GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE GODINA XXI BR. 196 VELJAČA 2021.

LIJEČNIČKE novine

LIJEČNIČKE NOVINE Broj 196

LAUREATI GODIŠNJIH NAGRADA HLK-a

Kristina Bojanić

Josip Anđelo Borovac

RAZGOVOR

Vesna Štefančić Martić, dr. med.

Renata Čulinović-Čaić

Romana Kovačević-Barišić

Marko Kutleša

Marko Lucijanić

Tomislav Luetić

Anna Mrzljak

Željka Perić Sekulić

Leona Šiljeg

TEMA BROJA > POTRES NA BANOVINI

ISSN 1333-2775

PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE
POSEBNA PONUDA OD 25.1. DO 13.2.2021.

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima. Imate ideju, planove i potrebe koje želite ostvariti, ali nedostaje vam gotovine? To ne mora biti prepreka. Iskoristite **posebnu ponudu od 25.1. do 13.2.2021.** za realizaciju PBZ nenamjenskog kredita u kunama uz fiksnu kamatnu stopu i mogućnost odgode otplate od tri mjeseca.

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

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

OTKRIJTE PREDNOSTI PBZ NENAMJENSKIH KREDITA

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

POSEBNA PONUDA OD 25.1. DO 13.2.2021. FIKSNA KAMATNA STOPA U HRK

ZA KREDITE BEZ CPI POLICE OSIGURANJA:

- od 13 do 60 mjeseci - od 3,20%[1] (EKS od 3,25%)[2]
- preko 60 do 120 mjeseci - od 3,48%[1] (EKS od 3,54%)[2]

ZA KREDITE UZ CPI POLICU OSIGURANJA:

- od 13 do 48 mjeseci - od 3,00%[1] (EKS od 4,05%)[3]
- preko 49 do 120 mjeseci - od 3,28%[1] (EKS od 4,40%)[3]

Kamatne stope su iskazane kao godišnje kamatne stope.

[1] Visina fiksne kamatne ovisi o kreditnom riziku klijenta.
[2] EKS je izračunat za iznos kredita 75.000,00 HRK i rok otplate 5 ili 7 godina. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.
[3] EKS je izračunat za iznos kredita 75.000,00 HRK i rok otplate 4 ili 7 godina te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita u iznosu od 1.494,00 HRK/2.614,50 HRK. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

REPREZENTATIVNI PRIMJER UKUPNIH TROŠKOVA NENAMJENSKI KREDITI U HRK

	FIKSNA KAMATNA STOPA UZ OSIGURANJE KORISNIKA KREDITA (CPI)		FIKSNA KAMATNA STOPA BEZ CPI POLICE OSIGURANJA	
Valuta kredita	HRK			
Traženi iznos kredita	75.000,00 HRK			
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade			
Rok otplate kredita	4 godine	7 godina	5 godina	7 godina
Jednokratna premija osiguranja korisnika kredita (CPI)	1.494,00 HRK	2.614,50 HRK	-	-
Kamatna stopa	3,00%[1]	3,28%[1]	3,20%[1]	3,48%[1]
Efektivna kamatna stopa (EKS)	4,05%[2]	4,40%[2]	3,25%[4]	3,54%[4]
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	4.871,12 HRK	9.246,22 HRK	6.459,65 HRK	9,831,16 HRK
Mjesečni anuitet	1.660,07 HRK	1.000,49 HRK	1.354,33 HRK	1.007,31 HRK
Ukupan iznos za otplatu	81.365,12 HRK[3]	86.860,72 HRK[3]	81.459,65 HRK[5]	84.831,16 HRK[5]

[1] Kamatna stopa je fiksna za cijelo vrijeme otplate kredita.
[2] EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade, uz navedeni rok otplate i jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.
[3] Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita, kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita.
[4] EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade i uz navedeni rok otplate. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.
[5] Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana.

#UVIJEKZAJEDNO

PRIVREDNA BANKA ZAGREB

www.pbz.hr

Bank of INTESA SANPAOLO

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

IMPRESSUM

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

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

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

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 Vagić, dr. med.
Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

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

UREDNIČKI ODBOR
Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med. • Ana Gverić Grginić, dr. med.
Prof. dr. sc. Zdenko Kovač, dr. med. • Prim. Slavko Lovasić, dr. med.
Dr. sc. Adrian Lukenda, dr. med. • Prof. dr. sc. Ivica Lukšić, dr. med.
Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Anna 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 svojstava lijeka te cjelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

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

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 1. veljače 2021.

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
Laureati godišnjih nagrada HLK-a za 2019. i 2020. godinu

KAZALO

4 UVODNIK
Anketa HLK-a donosi odgovor na pitanje:
JE LI ISTINA DA POLOVICA HRVATSKIH LIJEČNIKA ODBIJA CIJEPLJENJE PROTIV COVID-19?

5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE
Tri praščića

6 RAZGOVOR
Dr. Vesna Štefančić Martić

10 TEMA BROJA
Liječnici o potresu u SMŽ-u
Volontiranje i volontersko prigovaranje

18 KRONOLOGIJA COVID-19

20 IZ KOMORE
In memoriam prim. Ćepuliću • Kampanja „Imaš znanje, budi primjer!“ • Nagrade za rad u epidemiji • HLK o pravičnim koeficijentima • Pomoć liječnicima nakon potresa • Big Band HLK-a Odbijen prijedlog HLK-a • Godišnje nagrade HLK-a • Pub kviz HLK-a • Aktivnosti u prosincu 2010. i siječnju 2021.

29 KOMORINI STIPENDISTI

32 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA
Projekti prof. Sanje Musić Milanović • Hrvatski liječnici useljenici Svjetski dan AIDS-a • Bazivertebralna ablacija • Mobilni psihijatrijski timovi u potresu • 50 godina bubrežne transplantacije Webinar o kroničnom nefritisu

42 IZDAVAŠTVO

45 GOST UREDNIK
Dr. Marija Marković: Crtice iz Zaboka

48 COVID-19
Stacionar Arena Zagreb • Post COVID • Novi koronavirus još infektivniji• Minimizirati objavljivanje na društvenim mrežama! Rabdomioliza kao prvi simptom • Studij medicine u vrijeme pandemije • Obiteljski liječnik na prvoj crti • Epidemiolog u pandemiji • Cijepljenje u Izraelu

66 MLADI LIJEČNICI

68 REAGIRANJA

70 PRIKAZ SLUČAJA

77 SALUTOGENEZA

78 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

80 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE

81 MEDICINA I PRAVO

84 ŽENE U MEDICINI

87 MEDICINSKA ETIKA

88 IZ POVIJESTI MEDICINE

92 KULTURA

94 USPOMENE

98 PUTOPIS

102 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Anketa HLK-a donosi odgovor na pitanje:

JE LI ISTINA DA POLOVICA HRVATSKIH LIJEČNIKA ODBIJA CIJEPLJENJE PROTIV COVID-19?

Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ, dr. med.

predsjednik
Hrvatske liječničke komore

„Cijepljenje protiv COVID-19 odbit će čak 50 posto liječnika ... Naime, prvi podaci iz bolnica govore da bi se cijepilo tek oko polovice liječnika...“ Ovu su informaciju sredinom prosinca mogli pročitati čitatelji jednoga našeg dnevnog lista. Vijest je potom preuzela HINA pa se ubrzo našla na svim internetskim portalima. Čitateljima je prenesena zabrinjavajuća vijest da polovica liječnika ne kani iskoristiti mogućnost jedine učinkovite zaštite protiv koronavirusa, odnosno da se jednostavno ne žele cijepiti. Vijest je bila jako čitana i komentirana. I tu ne bi bilo ništa sporno ili neuobičajeno, da se nije radilo o *fake news*.

Zašto ova vijest nije bila točna?

Zavodi za javno zdravstvo poslali su upit zdravstvenim ustanovama o broju potrebnih doza cjepiva za njihove zdravstvene radnike. Onda su ustanove, neke ažurnije, druge manje ažurno, proslijedile takav upit svojim zaposlenicima. Od njih je zatražen odgovor u vrlo kratkom roku, koji je u nekim slučajevima bio jedan dan. Na taj upit je dio zdravstvenih radnika odgovorio i potvrdio da se želi cijepiti, a dio nije odgovorio u traženom roku. Dio zdravstvenih radnika nije niti dobio mail, dijelu je završio u „smeću“, dio nije stigao odgovoriti itd. Informacija o polovici liječnika koji odbijaju cjepivo zapravo sugerira čitatelju da je doista pedeset posto liječnika na upit mailom o cijepljenju odgovorilo da ga odbija, što je netočno. Točno je, naime, da je postotak liječnika za koji je objavljeno da se ne žele cijepiti zapravo postotak liječnika koji uopće nije odgovorio na upit mailom. Što nikako nije isto i ne može se tumačiti kao isto. Ovu je vijest ubrzo Faktograf, portal koji se bavi provjerom činjenica, odredio kao netočnu pa su neki mediji posljedično objavili autodemanti.

U narednim danima brojni su predstavnici liječničkih udruženja trebali u javnosti odgovarati na pitanje o velikom broju liječnika koji odbijaju cijepljenje, odnosno trebali su pojačano objašnjavati da to jednostavno nije istina. Na ovom primjeru se pokazalo zapravo da je puno teže demantirati i pojašnjavati činjenice, nakon što se u medijskom prostoru stvori okvir pogrešnim tumačenjem neke informacije.

Liječnici koji se već godinu dana bore s novim koronavirusom na prvoj crti bojišnice, koji su vidjeli koliko patnje i umiranja donosi COVID-19, shvaćaju važnost cjepiva i vide cijepljenje kao svjetlo na kraju ovog dugog i mračnog pandemijskog tunela. Cijepljenje značajnog postotka populacije od ključne je važnosti za povratak na staro. Naši sugrađani slušaju struku i pažljivo gledaju kako se zdravstveni profesionalci i sami odnose, ne samo prema bolesti i epidemiološkim mjerama, nego i prema cijepljenju. Stoga je od iznimne važnosti postići visoku procijepljenost zdravstvenih radnika, uz druge prioritetne skupine, a potom u drugom koraku i visoku procijepljenost opće populacije.

Upravo zato je Hrvatska liječnika komora, s osam drugih komora u zdravstvu, osmislila i potaknula javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!“, s ciljem informiranja zdravstvenih radnika o cijepljenju protiv COVID-19. Komora je prije započinjanja kampanje početkom siječnja provela anketu o stavovima liječnika vezanih uz COVID-19 i cijepljenje. Na anketu je odgovorilo gotovo četiri tisuće kolegica i kolega. Podaci koje smo dobili za liječnike su izvrsni. Naime, gotovo 87 % liječnika se ili cijepilo ili će se cijepiti. Sedam posto ih još ne zna, dok je svega 6 % anketiranih zasad skeptično prema cijepljenju. Među ovih 13 % koji ne znaju ili se neće cijepiti je i 4 % liječnika koji su preboljeli COVID-19 pa su zaštićeni protutijelima. Stoga stvarni postotak onih liječnika koji se neće cijepiti iznosi 4 %, a onih koji su za sad neodlučni 5 %. Ovaj rezultat ne samo da još jednom demantira vijest s početka ovog teksta nego i jasno govori da ogromna većina liječnika itekako zna i vjeruje u cijepljenje.

Nažalost, došlo je do zastoja u isporuci cjepiva prema državama EU-a. U Hrvat-

skoj se dijelu liječnika i ostalih zdravstvenih radnika odgađa prva ili druga doza cjepiva. Unatoč tomu što je EU za istraživanje i razvoj cjepiva protiv COVID-19 uložila 2,7 milijardi eura i činjenici da ima uredno potpisane ugovore s farmaceutskim tvrtkama, ti isti farmaceuti sada Uniji poručuju da je „na čekanju". Europska unija, kao zajednica država i naroda s velikom ekonomskom moći, treba se i mora bitno čvršće postaviti u ovoj situaciji jer njezini građani to od nje očekuju. Ako je pandemija, između ostaloga, nažalost donijela „tko jači – kvači" obrazac u poslovnom ponašanju na najvišoj razini, onda jednostavno i EU treba u razgovorima s dobavljačima posegnuti za nepopularnim, ali vjerojatno učinkovitijim potezima. Primjerice, dio pogona, proizvodnih postrojenja u kojima se proizvodi cjepivo je na tlu država članica EU-a, a jedna od mjera koja Uniji stoji na raspolaganju je i - zabrana izvoza cjepiva. Postoje, naravno, i druge mjere te metode koje krovnim pregovaračima Unije stoje na raspolaganju. Gledamo u Bruxelles, očekujemo čvrst stav čelništva EU-a, nadamo se boljim vijestima.

Tri praščića

Kako je sve povezano, sve je u nekakvim premreženim odnosima. Pa je tako i krajnja humanistička etičnost u vezi s krajnje materijalističkim vrijednostima. Kao u bajci o tri praščića. Materijalni standard se nameće kao imperativ u očuvanju spremnosti čovječanstva na neželjena iznenađenja našeg domaćina – prirode, kao moralni *raison* u odlučivanju o budućnosti čovjeka i civilizacije. Imati kuću je prema statičkim normativima koji štite od potresa kritično poželjno, skupo i povezano s osjećajem odgovornosti za više i šire od sebe, sada i ovdje. Nažalost, i neulaganje u ovakvu preventivu stajalo nas je kobnih posljedica. Vuk nas je lako otpuhnuo u onim kućama prvih dvaju praščića.

Je li vrijeme da (tek) iz najcrnjih (ponavljanih) scenarija urgentno donesemo dugo odgađane odluke o tome kako treba izgledati naš zdravstveni sustav po pitanju armiranog betona?! Možemo li napustiti sitne interese i realizirati strategiju čvrstih moćnih velikih bolničkih središta u ovoj maloj državi? Može li se bez neargumentiranog politiziranja zaključiti da je ulaganje u stare, dotrajale i u svakom drugom pogledu neprikladne objekte neisplativo, neučinkovito, dekadentno, po život opasno? Bunar bez dna. Ruševna povijest je za restauratore, arhive, muzeje, eventualno otmjenu dekoraciju (da tko ne bi pomislio da smo od jučer), uz dužno poštovanje. Naša je misija osvijetliti ovu sadašnjost kako bismo jednom u budućnosti na nju gledali kao na bolji dio prošlosti.

Patetični atributi koji opisuju vrline još jednom su zasluženo zavladali u krizi stravičnog stradavanja, a patetika je postala nažalost više nego primjerena atmosfera. Nesebični, plemeniti, (ne)umorni, samozatajni liječnici i drugi zdravstveni djelatnici Siska, Petrinje, Gline, kao i došljaci koji su došli upomoć, požrtvovno su zbrinuli pacijente i nastradale u potresom pogođenim gradićima i selima. Kuće i bolničke zgrade rušile su se kao kule od karata ili pucale još neodlučno odolijevajući pozivu gravitacije. Podrhtavalo je dugo, a fraza „gubiti tlo pod nogama" izgubila je metaforu i simboliku postavši stvarnost. Kao u znanstvenoj fantastici otvarali su se rasjedi u stilu „zemljo, otvori se". Naše kolegice i kolege nisu imale vremena filozofirati o značenju ružnoga sna koji postaje java i bez odgađanja su spriječili da šteta bude još veća, spašavajući, osim ljudi, i medicinsku opremu za koju su se do tada bili teško izborili. Kao i u drukčijim ratovima do sada, prepoznatljiv je već viđen scenarij altruizma imanentan našem zvanju. I svaki put kada treba donijeti političku odluku koja se tiče samih liječnika ili uvjeta za naš rad treba zažmiriti i dozvati u sjećanje prizore iz ovih hladnih dana i noći, iz ruševina domova i života nad kojima hrabro bdiju ruke i srca naših kolega.

Moram se još dotaći jedne druge teme koja dnevno prožima naše živote. A to je opet pitanje prava i obveza nadređenih, autoriteta i onih koji bi to trebali biti. Nije prihvatljivo opravdavati nekorektna, autokratska ponašanja nekakvim zaslugama koje bi trebale biti samo dio normalnog doprinosa zajednici u kojoj živiš, ako raspolažeš njezinim sredstvima i imaš propisanu ulogu koja obvezuje. U našem poslu to znači da smo na određenim položajima zaduženi za profesionalni standard, napredak i prenošenje znanja. To znači da kupljen dijagnostički uređaj ili sagrađeno krilo državne bolnice nisu herojska djela niti nečija vlastita postignuća koja opravdavaju bilo kakve povlastice ili, ne daj Bože, nekorektnosti. Mislim da moramo promijeniti taj mentalni sklop koji takvima oportunistički pripisuje samo epitete. Pozicije vlasti u državnim ustanovama nalažu odgovornost za kolektivnu dobrobit i ona ne bi trebala biti pitanje nečije osobne dobre volje, treba se moći odmaknuti od osobnih primanja „dobročinstava" nadređenih u procjeni njihovog karaktera.

I za kraj, uz želju da pobijedimo biološke napasti, ugroze iz dubine Zemlje i tko zna što još, nadam se da ćemo sada dostupnim cjepivom prevladati velik dio barem ovog prvog problema. U ovim teškim trenucima naše je znanje odrednica pravilnog izbora, a naš primjer putokaz drugima.

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

Vesna Štefančić Martić

dr. med.

Razgovarala
ALICE JURAK

predsjednica Povjerenstva HLK-a za javnozdravstvenu djelatnost i koordinatorica javnozdravstvene kampanje za cijepljenje:

„Imaš znanje, budi primjer!“

Hrvatska liječnička komora, s još osam komora u zdravstvu, pokrenula je javnozdravstvenu kampanju za podizanje razine svijesti zdravstvenih radnika o nužnosti cijepljenja protiv COVID-19. O važnosti ove kampanje i svim njezinim aspektima razgovarali smo s koordinatoricom kampanje, dr. Štefančić Martić

Devet zdravstvenih komora okupilo se u javnozdravstvenoj kampanji "Imaš znanje, budi primjer!" Zašto je pokrenuta i koji je njezin cilj?

Prema svojoj strukturi ovo je tipična kampanja informiranja i podizanja znanja i razine svijesti o važnosti cijepljenja protiv novog koronavirusa. Kako je trenutačno još uvijek epidemija, a cijepljenje je jedini način njenog sustavnog suzbijanja, od iznimne je važnosti, uz druge epidemiološke mjere, promicanje važnosti detaljnog informiranja o COVID-19 i SARS-CoV-2, vrstama dostupnih cjepiva, cijepljenju, specifičnostima postupaka odobravanja cjepiva i drugim relevantnim COVID-19 temama.

Posebnost je ove kampanje upravo njezina ciljana skupina – usmjerena je na zdravstvene radnike kojih u Hrvatskoj ima više oko 73.000. S obzirom na to da je značajan broj zdravstvenih radnika angažiran na prvoj crti borbe s novim koronavirusom i da se svakodnevno izlaže riziku od zaraze, nužno je bilo pokrenuti javnozdravstvenu kampanju koja ukazuje da je i zdravstvenim radnicima raznih profila potrebno pružiti prikladne, znanstveno utemeljene informacije iz pouzdanih stručnih izvora kako bi donijeli odluku o cijepljenju protiv COVID-19. Zato su ključni ciljevi kampanje povećanje broja zdravstvenih radnika koji će se dobrovoljno cijepiti, njihovo detaljno informiranje o svim aspektima cijepljenja i pružanje odgovora na njihova pitanja. Slogan kampanje usmjeren je na isticanje te ključne poruke: **zdravstveni radnici imaju znanje i svojim primjerom i znanjem doprinose podizanju razine svijesti o važnosti cijepljenja kod svojih kolega, pacijenata i bližnjih**. Stoga je ključna podloga za provedbu ovakve kampanje zajednička suradnja svih komora u zdravstvu koja naglašava kako ovu veliku bitku možemo dobiti zajedničkim djelovanjem usmjerenim na članove te isključivo stručnim pristupom utemeljenim na znanstvenim dokazima i činjenicama. Time je naglašena i poruka o važnosti individualne, ali i kolektivne odgovornosti unutar zdravstvenog sustava. Značajno je istaknuti kako su, pored komora koje su nositeljice, ovu javnozdravstvenu kampanju podržale mnoge javne i državne institucije kao njeni podržavatelji te eminentni znanstvenici i stručnjaci kao zagovaratelji.

Koji su sve predviđeni koraci u kampanji? Na što je ona fokusirana i od čega se sastoji?

Zamišljena je kao javnozdravstvena kampanja koja prati proces cijepljenja među zdravstvenim radnicima u Hrvatskoj te je njezina implementacija zamišljena prvenstveno kroz komunikaciju sa zdravstvenim radnicima putem internetske stranice www.budiprimjer.hr koja sadrži sve dostupne informacije na jednom mjestu, objave na društvenim mrežama (Facebook i Twitter), poticanje zdravstvenih radnika na aktivno sudjelovanje na webinarima i u snimanju edukativnih video materijala, objava u masovnim medijima. U fokusu su zdravstveni radnici koji odlažu odluku o cijepljenju ili su neodlučni oko donošenja odluke o cijepljenju, ali vrlo realno možemo očekivati kako će informacije putem navedenih kanala pobuditi zanimanje i šire javnosti.

U sklopu kampanje provedena je anketa o stavovima prema cijepljenju protiv COVID-19 među članovima devet zdravstvenih komora. Molimo Vas za komentar rezultata te ankete.

Istraživanje je provedeno krajem prosinca 2020. i početkom siječnja 2021. godine i u istraživanju su sudjelovala 8.844 ispitanika - zdravstvenih djelatnika članova devet zdravstvenih komora. Cilj je bio dobiti uvid u stavove zdravstvenih djelatnika o epidemiji i o cijepljenju protiv COVID-19. Među značajnijim rezultatima istaknula bih kako je 19 % ispitanika bilo zaraženo novim koronavirusom. Među ispitanicima koji do ispunjavanja upitnika nisu bili cijepljeni 56 % ih smatra kako postoji vjerojatnost da će se zaraziti i procjenjuju tu vjerojatnost sa 4,8 od 7 (najveća vjerojatnost zaraze), 12 % ih smatra kako je cijepljenje nepotrebno, 20 % da je COVID-19 bezopasan, a 72 % važe koristi i rizike cijepljenja. Zanimljivo je istaknuti da 76 % od ukupnog broja ispitanika smatra kako je cjepivo sigurno. Vezano uz odluke o cijepljenju, rezultati ovog istraživanja pokazali su kako se 49 % ispitanika planira cijepiti, 23 % već je cijepljeno, 14 % ne zna, a 14 % je izjavilo kako se ne planira cijepiti. Među navedenima ističem da ih je 11 % izjavilo kako nije preboljelo COVID-19 niti se namjerava cijepiti. Planiramo provesti i detaljniju analizu prikupljenih rezultata i njihovih međusobnih korelacija.

Kako objašnjavate da se dio zdravstvenih radnika ne želi cijepiti?

Među ispitanicima koji nisu preboljeli COVID-19, 11 % ih se ne namjerava cijepiti. Iako medicinski obrazovani i svjesni korisnosti i dobrobiti cjepiva općenito, pripadnici ove skupine sumnjaju u njihove ishode. To je teško vjerovati u današnje vrijeme, ali ipak se događa. Stoga samo podsjećam kako treba biti oprezan i vjerovati znanstveno utemeljenim činjenicama, a ne a priori odbijati cjepiva i slične preventivne alate. A priori odbijanje cjepiva smatram neprihvatljivim, pa i nazadnim, što može biti opasno za velik dio čovječanstva. Ovim putem apeliram na kolege u sustavu da se informiraju i biraju, ali da ne odbijaju cjepivo jer ono je najbolja prilika koju imamo za povratak normalnom životu, ali i za spas života mnogih pacijenata koje trenutačno dnevno gubimo.

Sveukupno znanje o određenim cjepivima, njihovoj djelotvornosti i sigurnosti, doprinosi izgradnji povjerenja zdravstvenih radnika u cjepiva te povećava njihovu spremnost da preporuče cjepivo i drugima. Nije zanemariva važnost podrške kolega kao utjecajnog čimbenika. U isto vrijeme, suočavajući se s nedoumicama vezanima uz cjepiva, zdravstveni radnici i dalje imaju izrazito značajnu ulogu u osvještavanju važnosti cijepljenja i utječu na zadobivanje povjerenja drugih, a time i na njihove odluke o cijepljenju. Zdravstveni radnici su često suočeni s vremenskim ograničenjima, povećanim radnim opterećenjem i ograničenim resursima, pa ponekad imaju nedovoljno cjelovite informacije o određenim specifičnim područjima ili nedovoljno snažnu

>>

podršku u osposobljavanju za rješavanje pitanja pacijenata. Stoga je zdravstvenim radnicima potrebna veća podrška u informiranju o novim cjepivima protiv COVID-19. **Iz tog razloga ključna je poruka o nužnosti jačanja povjerenja među zdravstvenim radnicima, ali i zdravstvenih radnika i donositelja odluka u području zdravstva, gdje su ključni preduvjeti za uspješne ishode zajedničko sudjelovanje u uspostavljanju preporuka o cjepivima i kreiranje dijaloga o stručnim temama, a posebice onim nedovoljno poznatim ili nedorečenim**.

Koji su najčešći razlozi koje zdravstveni radnici navode pri odgovoru da se ne žele cijepiti protiv COVID-19?

Najčešće se spominju skepsa prema vremenskom trajanja imuniteta koji nastaje cijepljenjem, strah od nuspojava, sumnjičavost prema ubrzanim postupcima odobravanja cjepiva, skepsa koja proizlazi iz nedovoljne razine informiranosti o tehnologiji cjepiva (*mRNA*), nedovoljna razina kritičnosti pri informiranju iz raznih nestručnih i nepouzdanih izvora i dr.

Što kod zdravstvenih radnika utječe na odluke o cijepljenju?

Prvenstveno kreiranje i povećavanje razine povjerenja u učinkovitost i sigurnost cijepljenja, zdravstveni sustav kojega su dio i motive donositelja odluka vezanih uz cijepljenje kroz pružanje stručno i znanstveno utemeljenih, istinitih i jasnih informacija. Jedan je od čimbenika i percepcija rizika od COVID-19 i procjena nužnosti cijepljenja. Aktivno informiranje u svrhu svjesne procjene omjera koristi i rizika cijepljenja i smanjenje negativnih čimbenika poput stresa, nedostatka vremena i sl., također utječu na povećanje vjerojatnosti za donošenje odluke o cijepljenju.

Jesu li utvrđene projekcije u kojem će roku biti cijepljeni svi zdravstveni radnici koji se žele cijepiti?

Prema prvotnom planu cijepljenja na nacionalnoj razini, koji predviđa procjepljivanje zdravstvenih radnika u prvoj fazi, moguća je bila procjena kako je očekivani dovršetak procjepljivanja njihovoga značajnog broja bio kraj prvog kvartala 2021. godine. Međutim, unatoč planiranom i činjenici kako je već određeni udio zdravstvenih radnika procijepljen protiv COVID-19, trenutačno je vrlo nezahvalno donositi ikakve procjene u vremenskom kontekstu, prvenstveno s obzirom na odstupanja od prvotnog plana cijepljenja, usporavanja u isporuci naručenih doza cjepiva u Hrvatsku (što je slučaj i u drugim zemljama članicama Europske Unije) te posljedična organizacijska odstupanja u cijepljenju, tj. odgađanja nezapočetih cijepljenja. S druge strane, aktivnosti javnozdravstvene kampanje provodimo i dalje jer su informiranje i promicanje važnosti cijepljenja među zdravstvenim radnicima, unatoč činjenici kako je količina cjepiva trenutačno manja od potražnje za cjepivom, i dalje relevantne aktivnosti naše Komore i preostalih osam komora u području zdravstva, čiji će očekivani rezultat biti vidljiv po završetku kampanje.

U sklopu kampanje organiziran je i webinar „Vrhunski hrvatski stručnjaci o cijepljenju protiv COVID-19“ s predavanjima eminentnih stručnjaka iz zdravstva. Koje su bile teme na prvom webinaru, koliko je ljudi prisustvovalo i koja su bila najčešće postavljana pitanja?

Cilj webinara bio je pružiti zdravstvenim radnicima najnovije informacije o cijepljenju i cjepivima te im ujedno pružiti mogućnost sudjelovanja na način da postave relevantna pitanja i na njih dobiju odgovore od iskusnih stručnjaka. Teme su bile podijeljene u tri područja ekspertize stručnjaka koji su govorili o temi cijepljenja protiv COVID-19: regulatorni procesi i odobravanje cjepiva, kliničke perspektive i istraživanja, epidemiološke perspektive i istraživanja. Ističem kako se na webinar samo u prvih nekoliko sati putem mrežnog obrasca prijavilo više od 2.500, a sudjelovalo je više od 10.000 zdravstvenih djelatnika. Najčešća pitanja uglavnom se odnose na učinkovitost i djelovanje dostupnih cjepiva na nove sojeve novoga koronavirusa, kontraindikacije za cijepljenje, učinkovitost i dugoročnost djelovanja cjepiva, cijepljenje trudnica, dojilja i osoba s kroničnim i autoimunim bolestima, cijepljenje osoba koje su preboljele COVID-19, reorganizaciju cijepljenja u Hrvatskoj s obzirom na kašnjenje isporuke cjepiva i brojna druga. Na internetskoj stranici javnozdravstvene kampanje dostupan je videozapis webinara.

U najavi je i drugi webinar; o kojoj temi i tko će biti predavači?

Održavanje drugog webinara u sklopu javnozdravstvene kampanje planirano je sredinom veljače, a iako će tema ponovo biti vezana uz cijepljenje protiv COVID-19, drugim ćemo webinarom članovima komora u području zdravstva omogućiti perspektive drugih stručnjaka u zdravstvu. Predavači na drugom webinaru bit će medicinska sestra, primalja, fizioterapeut i psiholog te će u svojim predavanjima istaknuti važnost cijepljenja sukladno svojim iskustvima i ekspertizi.

Predsjednica ste Komorinog Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost. Koji je djelokrug rada tog povjerenstva?

Sukladno Statutu HLK-a, ovo se povjerenstvo brine o kvaliteti, organiziranju i dostupnosti javnozdravstvene djelatnosti te njezinoj integraciji u cjelokupni sustav zdravstvene zaštite, sudjeluje u pripremi i donošenju standarda i normativa te mjera javnozdravstvene djelatnosti, zastupa interese liječnika u javnozdravstvenoj djelatnosti kod ugovaranja s HZZO-om i drugim osiguravajućim društvima te pred ministarstvom nadležnim za zdravstvo, daje mišljenja o opravdanosti osnivanja, proširenja i promjene djelatnosti javnozdravstvenih ustanova, sudjeluje u davanju mišljenja Komore na prijedloge zakonskih i podzakonskih akata koji utječu na rad liječnika na području javnozdravstvene djelatnosti, podnosi izvješća Izvršnom odboru Komore o pojedinim nepravilnostima ili problemima u javnozdravstvenoj

Mrežna stranica kampanje je www.budiprimjer.hr

Kampanja se sastoji i od komunikacije i objava na društvenim mrežama zdravstvenih komora (Facebook, Twitter, YouTube), edukativnih video filmova, webinara za zdravstvene djelatnike, blogova eminentnih stručnjaka različitih profila u zdravstvu te cijelog niza odgovora na pitanja o cijepljenju (vrstama cjepiva, njihovim obilježjima i međusobnim razlikama)

Dr. Vesna Štefančić Martić s autoricom intervjua Alice Jurak

djelatnosti, svoj rad koordinira s ostalim tijelima Komore (posebice drugim stalnim povjerenstvima) te obavlja i druge poslove određene zakonima, Statutom ili drugim općim aktima Komore. Pored navedenoga, kao predsjednica ovoga stalnog Povjerenstva članica sam i Izvršnog odbora HLK-a te aktivno sudjelujem u njegovu radu.

Što biste izdvojili kao najveći uspjeh u dosadašnjem radu Povjerenstva?

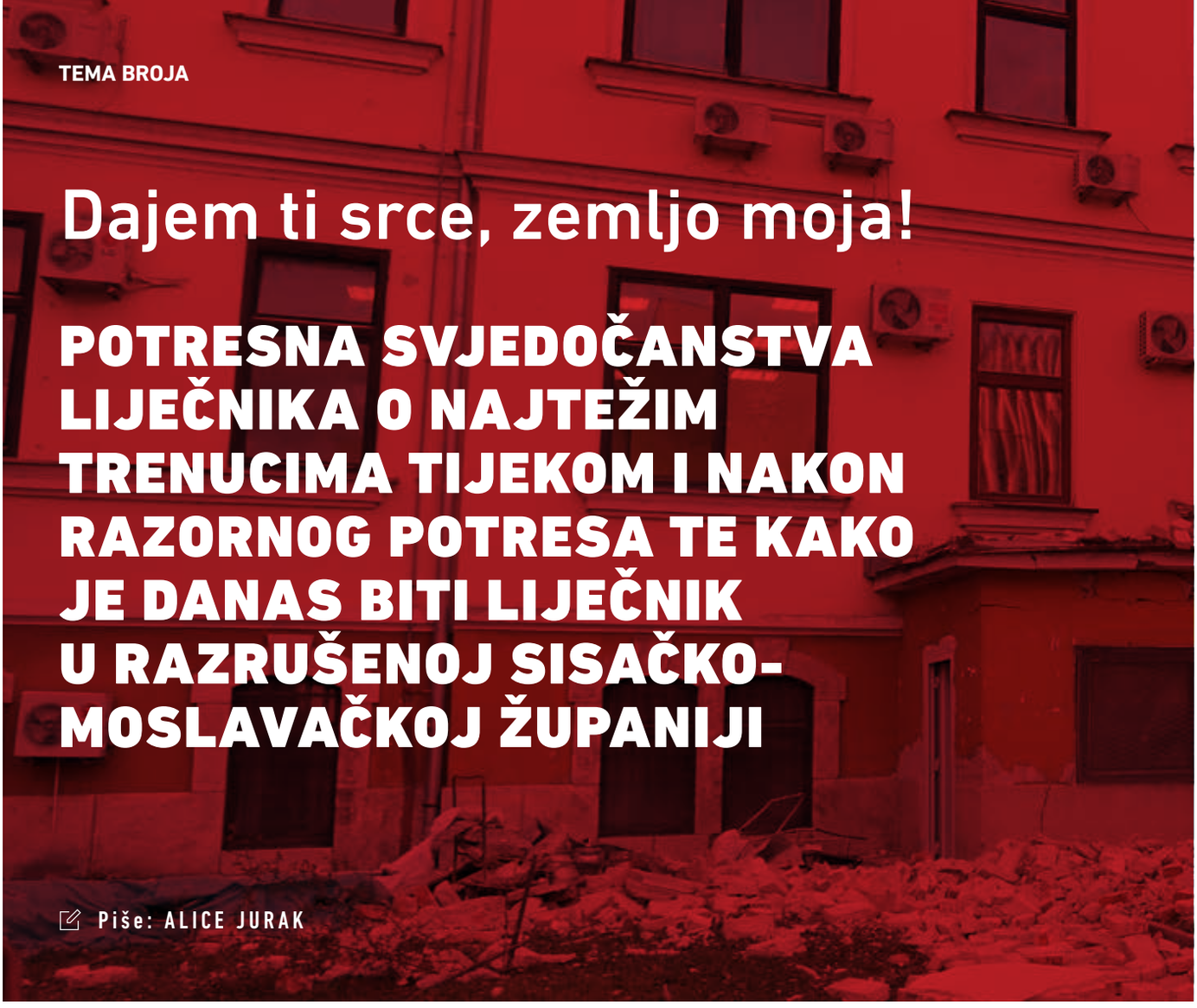
Naše aktivnosti u dosadašnjem radu podosta su heterogene, a od sredine ožujka 2020. i epidemije COVID-19 pored redovitih i rutinskih aktivnosti Povjerenstva predviđenih gore navedenim okvirima, naše su aktivnosti značajno usmjerene na pružanje podrške i informacija hrvatskim liječnicima, našim članovima. Ističem kako ovo povjerenstvo čini tim iskusnih članica kolegica specijalistica raznih javnozdravstvenih specijalizacija, uz značajnu svakodnevnu pravnu i administrativnu podršku. Na adresu Komore svakodnevno pristižu brojni upiti kolegica i kolega koji nisu isključivo medicinske prirode već često pravnog ili inih karaktera, na koje se trudimo odgovoriti i pružiti povratnu informaciju u najkraćem mogućem roku. Sjednice neko vrijeme održavamo mrežnim putem i u redovitom smo kontaktu međusobno te s kolegicama i kolegama na terenu.

Također smo pokrenuli mrežnu podstranicu **www.hlk.hr/koronavirus** na kojoj redovito objavljujemo informacije na jednomu mjestu, vezane uz preporuke i novosti o COVID-19 od početka epidemije.

Značajan je dio aktivnosti, koje je važno spomenuti, i sudjelovanje u izradi sadržaja i argumenata za zagovaračke aktivnosti usmjerene na donositelje odluka u zdravstvu, poput onih koje su se odnosile na prijedloge za unaprjeđenje procesa organizacije testiranja, na implementaciju epidemioloških mjera, osiguravanje osobne medicinske zaštitne opreme te cijepljenja, a sve u svrhu unaprjeđenja okolnosti i uvjeta rada naših kolegica i kolega.

Od aktualnih aktivnosti, zadužena sam kao članica Izvršnog odbora HLK-a za koordinaciju javnozdravstvene kampanje „Imaš znanje, budi primjer!“, u kojoj aktivno sudjeluju članice našeg povjerenstva i koju su podržali brojni članovi i dužnosnici HLK-a i drugih komora u zdravstvenom sustvu.

U krizama poput epidemije, prirodnih katastrofa i ratova, neke grane medicine intenzivnije se razvijaju od drugih, a nama preostaje mogućnost da iskustva takvih nemilih događaja, koji su nas višestruko pogodili, usmjerimo na razvoj javnozdravstvenih grana medicine kako bismo spriječili učinke tih događaja ili ih sveli na minimum u budućnosti.



Dajem ti srce, zemljo moja!

POTRESNA SVJEDOČANSTVA LIJEČNIKA O NAJTEŽIM TRENUCIMA TIJEKOM I NAKON RAZORNOG POTRESA TE KAKO JE DANAS BITI LIJEČNIK U RAZRUŠENOJ SISAČKO-MOSLAVAČKOJ ŽUPANIJI

Piše: ALICE JURAK

Dana 29. prosinca 2020. godine u 12 sati i 19 minuta dogodio se razoran potres s epicentrom 5 km jugozapadno od Petrinje. Magnituda potresa iznosila je 6,2 prema Richteru. Petrinja je uništena, središte grada gotovo da je sravnjeno sa zemljom. Brojne kuće uništene su i u Sisku i okolnim mjestima, a posljedice potresa vidljive su u cijeloj Sisačko-moslavačkoj županiji. Potres je odnio sedam ljudskih života, a deseci su ozlijeđeni. U tim najtežim trenucima od Domovinskog rata i u novijoj hrvatskoj povijesti među prvima su u pomoć ozlijeđenima priskočili brojni liječnici koji žive i rade na tom području. Iako su neki od njih i sami ostali bez svojih domova, još jednom su pokazali svoju vrhunsku profesionalnost te iznimnu ljudskost i čovjekoljublje prije svega. To su ljudi koji su posvetili svoj život pomaganju drugima. Ljudi koji su najbolji kada je najteže. Ovo je njihova priča o onome što su proživjeli tog dana.

Liječnička obitelj Vrga ostala je po drugi puta bez svog doma u Petrinji. Prvi puta bilo je to tijekom Domovinskog rata, a sada ga je uništio potres. Njihova kuća u središtu grada, njihov dom, srušen je do temelja. Od petero članova obitelji Vrga četvero su liječnici koji rade u Općoj bolnici Sisak, a najmlađi sin je student završne godine Medicinskog fakulteta u Osijeku.

Prim. BORIS VRGA, dr. med.

spec. pneumoftiziolog, subspec. pulmolog:

Petrinja, ponedjeljak, 28. prosinca 2020. Pri kraju sam 24-satnog dežurstva u petrinjskoj bolnici koja djeluje kao dio sisačke OB „Dr. Ivo Pedišić“. U njoj se, na četiri odjela (Pulmologija, Produženo liječenje, Palijativna skrb, COVID 2), kapacitiranih na 100

>>

HMS imala 625 intervencija

Hitna medicinska služba izvijestila je da je nakon razornog potresa imala 625 intervencija na pogođenom području, a u pružanju hitne medicinske skrbi sudjelovalo je i dodatnih 65 timova izvanbolničke hitne medicinske službe iz cijele Hrvatske

bolesnika, nalazi njih šezdesetak. U 6 sati i 28 minuta dežurna soba, smještena u prizemlju zgrade, započinje se tresti. Nakon sedam-osam sekundi trešnja prestaje, no nekoliko pokretnih bolesnika već je istrčalo u prostor ispred bolnice. Uplašeni su, pojedini se ne žele vratiti u zgradu. Sestre na odjelima su također uznemirene, no i dalje obavljaju svoje profesionalne zadatke. Ozlijeđenih nema, a ni evidentnijih oštećenja na vanjskom i unutarnjem tkivu zgrade. U vijestima u 7 sati Prvi program Hrvatskog radija obavještava slušatelje kako je u 6 sati i 28 minuta Petrinju zahvatio potres jakosti 5,1 po Richteru. S bolničkog liječenja otpuštaju se bolesnici čije se liječenje može nastaviti ambulantno. U 8 sati i 10 minuta predajem službu i žurim se kući da vidim u kakvom mi je stanju dom. Konstatiram napukline zidova, srušene komade malte i razbijene staklene predmete. Nije mi ni na kraj pameti da bi ovaj potres mogao biti uvod u naredni, nekoliko desetaka puta razorniji, tim više što

Prim. BORIS VRGA, dr. med.

i

TATJANA VRGA, dr. med.

naši seizmolozi navode kako je malo vjerojatno da bi eventualni sljedeći potres mogao biti jači od prethodnoga.

Petrinja, utorak, 29. prosinca 2020. Prvi dan „starog“ godišnjeg odmora. Relativan mir do 12 sati i 19 minuta kada nastupaju iznenadni huk i potmula grmljavina. Istodobno, kuća se počinje tresti i ljuljati kao čamac na uzburkanom moru. U pokušaju da se domognem nadvratnika, padam na pod. Svom težinom tijela dočekujem se na lijevu ruku. Komad cigle, uzrokovan rušenjem i propadanjem dimnjaka, pogađa me u glavu, a manji komadi opeke i žbuke padaju po leđima. Petnaestak sekundi, koliko je trajala trešnja uzdrmane kuće, praćena rušenjem dijelova namještaja, treskom prozorskih okana, padanjem knjiga s polica i slika sa zidova, činilo mi se dugim kao vječnost. Kroz stube pune otpalog građevinskog materijala, konačno istrčavam u dvorište. Zidana garaža u dvorištu, sklopila se kao da je od papira. Bezuspješno pokušavam

nazvati 88-godišnju majku koja živi u stambenoj zgradi, udaljenoj kojih tristotinjak metara. Hitam prema njoj cestom kojom već jure vatrogasna vozila i kola hitne pomoći, a jauci i zapomaganja prestravljenih ljudi miješaju se s rotirnim svjetlima i zvucima sirena. Slika grada je stravična, potpuno su urušene kuće u središtu grada koji izgleda kataklizmično. Nakon srećom kraćeg prekida mobitelskih veza, supruga mi javlja da je majka izmještena iz stana i da se nalazi pred obližnjim Domom za starije i nemoćne čijih je 116 štićenika već evakuirano i nalaze se ispred zgrade tog Doma koji je također teško oštećen. Započela je evakuacija domskih štićenika u petrinjsku vojarnu gdje je uspostavljen prihvatni centar. U petrinjsku vojarnu privremeno se evakuiraju i bolesnici iz petrinjske bolnice koju je već posjetio ministar zdravstva dr. Vili Beroš. Sanitetskim prijevozom i helikopterima odatle se premještaju u zagrebačke bolnice: pulmološki pacijenti u Plućnu bolnicu u Rockefellerovoj ulici u Zagrebu, a COVID bolesnici u Kliničku bolnicu Dubrava. Pacijenti na dugotrajnom liječenju i palijativnoj skrbi sele se u bolnicu Vrapče. Pomoć u sanitetskom prijevozu pružaju gradovi Velika Gorica, Zagreb i Karlovac. Požrtvovnim liječnicima, medicinskim sestrama i djelatnicima tehničke službe pomažu članovi civilne zaštite, vatrogasci i drugi. Razorni potres ostavio je grad u ruševinama, a u dušama njegovih građana nevjericu i neizvjesnost, strah i žalost. Desetak manjih naknadnih potresa, koji su i dalje podrhtavali petrinjsko tlo, gotovo da i nisam osjetio. No, zato sam započeo osjećati sve jaču bol u području glave te dlana i lakta lijeve ruke. U kasnim večernjim satima, kroz razrušen grad prepun volontera, pohrljelih iz cijele Hrvatske, majku odvozimo u pravcu Siska gdje će provesti noć, a mi se upućujemo prema Kalinovici kraj Samobora gdje ćemo pronaći privremeni smještaj i gdje će nam se sutradan pridružiti majka čiji je stan dobio crvenu naljepnicu neupotrebljivosti. Oznaka „X“ (iks), koju su statičari već 31. prosinca 2020. postavili na zid naše zgrade, predodredivši je time za obvezatno i skoro rušenje, učvrstili su moje uvjerenje da sam po drugi put u posljednja tri desetljeća postao beskućnik. Podaci nacionalne Seizmološke službe, po kojima je područje Petrinje od 28. prosinca 2020. do 6. siječnja 2021. pogodilo čak 584 potresa, uvjerili su me kako će potresi još neko vrijeme biti sastavan dio života i da ću se u budućim danima morati naviknuti na suživot s njima. Taj suživot bit će u velikoj mjeri otežan činjenicom da više nemam svoj dom. Priču o dva potresna dana, koji su u velikoj mjeri promijenili život brojnih Petrinjaca i Siščana, završavam činjenicom da sam 18. siječnja u kontejneru smještenom nedaleko petrinjske bolnice, poput ostalih kolega, nastavio svoje pulmološko djelovanje. S nadom, kako će žuta naljepnica postavljena na zid petrinjske bolnice, koja označava da je zgrada privremeno neuporabljiva, vrlo brzo postati zelena. tj. uporabljiva bez ograničenja.

TATJANA VRGA, dr. med.

specijalistica fizikalne medicine i rehabilitacije

Sisak, utorak, 29. prosinca 2020. Na svom sam radnom mjestu u specijalističkoj ambulanti Odjela za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju OB-a „Dr. Ivo Pedišić“ u Sisku, poznatijem kao Jodno lječilište. Upravo privodim kraju pregled jednog od pacijenata naručenih za taj dan. U 12 sati i 18 minuta nazvao me suprug interesirajući se kada ću pristići kući s obzirom na to da se očekuje dolazak statičara i njihova procjena stabilnosti naše stambene zgrade, narušene prigodom jučerašnjeg potresa. Tijekom razgovora započela je snažna trešnja zgrade s padanjem žbuke s napuklog zida iza mojih leđa. Pacijent me prihvaća za ruku i povlači ispod štoka vrata od ordinacije. Gotovo istodobno se prekida mobitelska veza sa suprugom. Zadnje riječi koje sam čula prije prekida veze glasile su: „Tanja, opet se trese!“ Pitam se kako mi je suprug u Petrinji, kako kćerka, koja radi u Ambulanti za dječju rehabilitaciju smještenoj na kraju hodnika? Kako mi je sin koji me čeka u automobilu na parkiralištu ispred Odjela? Pozivam sve pacijente i djelatnike da što prije napuste zgradu. Po izlasku, ugledam kćerku i sina kako trče prema meni. Preplašeni i uznemireni svi smo na mobitelima te pokušavamo dozvati svoje najbliže. Zovem supruga i starijeg sina, puna brige za njegovu tročlanu obitelj koja živi u Petrinji. Kćerka bezuspješno pokušava stupiti u vezu sa suprugom, što pojačava našu brigu i strah. Dok su se pacijenti razilazili prema svojim domovima, vozimo je prema njenoj stambenoj zgradi u Sisku, gdje je u mnoštvu ljudi istrčalih iz svojih stanova ugledala supruga i osmogodišnjeg sina. Probijajući se kroz sisačke ulice, zakrčene srušenim dijelovima kuća, nastavljamo prema Petrinji. Konačno uspostavljam telefonsku vezu sa suprugom koji mi potvrđuje da je dobro, ali da nažalost više nemamo svoj dom. Stariji sin, nakon što se uvjerio da je otac živ, sjeda na bicikl i juri natrag na kirurški odjel sisačke bolnice kako bi pomogao u zbrinjavanju ozlijeđenih u potresu. Po dolasku u Petrinju konačno se u gradskom parku sastajemo s članovima obitelji. Taj sastanak bio je jedina svijetla zraka toga katastrofičnog dana. Po procjeni statičara da je stari dio zgrade Jodnog lječilišta (trećina prostora) siguran za obavljanje medicinske djelatnosti, vrlo brzo, već 4. siječnja 2021., ponovo uspostavljamo rad Odjela za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, usklađujući ga s trenutačnim prostornim i epidemiološkim stanjem. Nadam se da će uroditi plodom naša nastojanja da se, nakon potpunog uništenja petrinjskog Doma zdravlja i prostora koji smo koristili za obavljanje naše djelatnosti i se u samoj Petrinji ponovno uspostavi fizijatrijska ambulanta s fizikalnom terapijom.

IVANA ŠMIT, dr. med.,

spec. internist, dopredsjednica HLK-a
predsjednica HUBOL-a

Potres me zatekao na radnomu mjestu u najstarijoj zgradi sisačke bolnice. Bilo je zastrašujuće. Stoljetna zgrada se tresla kao kućica od karata, debeli zidovi su se cijepali kao da su od papira, zastrašujući zvuk pada gomila cigle posvuda. Mislila sam da ću umrijeti zatrpana tonama cigle i betona. Kad se sve smirilo, izašli smo iz zgrade i shvatili da smo preživjeli veliku katastrofu. Moj dom na svu sreću nije srušen, pretrpio je manja oštećenja, srušen dimnjak, nešto žbuke, napuklih zidova i porušenog namještaja. Nažalost, sukladno prognozama

IVANA ŠMIT, dr. med.

tlo se u Sisku i Petrinji i dalje trese, što nas sve dovodi do ludila. Ne dozvoljava opuštanje ni predah. Mnogi su se odselili unatoč očuvanim stambenim objektima upravo zato što više nisu podnosili svakodnevne potrese. Mi koji smo ostali svjesni smo da će to dulje vrijeme biti dio našeg života. Ali nelagodu i strah puno puta je teško pobijediti. Naravno da je posao u tim uvjetima zahtjevniji, tim više što je više od pola bolnice neuporabljivo. Živimo iz dana u dan. Nažalost, ne postaje lakše nego teže jer smo svakim novim danom sve iscrpljeniji teškim uvjetima rada i činjenicom da će tako biti još dulje vrijeme. Biti liječnik u ovakvim prilikama je velik psihički i fizički izazov. Izvlačimo zadnje atome snage i pokušavamo preživjeti. Znamo da pacijentima ne možemo pružiti mnogo toga što bismo trebali, ne znajući kada će biti moguć povratak u neke normalne radne okvire. Neizvjesnost zbog budućnosti jedna je od stvari koje nas sve muče.

U potresu su oštećene sve zgrade OB-a Sisak sa stacionarnim odjelima, osim zgrade ginekologije gdje sada radi većina bolnice. Bolnica ima značajno reducirane kapacitete. U funkciji nisu zgrada kirurgije - iako ima zelenu naljepnicu čeka je temeljita renovacija, niti zgrade interne i infektologije. Zgrada u kojoj su oftalmološki, pedijatrijski i neurološki odjel ima nama neshvatljive dvije kategorizacije: prizemlje je navodno sigurno i ima žutu naljepnicu, a katovi žutu, što nam nikako nije jasno. Užasava nas ideja da se otvori to "zeleno prizemlje" i stavi u funkciju sa statički nejasnim katovima iznad njega, što je kako doznajemo u planu. U funkciji je zapravo hitna služba i manji dio polikliničke djelatnosti. Sve pacijente koji trebaju bolničko liječenje premještamo u okolne bolnice.

Odmah nakon potresa mnogo je volontera došlo u Županiju i mi smo im svima zahvalni. Na svemu. Nažalost, većina volontera svih vrsta bila je u početku prepuštena samoorganizaciji. Od vatrogasaca, GSS službi, alpinista, kuhara, pa do liječnika. Većina liječnika javljala se GSS-službama i djelovalo se pojedinačno. Formalizacija je uspostavljena preko doma zdravlja u Petrinji, gdje se liječnici javljaju i stavljaju na raspolaganje te bivaju raspoređeni na mjesta gdje su potrebni. Svima nam je vrlo brzo postalo jasno da nismo spremni za ovakve prilike i da nam je potrebno puno ulaganja u krizni management kako bi se svi uočeni nedostaci i manjkavosti organizacije mogli izbjeći u budućnosti.

Mr. sc. TOMISLAV DUJMENOVIĆ, dr. med.
ravnatelj Opće bolnice „Dr. Ivo Pedišić" Sisak

Na dan razornog potresa, taman kad je završila sjednica Stožera civilne zaštite Sisačko-moslavačke županije, krenuo sam natrag prema bolnici i automobil parkirao nasuprot središnjem paviljonu i upravnoj zgradi. To je bio uobičajeni ritual: gašenje motora, povlačenje ručne kočnice, otkopčavanje pojasa. I odjednom automobil se pokreće. Panično gledam ključ, povlačim ručnu kočnicu i onda užas. Automobil samo što nije poletio. Kad sam vidio da ljudi oko mene panično bježe, vrište, padaju, a sve je praćeno užasnim tutnjanjem, shvatio sam: ponovo potres. Oko mene poznati ljudi vrište, svi smo u strahu. Već počinjem dobivati prve informacije sa svih odjela koje govore velikom oštećenju svih zgrada. Nakon kratkog oklijevanja i dogovora s voditeljima odjela započinjemo iseljavanje pacijenata iz svih odjela, prvo u šator i dvorište u krugu, a

Mr. sc. TOMISLAV DUJMENOVIĆ, dr. med.

nakon toga jedino logično rješenje – u nedovršenu zgradu Središnjeg paviljona. Svi sudjeluju u preseljenju: liječnici, medicinske sestre i tehničari, nemedicinsko osoblje. Stalno mi se javljaju kolege i djelatnici koji su bili slobodni, na bolovanju, i žele pomoći. Javljaju se odmah naš župan i resorni ministar i zanimaju se za stanje u bolnici. Svima kažem: Hvala Bogu, nitko od bolesnika i djelatnika nije ozlijeđen.

Dobivam i vijest od kuće: svi su živi, neozlijeđeni, preplašeni, dva dimnjaka su pala, srušen krov garaže, napukli zidovi, popadale i razlupane stvari po kući. Gledam oko sebe i mislim: dobro je da su svi živi i zdravi. Već započinju pristizati prvi ozlijeđeni iz Siska, Petrinje i Gline. Organiziramo hitnu kiruršku ambulantu u prizemlju ginekologije. Pristiže sve više ozlijeđenih i s teškim tjelesnim ozljedama, sve nastojimo pregledati, napraviti dijagnostičku obradu i dogovaramo premještaje u zagrebačke klinike. Vrlo brzo je reagirala i naša Vlada: u bolnicu u Sisak dolazi predsjednik Vlade, resorni ministar i naš župan. Nakon sagledavanja stanja odluka je premjestiti sve pacijente u zagrebačke bolnice.

U tom trenutku imali smo oko 250 hospitaliziranih pacijenata. Sve bolesnike koji su bili oporavljeni, s blažom kliničkom slikom, otpustili smo na kućno liječenje. Uz veliku pomoć našeg ministra, ZZHM-a i dr. Maje Grba Bujević, svih naših djelatnika, vojske, brojnih volontera iz Siska, Zagreba, navijača Dinama, Bed Blue Boysa, započela je velika akcija premještanja naših bolesnika iz Siska i Petrinje u zagrebačke bolnice. Akcija je posebno zahtjevna jer smo u tom trenutku u bolnici imali oko 90 COVID pozitivnih bolesnika, od kojih 10 na respiratoru, a svi su drugi bili sa srednje teškom i teškom kliničkom slikom i svi na terapiji kisikom. Svoju pomoć su ponudile sve bolnice iz Hrvatske, bile su spremne ekipe kirurga, brojne kolege su došle istu večer u bolnicu i svi su nudili pomoć.

U tim je teškim trenutcima osjećaj da niste sami, da se možete osloniti na druge, bio neprocjenjiv za sve djelatnike naše bolnice. Akcija preseljenja bolesnika uspješno je provedena, ali za sve naše djelatnike psihološki izrazito teška. Odjednom smo ostali bez naših bolesnika. Bolnica je bila prazna i razorena i mi odjednom sutra nismo imali gdje doći na posao.

U zgradi ginekologije uspostavili smo hitnu službu, radile su sve hitne ambulante. Bolesnike koji su pristizali mogli smo hospitalizirati u zgradi ginekologije ili pod šatorima. Slijedi neprospavana noć kod kuće u obitelji, jedni druge hrabrimo, obilazim kuću, gledamo oštećenja zidova, krova i odluka je da spavamo u obiteljskoj kući. Cijelu noć povremeno trese i unosi nespokoj u sve moje ukućane.

Slika koja će iz naše bolnice ostati upamćena: sat koji je stao u trenutku potresa netko je poslije prilijepio na ogradu naše bolnice uz poruku: „Kad vrijeme stane, srca se ujedine. Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić" Sisak, 29. 12. 2020." Ta poruka na najbolji način govori o danu potresa koji ćemo svi pamtiti cijeli život.

Dok ovo pišem, nešto manje od mjesec dana nakon velikog potresa i dramatičnog dana u

>>

našoj bolnici stanje se postupno smiruje, ali je jasno da će biti potrebno mnogo sredstava i napora kako bi bolnica ponovno mogla raditi punim kapacitetom. Jako su oštećeni svi odjeli, a u obnovljenoj zgradi ginekologije organiziran je rad hitnih službi, gdje se zbrinjavaju svi hitni pacijenti. Stručnjaci za statiku pregledali su bolnički kompleks koji se sastoji od šest zgrada u Sisku te objekta u Petrinji. Nakon pregleda su zelenu oznaku dobile zgrade ginekologije i kirurgije, hemodijaliza, dio zgrade u kojoj su očni odjel i laboratorij te zgrada Fizijatrije. U tim zgradama organizirali smo hitnu službu i hitne ambulante, a započeo je i rad svih ostalih specijalističkih ambulanti, ali s prilagođenim opsegom rada. U Petrinji su na lokaciji naše bolnice započeli s radom u kontejnerima pulmološka i internistička ambulanta.

Dvije zgrade Internističke službe dobile su žutu naljepnicu i jedna crvenu te nisu za uporabu. Cijela internistička služba sastoji se od dva vojna grijana šatora u kojima se hospitaliziraju internistički pacijenti nakon pregleda i dijagnostičke obrade; oni s blažom kliničkom slikom nastoje se stabilizirati i nakon toga otpuštaju se na kućno liječenje, dok se svi teži bolesnici šalju u zagrebačke bolnice, te u bolnice Karlovac, Bjelovar i Nova Gradiška.

Infektologija ima hitnu ambulantu u kontejneru i vojni šator u dvorištu. U njemu su smješteni COVID bolesnici koje se nastoji stabilizirati, a svi teži šalju se u KBC Dubrava ili Arenu Zagreb. Velika je šteta na zgradama, ali i na opremi, inventaru i zalihama lijekova, tako da će proces obnove i oporavka biti vrlo izazovan. Najvažnije je da obnova bude brza i učinkovito, kako bi bolnica što prije bila stavljena u punu funkciju. Ovo je središnja županijska bolnica kojoj gravitira 170. 000 stanovnika Sisačko-moslavačke, ali i okolnih županija, i naša je zajednička dužnost i obveza da je što prije kvalitetno obnovimo. Zgradu kirurgije su tri puta gledali stručnjaci za statiku i ona ima zelene naljepnicu.

Nakon obrtničkih radova na zgradi kirurgije i oftalmologije koji će ubrzo započeti, nadamo se da će se naši zdravstveni kapaciteti vrlo brzo povećati. Naravno, moram napomenuti da je u tijeku gradnja Središnjeg paviljona koja se gradi uz pomoć sredstava iz Europske unije i naše županije. Zgrada će imati oko 9000 m^2 neto zdravstvenog prostora i u njoj će biti smješteni OHBP i dnevne bolnice. Sa završetkom ove zgrade značajno bi se poboljšali kapaciteti naše bolnice. Useljenje u ovu zgradu i završetak radova planira se za kraj svibnja ove godine.

SANDA ŽIŽAK GALIJAN, dr. med

OŠTEĆENA VEĆINA ZDRAVSTVENIH USTANOVA NA PODRUČJU SMŽ-A

Većina zdravstvenih ustanova na području Sisačko-moslavačke županije potpuno je ili djelomično oštećena. Potresom je oštećeno 90 % bolnice u Sisku, Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot" u Popovači djelomično je oštećena, zgrada bolnice u Petrinji je privremeno neuporabljiva. Zgrade ambulante Doma zdravlja Sisak u Hrvatskoj Kostajnici i Žažini te zgrada Doma zdravlja Petrinja u Glini trenutačno ne rade. Također, ne radi ni Dom zdravlja u Sisku, čije su ambulante dislocirane.

SANDA ŽIŽAK GALIJAN, dr. med.

spec. ginekologije i opstetricije, pomoćnica ravnatelja za kvalitetu Doma zdravlja Petrinja

Zaposlenik sam DZ-a Petrinja 13 godina. Radim u ginekološkoj ambulanti koja brine o 7000 žena. Dežuram i u sisačkoj bolnici. Život je u Petrinji miran i lijep, nekako je sve išlo svojim tijekom, sve do tog dana. Dana 29. prosinca sam bila kod kuće i pripremala se za poslijepodnevnu smjenu, kćer od 9 godina bila je sa mnom u kući, dok je sin od šest godina bio vani i igrao se s prijateljem. Najprije se čuo užasan zvuk koji me podsjetio na eksploziju, a onda je počelo tresti. Cijela kuća se kretala u svim smjerovima, nije bilo moguće hodati. Samo sam htjela doći do kćeri koja je iz petnih žila vrištala u strahu. Nekako sam i uspjela, zgrabila je i nagurala pod štok nosivog zida. U mislima mi je bio sin za kojeg nisam znala gdje je u tom trenutku... Strah je bio neopisiv, trešnja je trajala 20-ak sekundi, ali se činila kao vječnost. Čim je prestalo, izletjele smo van i, hvala Bogu, sin se već stvorio ispred kuće živ i zdrav. Telefonske linije nisu radile, nisam mogla znati kako mi je suprug (bio je na poslu) i roditelji i ostali najmiliji. Odjednom su se u daljini začule sirene, vatrogasci, hitna, policija. Kao da je apokalipsa. Živi smo i zdravi! To mi je jedino bilo bitno. Kuća je na mjestu, samo je dimnjak pao i polomio dio crijepa. U kući je sve popadalo s polica, sve se razbilo, manje bitno. Kratko nakon potresa, zajedno sa svojom djecom uputila sam se u Dom zdravlja kako bih pomogla.

Na lokalitetu u Lopašićevoj već su se sjatili svi koji su bili voljni pomoći, liječnici, sestre, ma svi! U tom kaosu lijepo je vidjeti slogu onih hrabrih koji su došli. Zahvalna sam svima! Prošlo je skoro mjesec dana, naknadna podrhtavanja su svakodnevna, nekad jača nekad slabija. Rekla bih da sam zdrav razum sačuvala radom, malo mi skrene pažnju, okupira me. Iako imam i dobrih i loših dana. Zbog djece moram biti jaka, hrabra, sabrana, sigurno im ne treba kraj svega ovog što su proživjeli i „luda mater“. Okružila sam se ljudima koji zrače pozitivom , ne treba u ovome biti sam.

Biti liječnik u maloj sredini je gušt, i sada nakon potresa dijelimo svoje priče, smijemo se, plačemo zajedno. Organiziramo se da pomognemo svima potrebitima. Puno je ljudi otišlo, manji je opseg posla bio prvih dana nakon potresa, ali radi se uza sve nedaće koje su nas snašle. Primarci su opet pokazali da su stup zdravstva! Od prvoga dana zbrinjavali su sve! Vozili se po terenu obilazeći pacijente i neradnim danima! Odlazili su u Vojarnu Predrag Matanović i zbrinjavali 500-tinjak ljudi. Radili

su ambulantu u nemogućim uvjetima, u kontejnerima, uz neprestana podrhtavanja. Svima skidam kapu!

Dom zdravlja Petrinja ima nekoliko lokaliteta i ispostava: Lopašićeva, Gupčeva, Jabukovac, Glina, Gvozd, Topusko. Gvozd i Topusko nisu oštećeni. Lokalitet u Lopašićevoj je s minimalnim oštećenjima i trenutačno jedini u kojem liječnici rade „normalno". Lokalitet u Gupčevoj je dobio crvenu naljepnicu i za rušenje je, isto tako i Jabukovac. Ispostava Glina dobila je „žutu naljepnicu" i potrebna je hitna sanacija, tamo liječnici rade u kontejnerima. Pedijatrica i stomatologinja su preselile ambulante u ispostavu Topusko. Sve liječnike i većinu stomatologa iz Gupčeve smo preselili na lokalitet u Lopašićevoj. Adaptiramo prostor kako bi svi mogli raditi u koliko toliko normalnim uvjetima.

Oštećenja i gubitci su veliki. Uspjeli smo iz razrušenih objekata izvući nešto opreme, zahvaljujući hrabrim liječnicima i tehničarima uz pomoć volontera iz Makarske. Nabava nove opreme i sanacija objekata trajat će i bit će skupa.

MARLENA LJUBIČIĆ, dr. med.

spec. radiolog u OB-u Sisak, predsjednica Županijskog povjerenstva HLK-u SMŽ-u

Ja sam za vrijeme sva tri velika potresa bila na istomu mjestu, u bolnici, u aneksu koji se odvojio. U trenutku najjačeg potresa u utorak u 12 sati i 19 minuta bila sam sama na CT-u i potpisivala nalaze. Ustala sam sa stolice i izašla u čekaonicu, gdje sam vidjela da se jedan pacijent drži za zid ispod nadvoja, dotrčala sam do njega, i ja sam se primila za taj zid pa smo stajali nas dvoje i gledali užas koji se događa: oko nas je sve padalo sa stropa, stakla su pucala, pogledala sam prozore u čekaonici i učinilo mi se kao da se dio zgrade u kojem stojimo odvaja i rascjepljuje. Na kraju se ispostavilo da se upravo to i dogodilo. U tom trenutku bilo mi je na pameti samo što mi je s djecom jer su ostala sama kod kuće u Petrinji, ostavila sam ih na spavanju. Bila sam svjesna da ako je u Sisku bilo tako gadno, da je u Petrinji još gore. Istrčali smo svi izbezumljeni iz zgrade, telefoni nisu radili, nitko nije mogao uspostaviti vezu sa svojima. Nisam znala tada imam li više djecu, supruga, roditelje, brata... Kad sam napokon dobila supruga koji se tada nalazio usred Petrinje, rekao mi je da je Petrinja sravnjena sa zemljom i kroz suze me pitao znam li jesu li nam djeca živa. Brzo sam utrčala u bolnicu i uzela ključeve svog automobila i odjurila u Petrinju prema kući. Svi putevi bili su

MARLENA LJUBIČIĆ, dr. med.

zablokirani i zaista ne znam ni sama kako sam se probijala. Cijelim putem molila sam se samo da su mi djeca živa. To mi je bila jedna jedina želja. Djecu sam našla uplakanu i uplašenu na ulici sa susjedima, no moje cure bile su žive i neozlijeđene, to mi je bilo najvažnije. Naša kuća ima oštećenja, ali je uporabljiva, kuća roditelja mog supruga potpuno je uništena, kao i kuće mnogih naših prijatelja i kolega.

Kod nas je život u ovo vrijeme jako težak i sve ovisi o Richterima, a živjeti se mora i dalje. To je, naravno, stalno prisutan stres u kojem mi živimo i radimo cijelo vrijeme. Iskreno, strah me je kako će se to odraziti na naše zdravlje u konačnici, na fizičko, ali i mentalno. Nakon prvobitnoga velikog stresa, kad se okrenemo oko sebe vidimo uništene gradove i sela, više nemamo uopće infrastrukture, uništene su nam vitalne ustanove, škole, domovi zdravlja, velik dio bolnice, gradske i županijske ustanove, kafići, restorani, trgovine... Više ničega nema. Ljudi se iseljavaju i trenutačno je jako

Kolegice i kolege iz HUBOL-a u dirljivom posjetu podrške dr. Marleni Ljubičić nakon potresa

teško ostati ovdje pa se i sama pitam je li ludost ili hrabrost ostati. Izabrala sam ostati i boriti se, jer uvijek sam u životu birala teži put. No, osim ljubavi prema svojoj Banovini, Petrinji i Sisku, koja je sada još i veća, ovdje nema ničega. Inače, smatram da se ništa ne događa slučajno i da se sve ovo ovdje dogodilo s razlogom. Banovina je bila siromašan i zapušten kraj, nebriga države ovdje je bila vrlo vidljiva i prije, što je sad došlo do izražaja pa je sva jad ogoljena do kosti. Smatram da Bog ima plan za sve nas, ne želim kukati jer time samo deprimiramo jedni druge, mnogi traže pozitivne osobe da se za njih mogu uhvatiti kao za slamku spasa. Sad su sva svjetla pozornice uperena u naš kraj i više se ništa neće moći sakriti, uvjerena sam da ćemo izgraditi modernu Petrinju, Sisak i naša sela, jer sad je vrijeme. Sve smo ovo već prošli u Domovinskom ratu, ostali bez svega i digli sve iz pepela. Gradovi, sela, sve su to ljudi, to smo mi. U ovim teškim vremenima teško je biti i sam sa sobom, teško je biti roditelj i dijete, pa tako i liječnik, ali sada tek dolazi do izražaja sva ona ljudskost koju imamo ili nemamo jedni za druge.

Bilo je puno kolega koji su se odmah javili i nudili konkretnu pomoć na osobnoj privatnoj razini, nudili smještaj za nas i za našu djecu. Puno kolega se javilo da bi pomogli u bilo kojem smislu, da bi došli volontirati u naše ustanove. Brojni kolege su se organizirali i došli s punim automobilima pomoći te obilazili sela i zaseoke, s nekima od njih sam i sama išla pomagati. Meni su u prvo dežurstvo nakon potresa došli moji prijatelji kolege iz cijele Hrvatske s kojima sam se sprijateljila preko Liječničke komore i HUBOL-a, njih 15-ak je došlo samo me zagrliti. Tako su rekli. No meni su u tom trenutku vratili snagu i pomogli da ustanem i dignem glavu, obrišem suze i kažem si idemo dalje, samo hrabro. Oni vjerojatno nikad neće ni znati što su tada učinili za mene i za nas ostale kolege ovdje. Ovim putem im zahvaljujem svima. Zahvaljujem svakom liječniku na ovom području koji radi u nehumanim, ratnim uvjetima i što ustraje. Zbog nas svih, zbog naše djece, naših roditelja i prijatelja. Ne damo se, borimo se, sve je to život. Imamo samo dvije opcije, predati se ili ustrajati.

Na kraju, očekujući novi početak, poslužit ću se onom Andrićevom i malo je parafrazirati: "**Svoju Banovinu volim stalno i nesretno. Nesretnija je nego ikad, ali ja je volim više nego ikad.** Nije ona kriva što je nesretna ni ja što je volim".

>>

VOLONTIRANJE I VOLONTERSKO PRIGOVARANJE

BERISLAV BULAT, dr. med.
predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a i predsjednik Podružnice KoHOM-a za Virovitičko-podravsku županiju, član Upravnog odbora HLZ-a Podružnica Virovitica

Potres 29. prosinca 2020. zatekao me na radnomu mjestu u ordinaciji prizemne zgrade Doma zdravlja u Virovitici. Ordinacija je odmah uz sporedni ulaz zgrade te smo svi učas bili spremni za evakuaciju. Vrata je otključala i otvorila moja vrijedna medicinska sestra praktično još dok su istjecale posljednje sekunde toga duuugog ljuljanja. Osobno sam tako doživio prvi potres koji sam osjetio u životu i jedine misli iz te sigurnosti bile su mi kako se negdje u daljini odigrava velika nesreća. Toga sam se sjetio i koji dan poslije kada mi je kolegica iz Petrinje opisivala kako se u to vrijeme upravo pripremala za rad u popodnevnoj smjeni nakon prvih blažih potresa i kako nije stigla prijeći ni tri koraka do dovratka da se skloni od ruševina teško pogođene zgrade u kojoj je bila njezina ordinacija.

Dežurne javne službe i volonterske organizacije za hitna stanja su unatoč uništenoj infrastrukturi i nesigurnosti (na svakom tečaju osnova prve pomoći uče nas da najprije ne ugrožavamo sebe – malo teže provedivo u ruševnoj Petrinji ispod koje tlo podrhtava) još za dnevnog svjetla zbrinule najteže žrtve te smo do jutra znali i za sedmero onih koji su nažalost podlegli ozljedama i čijim obiteljima, prijateljima i poznanicima i ovom prilikom ponovno želimo izraziti sućut.

Već isto popodne su se ljudi iz cijele Hrvatske, samoorganizirani volonteri, javljali s terena u tolikoj mjeri da su od idućeg dana stizale službene obavijesti kako treba obustaviti nekoordinirane dolaske na teren „jer je gužva“, što bi značilo da ljudi ima dovoljno, ali vjerojatno i to da ti ljudi nemaju što ili s čime raditi.

Kako stručnjaka, pa ni doktora medicine, nikad nema na odmet, kolege koji su također već isti dan stizali odasvud nisu sjedili skrštenih ruku pa navodim samo u raznim porukama dokumentirane primjere. Obiteljska doktorica iz Slavonije pomagala je pri evakuaciji korisnika iz doma za starije u petrinjsku vojarnu, specijalizant infektologije zbrinjavao je pri tome COVID pozitivne, neki su bili desna ruka gore spomenutim first responderima, a oni koji nisu mogli biti na terenu u taj tren, organizirali su društvene mreže, instant messengere i mailing liste u grupe za brzo prikupljanje obavijesti, potreba i donacija, čega je bilo iz sata u sat sve više i više.

Uz dobro opremljen ruksak, liječničku torbu, kanister benzina za potrebe eventualnih agregata te s malom donacijom lijekova i sanitetskog materijala prikupljenim doslovno usput, 31. prosinca i sam sam krenuo u Petrinju. Obilazno, preko Hrvatske Kostajnice, kako ne bih stvarao gužvu i kako bih stekao barem nekakav uvid u stanje manje poznatih mjesta, također pogođenih, a navodno prilikom stizanja pomoći zapuštenih (kao i godinama ili desetljećima do tada, uzgred budi rečeno). Dolazeći tim putem, mogao sam uočiti i visok vodostaj Save kao prijetnju novoga izvanrednog stanja, koje je u međuvremenu i proglašeno u Sisačko-moslavačkoj županiji. Pozornost sam to jutro usmjeravao najviše na neobičan prizor – vozila parkirana po dvorištima, odnosno izvan garaža i dalje od kuća, na kojima je, pak, nedostajalo sve više i više crjepova što sam bliže prilazio Petrinji. Istovremeno, unatoč kišovitom danu, u svakom drugom selu bilo je živo uz cestu već tada, prije osam ujutro. Nailazio sam na dizalice, kamione i kombije građevinskih tvrtki s registarskim pločicama iz udaljenih županija, pa čak i iz inozemstva, oko kojih su se okupljali radnici i domaćini potrebiti pomoći, a toliki krovovi su već imali i vidljive „zakrpe“ od novih crjepova ili barem najlona!

Iako se nisam javio ni Civilnoj zaštiti ni Hrvatskom crvenom križu, jer sam kroz medije čuo da s njihove strane potreba za ljudstvom nema, u pomoć nisam išao bez dogovora, već sam kontaktirao prijatelja koji živi i radi u zdravstvenoj ustanovi u samoj Petrinji i rekao mu kako ću biti na raspolaganju taj dan za bilo što bude trebalo. Također, upisao sam svoje ime i prezime u online popis zdravstvenih djelatnika volontera, koji se od prvog dana spontano počeo puniti i već prerastao u tablicu s preko stotinu imena kolegica i kolega, a također i medicinskih sestara/tehničara koji su javljali termine svoje raspoloživosti za bezuvjetnu prisutnost i rad na području pogođenom potresom.

Apokaliptične prizore ognjišta i „kampova“ po ulicama, ruševnih dimnjaka i crkvenih tornjeva, rasutih krovova, fasada, ali i cijelih etaža kuća i zgrada te brojna vatrogasna, vojna i različita druga vozila u stalnim defileima i povremenim prometnim čepovima koji nastaju zbog intervencija, ne može se dovoljno dobro opisati ni uz video materijale kojih, doduše, ne manjka. S padom mraka buka se koncentrira na najprometnije dijelove, po susjedstvima se ljudi sklanjaju u improvizirane smještaje, a krizne službe vraćaju s terena na parkirališta, sportska igrališta i ostale prostore gdje borave u vozilima i šatorima dok im ne dođe smjena. Susreo sam nekoliko liječnika i medicinskih sestara koji su se baš popisivali na komad papira kako bi imali kontakte jedni drugih za slučaj potreba na taj dan. Nisam bio ni svjestan da sam tako sudjelovao u otvaranju jednog od radilišta na kojem će se idućih 5 - 6 dana izmijeniti gotovo 50 volontera zdravstvenih djelatnika u dvije smjene, održati brojni sastanci raznih koordi-

nacija te primopredaje naručenih ili spontanih donacija lijekova, medicinske opreme i raznoraznog potrošnog materijala. Većina procesa odvijala se u povjerenju i izravnim kontaktom, što je svakako prednost kriznih organizacija kada formalnosti poput narudžbenica, primki, izvještaja i registara prepuštaju mjesto brzom zbrinjavanju akutnih potreba.

Ubrzo smo se okrenuli i rješavanju problema koji nastaju u takvom opsežnom pothvatu zbog velikog, tada još i nepoznatog broja ljudi u potrebi, kao i zbog s jedne strane neprestano aktivnih i stoga iscrpljenih, a s druge strane novo dolazećih i ambicioznih pomagača svih profila i sposobnosti. Trebalo je odrediti prioritete kako bi se istražile i procijenile potrebe, spriječio dvostruki angažman i usmjerilo ljudske i materijalne resurse na što produktivnije iskorištavanje. Do popodneva 31. prosinca tako je već uspostavljena i za idućih minimalno tjedan dana popunjena baza volontera liječnika i medicinskih sestara/tehničara (po dva tima liječnik+sestra za prijepodne i za poslijepodne – osam ljudi dnevno) na lokaciji uz bazu HGSS-a.

Ovi volonteri su preuzeli zadatak da pruže medicinsku pomoć osobama koje nemaju potrebu za hitnom intervencijom, ali preko HGSS-a traže pristup zdravstvenoj skrbi u vrijeme kad su telefonski kontakti liječnika PZZ-a bili otežani zbog uništenih desetak ordinacija (koje prema procjeni pokrivaju potrebe 20-ak tisuća stanovnika!), a ljekarne također oštećene u cijelosti i/ili infrastrukturno. Bilo je stoga izlazaka na teren radi kućne njege ili savjetovanja kroničara, pregleda zbog akutnih stanja i sumnji na ozljede nastale prilikom potresa dan prije, a najviše savjetovanja o kroničnoj terapiji te sortiranja primljenih donacija. Također je, radi distribucije točnih obavijesti svima zainteresiranima, uspostavljena komunikacija s privatnim ugovornim liječnicima obiteljske medicine u Glini i Petrinji, dežurnim ambulantama obiteljske medicine za cijelo područje u organizaciji Doma zdravlja Sisak, timom liječnika i sestara Doma zdravlja Petrinja u improviziranoj ambulanti u vojarni Petrinja i privremenim smještajnim kapacitetima Drvnog centra Glina, preko Hrvatske ljekarničke komore s ljekarnama na cijelom području, a djelatnici Zavoda za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije su stalno bili dostupni za savjet i suradnju.

Prema kraju dana počele su do mene stizati obavijesti da se preko određenih kanala volonterima liječnicima i sestrama/tehničarima poručuje kako nismo potrebni te da bismo trebali ograničiti svoj rad, no tada nisam imao kontakte s kojima bih takve eventualne „zapovijedi“ zasigurno potvrdio. Budući da smo u to vrijeme saznali i za tada još uvijek velike potrebe u trijaži i zdravstvenoj njezi osoba u privremenim stacionarima te predvidjeli slične potrebe na ostalim privremenim zajedničkim smještajima, a imajući na umu i pogubnost eventualnog izbijanja žarišta pandemije, stupio sam u kontakt s predsjednikom HLK-a koji je i

sam bio taj dan u Petrinji i Sisku te smo dogovorili kontakte s nadležnima za idući dan kako bi se preduhitrilo nastajanje manjkavosti u skrbi.

Unatoč mojem prvotnom planu da se u Petrinji ne zadržavam dulje od jednog dana, te noći ostao sam sa skupinom volontera uz 15-ak što nepokretnih, što polupokretnih pacijenata te još puno većim brojem ljudi izmještenih iz njihovih uništenih domova. Među njima je toga dana trijažom, koju su u velikoj mjeri odradili volonteri, otkriveno više slučajeva trauma i psihičkih poremećaja potrebnih daljnje obrade i liječenja, na koje su i upućeni, podijeljena je razna terapija za kronična i akutna stanja, a sačinjeni su i prvi poimenični popisi prema lokacijama privremenih smještaja.

Dočekavši tako Novu godinu neplanirano bez svoje obitelji, a samo zato što se volontiranje liječnika dovodilo u pitanje iako je bilo i više nego dovoljno zainteresiranih dobrovoljaca, 1. siječnja ujutro počeo sam s obilascima lokacija pružanja pomoći za koje sam prethodni dan saznao. Nastojao sam pri tome međusobno povezati što više uključenih službi i organizacija putem kontaktiranja odgovornih osoba i predstavljanja rada medicinskih volontera koji su tada već imali raspored na četiri lokacije. Tri su od njih uključivale i terenske obilaske te su za njih bila ubilježena po dva tima (liječnik+sestra/tehničar) u dvije smjene – gotovo 30-ak ljudi dnevno sve u svemu! Uključili su se k tome dodatno i volonteri farmaceuti, uz koje se skladište donacija u HGSS-ovom šatoru pretvorilo u pravu poljsku ljekarnu pa je i raspolaganje materijalnim resursima, uz logistiku koju je neprekidno pružao HGSS, bilo olakšano i ubrzano. Javili su se zatim i kolege iz Hrvatskog psihijatrijskog društva te su idućih dana već započeli s obilascima i preporukama za liječenje u kontaktu s izabranim liječnicima pacijenata koje bi obradili na terenu.

Napomenuo bih još da mi ovdje nipošto nije cilj istaknuti pojedince ili organizacije, jer bih ionako u mnoštvu njih nekoga nenamjerno preskočio, već upravo suprotno – nastojim prenijeti poruku da kao volonteri nikad u primisli nismo očekivali zahvalnost ili priznanje, ali jesmo uočili suprotno: nemušto zanemarivanje koristi koju volonterski potencijali svakako imaju u katastrofalnim prilikama. Nadam se da će se iz ovog primjera zaključiti kako unaprijediti djelovanje liječnika volontera u eventualnim budućim potrebama.

bbulat3@yahoo.com

COVID-19 - kronologija

(15. prosinca 2020. - 31. siječnja 2021.)

15. prosinca 2020.

Zabilježeno je 2360 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 21.861. Među njima je 2897 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 304 pacijenta. Preminule su 73 osobe, a ukupno od početka epidemije njih 2778. Zbog vrlo loše epidemiološke situacije sve srednje škole u Hrvatskoj od jučer su prešle na online nastavu.

18. prosinca

Donesene su nove mjere koje stupaju na snagu 23. prosinca. Zimski školski praznici produljuju se za tjedan dana pa tako traju do 18. siječnja. Na privatnim okupljanjima može biti najviše 10 osoba i to iz maksimalno dva kućanstva. Uvedene su e-propusnice pri ulasku i izlasku s područja županija.

23. prosinca

U posljednja 24 sata zabilježena su 2763 nova slučaja zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 15.957. Među njima su 2843 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 291 pacijent. Preminulo je 66 osoba. Od početka pojave epidemije u Hrvatskoj do danas prvi puta je prijeđen broj zaraženih od 200 tisuća, od kojih su 3394 preminule.

26. prosinca

Ravnatelj Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, doc. Krunoslav Capak, i koordinatori distribucije, dočekali su danas u 6 sati ujutro prvih 9750 doza cjepiva protiv koronavirusa tvrtke Pfizer-BioNTech. Cjepivo se mora skladištiti na temperaturi od -70 stupnjeva, a sutra, 27. prosinca, krenuti će u distribuciju po županijama.

27. prosinca

U Hrvatskoj je danas, s početkom u 10 sati, službeno krenulo cijepljenje protiv koronavirusa. Prva osoba koja je primila cjepivo je 81-godišnja Branka Aničić, štićenica Doma za starije osobe na zagrebačkoj Trešnjevci. Hrvatska je dosad naručila 5,6 milijuna doza cjepiva od raznih proizvođača za prvu fazu cijepljenja te dodatnih 300.000 doza za kraj 2021. godine. Hrvatska sudjeluje u zajedničkoj nabavi cjepiva protiv COVID-19 koju provodi Europska komisija i cjepivo će biti dostupno u Hrvatskoj u isto vrijeme kad i u drugim zemljama Europske unije.

29. prosinca

Razorni potres jačine 6,2 prema Richteru dogodio se danas u Petrinji, Sisku, Glini i okolici u 12 sati i 19 minuta. Sedam je osoba izgubilo život, deseci su ozlijeđeni, brojni domovi građana su uništeni, a većina zdravstvenih ustanova na ovom području je izvan funkcije. Stožer je odmah ukinuo zabranu napuštanja županija. Stotine volontera iz svih krajeva Hrvatske krenuli su put Sisačko-moslavačke županije kako bi pružili pomoć tamo gdje je najpotrebnije.

30. prosinca

U Zagreb sletio transportni zrakoplov grčkih oružanih snaga s 19 tona humanitarne pomoći za potresom pogođene krajeve. Na područje pogođeno potresom stigli prvi kontejneri i mobilne kućice.

31. prosinca 2020.

U posljednja 24 sata zabilježen je 2391 novi slučaj zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 8899. Među njima su 2524 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 231 pacijent. Preminulo je 60 osoba, a od početka epidemije u Hrvatskoj ukupno 3920.

2. siječnja 2021.

Počelo je cijepljenje ljudi iz područja pogođenog potresom i pripadnika službi koje im je pomažu. Cjepivo protiv COVID-19 dobit će i evakuirano stanovništvo u Petrinji, Sisku i Glini. Hrvatska je pribavila dodatnu zaštitnu opremu za borbu protiv koronavirusa. Oko 160 tisuća zaštitnih odijela stiglo je brodom u riječku luku. Odijela će u svojem radu ponajprije koristiti djelatnici u zdravstvenim ustanovama širom Hrvatske.

6. siječnja

EMA je odobrila Modernino cjepivo protiv SARS-CoV-2 za uporabu diljem Europske unije.

U posljednja 24 sata zabilježeno je 1896 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 6985. Među njima je 2264 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 209 pacijenata. Preminule su 44 osobe. Od 25. veljače 2020., kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 216.286 osoba zaraženih ovim koronavirusom.

10. siječnja

Kako bi zahvalila svim liječnicima i ostalim zdravstvenim radnicima koji se već mjesecima bore na prvoj crti obrane od epidemije, ali i cijelom društvu poslala poruku nade i optimizma, Hrvatska liječnička komora odlučila je to učiniti pjesmom. U tu svrhu Big Band HLK-a i Nina Badrić izveli su poznatu pjesmu "Dat će nam Bog" u novom aranžmanu, a sve je popraćeno video materijalom snimanim u KB-u Dubrava, Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" te Stacionaru Arene Zagreb.

12. siječnja

U Hrvatsku je stiglo 3600 doza Moderninog cjepiva, a najveći dio toga odlazi u Sisačko-moslavačku županiju. Broj novozaraženih se smanjuje. U posljednja 24 sata zabilježeno je 759 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 4903. Među njima je 2048 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 185 pacijenata. Preminule su 43 osobe.

17. siječnja
Do sredine siječnja prvu dozu cjepiva protiv bolesti COVID-19 u Hrvatskoj primilo je 45906 osoba, a od 18. siječnja kreće docjepljivanje drugom dozom. Do sredine siječnja prvu dozu cjepiva protiv bolesti COVID-19 u Hrvatskoj primilo je 45.906 osoba, a od 18. siječnja kreće docjepljivanje drugom dozom.

18. siječnja
Zbog epidemiološke situacije sve osnovne i srednje škole u Hrvatskoj krenule su s online nastavom u drugom polugodištu. U školu idu jedino maturanti i djeca u razrednoj nastavi.

19. siječnja
Prva osoba koja je primila cjepivo u Hrvatskoj, gospođa Branka Aničić, štićenica Doma za starije osobe na zagrebačkoj Trešnjevci, danas je primila i svoju drugu dozu.

20. siječnja
Zatvara se stacionar Arena Zagreb koji je primao pacijente oboljele od koronavirusa. Stacionar će ostati u stanju pripravnosti, ali nakon što otpuste pacijente koji se trenutačno tamo liječe, nove neće primati, rekao je koordinator za Arenu, prof. Davor Vagić iz KBC-a Sestre milosrdnice.

22. siječnja
Zbog neplanirane sporije dinamike isporuke cjepiva protiv COVID-19 proizvođača Pfizer/BioNTech, sljedećih nekoliko tjedana ne možemo se nastaviti provedba cijepljenja jednakom brzinom kao što je bilo planirano. Stoga, dok se ne uspostavi isporuka većih količina cjepiva sukladno potrebama stanovništva, do daljnjega će se usporiti proces cijepljenja.

23. siječnja
U posljednja 24 sata zabilježeno je 599 novih slučajeva zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 3232. Među njima je 1468 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 142 pacijenta, a preminulo je 29 osoba. Do danas ukupno je zabilježeno 228.568 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 4799 preminulo. Oporavilo se 220.537 osoba. Do danas je ukupno testirana 1 149 691 osoba.

24. siječnja
Dječak u dobi od 10 godina preminuo je tijekom noći u Klinici za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević u Zagrebu od posljedica COVID-19. Radi se o najmlađoj preminuloj osobi od posljedica novog koronavirusa u Hrvatskoj, a prema saznanjima liječnika dječak nije prethodno bolovao od drugih bolesti.

25. siječnja
Hrvatska ima značajan pad broja zaraženih novim koronavirusom i to su vijesti koje su veoma ohrabrujuće. Zaključak sastanka ministra znanosti i obrazovanja Radovana Fuchsa s epidemiolozima jest da je situacija u učeničkoj populaciji u ovom trenutku dovoljno povoljna da bi se od idućeg tjedna postupno moglo ići u otvaranje škola. Kafići, restorani i teretane i dalje ostaju zatvoreni.

29. siječnja
Europska agencija za lijekove odobrila je korištenje cjepiva koje su razvili AstraZeneca i sveučilište Oxford. To je treće odobreno cjepivo u Europskoj uniji. Korištenje je odobreno i za osobe starije od 65 godina. Hrvatska je cjepiva AstraZeneca naručila najviše - 2,7 milijuna doza. No prije odobrenja EU je ušla u ozbiljan sukob s AstraZenecom jer je ta je kompanija najavila da će dostaviti znatno manju količinu od dogovorene prema ugovoru, što EU smatra neprihvatljivim.

31. siječnja
Hrvatska je danas prešla broku od 5000 umrlih osoba od zaraze koronavirusom. Od kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 232.426 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je do danas njih 5027 preminulo. U protekla 24 sata zabilježeno je 336 novih slučajeva pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 2.923. Među njima je 1.275 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 113 pacijenata. U protekla 24 sata oporavilo se 459 osoba, a testirano je njih 5.079.

Izvor: https://www.worldometers.info/coronavirus/country/croatia/

>> IN MEMORIAM
Prim. mr. sc. Egidio Ćepulić, dr. med.

Prim. mr. sc. Egidio Ćepulić, dr. med. snimljen u prostorijama Komore u Tuškanovoj 9. svibnja 2020.

Dana 26. siječnja 2021. godine u 75. godini života preminuo je prim. mr. sc. Egidio Ćepulić, dr. med., prvi predsjednik obnovljene Hrvatske liječničke komore te istaknuti dugogodišnji dužnosnik Hrvatskog liječničkog zbora. Pamtit ćemo ga kao karizmatičnog i energičnog vizionara, koji je dao nemjerljiv doprinos liječničkom stručnom i strukovnom organiziranju u samostalnoj Hrvatskoj.

Prim. mr. sc. Egidio Ćepulić rođen je u Zagrebu 1946. godine gdje je maturirao na Klasičnoj gimnaziji i završio Medicinski fakultet. Stupanj magistra znanosti stekao je 1980. godine, a naslov primarijusa 1986. godine. Specijalizirao je radioterapiju i onkologiju. Radio je na Zavodu za kliničku onkologiju, a zatim u Centru za ginekološki karcinom Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb. Bio je voditelj Odsjeka za kemoterapiju i pročelnik Odjela za radioterapiju, radio je na radioterapijskim odjelima Klinike za tumore, a potom i na radioterapijskom odjelu u Klinici za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a „Sestre milosrdnice". Od 1995. godine radi u vlastitoj specijalističkoj onkološkoj ordinaciji, a i dalje kao konzultant Klinike za tumore u Zagrebu.

Stručno se usavršavao u Velikoj Britaniji i Francuskoj, sudjelovao na brojnim međunarodnim skupovima i kongresima, autor je brojnih članaka i poglavlja u knjigama iz područja ginekološke, dječje i urološke onkologije. Od kraja sedamdesetih godina sudjeluje u nastavi na Medicinskom fakultetu, kasnije i nastavi studija radiologije na Visokoj zdravstvenoj školi, za predmet Radioterapija i onkologija za koji je 2000. godine izabran za višeg predavača. Značajno je unaprijedio teoretsku, a posebno praktičnu nastavu iz područja radiologije i radioterapije, primjenjujući najsuvremenije metode i tehnike.

Osim stručnih, znanstvenih i nastavnih aktivnosti bio je vrlo aktivan u strukovnim organizacijama i humanitarnim udrugama. Bio je tajnik, a nakon toga predsjednik Hrvatskog društva za radioterapiju i onkologiju Hrvatskog liječničkog zbora te predsjednik zagrebačke podružnice Zbora. Za rad u Hrvatskom liječničkom zboru odlikovan je najvišim zborskim odlikovanjima: „Ladislav Rakovac" i „Začasni član".

Početkom devedesetih bio je nositelj inicijative za obnovu rada Hrvatske liječničke komore, a nakon ponovnog pokretanja Komore 1995. godine postao je njezin prvi predsjednik. Dužnost predsjednika HLK-a obnašao je u dva mandata, do 2003. godine. Pod njegovim vodstvom HLK se ustrojila, afirmirala te pozicionirala kao nezaobilazan čimbenik u zdravstvenoj administraciji, ali i šire u društvenom kontekstu. Postavljajući zahtjevan radni tempo svojim suradnicima uspio je u dva mandata Komoru izgraditi u stabilnu respektabilnu instituciju.

Nakon 2003. i nadalje je aktivno participirao u radu krovnih strukovnih liječničkih organizacija. Povodom 25 godina obnove rada, godine 2020., Izvršni odbor HLK-a ga je odlikovao „Poveljom za posebne zasluge".

Unatoč dobi, primarijus Ćepulić nikada se zapravo nije umirovio već je do kraja života bio profesionalno i stručno aktivan. Njegovim odlaskom hrvatska medicina izgubila je doajena onkološke struke, ali i velikog čovjeka, vizionara, koji je dao nemjerljiv doprinos liječničkom strukovnom organiziranju u samostalnoj Hrvatskoj.

Svi koji su poznavali primarijusa Ćepulića, pamtit će ga kao plemenitu osobu, gospodina koji je imao dušu i koji se u potpunosti posvetio svakom svom pacijentu, čovjeka koji je bio tu za svakog u potrebi. Njegova vedrina, dobronamjernost i pozitivna energija sasvim sigurno neizmjerno će nedostajati svima koji su uz njega kročili stazom života.

Dr. sc. Krešimir Luetić
predsjednik HLK-a

Prof. dr. sc. Željko Krznarić
predsjednik HLZ-a

Devet komora u zdravstvu pokrenulo javnozdravstvenu kampanju

IMAŠ ZNANJE
BUDI PRIMJER
CIJEPI SE

Više od 10 tisuća zdravstvenih radnika sudjelovalo na webinaru o cijepljenju protiv SARS-CoV-2

Devet komora u zdravstvu pokrenulo je u siječnju zajedničku javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!" čiji cilj je dodatno informirati zdravstvene djelatnike o važnosti i svim aspektima cijepljenja protiv SARS-CoV-2. U sklopu kampanje, 27. siječnja, održan je prvi webinar Vrhunski hrvatski stručnjaci o cijepljenju protiv COVID-19 na kojem je sudjelovalo više od 10 tisuća zdravstvenih djelatnika. S obzirom na to da u zdravstvu radi ukupno oko 73 tisuće zdravstvenih radnika, zanimanje koje su iskazali za temu cijepljenja protiv COVID-19 je bilo izuzetno veliko. O regulatornim procesima i odobravanju cjepiva protiv COVID-19 na webinaru je govorila **dr. sc. Nikica Mirošević Skvrce iz HALMED-a. Dr. sc. Bernard Kaić iz HZJZ-a** govorio je o epidemiološkoj perspektivi i istraživanjima o cijepljenju protiv COVID-19, dok je **prof. dr. sc. Goran Tešović iz Klinike dr. Fran Mihaljević** održao izlaganje o kliničkim perspektivama i istraživanjima o ovom cijepljenju. Ovi istaknuti stručnjaci su zatim odgovarali na pitanja sudionika webinara. Većina pitanja se odnosila na sastav cjepiva, duljinu trajanja imuniteta, učinkovitosti cjepiva kod novih sojeva virusa, cijepljenje nakon preboljelog COVID-19, indikacije i kontraindikacije za cijepljenje i nuspojave cijepljenja. Sudionici webinara bili su mnogobrojni liječnici, medicinske sestre i medicinski tehničari, fizioterapeuti, primalje, doktori dentalne medicine, medicinski biokemičari, psiholozi, ljekarnici, radio-tehnološka djelatnici, radni terapeuti, medicinsko-laboratorijski djelatnici i sanitarni inženjeri.

Ova, dosad najveća, kampanja za cijepljenje u Republici Hrvatskoj trajat će četiri mjeseca i pratit će proces cijepljenja zdravstvenih radnika. Logo kampanje je protutijelo kao simbol imunosnog odgovora protiv SARS-CoV-2, a kampanja je započela provođenjem ankete među članovima komora o stavovima o cijepljenju.

Sadržajno, uz mrežnu stranicu kampanje **www.budiprimjer.hr,** kampanja se sastoji od komunikacije i objava na društvenim mrežama zdravstvenih komora (Facebook, Twitter, YouTube), edukativnih video filmova, webinara za zdravstvene djelatnike, blogova eminentnih stručnjaka različitih profila u zdravstvu te niza odgovora na pitanja o cijepljenju. Tu su i objave u masovnim medijima te tekstovi u komorskim glasilima kao i plakati kampanje distribuirani po zdravstvenim ustanovama.

Podržavatelji i zagovaratelji kampanje

Ova kampanja ima brojne podržavatelje i zagovaratelje, a radi se o najvišim državnim institucijama, obrazovnim institucijama, udruženjima različitih profila zdravstvenih radnika, kao i mnogim eminentnim hrvatskim i svjetskim stručnjacima i znanstvenicima.

Nositelji ove kampanje su Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora psihologa, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska liječnička komora i Hrvatska ljekarnička komora.

I za kraj podsjetimo, cijepljenje predstavlja najuspješniju javnozdravstvenu mjeru koja spašava i spasila je više ljudskih života od bilo koje druge medicinske intervencije u povijesti medicine!

Na zdravstvenim radnicima je najveća odgovornost. Zdravlje je područje njihove kompetencije i stručnosti.

Alice Jurak

> KAKO SU LIJEČNICI NAGRAĐENI ZA RAD U EPIDEMIJI

Vlada RH je 7. prosinca 2020. donijela Odluku o posebnoj nagradi radnicima u zdravstvenim djelatnostima koje pružaju **skrb** oboljelima od COVID-19, u iznosu od 10 % od osnovne plaće radnika. O dijagnostici, epidemiolozima i mikrobiolozima niti riječi!

Uprave bolnica to tumače na način da pravo na COVID „nagradu" imaju samo oni koji rade na COVID odjelima i jedinicama intenzivnog liječenja. Svima ostalima se računaju sati provedeni u radu s COVID pozitivnim pacijentima.

Odluka koja je trebala biti odraz dobre namjere, u praksi se pretvorila u neviđeno poniženje svih radnika u zdravstvu. Specijalizant s 3 godine staža dobio je u prosincu za 1 sat rada s COVID pacijentima nagradu od 3,63 kn, a specijalist s 10 godina staža – 4,41 kn. Neki ravnatelji su i taj iznos prepolovili, jer smo od ukupno 8 sati, 4 sata radili u skafanderu, a 4 nismo!

Hrvatski liječnički sindikat odmah je od Vlade RH tražio izmjenu ove Odluke, ali odgovora nema (tekst zahtjeva na www.hls.hr).

Kako izbrojiti sate rada u ambulanti s asimptomatskim ali pozitivnim pacijentima – nije objašnjeno. O prodorima virusa na „čiste" odjele i radu na tom odjelu – niti riječi. Ali zato liječnik, koji se dokazano zarazio od pacijenta na „čistom" odjelu, nema pravo na COVID „nagradu", jer nije radio na COVID odjelu! Dokazivanje COVID-19 kao profesionalne bolesti je „mission impossible" i druga tema, o kojoj se još puno može pisati.

I o COVID „nagradi" bih rado elaborirala puno više, ali sam ograničena prostorom pa ću dodati još samo ovo: zdravstveni radnici u EU-u od proljeća primaju naknadu od 700 – 1.000 eura za rad s oboljelima od COVID-19.

Mr. sc. RENATA ČULINOVIĆ-ČAIĆ, dr. med.
predsjednica Hrvatskog liječničkog sindikata

	A	B	C	D	E
1	11064	POSEBNA NAGRADA ZA RAD S OBOLJELIMA OD BOLESTI COVID-19	12,75	0,227714	91,44

Iz izvatka o plaći jednoga od "bogatije" nagrađenih liječnika (subspecijalista u kliničkoj bolnici) za rad s oboljelima od COVID-19, koji se tijekom toga nagrađenog rada i sam zarazio ovim koronavirusom, no...

NAPORI HLK-A ZA PRAVIČNO VREDNOVANJE RADA IZMJENAMA KOEFICIJENATA

Za sada bez dostatnog uspjeha

Dana 27. siječnja 2020. u Ministarstvu zdravstva je održan prvi sastanak Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Uredbe o izmjenama i dopunama Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama.

Sastanku su prisustvovali predstavnici Sindikata i Komora u zdravstvu te predstavnici UPUZ-a i Ministarstva zdravstva.

Na sastanku je prenesen stav HLK-a, kojim se traži ujednačavanje koeficijenata užih specijalista i specijalista usmjerenih specijalizacija. Traženo je i ujednačavanje koeficijenata svih specijalista u javnom zdravstvu, što se prvenstveno odnosi na specijaliste u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te izmjene koeficijenta za voditelja odjela s manje od 40 zaposlenika u županijskim bolnicama, koji je sada manji od koeficijenta užeg specijaliste.

Nacrt prijedloga Ministarstva zdravstva koji je na sastanku predstavljen, nažalost, ne predviđa rješenje niti jednog zahtjeva Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog sindikata, a koji su identični.

Predstavnici Ministarstva zdravstva su rekli da su svjesni problematike koju iznose liječničke udruge te da se planira njihovo rješavanje no zbog financijske situacije u sustavu zdravstva i države općenito trenutačno nije moguće udovoljiti našim zahtjevima.

Radna skupina će u veljači imati još jedan sastanak na kojem će predstavnici liječničkih udruga ponovo inzistirati na rješenju već iznešene problematike.

SAMIJA ROPAR, dr. med.
savjetnica predsjednika HLK-a
predsjednica Županijskog povjernstva HLK-a Karlovačke županije i članica IO-a HUBOL-a

KOMORA POMAŽE LIJEČNICIMA ČIJI SU DOMOVI OŠTEĆENI U POTRESU

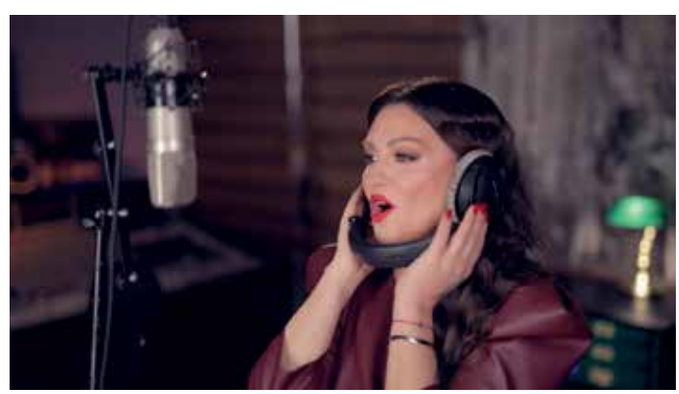
Predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. Krešimir Luetić izrazio je duboku sućut svim obiteljima poginulih i stradalih u razornom potresu koji je zadesio područje Petrinje, Siska, Gline i okolice. Komora poziva sve svoje članove čiji su domovi uništeni ili oštećeni potresom da prijave štetu Komori jer će im Komora, kao što je to učinila i u slučaju zagrebačkog potresa, osigurati financijsku pomoć.

Kao i u svakoj sličnoj situaciji liječnici i zdravstveno osoblje su u izuzetno teškim uvjetima, u razrušenim zgradama sisačke i petrinjske bolnice, ne oklijevajući ni trenutka cijelo vrijeme bili fokusirani isključivo na pacijente i pružali im zdravstvenu skrb. Komora izražava duboku zahvalnost za njihovu požrtvovnost, visoke etične standarde i predanost liječenju pacijenata u najtežim uvjetima.

"Ovaj razarajući potres ponovo je pokazao najjaču stranu našega zdravstva. Liječnici, medicinske sestre i svi ostali zdravstveni djelatnici, pokazali su se, kao i uvijek do sada, kao čvrsti i nesalomljivi temeljni kamen cijelog zdravstvenog sustava. Svim liječnicama i liječnicima u Sisku, Petrinji, Glini i okolici najiskrenije odajem veliko priznanje za njihov junački medicinski posao odrađen u ruševinama bolnica, domova zdravlja i ambulanti. U našem zdravstvenom sustavu ljudi su najjača karika", poručuje dr. sc. Krešimir Luetić, predsjednik Komore.

BIG BAND KOMORE UZ NINU BADRIĆ

pjesmom zahvalio svim zdravstvenim djelatnicima



U želji da zahvali svim liječnicima i ostalim zdravstvenim radnicima koji se već mjesecima bore na prvoj crti obrane od epidemije, ali i cijelom društvu poslati poruku nade i optimizma, Hrvatska liječnička komora odlučila je to učiniti pjesmom. U tu svrhu su Big Band HLK-a i Nina Badrić izveli poznatu pjesmu "Dat će nam Bog" u novom aranžmanu, a sve je popraćeno video materijalom snimanim u prosincu u KB-u Dubrava, Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" te Stacionaru Arene Zagreb.

"Hvala svim liječnicama i liječnicima kao i svim zdravstvenim radnicima koji su u ovim najtežim vremenima pokazali najvišu razinu profesionalnosti, ali iznad svega ljudskosti. Pjesma je poruka vjere, nade i optimizma koji su nam sada tako potrebni", rekao je predsjednik Komore dr. sc. Krešimir Luetić te zahvalio i pjevačici Nini Badrić koja se spremno odazvala na suradnju u ovom projektu.

"Liječnici i medicinsko osoblje su istinski heroji vremena u kojem živimo", rekla je Nina Badrić.

Autori pjesme su Branimir Mihaljević/Antonija Šola, aranžman pjesme potpisuje Ante Gelo, a redatelj glazbenog spota je Dario Radušin. Spot je snimao Igor Vignjević u KB-u Dubrava, Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" te Stacionaru Arene Zagreb.

U spotu sviraju i pjevaju članovi Big banda HLK-a: dr. Damir Homolak, Kristian Jurčić, Ozren Ćorković (trube), dr. Antun Ferenčić, Ivan Mučić, Mario Šincek (tromboni), dr. Marko Šimunić, dr. Borna Vrhovec, dr. Sandra Radović, Vanja Ileković, Andrej Henigman, Marko Gudelj (saksofoni), dr. Ante Reljić (klavir), dr. Andrej Šribar (gitara), Goran Delač (bas gitara), Karlo Kukovačec / dr. Luka Janković (bubnjevi), a prateće vokale snimile su dr. Dorotea Oroši Končić i dr. Marina Katalinić Novak. Dirigent i umjetnički voditelj Big Banda HLK-a je Zvonimir Bajević.

Nina Badrić i Big Band HLK-a sudjelovali su u ovom projektu bez honorara.

Produljeni rokovi za nastavak rada u privatnoj praksi u ordinaciji

Vlada RH je na sjednici održanoj 30. prosinca 2020. donijela uredbu kojom su produljeni rokovi iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti za nastavak rada u privatnoj praksi u ordinaciji. Prijedlog za žurnim donošenjem ovakve odluke uputila je Hrvatska liječnička komora u dopisu Ministarstvu zdravstva, budući da značajan broj koncesionara nije uspio ishoditi nova rješenja o nastavku obavljanja privatne prakse. Ovom uredbom je rok važenja postojećih rješenja o odobrenju rada koncesionara i specijalističkih ordinacija u zakupu produljen za dvije godine (do 31. prosinca 2022.), a rok za podnošenje zahtjeva za preoblikovanje koncesije u ordinaciju produljen je za 6 mjeseci (do 30. lipnja 2021.).

Hrvatska liječnička komora u proteklim mjesecima kontinuirano je pratila postupak izdavanja novih rješenja, te je utvrdila da gotovo polovica liječnika koncesionara nije uspjela ishoditi nova rješenja o nastavku obavljanja privatne prakse u ordinaciji. Stoga je sredinom prosinca Komora uputila prijedlog Ministarstvu zdravstva da se žurno produlje rokovi za ishođenje novih rješenja, putem uredbe, što je Vlada RH i učinila.

ODBIJEN PRIJEDLOG KOMORE ZA UBRZAVANJEM I OLAKŠAVANJEM POSTUPKA PRIZNAVANJA PROFESIONALNE BOLESTI

Hrvatska liječnička komora zatražila je od nadležnih institucija da se u dijelu postupka utvrđivanja načina obolijevanja od COVID-19 zauzme jasan stav kako je svaki liječnik zaposlen u sustavu zdravstva u mreži javne zdravstvene službe zaražen upravo na radnome mjestu, taj zahtjev je odbijen. Naime, traženim bi se postupak priznavanja profesionalne bolesti na osnovi COVID-19 ubrzao i učinio učinkovitijem i jednostavnijim.

Hrvatska liječnička komora zaprimila je odgovore Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo da postupak priznavanja profesionalne bolesti za liječnike oboljele od COVID-19 ostaje nepromijenjen te da će liječnici biti dužni pribaviti opsežnu dokumentaciju u svrhu priznavanja nastanka profesionalne bolesti.

Traženje Komore podržalo je i Hrvatsko društvo za medicinu rada HLZ-a, koje je u svom dopisu također ukazalo na potrebu ubrzavanja postupka priznavanja profesionalne bolesti na osnovi COVID-19, te je istaknulo zdravstvene djelatnike kao posebnu skupinu radnika za koje je profesionalna izloženost zarazi neupitna. Također, Društvo je predložilo omogućavanje elektroničke prijave profesionalne bolesti čime bi se povećala učinkovitost i ubrzao cjelokupni postupak priznavanja profesionalne bolesti.

Budući da nigdje nije propisano koja se dokumentacija prilaže uz zahtjev za priznavanje profesionalne bolesti na osnovi COVID-19, liječnici su nakon pokretanja postupka suočeni sa zahtjevima nadležnih institucija za nadopunom dokumentacije, što usporava cjelokupan postupak, te u konačnici liječnicima otežava ostvarivanje prava na naknadu.

VIRTUALNI

2. KONGRES KOKOZ-a I

4. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

Kongres možete pogledati do 4. ožujka 2021. godine

Organizatori: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Hrvatska liječnička komora

Suorganizatori: Hrvatska komora dentalne medicine
Hrvatska komora fizioterapeuta
Hrvatska komora medicinskih biokemičara
Hrvatska komora medicinskih sestara
Hrvatska komora primalja
Hrvatska ljekarnička komora
Hrvatska psihološka komora

Kongres je besplatan za sve članove navedenih Komora

https://academia.digitalnasoba.com/Register/kimp

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

KOKOZ koordinacija komora u zdravstvu

Liječnicima će za sudjelovanje biti dodijeljeno 11 bodova, a predavačima 16 bodova, sukladno Pravilniku o trajnoj medicinskoj izobrazbi.

HLK DODIJELILA GODIŠNJE NAGRADE
za 2019. i 2020. godinu

Hrvatska liječnička komora je četvrtu godinu zaredom dodijelila svoje godišnje nagrade istaknutim pojedincima, i to za postignuća u 2019. i u 2020. godini. Natječaj za godišnje nagrade HLK-a do sada je bio objavljivan krajem tekuće godine za postignuća ostvarena u prethodnoj godini. Od ove godine HLK je odlučila krajem godine dodjeljivati nagrade za postignuća ostvarena u toj godini pa se zbog te promjene iznimno ove godine dodjeljuju nagrade za dvije kalendarske godine.

"Prethodna godina pokazala je, kao nikada do sada, da se naš zdravstveni sustav temelji na izvrsnosti i visokoj stručnosti hrvatskih liječnika i ostalih zdravstvenih radnika, ali i njihovoj iznimnoj požrtvovnosti i entuzijazmu", rekao je predsjednik HLK-a **dr. sc. Krešimir Luetić.**

Dobitnik godišnje nagrade za najzapaženije stručno ostvarenje za 2019. godinu je **izv. prof. dr. sc. Tomislav Luetić** za planiranje, koordiniranje i izvođenje operacije razdvajanja sijamskih blizanki u KBC-u Zagreb. Za istu godinu dobitnica nagrade za iznimno djelovanje u zaštiti prava liječnika te promicanju interesa hrvatskog liječništva je **mr. sc. Renata Čulinović-Čaić. Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak** dobitnica je nagrade za znanstveni doprinos unaprjeđenju liječničke struke i profesije u kategoriji znanstvenika starijih od 40 godina, dok je **dr. sc. Josip Anđelo Borovac** dobitnik iste nagrade u kategoriji znanstvenika do 40 godina. Nagrada za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke struke u javnosti za 2019. godinu dodijeljena je novinarki Večernjeg lista **Romani Kovačević Barišić.**

Dobitnik godišnje nagrade za 2020. godinu za najzapaženije stručno ostvarenje je **doc. dr. sc. Marko Kutleša**, koji je nagradu dobio za planiranje, organiziranje i vođenje intenzivne jedinice za oboljele od COVID-19 u Klinici za zarazne bolesti „Dr. Fran Mihaljević". Dobitnici nagrade za znanstveni doprinos unaprjeđenju liječničke struke i profesije su **doc. dr. sc. Kristina Bojanić** u kategoriji znanstvenika starijih od 40 godina i **dr. sc. Marko Lucijanić** u kategoriji znanstvenika mlađih od 40 godina. Nagradu za iznimno djelovanje u zaštiti prava liječnika te promicanju interesa hrvatskog liječništva u 2020. dobila je **Željka Perić Sekulić, dr. med.**, dok je novinarka RTL televizije **Leona Šiljeg, mag. comm. i mag. soc.**, dobitnica nagrade za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke struke u javnosti.

Podsjetimo, Hrvatska liječnička komora dodjeljuje svoje godišnje nagrade profesionalcima koji su svojim stručnim, znanstvenim te javnim i društvenim djelovanjem doprinijeli unaprjeđenju hrvatskog liječništva i liječničke profesije.

POPULARNI PUB KVIZ HLK-a KRENUO ONLINE

Zbog nesretnih okolnosti tijekom posljednjih godinu dana pauzirali smo pub kviz HLK-a nadajući se boljim vremenima. Nadamo se i dalje, no dok čekamo, organiziramo mali predah od posla i briga u obliku online pub kviza HLK-a putem aplikacije Zoom. Prvi kviz je održan u ponedjeljak, 18. siječnja. Novo pravilo online pub kviza HLK-a je da se prijavljujete kao pojedinci, a ne kao timovi.

U prva dva kruga nije bilo pobjednika, a u trećem je pobijedio Ante M.

Sljedeći online pub kviz HLK-a planira se za ponedjeljak, 15. veljače, u 20 sati. Pravilo online pub kviza HLK-a je da se prijavljujete kao pojedinci, a ne kao timovi. Pobjednik svakog kruga dobiva dar Eucerina.

Prijaviti se možete na mail **pubkviz@hlk.hr** Prijavljeni sudionici dobit će poziv na online pub kviz HLK-a putem aplikacije Zoom.

Radujem se nastavku druženja, u nadi da će ovakav online kviz biti prolazan oblik do ponovnog susreta uživo.

Vidimo se!

Za organizaciju online "Pubkviza" HLK-a, Lada Zibar

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA

TEMA
DUBROVNIK

Autor najbolje fotografije: MILJENKO MAROTTI

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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U PROSINCU 2020. I SIJEČNJU 2021.

3. prosinca	Online sastanak ENMCA - European Network of Medical Competent Authorities (dr. L. Rossini Gajšak, dr. Ž. Žegarac)
4. prosinca	Donacija „Dječje čitanke o zdravlju" zagrebačkim dječjim vrtićima (dr. I. Bekavac)
7. prosinca	Gostovanje u emisiji „Newsroom" N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
9. prosinca	Sastanak Ekspertne skupine Ministarstva zdravstva (dr. V. Krolo)
14. prosinca	Sastanak Ekspertne skupine Ministarstva zdravstva (dr. V. Krolo)
14. prosinca	Gostovanje u Dnevniku N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
17. prosinca	Gostovanje u emisiji „U mreži Prvog" Hrvatskog radija (dr. V. Krolo)
31. prosinca	Posjet delegacije HLK-a liječnicima u Sisku i Petrinji
5. siječnja	Posjet liječnicima Doma zdravlja i Ispostave hitne medicinske pomoći te liječnicima volonterima u Petrinji (dr. sc. K. Luetić, prim. B. Ujević)
7. siječnja	Gostovanje u emisiji „U mreži Prvog" Hrvatskog radija (dr. V. Krolo)
26. siječnja	Sastanak Ekspertne skupine Ministarstva zdravstva (dr. sc. K. Luetić)
27. siječnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr. sc. K. Luetić)
27. siječnja	Sastanak Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Uredbe o izmjenama i dopunama Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama (dr. S. Ropar)
27. siječnja	Webinar "Vrhunski hrvatski stručnjaci o cijepljenju protiv COVID-19" u organizaciji devet komora u zdravstvu u sklopu javnozdravstvene kampanje „Imaš znanje, budi primjer!"
29. siječnja	Konferencija „Europska unija i zdravlje" u organizaciji Ureda Europskog parlamenta u Hrvatskoj (dr. sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U PROSINCU 2020. I SIJEČNJU 2021.

9. prosinca	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
11. prosinca	Sjednica Izvršnog odbora
17. prosinca	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
17. prosinca	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
23. prosinca	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
15. siječnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
15. siječnja	Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti
20. siječnja	Sjednica povjerenstva za mlade liječnike
22. siječnja	Sjednica Nadzornog odbora
25. siječnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
26. siječnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
29. siječnja	Sjednica Izvršnog odbora
29. siječnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
1. prosinca – 31. siječnja	14 rasprava na Časnom sudu
1. prosinca – 31. siječnja	3 rasprave na Visokom časnom sudu

Errata corrige >

U prošlom broju, Liječničkim novinama br. 195, na 26. stranici u članku pod nazivom Povjerenstvo Grada Zagreba HLK-a doniralo zagrebačkim vrtićima „Dječje čitanke o zdravlju" netočno je navedeno da je dr. Andrija Štampar bio prvi predsjednik Svjetske zdravstvene organizacije. Ispričavamo se čitateljima zbog pogreške.

Smjernica na Dopunskoj listi lijekova HZZO-a:

"Dodatno liječenje blagih do umjerenih oblika atopijskog dermatitisa u subakutnoj i u kroničnoj fazi bolesti kod djece do 6 godina života u čijem je liječenju indicirana primjena lokalnih kortikosteroida ili lokalnih imunomodulatora. Po preporuci specijaliste dermatovenerologa ili specijaliste pedijatra."[9]

LINOLA DERM krema

nezasićene masne kiseline (C18 : 2)

- Lijek **LINOLA DERM krema** je jedini emolijens na listama lijekova HZZO-a[1]
- Lijek **LINOLA DERM krema** posjeduje pozitivni učinak na održavanje i obnavljanje epidermalne barijere[2]
- Lijek **LINOLA DERM krema** posjeduje podjednaki protuupalni učinak kao i lokalni kortikosteroidi klase I[3]
- Primjena **EMOLIJENSA** smanjuje suhoću kože i svrbež[4,5,6]
- Studije ukazuju na učinak smanjivanja potrošnje lokalnih kortikosteroida uz istovremenu primjenu **EMOLIJENSA**[7,8]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka
Naziv lijeka Linola Derm krema
Sastav 100 g kreme sadrži 0.815 g nezasićenih masnih kiselina (C18:2) **Terapijske indikacije** Dodatno liječenje blagih do umjerenih oblika atopijskog dermatitisa u subakutnoj i u kroničnoj fazi bolesti. **Doziranje i način primjene Doziranje Odrasli** Kremu nanijeti jednakomjerno na oboljelo područje kože nekoliko puta dnevno. Najčešće je dovoljna primjena dva puta dnevno. Linola Derm krema primjenjuje se sve do poboljšanja stanja kože i/ili prema preporuci liječnika. Podnošljivost Linola Derm kreme potvrđena je tijekom primjene u trajanju do 4 tjedna. **Pedijatrijska populacija** Lijek se može primijeniti u djece i adolescenata u jednakoj preporučenoj dozi za odrasle. **Način primjene** Linola Derm krema nanosi se jednakomjerno na oboljelo područje kože. Nanosi se na suhu kožu. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na nezasićene masne kiseline ili kikiriki, soju, cetilni i stearilni alkohol, lanolin, butilhidroksitoluen (E321) ili neku drugu pomoćnu tvar. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Linola Derm krema može smanjiti učinkovitost i sigurnost proizvoda od lateksa (kondomi) kod istodobne primjene u genitalnom ili analnom području zbog pomoćne tvari vazelin u sastavu lijeka koja smanjuje otpornost na pucanje tih proizvoda. Cetilni i stearilni alkohol (emolijenti) mogu uzrokovati lokalne reakcije na koži (npr. kontaktni dermatitis). Butilhidroksitoluen može uzrokovati lokalne reakcije na koži (kao npr. kontaktni dermatitis) i nadraziti oči i sluznice. U rijetkim slučajevima ulje kikirikija može prouzročiti teške alergijske reakcije. **Nuspojave** Česte nuspojave: lokalne reakcije na koži (kao npr. kontaktni dermatitis) uz crvenilo kože i peckanje ili svrbež. Rijetke nuspojave: ulje kikirikija može prouzročiti teške alergijske reakcije. Nepoznato: mogu se pojaviti blage otekline kože. **Prijavljivanje sumnji na nuspojavu** Od zdravstvenih radnika traži se da prijave svaku sumnju na nuspojavu lijeka Agenciji za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), Odsjek za farmakovigilanciju, Ksaverska cesta 4, 10000 Zagreb; Fax: +385 (0)1 4884 110; website: www.halmed.hr; e-mail: nuspojave@halmed.hr ili potražite HALMED aplikaciju putem Google Play ili Apple App Store trgovine. **Način izdavanja lijeka** Lijek se izdaje na recept. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet** HR-H-123355981 **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet** Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel, Sudbrackstrasse 56, 33611 Bielefeld, Njemačka. Napomena: Upućujemo zdravstvene radnike na posljednji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku koji su dostupni na internetskim stranicama Agencije za lijekove i medicinske proizvode: www.halmed.hr.

Literatura: 1. Osnovna i Dopunska lista lijekova HZZO-a. **2.** Linola Derm krema, SmPC, HALMED, https://halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova/Linola-Derm-krema/15705/ **3.** Abels C & Proksch E. Akt Dermatol, 33:266–272, 2007 **4.** Sahle FF, Gebre-Mariam T, Dobner B, Wohlrab J, Neubert RHH. Skin diseases associated with the depletion of stratum corneum lipids and stratum corneum lipid substitution therapy. Skin Pharmacol Physiol. 2015;28:42–55. **5.** El Maghraby GM, Barry BW, Williams AC. Liposomes and skin: from drug delivery to model membranes. Eur J Pharm Sci. 2008;34:203–22. **6.** Ishikawa J, Narita H, Kondo N et al. Changes in the ceramide profile of atopic dermatitis patients. J Invest Dermatol. 2010;130:2511–4. **7.** Grimalt R, Mengeaud V, Cambazard F, Group TSI. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. Dermatology. 2006;214:61–7. **8.** Lucky AW, Leach AD, Laskarzewski P, Wenck H. Use of an emollient as a steroid-sparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children. Pediatr Dermatol. 1997;14:321–4. **9.** Dopunska lista lijekova HZZO-a

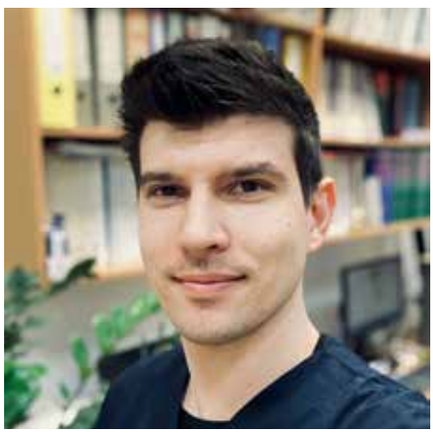
DR·WOLFF

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE.

Predstavnik nositelja odobrenja:
Remedia d.o.o., Sv. Mateja 66, 10020 Zagreb
HR/1/2102 Datum pripreme: siječanj, 2021.

INTESTINALNI ULTRAZVUK

Važan dio mozaika u razvoju modernog IBD centra



DOMINIK KRALJ, dr. med.

Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Sestre milosrdnice

Kao stipendist Hrvatske liječničke Komore bio sam u svibnju 2019. u Tel Avivu, Izrael, na intenzivnoj edukaciji iz intestinalnog ultrazvuka i od tada je ova metoda u našem Zavodu postala dio rutinske prakse. Želim kolegama približiti sve prednosti ove dijagnostičke metode i prikazati kako se znanja stečena zahvaljujući natječajima Komore za stručno usavršavanje mogu uvesti u strategiju razvoja organizacijske jedinice.

Organizator radionice u Tel Avivu bio je Dan Carter iz bolnice Sheba Medical Center u ime IBUS grupe („International Bowel Ultrasound"), međunarodne udruge koju je osnovala skupina eksperata za ultrazvuk crijeva, mahom gastroenterologa, čijom praksom dominiraju bolesnici s upalnim bolestima crijeva. U sve više zemalja, pri čemu primat imaju Njemačka, Italija i Kanada, ultrazvuk crijeva postaje neizostavna pretraga u svakodnevnom radu. Od važnijih imena za izdvojiti su Giovanni Maconi, Christian Maaser, Kerri L. Novak i Torsten Kucharzik, koji su autori na svim relevantnim smjernicama vezanih za intestinalni ultrazvuk, ali i crijevne upalne bolesti. Zahvaljujući aktivnosti članova ove skupine, koji su zaslužni i za nekoliko nedavno objavljenih studija ključnih za pozicioniranje intestinalnog ultrazvuka, ova pretraga doživljava strelovit uzlet. Na posljednjem ECCO (Europsko udruženje za Crohn i kolitis) kongresu završio sam i naprednu radionicu u organizaciji ECCO-ESGAR (Europsko društvo za gastrointestinalnu i abdominalnu radiologiju) koju su vodili članovi iste grupacije.

Prvi radovi u kojima se opširnije opisuje primjena ehosonografije za dijagnostiku i praćenje crijevnih poremećaja stari su gotovo dva desetljeća, no do posljednjih se nekoliko godina u većem dijelu svijeta značajnija primjena u kliničkoj praksi svodila na manji broj entuzijasta. Većina kolega svjesna je svih prednosti i mogućnosti prikaza organa transabdominalnim ultrazvukom, no čak ni oni koji ga aktivno izvode, često nisu svjesni dometa mogućnosti prikaza crijevne patologije. Prva predrasuda koju treba otkloniti jest da se crijeva ultrazvukom, kao „šuplji" organi, jednostavno ne vide ili da nije moguća njihova primjerena procjena. Uistinu, perspektiva ultrasoničara često je takva da se crijevo doživljava kao smetnja pri pokušaju vizualizacije parenhimnih organa. Mogućnost prikaza crijeva ultrazvukom je, dakako, prvenstveno dobro poznata radiolozima, no u radiologiji se koristi najčešće ciljano u hitnim stanjima, a dio svog potencijala primjene za dugotrajno praćenje bolesnika dostiže tek u pojedinim pedijatrijskim centrima. Nedostatak standardizacije parametara kod pretrage crijeva ultrazvukom, a posljedično i strukturirane edukacije, uz ideju da će naprednije slikovne pretrage (u prvom redu magnetska rezonancija) učiniti ovu metodu suvišnom, bile su glavne prepreke za veće prihvaćanje među liječnicima. Pojavom sve većeg broja sve učinkovitijih terapija za upalne crijevne bolesti, uz napredak tehnologije i kvalitete ultrazvučnog prikaza te porast potrebe za primjerenim monitoriranjem odgovora na terapiju, a uzevši u obzir limitirane kapacitete endoskopije i MR-a, ultrazvukom se u svijetu počinju sve više baviti gastroenterolozi.

Za pretragu i najbolji prikaz potrebna je linearna ultrazvučna sonda visoke frekvencije, a tehnika pregleda uključuje sistematski pregled tankog i debelog crijeva po segmentima u standardiziranim projekcijama. U bolesnika s Crohnovom bolesti fokus se stavlja na ileocekalnu područje i terminalni ileum, dok nam je u bolesnika s ulceroznim kolitisom najjednostavnije prikazati sigmoidni dio kolona. Kao anatomski orijentir nam s obje strane služe m. psoas i ilijačna arterija. Najvažniji je parametar procjene aktivnosti upalnog procesa debljina crijevne stijenke koja, u načelu, ne bi trebala prelaziti tri mm. Stijenka se, gledana ultrazvučno, od lumena prema van dijeli (pojednostavljeno) na mukozu (hipoehogeni sloj), submukozu (hiperehogeni sloj) i mišićni sloj (hipoehogeni sloj). Bitno je promatrati održanost kontinuiteta svih slojeva, odnosno stratifikacije stijenke, te prisutnost i intenzitet vaskularnog protoka u samoj stijenci prema obojenom dopleru ocijenjen semikvantitativnom Limberg skalom. Također se procjenjuje prisutnost stenoze lumena, odnosno prestenotičke dilatacije, prisutnost i stupanj reakcije priležećega masnog tkiva mezenterija, limfadenopatije i slobodne teku-

>>

Sudionici i organizatori radionice u Tel Avivu (s lijeve strane Torsten Kucharzik, Christian Maaser, Dan Carter, Kerri L Novak, Giovanni Maconi)

ćine. Prikaz izvancrijevnih očitovanja, najčešće vezanih uz Crohnovu bolest u vidu flegmona, fistula i apscesa, od posebne je važnosti. U slučajevima nedoumica oko postojanja apscesa ili procjene intenziteta upale stijenke, pretragu nadopunjujemo uporabom intravenskog kontrasta, a pod ultrazvučnim nadzorom možemo i perkutano drenirati tako dokazani apsces. Prije pretrage može se primjenjivati i peroralni kontrast koji omogućuje bolji prikaz tankog crijeva, osobito proksimalnog dijela, no u većini slučajeva se pretraga može raditi bez prethodne pripreme. Trajanje pregleda kod prvog susreta s bolesnikom može biti i do pola sata, dok je za praćenje često dovoljno izdvojiti do 5 minuta kao nadopunu redovitom ambulantnom pregledu.

Danas se ultrazvuk crijeva najviše primjenjuje u dijagnostici i monitoriranju aktivnosti, odnosno pojave komplikacija upalnih crijevnih bolesti, a značajno mjesto ima i u području funkcijskih poremećaja i ispitivanjima crijevnog motiliteta. Zbog neinvazivnosti je ultrazvuk posebno pogodan u pedijatrijskoj populaciji. U aktualnim smjernicama ECCO-ESGAR iz 2018. godine ultrazvuk crijeva je naveden kao ravnopravan magnetskoj rezonanciji i endoskopiji. Jedan od važnih elemenata kvalitete života naših bolesnika je učestalost invazivne obrade. Prema aktualnom konceptu liječenja prema cilju, a koji uključuje postizanje kliničke i endoskopske remisije u oboljelih od upalnih crijevnih bolesti, predviđen je intenzivan endoskopski i slikovni nadzor, što rezultira značajnim povećanjem broja kolonoskopija i MR enterografija. Intestinalni ultrazvuk je iz perspektive bolesnika s upalnim crijevnim bolestima, prema literaturnim podacima, a i iz našeg iskustva, poželjna alternativa navedenim postupcima.

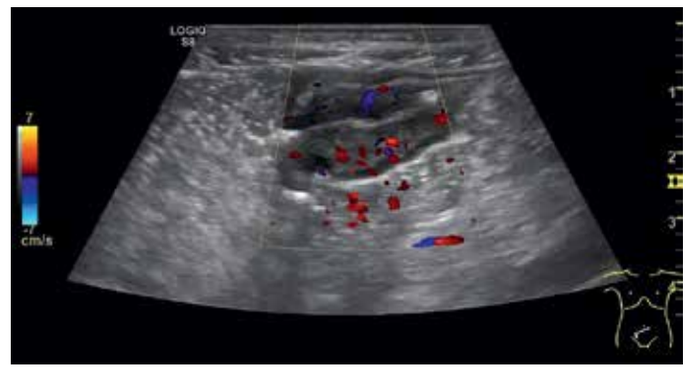
Ultrazvukom se također mogu detektirati divertikuli kolona, veće tumorske mase tankog i debelog crijeva, upalne promjene crijeva druge geneze (ishemija, infekcija) i ekstraintestinalne komplikacije (apscesi, fistule), dok je u hitnoj ambulanti od interesa prikaz apendiksa kao i smetnji crijevne pasaže. Ultrazvuk, dakako, ima svoja ograničenja i nije prikladan za detekciju manjih fokalnih crijevnih promjena, primjerice polipa ili neoplazmi u ranom stadiju te (ako uzmemo u obzir samo transabdominalni pristup) limitirano prikazuje rektum i područje zdjelice. Stanje nakon resekcije crijeva s promijenjenim anatomskim odnosima, kao i adipoznost, odnosno izrazito zadebljala abdominalna stijenka, također su limitirajući čimbenici za procjenu crijevne patologije u određenih bolesnika.

Krivulja učenja ovisi o prethodnom poznavanju osnova transabdominalnog ultrazvuka, no uz stručno vodstvo i izloženost većem broju slučajeva može se u razmjerno kratkom vremenu steći osnove vještine prikaza pojedinih crijevnih segmenata kao i uočavanja patologije probavne cijevi.

Ehosonografska tradicija našeg Zavoda broji više od četiri desetljeća i očituje se u redovitim edukacijskim aktivnostima i primjeni najsuvremenijih dijagnostič-

Ultrazvuk crijeva u dnevnoj gastroenterološkoj bolnici prilikom praćenja bolesnice na biološkoj terapiji zbog teškog ulceroznog kolitisa; nakon 12 tjedana terapije infliksimabom je uz kliničko poboljšanje vidljiva normalizacija debljine i stratifikacije stijenke sigmoidnog kolona

Komplikacija Crohnove bolesti u mladog muškarca; gore desno je vidljiva inflamirana vijuga tankog crijeva s fistuloznim traktom koji završava u hipoehogenoj nepravilnoj kolekciji s hiperehogenim odjecima (apsces)



Komplikacija Crohnove bolesti u neadekvatno liječene bolesnice - stenoza neoterminalnog ileuma (desno) s prestenotičkom dilatacijom (lijevo); prisutan pojačan vaskularni protok u zadebljanoj hipoehogenoj stijenci tankog crijeva narušene stratifikacije

kih i intervencijskih metoda. Edukacija iz intestinalnog ultrazvuka uvrštena je i u naš godišnji poslijediplomski tečaj I. kategorije ultrazvuka abdomena. Navedeno nam je, uz značajnu ekspanziju Zavoda na području skrbi za bolesnike s upalnim crijevnim bolestima, omogućilo brzu i uspješnu primjenu ultrazvuka crijeva u svakodnevnom radu. U našem Centru se svim hospitaliziranim bolesnicima s upalnim crijevnim bolestima radi kao dio standardne obrade ultrazvuk crijeva te je do sada u našem Zavodu napravljeno već više od 400 takvih pregleda, najvećim dijelom iz naše populacije od 200 bolesnika s crijevnim upalnim bolestima pod biološkom terapijom. Najveća vrijednost pretrage se ostvaruje tijekom praćenja putem ambulante ili u sklopu boravka u Dnevnoj gastroenterološkoj bolnici. Ovakvo učinkovito i brzo uvođenje nove pretrage u rutinski rad bilo je moguće isključivo zahvaljujući bezrezervnoj podršci kolega, sestara, tehničara i drugih djelatnika Zavoda i Klinike. Također, svakim danom kolege iz drugih klinika i ustanova sa sve manje skepse upućuju bolesnike na intestinalni ultrazvuk umjesto na invanzivne i/ili teže dostupne pretrage, a znanje i svjesnost o metodi se širi, što stvara dobru podlogu za budućnost.

Intestinalni ultrazvuk sigurno ne može i neće istisnuti endoskopiju ni radiologiju kao temeljne dijagnostičke metode za praćenje i detektiranje komplikacija upalnih crijevnih bolesti, no može značajno smanjiti njihov broj uz održanu visoku kvalitetu skrbi. Praktičnost, dostupnost i pouzdanost, kao karakteristike koje smo navikli očekivati od ultrazvuka u većini medicinskih specijalnosti, same će po sebi, i to u skoroj budućnosti, na primjereno mjesto pozicionirati intestinalni ultrazvuk u skrbi za ove bolesnike.

U našem je Zavodu svakim danom ta pozicija sve čvršća i uz ostale aktivnosti Tima za upalne crijevne bolesti čini okosnicu daljnjeg razvoja. Kao što je i svrha ovih stipendija, daljnje prenošenje svih znanja stečenih edukacijama u inozemstvu je u tijeku u samom Zavodu za gastroenterologiju i hepatologiju te stojimo na raspolaganju za edukaciju svima koji su voljni pobliže se upoznati s ovom temom.

e-mail: dominik.kralj@kbcsm.hr

Iznajmljujem prostor i opremu
GINEKOLOŠKE ORDINACIJE
za rad u suprotnoj smjeni!

IVANIĆGRADSKA 73/III, ZAGREB

Upit na telefon,
svaki dan iza 20.00 sati!

TEL.: 091 526 9994

Projekti prof. Sanje Musić Milanović

Povod za razgovor je projekt promicanja zdravlja, savjetnička pozicija u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji i cijepljenje protiv SARS-CoV-2. Razgovor s aktualnom prvom damom Republike Hrvatske i našom kolegicom liječnicom i profesoricom epidemiologije je vodila prof. Lada Zibar.

Prof. dr. sc. Sanja Musić Milanović zaposlena je kao epidemiolog u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i u Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

U sudbinskom nizu nesretnih događaja koji nas potresaju na svjetskoj i hrvatskoj razini lijepa je vijest da vodite projekt koji je usmjeren na zdravstveni prosperitet nacije. O kakvom projektu je riječ i koja je vaša uloga u tome?

Projekt „Živjeti zdravo“ usmjeren je na očuvanje zdravlja. Prošle 2020. godine dosegao je punoljetnost. Razvoj cijelog projekta započeo je još 2002. godine promicanjem tjelesnog zdravlja prevencijom debljine, pravilnom prehranom i tjelesnom aktivnošću. Od tada do 2015. godine projekt se razvijao u suradnji s brojnim dionicima te je tada postao prvi sveobuhvatni Nacionalni program promicanja zdravlja koji se provodi kontinuirano u Hrvatskoj. Od 2016. je kao projekt sufinanciran sredstvima Europskog socijalnog fonda, čime su aktivnosti dodatno osnažene. Program je usmjeren ne samo na očuvanje tjelesnog zdravlja, s čime smo započeli 2002., nego i na očuvanje i mentalnog i spolnog zdravlja. S pet različitih komponenata - zdravstveno obrazovanje, zdravlje i tjelesna aktivnost, zdravlje i prehrana, zdravlje i radno mjesto te zdravlje i okoliš - nastojimo obuhvatiti sva životna okruženja i pripadnike svih dobnih skupina. Ovaj projekt je drugačiji jer ne samo da educiramo i senzibiliziramo populaciju već i činimo dostupnim ono o čemu educiramo, tako da stvaramo okruženja u kojima se može primijeniti ono o čemu educiramo.

Već otprije ste poznati po zalaganju za zdravlje na nacionalnoj razini. Hoćete li kao prva dama u državi moći još učinkovitije pridonijeti dobrobiti ljudi i zajednici kao što je to običaj s toga položaja? Koliko je za to važna činjenica da ste liječnica?

Moj posao voditeljice Službe za promicanje zdravlja Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo i Referentnog centra za promicanje zdravlja Ministarstva zdravstva omogućuje mi da se na nacionalnoj razini bavim očuvanjem zdravlja koje većina nas dobiva pri rođenju na dar. Nažalost, o zdravlju počinjemo razmišljati tek kad se razbolimo. Moj posao je da ukazujem na važnost očuvanja zdravlja i da pokušam zajedno sa svojim timom ljude senzibilizirati i educirati da vode brigu o zdravlju prije nego ga izgube, kao i da potičem stvaranje okruženja u kojem se mogu prakticirati zdrave životne navike. Nadam se da će moj trenutačni društveni položaj pomoći da veći broj ljudi osvijesti važnost očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, i to na pojedinačnoj ali i kolektivnoj razini. U promicanju zdravlja nema brzih, instant rješenja. Potrebni su realni ciljevi, visoka razina intrinsične motivacije i strpljenje. Na primjer, debljina u djece, tema o kojoj ćete vrlo često čuti da govorim, problem je koji je danas globalno prisutan. Prije manje od 50 godina, 1975., manje od 1 % djece i mladih u dobi od 5 do 19 godina imalo je prekomjernu tjelesnu masu i debljinu. Danas je debljina prisutna u oko 7 % njih, dok 18,5 % djece i mladih ima prekomjernu tjelesnu masu, koja je korak do debljine. U Hrvatskoj je u školskoj godini 2015./2016., prema rezultatima presječnog istraživanja Europska inicijativa praćenja debljine, bilo oko 20 % djece u dobi od 8 godina s prekomjernom tjelesnom masom i oko 15 % s debljinom. Zbog veličine ovog problema, Svjetska zdravstvena organizacija je, kao jedan od 9 globalnih ciljeva za prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti do 2025. godine, postavila zaustavljanje porasta debljine. Mi ulažemo velike napore u razvoj javnozdravstvenih intervencija kako bismo to i uspjeli. Za sada djeluje da smo na dobrom putu jer preliminarni rezultati istog istraživanja iz 2018./2019.

ukazuju na to da prevalencija prekomjerne tjelesne mase i debljine stagnira. To su ti "nevidljivi" rezultati. Kad bismo zašli u kompleksnu etiologiju debljine vidjeli bismo da je svatko od nas na neki način „kotačić" koji može promijeniti cijelu sliku.

Nedavno vas je Svjetska zdravstvena organizacija imenovala za jednu od 20 savjetnika novog direktora Europske regije SZO-a za inovacije u prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti. Kakvo značenje to ima?

Kad vas međunarodno prepoznaju kao jednog od 20 stručnjaka u području kojim se bavite to je velika čast i profesionalno priznanje. Ovo Savjetodavno vijeće bavi se kreiranjem inovativnih pristupa u prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti te aktivnostima vezanima uz ostvarenje jednog od Ciljeva održivog razvoja 3.4., a to je do 2030. smanjiti prijevremenu smrtnost od kroničnih nezaraznih bolesti za jednu trećinu prevencijom i liječenjem bolesti te promicanjem mentalnog zdravlja i dobrobiti. Na ovaj način imam priliku doprinijeti usmjeravanju strateških dokumenata pa i odluka vezanih uz unaprjeđenje prevencije kroničnih nezaraznih bolesti i promicanja zdravlja u Europskoj regiji Svjetske zdravstvene organizacije koja se sastoji od 53 države. Dobili smo priliku da se naš glas čuje na jednom, po mom mišljenju, jako važnom mjestu.

Kao epidemiolog sudjelujete u procjepljivanju stanovništva protiv SARS-CoV-2. Kakvo je vaše iskustvo pri tome?

Sudjelovanje u cijepljenju protiv obolijevanja od COVID-19 smatram svojom profesionalnom odgovornošću. Cijepljenjem se izbjegava teži oblik bolesti i smrtni ishod. Nitko od nas ne zna kako će reagirati na zarazu koronavirusom. Osim debljine i drugih komorbiditeta, koji su prepoznati kao značajan rizik za razvoj težih oblika COVID-19, čini se da postoji i genska predispozicija za razvoj lakšeg ili težeg oblika. Prema tome, s obzirom na to da nitko ne zna kako će mu pasti grah, a cjepivo postoji, **najbolje je izbjeći rizik cijepljenjem, čije su nuspojave najčešće vrlo blage. Osobno sam kao posljedicu cijepljenja imala bol u ruci i osjećaj mučnine, što je zanemarivo, rekla bih čak nepostojeće, u odnosu na mogućnost razvoja težeg oblika COVID-19. Odgovornost svih nas liječnika je da ljudima pružimo dovoljno pouzdanih informacija i pomognemo im u tome da donesu najbolju odluku za sebe i sve nas, kako bismo se što prije vratili natrag u normalu.**

Prof. dr. sc. Sanja Musić Milanović i prof. dr. sc. Lada Zibar

Na Medicinskom fakultetu u Zagrebu podučavate studente epidemiologiji. Kako ste doživjeli online nastavu? Što su studenti dobili a što izgubili u proteklim mjesecima?

Rad sa studentima na Medicinskom fakultetu jako mi je važan. Jedva čekam povratak u uobičajeni, „živi" sustav nastave. Bez izravnog kontakta sve mi djeluje distanciranije. Imam osjećaj da su studenti izgubili dosta prilika da „uživo" osjete kakve su prilike i kakve su potrebe na terenu. Pozitivna je strana ovakvog tipa nastave što su se studenti zaista izvještili u digitalnim medijima učenja i ako su ikad imali ikakvih teškoća sad su ih savladali. Također, možemo biti ponosni jer vidimo da imamo generaciju koja je sposobna da se vrlo brzo prilagodi novonastalim uvjetima ma koliko zahtjevni oni bili. Uz to, sustav online nastave je možda i na neki način olakšao obiteljima koje nemaju financijskih mogućnosti i iznimno se trude da omoguće svojoj djeci studij izvan mjesta stanovanja. U razdoblju online nastave ja svoj posao odrađujem preko neke od tehnoloških platformi koje omogućuju i dijalog i interakciju, ali za mene koja kroz nastavu studentima pokušavam prenijeti ne samo znanje, već i entuzijazam i ljubav prema ovom području, to nije rješenje. Zahvalna sam na prilici što mogu aktivno sudjelovati u stvaranju mladih generacija stručnjaka u javnom zdravstvu, liječnika, zdravstvenih i nezdravstvenih stručnjaka koji će razumjeti temelje i biti motivirani da profesionalnu karijeru izgrade upravo u ovom području.

Tko je Sanja Musić Milanović?

Majka sam koja se brine za svoju djecu, supruga koja podržava svog muža, znanstvenica koja uvijek pita „Zašto?" i ne prestaje učiti. Kao liječnica stalno radim na unaprjeđenju zdravstvenog stanja populacije. Privatno sam žena koja voli kazalište, trčanje, modu i dizajn te koja se uvijek trudi optimistično kročiti naprijed.

Priznaje da je za dizajn namještaja dobila i nagradu a da joj je osobit izazov kreiranje nove odjeće recikliranjem stare, što je u skladu s i inače ekološkim svjetonazorom.

L. Zibar

Hrvatski liječnici useljenici

Posljednjih je sedam godina gotovo tisuća liječnika napustilo naš zdravstveni sustav i uputilo se na rad u inozemstvo. Loši uvjeti rada, nemogućnost napredovanja i loši međuljudski odnosi glavni su uzroci njihova odlaska. Mjere za zadržavanje liječnika ne postoje na nacionalnoj razini, iako lokalni napori nastoje zadržati postojeće i privući nove liječnike. Posljednjih se godina znatno više govori o liječnicima koji odlaze, nego o onima koji su došli ili dolaze raditi u Hrvatskoj. Iako je Hrvatska u novije vrijeme postala atraktivna lokacija za studij medicine na engleskom jeziku, malo se stranaca nakon završenog fakulteta odlučuje ostati i raditi ovdje. Primjeri liječnika useljenika u Hrvatsku još uvijek su rijetki. S nekima od njih razgovarali smo o razlozima njihova dolaska i ostanka u Hrvatskoj, kao i o prednostima i nedostacima rada ovdje.

pripremila prof. ANNA MRZLJAK

Dr. JEAN CHEDID

Niz godina radite u Hrvatskoj kao ginekolog. Kako ste se odlučili da dođete u Hrvatsku?

Ja sam rođeni Libanonac. U jesen jedne davne godine, u vrijeme odlaska na školovanje o tadašnjoj Jugoslaviji, nisam puno znao. Jednom godišnje na radiju bih čuo da Joseph Broz Tito slavi svoj rođendan. U Istočnu Europu odlazili su samo oni koji su imali stipendije tih zemalja ili političkih partija, dok je za odlazak u Zapadnu Europu trebalo više novaca. Bejrut je tada bio podijeljen zelenom linijom na istočni i zapadni u kojem je bila smještena većina veleposlanstava. Ja sam iz istočnog Bejruta u kojem je bilo rumunjsko veleposlanstvo, i dok sam čekao u redu da sredim papire za dolazak u Rumunjsku, načuo sam da je u Jugoslaviji bolje nego u Rumunjskoj. Jugoslavensko veleposlanstvo bilo je u zapadnom Bejrutu i unatoč ratnim zbivanjima snajperisti su ostavljali slobodan prolaz iz jednog dijela u drugi. Odnio sam dokumente u veleposlanstvo i uzeo brošure o studiju. I dok sam kupovao avionsku kartu za „Jugoslaviju“ službenik me pitao: "Da, ali gdje?". Odgovorim mu: "Za Belgrad". Za mene je to tada bilo kao kad netko putuje u Libanon i sleti u Bejrut. Međutim službenik mi je predložio da idem za Zagreb jer je "tamo slično kao u Libanonu i većina naših odlazi tamo". Tako sam završio u Zagrebu. Moram priznati da se nisam osjećao strancem, osim što u početku nisam poznavao ni jezik ni grad. Moje društvo bilo je pretežno iz Hrvatske, a družio sam se s onima koji pripadaju mom svijetu, mojim shvaćanjima.

Nakon završenog medicinskog fakulteta, odlučili ste ostati u Hrvatskoj i zaposliti se. Je li vam bilo teško naći posao?

Moj prvi posao bio je u Sisku, u općoj i školskoj medicini na određeno, no ubrzo sam ostao bez posla, pod izlikom da se ambulanta zatvara. Kad sam otišao, došla je nova kolegica u tu istu "zatvorenu“ ambulantu. Nezaposlen jedno vrijeme, nije mi preostalo ništa nego krenuti na specijalizaciju o svom vlastitom trošku. I tako sam se odlučio za ginekologiju. Došao sam na Sveti Duh, odradio specijalizaciju i ostao raditi i dežurati kao zaposlenik pored svoje privatne ambulante. To je bilo za vrijeme profesora Kurjaka koji je to omogućio, ali, nažalost, nakon njegova odlaska stvari su krenule drugim tijekom.

Kakvi su Vaši dojmovi o radu u Hrvatskoj nakon nekoliko desetljeća iskustva?

Što se dojma tiče, Hrvatska je perspektivna zemlja. Desetak sam godina na isto pitanje odgovarao da je Hrvatska kao "brod u boci" - kako pjeva moj neprežaljeni Oliver Dragojević - i neće nikamo stići, no stvari su krenule nabolje, i mi moramo mijenjati sebe, svoje glave i navike. Htjeli bismo zapadnoeuropske "šolde", ali istovremeno zadržati stare navike; nama je moto "dobro je, ništa ne radim". To spominjem da bih upozorio na razmišljanja koja nas koče na putu prema Europi u koju želimo ili čije Eure i standarde želimo. Budući da smo mlada demokracija, kao dijete koje je tek prohodalo, a europske demokracije stare su stotinama godina, treba biti strpljiv, zasukati rukave i bolja nam je budućnost zajamčena.

Dr. REFAT EL-HAJJ

U Hrvatskoj radite nekoliko desetljeća. Što Vas je privuklo da dođete i ostanete raditi kao ginekolog? Što vidite kao loše strane rada ovdje?

Došao sam iz Palestine u Hrvatsku 1986. godine na nagovor prijatelja koji je već studirao na Medicinskom fakultetu u Zagrebu i bio pun hvale za fakultet, grad i ljude. Godinu dana sam učio hrvatski na Filozofskom fakultetu, a 1987. sam upisao medicinu, završio u roku i stažirao na Zavodu Vuk Vrhovac. Godine 1993. započeo sam specijalizaciju ginekologije i opstetricije na KB-u Merkur, a po završetku specijalizacije, zaposlio se u Domu zdravlja Medveščak (današnji Dom zdravlja Centar), gdje sam i dan danas zaposlen kao koncesionar. Ostao sam u Hrvatskoj jer mi se svidjela priroda, ali i Hrvatska kao država, pogotovo Zagreb, koji je miran, siguran i lijep grad. Sviđa mi se ovdje zdravstveni sustav, iako ima svojih mana koje treba doraditi. Loše strane su mala plaća i mirovina.

Dr. DAVID ZIZIC

Trenutno ste specijalizant radiologije na KBC-u Zagreb, ali je za vama bogato životno iskustvo. Kakav je bio vaš životni put?

Odrastao sam u gradu Oakvilleu, Ontario, Kanada, i oduvijek mi je san bio postati liječnikom. Kad sam saznao za mogućnost studiranja medicine na engleskom jeziku u Hrvatskoj, odlučio sam se preseliti u Zagreb. Prvi fakultet upisao sam na University of Toronto, smjer biologije i antropologije, gdje sam diplomirao 1999. godine, a nakon upisao sam Information Technology Institute u Torontu na kojem sam diplomirao 2000. godine. Iste godine dobio sam posao u struci kao programer te sam na tom poslu bio idućih šest godina. Radio sam kao vanjski suradnik za mnoge kompanije s područja Floride, Toronta i Pennsylvanije. Kao primjer mogu izdvojiti Merryl Lynch (financije), Apotex (farmaceutska kompanija) i PHEAA/AES (financije). Sredinom 2006. saznao sam da mogu studirati medicinu u Hrvatskoj na engleskom jeziku te sam se krajem te godine preselio u Zagreb. Medicinu sam studirao od 2006. do 2012. godine, nakon čega sam pripravnički staž odradio u hitnoj službi u Zagrebu. Poslije položenog državnog ispita 2014. počeo sam raditi u turističkoj ambulanti u Trogiru. Nakon nekoliko mjeseci dobio sam ponudu na neodređeno kao liječnik u helikopterskom transportu Divulje, što sam i prihvatio. Početkom 2016. dobio sam ponudu za specijalizaciju radiologije na KBC-u Zagreb i trenutačno sam na posljednjoj godini specijalizacije.

Što Vas je privuklo da ostane raditi u Hrvatskoj? Vidite li mogućnost poboljšanja?

Odluku o ostanku u Hrvatskoj donio sam jer mi se prvenstveno sviđao način života ovdje. Naš Jadran je također jedan od glavnih čimbenika zbog kojih sam ostao, iako sam završio u Zagrebu. Zadovoljan sam i sretan s poslom i s kolegama. Naravno, ništa nije savršeno i čovjek (kao vrsta) teži napretku pa u tom kontekstu smatram da uvijek može bolje i da ima prostora za napredak. Moj je dojam da ne bi škodilo da nas je više (liječnika) jer su potrebe velike i time bi se prilike ubrže olakšale na zadovoljstvo svih.

Dr. BRIAN MELAMED

Dolazite iz SAD-a i studirali ste medicinu u Hrvatskoj. Koliko ste o Hrvatskoj znali prije dolaska?

U Hrvatsku sam prvi put stigao 2009. godine kako bih se bavio turizmom. Odrastao sam u Chicagu i studirao na Sveučilištu Illinois, stekavši diplomu molekularne biologije i antropologije, bez jasnog smjera u životu nakon toga. Tamo sam obavljao različite poslove, npr. sanitetski prijevoz, uvoz medicinskih uređaja i stand-up komedija, prije nego što mi je obiteljski prijatelj predložio da dođem u Zadar raditi u marketingu za mali hotel. Prije toga jedva da sam čuo za Hrvatsku, prisjećajući se vijesti o Domovinskom ratu.

Što vas je ponukalo da ostanete raditi ovdje?

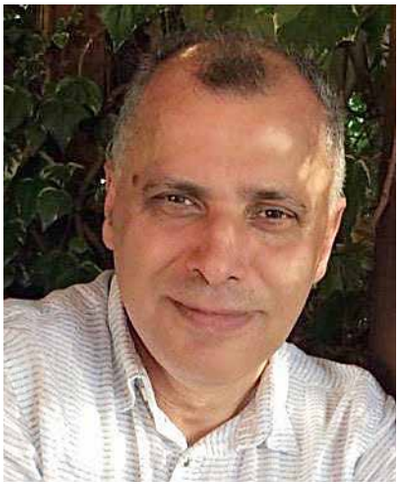
Nakon završetka medicinskog studija na engleskom u Zagrebu namjeravao sam se vratiti u SAD po nagovoru svojih roditelja, ali tada sam već bio u ozbiljnoj vezi s jednom Hrvaticom pa sam odlučio ostati, raditi i skupiti radno iskustvo. Moj prvi posao bio je na bjelovarskom hitnom prijemu, što je bilo pravo "vatreno krštenje" u pogledu izgradnje vještine i izdržljivosti. Nakon toga sam radio u Hitnoj u Zagrebu sve dok se nisam počeo prijavljivati za specijalizacije. Odabrao sam specijalizaciju iz kliničke radiologije jer je to izvrsna kombinacija analitičkog razmišljanja, primijenjenog znanja i timskog rada, koji je važan i medicinskom osoblju i pacijentima. Trenutačno radim u općoj bolnici u Koprivnici i jako sam zadovoljan svojim kolegama, organizacijom bolnice kao i njihovim strpljenjem sa mnom kao strancem koji se još uvijek bori s „noćnom morom“ padeža. Još uvijek povremeno radim u hitnom prijemu u Koprivnici jer ne želim izgubiti kliničke vještine koje iznimno cijenim kao liječnik.

Kakvi su Vaši dojmovi o Hrvatskoj?

Nakon skoro 11 godina života u Hrvatskoj smatram je svojim drugim domom. Moji su roditelji došli u SAD iz Ukrajine dok je još bila dijelom Sovjetskog Saveza, kad su bili istih godina kao i ja kad sam došao u Hrvatsku. Stoga nailazim slične izazove u učenju novog jezika, posebno onog s toliko drukčijim gramatičkim pravilima od engleskoga. Općenito, u Hrvatskoj je balans između poslovnog i privatnog života puno bolji, i društveno

su prihvaćeni dulji godišnji odmori i bolovanja nego u SAD-u. Naravno, plaća je niža nego u "zapadnim" zemljama, što objašnjava zašto su mlađi liječnici motivirani da emigriraju u zemlje u kojima je njihov rad više cijenjen u pogledu plaće. Smatram da sam prilagodljiv novim situacijama i osoba sam koja uživa u slobodnom vremenu, pa iako mi nedostaje obitelj u Chicagu, a možda i nekoliko dodatnih cifra na računu, Hrvatska mi je pružila nove prijatelje i obitelj, kao i karijeru u kojoj uživam.

>>



Dr. ISMAIL EL AKLOUK

Više godina radite u Hrvatskoj, trenutačno kao gastroenterolog u Općoj bolnici Zabok. Zašto ste se odlučili za Hrvatsku? Kakav je bio vaš životni put?

Od malih sam nogu bio zainteresiran za medicinu i oduvijek maštao kako ću jednog dana postati liječnik. Rođen sam u Palestini, u državi u kojoj je politička stanje već niz godina izrazito složeno, a uvjeti za život i obrazovanje nepovoljni. Bio sam primoran otići iz svoje domovine kako bih mogao ostvariti svoj dugogodišnji san i time osigurati bolju budućnost. Za Hrvatsku sam se odlučio jer mi je tada to bila najbolja i najisplativija opcija, budući da je dosta mojih zemljaka, ali i rodbine, došlo ovamo iz istog razloga. Upisao sam studij medicine u Zagrebu. Nakon studija sam stažirao, a kako nisam mogao dobiti posao ni specijalizaciju, odlučio sam specijalizirati internu medicinu u KBC-u Sestre milosrdnice o vlastitom trošku. Velika mi je želja bila napredovati i raditi na nekoj od klinika u Zagrebu, ali se to nažalost nije ostvarilo. Prvi sam posao dobio u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti Novi Marof, gdje sam završio subspecijalizaciju iz gastroenterologije i magisterij iz ultrazvuka u gastroenterologiji i hepatologiji.

Što je prevagnulo da ostanete u Hrvatskoj?

Za vrijeme studija upoznao sam i zaljubio se u svoju sadašnju suprugu Mariju s kojom imam troje prekrasne djece na koje sam jako ponosan. Zahvaljujući njima smatram da sam se dobro integrirao u društvo te uspio izgraditi svoj život u Hrvatskoj. Također, zbog političkih prilika u Palestini i boljih uvjeta života u Hrvatskoj, odlučio sam tu ostati radi svoje i njihove bolje budućnosti.

Kakva su vaša iskustva s radom u Hrvatskoj?

U Hrvatskoj sam stekao dobra, ali i loša iskustva. Susreo sam se s raznim ljudima i situacijama te otvoreno mogu reći da nije sve bilo pozitivno. I dalje imam neostvaren san u profesionalnom smislu. Nažalost, nisam uspio ispuniti sav svoj potencijal te ostvariti svoj znanstveni put, jer sam u očima nekih ljudi i dalje ostao stranac. Ipak, takva iskustva nisu utjecala na moje pozitivne dojmove o Hrvatskoj. Hrvati su izrazito topli i gostoljubivi ljudi, što me ujedno i podsjeća na život u Palestini. Iako nisam potpuno ispunio svoj profesionalni san, Hrvatsku smatram svojom domovinom jer sam u njoj upoznao dobre ljude, stekao razna prijateljstva te osnovao obitelj koja mi je sve na svijetu.

Pozivamo sve liječnike useljenike koji su zainteresirani podijeliti svoje iskustvo, dojmove i mišljenja da se obrate Uredničkom odboru Liječničkih novina na anna.mrzljak@gmail.com

Svjetski dan AIDS-a 2020.

prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.

Svjetski dan AIDS-a obilježen je 1. prosinca s ciljem da informira građane, uklanja predrasude o HIV-u i AIDS-u te da osvještava društvo o važnosti testiranja, ranog otkrivanja i pravovremenog liječenja infekcije HIV-om. Slogan ovogodišnje kampanje je Globalna solidarnost – održive usluge (*Global Solidarity - Resilient Services*).

Povodom obilježavanja toga dana 27. studenoga 2020. u organizaciji Sekcije za zarazu HIV-om i infekcije imunokompromitiranih Hrvatskog društva za infektivne bolesti HLZ-a, već tradicionalan virtualni stručni sastanak **Simpozij povodom dana AIDS-a**.

Epidemiologija

U izlaganju prim. Tatjane Nemeth Blažić bilo je riječi o pregledu epidemiološkog stanja u Hrvatskoj i Europi. U Hrvatskoj je, prema podacima registra za HIV/AIDS Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, **od 1985. do studenoga 2020. zabilježeno 1819 osoba (1618 muškaraca i 201 žena)** kojima je dijagnosticirana infekcija HIV-om, od čega ih je **570 oboljelo od AIDS-a**. U istom je razdoblju **od AIDS-a umrlo 234 osoba**. Posljednjih se godina **prosječno godišnje bilježi oko 100 novodijagnosticiranih slučajeva infekcije HIV-om**, što **stopom od oko 2,3 na 100.000 Hrvatsku svrstava među zemlje s niskom učestalošću infekcije HIV-om** u općoj populaciji (5,4 na 100.000 je bio prosjek za zemlje EU/EEA u 2019. godini). **U 2020. zabilježeno je 69 osoba** kojima je dijagnosticirana infekcija HIV-om ili AIDS, što je na razini prošle godine. Dominira spolni put prijenosa (90 % svih oboljelih). Najčešći prijavljeni put prijenosa je spolni odnos između muškaraca (70 % svih oboljelih i 80 % novih infekcija).

Prevencija, liječenje i skrb – utjecaj epidemije COVID-19

Iako je došlo do promjena i prilagodbi organizacije prevencije i skrbi za osobe zaražene HIV-om zbog pandemije COVID-19, usluge testiranja, liječenja i ostale skrbi nastavile su se odvijati za cijelo vrijeme trajanja pandemije, što su u svojim izlaganjima prikazali prof. dr.

sc. Josip Begovac, dr. Nikolina Bogdanić i dr. sc. Šime Zekan. Prema podacima Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević", **u 2020. godini je 1296 osoba oboljelih od infekcije HIV-om bilo uključeno u skrb, od kojih je njih 1285 uzimalo antiretrovirusne lijekove**, što čini 99 posto oboljelih. U mnogim zemljama, pa tako i u Hrvatskoj, skrb je u nekim segmentima postala virtualna. U razdoblju takozvanog prvog vala epidemije, došlo je do značajnog pada od oko 50 % ambulantnih posjeta oboljelih, a porastao je broj telefonskih konzultacija. Iako su **usluge skrbi za oboljele (određivanje viremije, ambulantni posjeti, anonimno i besplatno testiranje) bili značajno niži u ožujku i travnju, ubrzo su se počeli vraćati na preepidemijske razine**. Usluga **prijeekspozicijske Profilakse (PrEP) HIV infekcije**, koja **postoji službeno u Hrvatskoj od rujna 2018.**, ostala je dostupna tijekom pandemije COVID-19, osiguravajući dodatnu medikamentnu prevenciju infekcije HIV-om primjenom kombinacije dvaju antiretrovirusnih lijeka koformuliranih u jednoj tableti (tenofovir i emtricitabin). Ta usluga, koja obuhvaća praćenje, kontrolne laboratorijske pretrage i izdavanje PrEP-a, dostupna je za sada samo u Zagrebu u Klinici za infektivne bolesti, s uputnicom. Do sada je **PrEP koristilo malo više od 250 osoba pod rizikom** (u pravilu su to muškarci koji imaju odnose s drugim muškarcima), a nakon smirivanja epidemije COVID-19 u Klinici se nadaju povećanju broja korisnika u Zagrebu, ali i dostupnosti ove usluge u drugim većim centrima u Hrvatskoj kao što su Rijeka, Split, Osijek. Širim uvođenjem PrEP-a želja je postići pad incidencije novih infekcija HIV-om po uzoru na mnoge europske i svjetske sredine gdje se to već dogodilo. Ivana Benković prezentirala je **istraživanje komorbiditeta** u osoba koje žive s HIV-om u Hrvatskoj i ono je pokazalo da je ukupna prevalencija glavnih **kliničkih komorbiditeta koji se ne odnose na stanja povezana s AIDS-om bila 15 % za ukupnu populaciju osoba koje žive s HIV-om i 22 % za one starije od 50 godina**, a dijabetes je bio najčešći. Prim. dr. sc. Klaudija Višković prezentirala je rezultate istraživanja proširenosti i rizičnih čimbenika za perifernu arterijsku bolest u oboljelih od HIV-a, prema kojima je ta bolest učestalija u ovih bolesnika, pri čemu kronična bubrežna bolest pogoršava ishode, a infekcija HIV-om i kronična bubrežna bolest neovisni su rizični čimbenici za perifernu arterijsku bolest.

Predavači na stručnom sastanku/webinaru Simpozij povodom dana AIDS-a 27.11.2020. Josip Begovac, Šime Zekan, Klaudija Višković, Nikolina Bogdanić, Tatjana Nemeth Blažić, Arian Dišković, Ivana Benković, Zoran Dominković.

Nove metode prevencije

O prilagodbama i inovacijama u digitalnom smjeru uslijed pandemije COVID-19 u području prevencije infekcije HIV-om **u zajednici** bilo je riječi u izlaganju predstavnika udruge HUHIV Ariana Diškovića. CheckPoint centar za besplatno testiranje u zajednici na HIV, HCV i sifilis uveo je sustav naručivanja online, postupak uzorkovanja uz kratko zadržavanje korisnika, te **digitalni pristup rezultatima testiranja putem internetske aplikacije, a savjetovanja prije i poslije testiranja su dostupna putem telefona i e-maila**. Također, udruga je u suradnji s Klinikom za infektivne bolesti započela **pilot istraživanje o mogućnostima samotestiranja na HIV za područje Grada Zagreba** imena ***Step forward: home testing in times of crisis***. Inovacija u projektu je web aplikacija koja vodi korisnike kroz proces samotestiranja i bilježi rezultate testiranja prema odabranoj slici koja opisuje vizualna obilježja rezultata na testnom uređaju. O rezultatima internetskog istraživanja 2017. o znanju, stavovima i ponašanjima muškaraca koji imaju odnose s muškarcima vezanoih uz zarazu HIV-om i drugim spolno prenosivim bolestima (*The European MSM Internet Survey -EMIS*) podsjetio nas je predstavnik udruge Iskorak, Zoran Dominković: 36 % gej/bi muškaraca nije se nikada testiralo na HIV, mnogi sudionici istraživanja nisu čuli za PrEP (38 %) PEP (39 %), a 57 % sudionika ne koristi uvijek kondome s nestalnim partnerima.

I na kraju, možemo zaključiti da je za prevenciju infekcije HIV-om nužno i dalje provoditi sve mjere suzbijanja i sprečavanja ove infekcije koje su se i dosada provodile, te pojačati ciljane mjere prevencije usmjerene prema skupinama populacija koje su izložene većem riziku zaraze HIV-om, primarno populaciji muškaraca koji imaju spolne odnose s muškarcima.

tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

U Hrvatskoj prvi put terapija kronične boli u leđima bazivertebralnom ablacijom

LUKA NOVOSEL, dr. med.
spec. radiologije, subspecijalist intervencijske radiologije
Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju, KBC Sestre Milosrdnice

Prošli mjesec je u Zagrebu po prvi puta u Hrvatskoj izveden zahvat perkutane bazivertebralne radiofrekventne ablacije u pacijenta s kroničnom boli lumbalne kralježnice. Zahvat je izveo intervencijski radiolog dr. Luka Novosel s KBC-a Sestre milosrdnice. Ovaj inovativni zahvat je izveden nakon dugog planiranja i edukacije u suradnji s kolegama iz SAD-a, a predstavlja značajnu novu terapijsku opciju, koja se do sada u Hrvatskoj i regiji nije izvodila.

Kronična bol u leđima jedna je od najčešćih dijagnoza s kojima se susreću liječnici u svakodnevnoj praksi. Čak 85 % pacijenata s kroničnom boli u leđima i degenerativnim promjenama i. v. diska ima u konačnici dijagnozu nespecifične dorzalgije, nakon što im se isključi postojanje značajne protruzije diska i lumboishialgije ili patologije fasetnih zglobova. Mnogi od tih pacijenata se neuspješno liječe analgeticima, fizikalnom terapijom, manipulacijom ili infiltracijama, bez značajnijeg dokazanog učinka. Zbog toga, dio tih pacijenata, nakon određenog vremena završi i na kirurškoj operaciji fuzije kralježaka, kao posljednjoj opciji liječenja.

MR prikaz karakterističnih promjena LS kralježnice kao posljedica degenerativnih promjena diska. Prikaz navođenja instrumenata za perkutanu RF ablaciju u dva susjedna trupa kralješka pod kontrolom dijaskopije kod bazivertebralne ablacije

Iako se dugo pretpostavljalo da je uzrok boli kod degenerativno promijenjenog i.v. diska podražaj nociceptora u stražnjem dijelu anulusa, tzv. diskogena bol, anatomske studije su pokazale da je zapravo uzrok te boli vertebrogen. Vertebrogena bol nastaje kao posljedica oštećenja i promjena pokrovnih ploha kralježaka uz degenerativno promijenjen intervertebralni disk. Studije su pokazale da se prilikom oštećenja pokrovnih ploha trupova upalni materijal širi iz samog diska u kost te kao posljedica nastaju neovaskularizacija i karakteristične promjene pokrovnih ploha, vidljive i na MR pregledu, tzv. Modic promjene.

Karakteristična kronična intenzivna dorzalgija koja se javlja u tih pacijenata prenosi se preko nociceptora u pokrovnim plohama kralježaka kroz bazivertebralni senzorni živac, smješten centralno u stražnjoj trećini svakog kralješka.

Ta saznanja nedavno su dovela do otkrića moguće nove terapije ove vrste boli u smislu minimalno invazivnog zahvata perkutane bazivertebralne RF ablacije. Tim zahvatom se posebnim materijalom pristupa u središte kralješka kroz pedikl pod kontrolom dijaskopije ili CT-a te se navedeni bazivertebralni živac toplinski tretira u dva susjedna kralješka, koji graniče s degenerativno promijenjenim diskom.

Provedene randomizirane prospektivne komparativne studije pokazale su izvrstan i dugotrajan učinak ove vrste terapije. U njima se pratio učinak bazivertebralne ablacije kod pacijenata s kroničnom boli u leđima, u usporedbi sa standardnom terapijom ili placebom, te su pokazale odličan učinak nakon dvije kao i nakon pet godina praćenja, s 34 % pacijenata koji su naveli potpun nestanak boli i 50 % koji su naveli smanjenje boli za >75 %.

„Povedeni spoznajom o dokazanim izvrsnim rezultatima ovog zahvata u Americi, odlučili smo pokrenuti ovu metodu kod nas. Kroz veliko iskustvo, koje kroz intervencijsku radiologiju, imamo sa zahvatima vertebroplastike kod fraktura kralježaka, kao i RF ablacije primarnih i sekundarnih tumora kralježnice, koje jedini u Hrvatskoj radimo, zaključili smo, nakon konzultacija s kolegama iz SAD-a, da možemo izvesti i ovaj komplicirani, minimalno invazivni zahvat unatoč svim ograničenjima zbog COVID situacije. Postupak se izvodi u lokalnoj anesteziji. Važna je velika preciznost u navođenju sustava za RF ablaciju te postupak traje malo više od sat vremena, nakon čega pacijent ostaje na kraćoj opservaciji, no već isti dan odlazi kući, bez velikog reza, dugog oporavka i značajnog rizika komplikacija“ navodi intervencijski radiolog, dr. Novosel.

Intervencijski radiološki zahvati se izvode u visokosofisticiranoj angiosali s mogućnošću istovremenog navođenja pod kontrolom dijaskopije i CT-a

„Nadamo se da će ovaj zahvat omogućiti brojnim pacijentima s ovom patologijom, koji su do sada bili ostavljeni bez primjerenog rješenja za svoje bolove, da ovom novom terapijom vrate kvalitetu života, bez potrebe za kompliciranom i teškom kirurškom operacijom fuzije kralježaka, koja je do sada bila jedini konačni način liječenja ovoga stanja. Iako često i kolege liječnici ne znaju da se radiolozi bave zahvatima na kralježnici, upravo je u svijetu intervencijska radiologija predvodnik minimalno invazivnih terapija za bolna stanja kao i onkološke terapije kralježnice, kao što su RF ablacija tumora i vertebroplastika“.

novosel0701@gmail.com

Mobilni psihijatrijski timovi u podršci osobama pogođenima potresom

IGOR SALOPEK

Opća bolnica Karlovac
Odjel za psihijatriju

SARA MEDVED

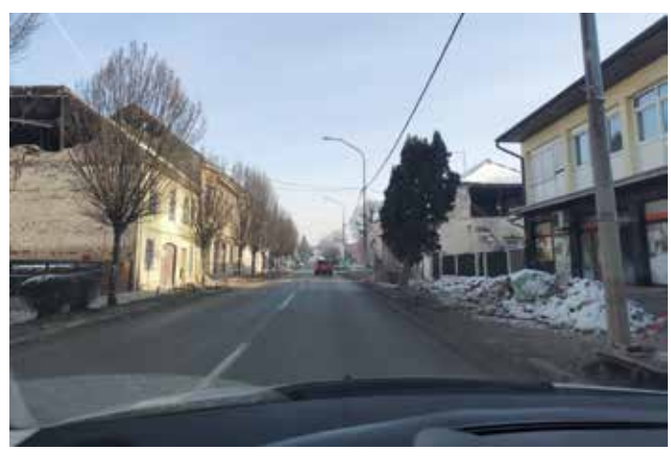
Klinički bolnički centar Zagreb
Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu

Članovi mobilnog tima u Majuru (dr. Igor Salopek, dr. Sara Medved i dr. Din Duraković)

Uz tragična stradavanja i ogromnu materijalnu štetu nedavni potresi u Sisačko – moslavačkoj županiji svojim snažnim traumatičnim intenzitetom razarali su i razaraju mentalno zdravlje. Nažalost očekivano, u najvećeg dijela pogođenih osoba razvijaju se akutne psihičke tegobe poput preplavljujućeg straha, uznemirenosti, tjeskobe, zabrinutosti ili nesanice. Prolongirane reakcije u dijela osoba uzrokovat će psihičku dekompenzaciju, najčešće u vidu poremećaja iz anksiozno-depresivnog spektra te posttraumatskog stresnog poremećaja. Kako bi pravovremenom psihosocijalnom i psihijatrijskom intervencijom minimizirali posljedice potresa na mentalno zdravlje te potaknuli osnaživanje i oporavak osoba sa psihičkim smetnjama Hrvatsko psihijatrijsko društvo, uz podršku Kriznog stožera Ministarstva zdravstva i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te koordinaciju prim. dr. Marine Kovač i NPB dr. Ivan Barbot Popovača u najkraćem su vremenu organizirali mobilne psihijatrijske timove. Pozivajući pritom specijaliste i specijalizante psihijatrije na volonterski terenski angažman, uslijedio je odaziv velikog broj kolega iz svih krajeva Hrvatske, dajući svoj stručni i ljudski doprinos smanjenju ove humanitarne nevolje. Uz punktove u Sisku, Petrinji i Glini, mobilni psihijatrijski timovi svakodnevno obilaze desetke osoba koje su zatražile psihijatrijsku pomoć, afirmirajući na taj način najsuvremenije i najučinkovitije pristupe objedinjene pod nazivnikom "psihijatrije u zajednici", pomažući doslovno na kućnom pragu te omogućujući optimalnu dostupnost zdravstvene zaštite svima. I, na kraju, oplemenjujući tako i sebe kao bolje i kvalitetnije stručnjake, hrvatska je psihijatrija i na ovaj način poslala poruku zajedništva, solidarnosti, humanosti i posttraumatskog rasta! Jer nema zdravlja bez mentalnog zdravlja!

Kontakt: igor.salopek@gmail.com

Na putu, u okolici Majura



Kroz Petrinju...

PEDESET GODINA BUBREŽNE TRANSPLANTACIJE U KBC-u RIJEKA I HRVATSKOJ

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

Klinički bolnički centar Rijeka u siječnju 2021. godine ponosno slavi 50 godina od učinjene prve bubrežne transplantacije u Rijeci, Hrvatskoj i tadašnjoj državi. Naime 30. siječnja 1971. godine je u tadašnjoj bolnici Dr. Zdravko Kučić na Sušaku (istočni dio Rijeke) kirurški tim predvođen prof. dr. Vinkom Frančiškovićem učinio prvu transplantaciju bubrega sa živog donora.

Krajem šezdesetih godina 20. stoljeća je prof. Frančišković okupio niz stručnjaka koji su bili spremni napraviti velik iskorak u području transplantacijske medicine. Započinjanje programa kronične hemodijalize omogućilo je da pacijenti s završnim stupnjem kronične bubrežne bolesti postanu kandidati za bubrežnu transplantaciju. Programom eksperimentalne kirurgije rješavani su kirurški problemi i nedoumice te je skupljano neophodno iskustvo. Dodatan impuls su bili boravci u Francuskoj gdje se moglo na jednomu mjestu vidjeti kako funkcionira transplantacijski program, u to vrijeme jedan od najjačih na svijetu. Zajednički sastanci multidisciplinarnog tima (tzv. transplantacijska sekcija) doveli su do razmjene i produbljenja znanja. U transplantacijsku sekciju bili su uključeni kirurzi, anesteziolozi, nefrolozi, imunolozi, bakteriolozi, transfuziolozi…

I konačno, kao kruna svih napora, u subotu, 30. siječnja 1971., učinjena je prva uspješna transplantacija bubrega u Rijeci, Hrvatskoj i tadašnjoj Jugoslaviji. Primatelj bubrega bio je 34-godišnji bolesnik iz Pule. Uzrok bubrežnog zatajenja bio je kronični glomerulonefritis. Darovatelj bubrega bila je 49-godišnja bolesnikova majka. Zahvat se odvijao istovremeno u dvije operacijske dvorane. Lijevostranu donorsku nefrektomiju izvršili su dr. Vjerislav Peterković, prof. dr. Jerko Zec, dr. Andrej Gudović i instrumentar Josip Dijaković. Perfuziju bubrega Perfudexom i koordinaciju u radu oba tima vršili su dr. Petar Orlić i dr. Miomir Zelić. Nakon nefrektomije desnog bubrega primatelja majčin su bubreg usadili prof. Frančišković, dr. Branimir Budisavljević, dr. Damir Dimec i instrumentarka Albina Zoretić. Bubrežna vena anastomozirana je termino-lateralno na vanjsku ilijačnu venu. Bubrežna arterija anastomozirana je termino-terminalno na unutarnju ilijačnu arteriju. Vaskularne anastomoze potrajale su 43 minute. Bubreg je odmah preuzeo funkciju. Kontinuitet mokraćnog puta uspostavljen je ureteroureteralnom anastomozom, uz zaštitnu nefrostomiju. Oporavak je bio brz, a bolesnik je postigao dobru kvalitetu života. Zanimljivo je kako je naš prvi transplantirani bolesnik imao akutnu reakciju odbacivanja koja je dijagnosticirana na osnovi porasta kreatinina u serumu i nagle oligurije (tada se nije izvodio današnji zlatni standard za utvrđivanje akutne disfunkcije bubrega, biopsija bubrega). Reakcija je uspješno liječena kortikosteroidima (iako je terapijska doza bila znatno manja nego je današnja praksa) uz kratkotrajnu hemodijalizu. Primatelj je nakon 14,5 godina umro od tumora jetre, uz dobru funkciju presatka.

Prva transplantacija od umrle osobe u našem središtu učinjena je 15. svibnja 1972. Darovatelj je bila žena umrla nekoliko dana nakon prometne nesreće. Pacijent je umro šest mjeseci poslije transplantacije od milijarne tuberkuloze. Na obdukciji darovatelja bubrega nađene su tuberkulozne promjene.

Bitno je da se transplantacijski program nastavio te je pionirske 1971. godine učinjeno ukupno šest transplantacija bubrega. Zbog održanog kontinuiteta rada i dobrih rezultata počeli su bolesnici iz čitave tadašnje države dolaziti u naš transplantacijski centar. S druge pak strane, naši su stručnjaci odlazili u druge centre kako bi i njima pomogli osnivanje novih transplantacijskih centara (Zagreb, Sarajevo, Skopje). Broj transplantacija je iz godine u godinu rastao. Unatoč zakonskim nedorečenostima koristili su se i živi i umrli darovatelji, kao i darovatelji s nekucajućim srcem. Za vrijeme Domovinskoga rata transplantacijski se program nastavio, iako u malo manjem opsegu. Prva simultana transplantacija bubrega i gušterače napravljena je u našem transplantacijskom centru 21. prosinca 1993., također po prvi puta u Hrvatskoj. Uključivanje Hrvatske u Eurotransplant 2007. godine značajno je unaprijedilo hrvatski transplantacijski program. U riječkom transplantacijskom programu nastao je nov uzlet, uz uvođenje brojnih novih metoda (transplantacija bolesnika s urinarnom derivacijom,

Prof. dr. VINKO FRANČIŠKOVIĆ, dr. med.
predstojnik Klinike za kirurgiju u tadašnjoj bolnici „Dr. Zdravko Kučić" u Rijeci (Sušaku)

Prvi odjel za hemodijalizu u tadašnjoj bolnici „Dr. Zdravko Kučić" u Rijeci (Sušaku), fotografirano sredinom šezdesetih godina 20. stoljeća

Multidisciplinarni tim na čelu s prof. Vinkom Frančiškovićem koji je učinio prvu transplantaciju bubrega 1971. godine. Sjede (slijeva): dr. Petar Orlić (kirurgija), dr. Ksenija Vujaklija-Stipanović (transfuziologija), prof. dr. Šime Vlahović (fiziologija), prof. dr. Vinko Frančišković (kirurgija), dr. Tomislav Tićac (kirurgija), dr. Jerko Zec (kirurgija, hemodijaliza). Stoje (slijeva): dr. Giampaolo Velčić (kirurgija), dr. Miomir Zelić (kirurgija), dr. Damir Dimec (kirurgija), dr. Nikola Gržalja (mikrobiologija), dr. Daniel Rukavina (fiziologija), dr. Ante Šepić (kirurgija), dr. Alenka Suzanić (anesteziologija), dr. Vjerislav Peterković (kirurgija), dr. Duje Vukas (kirurgija), dr. Branimir Budisavljević (kirurgija), dr. Andrej Gudović (kirurgija). Na slici nedostaju voditeljica anestezиološke službe dr. Vlasta Strižić i voditelj biokemijskog laboratorija mr. Davor Smokvina

dvostruka transplantacija bubrega, ortotopna transplantacija, transplantacija potkovičastog bubrega, en-bloc transplantacija…). Klinika za urologiju KBC-a Rijeka je 2007. godine zbog svojih dobrih i postojanih rezultata imenovana Referentnim centrom Ministarstva zdravstva za transplantaciju bubrega. Zaključno s 31. prosincem 2020. učinili smo ukupno 1190 transplantacija bubrega, od toga su 362 bile sa živoga, a 828 s umrlog darovatelja.

Riječki donorski program, kao neizostavan dio transplantacijskog programa, pratio je od samog početka dosege transplantacijskog dijela. Program je na samom početku dominantno koristio žive donore, ali posljednjih dvadesetak godina prevladavaju umrli. Broj darovatelja je uvijek manji od broja potencijalnih primatelja. Svjetska zdravstvena organizacija smatra kako primjeren nacionalni sustav darovanja organa ostvaruje više od 20 donora na milijun stanovnika u godini dana. Podaci za 2015. godinu pokazuju kako je projicirani broj donora za KBC Rijeka bio 103/milijun stanovnika, a u Hrvatskoj je bio 41 donor na milijun stanovnika. U KBC-u Rijeka u pogledu donora ostvari se jedna četvrtina do jedne petine svih solidnih organa namijenjenih transplantacijskom liječenju u Hrvatskoj. Također, samo se 2,7 % članova obitelji umrlih bolesnika u našoj ustanovi protivi darovanju organa umrlog člana svoje obitelji, dok ih je na razini cijele Hrvatske oko 20 %. Ovakvi izvrsni i postojani rezultati zaslužni su da je KBC Rijeka postao najznačajnija donorska bolnica u Hrvatskoj.

Najveću korist od ovoga programa imali su zasigurno bubrežni bolesnici jer je transplantacija bubrega najuspješniji način liječenja, koji znatno više produljuje život ovoj skupini bolesnika nego druge metode. No, isto tako je transplantacijski program potaknuo unaprjeđenje svih struka koje su bile uključene u taj program (urologija, kirurgija, nefrologija, anesteziologija, patologija, imunologija, mikrobiologija, transfuziologija, radiologija, nuklearna medicina…). Uključivanjem u taj program proširile su se granice tih područja. U sklopu transplantacijskog programa provođeni su i mnogobrojni znanstveni i stručni projekti, obranjeni magisteriji i doktorske disertacije te objavljeni znanstveni i stručni radovi. Slobodno možemo reći da je razvoj transplantacijskog programa značajno unaprijedio riječku medicinu, što se može pratiti do današnjih dana.

dean.markic@medri.uniri.hr

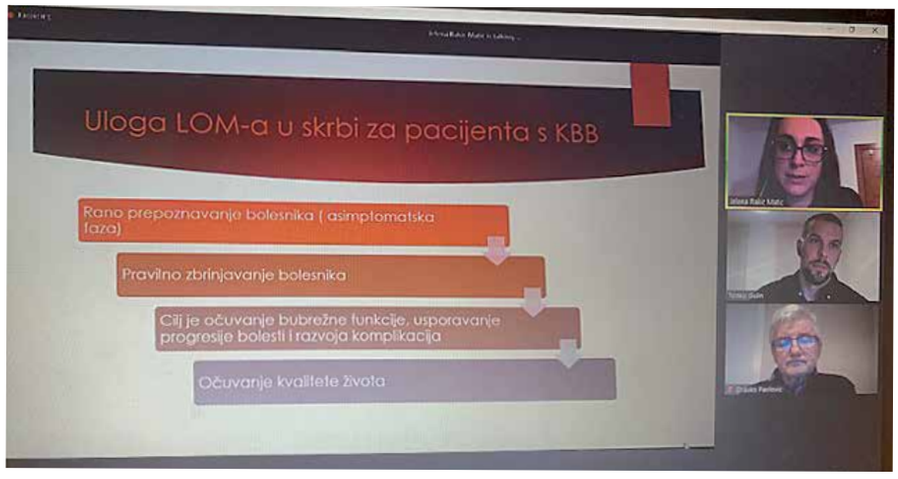
U povodu 50 godina transplantacije bubrega u Rijeci izdan je i tematski broj Medicine Fluminensis (Medicina Fluminensis 2020;56(4):349-588.), čiji sadržaj čitatelj može naći na mrežnim stranicama: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=toc&id_broj=19512

Detalj iz operacijske dvorane tijekom prve transplantacije; prof. Frančišković prvi lijevo

Prvi pacijent s transplantiranim bubregom u Rijeci posjećuje drugog pacijenta na hemodijalizi i ohrabruje ga da slijedi njegov primjer

WEBINAR HDNDT-a I KoHOM-a

KRONIČNA BUBREŽNA BOLEST U ORDINACIJI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE



Dana 28.1.2021. održan je prvi u predviđenom nizu webinara u organizaciji Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju Hrvatskog liječničkog zbora i KoHOM-a pod nazivom „Kronična bubrežna bolest u ordinaciji liječnika obiteljske medicine“. Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar moderirala je među panelistima – specijalisticom obiteljske medicine dr. Jelenom Rakić Matić i nefrolozima prof. prim. dr. sc. Draškom Pavlovićem te dr. sc. Tonkom Gulinom. Na zanimljiv i ležeran način protkan primjerima iz svakidašnje prakse predstavljena je uloga, ali i izazovi u skrbi za bolesnika s KBB-om s kojima se LOM susreću u svojim ordinacijama. Istaknuta je važnost u ranom otkrivanju KBB-a koja je ekvivalent koronarne bolesti i predstavlja tzv. „tihog ubojicu“. Dr. Rakić Matić je prikazala na koji se način provodi probir na KBB u bolesnika sa šećernom bolesti i arterijskom hipertenzijom i do koje mjere je takav bolesnik u skrbi LOM-a, a kada je poželjno bolesnika uputiti nefrologu odnosno kako provoditi daljnju suradnju LOM-a i nefrologa. Kroz prikaze bolesnika i pitanja na kraju webinara koje je pripremila dr. Rakić Matić, a koja su putem chata mogli postaviti i drugi sudionici webinara, odgovarali su dr. sc. Gulin, prof. Pavlović i prof. Zibar. Webinar je završio zajedničkim zaključcima o daljnjem jačanju suradnje LOM-a i nefrologa, ali i važnosti osvještavanja naših bolesnika o odgovornosti za vlastito zdravlje.

Tekst pripremila: Ksenija Vučur, dr. med.

Darko Richter: „Hitna pedijatrijska ambulanta“

Medicinska naklada, Zagreb, 2020.

Prikupio sam neke od prvih reakcija na Facebook-u kojima je popraćena pojava ove jedinstvene stručne knjige:

„Sinoć sam ju kupila čim sam pročitala recenziju: 'Hitna pedijatrijska ambulanta' jest priručnik za snalaženje u grotlu hitne službe.“

„I, kakvi su dojmovi?“

„Odličnoooo ...“

„Hvala na preporuci, kupljeno prije par minuta. Svima korisno, a anegdote iz knjige ću pročitati mužu koji je njegov fan još sa Cybermeda.“

„ ... plus recenzenti su mu odlični ...“ (prof. dr. sc. Goran Tešović i dr. sc. Bojana Radulović).

„Imaš unutra svega! Daje odgovore točno na ona ključna pitanja s kojima se mi redovito susrećemo, a čak i laici mogu dosta toga razumjeti.

„Znači, ima i konkretna doza za naporne mame.“

Davor Bandić, dr. med.

Pedijatrijska indikacija
od ≥6 godina
NOVO

Toujeo®
inzulin glargin 300U/mL

Pomaže vašim najmlađim pacijentima da pronađu ravnotežu

Sada dostupno za vaše pacijente sa šećernom bolesti u dobi od navršenih 6 godina nadalje.[1]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

*SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Za liječenje šećerne bolesti tipa 1 i 2 od dobi od navršenih 6 godina nadalje.[1]

Izdaje se na recept. Prije propisivanja molimo pročitajte u cijelosti posljednji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku

MAT-HR-2000240-1.0-09/20

1. Sažetak opisa svojstava lijeka Toujeo® 07.2020.

SANOFI

1. Naziv lijeka i sastav: Toujeo 300 jedinica/ml Solostar otopina za injekciju u napunjenoj brizgalici, brizgalica sadrži 1,5 ml otopine za injekciju, što odgovara 450 jedinica inzulina glargina. Toujeo 300 jedinica/ml DoubleStar, otopina za injekciju u napunjenoj brizgalici, brizgalica sadrži 3 ml otopine za injekciju, što odgovara 900 jedinica. **2.Terapijske indikacije:** Liječenje šećerne bolesti u odraslih, adolescenata i djece od navršenih 6 godina nadalje. **3. Doziranje i način primjene:** Toujeo je bazalni inzulin koji se primjenjuje jedanput na dan u bilo koje doba, po mogućnosti svaki dan u isto vrijeme. Režim doziranja (dozu i vrijeme primjene) treba prilagoditi odgovoru pojedinog bolesnika. U bolesnika sa šećernom bolešću tipa 1, Toujeo se mora kombinirati s kratkodjelujućim/ brzodjelujućim inzulinom kako bi se zadovoljila potreba za inzulinom u vrijeme obroka i potrebno je dozu prilagoditi pojedinom bolesniku. U bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2, Toujeo se može primjenjivati i u kombinaciji s drugim antihiperglikemicima. Bolesnici po potrebi mogu primijeniti Toujeo do 3 sata prije ili nakon uobičajena vremena primjene. U bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2 preporučena početna dnevna doza iznosi 0,2 jedinice/kg, a zatim se doza prilagođava pojedinom bolesniku. Inzulin glargin jačine 100 jedinica/ml i Toujeo nisu bioekvivalentni i nisu izravno međusobno zamjenjivi.Prijelaz s inzulina glargina 100 jedinica/ml na Toujeo može se obaviti po načelu jedinica za jedinicu, ali, da bi se postigle ciljne vrijednosti razine glukoze u plazmi, možda će biti potrebna veća doza lijeka Toujeo (približno 10-18%). Pri prijelazu s lijeka Toujeo na inzulin glargin 100 jedinica/ml potrebno je smanjti dozu (približno 20%) da bi se smanjio rizik od hipoglikemije. Kad se prelazi s liječenja inzulinom srednje dugog ili dugog djelovanja na liječenje lijekom Toujeo, možda će biti potrebno promijeniti dozu bazalnog inzulina i prilagoditi istodobno liječenje antihiperglikemicima (dozu i vrijeme primjene dodatnih običnih inzulina ili brzodjelujućih inzulinskih analoga odnosno dozu neinzulinskih antihiperglikemika).Prijelaz s bazalnih inzulina koji se primjenjuju jedanput na dan na liječenje lijekom Toujeo jedanput na dan može se izvršiti u omjeru jedinica jedan naprama jedan, na temelju dotadašnje doze bazalnog inzulina. Pri prijelazu s bazalnih inzulina koji se primjenjuju dvaput na dan na liječenje lijekom Toujeo jedanput na dan, preporučena početna doza lijeka Toujeo je 80% ukupne dnevne doze bazalnog inzulina koji se prestaje primjenjivati. Tijekom prijelaza i u prvim tjednima nakon toga preporučuje se pomno nadzirati metabolizam. U starijih osoba (≥ 65 godina) progresivno pogoršanje bubrežne funkcije može dovesti do postupnog i ravnomjernog smanjenja potrebe za inzulinom, a u bolesnika s oštećenjem funkcije bubrega i jetre potrebe za inzulinom mogu biti smanjene. Toujeo mogu primjenjivati adolescenti i djeca od navršenih 6 godina nadalje na osnovi istih principa kao i odrasli bolesnici. Kod prebacivanja s bazalnog inzulina na lijek Toujeo, potrebno je razmotriti smanjenje doze bazalnog i bolusnog inzulina na individualnoj osnovi, kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. Sigurnost i djelotvornost lijeka Toujeo u djece mlađe od 6 godina nisu ustanovljene. Toujeo se primjenjuje supkutano, ne smije se primjenjivati intravenski, ne smije se primjenjivati u inzulinskim infuzijskim pumpama. Toujeo je dostupan u dvije napunjene brizgalice Napunjenom brizgalicom Toujeo SoloStar, u jednoj se injekciji može primijeniti doza od 1 80 jedinica, koja se odmjerava u koracima od 1 jedinice. Napunjenom brizgalicom Toujeo DoubleStar, u jednoj se injekciji može primijeniti doza od 2 160 jedinica, koja se odmjerava u koracima od 2 jedinice. Kod prelaska s lijeka Toujeo SoloStar na Toujeo DoubleStar, ako je prethodna bolesnikova doza bila neparni broj (npr. 23 jedinice) tada se doza mora povećati ili smanjiti za jednu jedinicu (npr. 24 ili 22 jedinice). Toujeo DoubleStar napunjena brizgalica preporuča se za bolesnike kojima je potrebno najmanje 20 jedinica dnevno. Toujeo se ne smije izvlačiti iz uloška napunjene brizgalice Toujeo SoloStar ili napunjene brizgalice Toujeo DoubleStar u štrcaljku jer u protivnom može doći do teškog predoziranja. Bolesnike treba obavijestiti da prozorčić za prikaz doze napunjene brizgalice Toujeo SoloStar i napunjene brizgalice Toujeo DoubleStar pokazuje broj jedinica lijeka Toujeo koje će se injicirati. Nije potrebno preračunavati dozu. **4. Kontraindikacije:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **5. Posebna upozorenja i posebne mjere opreza pri uporabi:** Kako bi se poboljšala sljedivost bioloških lijekova, naziv i broj serije primijenjenog lijeka potrebno je jasno evidentirati.Toujeo nije inzulin izbora za liječenje dijabetičke ketoacidoze. U takvim se slučajevima preporučuje intravenska primjena običnog inzulina. U slučaju nedostatne kontrole glukoze ili sklonosti hiperglikemiji odnosno hipoglikemiji, prije razmatranja prilagodbe doze mora se procijeniti pridržava li se bolesnik propisanog režima doziranja i mjesta injiciranja, pravilne tehnike injiciranja te sve ostale važne čimbenike. Bolesnike se mora savjetovati da neprekidno mijenjaju mjesto injiciranja kako bi se smanjio rizik od nastanka lipodistrofije i kožne amiloidoze. Na područjima na kojima su se javile te reakcije moguć je potencijalni rizik od odgode apsorpcije inzulina i pogoršanja regulacije glikemije nakon primjene injekcija inzulina. Zabilježeno je da iznenadna promjena mjesta injekcije i primjena na nezahvaćenom području dovode do hipoglikemije. Nakon promjene mjesta injiciranja preporučuje se praćenje razine glukoze u krvi, a može se razmotriti prilagodba doze antidijabetika. Za hipoglikemiju, interkurentnu bolest, protutijela na inzulin, kombinaciju lijeka Toujeo i pioglitazona, sprječavanje medikacijskih pogrešaka vidjeti cjeloviti Sažetak opisa svojstava lijeka. **6. Interakcije s drugim lijekovima i drugi oblici interakcija:** Tvari koje mogu pojačati učinak na snižavanje razine glukoze u krvi i povećati sklonost hipoglikemiji obuhvaćaju antihiperglikemike, inhibitore angiotenzin konvertirajućeg enzima (ACE), dizopiramid, fibrate, fluoksetin, inhibitore monoaminooksidaze, pentoksifilin, propoksifen, salicilate i sulfonamidske antibiotike. Za ostale tvari koje mogu smanjiti učinak na snižavanje razine glukoze u krvi ili pojačati ili oslabiti učinak inzulina na snižavanje razine glukoze u krvi vidjeti cjeloviti Sažetak opisa svojstava lijeka. **7. Trudnoća i dojenje:** Nema kliničkog iskustva s primjenom lijeka Toujeo u trudnica. Velika količina podataka o trudnicama (više od 1000 iznesenih trudnoća izloženih lijeku koji sadrži inzulin glargin jačine 100 jedinica/ml) ne ukazuje ni na kakve specifične štetne učinke na trudnoću pti na specifične malformacije i fetalnu/neonatalnu toksičnost. Može se razmotriti primjena lijeka Toujeo tijekom trudnoće, ako je to klinički opravdano. Nije poznato izlučuje li se inzulin glargin u majčino mlijeko. Dojilijama će možda biti potrebno prilagoditi dozu inzulina i prehranu. **8. Utjecaj na sposobnost upravljanja vozilima i rada na strojevima:** Bolesnikova sposobnost koncentracije i reakcije može biti umanjena zbog hipoglikemije ili hiperglikemije ili, primjerice, zbog oštećenja vida. To može predstavljati rizik u situacijama u kojima su takve sposobnosti posebno važne. Bolesnicima treba savjetovati da poduzmu mjere opreza kako bi izbjegli hipoglikemiju tijekom vožnje. To je osobito važno u osoba u kojih su upozoravajući simptomi hipoglikemije slabije izraženi ili izostaju te u osoba s čestim epizodama hipoglikemije. Treba razmotriti da li je preporučljivo u takvim okolnostima upravljati vozilom ili rukovati strojevima. **9. Nuspojave:** Vrlo često (≥1/10) – hipoglikemija; Često (≥1/100,<1/10) – lipohipertrofija; reakcije na mjestu injiciranja (uključuju crvenilo, bol, svrbež, koprivnjaču, oticanje ili upalu). Manje često (≥1/1000,<1/100) – lipoatrofija. Rijetko (≥1/10000,<1/1000): alergijske reakcije (Takve reakcije na inzulin (uključujući inzulin glargin) ili na pomoćne tvari mogu, primjerice, biti povezane s generaliziranim kožnim reakcijama, angioedemom, bronhospazmom, hipotenzijom i šokom te mogu ugroziti život). Poremećaj vida, retinopatija; edem. Vrlo rijetko (<1/10000) – disgeuzija, mialgija. **10. Predoziranje:** Predoziranje inzulinom može uzrokovati tešku, a katkada i dugotrajnu te potencijalno opasnu hipoglikemiju. Blage epizode hipoglikemije obično se mogu liječiti oralnim unimanjem ugljikohidrata. Teže epizode popraćene komom, konvulzijama ili neurološkim oštećenjima mogu se liječiti intramuskularnom/supkutanom primjenom glukagona ili intravenskom primjenom koncentrirane glukoze. **11. Farmakodinamička svojstva:** Pripravci za liječenje šećerne bolesti; inzulini i analozi za injiciranje, dugog djelovanja. ATK oznaka: A10A E04. **12. Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D 65926 Frankfurt na Majni, Njemačka. **13. Brojevi odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** EU/1/00/133/033-041. **14. Način i mjesto izdavanja:** Izdaje se na recept, u ljekarni. Detaljnije informacije o ovom lijeku dostupne su na web internetskoj stranici Europske agencije za lijekove http://www.ema.europa.eu.

Ovo je Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka te sukladno Pravilniku o načinu oglašavanja lijekovima i homeopatskim proizvodima (NN broj 43/15) molimo prije propisivanja lijeka Toujeo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku.

Datum revizije: 07/2020

Toujeo®
inzulin glargin 300 j/ml

SANOFI

CRTICE IZ ZAGORJA

OD DRVENIH BARAKA DO MODERNE ŽUPANIJSKE BOLNICE

Dr. sc. Marija Marković, dr. med.
spec. interne medicine
Pročelnica Službe za internu medicinu
Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana Zabok

Poštovane kolegice i kolege,
sjedim u svojoj sobi na Odjelu interne medicine na 4. katu Opće bolnice Zabok i bolnice hrvatskih veterana; zimsko jutro je, pogled mi puca na pitoreskne zagorske brege i razmišljam kako predstaviti ovu zgradu, ove ljude. Moj drugi dom. Krenut ću od svoga prvog susreta i malo povijesti jer je to jedini način da predstavim gdje ova bolnica stoji danas.

Prvi put sam u ovu bolnicu došla u listopadu 2007. kao stažist iz Zagreba. Znala sam da se gradi nova bolnica i vidjela sam to kao prednost za svoj budući rad. Bolnica je bila izvan grada i prije prvog radnog dana išla sam se provozati i locirati zgradu da se ne izgubim. U mjestu Bračak, ispred mene stajalo je gorostasno i predivno zdanje - potpuno nova bolnica na malom brežuljku. Prva novo izgrađena bolnica u Hrvatskoj nakon Kliničke bolnice Dubrava u Zagrebu. Impresivna četiri kata, staklo, mramor, inox, uređeno parkiralište, zelenilo, cvijeće. S moje lijeve strane nalazile su se nekakve niske drvene kućice i nešto poput aristokratske vile, ali poprilično derutno.

Stigla sam prvi radni dan i shvatila da bolnica funkcionira baš u tim drvenim kućicama koje zovu barakama. Neurologija jedna, Interna druga, okružene gustom šumom. Kirurgija i ginekologija nalazile su se u dva kilometra udaljenom gradu Zaboku. Objasnili su mi da se moja samoproglašena "aristokratska vila" kolokvijalno zove dvorac i da su tu radiologija i intenzivna internistička jedinica s kardiološkim odjelom. Riječ je o dvorcu koji je sagradila obitelj Kulmer nakon velikog potresa 1880. godine i darovala taj posjed za potrebe liječenja djece oboljele od tuberkuloze. U zabočku dječju bolnicu upućivani su mali pacijenti iz Zagreba i mnogih drugih krajeva Hrvatske, Slovenije i Bosne. Od 1966. dječja je bolnica prenamijenjena u bolnicu za liječenje odraslih.

Liječnici i medicinske sestre vrlo su simpatični i ljubazni, prepričavaju mi anegdote iz baraka. Pacijenti su smješteni u velikim prostorijama u kojima se lože drva. Dogodi se da na odjel uđe i vjeverica, a bilo je tu i zmija, ponekad srna. Svako jutro pomoćni radnik u tačkama vozi nacijepana drva pa se loži u sobama kako ne bi bilo neugodne hladnoće. Ako su pacijenti pokretni, sami ubacuju cjepanice u peć. Između baraka nalazi se predivna drvena sjenica u kojoj se sjedi i uživa u pauzi. Kažu mi da ju je svojim rukama izradio naš, sada umirovljeni, internist Marijan Drufovka i zaista je dojmljiva.

Stara bolnica Zabok u drvenim barakama

Nakon neurologije, odlazim na Internu, u drugu baraku. Tome se jako radujem jer me Interna zanima. Dodjeljuju me dr. Nurudinu Hadžiselimoviću, pulmologu, i upućuju da mu se javim i radim s njim. Kucam na vrata i predstavim se. On tipka na pisaću mašinu, sav zajapuren, pogleda me poprijeko i kaže: "Bok, ja sam Dino. Ja ti volim radit sam." Sjela sam u njegov sobičak i šutjela. Baš smo divno počeli. Dan po dan je prolazio, a dr. Dino me sve više počeo doživljavati, pokazivati mi rentgenske snimke, učiti male tajne velikih majstora, uvijek uz puno smijeha. Njegova je krilatica bila: " Ne znaš ti da se pluća jedino u Klenovniku mogu naučiti". Dandanas je moj najdraži i najstariji kolega.

Kad specijalist ide u konzilijarni pregled po noći u drugu baraku, navlači vunenu pelerinu i gazi u klompama po blatu, kiši, snijegu, što ga već snađe. Pričaju mi kako su zime u barakama čarobne. Te male drvene kućice okruži snijeg, u pozadini strše

Dr. Marković s dr. Hadžiselimovićem (Dino) i ispred obnovljenog dvorca

>>

bijele visoke krošnje, a iz bolesničkih soba se čuje pucketanje vatre.

Intenzivna jedinica je smještena u "dvorcu", i to na katu. Kao svaki dvorac, ima stubište ukrašeno bogatom kovanom ogradom, ulizana gazišta stubišta. Nema lifta. Bolesnike nose na nosilima po stubama iz male zgradice koja je hitna prijemna ambulanta i koja je udaljena više od 50 metara od ulaza u dvorac.

Nakon tri-četiri mjeseca moga stažiranja u barakama, kreće velika akcija preseljenja u grandioznu novu bolnicu. Sve miriši na novo, savršeno je čisto, kreveti imaju daljinske upravljače, sunce navire kroz velike prozore, radijatori su posvuda. Svi sudjeluju u selidbi više dana i noći, nose, prevlače, sele pacijente, nitko ništa ne pita, svi su presretni jer su nakon toliko godina dočekali novu bolnicu. Ljudi koji ovdje godinama rade objašnjavaju mi koliko je dugo Zagorje bilo zaboravljeno i koliko dugo su bili ispod radara onih koji donose odluke.

Godine 1998. raspisan je prvi natječaj za izgradnju nove bolnice. Nakon natječaja, projekt je završio u nekoj ladici i ništa se nije pomaknulo do 2001. godine kada je ponovno pokrenuta izgradnja nove bolnice. Dovršena je i konačno preseljena početkom 2008. Meni je dodijeljena velika liječnička soba na Pulmologiji. Dva ormara, stol s računalom, kupaonica s tušem. Oduševljenje je bilo preslaba riječ.

Počinjem raditi i dežurati na hitnom prijemu. Sa stažističkom plaćom kupujem Mercedes iz 1985. godine da se mogu voziti na posao. Jedini je uvjet bio da je mlađi od mene. Pretapecirala sam sjedala u konjak kožu, a barem jednom tjedno tijekom zime, a obvezno nakon 24-satnog dežurstva, „Mečka“ neće upaliti, a ja onda proklinjem i Zabok i snijeg i Mercedes. Ali onda se vratim u bolnicu i uvijek nađem neku dobru dušu koja mi se nasmije i kaže: "Kaj opet, doktorice?" i pomogne upalit starog jarca.

Kao svakom mladom liječniku, roje se misli: ostati u maloj bolnici ili krenuti put Zagreba i klinika. Počinju mi se sviđati svi ti ljudi, dragi su, nekako su tu jedni za druge, poznaju se, druže se, prijatelji su.

Nova opća bolnica Zabok otvorena 2008. godine

Super su mi sve kolegice i kolege, osim kad ih, naravno - ne razumijem. Jer ako netko misli da je zagorski lak, „grdo“ se vara. Dan danas se sestra Sanja iz Hitne sjeća kako sam je zamolila da pacijenta upiše kirurgu, a ona me pitala:" Terem doktoru?" Ja sam zbunjeno gledala i rekla da ne doktoru Teriju nego kirurgu. Smijala se ona i cijela hitna još jako dugo. Kad su mi objasnili da *teri* znači koji, i ja sam se jedino mogla nasmijati do suza. Sa zagorskim nikad nije dosadno. I tako dan po dan, svladala sam sve varijante zagorskog narječja. Danas me rijetko koja riječ iznenadi, a i "Brajde" znam napamet. Čak sam se prvi put i udala za Zagorca.

Sandra Ljubičić, dr. med.
spec. infektologije

Mnogo toga se promijenilo od 2007. godine. Danas smo daleko od drvenih baraka, improviziranih dvorskih odaja, nošenja pacijenata na rukama. Četrnaest godina poslije, Opća bolnica Zabok je suvremena županijska bolnica s 220 bolesničkih kreveta koja ulaže i u ljude i u opremu, a 2010. je postala i nastavna baza Medicinskog fakulteta u Osijeku. Prisjećanje na ne tako davnu prošlost i pogled na drvene barake i dvorac koji vidim sa svog prozora, stalni su podsjetnik koliko smo napredovali u pružanju zdravstvene zaštite pacijentima ove županije. Mnogo toga još nedostaje, najprije u opremi i kadru, ali pandemijski uvjeti rada pokazali su da puno toga više imamo. A to su u prvom redu ljudi.

Želim ovdje posebno spomenuti Sandru Ljubičić, našu jedinu zagorsku infektologinju, Šibenčanku koja je svoju karijeru odlučila provesti u Zagorju. Divnu ženu i prijateljicu, majku i liječnicu koja je borbu s COVID-om započela potpuno sama krajem veljače 2020., kad su s graničnog prijelaza prvog febrilnog državljana Kine doveli u OHBP pa smo ga svi začuđeno gledali. „To će Sandra“. Pa će i drugog Sandra. Okreće auto, iako je već pred svojom zgradom u Samoboru. Jedan po jedan, eto nas na dan pisanja ovog članka na 90 hospitaliziranih zbog COVID-a. Sandra je u ovoj borbi i sama oboljela i izgubila majku zbog COVID-a, ali njena želja da pomogne i liječi sada je još jača.

Prošle smo kroz sito i rešeto skupa s našim ravnateljem, glavnom sestrom Danicom Horvat, glavnom sestrom OHBP-a Blaženkom Stunja i brojnim drugim kolegama, pokušavajući se pripremiti na pandemijski

val u punom zamahu. Kao jedina županijska opća bolnica, s jednim infektologom i bez infektološkog odjela, s jednim pulmologom, sve je moralo biti improvizirano. Sate i sate smo provodili u uredu ravnatelja smišljajući planove i organizacijske promjene, tipkajući dopise i protokole, tražeći pomoć od nemila do nedraga. On bi nam svakodnevno naručivao kavu i ručak, zvao na sto strana, nabavljao opremu, slušao sve smislene i besmislene prijedloge. A kad bi se svi posve iscrpili i počeli mucati i više nitko nije mogao reći jednu rečenicu do kraja, znali smo se smijati po pola sata. Samo se tresti, gledati i smijati se. Jer smo već bili jadni i očajni. Val je dolazio, a mi nismo imali dovoljno za suprotstavljanje. Ali se nismo svađali i zato to ovdje spominjem jer me ispunjava ponosom biti dio takvog kolektiva. Naši internisti, neurolozi, anesteziolozi, kirurzi, specijalizanti, svi su se stavili na raspolaganje.

Puno je tu još divnih ljudi i prijatelja koje ne mogu poimenično nabrojati, a koji nesebično rade, vrhunski su u svom poslu, uvijek su nekako tu i zbog toga im hvala.

Naši mladi liječnici u OHBP-u posebni su mladi ljudi kojima ovdje moram iskazati divljenje i zahvalnost. Bačeni u vatru s neviđenim priljevom teških pacijenata, izloženi prevelikom stresu za svoje dane ili mjesece iskustva, ali ono što radujejest da su svi „proplivali". I deru valove i dalje. Fenomenalni mladi ljudi koji će ostati u našoj bolnici i samo je još više unaprijediti.

U bolnici je trenutačno zaposleno oko 670 ljudi, od toga stotinjak specijalista i 40 mladih liječnika na specijalizaciji i na radu u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu. Modernu bolnicu, upravu i želju za napretkom prepoznaje sve više mladih liječnika. Ove je godine raspisan natječaj za zapošljavanje 11 mladih liječnika za OHBP. Javilo se 43 mladih kolega, što je nezapamćeno u ovoj bolnici. Među njima bila su i dva mlada liječnika, jedan iz Korčule i jedan iz Poreča. Kada smo ih na razgovoru za posao pitali zašto Zabok, rekli su da su čuli sve najbolje o bolnici od mladih kolega, da žele raditi u manjem kolektivu i da su spremni preseliti se ako dobiju posao. Glazba je to za uši nakon što se godinama nitko nije javljao na natječaje i znak da bolnica ide u pravom smjeru.

Tijekom 2019. je hodnike, čekaonice i odjele naše bolnice oslikalo predivnim motivima nekoliko akademskih slikara i uveseljavaju naše osoblje i pacijente.

Kad si liječnik u maloj bolnici, onda brzo osvijestiš da imamo samo jedni druge, da je hijerarhija sasvim drukčija, a ljudi u ovoj bolnici su pokazali da imaju veliko srce, da im nije teško, da hoće i da mogu. Iznimno sam ponosna na sve koji sudjeluju u ovom velikom košmaru pokušavajući mu dati malo smisla i organizacije, sretna što sam ovu bolnicu izabrala za svoj put i što su mi moji kolege prijatelji. Pandemija je izvukla najbolje i najgore iz nas, rodila neka predivna prijateljstva, razorila neka lažna. Nije sve idealno, nismo svi na istom kolosijeku, ali se mičemo prema naprijed. Naš mali zagorski cug ide nezaustavljivo naprijed.

Pozdravljam vas sve i zahvaljujem što ste pročitali moje misli koje su navirale dok sjedim na 4. katu svojega drugog doma. Tu želim ostati i dalje čitati zanimljive priče u Liječničkim novinama.

U međuvremenu sam prije puno godina saznala i gdje je Klenovnik i kakve vrsne liječnike ima, od kojih još imam puno "pluća" za učiti.

Neka nam je mirna i procijepljena 2021. godina.

Srdačan pozdrav iz Zagorja!

Oslikane čekaonice i hodnici u OB-u Zabok

ORGANIZACIJA POSTAVLJANJA I RADA STACIONARA ARENA ZAGREB ili KAKO SMO OD SPORTSKE DVORANE NAPRAVILI BOLNICU

ANA GVERIĆ GRGINIĆ, dr. med.
Zavod za mikrobiologiju, parazitologiju i bolničke infekcije KBC Sestre milosrdnice
izv. prof. dr. sc. DAVOR VAGIĆ, dr. med.
Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, KBC Sestre milosrdnice

Nakon prvog postavljanja stacionara u sportskoj dvorani Arena Zagreb početkom proljetnog vala epidemije COVID-19, sa smanjenjem broja oboljelih bio je taj stacionar rastavljen, presložen i stavljen u čekanje. Međutim, s naglim jesenskim širenjem virusa širile su se i potrebe za stacionarnim liječenjem oboljelih. U jednoj godini, u istom prostoru, od utakmice u veljači do liječenja bolesnika u studenom! Ovo je priča kako smo tamo morali napraviti bolnicu i kako smo u tome uspjeli.

Po odredbi ministra zdravstva održan je u KBC-u Sestre milosrdnice (KBCSM) inicijalni sastanak Operativnog stožera za postavljanje stacionara za oboljele od COVID-19 u Areni Zagreb.

Na tom prvom sastanku održanom 27. listopada 2020. godine ustrojio je ravnatelj KBCSM-a prof. dr. sc. Mario Zovak Operativni stožer Arena koji vode glavni koordinatori prof. dr. sc. Davor Vagić i dr. Ivan Radić. Članovi su koordinatori za sva područja rada stacionara. Koordinatorica za liječništvo je voditeljica Dijagnostičko-terapijskog odjela za intervencijsku pulmologiju i koordinatorica COVID odjela u KBCSM-u doc. dr. sc. Marija Gomerčić Palčić, specijalistica interne medicine, subspecijalistica pulmologije. Koordinatorica za kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi je dr. Ana Gverić Grginić, specijalistica kliničke mikrobiologije, članica Povjerenstva za kontrolu bolničkih infekcija KBCSM-u i Ministarstva zdravstva RH. Koordinatorica za sestrinstvo je Snježana Krpeta, mag. med. techn., glavna sestra Klinike za kožne i spolne bolesti KBCSM-a. Glavni tehničar stacionara je Igor Pelaić, dipl. med. techn., glavni tehničar Središnje jedinice intenzivnog liječenja KBCSM-a. U rad stožera uključeni su voditelji Bolničke ljekarne, Kliničkog zavoda za kemiju, Sektora financijsko ekonomskih i tehničkih poslova i Službe za informatiku KBCSM-a. Dio Operativnog stožera Stacionara su general Boris Zdilar, savjetnik načelnika Glavnog stožera OSRH-a za zdravstvo i pukovnik Berislav Dalić, zapovjednik Namjenski organiziranih snaga Hrvatske vojske stavljenih na raspolaganje zdravstvenom sustavu.

Budući da Arena Zagreb nije zdravstvena ustanova i da nema tehničke standarde za obavljanje zdravstvene skrbi kod oboljelih od zarazne bolesti, Operativni stožer je pripremio prostor za stacionar tako da u najvećoj mogućoj mjeri pruža najbolju zdravstvenu skrb oboljelima, uz najveću razinu zaštite za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike. To ne bi bilo moguće bez pomoći Civilne zaštite RH koja opskrbljuje stacionar zaštitnom opremom za djelatnike, prostor inventarom i posteljnim rubljem, te početnim čišćenjem i dezinfekcijom, niti bez svakodnevne pomoći i podrške djelatnika i Uprave Arene Zagreb. Važnu ulogu u radu stacionara ima čišćenje i dezinfekcija koje obavljaju vanjski servisi za čišćenje mobilizirani preko Civilne zaštita RH. Uslugu prehrane bolesnika i osoblja obavlja Pleter-Usluge d.o.o.

Zajedno smo svi, od prvog sastanka do otvaranja stacionara, prošli tisuće koraka po Areni, dogovora i provjeravanja kako bi naši pacijenti i djelatnici bili dobro zbrinuti i sigurni.

Stacionar je podijeljen u „čiste“ i „nečiste“ zone koje su odijeljene prostorno, s posebnim ulazima i putovima kretanja, te odvojenim ventilacijskim sustavima s maksimalnim izmjenama vanjskog i unutarnjeg zraka.

„Čista“ zona sastoji se od prostora za administraciju u prizemlju i prostora za djelatnike na 2. katu. Lože su pretvorene u prostorije za odmor djelatnika, garderobe gdje su nekad bile jakne i kaputi posjetilaca napunjene su zelenim kirurškim uniformama, plahtama i ručnicima. Šank za piće postao je središnji prostor za oblačenje osobne zaštitne opreme, prostor za tiskovne konferencije postao je velika liječnička soba u kojoj se pišu otpusna pisama, a restoran je prilagođen epidemiološkim mjerama s odvojenim stolovima za jednu osobu.

„Nečista“ bolesnička zona nalazi se na 3. katu i podijeljena je prema kategorijama

Voditeljica liječničkih timova doc. dr. sc. Marija Gomerčić Palčić s dijelom prosinačkih timova

Jutarnja vizita "zelenog" tima

bolesnika ovisno o njihovim komorbiditetima. U njoj se nalazi 100 kreveta, od kojih su 62 opremljena 50-litarskim bocama za kisik. U bolesničkoj zoni nalazi se biokemijski laboratorij u kojem se može odrediti KKS, CRP i arterijski acido-bazni status, zatim RTG uređaj, potpuno opremljen prostor za reanimaciju i bolnička ljekarna. Stacionar je putem svih računala u bolesničkoj zoni, zoni za djelatnike i administraciju, umrežen s matičnim KBCSM-om.

Utvrđeni su i napisani postupnici o radu, što uključuje postupak za prijem bolesnika, provođenje svakodnevne zdravstvene skrbi i njege, ulazak i siguran izlazak djelatnika iz „nečiste“ zone, mjere za sprječavanje širenja višestruko otpornih organizama među bolesnicima i sprječavanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi, čišćenje i dezinfekciju prostora, zbrinjavanje zaraznog otpada, otpust bolesnika i umrlih, te postupnik u slučaju pojave simptoma COVID-19 u djelatnika. Prije svake izmjene smjena svi su djelatnici imali edukacijski dan u kojem su upoznati s prostorom, postupnicima i planom evakuacije, za koji smo na edukacijskim danima pogrešno mislili da nam neće trebati. Budući da je zgrada Arene građena tako da izdrži i najjače potrese, za vrijeme potresa nije bilo na njoj oštećenja i nije bilo potrebe za evakuacijom pacijenata.

O bolesnicima je skrbilo 18 liječnika i 50 medicinskih sestara/tehničara u smjenama od 12 sati dan, 12 sati noć i 24 sata slobodno, u timovima koji su bili raspoređeni u stacionaru po mjesec dana.

Hrvatska vojska sudjelovala je u pružanju skrbi s medicinskim timom od 3 liječnika i 6 medicinskih sestara/tehničara i logističkim timom od 6 vojnika. Veliku pomoć u sestrinstvu dobili smo od KBC-a Zagreb, Psihijatrijske bolnice Sv. Ivan i Klinike za psihijatriju Vrapče.

Sveukupno 36 liječnika i 112 medicinskih sestara i tehničara bile su ruke „heroja ulice“ koje su primile, liječile i skrbile se o 282 pacijenta koliko ih je primljeno u stacionar iz KB-a Dubrava (uz svakodnevne dogovore s koordinatorom za premještaje, kolegom Ivanom Durlenom), Klinike za zarazne bolesti i iz KBCSM-a. Nakon potresa koji je razorio Petrinju i Sisak primili smo pacijente iz njihovih bolnica i bili smo pripravni primiti veći broj ljudi jer su se svi liječnici i medicinske sestre i tehničari stavili na raspolaganje. Isto kao i na početku. Trideset liječnika iz KBCSM-a, specijalista internista, kardiologa, hitne medicine, kirurgije, otorinolaringologije, urologije, ginekologije, fizikalne medicine, neurologije i specijalizanti različitih specijalnosti dragovoljno su se javili za rad u Arena stacionaru.

Zahvaljujući svima koji su sudjelovali u postavljanju i radu stacionara Arena, naši su bolesnici imali najbolju moguću zdravstvenu skrb, djelatnici su imali sigurnost jer nije bilo prenošenja virusa među onima koji su radili i boravili u stacionaru, a COVID bolnice su imale pomoć u mogućnosti premještaja bolesnika i oslobađanja bolničkih kreveta za primitke novooboljelih.

Sa smanjenjem pojavnosti COVID-19 smanjio se broj hospitaliziranih bolesnika i 18. siječnja su posljednji bolesnici otpušteni iz Arena stacionara, koji je ostao u pripravnosti za slučaj ponovnog širenja epidemije.

U vremenima koja dolaze želimo i nadamo se da ćemo svoje bolesnike liječiti i skrbiti o njima u prostorima nove bolnice i da će nam Arena biti ono što je prije bila. Mjesto u kojem pod svjetlima reflektora gledamo uspjehe naših sportaša i u mraku zagrljeni pjevamo i plešemo.

Središnji pult

Posljedice infekcije SARS-CoV-2
Post COVID s aspekta pulmologa

Doc. dr. sc. MATEJA JANKOVIĆ MAKEK, dr. med.
Klinika za plućne bolesti „Jordanovac"
KBC Zagreb

Prošlo je više od godinu dana od prvih slučajeva COVID-19 i s vremenom je zapažen zabrinjavajući trend među rekonvalescentima. Neki od njih, osobito oni s težim oblikom bolesti, zahtijevaju produljeno liječenje zbog i dalje prisutne značajne respiratorne insuficijencije i simptoma, dok se drugi nakon otpusta vraćaju u bolnice zbog oštećenja pluća i plućne funkcije te s radiološkim nalazima koji govore u prilog ožiljnih promjena pluća. Dostupni klinički, radiološki i obdukcijski nalazi ukazuju na to da je fibroza pluća središnja u patologiji teškog akutnog respiratornog sindroma (SARS) i Bliskoistočnog respiratornog sindroma (MERS), a sve je više dokaza koji sugeriraju da plućna fibroza može komplicirati infekciju uzrokovanu SARS-CoV-2.

Plućna fibroza i COVID-19

Na fibrozu možemo gledati kao na posljedicu poremećenog procesa cijeljenja. Opisani su različiti mehanizmi ozljede pluća bolesnika zaraženih SARS-CoV-2, koji uključuju i mehanizme povezane s virusom, ali i imunolosnim odgovorom domaćina. Nakon inicijalne faze plućne ozljede slijedi akutna upala i pokušaj popravka, odnosno cijeljenja rane. Taj proces može rezultirati restitucijom normalne plućne strukture ili može voditi fibrozi s poremećenom plućnom arhitektonikom i, u konačnici, nepromjenjivim oštećenjem plućne funkcije. Utvrđeni su neki rizični čimbenici koji predisponiraju nastanak plućne fibroze nakon infekcije SARS-CoV-2, a uključuju stariju životnu dob, pušački status, težinu bolesti, produljen boravak u JIL-u i mehaničku ventilaciju. Mehanička ventilacija predstavlja i rizik za razvoj plućne ozljede izazvane ventilatorom (VILI), što samo po sebi može rezultirati plućnom fibrozom. Mehanizam kojim infekcija SARS-CoV-2 uzrokuje plućnu fibrozu nije potpuno razjašnjen, no najviše podataka objavljeno je vezano za transformirajući čimbenik rasta beta (TGF-beta) i angiotenzin-konvertirajući enzim 2 (ACE2). Od laboratorijskih parametara, vidi se da povišena vrijednost laktat dehidrogenaze (LDH) korelira s post COVID-19 sekvelama. Serumska vrijednost LDH koristi se kao pokazatelj težine bolesti nakon akutne plućne ozljede i indikator je destrukcije plućnoga tkiva. Sumarno, **uzimajući u obzir razmjere pandemije, u nadolazećem vremenu je za očekivati značajan globalni porast prevalencije osoba s trajnim i nepromjenjivim posljedicama u obliku plućne fibroze i posljedičnu veću potrebu za transplantacijom pluća**.

Plućna embolija i COVID-19

Prema dostupnim podacima, ali i prikupljenom vlastitom iskustvu, primijećena je povećana učestalost novonastalih tromboembolijskih zbivanja među oboljelima. Za razliku od tromboembolijskih zbivanja povezanih s drugim stanjima, predominantno se viđaju sitniji tromboembolusi koji često zahvaćaju subsegmentalne arterije u prostoru u kojem postoje upalni infiltrat i oštećenje endotela kapilara, dok su centralna opstrukcija i posljedično opterećenje desnog srca nešto rjeđi. Rizični čimbenici, koji su u dosadašnjim ispitivanjima povezani s nastankom plućne embolije u bolesnika sa SARS-CoV-2 pneumonijom, uključuju muški spol, osobe u kojih je proteklo više vremena od nastupa simptoma do hospitalizacije, boravak u jedinici intenzivnog liječenja te bolesnike s visokim vrijednostima CRP-a. Stoga se sugerira uvođenje profilaktičke antikoagulantne terapije svim osobama hospitaliziranima zbog COVID-19, a u izabranim slučajevima i osobama s blažim oblikom bolesti koji su na kućnom liječenju.

Zbrinjavanje i liječenje respiratornih posljedica COVID-19

S obzirom na to da će značajan postotak bolesnika s teškim oblikom bolesti imati rezidualna dugoročna oštećenja plućne funkcije i radiološke (HRCT) znakove plućne fibroze, ne možemo zanemariti ulogu protuupalnih lijekova u njihovom liječenju. Uz etablirano mjesto kortikosteroida (deksametazon) u akutnoj fazi bolesti, pokazana je i korist rane primjene (u prvim danima bolesti) antivirotika i neutralizirajućih protutijela za smanjenje vjerojatnosti duljih i težih oblika bolesti. S druge strane, uloga dostupnih antifibrotika (pirfenidon i nintedanib) u akutnoj, ali i kasnijoj fazi bolesti, još se istražuje. Nadalje, nije posve jasno niti mjesto produljenog liječenja kortikosteroidima, odnosno njihovo ponovno uvođenje u onih bolesnika koji imaju znakove oštećenja arhitektonike i plućne funkcije i nakon završetka akutne infekcije SARS-CoV-2. No, na temelju iskustva s liječenjem sličnih stanja, iskustava ekspertnih centara ali i iskustava stečenih u našem centru u stacionarnom i ambulantnom liječenju respiratornih komplikacija infekcije SARS-CoV-2 (samo u posljednja tri mjeseca je kroz Kliniku prošlo 500-tinjak bolesnika), primjenom kortikosteroida u odabranim slučajevima postižemo značajno poboljšanje radiološkog nalaza i plućne funkcije. S obzirom na to da nema sigurnih dokaza ni generalnog konsenzusa, početnu dozu (30 do 40 mg prednisona prvih 10 dana) i brzinu smanjivanja (brzi prekid ili postupno smanjivanje svakih 5 do 7 dana) određujemo prema težini kliničke slike te brzini i razini odgovora na terapiju. Nedavno je u SAD-u provedeno i prospektivno randomizirano istraživanje (NCT04551781) o učinkovitosti kratkotrajne (14 dana) terapije nižim dozama kortikosteroida (20 mg prednizolona) u liječenju post COVID-19 plućne fibroze. Rezultati su u postupku obrade i nisu još objavljeni no, prema autorima, preliminarni podaci ukazuju na učinkovitost terapije mjerenu stupnjem rezolucije infiltrata na CT-u toraksa.

Bolesnike s dokazanim tromboembolijskim zbivanjem liječimo na jednak način kao i one koji nemaju COVID-19. Oko trajanja antikoagulantne terapije nema jasnog konsenzusa, no minimalno preporučeno vrijeme je tri mjeseca u slučaju ako ne postoji nikakav dodatan rizični čimbenik, odnosno predisponirajući komorbiditet. U onih koji su za vrijeme akutne faze bolesti dobivali profilaktičku dozu antikoagulansa, a u kojih nije dokazano tromboembolijsko zbivanje, nema jasnih smjernica za nastavak profilakse po otpustu. No, ako postoji dodatan rizični čimbenik ili se radi o težem obliku bolesti sa značajnim sekvelama, profilaksa se preporuča još barem idućih mjesec dana (najčešće neki od novih antikoagulansa – NOAK). Osim toga, u mnogim je centrima uvriježeno davanje acetilsalicilne kiseline (100 mg) i bolesnicima bez značajnih komorbiditeta i s blažim oblicima COVID-19.

Usmjeravanje bolesnika s respiratornim posljedicama COVID-19

Osim liječenja protuupalnim lijekovima, značajan doprinos oporavku daje i provođe-

nje programa plućne rehabilitacije. Njezin važan dio čini i zbrinjavanje svih komorbiditeta (s posebnim naglaskom na plućne, kardiovaskularne, gastrointestinalne i endokrine), zatim nadzor i optimizacija nutritivnog statusa, ali i psihološka potpora. Stoga je u našoj Klinici sastavni dio postCOVID rehabilitacije i nutritivno savjetovalište Odjela za kliničku prehranu te psihološka potpora profesionalnog tima psihologa i psihijatara. Stacionarno liječenje i provođenje plućne rehabilitacije indicirano je u bolesnika liječenih zbog teškog oblika infekcije, koji su i četiri tjedna nakon početka infekcije ovisni o kisiku (PaO_2 u mirovanju na sobnom zraku < 60 mmHg), imaju patološki radiološki nalaz i oštećen funkcijski status (mMRC vrijednost 3 ili 4). Zbog potrebe zbrinjavanja takvih teških bolesnika osnovan je 17. prosinca 2020. u Klinici za plućne bolesti „Jordanovac", KBC-a Zagreb, odjel koji može primiti 13 osoba (11 na odjel i 2 u JIL). Na odjelu je samo u prvih mjesec dana, koristeći se svim raspoloživim metodama uključujući i mehaničku potporu disanju (terapiju visokim protokom kisika putem nazalne kanile, mehaničku ventilaciju, ECMO), liječeno 30-ak osoba s vrlo dobrim uspjehom. Ambulantno provođenje rehabilitacije (u našem centru ili nekom od drugih centara koji je mogu pružiti) indicirano je u bolesnika koji pri otpustu s COVID odjela nisu ovisni o kisiku (PaO_2 na sobnom zraku u mirovanju > 60 mmHg ili 8 kPa), ali i dalje imaju respiratorne tegobe (mMRC 1-3) i patološki radiološki nalaz. U obje kategorije bolesnika, ovisno o radiološkom nalazu i razini oštećenja plućne funkcije te prisutnim komorbiditetima, svakako treba razmotriti provođenje kortikosteroidne terapije. U onih pak bolesnika koji su otpušteni u značajno poboljšanom stanju (Pa O_2 u mirovanju > 70 mmHg ili 9,3 kPa, zadovoljavajuće poboljšanje radiološkog nalaza, mMRC 1 ili 2) potrebna je kontrola nakon mjesec dana, kad će se na temelju fizikalnog pregleda i radiološkog nalaza procijeniti potreba daljnje obrade – HRCT toraksa i mjerenje plućne funkcije (spirometrija i CO difuzija, najmanje 30 dana nakon preboljele bolesti, sukladno preporukama Europskog respiratornog društva) te potreba za strukturiranom plućnom rehabilitacijom. Svim bolesnicima treba dati usmene ili pisane upute o mogućem tijeku oporavka (u našem centru dostupan Post COVID-19 vodič za pacijente) te ih motivirati da sami počnu provoditi osnovne vježbe pravilnog disanja uz pomoć filmova dostupnih na web-u (npr. na stranici Hrvatska kuća disanja (hrvatskakucadisanja.hr)). I u slučaju bolesnika koji su liječeni kod kuće, a kod kojih postoje novi ili perzistentni respiratorni simptomi, pragmatičan pristup u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uključuje kombinaciju težine simptoma (funkcijski status prema mMRC skali ili PCFS skali) i osnovnih dostupnih pretraga (rendgenogram srca i pluća, mjerenje periferne saturacije). U slučaju sumnje na postojanje plućne patologije, osobu treba uputiti na pregled i obradu u za to specijalizirane pulmološke ambulante, bilo u Klinici za plućne bolesti „Jordanovac", KB-u Dubrava, Specijalnoj bolnici za plućne bolesti „Rockefellerova" ili nekom od drugih središta diljem Hrvatske.

mateja.jankovic@gmail.com

Praćenje i liječenje pacijenata nakon COVID-19 pneumonije

Iskustvo Specijalne bolnice za plućne bolesti (Rockefellerova, Zagreb)

ANA PETROVIĆ VLAHOVIĆ, dr. med.
prim. dr. sc. MARINKO ARTUKOVIĆ, dr. med.

U Specijalnoj bolnici za plućne bolesti pratimo pacijente nakon hospitalizacije zbog COVID-19 pneumonije te, iako pristupamo individualno svakom pacijentu, dominantno se vodimo preporukama Britanskog torakalnog društva (British Thoracic Society). Pacijente kontroliramo 4 - 6 tjedana nakon otpusta te 12 tjedana kada radimo kontrolni RTG toraksa. Najčešći simptomi koji perzistiraju u tom intervalu su opća malaksalost, zaduha, bol u prsima, bol u zglobovima te kašalj, što bi odgovaralo podacima iz svjetske literature. U slučaju perzistiranja simptoma i/ili patološkog RTG-a toraksa nakon 12 tjedana, rade se testovi plućne funkcije (spirometrija, difuzija za CO), 6-minutni test hoda, UZV srca te iskašljaj na mikrobiološku analizu ako postoji indikacija. Daljnja obrada, ovisno o patološkim nalazima, uključuje HRCT toraksa te CT-angiografiju.

S obzirom na čest prolongirani oporavak i dugo perzistiranje simptoma, važnu ulogu ima plućna rehabilitacija koja se u našoj ustanovi može provesti i korištenjem telemedicine. Kandidati za postakutnu rehabilitaciju su svi bolesnici koji su liječeni u bolnici zbog pneumonije te oni u kojih zaostaju simptomi poput zaduhe, boli, mišićne slabosti, funkcionalnog oštećenja, disfunkcije respiratornih mišića, smanjene mogućnosti obavljanja aktivnosti svakodnevnog života (anksioznosti, depresije). Rehabilitacija se provodi tri puta tjedno po 15 - 20 minuta, 4 do 6 tjedana. Parametri koji se procjenjuju prije i nakon provedene rehabilitacije su dispneja pomoću Modificirane Borg skale, aktivnost i gibanje toraksa, aktivnost i gibanje dijafragme, obrazac i frekvencija disanja, frekvencija srca, osjećaj iscrpljenosti, bol u prsima, kašalj, informacije o intenzitetu tjelesne aktivnosti prije infekcije virusom, test SIT-STAND u 30 sekundi. Fizioterapijske intervencije u prvoj fazi rehabilitacije obuhvaćaju vježbe disanja, vježbe opsega pokreta, vježbe snage, edukaciju o važnosti promjena položaja tijela, poticanje na obavljanje aktivnosti svakodnevnog života, edukaciju o aktivnostima čija aerobna aktivnost nije veća od 3 MET-a, edukaciju o praćenju simptoma tijekom aktivnosti (ne prelaziti zaduhu veću od 4/10 prema BORG-u), postupno povećavanje tjelesne aktivnosti na 20 - 30 minuta, edukaciju o tehnikama za eliminaciju sekreta ako postoji hiperprodukcija sekreta, edukaciju o uzimanju inhalacijske terapije ako je bolesnik uzima. Iako su potrebne daljnje studije radi formiranja smjernica plućne rehabilitacije nakon preboljele COVID-19 pneumonije, naše inicijalno iskustvo ukazuje na izuzetno pozitivan utjecaj plućne rehabilitacije na kvalitetu života, fizički performans te smanjenje respiratornih i općih simptoma.

LITERATURA:

Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. *2020;382:727–733.*

Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan China. Lancet. 2020;395:497–506.

Carfi A, Barnabei R, Landi F et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603-605.

Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y et al. Post-discharge persistent symptoms and health.related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect. 2020 Dec;81(6).

EVOLUCIJA NOVOGA KORONAVIRUSA – JOŠ INFEKTIVNIJE NOVE VARIJANTE

Je li nova varijanta SARS-CoV-2 već prisutna u Hrvatskoj i hoće li cjepiva postati neučinkovita?

Prof. dr. sc. Jasmina Vraneš, prim., dr. med.

Voditeljica Službe za kliničku mikrobiologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar" i pročelnica Katedre za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju MEF-a u Zagrebu; voditeljica Referentnog mjesta RH za testiranje na SARS-CoV-2

Evolucija novoga koronavirusa nastavlja se. Nakon zoonotskog prelijevanja koje je, kao što se uvijek događa kada mikroorganizam prijeđe s jedne vrste na drugu, rezultiralo teškim oblikom bolesti oboljelih ljudi u provinciji Wuhan u Kini 2019. godine, što se odrazilo na nomenklaturu virusa (SARS-CoV-2 od engl. Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus-2), taj se virus tijekom pandemije koju je izazvao i dalje mijenjao, te su zabilježene njegove mnogobrojne mutacije tijekom protekle 2020. godine. Dvije njegove nove varijante trenutačno se ubrzano šire i čini se da će jedna od njih, ili čak obje, potisnuti originalnu varijantu virusa.

Spoznaje o novim vrlo infektivnim varijantama SARS-CoV-2 postale su šire dostupne od sredine prosinca kada je u Velikoj Britaniji skupina znanstvenika koja se naziva COVID-19 konzorcij za genomiku (akronim CoG-UK) objavila gensku sekvencu nove varijante virusa, a skupina NERVTAG (engl. *The **N**ew and **E**merging **R**espiratory **V**irus **T**hreats **A**dvisory **G**roup*) koja istražuje emergentne virusne uzročnike respiratornih infekcija, uputila britanskoj vladi upozorenje da ova nova varijanta ima za 67 - 75 % veći potencijal širenja nego ona koja trenutačno cirkulira u zemlji. U međuvremenu je u Južnoafričkoj Republici vodeći epidemiolog Salim Abdool Kalim izvijestio javnost o novoj varijanti virusa obilježenoj kao 501.v2, koja je već prisutna čak u 90 % svih uzoraka prikupljenih od oboljelih u provinciji Western Cape.

Odgovor na širenje novih varijanti u ove dvije zemlje bio je brz, pa je Velika Britanija već 19. prosinca pojačala protuepidemijske mjere koje su već bile na snazi, a Južnoafrička Republika je dana 28. prosinca produljila zabranu kretanja noću za dva sata i uvela ponovnu zabranu prodaje alkohola. Druge zemlje su nametnule stroge restrikcije putnicima iz ovih zemalja kako bi onemogućile importiranje novih varijanti virusa. No, bar što se tiče britanske nove varijante virusa označene kao VOC 202012/01 (od engl. ***v**ariants **o**f **c**oncern*; linija virusa B.1.1.7), to je učinjeno prekasno, pa je ova varijanta do sada otkrivena već u 45 zemalja, te se i dalje širi. Lokalna transmisija zabilježena je u 13 zemalja, među njima su i Njemačka, Irska, Italija i Švicarska, zemlje iz kojih u Hrvatsku dolaze brojni putnici. Za sada su samo pojedinačni slučajevi južnoafričke varijante 501.v2 (linija B.1.351) detektirani u još 11 zemalja svijeta, među kojima su i Austrija i Švicarska, a čini se da je ona još infektivnija od britanske.

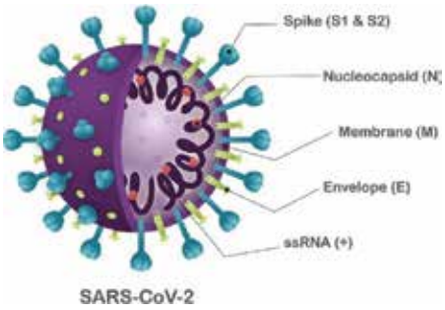
Nema podataka o većoj virulenciji ovih hiper-infektivnih varijanti, niti se čini da nove varijante izazivaju težu kliničku sliku. Po tome, izgleda da se događa ono što u svojoj evoluciji prolazi svaki uspješni patogen: novi mikroorganizam se mijenja i postaje infektivniji - uslijed čega se lakše širi, ali ne i virulentniji - uslijed čega smrtnost s vremenom pada. Ipak, ne treba zaboraviti da broj umrlih može porasti i uz nižu stopu smrtnosti, ako broj zaraženih zbog velike infektivnosti i olakšanog širenje virusa značajno poraste.

Brzina kojom se nove varijante šire odista je impresivna. Prvi uzorci britanske nove varijante prikupljeni su jugoistočno od Londona 22. rujna, a sljedeći dan detektirana je u Londonu. Već nakon nekoliko tjedana, početkom studenoga, u Londonu je udio nove varijante među novooboljelima bio 28 %. Do početka studenoga taj udio je porastao na 62 %, a trenutačno iznosi oko 90 %. I varijanta 501.v2 ima sličnu povijest. Prvotno je sredinom listopada detektirana u provinciji Eastern Cape, da bi se do sada proširila i na druge obalne južnoafričke provincije.

Hoće li širenje novih varijanti ugroziti učinak cijepljenja?

Zbog rapidnog širenja ovih novih varijanti virusa, u znanstvenim se krugovima, ali i javnosti, na nekoliko pitanja neprestano traže odgovori. Sve zanima zbog čega su te nove varijante infektivnije, što je potaknulo njihovo stvaranje i hoće li njihovo širenje ugroziti učinak cijepljenja.

Analiza genoma novih varijanti već je dala odgovor na prvo pitanje. Utvrđeno je čak 17 mutacija britanske varijante VOC 202012/01, a opaženo je da su neke od njih mutacije gena koji su odgovorni za sintezu proteina šiljka (engl. *spike*) pomoću kojeg se virus veže na stanicu koju inficira. Jedna od tih mutacija, N501Y, rezultira izmjenama u strukturi područja koje se veže za receptor na stanicama, gdje slova označavaju izmjenu aminokiseline asparagina (N) s aminokiselinom tirozin (Y).



Struktura viriona SARS-CoV-2 s karakterističnim proteinskim šiljatim izdancima građenim od S1 i S2 podjedinica. (Izvor: de Andrade Santos I, at al. Front Microbiol 13 August 2020 | https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01818).

To je važno jer istraživanja pokazuju da ta izmjena dovodi do čvršće veze između virusnog proteinskog izdanka i receptora ACE2 na stanicama. Tu važnu mutaciju dijeli i južnoafrička varijanta 501.v2.

Druge dvije važne mutacije VOC 202012/01 nastale su delecijom dviju aminokiselina na poziciji 69-70 i supstitucijom histidina s prolinom na poziciji 681. Delecija je privukla pažnju znanstvenika jer je zabilježena također u varijanti virusa koja je pogodila farmu nerčeva u Danskoj u studenome i tako aktualizirala pitanje životinjskog rezervoara. Supstitucija P681H se s druge strane drži značajnom jer pogađa protein nazvan S1/S2 rascjepno mjesto koje aktivira furin, stanična proteaza prisutna svugdje u ljudskom organizmu, a posebno izdašno u plućima, što rezultira učinkovitim spajanjem virusnog proteinskog izdanka na stanični receptor. S1/S2 rascjepno mjesto ne posjeduju šiljati proteinski izdanci drugih srodnih koronavirusa kao što je SARS pa se misli da je upravo to razlog zašto je SARS-CoV-2 toliko infektivan. Južnoafrička nova varijanta ima tri značajne mutacije, sve tri u domeni vezivanja virusa na receptor, pa su uz N501Y još dvije mutacije obilježene kao K417N te E484K predmet pažljivog istraživanja znanstvenika. I tri smislene mutacije su puno, a 17 koliko ih je opaženo na britanskoj varijanti odista je jako velika anomalija i svi se pitaju zbog čega je nastala, te postoji li nešto što ju je potaknulo.

CoG-UK u članku objavljenom 18. prosinca pretpostavlja da su ove mutacija nastale kao dio evolucijskog procesa virusa tijekom infekcije u jednom pacijentu, a ne u zajednici. Mišljenja su da se u pojedinih osoba u kojih nastaje dugotrajna infekcija, jer se njihov imuni sustav ne može učinkovito i brzo riješiti infekcije, postoje preduvjeti za nastanak novih varijanti virusa. Njihova je pretpostavka da je nedostatak u urođenoj imunosti u tih pacijenata razlog nemogućnosti svladavanja virusa, a davanje plazme rekonvalescenata u pokušaju njihova liječenja razlog zašto mutacije nastaju, jer terapijski primijenjena protutijela predstavljaju snažan selektivni pritisak.

Na posljednje pitanje, hoće li te nove varijante biti otporne na učinak cijepljenja, svi odgovaraju da vjerojatno neće, jer su mali izgledi da bi mutacije koje su nastale dok se još nije cijepilo mogle štititi virus od učinka cjepiva. Možda je bolje zapitati se obrnuto: hoće li cjepiva potaknuti stvaranje novih varijanti virusa. Najnovija istraživanja pokazuju da N501Y ne utječe na učinak Pfizer-BioNTechovog cjepiva, ali nije još istražen učinak svih mutacija novih hiperinfektivnih mutanti virusa. Na Sveučilištu u Teksasu dokazano je da 20 seruma prikupljenih od participanata faze 3 kliničkog istraživanja cjepiva uspješno neutralizira virus s ovom mutacijom, no upotrijebljeni virus u ovom istraživanju nije imao čitav set mutacija koje ove nove varijante posjeduju.

Samo u jedno možemo biti sigurni: garancije nema a budućnost je neizvjesna. Ako postoji mogućnost da niz mutacija rezultira nastankom otpornosti virusa na učinak cijepljenja, onda postoji i vjerojatna šansa da će doći do takvih mutacija. Očekuje se daljnja diversifikacija novog koronavirusa uvjetovana evolucijskim i adaptacijskim procesima.

Kakva je situacija u Hrvatskoj?

Prva analiza genoma virusa provedena je 24. travnja na Institutu Ruđer Bošković u Laboratoriju za naprednu genomiku, u suradnji s Odjelom za biotehnologiju Sveučilišta u Rijeci te Medicinskim fakultetom i Nastavnim zavodom za javno zdravstvo u Rijeci.

Nadalje, suradnjom znanstvenika dviju partnerskih institucija Centra izvrsnosti za virusnu imunologiju i cjepiva te Centra za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji Sveučilišta u Zagrebu, određene su sekvence virusa iz uzoraka prikupljenih od pacijenata iz šest hrvatskih gradova (Pula, Koprivnica, Varaždin, Dubrovnik, Split i Osijek) u prvom razdoblju pandemije. Istraživanje je rađeno u sklopu europskog molekularno-epidemiološkog praćenja širenja i evolucije SARS-CoV-2, a dobiveni rezultati pokazali su gensku raznolikost istraživanih sojeva. Analizirani virusi pripadali su različitim podgrupama linije B. Dobivene sekvence 50 virusa prijavljene su 27. prosinca u bazu GISAID, najveći svjetski repozitorij genomskih podataka o SARS-CoV-2.

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar" sekvencirao je 50 izolata iz prvog razdoblja pandemije u Zagrebu. Zaključeno je da svi pripadaju njemačkom (tzv. minhenskom) soju jer imaju karakteristične mutacije na nukleotidima na pozicijama 241, 3037 i 14408. Pored tih mutacija zapažene su još i neke druge koje nisu prisutne među talijanskim sojevima, s kojima je u početku pandemije u Hrvatskoj rađena usporedba u suradnji s Institutom za primijenjenu genomiku iz Udina, nakon što je prvi slučaj importiran iz Italije u Hrvatsku. U tijeku je sekvenciranje i usporedba s 50 izolata iz drugog razdoblja pandemije prikupljenih od pacijenata iz Zagreba, podjednake dobne i rodne zastupljenosti.

Na temelju dostupnih podataka do sada je u Hrvatskoj sekvencirano svega oko dvjesto genoma virusa koji su cirkulirali većinom u početku pandemije, od čega je samo njih oko 60 iz drugog razdoblja pandemije; do sada nove hiper-infektivne varijante nisu detektirane. U oko 30 % uzoraka iz drugog razdoblja utvrđena je mutacija N439K, koja

Drive-in sustav za uzorkovanje, uveden 1. travnja 2020. u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar", omogućio je učinkovito prikupljanje brojnih uzoraka i ubrzo je primijenjen i drugdje u Hrvatskoj

također rezultira izmjenama u strukturi područja koje se veže za receptor na stanicama, a opažena i opisana je 20. lipnja u Škotskoj, a nakon toga u Rumunjskoj, Norveškoj i Švicarskoj, te u svim dijelovima Velike Britanije, a sporadično u Sjedinjenim Američkim Državama.

Nije neobično što su nove hiper-infektivne varijante otkrivene u Velikoj Britaniji i Južnoafričkoj Republici. Te zemlje, zajedno s Danskom i Australijom, pripadaju krugu zemalja u kojima se sekvenciranje SARS-CoV-2 sojeva provodi redovito i na velikom broju uzoraka, pa je tako u Velikoj Britaniji do sada napravljeno čak 45 % od ukupno u svijetu do sada provedenih analiza virusnog genoma. Primjera radi, u Danskoj je sekvencirano 10 % od ukupno detektiranih virusa u toj zemlji, u Velikoj Britaniji 3 %, dok je u Hrvatskoj taj postotak zanemariv, oko 0,001 %.

Bez obzira na neke sretne izuzetke, u mikrobiologiji, postoji pravilo da kad ne tražiš nećeš niti naći, pa je jako važno da se u Hrvatskoj podignu i mogućnosti analize genoma virusa, sada kad su uspješno podignute mogućnosti detekcije i kada već mnogi gradovi, a ne samo veliki regionalni centri, imaju tehničke mogućnosti za molekularnu mikrobiološku dijagnostiku. Kako je od početka pandemije do sada broj RT-PCR testiranja u nas uvećan desetak puta zahvaljujući bržem načinu prikupljanja uzoraka i opremanju mikrobioloških laboratorija diljem zemlje uređajima koji su omogućili bolju protočnost uzoraka, tako je sada vrijeme da se ulože napori da u nas u svakom trenutku postoje relevantni podaci o tome koje varijante virusa cirkuliraju u kojem dijelu Hrvatske, te da postoje mogućnosti promptnog sekvenciranja importiranih sojeva iz zemalja u kojima se nove varijante pojave.

Jasmina.Vranes@stampar.hr

Literatura:

1. COVID-19 Genomics Consortium UK (CoG-UK). Preliminary genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in the UK defined by a novel set of spike mutations. 18 Dec 2020. Dostupno na: https://virological.org/t/preliminary-genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-the-uk-defined-by-a-novel-set-of-spike-mutations/563
2. NERVTAG meeting on SARS-CoV-2 variant under investigation VUI-202012/01. 18 Dec 2020. Dostupno na: https://khub.net/documents/135939561/338928724/SARS-CoV-2+variant+under+investigation%2C+meeting+minutes.pdf/962e866b-161f-2fd5-1030-32b6ab467896?t=1608470511452
3. ECDC. Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA.pdf
4. Tegally H, et al. Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-CoV-2) lineage with multiple spike mutation in South Africa. medRxiv preprint 22 Dec 2020. Dostupno na: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.20248640v1.full.pdf
5. Grinch/Global report investigating novel coronavirus haplotypes. B.1.351 report 2021-01-08. Dostupno na: https://cov-lineages.org/global_report_B.1.351.html
6. Oude Munnink B B, et al. Transmission of SARS-CoV-2 on mink farms between humans and mink and back to humans. Science 2020; epublication 10.1126/science.abe5901.
7. Xie X, at al. Neutralization of N501Y mutants SARS-CoV-2 by BNT 162b2 vaccine-elicted sera. bioRxiv preprint, 7 Jan 2021. Dostupno na: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.07.425740v1
8. Jurak I, Rukavina T, Vugrek O. Successful sequencing of the first SARS-CoV-2 genomes from Croatian patients. Croat Med J 2020;61:302-3
9. Centar izvrsnosti za virusnu imunologiju i cjepiva. 4. lipnja 2020. https://zci-cervirvac.hr/novosti/odredene-su-sekvence-cijelih-genoma-virusa-sars-cov-2-uzrocnika-bolesti-covid-19-iz-uzoraka-pacijenata-iz-sest-hrvatskih-gradova/
10. Status of SARS-CoV2 detection systems (RT-PCR) enabled by data from GISAID. http://penelope.unito.it/sars-cov-2_detection/Croatia.html
11. Net.hr. Važan projekt. 5. siječnja 2021. U Hrvatskoj proučili oko 60 uzoraka virusa.. Dostupno na: https://net.hr/danas/hrvatska/domaci-znanstvenici-sekvencirali-oko-60-uzoraka-virusa-sars-cov-2-ni-smo-pronasli-novi-soj-iz-engleske-ali-smo-nasli-jedan-drugi/

MINIMIZIRATI OBJAVLJIVANJE NA DRUŠTVENIM MREŽAMA!

LJILJANA ĆENAN, dr. med.
Specijalistica obiteljske medicine
zamjenica predsjednice Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
članica KoHoM-a

Potrebno je samo malo kolegijalnosti, razumijevanja i strpljenja

U ožujku ove godine, nakon što je proglašena pandemija COVID-19, prof. dr. Mehmet Ungan, predsjednik WONCA Europe (svjetskog udruženja obiteljskih liječnika), poslao je u ime njenog Izvršnog odbora pismo svim obiteljskim liječnicima u kojem je, među ostalim, preporučio da budu ekstremno oprezni u tome što objavljuju na društvenim mrežama jer liječnici imaju utjecajan glas. Preporučio je da se objavljivanje na društvenim mrežama minimizira do "apsolutne tišine", a ako to nije moguće, da se dobro razmisli prije objavljivanja.

Čitajući tada njegovu poruku obiteljskim liječnicima činila mi se pretjeranom, koliko god sam svjesna snage društvenih mreža i medija općenito, daljine dokle može doprijeti neka slika ili tekst te koliko se inicijalna poruka može izokrenuti u nešto potpuno suprotno.

No, danas, mnogo mjeseci od proglašenja pandemije, kada smo već svi umorni od tog izvanrednog događaja, shvaćam sve jasnije što je prof. Ungan tada poručio.

Danas, kada je zdravstveni sustav naše zemlje na rubu, kada su zdravstveni radnici preopterećeni, iscrpljeni i frustrirani, često objave na društvenim mrežama, napišu u komentarima na portalima ili izjave predstavnicima medija ono što ne bi trebali niti smjeli.

Tako smo mi obiteljski liječnici u posljednje vrijeme prozvani da previše pacijenata šaljemo u bolnice, zatim da ih prekasno šaljemo u bolnice pa su zato u teškom stanju, da ne pregledavamo, da ne liječimo, da su zbog nas u bolnicama gužve i kaos, da je zbog nas sve više oboljelih od karcinoma, da se ne javljamo na telefon itd.

S nevjericom sve to čitamo i gledamo, reagiramo, nabrajamo koja smo dodatna zaduženja i obveze mi dobili u ovoj korona krizi, ali onda shvatimo da nema smisla jaz produbljavati, da se kompletna struka "vuče po blatu", da gubimo jedni druge i sami sebe.

Stoga želim svima prenijeti ovu poruku prof. Ungana, pa makar i s mjesecima zakašnjenja: **Pazimo što pišemo po portalima i na društvenim mrežama, što izjavljujemo u medije!**

Svi smo umorni i na rubu snaga. I obiteljski liječnici, i njihove medicinske sestre i tehničari, i epidemiolozi, djelatnici hitnih medicinskih pomoći, i drugo osoblje u zavodima, bolnicama, oni u intenzivnim jedinicama, oni koji su s drugih odjela i bolnica premješteni da rade na drugim radnim mjestima, djelatnici laboratorija koji testiraju itd.

Sustav u kojem radimo nije bio sjajan ni prije sadašnje krize, ali tek sada njegove mane dolaze do izražaja. I prije krize i danas sustav održavaju entuzijazam, empatija i požrtvovanost djelatnika. Nemojmo to zatirati jedni u drugima!

Prebrodit ćemo ovu krizu kao što smo prebrodili mnoge dosad. A da bismo je lakše prebrodili potrebno je samo malo kolegijalnosti, razumijevanja i strpljenja!

RABDOMIOLIZA KAO PRVI SIMPTOM INFEKCIJE SARS-CoV-2

Doc. prim. dr. sc. Svetlana Tomić, dr. med.
spec. neurolog, subspec. neurodeg. bolesti, FEAN
Željka Rimar, dr. med.
specijalizantica hitne medicine, KBC Osijek

Rabdomioliza je proces oštećenja ili otapanja skeletnog mišića koji za posljedicu ima otpuštanje intracelularnih mišićnih komponenti, uključujući mioglobin, kreatin kinazu (CK), aldolazu, laktat dehidrogenazu te elektrolite u krvotok i ekstracelularni prostor. Može biti uzrokovana brojnim uzrocima kao što su zlouporaba alkohola i droga, nuspojava lijekova, trauma, neuroleptički maligni sindrom, endokrini poremećaji, genske bolesti, elektrolitski poremećaj, imobilizacija, virusni i bakterijski miozitis, trauma, bolest vezivnog tkiva i vježbanje. Od virusnih uzročnika kao mogući uzročnici rabdomiolize opisani su virus influenze A i B, HIV, Coxsackie, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, Herpes simplex, Varicella zoster i virus West Nile. Mogući mehanizmi oštećenja mišića u sklopu infekcije su hipoksija uslijed sepse ili dehidracije, otpuštanje toksina, pridružen febrilitet, izravna bakterijska invazija mišića i rigor/tremor mišića. U svjetlu aktualne pandemije opisani su i prvi pacijenti s rabdomiolizom u sklopu akutne infekcije virusom SARS-CoV-2.

Muškarac u dobi od 64 godine upućen je na pregled u OHBP neurologu zbog parapareze. Simptomi su započeli akutno četiri dana prije dolaska u hitni prijem, a nakon duljeg putovanja. Bolesnik se žalio na osjećaj napetosti i otoka u mišićima, mišići potkoljenica na dodir su bili tvrdi „poput kamena“, te je imao i manju bolnost u mišićima natkoljenica. Primijetio je da se pojačano zamara. Otprije je, zbog izrazite pretilosti, otežanije disao, a sada je osjećao dodatnu progresiju zaduhe, naročito u ležećem položaju. Ujutro bi se znao nakašljati. Nije imao trnce u nogama, osjetne ispada u ekstremitetima, bol u vratu ili križima, niti smetnje kontrole sfinktera. Nije bio febrilan. Otprije je hipertoničar koji nije redovito uzimao terapiju, a zbog boli u zglobovima posljednjih mjesec dana uzimao je velike količine ibuprofena (naveo je da je uzimao više od preporučene dnevne doze lijeka). Alkohol nije konzumirao. U neurološkom statusu imao je blažu paraparezu. Patelarni refleksi obostrano bili su oslabljeni (1+). Imao je ugašenu vibraciju na oba stopala i lijevoj potkoljenici. Bolesnik je hodao antalgično uz pomoć štapa. Ostali neurološki status je bio uredan. Uočeni su blagi tjestasti edemi obje potkoljenice. Bio je dispnoičan u ležećem položaju. Auskultacijski nad plućima bio je uredan šum disanja. Plućni radiogram opisan je uredan, uz uvećanu hipertoničnu sjenu srca održanog tonusa. U lab. nalazima verificira se blaža mikrocitna anemija, a u diferencijalnoj krvnog slici skretanje u lijevo uz uredne trombocite. Od ostalih nalaza bili su povišeni bubrežni parametri (kreatinin 114 umol/l), AST (596 U/l), ALT (182 U/l) i CRP (54,6 mg/dl), uz izrazito visok CK (29 290 U/l; ref. interval 25 - 177) te nalaz eritrociturije i proteina u urinu. Elektroliti su bili uredni. EKG i troponin isključili su akutno koronarno zbivanje. Na UZV abdomena verificirana je difuzna lezija jetre uz uredan nalaz ostalih abdominalnih organa. Uzet mu je obrisak nazofarinksa na SARS-CoV-2 koji je bio pozitivan. Bolesnik je odbio hospitalizaciju.

Anamneza akutnog početka simptoma uz pozitivan nalaz obriska na SARS-CoV-2 govori u prilog moguće virusne etiologije rabdomiolize. Potencijalnu ulogu ibuprofena u razvoju rabdomiolize koju su opisali Patila i suradnici možemo isključiti na temelju toga što naš bolesnik nije imao hipokalijemiju koja bi mogla u tom slučaju uzrokovati rabdomiolizu. Rabdomioloza objasnila je mišićnu slabost.

U svjetlu aktualnosti pri čemu „sve može biti COVID“ potrebno je naći mjeru u indikacijama za testiranje na SARS-CoV-2. **Čini se da je i rabdomioliza jedan od mogućih simptoma/znakova akutne infekcije SARS-CoV-2** te je potrebno u slučaju nalaza rabdomiolize diferencijalno dijagnostički posumnjati i na ovu infekciju i u odsustvu vrućice i tipičnije prezentacije COVID-19.

LITERATURA

Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. Ochsner J. 2015 Spring; 15(1): 58–69.

Meegada S, Muppidi V, Wilkinson 3rd DC, Siddamreddy S, Katta SK. Coronavirus Disease 2019-Induced Rhabdomyolysis. Cureus. 2020;12(8):e10123. doi: 10.7759/cureus.10123.

Suwanwongse K, Shabarek N. Rhabdomyolysis as a Presentation of 2019 Novel Coronavirus Disease. Cureus. 2020;12(4):e7561. doi: 10.7759/cureus.7561.

Samies NL, Pinninti S, James SH. Rhabdomyolysis and Acute Renal Failure in an Adolescent With Coronavirus Disease 2019. J Pediatric Infect Dis Soc. 2020;9(4):507-509. doi: 10.1093/jpids/piaa083.

Alrubaye R, Choudhury H. Severe Rhabdomyolysis in a 35-Year-old Woman with COVID-19 due to SARS-CoV-2 Infection: A Case Report. Am J Case Rep. 2020;21:e926733. doi: 10.12659/AJCR.926733.

Gefen AM, Palumbo N, Nathan SK, Singer PS, Castellanos-Reyes LJ, Sethna CB. Pediatric COVID-19-associated rhabdomyolysis: a case report. Pediatr Nephrol. 2020;35(8):1517-1520. doi: 10.1007/s00467-020-04617-0.

Patil S, Subramany S, Patil S, Gurram P, Singh M, Krause M. Ibuprofen Abuse—A Case of Rhabdomyolysis, Hypokalemia, and Hypophosphatemia With Drug-Induced Mixed Renal Tubular Acidosis. Kidney Int Rep. 2018; 3(5): 1237–1238. doi: 10.1016/j.ekir.2018.05.014

STUDIRANJE MEDICINE U VRIJEME pandemije COVID-19

Pandemija COVID-19 uzrokovala je velike promjene u provođenju nastave na medicinskim fakultetima. Zamolili smo studente medicinskih fakulteta u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku da nam približe svoje iskustvo studiranja za vrijeme COVID-19 epidemije.

Pripremila prof. ANNA MRZLJAK

ALAN AYOUB i MANUELA BAJAN – studenti MEF-a u Zagrebu

Radi mogućnosti održavanja online nastave postavlja se pitanje može li to biti potpuna zamjena kontaktnom obliku prije pandemije. To je poseban problem za struke koje nije moguće učiti samo preko knjiga jer se vještine zanata uče u praksi. Upravo takva struka je medicina. Hoće li današnji oblik nastave uskratiti znanje budućim doktorima?

Iz našeg iskustva zasad možemo reći da je ključan u rješavanju ovog pitanja sam angažman fakulteta i katedara koje nastoje više ili manje pomoći studentima u obrazovanju. Trenutačno slušamo nastavu interne medicine na KB-u Merkur. Nastava se održava u obliku predavanja, seminara i vježbi. Predavanja su priređena tako da nastavnik koji je dobio neku temu snimi svoje predavanje te ga objavi na LMS platformu, tako da studenti u bilo koje doba i neograničeno puta mogu poslušati predavanje te se i podsjetiti nekog gradiva. Ovakav oblik snimanja predavanja pokazao se popularnim jer studenti ne ostaju uskraćeni za znanja te uz to imaju prednost lakšeg prilagođavanja svom planu učenja.

Idući oblik nastave su seminari, u kojima je naglašenija interakcija studenata s predavačima. Katedra za internu medicinu se odlučila za uvođenje online seminara na Zoom platformi. Svaki seminar ima tri panelista (predavača), od kojih je jedan moderator koji vodi diskusiju sa svojim kolegama. Panelisti prezentiraju slučajeve te sistematično prikazuju kako treba pristupiti određenim simptomima, na što treba obratiti pažnju, koje pretrage izvesti te kojim ih redoslijedom provoditi. Budući da su seminari interaktivan tip nastave, redovito se tijekom seminara publici postavljaju pitanja poput „Koju biste dijagnostičku metodu primijenili?“ ili „Na koju dijagnozu vas upućuju dosadašnji nalazi?“ Studenti zatim anonimno odgovaraju na pitanja putem menti.com platforme, a panelistima se odgovori studenata prikazuju u obliku tablica ili nekog drugog grafičkog prikaza. Npr. „62 studenata je odgovorilo da bi iduća pretraga trebala biti ultrazvuk abdomena, a 15 se odlučila za MSCT“. Tada panelisti komentiraju rezultate te argumentiraju zašto je neki odgovor točniji ili zašto neka pretraga nije potrebna. Na taj način panelisti imaju na uvid kako studenti razmišljaju te razjašnjavaju razne nedoumice koje se ne mogu jasno naučiti iz udžbenika. Uza sve to studenti u bilo kojem trenutku za vrijeme seminara mogu anonimno postavljati pitanja. Ovaj način interakcije sa studentima pokazao se jako uspješnim jer omogućuje svima postavljanje pitanja. Zbog anonimnosti mnogi studenti koji inače ne bi postavili pitanje jer ga možda smatraju prejednostavnim, ipak ga postave, što se gotovo uvijek ispostavi razumnim.

ALAN AYOUB i MANUELA BAJAN – studenti MEF-a u Zagrebu

Posljednji oblik nastave, koji je i najproblematičniji, jesu vježbe. Naime, radi smanjivanja širenja zaraze bolnice su smanjile satnicu vježbi uživo u usporedbi s nekadašnjim satnicama. Na Merkuru se rotiramo tako da jedan tjedan vježbe imamo, a drugi su tjedan online. Druge bolnice, poput Rebra i Vinogradske, uvele su svaki treći tjedan vježbe uživo. I ovo je glavno na što se studenti žale.

Naime, svima nedostaje više kontaktne nastave s pacijentima jer je takvo učenje praktičnih vještina najteže nadomjestiti. Usto je trajanje kontaktnih vježbi skraćeno na dva sata po terminu, tako da se ne stigne mnogo vidjeti ni naučiti. Online vježbe su u skupinama od 10 studenata i više nalikuju intimnijem seminaru nego vježbi. Ne mislimo da je nastava loša, upravo suprotno, ali to nije prava zamjena za kontaktne vježbe. Usto, lakše je dugoročno zapamtiti neku kliničku sliku pacijenta ako smo s njim u izravnom kontaktu. Treba napomenuti da gotovo svi nastavnici iz interne, koji imaju prepunjene rasporede nastave i mnogo posla u bolnici, unatoč tome nam maksimalno izlaze ususret te potiču studente da ih se kontaktira ako postoje pitanja koja treba razjasniti.

Osim što je skraćena satnica vježbi, studenti su često u neizvjesnosti hoće li se zbog pogoršanog epidemiološkog stanja taj tjedan ukinuti vježbe uživo, što je veliko razočaranje kada se to dogodi. Treba napomenuti kako se studenti koji su na nastavim bazama s još manjim brojem vježbi uživo, nezadovoljniji i uskraćeniji. Sve u svemu, što se tiče katedre za internu medicinu vidi se uložen trud da online seminari i vježbe budu čak i bolja varijanta od one kontaktne, dok bi za vježbe uživo ipak trebalo pronaći bolje rješenje.

Nažalost, nisu sve katedre poput interne medicine. Prošle se godine na pretkliničkim predmetima koji ne zahtijevaju kontaktnu nastavu s pacijentima, ustanovilo kako neke katedre nisu pokazale nikakav angažman te su studenti u većini slučajeva bili prepušteni samima sebi bez ikakvih uputa. Treba naglasiti da je velika sreća što u današnje vrijeme postoji mnogo online materijala za studente medicine u video obliku na engleskom jeziku. Te katedre nisu organizirale nikakvu zamjenu nastave, pa čak niti u obliku snimljenih predavanja. Čast izuzetcima, a to su nastavnici koji su sami odlučili svojim grupama održati online seminare.

Online nastava ima svojih prednosti i nedostataka. Studenti imaju više vremena na raspolaganju te bolju mogućnost organizacije kada katedre omoguće kvalitetnu nastavu. U suprotnom, unatoč višku vremena i neučinkovitim satima učenja, studenti na teži način stječu previđeno znanje. Također, nedostatak online nastave znači manje međusobnog socijalnog

TIN VUČKOVIĆ i MAGDA GAJSKI, studenti MEF-a u Rijeci

kontakta među studentima. Na primjeru izrazito kvalitetno odrađenih online seminara i predavanja u sklopu interne medicine vidimo da online nastava može biti ne samo zamjena za nastavu uživo, već može biti i korisnija. Ne smijemo zaboraviti da online vježbe mogu biti samo dodatak kontaktnom obliku, a nikako potpuna zamjena te da bi studentima trebalo omogućiti da se održi taj ionako reducirani dio nastave uživo.

TIN VUČKOVIĆ i MAGDA GAJSKI, studenti MEF-a u Rijeci

Zvoni alarm, budiš se, 08:00 ujutro je. Predavanje interne počinje u 08:15. Ovo bi bio početak uzbune i panike – nema šanse da stigneš! Međutim, danas nije tako. U trenutnim prilikama možda si ustao i prerano. Predavanje je na – laptopu. Već si zapravo toliko uigran da si sinoć stavio laptop pokraj kreveta. Više ne ideš na predavanja – predavanja idu tebi. Malo se uspraviš u krevetu, staviš laptop na krilo i otvaraš ga. Nekoliko sekundi poslije ugledaš lice profesora. "Čujete li me? Vidite li prezentaciju?" najčešće su rečenice posljednjih nekoliko mjeseci. "Sve je u redu, profesore, vidimo Vas i čujemo, a i preza je tu." Uvijek odgovori netko tko prvi popusti pod pritiskom neugodne tišine.

Dvorana puna studenata trenutačno je nezamisliva te se i na samu pomisao dvorane svi zgražamo – gdje su ovdje epidemiološke mjere?! Nema ih, pa tako nema ni predavanja u tom obliku. Sve je online. Prednost je sadašnjeg načina što većinu nastave možeš poslušati iz udobnosti svog doma, možeš spavati dulje, ne trebaš se sređivati. To ti onda zauzvrat sačuva više energije za jedini oblik nastave koji se odvija uživo, a to su kliničke vježbe. I zapravo samim time, stanje i nije toliko loše. Mislim da se svi možemo složiti kako je bitan oblik kliničke nastave odlazak na vježbu - u bolnicu, do pacijenata, razgovarati s njima, vježbati fizikalni pregled, uzeti anamnezu, pročitati nalaze pa slučaj prokomentirati s asistentom, osjetiti vibru odjela i klinike. A upravo taj dio nastave nam niti COVID nije mogao uzeti, zbog čega smo zahvalni i sretni. Naravno, svaka priča ima dvije strane, pa tako i naša online nastava. Nedostaje nam ljudskoga kontakta, razvlačenje po klupama u predavaonicama i cijeli taj ugođaj studiranja i odlazaka na predavanja (a potom i na kavu). Ista stvar vidno nedostaje i našim profesorima, koji su u neku ruku pogođeniji cijelim stanjem nego mi studenti – mi smo na neki način rođeni s laptopima i pametnim telefonima u rukama, dok su naši nastavnici ipak navikli predavati pred dvoranom punom studenata, s kredom u ruci i face-to-face komunikacijom. Ovaj princip funkcioniranja kolegija, gdje su predavanja i seminari održavaju online a kliničke vježbe uživo, dobio je naziv „hibridni oblik nastave". Studenti predavanja i seminare slušaju putem interneta na svojim laptopima, kod kuće, uz pomoć posebnih programa dizajniranih samo u

>>

svrhu edukacije (nešto poput Skype-a, ali na steroidima), dok su vježbe, na svu sreću, još uvijek onakve kakve su oduvijek bile – uz pacijente. Naravno, i u tom pogledu bile su potrebne promjene, tako da se vježbe odrađuju pod zaštitnom opremom, koja podrazumijeva kirurške maske, rukavice i vizire (koje smo na dar dobili od HLK-a). Na ovaj hibridni princip funkcioniraju više manje svi kolegiji na svim godinama studija. Ne žalimo se, trudimo se, a sve u životu ima svoje dobre i loše strane, pa tako i studiranje u doba pandemije. Unatoč tome što je prijenos znanja otežan cijelom online situacijom, ne mislimo da ćemo biti lošiji liječnici od naših starijih kolega. Ako želiš učiti i znati, nikakva pandemija ili laptop neće te spriječiti u tome da svaki dan budeš bolji, pametniji i iskusniji. Isto tako, ako te ništa ne zanima i ne vidiš smisao učenja, nećeš otvoriti laptop, kao što ne bi otišao ni na predavanje uživo. Pamet i iskustvo se nikada nije bralo na predavanju, već u praksi, uz bolesnički krevet, s nalazima u rukama, kroz improvizaciju i navođenje pametnijeg i iskusnijeg asistenta. Postavljena su nam nova pravila igre, nov način studiranja, koji se mnogima čini nespojiv sa studiranjem medicine. Međutim, preživljava onaj tko barata umijećem prilagodbe, a mi smo kao studenti definitivno još uvijek živi.

Petra Nizeteo i Karla Vrkić, studentice medicine MEF-a u Splitu

Studirati medicinu za vrijeme pandemije COVID-19 jednom je riječju – komplicirano. Polovicom ožujka 2020. nastava studija medicine u Splitu počela se održavati „online". Većina pretkliničkih katedara već je imala iskustva s „online" predmetima i na MoodleMerlin sučelje postavili su PowerPoint prezentacije sa zvukovnim zapisom, dok su kliničke katedre zadale studentima da za određeni dan nastave napišu esej o gradivu toga dana. Nitko se nije zapitao imaju li svi studenti računala ili internetsku vezu. Pretkliničke ni kliničke vježbe nisu se održavale sve do lipnja, a poslije nisu nadoknađene. Svi su se ispiti održavali preko MoodleMerlin sučelja. U lipnju su kliničke katedre omogućile studentima pohađanje vježbi s maskom na licu. Održavanjem ispita online značajno su se poboljšale ocjene te se povećala prolaznost.

Studentima je u početku bilo drago što ne moraju ustajati rano svako jutro, provoditi sate na fakultetu i u bolnici. Duljina trajanja studija i svakodnevni ritam učenja nekada je opterećenje čak i najvećim zaljubljenicima u medicinu. Ta kratkotrajna euforija ipak nije dugo potrajala te smo se svi duboko zabrinuli. Mislim, da bi generacije studenata medicine pogođene pandemijom, s naglaskom na studente na kliničkim godinama, trebale shvatiti o kolikom se gubitku radi i pokušati nadoknaditi izgubljenu praktičnu nastavu u neko bolje vrijeme, koje svi željno iščekujemo. Ove promjene ovako su obrazložile dvije kolegice!

PETRA NIZETEO i KARLA VRKIĆ, studentice medicine MEF-a u Splitu

„Kada je pandemija započela bila sam na četvrtoj godini i nisam ni slutila da već za nekoliko dana neću nastavu moći slušati bez računala i kvalitetne internetske veze. Sada sam na petoj godini, trenutno traje kolegij kirurgije i nastava se održava po hibridnom tipu, što znači da je dio nastave „online", a dio uživo. Predavanja pročelnik katedre svako jutro postavi na on-line sučelje, dok se seminari i vježbe održavaju u bolnici, pridržavajući se epidemioloških mjera. Ovakva su predavanja prednost jer se mogu u miru pogledati i tako lakše usvojiti gradivo. Dakle, što se tiče kirurgije, nismo uskraćeni za znanje i vještine i nema velike razlike s obzirom na ranije generacije. No, bojim se postroženja mjera – da će se nastava ili potpuno prebaciti „online" ili da nećemo smjeti pregledavati pacijente. Tada bismo zaista bili uskraćeni jer nam puno znači vidjeti ono o čemu učimo, palpirati pojedine tvorbe, držati instrumente u rukama, pročitati nalaz, previti ranu, a najviše od svega nam znači da sutra možemo biti sigurni da smo savladali neku kliničku vještinu poput, primjerice, postavljanja urinarnog katetera. Dakle, gubitak u vidu vježbi koji se dogodio prošle godine od ožujka do lipnja, nadoknadiv je samo ako se održavanje nastave uživo ne prekine" - rekla je kolegica s pete godine. Kolegica s četvrte godine imala je sličan komentar: „Mene je pandemija zatekla usred treće godine studiranja koja slovi za jednu od najzahtjevnijih. Prvi predmet koji se odvijao online bila je farmakologija te je nastava, uslijed prilagođavanja na novonastalo stanje, bila daleko od zadovoljavajuće. Knjigu od više od tisuću stranica lijekova morali smo naučiti sami, bez slušanja profesora. Mislim da naša generacija taj predmet nikada nije svladala jednako dobro kao prošle generacije, unatoč prolaznim ocjenama. Dolaskom na 4. godinu studija i internu medicinu, problem je poprimio goleme dimenzije. Interna medicina integrira sve što smo dosad učili i omogućuje da u praktičnom smislu doista svladamo vještine liječničkog zvanja te je smatram najvažnijim predmetom na cijelom studiju. Predavanja i seminari odvijaju se online, no unatoč golemom trudu profesora to nije dovoljno za kvalitetnu interakciju i svladavanje opširnog gradiva. Vježbe su se održavale uživo, no s pojavom zaraženih studenata i stavljanjem kolega u samoizolaciju, prekinut je kontinuitet. Nadalje, satnica vježbi koja je prije trajala 4 sata dnevno, sada je skraćena na 2 sata. S obzirom na to da bi naglasak predmeta trebao biti na vježbama, ovo je dodatno skratilo i ovako prekratku nastavu. Radi se, dakle, o velikome gubitku.

Ujedno nas ovakav način studiranja udaljava od kolega i mislim da je gubitak te društvene komponentne studiranja također nešto što ne smijemo zanemariti."

Pandemija je jedno od kriznih stanja i studiranje je izmijenjeno. Budući da su mlađe generacije dolaskom pandemije zadobile značajnije edukacijske gubitke, smatramo da trebaju dodatnu edukaciju što se tiče kliničkih vještina, uzimanja anamneze i fizikalnog pregleda. Također, studenti su se za vrijeme pandemije uvjerili koliko je važno biti „up to date" i čitati o istraživanjima, jer učenje medicine ne prestaje sa završetkom studija – od tog trenutka ono se stalno nadograđuje i prilagođava novim saznanjima. Neosporna je činjenica da svaki student medicine koji uistinu želi biti dobar liječnik i želi naučiti, to uistinu i hoće ako se samoinicijativno potrudi. Ključno je samo da prihvatimo kako je pandemija ostavila veliku "rupu" u našem obrazovanju i da je "zakrpamo" čim nam se ukaže prilika, kako bismo jednoga dana uistinu postali dobri liječnici.

Lea Arambašić, Ivana Brlić i Josip Grbavac studenti MEF-a u Osijeku

Prije nekoliko mjeseci naše studiranje i druženje u fakultetskim klupama zamijenila je nastava na daljinu. Ono što je svakako bila prednost takve nastave, jest sigurnost studenata i njihovih obitelji. S druge pak strane, studentima je puno teže pratiti nastavu od kuće jer su sami za svojim računalom, što na neki način utječe i na njihovu motivaciju. Također, vrlo je teško održati kliničke vježbe, a to je upravo ono što je najzanimljivije i najvažnije za buduću profesiju. Srećom, razvitkom današnje tehnologije i širokog spektra informatičkog znanja, sve uspješno odrađujemo putem različitih aplikacija. To nam uvelike olakšava odrađivanje predavanja, seminara i vježbi te osigurava da ne zaostajemo za gradivom i propuštamo što su nam naši profesori pripremili. Iako sve funkcionira i polako smo se priviknuli na nove prilike, nadam se da ćemo se što prije ponovno družiti u našim predavaonicama medicinskog fakulteta, kaže Lea, studentica 4. godine MEFOS-a.

Prva godina studija uvijek je stresno razdoblje. Izvanredno stanje izazvano epidemijom COVID-19 dodatno je otežalo početak mojih studentskih dana. Već prvi dan, na uvodno predavanje nismo došli svi zajedno, već smo bili podijeljeni u dvije skupine. Nastava je organizirana tako da sva predavanja slušamo online, a seminare i vježbe odrađujemo na fakultetu. Predavanja su povremeno praćena tehničkim poteškoćama. Najviše mi nedostaje komunikacija koja se ostvaruje s profesorima i kolegama. Puno je teže tako razgovarati i postavljati pitanja nego na predavanjima u živo. Predavanja znaju biti dosta monotona i dosadna pa mi zato nešto drugo puno lakše odvuče pažnju, npr. mobitel, ukućani ili mi se jednostavno prispava. Pozitivna je stvar što ne gubim vrijeme na prijevoz do fakulteta, pošto ne živim u Osijeku, te tih ukupno dva sata koje „izgubim" na vožnju do fakulteta i natrag mogu iskoristiti na učenje. Drago mi je što vježbe i seminare ipak imamo na fakultetu, jer mi daju osjećaj nekakve normale, da ja zaista studiram. Uz kutu i priručnik, maske su postale obvezni „pribor" za svaku vježbu, iako su predstavljale smetnju pri mikroskopiranju ili bilo kakvoj komunikaciji. Usklađivanje nastave koja se održava na fakultetu s onom online, ako se odvijaju isti dan, također je neprilično. Kao što sam rekla, nisam iz Osijeka i vrlo često se dogodi kako moram nakon seminara ili vježbi trčati na autobus kako bi na vrijeme stigla na predavanje, i obrnuto. Ipak sam se na većinu uspjela naviknuti. Zbog nedostatnoga kontakta i interakcije nemoguće je potpuno se povezati s nekim predmetom, pogotovo ako zahtijeva svladavanje nekih tehnika ili primjenu znanja izvođenjem pokusa. Osim toga, odmah na početku je bitno pronaći krug prijatelja koji će nam biti podrška i pomoć te s kojima ćemo provesti idućih šest godina života, upozorava Ivana Brlić, studentica prve godine MEFOS-a

LEA ARAMBAŠIĆ, IVANA BRLIĆ i JOSIP GRBAVAC studenti MEF-a u Osijeku

Josip Grbavac, student 6. godine, smatra da je ukupan dojam koji ostavlja ovakav oblik nastave zapravo nužno zlo. Počevši od ljetnog semestra prošle akademske godine, pokazao se pravi trud i požrtvovnost, kako studenata tako i nastavnika, koji su na online platformama svakodnevno održavali nastavu. Kako su protuepidemijske mjere popuštale, postavilo se pitanje kako održati kliničke vježbe i ispite. Puno kliničara zaslužuje kapu do poda zbog volje da u kratkom vremenu koliko smo po predmetu imali, vidimo dovoljno i naučimo potrebno. **Sve skupa, studiranje bez kontakta s kolegama u zagušljivim predavaonicama i bez višesatnih kava, nekako je bez okusa i mirisa, a nekad i mikrofona.**

Liječnik obiteljske medicine na prvoj crti obrane od pandemije COVID-19

Jelena Rakić Matić, dr. med.
spec. obiteljske medicine

Mjesec je studeni, bližimo se kraju jedne, za sve zdravstvene djelatnike u Hrvatskoj, iznimno turbulentne, izazovne i neizvjesne 2020. godine. Pandemija koronavirusa u Hrvatskoj ne posustaje te nakon kratkoga ljetnog predaha tijekom kojega smo imali manji pritisak pacijenata na ordinacije, liječnici obiteljske medicine, zajedno sa svojim medicinskim sestrama i tehničarima, ponovo su se našli u žrvnju skrbi za oboljele od COVID-19, ali i nastojanja da i svim ostalim pacijentima, ponajviše kroničnim bolesnicima, pruže pravovremenu, primjerenu i pacijentu usmjerenu skrb. Žonglirajući između određivanja samoizolacija, upućivanja na testiranje, javljanja nalaza pacijentima, brige za kronične bolesnike, kućnih posjeta pod novim uvjetima i pružanja psihološke podrške pa do rješavanja raznih nametnutih nam administrativnih zadataka, osjećamo se ponekad kao u poznatom filmu „Beskrajan dan", ali i poput kakvih superjunaka s nadljudskim moćima.

Zdravstveno osoblje neumorno, često pod cijenu ugroze vlastitog zdravlja i života, daje svoj obol borbi protiv nevidljivog, ali moćnog neprijatelja. Liječnici, medicinske sestre i ostali zdravstveni radnici podnose žrtvu za dobrobit cijele nacije, čineći to kao i uvijek hrabro, savjesno, stoički.

U novim smo se prilikama i mi liječnici obiteljske medicine, po tko zna koji put, stavili na raspolaganje zdravstvenom sustavu i pacijentima te time još jednom pokazali svoju učinkovitost, mogućnost prilagodbe i improviziranja, ali i svoje znanje, snagu i strpljenje.

U posljednjih osam mjeseci naša se uhodana svakodnevica stubokom promijenila. Slobodan ulaz u naše ordinacije, učestale „uživo" kontakte i sjedenje pokraj pacijenta zamijenili su telefon, e-mail i svi ostali oblici virtualne komunikacije. Tko dosad nije bio vičan svim čudima suvremene tehnologije postao je tijekom pandemije COVID-19 pravi majstor „virtualne konzultacije". Naravno, za akutno oboljele i ugrožene pacijente i dalje smo dostupni za preglede u ordinacijama, uz mjere opreza i zaštite. Uspješno smo svladali sve pred nas stavljene izazove i još jednom pokazali koliko je u svakom zdravstvenom sustavu važna uloga liječnika obiteljske medicine i od kolike je važnosti kontinuitet skrbi koju pružamo svojim pacijentima. Virtualne konzultacije, iako se možda doimaju lagane, to nisu. One su iznimno zahtjevne, zahtijevaju znanje i koncentraciju liječnika, ali i suradnju pacijenta. Upravo to što svoje pacijente poznajemo u dušu, što znamo okolnosti u kojima žive i rade, što znamo za njihove kronične bolesti i terapiju, daje nam snagu i sigurnost pri donošenju odluka tijekom virtualnih konzultacija, kao i moć da ih utješimo i pružimo podršku. Sve navedeno posebno je došlo do izražaja u manjim, ruralnim sredinama. Još jednom se pokazuje na terenu kako je primarna zdravstvena zaštita najdostupniji dio zdravstvenog sustava te i sada, u novim uvjetima rada, u našim ordinacijama ne postoje liste čekanja. Nažalost, povećan broj telefonskih i e-mail zahtjeva za konzultacije ostavlja dojam u javnosti kako je teško doći do izabranog liječnika, no mi i naše sestre/tehničari samo smo ljudi koji istovremeno ne mogu razgovarati na telefon s više osoba, istodobno odgovarati na brojne e-mailove, trijažirati na ulazu u zdravstvene stanice i pregledavati pacijente u ordinacijama. Dnevnih konzultacija redovito je više od stotine, a ta se brojka penje i na više od 200 u slučaju da liječnik mora raditi dvije ordinacije u vrijeme zamjene za bolovanje i slično. Radno vrijeme više ne postoji te se na brojne e-mail upite odgovara i od kuće, pacijenti imaju naše privatne brojeve telefona, dostupni smo za konzultacije i vikendom. S obzirom na važnost pravovremenog djelovanja događa se da pacijentima javljamo i u kasnim večernjim satima nalaze testiranja na SARS- CoV-2. Sve nam više teškoća stvara i upućivanje na daljnju dijagnostiku i liječenje u bolnice jer smo zbog trenutačnog epidemiološkog stanja vrlo često nemoćni u nastojanju da pacijentima pronađemo termin za pregled i pretragu ili da ih prenaručimo u drugu bolnicu. Maksimalno smo angažirani i zato kao iznimnu nepravdu i omalovažavanje doživljavamo napade dijela javnosti i struke da „ne radimo i da se trebamo više angažirati". Kao protuodgovor možemo samo reći: Dođite na jedan dan u naše ordinacije!

Uz redovit rad u svojim ordinacijama, koji često prelazi redovno radno vrijeme, dežuramo i u tzv. COVID ambulantama, a u nekim domovima zdravlja radimo i na uzimanju obrisaka za testiranje na SARS -CoV-2. Brojnim istupima u javnosti šaljemo svojim pacijentima poruke podrške, educiramo ih, savjetujemo i tješimo.

Očekivano, zbog prirode našeg posla, dio kolega je ulogu liječnika obiteljske medicine zamijenilo ulogom pacijenta obolјeloga od koronavirusa. Sva sreća, bez smrtnih ishoda koje smo nažalost mogli vidjeti u Italiji i Španjolskoj, zemljama koje su zabilježile i brojne smrtne ishode među liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima. I taj podatak govori o tome koliko smo mi uložili truda, znanja i snage da zaštitimo sebe, a time i svoje pacijente. I mi liječnici samo

smo ljudi, sa svim strahovima, čežnjama i borbama koje muče i naše pacijente. I mi u svojim obiteljima imamo kronične i rizične bolesnike te svakodnevno trpimo strah od donošenja zaraze kući. Uzimajući u obzir prosječnu dob LOM-a, koja prema Demografskom atlasu HLK-a iznosi 53 godine, te podatak da se u sljedećih pet godina očekuje odlazak u mirovinu oko 600 LOM-a, jasna je naša zabrinutost i za zdravlje samih liječnika, a time i za opstanak prve crte obrane zdravstvenog sustava i primarne zdravstvene zaštite.Dio kolega morao je biti i u samoizolaciji kao mjeri opreza nakon kontakta s COVID-19 pozitivnim pacijentima. Samoizolacija, prema svjedočanstvima kolega koje su je prošle, ostavlja posljedice na psihičko zdravlje i pretvara liječnika u pacijenta kojem je potrebna podrška. Ni liječnici nisu pošteđeni od stresa, straha i zabrinutosti za sebe i svoje bližnje s kojima su u svakodnevnom kontaktu, no unatoč svemu i iz samoizolacije nastavljamo pomagati pacijentima i pružati im skrb jer nam je informatička tehnologija 21. stoljeća omogućila da se i od kuće „spajamo" u svoje ordinacije. Brojne kolege, ako nemaju teže simptome, umjesto odmora i toplog čaja, brinu se i od svoje kuće za pacijente, odgovaraju na e-mailove, pružaju telefonske konzultacije i tješe svoje pacijente, zanemarujući često svoju potrebu da ih se savjetuje i utješi. Teže oboljele kolege nažalost dodatno se susreću s organiziranjem zamjene u ordinaciji za vrijeme odsutnosti te se sustav uglavnom „pokriva" na način da jedan liječnik paralelno odrađuje dvije pa i tri ordinacije.

Hoćemo li nešto naučiti iz svega toga? Nadamo se da hoćemo. Pandemija je ubrzala proces informatizacije zdravstva u Hrvatskoj i pokazala kako se u 21. stoljeću brojni zadaci, prvenstveno administrativne prirode, mogu odrađivati e-putem te kako administriranja u svakodnevnom radu liječnika treba biti što manje, a vremena za konzultaciju s pacijentom više. Hrvatska treba težiti standardima EU-zemalja, a koji među ostalim uključuju 30 - 40 kontakata dnevno u ordinacijama obiteljske medicine u europskim zemljama, uodnosu na 80 – 120 kontakata u Hrvatskoj, a u sezoni gripe i sad u ovoj pandemiji taj je broj i veći. Trajanje konzultacije mora biti dulje od sadašnjih 3 - 5 minuta po pacijentu te će na taj način biti omogućena kvalitetna, dostupna i pacijentu usmjerena skrb, a liječnik obiteljske medicine moći će u svojoj ordinaciji zbrinuti 80 % razloga dolazaka u ordinaciju. Ujedno, moći ćemo se bolje skrbiti za kronične pacijente, imati više vremena za preventivne aktivnosti te za rad u zajednici. Na taj način ojačat ćemo ulogu obiteljske medicine u Hrvatskoj, postati pravi čuvari ulaza u zdravstveni sustav, a sve radi zaštite zdravlja i bolje zdravstvene skrbi. U svemu tome nužna je i edukacija i pomoć pacijenata te podizanje razine zdravstvenog odgoja. Pacijenti moraju postati partneri liječniku u zbrinjavanju svojih kroničnih bolesti, ali i razviti svijest i znanje o samoliječenju kod kuće za samolimitirajuće bolesti i stanja. No, kako bi liječnik obiteljske medicine mogao izvršiti i svoju ulogu učitelja, potrebno mu je vrijeme te poznavanje i uvažavanje specifičnosti naše struke od strane zdravstvene administracije.

Lijljana Ćenan, spec. obiteljske medicine, na dežurstvu u COVID ambulanti u Vinkovcima, gdje LOM uzima i obriske na SARS-CoV-2

Naučili smo da možemo i moramo bolje surađivati na svim razinama zdravstvenog sustava. Pandemija nas je podsjetila da su nam kolege braća i da jedni bez drugih ne možemo. Podsjetili smo se učenja velikog dr. Andrije Štampara, i pokazali koliko su važni snažno javno zdravstvo, prevencija i brzo djelovanje. Mi liječnici obiteljske medicine nismo dopustili da nas teške prilike preplaše i paraliziraju već smo uzeli stvar u svoje ruke te smo sami sebi, ali i ostatku zdravstvenog sustava, još jednom pokazali da se znamo nositi i s najvećim izazovima poput ove pandemije.

Ovim putem hvala svim kolegicama i kolegama liječnicima obiteljske medicine, njihovim medicinskim sestrama i tehničarima, ali i svim drugim liječnicima i zdravstvenim djelatnicima u Hrvatskoj koji daju svoj doprinos borbi protiv koronavirusa. Samo zajedničkim snagama možemo iz ove bitke izaći kao pobjednici.

jelena.rakic.matic@gmail.com

EPIDEMIOLOG U PANDEMIJI COVID-19

Za posao epidemiologa treba dosta maštovitosti

Razgovarali smo s epidemiologinjom dr. SANJOM SMOLČIĆ iz ZZJZ-a Bjelovarsko-bilogorske županije

Hrvatski epidemiolozi od samog početka izbijanja epidemije COVID-19 na prvoj su crti borbe i neumorno rade 24 sata dnevno, sedam dana u tjednu, na tome da ulove sve kontakte zaraženih kako bi se čim više spriječila lokalna transmisija bolesti. U skupini od 150 hrvatskih epidemiologa koji danonoćno rade je i Sanja Smolčić, dr. med., spec. epidemiolog Zavoda za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije.

Kako ste? Kako se nosite s, za epidemiologa, "uzavrelom" i već dugotrajnom pandemijom COVID-19?

Uglavnom sam dobro, no kako pandemija traje, stresni trenutci na poslu su sve češći i intenzivniji, a privatni život kao da je stao.

Što mislite o stanju epidemiologije u Hrvatskoj danas? Ima li vas dovoljno? Jeste li iscrpljeni?

U Bjelovarsko-bilogorskoj županiji potražujemo specijalizanta epidemiologije već dvije godine, bezuspješno, tako da me to stanje zabrinjava.

U pandemiji COVID-19, s kojom smo već dulje vrijeme suočeni, jasno je da nas nema dovoljno, međutim, takvo što je rijetko tko mogao predvidjeti. Neizmjerna pomoć u radu su nam naši sanitarni inženjeri. Da, iscrpljeni smo. Najviše me iscrpljuje nerazumijevanje epidemiološke struke i zbog toga ponekad prevelika očekivanja. Na primjer, ako netko ima karijes, kao jednu od zdravstvenih mjera liječnik stomatolog će mu zasigurno propisati češću i pravilniju higijenu zubi i usne šupljine, no nitko neće očekivati da je tu mjeru obvezan provoditi stomatolog.

Što mislite o dosadašnjim epidemiološkim odlukama na nacionalnoj razini?

Na nacionalnoj razini odluke donosi Stožer, a to su multisektorske odluke bitne za stabilnost, budući da pandemije/epidemije narušavaju svaki segment društva. Mišljenja i preporuke epidemiološke struke samo su dio (važan dio!) tih složenih i teških odluka. Smatram da su epidemiolozi na nacionalnoj razini donosili i donose izvrsne i odmjerene preporuke.

Što vi predlažete s tim u vezi?

Kao i inače u epidemiologiji, preporuke na nacionalnoj razini treba prilagoditi lokalnoj razini jer svaka županija ima svoje specifičnosti. Tu je uvijek od velike pomoći bila naša međusobna suradnja i razmjena iskustava jer za ovaj posao treba dosta maštovitosti. Predlažem stoga da epidemiolozi nađu, tj. dobiju, vremena za sebe, mislim pritom na epidemiološke sastanke, jer smatram da je to nužna mjera kao „pomoć pomagačima“.

Jesu li predviđanja u ovom trenutku lutrija ili se usudite prognozirati sudbinu ove pandemije?

Svi priželjkujemo najbolji ishod i to što prije, no budno pratimo i radimo na suzbijanju i sprječavanju širenja, jer prava je istina da je COVID-19 nova bolest s još uvijek puno nepoznanica.

COVID-19 I CIJEPLJENJE U IZRAELU

Prof. dr. sc. ANNA MRZLJAK, dr. med.

Prva pošiljka Pfizerovog cjepiva stigla je u Izrael 9. prosinca (nisu objavljeni službeni podaci o količinama, okvirno dva milijuna), što je premijer Netanyahu osobno pregovarao te se nakon provedbe nacionalnog zakonodavnog postupka, kao prva osoba cijepio 19. prosinca (drugu je dozu primio 9. siječnja). Netanyahu je najavio intenziviranje dinamike cijepljenja kako bi svi stariji od 16 godina bili cijepljeni do konca ožujka, sa željom da Izrael bude prva država koja će pobijediti koronavirus. Istaknuo je kako je uspio cjepivo dobiti ranije, u većim količinama od planirane, te kako će Izrael biti svjetski primjer kako brzo i učinkovito cijepiti cijelu državu. Kao dio suradnje s proizvođačem cjepiva, Pfizerom, Izrael će podijeliti podatke o kampanji cijepljenja, dok će Pfizer zauzvrat dostaviti milijune dodatnih doza u što skorije vrijeme.

Dodatnih 680.000 doza Pfizerovog cjepiva stiglo je 10. siječnja, a prema najavama, vlada ih je osigurala ukupno oko šest milijuna. Dodatno očekuje oko milijun doza tijekom siječnja (prva pošiljka od 100.000 doza stigla je 7. siječnja), koje će se zbog jednostavnijeg rukovanja koristiti za cijepljenje osoba kod kuće, odnosno u domovima.

Vlada je 24. siječnja donijela odluku o zatvaranju zračne luke Ben-Gurion do kraja siječnja u cilju sprječavanja ulaska mutiranog virusa u Izrael. Unatoč nacionalnom lockdownu i rekordnom broju od preko 200 tisuća cijepljenja dnevno, Izrael bilježi usporen trend smanjenja zaraze zbog zaraznije britanske mutacije. Prvi put je zabilježena pojava teško oboljelih trudnica od britanskog soja te se spominje mogućnost razvoja izraelske mutacije. Otkrivena su 22 slučajeva JA mutacije, a nositelji su ušli iz UAE i JAR-a. Analiza bolnice Ichilov (Tel Aviv) od 21. siječnja 2021. na uzorku od 1.735 cijepljenih zdravstvenih djelatnika, 14 dana nakon 2. doze, je pokazala kako je najčešća nuspojava bol na mjestu uboda, uz mali broj jačih alergijskih reakcija. Ukupno 37 % je prijavilo nuspojave nakon 2. doze: od lagane boli u području uboda 51 %, lokaliziranu bol koja ograničava kretanje 32 %, oticanje 11 %, lokalizirano crvenilo 5 % i paresteziju 1,5 %. Od osoba koje su prijavile nuspojave: 97 % se nije javilo liječniku a 0,28 % je završilo na hitnoj, 86 % nije uzelo bolovanje.

25. siječnja zabilježeno je 4.868 novo zaraženih, 411 je u teškom stanju, od kojih 358 na respiratorima. Od početka siječnja preminula je 1.055 osoba najviše mjesečna stopa od početka pandemije, sveukupno je preminulo 4.419. Prema najnovijim podacima 2,586.0532 osoba primilo je prvu dozu cjepiva a 1,099.286 drugu uključujući 72 % starijih od 60 godina, medicinsko osoblje, djelatnike u domovima za starije i ostale rizične skupine. Ministarstvo zdravlja najavilo je kako će u svim domovima zdravlja (HMO) od 12. siječnja započeti cijepiti osobe starije od 55 godina (svaka dva tjedna cijepit će pet godina mlađu dobnu skupinu). Voditelj nacionalnog korona tima Ash je najavio kako je cilj cijepiti 200.000 osoba dnevno te kako će Izraelci moći prestati nositi maske tijekom svibnja ili lipnja. Predstavnici Ministarstva zdravstva predviđaju kako će Izrael do lipnja postići „imunitet krda“, nakon što više od 5,5 milijuna Izraelaca bude procijepljeno (60 % populacije) te će Izrael moći prijeći na potpuno otvaranje gospodarskih aktivnosti.

SARS-CoV-2 infekcija i reumatoidni artritis

prof. dr. sc. Marija Glasnović, OB Pula

U prosincu 2019. godine u kineskoj provinciji Wuhan pojavljuje se nova vrsta upale pluća, uzrokovana virusom SARS-CoV-2.[1] Filogenetska analiza pokazala je da je riječ o drugačijem virusu s približno 80% nukleotidnog identiteta SARS-CoV-1.[2] Bolest uzrokovanu SARS-CoV-2 virusom karakterizira suhi kašalj, vrućica, dispneja, limfopenija.[3-6] U težim slučajevima (15-20% bolesnika) klinička slika se može zakomplicirati intersticijskom upalom pluća s aleveolarnim oštećenjima, koja klinički može dovesti do teškog akutnog respiratornog sindroma (engl. Acute Respiratory Distress Syndrome; ARDS), pa čak i smrti.[7] Epidemija se vrlo brzo proširila svijetom, a Svjetska zdravstvena organizacija 11. ožujka 2020. proglašava pandemiju zaraze.

U kontekstu pandemije otvara se potreba za pojašnjenjem odnosa između COVID-19 infekcije i populacije bolesnika oboljelih od upalnih reumatskih bolesti. S jedne strane, brzo i nekontrolirano širenje epidemije može jasno generirati dodatnu zabrinutost kod reumatoloških bolesnika, koji su pod povećanim rizikom zbog same bolesti, ali i zbog učinka imunosupresivnih lijekova, poput kortikosteroida, sintetičkih ili bioloških lijekova koji modificiraju tijek bolesti.[8] S druge strane, sve veće znanje o patogenezi infekcije SARS-CoV-2 dovodi do uvođenja lijekova koji se obično koriste za liječenje reumatoidnog artritisa (RA). Uz to, primjena blokatora interleukina 6 (IL-6) pokazala se kao terapijska opcija kod citokinskih oluja koje dovode do oštećenja pluća i javlja se u najagresivnijim oblicima SARS-CoV infekcije.[9]

Je li rizik od infekcije COVID-19 veći u bolesnika oboljelih od reumatoidnog artritisa?

Odnos reumatoidnog artritisa i zaraznih bolesti vrlo je složen, a može se tumačiti u dva različita smjera. S jedne strane, potencijalna uloga vanjskih mikroorganizama u stvaranju akutnog i kroničnog artritisa u obliku izravne kolonizacije zglobova uzrokovane patogenom ili aberantnom autoimunom reakcijom po odgovoru domaćina na infekciju dobro je poznat.[10,11] Malo studija istražuje potencijalnu vezu između respiratornih virusnih infekcija i razvoja reumatoidnog artritisa.[12] S druge strane, bolesnici oboljeli od reumatoidnog artritisa imaju povećan rizik od infekcije usporedno s općom populacijom. Populacijska studija Dorana i kolega usporedila je dvije podudarne skupine od 609 bolesnika s reumatoidnim artitisom i bez njega, pokazavši da bolesnici s reumatoidnim artritisom imaju značajno veći rizik od ozbiljnih (RR 1,53, 95% CI1,41–1,65) infekcija i infekcija kod kojih je bila nužna hospitalizacija (RR 1,88, 95% CI 1,71–2,07).[13] Slično tome, prospektivna kohortna studija provedena na 2108 bolesnika s upalnim poliartritisom prikazuje dva do četiri puta povećani rizik od hospitalizacije uzrokovane infekcijom u usporedbi sa zdravom populacijom.[14] Ovaj trend je prvenstveno rezultat općeg oštećenja imunološkog sustava karakterističnog za sve autoimune poremećaje te ovisi o stupnju aktivnosti bolesti. Navedeno je dokazano analizom provedenom u 16 242 bolesnika oboljelih od reumatoidnog artritisa, iz američkog registra CORRONA, gdje je svaki porast ocjene aktivnosti za 0,6 jedinice (DAS28) odgovarao 25% većoj stopi infekcija koje zahtijevaju hospitalizaciju (Omjer stope [IRR] 1,25, p=0,03) i 4% povećane stope.[15] Osim toga, naknadno izvješće iz istog registra pokazalo je da postoji ozbiljan rizik za infekcije koje su se progresivno povećavale od bolesnika koji postižu kliničku remisiju do onih koji postižu nisku (prilagođena IRR 1,69, 95% CI 1,32–2,15) ili umjerenu (prilagođena IRR 1,30, 95% CI 1,09–1,56) aktivnost bolesti, dokazujući važnost održavanja dobre kontrole bolesti kako bi se smanjile zarazne komplikacije.[16] Drugi važan čimbenik rizika je prisutnost komorbiditeta, koji vrlo često kompliciraju tijek RA.[17] Dijabetes melitus, kardiovaskularne bolesti, zatajenje bubrega, intersticijska bolest pluća i kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) popratni su poremećaji povezani s povećanom učestalošću infekcija u RA.[18] Također, reumatoidni artritis može biti kompliciran infekcijama koje su uzrokovane jatrogenim učinkom imunosupresivnih terapija, o čemu ćemo reći nešto više u nastavku.

Utjecaj lijekova za liječenje reumatoidnog artritisa na virusne infekcije. Što znamo?

Kortikosteroidi i NSAR-i

Preko 70 godina kortikosteroidi su ključni u terapiji reumatoidnog artritisa zbog njihove uloge u postizanju remisije, odnosno kao terapija koja će premostiti relaps bolesti, što je i navedeno u najnovijim ažuriranim preporukama EULAR-a za liječenje reumatoidnog artritisa.[19] Iako su kortikosteroidi djelotvorni za brzo suzbijanje relapsa bolesti, njihov je nedostatak spektar štetnih događaja, uključujući teške infekcije i visoki rizik od daljnjeg razvoja komorbiditeta.[20] Kortikosteroidi s jedne strane inhibiraju imunološki odgovor, dok s druge strane potiskuju upalni odgovor domaćina, koji je u slučaju virusnih infekcija respiratornog trakta odgovoran za oštećenje pluća i pojavu ARDS-a.[21]

csDMARD-ovi

Najopsežnija analiza rizika od infekcije u bolesnika liječenih csDMARD-ovima je retrospektivna, longitudinalna studija populacije-RA koja je uključivala ukupno 27 710 osoba s RA (ukupno 162 710 osoba-godina praćenja).[22] Upotreba csDMARD-ova bez kortikosteroida bila je povezana sa smanjenim rizikom od blagih infekcija (prilagođeni omjer stopa [RR] 0,90, 95% interval pouzdanosti [95% CI] 0,88–0,93) i nije bila povezana s povećanim rizikom od razvoja ozbiljne infekcije (prilagođeni RR 0,92, 95%CI 0,85 –1,0)[22]. Slično tome, provedena je još jedna retrospektivna analiza na 1993 bolesnika iz baze podataka koja je pokazala nešto manji rizik od infekcija koje su zahtijevale hospitalizaciju za metotreksat (prilagođeni RR 0,81, 95%CI 0,70–0,93) i hidroksiklorokin (prilagođeni RR 0,74, 95% CI0,62–0,89).[23]

bDMARD-i

Rizik od infekcije uočen u bolesnika s RA liječenih bDMARD-om općenito se smatra nešto višim (od 1,5 do 2 puta) u usporedbi s csDMARD-ovima.[24] Nakon rezultata komparativnih metanaliza i studija iz stvarnog života, abatacept je prihvaćen kao najsigurniji bDMARD u smislu rizika za infekciju.[25,26]

Podaci usmjereni na virusne respiratorne infekcije u kohorti bolesnika liječenih bDMARD-om su još uvijek vrlo ograničeni. Sve u svemu, post-marketinško iskustvo relativno je ohrabrujuće da bolesnici liječeni anti-TNF-om ne moraju imati posebno povećan rizik od gripe i da se teški štetni ishodi, uključujući smrt, ne čine čestima.[27]

tsDMARDovi

Uočeno je da je ukupni rizik od ozbiljnih i oportunističkih infekcija s inhibitorima Janus Kinase (JAK), u bolesnika s RA, usporediv s bDMARD-ovima[28,29] iako su otvorena pitanja povećanog rizika od infekcije herpes zoster virusom (HZV).[30] Tofacitinib pokazuje stopu incidencije HZV-a od 4,0 po 100 godina bolesnika (s većom incidencijom u zemljopisnom području s visokom endemičnost HZV-a).[31] Slična slika zabilježena je i kod baricitiniba, sa stopom incidencije od 3,2 slučaja.[32] Starija dob, ženski spol, prednizon >7,5 mg/dan, prethodna infekcija i veći broj hospitalizacija bili su povezani s povećanim rizikom od HZV-a, dok je cijepljenje bilo povezano s manjim rizikom.[33] Novija izvješća iz kliničkih ispitivanja provedenih s novim JAK-1 selektivnim inhibitorima upadacitinibom i filgotinibom je u osnovi potvrdio isti trend, što upućuje na to da se povećanje infekcija HZV-om može smatrati klasnim učinkom JAK inhibitora.[34,35] Iako točan mehanizam kojim se reaktivira HZV infekcija u kontekstu inhibicije JAK-a nije jasan, vjerojatno nastaje zbog uključenih interferona tipa I i II (IFN).[36] Trenutačno nisu dostupni podaci o razvoju rizika od respiratornih infekcija uz JAK inhibitore.

Zaključak

Epidemija COVID-19 predstavlja izvanredno zdravstveno stanje koje neminovno utječe na liječenje reumatoidnog artritisa.[37,38] Kao kronični autoimuni upalni poremećaj, bolesnici s reumatoidnim artritisom imaju veći rizik od razvoja infekcije u odnosu na opću populaciju. Liječenje sintetskim i biološkim lijekovima koji modificiraju tijek bolesti povezano je s potencijalno povećanom incidencijom ozbiljnih infekcija, ali loša kontrola aktivnosti bolesti još je veći rizični faktor za razvijanje infekcije. Stoga, bolesnike s reumatoidnim artritisom trebalo bi poticati da nastave sa svojim liječenjem, čak i tijekom epidemije bolesti COVID-19. Ova strategija je razumna jer ima za cilj spriječiti relapse bolesti, koji mogu doprinijeti povećanom opterećenju bolesnika, invaliditet, lošu kvalitetu života.[39] Osim toga, prekid liječenja u tijeku mogao bi dovesti do potrebe za uvođenjem kortikosteroida kao terapije premošćivanja, što može dodatno povećati rizik od virusne infekcije. Primjena IL-6 inhibitora kao tocilizumaba ili sarilumaba djeluje obećavajuće za liječenje najkritičnijih slučajeva intersticijske upale pluća.

Literatura:

1. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreakassociated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature 2020;579:270–3. https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7.

2. Tang X, Wu C, Li X, Song Y, Yao X, Wu X, et al. On the origin and continuing evolution of SARS-CoV-2. Natl Sci Rev 2020. https://doi.org/10.1093/nsr/ nwaa036.

3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama 2020;323. https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648.

4. Zhang J-J, Dong X, Cao Y-Y, Yuan Y-D, Yang Y-B, Yan Y-Q, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy 2020. https://doi.org/10.1111/all.14238.

5. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New Engl J Medicine 2020. https://doi.org/ 10.1056/nejmoa2002032.

6. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet Lond Engl 2020;395:497–506. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5.

7. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a singlecentered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med 2020. https://doi. org/10.1016/s2213-2600(20)30079-5.

8. Favalli EG, Biggioggero M, Meroni PL. Methotrexate for the treatment of rheumatoid arthritis in the biologic era: still an "anchor" drug? Autoimmun Rev 2014;13:1102–8. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.08.026.

9. Tisoncik JR, Korth MJ, Simmons CP, Farrar J, Martin TR, Katze MG. Into the eye of the cytokine storm. Microbiol Mol Biology Rev Mmbr 2012;76:16–32. https://doi. org/10.1128/mmbr.05015-11.

10, Mathew AJ, Ravindran V. Infections and arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2014;28:935–59. https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.009.

11. Bogdanos DP, Smyk DS, Invernizzi P, Rigopoulou EI, Blank M, Pouria S, et al. Infectome: a platform to trace infectious triggers of autoimmunity. AutoimmunRev 2012;12:726–40. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2012.12.005.

12. Arleevskaya MI, Shafigullina AZ, Filina YV, Lemerle J, Renaudineau Y.

13. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. Arthritis Rheum 2002;46:2287–93. https://doi.org/10.1002/art.10524.

14. Franklin J, Lunt M, Bunn D, Symmons DPM, Silman AJ. Risk and predictors ofinfection leading to hospitalisation in a large primary-care-derived cohort of patientswith inflammatory polyarthritis. Ann Rheum Dis 2007;66:308–12. https://doi.org/10.1136/ard.2006.057265.

15. Au K, Reed G, Curtis JR, Kremer JM, Greenberg JD, Strand V, et al. High diseaseactivity is associated with an increased risk of infection in patients with rheumatoidarthritis. Ann Rheum Dis 2011;70:785–91. https://doi.org/10.1136/ard.2010.128637.

16. Accortt NA, Lesperance T, Liu M, Rebello S, Trivedi M, Li Y, et al. Impact of sustainedremission on the risk of serious infection in patients with rheumatoid arthritis.Arthritis Care Res 2018;70:679–84. https://doi.org/10.1002/acr.23426.

17. Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al. Prevalenceof comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: resultsof an international, cross-sectional study (COMORA). Ann Rheum Dis2013;73:62–8. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204223.

18. Ranganath VK, Maranian P, Elashoff DA, Woodworth T, Khanna D, Hahn T, et al.Comorbidities are associated with poorer outcomes in community patients withrheumatoid arthritis. Rheumatology 2013;52:1809–17. https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket224.

19. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M,Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoidarthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumaticdrugs: 2019 update. Ann Rheum Dis 2020. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216655.

20. Michaud K, Wolfe F. Comorbidities in rheumatoid arthritis. Best Pract Res ClinRheumatol 2007;21:885–906. https://doi.org/10.1016/j.berh.2007.06.002.

21. Tang NL-S, Chan PK-S, Wong C-K, To K-F, Wu AK-L, Sung Y-M, et al. Early enhancedexpression of interferon-inducible protein-10 (CXCL-10) and other chemokinespredicts adverse outcome in severe acute respiratory syndrome. ClinChem 2005;51:2333–40. https://doi.org/10.1373/clinchem.2005.054460.

22. Lacaille D, Guh DP, Abrahamowicz M, Anis AH, Esdaile JM. Use of nonbiologicdisease-modifying antirheumatic drugs and risk of infection in patients withrheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2008;59:1074–81. https://doi.org/10.1002/art.23913.

23. Smitten AL, Choi HK, Hochberg MC, Suissa S, Simon TA, Testa MA, et al. The riskof hospitalized infection in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol2008;35:387–93.

24. Tudesq J-J, Cartron G, Rivière S, Morquin D, Iordache L, Mahr A, et al. Clinical andmicrobiological characteristics of the infections in patients treated with rituximab for autoimmune and/or malignant hematological disorders. Autoimmun Rev2018;17:11524.https://doi.org/10.1016/j.autrev.2017.11.015.

25. Singh JA, Wells GA, Christensen R, Ghogomu ET, Maxwell LJ, MacDonald JK, et al.Adverse effects of biologics: a network meta-analysis and Cochrane overview. Cochrane Db Syst Rev 2011:CD008794https://doi.org/10.1002/14651858. cd008794.pub2.

26. Atzeni F, Sarzi-Puttini P, Mutti A, Bugatti S, Cavagna L, Caporali R. Long-termsafety of abatacept in patients with rheumatoid arthritis. Autoimmun Rev2013;12:1115–7.

27. Shale M, Czub M, Kaplan GG, Panaccione R, Ghosh S. Anti-tumor necrosis factortherapy and influenza: keeping it in perspective. Ther Adv Gastroenter2010;3:173–7.

28. Sepriano A, Kerschbaumer A, Smolen JS, van der Heijde D, Dougados M, vanVollenhoven R, et al. Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematicliterature review informing the 2019 update of the EULAR recommendations forthe management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2020.

29. Favalli EG, Matucci-Cerinic M, Szekanecz Z. The Giants (biologicals) against thePigmies (small molecules), pros and cons of two different approaches to the diseasemodifying treatment in rheumatoid arthritis. Autoimmun Rev2019;19:102421.

30. Favalli EG. Tofacitinib's infectious profile: concerns for clinical practice. LancetRheumatol 2020;2:e65–7. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30001-1.

31. Winthrop KL, Yamanaka H, Valdez H, Mortensen E, Chew R, Krishnaswami S, et al.Herpes zoster and Tofacitinib therapy in patients with rheumatoid arthritis.Arthritis Rheum 2014;66:2675–84. https://doi.org/10.1002/art.38745.

32. Smolen JS, Genovese MC, Takeuchi T, Hyslop DL, Macias WL, Rooney T, et al.Safety profile of Baricitinib in patients with active rheumatoid arthritis with over 2years median time in treatment. J Rheumatol 2018;46:7–18. https://doi.org/10.3899/jrheum.171361.2020;2:e84–98.

33. Caporali R, Zavaglia D. Real-world experience with tofacitinib for treatment ofrheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol 2019;37(3):485–95.

34. Biggioggero M, Becciolini A, Crotti C, Agape E, Favalli EG. Upadacitinib and filgotinib:

the role of JAK1 selective inhibition in the treatment of rheumatoid arthritis. Drugs Context 2019;8:212595.

35. Jamilloux Y, Jammal TE, Vuitton L, Gerfaud-Valentin M, Kerever S, Sève P. JAKinhibitors for the treatment of autoimmune and inflammatory diseases.Autoimmun Rev 2019;18:102390.

36. Winthrop KL. The emerging safety profile of JAK inhibitors in rheumatic disease.Nat Rev Rheumatol 2017;13:234–43. https://doi.org/10.1038/nrrheum.2017.23.

37. Conigliaro P, Triggianese P, Martino ED, Fonti GL, Chimenti MS, Sunzini F, et al.Challenges in the treatment of rheumatoid arthritis. Autoimmun Rev2019;18:706–13.

38. Favalli EG, Raimondo MG, Becciolini A, Crotti C, Biggioggero M, Caporali R. Themanagement of first-line biologic therapy failures in rheumatoid arthritis: currentpractice and future perspectives. Autoimmun Rev 2017;16:1185–95.

39. Edwards CJ, Galeazzi M, Bellinvia S, Ringer A, Dimitroulas T, Kitas G. Can wewean patients with inflammatory arthritis from biological therapies? AutoimmunRev 2019;18:102399.

HR-IMMR-200008, prosinac 2020

Traži se uzorit mentor

Tko je mentor? Mentor je osoba bogata znanjem i iskustvom, osoba od najvećeg povjerenja, nastavnik i savjetnik mlađem i neiskusnijem tijekom školovanja ili rada. U Republici Hrvatskoj sustav mentorstva je definiran Zakonom, Pravilnicima, Dopunama pravilnika i Izmjenama dopuna pravilnika. Unatoč brojnim nedostacima zdravstvenog sustava, uključujući i mentorstvo, ipak postoje osobe u kojima su specijalizanti pronašli inspiraciju i ohrabrenje te stekli pozitivna iskustva tijekom svog specijalističkog usavršavanja.

PERO MARKUNOVIĆ, dr. med.
OB Dubrovnik

Potaknut nedavnom raspravom na društvenoj mreži u vezi s kvalitetom specijalističkog usavršavanja iznosim neka svoja iskustva.

Nakon završenog Medicinskog fakulteta u Zagrebu počeli smo supruga i ja raditi u izvanbolničkoj hitnoj pomoći. Tijekom rada na hitnoj čuli smo iskustva mnogih kolega o nemogućnosti dobivanja željene specijalizacije zbog nepodobnosti na političkoj, obiteljskoj, nacionalnoj ili spolnoj osnovi. Zbog toga se nismo prijavljivali na natječaje za specijalističko usavršavanje u Hrvatskoj nego smo počeli pripremati dokumentaciju za rad u Irskoj. Prije našeg odlaska u Irsku raspisala je Opća bolnica Dubrovnik natječaj za specijalističko usavršavanje te smo se supruga i ja ipak prijavili, ona na kiruršku specijalizaciju, a ja na kardiologiju. Oduvijek sam želio specijalizirati kardiologiju, ali sam mislio da to neće biti moguće jer nemam „vezu". Na spomenutom natječaju bio sam jedini kandidat i dobio sam željenu specijalizaciju. Tu počinje moje iskustvo.

U početku sam, kao i svi specijalizanti, pisao anamneze i nitko se pretjerano nije bavio sa mnom ili doživljavao da postojim. No, na odjelu je tada radila starija kolegica dr. Romić koja je mi je počela davati radne zadatke, a ja sam se trudio što bolje ih odraditi. Dr. Romić, koja je sada u mirovini, bila je vrlo pristupačna te me je nakon nekog vremena uputila da radim s dr. Mejić, koja me doslovno za ruku vukla da radimo ultrazvuk srca i htjela je sa mnom raspravljati o kardiologiji tako da sam je mogao pitati bilo što mi padne na pamet. Kako su prolazili mjeseci tako je nas nekoliko mladih počelo dežurati na odjelu Interne medicine zajedno sa starijim kolegom. Dobro je poznato da u OB-u Dubrovnik već dulje vremena nedostaje liječnika, te smo mi specijalizanti ponekad bivali ostavljeni da neke probleme sami rješavamo. Kolege i ja smo učili svaki dan pokušavajući riješiti pitanja pred kojim smo se našli. Kako su prolazili mjeseci, tako se uz dr. Mejić pojavila i docentica Bartolek, koja je tada radila u OB-u Dubrovnik i naučila me različite postupke, kao što su postavljanje središnjih venskih katetera, endotrahealna intubacija, rad na respiratoru te me tako postupno, na smiren i izuzetno civiliziran način, uvodila u čari intenzivne medicine. Također bih spomenuo i prof. Sutlića, zahvaljujući kojemu sam dobio priliku educirati se tri mjeseca u inozemstvu iz područja interventne kardiologije. Moja daljnja edukacija nastavila se pod mentorstvom docenta Starčevića u KB-u Dubrava u Zagrebu, koji mi je omogućio rad u kardiološkoj dvorani, gdje su me, uz njega, educirali divni liječnici poput dr. Čatić, dr. Bodrožić i dr. Čančarević. Oni su mi, uz ostale kolege u Zavodu za kardiologiju KB-a Dubrava, pokazali različite postupke, ali mi i dopustili da zajedno s njima radim kako neinvazivne, tako i invazivne postupke poput utrazvuka srca, koronarografije i implantacije elektrostimulatora srca, uz razmišljanje o svakodnevnim kliničkim izazovima. Nakon odrađenog dijela specijalističkog usavršavanja u KB-u Dubrava, vratio sam se u OB Dubrovnik gdje sada, uz podršku ravnatelja Marija Bekića i dr. Jerka Ferri Certića, radim zajedno sa svim vrsnim kardiolozima koji nam dolaze u ispomoć, poput dr. Tomulića, dr. Krčmara, dr. Jakljevića, docenta Stračevića i drugih.

S obzirom na vlastito iskustvo tijekom specijalističkog usavršavanja, držim da su najveći nedostaci u programu specijalističkog usavršavanja to što ne postoji sustavna edukacija specijalizanata niti sustavi nadzora kvalitete nigdje u zdravstvu, pa tako ni u edukaciji. Zbog toga su mladi liječnici često prepušteni sami sebi, no mislim da to ni ne mora nužno biti loše. Zašto tako mislim?

Dobrog liječnika odlikuju znanje, vještina i hrabrost. Znanje stječemo na medicinskom fakultetu do određene mjere, a ostatak možemo steći u dobrim knjigama, web platformama i na bezbroj drugih mjesta. Problemi su, po mom mišljenju, u primjeni toga znanja. Prvi je nedostatak vještina. Medicinski fakultet u tom segmentu ništa ne pruža i stoga je na nama da budemo agresivni, da se guramo i pitamo da nam netko nešto pokaže. To je onda povezano s idućim problemom, a to je manjak hrabrosti. Da bi bilo tko nešto praktično naučio raditi, mora se odlučiti na rizik, naravno, objektivno uvažavajući svoje sposobnosti i činjenicu da ipak radimo s ljudima i da je prvo i osnovno pravilo pacijentu ne naškoditi, ali tako da jedno drugo ne isključuje. Hrabrost nije manjak odgovornosti, već naprotiv. Važno je shvatiti da kao specijalizanti nismo manje vrijedni i manje sposobni naučiti nego naši nadređeni, posebice oni koji se kriju iza raznih titula i bahatosti. Cilj je da se okružimo ljudima koji su praktičari, koji su prvenstveno ljudi i koji će nam u onim trenutcima kada se osjećamo bespomoćno i jadno pružiti ruku i pokazati da nešto možemo napraviti. Naravno, ništa nije crno-bijelo pa tako postoje specijalizanti koji očekuju da

će im edukacija biti servirana i da je njih netko dužan educirati, a prije toga nisu obavili svoj osnovni posao, a to je u internističkim strukama pisanje anamneza i rad na odjelu.

Do sada sam na specijalizaciji zaista imao sreću da moj šef dr. Jerko Ferri Certić, a prije njega dr. Karamehmedović, meni i drugim kolegama dopušta samostalan rad u okviru naših mogućnosti te da nas nikada ne bojkotira, što se često zna događati u nekim drugim bolnicama i odjelima. Uz to nam organizira najbolju edukaciju koju netko u hrvatskom sustavu može dobiti u jednoj općoj bolnici. Istina, postoje i brojni drugi odjeli u Hrvatskoj gdje ljudi dobivaju najbolju moguću edukaciju.

Poruka je ovoga mog osvrta na moju dosadašnju specijalizaciju: ne dajte da vas gaze i ponižavaju, okružite se ljudima koji su vrijedni da vam budu učitelji, ne samo za stručna već i za životna pitanja. Specijalizacija nije samo stručna već i životna škola. Nikada neću zaboraviti podršku koju su mi dali moj mentor dr. Miro Raguž i dr. Čatić kada sam bio u konfliktu sa starijim liječnikom koji mi je prijetio prekidom specijalizacije i radnog odnosa. Znam da sam u tom trenutku pomislio: ako se prema pojedincu odnosiš kao da je ono što treba i što može biti, on će i postati što treba i što može biti.

Mjesta za poboljšanje sustava specijalizacija itekako ima, ali je najvažnija sreća kakvi će vas ljudi okružiti.

MIRJANA STANIĆ BENIĆ, dr. med.
KBC Rijeka

Vera Vlahović Palčevski. Ime i prezime, bez slike i ideje o osobi koja se krije iza navedenoga. To je za mene bila moja mentorica kad sam je prvi puta upoznala, što se dogodilo kada sam zakoračila u prostoriju u kojoj se odvijao razgovor s kandidatima koji su se prijavili na natječaj za specijalističko usavršavanje iz kliničke farmakologije u KBC-u Rijeka 2013. godine. Priznajem, bio je to je jedan od rijetkih razgovora nakon kojeg sam se dobro osjećala. Stvarno dobro. Bez obzira kakav rezultat bio, imala sam osjećaj da sam pokazala najbolje od sebe. Već sam skoro i zaboravila na taj razgovor, jer su prošla tri mjeseca, kada sam saznala da sam ja ta koju su izabrali kao kandidata za specijalizaciju. Pristala sam. I tu počinje naša priča koja još uvijek traje. Od tada s ponosom govorim da naša suradnja teče glatko, stabilno i na korist objema. Možda više meni nego njoj, ponekad pomislim. Mudra, strpljiva i jednostavna, proaktivna. Ne priča (pre)više, ne daje lažna obećanja, iskrena je i bez ideja iza kojih se kriju osobni ili tuđi interesi. Znamo što, kad i zbog čega se radi. Obje. Gurne te da plivaš, a prije toga te nauči plivati. Bar osnove. To je ona. Žena od koje se ima što naučiti. Žena koja ti pokaže put i kaže: "Kreni sama, ali ako zapneš, tu sam." Meni dosta. Mislim da nitko ni ne traži više! Djela govore više od riječi. Objektivno, potaknula me upisati doktorski studij netom što sam potpisala ugovor o specijalizaciji. Omogućila mi da budem aktivni član međunarodne suradnje, subjekt u znanstvenom svijetu, aktivni kreator novih znanstvenih spoznaja. Subjektivno, njena osobnost i postupci izvlače iz tebe ono najbolje, tjeraju te da učiš više i budeš bolja osoba, bez obzira na okolnosti. Sreća ili ne, često zahvaljujem Bogu što mi je baš ona mentor. Prof. Vlahović Palčevski je doista mentor prema kojemu treba opisati mentora u pravom smislu riječi. Od latinske riječi mentor, a ista je imenica i u našem jeziku i opisuje odanog prijatelja Odisejevog i odgojitelja njegovog sina Telemaha, kojemu je Odisej, pred polazak u Trojanski rat, povjerio na čuvanje svoju kuću. Značenje joj je i vođa, savjetnik, odgojitelj, nastavnik. Trebali bi postojati kriteriji za izbor (uzoritog) mentora. Pri tome ne mislim na broj

objavljenih znanstvenih radova uz impact factor časopisa, već sposobnost prenošenja znanja, iskrenost i dobronamjernost.

Tekst priredila:

Ksenija Vučur, dr.med.

ZDRAVI HUMOR

Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

Poštovano Uredništvo,

u Liječničkim novinama broj 192 na 38. stranici ste objavili službeni prijevod na hrvatski jezik Liječničke prisege uz popratni tekst u kojem je opisan povijesni tijek izmjena i dopuna Ženevske deklaracije Svjetskog liječničkog udruženja. Sa zanimanjem sam pročitao tekst i primijetio sam veći broj izmjena koje posadašnjuju Liječničku prisegu u skladu s trenutnim uljudbenim razvojem. Je li svaki razvoj zapravo napredak? To je pitanje za filozofe, pa se ne bih ulazio u daljnje promišljanje na tu temu.

Moju pozornost je privukla jedna od izjava Liječničke prisege (Ne ću se koristiti svojim medicinskim znanjima u svrhu kršenja ljudskih prava i građanskih sloboda, čak ni pod prijetnjom;).

Kada sam tijekom javne promocije 2006. nakon završenog studija prisegnuo Liječničku prisegu, tekst se značajno razlikovao od ovog koji će u budućnosti polagati buduće mlade kolege. Jedna od važnih izjava tada je bila "Apsolutno ću poštovati ljudski život od samog začeća. Niti pod prijetnjom ne ću dopustiti da se iskoriste moja medicinska znanja suprotno zakonima humanosti;" koja je bila izjava iz neke od inačica Liječničke prisege (vj. 1983.). Nisam siguran da su moja generacija, a i druge generacije završenih studenata medicine polagali uvijek baš najnoviju inačicu Liječničke prisege.

Kako se prvo spomenuta "ljudska prava i građanske slobode" razlikuju od drugospomenute izjave "poštivat ću ljudski život od samog začeća", time dolazi do svojevrsne kontradiktornosti. Nisam ginekolog i ne bih ovo obraćanje želio svesti na obrađivanu temu prigovor savjesti, nego istaknuti da se podrobnijim čitanjem uočavaju razlike između inačica "Hipokratove" prisege Svjetskog liječničkog udruženja. Time se postavlja i pitanje koja nas prisega obvezuje u moralnom, etičkom, tradicijskom i možda pravnom pogledu.

Razumijem da ovo pismo ulazi u pitanje medicinske etike i puno je šire od tumačenja samog teksta, pa sam stoga slobodan preporučiti da se u jednom od budućih brojeva Liječničkih novina obradi i ova tema. Osobno sam mišljenja da bi liječnicima svih generacija bilo zanimljivo pročitati takav osvrt Posljednjih mjeseci u COVID-19 bolnici se susrećem upravo s važnim ljudskim i liječničkim izazovima, usuđujem se reći, ponovo aktualiziranim nakon Domovinskog rata.

Ispričavam se ako kasnim s ovim pisanim komentarom, ali zbog liječničkih obveza tijekom pandemije ne stižem redovito čitati Liječničke novine.

S poštovanjem!

mr. sc. Siniša Skočibušić, dr. med.
specijalist infektologije
subspecijalist intenzivne medicine
Klinika za infektivne bolesti, Sveučilišna klinička bolnica Mostar
ravnatelj Centra za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Mostar
tajnik Asocijacije infektologa u Bosni i Hercegovini

Jesmo li svi radiolozi?

Poštovani urednici, poštovani čitatelji,
U medicinskim časopisima sve se češće objavljuju članci hrvatskih liječnika kliničara koji bez suradnje s liječnicima specijalistima radiologije objavljuju radiološke slike s pogrešnim opisima, pri čemu radiolog nije koautor rada niti mu je izrečena zahvala. Jedan od recentnih primjera objavljen je u prosinačkom broju Liječničkih novina autora Ane Andrilović i suradnika pod naslovom „Višestruke paradoksalne arterijske embolije u bolesnika s plućnom embolijom, otvorenim foramenom ovale i mutacijom 4G/4G gena PAI-1“. Od tri slike objavljene u navedenom radu, na dvjema je objavljena radiološka pretraga, preciznije kompjutorizirana tomografija. Nažalost niti na jednoj od objavljenih radioloških slika opis ne odgovara onome što je prikazano na slikama (o detaljima su obaviješteni autori). Obzirom da su Liječničke novine službeno glasilo Hrvatske liječničke komore, ovim putem apeliramo na sve kliničare da uključe radiologe kada je radiološka slika bitan dio publikacije, odnosno osiguraju točnu interpretaciju respektirajući kompetencije struke. Objavljivanje pogrešnih radioloških slika u najmanju ruku čitateljstvo zakida za informaciju koja je htjela biti prikazana, a u konkretnom slučaju (koji nije izoliran) ga i pogrešno educira.

Unaprijed zahvaljujemo

Prof. dr. sc. Damir Miletić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, predsjednik Hrvatskog društva radiologa (HDR)

Doc. dr. sc. Maja Hrabak Paar
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, predsjednik Sekcije za radiologiju srca Hrvatskog društva radiologa

9954

The clinical overlay is not that of the individual pictured. It was modified for better visualization.

ACUSON P500
Ultrasound System

Ultrasound Anytime, Anywhere

Healthcare providers need a powerful ultrasound system to evaluate clinical manifestations, facilitate accurate diagnoses, and to assist procedures in emergency and critical care. Siemens Healthineers engineered the compact ACUSON P500, a portable ultrasound system designed to equip clinicians with a powerful lineup of clinical applications right at the bedside.

- **See better:** Overcome the challenges of motion artifacts and achieve high quality images.
- **Scan faster:** Greatly improve workflow powered by an innovative and user friendly interface with integrated touch technology and quick boot-up times.
- **Go further:** Get exceptional detail and quality of information with over 13 innovative transducers, advanced intracardiac echo imaging capabilities, needle guidance solutions, and much more.

For more information, or to schedule a demo, please reach out to your local Siemens Healthineers representative.

siemens-healthineers.com/p500

Contact:
Siemens Healthcare d.o.o.
Heinzelova 70/A
Tel. +385 1 6105258
E-mail: siemens.healthcare.rc-hr.dl@siemens-healthineers.com

SIEMENS Healthineers

Supraventrikulska tahikardija kao uzrok nepotrebnog šoka kardioverter defibrilatora

Prim. dr. sc. Borka Pezo Nikolić, dr. med.
Doc. dr. sc. Vedran Velagić, dr. med.
Doc. dr. sc. Mislav Puljević, dr. med.
Prof. dr. sc. Davor Puljević, dr. med

Klinika za bolesti srca i krvnih žila, KBC Zagreb
Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu

Ugradnja kardioverter defibrilatora (ICD – Implantable Cardioverter Defibrillator) dokazano smanjuje rizik iznenadne srčane smrti kod težih oblika srčanog popuštanja. Primarna je uloga ICD-a da prikladno prepozna a zatim zaustavi brze i hemodinamički nestabilne ventrikulske srčane ritmove (ventrikulsku tahikardiju i fibrilaciju ventrikula).

Metode kojima uređaj to može postići mogu za pacijenta biti bezbolne, a provode se nešto bržom stimulacijom klijetki od brzine aritmije, s ciljem zaustavljanja kruženja. Tako, ako je npr. tahikardija frekvencije 180/min, uređaj će isporučiti seriju od nekoliko udaraca frekvencije 190/min te na taj način "preteći" aritmiju. Ovakve metode nisu uvijek uspješne i tada ICD mora aritmiju prekinuti isporukom električnog šoka. Pacijent šok uglavnom osjeti, ako nije izgubio svijest zbog aritmije. Razine boli i nelagode zbog isporuke šoka su različite, od lakšeg prihvaćanja do značajnije anksioznosti.

Prikazujemo bolesnika u dobi od 28 godina s anamnezom neishemijske kardiomiopatije, kome je u primarnoj prevenciji iznenadne srčane smrti ugrađen ICD. Ugrađen mu je uređaj s elektrodom koja može zamijetiti atrijske i ventrikulske kontrakcije.

Pacijent je 6 mjeseci nakon implantacije dobio šok ICD-om. Analizom zapisa u memoriji uređaja evidentirana je tahikardija uskih QRS kompleksa, stabilnih R-R intervala, frekvencije 215/min sa skoro istovremenom aktivacijom atrija i ventrikula. U intrakardijalnom zapisu jasno je vidljivo da tahikardija započinje atrijskom ekstrasistolom i produljenim P-R intervalom, nakon čega počinje tahikardija.

Detaljnom anamnezom doznalo se da pacijent i otprije ima povremene epizode naglo nastalog lupanja srca koje nisu praćene krizama svijesti, a uglavnom ih uspješno prekida Valsalvinim manevrom. Anamnestičkim podacima i uvidom u intrakardijalni zapis, koji je pokazivao uske QRS komplekse, postavljena je radna dijagnoza paroksizmalne atrioventrikulske kružne tahikardije (AVNRT - paroksizmalba atrioventrikulska nodalna kruzna tahikardija).

Tahikardija se nalazila u zoni frekvencije koja je programirana za detekciju fibrilacije ventrikula, što je rezultiralo isporučivanjem šoka. Isporučeni šok uzrokovao je prekid tahikardije.

Kako bi se potvrdila dijagnoza i pokušala izliječiti aritmija, učinjena je elektrofiziološka (EP) studija. Prilikom EP studije, isključeno je postojanje akcesornog puta, a programiranom stimulacijom iz atrija dokazana su dualna svojstva provođenja. Stimulacijom atrija po protokolu, višekratno je izazvana tahikadija uskih QRS kompleksa koja je mehanizmom nastanka, tj. skokom na spori put, započela svoje kruženje te je ostalim elektrofiziološkim testovima potvrđeno da je riječ o tipičnoj "sporo-brzoj" AVNRT-u.

Nakon radiofrekventne ablacije sporog puta tahikardija se više nije mogla izazvati i pacijentu ova aritmija u budućnosti više ne bi trebala predstavljati razlog nepotrebne isporuke šoka.

ICD je uređaj koji kontinuirano prati ritam pacijenta i sposobnost ispostave terapije ako detektira potencijalno opasan ventrikulski brzi srčani ritam, s ciljem postizanja sinusnog ritma. Kako bi ICD mogao ispravno detektirati aritmiju, tj. ne isporučiti nepotreban šok, ako je npr. riječ o sinusnoj tahikardiji ili supraventrikulskoj tahikardiji, služi se raznim diskriminatorima. Diskriminatori su programirani po određenim algoritmima a ponešto se razlikuju ovisno o proizvođaču. S obzirom na to da ima tako važnu ulogu u neprekidnom praćenju bolesnika, postavlja se pitanje koje kriterije uređaj uzima te na koji način zaključuje je li riječ o opasnom ili benignom poremećaju ritma. Osnovni je kriterij detekcije potencijalno opasnog srčanog ritma, naravno, brzina samih kontrakcija klijetki, odnosno frekvencijski kriterij. ICD-i se programiraju po zonama frekvencije, i to obično u tri zone, ovisno o brzini ventrikulske tahikardije (VT). To su VT 1 (najsporija), VT 2 (srednje brza) ili FVT (najbrža). VT1 i VT2 zona obično u svom algoritmu imaju i bezbolne mogućnosti prekidanja aritmije, a ako je oni ne uspiju prekinuti isporučuje šok. U FVT zoni prva je terapija već isporuka šoka jer se smatra da bi svako nepotrebno produljivanje detekcije moglo ugroziti pacijenta. Diskriminatori mogu koristiti morfologiju QRS kompleksa tako da uspoređuju izgled u sinusnom ritmu s izgledom QRS-a u tahikardiji. Ventrikulske tahikardije uglavnom imaju bitno širi QRS kompleks i različit od onoga sinusnog. Ako uređaj na temelju diskriminatora postavi dijagnozu ventrikulske aritmije, on će je tretirati po programiranom protokolu.

Intrakardijalni zapis tahikardije stabilnih RR intervala,1:1 odnosa atrija i ventrikula i frekvencije oko 215 min (CL 280 ms)

Intrakardijalni zapis memorije uređaja u trenutku početka AVNRT. AES (atrijska ekstrasistola) koja «skokom» na spori put započinje tipičnu «spor-brzu» AVNRT s 1:1 odnosom atrija i ventrikula

Trenutak isporuke šoka od 40 Joula i prekidanja supraventrikulske tahikardije

Zapis intrakardijalnih elektrograma tipične AV nodalne kružne tahikardije (AVNRT) za vrijeme elektrofiziološke studije .

Dakle, ako je brzina stiskanja desnog ventrikula, tzv. frekvencija ventrikula koja se detektira osjetom na desnoventrikulskoj elektrodi, iznad određene programirane visoke granice, kažemo da je ispunjen osnovni frekvencijski kriterij za detekciju ventrikulske tahiaritmije. Međutim, postavlja se logično pitanje: što ako pacijent ima ubrzan rad klijetki uzrokovan fiziološkom potrebom (npr. zdrava sinusna tahikardija u aktivne mlade osobe koja može ubrzati na više od 180 kontrakcija u minuti), ili ako ima supraventrikulsku tahikardiju (SVT) uzrokovanu akcesornim putem, ili pak dualnim svojstvima provođenja u AV čvoru opisanim kod prikazanog pacijenta. Ovi su razlozi naveli dizajnere i inženjere ICD uređaja na zaključak kako je frekvencijski kriterij nužan, ali ne i dovoljan uvjet za razlikovanje opasnih od "benignih" ubrzanih srčanih ritmova. U svrhu boljeg razlikovanja i kategoriziranja ubrzanih srčanih ritmova koje uređaj detektira, razvojem implantabilnih kardioverter defibrilatora, dolazi do dizajniranja tzv. SVT diskriminatora. Kako i sam naziv sugerira njihova glavna svrha SVT diskriminatora diskriminacija ubrzanog supraventrikulskog ritma, koji nije potrebno liječiti mehanizmima ICD uređaja, od ubrzanog ventrikulskog ritma (VT-a ili VF-a), čija pojava je primarna meta ICD uređaja. SVT diskriminatori predstavljaju skup kompleksnih algoritama čija svojstva nećemo obrađivati u ovom članku, ali koji se znatno razlikuju od proizvođača do proizvođača. Ovisno o proizvođaču i modelu ICD uređaja, ovisi i snaga te pouzdanost SVT diskriminatora, budući da je njihov razvoj delikatan i skup zadatak. Prikazani pacijent primjer je nesavršenog funkcioniranja diskriminatora i primjer u kojem je implantirani uređaj neispravno zaključio da je riječ o malignom ventrikulskom ritmu kojemu je potrebna najagresivnija terapija, isporuka visokoenergetskog šoka. Uvidom u memoriju uređaja bilo je razvidno da šok nije bio potreban te je učinjena RF ablacija kojom je riješena supraventrikulska tahikardija. Nepotrebni šokovi događaju se kod određenog broja bolesnika, a predstavljaju liječniku jedan od najizazovnijih aspekata u terapijskom pristupu. Važno je imati na umu da šok može pogoršati srčanu funkciju, a i značajno smanjiti kvalitetu života zbog anksioznosti, te je stoga cilj što manje nepotrebnih šokova. U tom zajedničkom cilju s jedne strane aktivno sudjeluju inženjeri proizvođača ICD-a s trajnim poboljšanjima diskriminatora, a s druge liječnici s medikamentnom i intervencijskom terapijom srčanih aritmija.

Literatura

Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J et al. ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). Eur Heart J. 2015 Nov 1;36(41):2793-2867. doi: 10.1093/eurheartj/ehv316. Epub 2015 Aug 29. PMID: 26320108.

Cardoso RN, Healy C, Viles-Gonzalez J, Coffey JO. ICD discrimination of SVT versus VT with 1:1 V-A conduction: A review of the literature. Indian Pacing Electrophysiol J. 2015;15(5):236–44.

Za liječenje kompliciranih infekcija kože i mekog tkiva te izvanbolnički stečene pneumonije.[1]

Cefalosporin 5. generacije koji djeluje protiv ključnih uzročnika kompliciranih infekcija kože i mekog tkiva te izvanbolnički stečene pneumonije, uključujući MRSA-u i *Streptococcus pneumoniae*.[1,2]

Brza i dokazana djelotvornost kod kompliciranih infekcija kože i mekog tkiva i izvanbolnički stečene pneumonije.

Dosljedno visoke stope kliničkog izlječenja i dokazi brzog odgovora* u kliničkim ispitivanjima faze III.[3-8]

Potvrđen profil sigurnosti i podnošljivosti.

Sigurnosni profil u pedijatrijskih bolesnika sličan je onome zabilježenom u odrasloj populaciji i odgovara sigurnosnim profilima drugih cefalosporina.[1,8]

Jednostavno doziranje za većinu bolesnika.

Nije potrebna prilagodba doze u većine starijih bolesnika i onih s popratnim bolestima.[1]

Odobren za liječenje pedijatrijskih bolesnika od rođenja nadalje.[1]

Zinforo™
ceftarolinfosamil

*Brzi odgovor temelji se na rezultatima retrospektivnih post-hoc analiza koje je zatražila američka Agencija za hranu i lijekove (FDA -U.S. Food and Drug Administration).[4,9] 4. dana za liječenje izvanbolnički stečene pneumonije i 3. dana za liječenje kompliciranih infekcija kože i mekog tkiva.

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Bitni podaci o lijeku

Zinforo 600 mg prašak za koncentrat za otopinu za infuziju (ceftarolinfosamil)
Prije propisivanja lijeka pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku. Samo za zdravstvene radnike.

Prezentacije: 10 bočica s praškom za koncentrat za otopinu za infuziju (EU/1/12/785/001) **Indikacije**: Liječenje kompliciranih infekcija kože i mekog tkiva i izvanbolnički stečene pneumonije u novorođenčadi, dojenčadi, djece, adolescenata i odraslih. **Doziranje**: Preporučeno trajanje liječenja iznosi od 5 do 14 dana za komplicirane infekcije kože i mekog tkiva te od 5 do 7 dana za izvanbolnički stečene pneumonije.

Odrasli i pedijatrijski bolesnici s normalnom bubrežnom funkcijom, klirensom kreatinina (CrCL) > 50 ml/min[a]:

Indikacije	Dobna skupina	Doziranje (mg/infuziji)	Trajanje infuzije (minute)/ učestalost
Standardna doza[a] Komplicirane infekcije kože i mekog tkiva Izvanbolnički stečene pneumonije	Odrasli	600 mg	5 – 60[c]/svakih 12 sati
	Adolescenti u dobi od 12 do < 18 godina, tjelesne težine ≥ 33 kg	600 mg	5 – 60[c]/svakih 12 sati
	Adolescenti u dobi od 12 godina do < 18 godina, tjelesne težine < 33 kg, i djeca u dobi od ≥ 2 godine do < 12 godina	12 mg/kg do maksimalno 400 mg	5 – 60[c]/svakih 8 sati
	Dojenčad u dobi od ≥ 2 mjeseca do < 2 godine	8 mg/kg	5 – 60[c]/svakih 8 sati
	Novorođenčad od rođenja do < 2 mjesecab	6 mg/kg	160/svakih 8 sati
Visoka doza[b] Komplicirane infekcije kože i mekog tkiva za koje je potvrđeno ili za koje se sumnja da su uzrokovane S. aureusom kod kojeg je minimalna inhibitorna koncentracija (MIK) ceftarolina = 2 mg/l ili 4 mg/l[b]	Odrasli	600 mg	120/svakih 8 sati
	Djeca i adolescenti u dobi od ≥ 2 godine do < 18 godina	12 mg/kg do maksimalno 600 mg	120/svakih 8 sati
	Dojenčad u dobi od ≥ 2 mjeseca do < 2 godine	10 mg/kg	120/svakih 8 sati

[a] Trajanje infuzije od 60 minuta može biti preporučljivo u bolesnika sa supranormalnim bubrežnim klirensom koji primaju standardnu dozu. Trajanje infuzije kraće od 60 minuta, preporuke za visoku dozu i dozu za novorođenčad temelje se samo na farmakokinetičkoj i farmakodinamičkoj analizi. [b] Preporučena je standardna doza za liječenje uzročnika *S. aureus* kod kojeg je MIK ceftarolina ≤ 1 mg/l. Izračunato korištenjem Schwartzove formule (u ml/min/1,73 m2) za pedijatrijske bolesnike.

U *starijih osoba* s CrCl > 50 ml/min i bolesnika s *oštećenjem jetre* prilagodba doze nije potrebna. U bolesnika s *oštećenjem bubrega* s klirensom kreatinina (CrCL) ≤ 50 ml/min doza se mora prilagoditi. Preporučeno trajanje liječenja iznosi od 5 do 14 dana za komplicirane infekcije kože i mekog tkiva te od 5 do 7 dana za izvanbolnički stečene pneumonije.

Odrasli i pedijatrijski bolesnici s poremećenom bubrežnom funkcijom, CrCL ≤ 50 ml/min

Indikacije	Dobna skupina	CrCL (ml/min)[a]	Doziranje (mg/infuziji)	Trajanje infuzije (minute)/ učestalost
Standardna doza Komplicirane infekcije kože i mekog tkiva Izvanbolnički stečene pneumonije	Odrasli i adolescenti u dobi od 12 do < 18 godina, tjelesne težine ≥ 33 kg	> 30 do ≤ 50	400 mg	5 – 60[c]/ svakih 12 sati
		≥ 15 do ≤ 30	300 mg	
		završna faza bubrežne bolesti, uključujući hemodijalizu[b]	200 mg	
	Adolescenti u dobi od 12 godina do < 18 godina, tjelesne težine < 33 kg, i djeca u dobi od ≥ 2 godine do < 12 godina	> 30 do ≤ 50	8 mg/kg do maksimalno 300 mg	5 – 60[c]/ svakih 8 sati
		≥ 15 do ≤ 30	6 mg/kg do maksimalno 200 mg	
Visoka doza[d] Komplicirane infekcije kože i mekog tkiva za koje je potvrđeno ili za koje se sumnja da su uzrokovane *S. aureusom* kod kojeg je MIK ceftarolina = 2 mg/l ili 4 mg/l[d]	Odrasli	> 30 do ≤ 50	400 mg	120/svakih 8 sati
		≥ 15 do ≤ 30	300 mg	
		završna faza bubrežne bolesti, uključujući hemodijalizu[b]	200 mg	
	Djeca i adolescenti u dobi od ≥ 2 godine do < 18 godina	> 30 do ≤ 50	10 mg/kg do maksimalno 400 mg	
		≥ 15 do ≤ 30[b]	8 mg/kg do maksimalno 300 mg	

[a] Izračunato korištenjem Cockcroft-Gaultove formule za odrasle odnosno korištenjem Schwartzove formule za pedijatrijske bolesnike (u ml/min/1,73 m²). Doze se temelji na CrCL. CrCL treba pomno pratiti i dozu prilagoditi promjenama bubrežne funkcije. [b] Ceftarolin se može ukloniti hemodijalizom. Stoga se Zinforo treba primjenjivati nakon hemodijalize, na dane hemodijalize. [c] Trajanje infuzije kraće od 60 minuta i preporuke za visoku dozu temelje se samo na farmakokinetičkoj i farmakodinamičkoj analizi. [d] Preporučena je standardna doza za liječenje uzročnika *S. aureus* kod kojeg je MIK ceftarolina ≤ 1 mg/l.

Način primjene: Za intravensku primjenu. Zinforo se primjenjuje intravenskom infuzijom tijekom 5 do 60 min. za standardnu dozu ili 120 min. za visoku dozu (u slučaju komplicirane infekcije kože i mekog tkiva čiji je uzročnik *S. aureus* kod kojeg je MIK ceftarolina 2 mg/l ili 4 mg/l) kod infuzijskih volumena od 50 ml, 100 ml ili 250 ml. Reakcije povezane s infuzijom (kao što je flebitis) mogu se rješavati produljenjem trajanja infuzije. Volumeni infuzije u pedijatrijskih bolesnika razlikovat će se ovisno o tjelesnoj težini djeteta. Koncentracija otopine za infuziju tijekom pripremanja i primjene ne smije prelaziti 12 mg/ml ceftarolinfosamila. **Kontraindikacije**: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari; preosjetljivost na cefalosporinske antibiotike; trenutna i teška preosjetljivost na bilo koji drugi beta-laktamski antibiotik (npr. penicilini, karbapenemi). **Upozorenja i mjere opreza**: Prijavljene su **teške kožne nuspojave** (engl. *severe cutaneous adverse reactions*, SCAR), uključujući Stevens-Johnsonov sindrom (SJS), toksičnu epidermalnu nekrolizu (TEN), reakciju na lijek s eozinofilijom i sistemskim simptomima (engl. *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*, DRESS) te akutnu generaliziranu egzantematoznu pustulozu (AGEP), povezane s liječenjem beta-laktamskim antibioticima (uključujući cefalosporine). Bolesnici koji su preosjetljivi na cefalosporine, peniciline ili druge beta-laktamske antibiotike mogu također biti preosjetljivi i na ceftarolinfosamil. U bolesnika koji su imali reakcije preosjetljivosti, koje nisu bile teške, na bilo koje druge beta-laktamske antibiotike (npr. peniciline ili karbapeneme) potreban je oprez. Ako tijekom liječenja nastupi teška alergijska reakcija ili se pojave teške kožne nuspojave, mora se prekinuti primjena lijeka i poduzeti odgovarajuće mjere. Na **proljev povezan s *Clostridium difficile*** treba posumnjati kod kolitisa i pseudomembranskog kolitisa tijekom ili nakon primjene lijeka Zinforo. Mora se razmotriti prekid liječenja te primjenu potpornih mjera zajedno s primjenom specifičnog liječenja protiv *Clostridium difficile*. Tijekom ili nakon liječenja lijekom Zinforo mogu nastupiti **superinfekcije**. U toksikološkim ispitivanjima zabilježeni su napadaji pri pri razinama C_{max} ceftarolina 7-25 puta višima od razina u ljudi, ali je zbog ograničenog kliničkog iskustva potreban oprez u bolesnika s **postojećim poremećajima s napadajima**. **Serokonverzija dokazana direktnim antiglobulinskim testom (Coombsovim testom):** u kliničkim ispitivanjima nije bilo znakova hemolize u bolesnika koji su tijekom liječenja razvili pozitivan nalaz direktnog antiglobulinskog testa (DAGT). Međutim, ne može se isključiti mogućnost da će se pri liječenju cefalosporinima, uključujući Zinforo, možda razviti hemolitička anemija. Zbog ograničenih kliničkih iskustava potreban je oprez u liječenju izvanbolnički stečene pneumonije i infekcije kože i mekog tkiva u imunokompromitiranih bolesnika, bolesnika s teškom sepsom/septičkim šokom, bolesnika s postojećom teškom bolešću pluća, bolesnika u klasi rizika V prema PORT-u, bolesnika s upalom sustava villi s izvanbolnički stečenom pneumonijom koja pri dolasku zahtijeva umjetnu ventilaciju, bolesnika s izvanbolnički stečenom pneumonijom čiji je uzročnik *S. aureus* rezistentan na meticilin, bolesnika s nekrotizirajućim fasciitisom, perirektalnim apscesom, bolesnika s opeklinama trećeg stupnja ili opsežnim opeklinama, bolesnika kojima je potrebna intenzivna skrb te bolesnika s infekcijama dijabetičkog stopala. Zinforo se ne smije koristiti za liječenje komplicirane infekcije kože i mekog tkiva čiji je uzročnik *S. aureus*, kod kojeg je MIK ceftalorina > 4 mg/ml. **Plodnost, trudnoća i dojenje:** Ne preporučuje se primjena lijeka Zinforo tijekom trudnoće i dojenja. Učinak lijeka na plodnost nije ispitivan. **Česte nuspojave:** pozitivan nalaz direktnog Coombsovog testa, osip, svrbež, glavobolja, omaglica, flebitis, proljev, mučnina, povraćanje, bolovi u abdomenu, povišene transaminaze, pireksija, reakcije na mjestu infuzije (eritem, flebitis, bol). **Način izdavanja**: na recept, u ljekarni. **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet**: Pfizer Ireland Pharmaceuticals, Operations Support Group, Ringaskiddy, County Cork, Irska **Datum revizije teksta:** 09/2020.

MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) – Staphylococcus aureus rezistentan na meticilin.

Literatura: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Zinforo, rujan 2020. **2.** Laudano JB. Journa of Antimicrobial Chemotherapy. 2011;66:Suppl 3:iii11–iii18. **3.** Corey GR, Wilcox M, Talbot GH, et al. Clinical Infectious Diseases. 2010;51(6):641–650. **4.** Friedland HD, O'Neal T, Biek D, et al. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2012;56:2231–2236. **5.** File TM Jr, Low DE, Eckburg PB, et al. Clinical Infectious Diseases. 2010;51(12):1395–1405. **6.** Lodise TP, Anzueto AR, Weber DJ, et al. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2012;20:254–260. **7.** Zhong NS, Sun T, Zhou C, et al. Lancet Infectious Diseases. 2015;15:161–171. **8.** Cannavino CR, Nemeth A, Korczowski B, et al. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2016;35:752–759. **9.** Eckburg P, Friedland H, Llorens L, et al. Infectious Diseases in Clinical Practice. 2012;20(4):254–260.

Pfizer Croatia d.o.o.,
Slavonska avenija 6, 10 000 Zagreb,
tel. 01 390 87 77, fax. 01 390 87 70

Samo za zdravstvene radnike

PP-ZFO-EEP-0043
Datum izrade: siječanj, 2021.

Uloga ceftarolin fosamila (ZINFORO®) u empirijskom liječenju izvanbolničke pneumonije i kompliciranih infekcija kože i mekih tkiva

Doc. dr. sc. prim. Rok Čivljak, dr. med.
specijalist infektologije, uži specijalist intenzivne medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za infektivne bolesti " Dr. Fran Mihaljević" Zagreb,
pročelnik Zavoda za akutne respiratorne infekcije

Ishodi liječenja i smrtnost od infektivnih bolesti

Infektivne bolesti među deset su vodećih uzroka smrti u svijetu, a to se u prvom redu odnosi na infekcije donjeg dišnog sustava (pneumonije) od kojih u svijetu godišnje umre preko 3 milijuna ljudi od kojih > 600.000 djece mlađe od 5 godina (1). Mortalitetna statistika u Hrvatskoj nije toliko precizna pa je teško ustvrditi koliko osoba umre od pneumonije, no pretpostavlja se da najmanje 50.000 osoba godišnje oboli od pneumonije, a preko 10.000 od streptokoknih infekcija uključujući i erizipel (2).

Ishodi liječenja i smrtnost od infektivnih bolesti ovisi o uzročniku bolesti i težini kliničke slike, ali i o pravovremenoj primjeni odgovarajuće antimikrobne terapije, osobito ako je u skladu s lokalnim, nacionalnim i međunarodnim smjernicama. Istraživanja su pokazala da propisivanje empirijske antimikrobne terapije koja nije u skladu sa smjernicama povećava rizik smrtnog ishoda u bolesnika s pneumonijom (3,4), a čak peterostruko smanjuje preživljavanje u bolesnika sa septičkim šokom (5).

U empirijskom liječenju izvanbolničke pneumonije dodatni je problem što većina dosadašnjih smjernica za liječenje nije obuhvaćala lijekove s djelovanjem na stafilokoke, a osobito na meticilin-rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA) (6). Kako je MRSA kao uzročnik izvanbolničke pneumonije u porastu, a smrtnost pneumonija uzrokovanih MRSA-om veća u odnosu na druge uzročnike (7), važno je razviti pouzdane metode za procjenu rizika MRSA-e pri prijemu u bolnicu kako bi se bolesnicima pružilo optimalno empirijsko liječenje. Nova ocjena predviđanja MRSA-e klasificira bolesnike s izvanbolničkom pneumonijom u skupine s niskim, srednjim i visokim rizikom na temelju objektivnih kriterija dostupnih na početku liječenja (8,9).

Meticilin-rezistentni *Staphylococcus aureus* čest je uzročnik infekcija kože i mekih tkiva, a sve češće se opisuje i kao uzročnik izvanbolničke pneumonije. Američka studija provedena u 12 sveučilišnih bolnica pokazala je da je MRSA uzročnik izvanbolničke pneumonije u 2,4% hospitaliziranih bolesnika, a čak 5% onih zaprimljenih u jedinice intenzivnog liječenja (JIL). Čimbenici povezani s većim rizikom dokaza MRSA-e bili su: prethodna infekcija MRSA-e u bolesnika, boravak u mirovnom domu u prethodnoj godini, bliski kontakt s osobom s kožnom infekcijom u prethodnom mjesecu, višestruki infiltrati ili šupljine na radiogramu prsnog koša, osobito teška klinička slika, potreba za mehaničkom ventilacijom ili smrt u hitnoj službi (10).

Pneumonija uzrokovana MRSA-om povezana je s većim morbiditetom i mortalitetom u odnosu na druge patogene, prvenstveno zbog veće virulencije uzročnika i veće stope rezistencije (7).

Rastući problem rezistencije bakterija na antibiotike

Infekcije uzrokovane uzročnicima iz skupine ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Enterobacter* vrste) predstavljaju osobito rastuću prijetnju ljudskom zdravlju, u prvom redu zbog porasta rezistencije među ovim patogenima što smanjuje mogućnosti liječenja teških infekcija uzrokovanih ovim patogenima, povećava teret bolesti i stopu smrtnosti zbog neuspjeha u liječenju (11,12). To zahtijeva koordinirani globalni odgovor u vidu odgovarajućeg nadzora i praćenja stopa antimikrobne rezistencije na nacionalnoj i međunarodnoj razini te prilagodbu smjernica za empirijsko liječenje u skladu s tim stopama. Rezultati istraživanja temeljeni na podacima Europske mreže za nadzor i praćenje antimikrobne rezistencije (EARS-Net, od *engl. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*) za sustavne infekcije uzrokovane rezistentnim bakterijama pokazali su da je šteta od infekcija uzrokovanih rezistentnim uzročnicima u EU i EEA jednaka kumulativnom učinku gripe, tuberkuloze i HIV-a zajedno. Isti podaci ukazuju da se negativni učinak rezistencije povećava iz godine u godinu zbog čega je potrebno razvijati strategije za sprečavanje i kontrolu bakterija rezistentnih na antibiotike. Ovi podaci ukazuju na hitnu potrebu traženja alternativnih terapijskih rješenja u zbrinjavanju bolesnika s ovakvim infekcijama, osobito među kondicioniranim bolesnicima s kroničnim bolestima i drugim komorbiditetima, u cilju osiguravanja sigurnosti bolesnika i odgovarajuće skrbi za najugroženije (13). Također, promjene u epidemiologiji rezistentnih uzročnika zahtijevaju kontinuirano obnavljanje postojećih smjernica, poput onih za liječenje pneumonija ili infekcija uzrokovanih MRSA-om (6,14).

Mjesto i uloga ceftarolin fosamila (ZINFORO®)

Ceftarolin je cefalosporinski antibiotik s *in vitro* aktivnošću protiv Gram-pozitivnih i Gram-negativnih bakterija. Baktericidno djelovanje posredovano je vezanjem na ključne proteine koji vežu penicilin (PBP, od engl. *penicillin-binding proteins*). Biokemijska ispitivanja su pokazala da ceftarolin ima visoki afinitet za PBP 2a koji posjeduje MRSA te za PBP 2x penicilin-rezistentnih sojeva *Streptococcus pneumoniae*. Stoga minimalne inhibitorne koncentracije (MIK) ceftarolina protiv tih mikroorganizama padaju unutar granica osjetljivosti.

Ceftarolin je indiciran za liječenje izvanbolnički stečene pneumonije i kompliciranih infekcija kože i mekih tkiva u novorođenčadi, dojenčadi, djece, adolescenata i odraslih (15,16). Preporučeno trajanje liječenja iznosi od 5 do 7 dana za izvanbolnički stečene pneumonije, a od 5 do 14 dana za komplicirane infekcije kože i mekih tkiva. Standardna doza u odraslih bolesnika s normalnom bubrežnom funkcijom (klirens kreatinina >50 ml/min) iznosi 600 mg svakih 12 sati, dok se za komplicirane infekcije kože i mekih tkiva za koje je potvrđeno ili se sumnja da su uzrokovane *S. aureusom* primjenjuju više doze (600 mg svakih 8 sati). Preporučene doze za novorođenčad, dojenčad, djecu i adolescente temelje se na farmakokinetičkom modeliranju, a prila-

gođuju se dobi i tjelesnoj težini. Nije potrebna prilagodba doziranja u starijih bolesnika s vrijednostima klirensa kreatinina >50 ml/min. No ako je klirens kreatinina ≤50 ml/min, doza se mora prilagoditi prema uputi u sažetku. Zinforo se primjenjuje intravenskom infuzijom tijekom 5 do 60 minuta za standardnu dozu ili 120 minuta za visoku dozu (15,16).

Ceftarolin je kontraindiciran u slučaju preosjetljivosti na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari, preosjetljivosti na cefalosporinske antibiotike te u slučaju trenutne ili teške preosjetljivosti (npr. anafilaktička reakcija) na bilo koju drugu vrstu beta-laktamskih antibiotika (npr. peniciline ili karbapeneme). Najčešće nuspojave koje se javljaju u bolesnika liječenih ceftarolinom su proljev, glavobolja, mučnina i svrbež, a uglavnom su blage ili umjerene težine. Također se mogu pojaviti bolest uzrokovana bakterijom *Clostridium difficile* i teške reakcije preosjetljivosti. Ispitivanja *in vitro* nisu dokazala značajnije interakcije ceftarolina i drugih antibiotika, npr. amikacina, azitromicina, levofloksacina, linezolida, meropenema i vankomicina (15,16).

Liječenje izvanbolničke pneumonije ceftarolinom

Izvanbolnička pneumonija, osobito u bolesnika s težim oblicima bolesti koji zahtijevaju liječenje u JIL-u, povezana je s visokim mortalitetom osobito u slučaju zakašnjelog i neodgovarajućeg liječenja (17). Dodatni problem u liječenju pneumonija je sve češći dokaz polimikrobne etiologije pneumonije čemu doprinosi napredak u molekularnoj dijagnostici respiratornih infekcija (18).

Nedavna su istraživanja pokazala da je aktivnost ceftarolina na najčešće bakterijske uzročnike izvanbolničke pneumonije superiornija u odnosu na ceftriakson i u istraživanjima *in vitro* (19) i u *in vivo* (20). Istraživanje Teshome i suradnika provedeno na >80.000 bolesnika s izvanbolničkom pneumonijom pokazalo je da je smrtnost bolesnika bila niža ukoliko su u prvih 48 sati po prijemu u bolnicu kao empirijsku terapiju primili lijek koji djeluje i na MRSA-u (9). Za stratifikaciju rizika koristili su se modificirani kriteriji Shorra i suradnika (8).

Smjernice Američkog torakalnog društva i Američkog društva za infektivne bolesti iz 2019. godine (21) te Španjolskog društva za pulmologiju i torakalnu kirurgiju iz 2020. godine (22) uvrstile su **ceftarolin fosamil** u prvu liniju izbora za liječenje bolesnika s izvanbolničkom pneumonijom koja zahtijeva hospitalizaciju, uz ostale beta-laktamske antibiotike (ampicilin-sulbaktam, cefotaksim i ceftriakson). U slučaju prisutnih čimbenika rizika za infekciju uzrokovanu rezistentnim mikroorganizmima, poput MRSA, *Pseudomonas aeruginosa* ili enterobakterija koje produciraju ESBL (prethodni izolat rezistentnih uzročnika, nedavna hospitalizacija ili parenteralno liječenje antibioticima <90 dana), potrebno je odabrati antibiotike s djelovanjem na ove patogene, u kojem slučaju se preporuča kombinacija meropenema, levofloksacina i ceftarolina (22).

U kliničkim studijama dokazana je učinkovitost ceftarolina u liječenju bolesnika s izvanbolničkom pneumonijom uzrokovanom Gram-pozitivnim (*Streptococcus pneumoniae,* MSSA) i Gram-negativnim (*Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Klebsiella pneumoniae*) patogenima. Ceftarolin fosamil nije aktivan protiv sojeva enterobakterija koje proizvode ESBL ili *P. aeruginosa*. Podaci *in vitro* pokazuju da atipične bakterije (*Chlamydophila, Legionella* i *Mycoplasma*) nisu osjetljive na ceftarolin fosamil (23).

Prednosti ceftarolina kao lijeka izbora za liječenje pneumonije su: baktericidno djelovanje, široki spektar djelovanja na Gram-pozitivne i Gram-negativne respiratorne patogene, antistafilokokno djelovanje, niska stopa neuspjeha u odnosu na komparatore i dobar sigurnosni profil. Nedostatci ceftarolina su što nema učinak na *P. aeurginosa*, malo je studija s dokazanim učinkom u slučaju bakterijemijske pneumonije i bolesnika s teškim pneumonijama koji zahtijevaju liječenje u JIL-u te potreba prilagodbe doze u slučaju renalne insuficijencije (15,16,24).

Nema iskustva s primjenom ceftarolina u liječenju izvanbolničke pneumonije u imunokompromitiranih bolesnika, bolesnika s teškom sepsom/septičkim šokom, bolesnika s postojećom teškom bolešću pluća, bolesnika u klasi rizika V prema PORT bodovnom sustavu i/ili s izvanbolničkom pneumonijom koja zahtijeva liječenje u JIL-u ili umjetnu ventilaciju, te u bolesnika s izvanbolničkom pneumonijom čiji je uzročnik MRSA. U liječenju takvih bolesnika savjetuje se oprez (15,16).

Na temelju meta-analize tri klinička ispitivanja faze 3 (FOCUS 1, FOCUS 2 i tzv. azijska studija), liječenje ceftarolinom bilo je superiornije od liječenja ceftriaksonom u odraslih bolesnika s izvanbolničkom pneumonijom III. i IV. stupnja težine prema PORT bodovnom sustavu (24-26). No novija istraživanja, poput preliminarnih rezultata CAPTURE studije, pokazala su da bi ceftarolin mogao biti učinkovit i u liječenju bolesnika s pneumonijom stečenom u bolnici i povezanom s mehaničkom ventilacijom, uključujući i onu uzrokovanu MRSA -om(27).

Komplicirane infekcije kože i mekih tkiva

Infekcije kože i mekih tkiva (IKMT) najčešće su uzrokovane streptokokima zbog čega su benzilpenicilini, fenoksipenicilini i aminopeniclini (sami ili u kombinaciji s inhibitorom beta-laktamaze) uvijek bili lijek izbora u liječenju ovih infekcija. No porast udjela infekcija uzrokovanih zlatnim stafilokokom i u ambulantnim uvjetima i u hospitaliziranih bolesnika, a osobito među bolesnicima s kompliciranim infekcijama, uvjetovao je nužnost uvođenja i drugih antimikrobnih lijekova u paletu empirijskih lijekova. Stoga je dobivanje anamnestičkih podataka o čimbenicima rizika za pojavu MSSA, a osobito MRSA, nužno u procjeni i odabiru odgovarajućeg antimikrobnog lijeka za empirijsko liječenje ovih infekcija. Pokazalo se da na infekciju uzrokovanu stafilokokom ukazuju: prethodna IKMT, muški spol i nepostojanje zdravstvenog statusa. Uz to, prekomjerna tjelesna težina (≥110 kg) bila je čimbenik rizika za pojavu CA-MRSA (28).

Istraživanje provedeno u Australiji na mlađim bolesnicima s purulentnim infekcijama kože koje su zahtijevale bolničko liječenje pokazalo je da se u 60% slučajeva radilo o CA-MRSA. Prediktori izolacije MRSA bili su: prethodna infekcija uzrokovana MRSA-om, hospitalizacija unutar 6 mjeseci i liječenje hemodijalizom. U svega 55,6% slučajeva bolesnici su kao empirijsku terapiju u prvih 48 sati dobili antibiotik s učinkom na izolirani patogen. Bolesnici s infekcijom uzrokovanom CA-MRSA-om u prvih 48 sati rjeđe su u empirijskoj terapiji primili aktivni antibiotik u usporedbi sa bolesnicima u kojih je dokazan MSSA (29).

U kliničkim studijama dokazana je učinkovitost ceftarolina u liječenju bolesnika s kompliciranim IKMT uzrokovanim Gram-pozitivnim (MSSA, MRSA, *Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae,* skupina *Streptococcus anginosus, Streptococcus dysgalactiae*) i Gram-negativnim (*Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella oxytoca, Morganella morganii*) patogenima (30-32).

Nema iskustva s primjenom ceftarolina u liječenju IKMT u imunokompromitiranih bolesnika, bolesnika s teškom sepsom/septičkim šokom, bolesnika s nekrotizirajućim fasciitisom, perirektalnim apscesom,

bolesnika s opeklinama trećeg stupnja ili opsežnim opeklinama, dok je iskustvo u liječenju bolesnika s infekcijama dijabetičkog stopala ograničeno. U liječenju takvih bolesnika savjetuje se oprez. Zinforo se ne smije koristiti za liječenje kompliciranih IKMT čiji je uzročnik *S. aureus* kod kojega je MIK ceftarolina >4 mg/l (15,16).

Rezultati multicentričnog registra kliničke procjene učinka ceftarolina u SAD-u pokazali su da uspješnost liječenja bakterijskih infekcija kože i mekih tkiva ceftarolinom kao lijekom prve ili druge linije liječenja iznosi > 81% (30).

Zaključak

Iako je američka Agencija za hranu i lijekove još 2010. godine odobrila primjenu ceftarolina za liječenje izvanbolničke pneumonije i akutnih bakterijskih infekcija kože i mekih tkiva, postoje studije koje prikazuju rezultate liječenja i u bolesnika sa sepsom, bakterijemijom, endokarditisom, meningitisom, osteomijelitisom, dijabetičkim stopalom i infekcijama povezanim sa stranim tijelima (32).

Upravljanje propisivanjem antimikrobnih lijekova (engl. *antimicrobial stewardship*) i prevencija i suzbijanje infekcija dvije su ključne komplementarne strategije u borbi protiv razvoja i širenja antimikrobne rezistencije. Organizacija i obuka ovih dviju aktivnosti u europskim zemljama su heterogeni, a često nedostaju nacionalni zahtjevi za aktivnostima. Zato je standardizacija i unapređenje ovih aktivnosti imperativ u svjetlu nedavnih i alarmantnih podataka o pripadajućim smrtnim slučajevima i invaliditetu povezanom s antimikrobnom rezistencijom u Europi (13,33).

Iako većina europskih zemalja ima nacionalne smjernice za sprječavanje širenja multiplo rezistentnih mikroorganizama, često se te smjernice nedovoljno provode, za što postoje brojni, uglavnom neopravdani razlozi. Stoga međunarodne aktivnosti za smanjenje širenja multiplo rezistentnih mikroorganizama moraju uzeti u obzir strukturne i kulturne razlike u pojedinim zemljama, kao što je pokazalo istraživanje Tacconelli i suradnika (34).

Svojim širokim spektrom aktivnosti protiv klinički značajnih Gram-pozitivnih (uključujući MRSA-u i rezistentne sojeve pneumokoka) i Gram-negativnih uzročnika izvanbolničke pneumonije i kompliciranih infekcija kože i mekih tkiva, ceftarolin postaje sve važnija terapijska opcija u liječenju ovih infekcija i u odraslih i u djece. Rezultati novijih istraživanja sigurno će pridonijeti boljem spoznavanju kliničke uloge ceftarolina i u liječenju drugih infektivnih bolesti uzrokovanih mikroorganizmima osjetljivim na ceftarolin.

Literatura

1. WHO. The top 10 causes of death. Dostupno na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death (pristupljeno: 01/2020)
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2019-tablicni-podaci/ (pristupljeno: 01/2020)
3. Frei CR, Attridge RT, Mortensen EM, Restrepo MI, Yu Y, Oramasionwu CU, i sur. Guideline-concordant antibiotic use and survival among patients with community-acquired pneumonia admitted to the intensive care unit. Clin Ther. 2010;32:293-9.
4. Grenier C, Pépin J, Nault V, Howson J, Fournier X, Poirier MS, i sur. Impact of guideline-consistent therapy on outcome of patients with healthcare-associated and community-acquired pneumonia. J Antimicrob Chemother. 2011;66:1617-24.
5. Kumar A, Ellis P, Arabi Y, Roberts D, Light B, Parrillo JE, i sur. Initiation of inappropriate antimicrobial therapy results in a fivefold reduction of survival in human septic shock. Chest. 2009;136:1237–48.
6. Kuzman I, Rakušić N, Čivljak R, Puljiz I, Kutleša M, Topić A, i sur. Smjernice za liječenje pneumonija iz opće populacije u odraslih. Liječ Vjesn. 2017;139:177-91.
7. Rubinstein E, Kollef MH, Nathwani D. Pneumonia caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Clin Infect Dis. 2008;46 Suppl 5:S378-85.
8. Shorr AF, Myers DE, Huang DB, Nathanson BH, Emons MF, Kollef MH. A risk score for identifying methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in patients presenting to the hospital with pneumonia. BMC Infect Dis. 2013;13:268.
9. Teshome BF, Lee GC, Reveles KR, Attridge RT, Koeller J, Wang CP, Mortensen EM, Frei CR. Application of a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* risk score for community-onset pneumonia patients and outcomes with initial treatment. BMC Infect Dis. 2015;15:380.
10. Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, Fosheim GE, Albrecht V, Limbago B, Talan DA; EMERGEncy ID NET Study Group. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as an etiology of community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 2012;54:1126-33.
11. De Oliveira DMP, Forde BM, Kidd TJ, Harris PNA, Schembri MA, Beatson SA, i sur. Antimicrobial Resistance in ESKAPE Pathogens. Clin Microbiol Rev. 2020;13;33:e00181-19.
12. Čivljak R, Giannella M, Di Bella S, Petrosillo N. Could chloramphenicol be used against ESKAPE pathogens? A review of in vitro data in the literature from the 21st century. Expert Rev Anti Infect Ther. 2014;12:249-64.
13. Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, i sur.; Burden of AMR Collaborative Group. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2019;19:56-66.
14. Kalenić S, Pal MP, Palcevski VV, Horvatić J, Mestrović T, Barsić B, Stamenić V, Burcar I, Korušić A, Vucić M, Čivljak R, Stancić M, Budimir A. Smjernice za prevenciju, kontrolu i liječenje infekcija koje uzrokuje meticilin-rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA): izmjena i dopuna poglavlja 7.0.: liječenje bolesnika s MRSA-infekcijom. Liječ Vjesn. 2010;132:340-4.
15. HALMED. Agencija za lijekove i medicinske proizvode. Zinforo. Sažetak opisa svojstava lijeka, rujan 2020. Dostupno na: https://www.halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova/Zinforo/10109/ (pristupljeno: 01/2020)
16. European Medicines Agency (EMA). Zinforo (ceftaroline fosamil). Dostupno na: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/zinforo (pristupljno: 01/2020)
17. Cillóniz C, Dominedò C, Garcia-Vidal C, Torres A. Community-acquired pneumonia as an emergency condition. Curr Opin Crit Care. 2018;24:531-9.
18. Cillóniz C, Čivljak R, Nicolini A, Torres A. Polymicrobial community-acquired pneumonia: An emerging entity. Respirology. 2016;21:65-75.
19. Biedenbach DJ, Iaconis JP, Sahm DF. Comparative in vitro activities of ceftaroline and ceftriaxone against bacterial pathogens associated with respiratory tract infections: results from the AWARE surveillance study. J Antimicrob Chemother. 2016;71:3459-64.
20. Lan SH, Chang SP, Lai CC, Lu LC, Chao CM. Efficacy and Safety of ceftaroline for the treatment of community-acquired pneumonia: a systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Med. 2019;8:824.
21. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, i sur. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. an official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200:e45-e67.
22. Menéndez R, Cilloniz C, España PP, Almirall J, Uranga A, Méndez R, Rigau D, Torres A. Community-Acquired Pneumonia. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) Guidelines. 2020 Update. Arch Bronconeumol. 2020;56 Suppl 1:1-10.
23. Ramani A, Udeani G, Evans J, Jandourek A, Cole P, Smith A, Friedland HD. Contemporary use of ceftaroline fosamil for the treatment of community-acquired bacterial pneumonia: CAPTURE study experience. J Chemother. 2014;26:229-34.
24. File TM Jr, Low DE, Eckburg PB, Talbot GH, Friedland HD, Lee J, Llorens L, Critchley IA, Thye DA; FOCUS 1 investigators. FOCUS 1: a randomized, double-blinded, multicentre, Phase III trial of the efficacy and safety of ceftaroline fosamil versus ceftriaxone in community-acquired pneumonia. J Antimicrob Chemother. 2011;66 Suppl 3:iii19-32.
25. Low DE, File TM Jr, Eckburg PB, Talbot GH, David Friedland H, Lee J, Llorens L, Critchley IA, Thye DA; FOCUS 2 investigators. FOCUS 2: a randomized, double-blinded, multicentre, Phase III trial of the efficacy and safety of ceftaroline fosamil versus ceftriaxone in community-acquired pneumonia. J Antimicrob Chemother. 2011;66 Suppl 3:iii33-44.
26. Zhong NS, Sun T, Zhuo C, D'Souza G, Lee SH, Lan NH, Chiang CH, Wilson D, Sun F, Iaconis J, Melnick D. Ceftaroline fosamil versus ceftriaxone for the treatment of Asian patients with community-acquired pneumonia: a randomised, controlled, double-blind, phase 3, non-inferiority with nested superiority trial. Lancet Infect Dis. 2015;15:161-71.
27. Kaye KS, Udeani G, Cole P, Friedland HD. Ceftaroline fosamil for the treatment of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. Hosp Pract (1995). 2015;43:144-9.
28. Lee GC, Hall RG, Boyd NK, Dallas SD, Du LC, Treviño LB, Retzloff C, Treviño SB, Lawson KA, Wilson JP, Olsen RJ, Wang Y, Frei CR. Predictors of community-associated *Staphylococcus aureus*, methicillin-resistant and methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* skin and soft tissue infections in primary-care settings. Epidemiol Infect. 2016;144:3198-204.
29. Macmorran E, Harch S, Athan E, Lane S, Tong S, Crawford L, Krishnaswamy S, Hewagama S. The rise of methicillin resistant *Staphylococcus aureus*: now the dominant cause of skin and soft tissue infection in Central Australia. Epidemiol Infect. 2017;145:2817-26.
30. Guervil DJ, Kaye KS, Hassoun A, Cole P, Huang XY, Friedland HD. Ceftaroline fosamil as first-line versus second-line treatment for acute bacterial skin and skin structure infections (ABSSSI) or community-acquired bacterial pneumonia (CABP). J Chemother. 2016;28:180-6.
31. Scott LJ. Ceftaroline Fosamil: A Review in Complicated Skin and Soft Tissue Infections and Community-Acquired Pneumonia. Drugs. 2016;76:1659-74.
32. Britt RS, Evoy KE, Lee GC, Reveles KR, Sorensen KM, Jones X, Bollinger M, Frei CR. Early use of ceftaroline fosamil in the United States veterans health care system. Drugs. 2017;77:1345-51.
33. Maraolo AE, Ong DSY, Cimen C, Howard P, Kofteridis DP, Schouten J, i sur; ESGAP-EUCIC-TAE Working Group on AMS/IPC mapping in Europe. Organization and training at national level of antimicrobial stewardship and infection control activities in Europe: an ESCMID cross-sectional survey. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2019;38:2061-8.
34. Tacconelli E, Buhl M, Humphreys H, Malek V, Presterl E, Rodriguez-Baño J, Vos MC, Zingg W, Mutters NT; EUCIC StopNegative group. Analysis of the challenges in implementing guidelines to prevent the spread of multidrug-resistant gram-negatives in Europe. BMJ Open. 2019;9:e027683.

Konzumacija alkohola: omjer koristi i rizika

Prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, dr. med.
Hrvatsko katoličko sveučilište
livia.puljak@unicath.hr

Alkohol je otrovna i psihoaktivna tvar koja uzrokuje ovisnost. U mnogim društvima alkoholna pića sastavni su dio druženja i pijenje alkohola je društveno prihvatljivo. U tom je kontekstu lako zanemariti zdravstvenu i socijalnu štetu koju uzrokuje ili kojoj je pridonijelo pijenje alkohola.

Zbog konzumacije alkohola svake godine u svijetu bilježi se više od tri milijuna smrtnih slučajeva, a alkohol doprinosi i invalidnosti i lošem zdravlju milijuna ljudi. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje kako je štetna uporaba alkohola odgovorna za 5,1 % globalnog tereta bolesti.

Štetna uporaba alkohola odgovorna je za 7,1 % globalnog tereta bolesti u muškaraca a 2,2 % u žena. Alkohol je vodeći čimbenik rizika za prijevremenu smrtnost i invalidnost među osobama u dobi od 15 do 49 godina. Ranjive populacije imaju veće stope smrtnosti i hospitalizacije zbog alkohola.

Rizici od prekomjernog pijenja alkohola

Dok za umjerenu konzumaciju alkohola postoje dokazi da može imati određene korisne učinke za zdravlje, prekomjerno pijenje alkohola nema nikakve koristi. Prekomjerna konzumacija alkohola uključuje više od tri alkoholna pića bilo kojeg dana ili više od sedam pića tjedno za žene i za muškarce starije od 65 godina i više od četiri pića bilo kojeg dana ili više od 14 pića tjedno za muškarce od 65 godina i mlađe.

Pretjerano pijenje alkohola može povećati rizik od niza ozbiljnih zdravstvenih problema, uključujući određene karcinome (dojke, usta, grla, jednjaka, jetre), iznenadnu smrt osoba koje već imaju srčanožilne bolesti, oštećenje srčanog mišića (alkoholna kardiomiopatija) što dovodi do srčanog zatajenja, oštećenje živčanog sustava (umno i moralno propadanje, promjene ličnosti, oštećenje perifernih živaca), oštećenje probavnog sustava (mučnina, povraćanje, oštećenje sluznice, proširene vene jednjaka, čirevi želuca, ciroza jetre, oštećenje gušterače, zloćudne novotvorine), oštećenje srčanožilnog sustava (srčane bolesti, moždani udar, visok tlak), oštećenje reproduktivnog sustava (impotencija, neplodnost, komplikacije u trudnoći), oštećenje mozga i drugi problemi u nerođenog djeteta, duševne poremećaje (depresija, apstinencijske smetnje, delirij, suicid), ozljeđivanje (u prometu) itd. Rizik od ovih štetnih učinaka povećava se s količinom konzumiranog alkohola.

Umjereno pijenje alkohola

Novi dokazi ukazuju da čak i pijenje alkohola u preporučenim granicama može povećati ukupan rizik smrti od različitih uzroka, poput nekoliko vrsta karcinoma i nekih oblika srčanožilnih bolesti. Utvrđeno je da alkohol povećava rizik od raka, a za neke vrste karcinoma rizik se povećava čak i pri niskim razinama konzumacije alkohola (manje od jednog pića dnevno).

Iako su prethodna istraživanja pokazala da umjerena konzumacija alkohola može imati neke zaštitne učinke na zdravlje (npr. smanjenje rizika od srčanih bolesti), novija istraživanja pokazuju da to možda nije istina. Iako su neka istraživanja otkrila poboljšane zdravstvene ishode kod umjerene konzumacije pića, nemoguće je zaključiti jesu li ti poboljšani ishodi zaista posljedica umjerene konzumacije alkohola ili drugih razlika u ponašanju ili genetici između ljudi koji piju umjereno i onih koji ne piju alkohol.

Za alkohol se često opisuje da ima hormetičko fiziološko ponašanje koje rezultira ili povećanim ili smanjenim srčanožilnim rizikom, ovisno o konzumiranoj količini, učestalosti pijenja, načinu konzumiranja i ishodima koji se proučavaju ili čak o vrsti konzumiranog alkoholnog pića. **Hormeza se obično definira kao blagotvoran ili stimulativan učinak uzrokovan izlaganjem malim dozama agensa za koji se zna da je otrovan u višim dozama**. Međutim, većina studija koja pojašnjava ulogu alkohola u srčanožilnim bolestima i globalnom opterećenju bolesti oslanja se na epidemiološke studije asocijativne prirode koje imaju niz ograničenja.

Unatoč mogućim kardioprotektivnim učincima niske/umjerene konzumacije alkohola, te potencijalne koristi treba razmotriti u svjetlu niza štetnih učinaka i ozbiljnih problema povezanih s alkoholom.

Piti ili ne piti

Osobe koje ne piju alkohol, sasvim sigurno ne bi trebale početi ga piti radi potencijalnih korisnih učinaka na zdravlje. Osobe koje piju nisku/umjerenu količinu i zdrave su, trebaju imati na umu da i niske/umjerene količine alkohola povećavaju rizik od zdravstvenih posljedica. Znanstveni dokazi ukazuju da ne postoji "sigurna granica“ konzumacije alkohola ispod koje su ljudi sigurni, i rizik od oštećenja zdravlja povećava se sa svakim konzumiranim alkoholnim pićem.

Literatura

Centers for Disease Control. Dietary Guidelines for Alcohol. Dostupno na: https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/moderate-drinking.htm

Di Castelnuovo A, i sur. Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Womenexternal icon. Arch Intern Med 2006;166(22):2437-45.

Rehm J, Shield K. Alcohol consumption. In: Stewart BW, Wild CB, eds. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014

U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. 2020 – 2025 Dietary Guidelines for Americans. 9th Edition, Washington, DC; 2020.

Chikritzhs T, Fillmore K, Stockwell T. A healthy dose of skepticism: four good reasons to think again about protective effects of alcohol on coronary heart disease. Drug Alcohol Rev 2009;28:441–4.

Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T. Evidence about health effects of “moderate” alcohol consumption: reasons for skepticism and public health implications. In: Alcohol and Society 2014. Stockholm: IOGT-NTO & Swedish Society of Medicine, 2014.

Knott CS, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph JP. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. BMJ 2015;350:h384.

Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. BMJ 2014;349:g4164

Naimi TS, Brown DW, Brewer RD, et al. Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking US adults. Am J Prev Med 2005;28(4):369–73.

Rosoff DB, Davey Smith G, Mehta N, Clarke TK, Lohoff FW. Evaluating the relationship between alcohol consumption, tobacco use, and cardiovascular disease: A multivariable Mendelian randomization study. PLoS Med 2020;17:e1003410.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1

Rana posttraumatska plućna embolija na odjelu intenzivne skrbi: incidencija, rizični čimbenici i ishodi liječenja

PORUKA ČLANKA

Brojni bolesnici nakon traume razviju ranu posttraumatsku plućnu emboliju u prva 72 sata nakon traume, što je ujedno i prediktor lošijeg ishoda u takvih bolesnika

Venska trombembolija (VTE) dobro je poznata komplikacija traume. Nedavna istraživanja sugeriraju da se plućna embolija (PE) može dogoditi vrlo rano, čak i odmah nakon ozljede. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učestalost, rizične čimbenike i prognozu rano nastalih PE među bolesnicima hospitaliziranim u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL) uslijed traume. Istraživači su proveli prospektivno istraživanje u trajanju od dvadeset mjeseci za kojih je uključila sve traumatološke bolesnike s potvrđenom dijagnozom PE-a primljene u JIL od 1. siječnja 2017. do 31. kolovoza 2018. Kao rani posttraumatski PE definiran je onaj koja je dijagnosticiran u prva 72 sata od ozljede. Svi uključeni bolesnici ciljano su pregledavani kako bi se potvrdila ili isključila dijagnoza PE-a. Tijekom spomenutog razdoblja hospitalizirano je 365 traumatoloških bolesnika. Dijagnoza posttraumatskog PE-a potvrđena je u 66 bolesnika (18 %). U ovom je istraživanju 27 bolesnika (41,5 %) razvilo PE u prva 72 sata nakon traume. Prema statističkoj analizi autora, čimbenici povezani s razvojem ranog posttraumatskog PE-a u multivarijatnoj analizi bili su pretilost (P = 0,049; OR = 4,04), visok SOFA zbroj (eng. *Sequential Organ Failure Assessment* - SOFA) (P = 0,003; OR = 1,67) i kirurški zahvati (P = 0,033). Nadalje, sepsa i upala pluća stečene uslijed primjene ventilatora bile su povezane s kasnim PE-om (P = 0,019; OR = 5,87). Sveukupno je stopa smrtnosti bila 19,7 %. Ipak, bolesnici kojima je dijagnosticiran rani PE imali su višu stopu smrtnosti nego oni kojima je dijagnosticiran kasni PE (33 % *vs.* 10,2 %). Otkrili su da je jedini neovisni prediktivni čimbenik smrtnosti među bolesnicima s ranim posttraumatskim PE-om uključenom u ovo istraživanje bio APACHEII zbroj na prijemu u JIL (P = 0,011; OR = 1,44). Zaključno, kohorta u ovom istraživanju pokazala je da se mnogi posttraumatski PE javljaju u ranom posttraumatskom razdoblju. Ovo je prvo prospektivno istraživanje provedeno u JIL-u u kojem je primijenjen sustavni protokol probira za posttraumatski PE. Potrebna su daljnja istraživanja s većom populacijom bolesnika da bi se postigli precizniji prediktivni modeli.

(Am J Cardiovasc Dis. 2020; 10(3): 207–218.)

PETRA RADIĆ, dr. med.

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Barčot O, Borić M, Čavar M, Poropat G, Puljak L. Predictive value of abdominal drain amylase for postoperative pancreatic fistula following gastric resection: A systematic review and meta-analysis. **Eur J Surg Oncol (EJSO)**. 2020 Dec 13:S0748-7983(20)31224-5. doi: 10.1016/j.ejso.2020.12.005

Čandrlić M, Perić Kačarević Ž, Ivanišević Z, Tomas M, Včev A, Faj D, Matijević M. Histological and radiological features of a four-phase injectable synthetic bone graft in guided bone regeneration: A case report. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Dec 29;18(1):206. doi: 10.3390/ijerph18010206.

Hlapčić I, Belamarić D, Bosnar M, Kifer D, Vukić Dugac A, Rumora L. Combination of systemic inflammatory biomarkers in assessment of chronic obstructive pulmonary disease: diagnostic performance and identification of networks and clusters. **Diagnostics** (Basel). 2020 Nov 30;10(12):1029. doi: 10.3390/diagnostics10121029.

Jeličić ML, Brusač E, Klarić DA, Nigović B, Turk N, Mornar A. A chromatographic approach to development of 5-aminosalicylate/folic acid fixed-dose combinations for treatment of Crohn's disease and ulcerative colitis. **Sci Rep**. 2020 Nov 30;10(1):20838. doi: 10.1038/s41598-020-77654-2.

Jurakic Toncic R, Jakasa I, Sun Y, Hurault G, Ljubojevic Hadzavdic S, Tanaka RJ, Pavicic B, Balic A, Zuzul K, Petkovic M, Kezic S, Marinovic B. Stratum corneum markers of innate and T helper cell-related immunity and their relation to the disease severity in Croatian patients with atopic dermatitis. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 2021 Jan 21. doi: 10.1111/jdv.17132.

Jurić M, Zeitler J, Vukojević K, Bočina I, Grobe M, Kretzschmar G, Saraga-Babić M, Filipović N. Expression of connexins 37, 43 and 45 in developing human spinal cord and ganglia. **Int J Mol Sci.** 2020 Dec 8;21(24):9356. doi: 10.3390/ijms21249356.

Kenđel Jovanović G, Mrakovcic-Sutic I, Pavičić Žeželj S, Šuša B, Rahelić D, Klobučar Majanović S. The efficacy of an energy-restricted anti-inflammatory diet for the management of obesity in younger adults. **Nutrients**. 2020 Nov 22;12(11):3583. doi: 10.3390/nu12113583.

Kolobarić N, Gradinjan Centner M, Šušnjara P, Matić A, Drenjančević I. Anthropometric and biochemical parameters in relation to dietary habits as early indicator of cardiovascular impairment in young adult cohort. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Dec 9;17(24):9208. doi: 10.3390/ijerph17249208.

Lorencin I, Baressi Šegota S, Anđelić N, Blagojević A, Šušteršić T, Protić A, Arsenijević M, Čabov T, Filipović N, Car Z. Automatic evaluation of the lung condition of COVID-19 patients using X-ray images and convolutional neural networks. **J Pers Med**. 2021 Jan 4;11(1):28. doi: 10.3390/jpm11010028.PMID: 33406788

Ljubas D, Lalovac M, Vince A, Papic N. Brucellosis, a forgotten cause of hepatitis in travelers. **J Travel Med**. 2020 Nov 24:taaa218. doi: 10.1093/jtm/taaa218.

Markovinović L, Knezović I, Kniewald T, Stemberger Marić L, Trkulja V, Tešović G. Enteroadsorbent polymethylsiloxane polyhydrate vs. probiotic Lactobacillus reuteri DSM 17938 in the treatment of rotaviral gastroenteritis in infants and toddlers, a randomized controlled trial. **Front Pediatr**. 2020 Dec 21;8:553960.

Zašećereni napici i sokovi za vrijeme dojenja utječu na kognitivni razvoj djece

PORUKA ČLANKA

Zašećereni napici i sokovi koje konzumiraju majke tijekom ranog razdoblja dojenja mogu negativno utjecati na kognitivni razvoj njihove djece

Već dugo je poznato kako se konzumacija osvježavajućih napitaka i sokova koji sadrže dodatne količine šećera u populaciji stalno povećava, što negativno utječe na zdravlje te može izazvati razne bolesti i stanja, poput pretilosti i šećerne bolesti tipa 2. Manje je poznato da unos zašećerenih napitaka i sokova bogatih fruktozom može utjecati i na središnji živčani sustav te na kognitivne funkcije. Prijašnja istraživanja pokazala su da je somatski rast dojenčadi povezan s količinama zašećerenih napitaka koje konzumiraju njihove majke tijekom dojenja, a u najnovijem istraživanju američki liječnici i znanstvenici ispitali su postoji li takva veza i s neurološkim razvojem dojenčadi.

U navedenom istraživanju sudjelovalo je 88 majki koje su prije trudnoće imale različite indekse tjelesne mase (ITM), te njihova dojenčad. Sve majke su ispunile u 1. i 6. mjesecu života svoje djece iscrpne upitnike o vlastitim prehrambenim navikama te o dojenju. Svoj dojenčadi je u dobi od 24 mjeseca pomoću Bayley-III ljestvice procijenjen stupanj razvoja.

Rezultati istraživanja pokazali su da majke mjesec dana nakon rođenja svoje djece u prosjeku konzumiraju 1656 ± 470 kcal, 21,8 ± 12 g fruktoze te 2,5 ± 2,6 porcija zašećerenih napitaka i sokova. Statistička analiza koja je u obzir uzela dob majke, ITM prije trudnoće, stupanj obrazovanja, konzumaciju u kcal, dob i spol te porođajnu masu djeteta pokazala je da stupanj kognitivnog razvoja djeteta procijenjen u dobi od 24 mjeseca obrnuto korelira s majčinim unosom fruktoze u dobi od mjesec dana ($P < 0{,}01$). No, navedena povezanost kognitivnog razvoja dojenčadi s majčinom konzumacijom fruktoze nije bila značajna nakon prilagodbe za unos zašećerenih napitaka i sokova ($P = 0{,}07$), dok je slično kao i s majčinom konzumacijom fruktoze bez prilagodbe unos zašećerenih napitaka i sokova značajno obrnuto korelirao sa stupnjem kognitivnog razvoja dojenčadi ($P = 0{,}02$). S druge strane, nije nađena ista povezanost stupnja kognitivnog razvoja dojenčadi u dobi od 24 mjeseca te majčine konzumacije fruktoze i unosa zašećerenih napitaka i sokova u vrijeme dok su njihova djeca imala 6 mjeseci.

Na temelju navedenih rezultata autori zaključuju da na neurološki razvoj dojenčadi tijekom prve dvije godine života može utjecati majčina konzumacija fruktoze tijekom ranog razdoblja dojenja, što se pak može pripisati konzumaciji zašećerenih napitaka i sokova. Istaknuli su kako iz toga proizlazi da pozitivan učinak majčina mlijeka na razvoj dojenačkog mozga ipak može biti ugrožen ako majka tijekom razdoblja dojenja ima prehranu manje bogatu fruktozom iz zašećerenih napitaka i sokova. Naposljetku su napomenuli kako bi trebalo nadopuniti postojeće upute i poboljšati prehranu dojilja, čime bi se utjecalo na postizanje optimalnih kognitivnih kapaciteta djeteta.

(Am J Clin Nutr. 2020 Oct 6;nqaa255. doi: 10.1093/ajcn/nqaa255)

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

doi: 10.3389/fped.2020.553960. eCollection 2020.

Meštrović T, Matijašić M, Perić M, Čipčić Paljetak H, Barešić A, Verbanac D. The role of gut, vaginal, and urinary microbiome in urinary tract infections: from bench to bedside. **Diagnostics** (Basel). 2020 Dec 22;11(1):7. doi: 10.3390/diagnostics11010007.

Mikolasevic I, Domislovic V, Klapan M, Juric T, Lukic A, Krznaric-Zrnic I, Fuckar-Cupic D, Stimac D, Filipec Kanizaj T, Krznaric Z, Radic-Kristo D, Milic S, Martinovic M, Grubesic A, Grgurevic I. Accuracy of controlled attenuation parameter and liver stiffness measurement in patients with non-alcoholic fatty liver disease. **Ultrasound Med Biol**. 2021 Mar;47(3):428-437. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2020.11.015. Epub 2021 Jan 6.

Mokrovic H, Komen S, Gulan L, Gulan G. Radiographic analysis of the proximal femoral anatomy in the Croatian population. **Int Orthop**. 2021 Jan 13. doi: 10.1007/s00264-021-04942-5.

Nujić D, Musić Milanović S, Milas V, Miškulin I, Ivić V, Milas J. Association between child/adolescent overweight/obesity and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. **Pediatr Obes**. 2020 Dec 21:e12742. doi: 10.1111/ijpo.12742.

Plužarić V, Štefanić M, Mihalj M, Tolušić Levak M, Muršić I, Glavaš-Obrovac L, Petrek M, Balogh P, Tokić S. Differential skewing of circulating MR1-restricted and γδ T Cells in human Psoriasis Vulgaris. **Front Immunol.** 2020 Dec 3;11:572924. doi: 10.3389/fimmu.2020.572924. eCollection 2020.

Romic I, Pavlek G, Romic M, Romic R. Isolated liver tuberculoma infiltrating anterior abdominal wall and skin. **Liver Int**. 2020 Dec 14. doi: 10.1111/liv.14764.

Rusic D, Bukić J, Seselja Perisin A, Leskur D, Modun D, Petric A, Vilovic M, Bozic J. Are we making the most of community pharmacies? Implementation of antimicrobial stewardship measures in community pharmacies: A narrative review. **Antibiotics (Basel)**. 2021 Jan 11;10(1):E63. doi: 10.3390/antibiotics10010063

Sremec J, Tomasović S, Tomić Sremec N, Šućur A, Košćak Lukač J, Bačić Baronica K, Grčević D, Kovačić N. Elevated Concentrations of Soluble Fas and FasL in Multiple Sclerosis Patients with Antinuclear Antibodies. **J Clin Med.** 2020 Nov 26;9(12):3845. doi: 10.3390/jcm9123845.

Šagud M, Tudor L, Šimunić L, Jezernik D, Madžarac Z, Jakšić N, Mihaljević Peleš A, Vuksan-Ćusa B, Šimunović Filipčić I, Stefanović I, Kosanović Rajačić B, Kudlek Mikulić S, Pivac N. Physical and social anhedonia are associated with suicidality in major depression, but not in schizophrenia. **Suicide Life Threat Behav**. 2020 Dec 14. doi: 10.1111/sltb.12724.

Vrdoljak E, Gligorov J, Wierinck L, Conte P, De Grève J, Meunier F, Palmieri C, Travado L, Walker A, Wiseman T, Wuerstlein R, Alba E, Biurrún C, D'Antona R, Sola-Morales O, Ubaysi C, Ventura R, Cardoso F. Addressing disparities and challenges in underserved patient populations with metastatic breast cancer in Europe. **Breast.** 2020 Dec 13;55:79-90. doi: 10.1016/j.breast.2020.12.005..

Vrdoljak E, Sekerija M, Plestina S, Belac Lovasic I, Katalinic Jankovic V, Garattini L, Bobinac A, Voncina L. Is it too expensive to fight cancer? Analysis of incremental costs and benefits of the Croatian National Plan Against Cancer. **Eur J Health Econ**. 2021 Jan 13. doi: 10.1007/s10198-020-01262-0.

Vrljičak Davidović N, Komić L, Mešin I, Kotarac M, Okmažić D, Franić T. Registry versus publication: discrepancy of primary outcomes and possible outcome reporting bias in child and adolescent mental health. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. 2021 Jan 18. doi: 10.1007/s00787-020-01710-5.

Vukičević D, Polašek O. Optimizing the diagnostic capacity for COVID-19 PCR testing for low resource and high demand settings: The development of information-dependent pooling protocol. **J Glob Health**. 2020 Dec;10(2):020515. doi: 10.7189/jogh.10.020515. Epub 2020 Dec 30.

Vuković P, Peccatori FA, Massarotti C, Miralles MS, Beketić-Orešković L, Lambertini M. Preimplantation genetic testing for carriers of BRCA1/2 pathogenic variants. **Crit Rev Oncol Hematol**. 2021 Jan;157:103201. doi: 10.1016/j.critrevonc.2020.103201. Epub 2020 Dec 29.

Dulce cum utili!

Pravna terminologija u liječničkoj struci

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

Funkcionalna raslojenost službenoga i javnoga hrvatskoga jezika

U službenoj se i javnoj komunikaciji razlikuje publicistički, administrativni i znanstveni funkcionalni stil hrvatskoga jezika. Njihova podjela proizlazi iz različitosti ljudskoga djelovanja, odnosno iz konteksta u kojima se jezična djelatnost odvija. Svi ti stilovi služe prenošenju spoznaja o svim područjima svijeta i čovjekova života i time utječu na oblikovanje ljudske zajednice. Zato se jezik prilagođuje raznolikim socijalnim strukturama društva na koje se odnosi te se neprestano mora razvijati u skladu sa životnim potrebama određenoga društva.

U ovom ćemo broju *Liječničkih novina* govoriti o nekoliko pravnih termina koje nalazimo, uz ostale struke, i u liječničkoj.

Pravni termini u drugim područjima osim u pravu

Jezik prava svojim osobinama pripada administrativnome stilu hrvatskoga jezika. Upotrebljava se u zakonima, pravilnicima, propisima, upravnim i sudskim aktima, uredbama, parnicama, rješenjima i različitim odlukama. Pravna komunikacija u društvu zauzima važno mjesto jer je njezina temeljna funkcija raspodijeliti privilegije i obveze svim članovima društva. Iz takve funkcije pravnoga diskursa nužno proizlazi i sukob dviju suprotstavljenih strana – strane koja upućuje i propisuje s namjerom da utječe na ponašanje druge strane, ali isto tako mora biti spremna promijeniti i unaprijediti svoja ponašanja i djelovanja, i strane koja je dužna u skladu s tim uputama i propisima djelovati te uskladiti, promijeniti i unaprijediti svoja ponašanja i djelovanja.

Često je i pravni jezik temelj određene vrste sukoba. Naime, osobine pravnoga jezika određene su njegovom propisivačkom (preskriptivnom) funkcijom, odnosno zadaćom reguliranja sveukupnih odnosa u društvu. Njegove se osobine mogu prepoznati na raznim razinama – od jezičnih do formalnih koje mora zadovoljiti takav tip teksta kako bi udovoljio strogom institucijskome kontekstu u kojem se odvija pravna komunikacija.

Jezičnih smo osobina pravnoga teksta najčešće svjesni na razini riječi i na razini spojeva riječi. Tako su mu svojstvene riječi: *zakon, tužitelj, tuženik, nagodba, spor, parnica, presuda, zahtjev, žalba, presuda, zastara, pristupnik* te spojevi riječi: *na temelju zakona, uputa o pravnom lijeku, parnični postupak, izvansudska nagodba, braniti se šutnjom, uložiti žalbu, podnijeti tužbu/prigovor, pobijati tvrdnju/presudu/dokaz* i sl.

Najveći problem u razumijevanju pravnoga diskursa mogu izazvati rečenične konstrukcije koje se poretkom svojih elemenata razlikuju od uobičajenoga reda riječi, izostavljanje nekih riječi ili konstrukcija, upućivanje na izvanjezičnu stvarnost koja pravnim nestručnjacima ne mora biti poznata, ali ih obvezuje, uporaba riječi u njihovu pogrešnu značenju ili, poput slučaja kojim ćemo započeti sljedeće poglavlje, nepreciznost u oblikovanju dokumenata koji nas pravno obvezuju, a do kojih dolazi zbog nerazumijevanja pravne norme i značenja riječi u hrvatskome pravnom nazivlju.

Liječnici – sudionici porezno-pravnog odnosa

Budući da se nalazimo u veljači, mjesecu u kojem se prijavljuje godišnji porez na dohodak, i s obzirom na to da su i liječnici sudionici porezno-pravnog odnosa (termin preuzet iz *Općega poreznog zakona*), ili jednostavnije rečeno, porezni obveznici, čini mi se zanimljivim, a prije svega iznimno korisnim uputiti na neke jezične anomalije.

U temeljnome se poreznom zakonu, *Općem poreznom zakonu*, ovlasti **opunomoćenika** i **poreznoga savjetnika** bitno razlikuju, dok se u obrascu godišnje porezne prijave (obrazac DOH) koji se nalazi na stranicama Ministarstva financija (Porezne uprave) i Središnji državni portal (e-Građani), ta dva pojma ne odvajaju, nego se navode u jednoj rubrici i odvajaju samo kosom crtom kao da se smatraju sinonimima (riječima ista značenja). Nažalost, upravo zbog toga prije nekoliko godina je moje privremeno porezno rješenje bilo upućeno na ime osobe koja nije bila moj opunomoćenik i kao takva nije bila ovlaštena primiti moje privremeno porezno rješenje, ali je bila moj porezni savjetnik te je u toj ulozi bila navedena u mojoj poreznoj prijavi. Dakle zbog nepravilnosti obrasca za podnošenje godišnje porezne prijave i zbog nerazlikovanja termina *porezni savjetnik* i *opunomoćenik* došlo je do nepoštivanja *Opće uredbe o zaštiti podataka* (GDPR-a) koja je na snazi od 25. 5. 2018. godine.

Isto se tako ne vodi računa o različitom značenju riječi *primitak, dostava* ili *isporuka* koje se ne tumače u značenju „**dobiti** ono što je upućeno, poslano [*primiti pismo*; *primiti paket*]“, nego u značenju riječi *slanje* čime se poreznom obvezniku ne počinju obračunavati kamate nakon proteka roka od 15 dana od dana primitka rješenja, već 15 dana od dostavljanja obavijesti o obavljenoj dostavi poreznoga akta.

Počinjenje kaznenoga djela svjesnim ili nesvjesnim nehajem

Zdravlje je zaštićeno Ustavom RH i međunarodnim i europskim konvencijama i dokumen-

tima. Ono se smatra jednim od najviših pravnih dobara. Kao takvo, ono je i zakonski zaštićeno. U hrvatskome je zakonodavstvu nesavjesno liječenje navedeno kao zasebno kazneno djelo. Budući da je to vrlo osjetljivo područje jer se u zakonu moraju postaviti granice odgovornosti dovoljno široko kako bi se pružila odgovarajuća zaštita zdravlja bolesnika, a opet one ne smiju prelaziti granicu u onoj mjeri u kojoj bi se mogla unijeti pravna nesigurnost u obavljanje zdravstvenoga poziva. Hrvatski zakonodavac je tom izazovu odgovorio tako da je kod normiranja kaznenoga djela nesavjesnoga liječenja predvidio i nehajni oblik. Ne ulazeći dublje u zakonsku regulativu, ograničit ćemo se na pojam **nehaj** koji se javlja u člancima *Kaznenoga zakona* u kojima se govori o nesavjesnom liječenju. U pravnoj se terminologiji javlja i pojam **nehat** koji u komunikaciji ponekad zamjenjuje pojam nehaj. Je li riječ o riječima ista značenja?

Ubojstvo iz nehata u pravu se definira kao 'slučajno, nenamjerno ubojstvo, bez dužne brige da se izbjegne'. **Nȅhāt** *m* je na *Hrvatskome jezičnom portalu* definiran kao 'nemarnost, nezainteresiranost, nehaj; lakši oblik krivnje, nehotično izvršenje kaznenoga djela'. Hrvatski školski rječnik **nȅhāj** m. definira kao 'nedostatak brige za što; sin. nemar'.

Kako bi se izbjeglo pogrešno tumačenje riječi, u članku 29. *Kaznenoga zakona* definira se kazneno djelo koje se može počiniti sa svjesnim ili nesvjesnim nehajem te se kaže da počinitelj 'postupa sa svjesnim nehajem kad je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, ali lakomisleno smatra da se to neće dogoditi ili da će to moći spriječiti.' U istom je članku definiramo da 'počinitelj postupa s nesvjesnim nehajem kad nije svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, iako je prema okolnostima bio dužan i prema svojim osobnim svojstvima mogao biti svjestan te mogućnosti.'

Dakle, može se primijetiti kako se nehat i nehaj gotovo isto definiraju u rječnicima, ali da zakonodavac zato uvodi u Kaznenom zakonu razgraničenje svjesnoga od nesvjesnoga nehaja. Kako bismo bolje rasvijetlili ove pojmove, objasnit ćemo još da prilog *hotimice* znači 'vlastitom voljom i s namjerom, namjerno, npr. hotimice izazvati nesporazum, a da se prilog *nehotice*, tj. *nehotično, nenamjerno, slučajno*, javlja kao antonim, odnosno riječ koja ima suprotno značenje.

Zaključak

Da bi se sukob dviju temeljnih strana u pravnom odnosu ublažio, propisano je da su sudionici pravnoga odnosa **dužni postupati u dobroj vjeri**, **što znači da u pravnom odnosu moraju** savjesno i pošteno postupati u skladu sa zakonom (članak 9. *Općega poreznog zakona*). Uz takvo će se postupanje izbjeći posljedice koje bi mogla izazvati čak i tiskarska pogreška na koju sam naišla u jednom pravnom aktu u kojem se navodi **panični**, umjesto **parnični trošak**.

Pravo djeteta na zdravlje

Obveze roditelja i službi zdravstvene zaštite u zaštiti djetetova zdravlja

BRANKA REŠETAR
Prof. dr. sc. Branka Rešetar, Pravni fakultet
Sveučilište Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku

1. Uvod

Ostvarivanje prava djeteta na zdravlje u privatnopravnom kontekstu primarna je obveza roditelja, dok njegovo pravo na zdravlje u javnom kontekstu predstavlja obvezu države, odnosno nositelja društvene skrbi za zdravlje stanovništva. Pravo djeteta na zdravlje prema zahtjevima UN-ove Konvencije o pravima djeteta mora biti prioritet javnih politika u području zdravstvene zaštite.

Pravo djeteta na zdravlje jamči se svakom djetetu na međunarodnoj razini UN-om Konvencijom o pravima djeteta, na temelju čega UN-ov Odbor za prava djece daje smjernice nacionalnim sustavima kako organizirati skrb o zdravlju djeteta u skladu s međunarodnim standardima, bilo da se radi o obvezi roditelji ili obvezi države da osigura svakom djetetu pravo na zdravlje i skrb o zdravlju.

Kada je riječ o skrbi za djetetovo zdravlje u privatnopravnom kontekstu, tada primarna obveza brige o njegovom zdravlju predstavlja pravo i obvezu roditelja, a iznimno i drugih članova obitelji, što uređuje Obiteljski zakon (NN 103/2015).

Na ovom će se mjestu najprije s razine međunarodnog prava definirati što je to pravo djeteta na zdravlje, koje su obveze države, odnosno nositelja društvene skrbi za zdravlje stanovništva u ostvarivanju prava djeteta na zdravlje. Potom će se pravo djeteta na zdravlje objasniti u okviru hrvatskog obiteljskog prava, gdje će biti istaknute obveze roditelja u skrbi o djetetovu zdravlju, najprije u okolnostima u kojima roditelji žive zajedno s djetetom, a onda i u okolnostima u kojima dijete ne živi s oba roditelja zbog, primjerice, razvoda braka ili prestanka izvanbračne zajednice.

2. Pravo djeteta na zdravlje prema Konvenciji UN-a o pravima djeteta

Pravo djeteta na zdravlje u međunarodnom pravu regulirano je odredbom čl. 24. Konvencije UN-a o pravima djeteta prema kojoj *„svako dijete ima pravo na najvišu moguću razinu u očuvanju zdravlja, liječenju i rehabilitaciji.“*

Najviši mogući standard zdravstvene zaštite uzima u obzir s jedne strane djetetove biološke, socijalne, kulturalne i ekonomske mogućnosti, a s druge strane mogućnosti države.

Svako dijete ima pravo na kvalitetnu zdravstvenu uslugu uključujući prevenciju,

>>

promociju, tretman, rehabilitaciju i palijativnu skrb. Na primarnoj razini zdravstvene službe moraju biti dostupne brojčano, po kvaliteti i funkcionalno te biti dostupne svakom djetetu. Zdravstveni sustav, pored dužnosti da omogući korištenje zdravstvenih službi svakom djetetu i pruži mu zdravstvenu skrb, ima obvezu da informira nadležna tijela o povredama prava djeteta na zdravlje i slučajeve socijalne nepravde u području zdravstvene skrbi o djeci. Sekundarna i tercijarna razina zdravstvene zaštite također moraju biti dostupne djeci koliko god je to moguće, uključujući funkcionalne referalne sustave koji povezuju zajednicu i obitelj na svim razinama zdravstvenog sustava.

Niti jedno dijete ne smije biti lišeno pristupa zdravstvenim službama, s posebnim naglaskom na djecu iz ruralnih područja i djecu pripadnika ranjivih skupina stanovništva. Svaka prepreka koja stoji na putu ostvarivanju prava djeteta na zdravlje (financijska, institucionalna, kulturalna, socijalna) moraju biti uklonjene iz društva.

Svako dijete ima pravo sudjelovanja u donošenju odluka o svom zdravlju i liječenju, pravo na povjerljivo savjetovanje bez prisutnosti i suglasnosti roditelja, u skladu s djetetovim razvojnim kapacitetima i, ako je to u najboljem interesu djeteta, prema procjeni zdravstvenog djelatnika.

3. Načela i pretpostavke za realizaciju prava djeteta na zdravlje

UN-ov Odbor za prava djece ističe šest temeljnih načela za ostvarivanje prava djeteta na zdravlje u javnom kontekstu: 1. nedjeljivost i međuovisnost prava na zdravlje i svih ostalih prava djece, 2. pravo djeteta bez diskriminiranja u realizaciji prava na zdravlje, 3. načelo najboljeg interesa djeteta, 4. pravo na život, preživljavanje i razvoj, 5. pravo djeteta da izrazi svoje mišljenje i 6. poštivanje razvojnih potencijala u životu djeteta.

Nedjeljivost i međuovisnost prava na zdravlje i svih ostalih prava djece znači da je njihovo pravo na zdravlje međuovisno i povezano s ostvarivanjem svih drugih djetetovih prava kao što su pravo na razvoj mentalnih i fizičkih potencijala, razvoj osobnosti i djetetovih talenata u skladu s njegovim mogućnostima, pravo na obrazovanje, pravo na život u obitelji, pravo da ne bude odvojeno od roditelja, pravo djeteta da izrazi mišljenje u svim stvarima koje se odnose na njega i dr. prava djece.

Puna realizacija prava na zdravlje mora biti dostupna svakom djetetu **bez diskriminacije,** uključujući i zabranu diskriminacije djetetovih roditelja po bilo kojoj osnovi, rasi, spolu, jeziku, vjeri, političkom mišljenju, nacionalnosti, etničkoj ili društvenoj pripadnosti, imovinskom statusu i dr. Iznimno treba voditi računa o ostvarivanju prava na zdravlje posebno ranjive skupine djece izbjeglica, romske djece, djece bez roditeljske skrbi, djece s poteškoćama u razvoju.

Načelo najboljeg interesa djeteta je načelo o kojem privatne i javne službe zdravstvene zaštite moraju primarno voditi računa, a posebno su dužne voditi računa o najboljim interesima ranjive skupine djece. Individualno će se ostvarivanje načela najboljeg interesa pojedinog djeteta temeljiti na njegovim tjelesnim, emocionalnim, socijalnim i obrazovnim potrebama, zatim na dobi i spolu djeteta, na odnosu djeteta s roditeljima ili drugim osobama koje skrbe o njemu, te djetetovom obiteljskom i socijalnom okruženju. Posebno je važan segment u ostvarivanju najboljeg interesa djeteta u pogledu prava na zdravlje ostvarivanje njegovih prava da izrazi svoje mišljenje.

UN-ov Odbor za prava djece ističe središnju ulogu načela najboljeg interesa djeteta u ostvarivanju prava na zdravlje, pri čemu najbolji njegovi interesi u ostvarivanju prava na zdravlje moraju biti: 1. vodeća smjernica u medicinskim tretmanima bez obzira na financijske terete kad god je to moguće, 2. uključivati pomoć za mirno rješavanje sporova kad postoji konflikt između roditelja i zdravstvenih radnika i 3. utjecati na razvoj politika kojima se iz djetetovog okruženja uklanja sve što ometa njegov zdrav razvoj.

Pravo djeteta da izrazi svoje mišljenje i da njegovo mišljenje bude uzeto u obzir u skladu s njegovom dobi i razvojem neizostavan je element načela njegovog najboljeg interesa i prava na zdravlje. Ovo uključuje mišljenje djeteta o svim aspektima liječenja i očuvanja njegova zdravlja, mišljenje o odabiru zdravstvene službe, otklanjanju prepreka za ostvarivanje najbolje zdravstvene zaštite, jačanje djetetova potencijala radi povećanja njegove odgovornosti za brigu o vlastitom zdravlju, uključivanje djece u istraživanja o njihovim zdravstvenim izazovima, razvojnim potrebama i očekivanjima radi doprinosa u razvoju efikasnih zdravstvenih intervencija i programa, neovisno o roditeljima,

Što se tiče **poštivanja razvojnih potencijala djeteta** u ostvarivanju njegovih prava na zdravlje nužno je imati u vidu da je djetinjstvo razdoblje kontinuiranog rasta i razvoja od rođenja, preko predškolske dobi do adolescencije. Svako razdoblje djetetovog odrastanja značajno je i važno kao i promjene njegova fizičkog, psihičkog, emocionalnog i socijalnog razvoja. Svaka faza razvoja kao i cjelokupno odrastanje djeteta utječu na njegovo zdravlje, potencijale, rizike i mogućnosti. Uzimanje u obzir životnih faza odrastanja djeteta ključno je za razumijevanje kako zdravstveni problemi povezani s odrastanjem djece utječu na javno zdravstvo općenito. Poštivanja razvojnih potencijala djeteta ujedno utječe na njegovo autonomno i neovisno donošenje odluka o vlastitom zdravlju i liječenju, bilo da se radi o informiranom pristanku starijeg djeteta ili o uzimanju u obzir mišljenja mlađeg djeteta. Iznimno je važno voditi računa o uključivanju posebno ranjive djece u donošenje odluka o njihovu zdravlju i liječenju, kao što su djeca s poteškoćama u razvoju, djeca romske pripadnosti, djeca izbjeglice ili djeca bez roditeljske skrbi.

4. Međunarodne smjernice za roditelje u ostvarivanju prava djeteta na zdravlje

Roditelji su najvažniji segment zaštite zdravlja djeteta posebno u vidu rane dijagnoze, skrbi o djeci niže dobi, kao i najvažniji zaštitni faktor protiv visokorizičnog ponašanja djece u adolescenciji, kao što je uporaba opojnih supstancija i rizičnog (nezaštićenog) spolnog ponašanja. Roditelji također imaju središnju ulogu u promicanju zdravog razvoja djeteta, njegovoj zaštiti od slučajnih ozljeda i nasilja ublažavanjem negativnih posljedica rizičnog ponašanja. Socijalizacija djece, koja je ključna za razumijevanje i prilagodbu svijetu u kojem ona odrastaju, događa se pod snažnim utjecajem upravo roditelja i šire obitelji, odnosno osoba kojima je povjerena skrb o djetetu. Država ima obvezu da uvodi dokazano učinkovite mjere kojima se podupire kvalitetna skrb o djeci, edukacija roditelja o roditeljskim vještinama, grupne podrške i obiteljsko savjetovanje, posebno za obitelji koje imaju iskustvo sa zdravstvenim i socijalnim poteškoćama djeteta. U skladu s međunarodnim smjernicama roditelji su odgovorni skrbiti se o djeci u njihovom najboljem interesu, a kad je to potrebno imaju pravo na pomoć države. Roditelji sudužni skrbiti se o zdravlju djeteta i štititi njegovo zdravlje uzimajući u obzir razvojnu dob djeteta, te su mu dužni omogućiti zdravo odrastanje i razvoj.

5. Pravo djeteta na zdravlje i obveza roditelja za skrb o djetetovom zdravlju prema Obiteljskom zakonu

Silazak s međunarodne scene na kojoj se države članice obvezuju na ostvarivanje prava djeteta na zdravlje temeljem UN-ove Konvencije o pravima djeteta dovodi nas u područje obitelji i obiteljskih odnosa, odno-

sno nacionalne propise koji uređuju područje roditeljske skrbi, ali i ostvarivanja roditeljske skrbi u okolnostima u kojima dijete ne živi s oba roditelja, bilo da se radi o razvodu braka, prestanku izvanbračne zajednice ili u okolnostima izvanbračno rođenog djeteta čiji roditelji nikada nisu živjeli zajedno.

Obiteljski zakon (OZ) među osobna prava djeteta ubraja pravo djeteta na skrb za život i zdravlje u obitelji (čl. 84. st. 1.). Pravo djeteta na skrb za život i zdravlje neodvojivo je povezano s još dva prava djeteta regulirana OZ-om: pravo djeteta na informirani pristanak na medicinske postupke (čl. 88.) i pravo djeteta na izražavanje mišljenja (čl. 86).

Pravo djeteta na informirani pristanak daje pravu djetetu koje je navršilo 16 godina i koje je prema ocjeni doktora medicine dovoljno zrelo za donošenje odluke o preventivnom, dijagnostičkom ili terapijskom postupku u vezi sa svojim zdravljem ili liječenjem, da samostalno izjavi pristanak na pregled, pretragu ili medicinski postupak. Ako se prema procjeni doktora medicine radi o medicinskom postupku koji je povezan s rizicima teških posljedica za fizičko ili psihičko zdravlje djeteta, uz pristanak djeteta potrebna je i suglasnost roditelja ili drugog zakonskog zastupnika. U slučaju spora između djeteta i roditelja o poduzimanju rizičnog medicinskog zahvata odluku donosi sud u izvanparničnom postupku za zahtjev djeteta ili roditelja. Ako je riječ o neodgodivoj medicinskoj intervenciji, primjenjuju se odredbe posebnog propisa koji uređuje prava pacijenata (čl. 88. OZ-a).

Pravo djeteta na izražavanje mišljenja obvezuje roditelje i druge osobe koje se skrbe o djetetu da su dužni poštovati mišljenje djeteta u skladu s njegovom dobi i zrelošću. U svim postupcima u kojima se odlučuje o nekom djetetovu pravu ili njegovu interesu dijete ima pravo na prikladan način: a) saznati važne okolnosti slučaja, b) dobiti savjet i izraziti svoje mišljenje te c) biti obaviješteno o mogućim posljedicama poštivanja svoga mišljenja. Mišljenje djeteta se uzima u obzir u skladu s njegovom dobi i zrelošću (čl. 86. OZ-a).

Nasuprot osobnom pravu djeteta na skrb o zdravlju, Obiteljski zakon regulira obvezu i odgovornost roditelja da se skrbe o svim osobnim pravima djeteta, a to znači da je skrb o zdravlju djeteta jedan dio roditeljske skrbi. Odredba čl. 91. OZ-a roditeljsku skrb definira kao: „*odgovornosti, dužnosti i prava roditelja, u svrhu zaštite i promicanja djetetovih osobnih i imovinskih prava te dobrobiti. Roditeljsku skrb roditelji su dužni ostvarivati u skladu s djetetovim razvojnim potrebama i mogućnostima.*“

U sadržaj roditeljske skrbi ulazi zaštita osobnih prava djeteta među koja se ubraja zaštita djetetovog zdravlja, razvoja, kao i njegova njega. Ovu obvezu OZ dalje definira kao dužnost roditelja skrbiti se o zdravlju djeteta te mu omogućiti korištenje mjera za čuvanje, unaprjeđenje i vraćanje zdravlja, sukladno propisima kojima se uređuje zdravstvo i zahtjevima medicinske znanosti (čl. 92. i čl. 93. OZ-a).

Roditelji su ravnopravni i imaju pravo i dužnost zajednički ostvarivati roditeljsku skrb, što postaje složeno pitanje u okolnostima u kojima roditelji (više) ne žive zajedno. Kad roditelji ne žive zajedno roditeljsku skrb ostvaruju zajednički na temelju plana o zajedničkoj roditeljske skrbi ili na temelju odluke suda koja se temelji na sporazumu roditelja (čl. 104. OB-a). Roditelji samostalno ostvaruju skrb kad je jedan roditelj umro, proglašen umrlim, odsutan i nepoznatog boravišta ili na temelju odluke suda (čl. 105. OZ-a)

Što to znači konkretno za skrb o zdravlju djeteta i donošenje odluka koje se tiču očuvanja zdravlja i donošenja odluka o medicinskim postupcima u vezi s djetetom?

Odluke koje se tiču skrbi o djetetovom zdravlju donose roditelji, a u nekim slučajevima to mogu biti osobe koje su djetetovi skrbnici (npr. ako su roditelji umrli ili su lišeni prava na roditeljsku skrb u sudskom postupku).

Odluke o zdravlju i liječenju djeteta su odluke za koje se presumira da postoji suglasnost drugog roditelja, pa je za donošenje odluka o medicinskim postupcima dovoljan pristanak samo jednog roditelja (čl. 108. st. 3. OZ-a).

Odredba čl. 108. st. 3. OZ-a propisuje: „*Odluke koje su bitne za dijete i koje mogu znatno utjecati na život djeteta kao što su …..izvanredni medicinski postupci ili liječenje…predstavljaju odluke za koje se smatra da je drugi roditelj dao svoju suglasnost.* „

Na temeljem pravničkog tumačenja norme i zaključivanja „*argumentum a maiori ad minus*“ (od većega na manje), kada netko ima veću ovlast, samim tim ima pravo na manje, sadržano u većem, iz čega proizlazi da svaki roditelj ima pravo dati suglasnost na redovito i izvanredne medicinske postupke ili liječenje. Iz perspektive liječnika, dovoljan je pristanak samo jednog roditelja kad je u pitanju medicinski postupak u vezi s djetetom.

Problem može nastupiti ako bi se drugi roditelj usprotivio nekom medicinskom postupku, kad nastupa spor između roditelja koji mora razriješiti sud (čl. 109. OZ-a), osim ako je riječ o hitnim stanjima kad je pacijentu neposredno ugrožen život ili prijeti opasnost težeg oštećenja zdravlja pacijenta i ne zahtijeva se ničiji informirani pristanak (čl. 18. Zakona o zaštiti prava pacijenata i čl. 88. st. 4. OZ-a).

U hitnim okolnostima i kad prijeti opasnost za dijete svaki roditelj bez obzira ostvaruju li roditelji zajedničku roditeljsku skrb, kao i svaki član obitelji s kojim dijete živi, ima pravo donijeti odluke o poduzimanju nužnih radnji u skladu s djetetovom dobrobiti i u najkraćem roku o tome obavijestiti drugog roditelja (čl. 110. st. 3. i 5. OZ-a). Ove odluke mogu se odnositi i na zaštitu djetetovog prava na zdravlje.

Pored toga **svaki roditelj, bez obzira ostvaruje li se roditeljska skrb zajednički ili samostalno, ima pravo na informacije o bitnim okolnostima vezanima za djetetovo zdravlje. Stoga svaki roditelj ima pravo tražiti i dobiti informacije o zdravlju djeteta, u mjeri u kojoj to nije u suprotnosti s djetetovom dobrobiti. Ako bi informiranje roditelja o zdravlju djeteta predstavljalo opasnost ili bi bilo u suprotnosti s djetetovom dobrobiti, sud može ovo pravo roditelja ograničiti ili zabraniti (čl. 112. OZ-a).**

6. Složenost pitanja ostvarivanja prava djeteta na zdravlje uključuje s jedne strane državu koja se na međunarodnoj razini obvezala ostvariti djetetu najbolju moguću zdravstvenu skrb, službe zdravstvene zaštite koje su na prvoj liniji javne obrane djetetova prava na zdravlje, roditelje čije je pravo i odgovornost skrbiti se o zdravlju svog djeteta u obitelji i napokon pravo svakog djeteta da participira u ostvarivanju prava koje mu pripada u privatnoj i javnoj sferi. Pravo djeteta na zdravlje i zdravstvenu zaštitu na taj način ovisi o nizu čimbenika koji u stvarnosti nerijetko dolaze u sukob, zbog čega je nužno kontinuirano i sustavno raditi na svim razinama na kojima svako pojedino dijete (ne)ostvaruje svoje temeljno pravo, a prije svega na edukaciji roditelja i zdravstvenih djelatnika.

Literatura

Committee on the Rights of the Child, General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)

Obiteljski zakon, NN 103/15, 98/19.

bresetar@pravos.hr

Katalin Karikó – znanstvenica čija su otkrića omogućila razvoj cjepiva mRNA

Mnogo se puta u povijesti znanosti i medicine dogodilo da revolucionarna otkrića nisu u prvo vrijeme uopće bila prepoznata ni zamijećena, niti je shvaćena njihova važnost za čovječanstvo.

Dulje od godinu dana svijet se bori s pandemijom uzrokovanom SARS-CoV-2. Dolazak na tržište prvih cjepiva koja djeluju na temelju mRNA platforme (sintetička mRNA koja kodira protein šiljka virusa, „upakirana" u lipidnu nanočesticu) i koja su u kliničkim ispitivanjima pokazala djelotvornost od približno 95 %, po mnogima predstavlja i ključnu prekretnicu u pandemiji i nadu da je možemo ipak staviti pod nadzor. U samom početku razvoja različitih cjepiva protiv SARS-CoV-2 malotko je vjerovao da će upravo ova cjepiva prva doći na tržište i pokazati tako visoku djelotvornost. Ono što se znalo, međutim, jest da je jedna od prednosti cjepiva mRNA mogućnost proizvodnje velikih količina cjepiva u kratkom vremenu.

Niti jedan lijek ili cjepivo koji djeluju putem primjene sintetizirane mRNA nisu prije toga bili registrirani na tržištu neke zemlje. Manje je poznato da su posljednjih nekoliko godina provedena neka klinička istraživanja rane faze s primjenom mRNA kako potencijalnog cjepiva protiv bjesnoće, HIV-a, influence, zika virusa, ali i kao potencijalne imunoterapije kod nekih vrsta raka (npr. karcinoma prostate, dojke, pluća nemalih stanica). U tim je istraživanjima sudjelovalo oko 1800 ispitanika. Nakon uspješnog razvoja cjepiva mRNA protiv SARS-CoV-2 smatra se da je otvoren put i za terapijsku primjenu mRNA u brojnim drugim indikacijama.

Malobrojni su znali da je moguću primjenu sintetizirane glasničke RNA u svrhu liječenja ili cijepljenja omogućilo istraživanje znanstvenice mađarskog podrijetla, Katalin Karikó. Njezino revolucionarno otkriće objavljeno je u radu u časopisu Immunity 2005. godine, a dokazuje na koji način treba modificirati dijelove molekule mRNA, kako je imunosni sustav ne bi prepoznao kao stranu i odmah inaktivirao djelovanjem imunoloških mehanizama (kod jednolančane stranu RNK prepoznaju endosomalni Toll-like receptori /TLR/). Katalin Karikó, Drew Weissman i suradnici dokazali su kako modificirani nukleozidi, poput pseudouridina i 5-metilcitidina, suprimiraju prepoznavanje strane RNK putem TLR signalnog puta, čime je otvoren put za terapijsku primjenu sintetske egzogene mRNA. Međutim, tek nakon 2012. godine, razvojem tehnologije ioniziranih lipidnih nanočestica u koje se takva mRNA može „upakirati", omogućena i primjena mRNA u pretkliničkim i kliničkim ispitivanjima (prepreka terapijskoj primjeni bila je veličina mRNA molekule).

Katalin Karikó rođena je 1955. godine, a odrasla je u gradu Kisújszállásu u istočnoj Mađarskoj. Doktorirala je na Sveučilištu u Szegedu, nakon čega nastavlja karijeru u istom gradu na *Institute of Biochemistry, Biological Research Centre of Hungary*.

S obitelji je emigrirala iz Mađarske u SAD 1985. godine i počinje raditi kao postdoktorand na Sveučilištu Temple u Philadelphiji, a potom prelazi na Medicinski fakultet Sveučilišta u Pennsylvaniji. Od početka njezine karijere u SAD-u u fokus istraživanja stavlja upravo moguću terapijsku primjenu mRNA, unatoč tome što su tada dominirala istraživanja potencijalne terapijske DNK. Za svoja istraživanja mRNA zapravo nikada nije imala odgovarajuću podršku znanstvenog okružja. Aplicirala je višekratno za dobivanje financijske potpore svojim istraživanjima, ali kako nije dobila niti jedan *grant,* 1995. godine ne uspijeva doći do titule redovitog profesora na Sveučilištu u Pennsylvaniji. Sljedeće godine bile su teške za ovu znanstvenicu, bila je degradirana na slabije plaćeno radno mjesto istraživača, bez dovoljno sredstava za istraživanja, ali ipak ne posustaje. Entuzijazam za istraživanjem kod Katalin Karikó jači je od svih prepreka. Od 1997. počinje surađivati s imunologom Drew Weissmanom i zajedno 2005. godine objavljuju prethodno opisano ključno otkriće o tome kako modificirana RNA može izbjeći da je se prepozna kao stranu. Nakon toga još objavljuju još nekoliko radova iz tog područja koja prolaze uglavnom ispod radara znanstvene zajednice.

Međutim, Derrick Rossi, profesor na Harvardu, koji će kasnije biti i suosnivač tvrtke Moderna koja je i registrirala mRNA cjepivo protiv SARS-CoV-2, otkriće Karikó i suradnika odmah je počeo koristiti u istraživanjima matičnih stanica. Danas tvrdi kako Katalin Karikó i Drew Weissman za svoje otkriće zaslužuju Nobelovu nagradu.

S druge strane Atlantika, u njemačkom Mainzu, supružnici Ugur Sahin i Özlem Türeci osnivaju tvrtku BioNTech koja je također nastavila istraživati terapijske potencijale tehnologije mRNA, a 2013. godine imenovali su upravo Katalin Karikó potpredsjednicom tvrtke.

Uzimajući u obzir sve javnozdravstvene posljedice pandemije i implikacije na cijelo čovječanstvo, nedvojbeno je otkriće Karikó i Weissman, koje je i omogućilo razvoj prvih djelotvornih cjepiva protiv SARS-CoV-2, jedno od najvećih otkrića u znanosti 20-og stoljeća.

Znanstvenici Karikó i Weissman cijepljeni su 18. 12. 2020. protiv SARS-CoV-2 mRNA cjepivom tvrtki Pfizer/BioNTech, čiji su razvoj upravo oni omogućili. Katalin Karikó u nedavnom je intervjuu izjavila kako unatoč velikom znanstvenom uspjehu sada nije vrijeme za slavlje jer će se moći slaviti tek kad se zahvaljujući cjepivu uspije obuzdati pandemija.

Pripremila: Suzana Mimica Matanović

suzanamimica24@gmail.com

Za bolesnike sa šećernom bolešću tipa 2[1]

SNAGA DA POSTIGNETE VIŠE[1,2]

VIŠESTRUKE KORISTI.[1,3]

DOKAZANA ZAŠTITA.*[1,2,3]

- sniženje vrijednosti HbA1c, redukcija tjelesne mase i sniženje krvnog tlaka[†1]
- smanjenje relativnog rizika od KV smrti za 38%*‡[2]
- preporučen od strane ADA/EASD i ESC u liječenju širokog raspona bolesnika[3]

Jardiance® (empagliflozin)

Synjardy® (empagliflozin/metforminklorid)

* Kod odraslih bolesnika s nedostatnom kontrolom kontrolom šećerne bolesti tipa 2 i koronarnom bolešću, bolešću perifernih arterija, ili s poviješću infarkta miokarda ili moždanog udara.[1,2]

† Redukcija tjelesne mase i sniženje krvnog tlaka bili su ključni sekundarni, odnosno eksploratorni ciljevi u EMPA-REG OUTCOME® ispitivanju.[2]

‡ Smanjenje relativnog rizika od KV smrti od 38% postignuto je u ukupnoj EMPA-REG OUTCOME® populaciji (odrasli bolesnici s nezadovoljavajućom kontrolom šećerne bolesti tipa 2 i koronarnom bolešću, bolešću perifernih arterija, ili s poviješću infarkta miokarda ili moždanog udara) za vrijeme trajanja ispitivanja (HR=0.62; 95% CI: 0.49, 0.77; p<0.001).[1,2]

ADA=American Diabetes Association; EASD=European Association for the Study of Diabetes

Reference:
1. JARDIANCE Sažetak opisa svojstava lijeka 2020. **2.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. **3.** Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018;61(12):2461-2498.

Boehringer Ingelheim

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Jardiance 10mg ili 25mg filmom obložene tablete (INN: empagliflozin) **Indikacije** Za liječenje odraslih osoba s nedostatno kontroliranom šećernom bolesti (ŠB) tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi - kao monoterapija kada se metformin ne smatra prikladnim zbog nepodnošljivosti; - kao dodatak drugim lijekovima za liječenje ŠB. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Doziranje** Preporučena početna doza je 10mg empagliflozina (empa) 1x dnevno za monoterapiju i za dodatak kombiniranoj terapiji s drugim lijekovima za liječenje ŠB. U bolesnika koji podnose empagliflozin 10mg 1x dnevno, imaju eGFR ≥60 ml/min/1,73 m^2 i trebaju jaču kontrolu glikemije, doza se može povećati na 25mg 1x dnevno. Maksimalna dnevna doza iznosi 25mg. Kada se primjenjuje u kombinaciji sa sulfoniluregom (SU) ili inzulinom, moguće je razmotriti nižu dozu SU ili inzulina, kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. Posebne populacije *Oštećenje bubrežne funkcije* Zbog mehanizma djelovanja, glikemijska djelotvornost empa je ovisna o funkciji bubrega. Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s eGFR ≥60 ml/min/1,73 m^2 ili klirensom kreatinina ≥60ml/min. *Oštećenje jetrene funkcije* Nije potrebno prilagođavanje doze. Izloženost empagliflozinu je povećana u bolesnika s teškim oštećenjem jetre. Terapijsko iskustvo je ograničeno i stoga se ne preporučuje za uporabu u ovoj populaciji. *Starije osobe* Nije preporučeno prilagođavanje doze prema dobi. U bolesnika u dobi od 75+ godina treba uzeti u obzir povećani rizik od deplecije volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije empa. **Način primjene** Tablete se mogu uzeti sa ili bez hrane, progutane cijele s vodom. U slučaju propuštene doze, doza se treba uzeti čim se bolesnik sjeti; međutim, ne smije se uzeti dvostruka doza u istom danu.**Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti glukoze u krvi (GUK), ispod 14mmol/l (250mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žeđi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U tih bolesnika preporučuje se praćenje razine ketona. Prednost se daje mjerenju razine ketona u krvi u odnosu na mokraću. Liječenje empa može se ponovno započeti kada se razine ketona vrate u normalu i stanje bolesnika stabilizira. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Jardiance se ne smije primjenjivati za liječenje bolesnika sa ŠB tipa 1. Podaci iz programa klin.ispitivanja u bolesnika sa ŠB tipa 1 pokazali su povećanu pojavu DKA koja je po učestalosti bila česta u bolesnika liječenih empa 10 mg i 25 mg kada su primjenjivani kao dodatak inzulinu u usporedbi s placebom. Oštećenje bubrežne funkcije - terapija se ne smije započeti u bolesnika s eGFR ispod 60 ml/min/1,73 m^2 ili klirensom kreatinina <60 ml/min. U bolesnika koji podnose empa i čiji je eGFR perzistentno ispod 60 ml/min/1,73 m^2 ili klirens kreatinina <60 ml/min, potrebno je prilagoditi ili zadržati dozu empa na 10 mg jedanput dnevno. Terapija empa mora se prekinuti kada je eGFR perzistentno ispod 45 ml/min/1,73 m^2 ili klirens kreatinina perzistentno ispod 45 ml/min. Empa se ne smije koristiti u bolesnika u završnom stadiju bolesti bubrega ili u bolesnika na dijalizi budući da se očekuje da empa bude učinkovit u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega: preporučuje se procjena funkcije bubrega kako slijedi: - Prije započinjanja terapije empa i periodično tijekom liječenja, u barem jedanput godišnje. - Prije započinjanja istodobne terapije bilo kojim lijekom koji može imati negativan učinak na funkciju bubrega. Oštećenje jetre Prijavljeni su slučajevi oštećenja jetre tijekom primjene empa u klin.ispitivanjima. Uzročno-posljedični odnos između empa i oštećenja jetre nije ustanovljen.Povišeni hematokrit (Ht) Pri liječenju empa uočeno je povećanje Ht. Rizik od deplecije volumena Na temelju načina djelovanja SGLT-2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga treba biti oprezan u bolesnika u kojih bi empagliflozinom inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75 i više godina. U slučaju stanja koja mogu dovesti do gubitka tekućine, u bolesnika koji primaju empa preporučuje se pažljivo praćenje statusa volumena i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja empa dok se gubitak tekućine ne korigira. Infekcije mokraćnog sustava (MS) U združenim placebom kontroliranim, dvostruko slijepim ispitivanjima u trajanju 18-24 tj. sveukupna učestalost infekcija MS prijavljenih kao štetni događaj bila je slična u bolesnika koji su liječeni empa 25mg i placebom, te viša u bolesnika liječenih empa 10mg. Nakon stavljanja lijeka u promet u bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi kompliciranih infekcija MS uključujući pijelonefritis i urosepsu. U bolesnika s kompliciranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid terapije empa. Nekrotizirajući fasciitis perineuma (Fournierova gangrena) - nakon stavljanja lijeka u promet prijavljeni su slučajevi nekrotizirajućeg fasciitisa perineuma u bolesnika koji uzimaju SGLT2i. To je rijedak, no ozbiljan i potencijalno po život opasan događaj koji zahtijeva hitnu kiruršku intervenciju i liječenje antibioticima. Bolesnicima je potrebno savjetovati da potraže med. pomoć ako uoče kombinaciju simptoma boli, osjetljivosti (na dodir), eritema ili oticanja u području genitalija ili perinealnom području, s vrućicom ili malaksalosti. Potrebno je imati na umu da nekrotizirajućem fasciitisu mogu prethoditi urogenitalna infekcija ili perinealni apsces. Ako se sumnja na Fournierovu gangrenu, potrebno je prekinuti uzimanje lijeka te hitno započeti s liječenjem (uključujući antibiotike i kirurški debridman). Amputacije donjih ekstremiteta U dugoročnim klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, opaženo je povećanje broja slučajeva amputacije donjih ekstremiteta (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl. *class effect*). Kao i kod svih bolesnika sa ŠB važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s bolesnicima klase I-II NYHA je ograničeno, a ne postoje iskustva u klin.ispitivanja primjene empa u bolesnika klase III-IV NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1% bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je konzistentno sa sveukupnom populacijom. **Nuspojave** Navedene prema apsolutnoj učestalosti: Vrlo često - hipoglikemija (kada je primjena bila sa SU ili inzulinom). Često - vaginalna monilijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; svrbež (generalizirani); osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje često - urtikarija; deplecija volumena; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije; povišena vrijednost Ht. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5, Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/14/930/001-018. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2020. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/jardiance**

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

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

Oštećenje jetrene funkcije Ne smije se primjenjivati u bolesnika s oštećenjem fukcije jetre.*Starije osobe* Zbog mehanizma djelovanja empa, smanjena funkcija bubrega rezultirat će smanjenom glikemijskom djelotvornošću empa. Budući da se MET izlučuje putem bubrega, a starji bolesnici su podložniji smanjenoj funkciji bubrega, Synjardy je potrebno primjenjivati s oprezom u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega je nužno kako bi se spriječila laktacidoza povezana s METom, naročito u starijih bolesnika. U bolesnika u dobi od 75+ godina potrebno je uzeti u obzir povećani rizik od deplecije volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva s empa u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije u ovoj populaciji. *Pedijatrijska populacija* Sigurnost i djelotvornost lijeka Synjardy u djece i adolescenata u dobi 0-18 godina nisu još ustanovljene. Nema dostupnih podataka. **Način primjene** - potrebno uzimati 2x dnevno s obrocima kako bi se smanjile GI nuspojave povezane s MET. Tablete je potrebno progutati cijele s vodom. Svi bolesnici moraju nastaviti svoj režim prehrane s odgovarajućom raspodjelom unosa ugljikohidrata tijekom dana. Bolesnici s prekomjernom TT moraju nastaviti svoj režim prehrane s ograničenim energetskim unosom.**Posebna upozorenja i mjere opreza** Laktacidoza - vrlo rijetka, ali ozbiljna metabolička komplikacija, najčešće nastaje pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega ili kardiorespiratornoj bolesti ili sepsi. Pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega dolazi do nakupljanja MET, što povećava rizik od laktacidoze. U slučaju dehidracije (teški proljev ili povraćanje, vrućica ili smanjen unos tekućine), potrebno je privremeno prekinuti primjenu MET.U bolesnika liječenih MET potreban je oprez kad se započinje s primjenom lijekova koji mogu akutno oštetiti funkciju bubrega (kao što su antihipertenzivi, diuretici i NSAIL-ovi) Značajke laktacidoze su acidozna disoneja, bol u abdomenu, grčevi u mišićima, astenija i hipotermija nakon koje slijedi koma. U slučaju sumnje na simptome, bolesnik treba prestati uzimati MET i odmah potražiti pomoć liječnika. Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2i inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima, stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti GUK, ispod 14 mmol/l (250 mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žeđi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U tih bolesnika preporučuje se praćenje razine ketona. Prednost se daje mjerenju razine ketona u krvi u odnosu na mokraću. Liječenje empa može se ponovno započeti kada se razine ketona vrate u normalu i stanje bolesnika stabilizira. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Synjardy se ne smije primjenjivati za liječenje bolesnika sa ŠB tipa 1. Podaci iz programa klin.ispitivanja u bolesnika sa ŠB tipa 1 pokazali su povećanu pojavu DKA koja je po učestalosti bila česta u bolesnika liječenih empa 10 mg i 25 mg kada su primjenjivani kao dodatak inzulinu u usporedbi s placebom. Rizik od deplecije volumena Na temelju načina djelovanja SGLT2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga je potreban oprez u bolesnika u kojih bi empa inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75+ godina. U bolesnika koji primaju Synjardy i sa stanjima koja mogu dovesti do gubitka tekućine preporučuje se pažljivo praćenje volumnog statusa i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja Synjardyom sve dok se gubitak tekućine ne korigira.Infekcije mokraćnog sustava (MS) Nakon stavljanja lijeka u promet u bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi kompliciranih infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu). U bolesnika s kompliciranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja.Nekrotizirajući fasciitis perineuma (Fournierova gangrena) - nakon stavljanja lijeka u promet prijavljeni su slučajevi nekrotizirajućeg fasciitisa perineuma u bolesnika koji uzimaju SGLT2i. To je rijedak, no ozbiljan i potencijalno po život opasan događaj koji zahtijeva hitnu kiruršku intervenciju i liječenje antibioticima. Bolesnicima je potrebno savjetovati da potraže med. pomoć ako uoče kombinaciju simptoma boli, osjetljivosti (na dodir), eritema ili oticanja u području genitalija ili perinealnom području, s vrućicom ili malaksalosti. Potrebno je imati na umu da nekrotizirajućem fasciitisu mogu prethoditi urogenitalna infekcija ili perinealni apsces. Ako se sumnja na Fournierovu gangrenu, potrebno je prekinuti uzimanje lijeka te hitno započeti s liječenjem (uključujući antibiotike i kirurški debridman). Amputacije donjih ekstremiteta (ADE) U dugoročnim klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, opaženo je povećanje broja slučajeva amputacije donjih ekstremiteta (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl.*class effect*). Kao i kod svih bolesnika s dijabetesom važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s I-II stupnjem NYHA je ograničeno, te u klin.ispitivanjima ne postoje iskustva primjene empa u bolesnika III-IV stupnja NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1 % bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je u skladu sa sveukupnom populacijom u ispitivanju. **Nuspojave** Vrlo česte - hipoglikemija (u kombiniranoj primjeni sa SU ili inzulinom); GI simptomi. Česte - vaginalna monilijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; poremećaj osjeta okusa; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje česte - deplecija volumena; urtikarija; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije, povišena vrijednost hematokrita. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5, Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/15/1003/001-040. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2020. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/synjardy.**

U slučaju potrebe za medicinskom informacijom molimo nazovite Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o. na tel. 01/2444-600 ili pošaljite e-mail na: medinfo@boehringer-ingelheim.com

Datum sastavljanja/posljednje izmjene: siječanj, 2021. **Šifra:** PC-HR-100894.
Samo za zdravstvene radnike.

PRIJEĐIMO S RIJEČI NA DJELA

Znanstvenoistraživačka čestitost – kako s riječi prijeći na djela

REA ŠČEPANOVIĆ, mag. iur.
prof. dr. sc. ANA MARUŠIĆ, dr. med.
Katedra za istraživanja u biomedicini i zdravstvu
Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
rea.scepanovic@mefst.hr

Medicina je znanost koja se brzo mijenja: svakih pet godina, polovica našeg znanja pokaže se netočnim jer nove spoznaje zamjenjuju stare. To vidimo kao snažno ubrzano na primjeru pandemije COVID-19, gdje je znanje koje smo imali u proljeće 2020. zamijenjeno novim u jesen iste godine. Medicina kao znanost ima i posebnu odgovornost prema čovječanstvu jer nove spoznaje liječe ljude, produljuju život i čine ga ljepšim. Zato je odgovorna provedba znanosti, tj. znanstvenoistraživačka čestitost temelj medicine kao znanosti, ali i medicinske deontologije, jer samo odgovornom provedbom znanosti i publiciranjem vjerodostojnih rezultata istraživanja može pacijentima i drugim ispitanicima vratiti za njihovu nesebičnost i rizik kad sudjeluju u istraživanjima. Zbog toga medicina ima stroga pravila znanstvenoistraživačkog rada, od jasnih etičkih pravila do transparencije znanstvenog rada, a dobar primjer je pravna i etička obveza publiciranja rezultata svih kliničkih istraživanja. Bez odgovornoga, poštenog i iskrenog provođenja znanstvenih istraživanja, kao i izvješćivanja o rezultatima istraživanja, put do novih znanstvenih spoznaja i otkrića biva usporen, a posljedice znanstvenih informacija proisteklih iz istraživanja u kojima se nisu poštovala načela znanstvenoistraživačke čestitosti kreću se od konkretne opasnosti za ljudske živote, uzaludnog trošenja novca, vremena i rada, do umanjenog povjerenja javnosti u mogućnosti, postignuća i važnosti znanosti za društveni napredak.

Od prvih spoznaja znanstvenoistraživačke čestitosti, kao bitnog elementa istraživačkog rada u 80. i 90. godinama prošlog stoljeća, otkriveni su brojni slučajevi teških znanstvenih prijevara u svijetu. Zato se naglasak s odgovornosti pojedinca prenio i na važnost uloge koje znanstvenoistraživačke ustanove imaju u promicanju dogovornog istraživanja i sprječavanja loših i štetnih znanstvenih praksi. Promicanje istraživačke odgovornosti u ustanovama, nadalje, znači izradu kodeksa, pravila i smjernica za promicanje znanstvenoistraživačke čestitosti te kreiranje i provođenje programa izobrazbe znanstvenika u području odgovornog istraživanja i etike. Tako znanstvene ustanove moraju izgraditi organizacijsku klimu i kulturu u kojoj je odgovornost nedjeljiv dio znanstvenoistraživačkog rada – od planiranja istraživanja do publiciranja rezultata provedenih istraživanja.

Da bi se znanstvenim ustanovama pomogla izrada najprikladnijeg okvira za znanstvenoistraživačku čestitost Europska komisija daje novčanu potporu projektu Obzora 2020 „Standardni operativni postupci za istraživačku čestitost (*Standard Operating Procedures for Research Integrity – SOPs4RI*)“, u kojem sudjeluje i istraživački tim s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu. Nedavno objavljen članak u časopisu *Nature* – Znanstvenoistraživačka čestitost: devet načina kako s riječi prijeći na djela (*Mejlgaard N i sur. ... Marušić A ...Ščepanović R... Research integrity: nine ways to move from talk to walk. Nature. 2020;586(7829):358-360.*), govori o glavnim problemima s kojima se ustanove suočavaju u izgradnji sustava odgovornog istraživanja. Članak predstavlja i konkretne primjere ustanova koje su uspješno promijenile kulturu znanstvenoistraživačke čestitosti, kao što su to najistaknutija istraživačka sveučilišta u Europi. Uz primjere, u članku su predstavljene i konkretne upute za znanstvene institucije – što je potrebno mijenjati te kako primjenjivati načela znanstvenoistraživačke čestitosti u praksi. Te su upute predstavljene u 9 tema znanstvenoistraživačke čestitosti.

Prve tri teme odnose se na podršku istraživačima:

1. stvaranje povoljnog okružja za znanost,
2. mentorstvo mladim istraživačima,
3. izobrazba o znanstvenoistraživačkoj čestitosti.

Sljedeće tri teme odnose se na ustrojavanje u ustanovama:

4. uspostava etičkih tijela i razvoj novih etičkih tijela,
5. razvoj postupaka za istrage o znanstvenoistraživačkoj čestitosti,
6. izobrazba o upravljanju podatcima, uključujući i dijeljenje podataka s drugim istraživačima.

Posljednje tri teme odnose se na komuniciranje u znanosti

7. pravila za znanstvenu suradnju, posebice međunarodnu i onu koja uključuju druge sektore,
8. izjave o sukobima interesa,
9. pravila publiciranja i komuniciranja rezultata u znanstvenoj zajednici i javnosti.

Te se teme smatraju prioritetnima, a temelje se na rezultatima koje je prikupio projekt SOPs4RI kroz dva velika sustavna pregleda, 23 istraživačka razgovora sa svjetskim stručnjacima za znanstvenoistraživačku čestitost, konzultacije sa 69 sastavljača znanstvenih politika u istraživanju prema modelu Delphi te 30 fokus-skupine sastavljene širom Europe i u različitim znanstvenim disciplinama.

Projekt SOPs4RI prikuplja već postojeće i razvija nove alate koji mogu pomoći ustanovama da razviju vlastite dokumente i aktivnosti za promociju znanstvenoistraživačke čestitosti. Ti alati su dostupni na mrežnoj stranici projekta: https://sops4ri.eu/, i dalje će se razvijati tijekom tri projektne godine. Nadamo se da će ih iskoristiti i hrvatske znanstvenoistraživačke ustanove kako bi nastavile svoje dobre prakse u stvaranju okružja za odgovornu znanost.

(Literarni izvori dostupni u uredništvu Liječničkih novina)

OD OSUĐENIKA DO OSNIVAČA australske medicine

Prof. dr. sc. ANNA MRZLJAK, dr. med.

Godine 1788. stigla je na istočnu obalu Australije prva flota brodova s 1400 putnika, od kojih su polovica bili osuđenici. Do zadnjeg osuđeničkog broda 1868. godine u Australiju je stiglo preko stotinjak muškaraca koji su imali neki oblik medicinskog obrazovanja. Početkom 19-og stoljeća nije postojala standardizirana medicinska edukacija, pa je zapravo većina pristiglih bila nekvalificirana.

Većina ljudi na brodovima nisu bili kriminalci u pravom smislu riječi, već su na njima završili zbog svojih nepromišljenih postupka ili izjava. U tom ranom razdoblju trojica osuđenika istaknuli su se svojim medicinskim sposobnostima i postali su očevi australske medicine. Oni su svojim radom i doprinosom pomogli dotadašnji "zatvor" pretvoriti u respektabilnu koloniju.

William Redfern rođen je 1778. u Trowbridgeu (Engleska), prošao je edukaciju iz kirurgije, položio ispit pred Company of Surgeons i 1797. se priključio mornarici kao pomoćni kirurg. Zbog poticanja pobune mornara osuđen je na smrt zajedno s preostalom 59-oricom. Smrtna presuda, na račun njegove mladosti, preinačena je u doživotni zatvor, te 1801. godine stiže u kažnjeničku koloniju Norfolk Island u Tihom oceanu. Zbog svojih medicinskih vještina pomilovan je tri godine poslije i 1808. počinje raditi kao pomoćni kirurg u Dawe Point Convict Hospitalu u Sydneyu, prvoj bolnici u Australiji. Redfern je prvi doktor s australskom diplomom, koju je stekao pred tročlanom komisijom liječnika iz kolonije. Tijekom prijepodneva radio bi u bolnici, a poslijepodne u privatnoj praksi te postaje izrazito cijenjen. Između ostalog, Redfern se bavio zdravljem osuđenika. Osuđenici koji su došli na prvoj floti bili u dobrom stanju, međutim to više nije bio slučaj s onima koji dolazili na kasnijim flotama. Na brodovima su harali tifus, dizenterija, skorbut i spolne bolesti. Oni koji su preživjeli put, najčešće su bili preslabi da bi mogli doprinijeti koloniji. Godine 1814. zabilježen je znatan pobol na tri broda, dok je na četvrtom 50 ljudi (s kapetanom) umrlo od bolesti koje su se mogle spriječiti. Redfern je to opisao u svom radu "Medicinski aspekti kažnjeničkog transporta" (Medical Aspects of Convict Transportation) i time postavio temelje javnog zdravstva u Australiji. Predložio je da se na brodove uključe školovani mornarički kirurzi zaduženi za nadzor zdravstvenog stanja, a ne osobe koje su određivali vlasnici brodova. Ovim postupkom smrtnost se smanjila za 75 %. Redfern je nastavio raditi u bolnici, no nakon što nije izabran za glavnoga kirurga, razočaran napušta medicinu i posvećuje se stočarstvu i poljoprivredi. Godine 1824. uvezao je merino ovcu iz Madeire, što je odigralo važnu ulogu u industriji vune u Australiji. Uvezao je različite sorte grožđa i bio je prvi na dugom popisu vinara medicinara. Osnovao je banku (the Bank of New South Wales) i postao je njezin direktor. Zalagao se za prava bivših kažnjenika i izborio se da ostvare ista civilna prava. Umro je 1833. u Edinbourghu (Australija), gdje je pratio školovanje svog sina.

D'Arcy Wentworth rođen je u Sjevernoj Irskoj. Tijekom studija medicine u Londonu počeo se družiti s članovima visokog društva, što ga je navelo da živi iznad svojih mogućnosti. Pokušaj pljačke donio mu je tri osude od kojih je oslobođen, no savjetovano mu je da napusti zemlju, te se on se kao pomoćni kirurg ukrcava na zloglasnu drugu flotu za Botany Bay na kojoj je gotovo svaki treći putnik preminuo. Nakon nekoliko godina rada na Norfolk Islandu, njegove vještine su prepoznate i on preuzima mjesto u Sydneyu. Postaje cijenjeni član zajednice, šef policije i rizničar Policijskog fonda. Godine 1809. Wentwortha imenuju glavnim kirurgom u prvoj bolnici u Sydneyu i na tom položaju ostaje 9 godina. Stekao je veliko bogatstvo svojim poslovnim ulaganjima i zajedno s Williamom Redfernom sudjeluje u osnivanju prve banke. Wentworth nikad nije zaboravio svoju prošlost te se sve do svoje smrti 1827. zalagao za prava bivših kažnjenika.

William Bland rođen je u Londonu 1789., gdje je 1809. položio ispit na College of Surgeons. Priključio se kraljevskoj mornarici, no njegov nagao karakter uvalio ga je u nevolje. Tijekom plovidbe za Indiju izazvan na dvoboj i ranio je protivnika koji je preminuo. Bland je osuđen na sedam godina kažnjeničke kolonije. U Sidney je stigao 1814. i odmah po dolasku bio je oslobođen jer su hitno bili potrebni kvalificirani doktori. Bland je radio kao liječnik u azilu Castle Hill i položio je ispit prema pravilima koja su vrijedila u koloniji. Njegova tri ispitivača, D'Arcy Wentworth, William Redfern i Major West, zaključili su da je kvalificiraniji od njih. Bland je nastavio raditi u privatnoj praksi i pisati kritičke tekstove o autokratskoj vladavini guvernera, zbog čega je godinu dana proveo u zatvoru. Po izlasku iz zatvora posvetio se poboljšanju života u koloniji. Novac koji je zaradio privatnom praksom donirao je različitim institucijama, radio je kao počasni kirurg u bolnici za siromašne, pisao stručne medicinske tekstove, osnovao prvi dispanzer za siromašne i snažno poticao razvoj školovanja u Australiji. Bland je bio prvi predsjednik Australskoga doktorskog udruženja, osnovanog u veljači 1859. Umro je u dobi od 79 godina od gripe, a pokopan na javnom pogrebu uz državne počasti.

Sva trojica, William Redfern, D'Arcy Wentworth i William Bland, stigli su u nepoznatu zemlju u nepovoljnim okolnostima kao osuđenici ili bježeći od svoje prošlosti. Svojom energijom, radom i zalaganjem za poboljšanje društva značajno su pridonijeli razvoju medicine kao i razvoju kolonije, te se danas smatraju očevima australske medicine.

Literatura

Gillian H. From convicts to founding fathers- three notable Syndey doctors. Journal of The Royal Society of Medicine, 2001; 94: 358-361

Xultophy® jednom dnevno

Jednostavno do cilja

uz potvrđenu superiornost u odnosu na glargin U100:

- **veće sniženje vrijednosti HbA_{1c} postignuto uz 25 jedinica inzulina manje[1,2*]**
- **značajna razlika u sniženju tjelesne težine[1,2]**
- **niža stopa hipoglikemije[1,2]**

u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2 nedovoljno reguliranih glarginom U100[1,2]

Jednostavno intenziviranje liječenja uz kombinaciju degludek inzulina i liraglutida u 1 brizgalici[2]

*Doza na kraju ispitivanja - Xultophy®: 41 odmjerni korak (41 jedinica degludek inzulina + 1,48 mg liraglutida); glargin U100: 66 jedinica.[1,2]

Reference:
1. Sažetak opisa svojstava lijeka Xultophy®. Novo Nordisk A/S, Bagsværd, Danska 09/2020. **2.** Lingvay I, Manghi F, García-Hernández P, et al. Effect of Insulin Glargine Up-titration vs Insulin Degludec/Liraglutide on Glycated Hemoglobin Levels in Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes: The DUAL V Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;315(9):898–907.

HR20XUM00013 Datum sastavljanja: 10/2020
SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

novo nordisk®

Xultophy®
degludek inzulin/liraglutid

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka

Naziv lijeka: Xultophy® 100 jedinica/ml + 3,6 mg/ml otopina za injekciju. **Međunarodni naziv djelatne tvari:** degludek inzulin i liraglutid. **Odobrene indikacije:** Xultophy® je indiciran za liječenje odraslih osoba s nedostatno kontroliranom šećernom bolešću tipa 2 radi poboljšanja regulacije glikemije, kao dodatak dijeti i tjelovježbi u kombinaciji s drugim peroralnim lijekovima za liječenje šećerne bolesti. Za rezultate ispitivanja s obzirom na kombinacije, učinke na kontrolu glikemije te ispitivane populacije, vidjeti dijelove 4.4, 4.5 i 5.1. sažetka opisa svojstva lijeka. **Kontraindikacije:** Preosjetljivost na jednu ili obje djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Xultophy® se ne smije primjenjivati u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 1 niti za liječenje dijabetičke ketoacidoze. Hipoglikemija može nastupiti ako je doza lijeka Xultophy® veća od potrebne. Izostavljanje obroka ili neplanirana naporna tjelovježba mogu dovesti do hipoglikemije. U kombinaciji sa sulfonilurejom, rizik od hipoglikemije može se smanjiti snižavanjem doze sulfonilureje. Istodobne bolesti bubrega, jetre, nadbubrežne žlijezde, hipofize ili štitnjače mogu zahtijevati promjenu doze lijeka Xultophy®. U bolesnika u kojih je znatno poboljšana regulacija glikemije (primjerice intenziviranjem liječenja), može doći do promjene uobičajenih upozoravajućih simptoma hipoglikemije te ih o tome treba primjereno savjetovati. U osoba koje dugo boluju od šećerne bolesti uobičajeni upozoravajući simptomi hipoglikemije mogu nestati. Produljeno djelovanje lijeka Xultophy® može odgoditi oporavak od hipoglikemije. Neodgovarajuće doziranje i/ili prekid terapije lijekovima za šećernu bolest može dovesti do hiperglikemije, a potencijalno i do hiperosmolarne kome. U slučaju prekida liječenja lijekom Xultophy®, obavezno slijedite upute za uvođenje drugog antidijabetičkog liječenja. Nadalje, istodobne bolesti, posebice infekcije, mogu dovesti do hiperglikemije te time prouzrokovati povećanu potrebu za liječenjem antidijabeticima. Obično se prvi simptomi hiperglikemije javljaju postupno tijekom nekoliko sati ili dana. Oni uključuju žeđ, učestalo mokrenje, mučninu, povraćanje, omamljenost, crvenu suhu kožu, suha usta, gubitak teka kao i acetonski zadah. U teškoj hiperglikemiji potrebno je razmotriti primjenu brzodjelujućeg inzulina. Neliječena hiperglikemija u konačnici vodi do hiperosmolarne kome/dijabetičke ketoacidoze, što može biti smrtonosno. Bolesnike se mora savjetovati da neprekidno mijenjaju mjesto injiciranja kako bi se smanjio rizik od nastanka lipodistrofije i kožne amiloidoze. Postoji potencijalni rizik od odgode apsorpcije inzulina i pogoršanja regulacije glikemije kod primjene injekcija inzulina na područjima na kojima su se javile te reakcije. Zabilježeno je da iznenadna promjena mjesta injekcije sa zahvaćenog na nezahvaćeno područje dovodi do hipoglikemije. Nakon promjene mjesta injiciranja sa zahvaćenog na nezahvaćeno područje preporučuje se praćenje razine glukoze u krvi, a može se razmotriti prilagodba doze antidijabetika. Zabilježeni su slučajevi zatajivanja srca kod primjene pioglitazona u kombinaciji s inzulinskim lijekovima, osobito u bolesnika koji su imali rizične faktore za razvoj zatajivanja srca. U slučaju primjene ove kombinacije, u bolesnika treba pratiti znakove i simptome zatajivanja srca, porasta tjelesne težine i edema. Liječenje pioglitazonom treba prekinuti ako dođe do bilo kakvog pogoršanja srčanih simptoma. Intenziviranje terapije inzulinom, sastavnicom lijeka Xultophy®, s naglim poboljšanjem regulacije glikemije može biti povezano s privremenim pogoršanjem dijabetičke retinopatije, dok dugoročno poboljšanje regulacije glikemije smanjuje rizik napredovanja dijabetičke retinopatije. Primjena lijeka Xultophy® može uzrokovati stvaranje protutijela na degludek inzulin i/ili liraglutid. U rijetkim slučajevima, prisutnost takvih protutijela može zahtijevati prilagodbu doze lijeka Xultophy® kako bi se izbjegla sklonost hiperglikemiji ili hipoglikemiji. Kod primjene agonista GLP-1 receptora uključujući liraglutid, primijećen je akutni pankreatitis. Bolesnike treba obavijestiti o karakterističnim simptomima akutnog pankreatitisa. Ako se sumnja na pankreatitis, treba prekinuti primjenu lijeka Xultophy®; ako se potvrdi akutni pankreatitis, liječenje lijekom Xultophy® se ne smije ponovno započeti. Štetni događaji povezani sa štitnjačom, kao što je struma, prijavljeni su u klinickim ispitivanjima s agonistima GLP-1 receptora uključujući liraglutid, a osobito u bolesnika s prethodno postojećom bolesti štitnjače. Stoga je potreban oprez kod primjene lijeka Xultophy® u tih bolesnika. Nema iskustva s lijekom Xultophy® u bolesnika s upalnom bolesti crijeva i dijabetičkom gastroparezom. Stoga se primjena lijeka Xultophy® u takvih bolesnika ne preporučuje. Bolesnike liječene lijekom Xultophy® treba upozoriti na mogući rizik od dehidracije zbog gastrointestinalnih nuspojava i na to da poduzmu mjere opreza kako bi izbjegli gubitak tekućine. Bolesnicima se mora objasniti da prije svakog injiciranja uvijek provjere naljepnicu na brizgalici kako ne bi došlo do slučajne zamjene lijeka Xultophy® i drugih lijekova za šećernu bolest koji se injiciraju. Bolesnicima koji su slijepi ili slabovidni mora se objasniti da uvijek zatraže pomoć druge osobe koja ima dobar vid i koja je naučila koristiti inzulinsko pomagalo. Prelazak s doza bazalnog inzulina <20 i >50 jedinica na lijek Xultophy® nije ispitivan.

HR20XUM00013 Datum sastavljanja: 10/2020
SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

novo nordisk®

Xultophy®
degludek inzulin/liraglutid

Nema terapijskog iskustva u bolesnika s kongestivnim srčanim zatajenjem stupnja IV prema NYHA klasifikaciji pa se stoga primjena lijeka Xultophy® ne preporučuje u tih bolesnika. Xultophy® sadrži manje od 1 mmol (23 mg) natrija po dozi, tj. zanemarive količine natrija. Kako bi se poboljšala sljedivost bioloških lijekova, naziv i broj serije primijenjenog lijeka potrebno je jasno evidentirati. **Trudnoća i dojenje:** Nema kliničkog iskustva s primjenom lijeka Xultophy®, degludek inzulina ili liraglutida u trudnica. Ako bolesnica planira trudnoću ili zatrudni, liječenje lijekom Xultophy® treba prekinuti. Zbog nedostatka iskustva, Xultophy® se ne smije koristiti tijekom dojenja. **Nuspojave**: *vrlo često* prijavljena nuspojava je hipoglikemija. *Često* prijavljene nuspojave: smanjen apetit; mučnina, proljev, povraćanje, konstipacija, dispepsija, gastritis, bol u abdomenu, gastroezofagealna refluksna bolest, distenzija abdomena; reakcija na mjestu injiciranja; povišena lipaza i povišena amilaza. *Manje često* prijavljene nuspojave: urtikarija, preosjetljivost; dehidracija; podrigivanje, flatulencija; kolelitijaza, kolecistitis; osip, pruritus, stečena lipodistrofija; povećana srčana frekvencija. Nakon stavljanja liraglutida na tržište, prijavljeno je nekoliko slučajeva anafilaktičkih reakcija s dodatnim simptomima kao što su hipotenzija, palpitacije, dispneja i edem. Anafilaktičke reakcije mogu biti opasne po život. **Doziranje:** Xultophy® se treba dozirati sukladno individualnim potrebama bolesnika. Preporučuje se optimizirati regulaciju glikemije prilagodbom doze na osnovi razine glukoze u plazmi natašte. Prilagodba doze može biti potrebna ako bolesnici pojačaju tjelesnu aktivnost, promijene uobičajenu prehranu ili tijekom istodobne bolesti. Bolesnicima koji zaborave jednu dozu, preporučuje se da je primijene čim to primijete te da se nakon toga vrate uobičajenom rasporedu doziranja jednom dnevno. Između dviju injekcija uvijek treba proteći najmanje 8 sati. Xultophy® se primjenjuje u odmjernim koracima. Jedan odmjerni korak sadrži 1 jedinicu degludek inzulina i 0,036 mg liraglutida. Napunjena brizgalica može isporučiti dozu od 1 do 50 odmjernih koraka po injekciji u stupnjevima od jednog odmjernog koraka. Najveća dnevna doza lijeka Xultophy® je 50 odmjernih koraka (50 jedinica degludek inzulina i 1,8 mg liraglutida). Brojčanik doze na brizgalici pokazuje broj odmjernih koraka. Kada se dodaje peroralnim lijekovima za snižavanje razine glukoze preporučena početna doza lijeka Xultophy® je 10 odmjernih koraka (10 jedinica degludek inzulina i 0,36 mg liraglutida). Xultophy® se može dodati postojećem liječenju oralnim antidijabeticima. Kada se Xultophy® dodaje liječenju sulfonilurejom, treba razmotriti smanjenje doze sulfonilureje. Liječenje agonistima GLP-1 receptora mora se prekinuti prije početka terapije lijekom Xultophy®. Pri prelasku s agonista GLP-1 receptora preporučena početna doza lijeka Xultophy® je 16 odmjernih koraka (16 jedinica degludek inzulina i 0,6 mg liraglutida). Preporučena početna doza ne smije se prekoračiti. U slučaju prijelaza s dugodjelujućeg agonista GLP-1 receptora (npr. doziranje jedanput tjedno), treba uzeti u obzir produljeno djelovanje. Liječenje lijekom Xultophy® treba započeti u trenutku kad je trebala biti primijenjena sljedeća doza dugodjelujućeg agonista GLP-1 receptora. Tijekom prijelaza i u tjednima nakon toga preporučuje se pomno pratiti razine glukoze. Liječenje drugim inzulinskim režimima mora se prekinuti prije početka terapije lijekom Xultophy®. Prilikom prelaska s bilo kojeg drugog liječenja inzulinom, koje uključuje bazalni inzulin kao sastavnicu, preporučena početna doza lijeka Xultophy® je 16 odmjernih koraka (16 jedinica degludek inzulina i 0,6 mg liraglutida). Preporučena početna doza ne smije se prekoračiti, ali se u određenim slučajevima može smanjiti kako bi se izbjegla hipoglikemija. Tijekom prijelaza i u tjednima nakon toga preporučuje se pomno pratiti razine glukoze. Xultophy® se može primjenjivati u starijih bolesnika. Treba pojačano pratiti razinu glukoze te individualno prilagoditi dozu. Kada se Xultophy® koristi u bolesnika s blagim, umjerenim ili teškim oštećenjem funkcije bubrega, treba pojačano pratiti razinu glukoze te individualno prilagoditi dozu. Primjena lijeka Xultophy® se ne može preporučiti u bolesnika sa završnim stadijem bubrežne bolesti. Xultophy® se može primjenjivati u bolesnika s blagim ili umjerenim oštećenjem funkcije jetre. Treba pojačano pratiti razinu glukoze te individualno prilagoditi dozu. Primjena lijeka Xultophy® se ne preporučuje u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije jetre zbog liraglutid sastavnice. Nema relevantne primjene lijeka Xultophy® u pedijatrijskoj populaciji. **Način primjene:** Xultophy® se primjenjuje supkutanom injekcijom u bedro, nadlakticu ili abdomen jednom dnevno. Xultophy® se može primijeniti u bilo koje doba dana, po mogućnosti u isto vrijeme svakoga dana. Mjesta injiciranja unutar istog područja treba stalno mijenjati kako bi se smanjio rizik od lipodistrofije i kožne amiloidoze. Xultophy® se ne smije primjenjivati intravenski ili intramuskularno. **Broj odobrenja**: EU/1/14/947/003 **Način izdavanja**: na recept. **Nositelj odobrenja**: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danska. **Datum revizije sažetka:** 09/2020.

Prije propisivanja lijeka Xultophy® obvezno proučite posljednji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka te posljednju odobrenu uputu o lijeku.
Xultophy® je zaštićeni žig u vlasništvu društva Novo Nordisk A/S.

HR20XUM00013. Datum sastavljanja: 10/2020
SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

novo nordisk®

Xultophy®
degludek inzulin/liraglutid

Fragment iz dnevnika Augusta Šenoe

Staro je ljeto, 31. 12. 1880.

"Svršeni su računi ove godine. Bila je Boga mi crna po nas Hrvate. Dobrote nedoživismo nikakove, zla i premnogo. Kiša i tuča, poplava poharala zemlju... 9. studenoga osinu nas strahoviti potres te uništi u našem liepom Zagrebu mnogo liepih nada. Ne samo ljudi, ne samo Madjari i Austrijanci, i narav se proti nama urotila, sve zlo je navalilo na nas biedne Hrvate. Hoće li bolje biti? Mora jedan put, ta gore nemože biti nego što je sada. Da se ta crna godina i ljuto završi, padala je danas u Zagrebu tuča. Vrieme je toplo, vlažno kao u proljeće, sniegu ni traga. Mi stojimo moralno i materijalno u blatu. Hoće li Bog tome biednome narodu ikada pomoći? - upitah se često za ovih zadnjih dana godine. Čovjek gotovo da sdvoji, toliko se pojavila kod nas kukavica, toliko ništarija i propalica, toliko ima lopovštine, da te groza hvata. Poštenje, dosljednost, karakter dan danas su kod nas gotovo suvišni pojavi."

Zvuči li vam poznato?

Pripremila Lada Zibar

U Knjižnici Augusta Cesarca u Zagrebu od 9. do 28. studenoga 2020. godine prikazana je izložba slika Hommage Jordanu prim. dr. sc. Ljubomira Radovančevića, psihijatra u mirovini. Čestitamo!

Drago Štambuk

"1918."

Daleko plove brodovi
odnose naše drage,
u daleke strane zemlje
daleko brodovi plove.

Odnose naše živote
u škrinjama s bijelim brašnom
i bačvama zlatnog ulja
u pohlepne strane zemlje.

Daleko plove brodovi
i provom paraju srca,
što ćemo s polovicam njinim
u dalekoj stranoj zemlji?

Drago Štambuk rođen 1950. godine, hrvatski je liječnik, pjesnik, esejist, prevoditelj i diplomat. Specijalizirao je internu medicinu, gastroenterologiju i hepatologiju, a od 1983. živio je i radio u Londonu gdje se bavio istraživanjem bolesti jetre i HIV-a. Osamostaljenjem Hrvatske, okreće se radu u diplomaciji te radi u Uj. Kraljevstvu, Indiji, Šri Lanki, Egiptu, Japanu, Republici Koreji, Brazilu, Kolumbiji, Venezueli i Iranu. Objavio je više od 70 knjiga poezije, antologija, prijevoda, jezikoslovnih rječnika i ogleda. Utemeljio je jezično-pjesničku smotru "Croatia rediviva ča-kaj-što". Poznat je kao prevoditelj medicinskog nazivlja na hrvatski jezik. Od njegovih poznatih izraza su kopnica (AIDS), ritmodajnik (pace-maker) i proširnica ili žilni potporanj (stent).

Enstilar®

kalcipotriol, betametazon

Na dopunskoj listi HZZO-a

Inovativna pjena u spreju

Najučinkovitije lokalno liječenje psorijaze![1,2]

Jedini odobren za dugotrajnu terapiju održavanja![2]

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka:
Naziv lijeka Enstilar 50 mikrograma/g + 0,5 mg/g pjena za kožu **Sastav** Jedan gram pjene za kožu sadrži 50 mikrograma kalcipotriola (kao hidrat) i 0,5 mg betametazona (kao dipropionat). **Terapijske indikacije** Topikalno liječenje psorijaze vulgaris u odraslih osoba. **Doziranje i način primjene** *Doziranje Liječenje raspline bolesti* Enstilar pjena treba se nanijeti na oboljelo područje jednom dnevno. Preporučeno razdoblje liječenja je 4 tjedna. *Dugotrajna terapija održavanja* Bolesnici koji su pokazali odgovor nakon 4 tjedna liječenja uz primjenu lijeka Enstilar jednom dnevno podobni su za dugotrajnu terapiju održavanja. Enstilar je potrebno primjenjivati dvaput tjedno, na dva dana koja nisu uzastopna, na područja na kojima je prethodno bila prisutna psorijaza vulgaris. Između primjena treba proći 2-3 dana bez liječenja lijekom Enstilar. U slučaju znakova relapsa, potrebno je iznova započeti liječenje raspline bolesti, kao što je gore opisano. *Maksimalna doza* Enstilar Pjene ne smije biti veća od 15 g, tj. jedan spremnik od 60 g trebao bi trajati najmanje 4 dana. 15 g odgovara količini dobivenoj iz spremnika kada se aktivator do kraja pritisne najmanje jednu minutu. Primjena od dvije sekunde daje približno 0,5 g. Smjernica je da 0,5 g pjene treba prekriti područje kože koje otprilike odgovara dlanu ruke odrasle osobe. Ako osim lijeka Enstilar primjenjujete druge topikalne proizvode koji sadrže kalcipotriol, ukupna doza svih njih ne smije biti veća od 15 g dnevno. Ukupno područje površine tijela koje se tretira ne smije biti veće od 30%. *Način primjene* Za primjenu na koži. Spremnik treba protresti nekoliko sekundi prije upotrebe. Enstilar treba nanijeti prskanjem tako da se spremnik drži udaljen barem 3 cm od kože. Pjena se može prskati tako da se spremnik drži u bilo kojoj orijentaciji osim horizontalno. Enstilar treba prskati izravno na svako oboljelo područje kože i nježno ga utrljati. Nakon upotrebe lijeka Enstilar treba oprati ruke (osim ako se Enstilar koristi za tretiranje šaka) da bi se izbjeglo slučajno širenje na druge dijelove tijela. Treba izbjegavati primjenu ispod okluzivnih obloga jer ona povećava sistemsku apsorpciju kortikosteroida. Preporučuje se izbjegavati tuširanje ili kupanje neposredno nakon primjene lijeka Enstilar. *Kontraindikacije* Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari. Enstilar je kontraindiciran kod eritrodermijske i pustulozne psorijaze. Budući da sadrži kalcipotriol, Enstilar je kontraindiciran u bolesnika sa zabilježenim poremećajima metabolizma kalcija. Budući da sadrži kortikosteroid, Enstilar je kontraindiciran kod sljedećih stanja ako su prisutna u području koje se liječi: virusne (npr. herpes ili varicella) lezije kože, gljivične ili bakterijske infekcije kože, infekcije uzrokovane parazitima, manifestacije na koži povezane s tuberkulozom, perioralni dermatitis, atrofična koža, atrofične strije, krhkost vena uz kožu, ihtioza, akne vulgaris, akne rosacea, rozaceja, ulkusi i rane. **Prijavljivanje sumnji na nuspojavu** Od zdravstvenih radnika traži se da prijave svaku sumnju na nuspojavu lijeka Agenciji za lijekove i medicinske proizvode (HALMED),Odsjek za farmakovigilanciju, Ksaverska cesta 4, 10000 Zagreb; Fax: +385 (0)1 4884 110; website: www.halmed.hr; e-mail: nuspojave@halmed.hr ili potražite HALMED aplikaciju putem Google Play ili Apple App Store trgovine. **Način izdavanja lijeka** Lijek se izdaje na recept. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet** HR-H-453098022 **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Danska

Napomena: Upućujemo zdravstvene radnike na posljednji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku koji su dostupni na internetskim stranicama Agencije za lijekove i medicinske proizvode: www.halmed.hr.

Literatura: 1. Körber A, Wilsmann-Theis D, Augustin M et al : "Topical therapy of psoriasis vulgaris – a treatment pathway"; Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG). Published by John Wiley & Sons Ltd.; DOI: 10.1111/ddg.13810 **2.** Enstilar 50 mikrograma/g + 0,5 mg/g pjena za kožu, SmPC, HALMED, http://www.halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova/Enstilar-50-mikrograma-g-05-mg-g-pjena-za-kozu/12571/.

LEO®

Predstavnik nositelja odobrenja:
Remedia d.o.o., Sv. Mateja 66, 10020 Zagreb
HR/2/2012; Datum pripreme: studeni 2020.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE.

LEO

KAKO SE KOD NAS SPECIJALIZIRALO SREDINOM PROŠLOGA STOLJEĆA

ŽELJKO POLJAK

Samo ne kirurgiju! Odbojnost prema toj „krvavoj“ struci osjećao sam od ranih dana, možda i podsvjesno. Prvi put bio sam operiran 1929. godine – tonzilektomija koju sam jedva preživio i - ostao bez pola nepca. Tada je u našoj medicini vladala doktrina: 3 angine = indikacija za tonzilektomiju. Operater mi je bio specijalizant, poslije šef ORL klinike u Beogradu (prof. Srećko Podvinec).

prof. Srećko Podvinec

U doba kad nije bilo anesteziologa ni egzaktne premedikacije, djeca su kirurgiju doživljavala i kao psihološku traumu. Neka za ilustraciju posluži priložena slika bolničara koji vodi dijete u operacijsku salu. Kako se to moglo prevenirati? Prilično lako ako steknete djetetovo povjerenje:

-Hej, klinac, znaš da sutra ideš na operaciju? Sigurno se bojiš, ali nije to ništa strašno. Ako hoćeš vidjeti, dođi, pokazat ću ti. Gle, ovdje ćeš se popeti na stol pa ako nećeš da te boli, staviš ovu masku sebi na nos. Pokušaj! Da, malo smrdi, ali ćeš od toga brzo zaspati. Bez maske nije baš lijepo, ali poslije dobiješ čokoladu.

Sutradan nevjerojatan prizor: umjesto dječje vriske i otimanja, mali pacijent ponekad sam ide ravno u operaciju, penje se na stol i stavlja si masku na lice. Ali nemojte poslije zaboraviti čokoladu, dijete to pamti!

Neka ovaj mali memoarski intermeco posluži kao predgovor za naslovnu temu.

Kao student bio sam 1947., nakon druge godine medicine, na ferijalnoj praksi u Merkuru (tako se ta bolnica i tada zvala) te sam kao kukodržac i koncolovac asistirao strumektomiji. *Exitus in tabula* – mili Bože, kamo sam to zalutao! Dotukla me smirenost kirurga koji je bez vidljivih emocija rekao samo ovu kratku rečenicu: „Odvezite ga i dovezite sljedećega!“ Inače, poznato ime; od 1930. dugo je radio u SAD-u, a zagrebačka „Medicinska naklada“ tiskala je 1991. njegove memoare „Moj rad u državnoj komisiji za industrijske ozljede u Kaliforniji“.

Nakon promocije i vojnog roka završim 1954. u maloj bolnici u Pljevljima (crnogorski Sandžak), koja je upravo dobila prvoga kirurga, i to iz Njemačke, jer nijedan kirurg iz bivše Juge nije ni za kakve pare htio u Sandžak. Dodijeljen sam mu za asistenta jer tamo nitko nije znao njemački. Prvih 5 - 6 operacija ulkusa ventrikuli završile su mu letalno. Dr. Ledermann mi je priznao da tu operaciju nikad nije radio samostalno i da u Njemačkoj umjesto specijalističkog ispita vrijedi pismena potvrda nekog kirurga da je kod njega prakticirao četiri godine.

Srećom – tako sam tada naivno mislio – dobio sam 1955. u Zagrebu na Šalati ORL specijalizaciju kod prof. Gušića. Kažem naivno zato što sam mislio da je to elegantna struka: malo čeprkaš po uhu, zaviriš u nos i od pacijenta tražiš neka reče: aaa. Ali, prvi dan specijalizacije neću nikad zaboraviti: 3. siječnja 1955. pozove me prof. Gušić da previjemo pacijenta neuspješno operiranog od raka farinksa.

- Vidite, mladi kolega, ovdje je karcinom prirastao za karotidu i prijeti opasnost od rupture.

Tek je to izrekao, kad karotida prsne. Bili smo krvavi od glave do pete. Baš elegantna struka, zar ne?

No, čovjek se s vremenom na sve navikne. Podsjetimo se: mnogima je bilo zlo kod prve vježbe iz anatomije na kadaveru, ali nas je prof. Perović već nakon desetak dana trebao upozoravati:

- Ponašajte se s pijetetom, ovo su nekoć bili živi ljudi!

Ponovan šok nakon prvih mjesec dana ORL specijalizacije kad sam dobio prvo noćno dežurstvo. Hitna služba donijela je na nosilima polusvjesnog pacijenta koji se gušio zbog edema u larinksu. Diše „na škrge“, kako je to dijagnosticirao dežurni bolničar. Stojim užasnut kod stola na kojem leži čovjek *ante finem* i dozivam si u pamćenje ono što smo učili o postupku kod gušenja.

- Što čekaš? - oštrim me glasom prekine časna sestra Virgilija, inače instrumentarka, i gurne mi u ruke skalpel - reži i strogo se drži medijalne linije!

Nakon svoje prve traheotomije bio sam

toliko iscrpljen da sam i ja morao u ležeći položaj.

A sada jedno dežurstvo nakon tridesetak godina kirurške prakse! Prošla je ponoć, uzbuđeno me nazove dežurna sestra s dječjeg odjela: „Hitno, jedno dijete ne diše!“ Odmah je spustila slušalicu, znak da je uistinu hitno. Poluobučen i bosonog poletim na odjel, i stvarno: petogodišnja cijanotična djevojčica više ne diše, larinks je neprohodan, puls se ne pipa. No, možda ipak ima nade? Uzmem škare iz košarice u kojoj je dežurna sestra držala pribor za štrikanje, otvorim traheju i uvedem kanilu. Kod rezanja šikne krv – znači da srce ipak još radi! Ostao sam uz dječji krevetić da čistim kanilu od krvi i sluzi, kad, nakon pola sata, dijete otvori oči i - nasmiješi mi se!

Ima li kirurgu bolje nagrade od takvoga dječjeg smiješka?

Šef ORL klinike 1945., akademik Branimir Gušić (1901. - 1975.), nikad nije polagao specijalistički ispit, a disertaciju pod naslovom „Seoska kuća na otoku Mljetu“ obranio je na Filozofskom fakultetu. Na studentskom ORL ispitu opasno se mrštio na moje odgovore, jedino se razvedrio nakon pitanja:

- Jeste li vi onaj Poljak koji studira i na Filozofiji i piše o Mljetu i Prokletijama?

Akademik Branimir Gušić

Bile su to njegove dvije najveće ljubavi, etnologija i planinarenje, pa je ispit završio njegovim prijedlogom:

- Kad diplomirate, nakon godine dana bolničkog i godinu dana terenskog staža, čeka vas kod mene mjesto asistenta, jer dobro znate pisati.

Te dvije godine staža bile su tada uvjet za specijalizaciju, a za traženije struke ponekad i omašan dodatak u „plavoj“ kuverti. Došao sam Gušiću godinu dana prije nego me očekivao i stavio na stol obje svjedodžbe.

-Nemoguće: dvije godine u jednoj?

Danas slobodno mogu reći istinu o tim papirima jer me valjda štiti zakon o zastari. Kao liječnik u Pljevljima, još k tome kao ravnatelj doma zdravlja i sanitarni inspektor pljevaljskog sreza, zaprijetim nadležnome u općini otkazom:

- Ne smijem raditi kao liječnik bez završenog bolničkog staža.

- Jao, i što sada?

- Jedna je mogućnost da me pošaljete u Zagreb na staž.

- Ne može! A druga mogućnost?

- Da mi nabavite svjedodžbu vašeg ministarstva zdravstva da sam taj staž završio.

Kako je tada bila velika nestašica liječnika, imao sam za tjedan dana tu svjedodžbu u rukama, ali je pošteno dodati i to da sam na svojim koljenima rahatlukom mazio ministrovog trogodišnjeg nećaka Zorana Žižića (1951. - 2013.), poslije predsjednika jugoslavenske vlade (2000. - 2001.). Posljednji dokument koji sam u Pljevljima potpisao kao ravnatelj bila je svjedodžba o završenom terenskom stažu u Pljevljima dr. Radovana Subotića (1927. - 2014.), poslije profesora na ORL klinici Šalata, koji Pljevlja ni vidio nije, ali ga je Gušić također želio preko reda primiti na specijalizaciju.

Gušić je specijaliziranje vrlo ozbiljno shvaćao i nije s njim bilo baš lagodno. Loše povijesti bolesti i operacijske protokole znao je sav zajapuren od ljutine razderati, tako da su papirići lepršali zrakom. Zastupao je mišljenje da svaki otorinac mora znati cijelu otorinu, makar su se u svijetu već počele razvijati subspecijalizacije. Disciplina kao u vojsci – ni minutu da zakasniš na posao, a na tjednim stručnim sastancima svaki je od nas morao referirati o nekom članku iz inozemne literature i kritički ga ocijeniti. Jednom me nemilice pokosio jer sam neki članak ocijenio kao vrijedno znanstveno otkriće, a nisam zapazio da je u nizanju dokaza bila i jedna nedokazana hipoteza zbog koje je cijeli rad neutemeljen. Zbog takve dresure njegovi su učenici sijali strah na ORL kongresima; rušili su referate koji su trebali biti dočekani ushitom.

Iznimka su bili specijalizanti, kojima je trebalo dati poticaj umjesto kritike. Poštivalo se pravilo da se početnikovo prvo javno predavanje nagradi pljeskom, bez stručnih prigovora. Profesor Gušić se na nekom kongresu žestoko okomio na neki loš referat, ali kad su mu šapnuli da je predavač specijalizant, gotovo se užasnuo i pogrešku popravio na taj način da se za odmora prošetao s autorom ispod ruke, ljubazno se smiješeći.

Mnogo mi je na specijalizaciji kao neslužbeni mentor pomogao kolega i prijatelj Zvonimir Krajina (1923. - 2010.), poslije dekan i rektor Sveučilišta. Jednom mi je u ambulanti objasnio kako se radi punkcija maksilarnog sinusa, ali kad je nakon toga ušla bolesnica vrlo lijepe vanjštine, predomislio se:

-Željko, ovu ću ja punktirati.

Pacijentica pogleda nas obojicu i, valjda jer sam bio gracilnije građe, reče: Ja bih radije da me punktira ovaj, i pokaže mene. Krajina je to gospodski podnio, ali je meni početniku toliko drhtala ruka da sam jedva iglom pogodio otvor nosnice. Drugi put me na pacijentu učio tonzilektomirati.

Zvonimir Krajina

-Vidiš, hvataljkom zahvatiš tonzilu i zatim...

-Ali, Zvonko, to nije tonzila, zahvatio si nepčani luk.

-Kako, molim? Pa valjda ja znam bolje od tebe.

Poslije sam shvatio da je imao pravo, zbunila me promjena anatomije nakon infiltracijske anestezije i „spor“ je zapamćen kao šaljiva anegdota, dakako na moj račun.

Kod jedne operacije na vratu nađem karcinom prirastao za karotidu. Sjetim se

>>

Ante Šercer

uvodno opisane rupture, prekinem operaciju i zatražim neka operaciju nastavi šef klinike.

-Ja to dalje neću operirati, rečem mu odrješito; vama se ruptura karotide smije dogoditi, specijalizantu ne smije. Najprije je negodovao, a zatim mi je dao za pravo i tumor uspješno odljuštio.

Još sam ga jedanput doveo u sličnu nepriliku. Pri bronhoskopiranju za vrijeme noćnog dežurstva nađem u pacijentovom desnom bronhu nabubrjelo zrno graha. Znači, desno plućno krilo sigurno je već atelektatično i ako mi grah kod ekstrahiranja na bifurkaciji isklizne, aspirirat će ga lijevi bronh i prijeti smrt ugušenjem. Dao sam telefonom dignuti šefa iz kreveta „jer se specijalizantu neuspjeh tako opasnog pokušaja ne bi mogao oprostiti".

Specijalistički ispit kandidata sa Šalate tada se polagao na „neprijateljskom brijegu", u Vinogradskoj, a tamošnji kandidati su ga polagali kod nas na Šalati. Prije ispita trebalo je na suprotnom brijegu hospitirati mjesec dana. Naravno, dan prije ispita imao sam tremu, ali me prof. Ante Šercer (1896. - 1968.) smirio svojim uobičajenim hladnim tonom:

„Kolega, možete mirno spavati, mi smo vas promatrali ovih mjesec dana i ispit će biti samo formalnost.

Ipak mi je na ispitu postavio pitanje na koje nisam znao odgovor, ali sam Šercera osvojio svojim priznanjem kakvo se na ispitu vrlo rijetko čuje:

-Gospodine profesore, na to pitanje ne znam odgovoriti.

Slučajno, bio je to moj glavni zgoditak, jer mi je zadovoljno odvratio:

-Pa naravno da ne znate jer ja to još nisam objavio.

A član ispitne komisije prof. Milovan Ćurković humoristički je dodao:

-E, moj mladi kolega, ispit nije samo zato da se vidi što vi znate, nego i zato da se vidi kako mi znamo više od vas.

U to je doba bio mentorski sustav još u povojima pa su se specijalizanti uglavnom morali sami snalaziti. No treba priznati da su šefovi nastojali specijalizante što prije osposobiti za zanatski dio posla, za operacije, kako bi sebi olakšali život. Štoviše, kad sam bio na ferijalnoj praksi u uvodno spomenutom Merkuru, tamo je apendektomije radio student četvrte godine (!) Boris Zimmermann (1924. - 2017.), poslije ugledan profesor traumatologije u Draškovićevoj. A u koprivničkoj bolnici, gdje sam započeo pripravnički staž, interni je odjel 1952. vodila stažistica dr. Anka Sabolić (poslije je radila na Rebru), jer je šef bio

Boris Zimmermann

previše zauzet svojom privatnom ordinacijom. Bio sam slučajno prisutan šefovom razgovoru sa seljankom koja se došla raspitati za svog muža.

-Nemoj se, bako, ništa brinuti sve dok god ti se ja za muža brinem – umirivao ju je šef interne.

Sabolićka mu šapne da je taj pacijent noćas umro, ali se šef odmah snađe i reče seljanki:

-Uostalom, sve će ti lijepo objasniti ova moja doktorica – i odmagli.

Mislim da je za specijalizante najveći problem bio nestašica udžbenika. Na hrvatskom ih nije bilo, a s ove strane „željezne zavjese" bilo ih je teško nabaviti iz inozemstva. Oni koji su imali rođaka ili gastarbajtera u Njemačkoj mogli su se domoći kakvog antikvarnog *Lehrbucha*, a oni iz „provincije" morali su zadnju godinu specijalizacije odraditi na nekoj klinici ili u većoj bolnici. Događalo mi se da je neki specijalizant iz „provincije", komu sam na klinici trebao biti mentor, bolje od mene vladao kirurškom tehnikom zahvaljujući bogatoj kazuistici i svom šefu koji je imao interesa da ga što prije osamostali.

Na specijalističkim ispitima rijetko je tko pao jer se nesposobnima na vrijeme sugeriralo neka se okane jalova posla. Kao mentor specijalizantima nekoliko sam se puta osramotio. Jedan je imao tako mali IQ da sam na šefov prigovor kako sam loš mentor odbrusio: „Ja sam samo mentor, nisam defektolog", čega se još i danas stidim. Drugi specijalizant, iz jedne „nerazvijene" republike i k tome u poodmakloj dobi, angažirao je za učenje svoju suprugu tako da mu je za dežurstva čitala tekst, dok je on ležao na krevetu sa sklopljenim očima. Povremeno bi ga upitala sluša li još ili spava. Savjetovao sam mu neka se okani specijalizacije, na što je odgovorio:

-Ne mogu natrag bez diplome, sramota! Ili diploma ili metak u čelo! Diplomu je uspio dobiti u drugoj zagrebačkoj ustanovi, koja se ovako opravdavala: Neće ostati u Hrvatskoj, neka tamo drugi za njega odgovaraju.

Uoči Domovinskog rata došao nam je na obranu klasifikacijskog rada politički istaknut kolega, inteligentan, ali mizernoga znanja i prepotentnog ponašanja, usto s pištoljem za pasom. Dosjetim se rješenja!

-Je li točno da vladate francuskim kako piše u vašoj prijavi, upitam ga, makar sam znao da ne vlada. Odgovorio je potvrdno, pa mu dadem francuski stručni časopis sa zadatkom da se vrati ispitnoj komisiji za obranu za sat vremena i na hrvatskom prepriča sadržaj jednog članka. Nismo ga više vidjeli, ali je poslije bio poznat

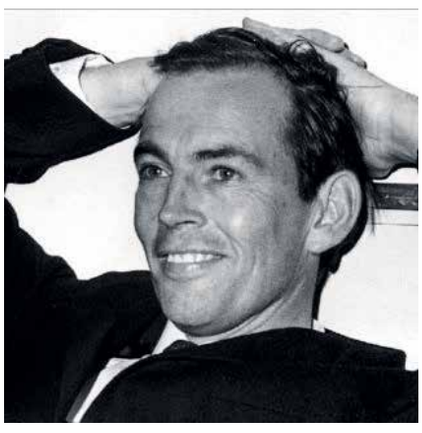
Tomislav Sablek

kao načelnik saniteta u okupiranom dijelu Hrvatske.

Jednom sam se sukobio sa svojim vršnjakom i prijateljem, tada ORL specijalizantom Tomislavom Sablekom (1925. - 2019.) iz Požege, jer je mi je odbio asistirati neku operaciju.

-Ta me operacija ni najmanje ne zanima jer je ja u Požegi neću raditi – rekao je.

Obranio ga je šef klinike, dao mi je drugog asistenta, a Sablek je poslije u Požegi osnovao izvrstan ORL odjel te mu bio na čelu do svoje mirovine.



Christian Barnard

Na kraju nekoliko riječi i o subspecijalizaciji. Sa specijalizacijom kirurške struke nisam bio previše sretan jer joj je tada težište bilo na tehnici i manualnoj spretnosti: pažljivo reži pa lijepo sašij! Kako biti zadovoljan majstorskom ekstirpacijom malignoma kad nam uspjehe poništavaju metastaze ili recidivi? Kako li se osjećao Christian Barnard (1922. - 2001.) nakon prve transplantacije srca 1967. kad mu je Washkansky nakon nekoliko dana umro? Drugim riječima, kirurgija bez kliničke imunologije nerijetko gubi bitku, a hrvatska se medicina dugo maćuhinski odnosila prema toj struci budućnosti.

Predsjednik Zborove sekcije za alergologiju i kliničku imunologiju, internist prof. Milorad Mimica (1920. - 2003.), uzalud je nagovarao MEF u Zagrebu na osnutak dvogodišnjeg postdiplomskog studija te struke. Nudio je Vijeću za postdiplomsku nastavu gotov plan i program, ali su na svakoj sjednici bili vraćani na doradu zbog nekih osobnih ambicija. Iako sam kirurški odgojen, bavio sam se i imunologijom pa sam kao Mimičin nasljednik u Sekciji zagrizao taj tvrdi orah. Na jednoj sjednici Vijeća ponudio sam revidirani plan i program na lukav način, gotovo uz pogrdne riječi: „Nisu dobri jer su rezultat brojnih osobno uvjetovanih ustupaka. Uzmi ili ostavi!“ Prihvaćeni su bez ijednoga glasa protiv jer nitko nije htio da ga smatraju kočnicom. I tako je jednom kirurgu povjeren internistički studij koji sam vodio punih sedam godina (1979. - 1985.).

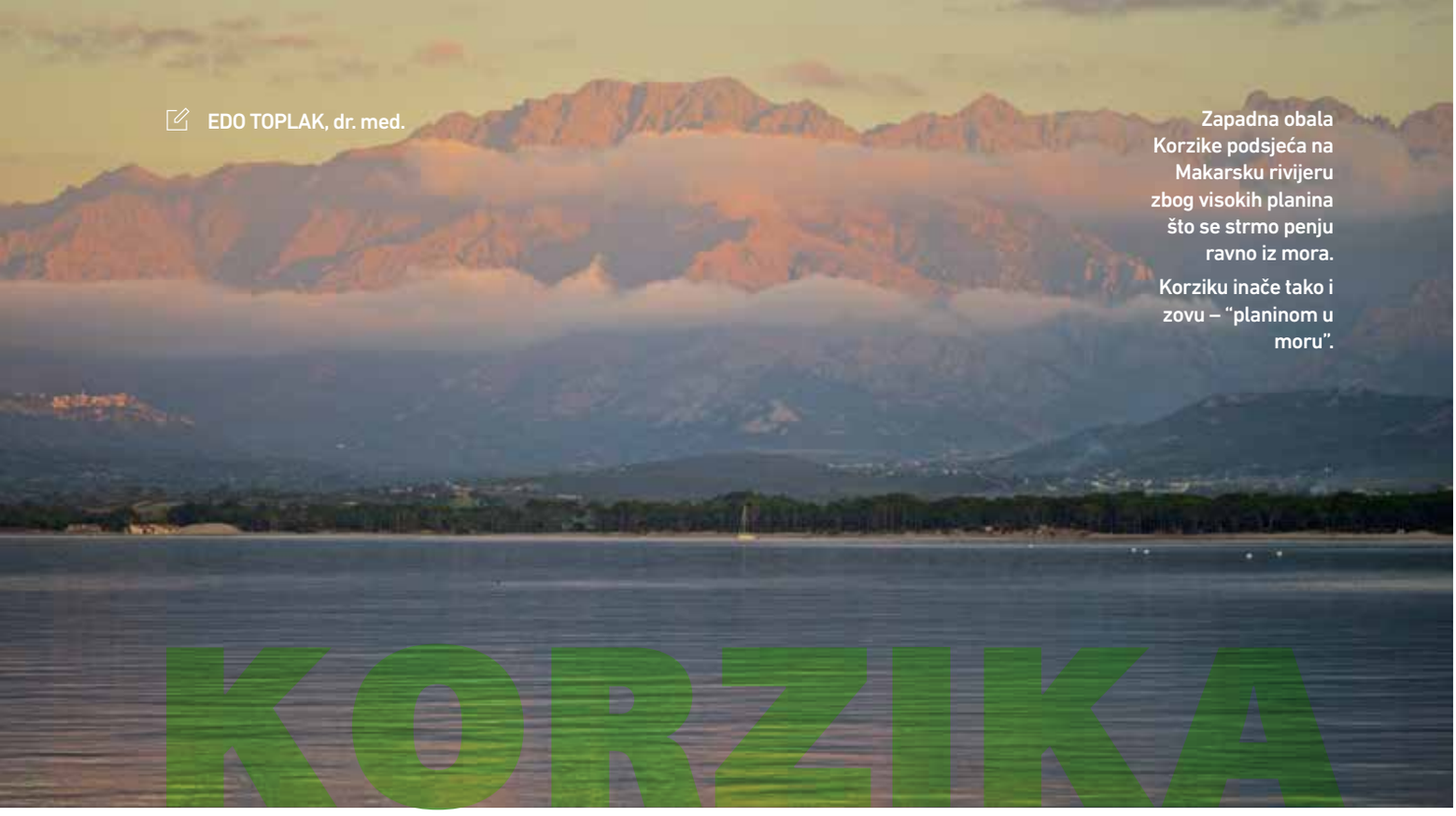
Matko Marušić

Nikad nisam vidio toliko kandidata za neki postdiplomski studij, očito je tada u nas vladala prava glad za kliničkom imunologijom. Prijavilo ih se znatno više od 20 koliko je tada Fakultet dopuštao, no uspio sam ih upisati 40 s obrazloženjem da su u prvom semestru ionako samo predavanja te da će ih polovina otpasti kad započne praktičan rad. Nisu otpali! Do konca 1992. studij je upisalo 378 liječnika iz cijele države, od toga većinom specijalista raznih struka, koji su također shvaćali da je medicina bez kliničke imunologije na klimavim nogama. Od tih postdiplomaca 71 je obranio i magistarski rad.

Akademik Dragan Dekaris

Na poziv da budu nastavnici novog studija srećom su mi se već za prvi semestar odazvala tada najzvučnija imena u bazičnoj imunologiji: Nikša Allegretti, Matko Marušić, Filip Čulo, Oto Springer, Igor Andreis, Milan Taradi, Andrija Kaštelan, Branko Vitale, Milivoj Boranić, Dragan Dekaris, Vlatko Silobrčić, Luka Milas i Ivo Bašić. I tako je imunologija u Hrvatskoj stala na čvrste noge! Toliko o početku subspecijalizacije iz imunologije, a što je dalje bilo obradio sam u povijesnom članku koji je objavio HAZU (Rad HAZU 466; medicinske znanosti, knj. 27, Zagreb 1994, 41-50).

Posljedice tog studija ilustrirat ću u ovom memoarskom osvrtu samo jednim podatkom: nekoć je tonzilektomija u našoj otorini bila najčešća operacija, danas je gotovo najrjeđa.



EDO TOPLAK, dr. med.

Zapadna obala Korzike podsjeća na Makarsku rivijeru zbog visokih planina što se strmo penju ravno iz mora.

Korziku inače tako i zovu – "planinom u moru".

KORZIKA

PALAC GORE

Ne zbog odobravanja ili stopiranja već zato što na zemljopisnoj karti Korzika uz malo mašte izgleda kao šaka uzdignuta palca. Treći po veličini i najsjeverniji veliki sredozemni otok. Treći? Ne, četvrti. Od Korzike je veći Cipar. No kad govore o tri velika sredozemna otoka, svi misle na Siciliju, Sardiniju i Korziku. Korzika je od njih meni osobno najizazovnija. No ima na njoj još toga naj. Kao prvo ona je - najnedostupnija. Nama iz Hrvatske. Poznajete li nekoga tko je bio na Korzici? Malo njih, ako ikoga, jelda? Korzika je naime za nas teško dostupna. Nevjerojatna činjenica za otok kojemu je glavna privredna grana turizam. Da pojasnimo: nije ona stvarno prometno izolirana, takva je samo prema istoku. Sa sjeverom, jugom i zapadom odlično je povezana redovnim visoko i niskobudžetnim letovima, te brodskim i trajektnim linijama. Prema istoku ne leti ništa. Trajekata što se tiče, prema istoku izvan sezone plove jedva par puta tjedno i to samo iz Savone, Genove i Livorna. Stoga poželite li na primjer svratiti do N'Djamene ili Kampale, za to će vam neće trebati više vremena no što vam treba do Ajaccija.

Ta iznimna nedostupnost bila je prevelik izazov da ga ne bih prihvatio. Tim više što sam se na putovanjima po Siciliji, a posebno po Sardiniji, vrlo dobro proveo i jednostavno sam morao uživo usporediti sva tri sredozemna bisera. To je bio odgovor na pitanje zašto. S kim i kada? Putovanja po sjevernom Sredozemlju romantična su, opuštena, s minimalno stresa, ležerna i bez onih kulturoloških razlika koje vas drže na adrenalinskom oprezu. Uostalom, stalno ste u roamingu. Pa čemu to onda kvariti djecom? Dakle, za putovanja na takva mjesta raznim koruptivnim prijedlozima i nemoralnim ponudama u pravilu uspijevam nagovoriti suprugu. Uz to, za te je krajeve idealno vrijeme rana jesen, kada klinci imaju obveza u školi i na fakultetima, pa ih je bolje ne smetati. Putovanje sa suprugom meni je uvijek izniman užitak iako uzrokuje malo neugode kad uđemo u neku lokalnu birtiju ili se pojavimo na plaži. Naime interes domicilnog ženskog stanovništva i neskrivene požudne poglede teško je ignorirati. Srećom, moja je žena već navikla putovati uz atraktivnu pratnju, pa se uglavnom uspješno pravi da ne primjećuje te neprestane osmjehe i pokoji papirić s telefonskim brojem nespretno ubačen u suprugov ruksak.

Spomenuo sam da letova s istoka nema, putujući iz Hrvatske jedino je financijski i vremenski prihvatljivo sredstvo trajekt iz Italije. Dnevni trajekt vozi četiri sata iz Livorna kraj Pise, a noćni vozi cijelu noć iz Genove ili susjedne Savone. Mi smo se odlučili za noćni trajekt. Na trajektu možete uzeti sjedalo (doplata 10 Eura) ili kabinu (20 Eura) ili cijeli brod osim sjedala i kabina (doplata 0 Eura). Karte obvezno kupite unaprijed preko interneta. Brže, bolje i jeftinije. Ako uzimate kabinu, pazite da ne uzmete krevet na katu. Ako uzmete krevet na katu nemojte onaj desno od ulaza. Ako unatoč mojem savjetu uzmete baš taj, trebat će vam skijaška kapa i naočale ili dugi šrafciger (šesnaestica ili veći) ili duckt tape, tj. pick traka. Naime, legnete li na spomenuti ležaj koji je po svemu ostalom izvrstan, glava će vam se naći na pola metra od 2,5 kilovatnog ventilatora koji uz nebitnu buku od 94 decibela ispuhuje 14 bofora. Na izbor su vam tada četiri mogućnosti:

1. Nabiti na glavu skijašku kapu i naočale pa mirno odspavati do jutra;
2. Ubaciti odvijač u otvor ventilatora i zakočiti mu elise, a ako je sreće, i potpuno ga razvaliti pa mirno odspavati do jutra;
3. Skinuti deku s kreveta, omotati oko ventilatora i zalijepiti je malerskom pick trakom pa mirno odspavati do jutra,
4. Poludjeti do jutra.

Plaže su brojne i za svačiji ukus, svih zamislivih veličina, boja i podloga i najljepše od svega potpuno prazne. Bili smo početkom listopada, vrijeme je bilo vrlo ugodno, ali i ovdje se turistička sezona svodi na samo tri mjeseca.

Ja ne skijam, uvijek sa sobom nosim šrafciger, ali mali, a ljepljiva traka mi je greškom ostala doma. Srećom sam pobedastil odavno, pa nisam trebal čekati jutro.

Postoji doduše i prekidač za ventilator s mogućnosti regulacije puhanja odmah lijevo od vrata kraj šaltera za svijetlo, ali to osoba moje inteligencije shvati tek ujutro pri izlasku iz kabine.

Po svemu ostalome trajekt je super. Bazen, igraonice, barovi, dućani...

Prošavši kraj nebitnoga, ali povijesno poznatog otočića Elbe, trajekt vas u cik zore iskrca u Bastiji na istočnoj obali (tik ispod palca). Bastia, na Tirenskom moru najvažnija je luka Korzike od prapovijesti. Grad nešto malo veći od Šibenika raširio je ogroman tristometarski trg koji je uz dobre male kafiće ugostio jednu veliku skulpturu. Najvećeg sina Korzike, barem ako pitate Francuze i sve ostale ljude na svijetu. Ako pitate Korzikance, odgovor je malo drukčiji. O tome malo poslije. Bilo kako bilo, mramorni kip Napoleona u prirodnoj veličini (barem prema uvjerenju većine Francuza), dakle četirimetarski, napravljen je prema narudžbi jedne od njegovih sestara i prikazuje cara golog do pasa u pozi rimskog boga opletenog mišićima kojih se ne bi posramili ni Marvelovi junaci, uključujući onoga zelenog. Uz Bastiju jedna tužna povijesna epizoda. Nijemci su s Korzike pobjegli u listopadu 1943. Dok su Korzikanci na rivi slavili slobodu i istjerivanje Nijemaca, američke leteće tvrđave su ih zasule bombama. Oko petstotinjak mrtvih i rupe na zgradama, od kojih se neke vide i danas. Amerikanci su se ispričali za grešku u koordinaciji.

Korzika je površinom velika kao tri Istre, ali razmjerno rijetko naseljena. Ukupnog stanovništva ima malo više od 330.000.

Meni osobno su najdojmljivija stvar na otoku sela i mali gradići. Obvezno na brijegu, mediteranski opuštena, šarmantna, sa središnjim trgom i gostionicom iz koje očekuješ da izađe Renè ili ako je više sreće Ivette.

Hrane i pića što se tiče, ponuda je izvrsno kada naiđete na otvoreni restoran. Naime sezona je završila i 90 % restorana je zatvoreno.

Osnova kuhinje su pajceki, oni iz koca i oni preko nišana, zatim ovce i koze, sirevi, a puno se jedu i kesteni. Dodajte masline, vino, gorki aperitiv "Cap Corse" i kekse s bademima - to je otprilike korzikanska kuhinja. Ah da, i iznad svih očekivanja dobro lokalno pivo. Zapravo izvrsno, nisam pivopija, ali to se ne propušta. Pietra pivo s okusom kestena. Zvuči bez veze, ali nije. U rangu s Tipel Karmelietom ako moram usporediti.

Obala Korzike je oko 1000 km stijena ispresijecanih plažama. Plaže su impresivne brojem, različitih veličina, boja i podloga i najljepše od svega – potpuno su prazne. Najčešće smo se na njima kupali sami, na većima se nađe još poneki kupač, otprilike svakih 50 metara jedan. Ipak plaže nisu u rangu sardinijskih, no te su, barem meni, koplje iznad svega na Mediteranu.

U početku smo obišli onaj palac na vrhu šake, pa onda krenuli obalom po prstima, tj. zapadnom stranom. Ta zapadna obala puna je krajolika koji vas svako malo natjeraju da stanete sa strane i okinete neku pejzažnu. Na toj strani otoka nekako me pratio osjećaj da sam u Makarskoj. Ponajviše zbog previsokih planina što rastu ravno iz mora. Korziku inače tako i zovu – "planinom u moru". Najviši vrh Korzike, Monte Cinto, visok je 2706 metara. Vrhova preko 2000 metara ima, kažu, 117. Znate koliko ih ima u Hrvatskoj? Nijedan. Naravno znam da znate, samo provjeravam.

Jedan od gradova koji se svakako isplati posjetiti je Calvi. Luka, tvrđava, planina iznad, tirkizno more i osamkilometarska plaža. Klasična Korzika.

Korzikanci tvrde da je Kolumbo rođen ovdje u Calviju. Vrlo malo vjerojatno, ali teško je

>>

Na Korzici ima desetak gradova i gradića koje se isplati posjetiti. Za razliku od glavnog grada Ajaccia koji slobodno zaobiđete nemojte preskočiti Bonifaccio. Jako zanimljiv gradić uvijek pun turista koji velikim dijelom dolaze kao izletnici sa 11 km udaljene Sardinije utvrdio se na hridi sa tri strane okružene morem do kojeg se možete spustiti po 187 stuba urezanih u stijenu uz nezaboravan pogled i jednako nezaboravno žarenje u kvadricepsima.

osporiti s obzirom da se o Cristphanovim ranim danima ne zna puno, osim da je bio Genovežanin, a Genova je u to vrijeme vladala Korzikom. Možda je preciznije reći da je njena vlasnica bila genoveška banka San Giorgio.

Obišli smo zapadnu obalu, prošli glavni grad Ajaccio, u kojem se, ako mene pitate, nema što vidjeti osim, naravno, ogromnog spomenika Napoleonu, i došli do južnog dijela otoka. Tu je obala razvedenija s puno zaljeva, a uz granitne stijene nađe se i dosta sedimentnih. Porto Vecchio i Bonifaccio dva su veća naselja na jugu. Oba simpatična, s time da je ovaj drugi pravi bombon. Zapravo bombonijera jer u njemu ima više slatkih detalja. Vrlo lijep gradić i izvan sezone pun turista koji velikim dijelom dolaze kao izletnici s 11 km udaljene Sardinije. Grad je na stijeni sa tri strane okružen morem do kojeg se možete spustiti po 187 stuba urezanih u stijenu, uz nezaboravan vidik i jednako nezaboravno žarenje u kvadricepsima. Stube su naime jako visoke. Barem su se meni doimale takvima. Između više detalja moram spomenuti jedinstveno groblje. Ne možete obići baš sve gradove i mjesta na Korzici, ali Bonifaccio nemojte preskočiti.

Što se prometa tiče postoji jedan ipsilon pruge i to čak nije loš način prijevoza po sjeveru, ali tračnica na jugu otoka nema, pa na tom dijelu morate koristiti bus. Mi smo auto prebacili trajektom tako da nismo koristili javni prijevoz. Ceste su, pa recimo u redu, na zapadnom dijelu otoka zavojite, uske i počesto oštećenog kolovoza, ponegdje čak i neugodne, a na istoku sasvim dobre. Autocesta na otoku nema.

Unatoč nedostatku mora i plaža, središnji dio otoka njegov je najljepši dio. Raj za bikere i hikere, a tu je i grad Corte, povijesno, kulturno, administrativno i univerzitetsko sjedište otoka. Njegovo srce i duša. Ovdje moram napraviti dvije digresije. Prva je hobistička, dakle važna, druga samo povijesna.

Prva digresija Da bi se adekvatno nosili s izazovima našeg poziva, mi liječnici razvili smo neke osobine i navike. Tako nerazmjerno velik broj liječnika ima hobi kojim se počesto bavi na razini koja kvalitetom premašuje profesionalne rezultate na tim poljima. Jedan od najčešćih hobija je planinarenje. Daleko bi me odvelo kad bih sad krenuo nabrajati svijetle primjere liječnika planinara. Recimo do osmog reda treće stranice ovog broja LN ili do prvog čovjeka koji je stupio na vrh Mont Blanca. A za planinare je Korzika raj na zemlji. Uz bezbrojne vrhove i vrhuljke i preko njih po Korzici prolazi vjerojatno najpoznatija planinarska transverzala svijeta. Legendarni GR20. Ono što je za jedriličare Cape Horn, za plivače La Manche, za šnajdere Savile Row, za jahače (i konje) Kentucky Derby, ono što je Graceland rokerima, Harvard štreberima i Bijela kuća političarima, klincima Disneyland, glumcima Hollywood, a kockarima Las Vegas, to je planinarima GR20. Staza duga 180 km vodi sa sjevera na jug otoka, uz elevaciju od 12.000 metara. Dobro utrenirani planinari koji je prolaze za oko desetak dana nagrađeni su fantastičnim krajolicima, slapovima, gorskim jezerima, šumama, dolinama i potocima, punim plućima i razgaljenom dušom. Tako kažu. Ja ne znam jer sam, posramljeno

priznajem, deset dana u prirodi zadnji puta proveo na ljeto devedesetpete. Imam neku medalju kao potvrdu. A utreniran nisam bio... hmm...nikada. Tako da sam, moram priznati, bogobojazno promatrao sve te planinarčine onako lagano sa strane. Skrušen ko katolik u Meki.

Druga digresija Najzanimljiviji povijesni period spomenutog središta Korzike, tj. grada Cortea, odvijao se sredinom 18. st. Tada naime on postaje sjedište pobune protiv Genove i glavni grad neovisne Korzike. U toj borbi ističe se njihov politički i vojni vođa Pasqual Paoli. Taj je frajer konsenzusom Korzikanaca najveći, najbolji, najhrabriji, najpametniji i najljepši otočanin ikada. Istinski heroj i domoljub, i zapravo ne znam zašto ga Mel Gibson već nije odglumio. Kako bilo, kad ih je on vodio Korzikanci su se oslobodili Genove i petnaestak godina bili samostalni. Tu su uspostavili vlast, osnovali sveučilište i prihvatili ustav koji je vrlo sličan onom kasnijem američkom. Sve im je vrlo lijepo krenulo. U to vrijeme žene su u Republici Korzici imale ravnopravnost glasa kao i muškarci. Nažalost neovisnost je trajala tek petnaestak godina. Dakle, pitate li bilo kojeg Korzikanca tko je najvažniji, najomiljeniji i naj, naj Korzikanac, svi će vam odgovoriti da je to Pascal Paoli. A Bonaparte? Iako je zapravo dobio ime po stricu koji je poginuo boreći se uz Paolija, iako je Paoliju Napoleonov tata neko vrijeme bio tajnik, iako se i sam Napoleon u početku borio s njim za neovisnost Korzike, na kraju je okrenuo leđa Paoliju i poveo svoje jedinice dobrovoljaca korzikanske Nacionalne garde te prešao na stranu Francuza. Nije se borio protiv Korzikanaca, ali nije se više htio boriti za njihovu slobodu. Zato ga Korzikanci niti cijene, niti vole. Uostalom, Napoleon je na kraju krajeva francuski car, a Francuska je Korzici oduvijek maćeha. Naime, još od revolucije Francuzi ne priznaju nacionalne manjine, tj. provode "zakon tla", pravilo da na teritoriju Francuske žive samo Francuzi. Tako u Francuskoj više nema ni Katalonaca, Baska, Oksitanaca ili Bretonaca, pa ni Korzikanaca. Još jedna crtica o Napoleonu i neću više: zakonom iz 1881. Francuzima je zabranjeno svinju nazvati imenom Napoleon. Ne znam je li to znao George Orwel kad je pisao "Životinjsku farmu".

Otok je, dok smo bili tamo, pripadao mojoj ženi, ali inače gledamo li povijesno, prije Francuske i Genove pripadao je Pisi, Španjolcima, Rimljanima, Grcima..., ali zapravo je uvijek imao posebnu težnju neovisnosti. Moram im priznati da nigdje drugdje u Europi, u Sjevernoj Irskoj, Kataloniji ili Baskiji nisam svjedočio ni približno tolikom otporu prema vlasti kao ovdje. Ploče s nazivima uz cestu su dvojezične i imaju tri svrhe. Osnovna je da služe kao mete za gađanje. Neću pretjerati ako kažem da je tri četvrtine znakova izbušeno. Uglavnom sačmaricama, ali ima i malog kalibra, a nađe se i poneki veliki. Druga svrha je da bi korzikanski patrioti mogli crnom bojom precrtavati nazive na francuskom jeziku. Treća svrha je, naravno, informacija na znaku, ali ta je nebitna.

Fronta za oslobođenje Korzike NFLC, oružana skupina poput IRE i ETE, ubila je 1998. francuskog upravitelja otoka, oružane borbe odrekla se prije šest godina, ali i danas znaju pozirati s oružjem i kapuljačama nalik ISIS-u.

Izlaganje korzikanske zastave Francuzi su dozvolili tek 1980. Inače, zastave, grbovi, naljepnice i grafiti koji pozivaju na nezavisnost i slična domoljubna obilježja su sveprisutna. Zastava je vrlo slična sardinijskoj. Glava Maura s bijelim povezom. Na sardinijskoj zastavi su iste takve crne glave, ali ih je četiri. Po predaji potječe iz 11. st.

Korzikanski jezik je etruščanskog porijekla. Govori ga oko pola stanovnika, ali tek njih 10 % kao prvi jezik. Nije službeni u upravnim procesima, u školama se uči fakultativno, ali se ne smije slušati više od tri sata na tjedan.

Jedan od važnijih otočkih brendova je nož. Nema te zabiti na otoku koja nema bar jednu prodavaonicu noževa. Uglavnom ih prodaju turistima kao suvenire. Cijene se razlikuju prema kvaliteti drške koju rade od kravljih rogova, ali ima tu svih mogućih varijanti od masline do veprovih kljova i od 30 do 1000 eura.

Uz noževe vezan je još jedan brend Korzike. Vendetta. Nepovjerenje u sudsku i izvršnu vlast posvuda zna iznjedriti neke oblike krvne osvete, ali Korzikanci su to doveli do apsurda jer ovdje se osveta nije tražila samo za ubojstvo nego i za svaku povredu časti, zbog zalutale koze ili neke teške riječi, pa se opisuju sukobi obitelji s tridesetak mrtvih zbog svađe oko kestena ili 13 mrtvih zbog kokoši. Vrhunac je vendetta imala u 18. st. kada je u prosjeku godišnje ubijano između 100 i 500 ljudi. Neki izvori spominju da je jedne godine ubijeno 1390 ljudi. Vendetta je jednostavno prerasla u začarani krug nasilja. Posljednji slučaj, kažu, zabilježen je 1959. godine. Nasilje je na Korzici skriveno, ali sveprisutno. Zgrade su izbušene mecima i bombama, BBC je nedavno objavio da Korzika ima najveću stopu ubojstava *per capita* u Europi. Za vrijeme WW-II poginulo je razmjerno dvostruko više Korzikanaca od ostalih Francuza. Usprkos tome moram reći da sam se na Korzici sjećao apsolutno sigurno. Danju i noću. Puno opuštenije nego u Grčkoj ili Turskoj. Ili Belgiji, ako ćemo iskreno.

Vrijeme nam je bilo savršeno. Vrlo toplo, ne vruće, More idealno za kupanje, ugodno osvježavajuće, iako bi listopad trebao biti najvlažniji mjesec nije bilo ni traga kiše, dapače.

Osim caramesara nema globalno poznatih Korzikanaca. Korzikanci doduše prisvajaju i Letitiju Castu (*opaska za mlađe kolege:* Victoria Secret Angel 1998. - 2000.), no ona nije rođena na Korzici, samo njen tata.

Tradicionalna glazba na Korzici teško je slušljiva. To je muška klapska vokalna recimo izvedba bez puno melodije. Malo vuče na gange i rere. Zapravo ne, u odnosu na korzikansko pojanje, gange su polifono milozvučje.

Flora nije pretjerano egzotična, zapravo tipična je mediteranska, a od faune iznenađenje je bilo tek veliko jato ružičastih plamenaca.

Umjesto zaključka rekao bih da je Korzika osebujan, lijep i pomalo divlji otok, s našim krajevima slabo povezan, kao stvoren za ljubitelje planinarenja i prirode. Solidne hrane i pića i odličnih plaža. U sezoni krcat, izvan sezone gotovo pust. U usporedbi sa Sardinijom i Sicilijom otok je manji, rjeđe naseljen, slabije razvijen, prometno nepovezan, kulturno siromašan i osjetno skuplji. Ipak je to Francuska, a ne Italija. S druge strane, on je ugodno neurbaniziran i bogatiji prirodnim ljepotama. Od turista pretežu Švicarci i Talijani, nikoga iz naših krajeva nismo sreli. Smještaj je s obzirom na to da smo bili izvan sezone, bio jeftin i luksuzan. Naime, unajmili smo neugodno lijepo uređenu seosku vilu. Ljudi izgledaju opušteni i zadovoljni, ali ni s kime nisam mogao ostvariti neki dublji kontakt, jer osim francuskog i korzikanskog, nitko, pa ni mladi, ne govore niti jedan drugi jezik. Kažu da u hotelima govore engleski i talijanski, ali to nismo provjerili. Odlučite li se posjetiti Korziku, ponesite gojzerice, dovoljno novaca i vremena, i nećete zažaliti. Ali ipak prije toga posjetite Sardiniju ili Siciliju. Ili obje.

Po uvriježenom običaju, za dopune, osvrte, kritike, savjete ili nedajbože pohvale, moj je

edo.toplak@zg.t-com.hr

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 Medécins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka:
http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme

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

Ciklus hitnih stanja u medicini
CroMSIC
Zagreb, 26.11.2020.-1.6.2021
gđa. Kana Halić Kordić, tel: 0996396086,
e-mail: lome.zagreb@cromsic.hr

Depresija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 15.12.2020.-28.2.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 0911333838,
e-mail: info@e-medikus.com

Povrede lokomotornog sustava
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 30.12.-08.2.2021.
gđa. Ivona Vukusic, tel: 0995379936,
e-mail: ivona.vukusic@gmail.com

Zbrinjavanje bolesnika s umjerenom do jakom boli
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 30.12.-08.2.2021.
gđa. Ivona Vukusic, tel: 0995379936,
e-mail: ivona.vukusic@gmail.com

Bol u ortopedskim zahvatima i sindromima prenaprezanja
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 30.12.-08.2.2021.
gđa. Ivona Vukusic, tel: 0995379936,
e-mail: ivona.vukusic@gmail.com

Terapijske opcije u liječenju akutne boli
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 30.12.2020.-08.2.2021.
gđa. Ivona Vukusic, tel: 0995379936,
e-mail: ivona.vukusic@gmail.com

Što (ne)znamo o dabigatranu?
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.01.2021. - 31.12.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0989425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Parkison plus sindromi
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.01.-31.12.2021.
dr. Josip Ljevak, tel: 0918958047,
e-mail: jljevak@gmail.com

Apomorfin u liječenju Parkinsonove bolesti: kome, kada, kako?
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
dr. Josip Ljevak, tel: 0918958047,
e-mail: jljevak@gmail.com

Neoralne metode liječenja Parkinsonove bolesti : LCIG
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
dr. Josip Ljevak, tel: 0918958047,
e-mail: jljevak@gmail.com

Neurofarmakologija Parkinsonove bolesti
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
dr. Josip Ljevak, tel: 0918958047,
e-mail: jljevak@gmail.com

Koncept blagog spoznajnog poremećaja - Alzheimerova bolesti
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
dr. Josip Ljevak, tel: 0918958047,
e-mail: jljevak@gmail.com
Iznos kotizacije:

Sistemska tromboliza u liječenju ishemijskoga moždanoga udar
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0989425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

NVAF: Kome i kada uvesti antikoagulantnu terapiju- što bi neurolog morao znati?
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0989425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Akutno neurološko liječenje kod antikoaguliranih bolesnika
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0989425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Prikaz slučaja: Sve ili ništa - ovisno o reverziji?
Hrvatsko neurološko društvo
edu.e-med.hr, 1.1.-31.12.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0989425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Nuspojave androgen deprivacijske terapije i kako ih zbrinuti
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 1.1.-31.12.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije
Klinički bolnički centar Zagreb
Zagreb, 1.1.-31.12.2021.
prof.dr.sc. Željka Petelin Gadže, tel: 012388344,
e-mail: zeljka.petelin.gadze@kbc-zagreb.hr
Iznos kotizacije: 9000,00Kn, od čega 20% KBC-u Zagreb

Bol u svakodnevnoj liječničkoj praksi
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 13.1.-13.2.2021.
gđa. Ivona Vukusic, tel: 0995379936,
e-mail: ivukusic@berlin-chemie.com

VAŽNOST VLAŽENJA NOSNE SLUZNICE MORSKOM VODOM U PREVENCIJI I LIJEČENJU VIRUSNIH INFEKCIJA_2
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 13.1.-28.2.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

Prikaz slučaja – Sindrom suhog oka
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 13.1.-28.2.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

Crveno oko
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 13.1.-28.2.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

ŠTO JE ZAJEDNIČKO PNEUMOKOKU I BOLESTIMA KOJE PRENOSI KRPELJI? VAŽNOST PREVENCIJE
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 13.1.-28.2.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

LIJEČENJE KRONIČNE BOLI NA MARGINI COVID-a 19
Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 18.01.2021. - 30.09.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

3. eduKMAT e-radionica - Što je suprotno od maskirne hipertenzije?
Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 20.1.-21.2.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Suvremeni pristup zbrinjavanja bolesnika sa srčanim zatajivanjem
Hrvatsko karrdiološko društvo
edu.e-med.hr, 21.1.2021. - 1.9.2021.
g. Marijo Haban, tel: 0989425751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Primjena bilastina kod simptomatskog liječenja alergijskog rinokonjuktivitisa i urtikarije
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Online, 21.1.-20.3.2021.
g. Marko Adrić, tel: 0919440962,
e-mail: madric@berlin-chemie.com

Imunomodulatorna svojstva beta - glukana
Hrvatsko društvo za kliničku prehranu HLZ-a
https://vitamini.hr/korisnik/signup,
26.1.-25.7.2021.
prof.dr.sc. Darija Vranešić Bender,
tel: 0913774377,
e-mail: dvranesi@kbc-zagreb.hr

Osnovni tečaj za liječnike za rad u HMS
Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 28.1.2021. - 20.12.2021.
gđa. Gordana Antić, tel: 099 255 40 42,
e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

Kako smjernice za liječenje astme prate stvarni život?
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 1.2.2021. - 2.5.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098/499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 7
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 2.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

Je li budućnost u našim rukama?
Sandoz d.o.o.
webinar, 3.2.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 8
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 3.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

4. eduKMAT e-radionica - Dipper ili non?
Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 3.2.-4.3.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Moždani udar kod žena u vrijeme pandemije COVID-19
Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko neurološko društvo
Zagreb, 4.2.2021.
prof. dr. sc. Zdravka Poljaković, tel: 098 237 288,
e-mail: zdravka.po@gmail.com

Glaukom tihi kradljivac vida
Poliklinika Lacrima
Sali, 4.2.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Ublažavanje LUTS udruženih s BHP-om
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 04.02.-01.03.2021.
gđa. Maja Perković Pajk, tel: 0994909483,
e-mail: mperkovicpajk@berlin-chemie.com

PRVI MEĐUNARODNI SIMPOZIJ COVID-19 I NEUROLOGIJA
Hrvatsko društvo za neuroimunologiju i neurogenetiku
Zagreb, 6.2.2021.
gđa. Vanja Bašić Kes, tel: 099 3103058,
e-mail: kesvanja@gmail.com

Sindrom sagorijevanja (Burnout sindrom) u zdravstvenih djelatnika (za liječnike)
Sveučilišta u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studij
Split, 6.2.2021.
prof.dr.sc. Irena Drmić Hofman, tel: 0915341584,
e-mail: id@mefst.hr

Kardiovaskularna zaštita visokorizičnih bolesnika - webinar
Servier Pharma d.o.o.
Rijeka, 8.2.2021.
gđa. Margareta Karlović, tel: 0916551529,
e-mail: margareta.karlovic@servier.com

Webinar posvećen epilepsiji povodom Međunarodnog dana epilepsije i Nacionalnog dana oboljelih od epilepsije
Hrvatska udruga za epilepsiju
Zagreb, 8.2.2021.
gđa. Ana Sruk, tel: 098747776,
e-mail: srukana@gmail.com

Važnost oralnih suspenzija kod specifičnih grupa pacijenata
Fagron Hrvatska d.o.o.
http://fagron.dekra-webinari.com/fa_1611228276709, 9.2.2021.
gđa. Vesna Marijanović Jukić, tel: 0916595779,
e-mail: vesna.marijanovic.jukic@fagron.hr

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
Webinar, 9.2.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Novi savjeti za iste pacijente: 5. izdanje Terminologije i smjernica za glaukom Europskog glaukomskog društva - pomoć i konzultacija u svakoj oftalmološkoj ordinaciji
Inspharma d.o.o.
Zagreb, 9.2.2021.
gđa. Dunja Čolović, tel: 099 3537538,
e-mail: dunja.colovic@inspharma.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 9.2.2021.
gđa. Josipa Lončar, tel: 091 2353 112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 9.2.2021.
g. Slavko Žužul, tel: 091 2353 412,
e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 9.2.2021.
gđa. Petra Lešin, tel: 091 2353 414,
e-mail: petra.lesin@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 9.2.2021.
gđa. Dora Jović, tel: 091 2353 331,
e-mail: dora.jovic_ext@sandoz.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 9
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 9.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 10.2.2021.
gđa. Marija Mihajlovski, tel: 0912353210,
e-mail: marija.mihajlovski_ext@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 10.2.2021.
gđa. Danijela Ljubas Hižman, tel: 091 3460 149,
e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 10.2.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 091 2353 411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Sandoz rješenja za akutnu i kroničnu bol
Sandoz d.o.o.
webinar, 10.2.2021.
g. Karlo Smiljan, tel: 091 5511 996,
e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 10.2.2021.
gđa. Josipa Lončar, tel: 091 2353 112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 10
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 10.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Rizici na radu
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 10.2.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić, tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 11.2.2021.
g. Jakov Vlak, tel: 091 2353 125,
e-mail: jakov.vlak@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 11.2.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 091 2353 411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Otopimo bol u vratu i leđima
Sandoz d.o.o.
webinar, 11.2.2021.
gđa. Dubravka Radalj, tel: 091 2353 211,
e-mail: dubravka.radalj@sandoz.com

Glaukom tihi kradljivac vida
Poliklinika Lacrima
Preko, 11.2.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Kako izvesti standardni evar?
Hrvatska endovaskularna inicijativa
Zagreb, 16.2.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

>>

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara?
Sandoz d.o.o.
webinar, 16.2.2021.
gđa. Ema Stazić, tel: 091 2353 193,
e-mail: ema.stazic_ext@sandoz.com

Rinitis i GERB, bolesti s mnogo lica
Sandoz d.o.o.
webinar, 16.2.2021.
g. Petar Bago, tel: 091 2353 418,
e-mail: petar.bago@sandoz.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 11
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 16.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

Čega se više bojimo – statina ili kardiovaskularnog događaja?
Sandoz d.o.o.
webinar, 16.2.2021.
gđa. Marija Juras, tel: 0912353188,
e-mail: marija.juras@sandoz.com

Bojimo li se više statina ili KV događaja?
Sandoz d.o.o.
webinar, 16.2.2021.
gđa. Dunja Žunić, tel: 0912353818,
e-mail: dunja.zunic@sandoz.com

Izrada smjernica Hrvatskog traumatološkog društva – prijelomi zdjelice i acetabuluma
Hrvatsko traumatološko društvo
Zagreb, 16.2.2021.
g. Dino Bobovec i g. Dejan Blažević,
tel: 0915685245, e-mail: dbobovec@gmail.com

5. eduKMAT e-radionica - Zašto nam je važna standardna devijacija?
Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 17.2.-18.3.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Augmentacija kralježaka kod kompresivnih prijeloma
Intelikon d.o.o. Innovative medical solutions
Zagreb, 17.2.2021.
dr. Mirjana Blažeković Šaban, tel: 0992587600,
e-mail: intelikon@gmail.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 12
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 17.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com
Iznos kotizacije:

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara
Sandoz d.o.o.
webinar, 17.2.2021.
g. Dino Kosovec, tel: 0912353209,
e-mail: dino.kosovec@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara
Sandoz d.o.o.
webinar, 17.2.2021.
g. Vladimir Čandrlić, tel: 0913722324,
e-mail: vladimir.candrlic@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili kardiovaskularnog događaja?
Sandoz d.o.o.
webinar, 17.2.2021.
g. Luka Radmanić, tel: 0912353424,
e-mail: luka.radmanic@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara
Sandoz d.o.o.
webinar, 17.2.2021.
g. Tomislav Stojanović, tel: 0912353423,
e-mail: tomislav.stojanovic@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara
Sandoz d.o.o.
webinar, 17.2.2021.
g. Bernard Krešić, tel: 0912353415,
e-mail: bernard.kresic@sandoz.com

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Korištenje duhanskih proizvoda
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 17.2.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964,
e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

Čega se više bojimo – statina ili kardiovaskularnog događaja?
Sandoz d.o.o.
webinar, 18.2.2021.
gđa. Karla Stanko, tel: 0912353171,
e-mail: karla.stanko@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili kardiovaskularnog događaja?
Sandoz d.o.o.
webinar, 18.2.2021.
gđa. Dženita Šola, tel: 0911202945,
e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara
Sandoz d.o.o.
webinar, 18.2.2021.
g. Marin Kokeza, tel: 0912353122,
e-mail: marin.kokeza@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili srčanog udara
Sandoz d.o.o.
webinar, 18.2.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Čega se više bojimo – statina ili kardiovaskularnog događaja?
Sandoz d.o.o.
webinar, 18.2.2021.
Angelo Gale, tel: 0912353410,
e-mail: angelo.gale@sandoz.com

Glaukom tihi kradljivac vida
Poliklinika Lacrima
Gračac, 18.2.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Simpozij trajnog usavršavanja liječnika prve kategorije: Demijelinizacijske bolesti u dječjoj dobi
Klinika za dječje bolesti i Medicisnki fakultet u Rijeci, Katedra za neurorehabilitaciju, Medicinskog fakulteta, Sveučilišta u Rijeci
Zagreb, 19.02.2021.
gđa. Jadranka Sekelj Fureš, tel: 0914600059,
e-mail: jadrankasekelj@gmail.com

E radionica iz hipertenzije- Smjernice i suradljivost u hipertenziji- ONLINE
Servier Pharma d.o.o.
online, 22.2.2021.
gđa. Petra Farac, tel: 0994865184,
e-mail: petra.farac@servier.com

Multipla skleroza u praksi obiteljski liječnika
Sandoz d.o.o.
webinar, 22.2.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 13
Pliva Hrvatska d.o.o.
online, 23.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

Multipla skleroza u praksi obiteljski liječnika
Savez društava multiple skleroze Hrvatske
online platforma ZOOM, 23.2.2021.
gđa. Tanja Malbaša, tel: 0989819437,
e-mail: koordinator-programa@sdmsh.hr

E radionica iz hipertenzije- Smjernice i suradljivost u hipertenziji- ONLINE
Servier Pharma d.o.o.
online, 24.2.2021.
gđa. Petra Farac, tel: 0994865184,
e-mail: petra.farac@servier.com

PLIVINA Akademija obiteljske medicine Online 14
Pliva Hrvatska d.o.o.
Online, 24.2.2021.
gđa. Lucija Zeljko, tel: 0996091638,
e-mail: lucija.zeljko@pliva.com

Članak, čičak, zaglavak, zglob, kičica, knjuk ili njegovo veličanstvo GLEŽANJ poslijediplomski tečaj I. kategorije
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 24.2.2021.
dr.sc. Damjan Dimnjaković, tel: 385 91 5785709,
e-mail: ortotec@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Prekomjerna tjelesna masa i debljina
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 24.2.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić, tel:
0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

Glaukom tihi kradljivac vida
Poliklinika Lacrima
Benkovac, 25.2.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

„Za sreću je potrebno dvoje, a ponekad i troje"
Sandoz d.o.o.
webinar, 25.2.2021.
g. Petar Bago, tel: 0912353418, e-mail: petar.bago@sandoz.com

Amgen PsA Forum; Tailored approaches to psoriatic arthritis
Amgen
virtualno, 3.3.-10.3.2021.
dr. Tomislav Petrović, tel: 0916135390,
e-mail: tpetrov@amgen.com

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - - radionica Tjelesna neaktivnost
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 3.3.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić, tel:
0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

EKG e-radionica 5
Servier Pharma d.o.o.
online, 3.3.-4.4.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA: KVANTITATIVNA I KVALITATIVNA ISTRAŽIVANJA
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 4.3.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 012100011,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50 kn

6. hrvatski vaskularni dan (CROVASCULAR 2021): ANGIOLOŠKI MOZAIK
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
Zagreb, 4.3.-5.3.2021.
Prof. dr. sc. Mislav Vrsalović, tel: 01 3787 111,
e-mail: mislav.vrsalovic@gmail.com

9. SIMPOZIJ ODABRANE TEME IZ DIJALIZE
Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Poliklinika za internu medicinu i dijalizu B.Braun Avitum, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klnička bolnica Merkur
Zagreb, 05.03.-05.03.2021.
gđa. Vesna Mlinarić, tel: 012399290,
e-mail: vmlinaric@avitum.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Urbano onečišćenje zraka u okolišu
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 10.3.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964,
e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA:Interpretacija rezultata istraživanja
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 11.3.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 012100011,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50 kn

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Visok krvni šećer
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 17.3.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964,
e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA:Izbor statističkog testa
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 18.3.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 012100011,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50 kn

Farmakoterapija prije i nakon endovaskularne intervencije kod periferne arterijske bolesti
Hrvatska endovaskularna inicijativa
Zagreb, 18.03.-18.03.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

"Cerab" tehnika Rekonstrukcija aortoilijačne bifurkacije stent graftovima
Hrvatska endovaskularna inicijativa
Zagreb, 24.03.-24.03.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Visok kolesterol
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 24.3.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić, tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA modul 4: Metodološki savjeti vezano uz istraživanje u zdravstvu - praktični primjeri
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 25.3.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 012100011,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 1250,00 kn

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Visok krvni tlak
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 31.3.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Nizak unos voća i povrća
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 7.4.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964,
e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

33. znanstveno - stručno - edukativni seminar s međunarodnim sudjelovanjem „DDD i ZUPP '21 – DDD u novim epidemiološkim izazovima"
KORUNIĆ d.o.o. Zagreb
Novi Vinodolski, 12.4.-16.4.2021.
gđa. Javorka Korunić, tel: 01 2308341 / 098261432, e-mail: info@korunic.hr
Iznos kotizacije: 1000,00 kn

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Korištenje alkohola
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 14.4.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Korištenje IT tehnologija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 21.4.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Rizici na radu
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 28.4.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Korištenje duhanskih proizvoda
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 5.5.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

12. kongres Hrvatskog društva za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
Hrvatsko društvo za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
Split, 5.5.-8.5.2021.
doc.dr.sc. Lana Kovač Bilić, tel: 0992262355,
e-mail: lana.k.bilic@gmail.com
Iznos kotizacije: specijalisti 2000kn, specijalizanti i ostali1500kn,
online sudionici 1000kn

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Prekomjerna tjelesna masa i debljina
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 12.5.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - - radionica Tjelesna neaktivnost
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 19.5.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera - 9. tema od 10: Osnovni principi provedbe DDD mjera u praksi
KORUNIĆ d.o.o. Zagreb
Zagreb, 26.5.-13.6.2021.
gđa. Javorka Korunić, tel: 01 2308341 / 098261432, e-mail: info@korunic.hr
Iznos kotizacije: 560,00 kn uz odobrenje rabata od 20 do 45% za veće grupe iz jedne pravne osobe

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Urbano onečišćenje zraka u okolišu
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 26.5.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Visok krvni šećer
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 2.6.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Visok kolesterol
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 9.6.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Visok krvni tlak
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 16.6.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Nizak unos voća i povrća
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 23.6.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Korištenje alkohola
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 30.6.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

PROMLOM - Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom radu - radionica Korištenje IT tehnologija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Dom zdravlja - Zagreb centar
Zagreb, 7.7.2021.
Izv.prof.dr.sc. Zlata Ožvačić Adžić,
tel: 0915774964, e-mail: zlata.ozvacic@mef.hr

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera - 1. tema od 10: Cjelovito (integrirano) suzbijanje komaraca
KORUNIĆ d.o.o. Zagreb
Zagreb, 20.10.-7.11.2021.
gđa. Javorka Korunić, tel: 01 2308341 / 098261432, e-mail: info@korunic.hr
Iznos kotizacije: 560,00 kn uz odobrenje rabata od 20 do 45% za veće grupe iz jedne pravne osobe

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA ROTEAS®

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr.

NAZIV LIJEKA: Roteas® 15 mg / Roteas® 30 mg / Roteas® 60 mg filmom obložene tablete (edoksaban, u obliku tosilata)

TERAPIJSKE INDIKACIJE: Prevencija moždanog udara i sistemske embolije u odraslih bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrija (NVAF) s jednim ili više čimbenika rizika, kao što su kongestivno zatajenje srca, hipertenzija, dob ≥ 75 godina, šećerna bolest, pretrpljeni moždani udar ili tranzitorna ishemijska ataka (TIA). Liječenje duboke venske tromboze (DVT) i plućne embolije (PE) te prevencija ponavljajućih DVT-a i PE-a u odraslih.

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE: *Prevencija moždanog udara i sistemske embolije:* Preporučena doza je 60 mg edoksabana jedanput na dan. Terapija edoksabanom u bolesnika s NVAF-om mora biti dugotrajna.
Liječenje DVT-a, liječenje PE-a i prevencija ponavljajućih DVT-a i PE-a (VTE): Preporučena doza je 60 mg edoksabana jedanput na dan nakon početne primjene parenteralnog antikoagulansa tijekom najmanje 5 dana. Edoksaban se ne smije primijeniti istodobno s početnim parenteralnim antikoagulansom. Trajanje terapije za liječenje DVT-a i PE-a venske tromboembolije, VTE) te prevencije ponavljajućeg VTE-a treba biti prilagođeno pojedinom bolesniku nakon pažljive procjene koristi od liječenja u odnosu na rizik od krvarenja. Kratko trajanje terapije (najmanje 3 mjeseca) treba temeljiti na prolaznim čimbenicima rizika (npr. nedavni kirurški zahvat, trauma, imobilizacija), dok dulje trajanje treba temeljiti na trajnim čimbenicima rizika ili idiopatskim DVTima ili PEima. Za NVAF i VTE preporučena doza je 30 mg edoksabana jedanput na dan u bolesnika s jednim ili više sljedećih kliničkih čimbenika: • umjereno ili teško oštećenje funkcije bubrega (klirens kreatinina (CrCl) 15 – 50 ml/min) • niska tjelesna težina ≤ 60 kg • istodobna primjena sljedećih inhibitora P-glikoproteina (P-gp): ciklosporina, dronedarona, eritromicina i ketokonazola.
Starija populacija: Nije potrebno sniženje doze.
Oštećenje funkcije bubrega: Funkciju bubrega treba procijeniti izračunavanjem klirensa kreatinina (CrCl) (Cockcroft-Gaultova metoda) prije početka liječenja edoksabanom. Blago oštećenje funkcije bubrega (CrCl > 50 – 80 ml/min): preporučena doza edoksabana je 60 mg jedanput na dan. Umjereno ili teško oštećenje funkcije bubrega (CrCl 15 – 50 ml/min): preporučena doza edoksabana je 30 mg jedanput na dan. Završni stadij bubrežne bolesti (ESRD) (CrCl < 15 ml/min) ili bolesnici na dijalizi: primjena edoksabana se ne preporučuje. Funkciju bubrega također treba procijeniti kad se sumnja na promjenu funkcije bubrega tijekom liječenja (npr. hipovolemija, dehidracija u slučaju istodobne primjene određenih lijekova).
Oštećenje funkcije jetre: Prije početka primjene lijeka potrebno je provesti testove jetrene funkcije. Edoksaban je kontraindiciran u bolesnika s bolešću jetre povezanom s koagulopatijom i kliničkim značajnim rizikom od krvarenja. Teško oštećenje funkcije jetre: edoksaban se ne preporučuje. Blago do umjereno oštećenje funkcije jetre: preporučena doza edoksabana je 60 mg jedanput na dan. Blago ili umjereno oštećena funkcija jetre, povišeni jetreni enzimi (ALT ili AST > 2 x gornja granica normale (GGN) ili ukupni bilirubin ≥ 1,5 x GGN: edoksaban se mora primjenjivati s oprezom.
Tjelesna težina: Za bolesnike s tjelesnom težinom ≤ 60 kg, preporučena doza edoksabana je 30 mg jedanput na dan.
Istodobna primjena Roteasa s inhibitorima P-glikoproteina (P-gp): ciklosporin, dronedaron, eritromicin ili ketokonazol: preporučena doza Roteasa je 30 mg jedanput na dan. Nije potrebno sniženje doze kod istodobne primjene amiodarona, kinidina ili verapamila.
Bolesnici koji zahtijevaju hitnu kardioverziju: primjenom edoksabana može se zapriječiti ili nastaviti u bolesnika kojima je potrebna kardioverzija. Kada je postupak kardioverzije vođen transezofagealnom ehokardiografijom u bolesnika koji nisu prethodno liječeni antikoagulansima, liječenje Roteasom potrebno je početi najmanje 2 sata prije postupka kardioverzije. Kardioverziju treba provesti unutar 12 sati nakon primijenjene doze Roteasa na dan postupka. Prije postupka kardioverzije potrebno je potvrditi da je bolesnik uzeo Roteas® kako je propisano.
Način primjene: Peroralna primjena. Edoksaban se može uzimati s hranom ili bez nje. Ako bolesnici ne mogu progutati cijelu tabletu, Roteas® tablete mogu se zdrobiti i izmiješati s vodom ili pireom od jabuka te odmah primijeniti peroralno.Kao druga mogućnost, Roteas® tablete mogu se zdrobiti i izmiješati u malo vode te odmah primijeniti kroz gastričnu sondu, koju je nakon toga potrebno isprati vodom. Zdrobljene Roteas® tablete stabilne su u vodi i pireu od jabuka do 4 sata.

KONTRAINDIKACIJE: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari; klinički značajno aktivno krvarenje; bolesnici s bolešću jetre udruženom s koagulopatijom i kliničkim značajnim rizikom od krvarenja; lezija ili stanje, ako se smatra da nosi značajan rizik od većeg krvarenja (to može uključivati postojeći ili nedavni gastrointestinalni ulkus, prisutnost zloćudnih novotvorina s visokim rizikom od krvarenja, nedavnu ozljedu mozga ili kralježnične moždine, nedavni kirurški zahvat na mozgu, kralježničnoj moždini ili oku, nedavno intrakranijalno krvarenje, potvrđeni ili sumnjana varikozitete jednjaka, arteriovenske malformacije, vaskularne aneurizme ili velike intraspinalne i intracerebralne vaskularne abnormalnosti); nekontrolirana teška hipertenzija; istodobno liječenje bilo kojim drugim antikoagulansima, npr. nefrakcioniranim heparinom (UFH), niskomolekularnim heparinima (LMWH) (enoksaparin, dalteparin i drugi), derivatima heparina (fondaparinuks i drugi), oralnim antikoagulansima (varfarin, dabigatran eteksilat, rivaroksaban, apiksaban i drugi) osim u specifičnim situacijama kada se mijenja oralna antikoagulacijska terapija ili kada se UFH daje u dozama potrebnim za održavanje prohodnosti centralnog venskog ili arterijskog katetera, trudnoća i dojenje.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI: Edoksaban 15 mg nije indiciran kao monoterapija, jer to može rezultirati smanjenom djelotvornošću. Ova je doza indicirana samo u postupku zamjene edoksabana 30 mg antagonistom vitamina K (AVK) (bolesnici s jednim ili više kliničkih čimbenika za povećanu izloženost), zajedno s odgovarajućom dozom AVKa.
Rizik od krvarenja: Edoksaban povećava rizik od krvarenja i može uzrokovati ozbiljna, potencijalno smrtonosna krvarenja. Preporučuje se primjeni-

Datum pripreme materijala: 15.01.2021.
HR-ROT-15-2021_v01_print.

BERLIN-CHEMIE MENARINI
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A • 10020 Zagreb • Tel.: 01 4821 361 • www.berlin-chemie.hr

Roteas®
edoksaban

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

vati s oprezom u bolesnika s povećanim rizikom od krvarenja. Primjenu edoksabana mora se prekinuti u slučaju teškog krvarenja. U kliničkim ispitivanjima krvarenja iz sluznice (npr. epistaksa, gastrointestinalno, genitourinarno krvarenje) i anemija zabilježeni su češće tijekom dugotrajnog liječenja edoksabanom u usporedbi s liječenjem AVK-om. Osim adekvatnog kliničkog praćenja, laboratorijsko određivanje hemoglobina/hematokrita može biti vrijedno za otkrivanje okultnog krvarenja. Kod svakog neobjašnjenog sniženja vrijednosti hemoglobina ili krvnog tlaka potrebno je potražiti mjesto krvarenja. Antikoagulacijski učinak edoksabana ne može se pouzdano nadzirati pomoću standardnih laboratorijskih testova. Specifični antidot koji poništava antikoagulacijski učinak edoksabana nije dostupan. Hemodijaliza ne pridonosi značajno klirensu edoksabana.

Starije osobe: Istodobna primjena edoksabana i acetilsalicilatne kiseline u starijih bolesnika mora se provesti s oprezom zbog potencijalno višeg rizika od krvarenja.

Oštećenje funkcije bubrega: U bolesnika u završnom stadiju bubrežne bolesti ili bolesnika na dijalizi, Roteas® se ne preporučuje.

Funkcija bubrega kod NVAF-a: Opažen je trend prema smanjenju djelotvornosti edoksabana s povećanjem CrCla u usporedbi s dobro titriranim varfarinom. U bolesnika s NVAF-om i visokim CrCl-om edoksaban se smije primjenjivati samo nakon pažljive procjene rizika od tromboembolije i krvarenja u pojedinog bolesnika.

Oštećenje funkcije jetre: Edoksaban se ne preporučuje u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije jetre. Blago do umjereno oštećenje funkcije jetre: preporučena doza edoksabana je 60 mg jedanput na dan. Blago ili umjereno oštećena funkcija jetre, povišeni jetreni enzimi (ALT/ AST > 2 x GGN) ili ukupni bilirubin ≥ 1,5 x GGN: edoksaban se mora primjenjivati s oprezom. Povremeno praćenje jetrene funkcije preporučuje se u bolesnika koji se liječe edoksabanom dulje od 1 godine.

Prekid terapije zbog kirurškog zahvata i drugih intervencija: Ako se antikoagulacija mora prekinuti da bi se smanjio rizik od krvarenja kod kirurških ili drugih postupaka, potrebno je čim prije prekinuti primjenu edoksabana, po mogućnosti najmanje 24 sata prije postupka. Kod odlučivanja treba li postupak odgoditi dok nije proteklo 24 sata od zadnje doze edoksabana, potrebno je procijeniti povećan rizik od krvarenja u odnosu na hitnost intervencije. Nakon kirurških ili drugih postupaka, s primjenom edoksabana treba ponovno započeti čim se uspostavi odgovarajuća hemostaza, uzimajući u obzir da antikoagulacijski terapijski učinak edoksabana nastupa nakon 1 – 2 sata. Ako se tijekom ili nakon kirurške intervencije ne mogu uzimati oralni lijekovi, razmotrite primjenu parenteralnog antikoagulansa a zatim ga zamijenite edoksabanom.

Interakcija s drugim lijekovima koji utječu na hemostazu: acetilsalicilatna kiselina, inhibitori trombocitnog receptora P2Y12, drugi antitrombotički lijekovi, fibrinolitička terapija, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) i/ili inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI) i kronična primjena nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAIL) - istodobna primjena može povećati rizik od krvarenja:

Prostetički srčani zalisci i umjerena do teška mitralna stenoza: Edoksaban nije ispitan u bolesnika s mehaničkim srčanim zaliscima, tijekom prva 3 mjeseca nakon implantacije bioprostetičkog srčanog zaliska, s atrijskom fibrilacijom ili bez nje ili u bolesnika s umjerenom do teškom mitralnom stenozom, te se u njih ne preporučuje primjena edoksabana.

Hemodinamski nestabilni bolesnici s PE-om ili bolesnici kojima je potrebna tromboliza ili plućna trombektomija: Edoksaban se ne preporučuje kao alternativa UFHu u bolesnika s PE-om koji su hemodinamski nestabilni ili u kojih se može provesti tromboliza ili plućna trombektomija.

Bolesnici s aktivnim karcinomom: Djelotvornost i sigurnost edoksabana u liječenju i/ili prevenciji VTE-a u bolesnika s aktivnim karcinomom nisu ustanovljene.

Bolesnici s antifosfolipidnim sindromom: Direktno djelujući oralni antikoagulansi ne preporučuju se bolesnicima s antifosfolipidnim sindromom, posebice u bolesnika koji su trostruko pozitivni (npr. lukus antikoagulantski test, protutijela protiv kardiolipina i protutijela protiv beta-2 glikoprotein-I antitijela).

Laboratorijski parametri koagulacije: Iako liječenje edoksabanom ne zahtijeva rutinsko praćenje, učinak na antikoagulaciju može se procijeniti kalibriranim kvantitativnim anti-faktor Xa testom, čiji rezultat može pomoći kao informacija u kliničkim odlukama u određenim situacijama, npr. kod predoziranja i hitnog kirurškog zahvata. Edoksaban produljuje standardne pretrage zgrušavanja krvi, kao što su protrombinsko vrijeme (PV), INR i aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme (aPTV), što je posljedica inhibicije faktora Xa. Kod primjene uobičajene terapijske doze, uočene promjene u rezultatima navedenih testova zgrušavanja su male, podložne visokom stupnju varijabilnosti i nisu korisne u praćenju antikoagulacijskog učinka edoksabana.

NUSPOJAVE: Najčešće zabilježene nuspojave povezane s primjenom edoksabana bile su epistaksa (7,7%), hematurija (6,9%) i anemija (5,3%). Krvarenje može nastati na bilo kojem mjestu, može biti teško pa čak imati i smrtni ishod. Česte nuspojave: anemija, omaglica, glavobolja, epistaksa, bol u abdomenu, krvarenje iz donjeg dijela probavnog sustava, krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sustava, oralno/faringealno krvarenje, mučnina, povišen bilirubin u krvi, povišena gamaglutamil transferaza, krvarenje u meko tkivo kože, osip, svrbež, makroskopska hematurija/uretralno krvarenje, vaginalno krvarenje, krvarenje na mjestu uboda, poremećeni nalazi pretraga jetrenih funkcija. Manje česte nuspojave: trombocitopenija, preosjetljivost, intrakranijalno krvarenje, konjunktivalno/skleralno krvarenje, intraokularno krvarenje, drugo krvarenje, hemoptiza, povišena alkalna fosfataza u krvi, povišene transaminaze, urtikarija, krvarenje na mjestu kirurškog zahvata.

NAČIN IZDAVANJA: lijek se izdaje na recept.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: Berlin-Chemie AG, Glienicker Weg 125, 12489 Berlin, Njemačka

BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: Roteas® 15 mg: EU/1/16/1152/001-002; Roteas® 30 mg: EU/1/16/1152/003-015, EU/1/16/1152/029; Roteas® 60 mg: EU/1/16/1152/016-028, EU/1/16/1152/030

DATUM REVIZIJE TEKSTA: 11/2020

Ovaj skraćeni sažetak sadrži bitne podatke o lijeku istovjetne onima iz Sažetka opisa svojstava lijeka, sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine" broj 43/2015). Prije propisivanja ovog lijeka molimo pročitajte posljednji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku, dostupne na www.halmed.hr.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE.

Datum pripreme materijala: 15.01.2021.
HR-ROT-15-2021_v01_print.

BERLIN-CHEMIE MENARINI
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A • 10020 Zagreb • Tel.: 01 4821 361 • www.berlin-chemie.hr

Roteas®
edoksaban

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

RAZVIJEN PO MJERI STARIJIH BOLESNIKA[1-3#]

Za Vaše NVAF* bolesnike: NOAK koji se uzima jedanput na dan te nudi kombinaciju kliničkih i praktičnih koristi.[1,4]**

- Značajno smanjenje rizika od velikog krvarenja.[1,3***]
- Postojana prevencija moždanog udara / sistemskog embolijskog događaja (SED-a).[2,4***]
- Postojana sigurnost i djelotvornost kod bolesnika s uobičajenim komorbiditetima.[3***]

ROTEAS® je NOAK koji se uzima jednom dnevno za indikaciju prevencije moždanog udara i sistemske embolije u odraslih bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrija (engl. *nonvalvular atrial fibrillation*, NVAF) s jednim ili više čimbenika rizika, kao što su kongestivno zatajenje srca, hipertenzija, dob ≥ 75 godina, šećerna bolest, pretrpljeni moždani udar ili tranzitorna ishemijska ataka (TIA).[4]

ROTEAS® je također indiciran za liječenje duboke venske tromboze (DVT) i plućne embolije (PE) te prevenciju ponavljajućih DVT-a i PE-a u odraslih.[4]

*NVAF = nevalvularna atrijska fibrilacija; **NOAK = oralni antikoagulans koji nije antagonist vitamina K; ***vs varfarin

#U ENGAGE AF–TIMI 48 ispitivanje bili su uključeni bolesnici starosti 21 godina ili više (medijan starosti 72 godine; interkvartilni raspon 64–78 godina; dob ≥75 godina za varfarin: N=2820/7036=40,1%, za visoke doze edoksabana (60 mg/30 mg): N=2848/7035=40,5%).[1]

^{1}CHADS$_2$, rezultat ≥2; uključuje bolesnike u dobi ≥75 godina s kroničnim srčanim zatajivanjem, hipertenzijom, dijabetesom, moždanim udarom ili TIA-om.

Prilagođeno iz: 1. Giuliano RP i sur. N Engl J Med 2013; 369 (22): 2093–2104; i dodatak; 2. Kato ET i sur. J Am Heart Assoc 2016; 5 (5). pii: e003432; 3. Ruff CT i sur. Lancet 2015; 385 (9984): 2288–95; 4. Sažetak opisa svojstava lijeka Roteas®, studeni 2020.

BERLIN-CHEMIE MENARINI

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A • 10020 Zagreb • Tel.: 01 4821 361 • www.berlin-chemie.hr

Roteas®
edoksaban