi, kužnom pomoru cijelih obitelji i naselja daju naturalistički realan prikaz zbivanja u župama, a prof. dr. Franz von Schraud daje u svojoj knjizi „Geschichte der Pest in Sirmien“, koju je napisao i izdao 1801. u Pešti nakon inspekcijskog nadzora i svladavanja epidemije, ondašnji znanstveni, stručno-epidemiološki i sudskomedicinski pristup problemu kuge koja je došla u Austrijsko carstvo iz Osmanskoga, probivši tamošnji sanitarni kordon. Iz jednih i drugih zapisa su u današnjem okviru promišljanja i suzbijanja epidemija i sprječavanja širenja pandemija razvidni logična epidemiološka misao i problemi koji dolaze s nerazumijevanjem pojedinaca koji svjesno ili nesvesno negiraju postojanje epidemije koristeći svoju moć u vlastitu korist u strahotnim kriznim stanjima.

Tako je i rođeni Sarajlija, pisac Vule Žurić, napisao 2018. realističan povjesni roman „Pomor i strah“ temeljen na spomenutim istinitim događajima i zapisima, ljudima i običajima u Srijemu skraja 18. stoljeća i kužne epidemije, koji čitatelja prohodava intrigantnim stilom. Knjiga obiluje strahom, praznovjerjem i neukosti žitelja s jedne strane, što iskoristiava jedan od svećenika, i trudom županijskoga fizika i drugoga svećenika s druge strane u prsvjećivanju na razne načine i, naravno, ozračjem smrti jer je ona tema vremena

i pobola, pa pisac veli: ... „na sve strane kvasala je njema jeza nemoći pred skorim trijumfom smrti..... kužni karneval nije jenjavao nedostajalo je svega, osim smrti.... Irig je navečer izgledao na veliko i neobično groblje zbog plamičaka svijeća u kućicama pokojnika....“

Bečka dvorska kancelarija poslala je u inspekcijski nadzor srijemskoga mjesta Iriga c. k. savjetnika dr. von Schrauda, profesora *Medizinische Polizei* (preteče sudske medicine) s peštanskog sveučilišta u ispomoć tamošnjem županijskom fiziku dr. Andreasu Budaiu, s nakanom gušenja endemskoga kužnog žarišta, sprječavanja širenja zaraze na ostale dijelove Carstva i dovođenja stanja u normalne životne okolnosti. I kao u svakoj epidemiji, morali su se pronaći izvor zaraze, nulti pacijent, kontakti, zaraženi, sahranjeni; morali su se izolirati oboljeli, novooboljeli, pravilno čistiti obitavališta, pravilno sahranjivati brojne pokojnike, a sve prema *Normalitatum Sanitatum* koji je bio zakon svih zdravstvenih zakona i svih prethodnih *Perstordnunga* izdanih od carske kancelarije. Uz liječenje oboljelih i izolaciju zaraženih te zaštitu života nezaraženih, cilj je carske inspekcije bio i što prije normaliziranje života i poboljšanja gospodarstva, pa se u tekstu kaže: „*Ljudi moraju nastaviti obrađivati zemlju, gajiti stoku, trgovati i trošiti novac – što prije!*“

Nulti pacijent kužne epidemije u Irigu bila je seljakinja Andelija koja je došavši s pogreba svoje sestre ponijela zaraženi „kužni“ tepih s kojim se i ona zarazila i nedugo zatim umrla, a s kojim je zarazila sve druge bližnje koji su svi pomrli. Tako su krenuli neshvaćen i nezaustavljen pomor u Irigu i jeza zvana iriška kuga. Dr. Budai opisao je kliničku sliku naglih i teških oblika kužne bolesti: „*Ljudi obole sa groznicom i glavoboljom i brzo malaksaju da se jedva na nogama drže.... Buncaju, ne*

*mogu jesti ni piti..... Kasnije se javljaju bolovi pod kožom, pa treći – četvrti dan na preponi, pod pazuhom, pod koljenom i iza ušiju iskoče otoci žlijedza, buboni. Većina umre šesti ili sedmi dan.“ Zapisao je: „*Izumrle su cijele obitelji u nekoliko dana..... Smrt im nije kazna, nego spas!*“.*

Ondašnji liječnici u iriškoj bolnici bili su spomenuti županijski fizik Budai i kirurg Hering. Budai je sam morao biti policajac, jer se nije ispočetka uspio sa svećenstvom sporazumjeti i sprječiti običaje oko mrtvih, ukinuti karmine, već naprotiv. Jedan je od paroha redovito naplaćivao višednevne pogrebne običaje i sahrane i oglušavao se na Budajeve riječi i molbe te na naredbe Dvorske kancelarije u toj smrtnoj muci naroda. Pred bolnicom, koja je uza sav trud liječnika i kirurga bila umiralište, čekali su bolničari i grobari, oni koji su preboljeli vjerojatno blaže oblike kuge. U toj je bolnici dr. Budai napravio i *sectio caesarea in mortua* na rodilji koja je naglo umrla od kuge i porodio živoga dječaka kojega je dvorkinja u bolnici preuzela na skrb, što je još jedan značajan povjesnomedicinski prilog. Bolesni su se liječili isključivo simptomatski, čajem od bazge ili kamilice, kininom, kamforom, morfijem, rakijom i octom te tabletama žive (*cura interna*). Glavni dezinficijens bio je ocat! Ruke su se obvezno prale octom, prolazilo se kroz dim vatre koje su stalno gorjele ispred kuća. Roba bolesnih i pokojnika se spaljivala. Ocat se pio, ispirala su se usta octom, grgljala se octena voda, ljudi su puno pušili jer su mislili da dim uništava kugu.

Primjenjivala se izolacija i karantena oboljelih i novooboljelih. Žitelji nisu smjeli izlaziti iz kuća, koje su morale postati kontumaci, morale su biti dobro snabdjevene namirnicama; sve kuće trebalo je očistiti, dobro oprati vodom, provjetriti i izdimiti. Novooboljele je trebalo svakod-



nevno otkrivati i odmah ih smještavati u bolnicu, a ako se bolest pojavila i nakon prvoga čišćenja, sve stanovnike trebalo je izolirati izvan toga mjesta i ponovno ga tretirati kao zaraženo područje. Svi ukorijenjeni običaji oko sahranjivanja morali su se ukinuti: višednevna oplakivanja i žalovanja, karmine i milovanja mrtvaca u otvorenom lijisu bili su jasni izvori zaraze i smrти. Tek će kasnije dr. Schraud i dr. Budai uspjeti sa svećenstvom potaknuti narod na sasvim drugaćiji način života i shvaćanja smrти, dobro iskoristivši taj silni pomor i strah u vjeru postizanja cilja, koji će pisci prenijeti u zbivanja između života

i smrти. „*Strah je dobar saveznik protiv zaraze*“, rečeno je s medicinsko-policjskog pogleda.

Sahrnjivanje svih umrlih moralo je biti na ispravan način, jer su i nakon pogreba bili i dalje izvorom kužne zaraze. Leševe su obitelji i susjadi sahrnjivali po okolnim livadama i šumama vrlo plitko, tako da su nerijetko nakon kiše ostala razgoličena tijela koje su zvijeri raskomadale i raznijele po okolišu. Naredene su ekshumacije, koje su obavljali grobari uz nazočnost liječnika ili kirurga. Iskapali su kužne leševe iz plitkih jama lopatama,

kukama ili velikim klještim kojima su uže stavljali oko struka i podizali te potom stavljali u pripremljeni drveni lijes, što je posebice opisao prof. Schraud u svojoj knjizi, uz ilustraciju grobarskog pribora. Lijes su mazali smolom prije stavljanja leša u nj, grobari su svoje ruke prali octom prije i poslije ekshumacije uz neizostavnu dezinfekciju svemogućom rakijom. Jamu su potom dobro zalili octom, dobro je sagorjeli lozom, slamom, korovom i sijenom, ostavljali je više tjedana otvorenom, pa je zatim zatrpavali. Smrad raspadanutih leševa, octa i rakije ispunjavao je srijemska polja i šume.

Nakon potrebitih radnji načinjen je novi kontumac, u koji su smješteni preživjeli žitelji kako bi se Irig mogao cijelovito očistiti, pa je tako spaljeno ili srušeno 400 od 912 kuća Irižana. Taj novi iriški kontumac imao je, uz prostorije za življjenje stanovnika, odjel za pregled, odjel za dimljenje, malu bolnicu i kuće za službenike. Višemjesečna kužna epidemija je ugušena, trajala je sedam mjeseci i deset dana. Mudri carski savjetnik i županijski fizik iskoristili su svećenstvo za sprječavanje širenja epidemije i kužnoga pomora prosvjećivanjem narodne neukosti, koje je narod tada jedino slušao jer je u muci okupljalo i naučavalо ljude.

Epidemiološko-javnozdravstveni postupci nisu se mijenjali do današnjih pandemija; iz ove i drugih sličnih knjiga možemo preuzeti znanja i moć medicinske pameti i iskorjenjivanja neukosti, dezinformacija i malobrojnih ali agresivnih nevjernih Toma koji ne čuvaju svoje ni tuđa zdravlјa. Iriška (ili srijemska) kuga, poznata u mediko-historiografiji, odnijela je 53 % žitelja Iriga, njih 2548 od ljeta 1795. do kraja zime 1796. godine. U Srijemu, na putu Ruma – Irig, podignut je spomenik zaštitnicima liječništva i pučanstva od kuge i zaraza, sv. Roku i sv. Sebastijanu 1797. godine, koji obnovljen stoji i danas, na sjećanje vremena prodora kuge na sanitarnom koridoru na kraju Austrijskoga carstva (na slici).

Iz „A journal of the Plague Year“, Daniela Defoea (1722.)

..... they not only spent their money but even poisoned themselves beforehand for fear of the poison of the infection...“ - analogija s nedavnim izvješćima iz SAD-a (a nakon Trumpovog „savjeta“ o dezinfekciji organizma tijekom epidemije COVID-19) – trećina anketiranih Amerikanaca je primjenila nekakvu „dezinfekciju“ svoga probavnog sustava štetnim kemijskim sredstvima (izravno ili putem „dezinficirane“ hrane).

Iz „Kuge“, Alberta Camusa (1947.)

„Elementarne su nepogode doista obična pojava, no ljudi u njih teško vjeruju kad ih snađu. Svijet je doživio toliko kuga koliko ratova, a ipak kuge i ratovi zateknu ljudе uvijek nepripravne... Kad bukne rat ljudi kažu: „To neće trajati, to je preglupo!“ Rat je zaciјelo „preglup“, ali to ne smeta da ne bi trajao. Glupost je uvijek uporna, svijet bi to primijetio kad ne bi mislio samo na sebe...“

Odabrala Lada Zibar

125 GODINA OTORINOLARINGOLOGIJE U BOLNICI NA VINOGRADSKOJ CESTI

 Vladimir Bedeković, Livije Kalogjera
i Robert Trotić

Otorinolaringologija u Vinogradskoj obilježava svoju 125. obljetnicu postojanja. Pravi početak organizirane hrvatske otorinolaringologije vezan je za osnivanje prvog otorinolaringološkog odjela u Hrvatskoj u zagrebačkoj Bolnici milosrdnih sestara pod ravnateljem Teodora Wickerhausera i Dragutina Mašeka. U *Narodnim novinama* od 18. rujna 1894. zabilježena je vijest o posveti nove bolnice na Vinogradskoj cesti, a nedugo nakon toga, 28. rujna 1894., iz Ilice 83 preseljeni su bolesnici s očnim i otorinolaringološkim bolestima.

Prvi voditelj tog Trećeg odjela u Vinogradskoj bio je Dragutin Mašek. Osim na liječenju bolesnika, Mašek je sve srđno radio i na osnivanju Medicinskog fakulteta u Zagrebu 1917. godine. Godine 1943. ORL odjel postao je nastavnom bazom Medicinskog fakulteta, kao i neki drugi odjeli Vinogradskih bolnica, zalaganjem Ante Šercera, tadašnjeg dekana Medicinskog fakulteta u Zagrebu. 1946. se Ante Šercer vraća u Vinogradsku bolnicu, gdje je i započeo svoju bogatu karijeru. Ante Šercer smatra se najvažnijom osobom naše otorinolaringologije. Struku koju je Mašek dobro započeo, Šercer je stručno i znanstveno podigao na vrh naše medicine, ne samo u okviru ondašnje Jugoslavije nego i diljem Europe i svijeta. Godine 1966. za voditelja ORL klinike izabran je Ivo Padovan, učenik Ante Šercera. Počinje doba tehnološke revolucije svjetske medicine, a ruku pod ruku razvoj prati i ORL klinika

pod njegovim vodstvom. Nakon umirovljenja Ive Padovana, godine 1988. ORL kliniku u Vinogradskoj preuzima Boris Pegan. Rekonstruirao je i osuvremenio kliniku, stvorio preduvjete za daljnji nastavak svih započetih znanstvenih i stručnih projekata, te nastavak plodonosnog rada na svim poljima. Godine 2006. ORL kliniku preuzima dugogodišnji zamjenik Borisa Pegana, Vlado Petrić. Vlado Petrić nastavlja ranije započete projekte i ORL klinka nastavlja rad u punom zamahu. Godine 2011. ORL kliniku preuzima Vladimir Bedeković koji je, kao jedanaesti predstojnik u 125-godišnjoj povijesti, vodi i danas.

Danas je Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata KBC-a Sestre milosrdnice klinika i znanstveno-nastavna baza Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Za-

grebu. Ukupno se godišnje u njoj pregleda više od 70.000 bolesnika, hospitalizira više od 6000 bolesnika i obavi više od 5500 kirurških zahvata. Čini je 127 djelatnika, od toga 20 lječnika specijalista otorinolaringologa, dva lječnika na specijalizaciji iz otorinolaringologije za kliniku i 21 lječnik na specijalizaciji za druge otorinolaringološke ustanove. Znanstvena zvanja ima 17 lječnika. Specijalista uže specijalnosti ima 16, a troje ih je trenutačno na užoj specijalizaciji. Uz njih, titulu primarijusa imaju četiri djelatnika. U znanstveno-nastavnom zvanju, na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu su tri profesora, sedam docenata i jedan viši asistent, a na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu su dva profesora i jedan docent. Uz to, nastavnici i znanstvenici ORL klinike aktivno su uključeni



Specijalisti otorinolaringolozi KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu



Bolnica milosrdnih sestara na Vinogradskoj cesti 1894. godine

u temeljni i klinički znanstveni rad mnogih drugih institucija i laboratorijskih u Hrvatskoj, od kojih svakako valja istaknuti klinike i laboratorije Medicinskog, Stomatološkog i Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Institut Ruđer Bošković u Zagrebu. Također postoji izvrsna suradnja s poliklinikom SUVAG u Zagrebu. Klinika je podijeljena u četiri zavoda: Zavod za otologiju i pedijatrijsku otorinolaringologiju, Zavod za rinologiju, Zavod za plastičnorekonstruktivnu kirurgiju i kirurgiju štitnjače i doštitnih žlijeda i Zavod za kirurgiju glave i vrata. Zahvaljujući kontinuiranom praćenju svjetskih trendova, u ORL klinici se već niz godina izvode najsvremenije operacije, bilo da je riječ o akutnim i kroničnim upalnim bolestima, malignim i benignim tumorima uha i krtiturgiji nagluhosti i gluhoće. Upravo je u kirurškoj rehabilitaciji gluhih osoba 1996. godine baš ovdje u Hrvatskoj izvedena prva ugradnja umjetne pužnice, a uslijedile su daljnje primjene naj sofisticiranijih aktivnih implantata srednjega uha, te aktivnih moždanih slušnih implantata. Posebno priznanje naša ORL klinika dobila je od Europske konfederacije društava za

otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, izborom među četiri europska centra za užu specijalizaciju iz otoneurologije, od 2016. godine pa sve do danas. Osim posvećenosti funkcionalnim problemima disanja i arhitekture nosa, bitna aktivnost rinologa usmjereni je i k rješavanju upalnih bolesti paranasalnih sinusa i tumorima tog područja, koji nerijetko nadilaze granice nosa i sinusa i ulaze u prednju i srednju lubanjsku jamu. Primjena ključnih suvremenih tehnologija, kao što je endoskopska sinusna kirurgija uz neuronavigaciju, omogućila je rješavanje prijelaznih i kompleksnih slučajeva kirurgije baze lubanje. Zavod za plastično-rekonstruktivnu kirurgiju i kirurgiju štitnih i doštitnih žlijeda prati svjetske trendove kada je riječ o broju i kvaliteti operativnih zahvata. Tako se godišnje na Zavodu hospitalizira gotovo 500 pacijenata s bolestima štitne, odnosno doštitnih žlijedza. Kod ovih operacija upotrebljavaju se najsvremeniji instrumenti po uzoru na velike svjetske centre. Na Zavodu se izvodi statička i dinamička rekonstrukcija ličnog živca, septoplastike i septorinoplastike. Osobit su izazov sekundarne i tercijarne rinoplastike

kada je rekonstrukcija moguća tek uz hrskavične presatke rebra i uške. Krturzi glave i vrata liječe velik broj slučajeva karcinoma glave i vrata na prostoru Republike Hrvatske i šire. U liječenju bolesnika s karcinomima glave i vrata osim kirurške resekcije bolesti, bolesnicima se već čitav niz godina omogućava i rekonstrukcija reseceranog dijela organa lokalnim, aksijalnim i slobodnim (mikrovaskularnim) režnjevima, što omogućava bržu rehabilitaciju bolesnika i povratak svakodnevnom životu. U stručnu djelatnost otorinolaringologa ubraja se i djelovanje iz područja pedijatrijske otorinolaringologije, koje stručnjaci suvereno rješavaju bolesti dječje populacije, od tonsilarnog problema do pedijatrijskih bolesti nosa i paranasalnih sinusa, kongenitalnih anomalija od kojih se ističe rad u rekonstrukcijama uške, te hitnih stanja u pedijatrijskoj otorinolaringologiji, kao što su strana tijela bronha i jednjaka. Klinika za ORL ima četiri referentna centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske: Referentni centar za komunikacijske bolesti, Referentni centar za dijagnostiku i liječenje kroničnih i hiperaktivnih bolesti gornjih dišnih putova, Referentni centar za pedijatrijsku otorinolaringologiju i Referentni centar za kohlearnu implantaciju i kirurgiju nagluhosti i gluhoće. Uz organizaciju niza stručnih simpozija, tečajeva i kongresa, na ponos je ORL klinici suradnja sa širokom mrežom centara izvrsnosti u zemlji i inozemstvu. Istaknuti stručnjaci svih područja užeg specijalističkog djelovanja tradicionalni su gosti na kongresima i tečajevima, ali i u svakodnevnom znanstvenom radu kliničara koji kontakti sa svijetom ostvaruju prije svega samoprijegorom, entuzijazmom, ljubavlju prema novome i čvrstom privrženošću načelima medicine temeljene na dokazima. Predanost širenju znanja i praktičnog iskustva obilježila je povijest naše ORL klinike, a svaka je generacija tome davala i daje svoj obol.

Doc. dr. sc. Fran Dobra

Uspješan kirurg, senolog, glazbenik i plivački as

 EDUARD HEMAR

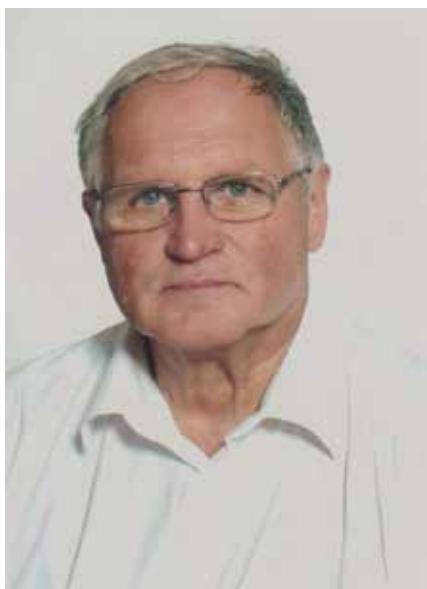
Jedan od najuspješnijih riječkih liječnika sportaša bio je Fran Dobra. Rođen je 11. veljače 1940. u Sušaku. U vrijeme njegovog rođenja Sušak je bio zasebni grad u Kraljevini Jugoslaviji, a susjedna Rijeka nalazila se u Kraljevini Italiji. Odrastao je u građanskoj obitelji. Njegov otac Fran bio je financijski kontrolor rodom iz sušačke Drage a majka Ivanka, rođ. Gauš, službenica rodom iz Opatije. Imao je stariju sestru Ivanka, udanu Ritterman (1938.), danas liječnicu u mirovini (primarius, specijalist mikrobiolog). Živjeli su u dijelu Sušaka koji se zove Vojak i nalazi se kraj Trsata, a taj dio grada sada je istoimeni mjesni odbor u Rijeci.

Fran je završio paralelno 1958. u Riječi sušačku gimnaziju "Mirko Lenac" i Srednju glazbenu školu "Ivana Mateića Ronjgova" te potom diplomirao na Medicinskom fakultetu 1965. Sudjelovao je 1958. na saveznom natjecanju učenika muzičkih škola Jugoslavije u Beogradu na Kolarčevom univerzitetu i osvojio drugu nagradu. Zapaženu glazbenu karijeru trebao je nastaviti akademskim obrazovanjem, ali je prevagnula ljubav prema medicini kojoj se odlučio posvetiti.

Uz glazbu je njegova druga velika ljubav u mladosti bio sport. Plivanjem se počeo baviti 1950. u Sportskom društvu *Primorje* iz Rijeke. Bio je član

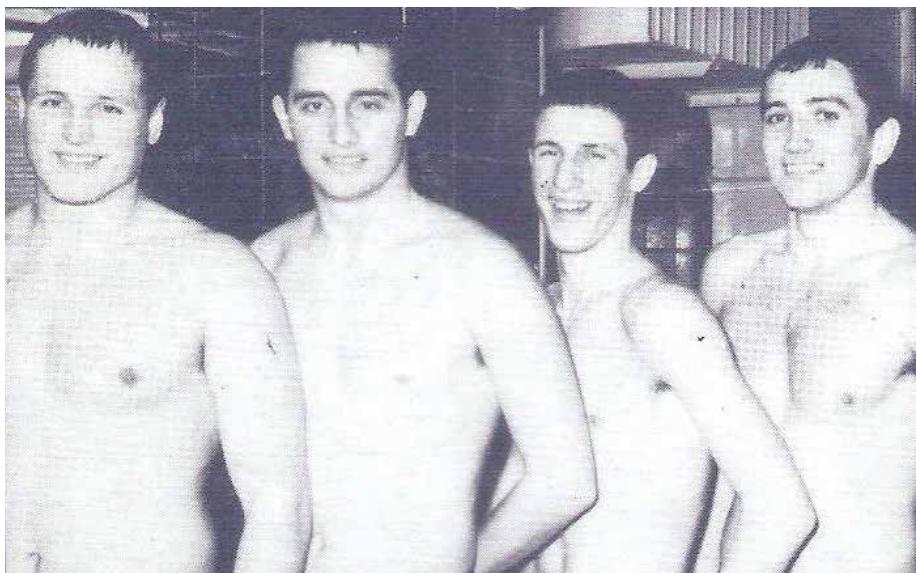
talentirane generacije koju je predvodio Mihovil - Mićo Dorčić, jedan od najboljih riječkih plivača svih vremena. Aktivno je trenirao više od 15 godina i postigao mnoge zapažene uspjehe u slobodnom stilu plivanja te u štafetama i s ekipom. Prvi značajniji nastup imao je na Juniorskom prvenstvu Jugoslavije 1955. u Kotoru. Već 1956. je kao 16-godišnjak nastupio za seniorsku ekipu na državnom prvenstvu u Splitu i osvojio 3. mjesto sa štafetom na 4x100 m mješovito. U godinama koje su slijedile razvio se u jednog od vodećih riječkih plivača. Bio je fizički vrlo snažan, što je za zahtjevan sport kao što je plivanje bila dodatna prednost. U zadnjoj juniorскоj godini 1958. u Mostaru postao je državni viceprvak 100 m i bio treći na 400 m sl. S ekipom *Primorja* nije imao sreće na seniorskom državnom prvenstvu 1959. u Kranju. Bio je treći sa štafetom na 4x200 m sl. i na kraju natjecanja osvojili su isti broj bodova kao *Jadran* iz Herceg Novog i *Triglav* iz Kranja, a odlukom Plivačkog saveza Jugoslavije prvak je postao *Jadran* zbog većeg broja pojedinačnih pobjeda. Do ekipnog trofeja došao je 1960. kada je *Primorje* osvojilo Cup Jugoslavije po sustavu liga. Tih je godina počeo igrati vaterpolo za prvu ekipu svoga kluba koji je nastupao u 2. saveznoj ligi nakon povlačenja legendi Ćire Kovačića i Jobe Kurtinija, dugogodišnjih reprezentativaca i najboljih svjetskih igrača 1950-ih.

Vrhunac sportske karijere postigao je sredinom 1960-ih. Nakon otvaranja zimskog bazena na Školjiću 1963. vratio se plivanju jer su plivači iz Ri-



Doc. dr. Fran Dobra

jeke konačno nakon dugog niza godina imali dobre uvjete za treniranje i njegovi rezultati nisu izostali. Na pojedinačnom prvenstvu Jugoslavije 1965. u Dubrovniku, gdje su kao gosti nastupili i plivači iz Sovjetskog Saveza, postao je prvak na 100 m sl., a bio je i član štafete koja je na 4x100 m sl. postigla novi državni rekord rezultatom 3:50,0. minuta. Sljedeće godine u Ljubljani nije uspio obraniti državni naslov na 100 m sl. ali je osvojio dobro 3. mjesto. Na zimskim prvenstvima Jugoslavije u kratkim bazenima (25 m) koja su održavana od 1960. postigao je također odlične rezultate. Sa štafetom *Primorja* na 4x100 m sl. osvojio je državni naslov 1965. u Rijeci i 1966. u Zagrebu i ekipni naslov 1965. u Rijeci. Bio je treći na 100 m sl. 1964., na 400 m sl. 1965. i na 100, 200 i 400 m sl. 1966. Svoj osobni rekord



Štafeta „Primorja“ na 4x200 m slobodno 1965.
S lijeva: F. Dobrila, M. Dorčić, Radoš i S. Rupčić

na 100 m slobodnim stilom postigao je 1965. sa rezultatom 57,4 min. To je bio tada četvrti najbolji rezultat svih vremena u državi. Nastupao je nekoliko godina i za reprezentaciju Jugoslavije. Sudjelovao je na Univerzijadi 1965. u Budimpešti i na tada nekoliko popularnih međudržavnih dvoboja protiv Poljske, Austrije i Ujedinjene Arapske Republike (Egipa) te postigao više državnih rekorda sa štafetama. Aktivnu natjecateljsku karijeru završio je 1966. i još kratko djelovao u upravi PK *Primorja* i bio klupski liječnik.

Po završetku MEF-a u Rijeci odradio je jednogodišnji obvezni liječnički staž 1967. u Srpskim Moravicama. Tijekom služenja vojnog roka u JNA 1968. završio je školu za rezervne oficire u SOŠ-u (VMS u Beogradu) i stekao čin sanitetskog kapetana. Poslijediplomski studij iz kliničke patofiziologije pohađao je također na MEF-u u Rijeci. Na Kirurškoj klinici Opće bolnice "Braće dr. Sobol" (danas KBC Rijeka) zaposlio se 11. ožujka 1968., a specijalistički ispit iz kirurgije položio je 24. travnja 1973. Od tada radi u

Općem odjelu Kirurške klinike, a od 1986. u Odjelu za kirurgiju endokrinih organa Kirurške klinike KBC-a Rijeka. Od 1977. do 1979. bio je na višednevnim usavršavanjima u Bologni, Zagrebu, Ljubljani i Oxfordu. Magistrirao je na MEF-u Rijeci 1979. radom 'Evaluacija vrijednosti gastrina u recesiranih i vagotomiranih bolesnika'. Godine 1984. stekao je naslov primariusa, a doktorirao je na MEF-u u Rijeci 1999. disertacijom 'Prognoistički čimbenici u žena s karcinomom dojke'. Znanstveno-nastavno zvanje docent na Katedri za kirurgiju MEF-a u Rijeci stekao je 2003. a pročelnikom Odjela opće kirurgije Klinike za Kirurgiju KBC-a Rijeka postaje 1995., u čijem vodstvu ostaje do umirovljenja. Za znanstvenog asistenta na Katedri za kirurgiju MEF-a u Rijeci izabran je 1985., za predavača od 1993. Stekao je zvanje docenta.

Kao liječnik sudionik je Domovinskog rata RH u neborbenom sektoru. Bio je član saniteta u ratnoj bolnici u Gospicu i Rami u BiH.

Bio je član i dužnosnik više liječničkih organizacija: HLZ-a, Kirurškog

društva Hrvatske (KDH) i Hrvatskog društva digestivnih kirurga. Obnašao je dužnost dopredsjednika Senološkog društva Hrvatske, predsjednik KDH-a – podružnice Rijeka. Aktivan je sudionik znanstvenih sastanaka "Bolesti dojke" u HAZU-u (Razred za medicinske znanosti, Odbor za tu more - popratni zbornik radova). Od 1978. do 1991. bio je glavni urednik zbornika radova stručnih i znanstvenih sastanaka u sklopu kontinuirane znanstvene edukacije udruženja digestivnih kirurga Jugoslavije. Glavni je i odgovorni urednik publikacija "IX simpozij o bolestima i ozljedama šake" 1974., "Vagotomija u liječenju gastroduodenalnog ulkusa" 1978. i "Biliodigestivna derivacija" 1981.

Za svoje profesionalno djelovanje u medicini dobitnik je mnogobrojnih priznanja i nagrada: Diploma UDKJ i Hrvatske lige za borbu protiv raka, priznanja Skupštine HLZ-Rijeka, zahvalnice Hrvatskog liječničkog zbornika, HDL Rijeka i Županije primorsko-goranske za izuzetan doprinos u Domovinskom ratu.

Njegova supruga Margit bila je administrativna djelatnica (sada u mirovini). Kćer dr. Irena Dobrila - Turnšek naslijedila ga je u liječničkom zvanju i radi kao neurolog u Klinici za neurologiju KBC-a Rijeka.

Docent Dobrila bio je uza sve navedeno strastveni ribolovac i vrstan poznavatelj podmorja, od riba do malakologije i školjaka. Bio je ljubitelj pisane riječi i erudit. Preminuo je 15. srpnja 2018. u Rijeci u 79. godini i pokopan na gradskom groblju Trsat.

Izv.: Izjava i dokumentacija kćerke dr. Irene Dobrila - Turnšek iz Rijeke; dokumentacija autora.

Lit.: Stjepan Moretti, *Statistički pregled razvjeta plivačkih rezultata i rekorda SFRJ*, Zagreb, 1971; *Victoria Primorje 1908 - 1978.*, Rijeka, 1978.; Više autora, Glazbena škola Ivana Matetića Ronjova Rijeka 1820 - 2000., Rijeka, 2000.; *Vodeći hrvatski liječnici*, Zagreb, 2004.

ZA POTRESOM POSTRADALE ZAGREPČANE

Odjek zagrebačkog potresa 9. studenoga 1880. u Trstu i Istri

Tršćanska „Naša Sloga“, „poučni, gospodarski i politički“ list, tada dvotjednik, koji je na hrvatskom jeziku i pod sloganom „Slogom rastu male stvari, a nesloga sve pokvari“, a koji je pokrenuo 1870. godine biskup Juraj Dobrila (1812. – 1882.), posvetila je znakovitu pozornost opisu prirodne katastrofe koja je prije 140 godina zadesila Zagreb.

„Devetoga novembra nećemo tako brzo zaboraviti. Toga dneva ujutro oko pol osam očutio se u polovici naše države (Austro-Ugarske op. I. V.) dosta jaki potres, ali se nikakva nesreća nije dogodila. U gradu Trstu trajao je do 6 sekundi, kuće su se tresle, kućni zvončići zazvoniše, ali se nikakva nesreća nije dogodila. Mogli bismo nabrojiti dvadeset gradova i mjesta po Kranjskoj, Štajerskoj i Ugarskoj gdje se silan potres pojavio, ali se nikakva daljnja nesreća nije pripetila. Tko je pak nastradao? Hrvatska! Glavni grad Zagreb bio je na rubu propasti! U 7 sati i 35 minuta istoga dana zbio se užasan potres i trajao do 30 sekundi, pravac mu je bio od sjeverozapada na jugoistok. Iz postelje skočili tako su izletili na ulicu. Kad je potres počeo bio zidove lomiti, skakali su ljudi iz kreveta te bez šešira, dapače kako su iz postelje skočili tako su izletili na ulicu. Užasan je bio jauk gospđa s djecom, a muškarcima u toj zdvojnosti brznule su suze. Srušilo se do 500 zidova i do 1500 dimnjaka ne računajući stijene koje su ispucale. Mnogo krovova se srušilo bez razlike u starijih i novijih kuća. Nema kuće u Zagrebu koja ne bi bila oštećena, a mnoge nisu za obitavati te su od stanovnika ostavljene. Više nego kuće nastradale su ovim potresom crkve po Zagrebu, a naročito prvostolna crkva sv. Stjepana. U toj crkvi srušio se svod nad svetištem (presbiterijem) te svojom težinom sasvim uništio lijepi glavni oltar od kojeg je preostao jedini kameni tabernakul, polupao nadbiskupsku stolicu i polovinu klupa u svetištu. Crkva sv. Marka sva je raspucana u pročelju. Uopće velika je šteta u dućanima u kojima ima predmeta koji se mogu baciti. Silan potres uzdrmao je s temelja sve te porazbacao naslagane stvari. Skoro se je čuditi što je kod takve goleme

nesreće ipak tako malo ljudi nastradalo. Mrtva su ostala dva, a ranjenih ima lijepi broj tako da se govori da su bolnice već prepunjene. Još sve to nije bilo dosta, potres se ponovio sljedećeg dana no ne u prijašnjoj silini, a osjetilo ga se i 12. studenoga tako da je kod čitavog pučanstva zavladao neopisiv strah te se nitko nije već dao pod krov, a tko je mogao i ostavio je Zagreb da se ukloni prijetećoj pogibelji. Nekoliko dana u prijašnjem tjednu spavalo je općinstvo po ulicama, u kočijama, u dašcarama ili proboravilo po kavanama kod običnih svjeća jer se plin u kućama nije smio užigati. Nije samo Zagreb stigla ta nevolja, iz stotine mjesta i sela Hrvatske dolaze tužni glasovi da su crkve porušene, kuće popucale i uopće da je šteta velika. Kaže se nadalje da oko Zagreba nekakvo toplo vrelo traži izaći na vidjelo i čitamo da je u blizini Sesveta zemlja pukla te da se našlo vulkanske materije.

Sad se je nadati da je pogibelj nestala. Njegovo Veličanstvo Franjo Josip Prvi je 10. studenoga poslalo depešu banu Ladislavu Pejačeviću (1824.-1901.): „Očekujuć Vaš, jučerašnjom brzovjekom zahtjevani prijedlog, dajem za sada iz moje privatne škatulje, od moje strane i od strane carice, za sironašnije pučanstvo nastradalo od potresa u Zagrebu i eventualno u ostalim mjestima Vašoj upravi povjerene zemlje iznos od 10.000 forinti koji se imaju podieliti čim stignu.“

Tko može neka priskoči u pomoć

„Ogromnoj šteti koja se tu desila još nitko pravo imena nezna. Ali potpuna prisebnost duha te krepko i mudro vladanje kojim se ovom žalostnom prigodom odlikuju hrvatske vlasti, naime gradsko poglavarstvo, ne mogu, a da ne umire uzbunjeno pučanstvo te mu opet uliju u srce izgubljenu spokojnost i nadu koja je neophodno potrebna da se što prije to nadomjesti. popravi što je nesreća uništila ili pokvarila. Tvrdo smo osvjedočeni, koliko pozajemo muški značaj hrvatskog naroda, da će Zagreb, Božjom pomoći, u malo godina biti još i ljepši, nego li je to bio do sada. Nitko ne kloni duhom nego svi i svuda na rad, da se zacijeli i ta naša najnovija rana. U sili se ljudi poznaju!“

Mnogo gradova Austrije izražava Zagrebu svoju sućut i sažaljenje, u ugarskom je saboru iskaz sućuti ubilježen u protokol. Kralj je priskočio brzom pomoći, drugi obećaju da će priteći. Šteta u Zagrebu iznosi po prilici do 2 i pol milijuna forinta, gubitak je ogroman. Pomoć je potrebita. Tko može neka priskoči u pomoć. Molimo sve rodoljube da svaki u svome mjestu ili selu nastoji da sakupi koji milodar za postradale od potresa. U lanjskoj nevolji sjetili su se Hrvati nas, oduži se, dakle, komu je to moguće te priteci nevolnjikom u pomoć. Mi smo pripravni objaviti u našem listu svaki darak koji nam pristigne u tu svrhu. Našu sućut i sažaljenje nije potrebno da izričemo, braća su nam po krvi i po jeziku, nevolja je njihova našom nevoljom.

Dvojica mrtvih i 23 ranjenih, preko 400 obitelji bez kuće i kućišta. Milodari za postradale sakupljaju se na sve strane. Isti London u Engleskoj sabire za postradale u Zagrebu i okolicu. I u Trstu se, već prije 1. prosinca 1880., ustrojio odbor za prikupljanje pomoći pod predsjedničtvom baruna Morpurga i podpredsjedničtvom pl. Turka i čim stigne potvrda od vlade počet će odbor svoje djelovanje. I u drugim su istarskim gradovima (Kastav, Podgrad, Volosko) osnovani odbori, a neki su milodare izravno slali u Zagreb, na gradskog načelnika Matiju Mrazovića (1824.-1896.) ili banu Pejačeviću.

Braćo Istrani! Nevolja je velika, slavni i cvatući glavni grad kraljevine Hrvatske oštećen je silno, valja ga uspostaviti u prijašnje stanje. Sabirajte prinose, i najmanji darak se prima. Pokažite ljubav braći svojoj!“

Iz zagrebačkog „Obzora“ prenesena je notica o plesnoj zabavi priređenoj u jednom gradiću torontalskog okruga (Bačka) u korist postradalim Zagrepčanima. Nije poznat ukupni prikupljeni iznos, ali je obznanjeno da je „neka ljepotica rasplamćena osjećajem za Zagrebčane licitirala svoj poljubac u tu svrhu i dobila 15 forinti 11 novčića – „samo“ jer „mladež nije bila dovoljno zastupana“.

Tršćanski je odbor već do 31. prosinca 1880. prikupio 3.500 forinti. Prvi je prinosnik (50 forinti) bio doktor prava Dinko Vitezić (1822. – 1904.), uz biskupa Dobrilu prvi prosvjetitelj istarskog naroda i prvi predsjednik "Družbe sv. Ćirila i Metoda za Istru", prvi istarski Hrvat zastupnik u Carevinskom vijeću u Beču (1873) i do 1891. jedini. Za njim su slijedili P. D. župnik u B. sa 4 forinte te kapelan u Buzetu Rajmund Jelušić (1848.-1914.) koji je dao 3 forinte. U sljedećim brojevima „Naše Sloge“ redaju se imena župnika i kapelana, učitelja i trgovaca. Bili su tu svećenici Petar Flego (1832.-1906.) Dobrilin kapelan i pouzdani suradnik te župnik Antun Karabaić (1832.-1906.) urednik Naše Sloge“, njegov bratić pravnik Ivo Karabaić (1854. – 1896.), trgovac iz Tinjana Šime Defar, trgovski agent i povjerenik Matice Hrvatske u Trstu Gjuro Vučković, svećenik, nastavnik i školski nadzornik te narodni zastupnik Vjekoslav Spinčić (1848.-1933.).

Prvo izvješće Odbora za prikupljanje milodara za postradale Zagrepčane ustanovljenoga u Kastvu je do kraja studenoga 1880. prikazalo popis prinosnika ukupnog iznosa od 63 forinte 23 novčića (63:23). Pored „Čitalnice“ u Kastvu (30:7) nalazimo imena dekana Vjekoslava Vlaha (1803.-1883), prvoga predsjednika „Čitalnice“, svećenika i nadučitelja-ravnatelja škole Ernesta Jelušića (1840.-1884.), učitelja Alberta Brozovića, tajnika općine Matka Laginje (1852.-1930.), kapelana i učitelja Josipa Janca (1820.-1891.), općinskog blagajnika trgovca Kazimira Jelušića (1855.-1918.), gostoničara i općinskog načelnika Frane Ksavera Munića (1840.-1895.), blagajnika „Bratovštine hrvatskih ljudi u Istri“ Antona Puža i mnogih drugih. Pododbor u Voloskom u kojem su bili brodovlasnik Karlo Poščić, Wilhelm Tončić, Viktor Tomičić i Andre Šanger (1853.-1934.), sakupio je 75:60 forinti, a osim članova odbora njih među prinositeljima bili su grofica Trauttmansdorf (12 forinti), grof Viktor Chorionsky (1838. - 1901.) (10 forinti), mjernik Vidović (10), barun Pesche (2). U Podgradu (Castelnuovo) je prema prvom izvješću prikupljeno 49 forinti, u Klani 39:84 forinti. U malom selu Rakotule u Istri prikupljeno je 7 forinti i poslano postradaloj braći u Zagreb „*kao malen znak*

harnosti za ono što su Zagrebčani obilatijom rukom pomogli Rakotulcima u lanjskoj nestašici“. Novac je uz poruku „*Bože, čuvaj nam Zagreb*“ predan članu tršćanskog odbora brodovlasniku Mati Poliću (1843.-1917.). I na Krku se prikupljalo za potresom postradale u Zagrebu. Kapelan u Dobrinju Antun Kirinčić (1815.-1893.) priložio je 9:40 forinti, a općinski liječnik u Omišlu dr. Niko Fabijanić (1851.-1935.), promoviran u Beču krajem svibnja te godine, dao je 2 forinte. U svoti od 29:90 forinti što ju je, potkraj ožujka 1881., Kastavski odbor izravno poslao u Zagreb bilo je i 24:80 forinti prikupljenih u Lovranu. Početkom lipnja 1881. Odbor na Krku poslao je u Zagreb 100:66 forinti prikupljenih u gradu Krku (50) u Dobrinju (16:36) u Vrbaniku (12:30) u Baškoj (10) u Puntu (5), u Korniću (4) i u Poljicama (3).

Širom države novine su obznanile proglaš „Hrvatskom narodu“ kojega je 24. veljače 1881. potpisao književnik i političar Marijan Derenčin (1836.-1908.), predsjednik Kazališnog odbora pozivajući na prikupljanje prinos za gradnju narodnog zemaljskog kazališta u Zagrebu. „*SVAKI dan novčić, svaki mjesec 30 novčića. Tko daruje 1.000 forinti zasljužuje naslov i diplomu utemeljitelja. Više vrijedi manja svota koja se daje ustrajno i redovito, nego veća, a nestalna i neuredna*“. Nakon preseljenja tvornice duhana u novoizgrađenu zgradu u današnjoj Klaićevoj ulici u kolovozu 1882. u zgradu Zemaljske bolnice na Sajmištu, obnovljenu nakon potresa 1880., useljeni pravni i filozofski fakultet te Rektorat Sveučilišta koji su od osnutka bili u zgradici gimnazije na Katarinskem trgu, a nastava je započela 6. studenoga 1882. To su samo dva primjera da se u Zagrebu nakon 9. studenoga 1880. nisu samo otklanjale posljedice rušenja i oštećenja izazvanih potresom. Grad je rastao i razvijao se, napredovao. Priloz pristigli iz Istre premda, prema ukupnim potrebama, mali svojim iznosom, bili su vrijedni svojim mobilizacijskim značenjem.

Zagreb 1880. – Zagreb 2020.

Nema razloga bojati se da u 21. stoljeću glavni grad neovisne Hrvatske, članice Europske Unije, neće nevolju i nuždu, provociranu katastrofom potresa nadodanom na pandemiju COVID-19, pretvoriti u novu šansu razvitka.

I ovo ćemo preživjeti, bit ćemo iskusniji. Zagreb će se obnoviti. Pomoći će stići i iz inozemstva, i novac i ekspertno znanje. Sve je važno. I vratiti domove građanima i obnoviti bolnice, škole, fakultete, crkve, muzeje. Imamo stručnjake svih profila s velikim znanjem i iskuštvom. Neki od njih nalaze se u Zadru, Dubrovniku, Gospiću, a neki i u inozemstvu. Potrebni su solidarnost i zajedništvo. Sve što se radi mora biti promišljeno i s pogledom usmjerenim u budućnost. Žrtve potresa, 15-godišnja Anamarija C. i dvojica muškaraca koji su živote izgubili pri otklanjanju posljedica potresa, velik su gubitak. Njihova se imena ne smiju zaboraviti.

Grad se mora širiti, zašto ne i prema jugu, to je područje dosad bilo seizmički sigurnije. Zbog čega ne bi nova zgrada Rektorske Sveučilišta bila u Novom Zagrebu. Isto vrijedi za novu zgradu HAZU-a te muzeje, od kojih su neki stradali do neupotrebljivosti. Ako statičari zgradu u Blatu, građenu novcem građana iz samodoprinosa za Sveučilišnu bolnicu, ne ocjenjuju adekvatnom (prošlo je već 40 godina od njezine gradnje), ima dovoljno površina za gradnju i bolnica i znanstvenih i edukacijskih objekata te zgrada za potrebe Vlade i Sabora. A središte grada dobit će neke nove sadržaje i smanjit će se prometne gužve. Ostanu li tornjevi katedrale preoljni, neka to ostane opomena čovjeku kako je malen pred Bogom i pod zvijezdam. Dajmo primjer onima koji će doći iza nas. Pretvorimo težak problem koji nam se ispriječio na putu u odskočnu dasku novog napretka. Ostanimo zapisani kao hrabra generacija koja je učila iz povijesti i ponašala se racionalno nastojići izbjegći будуće nevolje, pa bila one i za, danas nezamislivih, 140 godina.

Priredio:

Ivica Vučak (prema "Naša sloga" 1880. i 1881.)

PBZ DIGITALNO BANKARSTVO

KLIKNITE SA SVOJOM BANKOM.



#withCASH - podižite gotovinu na bankomatima bez kartice

#withPAY - plaćajte kontaktima iz mobilnog uređaja

#withSAVE - štedite manje iznose kada god poželite

Apple Pay i Google Pay™ – plaćajte beskontaktno svojim iOS i Android mobilnim uređajima

JEDNOSTAVNIJE BANKARSTVO.



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

2020.

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 zdravstva 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: Maji Žigman, mag.oec., na broj telefona: 01/4500 830, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: tmi@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: tmi@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 Médecins 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“.

e-Glaucoma Codes 5. međunarodni simpozij

Referentni centar za glaukom ministarstva zdravlja RH
Zagreb, 09.05.2020.-09.08.2020.
Mia Zorić Geber, br. tel: 0914009111,
e-mail: bruno@btmglobal.hr

IX eKongres - "Multidisciplinarni pristup u endokrinologiji i dijabetologiji"

Deal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 22.05.2020.-22.05.2021.
gda. Vida Peterlik, br. tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

Optimizacija terapije poslike infarkta miokarda - dio drugi

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Dijagnostika bolesti štitnjače

Agentius d.o.o.
edu.e-med.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška edu.e-med.hr, br. tel: 08009666,
e-mail: help@emed.hr

Istina i mitovi o beta blokatorima

Hrvatsko kardiološko društvo
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
Mario Ivanuša, br. tel: 012388888,
e-mail: kardio@kardio.hr

Prikazi slučajeva u rehabilitaciji nakon akutnog koronarnog sindroma

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Što je rehabilitacija kardioloških bolesnika?

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Optimizacija terapije poslike infarkta miokarda - čemu i zašto?

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Liječenje hipertenzije fiksnom kombinacijom bisoprolola i amlodipina

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Optimizacija terapije poslike infarkta miokarda - dio treći

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Metformi vs. Novi antidiabetici

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora
edu.lom.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška lom.hr, br. tel: 08009666,
e-mail: podrska@lom.hr

Faze rehabilitacije nakon akutnog koronarnog sindroma

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Predijabetes - bolest ili siva zona?

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora
edu.e-med.hr, 01.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška edu.e-med.hr, br. tel: 08009666,
e-mail: help@emed.hr

Selektivni beta blokatori - uvod

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Učinkovitost beta blokatora u usporedbi s ostalim antihipertenzivima

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Prikaz slučaja - Utjecaj hiperaktivnosti simpatikusa na arterijsku hipertenziju

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Autonomi živčani sustav - uvod

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Prikaz slučaja - veza između DMT2 i simpatičke hiperaktivnosti

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Dijagnostički postupci i terapijske mogućnosti kod poremećaja funkcije simpatikusa

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

Prikaz slučaja - Povezanost metalnog stresa i hiperaktivnosti simpatikusa

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsirca.hr, 02.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsirca.hr

FoCUS - primjeri patoloških nalaza i primjena u hitnim stanjima

Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 04.06.2020.-04.12.2020.
Mario Ivanuša, br. tel: 012388888,
e-mail: kardio@kardio.hr

SPAF i COVID-19

Hrvatsko kardiološko društvo/Bayer d.o.o.
ecme.bayer.hr, 03.06.2020.-01.10.2020.
Mario Ivanuša, br. tel: 012388888,
e-mail: kardio@kardio.hr

Interakcija prirodenog i stečenog imuniteta u virusnim pandemijama

Debal komunikacije d.o.o.
E-Medikus, 03.06.2020.-20.09.2020.
Vida Peterlik, br. tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

e-Up-to-date Ophthalmology

Klinika za očne bolesti KB "Sveti Duh", Zagreb
Zagreb, 05.06.2020.-05.09.2020.
Mladen Bušić, br. tel: 091409111,
e-mail: bruno@btmglobal.hr
Iznos kotizacije: specijalist 760,00kn,
specijalizant 380,00kn

Subklinička hipotireoza

Hrvatsko društvo za štitnjaču HLZ-a
edu.e-med.hr, 05.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška edu.e-med.hr, br. tel: 08009666,
e-mail: help@emed.hr

Prikazi slučajeva subkliničke hipotireoze

Hrvatsko društvo za štitnjaču HLZ-a
edu.e-med.hr, 05.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška edu.e-med.hr, br. tel: 08009666,
e-mail: help@emed.hr

Hipotireoza

Hrvatsko društvo za štitnjaču HLZ-a
edu.e-med.hr, 05.06.2020.-31.12.2020.
korisnička podrška edu.e-med.hr, br. tel: 08009666,
e-mail: help@emed.hr

Novi pristup liječenju kardiovaskularne bolesti uz Xarelto

Bayer d.o.o.
ecme.bayer.hr, 09.06.2020.-09.09.2020.
dr. Diana Kralj, br. tel: 0915228546, e-mail: kohom.hr@gmail.com

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

COVID-19 i kronični kardiovaskularni bolesnik: ima li posljedica? Pliva Hrvatska d.o.o. www.plivamed.net, 15.06.2020.-16.08.2020. dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinar@pliva.hr	Dijabetološki bolesnik s hipertenzijom SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Luka Radmanić, br. tel: 012353111, e-mail: luka.radmanic@sandoz.com	Tečaj za usavršavanje i provjeru stručne osposobljenosti predavača i ovlaštenih ispitivača iz nastavnog predmeta "Pružanje prve pomoći osobama ozlijedenim u prometnoj nesreći" Hrvatski Crveni križ Zagreb, 19.06.2020. gđa. Ana Mikuličić, br. tel: 0916042206, e-mail: prva-pomoc@hck.hr Iznos kotizacije: 800,00kn	ENTEROPATSKE ARTROPATIJE Dom zdravlja Primorsko-goranske županije Rijeka, 25.06.2020. Alenka Brozina, br. tel: 051327123/0912529187, e-mail: alenkabrozina@gmail.com
COVID-19 i šećerna bolest: dvije pandemije Pliva Hrvatska d.o.o. www.plivamed.net, 15.06.2020.-16.08.2020. dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinar@pliva.hr	Dijagnostičke mogućnosti kod hipertenzije i KV bolesti SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Josipa Lončar, br. tel: 012353111, e-mail: josipa.loncar@sandoz.com	Mindfulness za adolescente od 12 do 18 godina Centar DAR Zagreb, 22.06.2020.-31.08.2020. gđa. Vlatka Borčević Maršanić, br. tel: 098319834, e-mail: centdar@gmail.com Iznos kotizacije: 725,00kn	"Multidisciplinarni pristup liječenju pacijenta s anemijom" SANDOZ d.o.o. webinar, 25.06.2020. Josip Barilar, br. tel: 012353111, e-mail: josip.barilar@sandoz.com
COVID-19 u primarnoj zaštiti: problemi i rješenja Pliva Hrvatska d.o.o. www.plivamed.net, 15.06.2020.-16.08.2020. dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinar@pliva.hr	Anemija kod kroničnog bubrežnog bolesnika s komorbiditetima SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Sandra Milin, br. tel: 012353111, e-mail: sandra.milin@sandoz.com	"Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cijela" Novariš Hrvatska d.o.o. Opatija, 23.06.2020. Josipa Kodić, br. tel: 016274220, e-mail: josipa.kodic@novartis.com	Svaka anemija ima svoju priču SANDOZ d.o.o. webinar, 25.06.2020. Karla Smiljan, br. tel: 012353111, e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com
COVID-19 i akutna stanja Pliva Hrvatska d.o.o. www.plivamed.net, 15.06.2020.-16.08.2020. dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinar@pliva.hr	"Kardiovaskularni bolesnik s terapijom bolii" SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Ema Mahmić, br. tel: 012353111, e-mail: ema.mahmic@sandoz.com	Stručni sastanak Hrvatskog društva radiologa Hrvatsko društvo radiologa HLZ-a Zagreb, 24.06.2020. Damir Štimac, br. tel: 098799166, e-mail: info@radiologija.org	Gastroprotekacija kod liječenja boli SANDOZ d.o.o. webinar, 25.06.2020. Karla Smiljan, br. tel: 012353111, e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com
Od kontrole glikemije do smanjenja kardiovaskularnog rizika 15.6.2020 GTM Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH Zagreb, 15.6.2020. Mara Čabraja, 01/2350999, cabraja_mara@lilly.com	Pratimo li smjernice u liječenju hipertenzije? SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Hana Varljen, br. tel: 012353111, e-mail: hana.varljen@sandoz.com	"Kišemo li ovih dana" SANDOZ d.o.o. webinar, 24.06.2020. Petar Bago, br. tel: 012353111, e-mail: petar.bago@sandoz.com	"Bolest kraljeva i bogataša - grijti i njihovo liječenje" SANDOZ d.o.o. webinar, 25.06.2020. Tamara Žic, br. tel: 012353111, e-mail: tamara.zic@sandoz.com
Odabrane teme iz gastroenterologije za liječnika opće/obiteljske medicine Hrvatsko gastroenterološko društvo Zagreb, 16.06.2020.-30.06.2020. prim.dr.sc. Hrvoje Ivezović, br. tel: 09118490004, e-mail: hrvoje.ivezovic@gmail.com	Anemija-simptomi, liječenje, farmakoekonomija SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Mirela Gudelj, br. tel: 012353111, e-mail: mirela.gudelj@sandoz.com	Zajedno prema zdravlju Pliva Hrvatska d.o.o. Zagreb, 24.06.2020. Gordan Šnidarić, br. tel: 0989805522, e-mail: goran.snidaric@pliva.com	Periferarna arterijska bolest - nova era uz COVID-19 Hrvatska endovaskularna inicijativa Zagreb, 26.05.2020. Veronika Jurić, br. tel: 098594281, e-mail: veronika.juric@moment.hr
Verzenios (abemaciclib): Moć izbora u HR+, HER2- uz napredovalom raku dojke, 16.6.2020 GTM Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH Zagreb, 16.6.2020. Mario Dvorski, tel: 01/2350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com	"Iskustva u liječenju febuksostatom" SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Ivana Šimunović, br. tel: 012353111, e-mail: ivana.simunovic@sandoz.com	Castroenterološki pacijent u ordinaciji obiteljske medicine SANDOZ d.o.o. webinar, 24.06.2020. Karlo Smiljan, br. tel: 012353111, e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com	Sprejčimo komplikacije - spasimo pacijente Krka-farma d.o.o. Zagreb, 26.05.2020.-12.06.2020. Jana Jadrejčić, br. tel: 0992470364, e-mail: jana.jadrejic@krka.biz
Upoznavanje liječnika obiteljske medicine o izazovima u liječenju bolesnika u COVID pandemiji Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o. web, 17.6.2020.	Šibenik: Denosumab u liječenju postmenopausalne osteoporoze Amgen d.o.o. Šibenik, 18.06.2020. Mario Lacić, br. tel: 0989806755, e-mail: mlatic@amgen.com	Važnost preventivnog liječenja KV rizičnog pacijenta SANDOZ d.o.o. webinar, 24.06.2020. Petrica Lešin, br. tel: 012353111, e-mail: petra.lesin@sandoz.com	Multidisciplinarni pristup liječenju pacijenta SANDOZ d.o.o. webinar, 26.06.2020. Irma Prskalo, br. tel: 012353111, e-mail: irma.prskalo@sandoz.com
Faragon Nutrigen online akademija Faragon Hrvatska d.o.o. webinar, 18.06.2020. Vesna Marijanović Jukić, br. tel: 0916595779, e-mail: vesna.marijanovic.jukic@faragon.hr	Onkološki virtualni forum - Dosadašnja iskustva i izazovi u liječenju uz napredovalog raka želuca, 18.6.2020 GTM Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH on-line, 18.6.2020. Mario Dvorski, tel: 01/2350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com	Prikaz pacijenta s dijabetesom i povиšenim KV rizirom SANDOZ d.o.o. webinar, 25.05.2020. Tamara Kurić Milošević, br. tel: 012353111, e-mail: natalija.miklec@sandoz.com	Tečaj za usavršavanje i provjeru stručne osposobljenosti predavača i ovlaštenih ispitivača iz nastavnog predmeta "Pružanje prve pomoći osobama ozlijedenim u prometnoj nesreći" Hrvatski Crveni križ Zagreb, 26.06.2020. Ana Mikuličić, br. tel: 0916042206, e-mail: prva-pomoc@hck.hr Iznos kotizacije: 800,00kn
Međunarodna konferencija Zdravstvo temeljeno na praćenju ishoda liječenja Inovativna farmaceutska inicijativa Zagreb, 18.06.2020. Lea Šušić, br. tel: 0958824382, e-mail: ivana@conventuscredo.hr	Od kontrole glikemije do smanjenja kardiovaskularnog rizika 18.6.2020 GTM Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH Zagreb, 18.6.2020. Mara Čabraja, tel: 01/2350999, e-mail: cabraja_mara@lilly.com	On line interaktivni tečaj EKG-a IPEM-inicijativa za promicanje edukacije u medicini Zagreb, 25.05.2020.-31.07.2020. Iva Mašlač, br. tel: 0916200489, e-mail: ured.fargo@gmail.com Iznos kotizacije: 1750,00kn +PDV	FoCUS - Focus Cardiac UltraSound Hrvatsko kardiološko društvo edu.croecho.hr, 28.05.2020.-28.11.2020. Mario Ivanuša, br. tel: 012388888, e-mail: kardio@kardio.hr
"Kišemo li ovih dana" SANDOZ d.o.o. webinar, 18.06.2020. Josip Barilar, br. tel: 012353111, e-mail: josip.barilar@sandoz.com	Suvremeni koncepti liječenja perianalne Crohnove bolesti Inicijativa za promicanje edukacije u medicini Zagreb, 18.6.2020. Vedran Tomašić, mob: 0994430566, e-mail: tomasicvedran@gmail.com		Alergijski rinitis i LPR SANDOZ d.o.o. webinar, 29.06.2020. Karla Stanko, br. tel: 012353111, e-mail: karla.stanko@sandoz.com

STUDENI

"Momanose-suvremeno liječenje alergijskog rinitisa"

SANDOZ d.o.o.

webinar, 29.06.2020.

Tihomir Žugec, br. tel: 012353111, e-mail: tihomir.zugec@sandoz.com

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službeHrvatski zavod za hitnu medicinu
Vodice, 29.06.2020.-02.07.2020.

Marija Štićić, br. tel: 0993394859, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

"Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem - Titracijom do cilja"

Novartis Hrvatska d.o.o.

Slavonski Brod, 30.06.2020.

Josipa Kodic, br. tel: 016274220, e-mail: josipa.kodic@novartis.com

Pacijent s komorbiditetom - kako poboljšati adherenciju?

SANDOZ d.o.o.

webinar, 30.06.2020.

Marin Kokeza, br. tel: 012353111, e-mail: marin.kokeza@sandoz.com

Novosti u liječenju gihta

SANDOZ d.o.o.

webinar, 30.06.2020.

Slavko Žužul, br. tel: 012353111, e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

Multidisciplinarni pristup pacijentu sa komorbiditetom

SANDOZ d.o.o.

webinar, 30.06.2020.

Ivana Šimunović, br. tel: 012353111, e-mail: ivana.simonovic@sandoz.com

"Ovisnost o digitalnog medijima"

Nastavni zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije

Slavonski Brod, 30.06.2020.

Tamara Brezičević, br. tel: 035411319, e-mail: ovisnostisb@gmail.com

Kad srce ne misli na mozak

SANDOZ d.o.o.

webinar, 01.07.2020.

Ema Zahirović, br. tel: 012353111, e-mail: ema.zahirovic@sandoz.com

HLK webinar: "Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine."Modul III - Šećerna bolest i Bolesti štitnjače, 3. dio
Hrvatsko društvo za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a
Zagreb, 01.07.2020.

Sunčana Zgaga, br. tel: 012376581, e-mail: tina.dusek@gmail.com

Osobe oboljele od psihičkih poremećaja i pandemije COVID-19

Pliva Hrvatska d.o.o.

www.plivamed.net, 01.07.2020.-01.10.2020.

dr.sc. Ivana Klinař, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinař@pliva.hr

Neurološki bolesnici u vrijeme pandemije COVID-19

Pliva Hrvatska d.o.o.

www.plivamed.net, 01.07.2020.-01.10.2020.

dr.sc. Ivana Klinař, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinař@pliva.hr

Simptomi donjeg urinarnog trakta (LUTS)

Pliva Hrvatska d.o.o.

www.plivamed.net, 01.07.2020.-31.12.2020.

dr.sc. Ivana Klinař, dr.med., br. tel: 098499925, e-mail: ivana.klinař@pliva.hr

Od kontrole glikemije do smanjenja kardiovaskularnog rizika 1.7.2020 GTMEli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 1.7.2020.

Mara Čabralja, br. tel: 012350999, e-mail: cabralja_mara@lilly.com

Izazovi u liječenju hiperuricemije i gihta

SANDOZ d.o.o.

webinar, 02.07.2020.

Josipa Lončar, br. tel: 012353111, e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

Data4Oncology MeetUp

HT konferencija d.o.o.

Zagreb, 02.07.2020.

Andrea Stanićić, br. tel: 0958782328, e-mail: andrea.stanicic@hit-konferencija.hr

Osnovni trening za primjenu Terapije prihvaćanjem i posvećenošću(engl. Acceptance and Commitment Therapy, ACT)
Privatna psihološka praksa "KBT opcija", v.l. Dragica BarbarićZagreb - preko zoom aplikacije, 04.07.2020.-05.07.2020.
Valentina Pečnik, br. tel: 0993095112, e-mail: info@kbt-barbaric.com

Iznos kotizacije: 1500,00kn

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Valpovo, 06.07.-09.07.2020.

Marija Štićić, br. tel: 0993394859, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

1. SERVIEROVA e-Radionica iz hipertenzije - Slavonija

Servier Pharma d.o.o.

webinar, 07.07.2020.-21.07.2020.

Ivana Fabrič Ojdanić, br. tel: 0916551524, e-mail: ivana.fabice-oidanic@servier.com

2. SERVIEROVA e-Radionica iz hipertenzije - Slavonija

Servier Pharma d.o.o.

webinar, 08.07.2020.-22.07.2020.

Ivana Fabrič Ojdanić, br. tel: 0916551524, e-mail: ivana.fabice-oidanic@servier.com

"Svaki stres ima svoju priču"

SANDOZ d.o.o.

webinar, 09.07.2020.

Ivana Šimunović, br. tel: 012353111, e-mail: ivana.simonovic@sandoz.com

"Liječenje boli - različite specijalnosti, isti zadatak"

SANDOZ d.o.o.

webinar, 14.07.2020.

Tamara Žic, br. tel: 012353111, e-mail: tamara.zic@sandoz.com

"Gilt-iskustva u liječenju febukostatom"

SANDOZ d.o.o.

webinar, 29.07.2020.

Ivana Šimunović, br. tel: 012353111, e-mail: ivana.simonovic@sandoz.com

RUJAN

10. EUROPAEDIATRICS – 10. europski kongres pedijataria i**14. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a i****13. kongres pedijatrijskog društva HUMS-a**

Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a

Zagreb, 03. - 5.9.2020.

prof.dr.sc. Aida Mujkić, registration@europaediatrics2020.org

500,00 kn

12. hrvatski Cochrane simpozij

Sveučilište u Splitu Medicinski fakultet

Split, 03.09.2020.

Anita Režić, br. tel: 021/557-923, e-mail: anita.rezic@mfesr.hr

Iznos kotizacije: 500,00kn, 250,00kn, (iznos uključuje PDV)

GODIŠNJI KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA VASKULARNU KIRURGIJU HLZ-a s međunarodnim sudjelovanjem**i SIMPOZIJ HRVATSKOG DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA VASKULARNE KIRURGIJE**

HLZ, HD za vaskularnu kirurgiju

Opatija, 10.9. - 12.9.2020.

prof. dr. sc. Miljenko Kovačević, dr. med., tel: 051 658 665, e-mail: croscovacs@gmail.com

doktori - 2.200,00 kn specijalizanti - 1.100,00 kn; med.

sestre/tehničari - 900,00 kn, studenti

i umirovljeni liječnici-gratis

Konferencija: „Ozon Stari/Novi lijek“ Conference:**„Ozone: an Old/New medical Drug“**

Zagreb, 26.09.2020.

Branka Čučković, mob: 0993171214, e-mail:

o3.ozonoterapija@gmail.com

LISTOPAD

Pandemija kroničnih rana u novom desetljeću

Hrvatska udruga za rane

Trogir, 15.10.-16.10.2020.

Dunja Hudoletnjak, br. tel: 0953777175, e-mail:

dhudolet@kdssd.hr

Iznos kotizacije: 1.000,00kn-1.100,00kn

OCCSEE 2020. – V. optometrijska konferencija srednje i jugoistočne Europe

Veleučilište Velika Gorica

Split, 23.-25.10.2020.

mgr. Sonja Drugović, asis.bacc.ing.opt., tel/mob:

0992905448

e-mail: sonja.drugovic@vgg.hr

