

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

GODINA XX

BR. 194 STUDENI 2020.

LIJEČNIČKE novine

VUKOVAR, GDJE DUNAV LJUBI NEBO - 29 GODINA POSLIJE

LIJEČNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

IZDAVAČKI SAVJET

Alen Babacanli, dr. med. • Prim. Ines Balint, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med.
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Marija Rogoznica, dr. med. • Vesna Štefančić Martić, dr. med.
Prim. Boris Ujević, dr. med. • prof. dr. sc. Davor Plavec, 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 Mrzljak, dr. med.
Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med.
Prim. Matija Prka, dr. med. • Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Prof. dr. sc. Livia Puljak, dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med.
Ksenija Vučur, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

OGLAŠAVANJE

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

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlk.hr

Pretplatnička služba

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 5. listopada 2020.

LIJEČNIČKE NOVINE

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

IZDAVAČ

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

NASLOVNICA

"Vukovar, gdje Dunav ljubi nebo - 29 godina poslije"
Autor fotografije Goran Kondža

4 UVODNIK

Naš poziv je liječenje ljudi, a ne donošenje odluke tko ima pravo živjeti

6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Etika „novoga normalnog“ i dalje ima ljudska obilježbe

8 RAZGOVOR

Prof. dr. Radovan Fuchs

12 TEMA BROJA

Što smo naučili tijekom pandemije COVID-19?

17 KRONOLOGIJA

Koronavirus u Hrvatskoj

20 IZ KOMORE

Obnovite svoju licenciju • Donacija zaštitnih vizira studentima medicine • Dopunsko zdravstveno u 2021. • Podrška liječnicima KB-a Dubrava • Vukovarski vodotoranj • Najbolja fotografija Program „Pravo u medicini“ • Osuda izljeva mržnje Novi model rada Središnjeg ureda • Uključiti zdravstveno osoblje s burze • Natječaj za godišnje nagrade • Pregled aktivnosti u listopadu

33 KOMORIN STIPENDIST

Doc. dr. sc. Neven Baršić, dr. med.

37 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Dugovi veledrogerijama • Izobrazba za rad u JIL-u Nataša Ban Toskić nova predsjednica KoHOM-a • Kongres KoHOM-a online • Odbijanje transfuzije • Algoritmi u GI endoskopiji i UZV-u • Psihoonkologija • Svjetski dan polija Međunarodni dan svjesnosti o mucanju • Kongres kardiovaskularne radiologije nefrologa u HLZ-u

52 IZ SVIJETA

Novi nobelovci • SAD izlazi iz SZO-a

55 GOST UREDNIK

58 COVID-19

Znanstveni konsenzus o COVID-19 • Vitamin D i COVID-19 Liječenje COVID-19 • Posao epidemiologa • Kako SARS-CoV-2 napada stanicu • Webinar o COVID-19 • COVID-19 u Hrvatskoj

72 PRIKAZI SLUČAJA

78 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

84 SALUTOGENEZA

87 PRIKAZ KNJIGE

90 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE

92 ŽENE U MEDICINI

94 ETIKA

97 PUTOPIS

104 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Naš poziv je liječenje ljudi, a ne donošenje odluke tko ima pravo živjeti



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ
predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Pandemija COVID-19 zasigurno će obilježiti cijelu ovu godinu, a samo se možemo nadati da neće i sljedeću, 2021. Već devet mjeseci primamo sve moguće informacije o virusu, pandemiji, testiranjima, kontaktima, lijekovima, epidemiološkim mjerama, kapacitetima zdravstvenog sustava, respiratorima, brojevima hospitaliziranih i umrlih. Slušamo također o ostalim bolestima u doba pandemije, o zloćudnim bolestima, drugim

akutnim stanjima, listama čekanja, preventivnim programima, dostupnosti zdravstvene zaštite, prenapregnutosti dijelova sustava. Nadalje, značajan dio nas liječnika, ali i naših suradnika drugih zdravstvenih profesija, već je obolio, dio nažalost i s težom kliničkom slikom, a neki se upravo liječe na COVID-19 odjelima ili jedinicama za intenzivno liječenje oboljelih od COVID-19. Želimo im brz i uspješan oporavak. Nadajmo se samo da nitko od oboljelih kolega neće umrijeti.

Prije otprilike mjesec dana, početkom listopada, broj hospitaliziranih zbog COVID-19 u Hrvatskoj bio je oko 300, a broj onih koji su trebali mehaničku ventilaciju oko 25. U samo mjesec dana broj se bolesnika u bolnicama upeterostručio, a broj bolesnika na respiratoru se povećao za čak šest puta! Vjerujem da nitko od nas u svojoj karijeri nije svjedočio ovakvim brojevima, odnosno ovakvom enormnom povećanju tih brojeva u tako kratkom roku. Ova kriza je doista najveća kriza od Domovinskog rata, poglavito u zdravstvenom sustavu. Nikada od tada nismo bili prisiljeni prenamijeniti objekte koji nisu zdravstvene namjene u mjesta za liječenje ljudi. No, kako god dobro pripremili

neki objekt, dvoranu ili šator u tu svrhu, treba reći da to nikako nisu bolnice i ne mogu se tako shvatiti. Naravno, osim samih objekata najvažniji resurs su ljudi, liječnici i ostali zdravstveni djelatnici, koji trebaju pružati skrb oboljelima.

Kao što uglavnom već znamo, sustav testiranja, traganja za kontaktima i njihova izolacija ključan su alat u borbi s pandemijom. Posljednjih tjedana svjedočimo velikom dnevnom broju novozaraženih, ali još su dva parametra jako važna. Postotak pozitivnih među testiranimima i postotak novozaraženih koji dolaze iz samoizolacije. Nažalost, posljednjih je tjedana postotak pozitivnih među testiranimima u Hrvatskoj oko 25 - 30 %, što je pet do šest puta više od postotka koji se smatra gornjom granicom dobrog nadzora nad epidemijom. Što se tiče postotka novozaraženih koji dolaze iz samoizolacije, to je sada u manje od četvrtine ukupnog broja dnevno testiranih. To znači da nam velika većina pozitivnih sugrađana nije prije toga bila izolirana, nego su se slobodno kretali i širili zarazu niti ne sumnjajući da su možda bili u bliskom kontaktu sa zaraženom osobom. Možemo zaključiti da nam je sustav traganja za kontaktima bitno narušen

i ne ispunjava više svoju najvažniju funkciju. Hrvatska je u vrhu država EU-a po broju novozaraženih, a istovremeno je među tri najliberalnije države po postojećim mjerama! Kakva se poruka šalje našim sugrađanima na taj način? Poruka da je sve u redu? Poruka da je situacija pod kontrolom? Zasigurno ne bismo željeli da naši sugrađani olako shvate sadašnje stanje.

Upravo osjećajući odgovornost i obvezu prema zdravstvenim sustavu, pacijentima i društvu u cjelini, šest krovnih liječničkih organizacija i udruga uputilo je dana 2. studenog 2020. Vladi RH zahtjev za uvođenjem strogih epidemioloških mjera. Stroge mjere trebalo bi uvesti sada upravo kako bismo izbjegli potpuno zatvaranje, tj. *lockdown*, i policijski sat. Jer, u protivnom, bojimo se da će doći do značajnog preopterećenja zdravstvenog sustava, a time i do toga da potpuno zatvaranje postane neminovnost. Liječnička komora, HLS, KOHOM, HUBOL, Infektološko i Epidemiološko stručno društvo HLZ-a tražili su da se hitno organizira učinkovit sustav praćenja kontakata pomoću pozivnih centara u kojima treba zaposliti zdravstvene i nezdravstvene djelatnike sa Zavoda za zapošljavanje. Nadalje, tražili smo povećanje broja testiranja, jer je opsežno testiranje jedan od osnovnih alata za suzbijanje epidemije. Također smo tražili da se donese plan strogih epidemioloških mjera, s jasnim kriterijima (tzv. semaforom) za uvođenje ili ukidanje svake mjere u narednom razdoblju, ovisno o kretanju glavnih brojčanih pokazatelja, poput

planova koje su donijele mnoge europske vlade. Sve to zajedno trebalo bi rezultirati smanjenjem širenja zaraze te slabljenjem pritiska na naš zdravstveni sustav.

Dio kolega, struke i građana može ovaj zahtjev smatrati nepotrebnim, pretjeranim, čak paničnim. Može ga doživjeti kao nekakvo traženje alibija, kao želju za javnim eksponiranjem. Netko će možda reći da se radi o politikantstvu, da se time potkopava povjerenje građana u institucije, da se želi destabilizirati sustav. Ljudi imaju pravo na svoje mišljenje, a kolege koji su ujedno u politici vjerojatno tako zaključuju iz primarno političkog kuta gledanja. No, iza ovog zahtjeva stoje krovna izvršna kolegijalna tijela Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog sindikata, Hrvatske udruge bolničkih liječnika, Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, Hrvatskog društva za infektivne bolesti HLZ-a i Hrvatskog epidemiološkog društva HLZ-a. Dakle zahtjev supotpisuje 70-ak liječnika članova tih izvršnih ili upravnih tijela. Tvrditi da su tih 70 kolega koji obnašaju visoke dužnosti u spomenutim udrugama politikanti željni pet minuta slave, da su ljudi koje traže alibi (za što?), da se radi o ambiciji za javnim eksponiranjem ili željom za destabilizacijom nelogično je, netočno i nekorektno.

Dio javnosti pak uporno ponavlja da se u ljetnom razdoblju moglo napraviti više, da se trebalo pripremiti bolje, da se moglo učiniti ovo ili ono. Zasigurno se moglo nešto više organizacijski napraviti u pripremi suzbijanja ovoga jesenskog vala, ali inzistiranjem samo na takvoj raspravi o tome što se

moglo, a nije se učinilo, nikako ne pridonosi aktualnoj borbi s epidemijom. To je kao da gledajući s obale kako nadolazi velik plimni val, energiju i vrijeme trošite na raspravu zašto prethodno nije izgrađena odgovarajuća brana, umjesto da pokušate napraviti priručna plovila kako bi spasili što više života. Komora je stoga sve ovo vrijeme vrlo konstruktivna i izlazi s konkretnim prijedlozima, idejama i preporukama za koje smatramo da mogu unaprijediti aktualni hrvatski odgovor na korona-krizu te položaj liječnika u njemu. Kolege s pravom postavljaju pitanje hoćemo li doista i u Hrvatskoj doživjeti scenarij za koji se nikada nismo školovali. Naime, s ovakvim rastom brojeva može se već za mjesec dana dogoditi da neće biti dovoljno respiratora ili kreveta u intenzivnim jedinicama za sve koji to trebaju. Liječit ćemo svoje pacijente i u takvim uvjetima. Činit ćemo to predano, odgovorno i najbolje moguće. No, hoće li nam se dogoditi da trebamo odlučivati tko će od pacijenata imati izgleda za preživljenje, a tko ne? Nadam se da neće. Ako ipak do toga dođe, želimo prethodno imati jasan odgovor s vrha o načinu postupanja u takvom slučaju. A ne da kliničar, odjelni liječnik, kao pojedinac i najniži u hijerarhiji, bude ostavljen potpuno sam u takvoj situaciji, ali i poslije nje na vjetrometini svih mogućih medicinskih, etičkih ili pravnih posljedica takvog postupka i odluke.

Naš poziv je liječenje ljudi, a ne donošenje odluke tko ima pravo živjeti.

Etika „novoga normalnog“ i dalje ima ljudska obilježja

Znanje i trajno obogaćivanje znanja novim spoznajama trebali bi voditi k razvoju najuzvišenijih vrijednosti, uključujući i moralne. No u stvarnom životu, baš kao i u snovima, znanja katkad obrađuju neki čudni umovi, pa rezultati stvaraju kaotičan košmar. Stoga nije iznenađujuće da se ponekad veliki umovi prepuštaju sasvim prizemnim instinktima, zlorabeći stečena znanja za monstruozne konstrukcije. Drugima pak stjecanje znanja nikada nije pomoglo obuzdati svoje karakterne slabosti, što ih je spriječilo da dođu do humanističkih spoznaja.

Aktualna pandemija nameće nova pravila, naizgled strana kreposnom ponašanju. Izbjegavati druge ljude, čak i najrođenije, osobito starije, odgajati djecu da ne diraju drugu djecu, ne dijele igračke i baš stalno peru ruke, što kraće pregledavati pacijente, a „uživo“ baš kad se mora, nije baš bonton „staroga normalnog“. Ipak, takve su preporuke na snazi, a na nama je da razumom izgradimo primjerene etičke norme prisposodobive zapravo uvijek istim moralnim načelima – poštovanju drugih i sebe, njihovog i svoga zdravlja i blagostanja. U „mirnodopskim“ uvjetima puno smo bliži idealu duševnog i tjelesnog zdravlja ili barem ravnoteže, dok u sadašnjim okolnostima težimo izbjegavanju rizika od bolesti, a manje nam je važno koliko smo trenutačno sretni. Nažalost, tek je svladavanje ove pandemije preduvjet za novu normalnu (ne „novu normalnu“) budućnost i prva je etička norma da to ne smijemo ignorirati. Sva žrtva koju podnosimo radi toga cilja dio je najbržeg puta do istoga cilja. Sve posljedice takve etičnosti, psihičkih uznemirenosti, socijalnih uskrata i raznih odricanja, manja su cijena u odnosu na živo blato koje nam prijete. Iz proteklog osmomjesečnog iskustva čini se da su kršenja novih etičkih normi bila ili jesu nepoštovanje nošenja maski,



neizbjegavanje bliskih kontakata i druženja, nepridržavanje mjera samoizolacije, neprijavlivanje kontakata, ali, s druge strane, katkad i neizvršavanje poslova koji bi se mogli i morali obavljati unatoč virusnoj opasnosti.

Danas osobito dolazi do izražaja profesionalnost i stručnost pa unatoč demokratskom pravu na vlastito mišljenje i unatoč velikom općem neznanju o ovoj virusnoj opasnosti, velika je razlika među raznim neznanjima i ta se razlika temelji na znanju. Nitko više ne misli npr. da je vlastito mišljenje da se Zemlja ne okreće oko Sunca uopće mišljenje pa bismo tako trebali kategorizirati i razna „mišljenja“ temeljena na elementarnom neznanju u vezi s pandemijom COVID-19. Etično bi bilo službene preporuke i obavijesti prepustiti profesionalcima, jer je njihovo neznanje u ovom području ipak najmanje. Intelktualni angažman oko političkih rješenja ove krize ipak bi trebao počivati na točnim premisama. A one se ne uče niti preko noći, niti brzim tečajevima niti kavanskim razmjenama pameti. Pa ni medijskima. Već cjeloživotnim fokusiranim učenjem i iskustvom.

Isto bi tako bilo nadasve etično kad bismo ishode naših djelovanja usmjerili odgovoru na pitanje „Koji kratkoročni a koji dugoročni cilj želimo postići?“. Pa bismo slijedom razmišljanja shvatili da je i kratkoročno i dugoročno planiranje neizostavan dio etičnog postupanja. U gotovo svakoj ozbiljnijoj (i državnoj) instituciji postoji odjel za plan i analizu i rado bih saznala što je u planu. U Lancetu je nedavno objavljen konsenzus znanstveni stav Svjetske zdravstvene organizacije o pandemiji COVID-19. Izdvojila bih dio naslova „we need to act now“ i važan dio teksta koji se odnosi na opravdanost proljetnog *lockdowna*: „Iako je *lockdown* značajno poremetio duševno i tjelesno zdravlje kao i ekonomiju, ovi su učinci bili gori u zemljama koje nisu bile u stanju iskoristiti vrijeme tijekom i nakon *lockdowna* za uspostavljanje učinkovitog sustava nadzora nad pandemijom.“ U mom je svjetonazoru ovakvo planiranje kategorički imperativ, baš kao i disciplina. Jesmo li propustili priliku da se svrstamo u bolji dio svijeta?

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

UZ PBZ LEASING LAKŠE DO NOVOG AUTOMOBILA I MEDICINSKE OPREME

Razmišljate o novom automobilu ili nabavljate potrebnu medicinsku opremu? Napravite prvi korak i istražite uvjete PBZ financijskog leasinga. Članovi Hrvatske liječničke komore imaju mogućnost povoljnijih uvjeta financiranja nabave automobila i medicinske opreme putem PBZ financijskog leasinga u eurima uz promjenjivu kamatnu stopu od 3,50% godišnje, uz minimalno 20% učešća, bez naknade za odobrenje, uz rok otplate do 6 godina.

U PBZ poslovnica imate mogućnost podnošenja zahtjeva za odobrenje financijskog leasinga za nabavu automobila i medicinske opreme, koju vam nudi Privredna banka Zagreb d.d. kao posrednik u procesu zahtijevanja financijskog leasinga u ime i za račun PBZ-LEASINGA d.o.o., kao davatelja leasinga.

Za više informacija posjetite www.pbz-leasing.hr.

Reprezentativni primjer ukupnih troškova za financijski leasing vozila

Vrsta financijskog leasinga vozila	Uz jamca	Uz kasko policu s osiguranim rizikom totalne štete i krađe
Valuta leasinga	EUR	EUR
Vrijednost vozila (bruto)	12.000,00	12.000,00
Učešće (20%)	2.400,00	2.400,00
Iznos financiranja	9.600,00	9.600,00
Rok otplate	60 mjeseci	60 mjeseci
Promjenjiva kamatna stopa (3,998+ 3 mj. Euribor) ¹	3,50%	3,50%
Efektivna kamatna stopa (EKS)	3,74% ²	5,49% ³
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	910,80	910,80
Mjesečni obrok	173,88	173,88
Ukupan iznos za otplatu	10.460,80 ⁴	10.460,80 ⁴
Iznos otkupa	50,00 ⁵	50,00 ⁵

¹ Kamatna stopa definira se kao zbroj fiksnog dijela uvećanog za 3m EURIBOR koji za razdoblje od 110. do 31.12.2020. iznosi -0,4980%. Rizik promjene kamatne stope ovisi o promjenjivom parametru kamatne stope. Promjena kamatne stope ovisi o kretanju 3 mjesecnog EURIBOR-a koji se utvrđuje ovisno o ponudi i potražnji za novcem na međunarodnim novčanim tržištima i nije pod utjecajem kretanja na hrvatskom financijskom tržištu, već pod utjecajem međunarodnih financijskih tokova. Primatelj leasinga ugovaranjem promjenjive kamatne stope te prihvaćanjem Općih uvjeta poslovanja PBZ-LEASINGA, u poslovanju s fizičkim osobama prihvaća i rizik promjene promjenjive kamatne stope uslijed promjene 3 mjesecnog EURIBOR-a tijekom trajanja ugovornog odnosa.

² EKS je izračunat uz navedeni iznos financiranja, rok otplate i predviđenu interkalarnu kamatu. U izračun EKS-a nisu uključeni troškovi tehničkog pregleda, registracije i troškovi polica obveznog i kasko osiguranja.

³ EKS je izračunat uz navedeni iznos financiranja, rok otplate i predviđenu interkalarnu kamatu te predviđeni trošak kasko osiguranja s osiguranim rizikom totalne štete i krađe koji iznosi 0,8% od vrijednosti objekta leasinga. U izračun EKS-a nisu uključeni troškovi tehničkog pregleda, police obaveznog osiguranja i registracije.

⁴ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice te kamate obračunate do dospijeća, a koje korisnik leasinga plaća do konačne otplate leasinga, uz kamatnu stopu od 3,50% godišnje. Ukupan iznos za otplatu sadrži predviđenu interkalarnu kamatu budući da ista ovisi o datumu isplate dobavljaču za kupovinu objekta leasinga.

⁵ Otkupna vrijednost predstavlja iznos dijela ukupne vrijednosti objekta leasinga koja je u trenutku izvršenja opcije kupnje manja od stvarne vrijednosti objekta leasinga. Uplatom otkupne vrijednosti, primatelj leasinga, stječe pravo prenošenja vlasništva na objektu leasinga na svoje ime.

Radi konstantnog mijenjanja tečaja i varijabli koje utječu na iste postoji tečajni rizik. Tečajni rizik predstavlja neizvjesnost vrijednosti domaće valute u odnosu na vrijednost strane valute radi promjene deviznog tečaja. Promjena tečaja može realno smanjiti ili povećati odnos vrijednosti dviju valuta, a samim time i iznos ugovorene veličine obveza. Stoga je moguća promjena iznosa ugovorne obveze u kunama nastala uslijed promjene tečaja. Leasing se isplaćuje po prodajnom tečaju PBZ-a na dan odobrenja leasinga, a otplata se obavlja po prodajnom tečaju PBZ-a na dan dospijeća. Prije sklapanja ugovora o leasingu PBZ-LEASING d.o.o. uručit će klijentu „Otplatni plan“ s iskazanom efektivnom kamatnom stopom te obrazac o informacijama o leasingu s jasno iskazanim svim bitnim elementima te ukupnim iznosom za plaćanje.

Posebna ponuda uvjeta PBZ-Leasinga za članove Hrvatske liječničke komore navedena u ovom oglasu vrijedi do 31.12.2020.



PBZ LEASING

www.pbz-leasing.hr

ZAGREB, Radnička cesta 44 • tel: 01 63 63 606, fax: 01 63 63 598

PULA, Šijanska 1b • tel: 052 652 290, fax: 052 224 241

PBZ LEASING D.O.O. • e-mail: info@pbz-leasing.hr

SPLIT, Ulica slobode 7 • tel: 021 421 292, fax: 021 421 279

OSIJEK, Ulica Republike Hrvatske 33 • tel: 031 431 220, fax: 031 297 868

RIJEKA, Đure Šporera 3 • tel: 051 751 250, fax: 051 751 253

ZADAR, Zagrebačka 3 • tel: 023 223 086, fax: 023 224 637

Ovaj oglas je informativnog karaktera i ne predstavlja obvezujuću ponudu za PBZ-LEASING d.o.o.

MINISTAR ZNANOSTI I OBRAZOVANJA U VLADI REPUBLIKE HRVATSKE

prof. Radovan Fuchs

Svako malo s nestrpljenjem očekujemo upute o načinu na koji će se odvijati nastava u hrvatskom obrazovnom sustavu na svim razinama. Nikome nije lako, ni učenicima, ni studentima, ni nastavnicima, ni roditeljima, ni onima koji donose odluke. O nezavidnim aktualnostima razgovarali smo s Ministrom znanosti i obrazovanja u Vladi Republike Hrvatske prof. Radovanom Fuchsom

Razgovarala
prof. LADA ZIBAR

► **Nesretna su vremena pandemije novoga koronavirusa i nedavnog potresa u Zagrebu, nezahvalno vrijeme za preuzimanje dužnosti prvoga u državi za pitanja školstva. Koja je bila Vaša vizija nastupa juče školske i akademske godine u ovim okolnostima kada ste prihvatili ovu odgovornu poziciju?**

Sve dok vjerujem da svojim znanjem i iskustvom mogu dati doprinos sustavu, to ću i činiti. Ova je godina po mnogo čemu izazovna i nimalo uobičajena, resor obrazovanja nije iznimka u odnosu na cjelokupnu situaciju. Morali smo sve pripremiti na vrijeme i trebalo je donositi određene odluke u danom trenutku na temelju informacija koje smo tada imali, odnosno predvidjeti što više mogućih scenarija, pratiti stručnu i znanstvenu literaturu kao i iskustva drugih zemalja. Upravo zato smo uključili niz stručnjaka, prije svega epidemiologe

s kojima smo bili u svakodnevnoj komunikaciji. Bilo je iznimno važno da se epidemiolozi koji definiraju mjere upoznaju s problematikom koja vlada u školama i u razredu. Jer najjednostavnije je reći da treba poštivati udaljenost od dva metra, no u mnogim razredima to nije ostvarivo. Mislim da smo do sada uspjeli sustav držati pod dobrim nadzorom, primijenjene mjere i organizacija u obrazovnim institucijama pokazuju da one nisu postale „epidemiološke bombe“ kako su to neki predviđali, već da u načelu nema horizontalne transmisije virusa unutar škola.

► **Ima li već istraživanja koja mogu procijeniti posljedice na ishode učenja u tzv. „prolaznom vremenu“ zbog promjena u načinu održavanja nastave?**

Pokazalo se da učenici imaju određene „rupe“ u gradivu i da su prvi tjedni nastave u kojima je bilo predviđeno ponavljanje gradiva bili iznimno važni. Da se razumijemo, nastava online bila je najbolje rješenje u uvjetima lockdowna kada je cijeli sustav stao. Naravno da nije idealno rješenje jer se pokazuje da djeca

nisu usvojila sve potrebne ishode, ali, ono što je još važnije, to je da je školsko okruženje prirodno okruženje ključno za razvoj i osobni integritet djece i učenika u kojem se oni osjećaju najbolje. Imamo niz drugih mjera koje se mogu primijeniti prije zatvaranja škola, a dat će bolji učinak. Zatvaranje škola daje najlošiji učinak na smanjenje zaraze i najveću štetu učenicima. Što se samih ishoda učenja tiče naložili smo Nacionalnom centru za vanjsko vrednovanje da pristupi izradi standardiziranih testova na nacionalnoj razini kojim bi se provjeravalo znanje učenika za početak 5. i 8. razreda, a koji bi pisali svi učenici u svim školama u Hrvatskoj.

► **Bilo bi zanimljivo usporediti ratnu 1991./1992. i ovo vrijeme. Tada nije bilo tehnologije koja ipak omogućuje neprekinutu nastavu. Koliko je na ovaj način moguće organizirati cijeli sustav? Jesu li nastavnici bili pripremljeni i prilagođeni?**

Bilo je važno reagirati na vrijeme, uključiti sve dionike i dobro osmisliti mjere za povratak učenika u škole. Brzina djelovanja pokazala se iznimno važnom te razgovor sa svima



na koje će se te mjere odnositi. Pandemija zasigurno spada u kategoriju izvanrednih situacija na koje nikada ne možete biti sto posto spremni. Međutim, kao što ste rekli, škole se nisu zatvarale ni tijekom ratnih vremena. Tada smo imali mnogo izbjeglica, cijela mjesta i gradove pod opsadom i više-mjesečnim granatiranjem, ali čini se da je nekako bilo lakše organizirati nastavu bilo u podrumima ili u izbjeglištvu. Neprijatelj je bio znan i dobrim dijelom vidljiv. Sada imate virus kao znanog ali nevidljivog neprijatelja, no morate funkcionirati i u takvim okolnostima. Ključna je podrška i razumijevanje svih dionika te odgovorno ponašanje u školi i izvan nje. Kontinuirano pružamo i podršku nastavnicima, za škole smo još krajem kolovoza otvorili poseban pozivni centar, a u posao oko pripreme videolekcija uključili smo i savjetnike iz Agencije za odgoj i obrazovanje, dok je za tehničku podršku zadužen CARNET. Kako bismo ostvarili usku suradnju s epidemiološkom službom i obrazovnim sustavom, odnedavno je dr. Ivana Šimetin Pavić, inače Zamjenica ravnateljica Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, imenovana Posebnom savjetnicom mini-

stra u Ministarstvu znanosti i obrazovanja i to se pokazalo jako dobrom odlukom jer zajednički pratimo epidemiološku situaciju u području obrazovanja, dogovaramo korake i donosimo preporuke.

► **Uvjeti rada na Medicinskom fakultetu u Zagrebu ugroženi su i nedavnom potresom. Što se i koliko poduzelo u popravku nastradalih objekata?**

Vlada RH je u suradnji sa stručnjacima Svjetske banke i Građevinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu podnijela prijavu Fondu solidarnosti Europske unije u kojoj je prijavljen ukupan iznos fizičke štete nastale od potresa u iznosu od 86 milijardi kuna. Prema posljednjim informacijama, iz Fonda solidarnosti očekuje se iznos od 5 milijardi kuna, a dodijeljena sredstva pomoći moći će se koristiti i za obnovu visokih učilišta. Dodatno, ugovoren je i zajam Svjetske banke iz kojeg će se osigurati sredstva za obnovu bolnica i ustanova iz područja obrazovanja i znanosti u iznosu od oko milijardu kuna, a obnova od potresa prijavit će se i kao jedna od investicija za financiranje iz Mehanizma za oporavak i otpornost, iz kojega Hrvatska

očekuje oko 67 milijardi kuna. Učinit ćemo maksimalne napore kako bi se svi oštećeni objekti što prije stavili ne samo u funkciju, već kako bi se pristupilo cjelovitoj obnovi. U tom smislu smo u neposrednoj suradnji i dogovorima s dekanom Medicinskog fakulteta prof. dr. Klaricom.

► **Kakav je Vaš stav u vezi s novim medicinskim fakultetima koji su u nastajanju, u Puli, na Katoličkom sveučilištu i u Varaždinu?**

U provedenom postupku inicijalne akreditacije, na temelju Akreditacijske preporuke Agencije za znanost i visoko obrazovanje, uz prethodno mišljenje Akreditacijskog savjeta Agencije, te prethodno odobrenje Nacionalnog vijeća za znanost, visoko obrazovanje i tehnološki razvoj, Hrvatskom katoličkom sveučilištu Ministarstvo znanosti i obrazovanja je u lipnju izdalo dopusnicu za izvođenje integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija Medicina. Za integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Medicina Sveučilišta u Puli, Nacionalno vijeće za znanost, visoko obrazovanje i tehnološki razvoj još uvijek nije dostavilo

prethodno odobrenje za izvođenje integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija. Dakle, kada programi ispunjavaju zakonom i pravilnicima predviđena pravila, što prosuđuju stručnjaci, a ne ministar osobno, tada će se takav studij i formalno odobriti.

➤ **Liječnici roditelji osjećaju teret korone na mnoge specifične načine. Osim zahtjevnog rada u medicini, koji je danas još zahtjevniji i opasniji, i posebnih načina nastave na medicinskim fakultetima, ostaje potencijalni problem zbrinjavanja djece dok roditelji rade i dežuraju, a djeca eventualno ne idu u školu. Kako utječete na pridržavanje epidemioloških mjera, sustavno u školskom sustavu, a da bi što manje škola moralo prijeći na nastavu online?**

Prema trenutačno dostupnim podacima, imamo oko 0,3 % zaraženih učenika, što je još uvijek dobar broj. Škole su uvijek bile disciplinirane, nekad će se prije djeca nego odrasli pridržavati određenih pravila. Tu moram pohvaliti i ravnatelje koji su u samim školama zaduženi za poštivanje mjera. Svi zajedno moramo učiniti goleme napore, jer ako se mjera pridržavamo u školi, tada roditelji koji rade mogu obavljati svoj posao znajući da će djeca dobiti kvalitetno obrazovanje. Još jednom apeliram na odgovorno ponašanje, kako u školi, tako i izvan nje. Da škole trebaju ostati otvorene do kad god to bude moguće, a nadam se uvijek, govori i činjenica da u od 27 000 razrednih odjeljenja, koliko ih ima u hrvatskim školama, samo u 22 imamo više od dvoje pozitivnih učenika. Nadalje, od 24. listopada bilježili smo porast broja pozitivnih učenika, s najvećim brojem zabilježenim 30. listopada. Od 1. studenoga broj više ne raste već pokazuje blagi pad i nadam se da će se taj trend i nastaviti.

➤ **Jesu li psiholozi posebno angažirani u skrbi za moguće psihičke traume učenika, ali i nastavnika, tijekom ovog vremena? Imamo li dostatne kapacitete?**

Još u proljeće su za vrijeme lockdowna aktivirani krizni timovi za psihološku podršku Ministarstva znanosti i obrazovanja, koji su spremni pružati telefonsku i online podršku svim učenicima, učiteljima i njihovim roditeljima koji trebaju pomoć. Svi kontakti i važne informacije nalaze se na internetskim stranicama Ministarstva.



➤ **Kolegica je na društvenim mrežama objavila izjavu svoga sina, brućaša na medicinskom fakultetu, kako će se zbog kvalitete studija pacijenti trebati bojati liječnika koji su fakultet upisali 2020. godine. Što Vi o tome mislite?**

HZZJ je akademskim ustanovama propisao epidemiološke smjernice i na njima je da organiziraju nastavu u skladu s time. Dakle, kako će pojedini fakulteti organizirati nastavu, to ovisi o njima. Bitno je da poštuju zadane epidemiološke mjere te osiguraju kvalitetu izvođenja nastave, a ostalo je njihova autonomija. Slažem se da je klasičan oblik izvođenja nastave sa svih aspekata bolji za stjecanje znanja. Ako to nije moguće, fakulteti će se organizirati u skupinama ili kako već budu mogli. Nedavno sam dao izjavu kada su me pitali o nastavi online, koju bih ovom prilikom ponovio: Ne može se cijeli studij prebaciti na online, bez akreditacije. Mislim da nijedan pacijent ne bi htio ići doktoru koji je cijeli studij završio online, bez pacijenata. Svjesni su toga i naši medicinski fakulteti i siguran sam da će naći rješenje bilo u drukčijoj organizaciji turnusa na klinikama ili prebacivanjem rasporeda nekih predmeta i slično. Jednako tako siguran sam i vjerujem da niti jedan student medicine neće dobiti diplomu koju ne zaslužuje.

➤ **Kao veterinar i biomedicinar, kako biste prokomentirali tzv. novi koronavirus?**

Znanost me itekako zanima, konačno, moja karijera je u prvom redu znanstvena i na to

sam posebno ponosan. Planiram koliko god to budem mogao i dalje ostati aktivan u tom području. Razgovarao sam i razgovaram s brojnim stručnjacima, ministrima, pratim i čitam znanstvene članke vezane za različite aspekte ovog virusa. Imali smo tu čast da je jedan od najistaknutijih europskih virologa i mikrobiologa, prof. dr. Giorgio Palù, održao predavanje upravo u našem Ministarstvu i tom je prilikom istaknuo da unatoč tome što je koronavirus goruća tema u cijelome svijetu i unatoč brojnim istraživanjima još uvijek ima previše nepoznanica upravo vezanih uz ovaj koronavirus. Inače, u veterinarskoj medicini koronavirusi su vrlo česti i dobro poznati uzročnici virusnih bolesti životinja. Ovaj nam nažalost svako malo priređuje neka neugodna iznenađenja. Međutim, za sustav obrazovanja, i tu u prvom redu mislim na institucije od predškolskog do srednjoškolskog obrazovanja, iznimno je važan jedan podatak koji je istaknuo ne samo prof. Giorgio Palù, a to je da je dobro i sigurno da djeca idu u školu jer je znanost već dokazala da djeca rjeđe prenose virus pa je mogućnost zaraze samim time znatno manja.

➤ **Tko je Radovan Fuchs?**

Poslužit ću se onim kako me najčešće zovu drugi - suprug, otac, djed, znanstvenik, sveučilišni profesor na privremenom radu u Ministarstvu znanosti i obrazovanja.

Priredila: Ksenija Vučur, dr. med.

ŠTO SMO NAUČILI TIJEKOM PANDEMIJE COVID-19?

Narodna poslovice kaže da čovjek uči dok je živ. To je posebno došlo do izražaja posljednjih nekoliko mjeseci, jer je pandemija COVID-19 nametnula potrebu za učenjem, promjenama i prilagodbom u gotovo svim aspektima života, privatnim i poslovnim. Pri tome je posebno utjecala na liječnike i ostalo medicinsko osoblje. Na slici (na sljedećoj stranici) preuzetoj iz članka autora Agarwal R. *The aftermath of coronavirus disease 2019: devastation or a new dawn for nephrology?* (Nephrol Dial Transplant. 2020;35:904-907.) prikazana su područja na koja je pandemija imala veliki utjecaj u području nefrologije, ali isto se može primijeniti i na sve ostale grane medicine. Hoće li se novonastale promjene zadržati i implementirati u svakodnevnicu i nakon završetka pandemije vidjet ćemo u budućnosti.

U borbi protiv oku nevidljivog neprijatelja naučili smo o važnosti međusobne suradnje, posebno između različitih djelatnosti i znanstvenih grana. Tako su s ciljem očuvanja zdravlja inženjeri i liječnici počeli surađivati na dizajnu jeftinih mehaničkih ventilatora. I u Hrvatskoj smo svjedočili kako su neke tvrtke pokrenule proizvodnju zaštitnih vizira, zaštitnih naočala, dezinfekcijskih sredstava ili su preusmjerile svoja postrojenja u proizvodnju zaštitnih maski i odijela. Kroz ujedinjenje različitih stručnjaka svjedočimo globalnoj solidarnosti, sa zajedničkim ciljem, a to je pobjeda nad SARS-CoV-2.

Pandemija je dovela i do brojnih drugih inovacija, posebno na području farmacije. Prvi testovi korišteni za detekciju virusa zahtijevali su nekoliko sati, a ponekad i dana za dobivanje rezultata. Međutim, s vremenom su razvijeni brzi i jeftiniji testovi gdje se pozitivan nalaz može dobiti unutar nekoliko minuta,

što je uvelike olakšalo liječnički posao. Istodobno se za vrijeme pandemije ubrzalo istraživanje, testiranje i postupak odobrenja novih lijekova i cjepiva.

Borba protiv COVID-19 nije samo borba protiv virusa. S ciljem sprječavanja širenja zaraze, u mnogim zemljama bili su zaustavljeni ili usporeni rutinski postupci, što je potencijalno moglo nanijeti štetu bolesnicima. U toj situaciji se telemedicina pokazala kao važan alat u pružanju zdravstvene skrbi bolesnicima ne samo u manjim sredinama nego i u većim gradovima. Pandemija COVID-19 također je zaustavila dosadašnji način provođenja edukacije posebice u vidu kongresa, radionica itd. Gotovo preko noći bili smo primorani prijeći na virtualan način učenja, ali i virtualne sastanke na radnom mjestu. Održavanje virtualnih kongresa je omogućilo edukaciju široj populaciji, posebice liječnicima iz slabije razvijenih zemalja.

Tijekom pandemije COVID-19 naučili smo da trebao štititi ne samo naše pacijente, nego i sami sebe. Svjedoci smo da brzo širenje virusa može i u najrazvijenijim zemljama dovesti u pitanje održivost zdravstvenog sustava: nedostatak liječnika i medicinskog osoblja te nestašicu medicinske opreme. Stoga je potrebno puno bolje planiranje i organizacija resursa jer ćemo se u budućnosti sigurno ponovno suočiti s ovakvom, a možda i gorom pandemijom. Ono što naučimo iz ove pandemije, odrediti će koliko ćemo biti spremni za sljedeću.

O tome što smo naučili od ove pandemije upitali smo liječnike iz raznih specijalnosti.



Izvor: Slika je preuzeta iz članka autora Agarwal R. *The aftermath of coronavirus disease 2019: devastation or a new dawn for nephrology?* (Nephrol Dial Transplant. 2020;35:904-907.)



Izv. prof. dr. sc. MARTINA MIHALJ, dr. med.

Katedra za fiziologiju i imunologiju
Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja
Strossmayera u Osijeku
Specijalizantica dermatologije i venerologije
Zavod za dermatologiju i venerologiju
Klinički bolnički centar Osijek

SARS-CoV-2 predstavlja prijetnju zdravlju svih ljudi, osobito onih najranjivijih, a u društvenom aspektu je izazvao promjene karakterizirane neizvjesnošću i strahom, usporedive s velikim prirodnim katastrofama i ratnim razaranja za koje smo mislili da polako zaboravljamo i prerastamo. Pojava pandemije COVID-19 postavila je velike izazove pred liječnike, i to ne samo u stručnom već i u onom osnovnom životnom smislu. S obzirom na socioekonomski napredak društva i otvaranje novih mogućnosti za stručno napredovanje, velik broj mladih liječnika u ranoj fazi svog stručnog razvoja,

kojima i sama pripadam, imao je viziju osobnog razvoja, planirao pohađanje skupova, tečajeva, posjete eminentnim bolnicama diljem svijeta, a COVID-19 je to odgodio do daljnjeg. **Možda se čini da 6 mjeseci, godina ili dvije nisu dugo razdoblje, međutim to može biti gotovo polovica strukturiranog obrazovanja budućeg specijalista. Jesmo li na gubitku? Mislim da nismo! Nadam se da će nas novonastala pandemija usmjeriti na određivanje životnih i stručnih prioriteta te naučiti fleksibilnosti u poslu i podsjetiti na osnove načela našeg (životnog) poziva – pomaganje bolesnima.** Svjedoci smo nedostatka medicinskog kadra i potrebe za međusobnim pomaganjem. U našoj bolnici su mobilizirani ponajprije mladi liječnici specijalizanti u svrhu ispomoći u laboratorijima za testiranje na SARS-CoV-2, mjestima na kojima se uzimaju obrisci te Klinici za infektologiju. Do sada smo pokazali mladost i entuzijizam, nadam se da će nas to držati do kraja. Pri tome ne bismo trebali zaboraviti niti na naše primarne pacijente, koji imaju svoje zdravstvene tegobe. Primjerice, zaštitne mjere uvedene tijekom pandemije, prvenstveno korištenje dezinficijensa, dovele su do povećane incidencije iritativnog kontaktnog dermatitisa zbog čega su pacijenti često tražili pomoć dermatologa. Najnoviji znanstveni članci opisuju brojne kožne promjene koje se razvijaju tijekom COVID-19, od kojih su neke specifične za infekciju SARS-CoV-2, a neke nastaju kao nuspojava liječenja zbog čega se može očekivati povećani angažman

dermatologa u narednim tjednima. Tijekom razdoblja „lockdown“ početkom 2020. godine svjedočili smo smanjenom upućivanju dermatoloških pacijenata na naš Zavod, unatoč uvođenju konzultacija online (telemedicine). U određenom broju slučajeva to je dovelo do napredovanja bolesti i značajno narušene kvalitete života naših bolesnika, a voljela bih, također, naglasiti da u dermatologiji postoje dijagnoze s kojima se može zakasnuti, a to nikako ne želimo. - upozorava prof. Martina Mihalj iz osječke bolnice.



IVAN FELDI, dr. med.

specijalist opće interne medicine
Opća županijska bolnica Našice

Smatram da smo kao internistička struka koja se oslanja na laboratorijske pokazatelje kao osnovne kriterije bolesti naučili da uz radiološke nalaze veliku ulogu u potvrđivanju odnosno isključivanju bolesti igraju često zanemarena

anamneza i klinički pregled. Osim toga smatram da u ovoj situaciji zbog nedostatka kadra dolazi do izražaja naša primarna edukacija za liječnika opće medicine koja se često nakon specijalizacije ignorira. Navodi dr. Ivan Feldi iz našičke bolnice.



Prim. INES BALINT, dr. med.

spec. obiteljske med.
predsjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a

Prim. Ines Balent zaposlena je kao obiteljski liječnik u Specijalističkoj ordinaciji opće medicine u Strmecu Samoborskom. Obiteljski liječnici, naviknuti na učestali i izravni kontakt s pacijentima te široku dostupnost, preko noći su se našli iza zatvorenih vrata, ali su zato počeli koristiti sve moguće komunikacijske kanale (e-mail, Viber, WhatsApp, mobilne aplikacije za naručivanje lijekova ili termina za pregled...) kako bi povećali dostupnost pacijentima. **Virtualna komunikacija je pokazala važnost i ulogu obiteljskih liječnika u kontinuitetu skrbi za pacijente.** Poznavanje naših bolesnika u njihovom obiteljskom i radnom okruženju, upućenost u njihove akutne i kronične bolesti, strahove i odnos prema zdravlju pomogao nam je u donošenju odluka o liječenju i postupanju u vrijeme kada je primarna zdravstvena zaštita pacijentima bila većim dijelom dostupna online. Silom prilika postali smo „virtualni liječnici“.

Kako bi se omogućio kontakt i konzultacija s kolegama u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti naučili smo sve više koristiti uputnice A5 kao sredstvo komunikacije između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite.

Više nego ikada došao je do izražaja timski rad liječnika, medicinskih sestara/tehničara i patronažnih sestara koji je kvalitetnom međusobnom komunikacijom i podjelom posla omogućio visoku kvalitetu skrbi za pacijente čuvajući pri tom zdravlje pacijenata, ali i članova tima. Nakon ublažavanja mjera nastavili smo raditi, ali uz obvezu naručivanja na pregled što nije bila učestala praksa u mnogim ordinacijama iako je naručivanje pacijenata na pregled u točno određen termin jedan od indikatora kvalitete rada. **Shvatili smo koliko nam je nedostajao izravan kontakt s pacijen-**

Prema Demografskom atlasu Hrvatske liječničke komore prosječna dob liječnika obiteljske medicine je 53 godine, 600 liječnika obiteljske medicine bi u slijedećih pet godina trebalo otići u mirovinu. Stoga ne iznenađuje činjenica da sve češće svjedočimo o narušenom zdravlju naših kolega, prijevremenim umirovljenjima, burnout-u, a budućnost će pokazati postoje li dugoročne posljedice na zdravlje liječnika

tima u našim ordinacijama jer je tumačenje neverbalne komunikacije neprocjenjiv alat u skrbi za oboljele. Naučili smo koliko je važna pravovremena razmjena stručnih informacija te smo se vrlo brzo prilagodili na online radionice, kongrese, stručne sastanke. Iako je cijeli zdravstveni sustav u pandemiji COVID 19 na velikom testu ovo je trenutak da se prepozna i počne cijeniti uloga, važnost i odgovornost obiteljskih liječnika. **Dobra organizacija rada uz zajedništvo svih liječnika, medicinskih sestara/tehničara jedini je ključ uspjeha u ovakvim izazovnim vremenima.**

Nakon ublažavanja mjera nastavili smo raditi, ali uz obvezu naručivanja na pregled što nije bila učestala praksa u mnogim ordinacijama iako je naručivanje pacijenata na pregled u točno određen termin jedan od indikatora kvalitete rada



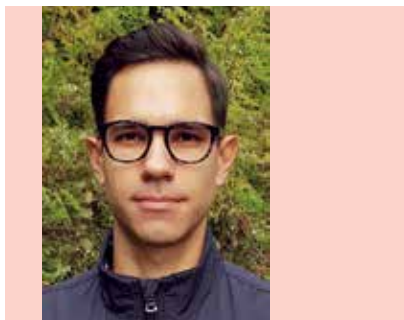
Prof. prim. dr. sc. DUNJA DEGMEČIĆ

specijalist psihijatar, subspecijalist socijalne psihijatrije i subspecijalist forenzičke psihijatrije,
Pročelnik Zavoda za integrativnu psihijatriju, Klinika za psihijatriju, KBC Osijek,
Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

U stresogenim situacijama poput pandemije COVID-19 javlja se osjećaj straha koji mobilizira sve zaštitne mehanizme i psihološke i tjelesne. Strah nas usmjerava da presložimo svoje prioritete i uspostavimo one koji su najbolji u borbi s opasnošću. Strah dovodi do pojave intenzivnog stresa što također pojačava i socijalna osamljenost i izolacija. Jedna od posljedica pandemijske ugroze može biti i pojava osoba s različitim psihičkim reakcijama, a upravo su tada od velikog značenja „živa riječ i odnos“ jer u tim trenucima osobe traže više podrške svojih bližnjih, konzultacije svojih psihijatara ukoliko nije moguće uživo, tada telefonskim putem, elektroničkim putem, videovezom... U psihijatrijskoj profesiji online konzultacije su kroz „živu riječ i odnos“ važan lječidbeni čimbenik. Psihijatrijska struka pruža smirene, pravodobne informacije i upute koje osobama koje traže pomoć imaju posebno značenje i učinak na psihičku stabilnost te mobiliziraju kod njih prave reakcije, odluke i ponašanje, ali također ostavljaju osjećaj dostupnosti i konstantnosti terapijskog odnosa. **Hrvatsko psihijatrijsko društvo (HPD) je izdalo preporuke za organizaciju psihijatrijske skrbi, opće i specifične mjere, s ciljem smanjenja unosa i zaraze koronavirusom u okvirima psihijatrijskih jedinica te mjere za samopomoć za opću populaciju, a sve preporuke se mogu naći na stranicama Hrvatskog psihijatrijskog društva, za Liječničke novine ističe prof. Dunja Degmečić.**

Zaista pokušavam da ovo vrijeme u kojem je toliko toga iščašeno, a ponajviše ljudski duh, ne utječe na iskrivljavanje mojih stavova

Prof. prim. dr. sc. Silvija Pušeljić, dr. med., pedijatar, KBC Osijek



MIRAM PASINI, dr. med. specijalist dječje kirurgije, Zavod za dječju kirurgiju i urologiju, KBC Zagreb

Dječja kirurgija je usmjerena na skrb svojih pacijenata zajedno s obitelji. Tijekom potpune karantene koju smo imali u proljeće, na snazi je bila zabrana boravka roditelja s djetetom na Zavodu. Danas, za vrijeme rekordnih brojeva novozaraženih s koronavirusom, imamo protokole na Klinici koji uz primjenu standardne osobne zaštitne opreme omogućavaju našim pacijentima da budu cijelo vrijeme boravka s jednim od roditelja, što pozitivno utječe na ishode liječenja. Takvi kapaciteti na našem Zavodu su sada na pola ukupnog smještajnog obujma, a rad se uz testiranje svakog primljenog djeteta i smještenog roditelja, te prema potrebi i osoblja može za sada neometano odvijati. Specifičnosti tijekom kirurškog liječenja djece za vrijeme pandemije COVID-19 su značajna proporcija asimptomatskih i blago simptomatskih pacijenata u odnosu na odraslu populaciju. Unatoč tome što nemaju simptome, djeca imaju velike koncentracije virusa u nazofarinksu uz izlučivanje virusa stolicom tijekom duljeg vremena što uz invazivnu prirodu naše struke (otvorena i minimalno invazivna kirurgija, intubacija, elektrokauterizacija...) može dovesti do povećane transmisije virusa između bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Tijekom 'prvog vala' pandemije u Hrvatskoj bio je organiziran rad u timovima, operirani su hitni pacijenti i ona djeca u koje bi odgađanje operacije utjecalo na trajanje bolničkog liječenja, povećane izgleda za ponovnom hospitalizacijom ili bi ugrozilo njihovo zdravlje. Elektivni operativni zahvati (osim onih u onkoloških bolesnika) bili su odgođeni. **Telekonzultantski servisi su u puno većoj mjeri korišteni tijekom prvog vala u obliku telefonskih konzultacija, komunikacije putem elektroničke pošte i portala pro.zdravlje.net putem kojeg smo mogli dodatno surađivati s pedijatrijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.** Odabir operativnog pristupa (otvoreni ili laparoskopski) doveo je do nedoumica, budući da laparoskopija teoretski može dovesti do aerosolizacije virusa i dodatnog rizika za in-

fekciju medicinskog osoblja. Ipak, s obzirom na brži oporavak i kraće trajanje hospitalizacije tijekom ovakvog postupka, on se i nadalje koristi u liječenju djece. Kada govorimo o operacijskoj dvorani preporuča se, gdje je to moguće, korištenja sustava sa zatvorenom cirkulacijom plina uz filtre i uređaje za evakuaciju dima. **Naglasio bih još pojačanu i organiziranu suradnju osoblja našeg Zavoda s epidemiolozi- ma kao i izmjene i dopune protokola Klinike na tjednoj razini, a koji se odnose na aktualnu pandemiju, što nam omogućava stalan protok bolesnika i sigurne uvjete za rad,** pojašnjava dr. Miram Pasini iz KBC-a Zagreb.



Prof. dr. sc. BRUNO BARŠIĆ, dr. med. infektolog, intenzivist, voditelj kriznog stožera KB-a Dubrava

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu **COVID-19 nas je naučio da se u laboratoriju prirode uvijek odvijaju promjene koje mogu stvoriti nove mikroorganizme s ogromnim potencijalom širenja među ljudima i pojave masovnog obolijevanja. SARS-CoV-2 sigurno nije zadnji takav primjer.** **Naučili smo da su jednostavne mjere zaštite vrlo učinkovite, ali da postoji negativističan odnos prema pridržavanju tih mjera.** Psihopati, egocentri, narcisoidi rabiće svaku priliku za

Jedina konstanta s pandemijom COVID-19 je u činjenici da svaki dan nešto novo naučiš. Naime, svaki puta kada pomisliš da si za organiziranje zdravstvenog sustava uzeo sve varijable u obzir, pojavi se nova nepoznanica

Doc. dr. sc. Irena Hrستیć, ravnateljica OB-a Pula

izdvojeno mišljenje i mobilizirati tupave, frustrirane, besposlene mediokritete na stvaranju mase koja će omogućiti daljnje širenje bolesti. **Naučili smo da treba planirati unaprijed postupke za najcrnje scenarije, a ne kaskati, u načelu, oko tri tjedna za događajima.** Kao i u drugim kriznim vremenima dolazi do diferenciranja ljudi. Jedni šute, rade, čine nemoguće, drugi kritiziraju, povlače se uz ispriku da oni ne mogu podnijeti odgovornost u takvim uvjetima, što je tek blijedo opravdanje za strah i osjećaj nekompetentnosti. Treći pak koriste to za vlastitu promociju, pet minuta slave, a iza toga je šupljina i velika udaljenost od prakse i bolesnika, kritizira prof. Bruno Baršić, doajen hrvatske infektologije.



MIRJANA ĐUKIĆ

doktorica medicine u ambulanti obiteljske medicine, Zagreb

Epidemija COVID-19 pokazala je koliko je velik potencijal liječenja i praćenja kroničnih pacijenata na razini primarne zdravstvene zaštite. Liječnike koji se nisu osjećali dovoljno kompetentnima ili iskustvenima ova epidemija ohrabrila je da preuzmu punu skrb i praćenje kroničnih pacijenata. Istodobno su pacijenti pokazali povjerenje i želju da se što više liječenja, promjene dosadašnje terapije i temeljne dijagnostike obavi na razini primarne zdravstvene zaštite. Također, za vrijeme epidemije uvidjeli smo važnost izravne komunikacije između liječnika obiteljske medicine i bolničkih specijalista koja je omogućila pružanje brže i kvalitetnije zdravstvene zaštite pacijentima. Kontrolni pregledi u bolnicama zamijenjeni su pregledom pacijenata u ambulanti liječnika obiteljske medicine, koji su nakon toga obavljali telefonske i elektroničke konzultacije s bolničkim specijalistima. Ovakvu praksu bilo bi korisno nastaviti i u budućnosti jer bi se na taj način ubrzalo i pojednostavnilo praćenje kroničnih pacijenata, a istodobno pacijente rasteretilo kadkad nepotrebnih odlazaka na bolničke preglede, zaključuje dr. Mirjana Đukić.

>>

KAKO JE NOVONORMALNO POSTALO SAMO NORMALNO

DAMIR MIHIĆ, dr. med.,

internist-intenzivist, KBC Osijek

Iako nije prošlo niti godinu dana otkako je korona na velika vrata ušla u naš zdravstveni sustav, ali i u naše živote, neke stvari koje su se činile nemogućima ili kao daleka budućnost postale su dio našega svakodnevnoga života i naše svakodnevne prakse. Proljetna samoizolacija koju sam proveo nakon visokorizičnog postupka s bolesnikom zaraženom tada novim koronavirusom bila je samo uvertira i priprema za ono što je uslijedilo nakon povratka na posao. Propusnici, pješački koridori, zaštitna oprema, razne upute i česte organizacijske izmjene postale su svakodnevna rutina, kao i nov pristup bolesnicima, koji je u početku bio mnogo oprezniji i pomalo bojažljiv. Febrilne bolesnike gledali smo sa sigurne udaljenosti i s epidemiološkom anamnezom kao okosnicom razgovora, klinički pregled odrađivali smo u što kraćem vremenu, a rizične postupke često odgađali do prispjeća obrisa koje smo nestrpljivo iščekivali poput djeteta koje čeka crtani film prije spavanja. Ipak, razum i kliničko promišljanje ubrzo su zamijenili urođene strahove i postavili nas na mjesto za koje smo obučeni, za koje smo se školovali i za koje smo utrenirani – brinuti se za zdravlje naših bolesnika. Potaknuti medijskim nastojanjima da nas promaknu u heroje, iako smo znali da to neće biti dugoga vijeka, kao što ništa i ne bude, prihvatili smo nove izazove, pri čemu su nezamislive stvari postale stvarnost. Višesatni rad pod maskama, naočalama i ostalom zaštitnom opremom više nas nije sprječavao da bolesnicima pružamo svu onu skrb koju su imali i prije, da skratimo produljene liste čekanja i da osiguramo ono što su i prije imali. Veću pozornost morali smo usmjeriti i na razgovor s obiteljima, zabrinutima, koji nisu mogli doći do svojih najmilijih i nisu ih mogli fizički vidjeti, a često, kao što je to kod nas u intenzivnim jedinicama, niti čuti, tako da smo postali njihova jedina poveznica. Empatija prema bolesnicima postala je još veća, gledajući ih kako nas u strahu promatraju kad im prilazimo obučeni poput astronauta i kad



Dr. DAMIR MIHIĆ s timom u KBC-u Osijek

jedino glas biva obilježje prema kojemu nas međusobno razlikuju. Česta izmjena dežurstva, pokrivanja kolega koji su postali pozitivni ili su u samoizolaciji, **kao i obaranje rekorda u broju prekovremenih sati (koji, usput budi rečeno, nisu zakonski regulirani)**, također je postala rutina pa smo poput vojnika u ratu samo primali naredbu i pristupali njenom izvršenju. Zašto? Zato što je to naš poziv i naša dužnost i jer znamo da se posao i sustav moraju održati, a korona nas je samo još više ujedinila u tom nastojanju. Promjene su nastale i na drugim područjima našega stručnog djelovanja. Virtualni prostor interneta zamijenio je kongresne dvorane (ili meni još dražu opatijsku šetnicu) i vrlo brzo nam je postalo jasno da je slušanje webinarima i sličnih aktivnosti *online* trenutačno okosnica našega stručnog usavršavanja i primanja relevantnih informacija.

Održavanje akademske djelatnosti također je dobilo novu dimenziju, pri čemu je žamor studenata na predavanjima i seminarima zamijenjen tehničkim smetnjama internetske veze, iako ništa, ali ništa ne može nadoknaditi studentov pristup, razgovor i pregled bolesnika. Kažu da je inteligencija sposobnost snalaženja u novim prilikama.

Ako je tako, korona nas je dobro naučila snalaziti se u takvim prilikama i iz nas je izvukla ono što je možda bilo duboko potisnuto i svedeno na rutinu – naučila nas je da u najtežim prilikama moramo rame uz rame preuzeti predodređenu društvenu odgovornost i bez obzira na svoje strahove i rizike očuvati sustav te našim bolesnicima pružati potrebnu skrb i liječenje. Ipak, nadam se da ovo neće predugo trajati i da ćemo ubrzo ponovno o današnjim problemima raspravljati u punim kongresnim dvoranama i, naravno, uz šetalište Lungomare. **A do tada, mislimo pozitivno i ostanimo negativni!**

Potaknuti medijskim nastojanjima da nas promaknu u heroje, iako smo znali da to neće biti dugoga vijeka, kao što ništa i ne bude, prihvatili smo nove izazove, pri čemu su nezamislive stvari postale stvarnost

Novi koronavirus – kronologija (5. listopada – 9. studenoga 2020.)

> 9. listopada

Počinke značajnije rasti broj novoizraženih osoba u Hrvatskoj, a poglavito u Zagrebu. U posljednja 24 sata zabilježeno je 457 novih slučajeva zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 2438.

> 12. listopada

Stožer civilne zaštite RH donio je tri odluke kojima je propisao znatno više situacija kada je obvezno korištenje maski za lice ili medicinskih maski u zatvorenim prostorima te dodatno postrožio uvjete za prijavljivanje i organiziranje društvenih i javnih okupljanja na kojima se očekuje više od 50 osoba. Maske postaju obvezne i za goste ugostiteljskih objekata, osim dok sjede na svojim mjestima i konzumiraju hranu i piće. Maske su obvezni nositi i zaposlenici u uredima gdje nije moguće držati tjelesni razmak od najmanje dva metra. Ugostiteljski objekti smiju raditi od 6 do 24 sata.

> 16. listopada

Broj novoizraženih osoba neumoljivo raste i danas je prvi puta taj broj veći od 1000. U posljednja 24 sata zabilježen je 1131 novi slučaj zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 4233. Među njima je 505 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 24.

> 21. listopada

Zabilježena su 1424 nova slučaja zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 6459. Među njima su 622 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga ih je na respiratoru 38. Preminulo je 11 osoba.

> 22. listopada

Broj novooboljelih raste u svim europskim zemljama, a Češka i Poljska registriraju rekordne brojeve novooboljelih od koronavirusa. Ministarstvo zdravstva u Češkoj objavilo je da je ta zemlja imala rekordnih 14.968 novih slučajeva u posljednja 24 sata. Poljsko ministarstvo zdravstva izvijestilo je o novih 12.107 slučajeva i 168 smrti toga dana. Tamošnje vlade uvode strože mjere kako bi se obuzdalo širenje virusa.

> 24. listopada

Na istočnom parkiralištu Zagrebačkog veleasajma otvorena je nova lokacija za testiranje

na novi koronavirus, gdje će se testirati svaki dan od 8 do 11 sati. Već prvog dana bilježe se velike gužve.

> 25. listopada

Čak 2421 novi slučaj zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 11 144. Od 25. veljače 2020., kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 36 380 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 437 preminulo, a ukupno se oporavilo 24 799 bolesnika. Zbog ponovnog rasta broja novih slučajeva najavili su iz Stožera, ali i Vlade, nove mjere, među kojima je i zabrana prodaje alkohola na benzinskim crpkama nakon ponoći.

> 26. listopada

Liječnica iz KB-a Dubrava opisala je u pismu upućenom upravi te bolnice loše organizacijske uvjete koji u njoj vladaju.

> 27. listopada

Hrvatski zavod za javno zdravstvo objavio je nove kriterije za testiranje na SARS-CoV-2, prekid izolacije i karantenu. Prema odluci Ekspertne skupine kriznog stožera Ministarstva zdravstva, samoizolacija osobe koja je bila u bliskom kontaktu s osobom oboljelim od COVID-19 skraćuje se sa 14 na 10 dana.

> 30. listopada

Danas je zabilježen najveći broj novoizraženih osoba od početka izbijanja epidemije u Hrvatskoj, čak 2772! Broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 15 106. Među njima je 1027 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 74. Preminulo je 20 pacijenata. Slovačka je najavila testiranje ukupno 2,58 milijuna Slovaka

> 1. studenoga

Sve više europskih država zatvara se zbog korone. Velika Britanija uvodi jednomjesečno zatvaranje, a u Portugalu je 70 posto populacije pod ključem. U Francuskoj je na snazi *lockdown* od 30. listopada. Belgijske vlasti zatvaraju sve trgovine, osim onih koje prodaju osnovne životne namirnice. Talijanska vlada uvodi policijski sat na području cijele države. Litavska vlada proglašava trodnevno zatvaranje. U Poljskoj su otvorene samo trgovine s hranom i ljekarne. Mađarska je uvela izvanredno

zdravstveno stanje i policijski sat. Austrija od 2. studenoga uvodi policijski sat od 20 sati do 6 sati ujutro. Njemačka zatvara restorane, teretane, kina, zabranjuju se javna, ali i privatna okupljanja.

> 2. studenoga

Šest liječničkih organizacija i udruga (Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički sindikat, Hrvatska udruga bolničkih liječnika, Koordinacija hrvatske obiteljske medicine, Hrvatsko društvo za infektivne bolesti HLZ-a i Hrvatsko epidemiološko društvo HLZ-a) poslalo je Vladi RH dopis u kojem se od Vlade zahtijeva da odmah donese stroge epidemiološke mjere.

> 3. studenoga

Čak 34 osobe preminule su u posljednja 24 sata, a novoizraženih je 1427.

> 4. studenoga

Upravno vijeće smijenilo je ravnatelja KB-a Dubrava Srećka Marušića, a za v. d. ravnatelja imenovan je Ivica Lukšić, voditelj i koordinator primarnog respiracijskog intenzivističkog centra u KB-u Dubrava.

> 5. studenoga

Dosegli smo najveći broj novoizraženih od početka epidemije u Hrvatskoj, njih 2848. Preminulo je 29 bolesnika.

> 7. studenoga

U Varaždinskoj županiji će od 7. do 30. studenog biti na snazi nove, strože protuepidemijske mjere. Među njima je zabrana održavanja svih javnih događanja i okupljanja s više od 30 osoba na jednom mjestu. Sve vrste ugostiteljskih objekata mogu za goste biti otvorene najduže do 22 sata. Stožer civilne zaštite RH donio je i nekoliko preporuka, a među njima je i ona da se privatna okupljanja ograniče na članove iz najviše dvaju različitih kućanstava.

> 8. studenoga

Preminule su 42 osobe. To je drugi dan zaredom najviše smrtnih slučajeva u jednom danu od početka epidemije. U posljednja 24 sata zabilježena su 2543 nova slučaja zaraze virusom SARS-CoV-2. Ove je nedjelje broj novooboljelih veći u odnosu na prošli tjedan kada je u nedjelju, 1. studenog, u Hrvatskoj bilo 2179 novih slučajeva zaraze, a preminulo je 16 osoba.

OBNOVITE SVOJU LICENCU NA VRIJEME !!!

OVE GODINE U PROSINCU ISTJEČE LICENCA ZA VIŠE
OD 7.000 ČLANOVA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Pozivamo članove Komore kojima krajem godine istječe licenca, a ispunjavaju uvjete za njenu obnovu, da već sada popune priloženi obrazac za obnovu licence te ga dostave:

- putem pošte na adresu Središnjeg ureda HLK-a, Ulica Grge Tuškana 37, 10 000 Zagreb

ili

- osobno u Središnji ured HLK-a u Zagrebu ili regionalne urede HLK-a u Splitu, Rijeci i Osijeku.

Obnovljena licenca bit će dostavljena po isteku trenutno važeće licence te će sadržavati isključivo podatke o članu Komore koji su trenutno dostupni u Imeniku liječnika.

Stoga, ako ste stekli novu stručnu kvalifikaciju (*specijalnost/uža specijalnost*), akademska, znanstveno-nastavna ili stručna zvanja, molimo da uz zahtjev za obnovu licence priložite dokaze za promjenu podataka u Imeniku liječnika.

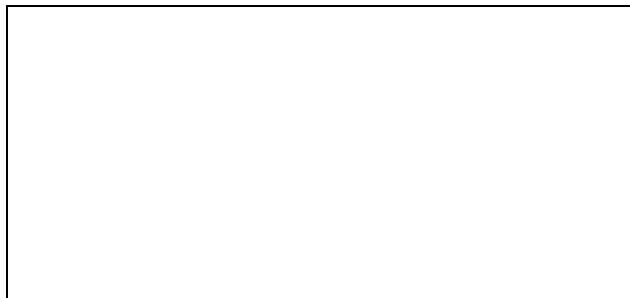
Svaki član Komore omogućen je uvid u njegove podatke iz Imenika liječnika (*stručna kvalifikacija, broj bodova i sl.*) putem **Portala za članove** (dostupan na www.hlk.hr) ili putem besplatne **mobilne aplikacije za članove HLK** (upute za preuzimanje mobilne aplikacije dostupne su na www.hlk.hr).

Također, podsjećamo kako je članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori obvezno **isključivo** za liječnike koji rade na neposrednim poslovima pružanja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, a za sve ostale članstvo je dobrovoljno. Stoga, ako član Komore nema namjeru obavljati liječničku djelatnost na teritoriju Republike Hrvatske i ne želi imati obvezu plaćanja članarine, može pokrenuti postupak brisanja iz Imenika liječnika (više informacija o tome dostupno je na www.hlk.hr).



HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA • CROATIAN MEDICAL CHAMBER

Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Hrvatska • Tel 01/4500 830 • Fax 01/4655 465 • E-mail hlk@hlk.hr • www.hlk.hr



PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

ZAHTJEV ZA OBNAVLJANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE)

Ime i prezime: _____

Matični broj člana: HR _____

Osobni identifikacijski broj (OIB): _____

Državljanstvo: _____

Mjesto i adresa stanovanja: _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

Adresa elektroničke pošte: _____

Broj odobrenja za samostalan rad (licence): _____

Datum isteka važenja odobrenja za samostalan rad (licence): _____

Način preuzimanja (označiti):

☐ u Središnjem uredu Hrvatske liječničke komore u Zagrebu

☐ u regionalnom uredu (označiti): ☐ Rijeka ☐ Split ☐ Osijek

☐ putem pošte na adresu: _____

(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)



I. ZAHTJEVU PRILAŽEM (označiti dokaz/e):

- ☐ **dokaz o prikupljenom bodovima** (potrebno isključivo ako ispunjavanje uvjeta propisanog broja bodova u postupku trajne medicinske izobrazbe *nije moguće utvrditi po službenoj dužnosti od strane HLK* uvidom u informacijski sustav HLK odnosno ako imate u posjedu npr.: potvrdnice sa stručnih skupova i sl.)
- ☐ **dokaz o stvarnom i zakonitom obavljanju liječničke djelatnosti izvan Republike Hrvatske** u trajanju od najmanje tri godine unutar posljednjih pet godina (ne donosi se na članove koji obavljaju liječničku djelatnost na teritoriju RH. Potrebno samo u slučajevima iz članaka 27. i 28. Pravilnika o odobrenju za samostalan rad (licenci) Hrvatske liječničke komore od 14. prosinca 2019.)
- ☐ drugi dokaz/i: _____

(navesti dokaz/e)

II. UKOLIKO ZAHTJEV PODNOSITE NAKON ISTEKA ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE):

Zahtjev podnosim nakon isteka važenja izdanog odobrenja za samostalan rad (licence) zbog:

(navesti razlog/opravljanje za propuštanje roka predaje zahtjeva)

III. DODATNO (potrebno samo ako niste državljanin EU) :

- dokumentaciju određenu važećim zakonskim i podzakonskim propisima kojima se uređuje rad stranaca u Republici Hrvatskoj:
- ☐ Dozvola boravka
- ☐ Radna dozvola

U _____, _____
(navesti mjesto) (navesti datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)

Napomena: Član je dužan prije podnošenja ovog zahtjeva izvršiti provjeru podataka upisanih u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore, odnosno izvršiti odgovarajuću promjenu podataka, uz obvezu prilaganja dokaza kojim potvrđuje istinitost podataka čiji se upis ili promjena traži.

Komora zagrebačkim studentima medicine donirala zaštitne vizire

Hrvatska liječnička komora donirala je zaštitne vizire, nakon riječkoga i zagrebačkog Medicinskog fakulteta. Predsjednik HLK-a dr. sc. **Krešimir Luetić** uručio je 14. listopada dekanu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. sc. **Marijanu Klarici** donaciju zaštitnih vizira za studente ovoga fakulteta. Prof. Klarica je prigodom zahvale napomenuo da su studenti medicine kroz kliničku nastavu također uključeni u zdravstveni sustav, stoga je u vremenima epidemije ova specifična donacija Komore iznimno važna, ne samo za fakultet već i za zagrebačke bolnice u kojima se provodi klinička nastava.

Svjesna značaja praktične nastave u edukaciji budućih liječnika, ali i nužnosti osobne zaštitne opreme tijekom epidemije, HLK je odlučila donirati zaštitne vizire studentima svih medicinskih fakulteta u Hrvatskoj. Stoga je s Tehničkom školom Rudera Boškovića iz Vinkovaca, na čijim se školskim 3D printerima još od početka epidemije izrađuju viziri, dogovorena izrada 4000 vizira te je, zahvaljujući iznimnom angažmanu profesora i učenika ove vinkovačke škole, dio vizira već doniran MEF-u u Rijeci i danas MEF-u u Zagrebu.

Tom prigodom je u Dekanatu

MEF-a u Zagrebu održan i sastanak kojemu su uz dekana prof. Klaricu nazočili i prodekan za diplomsku nastavu na integriranom studiju medicine prof. dr. sc. **Sven Seiwert**, pomoćnica dekana za financije prof. dr. sc. **Jasna Lovrić** i glavni tajnik fakulteta **Darko Bošnjak**, dipl. iur. Uz predsjednika Komore dr. **Luetića**, na sastanku je sudjelovao i prim. **Boris Ujević**, predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu HLK-a.

Dekan prof. Klarica je predstavnik Komore upoznao s teškim okolnostima u kojima je započela nova akademska godina jer je MEF u Zagrebu, osim s epide-

mijom, suočen i s posljedicama potresa. Stoga je velik izazov bila reorganizacija nastave te znanstvenog i stručnog rada, no ovaj se najstariji medicinski fakultet u Hrvatskoj vrlo brzo prilagodio novonastalim prilikama. Dr. Luetić je izjavio kako je svjestan da se uprava fakulteta suočava s do sada najvećim izazovima u svojoj povijesti i da će Hrvatska liječnička komora nastojati pružiti čvrstu podršku te će osim pomoći u nabavci zaštitne opreme također sudjelovati i pružiti pomoć za sanaciju zgrada koje su u vlasništvu MEF-a u Zagrebu, a koje su teško oštećene u ovogodišnjem velikom potresu.

Dopunsko zdravstveno osiguranje liječnika u 2021. godini

Poštovani članovi,

Hrvatska liječnička komora **ugovorila je za svoje članove policu dopunskog zdravstvenog osiguranja i u 2021. godini**, a kao osiguratelja odabrala je dosadašnjeg partnera Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d..

Hrvatska liječnička komora je ovim ugovorom još jednom iskazala brigu za svoje članove i potvrdila dobru poslovnu suradnju s Wiener osiguranjem.

Novougovoreno osiguranje počinje **01.01.2021.** godine i traje do **31.12.2021.** godine.

Ugovoreni program DOPUNSKO Classic pokriva sva sudjelovanja za usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu bez ograničenja, a iskaznica Wiener dopunskog zdravstvenog osiguranja služi kao sredstvo izravnog plaćanja.

Svim postojećim članovima/osiguranicima dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovorenog putem Hrvatske liječničke komore tijekom 2020. godine, osiguranje će biti produljeno i u sljedećoj 2021. godini. Tijekom prosinca bit će im dostavljene nove iskaznice na prijavljenu dostavnu adresu, a koje će vrijediti od 01.01.2021. godine (*do tada koristite postojeću iskaznicu koja vrijedi do 31.12.2020.*).

Osiguranicima Wiener dopunskog zdravstvenog osiguranja omogućeno je korištenje i **e-iskaznice putem mobilne aplikacije Moj Wiener** koju je moguće preuzeti u Google Play ili iOS storeu.

Ovim putem molimo postojeće članove/osiguranike, koji **NE žele nastaviti** koristiti dopunsko zdravstveno osiguranje ugovoreno putem Hrvatske liječničke komore **u 2021. godini**, da to prijave na e-mail adresu dopunsko-zdravstveno@hlk.hr kako bismo o tome pravovremeno obavijestili Wiener osiguranje.

Također, pozivamo članove koji do sada nisu, a htjeli bi iskoristiti ovu pogodnost Hrvatske liječničke komore, da ispune prijavu *online* putem mrežne stranice HLK-a (www.hlk.hr) u rubrici *Članovi – Dopunsko zdravstveno osiguranje*, gdje mogu saznati sve pojedinosti o ovoj pogodnosti.

Za sve dodatne informacije o ugovorenom programu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i ostaloj ponudi Wiener osiguranja možete se obratiti na besplatni broj telefona Wiener osiguranja 0800 25 80 i na e-mail adresu kontakt@wiener.hr ili na posebno otvorene linije za članove Hrvatske liječničke komore 01/3718 894 i 01/3718 966, odnosno e-mail adresu hlk@wiener.hr

Liječnička komora daje snažnu podršku liječnicima Respiracijskog centra u KB-u Dubrava

HLK daje jasnu i snažnu podršku liječnicima Respiracijskog centra KB-a Dubrava u njihovim naporima da u toj bolnici osiguraju kvalitetne standarde liječenja za pacijente oboljele od COVID-19. Komora u interesu svih pacijenata i liječnika KB-a Dubrava traži da uprava ove kliničke bolnice odmah i neodgodivo krene rješavati probleme navedene u pismu liječnice iz Respiracijskog centra upućenog prošli tjedan upravi te bolnice. Iz podrške brojnih liječnika (njih tridesetak!) koji rade u Respiracijskom centru, tvrdnjama iz pisma liječnice razvidno je da su njezini navodi očito točni. Razdoblje snažnog rasta zaraze novim koronavirusom najgori je mogući trenutak da vodstvo bilo koje bolnice istražuje tko je rekao da je car gol, umjesto da provjere je li car gol i riješe taj problem.

Namjeru uprave da istražuje liječnike koji, upozoravajući na ozbiljne probleme u pružanju zdravstvene zaštite pacijentima postupaju sukladno Kodeksu medicinske etike i Hipokratovoj prisezi, Komora ocjenjuje krajnje neprihvatljivom.

Komora smatra duboko pogrešnim pokušaje uprave KB-a Dubrava da liječnicu koja je ukazala na probleme u pružanju zdravstvene zaštite, kao i brojne liječnike koji su svojim potpisima potvrdili istinitost njezinih navoda, izlože pritiscima i prijetnjama otkazom. Liječnici u Respiracijskom centru KB-a Dubrava, kao i u sličnim centrima u drugim bolnicama, na prvoj su crti borbe s COVID-19. Stoga Komora očekuje da se odgovorne osobe u KB-u Dubrava suzdrže od ishitrenih reakcija i ne koriste pritiscima prema liječnicima koji brigu za zdravlje pacijenata nesebično stavljaju ispred vlastitih interesa i vlastitog zdravlja.

Hrvatska liječnička komora zalaže se za najviše profesionalne i etičke standarde u hrvatskom zdravstvu te stoga ovime još jednom daje nedvojbenu javnu podršku liječnici koja je ukazala na alarmantnu situaciju u KB-u Dubrava, kao i svim njezinim kolegama u Respiracijskom centru te kliničke bolnice.

Poziv umirovljenim liječnicima i liječnicama – članovima HLK-a

Zbog značajnog pogoršanja epidemioloških prilika vezanih uz COVID-19, ministar zdravstva prof. dr. sc. Vili Beroš zamolio je Hrvatsku liječničku komoru da Ministarstvu zdravstva dostavi podatke o liječnicima u mirovini koji su se voljni ponovno profesionalno angažirati za rad u zdravstvenim ustanovama za vrijeme epidemije, sukladno svojim

specijalizacijama. Naime, broj hospitaliziranih pacijenata ubrzano raste. Istovremeno, 166 liječnika zaposlenih u zdravstvenom sustavu pozitivno je na SARS-CoV-2, a više od 500 ih je u samoozolaciji, te ne mogu sudjelovati u liječenju pacijenata.

Stoga upućujemo poziv umirovljenim liječnicima i liječnicama, članovima

HLK-a, ako su voljni svoje znanje i stručnost u ovim teškim vremenima staviti ponovno na raspolaganje pacijentima i hrvatskom zdravstvenom sustavu te se uključiti u radni proces u zdravstvenim ustanovama, da nam se jave na elektroničku adresu hk@hlk.hr ili na broj telefona **01/4500 830** (svakog radnog dana od 8 do 20 sati).

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 jave na e-mail adresu: mladen.dobrovic12@gmail.com ili na tel. **098 316 857**.



Vukovarski vodotoranj - bdije nad Dunavom

30. listopada 2020. godine svečano je otvoren obnovljeni vukovarski vodotoranj - simbol stradavanja Vukovara u domovinskom ratu. Studeni je mjesec u kojemu se svake godine sjećamo žrtava Vukovara, civila, branitelja, pacijenata i osoblja vukovarske bolnice. Hrvatska liječnička komora bila je jedan od donatora obnove vodotornja, u sjećanje na nedužne i hrabre. L.Z. (foto V.Z.)



Pogled na Dunav s novoobnovljenog vodotornja

VUKOVAR, GDJE DUNAV LJUBI NEBO - 29 GODINA POSLIJE

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA

TEMA RADOST



Autor najbolje fotografije: VENERA LAKOŠ



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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

Počeo program obrazovanja

„Pravo u medicini“ na riječkom Pravnom fakultetu

Pravni fakultet u Rijeci je u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom pokrenuo program cjeloživotnog učenja „Pravo u medicini – Modul 1: Osnove prava u medicini“. Program je prvenstveno namijenjen zaposlenima u zdravstvenom sektoru, ali i svima koji u svojem profesionalnom djelovanju dolaze u doticaj s problemima iz segmenta medicine i prava.

„Liječnici tijekom svog formalnog obrazovanja nemaju gotovo nikakvu edukaciju iz područja medicinskog prava. U današnje vrijeme, kada se pravima pacijenata opravdano pridaje sve veća pozornost, liječnici se često nalaze u prilici da su oni ti koji pacijentima moraju nešto uskratiti ili omogućiti, a bez poznavanja osnova pravne struke to vrlo teško. Jedan od najvećih problema u svakodnevnom radu je vođenje dokumentacije na način kako to nalaže pravna struka, osiguranje dobivanja pristanka informiranog

pacijenta, uskraćivanja pojedinih prava pacijentu i sl. U profesionalnom životu to često počne predstavljati problem jer nikako nije dobro da prvi susret s pravnom problematikom bude u trenutku kada se liječnika pozove na sud kao svjedoka ili okrivljenika. Želja nam je preventivno djelovati, spriječiti nastanak pravnih problema i osigurati pacijentima najveći mogući stupanj pravne i medicinske sigurnosti“, rekao je prof. dr. sc. Goran Hauser, dekan Medicinskog fakulteta u Rijeci.

Program se izvodi u obliku predavanja i interaktivnih radionica u trajanju od ukupno 20 sati, uz mogućnost praćenja pojedinih predavanja putem video linka. Program je prilagođen specifičnim zahtjevima i potrebama struke, te obuhvaća sljedeće tematske cjeline: Uvod u pravo u medicini, Europska i nacionalna regulacija medicinske djelatnosti, Prava pacijenata, Pravo na pristup

informacijama, Zaštita osobnih podataka, Odgovornost za štetu od greške u radu medicinskih djelatnika. Predavači su nastavnici Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci u kombinaciji s pravnicima Hrvatske liječničke komore. Također sudjeluju i predsjednice stalnih povjerenstava HLK-a koje su najviše u doticaju s etičkim i pravnim problemima liječnika.

„Unatoč pandemiji ipak smo uspjeli privući značajan broj polaznika. Cijeli je skup održan online u realnom vremenu, a ocjene polaznika nas ohrabruju i daju nam snagu i volju za nastavkom tečaja“, zaključuje prof. Hauser.

Posebna je vrijednost ovog programa u tome što će polaznici po njegovu završetku i uspješno usvojenim ishodima učenja steći potvrdu Pravnog fakulteta u Rijeci o završenom programu s 4 ECTS boda. Pohađanje programa također se boduje u skladu s pravilnikom Hrvatske liječničke komore.

Komora oštro osuđuje prostačke izljeve mržnje prema liječnicima i novinarima

Hrvatska liječnička komora najoštrije je osudila agresivne, prostačke napade na prof. Alemku Markotić i na novinaru N1 televizije Mateu Dominiković i TV ekipu, kao i verbalne napade na ministra zdravstva prof. Viliya Beroša i novinarsku ekipu RTL televizije. Markotić i Beroš i dvije novinarske ekipe bili su 14. listopada na javnom prostoru i pripremali se za javljanje uživo u emisiju, kada su ih nepoznati prolaznici počeli primitivno prostački vrijeđati i prijetiti im.

Komora ovakve izljeve mržnje, vrijeđanja i prijetnji upućenih liječnicima i novinarima koji rade svoj posao smatra duboko zabrinjavajućim. Liječnici kojima je jedini cilj sačuvati zdravlje i živote građana, te novinari koji svakodnevno izvještavaju o epidemiji kako bi građani bili informirani, izloženi su verbal-

nom nasilju i salvama uvreda.

Stanje je teško za sve građane. Najteža je pak za liječnike, medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje jer su najviše izloženi riziku zaraze novim koronavirusom. Liječnici se već sedam mjeseci bore s obuzdavanjem epidemije i jedino što očekuju od građana jest da im odgovornim ponašanjem pomognu sačuvati svoje zdravlje u najvećoj mogućoj mjeri.

U ovim teškim vremenima u kojima živimo hrvatskom su društvu potrebni solidarnost, tolerancija i suradnja. Štete od ove epidemije kao društvo možemo smanjiti samo uz povjerenje u znanost i struku, uvažavanje liječnika i podršku zdravstvenom sustavu da se što uspješnije nosi s epidemijom.

Središnji ured HLK-a privremeno prelazi na novi model rada

Zbog pogoršanih epidemioloških uvjeta vezanih uz COVID-19, Središnji ured HLK-a u Zagrebu privremeno je prešao na model rada u timovima, u kombinaciji s radom od kuće. Molimo naše članove i stranke da, ako je ikako moguće, izbjegavaju dolazak u Središnji ured HLK-a u

Zagrebu, a cjelokupnu komunikaciju sa stručnim službama HLK-a obavljaju ili telefonom ili elektroničkom poštom.

U Središnjem uredu HLK-a u Zagrebu bit će prisutan minimalno potreban broj djelatnika, no sve stručne službe rade u punom opsegu te su dostupne putem elektronske

pošte kao i na telefonu 01/ 4500 830. Ako ipak postoji nužna potreba dolaska u Središnji ured, radno vrijeme za stranke i dalje je radnim danima od 8 do 16 sati, a za članove od 8 do 20 sati.

Do daljnjega, plaćanja nisu moguća putem uređaja POS u Središnjem uredu HLK-a, već

isključivo uplatom na račun Hrvatske liječničke komore. Za financijske upite molimo obratiti se elektroničkom poštom na matea.vrscak@hlk.hr ili telefonom na 01/ 4500 830.

Podsjećamo da je članovima dostupna i mobilna aplikacija HLK-a.

Komora predlaže: U pozivne centre uključite zdravstveno osoblje s burze rada

Hrvatska liječnička komora naglašava da je hitna uspostava dugoročno održivog i funkcionalnog modela traganja za kontaktima novooboljelih temeljni preduvjet za usporavanje epidemije. Naime, očekuje se da će do masovne procijepljenosti u Europi koja će zaustaviti pandemiju proći od šest do dvanaest mjeseci. Tijekom listopada, zbog naglog porasta dnevnog broja oboljelih na više od dvije tisuće u Hrvatskoj je sustav traganja za kontaktima ozbiljno narušen.

150 hrvatskih epidemiologa, koji već mjesecima brane prvu crtu u borbi protiv epidemije, fizički više nije stizalo odraditi ovaj opsežan posao u trenutku kada se brojevi novozaraženih dnevno kreću između 2 i 3 tisuće. Iscrpljeni su i potrebna im je pomoć u popisivanju kontakata oboljelih, njihovom obavješćavanju i unosu podataka u registar.

„U Hrvatskoj u odnosu na planiranu mrežu HZZO-a nedostaje 200-tinjak obiteljskih liječnika. Svaki od njih prosječno ima 1643 osiguranika, što znači da za svakog prosječno imamo godišnje na raspolaganju sat i petnaest minuta. Zato model u kojem obiteljski

liječnici preuzimaju cjelokupno traganje za kontaktima nije održiv niti će ovaj proces učinkovito poboljšati, a pogoršao bi našu dostupnost pacijentima“ naglašava zamjenica predsjednika Komore dr. **Vikica Krolo**, inače obiteljska liječnica iz Splita.

Upravo je učinkovit sustav testiranja, praćenja kontakata i njihove izolacije preduvjet za uspostavljanje koliko toliko normalnog života, bez potrebe za uvođenjem najstrožih mjera.

Komora je stoga sredinom listopada, sukladno preporuci Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC)², kao rješenje predložila **uspostavljanje pozivnih centara pri zavodima za javno zdravstvo** u kojima bi pod nadzorom i upravljanjem epidemiologa radilo neliječničko zdravstveno osoblje te nezdravstveno osoblje, koje bi prošlo nužnu edukaciju. Rad ovih centara treba biti organiziran na daljinu (rad od kuće na online platformi), oni bi popisivali i obavještavali kontakte te ih unosili u registar oboljelih, a sve pod nadzorom epidemiologa.

Upravo je učinkovit sustav testiranja, praćenja kontakata i njihove izolacije

preduvjet za uspostavljanje koliko toliko normalnog života, bez potrebe za uvođenjem najstrožih mjera.

U tom smislu Komora pozdravlja dopis ministra zdravstva Vilija Beroša od 29. studenoga upućen zavodima za javno zdravstvo s uputom o žurnom osnivanju pozivnih centara zbog jačega praćenja kontakata. Komora predlaže da se u prvom koraku preko Hrvatskog zavoda za zapošljavanje kontaktira više od 1200 zdravstvenih radnika - neliječnika koji na Zavodu čekaju pripravnost i da ih se u međuvremenu angažira na poslovima traganja za kontaktima u pozivnim centrima pri zavodima za javno zdravstvo.

Zaključno, Hrvatska liječnička komora još jednom naglašava da u vrijeme galopirajuće pandemije svaka javna komunikacija koja se temelji na pozivanju i optuživanju pojedinih skupina zdravstvenih djelatnika ne pomaže, nego odmaže u borbi s pandemijom. Ključni cilj svih dionika u hrvatskom zdravstvenom sustavu mora biti jedinstvo u borbi s koronavirusom.

NATJEČAJ

za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore u 2019. godini

I.

Područja za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore

1. Godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore dodjeljuju se po četiri osnove:

1.1. Članu Komore koji je svojim profesionalnim radom ostvario u liječničkoj praksi najzapaženije stručno ostvarenje u protekloj kalendarskoj godini u području liječničke profesije.

Članu se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za najzapaženije stručno ostvarenje u 2019. godini*.

1.2. Članu Komore koji je objavljenim izvornim znanstvenim radom, u 2019. godini u znanstvenim časopisima u bazi Web of Science značajno doprinio unapređenju liječničke struke i profesije. Nagrada se dodjeljuje članu Komore koji je objavljivanjem svog izvornog znanstvenog rada u 2019. godini sakupio najviše bodova, ovisno o relativnom rangi časopisa (kvartilu) u kojem je objavljen članak, a u području WoS-a u kojoj je taj časopis. Ako je časopis u više područja, onda se uzima povoljnije za kandidata. Ako je član Komore u 2019. godini objavio više izvornih znanstvenih radova, bodovi se zbrajaju. Član Komore kojem je bilo koji znanstveni ili stručni rad povučen jer se radi o plagijatu ne može konkurirati za ovu nagradu.

Za objavljeni izvorni znanstveni rad u časopisu koji se nalazi u prvoj kvartili (Q1) određenog područja WoS-a dodjeljuju se 4 boda, u drugoj kvartili (Q2) 3 boda, u trećoj kvartili (Q3) 2 boda, a u četvrtoj kvartili (Q4) 1 bod.

Prvom autoru objavljenog izvornog znanstvenog rada dodjeljuju se dodatni bodovi i to: 4 boda ako je rad objavljen u časopisu koji se nalazi u prvoj kvartili (Q1) određenog područja WoS-a, 3 boda u drugoj kvartili (Q2), 2 boda u trećoj kvartili (Q3) te 1 bod u četvrtoj kvartili (Q4).

Ako znanstveni rad ima više od 6 autora, u obzir se uzima samo prvih 6 autora.

Ako više članova Komore ima jednak broj bodova, godišnja nagrada dodijelit će se članu Komore koji je više puta bio prvi autor izvornog znanstvenog rada u časopisima koji se nalaze u prvoj kvartili (Q1) određenog područja WoS-a.

Članu se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za znanstveni doprinos unapređenju liječničke struke i profesije u 2019.g.*

1.3. Članu Komore koji je na osobit način iznimnim djelovanjem zaštitio prava liječnika te pridonio promicanju interesa hrvatskog liječništva

Članu se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za iznimno djelovanje u zaštiti prava liječnika te promicanju interesa hrvatskog liječništva u 2019. g.*

1.4. Novinaru ili osobi koja je svojim djelovanjem značajno pridonijela jačanju ugleda hrvatskih liječnika i promociji liječničke struke u javnosti.

Osobi se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke struke u javnosti u 2019. g.*

2. Godišnja nagrada Hrvatske liječničke komore dodjeljuje se članu Komore iz točke 1.2., zasebno, u dvije kategorije, i to:

2.1. liječnicima znanstvenicima životne dobi iznad 40 godina.

2.2. liječnicima mladim znanstvenicima životne dobi do 40 godina.

II.

Podnositelji prijave

Prijedlog za dodjelu godišnjih nagrada Komore može izravno podnijeti Predsjednik Komore ili članovi Izvršnog odbora Komore, odnosno posredno svi članovi Komore putem Županijskih povjerenstava, Povjerenstva Grada Zagreba, Povjerenstva liječnika zaposlenih u Ministarstvu obrane Republike Hrvatske i Povjerenstva liječnika zaposlenih u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Članovi Komore mogu sami sebe predložiti za dodjelu godišnje nagrade Komore.

Prijedlozi za dodjelu godišnjih nagrada iz točke I. podtočke 1.1. i 1.2. podnose se Povjerenstvu za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika Hrvatske liječničke komore.

Povjerenstvo za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika prikuplja i razmatra prijedloge za dodjelu godišnjih nagrada te izrađuje konačan prijedlog kandidata za dodjelu godišnjih nagrada, koji dostavlja Izvršnom odboru.

Prijedlozi za dodjelu godišnjih nagrada po osnovama iz točke I. podtočke 1.3. i 1.4. podnose se Izvršnom odboru izravno.

III.

Sadržaj prijave

Predlagatelji trebaju ispuniti obrazac prijedloga za dodjelu odličja i godišnjih nagrada Komore za navedena područja, koji se nalazi na internetskoj stranici Hrvatske liječničke komore www.hlk.hr.

Obrasci prijedloga s popratnom dokumentacijom i obrazloženjem šalju se na adresu **Hrvatske liječničke komore, Ulica Grge Tuškana 37/II, s napomenom „Natječaj za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore u 2019. godini“**.

IV.

Rok za podnošenje prijedloga

Rok za podnošenje prijedloga za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore počinje teći od dana 15. studenog 2020. kada je Natječaj objavljen na mrežnim stranicama Komore i završava dana 01. prosinca 2020. godine.

V.

Broj, oblik godišnjih nagrada Komore i nadležno tijelo za donošenje odluke o dodjeli

O dodjeli godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore odlučuje Izvršni odbor Komore.

Izvršni odbor Komore odlučuje o novčanoj vrijednosti i obliku nagrade te izgledu pisanog priznanja godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore.

Godišnje se može dodijeliti samo jedna godišnja nagrada Hrvatske liječničke komore po svakoj od osnova iz točke I. ovog Natječaja i po svakoj kategoriji iz točke I. stavka 2. ovog Natječaja.

Ako nema kandidata koji ispunjavaju kriterije opisane u točki I. ovog Natječaja po pojedinoj osnovi ili po pojedinoj kategoriji dodjeljivanja, godišnja nagrada Komore neće se dodijeliti po toj osnovi, odnosno po toj kategoriji, za 2019. godinu.

VI.

Način objave odluke o dodjeli godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore

Odluka o dodjeli godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore objavljuje se u glasilima Komore.

Godišnju nagradu Komore uručuje predsjednik Komore ili osoba koju on ovlasti na prigodnoj svečanosti u organizaciji Komore, o čemu će dobitnici nagrada biti pisanim putem pravovremeno obaviješteni.

VII.

Objava natječaja

Ovaj natječaj objavljuje se na mrežnim stranicama Komore i u Liječničkim novinama.

NATJEČAJ

za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore u 2020. godini (za razdoblje od 01. siječnja 2020. do 15. studenog 2020.)

I.

Područja za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore

1. Godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore dodjeljuju se po četiri osnove:

1.1. Članu Komore koji je svojim profesionalnim radom ostvario u liječničkoj praksi najzapaženije stručno ostvarenje u 2020. godini u području liječničke profesije.

Članu se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za najzapaženije stručno ostvarenje u 2020. godini*.

1.2. Članu Komore koji je objavljenim izvornim znanstvenim radom u 2020. godini u znanstvenim časopisima u bazi Web of Science značajno doprinio unapređenju liječničke struke i profesije. Nagrada se dodjeljuje članu Komore koji je objavljivanjem svog izvornog znanstvenog rada u 2020. godini sakupio najviše bodova, ovisno o relativnom rangju časopisa (kvartilu) u kojem je objavljen članak, a u području WoS-a u kojoj je taj časopis. Ako je časopis u više područja, onda se uzima povoljnije za kandidata. Ako je član Komore u 2020. godini objavio više izvornih znanstvenih radova, bodovi se zbrajaju. Član Komore kojem je bilo koji znanstveni ili stručni rad povučen jer se radi o plagijatu ne može konkurirati za ovu nagradu.

Za objavljeni izvorni znanstveni rad u časopisu koji se nalazi u prvoj kvartili (Q1) određenog područja WoS-a dodjeljuju se 4 boda, u drugoj kvartili (Q2) 3 boda, u trećoj kvartili (Q3) 2 boda, a u četvrtoj kvartili (Q4) 1 bod.

Prvom autoru objavljenog izvornog znanstvenog rada dodjeljuju se dodatni bodovi i to: 4 boda ako je rad objavljen u časopisu koji se nalazi u prvoj kvartili (Q1) određenog područja WoS-a, 3 boda u drugoj kvartili (Q2), 2 boda u trećoj kvartili (Q3) te 1 bod u četvrtoj kvartili (Q4).

Ako znanstveni rad ima više od 6 autora, u obzir se uzima samo prvih 6 autora.

Ako više članova Komore ima jednak broj bodova, godišnja nagrada dodijelit će se članu Komore koji je više puta bio prvi autor izvornog znanstvenog rada u časopisima koji se nalaze u prvoj kvartili (Q1) određenog područja WoS-a.

Članu se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za znanstveni doprinos unapređenju liječničke struke i profesije u 2020.g.*

1.3. Članu Komore koji je na osobit način iznimnim djelovanjem zaštitio prava liječnika te pridonio promicanju interesa hrvatskog liječništva

Članu se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za iznimno djelovanje u zaštiti prava liječnika te promicanju interesa hrvatskog liječništva u 2020. godini*.

1.4. Novinaru ili osobi koja je svojim djelovanjem značajno pridonijela jačanju ugleda hrvatskih liječnika i promociji liječničke struke u javnosti.

Osobi se po ovoj osnovi dodjeljuje *nagrada za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke struke u javnosti u 2020.g.*

2. Godišnja nagrada Hrvatske liječničke komore dodjeljuje se članu Komore iz točke 1.2., zasebno, u dvije kategorije, i to:

2.1. liječnicima znanstvenicima životne dobi iznad 40 godina.

2.2. liječnicima mladim znanstvenicima životne dobi do 40 godina.

II.

Podnositelji prijave

Prijedlog za dodjelu godišnjih nagrada Komore može izravno podnijeti predsjednik Komore ili članovi Izvršnog odbora Komore odnosno posredno svi članovi Komore putem županijskih povjerenstava, Povjerenstva Grada Zagreba, Povjerenstva liječnika zaposlenih u Ministarstvu obrane Republike Hrvatske i Povjerenstva liječnika zaposlenih u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Članovi Komore mogu sami sebe predložiti za dodjelu godišnje nagrade Komore.

Prijedlozi za dodjelu godišnjih nagrada iz točke I. podtočke 1.1. i 1.2. podnose se Povjerenstvu za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika Hrvatske liječničke komore.

Povjerenstvo za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika prikuplja i razmatra prijedloge za dodjelu godišnjih nagrada te izrađuje konačan prijedlog kandidata za dodjelu godišnjih nagrada, koji dostavlja Izvršnom odboru.

Prijedlozi za dodjelu godišnjih nagrada po osnovama iz točke I. podtočke 1.3. i 1.4. podnose se Izvršnom odboru izravno.

III.

Sadržaj prijave

Predlagatelji trebaju ispuniti obrazac prijedloga za dodjelu odličja i godišnjih nagrada Komore za navedena područja, koji se nalazi na internetskoj stranici Hrvatske liječničke komore www.hlk.hr.

Obrasci prijedloga s popratnom dokumentacijom i obrazloženjem šalju se na adresu Hrvatske liječničke komore, Ulice Grge Tuškana 37/II, s napomenom „Natječaj za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore u 2020. godini“.

IV.

Rok za podnošenje prijedloga

Rok za podnošenje prijedloga za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore počinje teći od dana 15. studenog 2020. kada je Natječaj objavljen na mrežnim stranicama Komore i završava dana 1. prosinca 2020. godine.

V.

Broj, oblik godišnjih nagrada Komore i nadležno tijelo za donošenje odluke o dodjeli

O dodjeli godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore odlučuje Izvršni odbor Komore.

Izvršni odbor Komore odlučuje o novčanoj vrijednosti i obliku nagrade te izgledu pisanog priznanja godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore.

Godišnje se može dodijeliti samo jedna godišnja nagrada Hrvatske liječničke komore po svakom od osnova iz točke I. ovog Natječaja i po svakoj kategoriji iz točke I. stavka 2. ovog Natječaja.

Ako nema kandidata koji ispunjavaju kriterije opisane u točki I. ovog Natječaja po pojedinoj osnovi ili po pojedinoj kategoriji dodjeljivanja, godišnja nagrada Komore neće se dodijeliti po toj osnovi, odnosno po toj kategoriji, za 2020. godinu.

VI.

Način objave odluke o dodjeli godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore

Odluka o dodjeli godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore objavljuje se u glasilima Komore.

Godišnju nagradu Komore uručuje predsjednik Komore ili osoba koju on ovlasti na prigodnoj svečanosti u organizaciji Komore, o čemu će dobitnici nagrada biti pisanim putem pravovremeno obaviješteni.

VII.

Objava natječaja

Ovaj natječaj objavljuje se na mrežnim stranicama Komore i u Liječničkim novinama.

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U LISTOPADU 2020.

2. listopada	Virtualna konferencija i webinar „Dan za Belupo 2020. – Prvo je zdravlje“ (dr. sc. K. Luetić)
6. listopada	Gostovanje u emisiji HRT-a "Hrvatska za 5" (prof. L. Zibar)
7. listopada	Zajednički sastanak predsjednika i predstavnika Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog sindikata, Zagreb
8. listopada	Sastanak proširene Ekspertne skupine Ministarstva zdravstva, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
9. listopada	Virtualni sastanak CPME – The Standing Committee of European Doctors (dr. I. Raguž)
14. listopada	Donacija zaštitnih vizira i sastanak s dekanom i vodstvom Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (dr. sc. K. Luetić, prim.dr. B. Ujević)
15. listopada	Virtualni kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora – Hrvatskog liječničkog zbora (dr. sc. K. Luetić)
16. listopada	Gostovanje u Dnevniku Nove TV (dr. sc. K. Luetić)
19. listopada	Gostovanje u emisiji Newsroom N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
22. listopada	Gostovanje u Dnevniku Nove TV (dr. sc. K. Luetić)
23. listopada	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija-Radio Sljeme (dr. sc. K. Luetić)
23. listopada	Virtualna sjednica Glavne skupštine AEMH – European Association of Senior Hospital Physicians, (doc. prim. dr. sc. T. Pavić)
24. listopada	Gostovanje u Dnevniku N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
27. listopada	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija „Izaberi zdravlje“ (dr. sc. K. Luetić, dr. M. Rogoznica)
27. listopada	Gostovanje u emisiji HRT-a „Studio 4“ (dr. sc. K. Luetić)
28. listopada	Gostovanje u Dnevniku N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
30. listopada	Sastanak s ministrom zdravstva, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U LISTOPADU 2020.

2. listopada	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
5. listopada	Sjednica Izvršnog odbora
6. listopada	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
20. listopada	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
23. listopada	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
26. listopada	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
26. listopada	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
1. – 31. listopada	7 rasprava na Časnom sudu

Povodom zatvaranja internističke-gastroenterološke ordinacije 20.12.2020. godine, nudi se kompletan inventar na prodaju. Inventar, u vrlo dobrom stanju, čine: ormari, police, niski ormari, pisači stol, recepcija s ormarom za kartoteku, 3 ležaja za pregled pacijenata, kolica (2), izvor svjetla i pumpa za vodu, kao i kade za dezinfekciju instrumenata. Također su na prodaju dva tepiha, stakleni stol u čekaonici te pet stolica s rukonaslonima. Moguća je prodaja i pojedinačnih komada inventara.

Zainteresirani mogu dobiti informacije na telefon **01 48 29 652**.

Od Japana do Vinogradske

Put do implementacije novih minimalno invazivnih endoskopskih tehnika na Zavodu za gastroenterologiju i hepatologiju KBC-a Sestre milosrdnice



 **Doc. dr. sc. NEVEN BARŠIĆ, dr. med.**
Zavod za gastroenterologiju i
hepatologiju, Klinika za unutarnje
bolesti KBC-a Sestre milosrdnice

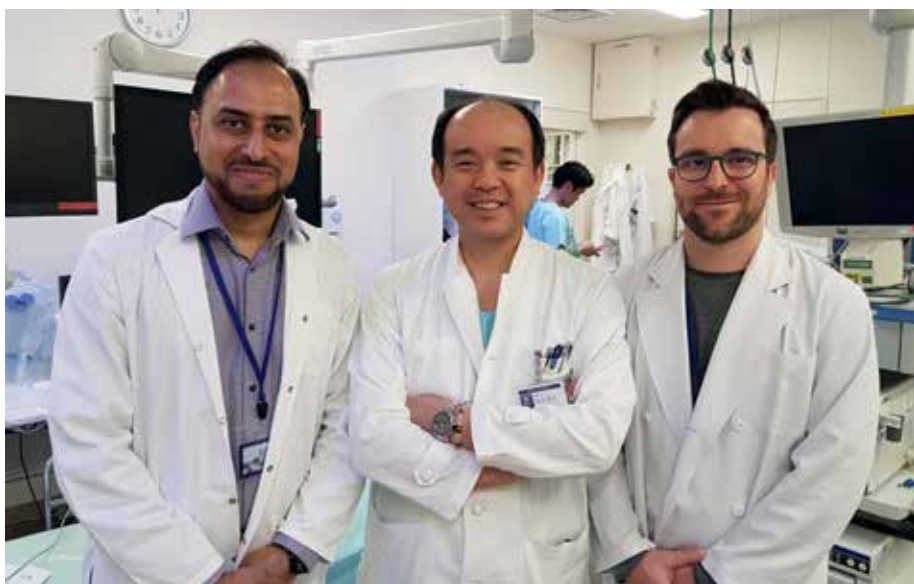
Gastrointestinalna endoskopija područje je koje je posljednjih desetak godina doživjelo brojne, prilično revolucionarne pomake koji mijenjaju pristup liječenju znatnog dijela naših bolesnika. Razvoj novih metoda, napredak u endoskopskoj tehnici i priboru te inovacije u slikovnom prikazu doveli su do toga da se kirurško liječenje u raznim scenarijima može izbjeći. Time se potpuno očuva organ i poboljšava kvaliteta života, a brojna predmaligna stanja i rani karcinomi dijagnosticiraju se precizno i prije patohistološke analize sumnjivih promjena uočenih na sluznici.

Revolucija u liječenju ranih karcinoma probavnog trakta počela je prije dvadesetak godina u Japanu, s počecima razvoja endoskopske submukozne disekcije (ESD) - inovativne tehnike endoskopske resekcije koja se umjesto

zaomčavanja tkiva omčom služi igličastim tipom noža kako bi se neoplastična promjena precizno omeđila te odvojila od mišića disekcijom u submukoznom sloju. Ova se tehnika, nakon širenja po Japanu i usavršavanja pribora, te nakon proširenja indikacija s karcinoma želuca na sve rane karcinome i zahtjevne polipe duž probavnog trakta, posljednjih desetak godina sve više primjenjuje i u ostatku svijeta.

U KBC-u Sestre milosrdnice prva ideja o početku ESD-a javila se još 2013. godine, ali su nam trebale tri godine za stvaranje tehničkih preduvjeta (endoskop napredne generacije, odgovarajući pribor, organiziranje prostora i osoblja za višesatne zahvate) i stjecanje minimuma potrebnog znanja za upuštanje u te tehnički vrlo zahtjevne zahvate. Osnovna edukacija u tehnici ESD-a stječe se u radionicama na živim svinjama, a nakon pohađanja dviju takvih radionica započeli smo prikupljati prva iskustva na našem Zavodu. Moram spomenuti prof. Friedera Berra, ESD-a entuzijasta iz Salzburga, koji je svojevrsteno jednom godišnje organizirao najbolju radionicu u Europi, s vodećim japanskim stručnjacima, bez čije dobrote (prihvatio me kao pasivnog promatrača, bez kotizacije) taj početak ne bi bio moguć. Daleko od idealnih i preporučenih uvjeta (promatranje i asistiranje kod određenog broja postupaka u nekom centru, izvođenje dvadesetak postupaka na svinjama, prisutnost nekoga s iskustvom na prvim zahvatima, selekcija isključivo lakših lezija za prvih 30-50 postupaka), uspjeli smo bez većih komplikacija napraviti prvih desetak ESD-a, a nakon opservacijskog boravka u jednom većem europ-

skom središtu ESD podigli smo značajno postotak potpunih resekcija u sljedećih 40-ak bolesnika. Prošle godine dobio sam, zahvaljujući stipendiji Hrvatske liječničke komore, priliku otići u Japan - zemlju u kojoj se i dalje radi najviše (godišnje oko 50.000) postupaka ESD-a i kamo se gotovo svi europski stručnjaci dolaze educirati, jer su razlike između japanskog i europskog pristupa ESD-u i kvalitete izvođenja i dalje velike. Jednomjesečni boravak u bolnici sveučilišta Keio u Tokiju, kod vodećeg svjetskog stručnjaka za ESD prof. Naohise Yahagija, koji je ujedno pionir tehnike i najznačajniji inovator, omogućio mi je stjecanje znanja i razumijevanje pojedinosti u pristupu tehnici ESD-a, kakve u Europi nisam mogao dobiti. Svakodnevno gledanje i rasprava o slučajevima ranih karcinoma gornjeg probavnog trakta, koje mi u Hrvatskoj nažalost dijagnosticiramo vrlo rijetko, bilo je od neprocjenjive koristi. Također sam imao priliku vidjeti kako izgleda sustavna izobrazba iz ESD-a mlađih kolega i rad u timu s jasnom hijerarhijom, gdje se pacijenti dijele prema očekivanoj složenosti zahvata na nekoliko razina. Osim izrazito teškog duodenalnog ESD-a, prof. Yahagi je jedini koji je počeo raditi i ESD ranih karcinoma ždrijela, čime je zašao u područje otorinolaringologije. Središte za minimalno invazivno liječenje čini izdvojenu jedinicu u velikom gastroenterološkom zavodu, a u njemu se, osim mnogo zahvata ESD-a i praćenja tih bolesnika, puno vremena posvećuje provođenju istraživanja te razvoju i testiranju inovacija. Japanski kolege vrlo su susretljivi te će, unatoč poteškoćama s engleskim jezikom, strpljivo svakodnevno odgovarati na brojne upite nekoliko stranaca koji im stoje za leđima u dvorani. Radi se o vrlo skromnim, poštenim i iskrenim ljudima,



S prof. Yahagijem (u sredini) i kolegom iz Engleske (na slici lijevo) u dvorani Centra za minimalno invazivno liječenje, Bolnica sveučilišta Keio u Tokiju

koji rade više od 12 sati dnevno, te u njima nećete naći ni trunku taštine, uključujući samog prof. Yahagija, koji je svakako svjestan svog ugleda širom svijeta. Kontakte s njima održavam i danas putem konzultacija u situacijama dijagnostičko-terapijskih nedoumica. Tijekom boravka u Tokiju imao sam priliku upoznati i tim iz druge velike bolnice pod vodstvom prof. Inouea, još jednog inovatora svjetske slave, koji je 2010. godine razvio tehniku peroralne endoskopske miotomije (POEM). Taj postupak rapidno stječe popularnost i danas postaje postupak izbora za liječenje ahalezije, znatno je učinkovitija i preciznija od endoskopske dilatacije balonom, a manje invazivna od Hellerove kirurške miotomije. U KBC-u Sestre milosrdnice učinili smo prvi POEM 2017. godine, nakon promatranja nekoliko postupaka u Lyonu, te imamo izvrsna iskustva sa svih 16 do sada liječenih bolesnika.

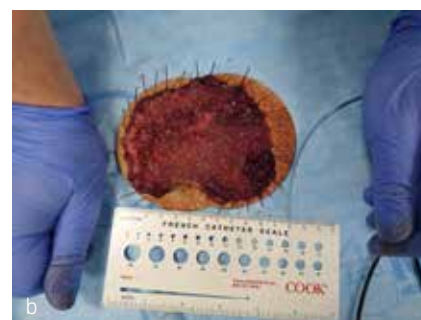
Razvoj pribora vezanoga za ESD doveo je, uz spomenuti POEM, i do drugih značajnih inovacija u gastrointestinalnoj endoskopiji, koje također nastojimo pratiti u našoj ustanovi. Agresivniji pristup u postupcima omogućio je napredak i u postupcima zatvaranja perforacija, za što je razvijeno i više vrsta

klasičnih klipsi, a posebna 'over-the-scope' klipsa koristi se, osim za zatvaranje većih perforacija, i za zatvaranje fistula, zaustavljanje refraktornog ulkusnog krvarenja i posebnu tehniku resekcije manjih karcinoma ili ožiljno promijenjenih recidiva polipa cijelom debljinom stijenke ('full-thickness resection', FTR). Zahvaljujući ovoj inovativnoj klipsi dosad smo više puta uspjeli izbjeći hitni kirurški zahvat u naočigled izgubljenoj situaciji. U našem Zavodu radimo rutinski i endoskopsku Zenkerovu divertikulotomiju, još jedan od zahvata koji ne ostavlja vanjske ožiljke i omogućuje brz otpust iz bolnice. Tehnika POEM-a počela se primjenjivati i za presijecanje mišićnih vlakana pilorusa kod gastropareze, a na njenim načelima razvija se i endoskopska ekscizija nekih subepitel-nih tumora, što su sljedeći postupci koje planiramo uvesti u praksu.

Na kraju bih naglasio kako usvajanje novih tehnika i svladavanje organizacijskih i tehničkih teškoća koje su uobičajene u domaćim uvjetima rada, ne bi bilo moguće bez velikog truda sestara i tehničara te podrške kolega anesteziologa i kirurga u našoj bolnici, kao i gastroenterologa iz drugih ustanova u Hrvatskoj koji nam sve češće upućuju svoje bolesnike na ove sada već rutinske zahvate.



a



b



c

(a) Izvođenje ESD-a u KBC-u Sestre milosrdnice, (b) resekirani veliki adenom rektuma sa žarištem ranog karcinoma, (c) rezna ploha s vidljivim mišićnim slojem na kraju resekcije

U Zavodu pažnju posvećujemo i edukaciji te nas vesele upiti mlađih kolega zainteresiranih za gastrointestinalnu endoskopiju. Nadamo se kako će hrvatska gastroenterologija i dalje pratiti svjetske trendove na dobrobit svih bolesnika o kojima se skrbimo, uz neizbježnu pomoć edukacijskih programa poput ovoga Hrvatske liječničke komore.

neven.barsic@gmail.com

Dugovi veledrogerijama

Ukupan iznos dugovanja za lijekove i medicinske proizvode trenutno premašuje 5 milijardi kuna, od čega 4,3 milijarde otpada na dugovanja bolnica, a 700 milijuna na dugovanja ljekarni. Rokovi plaćanja bolnica nerijetko premašuju dvije pa i tri godine, a rijetke su one bolnice u Hrvatskoj koje plaćaju ispod godinu dana i to je problem za koji se već dulje vrijeme pokušava naći rješenje, do sada, nažalost bezuspješno, te je sav teret uredne opskrbe bolnica bio na „leđima“ veledrogerija. One su kao odgovoran partner sustavu, iscrpljujući do maksimuma vlastite mogućnosti te unatoč svim problemima, svakodnevno lijekovima i medicinskim proizvodima opskrbljivale sve bolnice u Hrvatskoj, do trenutka dok se i same nisu suočile s blokadama od svojih dobavljača te potrošenim kreditnim limitima kod financijskih institucija koje ih dalje zbog prevelike izloženosti nisu mogle financirati. Gotovo potpun izostanak plaćanja ljekarni od lipnja do studenoga ove godine bio je dodatan udar na ionako vrlo otežanu likvidnost veledrogerija. Uplatom 500 milijuna kuna u srpnju 2020. omogućen je kratak predah i nastavak opskrbe samo do kraja rujna, kada je ministrima financija i zdravstva jasno komunicirano da je potrebna hitna trenutačna uplata od 2,7 milijardi kuna – 2 milijarde za dugove bolnica i 700 milijuna za dugove ljekarni. Od potrebnih 2,7 milijardi kuna, 300 milijuna kuna uplaćeno je krajem listopada, te je u rebalansu najavljeno dodatnih 1,5 milijardi, dakle ukupno 1,8 milijardi kn. Taj iznos, nažalost, neće biti dovoljan da bi mogao osigurati dulju nesmetanu opskrbu cijelog sustava lijekovima i medicinskim proizvodima. Minimal-

na potrebna uplata je 2,7 milijardi kuna do kraja godine, uz pretpostavku plaćanja ljekarni u zakonskim rokovima te jasan plan otplate ostatka duga do ukupnog iznosa. Naravno, uz temeljitu reformu cijeloga zdravstvenog sustava, no koju veledrogerije ne mogu čekati. Četiri najveće veledrogerije u Hrvatskoj, odgovorne za 70

% tržišta - Medika, Phoenix farmacija, Oktal pharma i Medical Intertrade - mogu biti partner sustavu do visine od 2 mlrd kn, što za cijelo tržište iznosi oko 3 mlrd kn, privremeno dok traje intenzivna COVID-19 kriza, a najdalje do ljeta 2021., no više od toga iznosa ne mogu. Država i jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave, kao osnivači bolnica te odgovorni za njihovo poslovanje, morat će preuzeti aktivniju ulogu u rješavanju ovoga duga te konačno iznjedrati dugoročno rješenje kako se slične krize ne bi ponavljale svakih nekoliko mjeseci.

Zagreb, 04.11.2020.

Milka Kosanović, direktorica odnosa s članstvom HUP-a

milka.kosanovic@hup.hr



PROJEKT IZOBRAZBE ZDRAVSTVENIH RADNIKA ZA RAD U JEDINICAMA INTENZIVOG LIJEČENJA

Pandemija COVID-19 pokrenula je sve mehanizme Europske unije (EU) za potporu i jačanje kapaciteta njenih država članica u borbi protiv ove bolesti. EU od početka pandemije postupcima zajedničke nabave svojim državama članicama osigurava dostupnost zaštitne opreme, medicinskih proizvoda i lijekova za borbu protiv pandemije.

Europska komisija je u tom kontekstu pokrenula u suradnji s Europskim društvom za intenzivnu medicinu (ESICM) projekt za izobrazbu liječnika i medicinskih sestara u državama članicama radi jačanja operativnih kapaciteta zdravstvenog osoblja i učinkovitijeg nošenja zdravstvenih sustava s pandemijom COVID-19.

Projekt se provodi pod nazivom „*Provision of Training on Intensive Care Medicine Skills for Health Professionals Not Regularly Working on Intensive Care Units (C19_Space)*“.

Cilj je ovog projekta pružiti osnovna znanja iz intenzivne medicine zdravstvenom osoblju, liječnicima i medicinskim sestrama koji primarno ne rade u JIL-u, za slučaj potrebe njihovog raspoređivanja u JIL s COVID-19. Projekt provodi ESICM i njime planira obučiti 10.000 zdravstvenih radnika u svim državama članicama EU-a tijekom četiri mjeseca provedbe.

Ministarstvo zdravstva RH (MZ) uključilo je u provedbu ovog europskog

projekta 32 bolnice s JIL-om u Hrvatskoj te je u suradnji s tim bolnicama prijavilo 317 liječnika i medicinskih sestara za izobrazbu za nacionalne edukatore, koji će prema programu projekta obučiti više od 2000 liječnika i medicinskih sestara za rad u JIL-u.

Nadalje, MZ razvija i pokreće, u suradnji s Hrvatskim društvom za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu HLZ-a (HDARIM), Hrvatskim društvom za intenzivnu medicinu HLZ-a (HDIM) i Hrvatskim društvom za hitnu i intenzivnu internističku medicinu HLZ-a (HDHIIM), nacionalni program doedukacije liječnika i medicinskih sestara za rad u JIL-u.

Izvor: Ministarstvo zdravstva

NATAŠA BAN TOSKIĆ

nova predsjednica KoHOM-a

"Nastavit ćemo predlagati rješenja na temelju naše svakodnevne prakse i iskustva, ali ćemo isto tako, kao odgovorna organizacija, poduprijeti svaki prijedlog zdravstvene administracije koji ide prema razvoju kvalitete stručnog rada i motiviranju mladih doktora za rad u obiteljskoj medicini", kazala je Ban Toskić uz zahvalu dosadašnjoj predsjednici Vikici Krolo, članovima Izvršnog odbora i ostalih tijela KoHOM-a.

Na 11. kongresu Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) Nataša Ban Toskić, specijalistica obiteljske medicine iz Zagreba, izabrana je za novu predsjednicu KoHOM-a. Ban Toskić, inače liječnica u Domu zdravlja Zagreb – Centar, na Kongresu koji je održan online, kazala je da će KoHOM dosljedno i argumentirano, kao i do sada, nastaviti djelovati prema zdravstvenoj administraciji i javnosti u cilju jačanja kvalitete obiteljske medicine. „Obiteljska medicina suočena je s brojnim kadrovskim, organizacijskim i financijskim problemima i izazovima, a često i nerazumijevanjem naše struke u samoj zdravstvenoj administraciji. Zato KoHOM i dalje želi aktivno sudjelovati u donošenju svih odluka koje izravno utječu na svakodnevni rad obiteljskih liječnika kao i na naše pacijente. Nastavit ćemo predlagati rješenja na temelju naše svakodnevne prakse i iskustva, ali ćemo isto tako, kao odgovorna organizacija, poduprijeti svaki prijedlog zdravstvene administracije koji ide prema

razvoju kvalitete stručnog rada i motiviranju mladih doktora za rad u obiteljskoj medicini“, kazala je Ban Toskić uz zahvalu dosadašnjoj predsjednici, članovima Izvršnog odbora i ostalih tijela KoHOM-a.

Dosadašnja predsjednica KoHOM-a Vikica Krolo, koja je tu dužnost obnašala dva mandata, zahvalila je svima na suradnji. Istaknula je podršku medija koji su senzibilizirali javnost za probleme u sustavu obiteljske medicine. Krolo je podsjetila i na to da predstavnici KoHOM-a, najbrojnije organizacije liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, obnašaju brojne dužnosti u Hrvatskoj liječničkoj komori, među njima dužnost zamjenice predsjednika HLK-a te predsjednice Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a. Isto tako predstavnici KoHOM-a članovi su Ekspertne skupine Kriznog stožera Ministarstva zdravstva. „Izuzetan je napredak ulazak predstavnika KoHOM-a u Radnu skupinu Ministarstva zdravstva za izradu Nacionalnog preventivnog programa za rano otkrivanje raka pluća jer su tu u takvu radnu skupinu po prvi put uključeni obiteljski liječnici koji svojim iskustvom mogu doprinijeti puno većem odazivu na preventivne preglede“, naglasila je Krolo.

Na 11. kongresu KoHOM-a izabrani su za članove Izvršnog odbora, uz Ban Toskić, dosadašnja predsjednica Vikica Krolo, Vesna Potočki Rukavina, Jadranka Karuza, Mirela Matković, Zrinka Huđek-Leskovar i Berislav Bulat.

Za članove Nadzornog odbora KoHOM-a izabrani su Ines Balint, Leonardo Bressan i Aleksandar Ljubotina. U Mirovno vijeće KoHOM-a izabrani su Vjekoslava Amerl-Šakić, Zrinko Karlović i Ines Diminić Lisica.

U Hrvatskoj ima oko 2230 obiteljskih liječnika, od kojih su polovina specijalisti, što je nedostavno u odnosu na potrebe ukupne populacije. U ovom trenutku čeka



S lijeva na desno su Nataša Ban Toskić, Vikica Krolo i Ines Balint (nova predsjednica KoHOM-a i dvije prethodne)

135 timova u obiteljskoj medicini nema liječnika, pa takav tim istodobno „pokriva“ liječnik koji već skrbi o nekom drugom timu. Tijekom sljedećih pet godina čak 680 obiteljskih liječnika ide u mirovinu, što znači da bi stanje moglo biti još složenije. Čak trideset posto liječnika obiteljske medicine starije je od 60 godina, a od toga 168 liječnika starije je od 65 godina.

Izvršni odbor KoHOM-a



Vikica Krolo (predsjednica 11. Kongresa), Olja Martinić (nutricionist) i Karmela Vukov Colić (voditeljica)

11. KONGRES KoHOM-a - ODRŽAN ONLINE

✍ Prim. dr. VJEKOSLAVA AMERL ŠAKIĆ

Od 1. do 3. listopada ove godine održan je 11. Kongres KoHOM-a u online obliku.

Izabrane su teme iz neurologije (epilepsija, mijastenija gravis, multiplaskleroza, moždani udar i dr.), prevencije i zdravlja liječnika.

Kongres je otvorila dr. Ljiljana Lulić Karapetrić, veteranka obiteljske medicine, predavanjem "Program za obiteljskog liječnika - Putovanje prema osobnom zdravlju". Govorila je o važnosti zdravlja samih liječnika, putu k tom cilju te programima koje sama radi za liječnike i pacijente u udruzi „Promjena“. Tema zdravlja liječnika te utjecaja narušenoga liječničkoga zdravlja na kvalitetu pružene skrbi u ordinacijama obiteljske medicine posljednjih je nekoliko godina sve češće tema stručnih krugova u Europi, manje u Hrvatskoj, pa smo i mi htjeli staviti naglasak na tu temu izdvajajući je kao posebnu cjelinu kongresa. Bez zdravog liječnika nema ni „zdrave ordinacije“, a posljedično ni zdravog pacijenta, ni kvalitetne zdravstvene zaštite. Pandemija COVID-19 posebno pokazuje koliko je važno imati zdrave, psihofizički sposobne liječnike i medicinske sestre te je odabir teme tim više bio važan.

Pokušali smo odgovoriti i na pitanje što je kvartarna prevencija. S razvojem medicine, prvenstveno razvojem



Slijeva: Jelena Rakić Matić (predsjednica Organizacijskog odbora), Vikica Krolo (predsjednica Kongresa) i Vjekoslava Amerl Šakić (predsjednica Znanstvenog odbora Kongresa)

dijagnostičkih mogućnosti, javila se potreba i za definiranjem još jednog oblika prevencije – kvartarne prevencije, koja se definira kao postupak identificiranja pacijenta koji je u riziku od pretjerane medikalizacije, a s ciljem da se zaštite pacijenti od nove medicinske invazije predlažnjem etički prihvatljivih intervencija. S obzirom na to da u našim ordinacijama sve više svjedočimo prekomjernoj dijagnostici i liječenju, nužno je upoznati kolege s pojmom kvartarne prevencije kao i mogućnostima da se u svakodnevnom radu izbjegnju prekomjerna dijagnostika i liječenje, uz rasterećenje zdravstvenog sustava, ali bez umanjenja kvalitete skrbi za pacijente. Prikazani su rezultati ankete o tome prepoznaju li naši liječnici pretjeranu medikalizaciju i pretjerano podvrgavanje dijagnostič-

kim pretragama. Iz rezultata te ankete zaključeno je da ih prepoznaju te da su voljni proći dodatnu edukaciju o kvartarnoj prevenciji. To se može protumačiti kao svojevrsan trijažni postupak, a u svrhu rasterećenja zdravstvenog sustava, kao i povećane dostupnosti pacijentima koji imaju indikaciju za određene dijagnostičke postupke.

Predstavljena je i knjiga „Najbolje od dijetetike“, nutricionistice Olje Martinić. Knjiga je nastala u suradnji s KoHOM-om i liječnicama koje su sudjelovale u pisanju ovoga drugog, proširenog izdanja – prim. dr. Vjekoslava Amerl Šakić, prim. dr. Ines Balint, dr. Vikica Krolo, dr. Diana Kralj, dr. Dijana Ramić Severinac, dr. Ljubica Pavelin, dr. Jelena Andrić i dr. Ana Mijić.

**PRODAJEM PSIHIJATRIJSKU ORDINACIJU U ZAGREBU
MOLIM ZAINTERESIRANE DA SE JAVE NA TEL: 098 587 507**

Odbijanje transfuzije: držati se zakona ili konvencije EU-a?

 **Dr. sc. MARTA DAJANA CARTI, dipl. theol.**
bioetičarka u KBC-u Rijeka
Prof. dr. sc. KARMEN LONČAREK, dr. med.
DRAGAN LOVROVIĆ, dr. med.

Smjernice kod odbijanja transfuzije krvi iz religijskih razloga nastale su kao pomoć u rješavanju komunikacijskih teškoća u odnosu liječnik – pacijent koje se ponekad javljaju u praksi zbog zakonskih nedorečenosti. Prema Zakonu Republike Hrvatske liječnik nema pravo uskratiti transfuziju krvi pacijentu u smrtnoj opasnosti pa i onda kada bi ju automnomni pacijent sam odbio (npr. pripadnik zajednice Jehovinih svjedoka). Prema čl. 9. Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda svatko ima slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijesti, te prema tom pravu svatko ima slobodu „manifestirati svoju vjeru ili uvjerenje, obredom, propovijedanjem i vršenjem vjerskih dužnosti i rituala.“ Ova dva zakona u praksi ponekad dovode do nesporazuma i različitih tumačenja, te komunikacijskih teškoća u terapijskom savezu.

Ukratko: liječnik kao pojedinac dužan je poštovati zakon svoje države. Naime, međunarodna konvencija je obvezujuća za državu, a **ako pojedinac, postupajući po zakonu, krši pravo koje Konvencija osigurava, odgovornost je na državi, a ne na pojedincu.**

Kako bismo prevenirali nove slučajeve nesporazuma, odlučili smo, sa svima uključenima u donošenje odluka kod odbijanja medicinski indicirane transfuzije, izraditi ove smjernice kao putokaz da se i liječnici i pacijenti na vrijeme o ovoj temi informiraju i da zajedno donesu najbolju moguću odluku o liječenju, u najkraćem roku, koji je često presudan za liječenje.

U izradi ovih smjernica KBC-a Rijeka sudjelovalo je pet liječnika različitih specijalnosti, dva pravnik, dvije medicinske sestre, bioetičar, te predstavnici zajednice Jehovinih svjedoka

u Hrvatskoj. Stručno vijeće KBC-a Rijeka jednoglasno je usvojilo ove smjernice.

Također je na razini naše bolnice dogovoreno da se osim ovih smjernica uvedu informirani pristanci (kakvi u nekim bolnicama već postoje) po kojima pacijenti mogu prihvatiti neki terapijski zahvat i u isto vrijeme odbiti transfuziju krvi. To pacijentima daje sigurnost da su zdravstveni radnici nedvosmisleno upoznati s pacijentovim željama.

Korisno je da se u informiranom pristanku pacijentima omogućiti napisati na koje krvne pripravke pristaju u slučaju potrebe. Naime, mnogi Jehovini svjedoci prihvaćaju razne pripravke koji mogu olakšati planiranje zahvata liječnicima i izbjeći potrebu za korištenjem transfuzije krvi.

U dogovoru sa Zajednicom Jehovinih svjedoka donosimo kontaktne podatke gdje se zdravstveni radnici mogu dodatno informirati o pitanjima transfuzije kod pripadnika Zajednice.

Služba Zajednice Jehovinih svjedoka za suradnju s bolnicama – Hrvatska

Telefon 8 - 17 h: 01/379-5001

Telefon 24 h: 097/605/8686

E-pošta: hid.hr@jw.org

Web: <https://www.jw.org/hr/medicinska-biblioteka/>

Smjernice za kliničare KBC-a Rijeka kod odbijanja transfuzije krvi pacijenata iz religijskih razloga:

1. Liječnik je dužan postupati u skladu s pravilima struke i odredbama Zakona o zaštiti prava pacijenata.
2. Kod elektivnih dijagnostičkih ili terapijskih postupaka koji u sebi nose rizik od potrebe transfuzije krvi, liječnik je dužan tražiti pristanak pacijenta za taj pojedinačni dijagnostički ili terapijski postupak.
3. Liječnik je dužan prethodno detaljno

informirati pacijenta o tijeku postupka te o postojanju rizika koji bi doveo do potrebe transfuzije krvi.

4. Kada se pacijent nakon primitka informacija o riziku određenog elektivnog postupka odluči na liječenje i dade pisanu suglasnost, on samim time NE daje pristanak i na transfuziju krvi. Potrebno je takav pristanak posebno ishoditi, o čemu će ga liječnik prethodno informirati.

5. Kada informirani pacijent odbije dati pristanak na elektivni zahvat i/ili dijagnostički postupak liječnik je dužan poštovati odluku pacijenta, te ga može uputiti drugom liječniku ili mu savjetovati odgovarajući alternativni postupak koji ne uključuje rizik od transfuzije krvi, ako postoji i primjenjiv je.

6. U slučaju potrebe za neodgodivom medicinskom intervencijom čije bi nepodužimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovog zdravlja liječnik treba postupati prema pravilima medicinske znanosti i struke:

a. Kada je pacijent punoljetna i poslovno sposobna osoba, u svjesnom stanju, potrebno je od njega tražiti pristanak za transfuziju krvi.

b. Kada je pacijent u nesvjesnom stanju, liječnik je dužan pristupiti medicinskom postupku transfuzije.

c. Kada je pacijent s težom duševnom smetnjom, poslovno nesposobna ili maloljetna osoba, a njegov zakonski zastupnik ili skrbnik odbija dati pristanak na transfuziju krvi, liječnik je dužan pristupiti transfuziji krvi bez pribavljanja pristanka.

7. U slučaju potrebe za neodgodivom medicinskom intervencijom iz točke 6. ako postoje netransfuzijski postupci za kontrolu krvarenja i izbjegavanje anemije, te su dostupni i postoje indikacije za njihovu primjenu, treba ih omogućiti pacijentu sukladno mogućnostima s kojima raspolaže KBC Rijeka.

Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku

Radionica iz praktične gastrointestinalne endoskopije

 **Prof. dr. sc. Nadan Rustemović, dr. med.**

Odjel interventne gastroenterologije
Zavoda za gastroenterologiju i
hepatologiju, KBC Zagreb

Radionica je etablirana 2003. godine po ideji prof. dr. sc. Rolanda Pulanića i u kontinuitetu se održava već 17 godina. Radi se o najdugovječnijoj radionici ove vrste u nas, kroz koju su prošli najpoznatiji svjetski endoskopičari: Nib Soehendra, Jean-Francois Rey, Mark Giovannini, Guido Costamagna, Ivo Boškoski, Jacques Deviere, Pierre Deprez, Thomas Rosch, Lars Abbakken, Alesandro Repici, Naohisa Yahagi, te hrvatski endoskopičari, otprije Roland Pulanić, Milorad Opačić i Bojana Korać te aktualni Hrvoje Iveković, Branko Bilić, Pave Markoš, Mirjana Kalauz, Radovan Prijić i Agata Ladić, a od specijalizanata Maša Čavlina, Mislav Jelaković i Vibor Šeša, uz brojne polaznike kojih prosječno po radionici sudjeluje oko 200, iz zemlje i inozemstva.

Radionica se temelji na ideji interdisciplinarnе edukacije endoskopičara u intervencijskoj gastroenterologiji.

Koncept je takav da u jutarnjim satima eksperti demonstracijom uživo prikazuju najnovije napredne endoskopske tehnike uz „state of art“ predavanja, dok u poslijepodnevним satima mladi endoskopičari dobivaju priliku da uvježbaju netom viđene tehnike na mehaničkim te „ex vivo“ i živim porcinim modelima.

Ovakav izravan kontakt i mogućnost ostvarenja koncepta „see it, do it, teach it“ posebno je važan za mlade liječnike, a našu zemlju čvrsto pozicionira kao jednoga od EU lidera u gastroenterološkoj edukaciji.

Organizatori radionice su Endoskopska sekcija Hrvatskoga gastroenterološkog društva, Udruga medicinskih sestara i



Profesor Naohisa Yahagi, sa Sveučilišta Keio iz Tokija, vodeći svjetski stručnjak u gastrointestinalnoj endoskopiji, prijatelj našeg Edukacijskog centra, više puta je gostovao u Zagrebu i sudjelovao u edukaciji naših liječnika u naprednim endoskopskim tehnikama, a naši mladi endoskopičari bili su njegovi gosti na edukaciji Japanu.

tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji Hrvatske, Hrvatski zavod za hitnu medicinu - sekcija za telemedicinu, Veterinarski i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, te Klinički bolnički centar Zagreb. Voditelj radionice je od 2013. prof. dr. sc. Nadan Rustemović, a održava se u Edukacijskom centru KBC-a Zagreb i prostorijama Odjela za intervencijsku gastroenterologiju KBC-a Zagreb, odnosno Referentnog centra za intervencijsku gastroenterologiju Ministarstva zdravstva RH, koji predstavlja i službeni ESGE (Europsko društvo za gastrointestinalnu endoskopiju) i ESGENA (Europsko društvo medicinskih sestara u gastroenterologiji i endoskopiji) trening centar za izobrazbu mladih endoskopičara iz naše zemlje, Europe i svijeta.

Ove godine se organizira XVII radionica na temu „Funkcijski testovi u bolestima gornjeg dijela probavnog trakta: pomicanje granica u gastrointestinalnoj endoskopiji“ koja se održava 13. studenoga.

Rad je prilagođen novonastalom stanju sukladno epidemiološkoj doktrini, tako da se će u prvom dijelu Radionice predavanja odvijati „online“, kao i rad u endoskopskim dvoranama KBC-a Zagreb. U drugom dijelu, koji je namijenjen vježbama na „ex vivo“ (KBC Zagreb) i živim porcinim modelima, rad će se odvijati u izoliranim skupinama do 5 osoba (operacijske dvorane Veterinarskog fakulteta u Zagrebu).

Cijeli tijek Radionice može se pratiti uživo na YouTube adresi Endoskopske sekcije Hrvatskoga gastroenterološkog društva.

OSOBNNA ISKUSTVA IZ PSIHOONKOLOGIJE



Prof. prim. dr. sc. MARIJANA BRAŠ, dr. med.
specijalist psihijatar, subspecijalist
psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku
medicinu KBC-a Zagreb i Medicinski fakultet
Sveučilišta u Zagrebu

Suvremene spoznaje o psihosocijalnim i psihobiološkim dimenzijama raka, koje su rezultat kliničkih iskustava i brojnih znanstvenih istraživanja, dovele su do intenzivnog razvoja psihoonkologije kao posebne discipline i subspecijalizacije u brojnim zemljama u svijetu. Psihoonkologija je područje koje snažno povezuje psihijatriju, onkologiju, psihologiju, obiteljsku medicinu, palijativnu medicinu i niz drugih područja te promiče interdisciplinarnost i timski rad. Psihosomatska medicina i suradna (*liaison*) psihijatrija od samih su početaka svoga razvoja veliku pozornost posvećivale onkološkim bolesnicima, kako zbog činjenice da gotovo polovina ovih bolesnika razvije neki od psiholoških poremećaja tijekom i nakon liječenja onkološke bolesti, tako i zbog sve većih spoznaja o utjecaju psiholoških čimbenika na pojavu, tijek i ishode liječenja onkoloških bolesti (gdje su nam posebno zanimljiva

istraživanja iz područja psihoneuroendokrinološke imunologije). Potrebno je naglasiti da je psihološka podrška u onkologiji potrebna bolesnicima, članovima njihovih obitelji, ali i članovima multidisciplinarnog tima koji radi s oboljelima. Isto tako, psihološka se podrška treba osigurati u svim fazama dijagnostike i liječenja, tako da su u svijetu uobičajeni protokoli u kojima se psiholog ili psihijatar uključuje već u vrijeme genetičkog savjetovanja u osobe koja još i nije oboljela, a u osoba u kojih bolest napreduje i vodi prema smrtnom ishodu psihijatrijsko/psihološka podrška je iznimno značajna i traje sve do kraja razdoblja žalovanja nakon smrti bolesnika. U brojnim onkološkim jedinicama u svijetu psihijatri i psiholozi su obvezni dio tima, a iskustva iz njihovoga kliničkog rada tijekom više desetljeća pomogla su razvijanju smjernica o tome koja je intervencija najbolja u pojedinim fazama bolesti i za koji psihički poremećaj. Osobito su razrađene smjernice vezane uz psihofarmakoterapiju u psihoonkologiji, kao i za izbor psihoterapijskih intervencija prilagođen raznim fazama bolesti i liječenja, sve do palijativne medicine. Iako su u našoj zemlji psihijatri bili uključeni u rad nekoliko onkoloških središta još od njihova osnutka i napisano je puno magistarskih radnji i doktorskih disertacija iz ovog područja, nikada nije došlo do njihovog sustavnog i planskog uključivanja u onkologiju niti do razvoja programa subspecijalizacije, već je sve ovisilo o entuzijazmu pojedinaca i suradnji unutar pojedine ustanove. Smatram da je sve ovo dio šireg problema u kojemu je u našoj zemlji previše podijeljena tjelesna i psihološka medicina, iako sva istraživanja i klinička praksa ukazuju da samo uvažavanjem tjelesnoga, psihološkog, socijalnog i duhovnoga možemo kvalitetno pomoći bolesniku kao osobi, a ne dijagnozi.

Moja iskustva iz ovog područja započela su suradnjom i radom u Ambulanti za bol u sklopu KBC-a Osijek, gdje sam bila zaposlena na Klinici za psihijatriju

do 2006. godine.. Imala sam čast biti dio multidisciplinarnog tima ove ambulante i izvrsno surađivati s kolegama iz drugih specijalnosti te se educirati u nekoliko svjetskih središta o tome koje su psihijatrijske intervencije najbolje za bolesnike s kroničnom boli, među kojima je bilo i puno onkoloških bolesnika. Od 2006. godine do danas radim u KBC-u Zagreb, gdje sam od početka uključena u rad s onkološkim bolesnicima na više načina. U sklopu akcije „Sve za nju“, koju je pokrenula pok. doc. dr. sc. Vesna Andrijević-Matovac, osnovana je Ambulanta za psihološko/psihijatrijsku pomoć ženama oboljelima od raka dojke koju sam vodila od samog osnutka 2007. godine i kroz koju je do danas prošlo više od tisuću onkoloških bolesnika. Ubrzo smo počeli primati i pacijente s drugim onkološkim bolestima, a rad ambulante koji je bio zamišljen na četiri sata tjedno ubrzo je postao svakodnevan. Osim suradnje s liječnicima iz drugih područja (onkolozi, anesteziolozi, fizijatri, neurolozi...), ostvarena je odlična suradnja sa psiholozima, radnim terapeutima, nutricionistima, socijalnim radnicima i medicinskim sestrama, kao i s udrugama pacijenata i volonterima. S vremenom su se iz ove početne jezgre počeli razvijati razni dodatni programi, kao što su dnevne psihoonkološke bolnice, programi vezani uz palijativnu medicinu te programi vezani uz edukaciju i istraživanje. Dnevnu bolnicu za psihoonkologiju pokrenuli smo prije otprilike sedam godina i iznimno smo zadovoljni postignutim rezultatima. Obično je u skupini bilo između 15-20 bolesnika koji su prolazili posebno osmišljen tromjesečni program. U njemu su sudjelovali liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, nutricionisti kao i volonteri-umjetnici. Specijalizanti psihijatrije su također vrlo aktivno sudjelovali u ovom programu jer su imali prilike puno toga naučiti iz suradnje (*liaison*) psihijatrije i psihosomatske medicine. Pacijentima smo davali posebne setove upitnika

na početku i kraju programa kako bismo pratili ishode liječenja psiholoških smetnji, a u svemu tome uvelike su nam pomogli kolege iz inozemstva koji to uobičajeno rade u svakodnevnoj psihoonkološkoj praksi. Rad s onkološkim bolesnicima dodatno je osvijestio potrebu za posebnim psihijatrijsko/psihološkim intervencijama u bolesnika koji trebaju palijativnu skrb, tako da smo se i tu morali dodatno usavršavati u inozemstvu kod kolega koji su specijalizirani za ovo područje. Ovdje su potrebna posebna znanja kod propisivanja psihofarmaka kao i izbora psihoterapijskih intervencija za bolesnike koji imaju neizlječivu bolest sa smrtonosnim ishodom i za članove njihovih obitelji. Želim naglasiti da su u nacionalnoj strategiji razvoja palijativne medicine, nacionalnom programu, kao i svim nadležnim pravilnicima psihijatri i psiholozi prepoznati kao važan i obavezan dio tima, što će zasigurno s vremenom stvoriti jednu dosta veliku skupinu psihijataru i psihologa u

palijativnoj medicini. Poseban naglasak smo u području psihoonkologije posljednjih godina stavili i na specifičnosti rada s oboljelima koji uz rak imaju i ratom uzrokovan PTSP, kao i na preventivne preglede hrvatskih branitelja u kojih već dosadašnji rezultati ukazuju na značajan broj onih u kojih je dijagnosticirana onkološka bolest. Budući da nema subspecijalizacije iz ovog područja, napravili smo nekoliko poslije-diplomskih tečajeva trajnog medicinskog usavršavanja na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu koji su bili izvrsno posječeni i koji pokazuju veliko zanimanje kolega za psihoonkologiju. Uveli smo i niz novih modula za studente, a osobito onih koji se bave komunikacijskim vještinama u psihoonkologiji. Kako bismo praktičnim savjetima obuhvatili što veći broj oboljelih, uredili smo više knjižica koje se bave emocijama i rakom, odnosno psihološkim aspektima koje sa sobom nosi ova bolest kako u oboljelog tako i u članova obitelji. Kad pogledam unatrag tijekom

više od 15 godina svoga rada s onkološkim bolesnicima, želim istaknuti da sam puno naučila od ostalih kolega i uživala u zajedničkom i timskom radu. Voljela bih da psihijatri i psiholozi postanu obvezni dio tima u svakom onkološkom središtu i da se postupno razvija subspecijalizacija iz ovog područja. Na kraju želim još jednom naglasiti kako su u liječenju bolesnika s rakom potrebni multidisciplinarni pristup, aktivna participacija bolesnika i stalna komunikacija među članovima tima. Psihijatar je važan dio multidisciplinarnog tima, a upravo je zajednički rad psihijatra i onkologa prihvaćanje jedinstva duše i tijela i prirodno prihvaćanje prirode bolesti sa svojom fizičkom i psihičkom sastavnicom. Suradni psihijatar će primjerenom primjenom psihofarmaka i psihoterapijskim intervencijama sudjelovati u redukciji psihijatrijskih simptoma, uz značajno smanjenje troškova liječenja i poboljšanje kvalitete života bolesnika.

mbras@kbc-zagreb.hr

Svjetski dan poliomijelitisa – 24. listopada



MAJA ILIĆ, dr. med.
specijalizantica epidemiologije

Svjetski dan poliomijelitisa (World Polio Day) obilježava se svake godine 24. listopada. Obilježavanje ovog dana ustanovio je Rotary International u spomen na rođendan Jonasa Salka, voditelja tima koji je prvi razvio cjepivo protiv poliomijelitisa ili dječje paralize. Svake godine Rotary International, Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i drugi partneri u Globalnoj inicijativi za eradikaciju polija obilježavaju

ovaj dan kako bi odali počast pojedincima i organizacijama koje svojim radom i zalaganjem doprinose eradikaciji polija na globalnoj razini, te kako bi elaborirali izazove koji su još pred nama da bi se san o svijetu bez polija ostvario.

SZO je i ove godine pozvala sve države i partnere da unatoč dosadašnjim uspjesima ostanu na oprezu u borbi protiv polija, bolesti koja je nekada dovodila do invalidnosti i smrtnosti milijuna djece diljem svijeta. Zahvaljujući redovnom i konzistentnom provođenju cijepljenja i snažnom vodstvu Globalne inicijative za eradikaciju polija, broj oboljelih od te bolesti uzrokovane divljim sojevima virusa, smanjio se za 99,9 % od 1980. godine. Zadnji slučaj poliomijelitisa u Hrvatskoj zabilježen je 1989. godine, a Europska područja SZO-a proglašena je još 2002. godine područjem bez polija.

U kolovozu ove godine Afrička područje SZO-a proglašena je područjem slobodnom od divljeg poliovirusa, što predstavlja velik korak u njegovoj svjetskoj eradikaciji. Endemska cirkulacija divljeg poliovirusa zabilježena je još u samo dvije zemlje

svijeta, Afganistanu i Pakistanu, koje prema SZO-u pripadaju području Istočnog Mediterana. Dok god taj virus cirkulira, makar i u samo dvije zemlje, cijepljenje treba biti nastavljeno u svim zemljama.

Tijekom govora povodom Svjetskog dana polija dr. Hans Henri P. Kluge, regionalni direktor SZO-a za Europu, podsjetio je, kako su 2 od 3 divlja soja poliovirusa već eradikirana, te tradicionalno čestitao i zahvalio svim cjepiteljima i svim pojedincima i organizacijama uključenima u program cijepljenja te pohvalio sve zemlje koje su nastojale održati rutinske usluge imunizacije prioritetom tijekom pandemije COVID-19.

Misija eradikacije polija predstavlja jedan od najvećih svjetskih izazova u području javnog zdravstva koji je ikad pokrenut, a mi možemo biti sretni i zahvalni što nam se ukazala jedinstvena prilika da budemo aktivni sudionici i svjedoci vremena kada smo bliže nego ikad postizanju svjetske eradikacije poliomijelitisa koja će, kada se dogodi, biti jedno od najvećih postignuća u povijesti medicine i čovječanstva.

Izvori: WHO, WHO Europe, CDC

Međunarodni dan svjesnosti o mucanju 22. listopada 2020.



✍ IVICA VUČAK

U svijetu muca gotovo 70 milijuna osoba (jedan posto sveukupnog stanovništva). Novija istraživanja pokazuju da jedno od devetero djece mlađe od pet godina muca, a uzrok tomu nije poznat. Većina ljudi, pa i medicinara, zna vrlo malo o mucanju. To je svakako jedan od razloga zbog kojega se osobe koje mucaju ponekad suočavaju s predrasudama, diskriminacijom i izoliranošću iz društva. One su različitih zanimanja, kulturoloških obilježja, osobnih iskustava i postignuća. Mnogi su, unatoč teškoći u komuniciranju, postigli vrhunske rezultate u svom profesionalnom životu, no stigma ostaje.

U svijetu se 22. listopada obilježava Međunarodni dan svjesnosti o mucanju (International Stuttering Awareness Day – ISAD) od 1998. godine sa željom da se informiranjem javnosti doprinese kvaliteti života osoba koje mucaju. Rezultati liječenja su izvrsni ako se što prije započne s liječenjem, prije pete godine života. Važnost obilježavanja ISAD-a prepoznale su mnoge međunarodne organizacije kao što su International Stuttering Association, International Fluency Association, European League of Stuttering Associations i American Speech – Hearing Association Division on Fluency Disorders, kao i nacionalne organizacije koje je moguće pronaći na internet stranici International Stuttering Association (www.stutterisa.org).

U svrhu okupljanja svih zainteresiranih društvenih čimbenika pripravnih raditi na senzibiliziranju javnosti za probleme osoba koje mucaju i na unaprijeđenju kvalitete života i komunikacija osoba koje mucaju, u Zagrebu je 18. svibnja 2000. utemeljena Hrvatska udruga za pomoć osobama koje mucaju. Na prijedlog te

udruge Hrvatski je sabor 20. ožujka 2009. proglasio 22. listopada "Danom svjesnosti o mucanju u Republici Hrvatskoj". Hrvatska je time postala prva država u svijetu koja je na ovaj način i službeno otvorila vrata podizanju svjesnosti o mucanju, boljem razumijevanju i pomoći osobama koje mucaju.

Sjedište Udruge je u Klinici za dječje bolesti Zagreb, Klaićeva 16, a nazvana je „Hinko Freund“ po zagrebačkom psihijatru (1896. - 1982.) koji je i sam, od djetinjstva mucaj, posjećivao logopede u najpoznatijim tadašnjim europskim medicinskim središtima, a poslije se posvetio problemu mucanja. U svojoj je praksi liječio bolesnike, istraživao i svoje rezultate priopćavao kolegama na sastancima i u brojnim člancima te tako postavio temelje hrvatske logopedije. Logopediju je Freund držao specijalnom medicinskom disciplinom koja se ne da svrstati ni pod koju od drugih poznatih struka, niti se može smatrati privjeskom jedne struke, iako s mnogima od njih graniči. Ona se služi i psihološkim, i neurološkim, i laringološkim, i pedijatrijskim, i fonetičkim i specifično logopedskim postupcima istraživanja i liječenja, no kraj svega toga čuva svoju osebnost, koja leži u jedinstvenosti objekta: u svestranom znanstveno-medicinskom proučavanju patologije govora. Ta definicija u mnogome vrijedi i danas, premda je logopedija u čitavom svijetu izdvojena iz medicine i postala samostalna znanost. Ipak, sjedište Hrvatske udruge za pomoć osobama koje mucaju i danas je u Dječjoj bolnici u Klaićevoj, dakle u medicinskoj ustanovi.

Prije pola stoljeća osnovala je prof. Melita



Prof. Melita Mitrović



Doc. Vladimir Bauk

Mitrović (1922. - 2009.) u ORL klinici Šalata fonijatrijski centar, koji su poslije nje vodili doc. Vladimir Bauk, prof. Santa Večerina i Đurđica Kovač. Doc. Bauk koji je, kao i psihijatar Freund, trpio od dizatrije spastike, tvrdio je da liječnik dizatričar najbolje može razumjeti bolesnike i prema tome ih liječiti. Prof. dr. Santa Večerina objavila je u knjizi „Otorinolaringologija u Hrvatskoj“ povijesni prikaz „Razvoj naše fonijatrije“ (urednik Ž. Poljak, Zagreb 2001.)

U Zagrebu je 1948. pri Višoj pedagoškoj školi otvoren Defektološki odsjek - za stjecanje zvanja nastavnika-defektologa, na kojemu su studenti slušali kolegij „Logopedija“. Zatim je odlukom Sabora Republike Hrvatske 10. srpnja 1962. utemeljena Visoka defektološka škola, također u Zagrebu. Na njoj su se budući defektolozi obrazovali za „dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju osoba sa smetnjama u psihosomatskom razviku“. Od samog utemeljenja bilo je u toj školi moguć i studijski smjer „Logopedija“ u kombinaciji s drugim smjerovima, ponajprije sa „Surdopedagogijom“. Škola je u svibnju 1965. uključena u sastav Sveučilišta, a već 1971. je u njoj pokrenut prvi poslijediplomski znanstveni studij za područje govora i sluha. Dotadašnja Visoka

defektološka škola prerasla je 1973. u Fakultet za defektologiju, kojem je 1998. promijenjen naziv u Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

Potrebno je i dalje ulagati u izobrazbu novih generacija stručnjaka za praktičan rad na što ranijem prepoznavanju i započinjanju liječenja ljudi koji mucaju. Velika je uloga Udruge za pomoć osobama koje mucaju "Hinko Freund" (predsjednica dr. sc. Suzana Jelčić-Jakšić, Klinika za dječje bolesti, Klaićeva) u neprekidnom pojačavanju osjetljivosti hrvatske javnosti prema problemu mucanja i poticanju povezivanja praktičnog i znanstvenog rada u logopediji s novim medicinskim spoznajama. Udruga bi trebala u Hrvatskoj omogućiti napredak i bolju pomoć djeci i odraslima te na najbolji način odati priznanje dr. Hinku Freundu. Njena suradnja s međunarodnim institucijama koje razvijaju logopediju, kao i s institucijama u Hrvatskoj poput npr. Hrvatskog instituta za mozak u Zagrebu, olakšat će rješavanje problema mucanja u Hrvatskoj.

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

Virtualni kongres Europskog društva za kardiovaskularnu radiologiju



stavi svoj znanstveni rad. Niz predavača potvrdio je rastuću ulogu kardiologa u „heart teamu“, širenje spektra indikacija za CT i MR srca iz godine u godinu, kao i važnost izvođenja pretraga na tehnološki suvremenim uređajima kojima se služe educirani radiolozi s užom specijalizacijom iz kardiovaskularne radiologije. Kao predsjedniku kongresa posebno mi je drago da je kongres održan unatoč lošim

epidemiološkim prilikama, da je hrvatska tvrtka tehnički besprijekorno emitirala program „uživo“ i da smo u vedrom duhu podijelili najnovija saznanja iz područja kardiovaskularne radiologije. Više podataka o kongresu dostupno je na <https://www.escr.org/congress/>.

Maja Hrabak Paar, maja.hrabak.paar@mef.hr

Dana 15. i 16. listopada održan je po prvi put virtualni kongres Europskog društva za kardiovaskularnu radiologiju (ESCR), pri čemu ga je putem aplikacije zoom emitirala tvrtka iz Hrvatske. Inicijalno je planiran kongres za proljeće u Dubrovniku, no zbog epidemioloških uvjeta odlučeno je da se odgodi i organizira susretom online. Kongresu se online pridružilo gotovo 300 slušača. Tijekom dva dana prikazalo je 40-ak uglednih europskih predavača najnovija dostignuća i smjernice u dijagnostici srčanožilnih bolesti kompjutoriziranom tomografijom (CT-om) i magnetnom rezonancijom (MR-om), a desetak mladih istraživača dobilo je priliku da pred-



NOBELOVA NAGRADA ZA FIZIOLOGIJU I MEDICINU

2020. dodijeljena znanstvenicima za hepatitis C

 **Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.**
Klinika za unutarnje bolesti KB Merkur

Nobelova nagrada za fiziologiju i medicinu 2020. zajednički je dodijeljena trojici znanstvenika Harvey J. Alteru, Michael Houghtonu i Charles M. Riceu za njihova otkrića u području virusa hepatitisa C (HCV).

Otkriće virusa hepatitisa C

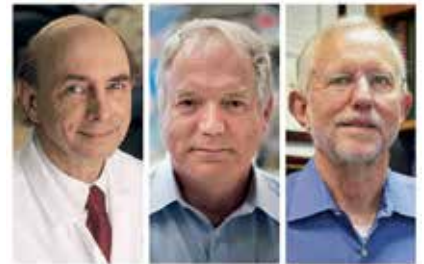
U svijetu je danas HCV-om zaražen oko 71 milijun osoba. Riječ je o virusu koji je odgovoran za oko 400.000 smrti godišnje uslijed razvoja jetrene ciroze i komplikacija poput hepatocelularnog karcinoma. **Michael Houghton** je 1989. godine sa svojim timom iz Chiron Corporation (Kalifornija, SAD) identificirao virus nakon višegodišnjih istraživanja. Otkriće tog virusa bilo je premijerno iz nekoliko razloga: identificirala ga je farmaceutska industrija a ne akademska zajednica, a služila se sofisticiranim metodama molekularne biologije prije nego što je sam virus vizualiziran. Houghton je svoj kasniji istraživački rad na području hepatitisa C usmjerio razvoju cjepiva, koje nažalost do danas još ne postoji.

Harvey Alter (Warren Grant Magnuson Clinical Center, the National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, SAD) dokazao je da je novoklonirani virus tima Chiron povezan s posttransfuzijskim hepatitisom non-A non-B (NANB) i stvorio poveznicu - HCV-a kao uzročnika jetrene bolesti.

Konačno, nakon nekoliko neuspješnih pokušaja, **Charles Rice** (Washington University School of Medicine, SAD) uspio je *in vitro* kultivirati HCV (1997.), složiti sekvencu virusa i stvoriti klon cDNA čiji je transkript RNA u životinjskoj jetri uzrokovao hepatitis. Ovo je bio konačan dokaz da je HCV samostalan uzročnik hepatitisa NANB. Nekoliko godina poslije, tri su različita tima simultano razjasnila složen replikacijski ciklus HCV-a.

Globalne posljedice otkrića

In vitro replikacijski modeli omogućili su testiranje protuvirusnih lijekova koji su doveli do razvoja vrlo uspješnih lijekova protiv HCV-a koje danas primjenjujemo. Ovo terapijsko otkriće navelo je medicinsku zajednicu da očekuje eliminaciju hepa-



Harvey J. Alter, Michael Houghton i Charles M. Rice

titisa C sljedećih desetak godina. Iako se u posljednjih nekoliko desetljeća znatno napredovalo u području HCV-a, od identifikacije hepatitisa NANB (1975.) do odobrenja prve terapije bez interferona (2014.), danas ne treba zanemariti još uvijek prisutne prepreke koje ograničavaju pristup liječenju u nekim dijelovima svijeta.

SZO je 2016. donijela strategiju o virusnim hepatitisima s ciljem eliminacije ovoga javnozdravstvenog problema. Planovi strategije su smanjenje novih infekcija HCV-om za 80 % te smrtnosti za 65 % do 2030. godine. Sve države članice SZO-a podržale su ovu strategiju, a nama ostaje jedno desetljeće da ostvarimo navedene ciljeve i ispunimo očekivanja.

SAD se povlači iz Svjetske zdravstvene organizacije

U jeku pandemije COVID-19, krajem svibnja 2020. godine, sada bivši američki predsjednik Donald Trump najavio je da se **Sjedinjene Američke Države povlače iz Svjetske zdravstvene organizacije (SZO)**. Trumpova administracija uputila je obavijest o povlačenju generalnom tajniku Ujedinjenih Naroda te pokrenula službeni postupak povlačenja SAD-a. Povlačenje članice iz SZO-a potrebno je najaviti godinu dana unaprijed, pa ono neće stupiti na snagu sve do 6. svibnja 2021. godine, i dalje uz otvorenu mogućnost da se odluka povuče.

Službena obavijest o povlačenju zaključuje višemjesečne prijetnje Trumpove administracije o izlasku iz SZO-a, koja

je pridružena Ujedinjenim Narodima. Predsjednik Trump je više puta optužio SZO za navodnu pristranost prema Kini i spor odgovor na izbijanje novog koronavirusa u Wuhanu. Potez su podržali konzervativci koji optužuju SZO za prokinesku pristranost, što argumentiraju činjenicom da ovo globalno tijelo nije produktivno koristilo zajednička sredstva. Američka administracija zahtijevala je da SZO provede reforme, no kako one nisu provedene, donesena je odluka o povlačenju SAD-a iz SZO-a.

SAD uplaćuju SZO-u više od 400 milijuna američkih dolara godišnje – što ih čini najvećim kontributorom. Istovremeno Kina uplaćuje otprilike 50 milijuna dola-

ra godišnje, iako je Peking najavio ulaganje sredstava u iznosu od dvije milijarde dolara.

Stručnjaci za javno zdravstvo s pravom upozoravaju da bi obustava sredstava ozbiljno štetila SZO-u. Vrijeme u kojemu je SAD najavio ovu odluku izazvalo je snažne reakcije i potaklo pitanja o američkoj uključenosti u globalne napore na razvoju cjepiva protiv novog koronavirusa. Ostaje nam vidjeti kako će novi predsjednik Joe Biden i njegova administracija pristupiti ovom problemu. A. M.

<https://thehill.com/homenews/administration/506214-trump-administration-formally-withdraws-us-from-who>

<https://www.foxnews.com/politics/trump-us-terminating-relationship-with-who>

> POZDRAV IZ KOPRIVNICE



Tomislav Jelić, dr. med., kirurg

Poštovani kolege,

U ovo doba koje će biti zapamćeno kao što je zapamćeno vrijeme kuge i španjolske gripe, šaljem vam pozdrav iz više nego lijepog i gostoljubivog grada budućnosti, Koprivnice.

Imali smo sreću školovati se, živjeti i raditi u povijesno doba kao što je to rođenje Republike Hrvatske, što nas čini ponosnim, ali sada i pandemije korone što nas pak čini zabrinutim za budućnost nas i naših klinaca.

Jedno je sigurno, a to je da će nam u budućnosti rijetki zavidjeti jer je rođenje Hrvatske bilo praćeno ratnim događajima, a ova pandemija obilježena je panikom, zaraženim ljudima, bolesnim ljudima, umrlim ljudima, epidemiološkim mjerama, nošenjem maski.

Moram priznati da nisam zavidio ljudima koji su živjeli u vrijeme kuge i rata pa tako niti nama nitko neće zavidjeti, ali sve je ovo dio ljudskog života i činjenica je da je sreća moguća i u ovakvim čudnim vremenima.

Svaka od tih epidemija ostavila je neko saznanje i promjenu u ponašanju cijeloga ljudskog društva. Kuga nam je ostavila saznanje o potrebi karantene i pranja ruku, španjolska gripa saznaje o širenju virusa, potrebi cijepljenja, znanje o virusu...

Što će nam ostaviti korona? To ćemo još vidjeti. Sigurno će na nekom spomeniku ovoj poštasti biti maska na licu bolesnika i liječnika.

Donijet će ona i promjene u ponašanju pojedinaca, promjene u ponašanju društva i promjene međusobnih ljudskih odnosa.

Hoćemo li se međusobno više cijeliti? Uvažavati? Cijeniti slobodu jedan drugome, ali i pravo na odabir načina života? Ili ćemo pak zaglibiti u totalitarizam i policijsku državu te potrebu nadzora slobode i ponašanja pojedinca?

Sve su to samo pitanja, ali konačan rezultat i ishod ovisi samo o nama. Da, o nama ljudima, liječnicima, drugim školovanim ljudima.

Hoće li ovi događaji dovesti do korjenitih promjena u zdravstvenom sustavu ili ćemo pak shvatiti da je naš sustav zaista dobar i da su mu svakako potrebne neke promjene ali i održavanje ambicioznosti, želje za znanjem, unaprjeđenjem i razvitkom, otvaranjem prema novim ljudima koji su pametniji i bolji od nas, a kako bismo od njih naučili?

Promjene su potrebne u pogledu međusobnog cijenjenja i uvažavanja kolega, ali i potreba cijenjenja starijih kolega i umirovljenika koji su gradili, razvijali i održavali sustav zdravstva i medicine.

Koliko vidim izjave određenih političara ovih dana, počinje se pozivati na mobilizaciju umirovljenih liječnika. Očito nam trebaju naši roditelji i učitelji. Možda i taj odnos promijenimo na bolje.

Ovo pišem iz jednoga grada za koji držim da je po mnogočemu velik. Velik je po svojim ljudima, otvorenosti prema znanju, humanosti i dobroti ljudi koji žive i rade ovdje. Mnogo materijalnih dobara stvoreno je na školovanju i znanju domaćinog stanovništva ali i „dotepenaca“ iz svih krajeva Hrvatske, ali i država koje su nastale raspadom prijašnje države.

Iako je prema broju stanovnika ovo manji grad, po svojoj važnosti on to svakako nije. Neka zbivanja pokušavaju ovaj grad učiniti manje bitnim, ali ostaje činjenica da to on neće postati te slijedi svijetla budućnost gdje će mladi ljudi rođeni ovdje i oni koji će tek ovamo stići održati ovaj grad sretnim, razvijenim i idealnim mjestom za život i odgoj svoje djece.

Parkovi i klupe moraju ostati dalje živi i znati priče o našim prvim ljubavima i biti svjedoci prvih poljubaca upravo u tim parkovima i na tim klupama.

Ovo djeluje neupitno, ali postoji trenutak kada to sve može nestati i to zato što su nam prazna rodilišta, vrtići i škole, jer nemamo više tvornica u kojima će se zaraditi kruh i radnih mjesta koja nose samopoštovanje i ponos čovjeku, obitelji.

Djeca odlaze nekuda gdje misle da je bolje. Odlaze u svijet za koji misle da je uredniji, bolji i lišen nepotizma i utjecaja korupcije.



>>

„U početku rada ambulante nije bilo posebnih problema. Kasnije je bilo nepravilnosti s priznavanjem mojih nalaza, i to samo zato što sam privatnik. Ovo ima za posljedicu osjećaj gorčine i nije jasno zašto se takve stvari događaju ili su se događale.“

Hoćemo li mi to dopustiti ovisi isključivo o nama samima. O našoj povezanosti, cijenjenju, učenju, poštivanju naših prethodnika.

Zato je ovih nekoliko stranica upravo napisano u tom cilju, a na temeljima jedne od najpametnijih rečenica koje sam čuo i pročitao: „Na mladima svijet ostaje, ali na starijima stoji“.

Izazovi privatnog liječnika u Koprivnici:

U Koprivnicu je iz Dugog Sela zajedno sa svojim bratom Davorinom stigao i Neven Hećimović, koji je dobio i završio specijalizaciju ginekologije i opstetricije te nastavio rad u koprivničkoj bolnici.

Dr. Hećimović skupio je hrabrosti i krenuo u „privatne vode“ prije punih 26 godina. Razlog odlaska iz bolničkog i sigurnijeg okruženja prvenstveno je bilo veliko nezadovoljstvo međuljudskim odnosima koji obično prate bolničke kolektive.

Nakon odluke slijedilo je izvršenje ove odluke i ulaganje u privatnu ginekološku ordinaciju. Stručnost i izvrsne komunikativne sposobnosti prema bolesnicama i kolegama omogućile su mu dug život na tržištu.

Nije morao sklapati ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, a s godinama se suradnja s bolničkom ustanovom toliko poboljšala da već sedam godina povremeno i prema potrebi dežura u bolničkoj ustanovi. Kaže da mu nije teško dežurati makar dvadesetak godina nije dežurao.

Realan nedostatak primarnih ginekologa zbog odlaska mladih specijalista odmah po završetku specijalizacije u velike gradove, čini ga neizbježnim za izvršenje zadataka primarnoga ginekologa u sklopu Doma zdravlja te povremeno, uz svoj privatni posao, preuzima i obveze u

ginekološkoj ambulanti Doma zdravlja.

„Neobično je i od presudne važnosti dobra suradnja među kolegama“, kaže Neven. „Lako je napisati uputnicu za bolesnicu i uputiti je nekamo, ali treba nazvati kolegu u bolnici ili u Domu zdravlja te objasniti stanje bolesnice i održavati normalan odnos među kolegama. Sklonost slabijoj komunikaciji primjećujem među mladim kolegama. Nije mi poznat razlog tome, ali svakako to nije nešto dobro. Mene nije sram nazvati kolegu ako čujem za neki novi lijek o kojemu ništa ne znam. Isto mi nije teško podučiti o ultrazvuku kolegu koji se njime nije neko vrijeme bavio.“

„Težim dobroj komunikaciji s kolegama i postoje teme o kojima mogu razgovarati isključivo s kolegama te mi zato ova zaposlenost i umreženost jako odgovara jer ne mirujem. Uz bavljenje tenisom i odlascima u „gljivarenje“, moj život je u ovom gradu i uz moje zanimanje i poziv potpuno ispunjen.“

Unuci i sinovi koji su radi obiteljskih, ljubavnih i poslovnih obveza za daljnji život odabrali kao svoju drugu domovinu Poljsku, razlog su što će Neven sa svojom suprugom, Poljakinjom, za desetak godina otići živjeti tamo. Naravno da se veza s Koprivnicom i Hrvatskom neće prekinuti, ali će jednostavno više vremena tada provoditi u Poljskoj.

Prvi privatnik u sjeverozapadnoj Hrvatskoj, i to na samom početku 90-ih godina, odnosno na početku rata, bio je dr. Dražen Sačer. Ovaj svestrani i omiljeni liječnik te bivši gradonačelnik ovoga grada budućnosti, odlazi nakon 13 godina provedenih u bolnici u fizijatre privatnike.

Prema njegovim riječima, razlog odlaska bio je isključivo izazov i želja za nečim novim. I želja za bavljenjem sportskom medicinom bila je jedan od glavnih razloga što odlazi u privatnike. Svemu je pogodovalo određeno nezadovoljstvo radom u bolničkom sustavu, premda je odnose s kolegama uvijek održavao i držao na visokoj razini.

„Sa svojim kolegama fizijatrima iz bolnice imao sam više nego kolegijalne i prijateljske odnose i oni su zaista uvijek bili velika potpora mom radu. Cijenio sam ja njih, cijenili su oni mene i cijenit ćemo se u daljnjem radu“, ističe Dražen Sačer.

„U početku rada ambulante nije bilo posebnih problema. Kasnije je bilo nepravilnosti s



Dr. Dražen Sačer

priznavanjem mojih nalaza, i to samo zato što sam privatnik. Ovo ima za posljedicu osjećaj gorčine i nije jasno zašto se takve stvari događaju ili su se događale“.

U ugodnom i predivnom druženju s Draženom sudjelovala je i njegova supruga Maja, koja je novi umirovljenik. Promatrajući njenu i Draženovu želju za raspravom, vitalnost, ideju rješavanja nekih problema, zaista mi ostaje upitno zašto se u dobi od 60 godina odričemo ljudi koji mogu, znaju i žele i dalje ostati u svom pozivu i zanimanju.

Ovo su ljudi koji zrače elanom i željom za prenošenjem znanja na mlađe kolege i nisam siguran smijemo li ih se odreći. Samim time što su oduvijek bili hrabri i prihvaćali promjene, i sami su se otisnuli u neke manje sigurne vode. Ostali su vjerni svom zanimanju, podneblju i domovini.

Mislim da je previše „force“ u njima da nam ne bi bili vodilja i potpora u radu.

Uz privatnu fizijatrijsku ambulantu u Koprivnici postoji i internistička ambulanta u vlasništvu dr. Karmen Antolić, koja već niz godina uspješno radi i liječi.

Doktorica Maja Stipović vodi uspješno oftalmološku ambulantu.

Zorica Valentić i Ranko Vondraček vode uspješno privatnu pedijatrijsku ambulantu.

Sve su ovo hrabri i uspješni liječnici koji su izašli iz sigurnijega bolničkog okruženja u neke nesigurnije ambijente. Ne mogu ne

primijetiti i kod svih njih želju za dobrom suradnjom, kolegijalnost i stručnost.

Dolaze novi

Ovaj grad uvijek je bio otvoren prema drugim ljudima. Ljudi ovoga kraja prihvaćali su ljude iz svih krajeva svijeta. Dobra namjera bila je neupitna.

U Koprivnicu je stigao, i to ne slučajno, i dr. Driton Prekazi. Uvijek vedar i komunikativan, a temperamentan, ovako će vam reći: „Zovem se Driton Prekazi. Svi me zovu Toni. Oženjen sam i tata troje prekrasne djece. Potječem iz mješovitog braka, mama je Hrvatica iz Koprivnice, a tata Albanac s Kosova. Rođen sam u Mitrovici, gradu na sjeveru Kosova. Tamo sam završio osnovnu školu i gimnaziju. Diplomirao sam 2010. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Prištini“.

U razgovoru s Tonijem saznajem da je na Kosovu teško dobiti specijalizaciju zbog nepotizma i pogodovanja određenim ljudima. Upravo zbog toga i želje da ode, počeo je učiti njemački jezik kako bi zajedno s prijateljem otišao u Njemačku.

Prilikom jednog posjeta svojoj baki u okolici Koprivnice, odlučio je pitati za radno mjesto u Koprivnici i neočekivano dobiva plaćeni staž i specijalizaciju iz anesteziologije. Naravno da je prije toga morao svladati mnogo administrativnih prepreka, ali je sada, godinu dana nakon završetka specijalizacije, naš Toni kupio stan, dobio troje djece i odlučio ostati ovdje.



Dr. Driton Prekazi

Supruga, koja je postala prvostupnik fizioterapije, također je dobila radno mjesto.

Prema njegovim riječima, u usporedbi s Mitrovicom u ovom se gradu sigurnije živi. Kosovo je zatvorenije i teže se čovjek otisne u druge krajeve. U Koprivnici vidi svijetlu budućnost svoje djece i to je razlog zašto želi biti ovdje.

Jedna od mladih nada

U koprivničku bolnicu stigla je prava Koprivničanka, dr. Karla Kovačić.

Ova mlada djevojka je na upit kuda će krenuti nakon završenog fakulteta rekla:

„U ovoj bolnici sam se rodila, u njoj sam shvatila da želim studirati medicinu, a sada u njoj počinjem raditi. I dok mladi nakon završetka studija bježe preko granice jer ne vide perspektivu, vraćam se u svoj rodni grad jer shvaćam da ovdje postoji prilika za uspješan i ugodan život. Korupcija u zdravstvu beskrajno frustrira mlade liječnike i navodi nas na mišljenje kako je jedino rješenje karijeru potražiti u nekoj drugoj zemlji. Često je to bilo i moje mišljenje jer nisam bila svjesna prednosti rada u ovakvoj sredini – tople atmosfere u kojoj je kolegama stalo da prenesu svoje znanje i djeluju poticajno na mladog liječnika, ulijevajući mu samopouzdanje i osjećaj da nije donio pogrešnu odluku. Iako Koprivnica ne nudi mogućnosti koje nudi Zagreb društvenim i kulturnim događanjima koja su mladima važna, izgledi koje kao mladi liječnik u koprivničkoj bolnici imam i kojima se nadam, uvelike pobjeđuju nedostatke maloga grada.“

Ovo je bio mali „kroki“ jednoga divnog grada po kojem su šetnje nešto što ispujava i grije krv čovjeku. Koprivnica je prelijepa u sva četiri godišnja doba, a posebno sada u jesen kada još uvijek možete naći mjesta na kojima možete hodati po debelom sloju mirisnog, šuška-vog i suhog lišća.

Lijepa je ona i kada kiša pada i kada sunce grije, a kao i svaki grad lijepa je i kada je snijeg pokrije.

U Koprivnici još uvijek možete tražiti i naći inspiraciju u ljudima i osmijesima, u ciki djece ispred škole na prelijepom igralištu kod osnovne škole Antuna Nemčića – Gostovinskog.

Jedan grad čine ljudi, a ne građevine. Tako i zdravstvo jednoga grada čine upravo ljudi. Svi oni imaju jedan te isti cilj, a to je liječenje bolesnika i izlječenje bolesnika, a



Dr. Karla Kovačić sa svoja dva brata liječnika

što je puno češće samo san i želja liječnika. Smanjenje patnje i produljenje života nisu rezultat s kojim možemo biti zadovoljni. Upravo to nezadovoljstvo neka nas tjera na učenje, suradnju, ulaganje novaca i resursa, a da bismo čovjeka izliječili.

Medicina i zdravstvo nisu počeli s nama niti će s nama završiti. Moramo spajati stare i mlade, a mladi moraju naučiti cijene starije kolege jer su upravo oni učitelji i izvor znanja.

Zato je ovih nekoliko liječnika o kojima sam pisao samo dio grada. Oni su pokazali svoju hrabrost, znanje, stručnost i umješnost. Oni su tu među nama. Oni naš život čine sigurnijima i isto tako su izvor inspiracije i nade.

Volio bih da neke ulice moga grada nose naziv po liječnicima koji su ovdje živjeli i radili, živjeli među ljudima, osnivali odjele ili pak svijet zadužili svojim dostignućima.

Moraju li se ulice nazivati po političarima i politikama koje su prošle?

Mislim da ne moraju.

Hm! Imam ideju koje bi se ulice mogle zvati po liječnicima i koja bi imena liječnika te ulice nosile.

U nadi suradnje mladih i starih, privatnih i društvenih, bolnice i Doma zdravlja, puno pozdrava,

Tomislav Jelić

Znanstveni konsenzus o COVID-19 pandemiji

Poruka članka: Stopa smrtnosti od COVID-19 nekoliko je puta veća od sezonske gripe, a infekcija može dovesti do dugotrajne bolesti, čak i u mladih i predhodno zdravih osoba. Nije jasno koliko dugo traje zaštitna imunost nakon preboljele bolesti, i moguća je reinfekcija. Najbolji je način čuvanja društva i ekonomije nadzor širenja COVID-19 u zajednici sve dok se ne razviju sigurna i učinkovita cjepiva i lijekovi.

Novi koronavirus SARS-CoV-2 (eng. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) inficirao je više od 35 milijuna ljudi diljem svijeta, s više od jednog milijuna umrlih do 12. listopada 2020., prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije.

S obzirom na to da drugi val COVID-19 nesmiljeno zahvaća Europu i druge zemlje i da se približava zima, potrebna je jasna komunikacija oko rizika povezanih s COVID-19 i strategijama borbe protiv te nove bolesti. Stoga je skupina znanstvenika iz najuglednijih sveučilišta i instituta iz SAD-a, Velike Britanije, Njemačke, Francuske, Švicarske i Australije objavila vrlo zanimljiv tekst o trenutačnom konsenzusu o COVID-19 temeljenom na dokazima (eng. *evidence-based consensus*) u najnovijem broju glasovitog časopisa *Lancet*.

SARS-CoV-2 se širi kontaktno (preko većih kapljica i aerosola), te u širem razmaku preko aerosola, pogotovo kada je slaba prozračnost prostorije. Vrlo je infektivan, te u kombinaciji s osjetljivom populacijom koja do sada nije bila izložena tom novom virusu nastaje njegovo rapidno širenje. Stopa smrtnosti od COVID-19 nekoliko je puta veća od sezonske gripe, a infekcija može uzrokovati dugotraj-

ne bolesti, čak i u mladih i predhodno zdravih osoba (na primjer, tzv. "dugi" COVID, eng. *long COVID*). Nije jasno koliko dugo traje zaštitni imunitet nakon preboljele bolesti te, kao i u drugih sezonskih koronavirusa, SARS-CoV-2 može ponovno inficirati osobe koje su već preboljele COVID-19, ali nije poznata učestalost reinfekcije.

Prijenos virusa može se smanjiti držanjem fizičkog razmaka, maskom za lice, pranjem ruku te izbjegavanjem nupučenih i slabo ventiliranih prostora. Brzo testiranje, detektiranje kontakata i izolacija također su iznimno važni za nadzor prijenosa bolesti.

U ranoj fazi pandemije mnoge su države pribjegle metodi "lockdowna" kako bi se usporilo rapidno širenje virusa, smanjila smrtnost, preveniralo preopterećenje zdravstvenih sustava i kupilo vrijeme potrebno za istraživanje i liječenje te nove bolesti. Međutim, "lockdown" je svaka-ko utjecao na mentalno i fizičko zdravlje brojnih pojedinaca, s pogubnim utjecajem na ekonomiju, razvoj demoralizacije i gubitak povjerenja u društvu.

Galopirajući drugi val pandemije COVID-19 obnovio je interes za tzv. pristup "imunosti krda", koji se svodi na dopuštenje nekontroliranog širenja epidemije u nisko rizičnoj populaciji, uz zaštitu vulnerabilnijih skupina. Zagovornici takvog pristupa smatraju da će takav pristup omogućiti razvoj imuniteta u niskorizičnoj populaciji koji bi posljedično trebao štititi i vulnerabilne. Autori ovog članka u *Lancetu* ne slažu se s navedenim, smatrajući da je to opasna zablude koja nema znanstvenih dokaza. Naglašavaju da je strategija borbe protiv pandemije COVID-19 koja bi se temeljila na imunosti stečenoj prirodnim infekcijama posve manjkava. Nekontroliran prijenos bolesti među mlađom populacijom rizičan je za značajan pobol i smrtnost cijele populacije. Također, za sada nema nikakvog dokaza o dugotrajnosti zaštitne imunosti protiv SARS-CoV-2 nakon preboljele bolesti, a i dalje nije poznato tko može

Za sada nema nikakvog dokaza o dugotrajnosti zaštitne imunosti protiv SARS-CoV-2 nakon preboljele bolesti, a i dalje nije poznato tko može patiti od dugotrajnog COVID-a

patiti od dugotrajnog COVID-a. Takve strategije neće omogućiti prestanak pandemije COVID-19, nego uzrokovati ponavljajuće epidemije, kao što je bio slučaj s brojnim zaraznim bolestima prije razvoja cijepljenja. Sve navedeno dodatno će narušiti ekonomiju, posebno pogoditi najsiromašnije, ugroziti zdravlje i zdravstvenih djelatnika te dodatno preopteretiti zdravstvene sustave.

Potrebne su učinkovite mjere kako bi se potisnulo i kontroliralo prenošenje virusa, uz financijske i socijalne programe koji će pomoći najranjivijim skupinama pučanstva.

Autori zaključuju kako će po svemu sudeći biti potrebne kratkoročne daljnje restrikcije kako bi se infekcija SARS-CoV-2 smanjila na nisku razinu koja omogućuje brzu detekciju i brzo obuzdavanje lokaliziranih žarišta (prema načelu "naći, testirati, tragati za kontaktima, izolirati"), kako bi se život mogao vratiti što bliže normalni bez potrebe za generaliziranim restrikcijama. Navode se uspješni primjeri Japana, Vijetnama i Novog Zelanda koji su robustnim javno-zdravstvenim mjerama uspjeli kontrolirati prenošenje virusa i omogućili povratak gotovo normalnog života.

U zaključku, autori iz Lanceta naglašavaju: najbolji je način čuvanja našeg društva i ekonomije kontrola širenja COVID-19 u zajednici sve dok se ne razviju sigurna i učinkovita cjepiva i lijekovi u predstojećim mjesecima.

(Lancet. 2020 October 31;396(10260):E71-E72.)

Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med., specijalist interne medicine, uži specijalist hematologije

U slučaju COVID-19 "imunost krda" je opasna zablude za koju nema znanstvenih dokaza

Vitamin D i COVID-19

 **Dr. sc. VIKTORIJA ERDELJIĆ TURK, dr. med.**
Zavod za kliničku farmakologiju Klinike za
unutarnje bolesti, KBC Zagreb

Vitamin D (kalciferol) je vitamin topiv u masti koji se sintetizira u koži iz endogenog kolesterola djelovanjem sunčeve svjetlosti, a glavna mu je funkcija homeostaza kalcija i fosfora te ima ključnu ulogu u održavanju zdravlja kostiju. Može se unositi hranom ili dodacima prehrani. Manjak je čest tijekom hladnijih mjeseci te u područjima sjeverne Zemljine hemisfere. Istraživanja pokazuju da se nedostatna koncentracija vitamina D nalazi u oko 40 % europske populacije, no iako je serumska koncentracija vitamina D biološki biljeg ekspozicije, nije jasno u kojoj je mjeri i biljeg učinka (učinka na zdravlje i ishode). Pod rizikom za nedostatak vitamina D su osobe koje se rijetko izlažu suncu, nose zaštitnu odjeću ili koriste sredstva za zaštitu od sunca, ljudi tamne puti i pretili, bolesnici koji uzimaju lijekove koji utječu na metabolizam vitamina D, stariji ljudi, trudnice te osobe s nekim kroničnim bolestima.

Razina vitamina D se procjenjuje mjerenjem serumske koncentracije 25-hidroksivitamina D (kalcidiol, 25-OH D), čija je optimalna serumska koncentracija kontroverzna, no većina stručnjaka smatra da bi trebala biti između 75-125 nmol/l (30-50 ng/ml). Prema Hrvatskim smjernicama, razine niže od 75 nmol/L (30 ng/ml) smatraju se manjkom, a niže od 50 nmol/l (20 ng/ml) nedostatkom vitamina D4. Preporučeni dnevni unos vitamina D (preventivna primjena) iznosi 600-800 IJ (za osobe s rizikom od nedostatka 1500-2000 IJ), a dopuštena gornja granica unosa iznosi 4000 IJ. Kako vitamin D povećava apsorpciju kalcija iz gastrointestinalnog sustava, velike količine vitamina D dovode do hiperkalcijemije, hiperkalcijurije te do visokih serumskih razina 25-OH D, s posljedičnim rizikom od stvaranja bubrežnih kamenaca.

Vitamin D ima i druge uloge u organizmu, uključujući redukciju upalnih procesa i modulaciju procesa kao što su rast stanica, neuromuskularna i imunološka funkcija te metabolizam glukoze. Mnogi geni koji kodiraju bjelanjčevine koji pak reguliraju proliferaciju, diferencijaciju i apoptozu stanica djelomično su modulirani vitaminom D.

Zbog ovih svojstava se učinak vitamina D ispitivao u mnogim bolestima, s obzirom na to da su u mnogima zabilježene njegove niže razine. Međutim, dosadašnja istraživanja nisu potvrdila učinak nadoknade vitamina D na smanjenje obolijevanja od zloćudnih bolesti, smanjenje rizika za srčanožilne bolesti, liječenje depresivnih simptoma ili blage depresije. Kontroverzna je još uvijek i učinkovitost vitamina D u prevenciji i liječenju multiple skleroze, homeostazi glukoze u šećernoj bolesti i smanjenju tjelesne mase. Za napomenuti je da su korisni učinci vitamina D u ovim bolestima utvrđeni većinom u opservacijskim istraživanjima incidencije i prevalencije bolesti u odnosu na razine vitamina D u bolesnika. No, randomizirana klinička istraživanja i meta-analize nisu utvrdile da nadoknada vitamina D smanjuje rizik obolijevanja od kroničnih nekoštanih bolesti.

Zbog prisutnosti dokaza o mogućem učinku primjene vitamina D na učestalost obolijevanja od akutnih respiratornih infekcija, u posljednje se vrijeme vitamin D razmatra kao vitamin koji možda imati ulogu u prevenciji i liječenju COVID-19.

Jedan sistematski pregled i meta-analiza randomiziranih kliničkih istraživanja potvrdili su učinak peroralne nadoknade vitamina D na smanjenje rizika obolijevanja od akutnih infekcija dišnog sustava. Najveći zaštitni učinak zapažen je u bolesnika s manjkom vitamina D (< 25 nmol/l) te u bolesnika koji nisu dobivali vitamin D u bolusima nego u tjednim ili dnevnim dozama. No, dva randomizirana, dvostruko slijepa, placebom kontrolirana istraživanja nisu potvrdila učinak primjene velikih doza vitamina D u kritično bolesnih (no ne s COVID-19) s nedostatkom vitamina D (≤ 20 ng/ml) na duljina hospitalizacije ili smrtnost u odnosu na placebo.

Očekuju se rezultati kliničkih istraživanja s ciljem procjene učinka primjene vitamina D samoga ili u kombinaciji s drugim lijekovima u bolesnika s COVID-19 s ili bez nedostatka vitamina D. Na mrežnoj stranici www.clinicaltrials.gov navode se uz primjenu ključnih riječi COVID-19 i vitamin D 59 kliničkih istraživanja. Rezultati nekih opservacijskih istraživanja već su objavljeni, no očekivano su utvrdili da i bolesnici s COVID-19 imaju niže razine vitamina D nego zdrava populacija. Druge su zaključile da je rizik obolijevanja

od COVID-19 veći u populaciji s nedostatkom vitamina D nego u onoj koja nema nedostatak vitamina D. Studija objavljena u Plos One, koja je zaključila da je nedostatak vitamina D povezan s lošijim ishodima COVID-19, označena je kao studija sumnjive validnosti rezultata i zaključaka.

U međuvremenu su objavljeni rezultati jednoga malog randomiziranog kontroliranog kliničkog istraživanja koji sugeriraju da primjena vitamina D smanjuje rizik od hospitalizacije u jedinici intenzivne skrbi zbog COVID-19 (rizik 2 % s nadoknadom vs 50 % bez nadoknade vitamina D?). No, veličina dobivene razlike u smanjenju rizika, ukupno mali broj ispitanika te manjak usklađenosti ispitivanih skupina u odnosu na temeljni rizik, nalažu oprez u interpretaciji. Nasuprot tome, još neobjavljena Mendelevska studija dostupna na www.medrxiv.org, koja je uključila preko 400.000 osoba, nije potvrdila povoljan utjecaj viših u odnosu na niže razine 25-OH D na ishode COVID-19. Usporedbom osoba koje su genetički predisponirane za niže razine vitamina D u odnosu na one koje nisu, autori ove studije su utvrdili da ljudi s genetskom predispozicijom za niže razine vitamina D imaju manji rizik za hospitalizaciju zbog COVID-19 ili za razvoj ozbiljnije bolesti. To je u skladu s prethodno objavljenim istraživanjem koje je koristilo podatke oko 350.000 osoba iz biobanke Ujedinjenog Kraljevstva (UK Biobank) i koje nije utvrdilo povezanost između razina vitamina D te rizika od obolijevanja ili smrtnosti od COVID-19.

Interpretaciju rezultata objavljenih kliničkih istraživanja otežava činjenica da su mnogi čimbenici rizika za nedostatak vitamina D ujedno i čimbenici rizika za obolijevanje i razvoj teže kliničke slike COVID-19: starija dob, pretilost, etnička pripadnost, siromaštvo, komorbiditeti. Do sada objavljena istraživanja nisu imale statističku snagu kojom bi se uspjela prikladno raščlaniti i pojasniti uloga navedenih čimbenika. Ono što je poznato jest da bolesnici s težom slikom COVID-19 imaju niže razine vitamina D, no još nije poznato bi li nadoknada vitamina D bila od koristi.

Kako vidimo, kvalitetnih dokaza iz randomiziranih kontroliranih kliničkih istraživanja o učinku vitamina D na prevenciju ili liječenje COVID-19 još nema. Dok oni ne postanu dostupni, ne preporučuje se uzimanje vitamina D izvan preporučenoga dnevnog unosa.

Profilaksa reaktivacije CMV-a u bolesnika liječenih alogeničnom transplantacijom krvotvornih matičnih stanica

 **Prof. dr. sc. RADOVAN VRHOVAC**
Zavod za hematologiju, KBC Zagreb i
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Usprkos otkriću niza novih lijekova za hematoloških bolesti, alogenična transplantacija krvotvornih matičnih stanica (aloTKMS) i dalje za mnoge bolesnike predstavlja jedinu mogućnost za njihovo izlječenje. Zbog šire dostupnosti darivatelja krvotvornih matičnih stanica, manje toksičnosti postupka i bolje potporne terapije sve više bolesnika ima priliku liječiti se ovom metodom što se odražava u kontinuiranom rastu broja alotransplantacija kako u svijetu, tako i u nas. Aktivnost alotransplantacijskog programa unatrag desetak godina u značajnom je porastu i u Zavodu za hematologiju KBC Zagreb - Referentnom centru Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za transplantaciju krvotvornih matičnih stanica, akreditiranom i od strane JACIE-a (Joint Accreditation Committee ISCT EBMT), najveće svjetske akreditacijske institucije u području transplantacije KMS.

Citomegalovirus (CMV) je široko rasprostranjen virus iz porodice humanih herpes virusa koji inficira oko 75% ljudske populacije, a nakon primarne infekcije zauvijek ostane u organizmu domaćina. Naziva se još i humanim herpes virusom 5 (HHV-5). U zdravih ljudi obično ne uzrokuje većih smetnji, no u imunokompromitiranih osoba može dovesti do kompliciranih i po život opasnih infekcija.

Alogenična transplantacija krvotvornih matičnih stanica i s njome pridruženo imunosupresivno liječenje dovode do reaktivacije CMV iz stanja latencije i do umnažanja u limfnom tkivu nakon

čega može slijediti širenje infekcije i u pojedine organe, odnosno do razvoja CMV bolesti. CMV infekcija javlja se obično u prva tri mjeseca nakon transplantacije u 30 - 40% seronegativnih primatelja koji dobivaju netestirane krvne pripravke, odnosno u 80% seropozitivnih primatelja u kojih dolazi do reaktivacije virusa. Infekcija može biti asimptomatska ili simptomatska, kada se prezentira vrućicom i/ili znakovima supresije koštane srži. Unatoč prevenciji, do razvoja CMV bolesti dolazi kod 8-10% bolesnika. CMV pneumonitis najozbiljnija je komplikacija koja ima izrazito visoku smrtnost (oko 70%). Druge manifestacije CMV bolesti uključuju kolitis, ezofagitis, hepatitis, encefalitis, retinitis i vaskulitis.

Pored znatnog morbiditeta koji se očituje u izravnim učincima CMV infekcije, virus neizravnim djelovanjem povećava sklonost bolesnika oportunističkim infekcijama te povećava rizik nastanka reakcije presatka protiv primatelja (en. Graft-versus-host disease, GvHD) i općenito smrtnost povezanu s transplantacijom. Najčešći uzrok smrtnosti nakon aloTKMS, osim povrata osnovne bolesti upravo su infekcije, a CMV reaktivacija nakon alotransplantacije jedna je od značajnijih infektivnih komplikacija i u našoj sredini. Osim toga, predstavlja i jedan od glavnih uzroka ponovnih hospitalizacija bolesnika nakon transplantacije. Novije metode alotransplantacije kao što su transplantacija od poluidentičnog darivatelja i transplantacija matičnim stanicama iz pupkovine povisuju rizik razvoja CMV infekcije i bolesti.

Donedavno je standardni pristup ovom kliničkom problemu podrazumijevao samo redovito praćenje rizičnih bolesnika te preemptivno (rano) liječenje

onih kod kojih se ustanovila klinički značajna CMV viremija. Nakon transplantacije, kvantitativnim PCR-om se iz plazme prati CMV status (razina detekcije testa je 137 IU/mL, a nalazi se izražavaju kao negativni, pozitivni s brojem kopija manjim od 137/mL ili pozitivni s brojem IU većim od 137/mL). Viremija se mora pratiti jednom tjedno tijekom prvih 100 dana nakon transplantacije, ali i dulje u slučaju razvoja GVHD-a i/ili produljenog trajanja imunosupresije. S preemptivnom se terapijom započinje kada se utvrdi aktivno umnažanje virusa u bolesnika radi sprječavanja razvoja CMV bolesti, poželjno prije pojave njenih kliničkih znakova. Treba istaknuti da kod zahvaćanja pojedinog organa citomegalovirusom nalaz PCR na CMV u plazmi može biti negativan, pa takav nalaz ne isključuje CMV bolest. U tom slučaju, uz kliničku sliku zahvaćanja pojedinog organa citomegalovirusom potrebno je dokazati prisustvo CMV-a PCR-om u likvoru, BAL-u ili histokemijski u biopsiji (npr. rektuma ili sl.).

U prvoj se liniji preemptivnog liječenja primjenjuju ganciklovir te njegov valinski ester valganciklovir dok se foskarnet i cidofovir uglavnom koriste u drugoj liniji. Uvodna faza preemptivnog liječenja traje obično 14 dana nakon koje obično dolazi do pada broja kopija u krvi te se nastavlja s terapijom održavanja primjenom niže doze lijeka. Terapija održavanja traje do nestanka CMV viremije. Duže liječenje obično je potrebno u bolesnika visokog rizika. Premda su učinkoviti, ganciklovir i valganciklovir često dovode do mijelosupresije (neutropenije ili trombocitopenije) koja povećava sklonost sekundarnim bakterijskim i gljivičnim infekcijama te odgađa oporavak imunološkog sustava. Foskarnet može dovesti do poremećaja

elektrolita i nefrotoksičan je, dok je cidofovir povezan s razvojem neutropenije i oštećenjem bubrežne funkcije. Budući da se primjenom ovih lijekova zamijetio i razvoj rezistencije zbog mutacija na virusnoj DNA-polimerazi UL54 (ciljnom mjestu antivirusnih lijekova) i timidin kinazi UL97 (koja fosforilira ganciklovir u aktivni oblik) postoji potreba za lijekovima novog mehanizma djelovanja s visokom aktivnošću protiv CMV-a i povoljnim sigurnosnim profilom, odnosno bez nuspojava koje prate sadašnju terapiju.

Letermovir (Prevymis®) je prvi lijek u novoj klasi antivirusnih lijekova koji inhibiraju kompleks terminaze citomegalovirusne DNA (CMV DNA) neophodan za cijepanje i pakiranje DNA virusnog potomstva. Zbog toga se lijek ne veže na humane stanice pa ne pokazuje znakove nefrotoksičnosti i mijelosupresije kao dosadašnja anti-CMV terapija. Letermovir (Prevymis®) utječe na stvaranje pravilnih genoma jedinične duljine (engl. unit-length genomes) i ometa sazrijevanje viriona, a obzirom da ima drugačiji mehanizam djelovanja od dosadašnje terapije, ne očekuje se pojava ukrižene rezistencije s postojećom terapijom. Za razliku od ranije spomenutih lijekova koji zbog nuspojava i razvijanja rezistencije nisu pogodni za primjenu u profilaksi (ali se koriste u preemtivnom liječenju CMV infekcije), letermovir (Prevymis®) je ispitivan u profilaksi CMV infekcija kod 565 odraslih CMV-seropozitivnih [R+] bolesnika liječenih transplantacijom alogeničnih krvotvornih matičnih stanica u sklopu multicentrične, dvostruko slijepe, placebo kontrolirane studije faze 3. Prema rezultatima ovog velikog kliničkog ispitivanja, primjena letermovira (Prevymisa®) u odraslih CMV-seropozitivnih primatelja [R+] alotransplantata s nedetektibilnom CMV DNA prilikom randomizacije rezultirala je:

- 40%-tnim smanjenjem CMV infekcije u 24. tjednu od transplantacije u odnosu na placebo (37,5% prema 60,6%; $P < 0,0001$)
- održanom djelotvornosti tijekom 6 mjeseci (kumulativni udio ispitanika s prisutnom CMV DNA u krvi ili CMV

bolešću u 24. tjednu od transplantacije 18,9% prema 44,3%),

- 30%-tnim relativnim smanjenjem smrtnosti (10,2% prema 15,9% $P=0,03$) u 24. tjednu od transplantacije u odnosu na placebo i održanom koristi i u 48. tjednu od transplantacije* (20,9% prema 25,5%), *bez statističke značajnosti,
- 40%-tnim relativnim smanjenjem smrtnosti u bolesnika koji su imali klinički značajnu CMV infekciju tijekom 24 tjedna (17,7% prema 29,5%),
- značajnim smanjenjem broja bolesnika kod kojih je bilo potrebno uvođenje preemtivnog liječenja nakon detekcije CMV-a (16% prema 40%),
- 12%-tnim relativnim smanjenjem ponovnih hospitalizacija (48,6% prema 55,3%) u 24. tjednu od transplantacije u odnosu na placebo s održanom koristi i u 48. tjednu od transplantacije (55,7% prema 60,6%).

Sigurnosni profil letermovira (Prevymisa®) sličan je placebo, nije se pokazao mijelotoksičnim ili nefrotoksičnim, što su karakteristike analoga nukleozida koji su trenutno na raspolaganju za preemtivnu terapiju CMV-a. Zbog smanjenja incidencije CMV infekcija, povoljnog utjecaja na preživljenje uz izuzetno dobar sigurnosni profil, letermovir (Prevymis®) je u Europskoj uniji odobren za profilaksu reaktivacije CMV-a i CMV bolesti u odraslih CMV-seropozitivnih primatelja alogeničnih transplantata krvotvornih matičnih stanica. U smjernicama ECIL-7 (European Conference on Infections in Leukaemia) dobio je 2019. najvišu kategoriju preporuke (AI) za ovu indikaciju uz opasku da lijek djeluje samo na CMV pa je nužno istodobno primijeniti i profilaksu za herpes simplex i varicela zoster virus aciklovirom ili valaciklovirom te nastaviti pratiti pacijente i nakon prestanka primjene letermovira (Prevymisa®).

Preporučena doza letermovira (Prevymisa®) je jedna tableta od 480 mg jedanput na dan. Liječenje treba započeti najranije na dan transplantacije, a najkasnije 28 dana nakon transplantacije. Profilaktička se terapija može započeti neovisno o nalazima krvne slike, a

treba ju nastaviti najmanje do 100 dana nakon transplantacije. Ako se letermovir (Prevymis®) primjenjuje istodobno s ciklosporinom, dozu treba smanjiti na 240 mg jedanput na dan.

Literatura

1. Sažetak opisa svojstava lijeka: Prevymis®, EMA, srpanj 2019.
 2. Peres RM et al. Cytomegalovirus Infections: Risk Factors, Causes and Management, Edition: 1, Chapter: Cytomegalovirus Infection in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Review in the Literature and a Single Center Experience (State University of Campinas, Brazil), Table 2. Publisher: Nova Science Publishers, Editors: Irmeli Lautenschlager (Department of Virology, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland. 2012
 3. Peric Z, Wilson J, Durakovic N, Ostojic A, Desnica L, Vranjes VR, Marekovic I, Serventi-Seiwert R, Vrhovac R. Early human cytomegalovirus reactivation is associated with lower incidence of relapse of myeloproliferative disorders after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant. 2018 Nov;53(11):1450-1456.
 4. Marty FM, Ljungman P, Chemaly RF, et al. Letermovir Prophylaxis for Cytomegalovirus in Hematopoietic-Cell Transplantation. *N Engl J Med*. 2017;377:2433-2444.
- Ljungman P, de la Camara R, Robin C, et al, on behalf of the 2017 European Conference on Infections in Leukaemia group. Guidelines for the management of cytomegalovirus infection in patients with haematological malignancies and after stem cell transplantation from the 2017 European Conference on Infections in Leukaemia (ECIL 7). *Lancet Infect Dis* 2019; published online May 29. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30107](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30107)

HR-CYT-00018 EXP 10/2022

Samo za zdravstvene djelatnike.

Prije propisivanja lijeka Prevymis®, molimo pročitajte zadnje odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobrene u RH.

Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet: EU/1/17/1245/001

Datum prvog odobrenja: 8. siječnja 2018.

Datum revizije teksta: 3. srpnja 2020.

Režim izdavanja lijekova: na recept, u ljekarni.

Članak je sponzoriran od strane tvrtke Merck Sharp and Dohme d.o.o. Mišljenja iznesena u ovom članku su autorova i ne odražavaju nužno mišljenja tvrtke Merck Sharp and Dohme d.o.o.

LIJEČENJE COVID-19

prof. dr. sc. Josip Begovac, dr. med.

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

COVID-19 ima jako varijabilan tijek, uzrokuje asimptomatsku infekciju, infekciju gornjih dišnih putova, pneumoniju, tešku pneumoniju te teške kliničke oblike bolesti (akutni respiratorni distresni sindrom, šok, multiorgansko zatajenje), katkad sa smrtnim ishodom. Smatra se da u ranoj fazi bolesti (otprilike prvih 7 dana) glavno imunopatogenetsko zbivanje nastaje zbog djelovanja samog virusa, dok je nakon toga bolest većinom uzrokovana upalnim ili čak hiperinflatornim odgovorom koji nazivamo i citokinskom olujom. Smatramo da je antivirusno liječenje tim učinkovitije što se ranije primijeni, a da imunomodulacijsko liječenje (npr. kortikosteroidima) u ranoj fazi bolesti može biti štetno jer može propagirati virusnu replikaciju.

Danas u liječenju COVID-19 imamo dokaze o povoljnom učinku deksametazona i donekle remdesivira. Deksametazon je ispitan u kliničkom pokusu RECOVERY. U mehanički ventiliranih bolesnika deksametazon je snizio smrtnost sa 41 na 29,3 %, dok je u bolesnika koji su bili na terapiji kisikom smanjio smrtnost s 26 na 23,3 %. U bolesnika koji nisu liječeni kisikom povoljan učinak nije pokazan, čak je postojala tendencija lošijeg ishoda (razlika nije bila statistički značajna). Učinak liječenja bio je očitiji kada je deksametazon primijenjen nakon sedmog dana bolesti. Deksametazon se davao u dozi 6 mg dnevno oralno ili intravenski do 10 dana. Mogu se primijeniti i drugi steroidi, ekvivalentni dozi od 6 mg deksametazona.

Remdesivir je antivirusni lijek, predlijeak je analoga adenoze, blokira RNK-ovisnu RNK polimerazu. Primjenjuje se intravenski. *In vitro* je aktivan protiv SARS-CoV-2 i drugih koronavirusa. U SARS-CoV-2 virusom zaraženih rezus makaka, liječenje remdesivirom započeto ubrzo nakon inokulacije više je snizilo razinu virusa u plućima i oštećenje pluća nego u životinja kojima nije davan remdesivir. Preporuke o primjeni remdesivira temelje se prvenstveno na rezultatima randomiziranoga dvostruko slijepog kliničkog pokusa ACTT-1 provedenoga u 1063 bolesnika u Sjevernoj Americi, Europi i Aziji. Konačni rezultati istraživanja, analizirani 15. dana praćenja, ukazuju na

brže ozdravljenje (10 dana u skupini koja je primala remdesivir i 15 dana u onoj koja ga nije primala) i manju smrtnost u bolesnika liječenih remdesivirom. Međutim, najveću korist od liječenja imali su bolesnici koji su liječeni kisikom, ali koji prilikom započinjanja liječenja remdesivirom nisu primali kisik putem visokofrekventne nazalne kanile, nisu bili umjetno ventilirani ili izvantjelesno oksi-

genirani. U toj podskupini imali su bolesnici koji su primali remdesivir statistički značajno manji rizik umiranja (RR 0,3), no kako se radilo o podanalizi, rezultat treba tumačiti s oprezom. Nije dokazana djelotvornost remdesivira u bolesnika s blagom ili srednje teškom kliničkom slikom (bolesnika koji ne trebaju liječenje kisikom). Velikim istraživanjem Svjetske zdravstvene organizacije SOLIDARITY,



Webinar održan 3.11.2020. "Intenzivno liječenje COVID-19 bolesnika - razmjena iskustava hrvatskih centara"

Preporučeno liječenje oboljelih od COVID-19 prema preporukama NIH.

(<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov>, pristupljeno 08.11.2020)

Težina bolesti	Preporuka
Oboljeli koji nisu hospitalizirani ili oni koji se bolnički liječe, ali im nije potrebna primjena kisika	- Primjena antivirusnih lijekova (AI) i imunomodulatora <u>ne preporučuje se</u> <u>Ne preporučuje se</u> liječenje deksametazonom niti remdesivirom (AI) - Deksametazon i remdesivir <u>se ne preporučuje</u> davati ambulantnim bolesnicima
Oboljeli koji se bolnički liječe i primaju kisik, ali im nije potrebna visokoprotlačna primjena kisika, umjetna ventilacija ili izvantjelesna oksigenacija	- Remdesivir ili (AI) - Remdesivir + deksametazon (BIII) ili - Deksametazon se može dati samo ako remdesivir nije dostupan (BIII)
Oboljeli koji se bolnički liječe, ali im je potrebna visokoprotlačna primjena kisika ili neinvazivna ventilacija	- Remdesivir + deksametazon (AIII) ili - Deksametazon (AI)
Oboljeli koji se bolnički liječe i potrebna im je invazivna mehanička ventilacija ili izvantjelesna oksigenacija	- Deksametazon (AI) ili - Remdesivir + deksametazon (CIII) ako je bolesnik recentno intubiran

Kako SARS-CoV-2 napada ljudsku stanicu

O mehanizmima kočenja imunskog odgovora

Prof. dr. sc. Dragan Primorac, dr. med.

COVID-19 je zarazna bolest čija je pandemija u potpunosti obilježila 2020. godinu. Njen uzročnik, SARS-CoV-2, proizvodi ukupno 27 bjelančevina koji imaju ulogu u umnažanju virusa i njegovom sastavljanju, a u nedavno objavljenom radu u časopisu Cell (Banerjee AK, Blanco MR, Bruce EA, Honson DD, Chen LM, Chow A, et al. SARS-CoV-2 Disrupts Splicing, Translation, and Protein Trafficking to Suppress Host Defenses. Cell. 2020; doi: 10.1016/j.cell.2020.10.004), znanstvenici su do u pojedinosti obrazložili interakciju bjelančevina SARS-CoV-2 i ljudske ribonukleinske kiseline (RNK) te su utvrdili da se čak 10 virusnih bjelančevina veže na ljudske RNK, čime se ometaju normalni stanični procesi sinteze i lučenja bjelančevina. Time su dali i obrazloženje zašto SARS-CoV-2 ima tako veliku virulentnost, te dovodi do teške kliničke slike, ali i zašto pronalaženje djelotvornog lijeka protiv COVID-19 predstavlja veliki izazov.

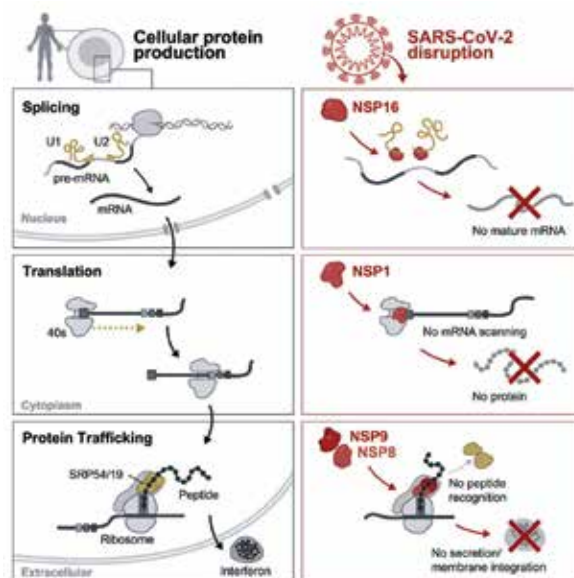
Genom SARS-CoV-2 je građen od jednolančane (pozitivne) molekule RNK i sadrži 29 903 nukleotida. Nakon prijepisa u staničnoj jezgri, početni proizvod prijepisa ili pre-mRNK prekranjem (engl. *splicing*) postaje zrela mRNK koja se prepisuje u bjelančevinu. Prekrananje se odvija pomoću kompleksa nekodirajućih molekula RNK (engl. *non-coding RNA*, ncRNK) i bjelančevine, poznatije kao tjelešca za prekranje (engl. *spliceosome*). Unutar njega nalaze se sastavnice tjelešca RNK za prekranje ljudske mRNK svrstane u pet skupina malih jezgrinih RNK (engl. *small nuclear RNA*, snRNK), U1, U2, U4, U5 i U6. Među 16 različitih nestrukturalnih bjelančevina (engl. *non-structural protein*, NSP) SARS-CoV-2, znanstvenici su pronašli da se NSP16 veže na pre-mRNK na mjestima prepoznavanja U1 i U2. NSP16 na taj način zaustavlja prekranje pre-mRNK, čime zaustavlja nastajanje zrele mRNK te kasnije sinteze bjelančevina. **Ovim putem NSP16 vrši supresiju odgovora urođene imunosti tj. interferenskog odgovora na prepoznati virus.**

Nakon izlaska iz jezgre u citoplazmu, doradana/prekrojena mRNK biva prepisana u bjelančevinu na ribosomima. Među spomenutim nestrukturalnim bjelančevinama SARS-

CoV-2, je i NSP1 koji se veže za podjedinicu ribosoma odgovornu za inicijaciju translacije mRNK u bjelančevinu. Veza- njem NSP1 blokira se translacija i sinteza bjelančevina te se tako suprimira mogućnost staničnog odgovora na stimulaciju interferonom usred virusne infekcije. **Uz to, znanstvenici su otkrili da sam virus posjeduje mehanizme zaštite, kako spomenutim mehanizmom blokade translacije ne bi zaustavio sintezu vlastitih bjelančevina.**

U stanici postoje i tzv. engl. *The signal recognition particle RNA* (SRP) poznat i kao 7SL, čija je uloga prepoznavanje signalnog peptida te vezanje za ribosom, čime se zaustavlja sinteza bjelančevina. SRP pomažu i u prijenosu bjelančevina unutar stanice te putem SRP-receptora omogućuju vezanje za staničnu membranu te daljnji prijenos izvan stanične membrane. U radu su prikazana dvije novootkrivene nestrukturalne bjelančevine SARS-CoV-2, NSP8 i NSP9, koje se vežu za sastavnicu 7SL RNK SRP kompleksa te suprimiraju njegovu ulogu u translokaciji i sekreciji bjelančevina, tj. njihovoj integraciji u staničnu membranu. **Time se onemogućuje funkcioniranje mehanizama urođene imunosti, ne samo preko supresije lučenja interferona, već i zbog smanjene izraženosti citokina i molekula MHC.**

Navedeni mehanizmi djelovanja nestrukturalnih bjelančevina SARS-CoV-2 ključni su u supresiji ljudskog imunskog odgovora na pojavu virusa. Jedan od najvažnijih mehanizama obrane od virusa je stvaranje i lučenje interferona, molekule čiji je cilj kočenje razmnožavanja virusa blokiranjem prepisivanja virusne RNK u bjelančevinu, a koja je zbog svoga djelovanja tj. zbog interferiranja s procesom replikacije virusa i dobila ime. Druga uloga interferona je slanje signala cijelom imunskom sustavu da je "uljez" ušao u naš organizam, što posljedično aktivira stanice imunskog sustava, prvenstveno prirodne stanice ubojice, ali i makrofage koji imaju posebnu ulogu u prezentaciji virusnog antigena cijelom imunskom sustavu, bez čega nema uspješne obrane. Virusi, kako bi se replicirali tj. umnažali, upravo pokušavaju izbjeći imunski odgovor domaćina stvarajući vlastite bjelančevine koji blokiraju određene faze sinteze i lučenja ljudskih bjelančevina. Tako npr. poliovirus degradira čimbenike za inicijaciju translacije čime koči proizvodnju staničnih bjelančevina, citomegalovirus (CMV) sprječava prijenos bjelančevina ključnih za prepoznavanje virusa (molekule MHC) iz stanice na njenu površinu, čime virus ostaje "nevidljiv", dok npr. virus gripe sprječava prekranje/modifikaciju naše mRNK za sintezu ključne molekule za prepoznavanje prisutnosti virusne RNK i inicijaciju sinteze i lučenja interferona (RIG-I). Dok spomenuti virusi imaju jednostavnije mehanizme izbjegavanja imunskog odgovora domaćina, tj. njihovo glavno djelovanje cilja i suprimira jednu fazu sinteze i lučenja bjelančevina u ljudskoj stanici, Banerjee i suradnici su u svom radu objasnili kako SARS-CoV-2 proizvodi različite bjelančevine (NSP16, NSP1, NSP8, NSP9) koji, blokiranjem sinteze i lučenja bjelančevina na više različitih razina, suprimiraju interferonski odgovor na virusnu infekciju na više načina. **Kompleksni mehanizam blokiranja imunskog odgovora u čovjeka je upravo i razlog zašto SARS-CoV-2 predstavlja izazov u sprječavanju širenja zaraze i pronalaženju prikladnog i djelotvornog rješenja za liječenje COVID-19.**



“trostruki” učinak SARS-CoV-2 na ljudsku stanicu

vaju izbjeći imunski odgovor domaćina stvarajući vlastite bjelančevine koji blokiraju određene faze sinteze i lučenja ljudskih bjelančevina. Tako npr. poliovirus degradira čimbenike za inicijaciju translacije čime koči proizvodnju staničnih bjelančevina, citomegalovirus (CMV) sprječava prijenos bjelančevina ključnih za prepoznavanje virusa (molekule MHC) iz stanice na njenu površinu, čime virus ostaje “nevidljiv”, dok npr. virus gripe sprječava prekranje/modifikaciju naše mRNK za sintezu ključne molekule za prepoznavanje prisutnosti virusne RNK i inicijaciju sinteze i lučenja interferona (RIG-I). Dok spomenuti virusi imaju jednostavnije mehanizme izbjegavanja imunskog odgovora domaćina, tj. njihovo glavno djelovanje cilja i suprimira jednu fazu sinteze i lučenja bjelančevina u ljudskoj stanici, Banerjee i suradnici su u svom radu objasnili kako SARS-CoV-2 proizvodi različite bjelančevine (NSP16, NSP1, NSP8, NSP9) koji, blokiranjem sinteze i lučenja bjelančevina na više različitih razina, suprimiraju interferonski odgovor na virusnu infekciju na više načina. **Kompleksni mehanizam blokiranja imunskog odgovora u čovjeka je upravo i razlog zašto SARS-CoV-2 predstavlja izazov u sprječavanju širenja zaraze i pronalaženju prikladnog i djelotvornog rješenja za liječenje COVID-19.**

Održan webinar NIP SPECIJAL 2020: O COVID-19 PRAKTIČNO



Novo normalno

Godina 2020. stavila nas je pred izazov kakvom naši prethodnici nisu bili izloženi stotinu godina. Pandemija utječe na sve sfere naših života. Između ostalog, utječe i na našu izobrazbu koju provodimo putem stručnih i znan-

stvenih skupova. Ipak nismo u identičnoj situaciji kao u vrijeme španjolske gripe. Suvremena tehnologija pruža nam mnogobrojne mogućnosti. Hrvatsko pedijatrijsko društvo u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo

organiziralo je webinar NIP SPECIJAL 2020: O COVID-19 PRAKTIČNO kao prvi online skup u nizu do sada održanih skupova "Novi izazovi u pedijatriji", koji se održavaju od 2015. godine pod vodstvom doc. prim. dr. sc. Irene Bralić, dr. med., spec. pedijatrije. Webinar je održan 15. listopada 2020. Interes za webinar bio je iznimno velik te je bio registriran 741 sudionik, najvećim dijelom iz Hrvatske, ali bilo je i kolega iz susjednih zemalja. Teme izlaganja su bile COVID-19 i SARS CoV2: što znamo, možemo i očekujemo, rutinsko cijepljenje tijekom COVID-19, diferencijalno-dijagnostički pristup u odnosu na ostale respiratorne infekcije, prevencija COVID-19 u zdravstvenim ustanovama itd.

Više informacija na stranici www.pedijatrija.hr

Prof. dr. sc. Aida Mujkić, dr. med.
predsjednica Hrvatskog pedijatrijskog društva

IGOR RUDAN

BBC NEWS AT TWO: INTERVJU O DRUGOM VALU U EUROPI

Epidemiologija je znanost o epidemijama. Epidemiolozi uče razumjeti epidemije i suzbijati ih. Jedno od tih razumijevanja je transmisijaska dinamika virusa. Svi educirani epidemiolozi su, bez iznimke, jasno rekli još u svibnju da nas najesen čeka vrlo velik drugi val pandemije u Europi i da se za njega treba jako dobro pripremiti.

Međutim, tijekom mirnijih ljetnih mjeseci ta se jasna epidemiološka poruka - o dolasku drugog vala i potrebi pripreme za njega - nekako utišala. Nije to bio slučaj samo u Hrvatskoj, već i u većini Europe. Zbog toga će sada ovaj drugi val biti znatno opasniji i za zdravlje ljudi, i za ekonomiju, nego što je trebao biti.

Tijekom svake epidemije, epidemiolozi znaju da mogu samo izgubiti. Ako odrade svoj posao i zaštite stanovništvo od zaraze mjerama prevencije, ljudi će se okrenuti protiv njih, jer će im se činiti da su se morali prilično dugo držati tih

mjera bez ikakve potrebe. Ako epidemiolozi, pak, ne odrade svoj posao, ljudi će se također okrenuti protiv njih, jer će vidjeti da je u susjednim zemljama znatno manje zaraženih i umrlih, te da su njihovi epidemiolozi loši. Što god da epidemiolozi učine tijekom epidemije, ljudi će se okrenuti protiv njih. To im je sastavni dio posla.

Nakon što su se Francuska i Njemačka počele zatvarati, u Ujedinjenom Kraljevstvu vlada golema podijeljenost u javnosti oko idućih koraka... Odluke sada više nisu nimalo lake. Čekaju nas izazovni tjedni u Europi.

(Preuzeto uz dozvolu autora)



U želji za prilagodbom tema Liječničkih novina aktualnostima i zanimanju čitateljstva uvodimo rubriku Prikaz slučaja namijenjenu liječnicima koji nalaze prikladnim upravo u našim novinama izvijestiti 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.

Druga prilika za izlječenje onkološke bolesnice s metastatskim GIST-om u tijeku pandemije COVID-19

Juraj Prejac^{a,b}, Nikša Librenjak^a,
Domina Kekez^{a,b}

^aKlinički bolnički centar Zagreb, Klinika za onkologiju, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

^bSveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet, Gundulićeva 5, 10000 Zagreb

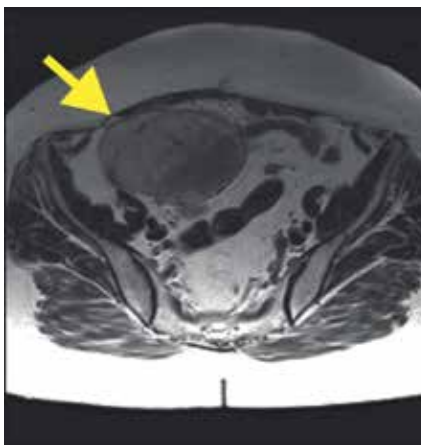
Gastrointestinalni stromalni tumor (GIST) najčešća je zloćudna bolest probavnog sustava mezenhimnog podrijetla. Većinom se javlja u želucu (60 %) i tankom crijevu (30 %), no može nastati na bilo kojem dijelu probavne cijevi [1]. GIST poglavito uzrokuju aktivirajuće mutacije onkoproteina *c-KIT* i receptora čimbenika rasta alfa podrijetlom iz trombocita (*PDGFRA*) [2], dok 10-15 % GIST-a nema prisutnu mutaciju (engl. *wild type* GIST). Klinička očitovanja su nespecifična, od osjećaja nelagode, odnosno boli u trbuhu i krvarenja u probavni sustav do razvoja slike akutnog abdomena koja zahtijeva hitnu intervenciju. Bolest najčešće diseminira u jetru i potrbušnicu, metastaze u limfne čvorove su iznimka, a širenje izvan trbušne šupljine javlja se tek u uznapredovalom razdoblju bolesti.

Bolesnica koju prikazujemo imala je u trenutku postavljanja dijagnoze GIST-a terminalnog ileuma 56 godina i bila do tada uglavnom zdrava. Prezistirala se znacima smetnji pasaže stolice zbog čega je 2008. godine učinjena resekcija tankog crijeva s termino-terminalnom anastomozom. U tom smislu je kirurško liječenje metoda izbora za resektibilnu bolest, a patohistološki nalaz uz veličinu i lokalizaciju tumora treba sadržavati i broj mitotičkih polja. Načelno, tumori distalno od želuca što su većeg promjera te što imaju više mitotičkih polja imaju agresivniju biologiju te nose i veći rizik

od metastaziranja. U ovom uzorku nalazio se tumor veličine 3,2 cm s malim brojem mitotičkih polja, što ga u kontekstu primarne lokalizacije smješta u skupinu nižeg do srednjeg rizika te je bilo indicirano pažljivo praćenje tijekom 10 godina [1].

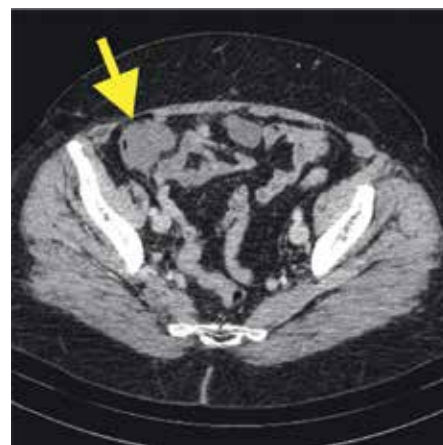
Bolesnica je redovito praćena tijekom sljedećih 11 godina, a tada je, u rujnu 2019., magnetskom rezonancijom prikazana opsežna novonastala solidna tvorba veličine 15 cm u desnom hemiabdomenu, ispod mišića prednje trbušne stijenke, s vidljivim područjima nekroze, uz sumnju na karcinomu potrbušnice (Slika 1). Vrijeme proteklo od dijagnoze primarnog GIST-a nalagalo je histološku potvrdu zbog moguće i metastatske pojave i druge zloćudne bolesti.

Kako je GIST mekan i krhak tumor, odluka o histološkoj potvrdi treba biti temeljena na tipu i proširenosti bolesti, uzzevši u obzir rizik od krvarenja i intraabdominalne diseminacije.



Slika 1. Magnetska rezonancija trbuha: solidna tvorba s vidljivim područjima nekroze, koja je veličine oko 15 cm u kraniokaudalnom smjeru, neodvojiva od vijuga tankog crijeva i cekuma.

Svakako je biopsija potrebna za odluku o prijeoperacijskoj terapiji, što je češći slučaj kod primarnog tumora [3]. Konkretno, u bolesnice je dokazan recidiv GIST-a visokog rizika za progresiju. Započela je standardna prva linija liječenja imatinibom, selektivnim inhibitorom *KIT* tirozin kinaze. GIST je bolest refraktorna na konvencionalne kemoterapijske protokole, a kako se aktivacija *KIT*-a nalazi u većine bolesnika, njegova je inhibicija primarni terapijski modalitet kada kirurško liječenje nije moguće. Dokazano je i da je prisutnost *KIT*-a i *PDGFRA* mutacija prediktivno za odgovor na inhibitore tirozin-kinaza u bolesnika s uznapredovalim ili metastatskim GIST-om [4]. Bolesnicu je tijekom 6 mjeseci terapije, koju je bolesnica dobro podnosila, pratio dobar odgovor sa značajnim smanjenjem tumorske mase (Slika 2). Nakon toga je u svibnju ove godine multidisciplinarnom odlukom indicirano kirurško liječenje. Potom je u lipnju učinjena resekcija omentuma s tumorom, a prema patohistološkom nalazu u



Slika 2. Kompjutorizirana tomografija: vidljiva je parcijalna regresija mekotivne ovalne tvorbe neodvojive od vijuga ileuma i cekuma, sada aksijalnih dimenzija 4,2×3,3 cm.

primljenom materijalu nije nađeno tumorskih stanica, što govori za potpun odgovor na terapiju. U daljnjem praćenju nije bilo znakova povrata bolesti.

Što je ključno naglasiti ovim prikazom? Iako je riječ o kasnom relapsu, bolest je prepoznata samo zahvaljujući redovitom praćenju bolesnice, u trenutku koji je omogućio pravovremenu terapiju. Nadalje, ispravan inicijalni odabir liječenja, procjena trenutka za kiruršku intervenciju i multidisciplinarni pristup omogućili su da po drugi put bolesnica ima priliku da bude izliječena od zloćudne bolesti.

Treba voditi računa o tome da zloćudne bolesti nisu nestale i da je rak i dalje jedan od vodećih uzroka smrti u razvijenim zemljama. Narušeno funkcioniranje multidisciplinarnih timova, neprepoznavanje bolesti na vrijeme, neprimjereno onkološko liječenje i smanjenje broja kontrola u redovnom praćenju povećat će stope pobola i smrtnosti od zloćudnih bolesti [5]. Prema tome je za očekivati da će zane-marivanje i odgađanje optimalnog pristupa zloćudnim bolestima imati za posljednju dugoročno dodatno značajno opterećenje zdravstvenog sustava.

juraj.prejac@gmail.com

Literatura

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *Semin Diagn Pathol.* 2006;23(2):70-83.
2. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, et al. Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science.* 1998;279(5350):577-80.
3. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010;8 Suppl 2(0 2):S1-41.
4. Patrikidou A, Domont J, Chabaud S, et al.; French Sarcoma Group. Long-term outcome of molecular subgroups of GIST patients treated with standard-dose imatinib in the BFR14 trial of the French Sarcoma Group. *Eur J Cancer.* 2016;52:173-80.
5. Vrdoljak E, Sullivan R, Lawler M. Cancer and coronavirus disease 2019; how do we manage cancer optimally through a public health crisis? *Eur J Cancer.* 2020;132:98-99.

Otvoreni kirurški zahvat u trbuhu za tunelirani venski kateter za hemodijalizu

 Ivan Margeta, Stipislav Jadrijević, Damir Jemendžić, Lada Zibar
Klinička bolnica Merkur, Zagreb

Prikladan krvožilni pristup od vitalne je važnosti za bolesnika na hemodijalizi. Najnovije smjernice govore u prilog personalizirane medicine, u smislu odabira vrste dijalize i krvožilnog pristupa (peritonejska dijaliza, hemodijaliza – putem arterijskovenske fistule, AV grafta ili venskog katetera). Ako je bolesniku indicirana hemodijaliza (HD) putem venskog katetera, prvi su izbor lokacije za uvođenje katetera unutarnje jugularne vene, potom potključne i kao zadnji izbor femoralne vene. Kod katetera postavljenih u femoralnu venu česte su infektivne komplikacije, poput infekcija izlazišta katetera i tzv. kateter sepsa, te žilne komplikacije – venske tromboze i stenoze. Ako su u bolesnika iscrpljeni svi krvožilni pristupi, kao jedan od izbora nudi se kirurško postavljanje venskog katetera za HD u jednu od ilijačnih vena. Ovdje prikazujemo bolesnika kojemu je tunelirani kateter za HD postavljen u desnu zajedničku ilijačnu venu otvorenim kirurškim zahvatom.

Prikaz bolesnika. Upućen nam je 69 godišnji muškarac) zbog disfunkcije tuneliranog venskog katetera za HD koji se nalazio u lijevoj femoralnoj veni. Boluje od dugogodišnje hipertenzije i šećerne bolesti i ima razvijene komplikacije šećerne bolesti te pretilost (ITM 34 kg/m²). Prebolio je ishemijski moždani udar i ima trajnu fibrilaciju atrija. Na dijalizi je od 2016. godine, a završni stupanj kronične bubrežne bolesti vjerojatno je posljedica šećerne bolesti i hipertenzije. U početku je pokušao HD putem AV fistule na lijevoj podlaktici, no zbog disfunkcije je nastavljena dijaliza putem tune-

liranoga središnjeg venskog katetera za HD. Prije ove hospitalizacije imao je višekratno postavljene katetere u obje potključne vene, a posljednji kateter bio je postavljen u lijevu femoralnu venu 2018. godine. Kod primitka je radiološki vizualiziran uredan položaj femoralnog katetera, bez presavinuća "luka". Učinjena je MSCT angiografija radi utvrđivanja mogućnosti venskog pristupa za HD i prikazana je obliterirana desna vanjska ilijačna vena, sužena gornja šuplja vena koja u najužem dijelu mjeri 5 mm; obje brahiocefalične vene bile su sužene do 4 mm te okludirana desna potključna vena u medijalnom dijelu. Dakle, sve su velike vene potključno i na vratu bile bez mogućnosti uporabe kao krvožilni pristup za HD, kao i desna femoralna vena zbog suženja desne vanjske ilijačne vene. Pokušalo se postaviti novi kateter putem lijeve femoralne vene. Bolesnik je u međuvremenu postao visoko febrilan i prolazno je liječen u jedinici intenzivnog liječenja zbog hemodinamičke nestabilnosti septične geneze. U urinokulturi je izoliran *Proteus mirabilis* te je 21 dan liječen ciljano antibiotski. Nakon stabilizacije stanja pokušana je zamjena venskog katetera, no zbog vjerojatne stenoze u području prethodnog katetera (što angiografski nije jasno prikazano jer je vizualizirana prohodnost lumena vene bila održana zbog katetera *in situ*) nije se ipak uspjelo proći žicom vodicom te je postavljen privremeni kraći kateter u istu venu (*v. femoralis sin.*) na koji provedeni postupci HD-a nisu bili zadovoljavajući (nedovoljan krvni protok). U dogovoru s abdominalnim kirurzima bolesniku je indicirano uvođenje venskog katetera otvorenim kirurškim zahvatom u općoj anesteziji. Ekstrapertonejskim pristupom prikazana je desna zajednička ilijačna vena, koja je ispreparirana te je u žilu uveden Hickmanov dvolumi-



Izlazište tuneliranog venskog katetera uvedenog otvorenim kirurškim zahvatom u trbuhu u desnu zajedničku ilijačnu venu (foto: uz dozvolu pacijenta)

nalni kateter duljine 55 cm. Potom je načinjen potkožni tunel katetera s izlazištem u desnom kvadrantu prednje trbušne stijenke. Zahvat je uredno protekao, a daljnji dijalizni postupci protječu uredno. Bolesnik je s iscrpljenim krvožilnim pristupom kao krajnji postupak spašavanja života imao mogućnost uvrštenja na popis čekanja za bubrežnu presadbu kao visoko urgentan primatelj, što se ovim postupkom uspješno izbjeglo. Bolesnik prethodno nije bio prikladan kandidat za bubrežnu presadbu zbog značajnih kontraindikacija, uključujući i krvožilne i infektivne.

Zaključak. U slučaju iscrpljenosti klasičnog krvožilnog pristupa za hemodijalizu, uključujući i uvođenje središnjeg venskog katetera, moguće je kirurškim pristupom postavljanje katetera u ilijačne ili druge periferno nedostupne vene.

margeta2005@gmail.com

ANTIRETROVIRUSNO LIJEČENJE 2020. godine

Autor: Josip Begovac, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević

Uvod

Cilj antiretrovirusnog liječenja (ARL) je smanjiti obolijevanje od zaraze HIV-om, produljiti životni vijek, poboljšati kvalitetu života te spriječiti prijenos virusa. Postizanjem nemjerive količine virusa u plazmi (HIV1-RNA < 50 kopija/ml) uspijevamo postići navedene kliničke ciljeve. Danas je također poznato da postizanje nemjerljivosti u krvi znači da osoba zaražena HIV-om ne prenosi virus na spolne kontakte i u slučaju spolnog odnosa bez korištenja zaštite. Iz toga slijedi javnozdravstvena poruka U=U (eng. undetectable=untransmissible) odnosno N=N (nemjerljiv=nezaražan).

Liječiti treba sve osobe zaražene HIV-om bez obzira na broj limfocita CD4+. Jedna od danas aktualnih strategija jest brzo započinjanje ARL. Možemo govoriti o brzom (engl. rapid) ARL koji označava započinjanje ARL vrlo brzo (unutar 7 dana) nakon postavljanja dijagnoze HIV-infekcije. Neposredna (engl. immediate ili same-day) primjena ARL označava davanje lijekova istoga dana kada je postavljena dijagnoza ili kada je obavljen prvi klinički pregled zbog HIV-infekcije. Više je kliničkih pokusa iz nerazvijenih zemalja pokazalo da je navedena strategija moguća i da brže dovodi do supresije virusa. Nema zasad kliničkih pokusa iz razvijenih zemalja, ali opservacijska istraživanja ukazuju na korisnost takvog pristupa u smislu ranije supresije virusa i boljeg zadržavanja u skrbi. Međutim, za ovakvu strategiju je potrebna odgovarajuća organizacija, resursi te dostupnost antiretrovirusnih lijekova. Brzo liječenje se osobito preporuča osobama u akutnoj HIV-infekciji. Zasad još nema dovoljno dugoročnih pokazatelja o uspješnosti navedene strategije brzog odnosno neposrednog liječenja.

Tijekom 2020. god. u kliničkoj se praksi nalazi više od 30 različitih pojedinačnih pripravaka i više od 10 koformuliranih pripravaka. U odnosu na mehanizam djelovanja, danas raspoložemo s pet skupina antiretrovirusnih lijekova: 1. inhibitori reverzne transkriptaze, analozi nukleozi da ili nukleotida 2. nenukloidni inhibitori reverzne transkriptaze, 3. inhibitori virusne proteaze, 4. inhibitori integraze i 5. inhibitori ulaska virusa u stanicu. Od inhibitora ulaska virusa u stanicu imamo po jednog pripravka antagonista kemoškog koreceptora CCR5 (maravirok), inhibitora fuzije (enfivutid) te antagonista receptora CD4 (ibalizumab).

Jednom započeto antiretrovirusno liječenje je doživotno. Prije započinjanja antiretrovirusnog liječenja preporuča se odrediti rezistenciju HIV-a. U početnom antiretrovirusnom liječenju se obično primjenjuju tri lijeka, radi se o dva analoga nukleozi da/tida uz jedan inhibitor integraze ili jedan nenukloidni inhibitor reverzne transkriptaze ili jedan inhibitor proteaze. U recentnim preporukama se također spominje mogućnost davanja dva lijeka i to kombinacije lamivudin + dolutegravir.

Pregled smjernica

Posljednja verzija europskih smjernica za antiretrovirusno liječenje EACS-a (od engl. European AIDS Clinical Society), objavljena je krajem listopada 2020.g. (verzija 10.1). Američke smjernice DHHS-a (od engl. Department of Health and Human Services) su iz prosinca 2019. g. Najnovije smjernice IAS-USA (engl. International Antiviral Society) su iz listopada 2020.g.

Preporučene kombinacije za početno antiretrovirusno liječenje prema smjernicama EACS uključuju kombinacije antiretrovirusnih lijekova s inhibitorima integraze (raltegravir, dolutegravir i biktegravir). Od kombinacija analoga nukleozi da/tida spominju se različite soli tenofovir dizoprosila (TDX) ili tenofovir alafenamid (TAF) u kombinaciji s emtricitabinom ili lamivudinom. Osim kombinacija koje sadrže TDX ili TAF među preporučenim kombi-

nacijama nalazimo abakavir + lamivudin ali samo s dolutegravirom te kombinaciju lamivudin + dolutegravir. Za preporučene kombinacije inhibitora integraze važno je naglasiti sljedeće:

- oralna apsorpcija može se smanjiti istovremenom primjenom lijekova koji sadrže polivalentne katione (npr. antacidi na bazi aluminija ili suplementi koji sadrže Ca-, Mg- Zn-, ili Fe, ili multivitaminski pripravci s mineralima). Uzimati najmanje 2 sata nakon ili 6 sati prije uzimanja inhibitora integraze.
- zbog moguće reakcije preosjetljivosti, abakavir je kontraindiciran ako je bolesnik pozitivan na alel HLA-B*5701 positive. Abakavir treba koristiti s oprezom ako postoji povećani kardiovaskularni rizik (npr. Framinghamov skor $\geq 20\%$).
- ako je bolesnik HBsAg pozitivan potrebno je dati kombinacije s tenofovirom.
- dolutegravir se ne preporuča ženama koje planiraju trudnoću; biktegravir nije ispitan u trudnica; ženama koje mogu zatrudnjeti a uzimaju dolutegravi treba savjetovati kontracepciju.
- postoje različiti generički oblici tenofovir DF koji umjesto fumarata koriste soli fosfata, maleata ili sukcinata. Navedeni pripravci se mogu izmjenjivati. Pripravci koji sadrže tenofovir DF se mogu zamijeniti tenofovir AF-om, ako je dostupan. Tenofovir AF se koristi u dozi od 10 mg kada se daje s lijekovima koji inhibiraju sustav P-gp i 25 mg kada se daju s lijekovima koji taj sustav ne inhibiraju. Odluku o tomu koristiti li tenofovir DF ili AF ovisi o obilježjima bolesnika i dostupnosti lijekova.
- ne preporuča se istovremena primjena rifampina i kombinacije biktegravir/emtricitabine/tenofovir AF jer se smanjuje koncentracija antiretrovirusne kombinacije. Ne preporuča se, zbog manjka podataka, liječenje trudnica.
- raltegravir se može dati 2x na dan (2x400 mg) ili jednom dnevno (1x1200 mg). Oralna apsorpcija se može smanjiti istovremenom primjenom lijekova

koji sadrže polivalentne kation. Može se davati s rifampinom, ali se tada daje 2×800 mg.

- h) dolutegravir/lamivudin se daje ako je osoba negativna na hepatitis B virusni antigen i ako je HIV-1 RNA < 500,000 kopija/ml.

U smjernicama IAS-USA nalazimo popis kombinacija koje bi bile pogodnije za većinu bolesnika ali se također navode kombinacije koje dolaze u obzir kada nije poželjno primijeniti kombinacije s inhibitorima integraze. Smjernice također ističu značaj ranog postavljanja dijagnoze HIV-infekcije te brzog/neposrednog započinjanje antiretrovirusnog liječenja.

Kombinacije koje se preporučuju za većinu osoba zaraženih HIV-om su: bikteravir/tenofovir AF/emtricitabin, dolutegravir + tenofovir AF ili DX + emtricitabin ili lamivudin te dolutegravir/lamivudin. Preporuke također spominju ostale kombinacije koje uključuju pojedine kombinacije s inhibitorima integraze (dolutegravir/abakavir/lamivudin, raltegravir plus tenofovir AF ili DX/emtricitabin, raltegravir plus tenofovir DX/lamivudin), nenukleozidnim inhibitorima reverzne transkriptaze (doravirin/tenofovir DF/lamivudin, doravirin plus tenofovir AF/emtricitabin, efavirenz/emtricitabine/tenofovir DF, rilpivirin/tenofovir AF/emtricitabin, rilpivirin/tenofovir DF/emtricitabin) te inhibitorom proteaze (darunavir/kobicistat/tenofovir AF/emtricitabin, darunavir/kobicistat plus tenofovir DF s lamivudinom ili emtricitabinom).

Zaraza HIV-om i COVID-19

Osobe zaražene HIV-om s aktivnom infekcijom SARS-CoV-2 liječe se jednako kao i osobe koje nisu zaražene HIV-om. U slučaju da osoba zaražena HIV-om s pneumonijom ima niske limfocite CD4 i zarazu SARS-CoV-2 ne treba smetnuti s uma mogućnost istovremene infekcije gljivom *Pneumocystis jirovecii*. U tijeku su istraživanja interakcija lijekova za liječenje COVID-19 s antiretrovirusnim lijekovima, no zbog tih mogućih interakcija ne bi se trebalo isključiti osobe zaražene HIV-om iz istraživanja lijekova za liječenje COVID-19. Nema dokaza da je bilo koji antiretrovirusni lijek klinički aktivan prema SARS-CoV-2. Iz tog razloga, osobama zaraženih HIV-om se ne preporuča promijeniti antiretrovirusno liječenje u nadi da bi određeni antiretrovirusni lijek mogao spriječiti ili liječiti COVID-19.

Doravirin

Doravirin je najnoviji nenukleozidni inhibitor reverzne transkriptaze (NNRTI), dostupan je u obliku koformuliranog pripravka (jedne tablete) koji također sadrži lamivudin i tenofovir dizoproksil fumarat (▼Delstrigo®) te kao samostalan pripravak ▼Pifeltro®. Doravirin je odobren za primjenu u osoba koje prethodno nisu liječene kao početna terapija, kao i zamjenska kombinacija u osoba koje su prethodno uspješno liječene.

Djelotvornost doravirina ispitana je u više kliničkih pokusa kako u naivnih (prethodno neličenih bolesnika) tako i u onih koji su ranije liječeni drugim kombinacijama. U svim tim kliničkim pokusima doravirin je bio vrlo uspješan i neinferioran komparatoru. Doravirin u usporedbi s drugim, starijim NNRTI (npr. efavirencom) ima rjeđe nuspojave. U odnosu na efavirenz u kliničkim pokusima je doravirin imao rjeđe nuspojave središnjega živčanog sustava (npr. živahni snovi, halucinacije, disforija). Doravirin također ima povoljan lipidni profil i ne dovodi do povišenja LDL-kolesterola. Aktivan je u nazočnosti uobičajenih mutacija koje nalazimo u osoba koje su doživjele neuspjeh liječenja efavirencom.

Doravirin pruža terapijsku alternativu osobama koje imaju nuspojave prema drugim klasama antiretrovirusnih lijekova (inhibitori integraze ili inhibitori proteaze). Pojedina novija istraživanja ukazuju na moguću povezanost debljanja s primjenom tenofovir alafenamida i inhibitora integraze tako da još uvijek postoji potreba za antiretrovirusnim lijekovima s povoljnim profilom nuspojava. Zasad nema puno podataka o debljanju tijekom primjene doravirina. U randomiziranim kliničkim pokusima nađeno je nešto veće debljanje u skupini bolesnika koji su primali doravirin u odnosu na skupinu koja je primala efavirenz i slično debljanje kada se radila usporedba s busteriranim darunavirom. Koformulirani pripravak Delstrigo® može biti idealna mogućnost liječenja u bolesnika u kojih je debljanje ili hiperlipidemija problem. Kako koformulirani pripravak sadrži tenofovir dizoproksil fumarat treba voditi računa o mogućem oštećenju bubrežne funkcije i smanjenju mineralne gustoće kostiju. Srećom, učestalost navedenih nuspojava je rijetka. Doravirin se daje neovisno o hrani i nema interakcija s inhibitorima protonske pumpe što je prednost u odnosu na rilpivirin.

Doravirin općenito ima malo interakcija s drugim lijekovima nema interakcije s metforminom ili antacidima koji sadrže aluminij ili magnezij. Zbog manjka podataka o sigurnosti primjene ne preporuča se davati trudnicama. Zaključno, doravirin je povećao izbor mogućih opcija kako u početnom antiretrovirusnom liječenju tako i kao zamjena za postojeće liječenje kada su nuspojave problem.

Literatura

1. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. Version 10.1. Available at <http://www.europeanaidsclinicalsociety.org>.
2. Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents December, 2019. <http://AIDSinfonihgov>.
3. Saag MS et al. JAMA doi:10.1001/jama.2020.17025 objavljenih online 14. listopada 2020.

Samo za zdravstvene djelatnike.

Prije propisivanja lijekova Pifeltro® i Delstrigo®, molimo pročitajte zadnje odobrene sažetke opisa svojstava lijekova i upute o lijekovima odobrene u RH.

▼ Ovi lijekovi su pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ove lijekove.

Brojevi odobrenja za stavljanje lijekova u promet: EU/1/18/1333/001, EU/1/18/1332/001.

Datum prvog odobrenja za Pifeltro® i Delstrigo® 22. studenog 2018.

Datum revizije teksta za Pifeltro® 13. prosinca 2019. i Delstrigo® 23. lipnja 2020.

Režim izdavanja lijekova: na recept, u ljekarni.

HR-DOR-00016 EXP 10/2022

Članak je sponzoriran od strane tvrtke Merck Sharp and Dohme d.o.o. Mišljenja iznesena u ovom članku su autorova i ne odražavaju nužno mišljenja tvrtke.

Utjecaj kratkotrajne nadoknade vitamina E na oksidativni stres u žena sa sindromom policističnih jajnika tijekom induciranja ovulacije

Otkrićem vitamina E davne 1922. Evans i Bishop dokazali su njegovu ulogu u procesu reprodukcije. Vitamin E (alpha-tokoferol), osim što ima kritičnu ulogu u procesu reprodukcije, može i antagonizirati oksidativni stres uzrokovani slobodnim radikalima kisika i neravnotežom antioksidanta koji reguliraju uobičajene fiziološke funkcije reproduktivnog sustava. Chen i suradnici bavili su se sindromom policističnih jajnika koji je u osnovi metabolički sindrom. U patofiziološkom smislu, metabolički sindrom obilježen je kroničnom upalom. Na tragu tih patofizioloških obilježja Chen i koautori su analizirali kako na neplodne žene sa sindromom policističnih jajnika djeluje kratkotrajna nadoknada vitamina E u vrijeme liječenja neplodnosti induciranjem ovulacije klomifen citratom (CC) u standardnoj dozi od 100 mg, počevši od 3. dana menstrualnog ciklusa tijekom pet dana, i humanim menopausalnim gonadotropinom (HMG) u dozi od 75 IU svaki drugi dan, počevši od osmog dana ciklusa, praćene administracijom estradiol valerata u dozi od 2 mg dnevno. U tu je svrhu provedena kliničko retrospektivno istraživanje u trajanju od listopada 2015. do travnja 2017. godine.

Ukupno je 321 pacijentica s dijagnosticiranim sindromom policističnih jajnika podvrgnuto induciranju ovulacije s CC-om i HMG-om. Ispitanice su razdijeljene u sljedeće skupine: skupina A, 110 ispitanica koje nisu primale vitamin E, skupina B, 105 ispitanica koje su primale 100 mg/dan vitamina E u folikularnoj fazi menstrualnog ciklusa, i skupina C, 106 ispitanica koje su primale 100 mg/dan vitamina E u lutealnoj fazi menstrualnog ciklusa.

Folikulometrija je rađena redovito od 10. dana ciklusa, kako bi se uočio optimalan porast folikula, te je pri folikulu veličine od barem 18 mm u promjeru administrirano 10 000 IU humanog korionog gonadotropina. Sve su pacijentice oralno primale gestagene tri puta na dan u dozi od 10 mg, radi podrške lutealne faze od 14. dana ciklusa.

Četrnaest dana nakon administracije HCG-a određivane su serumske vrijednosti. Ultrazvučni pregled rađen je u gestacijskoj dobi od 6 i 12 tjedana kako bi se utvrdila stopa zanošenja i stopa uspješnosti. Trudnice su praćene do porođaja.

Autori su određivali četiri biljega oksidativnog stresa iz seruma u tri razdoblja:

prije stimulacije, u trenutku stimulacije HCG-om, na kraju stimulacije). Analizirajući rezultate, uočeno je značajno smanjenje biljega oksidativnog stresa, ali nisu uočene statistički značajne razlike u učestalosti ovulacije, učestalosti zanošenja i ostvarenih trudnoća između triju skupina. Međutim, uočeno je kako je količina HMG-a bila statistički značajno manja u skupini B u usporedbi sa skupinom A i C ($P < 0,05$), u kojih je također endometrij bio zadebljan, a E2 bio povećan. U istoj skupini pacijentica broj dominantnih folikula nije bio smanjen.

Moguće objašnjenje dobrog odgovora endometrija moglo bi se pripisati antioksidativnom i antikoagulantnom učinku.

Autori članka zaključuju kako suplementacija vitaminom E poboljšava oksidativni stres i ima određen učinak na endometrij, ali ne mijenja stopu zanošenja tijekom induciranja ovulacije.

(BMC Womens Health 2020;20(1):69)

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

Želučano premoštenje potencijalno je bolje od neoperativne terapije lijekovima za smanjenje albuminurije u bolesnika sa šećernom bolesti?

PORUKA ČLANKA

Želučano premoštenje Roux-en-Y učinkovitije je od najboljeg neoperativnog liječenja za postizanje remisije albuminurije u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2 koji su u ranoj fazi kronične bubrežne bolesti uz prisutnu pretilost

Le Roux i suradnici (University College Dublin, Dublin, Irska) su nakon provedenog randomiziranog kontroliranog istraživanja zaključili da će rezultati imati dalekosežne implikacije ne samo na ublažavanje patnje bolesnika ili potencijalno sprječavanje rane smrti, već će smanjiti i izravne troškove zdravstvene zaštite bolesnika, kao i privatnih i javnih obveznika zdravstvenog sustava, jer je liječenje bubrežne bolesti u završnoj fazi jedno

od najskupljih u bilo kojem zdravstvenom sustavu. Za dvogodišnju privremenu analizu istraživanja Microvascular Outcomes after Metabolic Surgery autori su proučili 100 bolesnika (prosječna dob 51 godina; 55 % muškaraca) sa šećernom bolesti tipa 2, pretilošću (indeksi tjelesne mase od 30 do 35 kg/m²) i bubrežnom kroničnom bolesti u ranoj fazi kojima su nasumično dodijeljeni najbolji nekirurški medicinski tretman ili Roux-en-Y

Može li prijeoperacijsko uzimanje metformina poboljšati ishode velikih kirurških zahvata?

PORUKA ČLANKA

Među starijim odraslima sa šećernom bolesti tipa 2 koji su podvrgnuti velikoj operaciji oni koji su primali prijeoperacijski metformin imali su bolje 90-dnevno i 5-godišnje preživljenje te manje ponovnih hospitalizacija

Istraživanje **Reitza** i suradnika (University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania, SAD) sugerira da bi metformin sa svojim protuupalnim i antioksidativnim svojstvima mogao biti dobro farmakološko sredstvo za rehabilitaciju, koje aktivira bolje odgovore na veliki stres kirurške intervencije. I metformin i statini imaju protuupalna i imunomodulacijska svojstva, ali metformin se obično prekida poslijeoperacijski (zbog interakcije s kontrastnim tvarima) za razliku od statina koji nisu bili uključeni u analizu ovog istraživanja. Kirurški zahvat uzrokuje sustavni stres u tijelu i pokreće upalni odgovor. U međuvremenu, metformin, najčešće propisani neinzulinski lijek za šećernu bolest tipa 2, ima poznata protuupalna svojstva. Istraživači su pretpostavili da bi prijeoperacijski metformin bio povezan s poboljšanim preživljenjem i manjim brojem ponovnih hospitalizacija u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2 podvrgnutih operaciji. Autori su identificirali 10.088 odraslih osoba sa šećernom bolesti tipa 2 koji su podvrgnuti velikoj operaciji, što je zahtijevalo opću anesteziju i poslijeoperacijsku hospitalizaciju u razdoblju

od 2010. do 2016. godine, u 15 bolnica koje su dio zdravstvenog sustava u Pensilvaniji. Više od polovice bolesnika (59 %) imalo je recept za prijeoperacijski metformin. Bolesnici kojima nije propisan prijeoperacijski metformin češće su uzimali inzulin (37 prema 26 %), a rjeđe statine (58 prema 70 %). Istraživači su podudarno usporedili 2.730 bolesnika kojima je prijeoperacijski propisan metformin s 2.730 onih kojima nije. Bolesnici u ovoj kohorti, bili su prosječne dobi 68 godina; 52 % bile su žene, a većinom su bile bijelkinje (89 %). Imali su srednji indeks tjelesne mase 34 kg/m², s općenito dobro nadziranom šećernom bolesti (prosječni HbA1c, 7,1 %) i LDL kolesterolom (prosječno 85 mg/dl). U odgovarajućoj kohorti 35 % bolesnika uzimalo je inzulin, a 65 % dobivalo je statine. Većina operacija bila je elektivna (91 %), najčešće iz područja opće kirurgije (30 %), potom ortopedije (29 %), neurokirurgije (13 %), kardiotorakalne (12 %) i vaskularne kirurgije (8 %), kao i ostale vrste operacija (8 %). To je uključivalo više od 600 operacija koljena, 300 zamjena zglobova kuka (aloartro-

plastika), 300 kolecistektomija i 100 zahvata premoštenja koronarnih arterija. Primarni ishod, 90-dnevna smrtnost, dogodio se u 3 % bolesnika koji su primali prijeoperacijski metformin i u 5 % onih bez metformina. Bolesnici koji su primali metformin stoga su imali 90 % manji rizik smrti tijekom 90 dana (omjer rizika [HR], 0,72; 95 % CI, 0,55 - 0,95; $P = 0,02$). Bolesnici u obje skupine imali su istu stopu 30-dnevne smrtnosti (2 %). Međutim, petogodišnja smrtnost bila je manja u skupini s prijeoperacijskim metforminom, 13 prema 17 % (HR, 0,74; $P < 0,001$). Stopa ponovne hospitalizacije tijekom 30 dana također je bila manja u skupini s prijeoperacijskim metforminom u odnosu na kontrolnu skupinu, 11 prema 13 % (HR, 0,84; $P = 0,02$). Slično tome, 90-dnevna stopa ponovne hospitalizacije bila je manja u skupini s metforminom, 20 prema 23 % (HR, 0,86; $P = 0,01$). Prijeoperacijska upala također je bila rjeđa u bolesnika koji su uzimali metformin; srednji omjer neutrofila i leukocita bio je 4,5 prema 5 ($P < 0,001$). Bolji ishodi u skupini koja je primala metformin bili su konzistentni u svim vrstama operacija.

(JAMA Surg. 2020;155(6):e200416.)

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

želučano premoštenje (RYGB). Primarni ishod bila je remisija albuminurije. Lijekovi s blagotvornim učinkom na mikrovaskularne i makrovaskularne ishode davani su ubrzo nakon početka istraživanja ako bolesnici već nisu uzimali te lijekove. Primjena lijekova nastavljena je u skupini s najboljom medicinskom terapijom, čak i ako su metabolički ciljevi ispunjeni ili je došlo do remisije albuminurije. Inhibitori enzima koji pretvaraju angiotenzin (ACEI), blokatori angiotenzin II receptora i statini nastavljani su u skupini koja je podvrgnuta RYGB-u, bez obzira je li albuminurija nestala. Lijekovima za smanjenje glukoze, uključujući inzulin,

prilagođene su doze. Svi bolesnici nastavili su s metforminom, osim ako se razina HbA1c nije spustila ispod 5,7 % (39 mmol/mol) ili je koncentracija glukoze natašte bila manja od 100 mg/dl (5,5 mmol/l). Remisija albuminurije dogodila se u 55 % bolesnika nakon najboljeg nekirurškog liječenja i 82 % nakon RYGB-a, što je rezultiralo stopom remisije CKD-a od 48 % nakon najboljeg nekirurškog liječenja i 82 % nakon RYGB-a. Srednji geometrijski omjeri albumin-kreatinin u mokraći bili su za 55 % manji nakon RYGB-a (10,7 mg/g kreatinina) u odnosu na najbolje nekirurško liječe-

nje (23,6 mg/g). Stope ozbiljnih štetnih događaja bile su slične. Autori smatraju da bi se ovaj rezultat možda mogao postići i nakon "sleeve" gastrektomije, jer su dugoročni ishodi ovih dvaju najčešćih barijatrijskih postupaka prilično slični. Istraživanje je djelomično financirano iz donacije za istraživanje tvrtke Johnson i Johnson Brasil. Dr. Cohen i pet koautora dobivali su naknade od tvrtke.

(JAMA Surg. 2020;155(8):e200420.)

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

Srčanožilno zdravlje smanjuje učestalost očnih bolesti koje ugrožavaju vid

Najčešće bolesti koje u razvijenim zemljama uzrokuju teža oštećenja vida i sljepoću jesu katarakta, degenerativne promjene u žutoj pjezi, glaukom i dijabetička retinopatija. Na većinu ovih bolesti može se utjecati preventivno. Dosadašnja istraživanja proučavala su povezanost očnih bolesti i pojedinačnih rizičnih čimbenika poput pušenja, pretilosti ili hipertenzije. Međutim, nisu istražila zajednički rizik od ovih čimbenika, iako je poznato kako spomenuti čimbenici ne djeluju zasebno te da je njihov učinak često aditivan.

Kako bi istražili skupni utjecaj navedenih čimbenika na nastanak očnih bolesti istraživači iz Centra za zdravstvene znanosti Tehničkog sveučilišta u Teksasu po vodstvu doc. **Duke Appiaha** odlučili su iskoristiti činjenicu da su brojni rizični čimbenici zajednički očnim i srčanožilnim bolestima. Upotrijebili su sustav za procjenu rizika od srčanožilnih bolesti Američkog udruženja za srce pod nazivom Life's Simple 7 ili LS7. Naziv LS7 potječe od 7 čimbenika na koje je moguće

utjecati promjenom životnog stila i koji se procjenjuju istoimenim upitnikom. To su povišen krvni tlak, povećana koncentracija kolesterola i šećera u krvi, tjelesna aktivnost, zdrava prehrana, prekomjerna tjelesna masa i pušenje. Najveći broj od 14 bodova na LS7 ljestvici označava idealno srčanožilno zdravlje.

Istraživači su u ovom istraživanju analizirali podatke o 6118 osoba starijih od 40 godina koje su u razdoblju od 2005. do 2008. godine sudjelovale u Nacionalnom istraživanju zdravlja i prehrane poznatom u SAD-u pod kraticom NHANES. Podaci u ovom istraživanju dobiveni su kombinacijom pregleda, laboratorijskih testova i razgovora s medicinskim djelatnicima. Prosječna dob sudionika bila je 57 godina. Povećanje od 1 boda na LS7 skali bilo je povezano s manjim rizikom od senilne degeneracije žute pjege (omjer izgleda - OR: 0,95, 95 %-tni raspon pouzdanosti - CI: 0,9 - 0,99), dijabetičke retinopatije (OR: 0,68, 95 % CI: 0,64 - 0,73), katarakte (OR: 0,94, 95 % CI: 0,90 - 0,98) i glaukoma (OR: 0,94, 95 % CI: 0,88 - 0,99).

Nakon prilagodbe u multivarijantnom modelu dijabetička retinopatija je zadržala povezanost sa spomenutim čimbenicima (OR: 0,69, 95 % CI: 0,64 - 0,74), čak i kada je dijagnoza dijabetičke retinopatije bila postavljena samo na temelju digitalnih fotografija očne pozadine.

Autori navode kako je moguće spriječiti više od polovice loših ishoda očnih i srčanožilnih bolesti te kako bi rani probir navedenih očnih bolesti trebao biti uključen u postojeće preventivne akcije za srčanožilne bolesti. Također se nadaju kako će ovi rezultati potaknuti još bolju suradnju između kardiologa, oftalmologa i liječnika opće medicine te povećati motivaciju svih nas za aktivnim promicanjem zdravoga životnog stila.

(Am J Med. 2020 Jul 21;S0002-9343(20)30540-4. doi:10.1016/j.amjmed.2020.06.004.)

 **dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med.**
spec. oftalmolog, užli specijalist
za prednji očni segment

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Barcot O, Boric M, Dosenovic S, Cavar M, Jelcic Kadic A, Poklepovic Pericic T, Vukicevic I, Vuka I, Puljak L. Adequacy of risk of bias assessment in surgical vs non-surgical trials in Cochrane reviews: a methodological study. *BMC Med Res Methodol.* 2020 Sep 29;20(1):240. doi: 10.1186/s12874-020-01123-7.

Čulić V, Velat I. Spironolactone discontinuation in patients with heart failure: complex interactions with loop diuretics. *Eur J Heart Fail.*

2020 Oct 23. doi: 10.1002/ehf.2031. Online ahead of print.

Erjavec GN, Sagud M, Perkovic MN, Strac DS, Konjevod M, Tudor L, Uzun S, Pivac N. Depression: Biological markers and treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2020 Oct 14:110139. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110139. Online ahead of print.

Haspl M, Trsek D, Lovric D, Strahonja B, Matokovic D. Functional and magnetic resonance

imaging outcome after polyurethane meniscal scaffold implantation following partial meniscectomy. *Int Orthop.* 2020 Oct 9. doi: 10.1007/s00264-020-04844-y. Online ahead of print.

Hlapčić I, Hulina-Tomašković A, Grdić Rajković M, Popović-Grle S, Vukić Dugac A, Rumora L. Association of Plasma Heat Shock Protein 70 with Disease Severity, Smoking and Lung Function of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Clin Med.*

2020 Sep 25;9(10):E3097. doi: 10.3390/jcm9103097.

Ivanac G. ECR 2020-current status and trends in genitourinary research. *Eur Radiol.* 2020 Oct 13. doi: 10.1007/s00330-020-07383-7. Online ahead of print.

Jakovac H. Sex differences in COVID-19 course and outcome: progesterone should not be neglected. *J Appl Physiol* (1985). 2020 Nov 1;129(5):1007-1008. doi: 10.1152/japplphysiol.00740.2020.

Glazbena naobrazba djece poboljšava njihovu pažnju i radnu memoriju

▼ PORUKA ČLANKA

Djeca koja redovito sviraju glazbeni instrument imaju bolju pažnju i radnu memoriju u usporedbi sa svojim vršnjacima koji nemaju glazbene naobrazbe

Pažnja i radna memorija temeljne su sastavnice izvršnih moždanih funkcija. Poznato je kako učenje sviranja nekog instrumenta može poboljšati izvršne funkcije, no do sada nisu bile poznate mreže u mozgu koje se nalaze u podlozi takve promjene. Skupina istraživača iz Čilea i SAD-a stoga je pomoću funkcionalne magnetske rezonancije pokušala otkriti navedene promjene u djece koja redovno uče svirati i sviraju neki muzički instrument.

U istraživanju je sudjelovalo 40 zdrave djece u dobi od 10 do 13 godina, koja dominantno koriste desnu ruku. Sudionici su podijeljeni u dvije skupine, tako da je u jednoj bilo 20 sudionika koji najmanje

dvije godine uče svirati, vježbaju sviranje najmanje dva puta tjedno i uključeni su u orkestar ili ansambl, a u drugoj skupini je bilo 20 sudionika bez muzičke naobrazbe. Svim sudionicima procijenjena je pažnja i radna memorija uz pomoć bimodalnih, slušnih i vidnih podražaja, uz snimanje mozga funkcionalnom magnetskom rezonancijom. Prilikom provođenja navedenih testova istraživači su zamolili sudionike da se usredotoče na jedan, oba ili nijedan podražaj, odnosno na apstraktnu figuru i kratku melodiju koji su simultano puštani tijekom 4s. Nakon toga, poslije 2s, istraživači su zamolili ispitanike da se prisjete obiju podražaja, prilikom čega su mjerili točnost i brzinu odgovora.

Rezultati su pokazali kako su djeca s muzičkom naobrazbom imala značajno bolji uspjeh u navedenim testovima radne memorije, dok u vremenu reakcije nije bilo razlike. Nalaz funkcionalne magnetske rezonancije pokazao pak da je kod muzičara pojačana aktivacija kognitivnih kontrolnih regija mozga, kao što je fronto-parijetalna kontrolna mreža, tijekom svih faza kodiranja podražaja. K tome je poboljšano kodiranje slušnih

podražaja u muzičara pozitivno koreliralo s godinama muzičke naobrazbe i pojačanom aktivnosti u lijevom inferiornom frontalnom i supramarginalnom girusu, odnosno strukturama mozga povezanim s fonološkom petljom.

Istraživači su zaključili kako rezultati njihova istraživanja pokazuju da muzička naobrazba poboljšava preraspodjelu kapaciteta za pažnju u mozgu tako što pojačava funkcioniranje fronto-parijetalne kontrolne mreže i olakšava kodiranje slušnih signala. Dodali su kako bi navedeni rezultati mogli biti važni pri donošenju strategije obrazovanja te da bi muzička naobrazba mogla poslužiti kao nefarmakološki terapijski modalitet za djecu koja imaju poteškoća s pažnjom, kako bi se poboljšalo njihovo sveukupno funkcioniranje u svakodnevnom životu.

(Front. Neurosci. 2020 Oct 08. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.554731>)

 **dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med.**
specijalist pedijatrije, uži specijalist
pedijatrijske reumatologije

Lucijanec M, Lovrinov M, Skelin M. Iron Chelation in Transfusion-Dependent Patients With Low- to Intermediate-1-Risk Myelodysplastic Syndromes. **Ann Intern Med.** 2020 Oct 6;173(7):595. doi: 10.7326/L20-1055.

Lučin P, Jug Vučko N, Karleuša L, Mahmutefendić Lučin H, Blagojević Zagorac G, Lisnić B, Pavišić V, Marčelić M, Grabušić K, Brizić I, Lukanović Jurić S. Cytomegalovirus Generates Assembly Compartment in the Early Phase of Infection by Perturbation of Host-Cell Factors Recruitment at the Early Endosome/Endosomal Recycling Compartment/Trans-Golgi Interface. **Front Cell Dev Biol.** 2020 Sep 11;8:563607. doi: 10.3389/

fcell.2020.563607. eCollection 2020.

Mihalj M, Stupin A, Kolobarić N, Bujak IT, Matic A, Kralik Z, Jukić I, Stupin M, Drenjančević I. Leukocyte Activation and Antioxidative Defense Are Interrelated and Moderately Modified by n-3 Polyunsaturated Fatty Acid-Enriched Eggs Consumption-Double-Blind Controlled Randomized Clinical Study. **Nutrients.** 2020 Oct 13;12(10):E3122. doi: 10.3390/nu12103122.

Nizić D, Šimunović M, Pavliša G, Jelić M. Tibial tuberosity-tibial intercondylar midpoint distance measured on computed tomography scanner is not biased during knee rotation and could

be clinically more relevant than current measurement systems. **Int Orthop.** 2020 Sep 30. doi: 10.1007/s00264-020-04820-6. Online ahead of print.

Palkovic B, Marchenko V, Zuperku EJ, Stuth EAE, Stucke AG. Multi-Level Regulation of Opioid-Induced Respiratory Depression. **Physiology (Bethesda).** 2020 Nov 1;35(6):391-404. doi: 10.1152/physiol.00015.2020.

Reiner Ž. Why might visit-to visit variability of lipoproteins have an effect on cardiovascular events? **Atherosclerosis.** 2020 Oct 6:S0021-9150(20)30558-X. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2020.09.028. Online ahead of print.

Stokovic N, Ivanjko N, Milešević M, Matic Jelić I, Bakic K, Rumenovic V, Oppermann H, Shimp L, Sampath TK, Pecina M, Vukicevic S. Synthetic ceramic macroporous blocks as a scaffold in ectopic bone formation induced by recombinant human bone morphogenetic protein 6 within autologous blood coagulum in rats. **Int Orthop.** 2020 Oct 14. doi: 10.1007/s00264-020-04847-9. Online ahead of print.

Vidak M, Buljan I, Tokalić R, Lunić A, Hren D, Marušić A. Perception of Organizational Ethical Climate by University Staff and Students in Medicine and Humanities: A Cross Sectional Study. **Sci Eng Ethics.** 2020 Oct 2. doi: 10.1007/s11948-020-00270-w. Online ahead of print

HEPARINI U ONKOLOGIJI – I DALJE „ZLATNI STANDARD“?

Vedrana Burilović, univ. mag. dr. med.
Zavod za transfuzijsku medicinu,
KBC Split

Venski tromboembolizam (VTE) obuhvaća dva klinička entiteta: duboku vensku trombozu (DVT) i plućnu emboliju (PE). DVT je multifaktorska, etiopatogenetski složena bolest obilježena nastankom ugruška (tromba) u dubokim venama udova, većinom u velikim venama donjih udova ili zdjelice. Do pojave plućne embolije dolazi otkidanjem stvorenog tromba u veni te njegovom migracijom kroz venski sustav i desno srce do plućnih arterija gdje djelomično ili u cijelosti okludira jednu ili više grana. Klinička slika i posljedice okluzije ovise o mjestu okluzije, veličini i broju tromba, stanju bolesnika, reakciji pluća, te sposobnosti unutarnjeg trombolitičkog sustava organizma da razgradi tromb.

Stoga se venski tromboembolizam ubraja u bolesti s velikim kardiovaskularnim rizikom¹.

Cancer associated thrombosis - CAT

Čimbenike rizika za razvoj VTE definirao je 1856. godine patolog Rudolph Virchow, a čine ih: ozljeda i/ili disfunkcija endotela krvne žile, venska ili cirkulatorna staza i

hiperkoagulabilno stanje. Brojna stanja (nasljedna ili stečena) mogu uzrokovati razvoj VTE. Jedno od njih je „*cancer associated thrombosis*“ (CAT) – venska tromboembolija povezana s rakom.

Prof. Armand Trousseau 1865. godine opisuje povezanost okultne zloćudne bolesti i VTE (*Trousseau-ov sindrom*). U 10-20% bolesnika s idiopatskom VTE otkrije se zloćudna bolest unutar dvije godine od tromboze.^{2,3,4} Bolesnici s rakom u odnosu na one koji nemaju malignu bolest imaju: četiri puta veći rizik za razvoj VTE⁵, veći rizik za razvoj rekurentne VTE i komplikacije krvarenja^{6,7,8}, te lošiju prognozu^{9,10}. VTE je drugi vodeći uzrok smrtnosti u bolesnika s rakom, nakon same bolesti².

Tablica 1. Čimbenici rizika za visoki razvoj VTE kod bolesnika s rakom

Novosti u terapiji

Dosadašnje studije rađene kod bolesnika s rakom i VTE pokazale su učinkovitost i sigurnost primjene niskomolekularnog heparina (NMH) kao monoterapije u trajanju od 3 do 6 mjeseci u odnosu na terapiju antagonistima vitamina K^{11,12,13}. Heparini i njegovi analozi inhibiraju P-selektine (tako smanjuju diseminaciju tumora)¹⁴, snažno inhibiraju heparanazu¹⁵ (aktivnost heparanaze je po mnogim studijama loš prognostički čimbenik)^{16,17}, inhibitorno djeluju na

angiogenezu i limfangiogenezu^{18,19}, te imaju protuupalno djelovanje^{20,21}. CLOT studija je pokazala superiornost monoterapije dalteparinom tijekom 6 mjeseci (dvostruko niži rizik pojavnosti rekurentne VTE bez značajnog povećanja velikog krvarenja) u odnosu na inicijalnu terapiju dalteparinom i potom antagonistima vitamina K¹¹. DALTECAN studija je potvrdila učinkovitost i sigurnost monoterapije dalteparinom 6 do 12 mjeseci od početka terapije²². Subanaliza CLOT studije kod bolesnika s renalnom insuficijencijom i VTE pokazala je iste rezultate kao i CLOT studija – značajno smanjenje pojavnosti rekurentne VTE bez povećanja velikog krvarenja²³.

Iako su direktni oralni antikoagulansi (DOAK-i) odobreni u liječenju VTE, ipak su zahtijevali daljnja klinička istraživanja kod onkoloških bolesnika^{24,25,26}. Stoga su American College of Chest Physicians (ACCP)²⁷, National Comprehensive Cancer Network (NCCN)²⁸ i American Society of Clinical Oncology (ASCO)²⁹ u svojim preporukama davali prednost monoterapiji NMH u trajanju od 3 do 6 mjeseci kod bolesnika s CAT-om u odnosu na antagoniste vitamina K i DOAK-e.

No, u posljednje vrijeme se apixaban, te posebice rivaroxaban³⁰ u onkologiji primjenjuju sve češće uz poseban oprez kod gastrointestinalnih i genito-

Vezani za rak	Vezani za terapiju	Vezani za pacijenta
- Primarno mjesto - Stupnjevanje - Histološki nalaz (>adenokarcinom) - Vrijeme postavljanja dijagnoze	- Kemoterapija - Anti-angiogena terapija - Hormonalna terapija - Stimulatori eritropoeze - Transfuzija - Nazočnost venskih katetera - Zračenje - Kirurgija > 60 minuta	- Starija životna dob - Rasa - Ostale bolesti - Debljina - VTE u anamnezi - Nasljedna trombofilija

urinarnih karcinoma zbog povećanog rizika za krvarenje u odnosu na NMH³¹. Razlog krvarenju su: nedovoljna gastro-intestinalna apsorpcija, nemogućnost prilagodbe doze i monitoriranja, te nedovoljno istražene interakcije s kemoterapeutima, hormonalnom i imuno-loškom terapijom zbog metaboliziranja putem Pgp- glikoproteina i CYP3A4^{32,33}.

FRAGMIN (dalteparin) je u uporabi 30-ak godina, pokazao je učinkovitost, sigurnost i predvidljivost djelovanja kod svih tipova malignih bolesti, nema interakcija s kemoterapeutima, a ima i biološke učinke. Dozu je moguće prilagođavati u odnosu na tjelesnu težinu i kliničko stanje bolesnika te trombocitopeniju uzrokovanu kemoterapijom. Savjetuje se povremeno odrediti broj trombocita kao pokazatelj moguće, ali izuzetno rijetke nuspojave – heparinom inducirane trombocitopenije (HIT). Praćenje antikoagulacijskog učinka dalteparina mjerenjem anti-Xa aktivnosti rutinski nije potrebno, no treba ga razmotriti kod posebnih populacija bolesnika: pedijatrijskih, vrlo mršavih ili pretilih, trudnica, bolesnika sa zatajivanjem bubrega (budući se pretežno eliminira bubregom) kao i kod bolesnika s povećanim rizikom od krvarenja ili ponovne tromboze³⁴.

Fragmin je ujedno i jedini registrirani NMH s indikacijom za liječenje akutne duboke VTE i plućne embolije, te produljenu prevenciju rekurentne VTE kod bolesnika s CAT-om u Republici Hrvatskoj. Na listi je lijekova čiji trošak pokriva HZZO od 24.05.2018.g. za produženo liječenje (6 mjeseci) DVT/PE kod onkoloških bolesnika. Njegovu primjenu indicira specijalist internist, a propisuje liječnik obiteljske medicine.

Zaključak

Zbog svega gore navedenog, Fragmin je i dalje „zlatni standard“ liječenja DVT/PE kod onkoloških bolesnika, a budući da sam ja voditelj Ambulante za poremećaj hemostaze i trombozu KBC-a Split, mogu svjedočiti dobroj suradnji, kontroli i učinkovitosti liječenja takvih bolesnika između kliničara, liječnika obiteljske medicine i samoga bolesnika.

Literatura

- Nicolaides AN, Fareed J, Kakkar AK, Comerota AJ, Goldhaber SZ, Hull R, et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism--International Consensus Statement. *Int Angiol.* 2013 Apr;32(2):111-260.
- Donati MB. Cancer and thrombosis. *Haemostasis.* 1994;24:128-131.
- Prandoni P, Lensing AWA, Buller HR, et al: Deep-vein thrombosis and the incidence of subsequent symptomatic cancer. *N Eng J Med* 327:1128-1133, 1992.
- Monreal M, Lafoz E, Casals A, Inaraja L, et al. *Cancer.* 1991;67:541-545.
- Monreal M, Lafoz E, Casals A, et al. Occult cancer in patients with deep venous thrombosis: a systematic approach. *Cancer* 1991;67: 541-545.
- Prandoni P, Lensing AW, Piccioli A, Bernardi E, Simioni P, Girolami B, Marchiori A, Sabbion P, Prins MH, Norenta F, Girolami A. Recurrent venous thromboembolism and bleeding complications during anticoagulant treatment in patients with cancer and venous thrombosis. *Blood* 2002; 100: 3484-8.
- Lee AY, Levine MN. Venous thromboembolism and cancer: risks and outcomes. *Circulation* 2003; 23(Suppl 1): 117-21.
- Lee A, Peterson E. Treatment of cancer-associated thrombosis. *Blood* 2013; 14: 2310-7.
- Timp JF, Braekkan SK, Versteeg HH, Cannegieter SC. Epidemiology of cancer-associated venous thrombosis. *Blood* 2013; 10: 1712-23.
- Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH. Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J Thromb Haemost* 2007; 3: 632-4.
- Sorenson HT, Mellamkjaer L, Olsen JH, Baron JA. Prognosis of cancers associated with venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2000; 25: 1846-50.
- Lee AY, Levine MN, Baker RI, Bowden C, Kakkar AK, Prins M, Rickles FR, Julian JA, Haley S, Kovacs MJ, Gent M. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 146-53.
- Hull RD, Pineo GF, Brant RF, Mah AF, Burke N, Dear R, Wong T, Cook R, Solymoss S, Poon MC, Raskob G, LITE Trial Investigators. Long-term low-molecular-weight heparin versus usual care in proximal-vein thrombosis patients with cancer. *Am J Med* 2006; 119: 1062-72.
- Meyer G, Marjanovic Z, Valcke J, Lorcerie B, Gruel Y, Solal-Celigny P, LeMaignan C, Extra JM, Cotty P, Farge D. Comparison of low-molecular-weight heparin and warfarin for the secondary prevention of venous thromboembolism in patients with cancer: a randomized controlled study. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1729-35.
- Borsig I, Wong R, Feramisco J et al. Heparin and cancer revisited: mechanistic connections involving platelets, P-selectin, carcinoma mucins and tumor metastasis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98:3352-7
- Borsig L. Antimetastatic activities of heparins and modified heparins. Experimental evidence. *Thromb Res* 2010; 125 Suppl 2:S66-71.
- Cohen E, Doweck I, Naroditsky I et al. Heparanase is overexpressed in lung cancer and correlates inversely with patient survival. *Cancer* 2008; 113:1004-11.
- Shafat I, Pode D, Peretz T et al. Clinical significance of urine heparanase in bladder cancer progression. *Neoplasia* 2008; 10:125-30.
- Jayson GC, Gallagher JT. Heparin oligosaccharides: inhibitors of the biological activity of bFGF on Caco-2 cells. *Br J Cancer* 1997; 75:9-16.
- Soker S, Goldstaub D, Svahn CM et al. Variations in the

size and sulfation of heparin modulate the effect of heparin on the binding of VEGF165 to its receptors. *Biochem Biophys Res Commun* 1994; Sep 15; 203 (2):1339-47.

20. Wildhagen KCAA, Garcia de Frutos P, Reuteling-sperger CP, et al. Nonanticoagulant heparin prevents histone-mediated cytotoxicity in vitro and improves survival in sepsis. *Blood.* 2014;123(7):1098-1101.

21. Marc Levi, The dual face of heparin in severe infection. *Blood.* 2014;123:947-948.

22. Francis CW, Kessler CM, Goldhaber SZ, Kovacs MJ, Monreal M, Huisman MV, Bergqvist D, Turpie AG, Ortel TL, Spyropoulos AC, Pabinger I, Kakkar AK., Treatment of venous thromboembolism in cancer patients with dalteparin for up to 12 months: the DALTECAN Study, *J Thromb Haemost.* 2015 Jun;13(6):1028-35

23. Woodruff, S., Feuge're, G., Abreu, P., Heissler, J., Jen, F. A post-hoc analysis of dalteparin versus oral anticoagulant (VKA) therapy for the prevention of recurrent venous thromboembolism (rVTE) in patients with cancer and renal impairment. *J Thromb Thrombolysis.* 2015;39:418

24. Carrier M et al., Clinical challenges in patients with cancer-associated thrombosis: Canadian expert consensus recommendations, *Current Oncol* 2015, *Curr Oncol.* 2015 Feb;22(1):49-59

25. Lee AY, Peterson EA, Treatment of cancer-associated thrombosis, *Blood.* 2013 Oct 3;122(14):2310-7

26. Prandoni P, The treatment of cancer-associated venous thromboembolism in the era of the novel oral anticoagulants, *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16(16):2391-4

27. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schünemann HJ. Executive summary: antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 2 (Suppl): 7S-47S.

28. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines in oncology: venous thromboembolic disease. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/vte.pdf; Version 2.2013. Accessed 15 October 2014.

29. Lyman GH, Bonike K, Khorana AA, Kuderer NM, Lee AY, Arcelus JI, Balaban EP, Clarke JM, Flowers CR, Francis CW, Gates LE, Kakkar AK, Key NS, Levine MN, Liebman HA, Tempero MA, Wong SL, Somerfield MR, Falanga A. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2013; 17: 2189-204.

30. Young AM, Marshall A, Thirlwall J, Chapman O, Lokare A, Hill C, Hale D, Dunn JA, Lyman GH, Hutchinson C, MacCallum P, Kakkar A, Hobbs F D R, Petrou S, Dale J, Poole CH, Maraveyas A, Levine M. Comparison of an Oral Factor Xa Inhibitor With Low Molecular Weight Heparin in Patients With Cancer With Venous Thromboembolism: Results of a Randomized Trial (SELECT-D). *J Clin Oncol* 2018 Jul 10;36(20):2017-2023.

31. Nigel S Key, Alok A, Kuderer NM, Bohlke K, Lee AYY, Arcelus JI, Wong SL, Balaban EP, Flowers CR, Francis CW, Gates LE; Kakkar AK, Levine MN, Liebman HA, Tempero MA, Lyman GH, Falanga A. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *J Clinl Oncol* Vol. 38, No. 5, February 10, 2020

32. Bellesoeur A, Thomas-Schoemann A, Allard M, et al: Pharmacokinetic variability of anticoagulants in patients with cancer-associated thrombosis: Clinical consequences. *Crit Rev Oncol Hematol* 129:102-112, 2018

33. Momin W, Goble J, Thotakura S, et al: Increased bleeding events in patients co-administered rivaroxaban and either cyp3A4 or p-gp inhibitors. *Eur Heart J* 38, 2017 (suppl; abstr 5742)

34. Fragmin – Sažetak opisa svojstava lijeka, listopad 2014.

Alkalična (lužnata) prehrana nije čarobna formula za zdravlje



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

Redovita profesorica
Hrvatsko katoličko sveučilište

Alkalična ili lužnata prehrana naziv je za niz slabo povezanih prehrambenih režima koji se temelje na pogrešnom shvaćanju da različite vrste hrane mogu utjecati na pH ravnotežu tijela. Kad se u PubMed upiše izraz „alkaline diet“ i ograniči pretraživanje na naslov, na datum 31. listopada 2020. dobiveno je svega 10 rezultata. Naravno, koncepti alkalične prehrane mogu se u literaturi objaviti i pod drugim nazivljem, ali za usporedbu, ako se u naslovima radova indeksiranih na PubMedu traži „mediterranean diet“, dobiva se 2047 rezultata.

Kad se na internetskim tražilicama traži izraz alkalična prehrana, odmah upada u oči kako se izraz uglavnom upotrebljava na mrežnim stranicama o alternativnoj medicini koje odmah, prigodno, i prodaju razne pripravke za postizanje „lužnatog tijela“. Neutemeljene tvrdnje na koje se može naići na takvim stranicama jesu, primjerice: alkalična prehrana liječi karcinom, smanjuje upalne procese u tijelu; tijelo hrani kisikom, visokovrijednim nutrijentima, „skida“ godine s lica, čini nas energičnima, itd. Te tvrdnje, naravno, nisu potkrijepljene referencijama o medicinskim istraživanjima.

Sve za što se tvrdi da utječe na ljudsko zdravlje i bolest je intervencija i može se istražiti u kliničkim pokusima – naravno, ako netko to uopće želi istraživati. Vrsta prehrane je također intervencija. Ako nas zanima liječi li stvarno neka vrsta prehrane neku vrstu karcinoma, hrani li tijelo kisikom i pomlađuje lice, onda je jedino ispravno napraviti randomizirani kontrolirani pokus u koji ćemo uključiti ljude sličnih osobina, nasumično ih raspodijeliti u dvije ili više skupina, jednoj skupini davati alkaličnu prehranu, a drugima skupinama neku drugu vrstu prehrane, i mjeriti ishode kojima ćemo pokušati dokazati takvu teoriju. Kad se pretraži literatura, takve randomizirane kontrolirane pokuse nije moguće pronaći.

Tipičan primjer bizarnih tekstova koji se mogu naći vezani za alkaličnu prehranu glasi: „Acidoza je postala jedan od velikih problema modernog života. Pretjerana kiselost krvi i tkiva jedan je od glavnih okidača svih bolesti i degenerativnih stanja.“ Međutim, za pH krvi potpuno je nebitno je li hrana kisela ili lužnata. Oni koji govore da određena vrsta hrane ili dodataka prehrani čini našu krv kiselim ne razumije kako ljudsko tijelo funkcionira. Želudac ima nizak pH koji se ne može promijeniti nekom vrstom prehrane. Citrusi, ocat i vitamini poput vitamina C ili folne kiseline ne mijenjaju kiselost želuca ili krvi. Sva hrana koja napušta želudac je kisela, ali gušterača svojim sekretima neutralizira želučanu kiselinu. Stoga, što god jeli, hrana će u želucu biti kisela, a hrana u tankom crijevu bit će lužnata.

U normalnim okolnostima krv je blago lužnata, s pH u rasponu 7,35 do 7,45. Kiselolužnata ravnoteža krvi pažljivo se regulira jer mala odstupanja od normalnog raspona mogu uzrokovati oštećenja organa i smrt. Stoga su potpune besmislice tvrdnje poput „Danas u zapadnom svijetu ljudi jedu hranu koja potiče upalu i povećava unutarstanični pH. To je stanje koje se naziva latentna acidoza, što je savršeno okruženje za razmnožavanje stanica raka. Pravilno izgrađena alkalična prehrana poboljšat će vaš unutarstanični pH tijekom vremena, te je najbolja obrana protiv kontinuirane upale u tijelu.“ U zdravom tijelu, svaka promjena pH krvi brzo se vraća u normalu.

Hrana ne može promijeniti kiselost ničega u našem tijelu osim mokraće; pH mokraća može varirati jer bubrež određuje što se uklanja iz našeg tijela kako bi se održala ravnoteža. Još jedno razmišljanje o alkaličnoj prehrani je sljedeće: na temelju vrste hrane koju jedemo, naše tijelo, a osobito bubrezi, trebaju ulagati više ili manje napora kako bi se održavao optimalan pH. Međutim, pH hrane ne određuje ukupan učinak u tijelu. Umjesto toga, učinak koji hrana ima na bubrež, tzv. „potential renal acid load“ (PRAL), odnosno potencijalno opterećenje bubrega kiselinama, određuje gdje pripada koja hrana u kontekstu kiselo-alkalične hrane. Primjerice, citrusno voće je kiselo, ali se smatra visoko alkaličnom hranom jer ima nizak PRAL.

No, ima li dokaza da jedenje hrane koja ima nizak PRAL može čovjeka učiniti zdravijim ili liječiti neke bolesti/simptome? Podatci na tu temu nisu uvjerljivi i nema suglasja o tome kakav učinak alkalična prehrana ima tijekom životnog vijeka čovjeka. Hrana na „alkaličnom kraju spektra“ uglavnom su mnoge vrste voća i većina povrća, a uobičajeni je savjet za održavanje zdravlja pridržavati se prehrane bogate voćem i povrćem. Jedenje hrane koja se temelji uglavnom na tim „alkaličnim“ namirnicama moglo bi dovesti do prehrambenih nedostataka, uključujući manjak određenih vitamina i minerala. Međutim, zdrav obrazac prehrane također uključuje i nemasne izvore bjelancevina i žitarice koje se pak nalaze na kiseloj kraju prehrambenog spektra.

Glavne svjetske prehrambene smjernice već dugo preporučuju prehranu koja se temelji na raznovrsnim namirnicama, prehranu koja se temelji na voću i povrću, ali isto tako i na žitaricama, nemasnim bjelancevinama i zdravim mastima.

Kad se razgovara o zdravom životu, hrana je samo dio priče. Optimalno zdravlje uključuje i održavanje zdrave tjelesne mase, redovitu tjelesnu aktivnost, kvalitetno spavanje, smanjenje stresa i dovoljno društvenih veza. Od prehrane se prečesto očekuje da podnese svu odgovornost za naše cjelokupno zdravlje.

livia.puljak@unicath.hr

Matko Marušić

CROATIA: PAST, PRESENT, AND FUTURE PERSPECTIVES

 NEVEN KARLOVAC

Ugledna američka izdavačka kuća znanstvenih knjiga Nova Publishing, Inc., iz New Yorka, upravo je izdala novu knjigu pod naslovom CROATIA: PAST, PRESENT, AND FUTURE PERSPECTIVES (Hrvatska: prošlost, sadašnjost i izgledi za budućnost) za američko i svjetsko tržište. Knjiga je rezultat više-godišnjeg rada urednika prof. dr. Matka Marušića i šesnaest autora i suradnika.

Prema riječima američkog komentatora prof. Marvina Zuckermana, koji je na korici knjige napisao „Svi oni koje traže točnu i sveobuhvatnu sliku o Hrvatskoj bit će bogato nagrađeni. Članci uglednih učenjaka i povjesničara ispravljaju prošla iskrivljavanja hrvatske povijesti. Knjiga sadrži zanimljivu perspektivu o budućnosti Hrvatske i svjež članak o hrvatskom jeziku. Knjiga je autoritativna i objektivna i tečno se čita“. Namijenjena je prvenstveno povjesničarima, lingvistima i drugim stručnjacima društvenih znanosti. Također i političarima i poslovnim ljudima koji trebaju dobro poznati europske prilike, a isto tako novinarima i medijima koji trebaju zadovoljiti žeđ šire javnosti za znanjem o tome danas vrlo popularnom turističkom odredištu. Činjenica je da je to znanje dandanas neizmjereno bolje i proširenije u Americi zbog oživljenog turizma nakon Domovinskog rata, no talog prošlih laži i iskrivljavanja u knjižnicama diljem SAD-a, a i u Europi i drugdje, tako je velik da će još trebati mnogo napora da se ispravi. Koliko znam, ova knjiga je prva na engleskom jeziku koja je okupila na jednome mjestu rezultate novijih istraživanja i razumijevanja te je sigurno važan korak u tom smjeru.

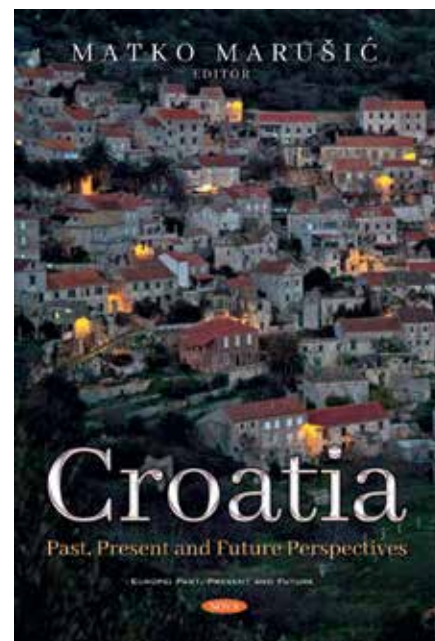
U svom predgovoru, Matko Marušić predoduje američkom čitatelju pozor-

nicu hrvatske povijesti i objašnjava kako novo stečena sloboda pruža mogućnost a i odgovornost da se hrvatska povijest osvijetli na znanstven i objektivan način. On pritom ne taji da su mnoge činjenice izložene u ovoj knjizi još uvijek kontroverzne nakon tolikih desetljeća totalitarnih režima, ali poziva sve da u znanstvenom duhu raspravljaju i rade prema istini i nacionalnom konsenzusu. Knjiga se može naručiti kod novapublishers.com, ali je skupa, kao što su to američke stručne knjige, no nadam se da će biti dostupna širem krugu preko sveučilišnih i drugih knjižnica.

U knjizi je prikazana cijela hrvatska povijest od kneza Branimira u sedmom stoljeću do ulaska Hrvatske u Europsku uniju u dvadesetprvom stoljeću. Sanda Ham izlaže povijest jezika, pismenosti i književnosti te s punom pažnjom detaljno opisuje lingvističku, leksičku, kulturnu osebujnost i jedinstvenost hrvatskog jezika, i to naročito u usporedbi sa srpskim jezikom, a i u svjetlu političkih zbivanja.

Dva su poglavlja posvećena dvama najznačajnijim događajima u nedavnoj povijesti - Hrvatskom proljeću i Domovinskom ratu. Andrijana Perković Paloš, neovisna povjesničarka iz Splita, daje izvrsnu analizu uzroka Domovinskog rata i koncizan prikaz srpske agresije, hrvatskih poraza, konačnih pobjeda i međunarodnog priznanja nove republike tisuću godina stare Hrvatske.

Knjiga završava poglavljem urednika prof. Matka Marušića s perspektivama o budućnosti Hrvatske. On je kreativno primijenio poznatu metodu SWOT, koja je cijenjena za stratešku analizu kako poslova tako i politike. Tako je prof. Marušić osvijetlio i usporedio snagama (Strengths) Hrvatske - pripadnost zapadnom svijetu, domoljublje, vjeru, strateški položaj i ljepotu zemlje - sa slabostima



(Weaknesses) – načinom mišljenja i rada naslijeđenim od komunističke planirane privrede, korupcijom kao uobičajenim svakodnevnim životom, sporim obnavljanjem višeg školstva, slabom ekonomskom bazom, padom broja stanovnika i društvenim trvenjima. S druge strane, analizira vanjske utjecaje preko prigoda (Opportunities) – Europska unija, međunarodna suradnja, NATO, sačuvan okoliš – do opasnosti (Threats) koje leže u odnosima s našim važnim susjedima, od Srbije i Bosne i Hercegovine do Slovenije i Crne Gore, a također i opasnostima kojima su izložene sve europske zemlje. Marušić ovako zaključuje knjigu: „Bez obzira na slabosti Hrvatske prema drugim članicama europske zajednice može se reći da s obzirom na vanjske opasnosti što će se dogoditi Francuskoj, Njemačkoj i Italiji, dogodit će se i Hrvatskoj. Tako jedna izmučena, nova i malena zemlja ne može biti sigurnija.“

nkarlovac@gmail.com

Dulce cum utili!

Je li poželjno učiniti medvjedu uslugu?

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



Uvod

U svakom jeziku postoje i zabilježeni su pojedini izrazi čvrsto vezane strukture. Neke riječi u hrvatskome jeziku imaju bogat potencijal za stvaranje čvrstih struktura s drugim riječima, a nekim se riječima, iako se učestalo upotrebljavaju u svakodnevnoj komunikaciji, to obilježje ne može pripisati.

Važnost raspoznavanja značenja čvrstih sveza riječi u komunikaciji

Sveze riječi mogu tvoriti različite odnose koji ovise o njihovim leksičkim i semantičkim obilježjima, pa ih prema tipovima veza možemo nazvati frazemima (npr. *smetnuti s uma*, *biti razasut po svijetu...*), višerječnim nazivima (*napraviti kirurški zahvat*, *vitalno ugrožen...*), kolokacijskim svezama (*četkica za zube...*), slobodnim svezama (*lijep glas...*), pragmemima (*dobra večer*, *dobro došli...*), poslovicama (*Ako nemaš liječnika, neka ti liječnik bude ovo troje: vedra duša, odmor i umjeren način života*, i dr.), prijedložno-padežnim izrazima (*niz dlaku*, *na temelju*, *s pomoću...*), gramatičkim svezama kao što su različiti veznički, priložni i prijedložni skupovi (*s obzirom na to da*, *preko puta*, *s pomoću*, *bilo kako*, *budući da...*) te koligacija-

ma, tj. ustaljenim svezama na rečeničnoj razini (*može se reći da*, *kad je u pitanju*, *nameće se zaključak da*, *ono što želim naglasiti jest to da...*).

Sveze riječi predstavljaju velik problem neizvornim govornicima bilo kojega jezika. Zato se takve sveze riječi moraju posebno učiti te se njihovo poznavanje i uporaba u svakom jeziku smatraju višom razinom poznavanja jezika. Takve sveze riječi predstavljaju problem i prilikom prevođenja stručnih naziva, pa tako u medicinskoj literaturi možemo pronaći radove vezane uz tu temu, kako vezane uz prijevode na hrvatski jezik tako i prijevode s hrvatskoga jezika.

Iako izvornim govornicima donekle u poznavanju značenja sveza riječi može pomoći primarni jezični osjećaj (njihova imanentna kompetencija), istraživanja su pokazala kako i izvorni govornici imaju problema s poznavanjem značenja sveza riječi svoga jezika, što im otežava razumijevanje značenja teksta u kojima se takve sveze riječi mogu naći. Zanimljiv smo rezultat prije nekoliko godina dobili kada smo u sklopu tehnološkog projekta Ministarstva znanosti i obrazovanja pod nazivom "Razvoj, standardizacija i psihometrijska validacija testova kognitivnih sposobnosti" ispitali studente Sveučilišta u Zagrebu,

između ostaloga, i u poznavanju frazema i gotovih izraza hrvatskoga jezika. Velika većina studenata nije znala značenja frazema koji se upotrebljavaju u svakodnevnom govoru, a najzanimljivije je bilo to što su potpuno oprečnim označili značenje frazema *napraviti kome medvjedu uslugu* i *krokodilske suze*. Tako su za prvi frazem rekli kako napraviti *kome* medvjedu uslugu znači napraviti *kome* veliku uslugu, dakle, nisu znali da taj frazem ima potpuno drugo značenje, tj. da znači *odmoći kome*, a za drugi su frazem rekli kako frazem *krokodilske suze* znači *grcati od plača* ili *ne moći zaustaviti plač*, a samo je malen broj ispitanika znao da se tim frazedom služimo kada želimo izraziti neiskreno suosjećanje. Zanimljivo je bilo ustvrditi i kako mladi ispitanici (studenti) nikada nisu čuli za neke frazeme i izraze koji su bili dio govora malo starije generacije, poput *dobiti jezikovu juhu*, *ići uz dlaku*, *ići niz dlaku*, *imati ptičjega mlijeka*, *trčati pred rudo...* Postoji više razloga zašto se to dogodilo, jedan od njih je i zato što su neke riječi mlađoj generaciji daleke, odnosno postale su arhaizmi, ušle su u pasivan leksički sloj, poput riječi *rudo** u frazemu (*trčati pred rudo*). Zna li Vi značenje te riječi? Ako ne znate, značenje ćete pronaći u točnim odgovorima na kraju članka.

Oblici čvrstih sveza riječi

Za frazeme je specifično to da se ne stvaraju u govornome procesu, nego se reproduciraju u gotovu obliku. Njihovo se značenje obično ne izvodi iz značenja njihovih sastavnica jer su one, ili bar neke od njih, doživjele značenjsku pretvorbu, zato takve sveze riječi u svakom jeziku trebamo posebno učiti. Kolokacije su, za razliku od frazema, sveze riječi čije se sastavnice povezuju na temelju svojih pojedinačnih značenja (dakle, riječi u kolokacijama ne doživljavaju značenjsku pretvorbu kao riječi u frazemima), tvoreći čvrsto značenje sveze, a njihova uporaba nadilazi područje koje struke tako da često prelaze u opći leksik govornika neke jezične zajednice. Ovo su neke od kolokacija koje su prešle u opći leksik, iako možemo prepoznati iz koje struke dolaze: *dom zdravlja, četkica za zube, krevet na kat, podnijeti/dati ostavku, stupiti na snagu, doći do koga, čega, izići na što, odustati od koga, čega, sastati se s kim, čim...* Sveze riječi koje su ustaljene u području neke struke, djelatnosti ili znanstvene discipline stručno nazivamo višerječnim nazivima. Tako u medicinskoj struci nalazimo višerječne nazive poput *zatajenje srca, prestanak dojenja, žlijezde slinovnice, usna šupljina, odumiranje tkiva, alergijska reakcija...* Višerječni su pragmemi ustaljeni izrazi u komunikacijskoj praksi poput pozdrava, zahvala, čestitaka i sl. Budući da su dio kulturne komunikacije, pripadaju području odgoja i od malih su nas nogu, prvo roditelji, a onda odgojitelji, učitelji i nastavnici, poučavali da se njima koristimo u svakodnevnoj komunikaciji (sjetite se one četiri čarobne riječi – hvala, izvoli, molim, oprost, kojima su nas učili još u vrtiću).

Kolokacije u medicinskoj struci

U Hrvatskoj je u posljednjih nekoliko godina provedeno nekoliko zanimljivih istraživanja u vezi s kolokacijama u medicinskoj struci. Tako su 2014. Pavi-

čić Takač i Miščin u svom istraživanju dokazale kako su neizvorni govornici engleskoga jezika medicinske struke (studenti medicine i liječnici) pokazali sveukupno bolje rezultate na receptivnoj razini poznavanja kolokacija u engleskom jeziku medicinske struke. Na temelju toga što su liječnici pokazali veću razinu znanja kolokacija na produktivnoj razini od studenata medicine, autorice su zaključile da je to zato što su liječnici duže i intenzivnije izloženi medicinskom engleskom jeziku pisanjem i čitanjem stručnih članaka neophodnih za njihov profesionalni razvoj. Godine 2010. autorice Štefić, Mravak-Stipetić, Borić (2010) na primjerima iz oralne medicine ispitali su značenja pojedinih riječi koje čine kolokaciju i dokazale kako se prototipno značenje izraženo u jednom jeziku prenosi i u drugi jezik, te kako se kolokacije razlikuju u dvama jezicima. Prije tri godine Koren i Rogulj objavile su znanstveni članak u kojem su zaključile da od početka učenja medicinskoga engleskog treba postupno uvoditi leksičke

kolokacije i u materinskom i engleskom jeziku i pritom upozoravati studente na kolokacije koje su nespojive u oba jezika. To su činile uspoređujući različite upotrebe istog para sinonima i upozoravajući na to da se riječi slične po značenju ne mogu upotrijebiti u svim kontekstima. Sva se istraživanja slažu u tome da je kolokacije potrebno učiti i da pritom treba voditi računa i o materinskome i o stranom jeziku. Tome mogu samo pridodati to da je medicinskome nazivlju potrebno posvetiti posebnu pažnju i da je prilikom prevođenja svih vrsta čvrstih sveza riječi potrebna sinergija i kroatista i liječnika.

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

*rúdo = poluga na prednjemu dijelu zaprežnih kola ili saonica uz koju se uprežu konji ili volovi i s pomoću koje se upravlja kretanjem zaprežnih kola ili saonica.

PROVJERITE ZNANJE:

1. U rečenici *Cijene će se u najmanju ruku smanjiti za 5 posto*, frazem **u najmanju ruku** mogao bi se bez promjene značenja rečenice zamijeniti riječju:

- A** barem
- B** najvjerojatnije
- C** potpuno
- D** možda
- E** svakako

2. Frazem/gotov izraz **krokodilske suze** ima značenje:

- A** tiha patnja
- B** grcati od plača
- C** žaliti za propuštenim
- D** ne moći zaustaviti plač
- E** neiskreno suosjećati

Točni odgovori: 1. A; 2. E;

Frances Oldham Kelsey

farmakologinja zahvaljujući kojoj je SAD izbjegao talidomidsku katastrofu

Pripremila:

doc. dr. sc. Suzana Mimica Matanović, dr. med.
specijalist kliničke farmakologije s toksikologijom
Klinički bolnički centar Osijek
Medicinski fakultet Osijek

Talidomidska katastrofa s početka 60-ih godina prošlog stoljeća najveća je tragedija u povijesti moderne primjene lijekova. Poznato je kako je u tom razdoblju ovaj lijek, bez odgovarajućih dokaza o djelotvornosti i sigurnosti (tada nije postojala regulativa koja bi to zahtijevala!), bio registriran u mnogim državama za liječenje jutarnje mučnine u trudnoći te za sedaciju (u Europi, Australiji, Africi i Japanu). Zbog teratogenih učinaka talidomida rođeno je oko 8000 djece s fokomelijom, tj. teškim anomalijama udova, a pretpostavlja se da je u još 5000 – 7000 trudnica zbog talidomida došlo do gubitka ploda.

Manje je poznata činjenica kako talidomid nikada nije dobio registraciju za tržište SAD-a, i to zahvaljujući stručnosti, odvažnosti i upornosti farmakologinje dr. Frances Oldham Kelsey koja je tada radila na registraciji lijekova u Američkoj upravi za hranu i lijekove (engl. *Food and Drug Administration* - FDA). Riječ je o jednoj od najistaknutijih žena u medicini i znanosti 20. stoljeća.

Frances je rođena u Kanadi 1914. godine. Studirala je biokemiju na Sveučilištu McGill u Montrealu i magistrirala iz područja farmakologije 1935. godine. Nakon toga odlazi na doktorat na Sveučilište u Chicagu (poslije u memoarima navodi kako je ondje primljena jer su vjerojatno mislili da je riječ o muškarcu imena „Francis“!). Njezin mentor, istaknuti farmakolog dr. Eugene Geiling, imao je osim akademske karijere i važnu ulogu u regulativi lijekova SAD-u. S njime

je Frances 1937. istraživala tragičan slučaj eliksira sulfanilamida tvrtke S. E. Massengill Co., čija je primjena u SAD-u uzrokovala smrt 107 osoba, uglavnom djece. Dr. Geiling i njegov tim zaključili su da je kao pomoćna tvar u eliksiru upotrijebljen dietilenglikol (sastojak antifrizala!), što je izazvalo teške toksične posljedice. Nakon ove tragedije je 1938. promijenjen zakonodavni okvir za odobravanje lijekova u SAD-u (*Food, Drug, and Cosmetic Act*) i od tada su proizvođači lijekova morali FDA-u pružiti i dokaze o sigurnosti lijeka. Zahvaljujući ovom zakonu Frances je 22 godine poslije imala zakonodavno uporište za inzistiranje na podacima o sigurnosti talidomida.

Frances je 1950. završila i studij medicine. Nakon toga je predavala farmakologiju na Sveučilištu Južne Dakote, a neko vrijeme i uređivala časopis *Journal of the American Medical Association*. Godine 1960. prelazi u FDA, gdje će njezina karijera trajati još punih 45 godina, sve do umirovljenja 2005. godine.

U rujnu 1960., mjesec dana nakon što je prešla u FDA, Frances je počela raditi na zahtjevu tvrtke William S. Merrell Co. za odobrenjem talidomida za liječenje jutarnje mučnine u trudnoći te za sedaciju. S njom su u timu na ovom predmetu radili i kemičar Lee Geismar te farmakolog Jiro Oyama. Lijek je prethodno već bio registriran u četrdesetak država, uključujući mnoge europske države, poput Njemačke i Velike Britanije. U tadašnjoj Zapadnoj Njemačkoj bilo je i sjedište proizvođača, tvrtke Chemie-Grünenthal, i ondje se 1960. u prosjeku dnevno trošilo oko milijun doza talidomida. Proizvođač lijeka stoga je očekivao i da će registracija u SAD-u biti samo formalnost.

Frances i ostali članovi tima zamijetili su

kako je dokumentacija za registraciju vrlo insuficijentna, a da se o prednostima lijeka govori na grandiozan i nerealan način. Dokazi o djelotvornosti temeljili su se na neprimjerenim prikazima slučajeva, nije bilo podataka o kroničnoj toksičnosti na eksperimentalnim životinjama, podaci o kemijskim aspektima bili su neprimjereni, a proizvođač je čak naveo kako ne postoji letalna doza lijeka. Frances Kelsey inzistirala je na dostavljanju dodatnih podataka o lijeku, iz odgovarajućih kliničkih i nekliničkih istraživanja, a predstavnici tvrtke William S. Merrell Co. reagirali su upornom korespondencijom, posjetama i telefonskim pozivima FDA-u, agresivno zahtijevajući što bržu registraciju lijeka. Direktor FDA-a žalili su se kako je Frances „sitničavi birokrat“. Važan trenutak dogodio se u prosincu 1960. kad je u časopisu *British Medical Journal* objavljeno pismo britanskog liječnika dr. A. Florencea koji je zamijetio slučajeve perifernog neuritisa u pacijenata liječenih talidomidom. Frances je imala dokaz kako postoje neki sigurnosni problemi s ovim lijekom te je od tvrtke i dalje uporno tražila dodatne jasne podatke o sigurnosti, uključujući i podatke o učincima lijeka u trudnoći. Poslije se ispostavilo kako je tvrtka zatajila podatke o više stotina slučajeva perifernog neuritisa u Europi. Tvrtka Merrell inzistirala je na tome da se lijek odmah registrira, a da se sva sigurnosna pitanja riješe samo kroz upozorenja u uputi o lijeku. Od rujna 1960. do rujna 1961. Frances je četiri puta odbijala zahtjev tvrtke za registracijom talidomida jer nikada nisu dostavljali primjerene podatke koje je tražila. Imala je u tome bespogovornu podršku nadređenih u FDA-u. U studenom 1961. počele su pristizati vijesti iz Europe i Australije o mogućoj povezanosti tali-

domida s nastankom teških deformacija u rođene djece. Tvrtka Merrell nakon toga povlači peti zahtjev za registracijom lijeka u SAD-u. Poslije se ispostavilo da je proizvođač lijeka proveo samo jedno kratko istraživanje u trudnica u zadnjoj fazi trudnoće, a da je teratogeni učinak talidomida bio najizraženiji kod primjene od 20. do 36. dana od koncepcije. Čak je i jednokratna primjena lijeka uzrokovala anomalije ploda.

Talidomidska tragedija imala je za posljedicu promjenu regulative lijekova u SAD-u, a zatim i drugdje u svijetu. Od 1962. tvrtke su kod zahtjeva za registracijom morale pružiti dokaze o sigurnosti i djelotvornosti na temelju pouzdanih kliničkih istraživanja (Kefauver-Harrisov amandman na zakon iz 1938. godine). Potpuno se mijenja i percepcija o sigurnosti primjene lijeka u trudnica.

Dr Kelsey je kao žena koja je svojim znanjem, odvažnošću i odlučnošću pošte-

djela SAD strašne talidomidske katastrofe, u SAD-u slavljena kao heroína nacije. Predsjednik John Kennedy odlikovao ju je u kolovozu 1962. za njezine zasluge najvažnijim ordenom koji može dobiti građanin SAD-a.

Frances je nastavila raditi u FDA-u i postala voditeljica odjela za registraciju lijekova, a u 81. godini i zamjenica ravnatelja FDA-a za znanstvene i medicinske poslove. Službeno je umirovljena u 90. godini života. FDA je 2010. ustanovio godišnju nagradu za zaštitu javnog zdravlja, nazvavši je po Frances Oldham Kelsey, koja je ujedno i prva dobitnica te nagrade, točno pola stoljeća nakon odvažnog odbijanja registracije talidomida. U njezinu čast je Kanadsko kraljevsko astronomsko društvo asteroidu 6260 dalo naziv „Kelsey“.

Preminula je 7. kolovoza 2015. u Kanadi u 101. godini života, dan nakon što je za svoje zasluge dobila i Kanadski orden.



COVID-19 HUMOR

S koronom je kraće

U vrijeme dok je samoizolacija, odnosno karantena, trajala 14 dana, pita sin mamu koja je u samoizolaciji jer je tata pozitivan na COVID-19:
- Mama, ti ideš raditi u ponedjeljak?

Mama: - Ne, ja sam 14 dana u samoizolaciji, tata ide raditi u ponedjeljak.

Sin (zamisli se): - Aha, s koronom je 10 dana, a bez korone je 14.

Rođendanske epidemiološke mjere

Pripovijeda curica Ivana o slavljenici Martini nakon povratka s dječjeg rođendana. Mama slavljenice je rođendan organizirala pazeći na epidemiološke mjere i pozvala samo tri prijateljice, tako da su ukupno slavile četiri curice, uključujući slavljenicu:

- Martina je puhala svijeće na običnom muffinu, tako da se torta ne bi skoronala.

Eto, i građani imaju ideje za preporuke mjera.

Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.

Ljubavne mjere

U telefonskom intervjui ranju jednog muškarca u tridesetim godinama, kao bliskog kontakta njegove djevojke koja se testirala i pozitivna je na COVID-19, epidemiolog saznaje da i muškarac ima simptome i sutradan termin za testiranje. Kako pacijent navodi da ima simptome promijenjenog okusa i smanjenog njuha, objašnjava mu da će vjerojatno i on biti pozitivan i trebati u izolaciju. Muškarac živi sam, dok njegova djevojka živi u višočlanoj obitelji. Muškarac usput spomene kako djevojka odbija živjeti zajedno s njim, a on bi to želio... Epidemiolog mu objašnjava o izolaciji, napomenuvši da će muškarcu biti lakše ju provesti jer živi sam u stanu, dok će se njegova djevojka trebati odvojiti od ukućana. A muškarac će na to: - A možete li, molim Vas, reći mojoj djevojci, kad budete s njom razgovarali, ako ja budem pozitivan, da bi epidemiološka mjera bila da ona dođe k meni? Evo, ja ću već sad početi spremati stan, i pripremiti romantičan doček...

Nema se tu što za reći, nego - epidemiološki ispravno kohortiranje.

Što je *lockdown* zaključao?



Doc. prim. dr. sc. TOMISLAV FRANIĆ, dr. med.

Govore nam da se aktualno borimo za živote. No uskoro bismo se mogli suočiti s još većom pandemijom i borbom za zdrav razum. Da bismo uspjeli u toj borbi moramo prvo zaštititi sebe.

U psihijatriji se kao dijagnostička smjernica za razne poremećaje, uz druge kriterije, za procjenjivanje „nenormalnosti“, koristi odrednica da ponašanje izlazi izvan okvira prihvatljivog ili uobičajenog za određenu sredinu, kulturološko okruženje ili dobnu skupinu. No što ako se sve to promijenilo? Što ako živimo u nečemu što zovemo novo normalno. Što je onda, s psihijatrijske točke gledanja normalno, odnosno prihvatljivo i uobičajeno? Koja je sada naša uporišna, sidrišna ili referentna točka prema kojoj se ravnamo? Kako stojimo s mentalnim zdravljem? Uporišne točke „novoga normalnog“ vrlo su skliske i promjenjive. Mijenjanju ih zdravstveni autoriteti u skladu s promjenama u znanju o novom virusu, ali su još više promjenjive ovisno o društvenoj moći pojedinaca ili skupina. Novo normalno može koštati od 8000 kn ako ste seljak, pada na nekoliko tisuća kn naknade HZZO-a ako ste radnik ili ostanak na 100 %-tnoj plaći ako ste saborski zastupnik. Ako ste liječnik skijaš i zarazite se koronom košta vas javnog linča, a ako ste šef

kriznog stožera prisutan na događaju s najvećim postotkom oboljelih na svijetu u povijesti pandemije, nikome ništa. Čini se da su pandemija i *lockdown* otključali veliko stručno ali i moralno klizalište na kojem bi zdravstveni djelatnici morali izvoditi trostruke aksele u šljokičastim opravcima uz zadivljene komentare Milke Babović i pljesak s balkona.

Mi se nalazimo u avionu i čekamo da nam stjuardesa, po uputi pilota, počne govoriti o maski za kisik koju prvo trebamo staviti sebi da bismo pomogli drugima. No čini se da je naša stjuardesa zbunjena. Dok selo gori, ona se češlja. A pilot? Čini se da se, ako ga u avionu uopće ima, sakrio i zaključao iza protuterorističkih vrata svoje kabine.

Jedina činjenica oko koje se državni krugovi i teoretičari zavjera slažu jest da se upravo odvija jedna od najvećih globalnih drama s neviđenim psihosocijalnim učincima. Razlika je da je jednima to slučajno, a drugima eksperiment nadržavnih tajnih društava (crni je humor da ovi drugi pokazuju više brige za duševno zdravlje od prvih). Bilo kako bilo, nitko ne šalje naznake da bismo trebali biti optimistični po pitanju posljedica na mentalno zdravlje.

Nije prvi put da netko od nas upozorava, pa i vrišti, na činjenicu da nas nakon traume čekaju i psihičke traumatske posljedice. Većina istraživanja pokazuje visoku prevalenciju anksioznosti i depresivnih simptoma kod zdravstvenih djelatnika. Istraživanja to pripisuju izloženosti COVID-19, nedostatku opreme, manjku ljudstva i osobnim obilježjima.

Odgovorni nas uvjeravaju da manjak opreme ne postoji. Manjak ljudstva po njima također nije problem. Brojni ravnatelji tvrde da iako imaju manjak i od 20 % osoblja sve funkcionira normalno. Je li poruka onda da su zdravstveni radnici do sada bili neradnici ili nas je bilo viška? A

ako je to novo normalno, onda je baš to možda to – dobili smo nadljudske moći?

Kada smo riješili nedostatak ljudi i opreme, za osobne čimbenike možda bismo se morali sami pobrinuti, no što s izloženosti u borbi protiv COVID-19 koja uključuje brojne elemente:

- Uključenost ili bliskost na prvoj crti borbe (rad u COVID bolnicama ili s oboljelima od COVID-19)
- Osobna infekcija
- Infekcija/smrt kolega
- Sekundarna traumatizacija uslijed izloženosti patnjama i traumi oboljelih kojima pružaju skrb.

Sva istraživanja ukazuju neizmjernu važnost i povezanost psihosocijalne podrške zdravstvenom osoblju s razinom osjećaja kompetentnosti, stupnja anksioznosti i depresivnosti. Važan je osjećaj osobne sigurnosti, prepoznatost i primjerena podrška zdravstvenih vlasti (ne nužno samo financijska, no i ta je važna). Neizmjereno je važna prohodnost komunikacijskih kanala, točnost i pravodobnost informacija, jasna hijerarhijska struktura utemeljena na stručnim kriterijima koji osoblju pružaju osjećaj sigurnosti. Po svemu sudeći nalazimo se na rubu raspada svega toga. Posljednjih dana prodori kontradiktornih informacija iz zdravstvenih ustanova ukazuju da smo na prekretnici. Oni na upravljačkim funkcijama srednje razine, četrdeset godina nakon smrti „najvećega sina ovih naroda“, glume Potemkine gradeći lažne kulise. Nadamo se da je došlo vrijeme da im više ni stjuardesa ni pilot ne vjeruju. Tko zna? Prije nekoliko dana ipak nisu ubili glasnicu. Gospodo, peta kolona nismo mi, nego Potemkine i ostali kneževi koji vam prikazuju lažne slike. Nadamo se da nije kasno da stanete uz svoje vojnike. Nadam se da *lockdown* u vama nije zaključao zdrav razum.

tomofrantic@gmail.com

SINGAPUR → zapad na istoku

✍ Piše: EDO TOPLAK, dr. med.

U vremenima prije ovoga pandemijskog zla kada se s hrvatskom putovnicom, dobrom voljom, nešto para i razumnim šefom moglo posjetiti gotovo svaki dio naše plave lopte, skitao bih sa svojom djecom u svim pravcima po više ili manje egzotičnim mjestima. S mojom trećom kćeri, Ivom, putovao sam tako da ona do samog dolaska u zračnu luku ne bi znala kamo zapravo ide. Upute bi dobila samo o trajanju puta i vremenskoj prognozi. Npr: uzmi stvari za osam dana, klima je kao i kod nas. Mogla je završiti na Krku ili u Japanu.

Niti ovaj put Iva nije znala kamo idemo, rekao sam joj samo da neće biti toplo nego vruće. Mama joj je rekla da izvadi žvakaće iz ruksaka. Mislim da joj je time dala naslutiti da će iduće jutro sletjeti u najskuplji grad na svijetu, u koji je zabranjeno doći sa žvakom.

Singapur se smjestio na samom ekvatoru. Na prvom stupnju iznad njega, da budemo precizniji. Znači ravnodnevica cijele godine i svakodnevna temperatura od 25 noću do 33 Celzijevih danju. Oscilacije vrlo male i rijetke. Kiša moguća svaki dan, ali nikad dugotrajna. Mogao bih tu klimu nazvati dosadnom. Tamo definitivno nije

potrebno imati prevelike ormare s odjećom i obućom.

Singapur grad - država - otok na sanskrtnu doslovce znači Lavlji grad. Zovu ga i azijski Gibraltar. Jedan od četiriju azijskih tigrova (uz Hong Kong, Južnu Koreju i Tajvan). Veličinom samo malo veći od Zagreba, ne od Zagrebačke županije, već od grada Zagreba, no potpuno neusporediv s njime. Nažalost ili nasreću? Pa prosudite sami. Za početak najvažnije razlike: prosječna mjesečna neto plaća stanovnika Singapura je malo više od 30.000 HRK. U Zagrebu je, znamo, četiri puta manje. Očekivani životni vijek im je 85 godina, gotovo 10 više od Zagrepčana. Prosječna brzina interneta 20,3 Mbps, više nego dvostruko brže od naše. Hajdmo spomenuti samo još jednu razliku. Po meni sve počinje od nje. Prema izvještaju Amnesty Internationala posljednjih nekoliko godina Singapur je po percepciji korupcije na trećem mjestu u svijetu. Susjedi su mu Švicarska, Švedska i Finska. Za Zagreb se ne mjeri, vjerujem da je kao i Hrvatska, a Hrvatska je na 60. mjestu. Susjedi su nam Saudijska Arabija i Kuba. Iskreno, to je jedina stvar na kojoj stvarno zavidim Singapuru, sve ostalo: fantastične mogućnosti edukacije, usmjerenost na mlade, neograničeno poticanje poduzetništva i silno bogatstvo, prebolio bih bez

puno jada. Eh da, ima još jedna stvar na kojoj im jako zavidim. Zelenilo. Dugo vremena Singapur se nazivao gradom parkova. To su nadrasli, sada su grad u parku.

Postoje brojna istraživanja o tome u kojem je gradu najskuplje živjeti i u svima je Singapur među prvima. Ali nije baš tako strašno. Uz atrakcije za koje se plaćaju ulaznice, u gradu se nađe i dosta besplatnih zanimljivosti. Dapače, te i jesu nabolje pa se u Singapuru može razgledavati i dobro provesti i s našim džeparcem. Hrana je raznovrsna, tu je zapravo na meniju sve što se kuha, prži i peče u JI Aziji. Mogu reći da smo se hranili sasvim dobro i odlično zabavili, a nismo potrošili hrpu para. A onda smo sve pokvarili u trgovinama s japanskom oblekom.

Grad Singapur, kao i mnogi drugi mladi gradovi, točno zna kada mu je rođendan. Šestog veljače 1819. Do toga dana bio je beznačajan malaričan otok sa 150 stanovnika, uglavnom ribara i ponekim gusarom. Tada je jedan službenik britanske Istočnoindijske kompanije uspio uvjeriti Krunu da taj otok ima sjajan potencijal jer upravo on kontrolira prolaz iz Indijskoga u Tihi ocean. Ostalo je povijest koju su uglavnom proveli pod upravom Britanaca do japanske ekspanzije.

Početkom drugog svjetskog Japanci nadiru sa sjevera i britanska vojska im bez prave borbe prepušta cijelu Maleziju, ali čvrsto odlučuje braniti svoj krunski dragulj - Singapur. Iako malobrojniji, Japanci osvajaju grad u bitci koja je trajala samo sedam dana. To je najteži poraz Britanije u cijelom drugom svjetskom ratu. Singapur je ostao japanski sve do kapitulacije i još dva mjeseca nakon nje. Onda su im se vratili Englezi da bi vladali još dvadesetak godina.

Država Singapur mlađa je od mene. Nakon što su drž' ne daj izborili nezavisnost od imperije Singapurci su dvije godine bili u zajedničkoj državi s Malezijom, ali su vrlo brzo uvidjeli da to i nije neka sreća, pa su im se ljubazno zahvalili na društvu i krenuli svojim putem. Otada u Singapuru cvate cvijeće. U doslovnom i prenesenom značenju.

O političkim (ne)slobodama u Singapuru puno se raspravlja. Demokratski izbori, biranje predsjednika i parlamenta, sve to funkcionira. Ali Singapur je redovito na žestokoj



Naj, naj, najbolja stvar, definitivno glavni razlog posjeta Singapuru i apsolutni *must* su Gardens by the Bay s futurističkim instalacijama i njihova dva paviljona s neopisivo uzbudljivom florom. Raj za svakoga tko imalo voli biljke, sa slapovima kroz koje prolazite i stazama koje šecu kroz i oko nasada najegzotičnijih biljaka i cvijeća. Ako imate dušu, ovdje je napunite za cijelu godinu. Klimatizirano.

>>

meti kritičara. Najsnažniji argument je da nisu promijenili vladajuću stranku. Koliko ono? Od nikada! Radnička partija na vlasti je oduvijek i vrlo vjerojatno zauvijek. E sad, bi li itko mijenjao vladu koja mu pruža fantastičan standard uz stalan polustoljetni ubrzan ekonomski rast i izvrsne životne uvjete po cijenu više osobnih sloboda? Vlada stanovnicima jamči zaposlenost, najuspješniju administraciju na svijetu, potpunu odsutnost korupcije, izvanredne mogućnosti školovanja djece, zdravlje za sve i dug život, a zauzvrat traži da prava zajednice budu iznad prava pojedinca i javno proklamira da je u ovom trenutku razvoja disciplina vrjednija od demokracije. Eh da, i zabranjuje žvakanje kauguma. :) Izbor ostavljam vama, ja znam što bih ja.

Kad smo kod tih zabrana i fame oko njih, da stvar malo razjasnimo. U Singapuru na javnim prostorima stoje ploče s hrpom upozorenja koje zabranjuju brojne postupke koji, ruku na srce, ionako spadaju u norme kulturnog ponašanja u kulturnim zemljama. Poput na primjer pljuvanja po cesti. Na forumima prije puta načitao sam se silnih gluposti tipa: U Singapuru je zabranjeno žvakanje kauguma. Žvakaće se mogu dobiti samo na recept. (Nije istina, mogu se normalno kupiti u dućanima i trafikama, ali ih ne smiješ unijeti u zemlju, kao ni cigarete). Možete dobiti kaznu za nepuštanje vode u javnom WC-u (Gospode, kakva budalaština!). Zabranjeno vam je ispisivanje grafitima. (Postoji mnoga mjesta u gradu urešena grafitima, dapače, doduše zabranjeno je ispisivati poruke tipa "Suzana vrati mi se, od sada ću ti biti vjeran", ali to je zabranjeno i kod nas nije li?). Dobit ćete kaznu za pokazivanje stražnjice u znak protesta. (Ne mogu bez emocija komen-



Najprepoznatljivija znamenitost, veduta, Eiffelov toranj, Empire State Building ili Tower Bridge Singapura je Hotel Marina Bay Sands. Sagrađen prije 11 godina. Iznajmljuje 2561 sobu. Prema bookingu večeras je najjeftinije spavanje 517 eura, najskuplje 995 eura. Brojne su atrakcije unutar samog hotela, glavna mu fora nije najskuplji kasino na svijetu, ni muzej znanosti i umjetnosti, ni kongresni centar, niti *shopping mall* s kanalom i čamcima, a niti dva kazališta, već krov koji je napravljen u obliku broda koji plovi i spaja tri zgrade, a na kojemu je, naravno, vrt. Dugačak 340 metara. Možete ga posjetiti iako niste gost hotela. No samo za goste rezerviran je dio na kojem je 150-metarski "infinity pool". Bazen bez ograde. Zbog njega se i plaća onih petstotinjak eura za sobu.

tirati bespotrebno ograničavanje jednoga takvog civilizacijskog dosega). Istina, pušenje je na javnim mjestima, osim označenih zona, istina zabranjeno, ali svjedočio sam da ljudi puše na cesti bez neke nelagode. Uza sve to nije mi zapravo jasno tko bi trebao nadzirati sve te zabrane. Policije, osim prometne, gotovo nisam vidio, malo ih je, neuočljivi su i nenaoružani. Mislim da sam u tjedan dana uočio samo nekoliko naoružanih zaštitara. Općenito, cijelo vrijeme smo uživali u sigurnosti i bili opušteni kao kod kuće. I više.

Pornografija je potpuno zabranjena i nije prisutna u javnosti, ali usluge s tog područja nude se i ovdje, vjerujte mi iz prve ruke.

Singapur je izvrsno polazište za izlete prema Malezijskom poluotoku, tropskim otocima Malezije, Indonezije ili Filipina, a iz njega možete i jeftino do "downunder". Zapravo, najpovoljnija karta do Australije na koju sam ikada naišao bila je kombinacija letova Zagreb – Kuala Lumpur ili Singapur, i onda Air Asia ili Peach ili neki drugi *low cost* prema našim antipodima. I mi smo iskoristili priliku pa iz Singapura krenuli istražiti Malajski poluotok i otoke. Ranojutarnjim i jako udobnim autobusom za okruglih sto kuna otputili smo se dakle u Kuala Lumpur. Vozač, nas jedanaest grešnika i jedan Kinez pravednik. Pravednika je lako prepoznati jer ima mirnu savjest koja mu omogućuje da 4 sekunde nakon zatvaranja vrata uroni u potpun hipnotički san uz hrkanac od 139 decibela, prekidano samo dubokim i po okolinu uznemirujućim apnejama koje bi završavale hropcima dostojnima umirućeg kiklopa i potpuno nespojivima s tijelom muškarca od 45 kilograma. Obećao sam samom sebi, uz ispriku Hipokratu da ga u slučaju potrebe, koja mi se činila realnom, ja reanimirati neću. I tako uz gromoglasje krenusmo u Maleziju. U jednu sasvim drugu priču. Malezijsko-singapurska granica nešto je što treba doživjeti. U ponedjeljak ujutro na ulazu u Singapur guralo se bez ikakvog reda nekoliko tisuća motorista. Nisam pretjerao, uz kilometarsku kolonu automobila i još duži red kamiona. Mi smo srećom išli u drugom smjeru. Bez gužve, ali ipak sa dva silaska iz autobusa. Singapurski izlaz supersofisticiran i automatiziran, bez službenika, samo kamere

Sjetio sam se još jedne zabrane. Ne smije se jesti u javnom prijevozu. Kad smo kod javnog prijevoza, izvrstan je. Brz, učinkovit i savršeno čist. Sastoji se od solidnog metroa i razgranate mreže autobusa. Metro vozi svake četiri minute. Sve linije jednako. Osim rano ujutro i poslijepodne kada vlakovi dolaze svake dvije minute. Pokaz za gradski prijevoz je 100 kuna za tri dana. Jedino malo smeta naziv poduzeća Singapore Mass Rapid Transit (skraćeno SMRT, na slici dolje)



i računala i Malezijski ulaz sasvim pristojan, ali ipak uz zamaramljene carinice i upozorenja da se posjedovanje ili konzumacija droge ovdje naplaćuje jednim nezamjenjivim dijelom tijela, najavljuje jedan drukčiji svijet u odnosu na Singapur. Ovdje ću s opisom tog dijela putovanja stati jer Malezija nije naša današnja tema, možda u nekom drugom broju LN-a.

Spomenuo sam da je naš gromoglasni suputnik bio gracilne građe, pa kad smo kod tjelesnih proporcija treba spomenuti da su ljudi ovdje dosta niži. Prosječna visina muškarca je 166 cm. Četrnaest manje od prosjeka muškarca u Hrvatskoj. Kod žena je ta razlika u visini i težini još naglašenija. Žena u Singapuru prosječno rađa 1,2 djeteta. Žene kineskog i indijskog podrijetla manje od jednog djeteta, Malajke nešto više. Sve se naravno mijenja u godini zmaja kad valjda sve fertile Kineskinje pokušavaju zatrudnjeti jer roditi zmaja, to je rijetka sreća. Ovo posljednje može vam potvrditi i moja mama. Igrališta za djecu su posvuda kao i trgovački centri. Doslovno na svakih nekoliko stotina metara naiđete na neki *shopping mall*. Jedan se nikada niti ne zatvara. Nikada - 24/7/12.

U Singapuru možete vidjeti automobile koje nećete sresti nigdje drugdje u svijetu, čak niti u Moskvi. Broj automobila u Singapuru je propisan i ograničen. Svaki auto za koji se kupi dozvola (ne vozačka dozvola već dozvola za posjedovanje) smije se voziti ili ne voziti, svejedno, samo deset godina. Nakon toga se izvozi ili uništava. Isključivo s posebnom dozvolom može se voziti dulje. Dozvola za auto kupuje se na aukciji, dakle cijena nije fiksna već ovisi o potražnji. Uz tu dozvolu naplatit će ti registraciju otprilike koliko košta i auto, a na to će udariti još par posebnih poreza u istom iznosu, pa sitnicu od cestarina itd. Na kraju te Toyota Corola koju kod nas možeš staviti na cestu za nekih 25 - 30 tisuća eura ovdje stoji - pazi sad! - 120.000 tisuća. Istu tu Toyotu u Japanu koji percipiramo skupom zemljom platit ćete ispod 20.000 eura. Golf 1,4 ovdje će vas doći oko 100 tisuća, a najjeftiniji automobil je neki Malezijac za tričavih 55 tisuća eura. Ispod toga samo mocikli, čija dozvola, usput da kažemo, dođe 7000 bez obzira na kubikažu. Naravno, možete u Singapur ući i svojim vozilom. Vi možete ostati do 90 dana, ali vaš auto mora van nakon dva tjedna. Takvim pravilima uspijevaju broj vozila održati ispod milijun. Pošteno.



Singapur ima, uz fantastične vrtove, i jednu od najljepših vizura Azije. Ne može se mjeriti sa Šangajem, ali nije daleko od njega, ni danju ni noću.

Svake večeri u gradu se održava nekoliko glazbeno-lasersko-svjetlosnih predstava na otvorenome. Najbolja je ona u parkovima u zaljevu.

Nažalost taj vam doživljaj ne mogu prenijeti u ovom formatu. Jednostavno smo svaku večer ponovo i ponovo morali dolaziti na *show*, da bi ga doživjeli iz nekog drugog kuta ili pozicije. Neki ljudi komentiraju da se ova glazbeno-vizualna predstava može usporediti sa *showom* na vodoskocima Plaze Spagne u Barceloni? Pa može, otprilike kao što se svirka usne harmonike može usporediti s orguljama. Donekle je usporediva sa *showom* na vodi ispod Burj Kalife u Dubaiju, ali posljednji traje puno kraće.

Nakon parka u zaljevu meni je najdraži park s botaničkim vrtom u kojem filharmonija održava koncerte na otvorenom. Naravno, besplatno. Botanički vrt ima sjajan odjel orhideja. Samo taj dio s orhidejama veći je od cijeloga našeg zagrebačkog botaničkog vrta.

Većina gradova u regiji obvezno imaju indijsku i kinesku četvrt. Singapur ima i arapsku. Iako su u tim starim dijelovima grada etnički odijeljeni, u drugim dijelovima grada stanovnici su potpuno izmiješani. Uostalom, ovdje su svi došljaci. Većinom su budisti, pa kršćani, muslimani, hindusi i nešto sikha. Četiri su službena jezika: malajski, mandarinski, tamilski i hindu. Barem iz mog kuta puk je vidljivo neopterećen rasom, vjerom i nacijom. Kao što to i inače biva, kad ti djeca idu u dobre škole ne moraš tražiti veze za zapošljavanje, a glavna briga oko sutrašnjeg ručka je tko će ti ga dostaviti.

Otišli smo i do krajnje, tj. najjužnije točke kontinentalne Azije. Sentoza je dio Singapura isključivo za odmor, igru i zabavu, s puno tematskih parkova (Universal

Studios), igrališta, restorana, šetnica, plaža i pogledom na more prema Indoneziji. More prepuno tankera svih svjetskih zastava, uglavnom panamskih, grčkih i domaćih. Naime, iako ih većina nije Singapura ni vidjela, u njemu je registrirana flota od 274 tankera.

Smještaj je skup, morate se malo potruditi da nađete nešto prikladno i primjereno našem budžetu, ali aviokarte se ponekad mogu naći povoljno, pa ako imate vremena svakako obidite te vrtove, posebno kad si želite skratiti zimu i ugrijati kosti. Viza vam nije potrebna. Gužve nema, ljudi su dragi, pristupačni, engleski govore sjajno. Tražite li ekstremnu egzotiku idite radije u Maleziju (ruralna priroda) ili Japan (urbana priroda). Osim po vegetaciji, Singapur zapravo nije pretjerano egzotičan. Kao što uostalom kaže i naslov ovog teksta, Singapur je nešto najbližije Europi što možete naći u jugoistočnoj Aziji. Uz tropsku klimu. Na letu natrag pogledao sam nagrađivanu romantičnu komediju *“Crazy Rich Asians”* u kojem jednu od glavnih uloga igra Singapur. Dobro, ipak je to samo igrani film, ali i na taj način možete dobiti dobar filing kako je tamo.

PS. Neposredno nakon povratka iz Singapura imao sam priliku podsjetiti se kako izgleda *hard core* na Zapadu. Proveo sam nekoliko dana u Frankfurtu. Demonstracije. Duge cijevi, kratke cijevi, kontrole. Prljavo. Možda na putu u svjetliju budućnost Istok ponekad gubi smjer, ali Zapad je, bojim se, zalutao.

edo.toplak@zg.t-com.hr

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 obratiti u Komoru, gđi. Maji Žigman, mag.oec., na broj telefona: 01/4500 830, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: tmi@hlk.hr

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

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

<http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

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

Transkranijaska dopler sonografija u djece

Akademija u razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 01.08.-31.12.2020.
gđa. Silvija Philipps Reichherzer,
tel: 0916677643,
e-mail: sreichherzer@gmail.com
Iznos kotizacije: 8.000,00kn

Intrakranijaska ultrasonografija u dijagnostici ranog oštećenja mozga

Akademija u razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 01.08.-31.12.2020.
gđa. Silvija Philipps Reichherzer,
tel: 0916677643,
e-mail: sreichherzer@gmail.com
Iznos kotizacije: 8.000,00kn

Liječenje raka pluća u Hrvatskoj

Modra Jagoda d.o.o.
Zagreb, 01.10.2020.-31.12.2021.
gđa. Žana Pristan, tel: 0038641208970,
e-mail: zana.pristan@mediately.com

Plodnost i seksualno zdravlje muškarca

Hrvatsko društvo za kliničku prehranu HLZ
<https://vitamini.hr/korisnik/signup/>,
21.10.2020.-09.04.2021.
prof. dr. sc. Darija Vranešić Bender,
tel: 0913774377,
e-mail: dvrane@kbc-zagreb.hr

SKINIMO VARLJIVE MASKE ENDOKARDITISA

– zamke i izazovi u otkrivanju i liječenju endokarditisa
Hrvatsko kardiološko društvo
edu.crocho.hr, 22.10.2020.-22.04.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0999425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Kurikulum arterijske hipertenzije; Fibromuskularna displazija; Primarni aldosteronizam; Renalna denervacija

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 27.10.2020.-27.05.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

Titracija bazalnog inzulina i osnaživanje bolesnika – istraživanje dokaza

Sanofi Aventis Hrvatska d.o.o.
e-dijabetes.hr, 28.10.-31.12.2020.
gđa. Marija Šegedin Žuvela, tel: 08009666,
e-mail: info@dijabetes.hr

Migrena

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 01.11.-31.12.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Procjena oštećenja površine oka tijekom liječenja glaukoma: FAST UPITNIK

Inspharma d.o.o.
Zagreb, 10.11.-10.11.2020.
gđa. Dunja Čolović, tel: 0993537538,
e-mail: dunja.colovic@inspharma.com

Taltz (iksekizumab) – evolucija u liječenju PsA i axSpA

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 10.11.-10.11.2020.
gosp. Anto Barišić, tel: 012350999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

MSD Croatia Oncology virtual symposium

Merck Sharp & Dohme d.o.o.
Zagreb, 10.11.-10.11.2020.
gđa. Jerka Anić, tel: 0916611312,
e-mail: jerka_anic@merck.com

“Rizici za mentalno zdravlje djece i adolescenata”

NZJZ Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti
Slavonski Brod, 10.11.-10.11.2020.
gđa. Tamara Brežićević, tel: 035411319,
e-mail: ovisnostisb@gmail.com

Biološki lijekovi-revolucija u medicini

Hrvatsko katoličko liječničko društvo
Zagreb, 10.11.-10.11.2020.
Jasna Čurić, mag. pharm., tel: 098588812,
e-mail: jasna.curic62@gmail.com

Osnove trijaže kardioloških hitnih stanja

Sandoz d.o.o.
webinar, 11.11.-11.11.2020.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Zajedno za zdravlje, online platforma GoTo Webinar

Krka-farma d.o.o.
Osijek, 11.11.-11.11.2020.
gđa. Vesna Hrgović, tel: 0992584991,
e-mail: vesna.hrgovic@krka.biz

1. eduKMAT radionice– Može li se predvidjeti jutarnji skok tlaka?

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 11.11.-12.12.2020.
gđa. Ivana Fabić Ojđanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Ovisnosti u doba koronavirusa

Sandoz d.o.o.
webinar, 12.11.-12.11.2020.
gđa. Marija Mihajlovski, tel: 0912353210,
e-mail: marija.mihajlovski_ext@sandoz.com

HEMOSTATICI – pogled u budućnost

HLZ Hrvatsko društvo za digestivnu kirurgiju
Zagreb, 12.11.-12.11.2020.
prof. dr. sc. Marko Zelić, dr. med., tel: 0994926679,
e-mail: marko.zelic@uniri.hr

Gestalt psihoterapija u grupi i u individualnom setingu

Centar IGW Zagreb d.o.o.
Krapina, 12.11.-15.11.2020.
gđa. Flora Stanić, tel: 0915665626,
e-mail: centar.igw.zg@gmail.com
Iznos kotizacije: 1.300,00kn

17. radionica Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku

Hrvatsko gastroenterološko društvo
online, 13.11.-13.11.2020.
Jasenka Duvnjak, tel: 012442398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr
Iznos kotizacije: 800,00kn

Obilježja lijeka Trulicity koja čine razliku

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Osijek, 13.11.-13.11.2020.
gđa. Mara Čabreja, tel: 012350999,
e-mail: cabreja_mara@lilly.com

“HEREDITARNI ANGIOEDEM”

HLZ – Podružnica Split
Split, online, 13.11.-13.11.2020.
gđa. Marija Radman Livaja, tel: 021348033/0914570057,
e-mail: hlz-split@t-com.hr

WEBINAR ZDRAVA MJESTA RADA SMANJUJU OPTEREĆENJA 2020-2022 & MEDICINA RADA I COVID-19

HLZ Hrvatsko društvo za medicinu rada
Zagreb, 14.11.-14.11.2020.
g. Tomislav Furlan, tel: 0914861001, e-mail: tomislav.furlan@gmail.com

Taltz (iksekizumab) - evolucija u liječenju PsA i axSpA

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 16.11.-16.11.2020.
g. Anto Barišić, tel: 012350999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

NOAK koji je obilježio destljeće u kardiologiji

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisrca.hr, 16.11.-16.11.2020.
gđa. Ivana Čurković, tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

Prikazi slučaja fibrilacija atrijske

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisrca.hr, 16.11.-16.11.2020.
gđa. Ivana Čurković, tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

Mjesto ciklezonida u liječenju astme prema smjernicama GINA 2020.

Medis Adria d.o.o.
webinar, 16.11.-26.11.2020.
gđa. Maja Poparić, tel: 0989806626,
e-mail: maja.poparic@medisadria.hr

Bolje spriječiti nego liječiti

Sandoz d.o.o.
webinar, 17.11.-17.11.2020.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Ovisnosti u doba koronavirusa

Sandoz d.o.o.
online, 17.11.-17.11.2020.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

SMJERNICE ZA LIJEČENJE HIPERTENZIJ I KAKO POVEĆATI SURADLJIVOST PACIJENATA S HIPERTENZIJOM

Servier pharma d.o.o.
Koprivnica, 17.11.-17.11.2020.
gđa. Branka Schell, tel: 0916551532,
e-mail: branka.schell@servier.com

"Sintetske droge"

NZJZ Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti
ZOOM, 17.11.2020.
gđa. Tamara Brežičević, tel: 035411319,
e-mail: ovisnostisb@gmail.com

11. memorijalni simpozij "Prof.dr. Miljenko Marinković"

Hrvatsko društvo za hipertenziju
edu.e-med.hr, 17.11.2020.-17.05.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

41st symposium HYPERTENSION HIGHLIGHTS IN 2020

Croatian Society of Hypertension,
The Croatian Academy of sciences and arts,
Working Group for Hypertension,
Croatian Cardiac Society,
University of Rijeka - Medical Faculty,
Society for Nephrology development "Professor Milovan Radonić",
The Croatian Medical Association - Branch office Rijeka
edu.e-med.hr, 17.11.2020.-17.05.2021.
gđa. Željka Mikovčić, tel: 051584826,
e-mail: rimed@hazu.hr

Izazovi liječenja ovisnosti u doba koronavirusa

Sandoz d.o.o.
online, 19.11.-19.11.2020.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Servierova Online radionica iz hipertenzije

Servier pharma d.o.o.
Osijek, 19.11.-19.11.2020.
gosp. Jurica Horvat, tel: 0992648431,
e-mail: jurica.horvat@servier.com

Zajedno za kvalitetniji život naših bolesnika

Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu
online, 19.11.-19.11.2020.
gđa. Lovorka Tonsa, tel: 0993100221,
e-mail: lovorka.tonsa-ljuba@krka.biz

Pedeseta godišnjica Zavoda za intenzivnu kardiološku skrb KBC Sestra milosrdnica: Intenzivna kardiološka skrb danas

Radna skupina za akutni koronarni sindrom
Hrvatskog kardiološkog društva
Zagreb, 19.11.-19.11.2020.
gđa. Andrea Turković, tel: 013787111,
e-mail: andrea.turkovic@kbcsm.hr
Iznos kotizacije: 300,00kn

Karcinom štitnjače

Hrvatsko društvo za tumore glave i vrata i Hrvatsko društvo za bolesti štitnjače
Zagreb, 20.11.-20.11.2020.
gđa. Irena Markovac, tel: 098862654,
e-mail: irena.markovac@gmail.com

Servierova Online radionica iz hipertenzije

Servier pharma d.o.o.
Pula, 20.11.-20.11.2020.
gđa. Margareta Karlović, tel: 0916551529,
e-mail: margareta.karlovic@servier.com

Metaboličke bolesti i anemije u kroničnoj bubrežnoj bolesti; Bubrež; Velike krvne žile

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 23.11.2020.-23.05.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

Edukacijske vježbe obnove znanja za doktore medicine izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Splitsko dalmatinske županije
Split, 23.11.-24.11.2020.
gđa. Radmila Majhen Ujević, tel: 0989480943,
e-mail: rujevic2@gmail.com

Rotaes (edoksaban) - novi NOAK TBD; Srce; Mozak

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 24.11.2020.-24.05.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

GLP-1 RA i kardiovaskularni ishodi: dokazi i kliničke implikacije

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Rijeka, 24.11.-24.11.2020.
gđa. Mara Čabreja, tel: 012350999,
e-mail: cabreja_mara@lilly.com

Bolesti GIT- da li se što promijenilo?

Sandoz d.o.o.
online, 24.11.-24.11.2020.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Problematika liječenja ovisnosti u doba COVID-19 epidemije

Sandoz d.o.o.
webinar, 24.11.-21.11.2020.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

SGLT2 inhibitori - i srce i bubrež; PCSK9 inhibitori - nove mogućnosti; Komplikirana stanja u hipertenziji; Predhipertenzija i bazična istraživanja

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 25.11.2020.-25.05.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

Buprenofin- znamo li sve ili ne baš sve

Sandoz d.o.o.
online, 25.11.-25.11.2020.
g. Karlo Smiljan, tel: 0912353111,
e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

2.eduKMAT radionica - ISH i IDH

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 25.11.-26.11.2020.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Pneumokokna bolest u sjeni COVID 19; Epidemiologija i javno zdravstvo; Pedijatrija

Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 26.11.2020.-26.05.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

Gastroenterološki pacijenti

Sandoz d.o.o.
webinar, 26.11.-26.11.2020.
gđa. Petra Lešin, tel: 0912353414,
e-mail: petra.lesin@sandoz.com

Ovisnosti u doba koronavirusa

Sandoz d.o.o.
webinar, 26.11.-26.11.2020.
gđa. Marija Mihajlovski, tel: 0912353210,
e-mail: marija.mihajlovski_ext@sandoz.com

Hiperbarična oksigenoterapija - što je to?

Poliklinika Marija
online, 26.11.-26.11.2020.
gđa. Adriana Kičić, tel: 0997233727,
e-mail: poliklinikam@gmail.com

ABCDE pregled

Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Zagreb, 01.12.-01.12.2020.
g. Saša Balija, tel: 0981395233,
e-mail: tajnik@hsdgm.hr

12. Štamparovi dani

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Pletternica, 04.12.-06.12.2020.
Ino Kermec, tel: 0915478844,
e-mail: udrugastampar@gmail.com

**PRIVATNA
ORDINACIJE
OBITELJSKE
MEDICINE**

Dajem u najam ili prodajem prostor,
ordinaciju obiteljske medicine koja radi
u Nedelišću, Međimurska Županija.

Detaljnije informacije tel : 098 16 94 860

