

LIJEČNIČKE novine



PRVA virtualno održana
SKUPŠTINA HLK-a

IMPRESSUM

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 Lerotic, dr. med.
DR. SC. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Dr. sc. Jadranka Pavićić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Marija Rogoznica, dr. med. • Vesna Štefančić Martić, dr. med.
Prim. Boris Ujević, dr. med. • prof. dr. sc. Davor Vagić, dr. med.
Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

TAJNIK UREDNIŠTVA

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

UREDNIČKI ODBOR

Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med. • Ana Gverić Grginić, dr. med.
Prof. dr. sc. Zdenko Kovač, dr. med. • Prim. Slavko Lovasić, dr. med.
Dr. sc. Adrian Lukenda, dr. med. • Prof. dr. sc. Ivica Lukšić, dr. med.
Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Anna Mržljak, 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 Pulpak, dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med.
Ksenija Vučur, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

OGLAŠAVANJE

Na temelju odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi od 12. prosinca 2005. (Klasa: 612-10/05-01/8. Ur. broj: 534-04-04/10-05/01) za sve oglase lijekova objavljene u ovom broju Liječničkih novina cijelokupni odobreni sažetak svojstava lijeka te cijelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

HRVATSKA LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

Preplatnička 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, Hrvatka i Antonio Dolić,
e-mail: hrvatka@restart.hr, tel. 091/3000 482

Tisk: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisk 5. listopada 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

KAZALO

4 UVODNIK

Diskriminira li kazneni zakon liječnike?

5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Era nereda

6 RAZGOVOR

Prof. Stipan Jonjić

10 TEMA BROJA

Odlazak liječnika iz Hrvatske

15 KRONOLOGIJA

Koronavirus u Hrvatskoj

18 IZ KOMORE

Prof. Hauser – novi dekan MEF-a u Rijeci • Svim članovima 10 bodova • Upitnik liječnicima „pod nadzorom“ • Pregled aktivnosti

22 KOMORINA STIPENDISTICA

Doc. dr. sc. Tajana Pavić, dr. med.

24 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Što smo naučili tijekom pandemije • O palijativnoj medicini „Ostani uz mene!“ • Endoskopija kod novotvorina probavnog trakta HZZO i MZ: eUputnice i eNalazi • Mokračni mjehur i transplantacija bubrega • Aritmologija u nas • Nastava na MEF-u u Zagrebu, Rijeci i Osijeku • Cijepljenje protiv gripe u ovoj sezoni • Lijekovi u rinfuzi Sedma hrvatska transplantacijska škola • Sekcija mladih nefrologa u HLZ-u

48 PRIKAZ SLUČAJA

50 SALUTOGENEZA

52 COVID-19

Dječje zarazne bolesti • Liječenje bolesnika s COVID-19

58 GOST UREDNIK

62 PREVENTIVA

63 REAGIRANJE

64 TEHNOMEDICINSTVO

69 LIJEĆNIČKA PRIČA I PJESMA

70 IZDAVAŠTVO

73 KULTURA

74 MEDICINSKA ETIKA

78 ZANIMLJIVOSTI

80 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

86 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE

88 PRAVO I MEDICINA

90 SJEĆANJA

Sjećanje na studij medicine u Zagrebu 1948. godine (3. dio)

94 IZ HRVATSKE POVIJESTI

97 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE

98 PUTOPIS

103 LIJEĆNICI UMJETNICI

104 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Diskriminira li kazneni zakon liječnike?



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ
predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Početak je nove akademske godine. Među svim studentima najviše uzbudjenja zasigurno osjećaju studenti prvih godina fakulteta, tzv. brucoši. Na četiri hrvatska medicinska fakulteta više od 500 budućih liječnika otpočelo je s nastavom prve godine medicine. Nastava se ove godine odvija u specifičnim okolnostima. Pandemija diktira uvjete u kojima živimo i radimo, pa tako i način studiranja. Hibridni model nastave, kliničke vježbe uz osobnu zaštitnu opremu. Sve u svemu ne baš normalno ili famozno „novo normalno“, kako se kome više sviđa.

Nego, pitam se na čemu su ti mladi ljudi temeljili svoju odluku da upišu baš studij medicine? Jesu li možda još od malena htjeli biti baš liječnici? Ili pak možda nastavljaju obiteljsku tradiciju? Je li sigurno zaposlenje bio jedan od razloga za upis? Je li to ugled u društvu, iako je status liječ-

nika kod nas nažalost u silaznoj putanji? Znaju li brucoši na medicinskim fakultetima uopće kako izgleda svakodnevni posao liječnika u Hrvatskoj? Imaju li predodžbu što bi po završetku studija željeli specijalizirati? Prema jednoj anketi provedenoj među studentima medicine prije nekoliko godina 14 % studenata prve godine medicine namjerava nastaviti karijeru u inozemstvu nakon diplome. Svaki sedmi brucoš dakle upisuje medicinu s jasnim pogledom preko granice i definiranom odlukom o odlasku. Dobro je, može biti i puno gore, reći će mnogi.

Znaju li budući mladi kolege da je liječnička profesija iznimno odgovorna i pri tomu visoko regulirana? Vjerujem da znaju, ali koliko detaljno poznaju tu regulativu? Svaki je posao častan i svatko treba svoj posao raditi savjesno i biti odgovoran da ga obavi kako treba. Ali, rijetka su zanimanja u kojima radeći svoj posao izravno odgovarate za zdravlje i život druge osobe. Izravno, a ne posredno. To su, naravno, zdravstvene profesije, među kojima su liječnici temeljni i mjerodavni nositelji zdravstvene djelatnosti, kako to jasno definira zakon. Kada smo već kod zakona, ne znam znaju li studenti medicine da liječnici i drugi zdravstveni radnici potencijalno mogu kazneno odgovarati prema našem kaznenom zakonu zbog, između ostalog, nesavjesnog obavljanja svog posla. Ne znam znaju li da smo profesija koja ima „svoje“ kazneno djelo u Kaznenom zakonu RH. Nesavjesnim obavljanjem svoje profesije koje za posljedicu ima narušavanje zdravlja pacijenta, liječnik (i drugi zdravstveni radnik) može biti osuđen na kaznu zatvora u trajanju do 12 godina. Konkretno, radi se o kaznenom djelu nesavjesnog liječenja. Samo za usporedbu, za kazneno djelo ubojstva iz nehaja može se dobiti maksimalno do 5 godina zatvora. Nisam siguran niti da većina liječnika, ne samo

studenata, zna za ove važne podatke.

Zakon polazi od toga da je zdravstvena djelatnost iznimno korisna za pojedinca i društvo te da se mora obavljati krajnje savjesno, uz poštovanje pravila zdravstvene struke. To je logično i razumno. Kazneni zakon propisuje kao kažnjivo ponašanje postupanje *doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugoga zdravstvenog radnika koji obavljujući zdravstvenu djelatnost primjeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupa pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe*. Dakle, samo u slučaju očito nesavjesnog postupanja odgovornih zdravstvenih djelatnika može postojati njihova kaznena odgovornost. U pravnoj teoriji tumači se da očito nesavjesno postupanje čine liječnički postupci koji su izraz nemara, brzopletosti, površnosti, birokratskog stava i sl. S obzirom na takav opis, proizlazi da bi u bitno obilježje kaznenog djela ulazile samo grube povrede profesionalnih pravila postupanja, samo ona znatna, očita, na prvi pogled uočljiva odstupanja od priznatih pravila struke i znanosti. No, tko o tomu na kraju odlučuje u pravosudnom procesu i na temelju čega? Povjerenstva? Sudski vještaci, kolege liječnici? Suci, tj. pravnici? Vještaci odgovarajuće struke temeljem pravila struke odgovorit će na pitanja i nalog suda davanjem svoga mišljenja je li određeno činjenje ili nečinjenje propust, odnosno pogreška, je li u uzročno-posljedičnoj vezi s posljedicom koja je nastupila, ali ne i je li takav propust ili pogreška – očito nesavjesno postupanje. Ocjenu o tome što se u kaznenopravnom smislu smatra nesavjesnim postupanjem donosi sud, a ne vještaci.

Nedavno smo mogli čuti za prvu pravomočnu sudsku presudu u Hrvatskoj kojom je liječnik kažnjen bezuvjetnom kaznom

zatvora zbog kaznenog djela nesavjesnog liječenja. To je, podsjetimo, kazneno djelo koje kao takvo ne postoji u zakonodavstvima ostalih EU država, osim onih nastalih raspadom bivše SFRJ. Znači li to da u ostalim EU državama liječnici nemaju odgovornosti za svoj rad? Naravno da ne znači. Eklatantne pogreške ili propusti u radu liječnika, s posljedicama po zdravlje ili život druge osobe, mogu se procesuirati po drugim kaznenim djelima koja postoje u svim kaznenim zakonodavstvima. Sama činjenica postojanja kaznenog djela nesavjesnog liječenja zapravo znači da licencirani liječnik koji je stekao sve zakonski predviđene uvjete za svoju licencu, odnosno usvojio je predviđena znanja, vještine, kompetencije, koji radi u licenciranoj ustanovi koja zadovoljava propisane

standarde prostora i opreme, ne bi smio nikada u svojoj karijeri učiniti stručni propust ili pogrešku, ako želi biti posve siguran da mu se potencijalno neće suditi za kaznenu odgovornost. Je li to uopće moguće? Naravno da nije. Godišnje svaki liječnik učini nekoliko tisuća medicinskih procedura, a u cijeloj karijeri to je više od 100.000 ili 200.000 postupaka. Liječnici, ali i pravnici, slažu se da je kazneno djelo nesavjesnog liječenja iznimno prijeporno jer je vrlo zahtjevno za procesuiranje te, između ostalog, zato što postojanje opasnosti od kaznenog progona može utjecati na pojave poput defenzivne medicine te na taj način posljedično opet izazvati opasnost za zdravlje pacijenata.

Nijedan liječnik, uvjeren sam, ne odlazi na posao s namjerom da se nesavjesno bavi

svojom strukom. Još manje je vjerojatno da će liječnik namjerno učiniti stručni propust ili pogrešku. Zašto se onda liječnicima kazneno sudi za pogreške u poslu? Identično je pitanje javno postavio i tadašnji ministra zdravstva još 2014. godine. Predložio je da se liječnička profesija izostavi iz kaznenog zakona ili pak da se sve regulirane profesije u EU-u, kojih ima više desetaka, eksplicitno navedu u odredbama kaznenog zakona. Smatrao je da je ovakvo apostrofiranje liječnika u kaznenom zakonu diskriminаторno. Suprotstavio mu se tadašnji ministar pravosuđa i tu je sve stalo. Od ministara zdravstva prije njega, ali i poslije njega, nismo (još) čuli za slične inicijative.

Doista, znaju li mladi kolege studenti i općenito liječnici ove činjenice vezane za našu profesiju? Ako ne, svakako bi trebali saznati.

Era nereda

Analitičari Deutsche Bank objašnjavaju kako počinje razdoblje koje nazivaju erom nereda, osvrćući se na finansijsku globalnu perspektivu, a ja nas nekako prepoznam pod tim izrazom koji bez dozvole autora posuđujem za drukčija životna područja. Univerzalne društvene vrijednosti deformiraju se pod utjecajem poželjne asocijalnosti (pa zvali je i samo fizičkom distancicom ili kako-god). Zanimanje za kulturna druženja i događaje valja potisnuti pa uzvišene potrebe za lijepim svesti na postupanja slična npr. boravku u sanatoriju za oboljele od sušice početkom prošloga stoljeća – u samoći, na otvorenome, u društvu s knjigom. Definicija rizičnog ponašanja obogaćena je inače normalnim situacijama poput vožnje javnim prijevozom ili treninga u teretani. A u kliničkom pristupu nered se uređuje uputama o vremenski što kraćem fizikalnom pregledu pacijenta ili izbjegavajući ga. Pa kako onda odgajati studente medicine? Ipak, ne dao Bog većeg zla, jer trenu-

tačno nemamo odgovornijeg izbora od ovakvog nereda.

Autonomija bolesnika u odlučivanju o svome liječenju više nema alternativu jer je paternalistički model u kojem „liječnik zna najbolje“ ostao s dvadesetim stoljećem prekriven povjesnom prašinom. No, nemojmo zlorabiti modernu paradigmu u kojoj „pacijent zna najbolje“. Ono što mi znamo, pacijenti često ne znaju. Kadkad patološki produ(b)ljuju razdoblje negiranja bolesti (Joseph Babinski 1914. govori o anosognosiji, bez znanja o bolesti i uvida u nju), pri čemu gube dragocjeno vrijeme i izglede za izlječenje. Budimo sigurni da imaju primjeren uvid u svoje stanje i prognazu, dajmo si truda i strpljenja da ih informiramo. Prepoznajmo razliku između negiranja bolesti i odbijanja liječenja, kako bi bolesnik u algoritamskom labirintu pošao za sebe najprimjerenijim smjerom. Odluka o palijativnoj skribi (Z51.5) ima svoje uzuse i moramo biti sigurni da smo pravilno odabrali.



Uz nacionalnu televiziju pratim serijal o Tinovom geniju i potom saznajem kako nam u goste dolazi Bukovčeva „Dubravka“ pa slutim povratak onoga starog reda, dok virtualno susrećem književnike na festivalima, liječnike na webinarima, a sa studentima koordiniram i održavam vježbe s pomoću WhatsAppa.

Jesmo li se već promijenili ili samo privremeno prilagodili?

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

VIRUSOLOG I IMUNOLOG SVJETSKOGA GLASA

prof. STIPAN JONJIĆ

O novom koronavirusu, pandemiji i cjepivu

Prof. dr. sc. Stipan Jonjić, dr. med. pročelnik je Zavoda za histologiju i embriologiju i voditelj Centra za proteomiku Medicinskog fakulteta Sveučilište u Rijeci. Voditelj je i Znanstvenog centra izvrsnosti za virusnu imunologiju i cjepiva, u kojem djeluje i nekoliko istraživačkih skupina sa Sveučilišta u Zagrebu. Autor je više od 200 znanstvenih radova koji su objavljeni u vrhunskim znanstvenim časopisima. Dobitnik je najprestižnijih znanstvenih projekata poput R01 projekta Nacionalnih instituta za zdravlje (NIH) SAD-a i projekta Europskog istraživačkog vijeća (ERC). Član je Leopoldine, Njemačke nacionalne akademije znanosti i Europske mikrobiološke akademije. Član je Upravnog odbora Hrvatske zaklade za znanost, Znanstvenog savjetodavnog odbora Heinrich Pette Instituta u Hamburgu i uredničkog odbora nekoliko znanstvenih časopisa. Njegova skupina poznata je po važnim otkrićima mehanizama imunološkog nadzora virusnih infekcija i virusnih imunosubverzivnih gena. U novije vrijeme rade i na razvoju suvremenih cjepiva i imunoterapeutika – tzv. pametnih lijekova za imunoterapiju tumora.

Razgovarala
prof. LADA ZIBAR

► Ne možemo "mirnodopski" razgovarati i izbjegći svjetski problem koji dominira i hrvatskom svakodnevicom. Sada već ne više novi koronavirus, SARS-CoV-2, narodni je neprijatelj broj 1, od kojega ne možemo pobjeći, barem ne na našem planetu. Kako biste procijenili biološke i medicinske razmjere pandemije COVID-19?

Koronavirusi nisu nepoznati i neki od njih kruže i među ljudima te izazivaju blage infekcije poput obične prehlade. Riječ je o velikoj obitelji virusa RNK, među kojima su mnogi specifični za neke vrste u kojima

se održavaju, ali ne izazivaju opasne bolesti. Stalne promjene genoma virusa, mutacije, mogu promijeniti strukturu virusnih bjelančevina, tako da se oni mogu proširiti i na druge domaćine u kojima još nisu obitavali, tj. koje dotad nisu uspješno inficirali ili su nakon infekcije bili toliko patogeni da su bili fatalni za nove domaćine pa se zbog toga nisu mogli dalje proširiti. Sve u svemu, „preskakanje“ virusa s jedne vrste na drugu nije ništa neobično i takvih je primjera bilo puno i bit će ih još. **Pitanje je svih pitanja jesmo li mogli biti spremniji za ovu pandemiju?** Svakako smo mogli biti spremniji da su koronavirusi bili dovoljno znanstveno proučeni, što je poučak za budućnost. Bez toga je teško zamisliti brz pronalazak lijeka ili prikladnog cjepiva. Mogli smo puno više naučiti na prethodne

dvije epidemije sa srodnim virusima (SARS i MERS), ali nažalost nismo, jer čim su se te epidemije ugasile, prestalo je zanimanje za financiranje daljnjih istraživanja. Da smo kojim slučajem tada naučili više o tome kakvo cjepivo trebamo za zaštitu od ovih virusa, danas bi bilo puno lakše. Stoga ćemo danas morati platiti cijenu na razini cijelog svijeta, a razmjeri te krize, koja više nije samo medicinska već i gospodarska i društvena, tek će se trebati procijeniti. Ipak, možemo na to gledati i drugčije, jer je u tom kratkom razdoblju intenzivnog istraživanja virusa SARS i MERS ipak naučeno puno, primjerice što treba ciljati cjepivima (*spike protein*), koji je receptor za ulazak virusa, čime je ubrzao razvoj cjepiva i drugih terapijskih pripravaka jer smo znali što ciljati.

Na ovom novom virusu intenzivno se radi



manje od godinu dana, što je pre malo za ono što se očekuje od znanstvenih istraživanja i zaključaka koji iz njih proizlaze. Postoje drugi puno složeniji virusi za koje je također važno naći i lijek i cjepivo i na kojima se radi 50 i više godina, a još nemamo pravog rješenja. Da me se ne bi pogrešno shvatilo, ja vjerujem da stvari idu u dobrom pravcu i da ne treba gubiti nadu da će se uskoro ipak naći rješenje, ne samo u cjepivu nego i u specifičnom lijeku za ovaj koronavirus. Međutim, iskustva iz proteklih vremena uče nas da budemo vrlo oprezni i da ne donosimo zaključke bez čvrstih i znanstveno utemeljenih dokaza.

► U čemu je posebnost ovog virusa?

Ovaj virus i njegova patogeneza imaju puno posebnosti. Tu bi se moglo navesti činjenicu da zaražena osoba može biti infektivna i prije pojave simptoma. To je vrlo nezgodna činjenica za epidemiologe, jer jednostavno ne mogu izolirati osobu koja širi virus, a nema simptoma. Posebnost je i u tome što mi nismo adaptirani na ovaj virus niti je

virus adaptiran na nas. To, primjerice, nije slučaj kod drugih koronavirusa koji nakon što inficiraju ljude naprave nekoliko ciklusa replikacije u našim stanicama, prije nego što ih ukloni imunosni odgovor. Iako se sada već puno zna o patogenezi bolesti koju izaziva SARS-CoV-2, još uvijek smo daleko od potpunog poznавanja njegove biologije i patogeneze. Znamo da mu kao receptor služi humani protein ACE-2, da inicialno replicira u epitelu gornjih dijelova dišnog sustava, nakon čega se spušta niže i izaziva različite oblike upale pluća. Danas znamo i da se virus može proširiti i dalje te izazvati oštećenja stanica i tkiva za čije posljedice tek saznajemo, poput infekcije središnjega živčanog sustava i slično. Vaši čitatelji sasvim sigurno znaju da ima mnogo teorija o tome zašto su prisutne takve velike razlike u patogenezi, ali činjenica je da mi ipak još uvijek nemamo potpune informacije o patogenezi ovog virusa. Povećanu osjetljivost starije populacije vjerojatno možemo pripisati fiziološkom starenju imunosnog sustava, ali to nije jedino

objašnjenje. U svakom slučaju, čini se da se obrazac imunosnog odgovora na viruse i patogene općenito, kako to piše u udžbenicima i kako učimo studente, ne može potpuno primijeniti na imunosni odgovor na ovaj virus. Najvjerojatniji je razlog tomu atipičan citokinski odgovor na infekciju, koji rezultira i nešto drukčijim specifičnim imunosnim odgovorom na virus, što očito nije dovoljno za potpunu zaštitu nekih ljudi. Ostaje i pitanje je li imunosno pamćenje koje prirodno stvaramo nakon kontakta sa stranim antigenima dostatno za zaštitu od ponovne infekcije i bolesti. Samo zaštita od ponovne infekcije nije toliko niti bitna, jer znamo da titar protutijela s vremenom prirodno opada, što znači da se možemo ponovno inficirati, ali bi imunosna reakcija na ponovnu infekciju trebala biti brza i učinkovita tako da se sprječi bolest, kako djelovanjem protutijela tako i djelovanjem stanične imunosti, prije svega limfocita T. Prije nekoliko tjedana pojavili su se neki slučajevi reinfekcije nakon preboljenog COVID-19 i to nas ne treba zabrinjavati,

>>



ali ako ti ljudi budu ponovno oboljevali, to postaje velik problem, jer bi to značilo da je primarna infekcija ostavila slabo imunosno pamćenje. Nadajmo se da to neće biti slučaj, iako je navodno jedan od ponovno oboljelih imao simptome bolesti. Sve u svemu, ovaj virus je osobito patogen u nekim pojedinaca zbog toga što remeti rani imunosni odgovor, a to onda vjerojatno utječe i na kvalitetu i zaštitni kapacitet kasnoga, odnosno specifičnog imunosnog odgovora.

➤ U jednom se švedskom istraživanju govori da i ljudi koji su asimptomatski preboljeli infekciju mogu imati snažnu staničnu imunost (posredovanom limfocitima T) koja ih štiti od infekcije, a istovremeno biti seronegativni. Možete li to pojasniti i što mislite o tome?

Poznato mi je to istraživanje i publikacija, ali nisam posve siguran kako objasniti te rezultate. Očito je da su ti ljudi razvili snažan imunosni odgovor tijekom asimptomatske infekcije i da su zaštićeni od nove infekcije ili barem bolesti. Teško mi je zamisliti takav scenarij u kojem bi virusna infekcija selektivno inducirala stanični imunosni odgovor, a ne i odgovor protutijelima. Možemo, naravno, spekulirati i reći da se možda radi o pojedincima koji su imali snažan stanični imunosni odgovor na srodne koronaviruse, koji je križno reaktivna sa SARS-CoV-2, zbog čega su u testovima koje su koristili mogli detektirati specifične limfocite T. Zaista ne znam, a nije dobro niti previše spekulirati.

➤ Kakva je znanstvena pripremljenost načelno za ovakve nepogode, u svijetu i u Hrvatskoj?

Današnja znanost i pripadajuće tehnologije zasigurno mogu odgovoriti na većinu izazova ovakvog tipa. Visokoprotočne tehnologije, poput sekvenciranja gena, rezultirale su da je genom ovog virusa javno objavljen već nekoliko tjedana nakon njegove pojave, što je bilo ključno za pokretanje na stotine istraživačkih pravaca diljem svijeta. Takva su istraživanja dugotrajna i sveobuhvatna i ne mogu se napraviti preko noći, a znanstvenici istražuju SARS-CoV-2 tek desetak mjeseci. Međutim, mobilizacija znanosti i pripadajuće infrastrukture te ulaganja vezana uz pojavu ove pandemije su bez presedana i

zasigurno će učiniti svijet pripravnijim za neku sličnu pandemiju u budućnosti. Ipak, oni koji financiraju znanost često su skloni ignorirati činjenicu da je ključno ulagati u temeljnu znanost, pa tako i u biologiju virusa, jer bez tih spoznaja nije lako raditi niti translacijske znanosti poput vakcinologije ili pak otkriti lijekove za virus. Upravo je vakcinologija ono što nas trenutačno najviše zanima, a unatoč znanjima o brojnim patogenima i kako za njih napraviti učinkovita cjepiva, za dio patogenih mikroorganizama mi unatoč velikim naporima jednostavno ne znamo kako napraviti cjepivo. Naravno, to ne znači da trebamo odustati, nego i dalje ulagati napore, jer ne mora biti da će sljedeća pandemija biti s virusom sličnim koroni, već to može biti neki novi HIV ili neki drugi patogen za koji ne znamo napraviti cjepivo. A osim toga, postoje i infektivni mikroorganizmi koji su manje patogeni, ali su rasprostranjeni po cijelom svijetu i uzimaju svoj danak u ljudskim životima pa nikako ne smijemo i njih zaboraviti. Isto, naravno, vrijedi i za protivirusne lijekove, ali sam spomenuo prvo cjepiva jer je to moj predmet istraživanja.

Kad je riječ o Hrvatskoj, mi imamo nekoliko skupina koje vrlo kvalitetno istražuju u području virusologije i virusne imunologije, što je i razlog uspjeha na nedavnom natjecaju Hrvatske zgrade za znanost za istraživanja COVID-19. Međutim, mi smo dosta ograničeni nedostatkom infrastrukture

za istraživanje ovog virusa budući da su za rad na njemu potrebni laboratorijski uvjeti biološke sigurnosti razine 3 (BSL3) za istraživanja *in vivo* i *in vitro*. Primjerice, mi u Rijeci istražujemo eksperimentalne cjepne vektore i već smo dizajnirali neke koji izražavaju gene ovog virusa, ali takve vektore nećemo moći istraživati na laboratorijskim miševima u Hrvatskoj jer nemamo BSL3 vivarij. Nadam se da ćemo u suradnji s još nekim skupinama u Hrvatskoj, koje funkcioniraju u sastavu Znanstvenog centra izvrsnosti za virusnu imunologiju i cjepiva, uspjeti uvjeriti odgovorne da bi tako nešto bilo nužno i da bi bitno unaprijedilo našu međunarodnu kompetitivnost u ovom području znanosti. Kolegica Markotić i ja na tome već radimo neko vrijeme i želim vjerovati da imamo izgleda.

➤ Gdje smo sada sa cjepivom?

Iako su globalni napori za proizvodnju cjepiva na SARS-CoV-2 bez preseданa do sada, neovisno govorili o broju cjepiva u razvoju, tipu cjepiva, ulaganju, ali i tehnologijama koje su dostupne, mi ipak još uvjek ne znamo hoće li neka od cjepiva učinkovito zaštiti od infekcije i bolesti. Ja bih se usudio reći da će brojna cjepiva učinkovito štititi od infekcije, ali ćemo tek nakon provedenih završnih kliničkih istraživanja znati hoće li se dogoditi nešto nepredviđeno

**Sada je vrlo vjerojatno
da se nećemo moći
potpuno pouzdati u
kolektivni imunitet
nastao širenjem virusa
u populaciji; kolektivne
imunosti vjerojatno
neće biti bez uspješnog
cjepiva.**

što bi moglo dovesti u pitanje sve ove projekte. Doduše, tehnologije i načela na kojima se zasnivaju cjepiva u završnim fazama kliničkih istraživanja nisu jednaki, pa možda nećemo moći generalizirati u slučaju ako nastanu neke komplikacije. Već sam spomenuo da se u javnosti dosta problematizira pitanje ponovnih infekcija u ljudi koji su preboljeli COVID-19, u kontekstu moguće učinkovitosti cjepiva. Što se toga tiče, možemo biti mirni, cjepiva bi trebala izazvati imunosni odgovor koji uključuje i protutijela specifična za virus koja mogu spriječiti infekciju, a i staničnu imunost koja bi trebala bez problema ograničiti infekciju u nekom tkivu te spriječiti poznata očitovanja bolesti. Dakle, to što infekcija sa SARS-CoV-2 možda ne izaziva dugotrajnu imunost, zbog inih razloga, ne znači da cjepivo neće izazvati dugotrajnu imunost.

Nije neobično da neki ljudi razviju bolju, a neki lošiju imunost nakon infekcije nekim patogenom pa će u slučaju novog koronavirusa trebati još puno istraživanja da bi se sa sigurnošću moglo reći kakva imunost ostaje nakon preboljele infekcije. Sada je vrlo vjerojatno da se nećemo moći potpuno pouzdati na kolektivni imunitet nastao širenjem virusa u populaciji; kolektivne imunosti vjerojatno neće biti bez uspješnog cjepiva. O tom pitanju javnost je prilično zbumjena zbog spominjanja visoke razine seropozitivnosti koja je u nekim dijelovima svijeta izuzetno visoka. Međutim, tek treba utvrditi radi li se doista o seropozitivnosti na SARS-CoV-2 ili pak o križnoj reaktivnosti protutijela koja su produkt imunosnog odgovora na druge koronaviruse. Ali čak i da je stvarno tako, tatar antitijela pasti će nakon nekog vremena i virus će se moći širiti ako primarna infekcija ne ostavi dobru memoriju imunost (imunosno pamćenje). Dakle, nama je

temeljna nuda cjepivo te, naravno, antivirusni lijekovi koji bi uspješno liječili bolest, jer bismo tako dobili na vremenu da dođemo do cjepiva koje je maksimalno uspješno i sigurno.

► Kako procjenjujete koordiniranost teoretičara, kliničara i političara do sada u našoj zemlji u vezi s ovom epidemijom?

Teško mi je o tome nešto specifično kazati. Naravno da u ovakvim globalnim opasnostima, poput pandemije COVID-19, vlade pojedinih država moraju igrati ključnu ulogu, jer je potrebno osigurati temeljne mehanizme funkcioniranja društva. I dalje mislim da se sve u svemu kod nas prilično dobro epidemija nadzire, napose je to bio slučaj tijekom prvog vala. Malo smo se pogubili tijekom ljeta kad je bilo nekoliko propusta koji su ubrzali širenje virusa i pojavu ovoga novog vala. To je bio rizik koji smo očito prihvatali kako bismo ojačali turizam i gospodarstvo. Konačno, slično su radile i druge zemlje u Europi. Doduše, mislim da je neke stvari trebalo jasnije ograničiti, jer su nam masovna okupljanja, kao npr. vjenčanja, ali i druženja po klubovima tijekom ljeta, vjerojatno napravila više štete nego koristi. Ali, to je moje osobno mišljenje i teško je biti potpuno objektivan bez cjelovite slike svega što se događa. Konačno, svjesni smo da kod nas, a i u drugim zemljama, postoji značajan dio onih koji dovode u pitanje bilo kakve mjere, što je neprihvatljivo.

Ova je pandemija dosad uzrokovala neviđenu pozornost javnosti tako da su se u svakodnevno komentiranje stanja i prognoze uključili različiti profili stručnjaka, među kojima i oni koji zapravo do sada nisu ništa radili s virusima niti znali nešto o njihovoj patogenezi, epidemiologiji i biologiji općenito. To samo po sebi nije loše, prije bi se moglo reći da se radi o prirodnoj potrebi ljudi da reagiraju u kriznim stanjima i na neki način pokušaju pomoći.

Što se tiče neposredne uloge znanstvenika, svakako je dobro da je Hrvatska zaklada za znanost, uz potporu Ministarstva znanosti i obrazovanja, odlučila financirati znanstvena istraživanja

različitih aspekata biologije ovog virusa, translacijska istraživanja, pa i društvena istraživanja koja se tiču pandemije. U ovakvim prilikama znanstvenici se u pravilu uvijek postave pozitivno i nastoje se uključiti. Na stotine vrhunskih znanstvenika diljem svijeta odmah je po izbijanju pandemije preusmjerilo svoje znanstvene aktivnosti na istraživanje ovog virusa, što je sasvim sigurno ključni razlog da se u vrlo kratkom vremenu došlo do niza fundamentalnih otkrića koja bi, nadam se uskoro, mogla dovesti do otkrića specifičnih lijekova za ovaj virus. Možda sam pristran, ali znanstvenici su vrlo empatični u ovakvim teškim prilikama. Dat ću vam primjer mog laboratorija. Kad se u ožujku vidjelo da pandemija napreduje i kod nas, obratila mi se nekolicina mladih znanstvenika s pitanjem mogu li kako pomoći uključiti se, primjerice u dijagnostiku, jer znamo tehnologiju budući da je koristimo svakodnevno u svojim istraživanjima. I doista, na poziv uprave KBC-a uključili smo se u testiranje za pacijente i djelatnike KBC-a Rijeka. U to vrijeme je Nacionalni stožer tako nešto i sugerirao te je sve vrlo brzo i formalizirano. Petnaestak mladih ljudi svih profila vrlo predano rade svakodnevno, pa i vikendima, a što je posebno važno, izvrsno komuniciraju s kliničarima na tom pitanju. Naravno, dijagnostika nije naša temeljna djelatnost i tu će aktivnost uskoro preuzeti laboratoriј KBC-a Rijeka, ali ovaj primjer pokazuje da znanost i struka mogu i moraju suradivati. Vjerojatno takvih primjera ima i u drugim sveučilišnim središtima.

**Prof. dr. sc. Stipan Jonjić, dr. med.
rođen je 1953. godine u Zvirnjači
(Kupres, BiH). Srednju školu završio u Sarajevu a medicinski fakultet u Rijeci. ■**

**I dalje mislim da
se sve u svemu kod
nas prilično dobro
epidemija nadzire,
napose je to bio slučaj
tijekom prvog vala.**

Liječnici otvoreno o razlozima odlaska iz Hrvatske na rad u inozemstvo



U HRVATSKOJ SE NE CIJENI NI ZNANJE NI RAD NI TRUD LIJEČNIKA

Liječnici napuštaju Hrvatsku i čini se da se ništa ne poduzima da se to spriječi. A minute su prešle 12! U Temi broja analiziramo slučajeve odlazaka naših liječnika, ostvarene i, nasreću, neostvarene (jer neki i odustanu), prikazujemo pojedinosti vezane za razloge odlazaka, u nadi da će o tome čitati i čuti oni koji nešto mogu promijeniti. Promijeniti na način da legislativno na nacionalnoj razini, sustavno, ali i pojedinačno institucijski i lokalno, utječu na ona obilježja života i rada liječnika koja bi privukla liječnike da ostanu u domovini. A na komu je sve red nešto poduzeti, već se dugo zna.

Hrvatski zdravstveni sustav će do sredine 2025. godine umirovljenjem ili iseljavanjem izgubiti gotovo 2.700 liječnika. Procjena je to Hrvatske liječničke komore temeljena na podacima iz Digitalnog atlasa hrvatskog liječništva, interaktivne baze podataka. Kada je u pitanju odlazak liječnika na rad u inozemstvo, Komora je također procijenila da će naše zdravstvo iseljavanjem do sredine 2025. godine izgubiti oko 420 liječnika, i to računajući samo odlaske onih liječnika koji trenutno rade u zdravstvu.

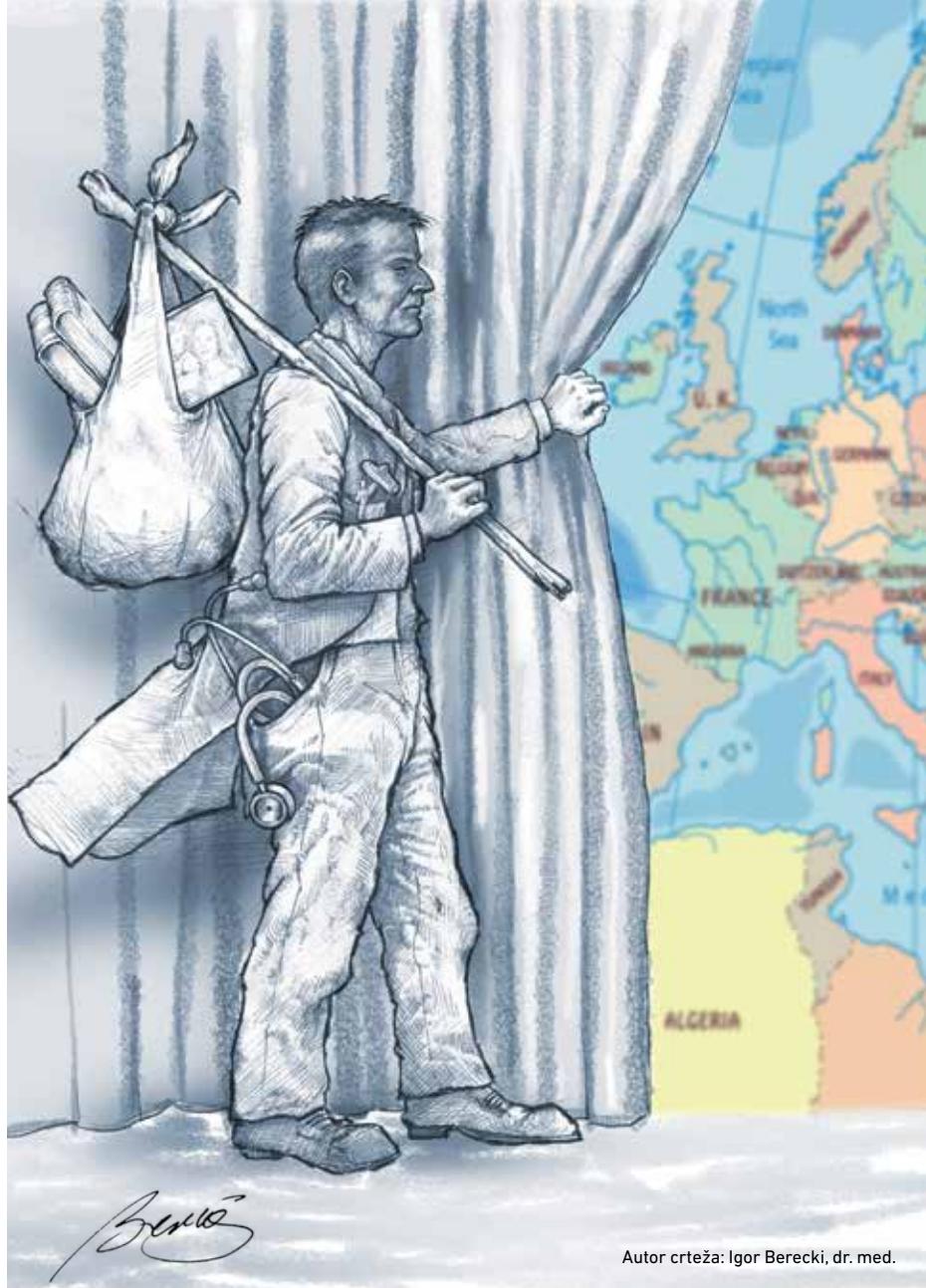
Ovaj problem zahtijeva brzu, kvalitetno osmišljenu i komplementarnu reakciju države i jedinica regionalne samouprave. Hrvatski liječnici, a pogotovo oni mladi, moraju moći vidjeti perspektivu za ostanak u Hrvatskoj kroz mogućnost dobivanja specijalizacija, pravičnog napredovanja u struci, vrednovanja njihova rada, kao i zadovoljstva radnim okruženjem i uvjetima na radnome mjestu. Naime, upravo su ovi razlozi među najčešćim zbog kojih naši liječnici odlaze iz hrvatskoga zdravstvenog sustava. I dok neki liječnici sami kontaktiraju headhunting agencije u potražnji

novog posla izvan granica Hrvatske, druge liječnike kontaktiraju pak te agencije nudeći im mogućnost privremenog ili trajnog zaposlenja u inozemstvu.

Nekoliko liječnika ispričalo je za Liječničke novine svoju priču o odlasku iz Hrvatske na rad u inozemstvo.

Prva od njih je tridesetitrogodišnja dr. sc. Marina L., dr. med., specijalistica pulmologije, koja je donedavno radila u KBC-u Osijek, a krajem rujna je započela nov život u Švedskoj.

“Po struci sam specijalistica pulmologije, specijalistički ispit sam položila 2018. godine. Doktorirala sam 2016. iz područja Biomedicine i zdravstva na Sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku, i od početka karijere objavila sam više od 30 znanstvenih publikacija. Radila sam kako liječnik specijalist u KBC-u Osijek, a prije toga na poslovima razminiranja. Paralelno sam radila kao asistentica na Medicinskom fakultetu u Osijeku dvije godine. Sada odlazim raditi u Švedsku na istu poziciju, uz usmjerenje prema svojim željama. Prve ponude za odlazak dobila sam još tijekom speci-



Autor crteža: Igor Berecki, dr. med.

jalizacije, s obzirom na to da sam se dobar dio specijalizacije educirala u inozemstvu. Ipak, odbila sam ih jer sam željela raditi u Hrvatskoj. Nakon polaganja ispita, ponude su došle nakon pozvanog predavanja koje sam držala na Svjetskom kongresu astme u Japanu. Tada mi je ponuđen rad u Singapuru, Australiji, V. Britaniji i Švedskoj. U Hrvatskoj bila sam nezadovoljna radnim okruženjem, prvenstveno komunikacijom s kolegama, organizacijom posla i valorizacijom rada. Nedostajalo mi je vremena da se dovoljno posvetim svakom bolesniku, kao i da se dodatno educiram. Dodatna edukacija svakog liječnika ovisi prvenstveno o njegovoj volji i količini slobodnog vremena. U mojoj ustanovi nije bilo mogućnosti daljnog kliničkog napredovanja”, pojašnjava dr. M. L. Na

poziv kolege iz Švedske, posjetila je prije više od godinu dana bolnicu u Švedskoj, ali nije odmah prihvatile njuhovu ponudu jer je željela ostati u Hrvatskoj.

Nakon što se na kraju ipak odlučila otići, bolnica u Švedskoj joj je preporučila agenciju koja joj je mogla pomoći i olakšati postupak. Švedski je jezik naučila, kaže, još prije nekoliko godina. Potrebna je razina C1. Agencija je u kratkom vremenu organizirala ispit sa školom stranih jezika i pripremila svu potrebnu papirologiju, ne samo za licencu nego i za sve što je potrebno u početku. Pomogli su joj i s traženjem stana i organizacijom selidbe.

“U Hrvatskoj sam podmirila troškove specijalizacije te ishodila potrebnu dokumenta-

Čak 910 liječnika napustilo je od 2013. hrvatski zdravstveni sustav

Čak 910 liječnika napustilo je od 2013. do danas zdravstveni sustav i otišlo raditi u neku drugu državu. Podaci su to iz Digitalnog atlasa hrvatskog liječništva HLK-a. Liječnici su to s prosječno 8 godina specijalističkog iskustva, prosječne dobi od 36 godina, a udio liječnika među onima koji su otišli iz hrvatskoga zdravstvenog sustava je 54 posto.

Najviše ih je otišlo 2014., čak 152, 2015. otišla su 143 liječnika, 2016. 123 a u 2020. 68, no za prepostaviti je da je taj broj ove godine manji zbog epidemije koronavirusa koja je zahvatila cijeli svijet.

Prema državama odlaska najviše liječnika nastavilo je svoju karijeru u Njemačkoj, čak njih 251, dok ih je u Ujedinjeno Kraljevstvo otišlo 149. U Austriji je svoju karijeru nastavilo 86 liječnika, u Švedskoj 83, Irskoj 61, Švicarskoj 36, Sloveniji 34, Danskoj 27 te u Italiji 12.

Od 910 liječnika koji su otišli 346 (38 %) su specijalisti, 297 (33 %) liječnici u zdravstvu bez specijalizacije, 99 ih je izvan zdravstva, a 99 njih bili su diplomanti.

Prema razini zdravstvene zaštite, od 910 liječnika koji su otišli 135 (14,5 %) ih je iz primarne zdravstvene zaštite, 187 (21 %) iz sekundarne, 192 (21 %) posto iz tercijarne...

Prema vrsti zdravstvene ustanove 123 su otišla iz KBC-a, iz KB-a 51, iz opće bolnice 121, iz županijskih zavoda za hitnu medicinu 113 te iz doma zdravlja 96. Prema specijalizacijama otišlo je: anesteziologa, reanimatologa i intenzivista 59, psihijatara 37, ginekologa 29, kliničkih radiologa 28, internista 23, a bez specijalizacije je otišlo 488 liječnika.

Također, zabrinjavajući je i podatak da je odmah nakon završenog fakulteta u posljednjih sedam godina otišlo 99 mladih liječnika.

>>

ČAK 934 LIJEČNIKA ZATRAŽILO JE POTVRDE ZA ODLAZAK

Namjera odlaska na rad izvan Hrvatske, zatraživši potvrde, u posljednjih su sedam godina iskazala 934 liječnika, tijekom ove godine njih 138, lani 144... Liječnici su to prosječne dobi od 46 godina, prosječno s 13 godina specijalističkog iskustva, a među njima udio liječnika iznosi 50 posto.

ciju. Bilo je samo potrebno prevesti diplomu, licencu i potvrdu o specijalizaciji na engleski i od naše Komore zatražiti dvije potvrde. Bolnica je financirala apsolutno sve", kaže dr. M. L. Na pitanje što očekuje od nove sredine i novoga radnog okruženja kaže kako se u novoj sredini osjeća dobrodošlo i prihvачeno.

U Švedsku je ove godine sa svojom obitelji otišla i Kristina M. E., dr. med., spec. anestezijologije, s dvanaestogodišnjim specijalističkim stažem.

"Nakon završenog fakulteta zaposlila sam se u Sisku, prvo na HMP-u, a zatim u općoj bolnici gdje sam radila do ove godine. Moj je put bio malo drukčiji jer sam prvo saznala da jedna švedska bolnica traži strane liječnike. Naime, na jednom kongresu upoznala sam liječnicu koja radi u mojoj sadašnjoj bolnici i koja me zainteresirala za rad u Švedskoj. Predložila mi je tri agencije s kojima bolnica surađuje. Stupila sam u kontakt sa sve tri i saznala da sve nude manje-više isto. Tečaj jezika za mene i obitelj, pomoći u traženju stana i ishodjenju svih potrebnih dokumenata te stipendiju za vrijeme učenja jezika. Agencija koju sam

izabrala razlikovala se u tome što su surađivali s jednom hrvatskom agencijom i to se kasnije pokazalo jako korisnim, te su nudili online tečaj jezika", priča dr. K. M. E.

Od prvog kontakta s agencijom, nastavlja, do prvog radnog dana je prošlo 14 mjeseci. Sve što je u početku bilo potrebno bili su životopis i dvije kontakt osobe za preporuke. Nakon mjesec dana imala je online razgovor s predstavnicima bolnice, nakon čega je uslijedio trodnevni posjet Švedskoj s obitelji. Jedan cijeli dan provela je u bolnici, upoznajući se s budućim kolegama i načinom rada. Za to su vrijeme suprug i kćerka upoznavali grad i posjećivali škole. Čitavo vrijeme su, kaže dr. K. M. E., imali gotovo nestvaran osjećaj dobrodošlice. Priznaje da je tada mislila da glume, ali s vremenom je shvatila da je svima stvarno draga što dolazi i da će sve učiniti da joj pomognu i olakšaju prilagodbu. Dva tjedna nakon posjete stigla joj je ponuda za posao i u studenome je potpisala ugovor na tri godine. U veljači ove godine započeo je online tečaj jezika, koji je trajao punih sedam mjeseci. Nakon položene razine C1 vrlo brzo je stigla licenca i prvi radni dan.

Suprug je magistar sestrinstva i već tijekom prve posjete bolnici dogovorili smo i mogućnost njegova zaposlenja. Kćerkin upis u školu je ono što me možda najugodnije iznenadilo. Nije bio potreban niti jedan dokument. Pisala je prijemni, i to u svojoj školi, u Hrvatskoj. Sama je izabrala datum kada želi pisati i Švedani su njenoj razrednici poslali test. To je bilo toliko ležerno i s toliko puno povjerenja s njihove strane da je stres bio minimalan", završava svoju priču dr. K. M. E.

Pedesetšestogodišnji liječnik Mihovil R. završio je specijalizaciju iz interne medicine, subspecijalizaciju iz pulmologije. Od 31 godine liječničkog staža, posljednjih 25 godina radio je u Klinici za plućne bolesti Jordanovac, KBC Zagreb, na položaju šefa Odjela za tumore pluća. Sada je odlučio otići iz Hrvatske i raditi u Švedskoj. Zašto, pitamo ga.

"Odluku da potražim posao u drugoj državi donio sam prvenstveno zbog nezadovoljstva uvjetima na radnom mjestu. Kod nas u zdravstvu vlada totalni kaos i zdravstveni sustav funkcioniра samo zbog golemog truda i požrtvovnosti zdravstvenih djelatnika, koji se često iscrpljuju do krajnjih granica kako bi pružili skrb bolesnicima. Ne postoji selekcija bolesnika koji dolaze specijalistima, nego u bolnicama na pregledima, kako u hitnim ambulantama tako i u običnim specijalističkim ambulantama, završavaju bolesnici koji doista ne treba specijalističku skrb nego bi mogli biti zbrinuti kod liječnika opće medicine. To stvara jak pritisak na zdravstveni sustav, velike liste čekanja, ali i veliko opterećenje liječnika specijalista, što neminovno dovodi do većeg broja grešaka i propusta. Pored toga ne postoji primjerena valorizacija rada i često radnici koji su savjesni i kvalitetni rade puno više od nekih drugih kolega za istu plaću. Treće, što me osobito smeta, jest što kod nas ne postoji valorizacija znanja, truda i zalaganja već se napreduje preko veza i poznanstava, na osnovi osobnih odnosa s nadređenima. Važnije je za karijeru osobni odnos sa šefom i socijalni kontakti, nego količina truda uloženoga u vlastito znanje, vještina i vladanje pretragama te zalaganje na poslu.

> MJERE ZA ZADRŽAVANJE LIJEČNIKA

Neke županije, poput Bjelovarsko-bilogorske i Varaždinske, suočene s odlaskom liječnika, poduzimaju mjere kako bi zadržale postojeće i privukle nove liječnike na rad i život u svoje sredine. Tako prva od njih nastoji sufinanciranjem stanova, nižim kamatama na stambene kredite i troškovima stručnog usavršavanja posljednjih godina zadržati liječnike i medicinsko osoblje u svojim zdravstvenim ustanovama.

Varaždinska županija također ulaže stalne napore i mjere kako bi stimulirala liječnike, zadržala ih na svom području, kao i privukla nove. Konkretnе mjere odnose se na financiranje ili sufinanciranje troškova poslijediplomskih studija liječnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama na području Županije, sufinanciranje troškova specijalizacija liječnika u deficitarnim djelatnostima ili pak sufinanciranje najamnine stanova.

Životne priče svih naših sugovornika o ovoj temi samo potvrđuju ono što je već odavno jasno: svim liječnicima u Hrvatskoj treba omogućiti bolje finansijske i radne uvjete te bolje mogućnosti profesionalnog razvijanja, jer u državi imamo odlično educirane liječnike, vrsne stručnjake predane svom pozivu i poslu i odlazak i jednog od njih golem je gubitak za hrvatsko zdravstvo.

Ja sam sâm pokrenuo potragu za novim poslom preko *headhunting* agencije. Glavni motiv mi je zapravo rad u boljem okruženju, uz bolje uvjete rada i bolju valorizaciju mog truda i znanja, naravno da ni finansijski aspekt nije nevažan. Nakon traženja u Njemačkoj i Velikoj Britaniji došao sam do zaključka da vjerojatno najbolje uvjete rada, uz finansijski zadovoljavajući status, mogu dobiti u skandinavskim zemljama”, pojašnjava dr. M. R.

Neprikladno vrednovanje truda i znanja su upravo česti razlozi odlaska, kako starijih, tako i njihovih mlađih kolega. Posebno zabrinjava da sve više mlađih liječnika odlazi odmah po završetku nekog od hrvatskih medicinskih fakulteta u inozemstvu, a imamo primjer iz susjedstva da to ne bi trebalo biti tako. Za razliku od Hrvatske, Slovenija svoje mlade doktore odmah uključuje u sustav i zapravo ih “ne puštaju” da otiđu van. Naime, ta je država umjesto pripravničkog staža, koji je ukinut Direktivom EU-a, uvela tzv. sekundarijat, gdje mlađi liječnici odmah nakon fakulteta nastavljaju raditi do specijalizacije, čime ih se zadržava u zdravstvenom sustavu.

Ipak, da nije sve tako crno kod nas govore i pozitivni primjeri, poput priče mladog liječničkog para iz Osijeka, Nikoline T. i Dražena J.

TEMA BROJA

“Dražen i ja smo 2016. igrom slučaja postali dio programa AMEOS stipendiranja. Čuli smo kako će se održati predavanje prof. Nickela Mariusa o skupini AMEOS i stipendijama koje oni pružaju. Primarni razlog našega zajedničkog uključivanja nije bila sama stipendija nego mogućnost odabira specijalizacije odmah po završetku studija. Jedini uvjeti bili su da završimo fakultet i položimo Göethe ispit njemačkoga do razine C1/C2. Nakon toga smo im na šestoj godini fakulteta trebali javiti koju specijalizaciju želimo i u kojoj bolnici.

Ideja o odlasku se te 2016. godine činila primamljivom dijelom zato što je završetak fakulteta još bio u dalekoj budućnosti, dijelom zbog mogućnosti dobivanja bilo koje specijalizacije neposredno nakon završetka fakulteta. No, kako se naše fakultetsko obrazovanje bližilo kraju i kako smo počeli razmišljati što bi to stvarno značilo otici od doma, svojega grada, svoje države, shvatili smo kako je naša želja za ostankom puno veća od želje za odlaskom. Sada, kada smo završili fakultet i tih posljednjih godina fakulteta, shvatili smo kako i naš primarni razlog za odlazak nije toliko utemeljen koliko smo mislili da jest. Kada smo postali stipendisti AMEOS-a mislili smo da su izgledi da ovdje dobijemo željene specijalizacije jako mali, skoro da ih ni nema, i kako naš sustav ne nudi napredovanje i usavršavanje kakvo Zapad može ponuditi. Otad se puno toga se promijenilo, najviše naše razmišljanje. Kako smo oboje zainteresirani za kirurške grane medicine, razmišljanje nam se najviše promijenilo nakon pete godine fakulteta i nekoliko ljetnih praksi u klinikama AMEOS. Tada smo mogli usporediti medicinske sustave i načine rada. Iako Zapad trenutno pruža bolje uvjete rada te lakše i brže dobivanje specijalizacije, odlučili smo se za ostanak. Budućnost želimo stvarati ovdje, ne samo zbog toga što je ovo naš dom i što su nam bližnji ovdje, nego i zbog toga što vidimo potencijal u stvaranju profesionalne karijere u Hrvatskoj”, ispričali su N. T. i D. J.

Loši uvjeti rada, nemogućnost napredovanja i loši međuljudski odnosi glavni uzroci odlaska liječnika

Kako zapravo izgleda proces traženja posla u inozemstvu ispričala je Zrinka S., mag. prava i doktorandica doktorske škole Europski studiji, ravnateljica jedne tvrtke koja se bavi menadžmentom ljudskih resursa u zdravstvu.

„Razlika je želi li osoba otici na ugovor o radu na neodređeno ili možda na neku kraću *locum* poziciju koja puno znači i za učenje novih vještina, upoznavanje novih kolega, ali i za dodatnu zaradu. Isto tako se sam proces razlikuje ako se osoba odluči za preseljenje u neku skandinavsku državu ili u neku drugu državu u kojoj djelujemo. Glavna razlika je što u skandinavskom procesu osoba prvo pronađe posao, zatim uči jezik i na kraju ishodi licencu, dok je u ostalim državama prvo potrebno naučiti jezik, zatim ishoditi licencu pa tek onda pronaći posao.

Postoje tri kategorije, nastavlja Stanić, liječnika

zainteresiranih za rad u inozemstvu. Prva su liječnici koji žele ugovore na neodređeno, liječnici koji su zainteresirani za *locum* pozicije koje mogu trajati od dva tjedna do godinu dana, ovisno koliko ta osoba može dobiti neplaćenog dopusta, te liječnici zainteresirani za specijalističko usavršavanje koji po njegovu završetku mogu birati hoće li ostati u inozemstvu ili se vratiti u Hrvatsku.

Skandinavske države najviše traže liječnike specijaliste, dok ostale države u jednakoj mjeri traže i liječnike bez specijalizacije. Svi specijalisti su traženi i u svakoj državi je različita potreba. Najtraženiji su specijalisti u posljednje dvije godine radiolozi, patolozi, psihijatri, specijalisti obiteljske medicine, internisti sa subspecijalizacijama i specijalisti hitne medicine. Najčešći razlozi razmišljanja o odlasku i samog odlaska, nastavlja Z. S., prvenstveno su loši uvjeti rada u hrvatskim zdravstve-

nim ustanovama. Za većinu je to nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na odjelu na kojem rade, nemogućnost napredovanja, stroga vertikalna hijerarhija, neprikladno plaća i sl. Za mlađe liječnike bez specijalizacije većinom je razlog odlaska vezan uz mogućnost specijaliziranja željene specijalizacije bez potrebe ugovornog vezanja s penalizacijskim kaznama u slučaju odlaska nakon specijalizacije u neku drugu zdravstvenu ustanovu.

Mogu s pravom reći da su hrvatski liječnici iznimno cijenjeni i traženi u inozemstvu. U svakom postupku u kojem smo sudjelovali mi također dobivamo i izvješće poslodavca o radu kandidata nakon šest mjeseci i nakon godinu dana. Poslodavci su većinom jako zadovoljni znanjem, vještinama, radom i napretkom hrvatskih liječnika. Naš obrazovni sustav generira doista izvrsne liječnike, koje rado biraju inozemni poslodavci.

>>

DIO TEK DIPLOMIRANIH LIJEČNIKA NIKADA NITI NE UĐE U HRVATSKI ZDRAVSTVENI SUSTAV. U DRUGIM ZEMLJAMA NEMA “VRAĆANJA DUGA” ZBOG SPECIJALIZACIJE

Mladi liječnik Matija F. diplomirao je u ljeto 2019., odradio pripravnički staž u KBC-u Osijek i trenutno sređuje dokumentaciju za početak rada u Bremenu, u Njemačkoj, gdje će uskoro započeti specijalizaciju iz psihijatrije i psihoterapije. Matija je ispričao za Liječničke novine kako izgleda proces “praćenja” studenata medicine dok su još na fakultetu.

“U mom slučaju ostvaren je prvi kontakt s ljudima iz inozemstva na kraju druge godine studija, i to na poticaj profesora s fakulteta. Profesor mi je proslijedio kontakt i motivirao me da se prijavim na neku stipendiju. Nekoliko su mjeseci prije toga predstavnici tvrtke iz Austrije održali javnu prezentaciju svog programa na našem fakultetu, ali na njoj nisam bio prisutan. Vjerujem da je većina kolega za taj program doznala upravo na takvim prezentacijama, ali to u mom slučaju nije bilo tako.

U početku, sve što sam znao o tome jest da se stipendistima osigurava plaćena ljetna praksa u Njemačkoj, Austriji ili Švicarskoj, redovita mjesečna stipendija i, na kraju, specijalizacija prema osobnom izboru. S obzirom na to da tečno govorim njemački, nije bilo prepreka da se odvazim, pošaljem prijavu i odem na intervju u Austriju. Tamo sam otiašao potpuno otvorena uma, prije toga nisam se čvrsto odlučio za specijalizaciju u inozemstvu. Htio sam vidjeti iz prve ruke što se konkretno nudi, kakvi su uvjeti i koje su moje obvezе. Ondje sam doznao jedan, meni osobno vrlo važan detalj - naime, stipendisti su ugovorom vezani samo za vrijeme trajanja specijalizacije. Nakon polaganja specijalističkoga ispita liječnik je slobodan i ako to želi, može otići raditi dalje i, naravno, time ostaje otvorena i mogućnost povratka u

Hrvatsku. Tijekom samog trajanja studija, mentorи iz ovog programa vrlo aktivno prate akademski uspjeh svojih stipendista, organiziraju se godišnji kongresi gdje se raspravljaju relevantne teme iz zdravstva i razmjenjuju iskustva stipendista s ljetnih praksi u njemačkim i austrijskim klinikama. Stipendisti su dužni, osim polaganja ispita iz njemačkoga jezika, početkom akademske godine poslati i potvrdu o upisu više godine studija te prijepis ocjena iz prethodne akademske godine. Za stipendiste se organiziraju razgovori u četiri oka s voditeljem programa, gdje se, između ostalog, na temelju akademskog uspjeha, osobnih želja i sklonosti pokušava studente usmjeriti nekoj grani medicine koja bi njima odgovarala. **U cijelom tom postupku jasno vam se daje do znanja da ste važni, da su ljudi najveći i najznačajniji resurs i da se svi trude oko vas. To je nešto što do sada nikada u Hrvatskoj nisam baš imao prilike doživjeti.**

Rekao bih da je gotovo sigurno u većini slučajeva razlog odlaska tek diplomiranih liječnika zbog o radnih uvjeta i načinu na koji se provodi specijalističko usavršavanje. Nakon položenog specijalističkoga ispita, mladi specijalist nije dužan “odradivati” svoju specijalizaciju u toj istoj bolnici, kako je to kod nas. U Njemačkoj konkretno, smatra se da je specijalizant svojim radom za vrijeme specijalizacije već otplatio taj nepostojeći “dug” prema klinici. Ondje se to zapravo ni ne smatra dugom u pravom smislu riječi. Kod nas je to jako čudan sustav. Liječnike, umjesto da ih se u bolnici zadrži tako da im se ponude bolji uvjeti, zadržava ih se prisilno nekakvim moralno upitnim ugovorima. Umjesto da se radi na tome da se kod nas poboljšaju uvjeti, mi često pribjegavamo restriktiv-

nim rješenjima. Poljska je, ako se ne varam, odlučila odgovoriti na odljev liječnika na jedan restriktivni način. Nadam se da Hrvatska neće pasti u tu zamku. Kod nas se već za vrijeme moga studija od profesora moglo čuti da tome treba stati na kraj, jer ipak je Hrvatska financirala naše obrazovanje, te smo stoga dužni ostati raditi u njoj. Budući da smo punopravna članica Europske Unije, koja je pristupnim ugovorom pristala na zajedničko tržište rada, umjesto da sad kukamo za odlaskom mladih stručnjaka, trebali bismo poraditi na tome da poboljšamo uvjete rada i time, ne samo da zadržimo kadar, nego i privučemo strani. Za Hrvatsku baš i ne mogu reći da aktivno radi na privlačenju deficitarnog kadra, a već dulje vrijeme nismo vidjeli ni neke korjenite promjene u zdravstvu”, rekao je dr. M. F.

Jedna također mlada liječnica, koja je željela ostati anonimna, ispričala je svoje razloge odlaska na rad u Švicarsku. U Hrvatskoj je odradila pripravnički staž, nakon čega je shvatila da želi raditi u inozemstvu. Još na 3. godini u Osijeku studija joj je klinika AMEOS ponudila stipendiju i praksu u inozemstvu.

S moje je godine troje nas prihvatio tu opciju stipendije i prakse negdje u inozemstvu. Uvjet za potpisivanje ugovora nisu čak niti brilljantne ocjene; potrebno je znanje njemačkoga, nakon čega studenti imaju intervju. Onima koji uđu u program stipendija sve je plaćeno, čak i tečaj njemačkoga. Nakon završenog fakulteta imate obvezu na pet godina koliko traje specijalizacija. Ako se ugovor raskine prije, onda se vraća stipendija koju je pojedinac dobio. Drugih penala nema, ispričala je te dodala kako u početkom 2021. počinje raditi u Švicarskoj. ■

Novi koronavirus - kronologija

(8. rujna - 4. listopada 2020.)

O epidemiološkoj situaciji u Hrvatskoj, vezanoj uz novi koronavirus, izvještavamo vas iz broja u broj Liječničkih novina. Posljednji podaci koje smo objavili bili su za 7. rujna 2020. Tog dana je u Hrvatskoj bilo 117 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj tada oboljelih (aktivnih slučajeva) iznosio ukupno 2614 osobe, 307 pacijenata bilo je na bolničkom liječenju, od čega je na respiratoru bilo 19 pacijenta. Do 7. rujna preminula je 201 osoba, a oporavilo se 9266 oboljelih. Ukupno je do tog dana bilo testirano 193153 osoba. U nastavku donosimo kronološki pregled za rujan i početak listopada.

> 8. rujna

Stožer donosi Odluku o uvođenju nužnih epidemioloških mjera za grad Otočac. To znači da je na svim manifestacijama i drugim društvenim okupljanima obvezno nošenje maski. Na vjenčanjima može biti prisutno najviše 50 osoba, a na privatnim proslavama najviše 20 osoba. Hrvatska bilježi 204 novih slučajeva zaraze te je broj aktivnih slučajeva 2529. Među njima su 303 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 23 pacijenta. Dvije osobe su preminule.

> 9. rujna

Danas nažalost imamo veliki skok! U posljednja 24 sata zabilježen je 341 novi slučaj zaraze SARS-CoV-2, na respiratoru su 24 pacijenta, a tri osobe su preminule. Od 25. veljače, kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 12.626 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 206 preminulo, a 9833 se oporavilo.

> 11. rujna

Danas broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj iznosi ukupno 2430, a novih slučajeva u posljednjih 24 sata je 190. Među njima je 327 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 26 pacijenata. Tri osobe su preminule.

> 13. rujna

U posljednja 24 sata zabilježeno je 165 novih slučajeva zaraze te se broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj povećao na 2410. Među njima je 309 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga

su na respiratoru 22 pacijenta, a šest osoba je preminulo. U samoizolaciji je trenutačno 8314 osoba. Do danas su ukupno testirane 221 834 osobe, od toga 5339 u posljednja 24 sata.

> 15. rujna

Od kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj do danas ukupno je zabilježeno 13749 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 230 preminulo, a 11412 se oporavilo. Na današnji dan imamo 151 novi slučaj zaraze, a 299 pacijenata je na bolničkom liječenju.

> 16. rujna

Danas imamo čak 280 novih slučajeva, te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj 2103. Među njima su 293 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 20 pacijenata. Šest osoba je preminulo.

> 17. rujna

Stožer civilne zaštite donio je Odluku o produženju privremene zabrane prelaska preko graničnih prijelaza Hrvatske, koja se primjenjuje do 30. rujna, a odnosi se na građane država koje nisu članice Europske unije. Novozaraženih je danas 250!

21. rujna

HZJZ objavljuje svoje tjedno izvješće prema kojemu je ukupno 146 preminulih osoba u ovom valu epidemije. Većina preminulih osoba imala je značajne komorbiditete ili su bili visoke životne dobi. Prosječna dob umrlih u ovom valu epidemije iznosi 76,3 godina.

> 23. rujna

Bilježimo 204 nova slučaja zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 1268. Među njima je 278 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 27. Dvije osobe su preminule.

> 25. rujna

Od prvog slučaja zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 15795 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 266 preminulo. Ukupno su se oporavile 14303 osobe, od toga 192 u posljednja 24 sata.

> 27. rujna

Do danas je ukupno testirano 292 969 osoba, od toga 3945 u posljednja 24 sata, kada je zabilježeno i 190 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj na današnji dan ukupno 1316. Među njima je 280 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 23 pacijenta. Tri osobe su preminule.

> 30. rujna

Posljednjeg dana rujna zabilježeno je 213 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 1256. Među njima je 288 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 23 pacijenta. Preminulo je 5 osoba, ukupno od početka epidemije njih 280.

> 2. listopada

Američki predsjednik Donald Trump i njegova supruga Melania pozitivni su na koronavirus! Pozitivno je i više članove predsjednikova ureda u Bijeloj kući. U posljednja 24 sata u Hrvatskoj je zabilježeno 333 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 1446. Među njima je 286 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 23 pacijenta. Preminulo je 7 osoba.

> 3. listopada

Predsjednik Hrvatskog sabora Gordan Jandroković danas je dobio pozitivan nalaz na koronavirus. U samoizolaciji su završili i ministar znanosti obrazovanja Radovan Fuchs, kao i potpredsjednik Sabora Željko Reiner.

4. listopada

Danas bilježimo 258 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj 1512. Među njima je 296 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru njih 25. Preminulo je 5 osoba. Od 25. veljače ove godine, kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 17659 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 298 preminulo. Ukupno se oporavilo 15849 osoba, od toga 188 u posljednja 24 sata. U samoizolaciji je trenutno 9081 osoba. Do danas je u Hrvatskoj ukupno testirano 326 159 osoba.

Prof. dr. sc. Goran Hauser

novi je dekan Medicinskog fakulteta u Rijeci



Prof. dr. sc. Goran Hauser, predsjednik Vijeća HLK-a, stupio je na novu časnu dužnost dekana Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, preu-

zevši 30. rujna na imatrikulacijskoj svečanosti u riječkom HNK-u dekanski lanac, simbol dekanske dužnosti. Novi dekan studentima je zaželio dobrodošlicu i puno uspjeha na novom zajedničkom putu. Pritom je istaknuo i prvi izazov koji je uspješno prevladao, a to je organizacija i realizacija adekvatne i kvalitetne nastave u trenutnoj epidemiološkoj situaciji. Budući da više nema pripravničkog staža za doktore medicine, obećao je u svome mandatu staviti naglasak na unaprjeđenje kliničke nastave na medicinskom fakultetu, kako bi dobivanjem diplome mladi liječnici bili spremni suočiti se sa zahtjevnim profesionalnim izazovima.

Tom prigodom nazočnima se se obratio i predsjednik Komore dr. sc. Krešimir Luetić koji je čestitao novom dekanu te u ime Hrvatske liječničke komore riječkim studentima medicine uručio donaciju zaštitnih vizira, koji će biti donirani studentima i ostalih hrvatskih medicinskih fakulteta. Dr. sc. Luetić najavio je još jedan dar HLK-a koji će uskoro biti i javno predstavljen. Radi se o Hrvatskoj elektroničkoj medicinskoj edukaciji (HeMED), multimedijskoj elektroničkoj platformi putem koje će svim studentima medicine i liječnicima u Hrvatskoj biti dostupni najvažniji stručni specijalistički naslovi i priručnici, prevedeni na hrvatski jezik, potpuno besplatno, te koji će se neprekidno nadograđivati najnovijim izdanjima.

Komora je svim članovima dodijelila 10 bodova

Povjerenstvo HLK-a za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika dodijelilo je svim članovima Komore 10 bodova u postupku trajne medicinske izobrazbe, i to s osnove stručnog usavršavanja stjecanjem novih znanja o SARS-CoV-2 i COVID-19 kroz vidove edukacije koji nisu predviđeni Pravilnikom o trajnoj medicinskoj izobrazbi liječnika. Ovih 10 bodova već je upisano i pridodano postojećem broju bodova svakog člana Komore. Naime, zbog pridržavanja

propisanih epidemioloških mjera koje su donesene nakon globalnog proglašenja pandemije COVID-19, u Hrvatskoj i svijetu u 2020. godini organizatori su bili primorani otkazati ili odgoditi planirane stručne skupove, tečajeve, kongrese i simpozije, što je članovima Komore znatno otežalo mogućnost stručnog usavršavanja kroz Pravilnikom HLK-a predviđene oblike trajne medicinske izobrazbe.

Istovremeno, u ovim izvanrednim okolnostima koje je prouzročila pandemija COVID-19, liječnici kao nositelji zdravstvene djelatnosti našli su se na prvoj crti obrane protiv uzročnika ove bolesti. Stoga, kako bi mogli sprječiti širenje novootkrivenog virusa među populacijom te pružati primjerenu zdravstvenu zaštitu pacijentima, od početka proglašenja epidemije bilo je presudno da liječnici svakodnevno stalno prate, proučavaju i usvajaju nove spoznaje o ovom virusu,

> Održana prva elektronička sjednica Skupštine Komore



Komora je ponovno ispisala povijest. Nakon prvih elektroničkih izbora provedenih 2019. godine, održala je 26. rujna i prvu elektroničku sjednicu Skupštine, na kojoj je sudjelovalo više od 100 zastupnika iz cijele Hrvatske. Glavni razlog održavanja sjednice Skupštine elektronički na daljinu bio je izbjegći pod svaku cijenu mogućnost širenja zaraze koronavirusom u većem broju liječ-

nika iz cijele Hrvatske. Premda virtualna, sjednica Skupštine imala je iste poslovničke mogućnosti kao i da je fizički održana. Tako je zastupnicima na Skupštini, nakon izvještaja predsjednika Komore, Nadzornog odbora i rizničara, bilo moguće u stvarnom vremenu javiti se za riječ, replicirati i glasovati. Skupština je imala osigurano elektroničko glasovanje koje je, sukladno pravilima Komore, bilo jasno i javno. Također, trošak

ovakvog održavanja sjednice Skupštine znatno je manji nego klasičnim načinom održavanja.

Skupština je usvojila Izvješće o radu Nadzornog odbora, kao i završni račun za prošlu godinu, a raspravljala je i o izvješću predsjednika o radu Komore u 2020. godini. Zastupnici Skupštine podržali su nastojanje Komore da se donese Zakon o statusu i plaćama liječnika.

Također, Skupština je usvojila Finansijski plan za 2021. godinu te izabrala revizora za reviziju finansijskog poslovanja u 2020. godini. Donijela je i odluku o nastavku ugovaranja dopunskog zdravstvenog osiguranja za sve svoje zainteresirane članove, o trošku Komore, s najpovoljnijim ponuđačem, Wiener osiguranjem.

Po završetku sjednice, uslijedile su brojne čestitke i pozitivni komentari zastupnika o uspješno organiziranoj i provedenoj povjesnoj, prvoj elektroničkoj sjednici Skupštine, prema kojoj sudeći, "novi normalno" je – skoro pa normalno.

o protokolima postupanja u pacijenata suspektnih na COVID-19, zaraženih koronavirusom, o ispravnoj uporabi zaštitne opreme, te o mjerama i pravilima postupanja u zdravstvenim ustanovama i izvan njih.

Zbog zabrane održavanja svih javnih događaja, što je uključivalo stručne i znanstvene skupove, liječnici su se o svemu tome u značajnoj mjeri educirali kroz kontinuirano praćenje stručne i

znanstvene literature, putem edukativnih sadržaja iz videoedukacija te kroz brojne ad hoc edukacije i vježbe u zdravstvenim ustanovama.

Budući da takvi oblici edukacije o SARS-CoV-2 i COVID-19, koji su liječnicima bili jedino dostupni tijekom epidemije, nisu predviđeni Pravilnikom o trajnoj medicinskoj izobrazbi liječnika, oni nisu mogli biti prijavljivani Komori sukladno odredbama Pravilnika.

Stoga, uzimajući u obzir sve navedene izvanredne okolnosti, Povjerenstvo HLK-a za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika dodijelilo je sukladno Pravilniku svim članovima Komore maksimalnih 10 bodova s osnove stručnog usavršavanja stjecanjem novih znanja o SARS-CoV-2 i COVID-19 kroz načine edukacije koji nisu predviđeni Pravilnikom o trajnoj medicinskoj izobrazbi liječnika.

Upitnik o zadovoljstvu mladih liječnika kvalitetom i provedbom „Rada pod nadzorom“

Nakon ukidanja obveze obavljanja pripravničkog staža jedna od mogućnosti stručnog usavršavanja koja se nudi mladim liječnicima je rad pod nadzorom. Povjerenstvo za mlade liječnika Hrvatske liječničke komore je odlučilo provesti istraživanje o zadovoljstvu mladih liječnika kvalitetom i provedbom „Rada pod nadzorom“. Istraživanje bi se provelo anonimno, u obliku kratkog upitnika, a bilo bi namijenjeno mladim liječnicima koji su diplomirali nakon 1. srpnja 2019. godine. Razlog za provođenje istraživanja temeljeno je na saznanju da je zadovoljstvo mladih liječnika vezano ponajprije uz edukaciju i stjecanje

kompetencija kao i zadovoljstvo sustavom mentorstva tijekom obavljanja rada pod nadzorom. Dodatan poticaj za provođenje ankete je znatan odljev mladih liječnika iz Republike Hrvatske. Rezultati ovog istraživanja poslužit će nam u kvalitetnjem razumijevanju prednosti i nedostataka ovakvog oblika rada. Zahvaljujući Vašim odgovorima moći ćemo objektivnije ukazati na eventualne poteškoće te pripremiti prijedloge nadležnim institucijama za poboljšanje ovakvog oblika rada. Hvala Vam na pomoći!

Ksenija Vučur, dr. med.



Autor najbolje fotografije: MARIJA PERIĆ

N A J B O L J A
F O T O G R A F I J A
T E M A Š K O L A



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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U RUJNU 2020.

9. rujna	Zajednički sastanak predsjednika i predstavnika Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog liječničkog sindikata, Zagreb
10. rujna	Sastanak s ministrom zdravstva na temu Zakon o statusu liječnika, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. I. Šmit)
14. rujna	Gostovanje u emisiji Argumenti Hrvatskog katoličkog radija, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
16. rujna	Gostovanje u emisiji Newsroom N1 televizije, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
18. rujna	Konferencija o palijativnoj medicini pod nazivom „Ostani uz mene”, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, prof.prim. L. Zibar)
25. rujna – 3. listopada	Online program obrazovanja „Pravo u medicini“, prvi modul „Osnove prava u medicini“ (prof.prim. L. Zibar, dr.sc. J. Pavičić Šarić)
26. rujna	Online Simpozij Udruženja liječničkih komora Srednje i Istočne Europe – ZEVA (dr. I. Raguž)
30. rujna	Inauguracija novog dekana Medicinskog fakulteta u Rijeci prof.dr.sc. Gorana Hausera, Rijeka (dr.sc. K. Luetić, prim. B. Ujević)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U RUJNU 2020.

3. rujna	Sjednica Izvršnog odbora
10. rujna	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
15. rujna	Sjednica Vijeća
15. rujna	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
21. rujna	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
22. rujna	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
25. rujna	Sjednica Nadzornog odbora
25. rujna	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
25. rujna	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
26. rujna	Sjednica Skupštine
30. rujna	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
1. – 30. rujna	5 rasprava na Časnom sudu
1. – 30. rujna	1 rasprava na Visokom časnom sudu

Posebna ponuda nenamjenskih kredita PBZ-a za članove Komore

Hrvatska liječnička komora dogovorila je za svoje članove novu ograničenu akciju za ugovaranje povoljnih nenamjenskih kredita s Privrednom bankom Zagreb. Od 21. rujna do 17. listopada 2020. članovi Komore mogu u poslovnicama PBZ-a ugovoriti nenamjenski kredit do iznosa od 300.000 kuna po fiksnoj stopi uz status klijenta od 3,5 % ili 3,68 %, ovisno ugovara li se otplata kredita do pet ili deset godina. Uz fiksnu kamatnu stopu klijent sam bira način i dan otplate kredita, a postoji i mogućnost odgode otplate od tri mjeseca. Ponuđene pogodnosti članovi Komore moći će ostvariti u PBZ-ovim poslovnicama kod osobnih bankara.



Doc. dr. sc. TAJANA PAVIĆ, dr. med.

Voditeljica Odjela intervencijske gastroenterologije Zavoda za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti KBC-a Sestre milosrdnice

Zahvaljujući stipendiji Hrvatske liječničke komore dobila sam priliku za jednomjesečni boravak i edukaciju u Centru intervencijske gastroenterologije (CIE) bolnice Advent Health u Orlandu, SAD. Ovo mjesto nisam odabrala bez razloga. Pod vodstvom dr. Shayama Varadarajula u CIE-u je 2019. godine napravljeno više od 10.000 složenih gastroenteroloških endoskopskih postupaka, od čega 4.356 pregleda endoskopskim ultrazvukom (EUZ), što ih svrstava u vodeće središte EUZ-a na američkom kontinentu i među prva tri u svijetu. Liječnici CIE-a, njih pet stalno zaposlenih, u tom su razdoblju objavili 38 znanstvenih članaka u vrhunskim gastroenterološkim časopisima, od kojih su pet randomizirana kontrolirana istraživanja. Poziv dr. Varadarajulu u ovo središte izvrsnosti, koje je na izvoru novih postupaka i tehnologija i u kojem je stalan stručni napredak imperativ, činio mi se kao idealna prilika za učenje naprednih tehniki i usavršavanje intervencijske gastroenterologije. CIE jednom godišnje organizira i iznimno dobro posjećen simpozij EUZ-a, tijekom kojega sam, osim osobne komunikacije s vodećim ekspertima, imala priliku na životinjskim modelima naučiti nove postupke koji se izvode pod nadzorom EUZ-a. Osim besprijeckorne organizacije rada, gotovo neograničenog pristupa vrhunskoj opremi, potrošnom materi-

ENDOSKOPSKO LIJEČENJE KOMPLIKACIJA AKUTNOG PANKREATITISA

u Zavodu za gastroenterologiju i hepatologiju KBC-a Sestre milosrdnice

jalu, stručnoj literaturi i administrativnoj pomoći, u CIE-u me se najviše dojmila radna etika koja ne poznaje vremenska i kreativna ograničenja.

EUZ se počeo upotrebljavati početkom 80-ih godina prošlog stoljeća za slikovnu i morfološku dijagnostiku zločudnih tumora probavnog sustava. Tijekom vremena, s razvojem endoskopskih uređaja i opreme, a zbog rastuće potrebe za minimalno invazivnim terapijskim opcijama, ovaj je postupak postao osnova za brojne terapijske postupke. U terapijskom smislu EUZ danas najčešće koristimo u drenaži peripankreatičnih tekućih kolekcija, pankreatobiljarnog stabla i žučnog mjehura, lokaliziranom liječenju tumora gušterice i želučanih varikoziteta. Inficirana nekroza glavni je razlog komplikiranoga kliničkog tijeka i visoke

smrtnosti bolesnika s akutnim nekrotičnim pankreatitismom i u pravilu zahtijeva invazivnu intervenciju. Endoskopska drenaža nekrotičnih kolekcija razmjerno je noviji postupak, koji je prvi put opisan 1996. g. U početku su se upotrebljavali plastični stentovi za osiguranje komunikacije između lumena kolekcije i probavnoga trakta. S vremenom je postalo jasno da neki bolesnici osim drenaže zahtijevaju i mehaničko vađenje nekrotičnog materijala iz kolekcije, tzv. nekrozektomiju, koja bitno povećava mogućnost komplikacija zbog svoje invazivnosti. Specijalni metalni samoekspandirajući stentovi, tzv. LAMS (od engl. *lumen apposing metal stents*), proizvedeni su recentno s namjerom održavanja široke komunikacije između lumena kolekcije i probavnoga trakta, koja omogu-



Orlando Live Endoscopy 2019 (Ji Young Bang, CIE; Vivek Khumbari, Johns Hopkins; Shyam Varadarajulu, CIE; Anand Sahai, CHUM)



Endoskopska radionica u sklopu OLE, mentor prof. Pierre Deprez

ćuje istodobno drenažu nekrotičnog materijala, ali i neometan ulazak endoskopom u lumen nekrotične kolekcije radi izvođenja nekrozektomije. Posljednjih su desetak godina klasičnu otvorenu kiruršku nekrozektomiju u velikom postotku zamijenile minimalno invazivne tehnike drenaže i nekrozektomije, kojima se bitno smanjuje trajanje liječenja i poboljšavaju ishodi ovih bolesnika. Endoskopski postupci drenaže i nekrozektomije izvode se na različite načine i u različitim vremenskim intervalima, temeljeći se dominantno na osobnom iskustvu intervencijskog endoskopičara, budući da optimalan način ovog postupka nije definiran i za sada ne postoje komparativna istraživanja koja bi uspoređivala različite tehnike i protokole. S obzirom na to da se na Odjelu intervencijske gastroenterologije Zavoda za gastroenterologiju i hepatologiju KBC-a Sestre milosrdnice (dalje: Odjel) liječe mnogi bolesnici s akutnim pankreatitisom, potreba za zbrinjavanjem komplikacija ove bolesti nametala se sama od sebe, a desetogodišnje iskustvo u izvođenju EUZ-a te stalni rast broja postupaka, koji je prošle godine dosegao 1000, dali su nam priliku za uvođenje ovog novog terapijskog postupka. Iako bez praktičnog iskustva i jasnih protokola koji uključuju zbrinjavanje bolesnika prije i poslije postupka, ali uz puno dobre volje, spremnost na učenje i velik entuzijazam svih djelatnika Odjela, anesteziologa, radiologa i kirurga - jer se većinom radi o

vrlo teškim bolesnicima i prolongiranim hospitalizacijama - početni rezultati bili su ohrabrujući. Nakon edukacije u CIE-u, do sada je u Zavodu minimalno invazivnim endoskopskim metodama liječeno dvadeset bolesnika s lokalnim komplikacijama nekrotičnog pankreatitisa, a rezultati našeg tima usporedivi su s rezultatima najvećih svjetskih središta. Naime, bilježimo 100 %-tni tehnički uspjeh, a klinički

uspjeh u 93 % bolesnika. U rutinsku praksu uveli smo još jedan postupak koji se nije do sada radio u Hrvatskoj. Biopsija jetre pod nadzorom EUZ-a (EUS-LB) postupak je koji se pojavio kao učinkovita alternativa tradicijskim postupcima dobivanja jetrenog parenhima za analizu fokalnih, ali i parenhimskih jetrenih bolesti. Osim boljega sigurnosnog profila (uzimanje uzorka pod nadzorom oka, bolja vizualizacija i dostupnost u oba jetrena režnja), postupak je manje stresan za bolesnika jer se izvodi u analgosedaciji. Posebno smo ponosni što su provedena edukacija u SAD-u i stečeno znanje ne samo primjenjeni u svakodnevnom radu, nego se nizom edukativnih programa KBC-a Sestre milosrdnice prenose i kolegama iz drugih središta, podižući na taj način kvalitetu gastroenterologije u Hrvatskoj.

Naš Zavod ima dugu povijest, a ove godine obilježavamo 40 godina suvremenoga gastroenterološkog laboratorija i endoskopije, tijekom kojih su naši učitelji bili uz bok inozemnim ekspertima. Svoje znanje, ali i stalnu želju za dalnjim napredovanjem u svim područjima gastroenterologije, prenijeli su i na mlade naraštaje. Upravo zbog takve tradicije danas se možemo uspoređivati s vrhunskim svjetskim središtema intervencijske gastroenterologije.

tajana.pavic@gmail.com



Endoskopska drenaža nekrotične kolekcije gušterače pod nadzorom EUZ-a u KBCSM-u

Što smo naučili tijekom pandemije COVID-19?

 FILIP ĐERKE, dr. med.

NENAD BRNICA, dr. med.

specijalizanti neurologije, KB Dubrava

Tijekom pandemije COVID-19 u Zavodu za neurologiju KB Dubrava, specijalizanti su stekli dodatna znanja, kako o COVID-19, tako i o samoj neurologiji. Zbog epidemioloških mjera, kongresi, tečajevi i stručni sastanci Zavoda su otkazani, odnosno djelomično premješteni u virtualni oblik održavanja. Shvativši situaciju vrlo odgovorno, mnogi mladi liječnici su, ukokrak s tehnologijom i okolnostima, aktivno sudjelovali na većini edukacija (virtualnih kongresa, online tečajeva, stručnih sastanaka i radionica) koji su jednim dijelom bili organizirani od strane naših mentora i učitelja, ali i međunarodnih udruženja neurologa. Posebnost je i to što smo ove godine, po prvi puta, cijelokupnu nastavu stručnog poslijediplomskog studija iz neurologije pohađali u virtualnom obliku.

Osim dostupnih nam video sadržaja, stručna društva su nam omogućila pristup mnogim časopisima i drugim publikacijama za koje smo donedavno morali plaćati pretplatu. Posebno bismo istaknuli kongres „10th Adriatic Neurology Forum“ koji je, iako deseti po redu, prvi puta održan u virtualnom okružju. Isti je okupio većinu neurološke zajednice u Hrvatskoj.

Vrijeme tijekom pandemije COVID-19 je iz perspektive obujma posla, ali i novih mogućnosti stjecanja znanja bilo nadasve aktivno i sadržljivo. Naši mentorji sastavili su smjernice za dijagnostičko-terapijski pristup neurološkim bolesnicima koji su oboljeli od COVID-19. Osim teorijskog znanja, organizirane su i interne radionice u kojima smo obnovili praktične vještine koje bi nam koristile u radu sa zaraženim pacijentima. S obzirom da se situacija mijenjala iz mjeseca u mjesec, nastojali smo da te promjene ne utječu na kvalitetu skrbi koju pružamo pacijentima. Medicinu shvaćamo kao poziv, stoga nam se nije bilo teško reorganizirati u novo-normalno, virtualno okružje koje nas je ipak na neki način povezalo, ali ipak kada sve uzmemo u obzir, jedva čekamo povratak off-line.



 VUK PRICA, dr. med.

specijalizant pulmologije
u KBC-u Rijeka

Prošle godine nitko nije mogao niti zamisliti što će se događati početkom 2020. Da nam je tada netko govorio kako će jedan virus u potpunosti promijeniti način rada na našem Zavodu, rijetko tko bi povjerovalo. Sada sa već više od 6 mjeseci iskustva rada u „COVID vremenu“ vrijeme je da se zapitamo što smo naučili i kako će budućnosti izgledati.

Kada je počela pandemija u Zavodu za pulmologiju riječkog KBC-a bili smo svjesni da smo uz OHBP najvulnerablejiji dio bolnice. Većina naših pacijenata ima simptome slične ili gotovo jednake onima koje uzrokuje COVID-19. Također, u našem Zavodu su hospitalizirani pacijenti s brojnim komorbiditetima, a oni su najpodložniji komplikacijama koje uzrokuje infekcija. Upravo smo zbog navedenoga svi u Zavodu bili svjesni odgovornosti koja je na nama u borbi protiv „proboja“ virusa u bolnicu. Nadljudskim naporima cijelog medicinskog tima pod vodstvom prof. dr. sc. Bulat-Kardum (koja je u prvim mjesecima pandemije bila svima nama dostupna 24 h) uspjeli smo spriječiti da niti jedan pozitivan pacijent ne dođe na Odjel. Cijeli tim koji je skrbio o bolesnicima je bio redovito

educiran te su sve novosti koje su pristizale bile odmah komunicirane što je pridonijelo smanjenju stresa s kojim smo se svi suočili u prvim danima pandemije. I kada se pandemija „stisala“, a i danas kada se ponovno vraća, mi i dalje testiramo svakog pacijenta koji potom ostaje u izolaciji našeg Zavoda do pristizanja nalaza PCR-a.

Drugi problem s kojim smo se susreli je da brojne pretrage u pulmologiji, poput spirometrije, stvaraju velike količine aerosola koji pogoduju prijenosu virusa. Upravo smo smanjenjem broja navedenih pretraga mogli uvesti zadovoljavajuće vremenske razmake između svakog pacijenta i svesti mogućnost prijenosa na minimum. Paralelno smo educirani kako prepoznati koji pacijent ima indikaciju za određenu pretragu a kod kojih ista nije neophodna, pri tome uvažavajući sve ERS-ove preporuke. Kao primjer možemo navesti da nam je kod astme puno važnija kontrola bolesti nego sami brojevi koje dobijemo spirometrijskim testiranjem. Dobrom edukacijom i kvalitetnjom selekcijom smo uspjeli smanjiti broj pacijenata koje šaljemo na određenu pretragu, bez da smo ugrozili njihovo zdravlje.

Također smo shvatili da edukacija ne mora uvijek biti „uživo“ već da isto možemo nadoknaditi kvalitetnim virtualnim druženjem.

Umjesto zaključka ču navesti da nas je ova kriza naučila da možemo funkcioniратi kao tim. Pokazala nam je da i u vrijeme kada se na svakog pacijenta gledalo kao na potencijalnog prenositelja zaraze kvalitetnom raspodjelom posla možemo i dalje pružiti pacijentima najbolju skrb, bilo da se radi o biološkim lijekovima za tešku astmu ili antifibroticima za IPF (idiopatska plućna fibroza), bez da pri tome ugrozimo druge pacijente. Najvažnije je imati kvalitetan medicinski tim, dobru komunikaciju i edukaciju.

Priredila: Ksenija Vučur, dr. med.

KONFERENCIJA O PALIJATIVNOJ MEDICINI

„OSTANI UZ MENE“



Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu održana je 18. i 19. rujna 2020. virtualna Konferencija o palijativnoj medicini pod nazivom „Ostani uz mene“, a u povodu 10 godina od osnutka Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

CEPAMET je osnovan Odlukom Fakultetskog vijeća 21.9.2010. godine kao znanstveno-nastavna i stručna organizacijska jedinica Fakulteta u kojoj se obavljaju djelatnosti iz područja palijativne medicine, medicinske etike, komunikacijskih vještina te daju stručno-konzilijska mišljenja i vještačenja iz tog područja rada. Predstojnik CEPAMET-a je od 2010. - 2017. godine bio prof. dr. sc. Veljko Đorđević, dr. med., a potom prof. prim. dr. sc. Marijana Braš, dr. med. CEPAMET je kontinuirano osmišljavao i provodio brojne stručne, znanstvene i javno-zdravstvene aktivnosti, koje su često bile na nacionalnoj razini, ali su neke od aktivnosti prepoznate i kao najbolje u međunarodnim okvirima. U tom su kontekstu osmišljeni brojni poslijediplomski tečajevi trajnog medicinskog usavršavanja iz područja palijativne medicine (Osnove palijativne medicine, Psihijatrijsko/psihološki aspekti u palijativnoj medicini, Komu-

nikacijske vještine u onkologiji i palijativnoj medicini, Palijativna neurologija i dr.), koje je do sada završilo oko 2000 polaznika iz cijele Hrvatske, a pohađanje ovih edukacija postao je jedan od bitnih preduvjeta rada u palijativnim timovima u Hrvatskoj, s obzirom da još uvijek nema specijalizacije ili subspecializacije iz ovog područja. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu je prvi i jedini u Hrvatskoj stavio Palijativnu medicinu kao obvezni predmet za studente 6. godine studija medicine, a u ak. god. 2019./2020. Palijativna medicina je postala Vijeće predmeta. Medicinski fakultet u Zagrebu sudjeluje i u izradi interdisciplinarnog specijalističkog poslijediplomskog studija iz Palijativne medicine. CEPAMET je od osnutka i dio međunarodnog pokreta medicine usmjerene prema osobi, koji uz suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom okuplja preko stotinu krovnih medicinskih udruženja i nekoliko sveučilišta. Zbog doprinosa ovom pokretu, prvi svjetski kongres medicine usmjerene prema osobi održan je 2013. godine u Zagrebu, a rezultat je i Zagrebačka deklaracija o edukaciji u medicini usmjerenoj prema osobi, koja se od tada citira u brojim publikacijama i na brojim međunarodnim skupovima. U deset godina rada CEPAMET-a objavljeno je

i više od 10-ak knjiga iz područja palijativne medicine, komunikacije u medicini i medicine usmjerene prema osobi. Naglašavajući važnost umijeća medicine, CEPAMET nastoji ukazivati da možemo učiti rasti i brinuti o našim pacijentima zajedno, tako da su slogan CEPAMET-a u raznim akcijama bili: *Ostani uz mene, Čovjek je čovjeku lijek, Čini dobro-osjećaj se dobro i Brinimo zajedno.*

Iako je zbog uvažavanja aktualnih epidemioloških mjera i preporuka vezanih za zaštitu od potencijalne infekcije COVID-19 konferencija održana bez fizičkog sudjelovanja sudionika, cijeli tijek konferencije bio je iznimno interaktivni i pratilo ju je nekoliko stotina kolega iz Hrvatske i inozemstva.

Na početku stručnog dijela programa prikazan je dokumentarni film „Ostani uz mene – CEPAMET Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 2010. - 2020.“ u kojem su prikazani primjeri dobre prakse u našoj zemlji kao i osobna iskustva profesionalaca, nastavnika, studenata, pacijenta i članova njihovih obitelji. Posebno je zanimljiv bio prvi panel pod nazivom „Palijativna medicina-civilizacijski iskorak u stoljeću uma“, a dotakli smo se stručnih i etičkih pitanja vezanih uz odluke na kraju života i skrb o bolesnicima s neizlječivim bolestima, s posebnim naglaskom na okolnosti u doba pandemije.

Na konferenciji su prikazani brojni primjeri dobre prakse razvoja palijativne medicine u Hrvatskoj, specifičnosti pedijatrijske i gerijatrijske palijativne medicine kao i potreba za akcijskim planom palijativne medicine za hrvatske branitelje, a naglasak je stalno bio na interdisciplinarnosti, tako da su zajednički izlagali zdravstveni profesionalci iz svih struka te brojni volonteri.

prof. dr. sc. Marijana Braš, prim. dr. med.

Predsjednica Organizacijskog odbora

Suvremena endoskopska dijagnostika i terapija novotvorina probavnog sustava



Prof. dr. sc. NADAN RUSTEMOVIĆ, dr. med.
Zavod za gastroenterologiju
i hepatologiju
Odjel interventne
gastroenterologije KBC-a Zagreb

Osnovne slikovne tehnike u dijagnostici tumora i upalnih bolesti probavnog trakta su standardna endoskopija bijelim svjetлом, te radiološke tehnike poput spiralne kompjutorizirane tomografije (MSCT), magnetske rezonancije (MR) i video kapsule endoskopije (VCE). Klasične pretrage, poput rentgenske pasaže jednjaka, želuca i tankog crijeva, odnosno irigografije, opsoletne su i vrlo rijetko se koriste.

Činjenica je da se dijagnoza tumora, općenito, najčešće postavlja u uznapredovaloj fazi bolesti kada su sužene terapijske mogućnosti za klasičnu kiruršku intervenciju i kemoterapiju.

Ovisno o ozbiljnosti problema vezanoga za rak probavnog trakta, a radi smanjenja smrtnosti, kreiraju se nacionalne strategije prevencije i ranog otkrivanja bolesti. Ideja virtualne biopsije oduvijek je privlačila kliničare. Ona predstavlja novu paradigmu u dijagnostici tumora i upalnih bolesti probavnoga trakta, odnosno omogućuje nam da neinvazivnim pristupom dobijemo informaciju je li riječ o zločudnom procesu ili upali. Upravo se na tom području u posljednje vrijeme događaju vidni pomaci. Alati su različiti, a terapijske opcije brojne. U nastavku je prikazano nekoliko dijagnostičkih i terapijskih endoskopskih postupaka koje se primjenjuju u rutinskoj praksi u KBC-u Zagreb. Inovacije na ovom području i praćenje suvremenih smjernica u radu osiguralo je Odjelu interventne gastroenterologije KBC-a Zagreb da postane službeni trening centar Europske udruge za gastrointe-

stinalnu endoskopiju (ESGE) i Europske udruge za gastroenterologiju i endoskopiju medicinskih sestara i endoskopičara (ESGENA) posljednjih šest godina, što je jedinstven slučaj u svijetu.

Na polju virtualne biopsije najveći je napredak postignut uvođenjem u rad sljedećih tehnika:

Elastografija u endoskopskom ultrazvuku (EUZ-E)

Posljednjih dvadesetak godina, otkako je EUZ implementiran u gastroenterološku kliničku praksu, pokazao se kao najveći napredak u dijagnostici gastrointestinalnih bolesti. Spoznaje koje je EUZ omogućio bitno su promjenile dijagnostičke i terapijske algoritme u brojnim bolestima, uključujući neoplazme jednjaka, želuca i medijastinuma, a po tvrdnjama Američkog endosonografskog kluba promjenio je u 75 % pacijenata s bolestima gušterače i terapijski pristup. Dalnjim tehničkim razvojem instrumenata i akcesorija, posebice uvođenjem u praksu tankoiglene aspiracijske punkcije, otvorene su velike mogućnosti endoskopičarima za terapijski pristup raznim ciljevima, od kojih je najznačajniji pankreas. Upravo se mogućnosti detaljnog slikovnog prikaza ovoga „skrivenog“ retroperitonejskog organa i informacija dobivenih tankoiglenom biopsijom, u značajnoj mjeri povećala specifičnost u ranom otkrivanju zločudnih tumora, ali i upalnih zbivanja pankreasa. Ovo su egzaktne činjenice, no s obzirom na to da je EUZ ipak sugestibilna metoda, podložna tzv. „interobserver“ varijacijama, razvile su se nove tehnike čiji je zadatak osigurati što objektivnije podatke tijekom provođenja standardnog EUZ-a.

EUZ-E je postupak koji se bazira na činjenici da tumorski infiltrirana tkiva imaju manju kompresibilnost nego

zdrava. Elasticitet ispitivanog tkiva može se izraziti kvalitativno i kvantitativno. Isti model može se primijeniti i za upalno promijenjena tkiva. Kvalitativna analiza podrazumijeva razlikovanje elasticiteta tkiva koja se izražava bojom u spektru, od crvene, preko zelene i žute boje pa sve do plave. Usporedba se čini na osnovi empirijski načinjenih tzv. Elasto skorova, gdje područja koja se prikazuju obojena u spektru od crveno do zeleno-žute boje predstavljaju neindurirana tkiva, a plavo obojena upućuju na tvrda, slabo kompresibilna tkiva. Budući da je ovaj prikaz podložan subjektivnim varijacijama, u recentnim se istraživanjima favoriziraju kvantitativne analize. Najčešće se rabi tzv. strain ratio (SR) i analiza histograma. SR predstavlja odnos između «regije od interesa» (ROI) A i druge kontrolne B regije. Ovakav način kvantitativne analize moguć je u analizi zločudnih i dobroćudnih tvorbi, ali omogućuje razlikovanje upalnih zbivanja, posebice kod upalnih bolesti crijeva. Ideja se osniva na činjenici da je kod Crohnove bolesti prisutna transmuralna upalna aktivnost koja zahvaća i perirektalno tkivo, za razliku od ulcerognog kolitisa gdje je riječ o upali na razini mukoze i submukoze probavne cijevi.

Prikaz kolorektalnih novotvorina u uskopojasnom spektru

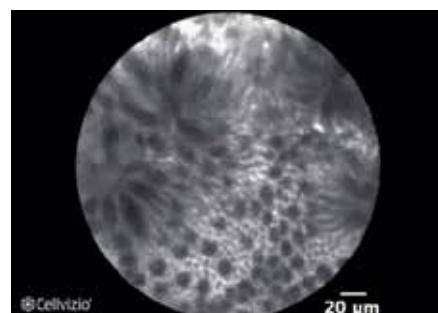
Prikaz uskopojasnim spektrom (NBI) jedan je od postupaka digitalne kromoendoskopije kojim je, uz upotrebu kolonoskopa s visokom rezolucijom, moguće detaljno prikazati građu površine sluznice novotvorine, kao i njezin sluznički krvožilni uzorak te tako napraviti histološku karakterizaciju polipa tijekom izvođenja endoskopije (*in vivo*), tzv. virtualna biopsija. Na taj način moguće je u trenutku otkrivanja novotvorine odlučiti o načinu dalnjeg lječenja (endoskopska resekcija ili kirurški zahvat), kao i o razdoblju praćenja bolesnika, za razliku od standardne gastrointestinalne endoskopske prakse gdje se



Slika 1. pCLE uvođenje sonde kroz radni kanal endoskopa



Slika 2. Detalj: sonda koja se uvodi u radni kanal endoskopa



Slika 3. Prikaz kripata u sluznici debelog crijeva



Slika 4. pCLE cistične tvorbe gušterače pod nadzorom endoskopskog ultrazvuka

odluka donosi nakon nalaza patohistološke analize. Temelji su ovog postupka činjenica da svjetlo kratkih valnih duljina ne prodire u dubinu tkiva, već se raspršuje i apsorbira na površini, kao i svojstvo hemoglobina da apsorbira upravo svjetlo kratkih valnih duljina. Primjepnom optičkih filtera (što se jednostavno postiže pritiskom gumba na glavi endoskopa) sužava se vidljiv spektar svjetla na svjetlo kratkih valnih duljina (zeleno i plavo). Na ovaj se način povećava vidljivost krvnih žila u sluznici, jer se pojačava kontrast između kapilara u sluznici koje su smede obojene i vena u podsluznici koje su tamnoplave boje. Na taj se način, osim što se detaljno prikazuje građa površine sluznice, odnosno uzorak žlezdanih kripata, prikazuje i krvožilni uzorak sluznice koji je promijenjen u neoplastičnim lezijama zbog neovaskularizacije.

Razvijena je i međunarodna endoskopska klasifikacija kolorektalnih novotvorina uskopojasnim spektrom (*Narrow-band imaging International Colorectal Endoscopic Classification -NICE*), koja na osnovi triju svojstava (boja lezije, krvožilni uzorak i građa površine sluznice) klasificira kolorektalne novotvorine u tri kategorije: tip 1 su hiperplastične lezije, tip 2 su adenomi i tip 3 su invazivni karcinomi. Lezije tipa 1 potrebno je samo pratiti, lezije tipa 2 potrebno je polipektomirati, a lezije tipa 3, ako je moguće, endoskopski odstraniti (endoskopska mukozektomija ili endoskopska submukozna disekcija) ili kirurški intervenirati. Europsko i Američko društvo za gastrointestinalnu endoskopiju podržava primjenu virtualne biopsije za karakterizaciju sitnih (≤ 5 mm) kolorektalnih polipa u rutinskoj praksi, uz uvjet prethodne edukacije endoskopičara i upotrebu validirane ljestvice.

Malo složeni sustav razrađuje se za digitalnu kromoendoskopiju sluznice jednjaka i želuca. Radna skupina, u kojoj sudjeluju i naši liječnici, radi na stvaranju jednostavne klasifikacije promjena izgleda sluznice u uskopojasnom spektru u pacijenata s endoskopskom sumnjom na displaziju sluznice jednjaka. Radi se o klasifikaciji BING (*Barretts International NBI Group*).

Konfokalna laserska endomikroskopija (CLE)

Konfokalna endomikroskopija omogućuje tijekom standardne endoskopije ili intervencijskog endoskopskog ultrazvuka analizu tkiva na mikroskopskoj razini *in vivo*. Implementacija postupka u praksi može biti ili lociranje i prepoznavanje suspektnih premalignih lezija radi ciljane tkivne biopsije, odnosno endoskopske resekcije, ili postavljanje histološke dijagnoze na licu mjesta.

Tehnički gledano postupak je primjenjiva u svim granama medicine koje se služe endoskopijom. Pored gastroenterologije, praktičnu korist bi mogli imati ginekolozi, urolozi, pulmolozi i ortopedi. Naime, sonda za CLE kompatibilna je s radnim kanalima endoskopa, ali i s posebno dizajniranim iglama za intervencijski endoskopski ultrazvuk, tako da je radijus pregleda proširen i izvan probavne cijevi.

U KBC-u Zagreb liječnici Zavoda za gastroenterologiju i hepatologiju, Odjel interventne gastroenterologije (dr. sc. Pave Markoš, doc. dr. sc. Mirjana Kalauz, prim. dr. Branko Bilić, dr. sc. Hrvoje Ivezović, dr. sc. Radovan Prijović i prof. dr. sc. Nadan Rustemović), fokusirali su se na četiri ključne točke:

> *Barrettov jednjak*

Ova promjena sluznice distalnog jednjaka predstavlja jedini poznat rizični čimbenik za nastanak adenokarcinoma jednjaka. Barrettov jednjak nastaje najčešće kao posljedice dugotrajne izloženosti završnog dijela jednjaka želučanom sadržaju, pri čemu dolazi da zamjene pločastog epitela jednjaka želučanim, metaplastičnim. Kroz daljnje napredovanje bolesti metaplastični epitel se mijenja u displastični (niske, a potom i visoke displazije) do nastanka adenokarcinoma.

Pacijenti kojima se na ezofagogastroduodenoskopiji otkrije i potvrdi Barrettov jednjak zahtijevaju redovite endoskopske kontrole s biopsijama po zadanom protokolu, da bi se na vrijeme uočilo napredovanje bolesti i ponudila endoskopska intervencija prije razvoja karcinoma. Uz

brojne tehnike naprednog endoskopskog prikaza danas imamo i mogućnost CLE-a. Prije početka pretrage CLE-om potrebno je intravenski aplicirati kontrastno sredstvo fluorescein, a potom se kroz radni kanal gastroskopa uvede sonda i ostvari kontakt sa sluznicom ciljnog organa. Sonda se aktivira pritiskom pedale, te se na posebnom ekranu prikazuju stanice koje analiziramo sami ili uz pomoć citologa. U skoroj budućnosti ovaj će se segment pretrage moći analizirati uz pomoć umjetne inteligencije, gdje smo već načinili pionirske korake u suradnji s industrijom endoskopske opreme. Dakle, riječ je o pretrazi kojom se ne gleda izgled sluznice nego imamo uvid u izravni prikaz *in vivo* stanične i žilne mikroarhitekture, do dubine 150 µm i uz uvećanje do 1000 puta. To nam omogućuje da u nekoliko minuta pregledamo cijelu sluznicu Barrettovog jednjaka i bez biopsija detektiramo „suspektni“ dio sluznice s displazijom epitela koji predstavlja povećan rizik za nastanak karcinoma. Ti se pacijenti potom rano preventivno endoskopski liječe putem radiofrekventne ablacija ili endoskopske resekcije, što predstavlja kurativno liječenje kod tumora stadija T1.

> Upalne crijevne bolesti

Diferenciranje tipa upalne crijevne bolesti često kliničarima zadaje velike teškoće prije odluke o differentnom terapijskom pristupu. Zlatni standard je patohistološka potvrda bolesti, koja je često insuficijentna.

Konfokalna endomikroskopija jedan je od modaliteta u lepezi dijagnostike virtualnom biopsijom, u cilju fenotipizacije u upalnim crijevnim bolestima. Zahtijeva širu validaciju, no uvjereni smo nakon početnih pokušaja da zamsao ima zavidan potencijal.

> Cistične tvorbe gušterače

Konfokalna laserska endomikroskopija cista gušterače tijekom endoskopskog ultrazvuka (endoscopic ultrasound-needle confocal laser endomicroscopy, EUS-nCLE) novi je postupak koja omogućuje mikroskopski prikaz intracističnog epitela u realnom vremenu.

Laserska mini-sonda uvodi se u cistu gušterače kroz aspiracijsku iglu 19-G tijekom endoskopskog ultrazvuka. Za prikaz žilnih, epitelnih i drugih struktura u cisti gušterače potrebno je bolesniku intravenski aplicirati fluorescein neposredno prije početka endomikroskopije. Indikacija za EUS-nCLE je evaluacija cista većih od 2 cm kod kojih je indicirana aspiracijska punkcija. Kontraindicirana je u slučaju alergije na fluorescein.

Ciste gušterače imaju karakterističan prikaz na EUS-nCLE snimkama, što omogućuje njihovo razlikovanje i bolju klasifikaciju. Endomikroskopske slike cista gušterače omogućuju razlikovanje žilnog i epitelnog obrasca kod različitih cista. Intraduktalna papilarna mukinozna neoplazija (IPMN) daje karakterističnu sliku prstolikih papila, dok se kod mukinoznih neoplazma prikazuje epitel koji oblikuje slojeve. Serozni cistadenomi (SCA) imaju obrazac prikaza poput paprati, s površnom, gustom mrežom krvnih žila. Pseudociste izgleđaju na endomikroskopskoj slici kao svijetle čestice na tamnoj podlozi koje predstavljaju upalne stanice bez prikaza prave stjenke ciste ili vaskularnosti. *In vivo* i *ex vivo* prikaz EUS-nCLE validiran je i uspoređen s histopatologijom za većinu cističnih tumora gušterače.

Najnovije multicentrično istraživanje na 78 ispitanika CONTACT-2 (2018.) pokazalo je osjetljivost, specifičnost, PPV i NPV EUS-nCLE-a 96 %, 95 %, 98 %, and 91 % kod razlikovanja premalignih cista (MCN, IPMN, cistični NET, SPN, cistični limfom) od dobroćudnih lezija. Osjetljivost, specifičnost, PPV, NPV metode kod razlikovanja mukinoznih od nemukinoznih lezija bile su 95, 100, 100 and i 94 %-tne.

Bilijarne strikture

Za virtualnu biopsiju u bilijarnom stablu postupak izbora je „probe based“ CLE (pCLE), gdje se sonda uvodi kroz radni kanal kolangioskopa (SpyGlass). Inače, kolangioskopija je postupak koji je asociran na endoskopsku retrogradnu kolangiopankreatografiju (ERCP), kada se kroz širok radni kanal duodenoskopa

uvodi kolangioskop (tehnika „mother-baby“). Tako se olakšava pristup leziji i osigurava u jednom aktu dijagnostičko-terapijski postupak. Izravan kontakt sa sluznicom omogućuje pregled *in vivo* mjesta interesa, odnosno lezije, detektiranog na fluoroskopiji ili kolangioskopiji. Procjena karaktera lezija u bilijarnom stablu temelji se na fluoroskopskom ili kolangioskopskom nalazu uz poznato nisku osjetljivost i dijagnostičku preciznost ako se ne dobije materijal za patohistološku analizu. Uz pCLE senzitivnost se povećava do 98 %, a specifičnost do 67 %, unatoč manjoj rezoluciji, a u usporedbi s pretragama činjenima na sluznici jednjaka ili debelog crijeva. Osobitu vrijednost CLE ima u nedefiniranim lezijama bilijarnog stabla, naime u diferenciranju zloćudnih od dobroćudnih postupalnih promjena. Posebice se to odnosi na rano otkrivanje kolangiocelularnog karcinoma. Kvaliteta dijagnostičkog postupka, naravno, ovisi i o iskustvu izvođača te barem u prvoj fazi sigurno zahtijeva i usku suradnju s patologom/citologom.

Zaključno, CLE predstavlja značajan napredak u poboljšanju dijagnostike ranih patoloških promjena u gastrointestinalom i bilio-pankreatičnom sustavu, osobito u razlikovanju dobroćudnih i zloćudnih lezija, te omogućuje preciznije uzorkovanje za tkivnu dijagnozu, što diktira daljnje terapijske postupke.

Literatura:

Rustemović N, Kalauz M, Grubelić Ravić K, Ivezković H, Bilić B, Ostožić Z, Opačić D, Ledinsky I, Majerović M, Višnjić A. Differentiation of Pancreatic Masses via Endoscopic Ultrasound Strain Ratio Elastography Using Adjacent Pancreatic Tissue as the Reference. Pancreas. 2017 Mar;46(3):347-351.

Patrun J, Okreša L, Ivezković H, Rustemović N. Diagnostic Accuracy of NICE Classification System for Optical Recognition of Predictive Morphology of Colorectal Polyps. Gastroenterol Res Pract. 2018 Mar 14;2018:7531368.

Napoleon B, Pujol B, Palazzo M, Caillol F, Palazzo L, Aubert A, Maire F, Buscail L, Lemaistre A-I, Giovannini M. Needlebased confocal laser endomicroscopy of pancreatic cystic lesions: a prospective multicenter validation study in patients with definite diagnosis. Gastroenterology. 2017;152:S132-S133.

Dubow M, Tatman PD, Shah RJ. Individual probe based confocal laser endomicroscopy criteria in the analysis of indeterminate biliary strictures. Scand J Gastroenterol. 2018;53(10-11):1358-1363.

HZZO i MZ: eUputnice i eNalazi

Ministarstvo zdravstva i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) su u sklopu sustava CEZIH pokrenuli projekte eUputnice, eNalaz i eOtpusno pismo, čime je lijećnicima PZZ-a omogućeno propisivanje eUputnice za usluge u specijalističko-konzilijskoj zdravstvenoj zaštiti. Dalnjom nadogradnjom funkcionalnosti uputnice u specijalističko-konzilijskoj zdravstvenoj zaštiti (projekt BIS2CEZIH) omogućeno je i slanje privitka uz uputnicu te slanje više odgovora - specijalističkih nazala, po istoj uputnici. Spomenutim projektom su sve bolnice pokazale tehničku povezanost na CEZIH i dobine sredstva za informatizaciju vlastitih informacijskih sustava kako bi uspješno preuzimale eUputnicu i slale eNalaz.

Ministarstvo zdravstva u suradnji s HZZO-om od 1. listopada ukida obvezu ispisa tiskanice uputnice (tzv. crvene uputnice) u postupcima upućivanja, naručivanja, prijema, naplate usluga i arhiviranja dokumentacije u svim zdravstvenim ustanovama za svoje osigurane osobe i ugovorne zdravstvene ustanove.

Za pacijente to znači da kod izabranog liječnika više neće dobivati ispisano papirnatu tiskanicu uputnice, već će pravo na specijalističko-konzilijsku uslugu ostvarivati putem elektroničke verzije tog dokumenta izdanoga u informacijskom sustavu izabranog liječnika, a pohranjeno u nacionalnom informacijskom sustavu zdravstva CEZIH-a. Nakon pružene usluge na temelju eUputnice, eNalaz bit će dostavljen liječniku PZZ-a, ali bit će dostupan i pacijentu putem Portala zdravlja na platformi e-Gradani. Pacijenti i dalje imaju mogućnost naručiti se samostalno za termin. U tom slučaju, po izdanoj eUputnici, obraćaju se zdravstvenoj ustanovi sa svojim MBO-om kao ključnim podatkom sa zdravstvene iskaznice, što je temelj za dohvati rezervaciju eUputnice.

Za zdravstvene djelatnike PZZ-a to znači da će u sklopu propisivanja eUputnice, uz dosad uobičajeno eNaručivanje moći:

- pacijenta naručiti izravno na termin u zdravstvenoj ustanovi,
- uputiti zahtjev za dodjelom termina prema odabranoj zdravstvenoj ustanovi te
- u slučaju kad liječnik ocijeni da je to potrebno i ispisati podsjetnik o izdanoj eUputnici.

Za bolničke i specijalističko-konzilijske zdravstvene ustanove to znači da će, uz dosad uobičajeno eNaručivanje, zahtjev za termin dobiti od pacijenta ili od izabranog liječnika PZZ-a. Nastavno na taj zahtjev, zdravstvena ustanova je dužna kontaktirati pacijenta te ga obavijestiti o dodijeljenom terminu.

Preuzimanje eUputnice s CEZIH-a obvezno je također kod prijema u zdravstvenu ustanovu, što je obvezna predradnja u postupku fakturiranja zdravstvene usluge prema HZZO-u, a koje se od 1. siječnja 2021. godine više neće moći ostvariti bez podatka o identifikatoru eNalaza po svakoj eUputnici.

PRIVATNA ORL ORDINACIJA

Prodaje se privatna ORL ordinacija na odličnoj lokaciji u centru Zagreba, Zelinska ul. 5/II (Martinovka), površine 65 m² zbog odlaska u mirovinu.

Ordinacija uspješno radi već 25 godina. Potpuno je opremljena za ORL i audiološku djelatnost uključujući i manje kirurške zahvate i estetske zahvate.

Položaj i prostor ordinacije vrlo je povoljan i za druge medicinske djelatnosti.

Molim zainteresirane da se javite na e-mail adresu: mladen.dobrovic12@gmail.com ili na tel. **098 316 857**.

Nefunkcionalan mokračni mjehur ili njegovo nepostojanje nije zapreka za uspješnu transplantaciju bubrega

 Prof. dr. sc. DEAN MARKIĆ, dr. med.
Klinika za urologiju KBC-a Rijeka

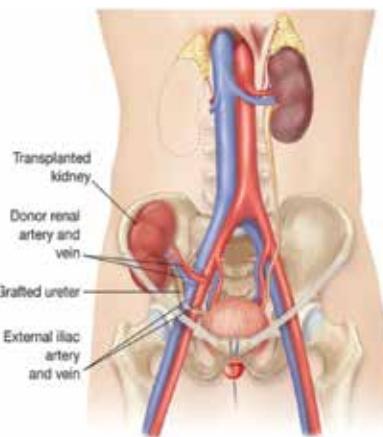
Transplantacija bubrega najbolji je način liječenja završnog stupnja kronične bubrežne bolesti. Bubreg se usađuje u ilijačnu jamu, a ureter se spaja s mokračnim mjehurom primatelja (slika 1.). Uvjet je za uspješnu transplantaciju bubrega funkcionalan donji dio mokračnog sustava (mokračni mjehur i uretra). Normalan mokračni mjehur je nerefluksivan, niskotlačan i sterilan rezervoar koji se prazni pod utjecajem volje, uz zadržan kontinencijski mehanizam. U nekih bolesnika sa završnim stupnjem kronične bubrežne bolesti postoje abnormalnosti donjeg dijela mokračnog sustava (spina bifida s neurogenim mjehurom, neurogeni mjehuri kao posljedica traumatskog oštećenja leđne moždine ili tumorala leđne moždine, ekstrofija mjehura, vezikoureteralni refluks, valvule stražnje uretre) koje su inkompatibilne s uspješnom transplantacijom. U tih bolesnika treba učiniti urinarnu derivaciju kako bi ih se pripremilo za transplantaciju bubrega. Osim pacijenata s abnormalnostima urotrakta, u tu skupinu spadaju i bolesnici u kojih je učinjena cistektomija (neurogeni mjehur, kronična upala, intersticijski cistitis, karcinom mjehura, tuberkuloza mjehura).

Urinarna derivacija podrazumijeva napuštanje jednog dijela mokračnog sustava s njegovim nefriološkim završetkom (najčešće na kožu). Urinarnе derivacije se najčešće rade od tankog ili debelog crijeva, a možemo ih podijeliti na uretersigmoidostomiju (primjerice Mainz pouch II), inkontinentne kutane derivacije (konduiti - najčešći je ilealni konduit) i kontinentne kutane urinarme derivacije (Indiana pouch, Kock pouch, Mainz pouch I, Mainz pouch III). Šire

gleđano, u tu skupinu spadaju i ortotopne urinarme derivacije, tzv. *novi mjehur* (Studer ili Hautmann ortotopni mjehur). Kod ortotopnih neovezika mokračni mjehur je u cijelosti zamijenjen nekim drugim organom (najčešće ileumom) uz očuvanu uretru, tako da ne postoji urostomija, već mokračna fiziološkim putem izlazi na mokračnu cijev. U posebnu skupinu spadaju pacijenti s augmentacijom mjehura. U tih je bolesnika riječ o mjehuru s premalim kapacitetom ili o neurogenom mjehuru s visokim tlakom pohrane urina, te bi transplantacija u takav disfunkcionalan mokračni mjehur uzrokovala gubitak presatka. U takvih se bolesnika kapacitet mjehura poveća umetanjem dijela crijeva (najčešće ileuma - ileocistoplastika ili kolona - kolocistoplastika).

Najčešća je urinarna derivacija ilealni konduit (Brickerova operacija). Zbog svoje relativne jednostavnosti, ali i dugotrajnosti, koristi se kod liječenja mnogih abnormalnosti donjeg dijela urinarnog sustava, kao i kod liječenja bolesnika s karcinomom mokračnoga mjehura, a moguća je i u bolesnika kojima je potrebna transplantacija bubrega (slika 2.). Prvu transplantaciju bubrega u ilealni konduit učinio je Kelly 1966. godine. Više studija je pokazalo kako je preživljjenje i bolesnika i transplantata podjednako kao i u standardne populacije, ali s malo većim brojem infektivnih komplikacija. Tako je preživljjenje transplantata do 94 % nakon godine dana, a 63 % nakon pet godina i ne razlikuje se od standardne populacije transplantiranih bolesnika. Preživljjenje pacijenata je do 94 % nakon godine dana, odnosno 83 % nakon pet godina, što je podudarno sa standardnom populacijom.

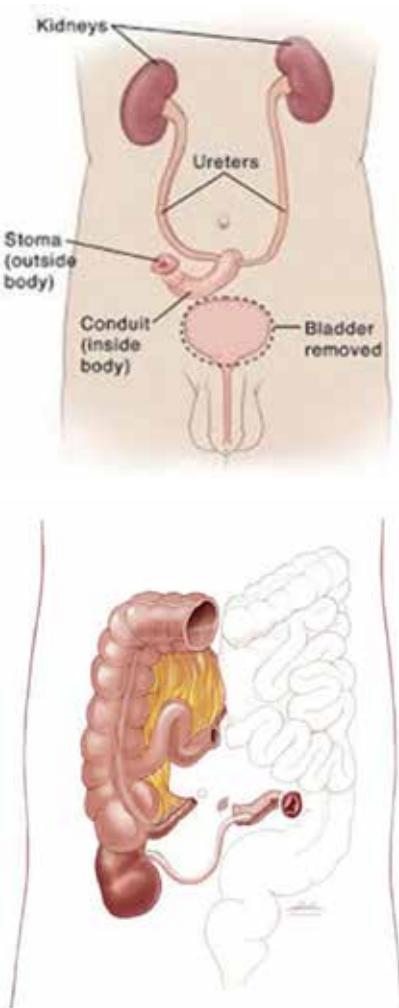
S kirurske strane postoji nekoliko posebnosti koje su nadogradnja standardne operativne tehnike. Urinarna derivacija (ili augmentacija) može se učiniti prije, za vrijeme i nakon transplanta-



Slika 1. Shematski prikaz standardne transplantacije bubrega korištenjem mokračnoga mjehura

cije. Većina autora daje prednost prije transplantacijskoj operaciji. Osnovna prednost takve operacije je adekvatno formiranje urinarme derivacije bez negativnog učinka imunosupresivne terapije, prvenstveno kortikosteroida. Poželjno je da ona bude učinjena barem šest tjedana prije transplantacije.

U pacijenata s urinarnom derivacijom transplantat se češće postavlja u obrnut položaj (donji pol postaje gornji – tzv. tehnika "upside down"), jer se na taj način smanjuje duljina transplantiranog uretera i omogućuje njegov tijek bez zavoja. Svakako treba napomenuti da protok urina ovisi o peristaltici uretera, a ne o gravitaciji, pa se ne treba bojati zastoja urina. Konačan položaj bubrega ne može se jednoznačno odrediti. Većina autora drži da u pogledu strane implantacije i eventualnog okretanja bubrega treba biti fleksibilan i da konačnu odluku treba donijeti na samom zahvalu. Tip urinarme anastomoze najviše ovisi o samom tipu urinarme derivacije. U bolesnika s ilealnim konduitem najčešće se primjenjuje terminolateralna anastomoza bez antirefluksnog mehanizma (tzv. Bricker ili Nesbit tip anastomoze).



Slika 2. Shematski prikaz oblikovanja ilealnog konduita (A) i transplantacije bubrega korištenjem ilealnog konduita (vidljiv je spoj uretera transplantanoga bubrega na izoliranu vijugu tankoga crijeva) (B)

No, mogući su i brojni drugi tipovi anastomoze. Anastomozu treba svakako zaštитiti ureteralnom endoprotezom.

Kronična bakterijurija i urinare infekcije mnogo su češće u transplantiranih bolesnika s urinarnom derivacijom, no treba napomenuti da ta stanja, iako povećavaju pobilih pacijenata, ne utječu na preživljjenje niti pacijenata niti transplantata. Ukupna učestalost uroinfekcija se kreće od 50 do 67 %. Metaboličke komplikacije najčešće uključuju razvoj metaboličke acidoze, a njegov oblik ovisi o tipu derivacije. Kod ilealnog konduita najčešće se javlja hiperkloremijska metabolička acidozna. Također je mogućnost razvoja acidoze veća kod konstruiranja rezervoara nego konduita, a sve kao posljedica prodljenog kontakta urina sa sluznicom crijeva. Kamenci se javljaju češće, pogotovo u bolesnika s urinskim rezervoarom, a uzroci su zastoj urina, metabolička acidozna, bakterijurija i produkcija sluzi, što može biti nukleus za razvoj kamena. U studijama se kamenci javljaju i u do 30 % bolesnika. Primjerena hidracija, po potrebi irrigacija poucha, profilaktička uporaba antibiotika i korekcija acidoze mogu smanjiti učestalost nastanka urolitijaze. U slučaju nastanka simptomatskih kamenaca, oni se rješavaju kao i kod standardne populacije.

Prvu transplantaciju uz korištenje urinare derivacije učinili smo, kao prvi transplantacijski centar u Hrvatskoj, 2006. godine. Do sada smo sedmorici bolesnika transplantirali bubreg, a nakon učinjene korekcije donjeg dijela mokraćnog sustava. Pri tome je šest bolesnika imalo neki od oblika urinare derivacije (ilealni konduit – 4 bolesnika, Mainz-Pouch I – 1 bolesnik, Mainz-Pouch III – 1 bolesnik), dok je u jednog bolesnika učinjena augmentacijska cistoplastika (slika 3.). Uzrok disfunkcije donjeg dijela mokraćnog sustava bili su: neurogeni mjehuri (3 bolesnika), karcinom mokraćnoga mjehura (3) i valvule stražnje uretre (1).



Slika 3. Transplantacija bubrega primjenom ileum conduit.
Kontrastnom snimkom prikazan je smještaj transplantiranoga bubrega u lijevoj iličnoj jami, spoj uretera na ileum conduit s refluksom u desni nativni bubreg (arhivski materijal KBC-a Rijeka)

Zaključno, transplantacija bubrega u bolesnika s urinarnom derivacijom i augmentacijom mjehura kirurški je zahtjevni od standardne operacije. Preživljjenje i transplantata i bolesnika podudarno je sa standardnom transplantacijskom populacijom, ali uz malo veći broj infektivnih komplikacija. Takvi rezultati trebaju potaknuti da se bolesnike, u kojih je zbog neadekvatnog donjeg dijela mokraćnog sustava učinjena urinarna derivacija i/ili augmentacija mjehura, ravnopravno uvrsti na listu čekanja za transplantaciju bubrega.

dean.markic1@gmail.com

Takvi rezultati trebaju potaknuti da se bolesnike, u kojih je zbog neadekvatnog donjeg dijela mokraćnog sustava učinjena urinarna derivacija i/ili augmentacija mjehura, ravnopravno uvrsti na listu čekanja za transplantaciju bubrega.

ARITMOLOGIJA U NAS

 Dr. sc. NIKOLA PAVLOVIĆ, FESC, FEHRA

Zavod za aritmije sastavni je dio Klinike za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Sestre milosrdnice, predstojnica kojeg je prof. dr. Diana Delić Brkljačić. Aritmologija je razmjerno nova i brzorastuća grana kardiologije koja se bavi poremećajima srčanog ritma. Snažno se počinje razvijati u svijetu početkom 70-ih godina prošlog stoljeća, a zbog iznimnih postignuća u liječenju i skrbi bolesnika s poremećajima srčanog ritma, danas je postala jedna od temeljnih djelatnosti u kardiologiji, bez koje je teško zamisliti ozbiljano kardiološko središte. Pioniri aritmologije u našoj ustanovi bili su prof. Dubravko Petrač i prim. Berislav Radić, koji su u drugoj polovini 80-ih godina prošlog stoljeća započeli program elektrofiziologije te počeli raditi prve ablacijske zahvate. Posljednjih desetak godina svjedoci smo vrlo brzog kvalitativnog i kvantitativnog razvoja hrvatske aritmologije, u čemu je naše središte imalo važnu ulogu, što potvrđuju i podaci da je 2009. godine u našem središtu učinjeno oko 80 ablacijskih postupaka, da bi 2019. godine taj broj porastao 8 puta. Danas se gotovo 30 % svih ablacijskih postupaka u Hrvatskoj učini u našem središtu.



Tim aritmologa KBC-a Sestre Milosrdnice

Sličan smjer razvoja pratimo i u implantacijskom programu srčanih elektrostimulatora, kardioverter defibrilatora i resinkronizacijske terapije.

Naš tim čine liječnici: doc. dr. Šime Manola, FESC, koji je pročelnik Zavoda za aritmije, dr. sc. Nikola Pavlović, FESC, FEHRA, koji je voditelj odjela za elektrostimulaciju i elektrofiziologiju srca, doc. dr. Vjekoslav Radeljić (voditelj Odjela za invazivnu i intervencijsku kardiologiju) te dr. sc. Ivan Zeljković i dr. Kristijan Đula. Jednako važan dio našeg tima

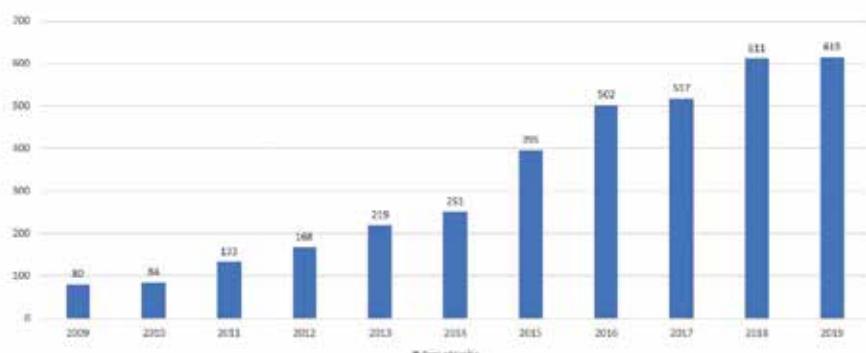
čine i naše medicinske sestre/tehnicičari na čelu s glavnom sestrom Zavoda Martinom Kralj i glavnim tehničarom Odjela za elektrostimulaciju i elektrofiziologiju srca, Ivicom Benkom. Važno je napomenuti da je većina tima provela dio edukacije u europskim središtima, a četiri liječnika i glavnog tehničara certificiralo je Europsko kardiološko društvo (EHRA), polaganjem međunarodnog ispita.

Nakon početne edukacije u našem središtu, zatim i u najvećem regionalnom pedijatrijskom središtu u Budimpešti, dr. Nikola Krmek je pokrenuo program pedijatrijske elektrofiziologije, jedini u Hrvatskoj, od 2018. g. u sklopu kojeg se godišnje učini 80-ak elektrofizioloških i ablacijskih zahvata u djece.

Doc. Manola trenutačno obnaša funkciju predsjednika NCS-a (EHRA National Cardiac Societies Committee), a dr. Nikola Pavlović je član odbora Young Electrophysiologists, a donedavno je bio i istaknuti član edukacijskog odbora EHRA-e u dva mandata.

Zahvaljujući svemu tomu priznati smo kao središte ne samo u našoj zemlji, nego i šire, tako da se u središtu liječe

KBCSM – kronološki prikaz broja ablacijskih procedura



bolesnici i iz okolnih zemalja gdje neki navedeni zahvati nisu dostupni. Od 2008. postali smo Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za aritmije i elektrofiziologiju srca, a priznalo nas je i Europsko aritmološko društvo (EHRA), koje nam je dodijelilo titulu europskog edukacijskog središta (eng. European recognised training center). Time smo 2017. postali jedan od tada deset aritmoloških središta izvrsnosti u Europi gdje se izvode najsloženiji elektrofiziološki zahvati i usavršavaju liječnici iz Europe i svijeta. U sklopu opisanog programa do sada je u našoj ustanovi educirano 15-ak liječnika iz Hrvatske, EU-a i svijeta te desetak sestara. Također, stručno i znanstveno surađujemo s brojnim središtima u Europi pa su tako u našem KBC- u brojna istraživanja iz područja aritmologije (randomizirana, registri...).

Kao središte stalno ulažemo u edukaciju cijelog tima, a trudimo se pratiti tehnološki razvoj, radi čega svake godine uvodimo nove postupke liječenja. U protekle smo dvije godine započeli u svojoj ustanovi program ugradnje bezelektričnih elektrostimulatora srca ("leadless pacemaker"), potkožnih kardioverter-defibrilatora srca (S-ICD), okludera aurikule lijevog atrija, atrijskog septalnog defekta kao i perzistentnoga foramena ovale. U središtu su danas dostupni gotovo svi modaliteti i tehnologije liječenja i ablacija kao i u svijetu.

Kako bismo bili što dostupniji našim kolegama, bolesnicima i široj javnosti, izradili smo i službenu stranicu (<http://aritmije.kbcsm.hr/>) gdje se mogu naći korisni podaci o zahvatima koje radimo, kao i sve o novostima iz svijeta aritmologije. Također je dostupan email za upite od kolega i kolega vezane za liječenje bolesnika s aritmijama.

Nikopal12@yahoo.com

Kombinirana nastava na medicinskim fakultetima u Zagrebu, Rijeci i Osijeku

Uprava Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u suradnji s drugim medicinskim fakultetima u Hrvatskoj, počela je još prije ljeta razmišljati o planovima organiziranja izvođenja nastave na Studiju medicine u novoj akademskoj godini u uvjetima epidemije COVID-19.

Valjalo je voditi posebnu brigu oko organiziranja kliničke nastave, budući da se u svakoj kliničkoj, odnosno zdravstvenoj ustanovi primjenjuju drukčija pravila ulazaka i organiziranja rada, a postoje i pojačani rizici zaraze studenata. Za razliku od drugih medicinskih fakulteta u Hrvatskoj, pojavila su se posebna iskušenja u organiziranju nastave na Medicinskom fakultetu u Zagrebu zbog oštećene infrastrukture Fakulteta i većeg broja kliničkih ustanova nakon potresa.

Na temelju Odluke Vlade RH i Preporuka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Fakultet je 8. rujna donio Preporuke za održavanje nastave u razdoblju pandemije COVID-19 uz primjenu protuepidemijskih mjera. Odlučio je da se predavanja i seminari mogu izvoditi ili kao nastava na daljinu ili na klasičan, kontaktni način, kad epidemiološke okolnosti i mjere i infrastrukturni uvjeti to dozvoljavaju. Praktični oblici nastave u pravilu se izvode na klasičan, kontaktni način, kao nastava uživo, uz prisutnost nastavnika i studenta na Fakultetu, odnosno u kliničkim i suradnim ustanovama kad je tako predviđeno izvedbenim nastavnim planom. Nastavnici će radi održavanja kvalitete nastave redovito držati konzultacije uživo, uz potrebne propisane protuepidemijske mјere, a iznimno, ako to nije moguće, bit će studentima dostupni i za konzultacije na daljinu. Određeno je da nastavni

sat traje 40 minuta kako bi se ostavilo dovoljno vremena za kratko prozračivanje nastavnog prostora nakon nastavne jedinice. Razmak između ulaska dviju skupina studenata u isti nastavni prostor mora biti najmanje 15 minuta, kako bi se prostor primjereno prozračio. Uvažavajući sve teškoće koje imaju studenti za vrijeme proglašene epidemije, Fakultet je u dogовору sa Studentskim zborom Fakulteta uveo niz mјera kojima se olakšava pohađanje nastave, polaganje ispita te upis u višu godinu studija s manjim brojem ostvarenih ECTS bodova.

Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci izvođenje nastave planira se na način da će se sva predavanja i seminari održavati prema izvedbenom nastavnom planu online u realnom vremenu, a vježbe će biti kontaktne, s tim da svaki voditelj kolegija može prilagoditi raspored vježbi u zadanim vremenima. Nastavnici su obvezni redovito održavati konzultacije na fakultetu uživo, pojedinačno ili u manjim skupinama, pridržavajući se propisanih epidemioloških mјera. Pri izvođenju klasične, izravne nastave preporučuje se nastavnicima da nastavni sat traje 40 minuta, s razmacima boravka studenata u prostorijama u trajanju od 15 minuta, kako bi se prostor prozračio. Za vrijeme vježbi studenti će nositi maske i/ili vizire, a prije toga upotrijebiti će dezinficijens za ruke (prema potrebi rukavice, ovisno o zahtjevima na vježbama).

Nastava na Medicinskom fakultetu u Osijeku planira se provoditi hibridno s predavanjima online, s obzirom na nedostatak predavaonica u kojima bi se mogao držati potreban razmak, te seminarima i vježbama koje se planiraju održati kontaktno.

Cijepljenje protiv gripe u ovoj sezoni

Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.
Zvjezdana Lovrić Makarić, dr. med.
Vedrana Marić, dr. med.

Svake godine u veljači Svjetska zdravstvena organizacija donosi preporuku za sastav cjepiva u sezoni gripe za sjevernu Zemljinu polutku, a u listopadu za južnu, a na temelju rezultata kontinuiranog praćenja genskih i antigenskih osobina cirkulirajućih virusa gripe u prethodnoj sezoni. Tako će sastavni dio cjepiva protiv gripe za sezonu 2020./2021. biti sljedeći cjepni sojevi:

A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1)pdm09

A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2)

B/Washington/02/2019 (B/Victoria) i

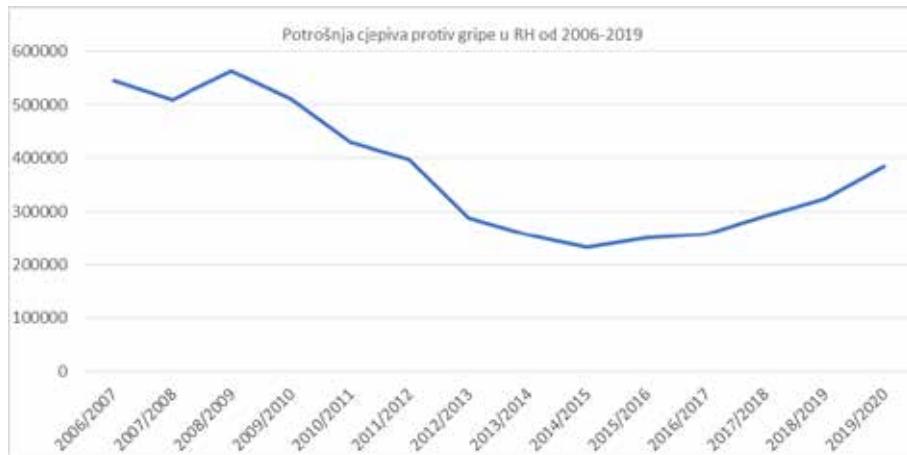
B/Phuket/3073/2013 (B/Yamagata) – sadrži ga samo četverovalentno cjepivo.

U Hrvatskoj posljednjih godina bilježimo povećanje zanimanja za cijepljenje pa sukladno tome naručujemo i povećan broj doza namijenjenih osobama koje imaju veći rizik od težih oblika bolesti i kojima je cijepljenje besplatno.

Potrošnja cjepiva protiv gripe – bilježi se porast

Gledamo li potrošnju cjepiva protiv gripe u posljednjih 13 sezona, nakon značajnog pada u razdoblju od 2008. do 2014. godine vidljiv je u posljednjih nekoliko godina porast zanimanja za cijepljenje protiv gripe. Prošle sezone su cijepljena 385.374 građana, dok ih je u prethodnoj sezoni cijepljeno 323.303 – što potvrđuje da se nastavlja porast odaziva na cijepljenje, a s obzirom na istovremenu cirkulaciju SARS-CoV-2 u populaciji, i ove godine očekujemo takav porast (Slika 1.)

S obzirom na prepostavljen broj stanovnika starijih od 65 godina u Hrvatskoj, procjenjuje se da ih je cijepljeno oko 34 %, što je porast cijepnog obuhvata u usporedbi s prošlom sezonom kad



Slika 1. Potrošnja cjepiva protiv gripe u Hrvatskoj u razdoblju 2006. - 2019.

je cijepljeno 29 % osoba iste dobne skupine (259502:222793). Ipak, to je i dalje značajno manje nego prije desetak godina, kad se cijepilo oko 40 % osoba starijih od 65 godina, a daleko manje od cilja EU-a i SZO-a koji teže postizanju 75 %-tnog obuhvata u takvih osoba.

Cijepni obuhvati zdravstvenih djelatnika dosegnuli su nakon dugo vremena oko 35 %, ako računamo da je u Hrvatskoj oko 50.000 zdravstvenih djelatnika zaposleno u zdravstvu. Time se nastavlja porast broja cijepljenih zdravstvenih djelatnika u posljednje četiri godine (17485:11825:10147:7813).

U Hrvatskoj dostupna dva četverovalentna cjepiva protiv gripe

Za ovu je sezonu, prema procjenama koje smo dobili u veljači, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) osigurao 460.000 četverovalentnog cjepiva u Programu cijepljenja za osobe koje imaju pravo na besplatno cjepivo. Ono će biti dostupno krajem listopada, a u tijeku je nabava dodatnih 130.000 doza koje bi trebale stići u prosincu. Cijepljenje će početi najvjerojatnije krajem listopada.

Ove je godine HALMED izdao odobrenje za dva četverovalentna cjepiva protiv gripe. Jedno je registrirano za djecu stariju od 6 mjeseci, a drugo za starije od

3 godine. Sva djeca do 9 godina, koja do sada nikad nisu cijepljena protiv gripe, primaju dvije doze od 0,5 ml, u razmaku od najmanje 4 tjedna, svima ostalima dosta je jedna doza od 0,5 ml primijenjena intramuskularno.

Cjepivo u Programu cijepljenja za osobe s većim rizikom od komplikacija - besplatno za osiguranike

Kao i prethodnih godina, cijepljenje protiv gripe se preporučuje osobama s povećanim rizikom od teških kliničkih slika gripe i njezinih komplikacija. One se mogu besplatno cijepiti kod svojih liječnika obiteljske medicine i pedijatara ili u ambulanti nadležnog zavoda za javno zdravstvo:

- osobe životne dobi 65 godina i starije
- korisnici domova za starije osobe te institucija za njegu kroničnih bolesnika (bez obzira na dob, uključujući i djecu), kao i radnici domova za starije osobe te institucija za njegu kroničnih bolesnika
- osobe, uključujući i djecu, s kroničnim bolestima, posebice bolestima srca i pluća, a posebno djecu s oštećenom plućnom funkcijom (cistična fibroza, kronična astma, bronhopulmonalna displazija) i s kongenitalnim greškama

Ove sezone, u vrijeme trajanja pandemije COVID-19, cijepljenje protiv gripe je osobito važno, jer dok traje epidemija virusa SARS-CoV-2, za koji još nema cjepiva niti specifičnih lijekova, važno je spriječiti respiratorne infekcije za koje postoji cjepivo. Također, važno je smanjiti opterećenje zdravstvenog sustava koji je dodatno opterećen zbog skrbi o pacijentima oboljelima od COVID-19.

- odrasli i djeca s kroničnim bolestima metabolizma (uključujući šećernu bolest), kroničnim bubrežnim bolestima, hemoglobinopatijama i ostećenjem imunosnog sustava (uključujući HIV)
- djeca i adolescenti (od 6 mj. do 18. god.) na dugotrajnoj terapiji lijekovima koji sadrže acetilsalicilnu kiselinu (radi izbjegavanja nastanka Reyevog sindroma uz influencu)
- osobe iz bliske okoline osoba za koje je cijepljenje preporučljivo, a koje se zbog kontraindikacija ne mogu cijepiti, na primjer kućni kontakti (uključujući djecu), osobe koje pružaju kućnu medicinsku njegu
- zdravstveni radnici
- trudnice.

Cijepljenje izvan Programa cijepljenja

Osobe koje nisu obuhvaćene navedenim programom cijepljenja, a koje prepoznaju važnost cijepljenja protiv gripe, mogu se cijepiti uz plaćanje. Cjepivo se može

kupiti u ljekarnama, a prema važećoj legislativi, Zakonu o lijekovima i Pravilniku o propisivanju i izdavanju lijekova na recept, ljekarnici ga izdaju uz privatni liječnički recept koji liječnik propisuje na ime pacijenta (cjepiva su registrirana i puštena u promet na način da se izdaju u ljekarni na liječnički recept). Za vrijeme trajanja epidemije privatne recepte liječnici mogu slati putem elektroničke pošte, što pacijentima povećava dostupnost potrebne terapije.

Učinkovitost cjepiva

Cijepljenjem se može postići potpun izostanak infekcije virusom gripe, a u slučaju da zaraza ipak nastupi, znatno je blaži tijek bolesti i lakše liječenje. Drugim riječima, cjepivo protiv gripe smanjuje rizik obolijevanja od gripe, komplikacija koje zahtijevaju hospitalizaciju i smrti. Iako postoji rizik od nastanka nekih nuspojava, kao uostalom i za svaki lijek, dobrobit cijepljenja veća je od rizika nastanka nuspojava. Najčešće nuspojave cjepiva protiv gripe su blage i traju nekoliko dana - bol na mjestu primjene, glavobolja, umor te bol u mišićima.

Ozbiljnije nuspojave nakon cijepljenja vrlo su rijetke.

Učinkovitost cjepiva protiv gripe može se svake godine razlikovati, također se razlikuje za pojedine tipove i podtipove virusa influence, od populacije do populacije, te se razlikuje ovisno o dobi cijepljene osobe i o njenom zdravstvenom stanju. Vrlo grubo procjenjujući, prosječna učinkovitost cjepiva, ukupno gledano, posljednjih se godina kreće oko 40 do 60 %. U nekim sezonomama može biti i puno manja prosječna učinkovitost, a u nekim veća, što prvenstveno ovisi o tome koji tip i podtip virusa gripe cirkulira u populaciji. Nažalost, učinkovitost cjepiva protiv gripe nije ni približno tako velika kao što je to za druga cjepiva koja se koriste u kalendaru cijepljenja (npr. cjepivo protiv tetanusa, dječje paralize, ospica, hripavca, itd.). No cjepivo protiv gripe i dalje je najbolja zaštita koju imamo od nepredvidivog virusa koji može izazvati tešku bolest, pa i smrt među rizičnim skupinama, starijim osobama i osobama s kroničnim bolestima.

Ove sezone, u vrijeme trajanja pandemije COVID-19, cijepljenje protiv gripe je osobito važno, jer dok traje epidemija virusa SARS-CoV-2, za koji još nema cjepiva niti specifičnih lijekova, važno je spriječiti respiratorne infekcije za koje postoji cjepivo. Također, važno je smanjiti opterećenje zdravstvenog sustava koji je dodatno opterećen zbog skrbi o pacijentima oboljelima od COVID-19.

tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

**POVOLJNO
SE PRODAJE
KOMPLETNA
OPREMA ZA
GINEKOLOŠKU
ORDINACIJU**

MATO TARLE, Draškovićeva 34/1, Zagreb.

Sva je oprema i instrumenti u odličnom funkcionalnom stanju uključujući i ultrazvučni aparat.

Molim zainteresirane, javiti se na broj

0915506139 / 0915627918

ili na e-mail mato.tarle@gmail.com

Lijekovima u rinfuzi do znatnih ušteda?

Prema podacima prikupljenima od 36 veledrogerija članica udruženja pri Hrvatskoj gospodarskoj komori, ukupni dug bolnica početkom rujna iznosio je više od četiri milijarde kuna, a kako su istaknuli u Udruženju trgovine na veliko farmaceutskim proizvodima i ortopedskim pomagalima, evidentno je da dug raste mjesечно za više od 220 milijuna kuna.

Jedan od načina racionalizacije nabave i znatne uštede u zdravstvenim ustanovama bi mogao biti da se umjesto nabave lijekova u komercijalnim pakiranjima (u kutijama/blisterima) bolnice nabavljuju lijekove u velikim pakiranjima, odnosno u rinfuzi. Osim materijalne uštede, jedan od aspekata ovakvog pakiranja lijekova je svakako i važna ekološka komponenta jer bi se time značajno smanjila količina ambalažnog otpada.

Prof. prim. dr. sc. Dubravko Božić, dr. med., internist gastroenterologu mirovini, nekadašnji ravnatelj KB-a Osijek, mišljenja je kako bi ušteda u zdravstvu, kada je u pitanju nabava lijekova u rinfuzi, mogla biti i veća od dvije milijarde kuna godišnje. Na to je već upozoravao.

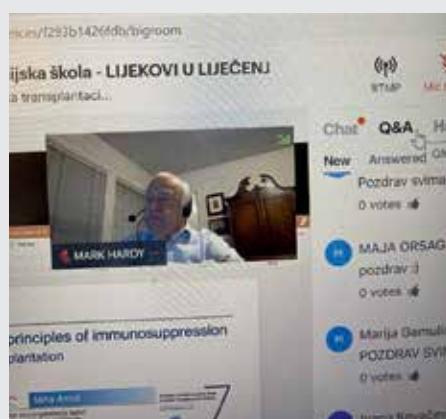
“Do izračuna sam došao još prije desetak godina uz pomoć ekonoma. Mi stalno govorimo o racionalizaciji koju tumačimo kao uštedu, ali racionalizacija je upotreba pameti, a ne ušteda. Ono što nam je potrebno, to su bolnička pakiranja lijekova, u rinfuzi od po primejrice 1000 tableta koje stanu u bočicu od dva decilitra. Takva jedna bočica može koštati i samo 20 lipa. Znate li koliko skladišnog prostora bi se uštedilo na ovaj način? Skladišni prostor se smanjuje, ambalaža se smanjuje, no ono što je najvažnije, medicinska sestra ne bi

trebala više gubiti dva sata vremena dnevno na raspakiravanje lijekova i ispučavanje lijekova iz blistera. Ovako bi pacijenti dobivali točan broj tableta koje im trebaju i koje im liječnik propisuje. Također pitanje je i cijene lijekova, u sadašnjoj situaciji sa sadašnjim pakiranjima koja koštaju. Lijekovi koji su pakirani u kutije generiraju veliki trošak, od proizvodnje ambalaže, tiskanja, papira s uputama... sve to košta.” pojašnjava prof. Božić.

U prilog ove teze možemo se sjetiti američkog primjera gdje lijekove strojno pakiraju iz rinfuze u jeftine boćice na kojima su ispisani podaci pacijenta te upute za korištenje lijeka, a u boćici se nalazi točno toliko tableta koliko je liječnik propisao. Time se i štedi i personalizira lijek čime pacijent dobiva i jednu vrstu psihološke poruke da je to njegov vlastiti lijek.

Sedma hrvatska transplantacijska škola

Hrvatska transplantacijska škola je ove godine, obilježene pandemijom COVID-19 koja se umiješala baš u sve, umjesto u Metkoviću, po prvi put je održana virtualno. Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, na čelu s doc. Mariom Laganovićem, unatoč aktualnim organizacijskim problemima u skrbi za prvenstveno kronične dijalizne bolesnike u uvjetima pandemije, organiziralo je virtualno jednodnevnu transplantacijsku školu s međunarodnim sudjelovanjem 03. listopada 2020. s temom Lijekovi u liječenju bolesnika s presađenim bubregom. Više od 50 sudionika pratilo je Školu ili održalo predavanja i radionicu ispred svojih računala ili pametnih telefona. Većina prezentacija bila je u stvarnom vremenu, uz poneko prethodno snimljeno. Ovime je otvoreno novo doba u hrvatskoj nefrologiji, što se tiče održavanja stručnih skupova. Nadajmo se ipak povratku na staro normalno, na druženja bez zadane fizičke distance, nadajmo se Metkoviću 2021. **Lada Zibar**



"Scena" s Transplantacijske škole. Na slici je prof. Mark Hardy, transplantacijski kirurg s Columbia Universityja, koji je imao plenarno predavanje i iz New Yorka pratio Školu cijelo vrijeme.

Osnovana Sekcija mladih nefrologa u Hrvatskom društvu za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju Hrvatskog liječničkog zbara

Jedan od načina kako poboljšati status mladih liječnika u Hrvatskoj je i putem osnivanja sekcija koje okupljaju mlade kolege koji se zajednički zalažu za vlastite interese. Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju (HDNDT) je uvidjelo tu mogućnost te pružilo podršku i omogućilo mladim nefrolozima osnivanje vlastite Sekcije. Glasanje za članove Upravnog odbora Sekcije je provedeno online, s obzirom na trenutnu epidemiološku situaciju, a glasovati je mogao svaki član HDNDT-a do četrdeset godina starosti. U Upravni odbor, koji broji sedam članova, izabrani su: dr. sc. Matija Crnogorac, dr. med. (specijalist nefrologije iz KB-a Dubrava), Dajana Katičić, dr. med. (specijalistica nefrologije iz KBC-a Sestre milosrdnice), Tamara Knežević, dr. med. (specijalizantica nefrologije iz KBC-a Zagreb), Jelena Šimić, dr. med. (specijalizantica nefrologije iz KBC-a Rijeka), dr. sc. Miroslav Tišljar, dr. med. (specijalist nefrologije iz KB-a Dubrava), Luka Torić, dr. med. (specijalist nefrologije iz KB-a Dubrava) i Ksenija Vučur, dr. med. (specijalizantica nefrologije iz KB-a Merkur). Među članovima Upravnog odbora za Predsjednika Sekcije mlađih nefrologa izabran je dr. M. Crnogorac, za tajnicu dr. K. Vučur, a za blagajnicu dr. T. Knežević. Jedan od ciljeva rada Sekcije je okupljanje što većeg broja mlađih nefrologa, specijalizanata i specijalista, te internista koji rade na odjelima nefrologije i/ili u dijaliznim središtima, kako bi zastupali zajedničke interese i potaknuli uključivanje kolega u stručne aktivnosti u Hrvatskoj i inozemstvu. Također ćemo nasto-

jati da sve relevantne informacije o planiranim, a isto tako i o održanim aktivnostima u organizaciji Sekcije, budu dostupne i na web portalu stranice HDNDT-a. Rad Sekcije će uključivati i suradnju s drugim stručnim društvima odnosno kolegama drugih specijalnosti kroz zajedničke edukativne radionice, a svakako ćemo nastojati kroz komunikaciju s mlađim kolegama dobiti informacije o specifičnim problemima, izazo-

vima i potrebama, napose u edukaciji teoretskoj i praktičnoj.

Nefrologija je zanimljiva i izazovna struka, te bismo željeli da upravo Sekcija mlađih nefrologa bude mjesto gdje će svaki mlađi nefrolog započeti svoj put. Stoga pozivamo mlađe kolege da se uključe u rad Sekcije i time doprinесу boljitu cjelokupne nefrologije.

Ksenija Vučur, dr.med.

mladinefrolozi@hndt.org

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

Provedba kampanje cijepljenja protiv gripe 2020./2021.

Udruga Vaccines Europe podržava nastojanja zemalja članica EU i Europske komisije (EC) da spriječe istovremeno izbjeganje sezonske gripe i infekcije COVID-19, što bi dovelo do znatnog opterećenja zdravstvenih sustava. Tijekom 2020. godine povećana je potražnja za cjepivima protiv gripe jer nadležna zdravstvena tijela traže način da poštede rizične populacije od komplikacija gripe i zadrže ih izvan bolnica i liječničkih ordinacija. Proizvođači cjepiva za sada očekuju da će Europskoj uniji (EU) ispostaviti dogovorenou količinu cjepiva za sezonu 2020.-2021. na koju su se obvezali, što može uključivati i potražnju za isporukom povećane količine cjepiva koju od njih mogu zahtijevati zemlje članice EU. Međutim, s obzirom na vrijeme potrebno za proizvodnju cjepiva protiv gripe (12-18 mjeseci), svaku neočekivanu potražnju za značajno većom količinom cjepiva protiv gripe za sezonu 2020.-2021. u jednom će trenutku postati teško, ako ne i nemoguće zadovoljiti. Naposljetku, sve dodatno raspoložive doze cjepiva protiv sezonske gripe koje se mogu isporučiti za sezonu 2020.-2021. ovise o proizvođaču s kojim će nadležna zdravstvena tijela neke zemlje članice EU morati ispregovaratati da to dogovore.

Ove je godine, primarno zbog situacije s pandemijom COVID-19, važno predvidjeti kako će zemlje članice provesti kampanje cijepljenja protiv sezonske gripe i izvući neke pouke iz primjera kako je to provedeno na južnoj hemisferi. Nitko još ne zna kakva će biti epidemiološka situacija s infekcijom COVID-19 na jesen, kad će se provoditi kampanja protiv gripe i hoće li se ponovno uvesti mjere socijalne udaljenosti; ipak, ispravno provođenje kampanje cijepljenja protiv gripe od ključne je važnosti i treba je razraditi sada, uz razmatranje nekoliko scenarija.

Udruga Vaccines Europe uviđa da provođenje programa cijepljenja protiv gripe u kontekstu pandemije COVID-19 može naići na vrlo izazovne situacije koje je potrebno što prije predvidjeti i za koje je potrebno osmisiliti rješenja kako bi se osigurao odaziv populacije na cijepljenje i potrošilo dostupno cjepivo. S obzirom na opasnost od nastavka ili ponovne pojave pandemije COVID-19 tijekom nadolazeće

zime, zemlje članice EU pozivaju se da odmah započnu s planiranjem provođenja programa kako bi se osigurala optimalna dostupnost cjepiva protiv gripe i procijepljenost među skupinama kojima je preporučeno cijepljenje u sezoni 2020.-2021., tj. onima s komorbiditetom, starijima od 65 godina i malo djeci.

Usto, važna saznanja nude nam iskustva s južne hemisfere s cijepljenjem protiv gripe u sezoni 2020., u razdoblju tijekom kojeg se trebalo istovremeno boriti i s pandemijom COVID-19 i sa sezonskom gripom. Navedena saznanja treba razmotriti kako bismo se optimalno pripremili i organizirali nadolazeću sezonu cijepljenja protiv gripe 2020.-2021. na sjevernoj hemisferi (pogledajte odlomak „Saznanja“, str. 3-4, za detaljnije informacije).

Preporuke

Udruga Vaccines Europe poziva zemlje članice da primijene saznanja stečena tijekom sezone gripe 2020. na južnoj hemisferi kako bi se osigurala što veća stopa procijepljenosti rizičnih populacija tijekom pandemije COVID-19 (i poslije), a potrebno je nekoliko strategija u kojima će surađivati velik broj sudionika da bi se to postiglo, tj.:

- Glasni, jasni i dosljedni pozivi na cijepljenje, a u nekim slučajevima i dodatne preporuke i sredstva kako bi se zaštitile nove rizične skupine (npr. snižavanje dobne granice sa 60 na 55 godina i starije u Brazilu), zajedno s inovativnim rješenjima za pristupačnije cijepljenje (tj. ljekarne i „drive through“), i produljeno trajanje kampanje kako bi se povećala mogućnost cijepljenja, zahtijevaju učinkovitu pripremu i provođenje;

- Proaktivna edukacija javnosti i komunikacija nadležnih vlasti u kombinaciji s praktičnim smjernicama koje će davati ključni sudionici uključujući udruge liječnika, medicinskih sestara i ljekarnika, zdravstvene radnike i javnozdravstvene ustanove kako bi se osigurala procijepljenost i povjerenje u programe cijepljenja.

Uz ovakve potencijalne prilagodbe za sezonu gripe u Europi, udruga Vaccines Europe

poziva na rani dijalog i potiče inicijative različitih sudionika te pozdravlja već poduzete akcije zemalja članica u sklopu njihovog rada na osiguranju učinkovitog provođenja nacionalnih programa cijepljenja protiv gripe u kontekstu pandemije COVID-19.

Nakon sljedeće sezone, potrebno je održati promjene u politici kojima se potiče povećana potražnja za cjepivom protiv sezonske gripe kako bi se zaštitilo zdravlje pučanstva, smanjilo opterećenje zdravstvene infrastrukture i osigurala spremnost za nošenje s pandemijom.

Trenutačno nijedna zemlja u Europi ne zadovoljava preporuke EU-a u pogledu ostvarenja cjepnog obuhvata protiv sezonske gripe (75% za one u dobi od 65 godina i starije), i potrebno je razmotriti promjenu politike kako bi se na održiv način islo prema povećanju procijepljenosti. Stoga bi bilo potrebno uspostaviti mehanizme ranog i kontinuiranog dijaloga između proizvođača i zdravstvenih tijela za sljedeće sezone kako bi se bolje predvidjele promjene u politici i razvoj preporuka za cijepljenje.

Budući da priprema proizvodnje cjepiva protiv gripe počinje godinu dana prije isporuke cjepiva, uz nabavu npr. sirovina, ključnih reagensa, potrošnog materijala i proizvodnju cjepiva, uz preuzimanje rizika vezano uz konačni soj gripe koji će cirkulirati u populaciji, točna procjena potražnje na samom početku ovog razdoblja planiranja proizvodnje od ključne je važnosti za povećanje isporuke za sljedeću sezonu gripe.

Time će se omogućiti točnija predviđanja potražnje, osobito ako će biti potrebne znatne količine cjepiva. Budući da je za proizvodnju cjepiva potrebno 12-18 mjeseci, udruga Vaccines Europe predlaže da se o isporuci cjepiva za jesen 2021. započne razgovarati na jesen 2020.

Sažeto rečeno, promjene politike i rano reagiranje pomoći će da se dugoročno poveća i održi potražnja za cjepivom protiv gripe, a to bi bilo u interesu i javnog zdravstva i sigurnosti zdravlja kao dodatna mjeru spremnosti na pandemiju.

Saznanja – iskustva zemalja odabranih kao primjer tijekom sezone 2020. cijepljenja protiv gripe na južnoj hemisferi:

> Brazil

Kad je uobičajena godina, stopa procijepljenosti protiv gripe postiže i 90% u većini ciljnih populacija. I dok je prvih nekoliko tjedana kampanja za 2020. počela žešće no obično, širenje pandemije COVID-19 u kombinaciji s *ad-hoc* pristupom u pogledu zatvaranja i izolacije (tzv. lockdown), usredotočenošću medija samo na COVID-19 i tretjednom stankom u pružanju rutinskih usluga cijepljenja, prekinulo je tijek kampanje cijepljenja protiv gripe. Međutim, rani početak kampanje koju su počela provoditi zdravstvena tijela uz česte pozive na cijepljenje starijima i zdravstvenim radnicima i u kombinaciji s olakšanim pristupom cijepljenju u ljekarnama, na *drive through* lokacijama i kod kuće, iako to nije uobičajena praksa, ublažilo je učinak pandemije COVID-19 na cijepljenje protiv gripe. Na kraju sezone, stopa procijepljenosti starije populacije i zdravstvenih radnika premašila je 90% (vidi ref. 1).

Za druge skupine kojima je prepričano cijepljenje, kao što su bolesnici s kroničnim bolestima, djeca i trudnice koji su bili zbrinuti u kasnijim fazama tijekom sezone gripe, a za koje takve mjere nisu bile uvedene, procijepljenost protiv gripe dramatično je pala s uobičajenih 85-90% na samo 57-65% za određene populacije (djecu i trudnice).

> Australija i Novi Zeland

U tim su zemljama također provedene pojedine mjere kako bi se osigurala i povećala procijepljenost protiv gripe.

U Australiji su izdane upute za provođenje cijepljenja protiv gripe i povećana je svijest javnosti o ključnoj važnosti cijepljenja protiv gripe tijekom pandemije COVID-19. Izdan je nalog da od 1. svibnja 2020. sve osobe koje postaju korisnici domova za starije osobe i sličnih usluga moraju biti cijepljene protiv gripe (vidi ref. 2-4). To je značajno povećalo potražnju za cjepivom protiv gripe, a s obzirom na potrebu održavanja socijalne udaljenosti, dovelo i do promjena u trajanju kampanje cijepljenja (raniji početak i kasniji završetak), kao i do povećanja broja i vrste mesta na kojima se cijepljenje moglo obaviti,

npr., u ljekarnama (vidi ref. 5-6), uz jasne smjernice za provođenje sigurnosnih mjeru protiv COVID-a na mjestima imunizacije. Istovremeno su jasne poruke Ministarstva zdravstva o potrebi da se osigura uobičajena razina imunizacije i drugih zdravstvenih usluga pomoglo je održati i poboljšati procijepljenost protiv gripe. Ministarstvo zdravstva objavilo je da je do 27. svibnja 2020. bilo procijepljeno oko 56% odraslih u Australiji, za razliku od približno 50% do kraja lipnja u prethodnim sezonomama gripe. Slično tome, Novi Zeland je produljio trajanje kampanje cijepljenja protiv gripe kako bi se što više ljudi imalo priliku cijepiti (vidi ref. 7).

> Južna Afrika

Južna Afrika uvela je nekoliko sličnih mjeru, uključujući obavezno cijepljenje protiv gripe za zdravstvene radnike i jasniju strategiju u kojoj cijepljenje zdravstvenih radnika ima prioritet, kao što je organizirala i cijepljenje u ljekarnama, pa se 50% cijepljenja protiv gripe provelo u ljekarnama. Sezona je završila s ukupnim povećanjem od 70% isporučenog cjepiva u odnosu na 2019. i u javnom i u privatnom zdravstvu.

> Argentina

Ograničenja u pogledu održavanja socijalne udaljenosti i potencijalne opasnosti odlaska u ordinaciju obiteljskog liječnika doveli su do nekih inovativnih rješenja za primjenu cjepiva. U Buenos Airesu je bilo otvoreno 80 dodatnih privremenih klinika i to na mjestima bogoslužja, u školama i u kazalištima. Kako bi pomogla regulirati potrebu za cjepivom, Argentina je također odredila na koje će se dane cijepiti starije osobe i to na temelju zadnjeg broja na njihovoj iskaznici zdravstvenog osiguranja.

Saznanja stečena tijekom sezone cijepljenja protiv gripe 2020. na južnoj polutci

Sažeto prikazano, za provođenje programa cijepljenja protiv sezonske gripe 2020. na južnoj polutci u kontekstu pandemije COVID-19 bilo je potrebno sljedeće:

- Jako političko vodstvo, npr. pozivi upućeni pučanstvu da se cijepi, stalne promjene politike kako bi se održao odaziv na cijepljenje, te jasna i dosljedna komunikacija sa svim sudionicima

- Proširenje popisa ciljanih populacija i strože preporuke, npr. da cijepljenje bude obvezno za zdravstvene radnike i sve osobe koje ulaze u domove za starije osobe

- Aktivna komunikacija zdravstvenih radnika s populacijom i njihova uključenost u kampanje i davanje smjernica

- Povećanje broja mesta na kojima se provodilo cijepljenje, npr. u ljekarnama, staračkim domovima, tzv. *drive-through* lokacijama, crkvama, školama, čekaonicama domova zdravlja itd.

- Produljenje kampanje tako što se s cijepljenjem počelo ranije, završilo kasnije i ono se provodilo tijekom cijele sezone

Proširenje programa radi poštovanja ograničenja socijalne udaljenosti, uskladenost s produljenom sezonom cijepljenja i povećane stope odaziva na cijepljenje

Proizvodači trebaju biti obaviješteni 12 mjeseci unaprijed o svim promjenama u preporukama ili programu koje bi mogle značajno utjecati na traženu količinu cjepiva, kako bi mogli zadovoljiti tu potražnju.

U zaključku, dok se činilo da su jasni pozivi zdravstvenih institucija i mjerne olakšanog pristupa cjepivu i cijepljenju na početku sezone pridonijele procijepljenosti u zemljama južne hemisfere, određene netočne informacije i ograničenja kretanja možda su doveli do manje procijepljenosti u nekim područjima u drugom dijelu sezone 2020. na južnoj polutci, što naglašava važnost uloge vlade i zdravstvenih radnika te njihova angažmana tijekom cijele sezone kako bi se osigurao odaziv populacije na cijepljenje.

Literatura:

1. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46733-ministerio-da-saude-superameta-e-vacina-90-66-dos-idosos>
2. <https://www.racgp.org.au/gp-news/media-releases/2020-media-releases/march-2020/racgp-issues-new-advice-for-people-to-get-flu-vacc>
3. <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-greg-hunt-mp/media/flu-vaccinationmore-important-than-ever-during-the-month-of-april>
4. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/05/atagi-guiding-principles-for-maintaining-immunisation-services-during-covid-19-pandemic.pdf>
5. <https://www.nationaltribune.com.au/flu-vaccination-community-pharmacies-werethere-for-patients/>
6. <https://pharmacydaily.com.au/news/pd-breaking-news-sa-amends-pharmacists-flujab-restrictions/88794>
7. <https://www.health.govt.nz/news-media/news-items/covid-19-media-update-9-april>

U želji za prilagodbom tema Liječničkih novina aktualnostima i zanimanju čitateljstva uvodimo rubriku Prikaz slučaja namijenjenu liječnicima koji nalaze prikladnim upravo u našim novinama izvjestiti o osobitostima slučaja iz vlastite prakse. Uvjet za Prikaz je izvorna fotografija (ili drugi prateći slikovni prikaz). Struktura je analogna standardnom Prikazu slučaja, a stil ležerniji. Referencija je dozvoljeno do pet, a ukupna veličina prikaza, zajedno sa slikom, ne smije biti veća od jedne do dvije stranice u Novinama.

INTENZIVNO LIJEČENJE NE-COVID BOLESNIKA: LEPTOSPIROZA, WEILOVA BOLEST

Damir Mihić, dr. med.

Klinički bolnički centar Osijek

Doc. dr. sc. Marko Kutleša, dr. med

Klinika za infektivne bolesti Fran Mihaljević Zagreb

Domagoj Loinjak, dr. med.

Klinički bolnički centar Osijek

Doc. dr. sc. Tihana Šimundić, dr. med.

Klinički bolnički centar Osijek

Petar Šenjug, dr. med.

Klinička bolnica Dubrava

Prof. dr. sc. Danica Galešić Ljubanović, dr. med.

Klinička bolnica Dubrava

navodi i pokašljavanje uz iskašljavanje sukravavog sadržaja. Epidemiološka anamneza negativna na SARS-CoV-2 infekciju, bolesnik obolio sporadično, a bilježi se kontakt s ovcama. Inicijalnom laboratorijskom obradom verificiraju se povišeni upalni parametri (leukociti $13,3 \times 10^9/L$; C-reaktivni protein 290 mg/L ; prokalcitonin $2,41 \text{ ug/L}$) uz trombocitopeniju (trombociti $28 \times 10^9/L$), povišene dušične metabolite (urea $37,2 \text{ mmol/l}$; kratinin 777 umol/l) te znakove jetrene lezije (AST 131 U/L , ALT 67 U/L , bilirubin 46 umol/L). Na radiogramu prsišta (slika 1.) prate se obostrani mrljasti mekotkvivi infiltrati dok je ultrazvuk trbuha bio uredan. Uzmu se hemokulture te uzroci za serologiju na HVBS, Q groznicu te PCR na leptospiru. Započelo se liječenje antibioticima širokog spektra (amoksicilin/klavulonska kiselina i levofloksacin) te konzervativno liječenje akutne bubrežne ozljede uz ostale simptomatske mjere liječenja. Obrisak nazofarinks na SARS-CoV-2 bio je negativan. Postaje tahidispnoičan, cijanotičan, marmorizirane kože trupa. Zbog zatajenja disanja ($\text{pO}_2 4,45$



Slika 1. Radiogram prsišta
Obostrano, u projekciji srednjih i donjih plućnih polja s relativnom poštedom apeksa inhomogena, konfluirajuća, alveolarna mekotkviva zasjenjenja, a koja mogu odgovarati bilateralnim upalnim infiltratima ili alveolarnoj hemoragiji.

kPa) započela se mehanička ventilacija. Ubrzo dolazi i do razvoja kardijalnog aresta te se pristupi mjerama kardiopulmonalne reanimacije te se nakon tri minute prati povrat spontane cirkulacije i disanja. Javlja se masivna hemoptoa pri čemu se na endotrahealni tubus dobije preko 300 ml svježe krvi. Aplicirana je traneksmična kiselina u oba bronhalna stabla i postignuta zadovoljavajuća hemostaza. Na kontrolnom radioškom nalazu prate se znakovi akutnog respiratornog distres sindroma. Hemodinamički je nestabilan pa

Ni u današnje vrijeme pandemije COVID-19 ne smijemo zaboraviti na široku diferencijalnu dijagnozu za slučajeve vrućice, kašla i radio-loških plućnih infiltrata. Leptospiroza je zoonoza koja se povremeno javlja u hitnoj službi, intenzivnim, infektivnim, pulmološkim i nefrološkim odjelima, na koju također moramo misliti.

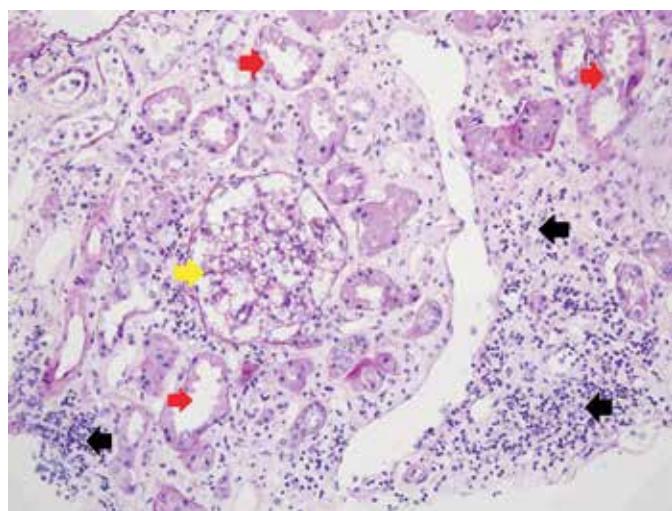
Muškarac u dobi od 57 godina, bez poznatih kroničnih bolesti javlja se u hitnu infektološku ambulantu zbog febrilnog stanja praćenog izraženim algičnim sindromom. Posljednjih dana pred prijem

je uključena vazoaktivna potpora noradrenalinom. Bolesnik postaje oliguričan uz daljnji porast dušičnih metabolita, no još uvijek bez indikacije za dijalizom. Zbog sumnje da je renopulmonalni sindrom uzrokovani brzoprogresivnim glomerulonefritisom učini se hitna biopsija bubrega te se započne pulsna kortikosteroidna terapija metliprednizolonom. Unatoč visokim tlačnim parametrima mehaničke ventilacije, primjene 100%-tnog kisika te drugim tehnikama liječenja ARDS-a (*prone positioning, recruitment maneuvers*) u bolesnika se ne uspije postići dostačna zasićenost krvi kisikom, a dolazi i do razvoja respiracijske acidoze zbog čega se postavi indikacija za primjenom veno-vene ekstrakorporalne membranske oksigenacije (VV-ECMO) zbog čega se bolesnik premjestio na liječenje na Kliniku za infektivne bolesti Fran Mihaljević. Histološki nalaz biopsije bubrega (slike 2. i 3.) izrađen je u Kliničkoj bolnici Dubrava i pokazao je akutnu tubulsku nekrozu i intersticijski nefritis. Nalaz PCR na leptospirozu dolazi pozitivan. Na

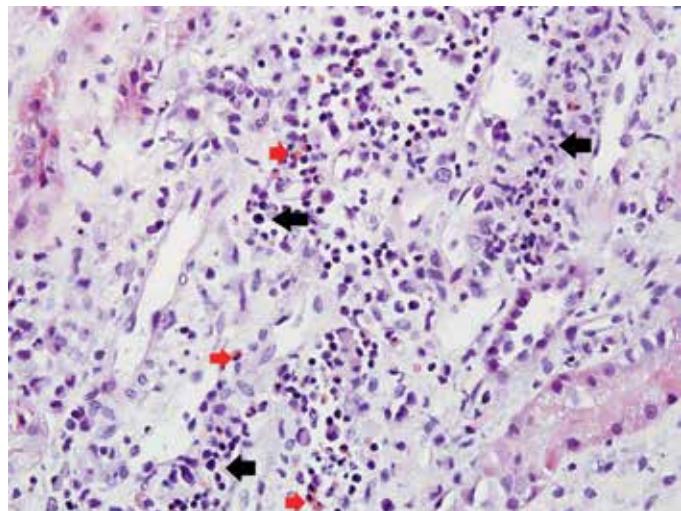
Klinici za infektivne bolesti liječen je pomoću VV-ECMO (11 dana), poštednom mehaničkom ventilacijskom i kontinuiranom venovenskom hemodijfiltracijom (CVVHDF) uz ostale mjere intenzivnog liječenja (sedacija, analgezija, volumna nadoknada, vazoaktivna potpora, parenteralna prehrana, tromboprofilaksa, gastroprotekcija). U terapiju uveden ceftriakson. U laboratorijskim nalazima prate se obilježja višeorganskog zatajenja (uključujući i jetre). Dodatno se tijek bolesti komplicira razvojem autoimune hemolitičke anemije, otporne na kortikosteroidno liječenje te se zbog toga učini plazmafereza nakon čega slijedi oporavak broja eritrocita. U nastavku liječenja slijedi postupno poboljšanje, bolesnik postaje hemodinamički stabilan, počinje mokriti te se razbuđuje uz znakove encefalopatije koji postupno regrediraju. Zbog sumnje na nozokomialnu infekciju u terapiju su uvedeni meropenem i vankomicin. Traheotomiran je, mehanički ventiliran do 20. dana od početka liječenja. Nakon prekida CVVHDF-a nekoliko puta je

intermitentno dijaliziran. Nakon 35. dana liječenja bolesnika na Klinici za infektivne bolesti Fran Mihaljević u poboljšanom općem stanju, respiracijski suficientan, hemodinamički stabilan i dostačne diureze bolesnik se vraća u KBC Osijek s još uvijek povиšenim dušičnim metabolitima u krvi.

Zašto je ovaj slučaj zaslužio objavu? Jer podsjeća na važnost svijesti o široj diferencijalnoj dijagnozi vrućice kašla, i plućnih infiltrata, osobito u eri COVID-19; jer ukazuje na važnost epidemiološke anamneze (kontakt sa životinjama); naglašava mogućnost hitne biopsije bubrega i uloge nefrologa i nefropatologa u akutnim životno ugrožavajućim stanjima; jer ukazuje na važnost suradnje različitim specijalnostima, ustanova i zemljopisnih područja pri žurnom rješavanju kritičnih bolesnika i ukazuje na spremnost liječnika unutar zdravstvenog sustava u Hrvatskoj da zbrinu i najteže ne-COVID bolesnike u novonastalim uvjetima pandemije infekcije SARS-CoV-2.



Slika 2. Mononuklearni upalni infiltrat u kori bubrega (crne strelice). Tubuli pokazuju znakove akutnog tubularnog oštećenja (crvene strelice) dok je glomerul uredne morfologije (žuta strelica). PAS, originalno povećanje x200.



Slika 3. Intersticij bubrega prožet mononuklearnim upalnim infiltratom (crne strelice) sa nešto eozinofila (crvene strelice). Hemalaun-eozin, originalno povećanje x400.

Povezanost mesnih prerađevina i crvenog mesa s razvojem raka



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

Redovita profesorica
Hrvatsko katoličko sveučilište

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) objavila je u listopadu 2015. da je njena Međunarodna agencija za istraživanje raka (engl. *The International Agency for Research on Cancer*, IARC) klasificirala prerađeno meso kao karcinogen, a crveno meso kao vjerojatni karcinogen. Crveno meso definirali su kao „meso mišića sisavaca, uključujući govedinu, teletinu, svinjetinu, janjetinu, ovčetinu, konjetinu i kozletinu“.

Prerađeno meso opisano je kao ono koje je modificirano soljenjem, stvrdnjavanjem, fermentacijom, dimljenjem ili drugim postupcima radi poboljšanja okusa ili poboljšanja očuvanja. Većina prerađenog mesa sadrži svinjetinu ili govedinu, ali prerađeno meso može sadržavati i drugo crveno meso, perad, iznutrice ili nusproizvode od mesa, poput krvi. Primjeri prerađenog mesa uključuju hrenovke, šunku, kobasice, usoljenu govedinu, kao i konzervirano meso te pripravke i umake na bazi mesa.

SZO je objasnila kako je savjetodavno povjerenstvo, koje se sastalo 2014., preporučilo crveno i prerađeno meso kao teme visokog prioriteta za IARC zbog rezultata epidemioloških studija koje ukazuju da

malо povećanje rizika od nekoliko vrsta karcinoma može biti povezano s konzumacijom velikih količina crvenog ili prerađenog mesa. Iako su ti rizici maleni, mogli bi biti važni za javno zdravstvo jer mnogi ljudi širom svijeta jedu takvo meso, a konzumacija mesa se povećava u zemljama niskih i srednjih prihoda. Iako su neke agencije koje se bave zdravljem, u to doba, preporučivale smanjenje količine mesa koja se dnevno konzumira, te su se preporuke odnosile uglavnom na smanjenje rizika od drugih bolesti. Stoga su stručnjaci IARC-a analizirali znanstvene dokaze o riziku od karcinoma koji su povezani s konzumacijom crvenog i prerađenog mesa.

Znanstvene dokaze iz više od 800 studija procijenila su 22 stručnjaka iz 10 zemalja. Njihovi zaključci glase: jedenje 50 grama prerađenog mesa svakog dana povećava rizik od kolorektalnog karcinoma za 18 % (ta količina mesa otprilike uključuje četiri trake slanine i jednu hrenovku). Za crveno meso našli su dokaze o povećanom riziku od kolorektalnog karcinoma, karcinoma prostate i gušterače. Cjeloživotni rizik da će netko razviti karcinom debelog crijeva je 5 %-tan, a kad bi ljudi jeli tu povećanu količinu prerađenog mesa, onda bi im se cjeloživotni rizik povećao na gotovo 6 %.

Stručnjaci SZO-a naveli su kako je rizik od karcinoma povezan s konzumacijom crvenog mesa teže procijeniti jer dokazi o njegovoj povezanosti s karcinomom nisu tako čvrsti. Međutim, za povezanost crvenog mesa i kolorektalnog karcinoma naveli su da imaju uzročno-posljedičnu vezu, a da podatci iz nekih istraživanja ukazuju kako se rizik od kolorektalnog karcinoma povećava za 17 % ako se dnevno pojede 100 grama crvenog mesa.

IARC je objavio svoj izvještaj kao kratku vijest 26. listopada 2015. u časopisu *The Lancet Oncology*, a opširno izvješće objavili su kao monografiju IARC.

Nepovoljna uloga crvenog i prerađenog mesa u kontekstu razvoja karcinoma bila je već dobro poznata epidemiologima, nutri-

cionistima i zdravstvenim radnicima, koji već dugo predlažu da konzumaciju crvenog mesa treba ograničiti na najviše 300 g tjedno i izbjegavati prerađeno meso koliko je to moguće. Međutim, nakon objave SZO-ovog mišljenja o kancerogenosti crvenog i prerađenog mesa, objavljene su i brojne reakcije i upozorenja. Primjerice, jedno od važnih pitanja koje treba uzeti u obzir jest da kancerogeni učinak konzumacije mesa može biti posljedica kemijskih tvari (npr. N-nitrozo-spojevi, policiklični-aromatski ugljikovodici i heterociklični aromatični-amini) koji se razvijaju preradom, konzerviranjem i kuhanjem mesa, ali ne konzumacijom mesa kao takvoga. No valja napomenuti i kako je IARC nekoliko mehanizama povezanih s tim kemičkim sastojcima naveo kao potencijalna objašnjenja povezanosti između konzumacije mesa i rizika od karcinoma. Nadalje, crveno meso ili prerađeno meso kao skupina uključuju niz veoma različitih namirnica. Stoga je kao diskutabilna istaknuta i procjena cijele kategorije hrane crvenog ili prerađenog mesa kao kancerogenog ili potencijalno kancerogenog.

Posljednjih je pet godina objavljen niz sustavnih pregleda literature na temu kancerogenosti crvenog i prerađenog mesa.

Saneei i sur. su 2015. objavili sustavni pregled i meta-analizu o povezanosti crvenog i prerađenog mesa s rizikom od glioma u odraslim; temeljem dokaza iz 18 opažajnih istraživanja, u kojima je sudjelovalo više od 8 milijuna ljudi, našli su umjerenu pozitivnu povezanost između konzumacije neprerađenog crvenog mesa i rizika od glioma, ali radilo se isključivo o istraživanjima ustrojenima kao istraživanja parova (engl. *case-control studies*). Prerađeno crveno meso nije bilo povezano s rizikom od glioma u istraživanjima parova i kohortnim istraživanjima.

Zhao i suradnici objavili su 2016. analizu povezanosti crvenog i prerađenog mesa s karcinomom gušterače na temelju podataka iz 28 istraživanja, u kojima je sudjelovalo više od 5 milijuna ispitanika. Njihovi su rezultati pokazali kako istraživanja parova (ali ne i kohortna) povezuju konzumaciju crvenog i prerađenog mesa s rizikom od

Trebamo li prestati jesti meso?

SZO piše na svojoj mrežnoj stranici: „Jedenje mesa povezano je s korisnim učincima na zdravlje; brojne nacionalne zdravstvene preporuke savjetuju ljudi da ograniče unos prerađenog mesa i crvenog mesa jer se povezuju s povećanim rizikom od srčanih bolesti, dijabetesa i drugih bolesti.“

karcinoma gušterače. U kohortnim istraživanja bila je konzumacija takvog mesa povezana s povećanim rizikom od karcinoma gušterače u muškaraca, ali ne u žena.

Godine 2017. opisali su povezanost između karcinoma želuca i konzumacije crvenog i prerađenog mesa. Njihov sustavni pregled uključio je 42 istraživanja s oko milijun ispitanih. U analizama nisu dokazali povezanost između crvenog i prerađenog mesa i karcinoma želuca u kohortnim istraživanjima, ali jesu u istraživanjima parova.

Godine 2017. analizirali su 60 istraživanja o povezanosti crvenog i prerađenog mesa s rizikom od kolorektalnog karcinoma; pronašli su njihovu pozitivnu povezanost u istraživanjima parova, kao i u kohortnim istraživanjima.

Farvid i suradnici su na temelju sustavnog pregleda i meta-analize dokaza iz literature 2018. objavili kako dokazi iz prospektivnih kohortnih istraživanja ukazuju na povezanost između visoke konzumacije prerađenog mesa i karcinoma dojke, ali takvu povezanost nisu utvrđili za crveno meso i karcinom dojke.

Zhao i suradnici su na temelju dokaza iz 33 istraživanja zaključili u radu objavljenom 2019. kako podaci iz istraživanja parova, ali ne i podaci ih kohortnih istraživanja, povezuju konzumaciju crvenog i prerađenog mesa s rizikom od karcinoma jednjaka.

Iste su godine objavljena dva sustavna pregleda u Annals of Internal Medicine, u kojima je glavni istraživač bio Bradley Johnston, a koja su se također bavila rizikom od karcinoma i konzumacijom crvenog i prerađenog mesa. Ta su dva sustavna pregleda podigla dosta prašine jer je u njima zaključeno „Mogući absolutni učinci konzumacije crvenog i prerađenog mesa na smrtnost i incidenciju karcinoma“.

noma vrlo su mali, a pouzdanost dokaza je od niske do vrlo niske“ i „Dokazi niske ili vrlo niske pouzdanosti sugeriraju da obrazac prehrane s manjim unosom crvenog i prerađenog mesa mogu dovesti do vrlo malog smanjenja nepovoljnih kardiometaboličkih ishoda i ishoda karcinoma“.

Eksplicitna preporuka iz jednog od tih članaka glasi: „Panel predlaže da odrasli nastave s trenutačnom konzumacijom neprerađenoga crvenog mesa (slaba preporuka, dokazi niske pouzdanosti). Slično tome, panel predlaže odraslima da nastave s trenutačnom konzumacijom prerađenog mesa (slaba preporuka, dokazi niske pouzdanosti).“

Ti su rezultati bili u suprotnosti s prehrabbenim savjetima koji su se godinama davali i dali potrošačima zeleno svjetlo za konzumaciju crvenog i prerađenog mesa te upozoravali da se dokazi o povezanosti crvenog i prerađenog mesa i karcinoma temelje na slabim dokazima. Iako su autori uz objavu rada naveli kako nemaju sukoba interesa, odmah po objavi je otkriveno kako je Johnston 2016. bio glavni istraživač na sličnom istraživanju koja je također pokušala diskreditirati međunarodne smjernice u kojima se ljudima savjetuje da konzumiraju manje šećera. To je istraživanje financirao institut koji uglavnom podupiru velike kompanije, a koje se bave proizvodnjom brze hrane, zasladenih pića i crvenog mesa. Međutim, autori su smatrali važnim da u radu opišu u cijelosti svoje osobne prehrambene navike pa, primjerice, članak uključuje dodatan materijal u kojem se navodi za svakog autora jede li crveno i prerađeno meso, i koliko često. Za Johnstona stoji da jede dvije porcije crvenog ili prerađenog mesa tjedno.

Problem dokaza koji su prikazani u svim ovim istraživanjima jest to što se temelje na tzv. opažajnim istraživanjima, koja se ne smatraju visokom razinom dokaza i koja su podložna brojnim rizicima od pristranosti. Kad se analiziraju loši dokazi i slabe povezanosti, onda to otvara put različitim interpretacijama. Sva ova istraživanja redom ukazuju na problem loših dokaza i na potrebu za novim, visoko kvalitetnim, dobro ustrojenim istraživanjima.

Što nam je raditi u međuvremenu? Trebamo li prestati jesti meso? SZO piše na svojoj mrežnoj stranici: „Jedenje mesa

povezano je s korisnim učincima na zdravlje; brojne nacionalne zdravstvene preporuke savjetuju ljudi da ograniče unos prerađenog mesa i crvenog mesa jer se povezuju s povećanim rizikom od srčanih bolesti, dijabetesa i drugih bolesti.“

Koliko mesa je sigurno jesti? SZO: „Rizik se povećava s većom količinom konzumiranog mesa, ali dostupni podatci ne dopuštaju zaključke o tome postoji li sigurna količina.“

Trebamo li jesti samo perad i ribu? SZO: „Rizik od raka povezan s konzumacijom peradi i ribe nije procijenjen“

Trebam li postati vegetarijanac? SZO: „Vegetarijanska prehrana i prehrana koja uključuje meso imaju različite prednosti i nedostatke za zdravlje. Međutim, ova procjena nije izravno usporedila zdravstvene rizike između vegetarijanaca i osoba koje jedu meso. Takva je vrsta usporedbi teška jer se te skupine mogu razlikovati i na druge načine, osim konzumacijom mesa.“

Ako netko traži relevantnu ideju za zaista potrebnim novim istraživanjem – evo vam područja koje vapi za novim, visoko kvalitetnim dokazima!

Literatura

Ah Han et al. Reduction of Red and Processed Meat Intake and Cancer Mortality and Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. Ann Intern Med. 2019;171(10):711-720.

Bouvard et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. Lancet Oncology. 2015;16(16):1599-600.

Farvid et al. Consumption of red and processed meat and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Int J Cancer. 2018;143(11):2787-2799.

International Agency for Research on Cancer. Volume 114: Consumption of red meat and processed meat. IARC Working Group. Lyon; 6–13 September, 2015.

Sanei et al. Red and processed meat consumption and risk of glioma in adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Res Med Sci. 2015; 20(6):602-12.

Vernooij et al. Patterns of Red and Processed Meat Consumption and Risk for Cardiometabolic and Cancer Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. Ann Intern Med. 2019;171(10):732-741.

World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, eds. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.

Zhao et al. Association Between Consumption of Red and Processed Meat and Pancreatic Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15(4):486-493.e10.

Zhao et al. Red and processed meat consumption and gastric cancer risk: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget. 2017;8(18):30563-30575.

Zhao et al. Red and processed meat consumption and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget. 2017;8(47):83306-83314.

Zhao et al. Red and processed meat consumption and esophageal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. Clin Transl Oncol. 2020 Apr;22(4):532-545.

Dječje zarazne bolesti u doba COVID-19



Prof. dr. sc. GORAN TEŠOVIĆ, dr. med.
specijalist pedijatrijske infektologije,
subsocijalist intenzivne medicine,
redoviti profesor Medicinskog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu, zamjenik
pročelnice Katedre za infektologiju,
Pročelnik Zavoda za infektivne bolesti
djece u Klinici za infektivne bolesti „Dr.
Fran Mihaljević“

Pandemija COVID-19 promjenila je život svih nas. Značajno smanjenje, gotovo potpuno obustavljanje gospodarskih aktivnosti, prometa i društvenih okupljanja početkom proljeća ove godine, a sve radi usporavanja pandemije, imalo je itekakva utjecaja na funkciranje i korištenje usluga zdravstvenog sektora u svim zemljama svijeta koje su uveli tzv. *lockdown*. U svakodnevnoj praksi, osobito mi koji se bavimo infektologijom, uočavamo znatno manji broj bolesnika koji se zbog akutnih infekcijskih bolesti javljaju u naše hitne ambulante. To smo uočili početkom pandemije, a nastavio se i nakon djelomičnog pokretanja privrednih i društvenih aktivnosti i prometa. Stječe se dojam, a osobito je to primjetno u dječjoj populaciji, kao da su bolesnici s akutnim infekcijskim bolestima „nestali“. Slično se događa i u drugim zemljama, pa smo tako nedavno imali priliku pročitati članak Belingherija i suradnika koji su analizirali broj posjeta hitnoj ambulant jedne velike sveučilišne bolnice u sjevernoj Italiji tijekom „lockdowna“ zbog tzv. „dječjih zaraznih bolesti“ (vodeni kozica, mumpsa, rubeole, ospica, hripcavca i skarlatine). Ne znam zbog čega su se autori odlučili upravo za ove bolesti – ja bih, primjerice, analizirao broj posjeta zbog vodenih kozica, „seste bolesti“, bronhiolitisa, gripe i

pneumokokne pneumonije. Zašto? Zato što su primjerice mumps, ospice i rubeola bolesti koje su dugogodišnjim sustavnim cijepljenjem gotovo eliminirane (jedino se još ospice povremeno pojavljuju u manjim ili većim epidemijama), a epidemiologija skarlatine ionako je nepredvidiva i broj slučajeva može značajno varirati od godine do godine. No, analiza broja slučajeva vodenih kozica čini mi se dobrom mjerom pri pokušaju dokazivanja da se u nekoj populaciji nešto značajno događa i mijenja. Vodene kozice, doduše, spadaju u cjeplivima preventibilne bolesti, međutim, u mnogim zemljama cijepje se tek pripadnici tzv. rizičnih populacija, a i u onim europskim zemljama u kojima je uvedeno univerzalno cijepljenje (takva je, primjerice, Italija), ono ne traje dugo pa je i dalje prisutna epidemisika pojava bolesti. Ona se još uvijek u manjim ili većim epidemijama pojavljuje svake godine, najčešće za vrijeme zime (listopad-siječanj) pa onda ponovo u rano proljeće (ožujak i travanj). S obzirom na to da je „lockdown“ u sjevernoj Italiji obuhvatio ovaj proljetni „peak“ kozica, pad broja slučajeva o kojima govori Belingheri, a on je značajan (u usporedbi s istim razdobljem 2018. i 2019. bilo je pet, odnosno šest puta manje bolesnika), valja prvenstveno povezivati s gotovo potpunim prekidom uobičajenih društvenih aktivnosti i zatvaranjem dječjih vrtića i škola. Ono što se, dakako, ne može dokazati, a ostaje kao dodatan mogući razlog, jest da mnogi koji bi u „normalnim“ okolnostima posjetili bolničke hitne prijeme, prvenstveno zbog straha da se ne zaraze sa SARS-CoV-2 u bolničkom sustavu, ostaju kod kuće (baš kao što su nekada nas naše mame i bake ostavljale kod kuće kad bismo oboljeli od neke „dječje zarazne bolesti“) da odboljuju svoju bolest. Strah od zaraze koronavirusom kao mogući uzrok smanjenom broju posjeta hitnim ambulantama bolničkih zdravstvenih ustanova sigurno je značajan uzrok ukupno manjem broju posjeta hitnim ambulantama u bolnicama, i to ne samo zbog akutnih infekcijskih bolesti, već i zbog „neinfektivnih razloga“, o čemu govore rezultati nekih nedavno objavljenih istraživanja.

E, sad, može li se u ovakvim okolnostima, kada je „zarazna klica“ i dalje prisutna u populaciji, očekivati njezin „comeback“, odnosno trebamo li, nakon ponovnog pokretanja obrazovnog sustava, očekivati povećan pobol od bolesti (kao što su vodene kozice) koje su privremeno „nestale“. Mislim da na to pitanje nitko nema

Može li se u ovakvim okolnostima, kada je „zarazna klica“ i dalje prisutna u populaciji, očekivati njezin „comeback“, odnosno trebamo li, nakon ponovnog pokretanja obrazovnog sustava, očekivati povećan pobol od bolesti (kao što su vodene kozice) koje su privremeno „nestale“

točan odgovor. Ostaje, tek, da se vidi kako će se situacija odvijati u idućim mjesecima, kada i inače viđamo veći broj slučajeva bolesti koje se prenose kapljičnim putem. Što bi bilo kada bi se u Hrvatskoj sva djeca cijepila protiv vodenih kozica? Sigurno je da bi ukupan broj oboljelih značajno pao, baš kao što se to dogodilo u zemljama koje su cijepljenje uvele, no bolest ne bi tako brzo isčezla iz naše populacije. Dok se ovakva promjena u našoj zemlji ne dogodi, kozice će i dalje biti tu. Srećom, osobito u dječjoj dobi, one su bolest koja najčešće ipak prolazi bez komplikacija, osobito onih teških (encefalitis, primarna upala pluća, sekundarne bakterijske infekcije, toksični šok sindrom). Ipak, valja upozoriti da svi bolesnici u kojih se vrućica ne smiruje nakon „uobičajenih“ pet dana, kao i oni čije je opće stanje narušeno ili se pojavljuju znaci kožne superinfekcije trebaju potražiti liječničku pomoć. Njihov dolazak u bolničke hitne prijeme svakako je opravдан, bez obzira na pandemiju COVID-19.

goran.tesovic11@gmail.com

Literatura

- Belingheri M, Paladino ME, Piacenti S, Riva MA. Effects of COVID-19 lockdown on epidemic diseases of childhood. J Med Virol 2020 Jul 3:10.1002/jmv.26253. doi: 10.1002/jmv.26253
- Meszner Z, Wysocky J, Richter D, Zavadská D, Ivaskeviciene I, Usonis V, i sur. Burden of varicella in Central and Eastern Europe: findings from a systematic literature review. Expert Rev Vaccines. 2019;18:281-93. doi: 10.1080/14760584.2019.1573145.
- Bellan M, Gavelli F, Hayden E, Patruno F, Soddu D, Pedrinelli AR, i sur. Pattern of emergency department referral during the COVID-19 outbreak in Italy. Panminerva Medica 2020 Jun 16. doi: 10.23736/S0031-0808.20.04000-8.
- Parodi IC, Poeta MG, Assini A, Schirinzi E, Del Sette E. Impact of quarantine due to COVID infection on migrants: a survey in Genova, Italy. Neurol Sci 2020;41:2025-7.

Liječenje bolesnika s COVID-19 u Hrvatskoj



Doc. dr. sc. ROK ČIVLJAK, dr. med.

Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", predsjednik Povjerenstva za primjenu lijekova u liječenju i profilaksi COVID-19 Ministarstva zdravstva RH

Koncem 2019. godine u Kini je izbila epidemija uzrokovana novim koronavirusom, poslije nazvanim SARS-CoV-2, koja se ubrzo proširila cijelim svijetom te je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 11. ožujka proglašila pandemiju COVID-19. U početku pandemije, u nedostatku randomiziranih kliničkih istraživanja i dokazano učinkovitih lijekova, bolesnici s COVID-19 liječili su se, uz simptomatskim sredstvima, na različite načine. Među specifičnim lijekovima najviše su se primjenjivali antivirusni lopinavir/ritonavir, antimalarik hidroksiklorokin, čak i azitromicin, uz brojne eksperimentalne lijekove antivirusnog i imunomodulacijskog djelovanja.

U Hrvatskoj su u ožujku 2020. objavljene Smjernice Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu i Hrvatskoga društva za infektivne bolesti HLZ-a za antivirusno i imunomodulatorno liječenje oboljelih od COVID-19, a u travnju nova verzija smjernica Hrvatskoga društva za infektivne bolesti HLZ-a.

Zbog važnosti pravovremenog otkrivanja, dijagnosticiranja, zbrinjavanja i liječenja osoba zaraženih SARS-CoV-2 i bolesnika s COVID-19, a u cilju uspješnog suzbijanja epidemije COVID-19 u Hrvatskoj, na temelju članka 52. Zakona o sustavu državne uprave (Narodne novine br. 66/19), donio je ministar zdravstva 29. travnja 2020. odluku o osnivanju Povjerenstva za primjenu lijekova u liječenju i profilaksi COVID-19, uključujući antivirusne i imunomodulatorne lijekove, u skladu s postojećim znanstvenim dokazima i preporukama međunarodnih relevantnih institucija. U Povjerenstvu su imenovani liječnici: doc. dr. sc. Rok Čivljak (predsjednik), prof. dr. sc. Ljiljana Perić, prof. dr. sc. Biserka

Trošelj Vukić, doc. dr. sc. Dragan Ledina, izv. prof. dr. sc. Ivan Puljiz, izv. prof. dr. sc. Davorka Lukas, doc. dr. sc. Dragan Lepur, prim. dr. sc. Srđan Roglić, doc. dr. sc. Miroslav Mayer, prim. dr. sc. Darko Richter, prim. dr. sc. Marinko Vučić, doc. dr. sc. Eduard Galić i prim. dr. sc. Marinko Artuković.

Povjerenstvo je u tom sastavu usvojilo Smjernice za liječenje oboljelih od COVID-19, verzija 1 od 4. rujna 2020., koje su upućene svim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj u kojima se liječe bolesnici oboljni od COVID-19. Obveza je svih zdravstvenih radnika u Hrvatskoj pridržavati se ovih Smjernica.

Osnovne su postavke ovih Smjernica: da trenutačno nema dovoljno dokaza utemeljenih na randomiziranim kontroliranim kliničkim istraživanjima o učinkovitim i sigurnim lijekovima ili kombinaciji lijekova za liječenje COVID-19; da je osnova liječenja ublažavanje simptoma, sprječavanje komplikacija i progresije bolesti te simptomatsko i suportivno liječenje, uključujući i mjere intenzivnog liječenja za teže oboljele; naglašena je potreba za racionalnom primjenom postojećih i dostupnih lijekova u dobro selezioniranih bolesnika; umjesto tzv. *off-label* primjene nekog antivirusnog ili imunomodulatornog lijeka, prednost se daje terapijskoj i/ili profilaktičkoj primjeni lijeka u sklopu kliničkog istraživanja, ako ono postoji. Za potrebe kliničke primjene ovih Smjernica, a na osnovi dostupne literature, u svakog bolesnika s COVID-19 potrebno je najprije procijeniti težinu bolesti prema tablicama priloženim ovim Smjernicama.

Na temelju rezultata nekoliko istraživanja (Solidarity Trial, UK's Recovery trial, Cochrane reviews) kojima se pokazalo da primjena hidroksiklorokina ne rezultira smanjenjem smrtnosti hospitaliziranih bolesnika s COVID-19 u usporedbi sa standarnom skrbju, SZO je u lipnju 2020. objavila da se ne preporučuje dalja primjena hidroksiklorokina u liječenju COVID-19. Stoga je danas okosnica liječenja **deksametazon**, koji se pokazao potencijalno korisnim u liječenju teškog i kritičnog oblika COVID-19 nakon sedmog dana bolesti, te antagonist interleukina 6, **tocilizumab**, koji valja razmotriti u bolesnika s evidentnim pogoršanjem kliničkog stanja, progresijom hipoksemije i sindromom prekomjernog lučenja citokina, koji obično nastupa između 8. i 15. dana bolesti.

S obzirom na dosadašnje rezultate kliničkih istraživanja, najveća su očekivanja bila od lijeka **remdesivira**, inicijalno istraživanoga

u terapiji virusa hepatitis C i virusa Ebola, a poslije i SARS-CoV i MERS-CoV. Ovaj anti-virusni lijek dobio je odobrenje za stavljanje u promet za područje Europske unije za liječenje COVID-19 u odraslih i adolescenata starijih od 12 godina s pneumonijom čije liječenje zahtjeva nadomjesnu terapiju kisikom.

Ovaj je lijek postao dostupan u Hrvatskoj u kolovozu ove godine, kada su ograničene količine remdesivira dostavljene Republici Hrvatskoj putem postupka nabave koji je centralizirala Europska komisija i za potrebe država članica EU-a ugovorila s tvrtkom Gilead Sciences Ireland UC kupnju lijeka u okviru Instrumenta za hitnu pomoć (ESI, od engl. *Emergency Support Instrument*). Na temelju mehanizma ESI potpore državama članicama, taj je lijek isporučen tri puta tijekom kolovoza i rujna. Odluku o raspodjeli lijeka za svaku pojedinu članicu EU-a donio je Europski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC, od engl. *European Centre for Disease Prevention and Control*) na temelju epidemioloških podataka koje prikuplja od svih država članica.

Važno je naglasiti da ove ograničene količine lijeka remdesivira, koje su osigurane preko mehanizma ESI, dolaze u Hrvatsku gratis, jer ga je u cijelosti isplatila Europska komisija, te još uvijek nema dozvolu za komercijalnu prodaju pa se još ne nalazi u slobodnoj prodaji. Kako je lijek dobio uvjetno odobrenje za primjenu u EU-u, pa tako i u Hrvatskoj, potrebno je temeljito praćenje primjene lijeka, kao i njegovih učinaka, u bolesnika u kojih je primijenjen. Stoga su sve zdravstvene ustanove u kojima će se lijek primjenjivati dužne jednom mjesечно slati Povjerenstvu podatke o bolesnicima uključenima u liječenje remdesivrom.

Istovremeno s ovim postupkom nabave Hrvatska ima svog predstavnika i u Upravnom odboru za specifične postupke nabave (SPPSC, od engl. *Specific Procurement Procedure Steering Committee*) koji priprema objedinjenu nabavu remdesivira za sve članice EU-a, pa tako i Hrvatske, za idućih šest mjeseci. Očekuje se da će se tim postupkom Hrvatskoj osigurati dovoljne količine remdesivira za liječenje svih bolesnika s teškim oblikom COVID-19 koji zahtijevaju nadomjesno liječenje kisikom. Na taj će se način i u Hrvatskoj osigurati mogućnost liječenja bolesnika s COVID-19 prema najsuvremenijim smjernicama i preporukama, kao i u drugim zemljama članicama Europske unije.

rok.civljak@bfm.hr

KAKO BITI LIJEČNIK U

Virovitičko-podravskoj županiji



BERISLAV BULAT, dr. med.

Predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a za Virovitičko-podravsku županiju, predsjednik Podružnice KoHOM-a za Virovitičko-podravsku županiju, član Upravnog odbora HLZ-a Podružnica Virovitica

Fenomen „posljednjih livada“ većina nas pamti još iz anatomske možgana, a to je nekako prva misao koja mi se javlja pri razmišljanju o liječničkom korpusu Virovitičko-podravske županije. Ne zbog ishemije mozga, naravno, nego zbog velike vjerojatnosti da će se diplomandi medicine s najbližih fakulteta, onih u Osijeku i Zagrebu, pri izboru karijere prije odlučiti za opcije vezane uz ta središta i kliničke bolničke centre. To ostavlja ovu županiju, čije je administrativno središte Virovitica oko 130 km udaljeno od Osijeka te oko 140 km od Zagreba, da već godinama muku muči s popunjavanjem radnih mesta u našoj struci.

Inače poznata po drvnoprerađivačkoj industriji i duhanu, a sada sve više i po drugim poljoprivrednim kulturama te raznim prirodnim i povjesnim znamenitostima koje se pomalo koriste u smislu razvoja kontinentalnog turizma, a s pogleda ljud-

skih resursa u javnim službama uočljive su brojne slabosti. To još uvijek ipak ne znači da je neka služba posebice ugrožena barem iz perspektive prosječnih građana. Kako bih se uvjeroio u pogled koji bi bio najzanimljiviji čitateljima Liječničkih novina, odlučio sam iz Virovitice gdje živim i radim posljednje dvije godine otici do jednoga još malo udaljenijeg mjesta koje bi se po mnogočemu moglo nazvati reprezentativnim i primjernim za našu županiju.

Voćin je selo praktično jednak izolirano od bližih gradova kao i Virovitica od spomenutih akademskih središta. Mjesto je to koje je pretrpjelo velike gubitke u vrijeme Domovinskog rata, slično kao i cijela županija, npr. na polju gospodarstva u istom razdoblju, što zbog razaranja i izbjeglištva, što zbog tzv. „ortačke privatizacije“. U Voćinu su se zatim doselile brojne obitelji, a uz njih i prvi liječnik koji je tamo radio nakon rata te radi još i sada, upravo kao što je trend doseljavanja liječnika podrijetlom iz drugih krajeva Hrvatske i danas važan čimbenik zdravstvenog sustava županije. Suprotan trend, iseljavanje, kako je zamjetan u cijeloj županiji pa tako i u Voćinu, odakle se prema nekim računicama posljednjih godina u inozemstvo iselilo 500-tinjak osoba (ekstremno za općinu od nepunih 2.500 stanovnika prema posljednjem popisu stanovništva!). Među ostalima, iz županije odlaze i liječnici, ne samo u inozemstvo, no po ovom pitanju je Voćin ipak poseban – u njemu je sada puno više liječnika nego 1995. kada je dr. Davorin Runje stigao sa svojom, sada pokojnom, suprugom, medicinskom sestrom. O uvjetima za rad i život liječnika u županiji te može li se porast broja liječnika ubuduće očekivati i u ostatku županije kao i kakve su nam perspektive, odlučio sam pitati najprije upravo ove kolege.

Hrvoje Filić je također liječnik s prebivalištem u Voćinu, pripadnik je prve generacije doktora medicine koji su odmah po diplomiranju imali pravo dobiti odobrenje za samostalan rad, licencu. On je iskoristio mogućnost koja se od prošle godine nudi kao zamjena za pripravnički staž, tzv. rad pod nadzorom, i obavio ga na hitnom



Dr. Davorin Runje, dr. Anica Radoš Kajić i dr. Hrvoje Filić

prijemu OB-a Virovitica. Danas je specijalizant ortopedije i traumatologije za istu bolnicu i u razgovoru mi potvrđuje kako je primjer dr. Runje otprije četvrt stoljeća sličan i danas u manjim sredinama – traže se osnovni egzistencijalni uvjeti kao što su posao za supružnika, rješavanje stambenog pitanja, uz dostupnost dječjeg vrtića i osnovne škole za početak.

Dr. Filić, podrijetlom iz Voćina, sebe idućih 10 godina svakako vidi u ovoj županiji budući da se na godine njegove specijalizacije, koja je tek u začetku, svakako nadodaje i „dug“ istog broja godina koje treba

„Nakon 20 - 30 godina u jednom selu izgubiš društvene kontakte; liječiš jednostavne ljude koji nisu utjecajni nigdje – ne liječi pravnike, profesore, političare kao što je to u gradu“, dodaje dr. Runje i nastavlja: „Nemaš društvenih poznanstava, veza, „poseljačiš“ se.“

raditi za matičnu ustanovu. U suprotnom bi bio dužan platiti i do 300-tinjak tisuća kuna koliko, prema trenutačno važećim odredbama, iznosi trošak specijalizacije, a to smatra neisplativim posebice iz perspektive sadašnje plaće koju ima kao specijalizant.

„Što je selo dalje od bolnice, to imaš spremnijeg doktora, njega sila natjera da pročita, zove, pita ono što ne zna. Radio sam ja i u središtu Zagreba gdje su svuda okolo bolnice, svi pacijenti samo traže uputnicu, manje je medicinskog posla kao što je npr. postavljanje šavova.

Nije mu teško putovati do radnog mjesta 40-ak km kroz slikovit kraj kojim prolazi cesta Požega – Voćin – Virovitica jer je trajanje puta slično kao i mnogima, npr. u Zagrebu, no smatra da je prometna povezanost Virovitice s većim središtima jedan od prioriteta za privlačenje visokoobrazovanih kadrova poput liječnika u našu županiju. To potvrđuje i njegova sumještanka dr. Anica Radoš Kajić, koja je u Voćin doselila iz Bosne i Hercegovine, zajedno sa suprugom prije 10-ak godina. „Uz dobru plaću, koja je svakako prednost manjih sredina poput naše, lako bi se boljim prometnim vezama moglo npr. vikendom boraviti u Zagrebu. Tako bi se izbjegao nedostatak malih sredina, a to je smanjen broj kontakata, udaljenost od obitelji i prijatelja za one koji nisu podijetlom s ovog područja.“ „Nakon 20-30 godina u jednom selu izgubiš društvene kontakte; liječi jednostavne ljude koji nisu utjecajni nigdje – ne liječi pravnike, profesore, političare kao što je to u gradu“, dodaje dr. Runje i nastavlja: „Nemaš društvenih poznanstava, veza, „poseljačiš“ se; meni je to odgovaralo jer sam takav tip. Kad sam bio mlad, promijenio sam 13 radnih mjesta, živio sam u velikim gradovima i to mi je dosadilo. Ovdje sam došao najviše zbog prirode, Papuka, radi odlaska u lov!“

Na placu koju dr. Radoš Kajić spominje, nažlost, najmanje utječe osnovni prihod liječnika, već u nju ulaze brojni elementi koji se jako razlikuju između pojedinaca. Poznato nam je svima da, unatoč brojnim prijedlozima i inicijativama, ne postoje npr. posebne i ujednačene porezne olakšice za liječnike, o čemu će, nadamo se, biti uskoro riječi prilikom izrade najavljenog zakona o statusu liječnika. Do tada joj, kao specijalistici interne medicine na subspecijalizaciji iz endokrinologije, vrijeme provedeno na specijalizaciji primjerice značajno utječe na smanjenje prihoda jer s prijavljenim boravištem u Zagrebu, gdje je na obilascima, gubi pravo na poreznu



Berislav Bulat prvi s lijeva s mladim kolegama

olakšicu koju inače ima zbog stupnja nerazvijenosti mjesta dok boravi u Voćinu. Isto-vremeno, sve vrijeme koje proveđe doma u Voćinu, gdje dijeli mjesecnu pripravnost u izvanbolničkoj hitnoj pomoći s još dva liječnika, prihoduje iznose zbog kojih prelazi u veći porezni razred te tako praktično hitnu službu obavlja da bi otplatila porez Državi. Sama će inače reći kako ima bolju plaću nego kolege na klinikama, ali uzrok tome je manjak kadra, što dolazi uz cijenu gubitka slobodnog vremena preostalih malobrojnih liječnika, a to kao supruga i majka smatra velikim nedostatkom.

S time za sada nema neprilika dr. Mario Jaković, moj četvrti sugovornik iz Voćina koji je, kao i dr. Filić, prošlogodišnji diplomand medicine. Nakon rada pod nadzorom u hitnom prijemu KB-a Dubrava, odlučio se vratiti u rodno mjesto odakle radi za županijski Zavod za hitnu medicinu. Slobodno vrijeme popunjava radom u pripravnosti za Voćin uz dr. Radoš Kajić i dr. Runje, ali i radom kao vanjski suradnik županijskog Doma zdravlja na zamjeni u brojnim ispraznjenim, tzv. timovima obiteljske medicine bez nositelja. Trenutačno mu odgovara iskustvo koje tako ubrzano stječe, a i prihodi

su mu značajno veći od kolega s godine koji su već na specijalizacijama. Jasno, kao i svima, njegovi su prihodi rezultat jedino velikih količina radnih sati koji, ovisno o mjestu i vremenu rada, prolaze izrazito ili nešto manje dinamično. Iako ima manje opterećenih ispostava, u ispostavi Slatina gdje većinom radi, jedini je liječnik u dežurstvu na području s preko 20.000 stanovnika, radiusa i do 20 km, s time da je od najdaleće granice područja do najbliže bolnice gotovo 50 km. To znači da se za poneku intervenciju samo radi prijevoza pacijenta u bolnicu izgubi ukupno i po sat i pol vremena. Radnim danima je dnevna smjena većinom manje intenzivna jer su otvorene ordinacije obiteljske medicine kamo odlazi većina pacijenata, ali vikendom se ponekad jedva stigne obaviti sva administracija nakon brojnih izlazaka na teren. U mjestima gdje praktično nema javnog prijevoza, česte su i zlouporebe hitnih službi – uglavnom nenamjerne, već uzrokovane izrazito lošom razinom zdravstvene obrazovanosti stanovništva, koja nije puno drugačija ni u većim mjestima.

Zato dr. Jaković ima samo riječi hvale za dr. Runju, koji je nekada posve sam obav-

To ostavlja ovu županiju, čije je administrativno središte Virovitica oko 130 km udaljeno od Osijeka te oko 140 km od Zagreba, da već godinama muku muči s popunjavanjem radnih mjesta u našoj struci.



Dr. Mario Jaković



Dr. Dražen Koledić



Dr. Mirna Vizinger Koledić

Ijao hitnu službu u pripravnosti na području Voćina, uz svoju ordinaciju obiteljske medicine. Naime, u tom je položaju dosljedno educirao stanovništvo o tome koja se stanja zbrinjavaju na kojoj razini zdravstvenog sustava, a uz pomoć iskusnih suradnika, kao npr. patronažne službe, poticao i samozbrijanje bezazlenih i samoograničavajućih poteškoća. „Prije obnove bilo je kućanstava s po nekoliko desetaka članova, a samo nekoliko bunara na cijelom području. Ljudi nisu imali perilice za rublje, higijena je općenito bila niska te su najčešći zdravstveni problemi bili pedikuloza i skabies“, prisjeća se dr. Runje. „To se nikako nije moglo riješiti, no kad je došla obnova, izgradile su se kupaonice, sve se ubrzo povuklo“.

Takve jasne poveznice životnih uvjeta i zdravstvenih poteškoća najbolje uočavaju liječnici koji žive sa svojim pacijentima, što će uvijek potvrditi i dr. Željka Perić, koju čitaljci ovih novina već dobro poznaju, done davno kao istaknuto predstavnicu HLK-a i KoHOM-a za našu županiju, a u posljednje vrijeme kao jednu od liječnika koji produljuju odobrenje za rad u sve starijoj dobi kako bi pomogli u popunjavanju ordinacija. Njezin slučaj, s kojim ona upoznaje svakoga tko želi slušati o pitanjima ruralnih sredina, svakako je primjer gubitka kontinuiteta holističke obiteljske medicine prijećim odljevom liječnika u mirovinu. Naime, za udaljenu općinu Zdenci u orahovičkom kraju, gdje ona radi, teško se može očekivati skoro popunjavanje oglašenoga radnog mjesta za dulje razdoblje, već će ordinaciju moći opsluživati samo vanjski suradnici po nekoliko sati u danu. To primjećuje i dr. Runje: „Neće imati tko raditi, pogotovo ako se mora biti specijalist obiteljske medicine, jer je jako malo specijalizacija iz obiteljske i za one mlade koji bi to željeli. K tome, najviše smo opterećeni, najviše je odgovornosti, jer samostalno moraš donositi odluke, a najniža plaća u cijelom zdravstvenom sustavu za

liječnike koji rade u domovima zdravlja. Nama je koncesionarima – tj. prema novim odredbama privatnim ugovornim liječnicima – kako-tako, mi smo zadovoljni i zato se ne damo u mirovinu. Mladi kolege kad dođu, njima ne daju koncesiju, moraju prvo završiti specijalizaciju pa vratiti dug i onda se još ne zna hoće li dobiti koncesiju ili neće“.

Ipak se od kolega lako može čuti i o prednostima koje kao liječnici uživamo u sredini kakva je naša županija. Mnogi će potvrditi ono što mi je rekla dr. Radoš Kajić: „Prednost su svakako topli međuljudski odnosi i međusobna dostupnost kolega. Volim kad mogu kolegu nazvati na privatni telefon, iako mi neki na klinici kažu da to nije profesionalno, ali to se meni sviđa – ne tražimo ništa zauzvrat jedni od drugih! Jedni drugima smo ipak dostupniji i više se pozajemo, što je i za pacijente dobro. Evo, - zna dr. Runje – ja često kad otpustim njegovog pacijenta, pitam za njega kako je, a i on mene isto za njegove pacijente koji su u bolnici.“

„Meni je na poslu super, kao jedini specijalizant na traumatologiji imam mogućnosti puno raditi i biti u kirurškoj dvorani. Tamo sam svaki dan, cijeli dan – puno mogu napredovati, puno učiti, a imam i od koga učiti“, tvrdi dr. Filić. Da su mu učitelji na razini, dr. Runje potvrđuje ovim rječima: „Što je selo dalje od bolnice, to imaš spremnijeg doktora, njega sila natjera da pročita, zove, pita ono što ne zna. Radio sam ja i u središtu Zagreba gdje su svuda okolo bolnice, svi pacijenti samo traže uputnicu, manje je medicinskog posla kao što je npr. postavljanje šavova. Mi smo za njih profsori!“

I među bolničkim doktorima možemo naći sličan pogled kojim se potvrđuje Filićev doživljaj profesionalnog razvoja u OB-u Virovitica. Dr. Dražen Koledić, spec. ginekologije i opstetricije, subspec. ginekološke

„*Mlade ljude na početku karijere može se zadržati samo ako ih dočekamo s uvažavanjem, s voljom da ih učimo i naučimo, da se brinemo o njihovom profesionalnom razvoju na dobrobit svih nas*“, općenito komentira dalje dr. Dražen Koledić.

onkologije, u pisanim odgovoru na moja pitanja kaže: „S profesionalne strane, liječnici u manjim ustanovama često imaju prilike svojim radom obuhvaćati širi spektar pacijenata s raznovrsnjom patologijom, što može biti izazovnije, pa i donositi više profesionalnog zadovoljstva nego raditi u visoko specijaliziranoj ustanovi. Supruga i ja smo specijalisti već 20 godina i nemamo osjećaj da smo, s te strane, imalo hendikepirani zbog rada u maloj sredini.“ Njegovo mišljenje o ostalim aspektima života i rada liječnika u ovoj županiji možda najbolje sažima njegova supruga dr. Mirna Vizinger Koledić, spec. pedijatrije: „Svi lokalni zdravstveni rukovoditelje, kada istupaju u javnosti, nastavljaju prikazivati odlazak liječnika iz ove sredine kao elementarnu nepogodu. Kada će pacijenti shvatiti da su oni ta elementarna nepogoda?!“ Perspektiva njezine struke na području županije možda je i najnesigurnija, jer je s bolničkog pedijatrijskog odjela u desetak godina otišlo šest liječnika, a već godinama nema odaziva za tu specijalizaciju ni na primarnoj ni na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite.

Inače, potrebe za liječnicima u županiji godinama uvelike nadmašuju broj onih koji se javljaju na natječaje za radna mjesta, pa i za specijalizacije, tako da se može reći da je Virovitica dobar izbor za one koji točno znaju što žele, jer je u tom smislu ponuda velika. Ipak, kako je vidljivo na primjeru pedijatrije, retencija mladih specijalista, pa i specijalizanata, pokazuje se problematičnom. Dvije mjere koje županija godinama održava radi zadržavanja liječnika odnose se samo na potpore stambenom zbrinjavanju – mjesечно do 1000 kn subvencije na stambeni kredit ili do 1500 kn subvencije najma stana. Iako broj od 38 specijalizanata na ukupno 176 liječnika prema posljednjim podacima Atlasa hrvatskog liječništva izgleda impozantno, isti izvor svrstava ovu županiju s 1,3 % u posljednje tri prema



Dr. Željka Perić

udjelu svih specijalizanata u Državi (ako izuzmemo Zagrebačku županiju kao specifičnu, jer nema bolnice na svom teritoriju). Usto imamo primjere prekinutih specijalizacija, prelaska u druge županije pa i inozemstvo ubrzo po isteku roka „dugovanja“ za trošak specijalizacije ili čak i prije. Nekoliko je sudskih postupaka protiv liječnika još u tijeku zbog specijalizacija ili „odradivanja“ prekinutih još godinama prije, što nikako nije dobra reklama za županiju.

„Mlade ljude na početku karijere može se zadržati samo ako ih dočekamo s uvažavanjem, s voljom da ih učimo i naučimo, da se brinemo o njihovom profesionalnom razvoju na dobrobit svih nas“, općenito komentira dalje dr. Dražen Koledić. „Mladi liječnici su naš zalog za budućnost i dužnost je svih nas starijih da im neprestano poboljšavamo uvjete za rad i položaj u društvu. Svakom starijem liječniku mora biti na ponos ako tijekom svoje karijere mentorira mlade ljude i bude svjedokom njihova profesionalnog i ljudskog razvoja. To je dio našeg posla i naša dužnost. Osobno nemam takva iskustva sa starijim kolegama, ali nastojim nešto promijeniti.“

Takve promjene ubrzo po dolasku u ovu sredinu poduzeo je i dr. Ivan Andrašević iz Osijeka. Odmah nakon odradenoga pripravnikačkog staža odazvao se pozivu tadašnje uprave županijskog DZ-a i došao raditi u Suhopolju, jednoj od većih općina, s time da je smještaj imao u organizaciji DZ-a u manjoj općini Špišić Bukovici, mjestu za koje će reći da prije inače nikad nije ni čuo. Slično kao i pisac ovih redaka, nastojao je organizirati susrete liječnika radi upoznavanja, druženja i razmjene obavijesti i iskustava – što stručnih, što životnih. To je u konačnici dovelo do revitalizacije redovitih stručnih susreta u Društvenom domu OB-a Virovitica pod kapom HLZ - Područnica Virovitica i županijskog povjerenstva



Dr. Tatjana Liović

HLK-a. Iako manje posjećeni nego što stariji kolege pamte iz najplodnijih dana rada ovih lokalnih područnica liječničkih organizacija, ti su susreti često jedino mjesto susreta novoprdošlih liječnika i „starosjedilaca“, a pružaju i priliku za komunikaciju koju je više mojih sugovornika naglasilo kao najznačajniji element napretka liječničkog staleža u ovoj razmjeru maloj sredini.

Isti kolege navode da su prije, do prije desetak godina, bili među liječnicima, i ovdje nažalost, problem „klanovi“ prema pripadnosti određenim, pa i političkim grupacijama, no većinom smatraju da je to stvar prošlosti. Za eventualne slične teškoće danas smatraju da su vezane uz pojedince, od kojih su neki na istim položajima kao i prije kojeg desetljeća. Sada, pogotovo s promjenama koje je donijela pandemija COVID-19, nema više onih koji bi bili posebice zainteresirani za rukovodeće položaje. Kao da je svima u primisli da se ipak moraju osloniti jedni na druge, pogotovo s obzirom na malen ukupan broj kolega, a jednak ili i veći opseg posla.

Vezano uz posao, o uspješnosti rada liječnika u ovoj sredini s pogleda struke, većinom sam dobio odgovor da sa stručne strane pacijenti nisu zakinuti u usporedbi npr. sa Zagrebom, već da im je ovdje i bolje. Izuzevši teži pristup pretragama, za koji se problem također često nalaze rješenja putem kolegijalnih dogovaranja i službene suradnje s opremljenijim ustanovama, prednost je ovdje holistički pristup praktično svakog liječnika – od onih u zavodima preko ostalog PZZ-a pa do subspecijalističkih ambulanti. Svatko će obaviti što više može s pacijentom, jer se u zbrinjavanju slučajeva i sam želi osloniti na druge kolege, od kojih mnoge i osobno poznaje, kako bi se pacijentima olakšao pristup što boljoj zdravstvenoj zaštiti, a kolegama posao.

S obzirom na česte izmjene liječnika – od



Dr. Ivan Andrašević

onih koji samo „prolaze“ kroz obiteljsku medicinu ili hitnu pomoć, preko „sekundaraca“ pa do specijalizanata koji su više godina samo povremeno u našoj sredini i specijalista iz vanjskih ustanova na ispmoći - osobni bi kontakt s kolegama u posljednje vrijeme mogao biti otežan, no s time nema teškoća dr. Tatjana Liović koja je na početku specijalizacije pulmologije za OB Virovitica. „Ako mi nešto nije jasno – bilo oko indikacije za obradu ili terapije – nazovem; pronađem broj na internetu ako treba. Tako sam radila i kao liječnik obiteljske medicine donedavno, a i sada na OHBP-u. Mislim da se ne radi dovoljno na službenoj komunikaciji, kao što su npr. uputna pisma iz PZZ-a ili pak elektronički nalazi iz SKZZ-a. Prema mojoj iskustvu, najbolji je pristup promjenama kada se eventualne sugestije prenose na lijep način – tu se vidi pomak“.

U konačnici, sve je više liječnika koji svake godine pristižu na ovaj teren, većinom onih koji su odavde i podijetlom, posebice nakon kratkotrajnog „booma“ koji se događa otkako je skraćen, pa zatim i ukinut pripravnicički staž. Na svima nama je da uistinu pružimo jedni drugima što bolje uvjete putem kolegijalnog ponašanja i predanog rada, jer jedni drugima najviše pomažemo čineći sve što možemo u svom području odgovornosti. Radi bližih kontakata, koji su ključni kohezivni element prema mišljenju brojnih kolega, prije svega se moramo izboriti kroz ove pandemijske uvjete rada i dočekati neko „novo normalnije“ proljeće, kada ćemo opet lakše disati jedni kraj drugih te u čvršćem zajedništvu dijeliti dobro i zlo.

bbulat3@yahoo.com

tel. 098 925 0166

FB: <https://rb.gy/bhrfzy>

KVARTARNA PREVENCIJA IZ PERSPEKTIVE liječnika obiteljske medicine



 JELENA BULJAT MIOČOVIĆ, dr. med.
specijalizantica obiteljske medicine

Kvartarna prevencija je više od same prevencije. To je proces, način komuniciranja, empatija, znanje i vještine.

Promicanje zdravlja javnozdravstvena je disciplina koja uključuje pojedince da svojim postupcima i djelovanjima aktivno sudjeluju u očuvanju i unaprjeđenju vlastitoga, a na populacijskoj razini i globalnog zdravlja. Prevencijom bolesti, kao i promicanjem zdravlja, bavi se posebna znanstvena medicinska disciplina - preventivna medicina.

Cilj je preventivne medicine sprječavanje nastanka bolesti, njeno pravodobno prepoznavanje i liječenje kojim se nastoji očuvati kvaliteta života te sprječiti oštećenja, invalidnost i smrt. Prevenciju dijelimo na primarnu, sekundarnu, tercijarnu i kvartarnu. Primarna prevencija je usmjerena na zdrave osobe, podrazumijeva uklanjanje rizika/uzroka bolesti

st i unaprjeđenje općega zdravstvenog stanja kako bi se sprječio nastanak bolesti. Sekundarna prevencija se odnosi na prepoznavanje „potencijalnih“ bolesnika u ranom stadiju bolesti, kako bi se pravodobnom intervencijom sprječio razvoj manifestne bolesti, zaustavilo njezinu napredovanje i sačuvao životni vijek kao i kvaliteta života. Tercijarna prevencija je prepoznavanje i zbrinjavanje onih stanja koja se ne mogu liječiti ili stanja kod kojih unatoč liječenju nastaju posljedice. Njezin je cilj očuvanje kvalitete života bolesnika kada liječenjem nije moguće suzbiti bolest.

Kvartarna prevencija definirana je kao postupak identificiranja bolesnika koji je u riziku podljevanja prekomjernoj medikalizaciji, odnosno pretjeranoj neopravdanoj upotrebi lijekova; uključuje zaštitu bolesnika od novih ili ponavljajućih medicinskih pretraga ili intervencija koje ne pridonose poboljšanju bolesnikovog zdravstvenog stanja te predlaganje etički prihvatljive intervencije u danom trenutku. Prvi koji je progovorio o ovom problemu još 1986. bio je Marc Jamouille, liječnik opće medicine iz Belgije. U teoriji, kvartarna prevencija može se provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite, međutim, njezino je primarno mjesto u obiteljskoj medicini. Obiteljski liječnik predstavlja prvi kontakt bolesnika sa zdravstvenim sustavom i njegova je »vodilja« kroz taj sustav. Odnos bolesnika s obiteljskim liječnikom čini temelj primarne zdravstvene zaštite, koji omogućuje pravovremenu dostupnost, kontinuitet zdravstvene zaštite te individualno usmjerenu skrb. Posjet obiteljskom liječniku mjesto je gdje se susreću tegobe bolesnika i njegovo poimanje bolesnim, dijagnostička obrada i interpretacija tegoba u obliku dijagnoze konkretnе bolesti. Tradicijski pristup prevenciji govori o kronološkom pristupu temeljenom na trenutku nastanka problema: primarna i sekundarna prevencija provode se prije nastanka problema, odnosno bolesti, a

Kvartarna prevencija definirana je kao postupak identificiranja bolesnika koji je u riziku podljevanja prekomjernoj medikalizaciji, odnosno pretjeranoj neopravdanoj upotrebi lijekova; uključuje zaštitu bolesnika od novih ili ponavljajućih medicinskih pretraga ili intervencija koje ne pridonose poboljšanju bolesnikovog zdravstvenog stanja te predlaganje etički prihvatljive intervencije u danom trenutku.

tercijarna nakon nastanka bolesti. Taj se pristup može primijeniti i u prilikama kada se bolesnik i liječnik slažu u tome postoji li bolest ili ne postoji. Postoje prilike u kojima liječnik otkriva i definira postojanje konkretnе bolesti, a bolesnik nema nikakvih tegoba. Ipak, za liječnika je najzahtjevниje kada bolesnik ima brojne tegobe koje mu stvaraju teškoće i osjeća se bolesnim, a ne može se naći konkretan uzrok tegoba, niti odrediti čime liječiti i kako pomoći bolesniku. U takvim prilikama može doći do obostrane bespomoćne anksioznosti, upadanja u zamku brojnih nepotrebnih pretraga i troškova, a to su upravo stanja koje se nastoje prevenirati kroz načela kvartarne prevencije. Najdjelotvornija je metoda koja pomaže liječniku u donošenju odluke medicina utemeljena na dokazima. Znanje iz kliničkih istraživanja o koristi i štetnosti može nam pomoći pri odluci o potrebi provođenja mnogih dijagnostičkih i terapijskih postupaka i primjene lijekova.

Sprječavanje pretjerane medikalizacije pacijenata, tj. propisivanje prekomjernog broja nepotrebnih lijekova, važno je područje djelovanja kvartarne prevencije. Starenje populacije i porast broja kroničnih bolesti, kao i iznimno jak utjecaj farmaceutske industrije, nužno dovode do povećanja potrošnje lijekova. Nositelji kvartarne prevencije, liječnici obiteljske medicine, trebali bi biti na čelu procesa

demedikalizacije, gdje će se voditi načelom naučenim od prvog dana stupanja u medicinsku struku „*primum non nocere*“ i, kada pred sobom imaju osobu u riziku od pretjerane medikalizacije, donijeti najbolju odluku za bolesnika u svojoj skrbi. Liječnik na temelju tegoba koje bolesnik iznosi, slušajući bolesnikove želje i potrebe, a istodobno uzimajući u obzir potrebu, nužnost i isplativost određenog postupka, koristeći se saznanjima medicine utemeljene na dokazima, donijet će odluku o tome što dalje poduzeti s bolesnikom.

Tema kvartarne prevencije aktualna je širom svijeta u kontekstu suvremene medicine. Treba uvijek imati na umu da medicinske intervencije mogu ponekad našteti ljudskom biću u svim fazama života: od začeća, tijekom djetinjstva, odrasle dobi, kao i tijekom kronične, pa i terminalne bolesti. Živimo u vremenu kada su medicinske pretrage, intervencije i lijekovi dostupni kao nikada prije, ali ne smijemo dopustiti da umjesto dobrobiti nanose i štetu našim bolesnicima. Unatoč tome što liječnici obiteljske medicine kao prva bolesnikova dodirna točka sa zdravstvenim sustavom imaju ključnu ulogu u provođenju kvartarne prevencije, ova tema je toliko važna da zahtijeva ne samo uključivanje svih zdravstvenih djelatnika, nego i drugih članova društva koji mogu utjecati na promicanje načela i provođenje kvartarne prevencije.

Kvartarna prevencija je više od same prevencije. To je proces, način komuniciranja, empatija, znanje i vještine.

jelenabuljat@gmail.com

Literatura:

Katić M, Švab I. i sur. Obiteljska medicina. 2. izdanie. Zagreb, Alfa, 2018.

Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015; 4(2): 61–64

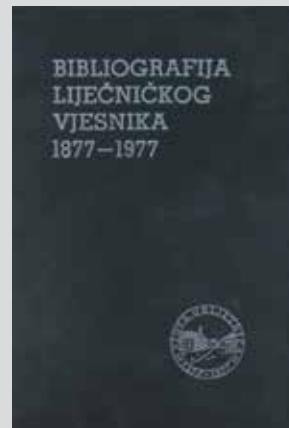
Zelić Baričević I, Vrca Botica M, Pavlić Renar I. Kvartarna prevencija kao temelj racionalnog pristupa pacijentu u obiteljskoj medicini. Liječ Vjesn. 2014;136:152–155

Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract. 2018 Dec;24(1):106-111.

Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care - A qualitative study with general practitioners. BMC Fam Pract. 2017 Dec 8;18(1):99.

Novost o „Liječničkom vjesniku“

Izvršni odbor HLZ-a donio je na 160. sjednici održanoj 8. rujna 2020. jednoglasnu odluku o obustavi tiska časopisa Liječnički vjesnik zbog smanjenja prihoda uzrokovanih pandemijom COVID-19. Časopis prelazi na električno (online) izdanje od broja 9-10 2020. pa sve do daljnje. Tiskat će se ograničena količina primjeraka za potrebe periodike. Ova odluka predlaže se Glavnom odboru HLZ-a. Online verzija časopisa bit će dostupna na mrežnim stranicama HLZ-a, a članovi HLZ-a koji eventualno žele tiskani primjerak, mogu se javiti u Središnjicu HLZ-a radi dogovora oko njegovog plaćanja.



Dakle, nakon 144 godine redovitog tiskanja Liječničkog vjesnika došao je dan koji je bio neminovan – obustava tiskanja. Povod je bio smanjenje prihoda uzrokovano pandemijom, no uzrok ima dublje i starije korijene. To su suton Gutenbergove ere, a možda i urednički koncept po kojem je LV prestao biti u staleško glasilo.

Konkurenčija interneta postupno uklanja sa svjetske scene običaj listanja papira, a pomalo odlazi i starija generacija nавикla na ritual čitanja. Prošlo je vrijeme kad je knjiga bila skupa i odraz kulture neke sredine, danas je to potrošna roba koja se, ako je netko još i kupuje, nakon čitanja sve češće baca u otpad. Tko to ne vjeruje, neka se sjeti da se ni veličanstvena Enciklopedija britanika više ne tiska – čemu pola metričke cente papira kad sve imate u maloj spravici kakvu danas imaju već i predškolska djeca?

Biblioteka koju sam skupljao više od 80 godina osuđena je na uništenje, moji potomci knjige više ne čitaju, a ne želi je primiti na poklon nijedna knjižnica, počevši od Sveučilišne nadalje. Na oglas koji sam jednom objavio u ovom časopisu da poklanjam knjižnicu od 500 medicinskih knjiga javilo se doslovno nula interesenata. U takvim prilikama možda može opstati samo komercijalna periodika, a Liječnički vjesnik to nije.

Drugi razlog što čitanost LV-a postaje sve manja jest omnibusna urednička politika „za svakoga ponešto“. U vrijeme kad je

LV počeo izlaziti, pa i dobrih pola stoljeća nakon toga, taj je časopis bio našim liječnicima gotovo jedina mogućnost da doznaju što je novoga u medicini i da objavljuju svoje rade, a bio je rado čitan i zbog staleških tema. Važno je znati da su tada velika većina bili „liječnici opće prakse“ (doctor medicinae universalis) i da su štiva LV-a bila namjenjena njima. Danas, kada takvih liječnika gotovo da više i nema, jer se nekadашnja medicina toliko razvila da liječnici bez specijalizacije postaju relikt prošlosti, glasilo tipa „za svakoga ponešto“ ima sve manje smisla. Preplata na LV uključena je 144 godine u članarinu Zbora, no takav liječnik dobije LV, danas jednostavno nema vremena da ga prelistava, nego radije posegne za specijaliziranim časopisom, domaćim ili inozemnim, za tiskanima ili online. Ili za subspecijaliziranim časopisima, kao što je npr. „Socijalna psihijatrija“ koja izlazi od 1973. godine.

Zaključimo! Odluka HLZ-a da obustavi tiskanje LV-a tužna je, ali razumna. Čemu se razbacivati članarinom za nešto preživljeno? Odluka da se nastavi s izlaženjem online ne samo da je racionalna, nego bi mogla poslužiti i kao primjer stručnim društvima Zbora da na isto takočinu objavljaju svoje specijalizirane časopise, koji bi u uskom krugu specijalista sigurno bili veoma čitani.

Budući da Gutenbergova era postupno postaje prošlost, neminovno je prilagoditi se informatičkoj eri koja osvaja svijet.

Željko Poljak

DVOJBA - JEDNOKRATNE ILI VIŠEKRATNE PELENE?

OMETAJU LI JEDNOKRATNE PELENE SPERMIOWEZU ZBOG PREVISOKE TEMPERATURE U NJIMA?

ANA MARAČIĆ, dr. med.
spec. obiteljske medicine

Prof. emeritus IGOR ČATIĆ
dipl. ing. strojarstva

U razdoblju smo u kojem se prenaglašavaju sporedni problemi kako bi se skrenulo pozornost s onih ozbiljnih. To vrijedi i za područje gospodarenja tehnomedicinskim otpadom, poput pelena. Od tri vrste pelena, onih za djecu i odrasle te uložaka za žene, ovdje se podrobnije analiziraju jednokratne, plastične i višekratne, poznatije kao platnene pelene za djecu.

Razvoj ljudskog bića može podijeliti u dva razdoblja: od njegovog uspravljanja na noge prije kojih šest milijuna godina do 1950. i od 1950. do sadašnjosti.

Od 1950. na čovječanstvo izrazito utječe tehnički razvoj za potrebe medicine. Razvijeno je novo područje ljudskog djelovanja, tehnomedicinstvo. Svaka ljudska djelatnost rezultira u konačnici otpadom. To vrijedi i za područje medicine, gdje se susreće najrazličitiji otpad, često jednokratan i vrlo opasan. Konačno, i pretvaranje hrane u energiju završava velikim količinama kanalizacionog otpada.

Razvoj čovječanstva od 1950. obilježen je bitnim povećanjem stanovništva; od 2,6 na oko 7,8 milijardi stanovnika i bitnim produljenjem životnog vijeka. Dok je 1950. globalna prosječna životna dob bila 26,6 godina, 2017. je iznosila 32,1 godinu, povećanje od 1,21 puta. Istodobno to je imalo za posljedicu, među ostalim, povećanje broja starih ljudi. U tom je razdoblju broj novorođenih

smanjen od 4,7 na svega 2,4 živoroden, dakle prepolovljen. Ukupna stopa plodnosti smanjena je u svih 195 obuhvaćenih zemalja, a u 102 zemlje više od 50 % (I. Rimac Lesički, Večernji list, 24. travnja 2019.). Stopa plodnosti možda je povezana i s utjecajem korištenja jednokratnih pelena.

Na ozbiljnost tog problema upozorava i udio pelena. Npr. u zagrebačkom komunalnom otpadu 2016. bio je 4,04 %, što je vrlo velik i važan udio. Često spominjanja jednokratna plastika, umjesto jednokratni plastični proizvodi, ima među posebno označenim proizvodima vrlo niske udjele. Primjerice plastične slamke, koje su inače dopuštene za medicinske svrhe, imaju udio od svega 0,02 %. Pritom su slamke od svih alternativnih materijala lošije. Simbol jednokratne plastike su proizvodnja plastičnih vrećica debljine od 15 do 35 odnosno od 50 mikrometara. Njih ima u otpadu oko 0,5 %.

Porast stanovništva, mnoga tehnička rješenja i povećan udio zaposlenih žena nedvojbeno utječu na cijelokupan i sve ubrzani život i na promjenu navika. No i na povećanje komunalnog otpada u koji se ubrajaju i pelene.

S motrišta uporabe moguće je razlikovati dječje pelene, pelene za odrasle i higijenske uloške. Njihovi trenutačni svjetski udjeli su sljedeći: dječje pelene 34,6 %, pelene za odrasle (inkontinen-cija i ostali sadržaji) 29,2 %, a ženski higijenski ulošci 24,1 %.

Ovdje je pozornost usmjerena na dječje pelene zbog njihova mogućeg utjecaja na neplodnost muških korisnika.

U prijelomnoj godini u razvoju čovječanstva, onoj 1950. bile su u uporabi platnene pelene, načinjene najčešće od fitopolimera, organskog polimera i pamuka. Iz komercijalnih razloga želi se danas pojačati važnost uporabe pamuka s dodatkom „organski“, što je zapravo pleonazam. Radi se o ekološki povoljnijem pamuku. To su višekratno upotrebljive pelene koje su se prale. Neke majke rade to i danas.

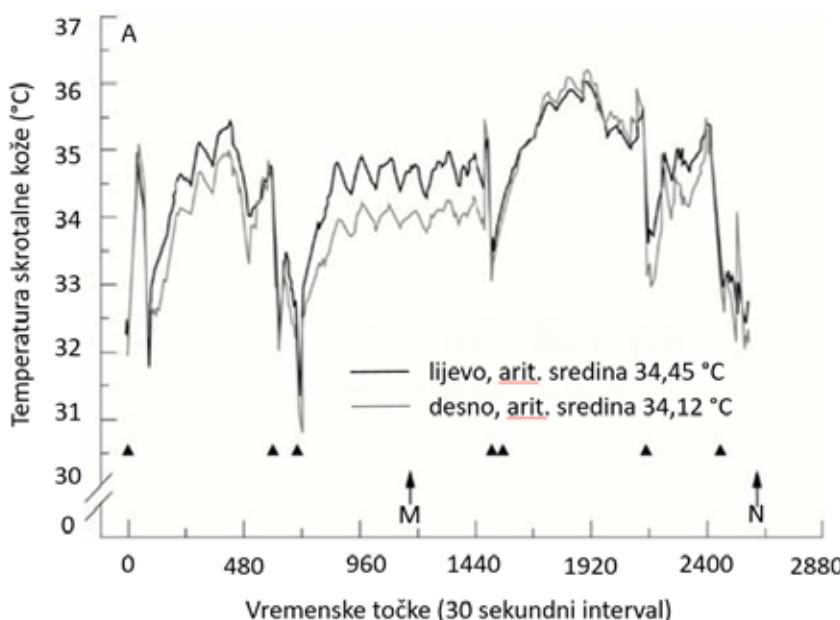
Pedesetih godina pojavile su se jednokratne pelene, najčešće nazvane plastične. U suvremenom životu takve su pelene često nužnost. One su vrhunski tehnički proizvod, koji je već 2017. vrijedio oko 49, a do 2024. vrijedit će gotovo 71 milijardu USD godišnje. Tijekom vremena mijenjala su se konkretna rješenja. Bitna promjena u razvoju jednokratnih pelena dogodila se tijekom osamdesetih godina kada je u pelenu ugrađena supraapsorbirajuća jezgra (SAP) koja je pelenu učinila malenom, tankom i izvanredno apsorbirajućom (R. Čunko, E. Pezelj, M. Somogyi, 2004.). No malo se zna o jednoj pojedinosti, a to je utjecaj nepovoljnog temperaturnog polja na spermiogenezu u izvrsno izoliranim pelenama.

Potrebno je najprije razmotriti sastav takvih jednokratnih pelena koje su vrhunski tehnički proizvod. One sadrže polietilen, polipropilen, papir, ljepila, hidrofilni i hidrofobni netkani tekstil, poliuretanske ili poliesterske pjene odnosno lateks, celulozni acetat, silika gel, natrijev poliakrilat, losion i indikator vlažnosti.

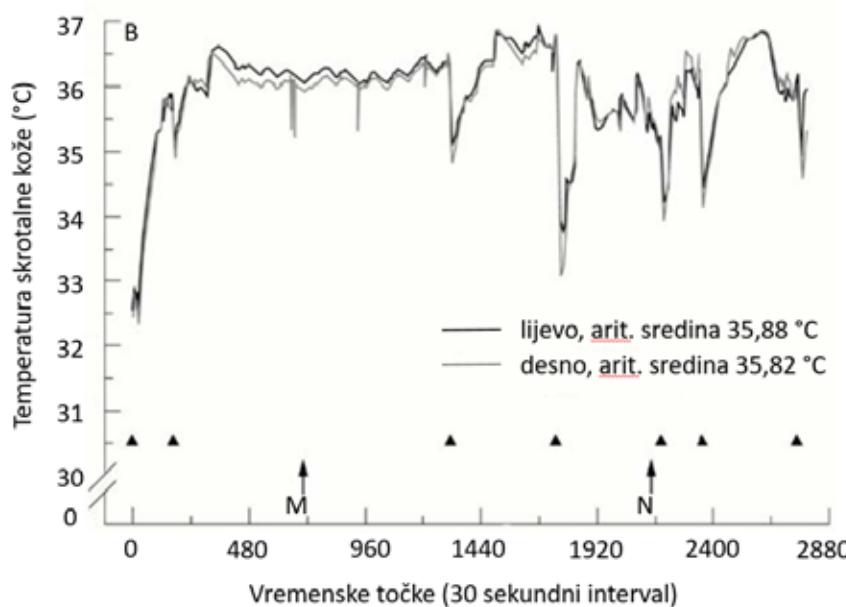
Takva dječja pelena malena je, tanka, superapsorbirajuća, ne propušta i lije-

pog je izgleda. Vanjski je sloj od polietilena (koji služi kao pokrov i sprječava curenje iz pelene). Ispod njega su celulozne maramice ojačane zbog elastičnosti slojem plastike. Natrijev poliakrilat je izvrstan apsorbens, a dodaje se u one dijelove unutarnjeg sloja koji su najviše izloženi vlazi (u dodiru s vodom pretvara se u gel); dodaju se i razna ljepila, hidrofilni slojevi netkanog materijala koji čini osnovu unutrašnjosti pelene (u izravnom dodiru s kožom), hidrofobnog netkanog materijala (sloj oko nožica). Plastičnom hidrofilnom sloju dodaju se silika gel (odlično upija vodu i pri tome povisuje temperaturu u peleni), losioni, lateks, bojila i indikatori vlažnosti (tinte).

U svakom od navedenih slojeva i materijala postoji nešto što može biti štetno za ljudski organizam, a napose malenog djeteta koje je prijeljivije i manje otpornije od odraslog čovjeka zbog još nerazvijenog imunosnog sustava i tanke kože kroz koju je lakša apsorpcija tvari u organizam (Bhaarathindurai G. Umachitr, 2012; P. Rai i sur., 2009). Natrijev poliakrilat (derivat nafte) poboljšava propusnost kože i olakšava prodor toksina iz pelene u dječje tijelo, ne samo onih toksina koji su u mokraći i stolicu, već i svih onih iz pelene i novonastalih uslijed dodira kemikalija u peleni s mokraćom i stolicom. Natrijev poliakrilat dobro upija vodu te istodobno isušuje bebinu kožu pa tako usporava zarastanje rana, a može izazvati i alergijsku reakciju (pelenski osip). Različita ljepila koja se nanose još topla kako bi održala pojedine dijelove pelene na mjestu, smjesa su smola, ulja i veziva. Veziva sadrže kalofonij i njegove derive koji spadaju u skupinu alergena, zajedno s parabenima (M. Golubić, 2016.), kromom, kobaltom, spojevima koji oslobadaju formalin, terpeni i modificirani terpeni, cikličke alifatske i aromatske smole. Svi ti sastojci mogu štetiti koži, a prolaskom kroz kožu, utječe prvenstveno na endokrini i respiracijski sustav, kao i na cjelokupan organizam. Površinski sloj s losionom može sadržavati, osim poželjnih tvari (vitamin D, E, aloa verin ekstrakt, jojobino ulje, antibakterijska sredstva poput tercijarnih amina ili srebrnih soli), i tvari koje imaju neka svojstva slična hormonima. Time mijenjaju hormonsko stanje organizma s kojim dodu u dodir. Tako npr. tributilin utječe na endokrini sustav. Bojila



Slika 1. 24-satni profil mjerene skrotalne kožne temperature u višekratnim platenim pelenama (C. J. Partsch i sur., 2000). Temperatura (T) skrotalne kože pri upotrebi višekratnih pelena (maksimalna $T=36,1\text{ }^{\circ}\text{C}$, minimalna $T=32,9\text{ }^{\circ}\text{C}$, prosječna temperatura tijekom spavanja $35,6\text{ }^{\circ}\text{C}$ i tijekom aktivnosti/budnosti $34,2\text{ }^{\circ}\text{C}$, rektoskrotalna temperaturna razlika $3,5\text{ }^{\circ}\text{C}$). M i N prikazuju ponoć i podne. Trokuti prikazuju trenutak promjene pelene. Prosječna temperatura kože lijevog skrotuma $34,45\text{ }^{\circ}\text{C}$, prosječna temperatura kože desnog skrotuma $34,12\text{ }^{\circ}\text{C}$.



Slika 2. 24-satni profil mjerene skrotalne kožne temperature u jednokratnim pelenama (C. J. Partsch i sur., 2000.). Temperatura pri upotrebi jednokratnih pelena (maksimalna $T=36,7\text{ }^{\circ}\text{C}$, minimalna $33,9\text{ }^{\circ}\text{C}$, srednja temperatura tijekom spavanja $36\text{ }^{\circ}\text{C}$ i tijekom aktivnosti/budnosti $35,6\text{ }^{\circ}\text{C}$, rektoskrotalna temperaturna razlika $1,3\text{ }^{\circ}\text{C}$). M i N prikazuju ponoć i podne. Trokuti prikazuju trenutak promjene pelene. Prosječna temperatura kože lijevog skrotuma $35,88\text{ }^{\circ}\text{C}$, a desnog $35,82\text{ }^{\circ}\text{C}$.

mogu izazvati teške osipe s obzirom na dugotrajan kontakt s djetetovom kožom. Spomenute dvojbe navode na pitanje postoje li realno znanje i znanstveno utemeljene spoznaje o stvarnim prednostima i nedostatcima jednokratnih dječjih pelena. Nisu poznata istraživanja o utjecaju pojedinih sastojaka i postojanju signifikantnih interakcija među sastojcima.

Do sada se nedovoljno pažnje pridaje temperaturi u skrotumu kao posljedici uporabe jednokratnih pelena. U Hrvatskoj, kao i u razvijenom svijetu, raste broj neplodnih parova, koji prolaze razne dugotrajne, stresne i bolne (što fizičke, što psihičke) postupke da bi se ostvarili u jednom od najvažnijih aspekata u ljudskom životu - roditeljstvu. Gledano s biološke strane, to prijeti opstanku vrste, a sa socijalne i psihičke umnožavaju se traume koje trpe neplodni parovi. Na tom i jest težište ovog teksta.

Jedan su od mogućih razloga neplodnosti novih naraštaja jednokratne pelene zbog utjecaja na temperaturu u dječjem skrotumu (C. J. Partsch i sur., 2000.). Profil mjerene skrotalne kožne temperature u višekratnim pelenama prikazuje slika 1, a slika 2 kod jednokratnih pelena. 24-satni profil skrotalne temperature (T) određen je kod četveromjesečnoga zdravog muškog dojenčeta.

Temperatura pod jednokratnim pelenama u prosjeku je do 2 °C viša nego pod višekratnim pelenama ili bez pelena. Za proces normalne spermogeneze potrebna

je fiziološka hipotermija testisa, koja se ne događa tijekom nošenja jednokratnih pelena. Dugotrajna izloženost testisa povišenoj temperaturi remeti sazrijevanje i oštećeće u prvom redu germinativni epitel testisa koji je odgovoran za spermogenezu. U nekim slučajevima možda izaziva malignu alteraciju u testisu. S obzirom na današnji način života u razvijenim zemljama i olakšanje koje su donijele jednokratne pelene, tzv. „pelenaški staž“ se produljio. Djeca u prosjeku provedu svoje prve dvije do tri godine u pelenama, dakle dulje nego prije kod višekratnih pelena. Sada je razdoblje izloženosti svim navedenim nedostatcima znatno dulje.

Postavlja se pitanje, postoje li alternativa jednokratnim pelenama? Teško je očekivati da će majke koje prihvataju jednokratne pelene tako jednostavno odustati od njih, a isto tako i zainteresirana industrija. S druge strane, i platnene, zapravo pamučne pelene, imaju nedostataka. Za proizvodnju pamuka potrebne su velike količine vode, pesticida i drugih kemikalija, pri čemu je nešto bolje rješenje tzv. ekološki, ali skuplji pamuk. Jedna od prednosti višekratnih pelena je da se mogu „naslijedivati“. U pravilu je ukupna cijena višekratnih pelena niža. Istraživanja su pokazala da se pravilnim održavanjem platnenih pelena i njihovim naslijedivanjem može smanjiti globalno zatopljenje za 40 % (S. Aumônier i sur., 2008.). Kod platnenih pelena nema kemikalija koje su u izravnom dodiru s kožom, nema povišenja temperature pod njima pa tako ni dugotrajnih posljedica za plodnost. U

Temperatura pod jednokratnim pelenama u prosjeku je do 2 °C viša nego pod višekratnim pelenama ili bez pelena. Za proces normalne spermogeneze potrebna je fiziološka hipotermija testisa, koja se ne događa tijekom nošenja jednokratnih pelena.

mnogim nerazvijenim zemljama i njihovim tradicionalnim društvima majke uopće ne poznaju jednokratne pelene. Upotrebljavaju se neki oblici višekratnih pelena i prakticira se tzv. „bezpelenaštvo“. Majke su više vezane uz svoju djecu, djeca se postavljaju u položaj za obavljanje nužde kada signaliziraju nuždu i uopće ne nose pelene. To je i sa zdravstvenog i ekološkog aspekta najbolja varijanata. Nažalost, to je u razvijenom svijetu s današnjim stilom života praktično neizvedivo.

Podizanjem svjesnosti o potencijalnoj štetnosti nekih materijala, nezadovoljavajućega temperaturnog polja kod jednokratnih pelena na ljudsko zdravlje i velikom ekološkom problemu mogući su razlog za ponovnu uporabu višekratnih pelena. Suvremene višekratne pelene nalik su na jednokratne, a jednostavno se stavljaju i održavaju.

Zaključno, na temelju opisanoga postoje dvije mogućnosti. Jedna je da roditelji izaberu koje će pelene rabiti. Druga, da se načini temeljita rekonstrukcija jednokratnih plastičnih pelena koje bi trebale imati dva odvojena temperaturna režima. Jedan, na ukazani o zagrijavanju testisa kao potencijalnog izvora neplodnosti bračnih parova, a drugi uobičajeni. Industrija koja ostvaruje već sada prihod od 50 milijardi USD neće to olako napustiti. Potrebna su produbljena znanstvena istraživanja o stvarnom temperaturnom polju u jednokratnoj peleni. Taj put čini se plodonosnijim u vremenu kada su majke sve manje s djecom. Treba razmotriti i skraćenje razdoblja nošenja pelena. Nema jednostavnog rješenja. Za poboljšanje zdravstvene ispravnosti jednokratnih pelena potrebna je tjesna suradnja tekstilaca i liječnika.

Tijekom pisanja teksta pojavio se sličan problem, jednokratne ili višekratne maske u borbi protiv COVID-19. Neki se zalažu za jednokratne, neki višekratne. Nedostaju pouzdani rezultati istraživanja. Zato se može prihvatići dvojba: pretežno jednokratne plastične maske ili one višekratne, pamučne. Radi se i u ovom slučaju o ogromnim količinama i to, pretpostavlja se, vrlo opasnog otpada.

> RAZMIŠLJANJA JEDNOG TRANSPLANTACIJSKOG ANESTEZIOLOGA

Prošlo je nešto više od 20 godina kada smo u KB-u Merkur učinili našu prvu transplantaciju jetre. Kada se vraćam u ona vremena, mogu reći da smo bili odvažni, pomalo i drski, ali izuzetno motivirani da pokrenemo taj program. Kod kroničnog terminalnog i fulminantnog jetrenog zatajenja, ovaj vid liječenja je ujedno i jedini čime smo omogućili jetrenim bolesnicima da se liječe u Hrvatskoj, a organi iz naše donorske mreže da ostanu u našoj zemlji za potrebe naših građana. Nemojmo zaboraviti da je to bila 1998. g., samo tri godine nakon pobjedičke „Oluje“.

Kao i svaki početak, bio je posut trnjima, no nismo se olako predavalii. Educirali smo se po vrhunskim europskim središtima i polako skupljali prva iskustva gradeći našu krivulu učenja. S transplantacijskom medicinom nam se otvorio jedan novi svijet. Ponovo smo trebali ući u tajne imunologije, prisjetiti se vrsta imunosnih reakcija i kako se to očituju na bolesniku, znati sve o svim dostupnim imunosupresivnim lijekovima. A tek infektologija. Zna se da infekcije i transplantacija idu ruku pod ruku zbog sniženog imuniteta uslijed imunosupresivnih lijekova pa je udio infekcijskih epizoda u neposrednom poslijetransplantacijskom razdoblju i do 60 - 70 %. No osim ubičajenih bakterijskih infekcija, sada smo morali učiti i o posebnim virusnim i oportunističkim infekcijama, svojstvenim transplantacijama. Nesebično smo svaki slobodni trenutak koristili za nova učenja i bili dostupni bolesnicima 24/7 putem privatnih mobitela. Ne, nismo tražili da za to budemo posebno plaćeni. Smatrali smo da je dovoljno da pokažemo svima da mi to možemo i da se na nas može računati.

Otada do danas u KB-u Merkur smo ustrojili siguran i učinkovit transplantacijski program. Danas smo dio velike mreže Eurotransplanta, ali smo i prepoznati u svijetu. Ova mala ispačena zemlja, u nešto malo manje od 30 godina nakon domovinskog rata ima „brend“ po kojem je prepozнатljiva u svijetu. Po broju donora izraženom na milijun stanovnika dugi smo bili na prvom mjestu. Znanje smo prenijeli na mlađe i na taj način omogućili da odgovorimo svim zahtjevima, pa smo tako u jednom danu znali učiniti i po šest transplantacija, što jetre, što bubrega. Jer na mladima svijet ostaje. Kaže se da je dobrota jedino blago koje se umnaža dijeljenjem. Ja bih rekla da je to i znanje. Zato kada uskoro budem odlazila u zaslужenu mirovinu, ići će sretna, znajući da će naš transplantacijski brod još dugo ploviti.

A samo ponekad će se sjetiti svih onih strepnji, svih onih neprospavanih noći kada smo bauljali danima poput zombija pokušavajući organizam ponovo dovesti u neko stanje ravnoteže. Sjetiti će se svih liječnika, sestara i spremaćica koji su prolazili kroz sale, šok



Autorica teksta (stoji u sredini) sa svojim timom u operacijskoj dvorani

sobu i bolesničke sobe i svojim neimarom i nesebičnim zalaganjem doprinijeli uspjehu ovog programa. Negdje će spremiti i ovu pjesmu koju sam slučajno našla čisteći neku ladicu. Jer ta pjesma me vraća u ta vremena ponosa i slave i živo se sjećam trenutka kada sam je napisala. Bila je to jedna od onih noćnih transplantacija. Već smo obavili veći dio posla, ostao je još završni dio - biljarna anastomoza i hemostaza. Bolesnik je bilo stabilan i po pitanju hemodinamike i po pitanju koagulacije. Bilo je negdje između 4 i 5 ujutro. U sali tišina, osim zvukova monitora, vani mrak a kapci teški. Znate ono kad se veli, duša ti spava. Hodam po

sali, gledam u operacijsko polje i trudim se ostati fokusirana. I tada mi je pogled pao na dvije instrumentarke koje inače dodaju potrebne stvari instrumentarki za stolom ili kako mi kažemo „dvore“. S obzirom da je bila mirna faza, glavnoj instrumentarki nije ništa trebalo pa su one sjele na malu klupicu, šćućurile se i zažimirile. Sigurna sam da nisu spavale, ali težina kapaka jednostavno je bila prevelika. I tada je nastala ova pjesma.

Prim. Denis Guštin, dr. med., spec. anestezijologije i reanimatologije, uži spec. intenzivne medicine

MERKUR BLUES

U tri ujutro cijeli grad spava i ne čuje se ni plač djece ni šum ulice.	u duši muk. U tri ujutro dok grad spava budna je jedna sala i njena ekipa mala.
U tri ujutro jedna sala je budna, transplantacijska sala.	I dok noć volju briše riječi su sve tiše, oči postaju sve manje a umorna duša sa čežnjom uzdiše kad će već jednom to spavanje.
I kako noć ide, jedino se čuje instrumenata zvuk umor krade misli,	

Slatka Ana Samije Ropar

Ana je dobila dijabetes mjesec dana prije trećeg rođendana. Učila sam za specijalistički ispit pa je bila sa mnom doma, primjetila sam da prečesto i preobilno mokri. Odlazak u ljekarnu po trakice za analizu urina bio je dovoljan da izbezumljeni završimo na pedijatriji KBC-a Zagreb. U takvima trenucima nisi liječnik, već samo prestrašeni roditelj, koji ne zna, kako je uopće moguće da se to dogodilo.

Izvanredno osoblje Zavoda za endokrinologiju rebarske pedijatrije je pomoglo da prvo mi, ali i Ana, prihvativimo dijagnozu i krenemo razmišljati kako s dijabetesom živjeti što normalnije.

Došli smo doma, ja sam nastavila učiti za specijalistički, ali i pokušavala otkriti najbolje načine kako djetetu od tri godine objasniti što se to sada događa, zašto se mora pikati u sićušne prstiće po 7 - 8 puta dnevno i dobivati inzulinske injekcije. Nije bilo lako, bilo je i plača i bježanja i puno pitanja koja počinju sa „zašto“.

Onda smo otkrili slikovnice, koje smo naručivali iz inozemstva, u kojima su neka druga djeca pa čak i medo Tedi i psić Rocky imali dijabetes. Čitali smo i čitali i iz dana u dan se činilo da Ana sve bolje prihvata da nije sama i da dijabetes nije veća strahota od toga da ne možeš imati baš svaku barbiku s police u dućanu.

Takve slikovnice na hrvatskom jeziku nije bilo, pomislila sam, a što s roditeljima, koji iz bilo kojeg razloga ne mogu tješiti djecu sa slikovnicama na engleskom ili njemačkom jeziku.

Odlučila sam napisati Slatku Anu, nama više nije trebala, ali znala sam da treba drugoj djeci i roditeljima, koji se tek susreću s dijagnozom šećerne bolesti.

Nisam htjela da se slikovica prodaje, već da je imaju sve bolnice, vrtići, škole i knjižnice. Donacijom Karlovačke županije i prekrasnom pro bono ilustracijom Jasne Bolanče Slatka Ana je tiskana u 1500 komada, a donacijom jedne farmaceutske tvrtke tiskana je i u drugom izdanju istog tiraža.



I evo, od rujna ove godine, Slatka Ana je prešla i granicu i pomagat će malim Slovincima da se suoče s dijabetesom, ali i zdravoj djeci da razumiju različitosti, da možda lakše prihvate neku svoju bolest, da budu bolji i sretniji.

„Slatka“ Ana je sada studentica druge godine fizioterapije, za život s dijabetesom joj više ne treba mamina slikovnica, dijabetes joj je kao dodatni gadget s kojim upravlja izvanredno i koji joj ne smeta da bude zdrava, sretna i zadovoljna adolescentica.

Samija Ropar, dr. med.

Prvi udžbenik minimalno invazivne ginekološke kirurgije

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku nakladnik je prvog sveučilišnog udžbenika na hrvatskom jeziku pod nazivom „Minimalno invazivna ginekološka kirurgija“. Struktura udžbenika pokriva sva područja minimalno invazivne ginekološke kirurgije, vezanih uz ginekologiju i opstetriciju, fetalnu medicinu, uroginekologiju, humanu reprodukciju te ginekološku onkologiju, kao i niz drugih komplementarnih područja.



Liječnik kao lik u igranom filmu

Pripremila Lada Zibar



Iz filma „Selo moje malo“ 1985. (nominiран за Oscara za najbolji film s neengleskog jezičnog područja 1986.)

Redatelj Jiří Menzel (Prag, 23. veljače 1938. – 5. rujna 2020.)

Scenarij Zdeněk Svérák

Scena u ordinaciji seoskog liječnika dr. Skružnya (glumi R. Hrušinsky)

Pacijent: Kada padne tlak prije nevremena osjećam se iscrpljeno.

Dr. Skružny: I ja isto. Dalje?

Pacijent: Proširene vene.

Dr. Skružny: Pogledajte moje! (Pokazuje) Nosite li elastične čarape?

Pacijent: Nosim.

Dr. Skružny: Uzimate li Anavenol?

Pacijent: Uzimam.

Dr. Skružny: To je to. Tako nastavite!

Pacijent: Poslužujem pivo. Netko zatraži račun. Okrenem glavu i ne mogu ju vratiti.

Dr. Skružny: Možete li okrenuti cijelo tijelo, ovako? (Pokazuje)

Pacijent: Mogu.

Dr. Skružny: Onda okrenite cijelo tijelo. Dalje?

Pacijent: Ne mogu spavati. Probudim se u četiri i ne mogu ponovo zaspati.

Dr. Skružny: To je uobičajeno za Vašu dob. Ja sam budan od pola četiri. Što je sljedeće?

Pacijent: Moji zglobovi. Ponekad teško uopće ustanem.

Dr. Skružny: No ipak ustanete?

Pacijent: Na koncu da, jer moram.

Dr. Skružny: Pa što se onda žalite?! Ima ih koji uopće ne ustanu.

Pacijent: Doktore, ne shvaćate me ozbiljno. Ja najbolje znam kako se osjećam. Neću još dugo.

Dr. Skružny: Želite li u toplice?

Pacijent: Ne, nisu mi pomogle.

Dr. Skružny: Onda zatvorite gostionicu i odite na more!

Pacijent: Bio sam preprošle godine. Tamo dobjem proljev.

Dr. Skružny: Onda odite u Visoke Tatre!

Pacijent: Ne podnosim visine.

Dr. Skružny: Znate onda kamo odite? Kod Pelhřimova pa si pogledajte krematorij da vidite kako je tamo. U redu? Sljedeći!

Srce

Srce u čovjeku kuca i kao kucaj ure
Iz srca kucaju krvi po krvavim žilama cure.
Od djetinjstva našeg ko nevidljiva sjena
Prati nas naše srce:
Na sprovodu i u zagrljaju žena.
Srce u nama kuca pred zavjesama laži,
U molitve strahu, u stravi na noćnoj straži,
I onda kad smo se peli na tamne drvene stube
Gdje se ljudi za srebrnu škudu ljube.
O, kucaji srca davni,
Pred sjenom Žene, nadstvarne pojave, Ljube,
Kad smo u žensko meso zagrizli svoje zube.
Dobro te čujem, saputniče stari, svjedoče
tihih samotnih minuta,
Kada sam sâm sa sobom, a ti se u meni mičeš.

Ti često iz mene iza glasa vičeš
Na tužnom putu našeg križnog puta,
Ti mi se javljaš mudrim polutihim glasom
U igrlu, prstu, radosti i suzi,
Kad sjaju svjetla i u mračnoj tuzi
Tvoj glasa glas se glasa glasnim glasom.
I tako ćeš jednog predvečerja stati
Pred putokazom našeg posljednjega puta.
Lubanja će moja isprijena, žuta
Ostati bez pratnje što je od početka prati.
Ti ćeš ostati negdje gdje stoji siva nepoznata
soba,
A ja ču se odvesti sam bez tebe
Ulicama gradskim do mokroga groba,
A bit će suton: kišno jesenje doba.

Miroslav Krleža



Spomenik Miroslavu Krleži u Osijeku,
autorice Marije Ujević Galetović,
Foto: Senka Ižaković

Raditi i živjeti u vrijeme pandemije COVID-19

MOŽEMO LI BOLJE?



Doc. prim. dr. sc. INGRID MARTON, dr. med.

Sati (kako li su samo dugi sati u beskrajnim dežurstvima, kada zora nikako da svane, doslovno i preneseno ...), dani, mjeseci se izmjenjuju. Život kakav ne poznajemo ipak teče. Vijesti vrište, iz svih medija, nadglasuju se, nesnosna je buka u eteru. U zraku se osjeća težina, tjeskoba i nervoza. Svi su, pučki rečeno, kratkog fitilja, baš svi: liječnici, sestre, tehničari, pomoćno osoblje, administratori i pacijenti, a još više njihova pratnja koja se u pravilu zaustavlja (najčešće protiv svoje volje) na ulazu u u bolničku ustanovu (*armagedon*).

Specijalizanti i medicinske sestre u kontejnerima uzimaju epidemiološku anamnezu i mjere temperaturu. Jesu li *svi* oni nužni za primarno filtriranje bolesnika? Ili će nam se u protivnom dogoditi „*mors alra*“?

Koji su mogući scenariji?

Filtri su nekad negdje tako dobri da visoko febrilni pacijenti ne dobivaju

primjerenu skrb pa makar primljeni u stanju teške sepse s posljedičnim multitorganskim zatajenjem, jer nije stigao nalaz obriska na Sars-CoV-2, ili se bez obriska ne može/smije učiniti RTG pluća, ili su otpušteni s jednog hitnog prijema na kojem su boravili satima/danima u očekivanju obriska kako bi bili upućeni u drugu ustanovu gdje se prilikom dolaska dijagnosticira STE-MI, a na putu u kardiološki laboratorij pacijent egzitira. Ili se mlađi pacijent s hemiparezom ne upućuje na hitnu neurološku obradu jer ima pozitivnu epidemiološku anamnezu, već se hospitalizira nekoliko dana kasnije s dijagnozom CVI-ja, a prekasno za trombolizu, itd.

Poradovali smo se da će novi tzv. brzi obrisci na Sars-CoV-2 učiniti čudo, pomoći nam u differentnim stanjima gdje je potrebno odmah donijeti odluku, ali njih uvijek ima „na broj/kapaljku“. Tko je taj pacijent, ta sudbina kome je u tom trenutku potrebniji test? Nije to samo odluka temeljena ne medicinskoj indikaciji već i na etici.

Pitaju me je li doista potreban obrisak na Sars-CoV-2 ženi od 38 godina, majci petero djece, s izrazito opterećenom anamnezom koju se hitno hospitalizira zbog obilnog krvarenja i neuspješnog konzervativnog liječenja, a s izrazito reduciranim krvnom slikom i nepri-mjereno istiriranim antikoagulatnom terapijom koju prima zbog preboljenog infarkta miokarda i cerebrovaskularnog inzulta? A bez tog obriska ne može biti smještena u JIL na monitoring i uskoro operirana...

Ne zaboravimo apostrofirati da se određen broj naših onkoloških i kro-ničnih pacijenata izgubio iz redovitih

kontrola zbog karantene, što zbog odgo-de kontrole, a što zbog nesnalaženja pacijenata, pogotovo starijih i informatički nepismenih.

I u konačnici, ne zaboravimo svakodnevnu patnju odraslih i djece kojoj svjedočimo. Posjete su zabranjene. Onkološki bolesnici nakon sučeljavanja s dijagno-zom, radikalnih opweracija, tegobnog oporavka, krišom se, pogrbljeno, dok po podu vuku katetere, drenove i stome, očajničkim snagama dovuku do prozora s maskom na licu da bi ih partner(ica), roditelj, dijete, pogledao u oči ili primio za ruku. Svjedočimo tim kriomičnim, tužnim, emocijama nabijenim susre-tima s knedlom u grlu. Slušamo jecaje naših pacijenata i njihovih najmilijih, a ponekad i psovke preko telefona. One su samo odraz frustracije sustavom i trenutkom.

Pandemija i globalizacija natjerale su nas da se informatiziramo što je svakako nužno, ali to nikako ne smije ostati jedini način pružanja informacija, jer naši stariji u pravilu ne vladaju tim medijem, a mi živimo zajedno u društvu prosječno starije životne dobi. A svatko ima pravo na informaciju.

„*Primum, non nocere*“ temeljni je moto liječništva.

Možemo li bolje? Moramo.

Reorganizacija boli, ali daje bolje rezul-tate, zadovoljnije i rasterećenije dionike sustava.

Ljudski pristup, empatičnost i osmijeh - liječe.

Parkinsonova bolest i pristup liječenju napredovalog stadija bolesti

Prof. dr. sc. FRAN BOROVEČKI,
specijalist neurolog, subspecijalist za neurodegenerativne bolesti
Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za poremećaje pokreta i heredodegenerativne bolesti
Odjel za neurodegenerativne bolesti i neurogenomiku
Klinika za neurologiju
KBC Zagreb

Parkinsonova bolest (PB) je kronični, progresivni neurološki poremećaj karakteriziran patološkim gubitkom dopaminergičnih neurona u pars compacta substancije nigre. To je druga najčešća neurodegenerativna bolest i najčešća bolest poremećaja pokreta. Javlja se predominantno u bolesnika starijih od 65 godina, a starenjem našeg društva dovest će u budućnosti do još veće prevalencije PB. PB trenutno pogada više od 6 milijuna ljudi u svijetu, te 1 milijun ljudi u Sjevernoj Americi uz incidenciju od 60.000 novih slučajeva godišnje. Procjenjuje se da u Hrvatskoj živi oko 15 000 bolesnika s PB. Dob je jedan od najznačajnijih faktora rizika, pri čemu prevalencija iznad 65 godina starosti iznosi 0,5-1%, dok je prevalencija u dobi od 80 godina čak i viša od 3%. Bolest se javlja diljem svijeta s procijenjenom incidencijom od 9,7-13,8 na 100.000. Javlja se u svih rasa i u oba spola, no pojavnost je malo češća u muškaraca. Oko 5-10% slučajeva PB se javlja obiteljski, uz mendelski nasljeđivane genetske mutacije. Stopa smrtnosti je 3,8 puta veća nego u općoj populaciji. Projekcije govore da će se, zbog starenjia populacije, broj bolesnika s Parkinsonovom bolesti u svijetu udvostručiti na 12 milijuna do 2050. godine.

Glavni motorički simptomi PB-a su bradikinezija, rigor, posturalna nestabilnost i tremor u mirovanju. Bolest obično počinje asimetrično, uz inicijalno prisutne simptome na jednoj strani tijela, koja postaje jače zahvaćena kako bolest napreduje. Dodatne značajke uključuju hipomimiju, hipofoniju i antefleksiju trupa. Dodatno, značajni ne-motorički simptomi mogu se javljati prije, usporedno s i nakon početka motoričkih simptoma. Ne-motorički simptomi poput promjena raspoloženja, problema sa spavanjem, autonomne disfunkcije i

kognitivnih poremećaja, u konačnici mogu uzrokovati više invaliditeta i potrebe za pojedincu skrbi od motoričkih simptoma.

Pravodobno postavljanje dijagnoze Parkinsonove bolesti danas počiva prije svega na kliničkom pregledu, uz pomoć specifičnih dijagnostičkih metoda poput jednofotonke emisijske kompjutorizirane tomografije pomoću liganda za dopaminski transporter (DaTSCAN) ili ultrasonografije bazalnih ganglija. Rana dijagnoza Parkinsonove bolesti ključna je budući da omogućava pravovremeno započinjanje terapije.

Levodopa je najučinkovitiji tretman za ublažavanje motoričkih simptoma PB. Kombiniranje levodope s inhibitorima DDC (DDCI), kao što su karbidopa ili benserazid, uvelike smanjuje incidenciju mučnine i povraćanja, produljuje polu-život levodope otrilike 60 do 90 min te povećava dostupnost levodope u središnjem živčanom sustavu. Levodopa, u kombinaciji s DDCI, obično pruža značajno poboljšanje motoričkih simptoma PB, no njena dugotrajna uporaba je povezana s razvojem motoričkih fluktuacija i diskinezija, posebno u mlađih pojedinaca. Stoga je uobičajeni pristup u liječenju bio pričekati razvoj funkcionalne nesposobnosti u bolesnika s PB koju nije moguće adekvatno liječiti pomoću drugih dostupnih lijekova prije uvođenja kombinacije levodopa/DDCI.

Dostupni oralni agonisti dopamina (ropinirol, pramipeksol, rotigotin i apomorfin) pružaju umjerenu simptomatsku korist i rijedko uzrokuju motoričke komplikacije. Višestruke studije pokazale su da je strategija započinjanja terapije s agonistom dopamina, kojima se levodopa/DDCI može dodati kada je to potrebno, uzrokuje manje motoričkih komplikacija od inicijalnog liječenja samo s levodopa/DDCI kombinacijom. Niska predilekcija agonista dopamina k uzrokovanim motoričkim komplikacijama djelomično je pripisana njihovim relativno dugim polu-životima (>6 h), ali također može odražavati manju djelotvornost. Međutim, agonisti dopamina češće mogu uzrokovati nuspojave poput halucinacija, pospanosti i poremećaja kontrole impulsa u usporedbi s levodopom. Stoga se danas u Hrvatskoj koristi pristup rane primjene agonista dopamina uz kasnije

dodavanje levodope/DDCI u mlađih pojedincima (<65 – 70 godina) koji imaju veći rizik od razvoja motoričkih komplikacija, dok je inicijalna terapija samo levodopom/DDCI indicirana kod starijih osoba (>70 godina starosti) kod kojih je manje vjerojatno da će razviti motoričke komplikacije i koji su skloniji nuspojavama kao što su halucinacije.

Inhibitori monoaminoooksidaze (MAO)-B, selegilin i razagilin, smanjuju metabolizam dopamina na razini sinapse dopaminergičkih neurona. Oni pružaju blage simptomatske koristi, a povoljno ih je koristiti i zbog mogućeg neuroprotektivnog učinka. Oni imaju malo nuspojava kada se primjenjuju kao monoterapija u ranoj bolesti i nisu povezani s razvojem motornih komplikacija. Stoga se MAO-B inhibitori mogu koristiti rano u bolesti uz pružanje blage terapijske korisnosti uz malo nuspojava. Ukoliko je potreban dodatni simptomatski učinak, mogu se dodati agonisti dopamina ili levodopa/DDCI. Mao-B inhibitori također se koriste u kasnijem stadiju bolesti kao dodatak terapiji levodopom kako bi se poboljšala klinička korisnost i smanjilo „off“ vrijeme (vrijeme kada levodopa više ne pruža zadovoljavajuću kliničku učinkovitost) u bolesnika koji su imaju motoričke komplikacije terapije levodopom.

Trenutno dostupni inhibitori katekolamin-O-metil transferaze (COMT) uključuju entakapon, tolkapon i opikapon. Kada se levodopa primjenjuje s DDCI, primarni put metaboliziranja je putem COMT-a. COMT inhibitori smanjuju periferni metabolizam levodope, povećavaju njen polu-život i omogućavaju povećanu dostupnost levodope u mozgu. Entakapon je u Hrvatskoj odobren kao dodatak levodopa/DDCI u bolesnika koji imaju prisutne motoričke fluktuacije na kraju intervala doziranja.

Uz navedene lijekove, pri liječenju PB koristi se i druga simptomatska nedopaminergička terapija, poput amantadina ili antikolinergika. Simptome dopaminergične disfunkcije moguće je dobro kontrolirati dugi niz godina pomoću terapije levodopom, no kod većine bolesnika s vremenom se razviju motoričke komplikacije kao posljedica terapije levodopom, poput diskinezija, skraćenog vremena djelovanja lijeka (eng. „reduced on time“) i

gubitka učinka pri kraju doze (eng. „end-of-dose wearing off“).

Uznapredovali stadij Parkinsonove bolesti karakteriziran je smanjenim učinkom dopamnergičke terapije uz izražene nuspojave, poput smanjenog učinka lijeka na kraju vremenskog intervala doziranja, nevoljnih pokreta (diskinezija) i razdoblja izostanka učinka lijeka („off“ periodi). Navedene nuspojave značajno ograničavaju kvalitetu života bolesnika, te mogu, u konačnici, dovesti do razvoja komorbiditeta koji skraćuju životni vijek bolesnika. Stoga je nužno pravovremeno prepoznati razvoj navedenih simptoma i nastup napredovalog stadija Parkinsonove bolesti.

Više studija pokušalo je odrediti kriterije za definiranje uznapredovale Parkinsonove bolesti, te danas među stručnjacima za Parkinsonovu bolest postoji suglasje o osnovnim fenomenima koji ukazuju na uznapredovali stadij. Oni uključuju uzimanje 5 ili više doza levodope na dan, „off“ razdoblja koja traju najmanje 2 sata dnevno, te trajanje diskinezija 1 sat dnevno ili dulje. Opisano takozvano „5-2-1 pravilo“ ukazuje na uznapredovali stadij Parkinsonove bolesti i upućuje da je kod bolesnika potrebno primijeniti neki od naprednih terapeutskih postupaka. Stoga bi svaki bolesnik koji zadovoljava „5-2-1 pravilo“ trebao posjetiti subspecialista za poremećaje pokreta, kako bi mu s omogućio optimalni modus daljnje terapije.

Bolesnici koji zadovoljavaju navedene kriterije kandidati su za neku od naprednih metoda liječenja Parkinsonove bolesti. Navedene napredne metode uključuju postavljanje apomorfinske pumpe, koja omogućava kontinuiranu supkutanu aplikaciju lijeka, ili prijenosne pumpe koja omogućava kontinuiranu intestinalnu infuziju levodope/karbidope, trajnom sondom preko perkutane endoskopske gastrostome. Također se provodi i ugradnja duboke mozgovne stimula-

cije (DBS) koja podrazumijeva implantaciju dubokih elektroda u područje nucleus subtalamicus u sklopu neurokirurškog zahvata.

Selekcija pogodnih bolesnika za pojedinu metodu zahtijeva pomnu obradu i interdisciplinarni pristup, kako bi se na minimum smanjile moguće nuspojave nakon njihove ugradnje. Za uspješnu primjenu navedenih metoda, bolesnik bi trebao imati prethodan dobar odgovor na terapiju levodopom i dobru kognitivnu funkciju. Ugradnja DBS-a pogodna je posebice za mlađe bolesnike, bolesnike s levodopa rezistentnim tremorom te bolesnike koji nemaju razvijenu socijalnu mrežu potpore. S druge strane, ugradnja DBS-a bi se trebala izbjegavati kod bolesnika s depresijom, apatijom, anksioznošću, demencijom i disfagijom. Postavljanje apomorfinske pumpe nije preporučeno kod bolesnika s poremećajem kontrole poriva, anksioznošću, te kod bolesnika koji nemaju dobru socijalnu potporu. Primjena levodopa/karbidopa intestinalnog gela ne preporuča se kod bolesnika s levodopa rezistentnim tremorom te kod bolesnika koji nemaju dostupnu mrežu socijalne podrške, no dobar je terapijski izbor kao monoterapija i kod starijih bolesnika, a također se može primjenjivati kod bolesnika s početnim kognitivnim smetnjama.

Pored farmakološke terapije, skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti također uključuje čitav niz nefarmakoloških metoda i pristupa. Stoga je kod bolesnika nužan multidisciplinarni pristup koji uključuje tim stručnjaka poput neurologa subspecialista za neurodegenerativne bolesti, medicinske sestre specijalizirane za skrb o bolesnicima s Parkinsonovom bolesti, liječnika obiteljske medicine, patronažne sestre, socijalnog radnika, specijalista fizikalne medicine i fizioterapeuta. Posebice je za bolesnike nužan specijaliziran pristup u fizikalnoj terapiji, budući da istraživanja pokazuju pozitivan učinak fizikalne terapije na brzinu hoda, ravnotežu

i opće poboljšanje fizičkih sposobnosti u bolesnika s Parkinsonovom bolesti. Navedeni multidisciplinarni pristup omogućava bolju medicinsku skrb, značajno poboljšava kvalitetu života bolesnika, te dugoročno dovodi do produljenja životnog vijek bolesnika.

Konačno, ključan faktor za skrb o bolesnicima s Parkinsonovom bolesti jest i obiteljska potpora, te društvena uključenost. To je posebice važno kod bolesnika s napredovalom PB koji zahtijevaju pojačanu skrb, te kod kojih se primjenjuju napredne metode liječenja, budući da one često zahtijevaju aktivnu uključenost članova obitelji u provođenje terapijskih postupaka. Zato je nužno raditi na javnom prepoznavanju problema bolesnika s Parkinsonovom bolesti, te pojačati njihovu uključenost u društvo, kako bismo postigli optimalnu skrb i u konačnici olakšali svakodnevni život bolesnicima s ovom teškom bolesti.

Reference

- Antonini A, Stoessl AJ, Kleinman LS, Skalicky AM, Marshall TS, Sail KR, Onuk K, Odin PLA. Developing consensus among movement disorder specialists on clinical indicators for identification and management of advanced Parkinson's disease: a multi-country Delphi-panel approach. *Curr Med Res Opin.* 2018;34:2063-2073.
- Fasano A, Fung VSC, Lopiano L, Elibol B, Smolentseva IG, Seppi K, Takáts A, Onuk K, Parra JC, Bergmann L, Sail K, Jalundwala Y, Pirtosek Z. Characterizing advanced Parkinson's disease: OBSERVE-PD observational study results of 2615 patients. *BMC Neurol.* 2019;19:50.
- Fox SH, Katzenschlager R, Lim SY, Barton B, de Bie RMA, Seppi K, Coelho M, Sampao C; Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Committee. International Parkinson and movement disorder society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2018;33:1248-1266.
- GBD 2016 Parkinson's Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018;17:939–953.
- Lilienfeld DE, Perl DP. Projected neurodegenerative disease mortality in the United States, 1990–2040. *Neuroepidemiology* 1993;12:219–228.
- Oertel WH, Berardelli A, Bloem BR, Bonuccelli U, Burn D, Deuschl D, Dietrichs E, Fabbriani G, Ferreira JJ, Friedman A, Kanovsky P, Kostic V, Nieuwboer A, Odin P, Poewe W, Rascol O, Sampao C, Schüpbach M, Tolosa E, Trenkwalder C. Late (complicated) Parkinson's disease. European Handbook of Neurological Management: Volume 1, 2nd Edition. Edited by Gilhus NE, Barnes MP, Brainin M. 2011 Blackwell Publishing Ltd.
- Pirtosek Z, Bajenaru O, Kovács N, Milanov I, Relja M, Skorvanek M. Update on the Management of Parkinson's Disease for General Neurologists. *Parkinsons Dis.* 2020;2020:9131474.
- Pramipexole vs levodopa as initial treatment for Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Parkinson Study Group. JAMA.* 2000;284:1931–1938.
- Rascol O, Brooks DJ, Korczyn AD, De Deyn PP, Clarke CE, Lang AE. A five-year study of the incidence of dyskinesia in patients with early Parkinson's disease who were treated with ropinirole or levodopa. 056 Study Group. *N Engl J Med.* 2000;342:1484–1491.
- Seberger LC, Hauser RA. Levodopa/carbidopa/entacapone in Parkinson's disease. *Expert Rev Neurother.* 2009;9:929–940.
- Tanner CM, Goldman SM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Neurol Clin.* 1996;14:317–335.
- Tomlinson CL, Patel S, Meek C, Herd CP, Clarke CE, Stowe R, Shah L, Sackley CM, Deane KHO, Wheatley K, Ives N. Physiotherapy for treatment of Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013;9:CD002817.
- Krüger R, Hilker R, Winkler C, et al. Advanced stages of PD: interventional therapies and related patient-centered care. *J Neural Transm (Vienna).* 2016;123(1):31–43.

HR-DUOD-200037, rujan 2020

Svako zlo za neko dobro

Nešto više od sedam mjeseci nakon što je dijagnosticiran prvi oboljeli od COVID-19 u Hrvatskoj, domaća epidemiološka situacija i općenita stopa smrtnosti ostaju doslovce najpovoljniji ne same u Europi, nego i na globalnoj razini.

Dosadašnji povoljni rezultati uključuju i ljetu kada je Hrvatsku posjetio velik broj turista, jednak gotovo dvostrukom stanovništvu Hrvatske. Taj velik uspjeh kombinacija je više čimbenika, od učinkovitog i požr-

tvovnog zdravstvenog sustava, duge povijesti usredotočenosti na javno zdravstvo, državne podrške, do discipliniranog stanovništva.

COVID-19 je, kao i mnoge druge prijašnje pandemije, doveo do mnogih društvenih i gospodarskih promjena. I dok će nam trebati više vremena da bi potpuno uvidjeli utjecaj ove pandemije na Hrvatsku i svijet, prvi se izbojci već sada mogu zamjetiti. Puno je pisano o egzodusu iz velikih gradova razvijenog Zapada,

poput Londona, New Yorka, Chicaga, San Francisca. Na primjer, nakon što je New York jednom od prvih epidemioloskih mjera zatvorio škole 15. ožujka, u sljedećih šest tjedana, 5 % stanovništva ili oko 420.000 ljudi je napustilo grad: to se ne bi činilo tako dramatičnim dok se ne uvidi da se iz najimućnijih četvrti grada odselilo gotovo 50 % stanovnika! Depopulacija se nije primjetila u manje imućnim naseljima. Niz gospodarskih pokazatelja se može očitovati u posljednjih šest mjeseci kao posljedica odlaska stanovnika: broj stanova koji se prodaju u Londonu je porastao 150 %, a stanařine su opale preko 20 % (a i to je djelomično teoretski broj jer se novi stanari teško nalaze).

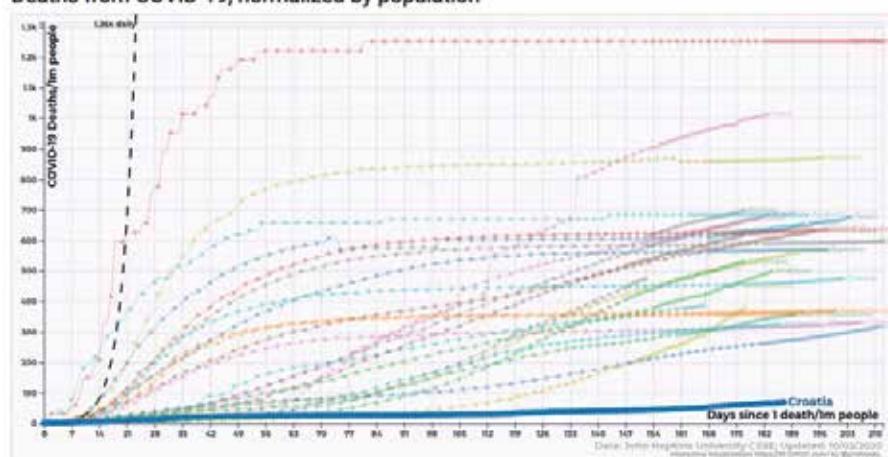
Zanimljivo je primjetiti da se povjesno gledano ponašanje građana i nije puno promjenilo: nakon epidemije kuge 1348., Siena, jedan od tada najvećih Europskih gradova (peti po veličini u nekim procjenama), izgubio je gotovo 70 % stanovništva, dobrim dijelom zbog smrtnosti od kuge ali i zbog bijega uplašenih građana koji se nikada nisu vratili.

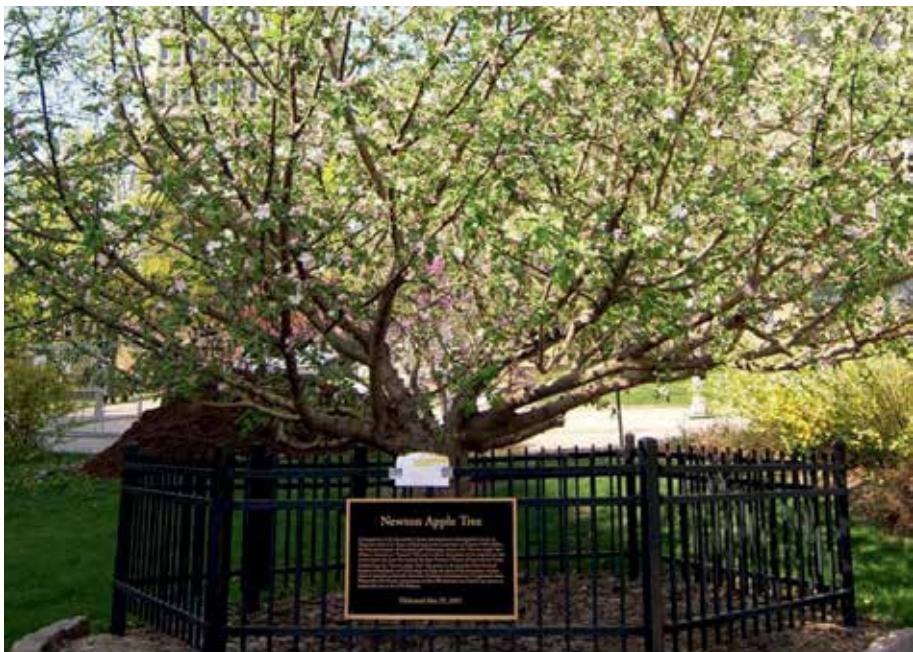
Osamnaestomjesečna epidemija kuge u Londonu 1665. - 1666. godine usmrtila je gotovo četvrtinu stanovnika od tadašnjih 400.000, dok su procjene da je čak polovica dobrostojecih londonaca napustilo grad tijekom te epidemije i nastanilo se u svojim ladanjskim imanjima. Jedan od imućnijih građana koji su tako bježali na selo bio je i znanstvenik Isaac Newton: napustivši umirući grad, jedno mu je veće u vrtu sela Woolsthorpe pala jabuka na glavu i dovela do gravitacijske teorije.

New Confirmed COVID-19 Cases per Day, normalized by population



Deaths from COVID-19, normalized by population





Newtonova jabuka

Zanimljivo je zamijetiti da je u vrijeme te strašne epidemije jedno nedjeljno jutro engleska metropola bila zahvaćen velikim požarom, dok je u jedno kasnije nedjeljno jutro ove godine hrvatska metropola nastradala u teškom zemljotresu. U oba slučaja parlamenti su izglasali zakone o obnovi svojih gradova točno 5,5 mjeseci nakon tih događaja.

Umjetnost je također bila pod utjecajem epidemija: odlazak stanovnika Firenze u okolna sela za vrijeme kuge 1348. godine donio nam je Giovanni Boccacciov Dekameron, a nakon gore spomenuta londonske kuge, za vrijeme koje je Daniel Defoe ostao u gradu, napisao je Dnevnik iz godine kuge.

Danse Macabre, ples mrtvaca, nastao je kao posljedica stoljetnog iskustva epidemija kuge; u Hrvatskoj se nalazi očuvana slika na temu mrtvačke povorke u crkvici sv. Marije na Škrilinah kod Berama, djelo Vincenta iz Kastva iz 1474. godine.

Nošenje maski i vizira, nekada povlastica srednjevjekovnih vitezova, danas je postala svakodnevna pojava i potreba.

U puno daljnjoj prošlosti pretpovijesne Hrvatske stanovnica špilje Vindija u Zagorju je nehotimično doprinijela nedavno objavljenom znanstvenom radu koji je ustvrdio moguću vezu nasljeđenih lanaca neandertalske DNK kao jednog od bitnih čimbenika težeg oblika COVID-19.

Bez presedana je i povećano zanimanje za cjepiva. Znanost koja se nakon velikih objeda u XX. stoljeću donekle zanemarila, sada je ponovno u središtu

zanimanja: trenutačno se razvija čak 170 različitih cjepiva za COVID-19.

I dok se još ne zna hoće li nakon ove pandemije iskrnsuti neka nova ključna znanstvena spoznaja ili umjetnička djela, zasigurno je da ćemo puno više cijeniti naše zdravstvene i državne sustave, te sve ono što smo nekada uzimali zdravo za gotovo... da parafraziram glavnu urednicu Liječničkih novina iz rujanskog broja: "COVID-19 svima nam je promijenio živote, ukrao planove, druženja, zabavu, obiteljske bliskosti te nas usmjerio na ekrane, prostornu ograničenost, samoću, strahove za budućnost i nesigurnost sadašnjosti. Nadajmo se ne zadugo i ne za posve".

Dr. sc. Igor Ilić, dipl. ing. elektrotehnik

Izvori podataka:

- 1) <https://www.nytimes.com/interactive/2020/05/15/upshot/who-left-new-york-coronavirus.html>
- 2) 91-Divoc: An interactive visualization of the exponential spread of COVID-19
- 3) The major genetic risk factor for severe COVID-19 is inherited from Neanderthals , Nature, 2020



Mrtvački ples u crkvi sv. Marije na Škrilinah

Seksualna funkcija žena poboljšava se nakon kirurškog liječenja stresne mokraće inkontinencije

PORUKA ČLANKA

Ženska seksualna disfunkcija pogoršava se usporedo s težinom stresne mokraće inkontinencije. Operacije stresne inkontinencije povezane su sa značajnim poboljšanjima ženske spolne funkcije tijekom 24 mjeseca nakon operacije.

Operacija stresne inkontinencije povezana je sa značajnim poboljšanjima ženske spolne funkcije tijekom 24 mjeseca nakon operacije, pokazala je sekundarna analiza dviju kliničkih istraživanja. Između četvrte i polovine odraslih žena ima mokraćnu inkontinenciju, a ženska seksualna disfunkcija povećava se usporedo s težinom stresne mokraće inkontinencije. Hoće li operacija rješavanja stresne mokraće inkontinencije u žena poboljšati seksualnu funkciju do sada nije bilo jasno. Za ispitivanje ovog problema, Glass Clark i sur. (Virginia Commonwealth University Health System, Richmond, Virginia, SAD) koristili su podatke iz kliničkih istraživanja SISTER i TOMUS, koje su usporedivale kolposuspenziju Burch u usporedbi s autolognom fascikalnom omčom te retropubičnu u odnosu na transoptuatornu miduretralnu omču.

U 924 seksualno aktivne žene koje su ispunile upitnik Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)-12, na dan prije operacije, nakon 12-mjeseci te 24 mjeseca od operacije, rezultati su pokazali značajna poboljšanja seksualnih funkcija i nakon 12 i nakon 24 mjeseca, bez obzira na vrstu operacije za rješavanje stresne mokraće inkontinencije. Rezultati ukazuju na klinički značajna poboljšanja u ukupnoj seksualnoj funkciji, kao i u specifičnim stanjima, uključujući ponavljajuću inkontinenciju, prolaps, bol, kao i razne domene seksualnih funkcija (fizičke, bihevioralne, emotivne i partnerske).

Većina poboljšanja seksualne funkcije dogodila se u prvih 12 mjeseci nakon operacije, a zadržala se tijekom druge poslijeoperacijske godine. Neuspjeh

kirurškog zahvata povezan je sa značajno lošijim rezultatima spolne funkcije, dok je istodobna operacija popravljanja prolapsa bila značajno povezana s boljim rezultatima spolne funkcije nakon operacije.

Najveće poboljšanje seksualne funkcije od početne vrijednosti do kraja poslijeoperacijskog praćenja zabilježeno je u specifičnim pitanjima "je li prisutna inkontinencija mokraće tijekom seksualne aktivnosti?" i "ograničava li strah od mokraće inkontinencije vašu seksualnu aktivnost?". Ovi podaci doprinose rastućoj literaturi o poslijeoperacijskoj seksualnoj funkciji nakon četiri ubičajena postupka za rješavanje mokraće inkontinencije, zaključuju autori. Ovo, kao i prethodna istraživanja, pokazuju da se seksualna funkcija poboljšava kirurškim rješavanjem stresne inkontinencije, što može sugerirati moguću povezanost mokraće inkontinencije i seksualne disfunkcije.

(Obstet Gynecol. 2020;135:352-360.)

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

Sekukinumab u odnosu na adalimumab u liječenju aktivnog psorijatičnog artritisa

PORUKA ČLANKA

Istraživanje EXCEED faze IIIB uspoređuje djelotvornost i sigurnost sekukinumaba (inhibitora interleukina 17A) u odnosu na adalimumab (inhibitor čimbenika tumorske nekroze) kao prve linije biološke monoterapije u bolesnika s aktivnim psorijatičnim artritisom.

Takozvano *head-to-head* istraživanje dva lijeka jedan u odnosu na drugi pomaže prilikom donošenja odluke u kliničkoj praksi. Istraživanje EXCEED procjenjivalo je djelotvornost i sigurnost sekukinumaba u odnosu na adalimumaba u prvoj liniji biološke monoterapije tijekom 52 tjedna u bolesnika s aktivnim psorijatičnim artritisom (PsA), s mišićno-skeletnom primarnom mjerom ishoda - odgovorom ACR20 (engl. American College of Rheumatology).

Ovo multicentrično (168 ispitivačkih centara u 26 zemalja), dvostruko slijepo, aktivno kontrolirano istraživanje faze

IIIb na paralelnim skupinama uključilo je bolesnike u dobi od ≥ 18 godina s aktivnim PsA. Bolesnici koji su ispunjavaju kriterije uključivanja nasumično su dodijeljeni na primanje sekukinumaba ili adalimumaba u omjeru 1:1. Bolesnici, ispitivači, ispitivačko osoblje i procjenitelji (osim neovisnog osoblja koje je primjenjivalo lijekove) bili su zasljepljeni s obzirom na dodijeljenu terapijsku skupinu. Sekukinumab 300 mg je primjenjivan potkožno u 0., 1., 2., 3. i 4. tjednu, a potom svaka 4 tjedna do 48. tjedna. Adalimumab 40 mg (bez citrata) primje-

Multifokalne kontaktne leće usporavaju rast kratkovidnosti

PORUKA ČLANKA

Učinak je bio posebno izražen kod multifokalnih leća s velikom adicijom dioptrije u kojoj je rast kratkovidnosti nakon tri godine bio manji za 43 % u odnosu na jednojakosne leće.

Prevalencija kratkovidnosti u svijetu neprekidno raste već pet desetljeća. Rizični čimbenici za razvoj kratkovidnosti su brojni, od genskih do okolišnih, poput vremena provedenoga na danjem svjetlu, višeg stupnja obrazovanja, urbanizacije i rada na blizinu. Procjenjuje se kako će prevalencija kratkovidnosti u svijetu narasti s današnjih 33 na čak 52 % 2050. godine. Poseban problem predstavlja porast visoke kratkovidnosti koja povećava rizik od nastanka ozbiljnih očnih bolesti. Do sada su samo dva načina kontrole kratkovidnosti pokazala povoljan učinak u djece. To su ortokeratolo-

gija, odnosno nošenje posebnih leća koje modeliraju rožnicu preko noći, te kapanje malih doza atropinskih kapi.

Prema rezultatima posljednjeg istraživanja, koje su pod pokroviteljstvom američkog Nacionalnog instituta za oči proveli istraživači sa Sveučilišta Ohio i Sveučilišta Huston iz SAD-a, postoji i treći način na koji je moguće smanjiti rast oka, a time i kratkovidnosti. Radi se o multifokalnim kontaktnim lećama s dizajnom koji se pojednostavljen može svesti na dvije zone: središnju zonu s minus dioptrijom koja služi za gledanje na daljinu i koja dovodi žarište točno na žutu pjegu, te perifernu zonu leće s dodatkom, odnosno adicijom plus dioptrije koja zrake dovodi malo ispred mrežnice, što smanjuje podražaj za rast dioptrije. Ovo dvostruko sljepo istraživanje pod nazivom BLINK napravljeno je na uzorku od 294-ero kratkovidne djece s dioptrijama između -0,75 i -5,00 u dobi između 7 i 11 godina koja su slučajnim odabirom svrstana u tri skupine. U prvoj skupini djeca su nosila mekane multifokalne leće s velikom adicijom od +2,50 dioptrije, u drugoj sa srednjom adicijom od +1,50 dioptrije, dok su djeca u kontrolnoj skupini nosila

jednojakosne leće. Nakon tri godine u djece koja su nosila multifokalne leće s velikom adicijom dioptrija je narasla za 0,60, kod djece s lećama sa srednjom adicijom 0,89, a u djece s jednojakosnim lećama za 1,05 dioptrije. Razlika je bila statistički značajna, osobito u skupini s velikom adicijom u kojoj je rast kratkovidnosti bio manji za 43 % u odnosu na jednojakosne leće. Multifokalne leće su također usporile i rast oka, za 0,23 mm u skupini s velikom adicijom te za samo 0,07 mm u skupini sa srednjom adicijom u odnosu na kontrolnu skupinu djece koja su nosila jednojakosne leće.

Istraživači planiraju nastaviti praćenje djece kako bi utvrdili traje li učinak na usporavanje rasta kratkovidnosti i nakon prekida nošenja multifokalnih leća te može li doći do povratka dijela dioptrije kao kod drugih načina kontrole kratkovidnosti.

(JAMA. 2020;324(6):571-580. doi: 10.1001/jama.2020.10834.)

 Dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med.
spec. oftalmolog, uži specijalist
za prednji očni segment

sekukinumab nije postigao statističku superiornost nad adalimumabom s obzirom na primarnu mjeru ishoda ACR20 odgovora u 52. tjednu. Međutim, sekukinumab je bio povezan s većom stopom ostanka na terapiji nego adalimumab. Ovo nam ispitivanje daje usporedne podatke dva biološka lijeka različitih mehanizama djelovanja, koje bi moglo pomoći kliničarima pri donošenju odluke o liječenju bolesnika sa psorijatičnim artritismom.

(Lancet. 2020;395:1496-505.)

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

njivan je kao potkožna injekcija svaka 2 tjedna od 0. do 50. tjedna. Primarni ishod bio je proporcija bolesnika s najmanje 20 %-tним poboljšanjem kriterija ACR u 52. tjednu. Bolesnici su analizirani prema nasumično dodijeljenoj skupini liječenja. Analiza sigurnosti uključivala je sve podatke sigurnosti prijavljene do 52. tjedna za svakog bolesnika koji je primio barem jednu dozu ispitivanog lijeka.

Između 3. travnja 2017. i 23. kolovoza 2018. uključena su 853 bolesnika na primanje sekukinumba ($n = 426$) ili adalimumab ($n = 427$). Istraživanje je završilo 709 (83 %) bolesnika, a 691 (81 %) je posljednju posjetu imalo u 50. tjednu. Do 52. tjedna istraživanje je prijevremeno

prekinuo 61 (14 %) bolesnik u skupini sekukinumab i 101 (24 %) bolesnik u skupini adalimumab. Primarna mjeru ishoda superiornosti sekukinumaba u odnosu na adalimumab nije postignuta. Odgovor ACR20 u 52. tjednu postiglo je 67 % bolesnika u skupini sekukinumab i 62 % bolesnika u skupini adalimumab ($P = 0,0719$). Sigurnosni profili sekukinumaba i adalimumaba bili su u skladu s prethodnim izvješćima. Sedam (2 %) bolesnika u skupini sekukinumab i šest (1 %) u skupini adalimumab imalo je ozbiljnu infekciju. Jedna smrt zabilježena je u skupini sekukinumab uslijed raka debelog crijeva, koja prema procjeni istraživača nije povezana s ispitivanim lijekom.

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

Razlike između COVID-19 i influence u djece

PORUKA ČLANAKA

U vrijeme postavljanja dijagnoze djeca s COVID-19 češće nego djeca s influencom imaju vrućicu, proljev i povraćanje, glavobolju, boli u mišićima te bol u prsištu.

Dolaskom zime razlikovanje djece koja boluju od COVID-19 i influence predstavljat će velik problem liječnicima diljem svijeta. Kako bi pridonijeli njegovu rješavanju, liječnici iz Nacionalne dječje bolnice u glavnem gradu SAD-a, Washingtonu, proveli su retrospektivno istraživanje koje je za cilj imalo ispitati sličnosti i razlike COVID-19 i influence u djece.

U istraživanju je sudjelovalo 315 djece kojima je postavljena i laboratorijskim testovima potvrđena dijagnoza COVID-19 u razdoblju od 25. ožujka do 15. svibnja 2020., te 1402 djeteta kojima je u razdoblju od 1. listopada i 6. lipnja 2020. postavljena i testovima potvrđena dijagnoza sezonske influence A ili influence B. Istraživanje nije obuhvatilo asimptomatske bolesnike s pozitivnim testom na COVID-19.

Rezultati istraživanja pokazali su kako se bolesnici s influencom i COVID-19 nisu značajno razlikovali s obzirom na postotak onih koji su zahtijevali bolničko liječenje (17 nasuprot 21%; omjer vjerojatnosti [OR] 0,8; 95% CI 0,6 – 1,1; $P = 0,15$), liječenje u jedinicama intenzivne skrbi (6 nasuprot 7%, OR 0,8; 95% CI 0,5 – 1,3; $P = 0,42$), te uporabu mehaničke ventilacije (3 nasuprot 2%, OR 1,5%; 95% CI 0,9 – 2,6; $P =$

0,17). K tome, nije bilo razlike ni u vremenu koje su bolesnici trebali mehaničku ventilaciju. Niti jedan od bolesnika s COVID-19 u influencom B nije preminuo za vrijeme trajanja istraživanja, no dva bolesnika s influencom A jesu. Niti jedan bolesnik nije imao istovremenu COVID-19 i influencu, što autori istraživanja pripisuju zatvaranju mnogih škola sredinom ožujka, zbog čega je bilo ograničeno širenje sezonske influence.

Nadalje, rezultati su pokazali kako su bolesnici hospitalizirani s COVID-19 bili stariji (medijan dobi 9,7 godina; raspon 0,06 – 23,2) no oni hospitalizirani s influencom (medijan dobi 4,2 godine; raspon 0,04 – 23,1). K tome, bolesnici stariji od 15 godina predstavljali su 37 % ukupnog broja bolesnika s COVID-19 i samo 6 % bolesnika s influencom. Nadalje, značajno veći postotak hospitaliziranih bolesnika s COVID-19 imao je jednu ili više prateću bolest (65 vs 42%; OR 2,6; 95% CI 1,4 – 4,7; $P = 0,002$). Najčešća prateća bolest spadala je u skupinu neuroloških bolesti i stanja povezanih sa zaostajanjem u rastu i razvoju ili epileptičkim napadajima, a bila je prisutna u 11 bolesnika hospitaliziranih s COVID-19 (20%) i 24 bolesnika hospitalizi-

ranih s influencom (8%). Nije bilo značajne razlike između bolesnika s COVID-19 i onih s influencom s obzirom na prisutnost astme, bolesti srca te hematološko-onkoloških bolesti u osobnoj anamnezi.

U obje skupine bolesnici su imali vrućicu i kašalj, najčešće navodene simptome u vrijeme postavljanja dijagnoze. No, više bolesnika hospitaliziranih s COVID-19 navodilo je vrućicu (76 vs 55%; OR 2,6; 95% CI 1,4 – 5,1; $P = 0,01$), proljev ili povraćanje (26 vs 12%; OR 2,5; 95% CI 1,2 – 5; $P = 0,01$), glavobolju (11 vs 3%; OR 3,9; 95% CI 1,3 – 11,5; $P = 0,01$), bol u mišićima (22 vs 7%; OR 3,9; 95% CI 1,8 – 8,5; $P = 0,001$) ili bol u prsim (11 vs 3%; OR 3,9; 95% CI 1,3 – 11,5; $P = 0,01$). Nije bilo značajne razlike u navođenju simptoma poput kašla, začepljjenosti nosa, boli u grlu ili otežanog disanja.

Autori istraživanja na kraju su zaključili kako unatoč podacima koji pokazuju da djeca s COVID-19 češće nego djeca s influencom u vrijeme postavljanja dijagnoze imaju vrućicu, probavne i neke druge simptome, postoji mnogo simptoma koji se preklapaju. K tome, naveli su kako liječnici moraju biti spremni na zbrinjavanje djece s istodobnim infekcijama s SARS-CoV-2 i influencom i/ili drugim respiratornim virusnim infekcijama u predstojećoj sezoni gripe.

(JAMA Netw Open. 2020;3(9):e2020495.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.20495)

 dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med.,
specijalist pedijatrije i uže specijalnosti
iz pedijatrijske reumatologije

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEĆNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Babić A, Poklepovic Pericic T, Pieper D, Puljak L. How to decide whether a systematic review is stable and not in need of updating: Analysis of Cochrane reviews. *Res Synth Methods*. 2020 Sep 5. doi: 10.1002/jrsm.1451.

Blažić I, Brkljačić B, Frija G. The use of imaging in COVID-19—results of a global survey by the International Society of Radiology. *Eur Radiol*. 2020 Sep 17. doi: 10.1007/s00330-020-07252-3.

Boban M. Editorial for "Left Ventricular Outflow Tract Obstruction in Hypertrophic Cardiomyopathy: The Utility of Myocardial Strain Based on Cardiac MR Tissue Tracking". *J Magn Reson Imaging*. 2020 Sep 7. doi: 10.1002/jmri.27336.

Bursać S, Prodan Y, Pullen N, Bartek J, Volarević S. Dysregulated Ribosome Biogenesis Reveals Therapeutic Liabilities in Cancer.

Trends Cancer. 2020 Sep 15:S2405-8033(20)30235-1. doi: 10.1016/j.trecan.2020.08.003.

Franić D, Fistonić I, Franić-Ivanović M, Perdić Ž, Križmarčić M, Pixel CO. Laser for the Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Prospective Observational Multicenter Study. *Lasers Surg Med*. 2020 Sep 8. doi: 10.1002/lsm.23319.

Jakovac H. COVID-19 and hypertension - is the HSP60 culprit

for the severe course and worse outcome? *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2020 Sep 4. doi: 10.1152/ajpheart.00506.2020.

Jerković I, Ljubić T, Bašić Ž, Kružić I, Kunac N, Bezić J, Vuko A, Markotić A, Andelinović Š. SARS-CoV-2 Antibody Seroprevalence in Industry Workers in Split-Dalmatia and Šibenik-Knin County, Croatia. *J Occup Environ Med*. 2020 Sep 8. doi: 10.1097/JOM.0000000000002020.

Vitamin D utječe na crijevnu mikrobiotu dojenčadi

PORUKA ČLANKA

Nadomjesna primjena vitamina D povezana je s promjenama u sastavu crijevne mikrobiote dojenčadi.

Već dugo je poznato da vitamin D ima važnu ulogu u ranom razvoju djeteta, uključujući razvoj koštanog i imuno-snog sustava, zbog čega se nadomjeseна primjena vitamina D preporučuje u prehrani dojenčadi u mnogim zemljama svijeta. K tome, nedavno provedena istraživanja povezala su niske razine vitamina D s većom prijemljivošću za virusne respiracijske infekcije, uključujući i SARS-CoV-2, uzročnika COVID-19. Kako bi bolje razumjeli utjecaj nadomjeseњe primjene vitaminom D na crijevnu mikrobiotu dojenčadi, liječnici iz nekoliko kanadskih pokrajina ispitivali su uzorke stolice prikupljene u velikom kohortnom istraživanju poznatom pod akronimom CHILD (engl. Canadian Healthy Infant Longitudinal Developement).

U istraživanju je ukupno prikupljeno 1157 uzoraka stolice od majki i njihove djece.

Sveukupno gledano, u prosječnoj dobi od 3,52 mjeseca, dvije trećine dojenčadi primalo je ≥ 400 IU nadomjesnog vitamina D, dok je među dojenčadi koja su bila isključivo dojena taj postotak iznosio 75 %. Nadalje, rezultati su pokazali kako je među dojenčadi uzimanje nadomjeseњe vitamina D značajno koreliralo sa smanjenom učestalošću *Megamonasa* (iz obitelji Veillonellaceae) u mikrobioti crijeva ($P = 0,01$), neovisno o tome je li je dijete bilo dojeno ili hranjeno mlijekoformulom.

Nadalje, gotovo 30 % dojenčadi imalo je *Clostridium difficile*, sa smanjenom učestalošću ove bakterije među djecom koja su bila isključivo dojena. No, nakon prilagodbi za način prehrane i druge čimbenike, pokazalo se da nadomjeseњe uzimanje vitamina D nije povezano

s kolonizacijom bakterije *C. difficile* u majki ili u dojenčadi. Ipak, majke koje su svakoga dana uzimale tri ili više šalice mlijeka obogaćenog vitaminom D imale su 60 % manju vjerojatnost kolonizacije s bakterijom *C. difficile* u dojenčadi koja su bila isključivo dojena (prilagođen omjer vjerojatnosti 0,4; 95 % CI 0,19 do 0,82), čak i nakon što se u obzir uzela primjena nadomjesnog vitamina D u majke i dojenčadi, te drugi čimbenici.

Autori istraživanja na kraju su zaključili kako utjecaj opaženih razlika u sastavu crijevne mikrobiote na zdravlje djeteta kasnije tijekom djetinjstva, osobito u smislu obrane od virusnih infekcija, vjerojatno nadilazi očekivane učinke nadomjeseњe primjene vitamina D i to se tek treba istražiti.

(Gut Microbes. 2020;12(1):1799734. doi:10.1080/19490976.2020.1799734)

 dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med., specijalist pedijatrije i uže specijalnosti iz pedijatrijske reumatologije

Jovičić MŠ, Vuletić F, Ribičić T, Šimunić S, Petrović T, Kolundžić R. Implementation of the three-dimensional printing technology in treatment of bone tumours: a case series. *Int Orthop.* 2020 Sep 8. doi: 10.1007/s00264-020-04787-4.

Korac-Prlic, J, Degoricija, M, Vilovic K, Haupt B, Ivanisevic T, Franković L, Grivnenikov S, Terzic J. Targeting Stat3 signaling impairs the progression of bladder cancer in a mouse model. *Cancer Lett.* 2020 Oct 10;490:89-99. doi: 10.1016/j.canlet.2020.06.018

Lekšić G, Barić M, Ivanišević M, Jurišić-Eržen D. Pregnancy in Patients with Type One Diabetes Mellitus Treated with Continuous

Subcutaneous Insulin Infusion-Preconception Basal Insulin Dose as a Potential Risk Factor for Fetal Overgrowth? *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 9;17(18):E6566. doi: 10.3390/ijerph17186566.

Mikolasevic I, Domislovic V, Turk Wensveen T, Delija B, Klapan M, Juric T, Lukic A, Mijic A, Skenderevic N, Puz P, Ostojic A, Krznicic Z, Radic-Kristo D, Filipek Kanizaj T, Stimac D. Screening for nonalcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus using transient elastography - a prospective, cross sectional study. *Eur J Intern Med.* 2020 Aug 21:S0953-

6205(20)30320-4. doi: 10.1016/j.ejim.2020.08.005.

Petranović Ovčariček P, Verburg FA, Hoffmann M, Iakovou I, Mihailovic J, Vrachimis A, Luster M, Giovanella L. Higher thyroid hormone levels and cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2020 Sep 18. doi: 10.1007/s00259-020-05018-z.

Urlić M, Urlić I, Urlić H, Mašek T, Benzon B, Vitlov Uljević M, Vukojević K, Filipović N. Effects of Different n6/n3 PUFAs Dietary Ratio on Cardiac Diabetic Neuropathy. *Nutrients.* 2020 Sep 10;12(9):E2761. doi: 10.3390/nu12092761.

Zakaria-Grkovic I, Stewart FTreatments for breast engorgement during lactation.

Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 18;9:CD006946. doi: 10.1002/14651858.CD006946.pub4.

Zubčić V, Rinčić N, Kurtović M, Trnski D, Musani V, Ozretić P, Levanat S, Leović D, Sabol M.

GANT61 and Lithium Chloride Inhibit the Growth of Head and Neck Cancer Cell Lines Through the Regulation of GLI3 Processing by GSK3β. *Int J Mol Sci.* 2020 Sep 3;21(17):E6410. doi: 10.3390/ijms21176410.

Dulce cum utili!

Komunikacija putem novih medija

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



Uvod

Pod utjecajem sve većega broja novih medija u proteklome desetljeću u hrvatskome se jeziku stvara mješoviti jezični kod, tzv. *hibridni medijski diskurs*. Riječ je ponajprije o jeziku privatne komunikacije, iako se pod utjecajem novih medija i tehnologija (različitim internetskim servisa – blogova, foruma, brbljaonica, odnosno takozvanih *chatova*, stranica razmjene videozapisa i audiozapisa, elektroničke pošte, SMS-ova i sl.) sve većem krugu govornika daje mogućnost javnoga usmenoga i pismenoga izražavanja.

Takav oblik komunikacije zbog specifičnosti odvijanja u realnom vremenu, nestvarnoga odvijanja razgovora licem u lice i ograničenosti medija kojim je posredovan, poseže za različitim sredstvima kojima nadoknađuje nedostatke u usporedbi s neposrednom komunikacijom. Sudionicima komunikacije koji ne pripadaju tome dobnome ili grupnemu diskursu, takva je poruka teško razumljiva ili potpuno nerazumljiva.

Obilježja komunikacije putem novih medija

Komunikacija putem novih medija obilježena je novim jezičnim oblicima nerijetko uvjetovanim brzinom i jednostavnosću za kojima takav oblik komunikacije teži. Prema tome u tom obliku komunikacije možemo kao temeljna obilježja prepoznati:

1. sažimanje poruka, pa je i svjesno kršenje gramatičko-pravopisnih normi u funkciji brže i jednostavnije komunikacije
 2. mnoštvo riječi i konstrukcija iz engleskoga jezika u različitim područjima privatne i javne komunikacije: *back stage, stage, green room* i dr.
 3. novotvorenice: *lajkati, retard* i dr.
 4. specifičnu stilizaciju komunikacije, poput obilja posuđenica koje su slovopisno i gramatički neprilagođene hrvatskome jeziku, poput: *cool, message, kiss, hi* i dr.
 5. elemente žargona, osobito govora mladih: *bed, fajt, frendica* i dr.
 6. pomodnice: *supač, oki-doki, selebriti* i dr.
 7. novooživljenice: *čoriti, čagati, kulja* i dr.
 8. uporabu različitih znakova i simbola, najčešće onih koji označuju različite osjećaje, tzv. emotikona, odnosno osjećajnika (ne znam jeste li znali da je godine 2010. na natječaju za najbolju novu hrvatsku riječ na natječaju „Dr. Ivan Šreter“ hrvatska riječ *osjećajnik* bila predložena kao potpuna značenjska zamjena za stranu riječ *emotikon* te da je autor za nju dobio drugu nagradu)
 9. uporabu engleskih kratica: *fyi (for your information – za tvoju informaciju), OMG (O, my God! – O, moj Bože!)*.
- Takav oblik komunikacije nije primje-

ren javnoj, službenoj i poslovnoj komunikaciji iako se u njoj može naći. Razlog tome možemo potražiti i u činjenici da se sve više službena i poslovna komunikacija odvija putem novih medija, iako to, moram posebno naglasiti, nikako ne bi smio biti razlog odstupanja od primjernoga i pravilnoga oblika jezika. Odstupanje od bilo koje norme hrvatskoga standarnoga jezika, bez obzira na posredništvo novih medija, treba tretirati kao jezično odstupanje i na njega treba upozoriti jer to je najbolji način jačanja jezične kompetencije. U jednom od naših članaka bili smo rekli kako se jezična kompetencija sastoji od znanja, vještina i sposobnosti te da se svim tim područjima ne može trajno ovladati, nego da se njima ovladava. Vještiji ćemo svakako biti u bilo kojoj vještini, npr. u tenisu, pisaju, čitanju, vožnji biciklom i sl., ako tu vještinu redovito izvodimo i uvježbavamo s ciljem da svaki put budemo malo bolji u njezinu izvođenju te ako nas tko pritom ima ispravljati i upućivati nas na to kako da tu radnju napravimo bolje. U skladu s tim u sljedećem ću poglaviju dati pregled nekoliko jezičnih odstupanja koja sam u proteklih mjesec dana uočila upravo u službenoj i poslovnoj komunikaciji putem novih medija. Sigurna sam da ste i sami u pisanoj i govorenoj komunikaciji zamijetili te jezične oblike. Uz svaki od njih dat ću i normativno objašnjenje.

Primjeri odstupanja od norme hrvatskoga standardnog jezika u službenoj i poslovnoj komunikaciji putem novih medija

U tablici navodim primjere koji su se u proteklih mjesec dana mogli čuti ili pročitati u medijima, a koji se mogu vezati uz medicinsku struku.

Nepравилни облици	Правилни облици	Објашњење
Posjeti su zabranjeni radi epidemioloških razloga.	Posjeti su zabranjeni zbog epidemioloških razloga.	Prijedlog <i>zbog</i> upotrebljava se za izražavanje uzroka, npr. <i>Otputovao je na more zbog bolesti.</i> (<u>Zbog čega</u> je otputovalo na more?) Prijedlog <i>radi</i> upotrebljava se za izražavanje namjere, cilja, onoga što će se dogoditi, npr. <i>Otputovao je na more radi oporavka.</i> (<u>S kojom je namjerom</u> otputovalo na more?)
U sljedećih par mjeseci s nestavljenjem iščekujemo rezultate ispitivanja cjepiva.	U sljedećih nekoliko mjeseci s nestavljenjem iščekujemo rezultate ispitivanja cjepiva.	Imenica <i>par</i> označuje skupinu od dvaju predmeta, dviju pojava ili osoba, pa ju je pogrešno upotrebljavati u značenju <i>nekoliko</i> . U rečenici primjera govornik je htio reći da će se rezultati znati za nekoliko mjeseci, a ne za dva mjeseca, budući da se ne zna točno kada će testiranja biti gotova.
Uvodi se stroži nadzor nad klubovima.	Uvodi se stroži nadzor nad klubovima.	Pridjevi imaju tri stupnja: pozitiv, komparativ i superlativ. Pozitiv je osnovni stupanj, npr. <i>hrabar, dobar, koristan, mudar.</i> Komparativ se dobiva tako da se na pozitiv dodaje nastavak: <i>-ji, -iji, -ši</i> za muški rod, <i>-ja, -ija, -ša</i> za ženski rod i <i>-je, -ije, -še</i> za srednji rod. Jednosložan pridjev <i>strog</i> , kao i pridjevi <i>tih i dug</i> , ima nastavak <i>-ji</i> , a njegova komparacija izgleda ovako: <i>strog – stroži – najstroži.</i>
Ispred svih nas željela bih zahvaliti svim liječnicima.	Uime svih nas željela bih zahvaliti svim liječnicima.	Prijedlog <i>ispred</i> označuje da je netko ili nešto s prednje strane, npr. Pacijent stoji ispred liječnika., a prijedlog <i>uime</i> da netko nekoga zastupa, npr. Rekao je to <i>uime</i> tima.

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

1. U kojoj je rečenici prijedlog *zbog/radi* nepravilno upotrijebljen?

- A** Učinio je to radi dobrobiti svoje obitelji.
- B** Korisnicima su iznosi na računima umanjeni radi kvara.
- C** Nekoliko je stotina ljudi evakuirano zbog erupcije vulkana.
- D** Tekst je radi preglednosti trebalo podijeliti u cjeline.

2. Zaokružite pravilan oblik pridjeva.

- A** Te kožne/kožnate cipele kupio sam u trgovini nedaleko od kuće.
- B** Od kožne/kožnate bolesti uspješno se izlječila prije desetak dana.
- C** U izlogu je najskuplja bila bijela kožna/kožnata torba.
- D** Sinočni/sinočnji izlazak za nas je bio posve novo iskustvo.

Osoba od povjerenja u Zakonu Republike Hrvatske

Marta Dajana Carti¹

Dragan Lovrović¹

Karmen Lončarek¹

¹Zavod za palijativnu medicinu KBC-a Rijeka
loncarek.karmen@gmail.com

Informirani pristanak temelj je terapijskog saveza između liječnika i pacijenta. No, ponekad pacijent ne može ostvariti terapijski savez jer nije kadar samostalno donositi odluke o svom životu i zdravlju - primjerice, u trajnom vegetativnom stanju, nesvjesnim stanjima kod teških trauma ili u terminalnoj fazi nekih bolesti, te u nekim duševnim bolestima koje utječu na sposobnost davanja suglasnosti za medicinske postupke, kao što je shizofrenija.

U takvim se prilikama liječnici često nalaze u nezahvalnom položaju u kojem odluke za pacijenta donose osobe o kojima liječnici ne znaju dovoljno, nije im poznat njihov odnos s pacijentom i ne mogu biti sigurni jesu li odluke koje oni donose u skladu s pacijentovim stvarnim željama. To se često događa, primjerice, u uvjetima kad se medicinsko dobro za pacijenta ne podudara s odlukom osobe koja umjesto njega odlučuje i tvrdi da bi upravo suprotno od toga bila želja i volja pacijenta kad bi on sam mogao odlučivati.

Neka od tih stanja regulirana su Zakonom o zaštiti prava pacijenata, a u nekim zapadnim zakonodavstvima postoji tzv. biološki testament. U hrvatskom zakonodavstvu postoji institut *osobe od povjerenja* u *Zakonu o zaštiti osoba s dušev-*

nim smetnjama i jedan je od načina kako preduhitriti opisane teškoće, kako za pacijente tako i za liječnike. Kroz kliničku praksu naše ustanove uvidjeli smo kako je institut osobe od povjerenja uistinu koristan i da bi trebalo poticati imenovanje osoba od povjerenja za pacijenate kojima je dijagnosticirana duševna smetnja, a koja po procjeni psihijatra može dovesti do kliničke slike u kojoj pacijent ne može više samostalno donositi odluke ni onda kad je pri svijesti, ali umanjenih mogućnosti racionalnog rasuđivanja.

Isto tako smatramo da bi se ovaj institut *osobe od povjerenja* mogao uz određene prilagodbe definirati i *Zakonom o zaštiti prava pacijenata* jer, kako smo na početku napisali, nemogućnost izražavanja vlastite volje i iskazivanja suglasnosti ili odbijanje informiranog pristanka na medicinske zahtjeve nije isključivo problem kod osoba s duševnim smetnjama, nego je čest i kod drugih teških stanja ili ozljeda. Biološki testament ili unaprijed dane smjernice jesu jedno od mogućih rješenja ovog pitanja, međutim, u njihovoј kritici стоји да često mogu biti zastarjele, neodređene i nekorisne za sve one moguće medicinske slučajeve koje u njima nisu predviđene. Osoba od povjerenja je dakle osoba koja je pacijentu bliska (iako ne treba biti s njim u rodu), kojoj je on iskazao povjerenje i za koju vjeruje da će u konkretnom slučaju sa svih informacijama o stanju pacijenta za njega donijeti najispravniju odluku.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama definira *osobu od povjerenja* kao *osobu ovlaštenu za davanje ili uskratu pristanka na određene medicinske postupke umjesto osobe koja ju je na to ovlastila obvezujućom izjavom*.¹ Iako je definiran zakonom, institut *osobe od povjerenja* nije dovoljno iskorišten u praksi kod traženja pristanka za medicinske postupke s osobama koje imaju duševne smetnje. Iz tog razloga najčešće se pokreće postupak lišavanja poslovne sposobnosti osobe i dodjele skrbnika od Centra za socijalnu skrb. Međutim, ovaj postupak traje dugo i samim time nije u interesu pacijenata s duševnim smetnjama.

1. Tko je osoba od povjerenja?

Za osobu od povjerenja može se imenovati osoba koja je navršila osamnaest godina života i koja nije lišena poslovne sposobnosti za donošenje odluka o medicinskim postupcima.² Osoba od povjerenja je bilo koja osoba koja udovoljava gore propisanim zakonskim odredbama i koju osoba s duševnim smetnjama odabere (u koju ima povjerenja), pod uvjetom da dotična pristane na ovo imenovanje.

2. Na koji način se imenuje osoba od povjerenja?

Osoba od povjerenja imenuje se javnobilježničkim aktom. Ova obvezujuća izjava ima prednost pred odlukama zakonskoga zastupnika.³ Subjekti ovoga javnobilježničkog akta (davatelj i osoba od povjerenja) ovlašteni su u svakom trenutku opozvati ovu izjavu sastavljanjem opoziva imenovanja, ponovno u obliku javnobilježničkog akta.⁴

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama definira osobu od povjerenja kao osobu ovlaštenu za davanje ili uskratu pristanka na određene medicinske postupke umjesto osobe koja ju je na to ovlastila obvezujućom izjavom. Iako je definiran zakonom, institut osobe od povjerenja nije dovoljno iskorišten u praksi kod traženja pristanka za medicinske postupke s osobama koje imaju duševne smetnje. Iz tog razloga najčešće se pokreće postupak lišavanja poslovne sposobnosti osobe i dodjele skrbitnika od Centra za socijalnu skrb. Međutim, ovaj postupak traje dugo i samim time nije u interesu pacijenata s duševnim smetnjama.

3. Koje su ovlasti osobe od povjerenja?

Osoba od povjerenja ima sljedeće ovlasti propisane zakonom⁵:

- Umjesto pacijenta (osobe s duševnim smetnjama) daje pisani pristanak za smještaj u psihijatrijsku ustanovu, ako zbog težih duševnih smetnji on sam nije sposoban dati pristanak
- U vrijeme prijema u psihijatrijsku ustanovu i kasnije, upoznaje se s pacijentovim pravima te pribavlja pouku o tome kako ih se može ostvariti
- Upoznaje se s razlozima i ciljevima smještaja pacijenta u psihijatrijsku ustanovu te sa svrhom, prirodom, posljedicama, koristima i rizicima provedbe predloženoga medicinskog postupka
- Upoznaje se s podacima o zdravstvenom stanju pacijenta i ima pravo na uvid u njegovu medicinsku dokumentaciju
- Sudjeluje u planiranju i provođenju pacijentovog liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije
- Podnosi pritužbe izravno čelniku ustanove ili odjela i na njih prima usmene i pisane odgovore
- Predlaže premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu
- Daje pisani pristanak na davanje podataka iz medicinske dokumentacije u službene svrhe na zahtjev

nadležnih tijela, koji su potrebni za ostvarivanje prava osobe s duševnim smetnjama

- Izabire drugog odvjetnika umjesto odvjetnika kojeg je postavio sud u slučaju prisilnog zadržavanja
- Sudjeluje u usmenoj raspravi o prisilnom zadržavanju, da se izjašnjava o svim činjenicama važnim za donošenje odluke o prisilnom smještaju, te postavlja pitanja vještaku psihijatru i drugim osobama koje će se saslušati na raspravi
- Prima sudska rješenje o prisilno zadržanoj, odnosno prisilno smještenoj osobi
- Od psihijatrijske ustanove prima obavijesti o primjeni mjera prisile
- Obraća se Povjerenstvu o primjenjenim mjerama prisile sa zahtjevom da ispita njihovu primjenu
- Pismeno traži od psihijatrijske ustanove da o primjeni mjera prisile obavijestiti nadležni sud
- Umjesto pacijenta, nakon što se ispune zakonske pretpostavke, daje ili uskraćuje pristanak na određene medicinske postupke propisane Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

4. Gdje prestaju ovlasti osobe od povjerenja?

Osoba od povjerenja ne može dati pristanak na posebni medicinski postupak⁶ i biomedicinsko istraživa-

nje⁷. Taj pristanak, u pisanom obliku, može dati isključivo osoba s duševnim smetnjama.⁸

1 Čl. 3. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14)

2 Čl. 70. st. 2. i 3. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14)

3 Čl. 71. st. 1. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14)

4 Čl. 71. st. 1. i 2. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14)

5 Usp. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14):

6 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14) čl. 16.

Primjena psihokirurgije prema osobi s duševnim smetnjama nije dopuštena. Čl. 17. Primjena kastracije prema osobi s duševnim smetnjama radi sterilizacije nije dopuštena. Čl. 18. Elektrokonvulzivno liječenje može se primijeniti prema osobi s duševnim smetnjama ako: 1. je osoba s duševnim smetnjama dala pisani pristanak; 2. su prethodno iscrpljeni svi ostali postupci liječenja; 3. se opravdano očekuje da će primjena elektrokonvulzivnog liječenja biti od stvarne i izravne koristi za zdravlje te osobe i bez štetnih popratnih posljedica, o čemu mišljenje daje odjelni liječnik; 4. je etičko povjerenstvo psihijatrijske ustanove, odnosno etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove u čijem se sastavu nalazi psihijatrijska jedinica (u daljem tekstu: etičko povjerenstvo), dalo pozitivno mišljenje o etičkoj prihvatljivosti primjene elektrokonvulzivnog liječenja.

7 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14) čl. 19: (1) Biomedicinsko istraživanje može se primijeniti prema osobi s duševnim smetnjama ako: 1. je Povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama (u daljem tekstu: Povjerenstvo) odobrilo projekt biomedicinskog istraživanja nakon preispitivanja znanstvenog značaja, važnosti cilja i etičnosti istraživanja; 2. je etičko povjerenstvo dalo pozitivno mišljenje o etičkoj prihvatljivosti uključivanja osobe s duševnim smetnjama u istraživanje; 3. je osoba s duševnim smetnjama na precizan i razumljiv način, usmeno i pisano upoznata o važnosti istraživanja, te njegovoj svrsi, prirodi, posljedicama, koristima i rizicima; 4. je osoba s duševnim smetnjama dala pisani pristanak koji može opozvati u svakom trenutku i ako je sposobnost za davanje pristanka na biomedicinsko istraživanje utvrđio još jedan psihijatar izvan zaposlenika psihijatrijske ustanove koja ih provodi, a kojeg je odredilo Povjerenstvo; 5. se opravdano očekuje da će rezultati istraživanja biti korisni za zdravlje te osobe i bez štetnih popratnih posljedica, o čemu mišljenje daje odjelni liječnik. (2) Odluku o uključivanju osobe s duševnim smetnjama u biomedicinsko istraživanje donosi čelnik psihijatrijske ustanove nakon što pribavi sva pismena iz stavka 1. točaka 1. do 5. ovoga članka. (3) Psihijatrijska ustanova obvezna je izvijestiti Povjerenstvo o provedbi biomedicinskog istraživanja.

8 Čl. 19. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine" br. 76/14)

SJEĆANJE NA STUDIJ MEDICINE U ZAGREBU 1948. GODINE (3. DIO)

Prim. doc. dr. sc. VJEKOSLAV BAKAŠUN, dr. med., rođen je u Kostreni 1929. godine. Specijalist epidemiolog, docent na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Istražuje povijest zdravstva u Rijeci.

Sjećanja na neka predavanja tijekom studija

Tijekom studija neka se predavanja usade u sjećanje po nekim pojedinostima. Na prvoj godini studija slušali smo ruski kao strani jezik, a predavao ga je prof. Oleg Mandić. Ruski sam učio u gimnaziji četiri godine, pa mi nije bio težak. Za ispit nije trebalo pokazati neko visoko znanje, ali je po zahtjevu profesora trebalo „gromka čitat“ da bi se dobilo bolju ocjenu. Položio sam taj ispit vrlo lako. Predmet „Predvojnička obuka“ predavali su liječnici - aktivni oficiri JA. Kada bi nastavnik ušao u dvoranu, jedan bi student, koji je za to bio zadužen, glasno (i snažno) viknuo „Mirno!“, a mi bismo ustali i stajali u stavu mirno dok oficir ne bi prišao stolu i kazao „Voljno“. Nije bilo teško položiti ispit iz predvojničke obuke.

Rikard Hauptfeld, profesor fiziologije, bio je stasit, oštrog hoda, a posebno je imponirao svojim širokim crnim brkovima i kao izvrstan predavač. Nakon jednog predavanja na drugoj godini studija kazao nam je da na sljedeće predavanje dođu samo kolege, a onaj sljedeći tjedan samo kolege. Na tom nam je predavanju objasnjavao fiziologiju, a malo i psihologiju spolnog odnosa. U sjećanju mi je ostala njegova poruka: „Dobro je odgojen onaj muškarac koji prigodom spolnog odnosa prvenstveno želi zadovoljiti svoju partnerku, a tek onda sebe.“ Moglo bi se kazati da je to predavanje bilo nešto kao modul 4 zdravstvenog spolnog odgoja u osnovnim školama u Hrvatskoj, o kojem su se 2013. godine „lomila kopljia“, a mi smo to predavanje imali tek kao studenti medicine, u svojoj dvadesetoj godini života. Koliko je današnja mlada generacija naprednija od one naše!

Na Klinici za dječje bolesti na Šalati nekoliko sam puta video prof. dr. Ernsta Mayerhöfnera, prvog profesora pedijatrije po osnivanju našeg MEF-a, koji je tada već bio u mirovini. Predavanja iz pedijatrije držao je prof. Niko Skrivanelli, tipičan elokventan mediteranski tip, gotovo teatralnog načina izlaganja, i rado ga se slušalo. Sjećam se predavanja kada je tema bila tuberkulozni meningitis. Za vrijeme predavanja izveo je u auli lumbalnu punkciju oboljelog djeteta. Kazao je kako je kap likvora oboljelog od tuberkulognog meningitisa teža

od kapi likvora zdravog djeteta. Kada su kapi likvora potekle u epruvetu, koju je držala medicinska sestra, teatralno ju je zapitao je li osjetila da je kap bila teža! Drugom prigodom tema je bila dječji proljev i pritom je kazao kako se, među ostalim mogućnostima liječenja, dječji proljevi liječe i davanjem banane u prehrani. Među studentima je nastao tih žamor, jer mi tada, 1951. godine, u to doba našeg studiranja, nismo u prodaji ni vidjeli bananu, a kamoli je jeli.

Na kolegiju iz interne medicine učili su nas da su mjerjenje krvnoga tlaka i venepunkcija u isključivoj domeni liječnika. Toga se sjetim sada, početkom XXI. stoljeća, kada venepunkciju izvode medicinske sestre, medicinski tehničari i laboratorijski tehničari (svi redom sa srednjom, samo neki s višom stručnom spremom), a usudim se kazati da mnogi liječnici jedva znaju uspješno obaviti venepunkciju. A mjerjenje krvnoga tlaka izvode kod svoje kuće sve bakice i djedovi (jasno, i mlađi ljudi), kupljenim baterijskim tlakomjerom, pa interpretiraju dobiveni rezultat i sami sebi usmjeravaju terapiju. Sjetim se i pisanja recepata. Kao mlađi liječnik gotovo da sam uživao pisati recepte za magistralne lijekove, koje su morali pripremati ljekarnici, jasno, i za one tvornički proizvedene. Sada, nakon 2016. godine, recepte za lijekove (samo one koje kronični bolesnik mora redovito uzimati) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kompjutorski piše medicinska sestra i nije potreban posjet liječniku. I ne samo to, nego pacijent može od svog liječnika telefonski naručiti recept za lijek koji redovito uzima, a lijek može preuzeti u bilo kojoj ljekarni u državi! Toliko smo napredovali, ali smo istovremeno počeli gubiti neposredan kontakt liječnik-pacijent. Liječnici sve manje razgovaraju s bolesnikom jer u ambulantni moraju gledajući u monitor kompjutora upisivati podatke koje čuju od pacijenta ili unositi podatke s nekog specijalističkog pregleda. Sve ostaje upisano u tom stroju i lako dostupno liječniku pri svakom sljedećem posjetu pacijenta, što je, svakako, olakšanje u radu. Jasno, ti su podaci dostupni samo liječniku u toj ordinaciji. Liječnici, nažalost, sve manje posvećuju pozornost dobroj anamnezi jer nemaju dovoljno vremena da se posvete pacijentu, pa se sve više okreću rezultatima dobivenim od raznih strojeva kamo



Vjekoslav Bakašun prima 29. veljače 1956. diplomu iz ruke prof. Nike Skrivanelli

upućuju bolesnike. Kako se vremena brzo mijenjaju (nabolje?)!

Nakon treće godine studija bila je obvezatna ljetna praksa u trajanju od četiri tjedna. Tu sam praksu obavio na Odjelu za zarazne bolesti Opće bolnice „Braće dr. Sobol“ u Rijeci. Bolesnika je na zaraznom odjelu bilo uvijek mnogo i bolesničke postelje bile su uvijek popunjene. Tada sam prvi put dao injekciju u gluteus. Mjerio sam kvadrante glutealne regije i pazio gdje će ubosti. Siguran sam da su mi tada ruke drhtale, ali sam se tog trenutka osjećao kao pobjednik. Jednoga dana tijekom vizite ušli smo u dječju sobu. Tek što smo ušli, šef Odjela, prim. dr. Valter Rukavina, glasno je povikao "morbili" i hitno nas sve poslao u dvorište, gdje smo skoro pola sata šetali na topлом ljetnom suncu kako bismo se riješili virusa morbila na odjeći i sprječili prijenos bolesti na ostale bolesnike.

Uslijedila su mnoga predavanja iz tzv. kliničkih predmeta. Toliko je mnogo bilo predavanja i vršnih profesora (nažalost i onih manje zanimljivih) da ne želim nikoga izdvajati. Mnogo poslije shvatio sam da su većini od njih predavanja bila kao neki dodatan posao, dok su klinička rutina i rad s bolesnicima bili dominantni dio svakodnevnog posla.

O nekim mojim ispitima tijekom studija

Svakom je studentu ispit temelj za diplomu pa ču o njima reći nešto više. Studij medicine na zagrebačkom Medicinskom fakultetu trajao je pet godina i trebalo je položiti

19 ispita Na prvoj godini studija bili su ispitni iz fizike, kemije i biologije, na drugoj iz anatomije, histologije i fiziologije. Ta druga godina studija bila je posebno teška, tako da se završetak te godine nekoć nazivao „prvi rigoroz“. U trećoj godini bio je samo ispit iz mikrobiologije, a u četvrtoj ispit iz patologije, koja se učila dva semestra. U petoj godini se u zimskom ispitnom roku polagao ispit iz farmakologije s patofiziologijom. Okončanjem te pete godine studija nastupao je status apsolventa. Kada se sve to zbroji, vidi se da smo za prvi pet godina studija morali položiti devet ispitova iz pretkliničkih predmeta. Od prvog dana apsolventskog statusa počeo je „juriš“ na polaganje deset ispitova iz područja „kliničke“ medicine. Obvezatno je prvi bio iz interne medicine, a među posljednjima, po izboru studenta, bili bi ispit iz higijene ili iz sudske medicine. Sva predavanja iz područja kliničke medicine slušali smo u trećoj, četvrtoj i petoj godini studija, a ispite polagali jednu ili dvije godine poslije, kada smo već zapravo zaboravili što smo na predavanjima slušali!

Studenti uvijek razmjenjuju iskustva vezana uz polaganje ispitova, a posebno su važna iskustva starijih kolega o nekim posebnostima ispitivača. Pričalo se tada da je kod nekog profesora bilo uputno doći na ispit sa značkom članstva u Savezu boraca narodnooslobodilačkog rata, a kod drugog sa zlatnim lancem oko vrata na kojem visi križ. Takvi su se „rekviziti“ posuđivali. Izvrsni studenti nisu tome moralni pridavati važnost, ali oni osrednji (ili slabiji) koristili su to saznanje. Kolika je to bila pomoć, teško je prosuditi, ali vrlo je vjerojatno da je tijekom ispitova, kao i pri ocjenjivanju, to moglo biti barem od male pomoći. Bilo je također poznato kako se treba obući kad se pristupa nekom ispitvu. Takve posebnosti bile su karakteristične za profesore pretkliničkih predmeta, dok je na ispitima iz kliničkih predmeta bijeli mantil bio obvezatan.

Ispit iz anatomije kod prof. Perovića, koji se polagao na kraju druge godine, bio je nešto posebno. Muški su morali pristupiti u crnom (ili barem tamnom) odijelu, bijeloj košulji i kravati, a kolege u haljinama tamnijih boja, čedne dužine ispod koljena (ženske hlače ni u primisli!) i svakako bez dekoltea. Taj ispit iz anatomije polagao sam 14. srpnja 1950. godine (predzadnji dan ispitnoga roka!). Srpanj te godine (a i cijelo ljeto) bio je u meteorološkim analima zabilježen kao jedan od najtopljih ljetnih mjeseci u XX. stoljeću. Bilo je teško učiti u mojoj sobi u potkrovlu. Klima-uredaji nisu postojali ni u primisli pa, iako je općenito u zgradama Anatomskog

instituta bilo hladnije u usporedbi s ostalim zgradama, jer su zidovi zgrade bili debeli, a unutrašnjosti s mnogo mramora, kandidati su se obilno znojili. Ispitu sam pristupio obučen u crno (posuđeno) odijelo, bijelu košulju i diskretno crvenu kravatu. Ispit je trajao skoro sat vremena (što je bilo uobičajeno), a dobio sam i odgovorio na 33 pitanja (ne baš na sva uspješno), koliko je inače svakom studentu bio projek pitanja na ispit iz anatomije. Negdje sam bio zapisao ta pitanja po redoslijedu, ali sam taj papir zagubio. Mislim da sam odgovarao za prolaznu ocjenu. Prof. Perović rijetko je davao ocjenu vrlo dobar i dobar, nego najčešće odličan i dovoljan (jasno, i nedovoljan). Sjećam se da pod kraj ispita nisam znao koju funkciju ima neki mišić u glutealnoj regiji. Ugledao sam podvornika Jožu (koji je uvijek na ispitima bio nazočan uz profesora i moglo bi se mirno kazati da bi mogao uspješno položiti taj ispit) kako diskretno rotira svoju šaku. Moj je odgovor bio – rotacija, što je zadovoljilo profesora pa mi je dao ocjenu dovoljan. Eto kako i podvornik može pomoći studentu!

Medu studentima se pričalo i o ovom naročitom pitanju: kada bi pri kraju ispita iz anatomije studentu „visio“ prolazak, prof. Perović uzeo bi u ruke kutijicu sa Zubima i davao pojedini Zub u ruke studentu koji bi morao prepoznati koji je to Zub i gdje se nalazio u Zubalu. Već kada bi profesor uzeo u ruke tu kutijicu, student bi bio praktički siguran da neće položiti ispit, jer je prepoznavanje Zub i određivanje njihovog položaja u Zubalu za studenta bila mala umjetnost. Perović bi studentu time dokazao neznanje i opravdao svoju negativnu ocjenu.

Ispit iz patološke anatomije polagao sam 1952. u Vinogradskoj bolnici ulici. Bilo je užasno vruće. Prvi dio ispitova sastojao se od obdukcije. Dotična osoba umrla je u petak, a ispit je bio u ponedjeljak, a kako tada još nije bilo hladnjaka za čuvanje kadavera, osjećao se jak zadar truleži. Zadatak mi je bio otvaranje kalote radi pristupa mozgu. Jasno da sam imao odgovarajuću zaštitnu odjeću. Dok sam pilio kost, što zbog velike topoline, što zbog fizičke aktivnosti piljenja i ispitnog uzbudjenja, znoj mi se obilato slijevao niz lice i tijelo, a nije mi bilo dopušteno brisati se. Taj dio ispitova sam zadovoljio, a zadovoljio sam i na usmenom dijelu, pa sam pun veselja krenuo sljedeći dan kući, na odmor i kupanje.

Profesor Andrija Štampar bio je posebna veličina i stručnjak poznat diljem svijeta. Na ispitima je imao neka posebna pitanja. Tražio je od studenta da točno navede nazive svih sedam bunara iz kojih se crpila voda za

opskrbu stanovništva u Zagrebu, i to redom, od zapada prema istoku grada! Trebali smo također znati nazive sva četiri tipa zahodskih školjki ispiranih vodom, a u sjećanju su mi ostala dva njihova naziva - Simplon i Panama. Zakazivao je ispite u sedam sati ujutro, a dolazio je na posao i prije toga, pa je želio radni dan započeti studentskim ispitima. Ako u to doba nije bilo kandidata za ispit pred njegovim vratima, glasno bi prozvao s vrha stubišta i ljutio se ako kandidat ne bi bio u zgradi već prije sedam sati. Ja sam došao na ispit oko deset minuta prije sedam i čuo kako prof. Štampar s vrha stepenica proziva moje ime. Taman sam tog trenutka ulazio u zgradu i glasno viknuo: „Ovdje sam“, a on je žestoko odgovorio: „Zašto kasniš?“ Veliki profesori uvijek imaju pravo na neke svoje posebnosti, a mi smo za vrijeme našeg studija imali nekoliko velikih, značajnih, svjetski poznatih i priznatih stručnjaka.

Medicinski fakultet u Rijeci utemeljen je 21. studenoga 1955., najprije petom godinom studija. Meni su tada nedostajala još samo tri ispitna za završetak studija. Prof. Davor Perović, šef ginekološkog odjela bolnice na Sušaku, predložio mi je da prijedem na novoosnovani fakultet, gdje će polagati tri ispitna i postati prvi student koji je diplomirao u Rijeci. Uostalom, taj je fakultet tada još djelovao u sklopu MEF-a u Zagrebu, pa su prvi godina studenti dobivali diplomu Zagrebačkog MEF-a. Nisam pristao, što mi je i danas žao. Jednostavno, nije mi se odlazilo iz Zagreba – i ništa drugo! Neki iz moje generacije iskoristili su priliku i položili zadnje ispite u Rijeci. Da sam prihvatio ponudu, bio bih na raznim proslavama spomenut kao prvi diplomirani student MEF-a u Rijeci!

Moj studentski život u Zagrebu izvan studija

Moj se studij medicine produžio (među ostalim) jer me je bilo svuda u Zagrebu, ali i u društvenom životu u Kostreni, a nedovoljno uz knjige da bih studij okončao u razumnom roku. Jasno, moja majka nije bila time oduševljena, ali je moralna to otrpjeli, a i znala je da će jednog dana diplomirati. Za vrijeme studija u Zagrebu bio sam aktivan u dijelu kulturnih zbivanja. Uopće, bio sam zadojen filmskom umjetnosti i čitao sam većinu tada objavljenih knjiga iz područja filmske umjetnosti te pratio i kupovao tjednike iz područja filma. Imam popis iz vremena studija iz kojeg je vidljivo da sam godišnje pogledao skoro 100 filmova. U Zagrebu je tada bilo aktivno 12 ili 14 kinodvorana. Kino predstave su se u prvim danima igranja nekog filma prikazivale pred rasprodanim gledalištem. Za neke kino predstave trebalo je u prijepodnevnim

>>

satima dugo stajati pred blagajnom kinodvorane da bi se kupilo ulaznicu. Mnogo sam puta navećer stajao pred kinom ili kazalištem i moljakao ako netko ima ulaznicu viška.

Bio sam aktivan i među filmskim amaterima. Zlatko Sudović, profesionalni filmaš, ali ujedno i kino amater, postavio me za sekretara žirija na 3. Festivalu amaterskog filma Jugoslavije, održanom u Zagrebu, 16. – 18. prosinca 1955. Predsjednik žirija bio je Fadil Hadžić, tada glavni urednik „Vjesnika u srijedu“, a kao član žirija, među ostalima, bio je i Oktavian Miletić, direktor fotografije. Na Festivalu su bila prikazana 33 filma. Za trajanja festivala morao sam kao tajnik žirija otici drugarici Anki Berus, ministrici u Vladu Hrvatske, jer je ona bila, valjda, u funkciji cenzora i odobravala ili zabranjivala prikazivanje nekog amaterskog filma na tom festivalu (a možda i drugih, profesionalnih filmova).

Bio sam zaljubljenik u dramsku umjetnost (operne sam predstave rjeđe posjećivao, a i sluh mi je „u podrumu“). Bilo je Veliko kazalište na trgu maršala Tita (danas HNK) i Malo kazalište u Frankopanskoj ulici (danас kazalište „Gavella“). Rijetke su bile dramske predstave koje nisam pogledao. Jedne sezone bio sam član amaterskog kulturnog društva „Vladimir Nazor“, gdje sam recitirao na nekim priredbama. Posjećivao sam i predstave amaterskih kazališnih družina.

Odlazio sam i na nogometne utakmice, na igralište u Maksimiru, i stajao na istočnoj tribini, na kojoj su stube bile izgrađene od pruća, a gazište je bilo od nabijene zemlje i šljunka. Išao sam i na teniske mečeve Ponekad sam se prihvatio i fizičkih poslova, da nešto zaradim. Povremeno smo navećer odlazili u prostorije Društva Primoraca i Istrana, na prvom katu u Ilici 13, koje su zimi bile grijane i ugodne za boravak. Žao mi je što nisam još češće odlazio u te prostorije, jer su se tada tamо sastajali mnogi kulturni djelatnici s područja Istre i Primorja koje bih bio upoznao. Neki studenti, koji nisu mogli grijati svoje studentske podstanarske sobe, zimi bi učili u prostorima na katu *Gradske kavane* na Trgu Republike. Konobari su im dopuštali da tu uče bez konzumacije do trenutka kada bi u predvečerje u kavani počela svirati glazba.

Godine 1953. ili 1954. počela je izgradnja zgrada Instituta „Ruđer Bošković“ na Bijeničkoj cesti u Zagrebu. Bilo je to u našem susjedstvu. S prozora svoje studentske sobe promatrao sam prve rade na dubokom iskopu. Iskop je bio u zemlji koja se kopala ručno, a iskopani materijal odvozila su kola s konjskom zapregom. Bez obzira na taj, može

se kazati primitivan način rada, poslovi su brzo odmicali. Među stanovnicima okolnih zgrada, u koje su spadale i zgrade u ulici Jagodnjak gdje sam ja živio, počele su se širiti priče kako će se u tim zgradama budućeg instituta raditi s atomskom energijom te kako će to predstavljati opasnost po zdravlje, pa je bolje iseliti se s tog područja. Ipak se nitko nije iselio, a „Ruđer Bošković“ već više od pola stoljeća uspješno radi na tom mjestu i u radu postiže svjetski priznate rezultate.

Zašto sam odabrao studij medicine

Često sam razmišljao o tome zašto sam odabrao studij medicine, a neki bi me to znali i pitati. Svakako sam htio poslije gimnazije poći na studije u Zagreb, jer drugdje u Hrvatskoj tada nije bilo visokoškolske ustanove). Imao sam sreće pri upisu.

Matematika mi je tijekom školovanja uvijek bila preteška, nisam je shvaćao niti previše vježbao, a i ratne godine i manjkavo školovanje učinili su svoje (gimnaziski sam školovanje na Sušaku proveo u pet država!). Matematika bi mi postala problem u odabiru svih studija u kojima je taj predmet dominantan. Nikada u životu nisam uspio shvatiti kako profesori matematike ne mogu prihvatiti činjenicu da neki učenik ne može imati sklonost i shvatiti matematiku. Pa to je isto kao kad netko ne zna crtati ili pjevati pa to ne može naučiti! Za crtanje sam bio potpun antitalent, pa su otpali svi studiji tehničkog usmjerenja. Za ratu su u Kostreni bili stacionirani njemački vojnici blizu naše kuće. Jednom mi je na ulici, u veljači 1945. godine, kao 15-godišnjaku, prišao pijani njemački vojnik koji me je poznavao jer je bio smješten u susjedstvu, repetirao revolver i držao mi ga prislonjenog na lice govoreći da me mora ubiti, a ja nisam imao pojma zašto bi to učinio (bio je Štajerac pa je natucao i hrvatski). Pitao me „jesi li ti drug“, vjerojatno smatrajući da se time označava pripadnost partizanskog pokretu. Što odgovoriti? Ako kažem da, postajem neprijatelj koji mora biti ubijen. On je uporno tražio odgovor, a ja sam nekako izbjegavao dati odgovor i nastojao biti tik uz njega, dok je on tražio da se udaljim, jer me valjda nije htio ubiti iz neposredne blizine. Odlučim da ču skočiti preko ogradnog zida i nastaviti trčati u nadi da me, onako pijan, neće uspjeti pogoditi. Spasio me njemački dočasnici koji je naišao, oduzeo mu oružje i odvukao ga od mene. Odlazeći, stalno je prijetio. Kasnije smo se susretali, ali bez puno riječi, tek uz pozdrav. Vjerojatno mi je od tih nekoliko minuta napetosti i straha ostao kao posljedica lak stupanj mucanja, zapravo zamuckivanja, posebno

pri izgovoru riječi koje su počinjale slovom „p“, pa su i svi studiji u kojima se traži tečan govor (npr. za zvanje profesora ili pravnika) bili za mene vrlo neprikladni. Imao sam neke sklonosti prema književnosti i umjetnosti, ali sam možda smatrao da mi taj studij ipak ne daje neku značajnu sigurnost u budućnosti i da bih kao nastavnik imao teškoća s mučnjem. Dakle, preostao mi je studij medicine, za koji sam imao neku sklonost. Bio sam sretan onoga dana kada mi je od MEF-a u Zagrebu stigla dopisnica da sam primljen. Studij medicine upisao sam na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu akademске godine 1948./49., a zadnji ispit (iz oftalmologije) položio sam 28. veljače 1956. godine, skoro sedam i pol godina nakon upisa.

Desetljeća neumitno prolaze, ali se naša generacija bivših studenata medicine u Zagrebu redovito sastaje svakih pet godina, zadnjeg petka u rujnu, na proslavi tzv. okruglih obljetnica. Prvi puta smo se sastali 1978. godine, na proslavi 30. obljetnice. Godine 2018., na proslavi 70. godišnjice od upisa, bilo nas je 17. Posljednjih 30 godina sa zadovoljstvom uporno vodim podatke o diplomiranim iz naše generacije; kao epidemiologu bilo mi je statističko praćenje zbivanja svakodnevni posao. U akad. god. 1948./49. upisalo se 510 studenata, a diplomiralo ih je 395 (77,5 %), od kojih 69,1 % muških i 30,9 % ženskih. Prema prikupljenim podacima, do početka 2020. godine od diplomiranih umrla su 282 (71,4 %), 88 je živih, dok su mi za njih 25 podaci nepoznati. Poslom smo se raštrkali diljem bivše države i svijeta, ali smo uvjek ponosno prorusili zasade i znanja stečena na MEF-u u Zagrebu. Nas 39 iz ove generacije postiglo je status sveučilišnog nastavnika, trojica su bili dekani, a jedan je proglašen počasnim doktorom Sveučilišta u Zagrebu (i na još dva druga sveučilišta). S obzirom na, zaista možemo kazati, teške uvjete života tijekom studija, kao i na vrlo oskudan broj raspoloživih udžbenika, ovaj uspjeh može se smatrati ne samo zadovoljavajućim, nego i odličnim. Nadam se, sada, 2020. godine, da ću još godinama voditi evidenciju o ovoj našoj, možemo slobodno kazati, uspješnoj studentskoj generaciji. ▀

Autor Vjekoslav Bakašun

ERRATA CORRIGE

Ispričavamio se što je u Liječničkim novinama br. 192 na str. 80. umjesto fotografije doc. Vjekoslava Bakašuna prikazana fotografija akademika Drage Perovića

PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE POSEBNA PONUDA OD 21.9. DO 17.10.2020.

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima. Imate ideju, planove i potrebe koje želite ostvariti, ali nedostaje vam gotovine? To ne mora biti prepreka. Iskoristite posebnu ponudu od 21.9. do 17.10.2020. za realizaciju PBZ nenamjenskog kredita u kunama uz fiksnu kamatnu stopu i mogućnost odgode otplate od tri mjeseca.

Kredit koji će vam pomoći da ostvarite svoje planove može se realizirati do 300.000 kuna uz fiksnu kamatnu stopu, a sami birate način i dan otplate kredita.

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

OTKRIJTE PREDNOSTI PBZ NENAMJENSKIH KREDITA

- fiksna kamatna stopa
- rok otplate od 13 do 120 mjeseci
- iznos kredita od 15.000 do 300.000 HRK
- bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva
- bez naknade za prijevremenu otplatu kredita
- sami birate dan u mjesecu kad plaćate kredit

REPREZENTATIVNI PRIMJER UKUPNIH TROŠKOVA NENAMJENSKI KREDITI U HRK

	FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (5 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (7 godina)	
Status klijenta ¹	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	HRK		HRK	
Traženi iznos kredita	75.000,00 HRK		75.000,00 HRK	
Rok otplate	5 godina		7 godina	
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade		bez naknade	
Kamatna stopa	3,80%	3,50%	3,98%	3,68%
Efektivna kamatna stopa ²	3,87%	3,56%	4,06%	3,74%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	7.706,34 HRK	7.081,57 HRK	11.304,25 HRK	10.418,59 HRK
Mjesečni anuitet	1.374,48 HRK	1.364,38 HRK	1.024,47 HRK	1.014,15 HRK
Ukupan iznos za otplatu ³	82.706,34 HRK	82.081,57 HRK	86.304,25 HRK	85.418,59 HRK

¹ Status klijenta ostvaruje klijent koji prima redovna mjesečna primanja na račun u PBZ-u. Detaljnije informacije vezano za utvrđivanje statusa klijenta moguće je pronaći u Općini uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

² EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva te uz navedeni rok otplate. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

³ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana.

POSEBNA PONUDA U RAZDOBLJU OD 21.9. DO 17.10.2020.

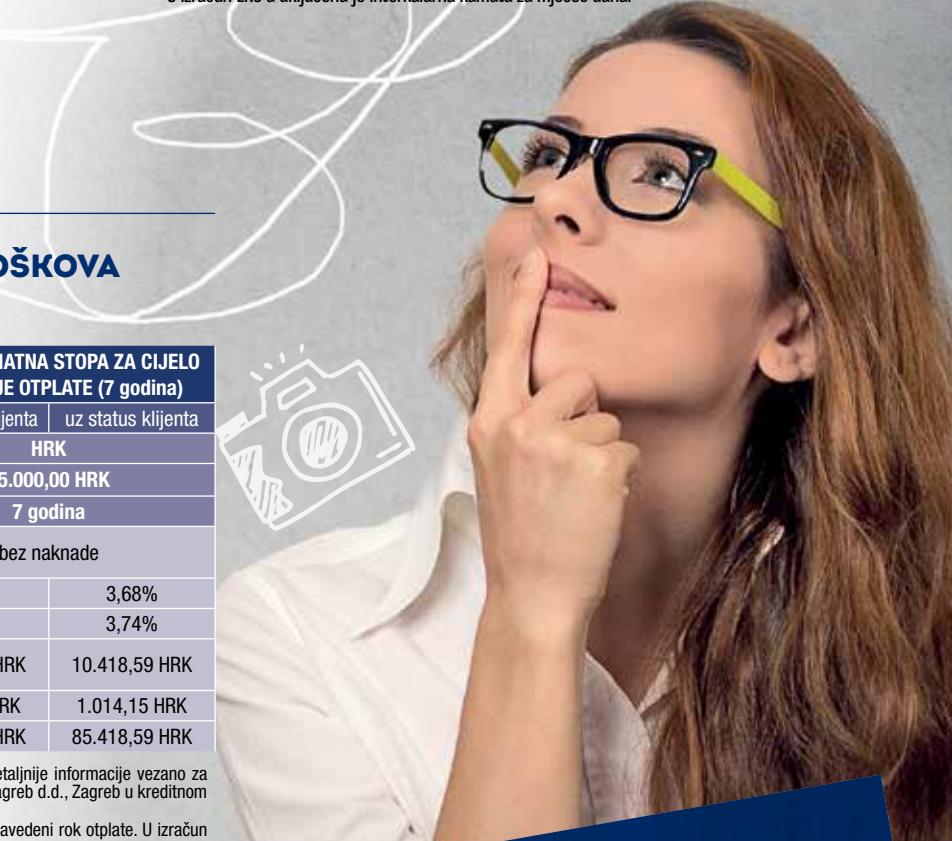
FIKSNA KAMATNA STOPA ZA KREDITE U KUNAMA uz status klijenta:

- od 13 do 60 mjeseci - od 3,50%* (EKS od 3,56%)**
- preko 60 do 120 mjeseci - od 3,68%* (EKS od 3,74%)**

Kamatne stope iskazane su kao godišnje kamatne stope.

* Visina fiksne kamatne ovisi o kreditnom riziku klijenta.

** EKS je izračunat za iznos kredita 75.000,00 HRK i rok otplate 5 ili 7 godina.
U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.



#UVIJEKZAJEDNO



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

KONVOJ „LIBERTAS“

27. listopada 1991.

*Proglas za povratak Dubrovčana u Dubrovnik**

„*Gradići grada Dubrovnika, gradići Republike Hrvatske! Svi Hrvati i svi dobri ljudi svijeta! U osvajačkom ratu koji Republika Srbija vodi protiv Republike Hrvatske kucnuo je presudni čas za krunu svih hrvatskih gradova – za Dubrovnik. Okupacijske armijsko-četničke snage prisiljavaju Dubrovčane na izgon iz Grada, traže skidanje domovinskog, hrvatskog barjaka.*

Tijekom cijele povijesti Dubrovnik je svima davao, svim vjerama, svim narodima, umjetnicima, znanstvenicima, svim ljudima. Dubrovnik je grad ljudskih prava. Vrijeme je da vratimo dug Dubrovniku.

Više niti jedan Dubrovčanin ne smije napustiti Dubrovnik. Svi Dubrovčani neka se vratre u Dubrovnik. Svi Hrvati i svi dobri ljudi od danas su Dubrovčani.

Krećemo svi za Dubrovnik. Konvoj povratka za Dubrovnik kreće brodovima „Jadrolinije“ iz Splita u utorak 29. listopada u 18 sati iz splitske luke. Polazak je iz Zagreba u ponedjeljak u 13 sati ispred hotela „Dubrovnik“. Na put se kreće autobusima i osobnim automobilima (...). Brod iz Rijeke prema Splitu polazi u ponedjeljak 28. listopada u 18 sati. Konvoju „Za povratak Dubrovčana u Dubrovnik“ priključit će se nekoliko stotina ribarskih brodica.

Ovom prigodom pozivamo sve vlasnike i zapovjednike brodova da se priključe konvoju (...).

*Proglas su sastavili dr. Slobodan Lang i Nedjeljko Fabrio, predsjednik Društva hrvatskih književnika, pred polazak konvoja „Libertas“ za Dubrovnik 27. listopada 1991. Proglas je objavljen istoga dana u 16 sati na Radio-Zagrebu, a sat poslije na HTV-u.



Spomen ploča Konvoj Libertas u zagrebačkoj ulici Ivana Gundulića

8. studeni 1991.

Konvoj „Libertas“ krenuo je iz Zagreba prema Rijeci, zaplovio prema Zadru, Šibeniku, Splitu, Korčuli, Dubrovniku. Brodu „Slaviji“ pridružile su se desetine trabakula i drugih brodica. U Dubrovnik je došlo oko 850 ljudi, dobrih ljudi, umjetnika, znanstvenika, privrednika, radnika, seljaka, političara. Po lukama kroz koje smo prošli ispratile su nas desetine tisuća ljudi. Konvoj je donio potrebne lijekove, hranu, odjeću... No iznad svega Konvoj je donio ljude spremne da pruže ruku, on je pozvao Dubrovčane da pruže ruku međusobno i pozovu ih da pruže ruku Vukovaru, Dvoru na Uni, Drnišu, Zadru...

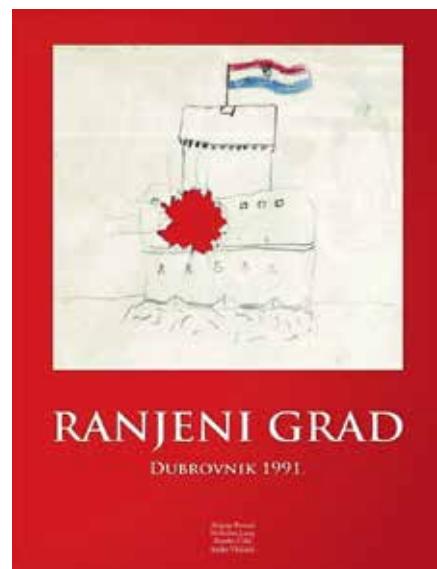
Konvoj „Libertas“ upozorio je svakog od nas da se ČOVJEK piše velikim slovima i da put slobode Hrvatske počinje u Duši svakog od nas. Konvoj „Libertas“ došao je u Dubrovnik, ali je i pozvao Dubrovnik da ostvari izazov današnjice u punom sjaju svoje tradicije. Dubrovnik je po prvi put ponudio bratstvo jednom gradu – Vukovaru. Dubrovnik simbol morske povezanosti Hrvatske sa svijetom i Vukovar simbol veze Hrvatske sa svijetom preko Dunava. Vukovar simbol otpora i Dubrovnik simbol kulture. Dubrovnik i Vukovar zajedno nositelji hrvatske poruke svijetu – želja za slobodom

utemeljena na ljudskim pravima, demokraciji i vlastitoj kulturi. Povezivanje Dubrovnika i Vukovara zatvoren je krug Hrvatske i umjesto svog cilja da prekine veze u Hrvatskoj, okupator je povezao Hrvatsku više.

Konvoj „Libertas“ ne napušta mjesto na koje je došao i zato je u Dubrovniku, na Stradunu, u kući Iva Vojnovića otvoren prvi Ured Konvoja.

Svakoga dana javljaju se dobri ljudi željni da nam se priključe. Pokrenute su aktivnosti na socijalnom, kulturnom, obrazovnom, istraživačkom, međunarodnom i nizu drugih područja.

Konvoj „Libertas“ je poziv na mobilizaciju: moralnu, radnu, socijalnu. Nema suvišnih ljudi i za to pozdravljam sve dobre lude.



Dr. Slobodan Lang (1945. – 2016.) u knjizi „Ranjeni grad, Dubrovnik 1991.“
Ur. Alojzije Prosoli, Slobodan Lang, Branko Čulo, Andro Vlahušić, Osijek, 2012., str. 30-31.

Priredio: Ivica Vučak

94.

rođendan izvršnog urednika Liječničkih novina prof. Željka Poljaka

A što se tiče „duhovne mladosti“, stvarno puno vježbam i kao klasičar držim se latinske poslovice *Nulla dies sine linea*, jer i moždane stanice zahire *ex inactivitate*.

- ▶ Stereotipno, koja je tajna Vaše i dalje duhovne mladosti?
Vježbate li?

Prvo, hvala Vam što ste moj 94. rođendan smatrali toliko važnim da ga obilježite na originalan način – intervjuom, pa evo kratkih odgovora. Iskreno, na to pitanje ne znam odgovoriti, o dugovječnosti mogu samo nagađati, jer kao znanstvenik nemam dokaza. Genetičarima odgovaram napola u šali: nabavite si dugovjeke roditelje jer geni vjerojatno na to utječu. Laicima dajem savjet: čuvajte svoje živčane stanice jer su one jedine koje se ne obnavljaju. Savjetujem im dva načina; jedan je da se dresurom ili meprobamatom primoraju na život bez uzrujavanja, a drugi je da si ne otkidaju od sna. U pogledu ovog drugog Vi mi niste baš uzor jer ste mi e-mail s pitanjima poslali u 6:30 ujutro. Postavljam Vam protupitanje: koliko ste prošle noći spavali? A što se tiče „duhovne mladosti“, stvarno puno vježbam i kao klasičar držim se latinske poslovice *Nulla dies sine linea*, jer i moždane stanice zahire *ex inactivitate*. U praksi, ne družim se s „mladićima“ od 70 godina jer su im glavne teme „mala penzija i velika prostata.“



Hrvoja Dolić, Lada Zibar i Željko Poljak - na rođendanskoj proslavi

- ▶ Kakav je Vaš odnos prema suvremenim internetskim tehnologijama, praktično i načelno?

Stopostotno pozitivan i zavidan sam mladima kojima informatički strojevi služe kao moždana proteza. Kad se sjetim svoje mladosti, vremena kada je i običan radioaparat bio luksuz, moram priznati da smo bili sličniji neandertalcima nego današnjoj generaciji. Zato se danas obilno služim tim „novotarijama“ i pitam Vas: da nije tako, zar ne biste već davno brisali moje ime

iz impresuma Liječničkih novina? Ima tu ipak i jedan „ali“: uza sve to mi smo u ono doba bili sretniji nego današnji mladi kojima je svijet tako široko otvoren. Žao mi ih je!

- ▶ Kao nekadašnji student kroatistike i francuskog jezika nastavili ste njegovati ljubav prema književnosti, čitajući i pišući. Tko je Vaš najdraži pisac? Koja Vam je najdraža knjiga koju ste Vi napisali?

Možda Vas neću iznenaditi, to su „Četiri europska grada“ Viktora Žmegača. Sjećam se kako ste se razveselili kad sam Vam je nabivio. Bio sam uvjeren da te gradove dobro poznam, ali mi je Žmegač tom knjigom gotovo otkrio novi svijet. A najdraža knjiga koju sam ja napisao? To će Vas ipak iznenaditi – nije medicinska nego „Hrvatski književnik Ivo Andrić“, jer sam u njoj dao nešto novo, gotovo senzacionalno, zahvaljujući tome što sam, srećom, dobio njegovu nepoznatu diskretnu korespondenciju koja omogućava sasvim nov pogled na tog nobelovca. ▪

ISLAND — vatra i voda

 Piše: EDO TOPLAK, dr. med.

Kad jednom poslije ove zbrke s COVID-om odlučite posjetiti Island, koji nama - ruku na srce - i nije baš najbliza europska destinacija, iznenadit ćeće se uvidjevši da postoji više jeftinih opcija za put do njega. Svejedno za koju se od njih odlučili, sve će vas prvo odvesti u prijestolnicu.

Reykjavik je lijep mali grad. Imaju cijenjenu operu, tipičano skandinavsko staro središte, dosta zelenila, niske zgrade šarenih krovova i grijane ulice. On je, naravno, političko i kulturno središte, ali prije svega to je jedino mjesto u kojem uopće možete upoznati Islandane. Naime, iako u tom gradu živi nešto manje od 120.000 stanovnika (usporedbe radi: toliko duša broji zagrebačka Trešnjevka), to je trećina svih Islandana. Po našim je mjerilima sve izvan Reykjavika gotovo prazno. Iceland je pristojno velik otok, površine dvije Hrvatske (najveći europski poslije Britanije) no na njemu živi jedva malo više od 360.000 ljudi.

Želite li pojesti pizzu, porazgovarati s ljudima na ulici ili popiti pivo u prostoriji s više od pet ljudi – ostanite u Reykjaviku! No to vam se zapravo ne isplati jer priroda

je ono zbog čega se tamo dolazi. Krajoblici koji su nama sasvim strani i našem oku iznenadjuće neobični, tamo se redaju bez prestanka.

Island je geološki muzej na otvorenom. Nemam pojma o geologiji i sramim se to napisati, ali ne znam razliku između granita i bazalta, ali znam da se tu taru američka i europska ploča i nešto se nabire, nešto rasjeda, nešto gura i puca i sve je to neko veliko čudo i Meka svih svjetskih geologa, vulkanologa, gejzirologa i inih ologa. Uz prije navedene, profesionalci koji moraju posjetiti Island jesu i fotografi. Oni su pak ovdje stvarno pretrpani poslom, posebno ako se bave prirodom, podvodnom ili pejzažnom fotografijom, s Islanda odlaze punih kartica i istrošenih zatvarača. Nije šala, na Islandu cvjeta fotografski turizam. Posljednjih desetak godina Island je jako primamljiv i filmašima. Nema poznatijeg režisera koji nije bar koji kadar, ako ne i pola filma, snimao ovdje. Uz Novi Zeland to im dode kao neka obveza. Valjda moraju ispraznit budžete, a za to je Island idealan.

Island osim što je zanimljiv geološki, vrlo je zanimljiv i politički. Iako se to danas čini nemogućim, oni se ponašaju kao da im drugi baš i nisu bitni i krajnje budulski rade po svom. Podsjetimo se da su Islandani prije Njemačke i Vatikana priznali Hrvatsku. Već samim time zasluzili su da im se "skine kapa" i mnogo više zahval-

nosti od imena ulice u Novom Zagrebu. Još kad su nakon bankrota odlučili da iz svojih poreza neće vraćati dugove propalih banaka (uglavnom Englezima i Nizozemcima), postali su moja omiljena zemlja. Dakle meni je bilo pitanje časti prošetati malo Islandom i ispunio sam tu obvezu s užitkom.

Islandani su čisti vikingi. S norveških i danskih obala negdje u 8. st. dosegnuli su u svojim drakarima Island, Grenland i Vinland. Jedina kolonija na kojoj su se zadržali je ova prva, Ledena zemlja. Zelena zemlja je nakon nekoliko stoljeća napuštena jer se klima promjenila pa se jug Grenlanda smrznuo, a kolonija u Americi trajala je tek desetak godina, ako i toliko. Njezinom osnivaču, Islandaninu Leifuru Ericsonu, Amerikanci su podigli spomenik ispred katedrale u Reykjaviku. Ta katedrala je fora i iznutra, ali posebno izvana, jer njena fasada simbolizira jedan od simbola Islanda - istjecanje lave iz vulkana.

Island je vulkanski otok. Nebrojeni vulkanski krateri doslovce su na svakom koraku. Zaustaviš automobil, popneš se stotinjak metara uzbrdo i na rubu si nekoga ugaslog starog vulkana. Za aktivne se treba penjati malo više. Od aktivnih vulkana najpoznatiji je Eyafjallajökull, zahvaljujući činjenici da je uspio zaustaviti zrakoplovni promet u pola svijeta, ali je Islandanima puno važniji vulkan Katla. Njegovu erupciju očekuju u skorije vrijeme (erumpira u prosjeku svakih 80 godina, a od posljednje erupcije prošlo je više od stoljeća). Aktivnost svih vulkana, a posebno Katle, pozorno se motri. Islandani koji idu na neki dulji izlet obvezno održavaju radijsku vezu sa središtem za obavještavanje. Iako su vulkani nebrojeno puta erumpirali i lava je tekla Islandom na sve strane, u prošlosti i ovom stoljeću broj poginulih od posljedica vulkanskih aktivnosti je – jedan. Naime smrtno je stradao jedan jedini čovjek, istraživač kojeg je trefio kamen izbačen erupcijom. Lava im svako malo pomete mostove i zatrpa farme, no nje se ne boje, oni na ugroženim područjima grade drvene mostove i prijenosne farme. Najvećom prijetnjom smatraju poplavu. U krateru Katle nakupilo se naime toliko leda i snijega da očekuju kako će njihovo otapanje biti najveća opasnost za stanovnike. Pepeo ih također ne smeta. Kad se Eyafjallajökull probudio, mi smo, sjećate se, otkazali sve naše letove, pa i one između Zagreba i Splita. Oni svoje letove nisu otka-



Islandske jezik je staroskandinavski. Zamrznut u prošlosti. Prepun složenica i jednostavno nemoguć za čitanje, a kamoli za učenje. Ne vjerujete? Probajte. :)

zivali. Usput, održavaju 87 avionskih pista. Neasfaltiranih uglavnom, ali svejedno.

Turistička sezona im je samo kraj lipnja, srpanj i kolovoz. U to vrijeme postoji neka šansa da se nećete smrznuti i minimalni izgledi da nećete naskroz pokisnuti. Klima je tamo najblaže rečeno hladna i vlažna. Rječnik kojim bih je ja opisao prijateljima, ni u najblažoj verziji ne bi prošao lekturu Liječničkih novina. Stoga ne dajte da vam itko prodaje bilo kakve priče o idealnom otoku i ugodnom životu na Islandu. Svima nama koji iole volimo sunce i toplinu Island je koliko toliko ugodan samo u onih nekoliko ljetnih mjeseci, a čak i u to vrijeme, kada sunce na tim paralelama gotovo ne zalazi, na Islandu ga nećete previše vidjeti. Postoji islandska uzrečica: "Ako vam se vrijeme ne sviđa, pričekajte 15 minuta!" To vrijedi u slučaju ako vam se ne sviđa lijepo vrijeme.

Hrana u dućanima, koji su rijedji od povišice u hrvatskom zdravstvu, nije pretjerano skupa. Recimo oko 20 % skuplja nego kod nas. Imaju puno staklenika koje griju geotermalnim izvorima. Jeli smo izvrsnu rajčicu i papriku po istoj cijeni kao i doma. Uz cestu стојi staklenik. Kraj njega stol s košarom rajčice, vaga, tanjurići i karton s cijenom. Prodavača nema. Izabereš, izvažeš i ostaviš krune na tanjuriću. Restorani su druga priča. Ispod 50 €ura nema iole poštene



Jokulsarlon je mjesto pored kojeg se od najvećeg europskog ledenjaka u zaljev odlamaju sante leda i padaju u more. Tu nastaje bajkovit prizor ledenjačke lagune po kojoj možete čamcem obilaziti između ledenih santi.

nijeg obroka. Pizza, ne loša, ali mala, stoji 120 kn. Pivo ispod 70 kn ne toče. Za 20 kn može se pojesti mali hotdog, koji je jako popularan i za koji se čeka u redu. Hrenovke su janjeće, svinja na otoku jedva koja, ali ovaca ima skoro kao u Škotskoj. Jede se, naravno, dosta ribe, uglavnom haringe i bakalara, no ne preza se ni od kitova, morskih pasa i drugih beštija. Sve u svemu, hrani s Islanda ne vjerujem da ćete pamtitи. U sjećanju mi je ostao, i to ne po nekom iznimnom okusu, tek prženi kit kojega sam sažvakao i progutao uz malo kečapa i malo više griznje savjesti.

Islandska povijest je, budimo iskreni, tanka knjižica. Živjelo se skromno i siromašno više od tisuću godina. Uvijek na rubu gladi i isključivo od mora, jer zemlja ne daje ništa osim lišaja i gdjekojeg busena trave. Drveća na Icelandu nema, šume pogotovo. Naide se na poneko stablo, ali ga je zasadio čovjek; najviše raslinje su grmovi visine dva-tri metra. Islandani, do tada zanimljivi samo geologizma, postali su posljednjih sto godina zanimljivi i geostratezima. Bili su dugo pod Norveš-

kom, pa ih je ona prepustila Danskoj, pa je i Dansku i njih okupirala Njemačka, pa su ih od Njemačke bez borbe preuzele Amerikanci. Osim lokalnih podmirivanja računa, na ovom otoku većih bitaka nije ni bilo. Pred kraj drugog svjetskog Amerikanci su Islandanima dozvolili da proglose neovisnost i od onda kreće bajka sa životnim standandom koji raste li raste, da bi na početku ovog stoljeća eksplodirao u preobilju u kojem su se Porscheovi elferi vozili kao kod nas Clio, a cijela je nacija bila na tripu. Onda odjednom bankrot i otriježnjenje, koji im, međutim, uopće nije palo preteško i od kojega su se operavili warp brzinom. Otkud toliki standard? Island je gledajući BDP po glavi peta zemlja u svijetu. Ponajprije zato što ekstremno brzo rješavaju sve pokušaje korupcije, pametno koriste besplatnu geotermalnu energiju i bezrezervno drže do svojih interesa. A prvi od njih je ribolov. Zbog njega su u posljednjih 65 godina ratovali tri puta. Utakozvanim "bakalarskim ratovima" sukobili su se s najvećom europskom vojnom silom i pobijedili u sva tri rata bez ijedne žrtve. Island, uostalom, uopće ni nema vojsku. Članica su NATO-a, a nemaju niti jednog jedinog vojnika! U ta tri "rata" natjerali su Britance da granice ribolovne zone pomaknu s 12 na 200 km od islandske obale. Svoje nacionalne interese štite jedinstveni, potpuno i bez obzira pred kime. Ne upuštajte se s Islandaninom u raspravu o zaštiti kitova! Oni kitove love i ne pada im na pamet da s time prestanu dok to njihovoj zemlji donosi korist. Pjevali kitovi ili ne.

U državi u kojoj praktično nema biljke s pravim korijenom duboko je ukorijenjena samo demokracija. Dok se kod nas krunio

>>

Za razliku od Velikog Gejsira, pedesetak metara udaljeni gejzir Strokkur izbacuje mlaz svakih nekoliko minuta dvadesetak metara u vis. Ponekad i dva tri puta u nizu. Iako u trenutku erupcije voda mjeri 80 stupnjeva, kad padne rashladi se toliko da vas ne može opeći. Provjereno. Neoprezno sam si priušto da me gadno zalije.





Tomislav, oni okupljaju svoj prvi parlament. Među prvima na svijetu izabrali su ženu za predsjednicu. Prve žene koje su glasale na izborima na Islandu pomrle su od starosti prije nego su njihove prauñuke smjele izaći na izbole u Švicarskoj. Usput rečeno, žene su im iznimno zgodne. O. K, subjektivan sam kad su u pitanju Skandinavke, ali neka se zna da nisam jedini, spomenut ću da su do sada Islandanke tri puta proglašavane najljepšim ženama svijeta. Titulu Miss World više od Islandanki nose samo Indijke, Venezuelanke i UK-ejke. Imajte na umu da Islandanka ima samo 180.000.

Na Icelandu rade svi stanovnici (nezaposlenost je 3 %) i najčešće rade po više poslova odjednom. Učitelj ne prestaje raditi pod praznicima, škole se pretvaraju u hostele, a ravnatelji i profesori postaju recepcionari i konobari. Kuhanica, domaćica i spremačica (jedna osoba), u našem B&B popodneva provodi kao poštarcica.

Islandani se koriste patronimima. To su radili svi Skandinavci, ali su Danci, Švedani i Norvežani redom odustajali od toga. Islandani su ostali vjerni starom običaju. Djelatno se uz ime oca dodaje nastavak son za sina i dottir za kćer. Stoga u istoj obitelji mama, tata, brat i sestra imaju četiri različita prezimena.

Jedini suvrsli način kretanja otokom je iznajmljenim automobilom. Dobre dvotračne ceste idu oko otoka. Ima i 30 km autoceste kod Reykjavika. Mještani kažu da je u sezoni gužva, ja to nikako ne bih opisao tim riječima. Zapravo, promet je toliko rijedak da većinu vremena imate dojam da ste jedan od tri vozača na otoku. Ostalo vrijeme osjećate se kao da ste jedini vozač na otoku. Kad se mimoilaze, vozači se pozdravljaju srdačno kao naši planinari na Ziru. Ceste preko sredine Islanda su makadamske, a otvorene su samo preko ljeta, pa ako planirati prijeći središtem otoka, priuštite si terenac. Prešli smo 1.867 km, policiju nismo sreli. Zapravo nismo vidjeli policajca od ulaza u zračnu luku do povratka u nju. Najveća opasnost na cesti su ovce, koje ljeti slobodno lutaju poljima.

Ulaz u nacionalne parkove je sloboden, kao i za sve ostale atrakcije: gejzire, slapove, vulkane, jezera, ledenjake. Ponekad, i to iznimno, naplate vam parking i to je praktično jedini trošak osim hrane, smještaja i prijevoza. Najzanimljiviji je za posjete zapad i jug, iako ima predivnih krajolika i na drugim dijelovima otoka - ako imate više od tjedna za obilazak.

Vulkanske pješčane plaže, fantastični slapovi, dugački i široki, crni šljunak,

Svjetski poznati geotermalni izvori Blue Lagoon u Grindaviku. Iz dubine od dva kilometra vruća morska voda izlazi na površinu, usput se obogaćujući silikatima. Neopisiv doživljaj pacanja u mlječnoj slanoj vodi koja, usput, pomlađuje i lijeći sve bolesti od neplodnosti do hemoroida. Nakon tri sata namakanja izašao sam 11 godina mlađi. Za plodnost i hemoroide javit ću vam naknadno.

polja lave, krateri, visoki klifovi i neobične usamljene stijene, geotermalni izvori i gejziri, strmi obronci i odrezane visoravni, žarko zelena polja i sivo zapepeljene ravnice, snježni obronci i crni ledenjaci. Sve to reda se oko vas, a pažnja tek povremeno skrene prema ponekoj crkvici, usamljenoj farmi ili stadu konja. Jako su ponosni na svoje čupave dugogrive konje i najstrože paze na njihovu čistokrvnost. Kažu da postoji apsolutna zabrana dopreme bilo kojeg konja na Island.

Od životinja u prirodi su uglavnom ptice. Arktičke čigre su nekako stalno oko vas. Tupici (puffini) sreću se znatno rjeđe. Ta zdepasta ptica smiješnogleta, papagajskog kljuna, pingvinskog fraka i klaunske maske simbol je Islanda. Roni do 60 metara dubine!

Na otoku je obilje izvora i velikom većinom su vrući, a često i sumporni. U nekim od dvorišta hostela i hotela u kojima smo odsjedali bile su na raspolaganju gostima velike kade sa (pre) smrdljivom (pre)vrućom vodom. Ponekad smo mogli vidjeti da neki turist i koristi blagodat te ponude. Uglavnom ljudi s težim olfaktornim poremećajima izlazili su iz tih bazenčića cupkajući, kože boje kuhanih jastoga ili poslovničnih stražnjica jedne vrste primata. Ma dobro, priznat ću vam da sam u pretjeranoj želji da iskušam svaku glupost u životu i ja ušao u jednu od tih kada. Čvrsto začepljeno gospa. Na dvije sekunde. Do pola noge.

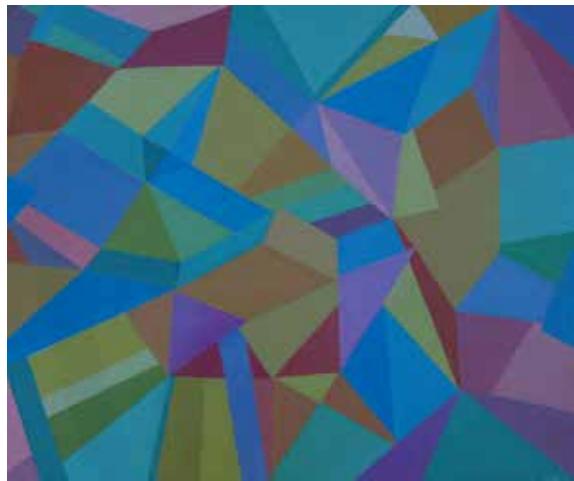
Gejziri su doživljaj za sebe. Geyzir je zapravo jedan jedini. Svi ostali na svijetu dobili su ime po njemu. Pravo ime mu je Veliki Geysir. On rijetko erumpira, zapravo spontano u poslijednje vrijeme uopće niti

ne izbacuje mlaz. Najjaču aktivnost imao je prije više od stoljeća, kada je spricao i preko 120 metara uvis. Ovih dana samo rijetko lagano uzdahne. Zapravo su aktivnosti gejzira ovisne o potresima, koji su na Islandu, naravno, vrlo, vrlo česti. Erupcija se može izazvati ubacivanjem sapuna u grotlo, što se znalo raditi za publiku na nacionalne praznike. Za razliku od Velikog Gejsira, pedesetak metara udaljeni gejzir Strokkur izbacuje mlaz svakih nekoliko minuta dvadesetak metara uvis. Ponekad i dva tri puta u nizu. Iako u trenutku erupcije voda mjeri 80 stupnjeva, kad padne rashladi se toliko da vas ne može opeći. Provjereno. Neoprezno sam si priušio da me gadno zalije.

Ledenjaci pokrivaju 10 % površine Islanda. Prije sedam tisuća godina pokrivali su cijelu otočnu površinu, ali su se prije dvije tisuća godina svi potpuno otopili. Šetnja po islandskim ledenjacima poseban je doživljaj, za nju su vam potrebne dereze i cepini, a ako se usudite pobjeći vodiču i ući u neku od rupa i plavih šipila, doživljaj je opako uzbudljiv i jednako prelijep. Provjereno.

Island je oku prekrasan, divlji, egzotičan, siguran i ugodno prazan. Ljudi su marljivi, srdačni, pristupačni, razgovorljivi i izvrsno govore engleski. Kažu da američki vojnici, kad se vraćaju kući nakon služenja na Islandu, govore engleski bolje nego kad su otišli na Island. Dobro mjesto za aktivan odmor i bijeg od ljetnih vrućina i gužve. Idealno za putovanje u četvero. Tople preporuke: uz toplu kapu i tople čarape. I uz kabanicu, naravno. ■

edo.toplak@zg.t-com.hr



Josip Rubes, dipl. slikar i liječnik, rođen je 1942. god. u Pavlovčanima nedaleko Jastrebarskog. Osnovno školovanje završio je u Jastrebarskom, a gimnaziju i Medicinski fakultet, specijalizaciju iz interne medicine te poslijediplomski studij iz dijabetologije u Zagrebu.

Od 1972. god. živi u Klokovcu kod Krapinskih Toplica i bio je zaposlen u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju. Od 2007. je u mirovini.

Slikarstvom se bavi od rane mladosti. Dolaskom u Hrvatsko zagorje inspiraciju nalazi u zagorskim krajobrazima te je otada naslikao više od tisuću krajobraza, pretežito u tehnici suhog pastela.

Josip Rubes

Od 1980. sudjelovao je na brojnim kolektivnim izložbama (oko 400) kao član likovnih udruga (HLDU Zagreb, Zlatarska paleta, HLD, Grupa 69, KUD Zlatko Baloković) i priredio više od 80 samostalnih izložaba u Hrvatskoj i inozemstvu.

O njegovom slikarstvu likovne kritike pisali su prof. Stanko Špoljarić, prof. Antun Bauer, prof. Milan Ilić, prof. Juraj Baldani, prof. Krešimir Bauer i prof. Vesna Kajić. Više puta o njegovom slikarstvu pisalo je u Liječničkim novinama te u Glasu Zagorja.

Organizator je likovnih izložbi u holu Specijalne bolnice u Krapinskim Toplicama i voditelj je skupine slikara pri KUD-u Zlatko Baloković.

Od 2008. god. uz pejsažno slikarstvo sve više slika apstraktnim stilom po uzoru na znamenitog američkog slikara Jacksona Pollocka, od kojeg je usvojio tehniku akcijskog slikarstva. Od 2016. se sve više bavi geometrijskom apstrakcijom.

Priredio je nekoliko samostalnih izložbi apstrakcija (Krapinske Toplice, Zagreb, Terme Tuhelj), a 2011. je sa skupinom hrvatskih slikara sudjelovao na izložbi u New Yorku.

Dvadesetak njegovih apstrakcija krasi sobe „Vila Magdalena“ u Krapinskim Toplicama. Odlaskom u mirovinu upisuje izvanredni studij slikarstva na ARTHOUSE – College of Visual arts u Ljubljani. Diplomirao je 2012. godine s temom diplomskog rada „Jackson Pollock i njegov utjecaj na Edu Murtića i moje vlastito djelo“. 2013. uvršten je u biografsku enciklopediju WHO IS WHO u Hrvatskoj, a 2016. uvršten je u Enciklopediju Hrvatskog zagorja. ▪



KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

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 обратити u Komoru, gdje. 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 u 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“.

Ultrazvučni pregled na srce i pluća - kako nadopuniti fizikalni pregled
Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 17.9.2020.-17.3.2021.
g. Mario Haban, br. tel: 099425751, e-mail: marjo.haba@agentius.hr

Samopregled dojke
Dom zdravlja Primorsko-goranske županije
Rijeka, 2.10.-13.11.2020.
gda. Karolina Čzerny, br. tel: 051666044, e-mail: info@domzdravlja-pgz.hr

Crveno oko
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 1.10.-31.12.2020.
gda. Maja Marzić, br. tel: 013866907, e-mail: info@e-medikus.com

Prikaz slučaja - Opstruktivna apnea u spavanju
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 1.10.-31.12.2020.
gda. Maja Marzić, br. tel: 013866907, e-mail: info@e-medikus.com

Prikaz slučaja - Sindrom suhog oka
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 1.10.-31.12.2020.
gda. Maja Marzić, br. tel: 013866907, e-mail: info@e-medikus.com

NUTRITIVNI STATUS BOLESNIKA U PERIOPERACIJSKOJ SKRBBI
Abbott Laboratories d.o.o.
Zagreb, 5.10.2020.
gda. Katarina Despot, br. tel: 0912333083, e-mail: katarina.despot@abbott.com

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP LIJEĆENJU BOLESNIKA TREĆE ŽIVOTNE DOBI - ULOGA NUTRTIVNE POTPORE
Abbott Laboratories d.o.o.
Zagreb, 5.10.2020.
gda. Katarina Despot, br. tel: 0912333083, e-mail: katarina.despot@abbott.com

Crijevni mikrobiom: vodič za liječnike obiteljske medicine
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 5.10.2020.
prim.dr.sc. Hrvoje Ivezković, br. tel: 0911849006, e-mail: hrvoje.ivezkovic@gmail.com

PLIVA ACS & HF Akademija Online 5
Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 6.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

THE SKIN BARRIER, A DYNAMIC ECOSYSTEM:
Acting On Root Causes For a Long-Term Efficacy -online simpozij
NAOS Adria d.o.o.
online, 6.10.2020.
gda. Koraljka Milakar, br. tel: 098429344, e-mail: koraljka.milakar@hr.naos.com

Hipertenzija nikad ne spava
SANDOZ d.o.o.
webinar, 6.10.2020.
g. Josip Perkov, br. tel: 012353111, e-mail: josip.perkov@sandoz.com

"Strategija liječenja respiratornog bolesnika"
SANDOZ d.o.o.
webinar, 6.10.2020.
gda. Ivana Zelić, br. tel: 012353111, e-mail: ivana.zelic@sandoz.com

Cingal, Monovisc, Orthovisc - stručni skup
VD Makpharm d.o.o.
webinar, 6.10.2020.
Veronika Begić Nožica, mag.pharm., br. tel: 0916310203, e-mail: veronika.begic@makpharm.hr

Igrajmo na sigurno - valsartan!
SANDOZ d.o.o.
webinar, 7.10.2020.
g. Joško Grbavac, br. tel: 012353111, e-mail: josko.grbavac@sandoz.com

"Jesmo li zaboravili na alergije u vrijeme epidemije COVID-19?"
SANDOZ d.o.o.
webinar, 7.10.2020.
g. Josip Barilar, br. tel: 012353111, e-mail: josip.barilar@sandoz.com

Plivina malá škola kardiologije i nefrologije
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 7.10.2020.
gda. Marina Teklić, br. tel: 0992678613, e-mail: marina.teklic@pliva.com

Recite NE boli
Krka - farma d.o.o.
Osijek, 7.10.2020.
gda. Ana Mihalić, br. tel: 0996094063, e-mail: ana.mihalić@krka.biz

Iskombinirajmo hipertenziju
SANDOZ d.o.o.
webinar, 7.10.2020.
g. Karlo Smiljan, br. tel: 012353111, e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

Dileme u neurologiji 2020 - online kongres
Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za EKG i kliničku neurofiziologiju
online, 7.10.-9.10.2020.
gda. Zdravka Poljaković, br. tel: 098237288, e-mail: zdravka.po@gmail.com
Iznos kotizacije: 1000,00kn

BIOSTATISTIKA KA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA - Modul II: Interpretacija rezultata istraživanja
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 8.10.2020.
Dr. Jelena Dimnjaković, br. tel: 014863316, e-mail: biostatistika@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

"Perioperativna obrada anemije"
SANDOZ d.o.o.
webinar, 8.10.2020.
gda. Sandra Milin, br. tel: 012353111, e-mail: sandra.milin@sandoz.com

PLIVA ACS & HF Akademija Online 6
Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 8.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

Recite NE boli
Krka - farma d.o.o.
Rijeka, 8.10.2020.
gda. Antonia Petrinic, br. tel: 0992658571, e-mail: antonia.petrinic@krka.biz

Dišemo li punim plućima?
SANDOZ d.o.o.
webinar, 8.10.2020.
g. Luka Radmanić, br. tel: 012353111, e-mail: luka.radmanic@sandoz.com

TJELESNA AKTIVNOST I PREHRANA U SPRJEČAVANJU I KONTROLI KRONIČNIH I ZARAZNIH BOLESTI
Zavod za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije
Drniš, 8.10.2020.
Suzi Vatavuk, dr.med., br. tel: 098276629, e-mail: suzi.vatavuk@zzjjz-sibenik.hr

Zajedno za kvalitetnije život naših bolesnika
Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu
webinar, 8.10.2020.
gda. Lovorka Tonsa, br. tel: 0993100221, e-mail: lovorka.tonsa-ljuba@krka.biz

51. godišnji stručno-znanstveni skup Hrvatskog pulmološkog društva HLZ-a
Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a
online, 9.10.-10.10.2020.
prim.mr.sc. Neven Miculinić, dr.med., br. tel: 0917923085, e-mail: nmicula@gmail.com
Iznos kotizacije: 1500,00kn

Divertikulitis

Hrvatski liječnički zbor - podružnica Sisak
Sisak, 9.10.2020.
g. Berislav Persoglia, br. tel: 044553114; 098445056,
e-mail: biblioteka@obs.hr

Javnozdravstveni dani: "Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici"

Nastavni zavod za javno zdravstvo Brodosko-posavske županije
Slavonski Brod, 9.10.2020.
Tamara Brežičević, dipl.soc.radnica, br. tel: 098502035,
e-mail: ovisnostib@gmail.com

PLIVA ACS & HF Akademija Online 7

Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 13.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

Javnozdravstveni dani: "ADHD izvan okvira"

Nastavni zavod za javno zdravstvo Brodosko-posavske županije
Slavonski Brod, 13.10.2020.
Tamara Brežičević, dipl.soc.radnica, br. tel: 098502035,
e-mail: ovisnostib@gmail.com

Jačanje imuniteta uz pomoć faktora prijenosa

Fargron Hrvatska d.o.o.
webinar, 14.10.2020.
gda. Vesna Marijanović Jukić, br. tel: 0916595779,
e-mail: vesna.marijanovic.jukic@fargon.hr

"Tlak naš svogačnji"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 14.10.2020.
g. Petar Bago, br. tel: 012353111, e-mail: petar.bago@sandoz.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim zatajivanjem - Titracijom do cilja"

Novartis Hrvatska d.o.o.
Split, 14.10.2020.
gda. Josipa Kadić, br. tel: 016274220, e-mail: josipa.kadic@novartis.com

"Hipertenzija i aterosklerozna"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 14.10.2020.
g. Silvije Marjanović, br. tel: 012353111, e-mail: silvije.marjanovic@sandoz.com

Obilježja lijeka Trulicity koja čine razliku

Eli Lilly (Suisse) S.A. predstavništvo u RH
Slavonski Brod, 14.10.2020.
g. Mario Dvorski, br. tel: 012350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Plivina mala škola kardiologije i nefrologije

Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 14.10.2020.
gda. Lucija Zeljko, br. tel: 0996091638, e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA - Modul III: Izbor statističkog testa

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 15.10.2020.
Dr. Jelena Dimnjaković, br. tel: 014863316, e-mail:
biostatistika@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

PLIVA ACS & HF Akademija Online 8

Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 15.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

Učinkovita kontrola dijabetesa i ekstraglikemijski dokazi lijeka Trulicity 15.10.2020.

Eli Lilly (Suisse) S.A. predstavništvo u RH
Zagreb, 15.10.2020.
g. Mario Dvorski, br. tel: 012350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com

"Valnorm i prijatelji"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 15.10.2020.
g. Bernard Krešić, br. tel: 012353111, e-mail: bernard.kresic@sandoz.com

Berlin-chemie ONLINE Akademija BOL i GIHT

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Online, 16.10.2020.
gda. Ivona Vukušić, br. tel: 0914550817, e-mail:
ivukusic@berlin-chemie.com

Med. pomognuta oplođnja: Razmjena iskustva iz dobre prakse Merck-ovim lijekovima Gonaf-f i Pergoveris

MERCK d.o.o.
Sotin, 19.10.2020.
prof.dr.sc. Sinisa Šijanović, dr.med, br. tel: 031512344,
e-mail: sinisa.sijanovic@gmail.com

PSIHJATRIJA INTERNA NEUROLOGIJA ZA LIJEČNIKE OBITELJSKE MEDICINE 2020.

Udruga PIN
Online, 19.10.-24.10.2020.
gda. Iva Simunić, br. tel: 016666850, e-mail: iva.simunic@btravel.pro
Iznos kotizacije: 1600,00kn

PLIVA ACS & HF Akademija Online 9

Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 20.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

Mjesto valsartana u liječenju hipertenzije

SANDOZ d.o.o.
webinar, 20.10.2020.
g. Slavko Žužul, br. tel: 012353111, e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

Jesu li hipertoničari subdozirani?

SANDOZ d.o.o.
webinar, 20.10.2020.
g. Josip Barilar, br. tel: 012353111, e-mail: josip.barilar@sandoz.com

"Hipertenzivni bolesnik s komorbiditetima"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 21.10.2020.
gda. Irma Prskalo, br. tel: 012353111, e-mail: irma.prskalo@sandoz.com

"Fiksna kombinacija ramipril/Amlodipin u suvremenom liječenju hipertenzije"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 21.10.2020.
g. Vladimir Čandrić, br. tel: 012353111, e-mail:
vladimir.candric@sandoz.com

"Jesenske aktivnosti u ordinaciji ORL"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 21.10.2020.
g. Ivan Antić, br. tel: 012353111, e-mail: ivan.antic@sandoz.com

Zaštita zdravlja na radu - uredski poslovi, propisi, rad od kuće, primjeri dobre prakse

Hrvatska udjura za zdravo radno mjesto
Zagreb, 22.10.2020.
gda. Gorana Lipnjak, br. tel: 0959860722, e-mail:
glipnjak@gmail.com
Iznos kotizacije: 700,00kn

PLIVA ACS & HF Akademija Online 10

Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 22.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

Anemija – kada željezo, a kada transfuzija?

SANDOZ d.o.o.
webinar, 22.10.2020.
g. Josip Barilar, br. tel: 012353111, e-mail: josip.barilar@sandoz.com

XXXII. Neonatologija 2020.

Katedra za pedijatriju, Medicinski fakultet online, 22.10.2020.
prof.dr.sc. Boris Filipović-Grčić, br. tel: 0981759087,
e-mail: boris.filipovicgrcic@gmail.com
Iznos kotizacije: 500,00/200,00kn

ZOOZNE I BOLESTI KOJE SE PRENOSE VEKTORIMA U KONTEKSTU "JEDNOG ZDRAVLJA"

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Veterinarski fakultet u Zagrebu, Hrvatski veterinarski institut uz potporu WHO, HRZR - projekt CRONEUROARBO Zagreb, 22.10.-23.10.2020.
gda. Tatjana Vilibić Čavlek, br. tel: 4863238/0989641-935, e-mail: tatjana.vilibic-cavlek@hzjz.hr

CERTAIN

Medicinski fakultet u Rijeci
Rijeka/online, 23.10.2020.
gda. Petra Wolf Žiković, br. tel: 0915139755, e-mail:
kabinet.vjestina@gmail.com

Zajedno za zdravlje; Polivaskularni bolesnik u fokusu - MREŽNI SEMINAR

Krka - farma d.o.o.
Osijek, 23.10.2020.
gda. Tena Gikić, br. tel: 0993960063, e-mail: tena.gikić@krka.biz

Poslijediplomski tečaj I. kategorije Poremećaji raspolaženja

Klinika za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice Zagreb, 23.10.-24.10.2020.
gda. Grozdana Matulin, br. tel: 013787610, e-mail:
grozdana.matulin@kbcsm.hr
Iznos kotizacije: 2000,00kn

OBILJEŽAVANJE SVJETSKOG DANA MIJELODIPLASTIČNOG SINDROMA

Hrvatska udruga leukemija i limfomi Zagreb, 25.10.2020.
g. Dražen Vincek, br. tel: 098310488, e-mail: udurga.hull@zagreb@gmail.com

PLIVA ACS & HF Akademija Online 11

Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 27.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

"Zaštite kardiovaskularni sustav valsartanima"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 27.10.2020.
gda. Dženita Šola, br. tel: 012353111, e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

Jesu li sve hipertenzije regulirane?

SANDOZ d.o.o.
webinar, 28.10.2020.
gda. Petra Lešin, br. tel: 012353111, e-mail: petra.lesin@sandoz.com

PLIVA ACS & HF Akademija Online 12

Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 29.10.2020.
g. Matej Herceg, br. tel: 0992530320, e-mail: matej.herceg@pliva.com

Hitna i intenzivna medicina

Stručno društvo HDHIM HLZ-a
Virtualni program, 13.11.-14.11.2020.
prof.dr. Vladimir Gašparović, br. tel: 098276388, e-mail:
vgasparovic@gmail.com

Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015-2030 FUTUR Z

Hrvatsko društvo za poslovnu etiku i zdravstvenu ekonomiku
Virtualni kongres, 27.11.-28.11.2020.
gda. Ana Vugrinović, br. tel: 016057483, e-mail:
futur-z@bantours.hr
Iznos kotizacije: 250,00-500,00kn

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA - Modul I: KVANTITATIVNA I KVALITATIVNA ISTRAŽIVANJA U MEDICINI

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 3.12.2020.
Dr. Jelena Dimnjaković, br. tel: 014863316, e-mail:
biostatistika@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

Osnove znanstvenog istraživanja

Hrvatska kuća mozga
Zagreb, 7.12.-11.12.2020.
g. Filip Derke, br. tel: 098585060, e-mail: mozak@mozak.hr
Iznos kotizacije: 500,00kn (400,00kn za grupe polaznika)

Croatian Student Summit 16

Studentenski zbor - Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 9.12.-12.12.2020.
gda. Dora Cesarec, br. tel: 0915268959, e-mail: dora.cesarec@gmail.com
Iznos kotizacije: Studentima fakulteta kotizacija je besplatna, "Early bird" 375,00 kn, "Late bird" 525,00 kn i "Poster session ticket" 190,00 kn, a za mlade liječnike kotizacija iznosi 225,00 kn

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA - Modul II: Interpretacija rezultata istraživanja

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 10.12.2020.
Dr. Jelena Dimnjaković, br. tel: 014863316, e-mail:
biostatistika@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA - Modul III: Izbor statističkog testa

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 17.12.2020.
Dr. Jelena Dimnjaković, br. tel: 014863316, e-mail:
biostatistika@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

„Važnost cijepljenja i prilagodba terapije za osobe sa šećernom bolešću tijekom COVID-19 pandemije“

Hrvatsko društvo za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a
Zagreb, 16.-17.10.2020.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

„87. dani dijabetologa“

Hrvatsko društvo za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a
Zagreb, 20.-22.11.2020.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

