

LIJEČNIČKE novine

RAZGOVOR

Doc. Tomislav Kopjar



TEMA BROJA > KLINIČKI FARMAKOLOZI 2. dio

PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE POSEBNA PONUDA OD 24.5. DO 12.6.2021.

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 24.5. do 12.6.2021. za realizaciju PBZ nenamjenskog kredita od 300.000 kuna uz fiksnu kamatnu stopu te bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva.

Ako vam zatreba kratak predah od kredita, možete kod ugovaranja PBZ nenamjenskog kredita s otplatom u jednakim mjesečnim anuitetima ili mjesečnim ratama ugovoriti **novu pogodnost preskoka (počeka otplate) anuiteta ili rate kredita**. Za ugovaranje i korištenje preskoka ne naplaćuje se naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci 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 prijevremenu otplatu kredita
- sami birate dan u mjesecu kad plaćate kredit

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	4 godine	7 godina
Jednokratna premija osiguranja korisnika kredita (CPI) ⁶	2.206,80 HRK	3.861,90 HRK	-	-
Kamatna stopa	2,70% ¹	3,08% ¹	2,90% ¹	3,28% ¹
Efektivna kamatna stopa (EKS)	4,22% ²	4,71% ²	2,94% ⁴	3,33% ⁴
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	4.375,88 HRK	8.663,60 HRK	4.705,83 HRK	9.246,22 HRK
Mjesečni anuitet	1.650,15 HRK	993,70 HRK	1.656,76 HRK	1.000,49 HRK
Ukupan iznos za otplatu	81.582,68 HRK ³	87.525,50 HRK ³	79.705,83 HRK ⁵	84.246,22 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.

⁶ Osiguranje korisnika kredita Credit Protect Insurance (CPI) ugovara se sukladno poslovnoj suradnji s Generali osiguranjem d.d. Korisnik kredita osigurava se u slučaju smrti i privremene potpune nesposobnosti za rad (bolovanja), smrti (kao posljedice nesretnog slučaja ili bolesti) te otkaza. Trajanje osiguranja/pokrića jednako je roku otplate kredita. Premija osiguranja plaća se jednokratno unaprijed za cijelo razdoblje trajanja osiguranja. Visina premije ovisi o iznosu i roku otplate kredita.

POSEBNA PONUDA OD 24.5. DO 12.6.2021. FIKSNA KAMATNA STOPA U HRK

ZA KREDITE BEZ CPI POLICE OSIGURANJA:

- od 13 do 48 mjeseci - od 2,90%¹ (EKS od 2,94%)²
- od 49 do 120 mjeseci - od 3,28%¹ (EKS od 3,33%)²

ZA KREDITE UZ CPI POLICU OSIGURANJA:

- od 13 do 48 mjeseci - od 2,70%¹ (EKS od 4,22%)³
- od 49 do 120 mjeseci - od 3,08%¹ (EKS od 4,71%)³

Povrat troškova javnog bilježnika u razdoblju posebne ponude (pogodnost ne vrijedi za refinanciranje postojećeg PBZ nenamjenskog kredita ugovorenog 2020. i 2021. godine).

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 4 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 2.206,80 HRK/3.861,90 HRK. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za 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.

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.
Vikica Krolo, 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.
Ivana Šmit, 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: lijeckicke.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 Vućur, 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: lijeckicke.novine@hlk.hr

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 10. svibnja 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

Transplantacija pluća u Hrvatskoj u travnju 2021. U krugu su eksplantirana pluća u rukama dr. Hiršla, koja su tada transplantirana. Slijeva nadesno prim. dr. Zoran Janevski, dr. med., torakalni kirurg, Klinika za torakalnu kirurgiju Jordanovac, KBC Zagreb, prof. dr. sc. Konrad Hoetenecker, dr. med., torakalni kirurg, Klinika za torakalnu kirurgiju, AKH Wien, predstojnik i voditelj programa transplantacije pluća, doc. dr. sc. Tomislav Kopjar, dr. med., kardijalni kirurg, Klinika za kardijalnu kirurgiju, KBC Zagreb, dr. Feđa Džubur, dr. med., pulmolog, Klinika za plućne bolesti Jordanovac, KBC Zagreb, dr. Dorian Hiršl, dr. med., torakalni kirurg, Klinika za torakalnu kirurgiju Jordanovac, KBC Zagreb.

- 4 UVODNIK**
Za mnom, a ne naprijed
- 6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE**
Mediokracija vs izvrsnost
- 8 RAZGOVOR**
Doc. Tomislav Kopjar
- 12 TEMA BROJA**
Klinički farmakolozi, 2. dio
- 20 KRONOLOGIJA COVID-19**
- 23 IZ KOMORE**
Liječnici i organizacija cijepljenja • Hitno riješiti probleme u KBC-u SM
Upute za ispunjavanje Knjižice i Dnevnika rada specijalističkog
usavršavanja • Obnova licence • Pub kviz • Pregled aktivnosti
- 31 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**
Izložba o melanomu • Razgovor s predsjednikom HLZ-a prof.
Krznačićem • Svjetski dan bubrega • Jetra susreće bubreg •
HDPSP i UNICEF pomažu djecu nakon potresa • Mišja groznica
Transplantacija matičnih stanica u Splitu
- 42 SPLITSKI ŠUŠUR**
- 43 GOST UREDNIK**
Pozdrav iz bolnice Hrvatski ponos Knin
- 48 COVID-19**
- 50 DOPISNICI IZ INOZEMSTVA**
- 52 MLADI LIJEČNICI**
- 54 SALUTOGENEZA**
- 55 PRIKAZ SLUČAJA**
- 57 LIJEČNIČKA ETIKA**
- 58 UMIROVLJENI LIJEČNICI**
- 62 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**
- 66 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**
- 68 IZ POVIJESTI DEFEKTOLOGIJE**
- 70 NAŠI LIJEČNICI U INOZEMSTVU**
- 72 MEDICINA I PRAVO**
- 74 IZ POVIJESTI HRVATSKOG ZDRAVSTVA**
- 76 HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI**
- 77 DOGAĐANJA**
- 78 IZDAVAŠTVO**
- 79 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE**
- 80 LIJEČNICI UMJETNICI**
- 82 NAŠI LIJEČNICI U INOZEMSTVU**
- 86 PUTOPISI**
- 94 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

ZA MNOM, A NE NAPRIJED



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ, dr. med.
predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Pred nama su lokalni izbori. Nakon njih naredne tri godine nema nikakvih izbora, barem ne onih redovnih. Na lokalnim izborima biramo župane, gradonačelnike i načelnike općina, kao i članove županijskih skupština, Skupštine Grada Zagreba te gradskih i općinskih vijeća. Na glasačkim listićima se, između ostalih kandidata, nalaze i imena nekih naših kolega. Kolega koje poznajemo, manje ili više dobro. Znamo njihove dosadašnje uspjehe, ali i neuspjehe, vrline, ali i mane. Znamo njihove prethodne karijere, stručne dosege, karakterne osobine. Možda će netko baš zbog toga zaokružiti njihov listić, dok netko drugi upravo iz tog razloga nipošto neće dati glas takvom kandidatu ili listi. To je demokracija. Nije idealna, ali zasad nismo izmislili bolji sustav.

Birajući župane dvadeset hrvatskih županija i gradonačelnika Grada Zagreba, kao i članove županijskih skupština i Skupštine Grada Zagreba, trebamo znati da biramo ljude koji će imati izravan utjecaj nad profesionalnom sudbinom značajnog broja liječnika. Liječnika zaposlenih u bolnicama čiji je osnivač županija ili Grad Zagreb, odnosno liječnika koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

U sredinama gdje će doći do promjene vlasti na razini županije, vjerojatno ćemo kao i do sada svjedočiti i promjenama na vrhu zdravstvenih ustanova čiji je županija osnivač. Županijska će vlast, po već uhodanoj špranci, „pod svoj nadzor“ staviti bolnice, domove zdravlja, zavode za javno zdravstvo i ustanove za hitnu medicinsku pomoć. Opće bolnice su najčešće jedan od najvećih poslodavaca u svakoj županiji, pa ih

župani doživljavaju kao važan „izborni plijen“. Slijedi, dakle, postavljanje novih ravnatelja i novih uprava. Jer oni stari „nisu znali, nisu mogli, nisu htjeli“, a ovi novi će „znati, moći i htjeti“. Naravno, ovi stari koji odlaze bili su bliski dosadašnjem županu ili gradonačelniku Zagreba, dok ovi novi dolaze iz ekipe novog župana ili novoga zagrebačkog gradonačelnika. Niti je kod starih bilo bitno jesu li bili dorasli tom zadatku ili nisu, niti će to itko pitati za nove. Jedino je važna, ključna i mjero-davna stranačka iskaznica i/ili bespogovorna lojalnost županu odnosno gradonačelniku Zagreba.

No, uz takvu promjenu na čelu ustanova gotovo u pravilu slijede i promjene voditelja većine, a ponekad i svih ustrojstvenih jedinica. Ako prihvatimo činjenicu da je u Hrvatskoj ravnatelj ustanove prvenstveno politička funkcija, jer je to jednostavno već desetljećima tako, zašto bi nam trebalo biti normalno da je funkcija predstojnika klinike, pročelnika zavoda, voditelja službe ili odjela isto tako politička funkcija? To doista nije normalno, iz više razloga.

Naime, šefovi klinika, zavoda ili odjela su, ili bi barem trebali biti stručne funkcije. Kada kažemo stručne funkcije svi imamo svoju predodžbu što bi to trebalo značiti. Treba li šef nužno biti sveučilišni nastavnik? Ako ne, treba li onda barem biti doktor znanosti i primarijus? Traži li se možda znanstveno najproduktivniji unutar nekog kolektiva? Mora li u kirurškim strukama npr. biti najvještiji operater? Koliko godina života odnosno radnog iskustva treba optimalno imati netko da postane šef? Svatko će se vjerojatno odlučiti za neki prioritet unutar ovih komponenti stručnosti. Možda bi pak najbolje bilo da ima od svega ponešto.

No, zapitajmo se kakve još osobine, osim uže stručnih, treba imati dobar voditelj, šef ili lider? Šef je uz stručnu funkciju ujedno i manager koji vodi

kliniku, zavod ili odjel. Manager koji vodi veći ili manji tim. Koje su to dakle osobine dobrog ili uspješnog managera? Jedna od najvažnijih osobina je dobra komunikacija. Dobra komunikacija, koja svakako uključuje slušanje, a ne samo govorenje, jest preduvjet da bi šef bio uspješan. Kroz komunikacijske vještine manager treba članovima tima pojasniti viziju rada, ciljeve i načine, ali istovremeno treba znati čuti njihove ideje, prijedloge i mišljenja. Briga za zaposlenike, odnosno članove tima je također izuzetno važan segment dobrog vođenja. Zaposlenik treba osjetiti da šef ne vodi računa samo o poslovnim ciljevima i radnom učinku, nego da svakog pojedinca u kolektivu doživljava prvenstveno kao čovjeka s različitim potrebama, motivima, interesima, vrlinama i manama. Dobar se manager najbolje vidi u stresnim ili kriznim situacijama. Tada nipošto ne smije izgubiti kontrolu, nego svu energiju usmjeriti rješavanju problema. Dobar će šef preuzeti na sebe odgovornost kada zagusti ili kada dođe do teškoća, ali će znati pohvaliti i javno istaknuti tko je od članova tima zaslužan za neki ostvareni uspjeh. Nadalje, osobine dobrog managera su da bude iskren, pošten, pravedan, hrabar, ali i razborit. Zaposlenici, članovi tima će, budite sigurni, brzo primijetiti izostaje li neka od tih osobina. Treba poučavati, a ne zapovijedati. Autoritet vođe se ne stječe kaznama i prijetnjama, nego ga se mukotrpno gradi vlastitim primjerom, povjerenjem i uvažavanjem.

U medicini je hijerarhija važna, kao i u vojsci. U ovom nesretnom pandemijskom vremenu ustroj zdravstva s odlukama o mobilizaciji, premještanjima i hitnim intervencijama prilično podsjeća na funkcioniranje vojske u ratnim uvjetima. U takvim izvanrednim uvjetima, pravi vođe, šefovi, lideri, uvijek kažu: „za mnom“, a ne: „naprijed“.

Vidite li takve u svojem okruženju?

Mediokracija vs izvrsnost

Činjenica je da unatoč napretku tehnologije, dostupnosti znanja i boljem uvidu u statistiku koja se odnosi na velike skupine, poput jednog naroda ili stanovnika neke države ili grada, ni filozofija ni političke znanosti nisu smislile bolji sustav vlasti od toga koji je plod demokracije. Dakle, i dalje je optimalna ona tehnologija koja je prosječna, ono znanje kojim vladaju prosječni i onaj dio stanovništva koji se statistički vrti oko središnjih vrijednosti kojekakvih mjerljivih atributa, poput npr. obrazovanja. Pa su nam često i odabrani u vlasti u okvirima tog prosjeka, a ne bolji ili najbolji u području kojim vladaju. I nije to ništa neobično i nismo po tome nimalo originalni. Ono što je ipak posebno zabrinjavajuće je trend, za koji mi se čini da nema napretka k boljem prosjeku. Na svim razinama. Tek tu i tamo poneki izvrstan *outlier* dobije priliku popraviti sustav. A mi bismo, kao politička bića, mogli na to utjecati manjom pasivnošću i manjom tolerancijom prema mediokritetima koje nerijetko biramo, potom kritiziramo, a koji u konačnici odlučuju o našim životima i čije učinke ostavljamo u miraz mlađim generacijama.

Medijska se medicina iz mjeseca u mjesec vrti oko cijepljenja, kojemu se pozicija vrlo plastično mijenja, pod utjecajem raznosmjernih vjetrova i struja. Sigurno je da je zanimanje javnosti već nekoliko puta promijenilo glavni fokus na koji je usmjerena kritika politike cijepljenja. Kakogod, sve nas je više cijepljenih pa nam mašta o normalnom ljetu postaje sve opravdanija. A valovi možda ponovo

pobude asocijaciju na more, a ne na epidemiološki pojam.

„Mislim da ćemo morati prihvatiti da život nije bez rizika i da je zgodno znati izračunati koji je manji. Oni koji budu znali obrađivati *big data* bit će u prednosti nad onima koji to ne znaju, a bogatiji će uvijek dobivati cjepiva i lijekove prije siromašnih. A lekcija koju narod treba naučiti je da su pametni i moralni političari u pravilu korisniji od glupih i nemoralnih...” – ovako je prof. Marija Heffer s Medicinskog fakulteta u Osijeku povezala relevantne aktualnosti u kojima živimo.

Transplantaciju pluća u našoj zemlji najavio je akademik Miroslav Samaržija u prošlom broju Liječničkih novina. U ovom broju donosimo intervju s doc. Tomislavom Kopjarom, važnim članom hrvatskog tima koji je tu transplantaciju u Hrvatskoj uskoro i ostvario. Zanimljivo je kako je transplantacijska medicina kontinuum iznadprosječnosti hrvatskoga zdravstva i kako je uobičajena kritičnost na medicinski sustav u ovom području nasreću neprimjenjiva. Što je to što hrvatsku transplantaciju čini posebno uspješnom? Što joj daje volju i snagu za ovako krupne iskorake u vrijeme kad se inače borimo za preživljenje, protiv anakroničnih patoloških pojava poput virusa? I ne samo virusa, već potresa i popratnih kriza. Mogla bih odgovoriti argumentima o prijelomnim administrativnim događajima, poput uvođenja koordinatora za transplantaciju, donošenja zakona o darovateljima organa i ulaska u Eurotransplant. Uz poštovanje prema



takvim uvjetima za ovu dobru kliničku praksu, ipak, izdvajam nešto drugo što mislim da je temeljno: stručnost i entuzijazam izvrsnih hrvatskih liječnika, i to onih koji su ostali u Hrvatskoj.

I tako u sjeni pandemije život teče dalje s ponešto krnjim putanjama. Liječnici postižu nove velike uspjehe, istodobno doživljavaju neželjena iskustva s poražavajućim ishodima COVID-19, obogaćuju svoja znanja u *cyber spaceu* i na "bojištima", trpe nepravde manjkavih zdravstvenih struktura i sve u svemu nastavljaju kojim korakom naprijed, a kojim natrag, kao u dječjoj igri (i tu svaka sličnost s igrom prestaje).

I na trenutak mi se životni put pričinio kao nekidan cesta kroz ispražnjena slavonska sela, puna rupa i zakrpa.

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

Doc. dr. sc. Tomislav Kopjar, dr. med.

subspecijalist kardijalne kirurgije i član transplantacijskog tima,
o iznimnom i uspješnom podvigu hrvatskih liječnika

Transplantacija pluća u Hrvatskoj, Zagreb, anno domini 2021.

Godinama su kandidate za transplantaciju pluća iz Hrvatske upućivali u Beč i iz njega su se vraćali s novim životima u prsištu. Više za to nema potrebe. Hrvatski tim liječnika s Rebra je u suradnji s bečkim kolegama - učiteljima u okviru novopokrenutoga Programa transplantacije pluća u KBC-u Zagreb uspješno počela s realizacijom Programa, a pacijent kojemu su uspješno presađena pluća spreman je za otpust iz bolnice. Razgovaramo s doc. Tomislavom Kopjarom, kirurgom iz ovog transplantacijskog tima.

Razgovarala **prof. dr. sc. LADA ZIBAR, dr. med.**

➤ U prošlom broju Liječničkih novina najavili smo u intervjuu s ak. M. Samaržijom o transplantaciji pluća u Hrvatskoj i to se, nasreću, i dogodilo 17. travnja ove godine. Je li to bila prva transplantacija pluća izvedena u Hrvatskoj?

Svega nekoliko dana nakon što je hrvatska lista za transplantaciju pluća

bila aktivirana izašao je prethodni broj Liječničkih novina. Tada sam u njima s velikom znatiželjom pročitao intervju s akademikom Samaržijom, koji je voditelj programa transplantacije pluća u KBC-u Zagreb. U tom je intervjuu najavio završetak organizacijskih pregovora sa Sveučilišnom bolnicom u Beču (AKH Wien), s kojom već postoji 10-godišnja suradnja u transplantaciji pluća, te aktivi-

ranje hrvatske liste za transplantaciju pluća pri Eurotransplantu. Čitajući to bio sam svjestan da svakog trenutka može zazvoniti telefon i baš taj dan stići ponuda iz Eurotransplanta za pluća koja bi odgovarala jednom od bolesnika na našoj listi. Kao transplantacijski kirurg bio sam obaviješten o pojedinostima pregovora koji su prethodili postupku akreditacije Centra za transplantaciju pluća KBC-a Zagreb i



Doc. Tomislav Kopjar i prof. Lada Zibar

naposljetku aktiviranja same liste. Je li 17. travnja bila prva transplantacija pluća izvedena u Hrvatskoj? Nije. Prvu je učinio 2002. prof. dr. sc. Zoran Slobodnjak sa svojim suradnicima. Ova je transplantacija pluća u noći sa 16. na 17. travnja bila druga. Razlika je u tome što je 2002. učinjena jednostrana, a sada obostrana transplantacija pluća. Prema tome možemo reći da je u Hrvatskoj drukčija od pretходne i na neki način prva. Danas je obostrana, bilateralna, transplantacija zlatni standard i izvodi se kad god je to moguće. Unilateralna transplantacija indicirana je u pojedinim slučajevima i ima malo lošije dugoročne rezultate.

► **Tko je sudjelovao u ovom novom transplantacijskom zahvatu?**

Za ovo pitanje se moram ozbiljno pripremiti. Broj ljudi koji je u nju uključen toliko je velik da je gotovo

nemoguće nekoga ne izostaviti. Potrudit ću da se to ne dogodi. Možemo reći da je ovaj transplantacijski zahvat započeo dojavom o potencijalnom donoru iz Eurotransplanta koju je zaprimio internist pulmolog dr. Feđa Džubur kao koordinator ove transplantacije. Nakon što je ponuda stigla utvrdili smo da postoji primatelj na našoj listi kojem bi ponuđena pluća odgovarala te smo prihvatili organ za eksplantaciju. Nakon toga je eksplantacijski tim, koji je vodio torakalni kirurg dr. Dorian Hiršl, otišao eksplantirati pluća. Eksplantacija je ovaj puta učinjeno u Hrvatskoj. Na kraju eksplantacije potrebni su inspekcija i palpacija pluća prije donošenja konačne odluke. Slike eksplantiranog organa prosljeđene su nam na KBC Zagreb, gdje smo u suradnji s prof. dr. sc. Konradom Hoetzenekerom, torakalnim kirurgom, voditeljem programa transplantacije pluća u Beču, i akademikom Samaržijom,

donijeli konačnu odluku da se ide u operativni postupak. Tijekom operacije su anesteziju vodili prim. dr. sc. Sanja Konosić i prim. dr. sc. Jasna Špiček Macan. Njima su pomogla dva anesteziologa iz Beča, dr. Bernhard Zapletal i dr. Mattias Kainz, makar su sve u stvari odradili naši anesteziolozi.

Velika nam je pomoć pri transplantaciji bio prof. Hoetzeneker u ulozi prvog asistenta, koji je svojim iskustvom ulio samopouzdanje, meni kao operateru i svim članovima tima, da mi to možemo. I prvu transplantaciju jednoga plućnog krila, koju sam radio u studenom 2019. u Beču, asistirao mi je prof. Hoetzeneker, tako da me ambijent u operacijskoj dvorani podsjetio na bečke dane. Tada je to bio pretposljednji hrvatski državljnin koji je dobio transplantaciju pluća u Beču. Osim nas dvojice kirurga, na transplantaciji je sudjelovao i torakalni kirurg prim. dr. Zoran Janevski. Sudjelovale su i dvije medicinske sestre

instrumentarke, koje su bile također visoko motivirane i pripremljene za zahvat. U ovom slučaju sudjelovali su specifično i perfuzionisti koji su upravljali izvantjelesnom membranskom oksigenacijom (ECMO).

➤ **Gdje su se do sada bolesnici iz Hrvatske liječili transplantacijom pluća?**

Hrvatski građani se već niz godina liječe od terminalnog zatajenja pluća u Hrvatskoj. To možemo zahvaliti suradnji između Klinike za plućne bolesti na Jordanovcu KBC-a Zagreb i AKH-a Wien. Zahvaljujući toj suradnji posljednjih je deset godina 80-ak pacijenata dobilo pluća transplantacijom u Beču. Međutim, od kraja 2019. AKH Wien više nije mogao primiti sve strane državljane na transplantaciju pluća u Beč. Morate razumjeti da ti bolesnici iziskuju opsežnu prijeoperacijsku dijagnostiku i pripremu, a i nakon operacije dugogodišnje praćenje i kontrole te vrlo rigorozno medicamentno liječenje, u prvom redu imunosupresivima. Jedino ta sinergija između kirurgije i pulmologije može dati optimalne rezultate za naše bolesnike nakon transplantacije pluća. Pulmolozi su tijekom proteklih 10-ak godina pokazali da znaju, hoće i mogu voditi brigu o takvim bolesnicima, do sada transplantiranim u Beču. Sada je na nama kirurzima da pokažemo da smo isto tako dorasli zadatku kako bi cjeloviti program transplantacije pluća i nadalje zaživio u Hrvatskoj.

➤ **Koje su indikacije za transplantaciju pluća? Koje su najčešće bolesti zbog kojih postoji potreba za takvom transplantacijom?**

Indikacije su brojne. Među najčešće ubrajamo uznapredovalu kronično opstruktivnu plućnu bolest (KOPB), intersticijsku plućnu bolest, cističnu fibrozu, emfizem zbog deficijencije alfa-1 antitripsina i plućnu hipertenziju. Ove dijagnoze čine više od 80 % indikacija. Preostale indikacije su razne rijetke dijagnoze, npr. terminalno zatajenje pluća uzrokovano sarkoidozom, limfangioleiomiomatoma ili pak histiocitoza Langerhansovih stanica.

Smjernicama Međunarodnom društva za transplantaciju srca i pluća (engl. International Society of Heart and Lung Transplantation, ISHLT) definiraju se pet kriterija za odabir primatelja za transplantaciju pluća. Ovdje bi naveo te kriterije da bi čitatelji stekli uvid koji bi to bolesnik možda i mogao biti, jednog dana, kandidat za transplantaciju pluća. Redom su to: 1. teška bolest pluća za koju je medicinsko liječenje neučinkovito ili nedostupno, 2. rizik od smrtnog ishoda više od 50 % unutar dvije godine bez transplantacije, a zbog plućne bolesti, 3. da su izgledi za preživljenje barem 90 dana nakon transplantacije pluća veći od 80 %, 4. izostanak pridruženih bolesti koje bi mogle skratiti očekivano trajanje života nakon transplantacije pluća na manje od pet godina, 5. zadovoljavajući psihosocijalni profil bolesnika i podrška zajednice. Još bih napomenuo da su sve zloćudne bolesti i infekcije pluća koje se ne mogu kontrolirati kontraindikacija za transplantaciju.

➤ **Kolika je potreba za transplantacijom pluća u Hrvatskoj? Hoće li se zapravo ta potreba „povećati“, hoće**

li biti češće prepoznata s obzirom na bolju dostupnost transplantacije u našoj zemlji?

Trenutačno je na listi čekanja za transplantaciju pluća razmjerno malo bolesnika. Taj će broj rasti iz dana u dan. Hrvatska je mala zemlja s dobro razvijenom donorskom mrežom pa bi smo mogli pretpostaviti da ćemo godišnje imati 10 do 15 transplantacija pluća. Kao i sa svakim drugim transplantacijskim programom, potreba za organima je veća od broja doniranih organa. Nadamo se da će ta razlika biti što manja i da ćemo uspjeti zadovoljiti svoje potrebe. Broj transplantacija je definiran brojem donora, stoga će broj samih transplantacija biti vjerojatno stacionaran kroz godine, budući da je broj eksplantiranih pluća koja su odlazila u inozemstvo bio stacionaran u posljednjim godinama. Nadam se da će ovime bolest biti prepoznata i da će svi koji trebaju moći dobiti pluća s obzirom na dostupnost transplantacije u Hrvatskoj.

➤ **Koji su kriteriji za izbor darovatelja za određenog primatelja?**

Važno je dobro procijeniti veličinu donorskih pluća koja su potrebna za pojedinog primatelja. Prevelika pluća mogu biti inkompatibilna, dok premala pluća mogu uzrokovati teške reperfuzijske ozljede. Radiografske mjere primatelja i donora pomažu u procjeni veličine pluća koja bi odgovarala donoru. Općenito, razlike u veritkalnim dimenzijama manje su problematične od onih u horizontalnoj osi. Standardno se veličina pluća uspoređuje određivanjem njihoveg totalnog kapaciteta (engl. total lung capacity, TLC). Iz standardiziranih formula prema visini i spolu

bolesnika može se dobiti predviđena vrijednost TLC-a za pojedinca, dok se mjerenjem testovima plućne funkcije, pletizmografijom, može dobiti stvarna (izmjerena) vrijednost. U slučaju kada postoji značajna nepodudarnost u veličini, kada su donorska pluća prevelika, može se planirati ekstra-anatomska redukcija volumena ili planirana transplantacija samo jednog reznja. Svakako je za napomenu da je uspjeh bolji kada niti jedna od tih metoda nije potrebna, tj. kada donorska pluća idealno naliježu u prsnu šupljinu primatelja bez dodatnih redukcija njihovog volumena.

➤ Kolik je vijek trajanja plućnog presatka? Kakva je mogućnost retransplantacije?

Vijek trajanja plućnog presatka značajno je prolongirana posljednjih desetljeća. U samim počecima, prije otkrivanja imunosupresivne terapije, trajanje presatka se mjerilo u danima te su ukupni dugoročni rezultati bili loši. Transplantacijska je medicina zaživjela otkrićem imunosupresivnih lijekova. Danas mnogi bolesnici žive 10-ak godina, i dulje, s funkcionalnim presatkom. Osim toga moguća je i retransplantacija nakon što presadak zataji. Prema tome, vijek trajanja presatka nije uvijek sinonim za preživljenje nakon transplantacije.

U boljim je svjetskim središtima jednogodišnje preživljenje bolesnika nakon transplantacije pluća preko 90 %-tno, a medijan preživljenja je oko 7 godina. Više je čimbenika koji utječu na vijek trajanja presatka. U literaturi se često citira međunarodni registar transplantacija pluća pri ISHLT-u. U tom su registru evidentirani podaci o više od 64 000 transplantiranih bolesnika iz više od 100 transplan-

tacijskih središta. Prema izvješću registra iz 2018. godine, medijan preživljavanja za sve odrasle primatelje je 6,5 godina, no čini se da je nakon bilateralne transplantacije pluća medijan preživljavanja bolji od unilateralne (7,6 prema 4,7 godina). Patologija u podlozi bolesti, kao i dob u trenutku transplantacije, također su važne odrednice koje se moraju uzeti u obzir.

➤ Vi ste kardiotorakalni kirurg. Kako je izgledala Vaša izobrazba za ovu edukaciju?

Godine 2014. položio sam specijalistički ispit iz opće kirurgije, a nakon toga subspecijalizaciju iz kardijalne kirurgije na Klinici za kardijalnu kirurgiju KBC-a Zagreb, gdje sam i danas zaposlen. Prva saznanja da ću ići na edukaciju iz transplantacije pluća u Beč dobio sam od predstojnika Klinike, prof. dr. sc. Bojana Biočine godinu dana prije. Odlazak se obistinio krajem 2019. godine. Tada je KBC Zagreb pod upravljanjem ravnatelja prof. dr. sc. Ante Čorušića, a na inicijativu akademika Samaržije, uputio osim mene još dvojicu liječnika (dr. Feđa Džubur, dr. Dorian Hiršl) na edukaciju iz transplantacije pluća u AKH Wien.

Edukacija tijekom boravka u Beču bila je izvrsna, da ne kažem savršena. Prednost je Beča u tome što u razmjerno kratkom roku imaju mnogo transplantacijskih postupaka. To je ključ dobre kirurške edukacije. U Beču se godišnje izvede više od sto transplantacija pluća, a ja sam sudjelovao na njih 30-ak. Kako se gotovo uvijek radila bilateralna transplantacija uz upotrebu središnjega intraoperacijskog ECMO-a,

bilo mi je omogućeno da učinim transplantaciju najčešće na lijevoj strani, na strani prvog asistenta, naravno, pod budnim okom operatera. Osim prof. Hoetzeneckera, svakako bih spomenuo i prof. dr. sc. Györgya Langa i prof. dr. sc. Shahrokha Taghavi. Oni su uz prof. dr. sc. Waltera Klepetka doajeni transplantacije pluća i niz godina sudjeluju u razvoju transplantacijskog programa u Beču.

U konačnici, zahvaljujući dugogodišnjoj suradnji AKH-a Wien i KBC-a Zagreb, svo troje iz Zagreba bili smo prihvaćeni i stvarno uključeni u sve aspekte programa, od operacijske dvorane i jedinice intenzivnog liječenja, do odjela i poliklinike.

➤ Tko sve čini tim za transplantaciju pluća?

U timu sudjeluju, osim transplantacijskog kirurga, transplantacijski pulmolog i mnogi drugi pulmolozi prema svom užem djelokrugu rada. Zatim anesteziolog, transplantacijski koordinator, radiolog, psiholog i fizioterapeut. Često se uključuju i liječnici drugih specijalnosti, ovisno o pojedinom slučaju i potrebama bolesnika.

➤ Tko je Tomislav Kopjar, rođen 1982. godine?

Najjednostavnije, suprug, otac, doktor, kirurg, znanstvenik, docent, sretnik. Živim sa suprugom i sinom u Zagrebu gdje sam i odrastao. Oni su mi najveća sreća u životu i bez njih ostalo ne bi imalo smisla. Roditelji su me odgojili da radim što volim i da to što radim, radim punim plućima.

KLINIČKI FARMAKOLOZI

> II. DIO

✍ Piše: ALICE JURAK



Prof. dr. sc. Vera Vlahović-Palčevski, dr. med.

Specijalistica kliničke farmakologije s toksikologijom, Pročelnica Odjela za kliničku farmakologiju, KBC Rijeka

Gdje radite i kakav je bio vaš profesionalni put do kliničke farmakologije? Zašto ste izabrali ovu specijalizaciju?

Specijalistica sam kliničke farmakologije u KBC-u Rijeka i redoviti profesor u trajnom zvanju na Medicinskom fakultetu i Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. U vrijeme kad sam ja dobila specijalizaciju iz kliničke farmakologije, specijalizacije se nisu dobivale lako. Bio je i rat. Radila sam u izvanbolničkoj hitnoj službi četiri godine, volontirala na Zavodu za farmakologiju Medicinskog fakulteta u Rijeci i nadala se kliničkoj specijalizaciji. Potajno sam željela internu medicinu - možda i ne toliko potajno, ali se specijalizacije nisu raspisivale. Na zadnjem velikom natječaju u

KBC-u Rijeka, prije negoli sam dobila specijalizaciju iz kliničke farmakologije, predala sam zamolbe na više kliničkih specijalizacija. Na razgovoru mi je otvoreno rečeno kako se unatoč visokom broju bodova ne moram nadati specijalizaciji u KBC-u, jer mi je sestra zaposlena u KBC-u, a da ima važnijih ljudi koji moraju dobiti specijalizaciju...

Kako sam volontirala na farmakologiji, tadašnji predstojnik Zavoda, prof. Ante Simonić je kolegu Vitezića, koji je također volontirao, i mene pitao bi li bili zainteresirani za specijalizaciju iz kliničke farmakologije preko fakulteta jer je imao viziju razvoja Zavoda u tom smjeru. Oboje smo prihvatili. Niti jednog trena nisam zažalila. Danas radim i u bolnici i na fakultetu.



Nastavljamo s predstavljanjem stručnjaka iz područja kliničke farmakologije, relativno mlade medicinske grane koja se počela razvijati sredinom prošloga stoljeća brojnim pronalascima velikog broja lijekova. Danas klinički farmakolozi, uz brojne druge liječnike, imaju ogromnu ulogu u borbi protiv epidemije COVID-19.

Osim prof. Simonića na moj stručni razvoj značajno su utjecali prof. Božidar Vrhovac, utemeljitelj kliničke farmakologije u Hrvatskoj, i prof. Igor Francetić koji mi je bio mentor. Naučili su me kritičkom razmišljanju i suočavanju s greškama koje ne treba stavljati 'pod tepih' već učiti iz njih.

Klinička farmakologija izuzetno je široka i pruže bezbrojne mogućnosti za klinički rad, istraživački rad, akademski rad i zalazi u sve kliničke grane, a i dobar dio pretkliničkih.

Moj uži interes u kliničkoj farmakologiji je farmakoepidemiologija, u koju spadaju farmakovigilancija i antibiotici. Da, da, antibiotici. Oni nisu bili nešto što me oduvijek privlačilo. Na fakultetu se to uvijek preskače, uči ako baš mora.

Moju današnju ljubav prema antibioticima začeli su i potom rasplamsali kolege sa Zavoda za farmakologiju. Kao asistenti, među sobom smo dijelili seminare koje ćemo odraditi sa studentima. Antibiotici su uvijek bili najomraženiji. Nakon godinu dana izbjavanja zbog porodijskog dopusta, dopao me seminar iz antibiotika. Nisam imala izbora. Što se manje opireš, manje boli. Naučila sam antibiotike. Iduće akademske godine, kolege su zaključili kako jedino ja znam antibiotike i molili me da opet uzmem isti seminar... Nasjela sam i zavoljela antibiotike. Imam nekako zaštitnički osjećaj prema njima, jer ih mnogi zloupotrebljavaju.

Na poslijedoktorskom usavršavanju boravila sam godinu dana na Karolinska institutu u Stockholmu, u Švedskoj.

To mi je bilo izuzetno vrijedno iskustvo i otvorilo mnoga međunarodna vrata. Godinama sudjelujem kao vanjski ekspert u Europskom centru za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC) kao i u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, u radnim skupinama koje se bave antibioticima i nadzorom nad njima. Član sam Međunarodne radne skupine SZO-a za metodologiju statistike lijekova (International Working Group on Drug Statistics Methodology). Član sam izvršnog odbora ESGAP-a (European Study Group on Antimicrobial Stewardship), radne skupine u Europskom društvu za kliničku mikrobiologiju i infektivne bolesti (ESCMID) gdje sam zadužena za edukaciju što podrazumijeva i organizaciju različitih tečajeva.

Koliko se klinička farmakologija kao struka pita pri donošenju mišljenja, stavova i odluka vezanih za pandemiju COVID-19? U čemu ste vi konkretno sudjelovali u vezi s ovom pandemijom?

Mislim da se poštuje struka prilikom donošenja odluka vezanih uz pandemiju. U više sam navrata davala intervju u vezi s cjepivima i mogućnostima liječenja COVID-19 i sudjelovala u međunarodnim stručnim webinarima kao panelist. Iako nisam član kriznog stožera, sudjelovala sam u donošenju prijedloga redoslijeda prioriteta cijepjenja djelatnika KBC-a, često imam upite vezane uz liječenje oboljelih od COVID-19, osobito za savjete u vezi antibiotske terapije. Vrlo često mi se kolege, ali i laici, obraćaju s pitanjima vezanima uz cjepivo i potencijalnim štetnim učincima. Bilo je i nekoliko tromboembolijskih događaja koji su se dogodili nakon cijepjenja, što smo prijavili HALMED-u.

Funkcionira li farmakovigilancija u našoj zemlji dostatno?

Sustav praćenja nuspojava u Hrvatskoj je jako dobro organiziran.

U kojoj su mjeri promijenjene okolnosti vašega rada zbog ove pandemije?

Pandemija nam je svima promijenila živote i prilagođavamo se situaciji u kojoj smo se našli.

Kao i u svakoj drugoj struci jako je važna razmjena informacija i mišljenja. Treba stalno biti u tijeku s najnovijim spoznajama u području farmakoterapije. Tu pomaže međunarodna priznata stručna i znanstvena literatura, a do

dolaska pandemije domaći i međunarodni skupovi su bili mjesta koja su pomagala držati se u korak s najnovijim spoznajama, mjesta na kojima se moglo susresti s kolegama iz drugih zemalja i razmijeniti iskustva. Pandemija je sve promijenila. Vrlo smo se brzo preselili u virtualni svijet sastanaka. Naravno da oni ne mogu zamijeniti fizičke sastanke, ali ipak nam omogućuju kontakte s kolegama. Isto kao i fakultetska nastava online. Prednost je da su takvi sastanci znatno jeftiniji i nema troškova putovanja. S druge strane, čini se da u tom virtualnom svijetu stalno svi moramo biti dostupni. To može biti prilično zamorno. Razgovarati s računalom sa slušalicama na ušima ili ne 6, 8 ili 10 sati dnevno nije sasvim normalno okruženje. U virtualnoj predavaonici teško je dobiti interakciju sa studentima ili sudionicima. Ne osjetite kako grupa 'diše', treba li prilagoditi predavanje, seminar ili vježbu.

Koja su glavna obilježja posla kliničkog farmakologa?

Klinička farmakologija se u Hrvatskoj, kao i u različitim europskim zemljama razvija u dva glavna smjera. U sredinama gdje je ona izrasla iz kliničke grane, najčešće interne medicine, obično se razvija kao klinički odjel. Kreveti su potrebni npr. za testiranje preosjetljivosti na lijekove, iako se to može obaviti i kroz dnevnu bolnicu. Nažalost, tamo se često hospitaliziraju bolesnici koji zapravo nisu tu zbog farmakoterapijskog problema. U sredinama gdje je klinička farmakologija krenula iz instituta ili fakulteta kao u Rijeci odjeli nemaju bolesničke krevete, a specijalisti imaju savjetodavnu ulogu. Klinička istraživanja faze I ili testovi bioekvivalencije kao i testiranje preosjetljivosti na lijekove provodi se u dnevnim bolnicama. Takva je situacija npr. na Karolinska institutu u Švedskoj.

Moram reći da je u Rijeci klinička farmakologija dugo vremena bila zane marena. Razvijati jednu struku samo s dvoje specijalista nije lako. Međutim, mislim da smo oboje našli neke svoje niše u struci koje nas ispunjavaju, od suradnje s drugim kliničkim farmakolozima i drugim specijalistima, nacionalnim tijelima, akademskom zajednicom, do sudjelovanja u međunarodnim znanstvenim projektima i međunarodnim institucijama.

Ima li Hrvatska dovoljno kliničkih farmakologa, koji bi bio optimum zastupljenosti i na kojim radnim mjestima?

Ne može se govoriti o optimalnom broju kliničkih farmakologa u Hrvatskoj. Mjesto kliničkog farmakologa je u svim zdravstvenim ustanovama, medicinskom i farmaceutskom fakultetu, fakultetu zdravstvenih studija, regulatornim tijelima koja imaju veze s lijekovima, farma industrijom...

Kakvo je zanimanje za kliničku farmakologiju među studentima medicinskih fakulteta?

Rekla bih da zanimanje za specijalizaciju iz kliničke farmakologije postoji među mladim ljudima, ali studenti u Rijeci nemaju pravi doticaj s kliničkom farmakologijom, osim njenim teorijskim dijelom. Pretpostavljam da su zbunjeni i da zapravo ne znaju koje ljepote ona skriva.

Nažalost, važnost struke je različito percipirana od rukovodećih struktura tako da je tek 21 godinu nakon naših specijalizacija raspisan natječaj za još jednu specijalizaciju u KBC-u Rijeka. Kolegica Mirjana Stanić Benić je iznimna mlada specijalistica i radujem se njenom povratku s porodiljskog dopusta da nastavimo skupa širiti kliničku

farmakologiju. Vrlo smo uspješno surađivale u međunarodnom znanstvenom projektu Horizon 2020. Srećom, u proteklih godinu i pol u KBC-u su zaposlena još dva specijalizanta, dr. Andrej Belančić i dr. Igor Rubinić. Zanimljivo je da su svo troje bili najbolji studenti tijekom studija, izvrsni i vrlo perspektivni mladi ljudi. Vjerujem da je budućnost kliničke farmakologije u Rijeci vrlo svijetla.

Klinička farmakologija zadire u mnoga područja. Stoga smo na Medicinskom fakultetu u Rijeci prije nekoliko godina pokrenuli poslijediplomski specijalistički studij 'Klinička farmakologija s toksikologijom: ispitivanje i primjena lijekova' za kojim postoji veliki interes jer je uvjet za upis nije isključivo završen medicinski fakultet već završen diplomski ili integrirani preddiplomski i diplomski studij iz područja Biomedicine i zdravstva, prirodnih znanosti (biologija, kemija) te interdisciplinarnih područja znanosti koja uključuju biomedicinu i zdravstvo (biotehnologija). Polaznici ocjenjuju studij vrlo visokim ocjenama.



Prim. dr. sc. Ksenija Makar-Aušperger, dr. med.
Zavod za kliničku farmakologiju
KBC Zagreb

Gdje radite i kakav je bio vaš profesionalni put do kliničke farmakologije? Zašto ste izabrali ovu specijalizaciju?

Sada, već više od 25 godina, radim na Zavodu za kliničku farmakologiju KBC-a Zagreb. Započela sam raditi u Povjerenstvu za lijekove KBC-a Zagreb i na Biltenu za lijekove KBC-a Zagreb kao liječnik opće medicine, stigla iz primarne zdravstvene zaštite. Lijekove sam jasno do tada propisivala samostalno u praksi, ali pravi sam uvid u njihovu značajnost počela stjecati tek u Zavodu. Specijalizacija iz kliničke farmakologije došla je kao nešto na što se samo po sebi računa s obzirom na sve ono što sam radila u Povjerenstvu i za Bilten, a to su i danas temeljni stavovi kliničke farmakologije. Čini mi se da je klinička farmakologija zapravo izabrala mene, ali to ne znači da nisam izuzetno zavoljela tu struku, a posebno mi je blizak način razmišljanja kliničke farmakologije. Pritom ističem racionalnost i objektivnost (u farmakoterapiji, ali i dijagnostičkim postupcima) čemu su nas uvijek učili i naši učitelji, prof. Božidar Vrhovac i kasnije prof. Igor Francetić. Danas, s odmakom mogu iskreno reći da za mene nema bolje specijalizacije.

Koliko se klinička farmakologija kao struka pita pri donošenju mišljenja, stavova i odluka vezanih za pandemiju COVID-19? U čemu ste vi konkretno sudjelovali u vezi s ovom pandemijom?

Nisam bila uključena u donošenje mišljenja i stavova u vezi pandemije što je na neki način i jasno ako se gleda pandemija iz epidemiološkog "kuta", a ja se bavim kliničkom farmakologijom. No, žalosna sam jer mi se čini da klinička

farmakologija, osim pojedinačnih, vrlo rijetkih istupa pojedinih kolega oko kliničkih istraživanja lijekova, nije bila puno konzultirana. Žalosti me kada se, bez obzira što mislim da se o kliničkim istraživanjima puno zna, ipak ne pita struku koja je odgovorna i u svijetu za provođenje vrlo delikatnih ranih faza kliničkih istraživanja lijekova jer i dalje mislim da uvijek možemo reći i podučiti koliko su neki aspekti provođenja istraživanja važni za objektivnu ocjenu lijeka. Nije stoga iznenađujuće da se izvan struke često donose pogrešne procjene o uspješnim lijekovima iako se to ne temelji na jasnim znanstvenim dokazima ili dobro provedenim kliničkim istraživanjima. Mi u kliničkoj farmakologiji vrlo dobro znamo koji su kriteriji potrebni za dobro provedeno kliničko istraživanje pa tek na temelju takvih istraživanja i donosimo ocjenu o kvaliteti nekog lijeka. Isto se odnosi i na istraživanje cjepiva jer npr. klinički farmakolozi su znali kada se najranije može očekivati cjepivo protiv COVID-19 (ako se istraživanja odvijaju prema Dobroj kliničkoj praksi) i nisu očekivali čudo za 2 mjeseca. Jednako tako, klinička farmakologija dobro zna procijeniti korist i rizik liječenja i cijepljenja jer to radi u svakodnevnom radu pa i sada znamo procijeniti i aktualne nedoumice oko nuspojava registriranih cjepiva. Moram naglasiti da zbog pojedinih ishitrenih izjava pojedinaca nije čudo da i mediji ponekad prenose i objavljuju vijesti koje se ne temelje na znanstvenim dokazima. A znanost je ono što donosi klinička farmakologija i koju treba poštivati.

Osobno, gotovo svakodnevno pišem mišljenja i upute bolesnicima i liječnicima o primjeni cjepiva, kontraindikacijama, koristi i rizicima. To je mali, ali rekla bih vrijedan doprinos u borbi protiv virusa.

>>

Funkcionira li farmakovigilancija u našoj zemlji dostatno?

Pri Zavodu za kliničku farmakologiju, u KBC Zagreb, je još u bivšoj državi postojao Nacionalni centar za praćenje nuspojava lijekova koji je bio temelj prikupljanja nuspojava lijekova i povezan s Centrom za praćenje nuspojava Svjetske zdravstvene organizacije, prvotno u Ženevi, kasnije u Uppsali. Naš Nacionalni centar se osnovao i radio niz godina ponesen velikim entuzijazmom djelatnika Zavoda i to nas još uvijek čini ponosnima, osobito što smo osobno odgovarali svakom prijavitelju koji je pritom dobivao kratki opis lijeka čiju je nuspojavu prijavio, prikupljene i analizirane podatke SZO-a i zaključak o vjerojatnosti, odnosno uzročnoj povezanosti lijeka s nuspojavom. Na taj smo način imali vrlo dobru komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima, a nama je odgovaranje na nuspojave predstavljalo izvrsnu i vrijednu edukaciju iz ovog područja. No, treba odati priznanje Hrvatskoj agenciji za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) koja je nastavila i dalje razvila taj postupak (i druge postupke s lijekovima). Vjerujem da prikupljanje i analiza nuspojava i dalje ima jednaku važnost kao i na početku razvoja cijelog programa, osobito s razvojem novih lijekova. Jednako tako vjerujem da „osobni“ odgovori prijaviteljima predstavljaju samo nostalgičnu povijest i da su sada nemogući.

U kojoj su mjeri promijenjene okolnosti vašega rada zbog ove pandemije?

Pandemija nas je sve zaskočila. Posla ima jako puno, jer uvijek volim istaknuti, da se s novom bolešću (COVID-19) ništa, nažalost, nije smanjio broj drugih bolesnika. Moje je mišljenje da se tako moramo i postaviti i truditi

se da ni jednom drugom našem bolesniku ništa ne nedostaje, da se jednako posvetimo svima. Iako o dugoročnim posljedicama na zdravlje ne možemo sada zaključivati, moguće će se ipak pandemija odraziti na druge akutne i kronične bolesti. U svakodnevnoj praksi, zamijetilo se nekoliko teškoća. Među njima je, bojim se ipak neadekvatna, komunikacija s bolesnicima preko sada popularnih uputnica A5. Iz perspektive nekoga tko to radi svaki dan, mislim da to predstavlja samo nužno zlo jer je najbolja komunikacija izravna u ambulanti ili kraj kreveta bolesnika. Nadalje u svakodnevnom radu na svim odjelima i klinikama velik je priljev bolesnika iz hitne službe što zahtijeva dodatni angažman medicinskog osoblja, osobito stoga što su brojne kolege izravno involvirani u liječenje bolesnika s COVID-19 i jako nam nedostaju. Ono što je nama u KBC-a Zagreb dodatno otežalo rad u posljednjih godinu dana je i potres koji je gotovo istovremeno s pandemijom značajno smanjio naše prostorne kapacitete. Sve zajedno praksu čini izuzetno zahtjevnom.

Koja su glavna obilježja posla kliničkog farmakologa?

Obilježja posla kliničkog farmakologa ovise uvelike o tome gdje klinički farmakolog radi. U bolnici, u našem Zavodu, radi se uglavnom sve što je i u našoj specijalizaciji zacrtano. Provedimo klinička istraživanja svih faza i nakon dugo godina uspješnog provođenja kliničkih istraživanja, centar je educiran za vrlo zahtjevna međunarodna multicentrična istraživanja. Uključeni smo kao KBC u edukaciju brojnih kolega iz specijalizacije kliničke farmakologije, ali i kolega iz brojnih drugih struka. Kao dio Referentnog centra za kliničku farmakolo-

giju otvorena je i također niz godina radi Ambulanta za farmakoterapiju u kojoj se susrećemo s brojnim izazovima farmakoterapije, farmakovigilancije, praćenja trudnica i dojilja, liječenja kroničnih infekata, polipragmazije i politerapije te ocjene preosjetljivosti na lijekove. U sklopu Ambulante surađujemo s drugim (kirurškim) strukama u odluci o liječenju rezervnim antibioticima. Posebno se bavimo ispitivanjem preosjetljivosti na lijekove koje se izvodi hospitalno i u našoj dnevnoj bolnici. Klinički farmakolog u našem Zavodu intenzivno se bavi svakodnevnim kliničkim radom internističkog odjela, a na razini bolnice posebno je zastupljen konzilijarni rad koji je doista prepoznat od svih Klinika našeg KBC-a. Jednako tako i dalje su klinički farmakolozi uključeni u rad Povjerenstva za lijekove. Nadalje, klinički farmakolozi sudjeluju u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi iz brojnih kolegija, što je još jedan način širenja načela racionalne farmakoterapije. Važan dio kliničke farmakologije je i tiskanje publikacija s temama iz područja lijekova te različitih smjernica farmakoterapije što također radimo već niz godina. Podsjećam samo na brojna izdanja Farmakoterapijskog priručnika, priznatog udžbenika na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, na časopis *Pharmaca* kojem izlazi 51. volumen, na Smjernice za primjenu antimikrobnih lijekova, prihvaćenih od naše Ustanove, ali i drugih ustanova iz cijele Hrvatske. Neobično je važno širiti objektivnu informaciju o lijekovima i u svemu nabrojenom se doista poštuje to načelo.

Ima li Hrvatska dovoljno kliničkih farmakologa, koji bi bio optimum zastupljenosti i na kojim radnim mjestima?

Još davno je bio cilj struke da u svakoj bolnici u Hrvatskoj bude barem jedan klinički farmakolog i da u važnim ustanovama koje se bave lijekovima također bude specijalist klinički farmakolog. Nešto je ispunjeno, nešto nije. Od mojih početaka do sada brojne su ustanove educirale mlade kadrove i razvile kliničku farmakologiju, dovele ju do uvažavanja u vlastitoj sredini. I sada je lijepo vidjeti i znati da dolaze i novi mladi kolege na edukaciju. Specijalizacija iz kliničke farmakologije je tražena među mladima liječnicima i redovito se događa da se za izbor novog specijalizanta javi više kandidata. Vrlo bi važno bilo da dobro educirani klinički farmakolozi budu u što većom broju u svim tijelima, agencijama i povjerenstvima koja se bave lijekovima i odlučuju o njihovom dostupnosti u Hrvatskoj. Neprihvatljivo je da se izvan struke odlučuje o pojedinim lijekovima i o smjernicama za njihovu primjenu, često i pod pritiskom javnosti što bi se moglo najbolje spriječiti upravo dobro educiranim i objektivnim kolegama kliničkim farmakolozima i transparentnosti njihova rada.

Kakvo je zanimanje za kliničku farmakologiju među studentima medicinskih fakulteta?

Posebno mi se čini značajnim što se o propisivanju lijekova i racionalnosti propisivanja lijekova predaje studentima pred kraj fakulteta jer se tada pripremaju za praksu, vjerojatno više spremni za dijagnostiku nego za adekvatno liječenje. Zainteresiranost studenata i dobar „feedback“ nam govori da im je razmišljanje i znanje kliničkog farmakologa važno pa i ne čudi da se iz redova mladih, gotovo završenih studenata medicine, regrutiraju novi specijalizanti kliničke farmakologije.

Kakva je pozicija vaše struke u Hrvatskoj u odnosu na Europu i svijet?

Mislim da se klinička farmakologija u Hrvatskoj izborila za svoje mjesto među drugim strukama i jasno se formirala kao korisna i važna, ali uvijek može više i bolje. Zvuči kao fraza, ali više kliničkih farmakologa, više centara i Zavoda koji se bave kliničkom farmakologijom u praksi, može potaknuti zdravu konkurentnost i doprinijeti još boljem razvoju. Potrebno je trajno planirati edukaciju mladih te tako širiti znanja i trajno dokazivati korisnost kliničke farmakologije. Konkretno, mislim da je jako važno biti koristan baš u praksi pa tako koristiti svim liječnicima praktičarima savjetima i konzultacijama jednako kao što je važan i akademski razvoj kliničke farmakologije. Hrvatska klinička farmakologija jest povezana s europskom kliničkom farmakologijom, unatoč nekim razlikama već niz godina i naši kolege surađuju u brojnim aktivnostima. Kongres iz farmakoekonomike, uostalom, također se već dulje vrijeme organizira s međunarodnim sudjelovanjem. Sada se u sklopu Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju intenzivno radi na pripremi novog programa specijalizacije iz kliničke farmakologije po čemu bismo još bliže bili programima edukacije u drugim zemljama Europe.

Koja je vaša poruka liječnicima i drugima iz aktualne pandemijske perspektive?

Vrlo kratka poruka: pandemija će proći, a mi ćemo ostati ojačani za novo, možda i bolno, iskustvo. Korisno i vrijedno je sve što naučimo upotrijebiti za buduća vremena.



Jurica Nazlić, dr. med.

specijalist kliničke farmakologije, endokrinologije i dijabetologije, KBC Split

Gdje radite i kakav je bio vaš profesionalni put do kliničke farmakologije? Zašto ste izabrali ovu specijalizaciju?

Radim u KBC-u Split kao jedini specijalist kliničke farmakologije u ustanovi. Specijalizaciju sam započeo krajem 2007., a od 2012. godine radim kao liječnik specijalist u Klinici za unutarnje bolesti.

Nisu me zanimale dijagnostičke (radiologija, mikrobiologija), niti kirurške specijalizacije. Vidio sam se u nekoj od internističkih specijalizacija. Uvijek me najviše zanimalo rad s bolesnicima, aktivno vođenje bolesnika, planiranje dijagnostike i preporuka liječenja, prvenstveno farmakoterapije. Na razgovoru za specijalizaciju iz Interne medicine godinu dana prije sam naglasio da se ne vidim u invazivnoj kardiologiji, pa su mi preporučili da se javim sljedeću godinu i na specijalizaciju iz kliničke farmakologije. Kao mladi liječnik, nisam imao percepciju o kakvoj se specijalizaciji uopće radi.

>>

Tada, jedini aktivni klinički farmakolog u KBC-u Split je ujedno bio i kardiolog. Uvijek su me zanimali lijekovi, njihovi klinički učinci, ali i istraživačko-razvojni program lijekova. Od 2015. sam predsjednik Povjerenstva za lijekove KBC-a Split i naslovni asistent u Zavodu za temeljnu i kliničku farmakologiju Medicinskog fakulteta u Splitu.

Koliko se klinička farmakologija kao struka pita pri donošenju mišljenja, stavova i odluka vezanih za pandemiju COVID-19? U čemu ste vi konkretno sudjelovali u vezi s ovom pandemijom?

Klinička farmakologija se u situaciji s navedenom pandemijom ne pita ništa više, niti manje nego li je to bio slučaj u prošlosti s nekim drugim javnozdravstvenim problemima.

Osobno sam dao svoje mišljenje vezano za potencijalne terapijske mogućnosti liječenja ili prevencije COVID-19 u Slobodnoj Dalmaciji na početku pandemije, točnije u broju od 22. ožujka 2020. Mišljenje o specifičnom liječenju, cijepljenju, nuspojavama pa i o eksperimentalnom liječenju sam dao kao konzilijarni specijalist, član multidisciplinarnog specijalističkog konzilija ili kao predsjednik Povjerenstva za lijekove KBC-a Split.

U kojoj su mjeri promijenjene okolnosti vašega rada zbog ove pandemije?

Okolnosti mog rada kao kliničkog farmakologa nisu se gotovo ništa promijenjene. Kako sam također specijalist endokrinologije i dijabetologije, radio sam mjesec dana kao odjelni liječnik u COVID stacionaru kao interni specijalist.

Koja su glavna obilježja posla kliničkog farmakologa?

Ne nužno navedenim redom: praktični zadatci (klinički rad, konzilijarna mišljenja, sudjelovanje u radi specijalističkih konzilija, vođenje bolničke politike lijekova - Povjerenstvo za lijekove) nastavni zadatci (rad na Fakultetu, edukacija drugih u KBC-u iz različitih područja farmakoterapije uz promociju racionalne farmakoterapije), istraživački zadatci (dizajniranje, provođenje i praćenje različitih faza kliničkih istraživanja, farmakoeconomika). Posao kliničkog farmakologa osim širokog stručnog znanja, stalnog praćenja novosti u području farmakoterapije, traži jako dobre socijalne vještine, diplomatičnost, kvalitetnu prisutnost, aktivnu nenametljivost. Potrebno je stvoriti i održavati spoznaju i osjećaje drugih kolega da im klinički farmakolog treba i da im donosi dodatnu korist za njihove bolesnike i za bolje ishode njihovih bolesnika.

Ima li Hrvatska dovoljno kliničkih farmakologa, koji bi bio optimum zastupljenosti i na kojim radnim mjestima?

Hrvatska nema dovoljno kliničkih farmakologa. Teško je procijeniti optimum zastupljenosti, ugrubo bi trebalo biti barem dvostruko ili trostruko veći broj od sadašnjeg broja. Naglašavam kako nije bitan samo apsolutni broj, nego pametno pozicioniranje, isticanje kompetencija kliničkih farmakologa, naglašavanje potrebe za kliničkim farmakolozima u kontekstu dobre kliničke prakse i racionalne farmakoterapije što često izostaje u kliničkim ustanovama, ali i u cijelom javnom zdravstvu i sustavu upravljanja u zdravstvu, odnosno u zdravstvenoj politici.

Kakvo je zanimanje za kliničku farmakologiju među studentima medicinskih fakulteta?

Zanimanje mladih kolega za kliničku farmakologiju je puno slabije u odnosu

na većinu drugih specijalizacija. Mudro je, ili oportuno, kako već hoćete, kada mladi ljudi traže one specijalizacije kroz koje će ostvariti brže profesionalno pozicioniranje u sustavu kliničke medicine. Odabiru ono što im uz rad u javnom zdravstvenom sustavu, kroz neko buduće vrijeme potencijalno omogućuje rad i u privatnim zdravstvenim ustanovama. Kao što vam je poznato, brojni su kolege sami financirali svoja specijalistička usavršavanja u specijalnostima koje su "tržišno" zanimljive. Ne poznajem nikoga tko je na takav način odabrao specijalizaciju iz kliničke farmakologije.

Kakva je pozicija vaše struke u Hrvatskoj u odnosu na Europu i svijet?

U dobrom dijelu država Europe i svijeta klinička farmakologija kao specijalizacija uopće ne postoji. S druge strane u onim državama u kojima klinička farmakologija postoji kao specijalizacija, ona ima različit kurikulum. Različite su kompetencije, uloge i pozicije specijalista kliničke farmakologije u zdravstvenim sustavima drugih zemalja.

Koja je vaša poruka liječnicima i drugima iz aktualne pandemijske perspektive?

U aktualnoj perspektivi pandemije COVID-19 naši liječnici, ali i svi naši građani su pod posebnim zdravstvenim, psihološkim, socijalnim i financijskim pritiskom. Nadam se da će naše društvo i cijeli svijet, prihvatiti i koristiti sadašnje i buduće spoznaje moderne medicine, medicine utemeljene na dokazima kako bi što prije iznijeli pobjedu i okončali pandemiju COVID-19. Podatci koje smo dobili kroz istraživačke i regulatorne procese u razvoju cjepiva su optimistični, a nadam se istome u bliskoj budućnosti u kontekstu razvoja sigurnih i djelotvornih lijekova za liječenje infekcije SARS CoV-2.



ZVONIMIR ČAGALJ, dr. med.,
specijalizant četvrte godine kliničke
farmakologije s toksikologijom,
KBC Osijek.

Gdje radite i kakav je bio vaš profesionalni put do kliničke farmakologije? Zašto ste izabrali ovu specijalizaciju?

Već pred kraj studija medicine shvatio sam da mi je farmakoterapija najzanimljiviji dio liječenja u svim granama medicine. Nakon pripravničkog staža, rada u više ambulanti obiteljske medicine te rada u Medicinskom fakultetu Osijek na radnom mjestu asistenta, postalo je još jasnije da ja za mene najatraktivnija specijalizacija iz kliničke farmakologije. Krajem 2016. godine, KBC Osijek je raspisao natječaj za jednog specijalizanta iz ove grane te sam, na moje veliko zadovoljstvo, izabran na tom natječaju.

Iako mi je većina kolega savetovala da se radije odlučim za specijalizaciju iz interne medicine ili infektologije, znam da sam donio dobru odluku i nikada nisam požalio što sam izabrao kliničku farmakologiju.

Koja su glavna obilježja posla kliničkog farmakologa?

S obzirom na različit broj kliničkih farmakologa u pojedinim ustanovama, što veže organizacijske i infrastrukturne mogućnosti, opis posla kliničkih farmakologa se prilagođava tim okolnostima.

Općenito, klinički farmakolozi sudjeluju u rješavanju raznih farmakoterapijskih izazova (politerapija, polipragmazija, nuspojave i interakcije lijekova, primjena lijekova u trudnica i dojilja, ispitivanje preosjetljivosti na lijekove, liječenje infekcija-posebice onih uzrokovanih multirezistentnim uzročnicima, sudjelovanje u radu Povjerenstva za lijekove..itd.)

Docentica Suzana Mimica Matanović je trenutno jedini specijalist kliničke farmakologije s toksikologijom u KBC-u Osijek, no zahvaljujući njenom entuzijazmu, klinička farmakologija se razvija u toj ustanovi. Uz konzilijarne preglede, Ambulantu za farmakoterapiju, Povjerenstvo za lijekove 2016. godine započinje ispitivanje preosjetljivosti na lijekove u KBC-u Osijek, a ubrzo nakon toga se osniva Dnevna bolnica s kliničkom farmakologijom u sklopu Klinike za unutarnje bolesti.

Kolegica dr. Ana Haviđić i ja smo trenutno u završnom dijelu specijalizacije.

Ima li Hrvatska dovoljno kliničkih farmakologa?

Nažalost, Hrvatska nema ni približno dovoljno kliničkih farmakologa. Tu tvrdnju potkrepljuje činjenica da je docentica Mimica Matanović jedini specijalist ove specijalnosti u cijelom području istočne Hrvatske. Mnogo bolnica nema niti jednog kliničkog farmakologa, što u današnjem liječenju bolesnika nije zanemarivo, jer su

farmakoterapijski izazovi sve složeniji, a zahvaljujući edukaciji o svim aspektima i posebnostima primjene lijekova, klinički farmakolozi su najspremniji nositi se s tim izazovima te tako svojom suradnjom i komplementarnim radom sa specijalistima drugih specijalnosti doprinijeti najboljoj skrbi za bolesnike.

Vezano za budućnost kliničke farmakologije u Hrvatskoj, mislim da postoji velik potencijal za daljnji razvoj ove specijalizacije. Svjedočimo svakodnevnoj registraciji novih lijekova kao i proširivanju indikacija za postojeće lijekove. Postignut je enorman napredak u području farmakogenomike/farmakogenetike, što nam znatno pomaže u razjašnjavanju nuspojava u pojedinim bolesnika te omogućuje optimalnu individualizaciju terapije za svakog bolesnika. Iako još nedovoljno, sve je više specijalizanata kliničke farmakologije u našoj državi, što osim brojnih prednosti, pridonosi i razmjeni iskustava između kliničkih farmakologa iz svih dijelova Hrvatske. Trenutačno, veći broj kolega drugih specijalnosti ne zna na koji način klinički farmakolog može pomoći u multidisciplinarnom te individualnom pristupu liječenja bolesnika, ali je lijepo dobiti povratnu informaciju od kolega koji su zatražili našu pomoć u liječenju bolesnika.

S obzirom na svakodnevni razvoj medicine te brojne specijalizacije i subspecijalizacije, mislim da je u redu priznati da niti jedan liječnik ne može znati sve, te da najbolju skrb našim bolesnicima možemo pružiti ako u liječenje uključimo specijaliste svih specijalnosti koji bolesniku mogu pomoći, jer svaka specijalnost gleda na terapijske izazove iz drukčije perspektive.

COVID-19 - kronologija

Od 14. travnja do 6. svibnja 2021.

14. travnja

Epidemija ne jenjava u Hrvatskoj. Broja novozaraženih i dalje je u porastu. Liječnici upozoravaju da je u bolnicama sve više mladih ljudi koji imaju teže kliničke slike. U posljednja 24 sata zabilježeno je 3099 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 13880. Među njima je 1955 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 185 pacijenata.

16. travnja

Stožer civilne zaštite Republike Hrvatske izvijestio je kako je Hrvatska po broju zaraženih i preminulih na ljestvici zemalja Europske unije na 21., odnosno na 17. mjestu. Ravnatelj Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) Krunoslav Capak naveo je kako je ovog tjedna, u odnosu na prethodni tjedan, došlo do povećanja broja novozaraženih od 32 posto. Također, Hrvatska je po incidenciji, koja iznosi 664,9 na 100.000 stanovnika, na 21. mjestu u Europskoj uniji, pa samo šest država u ovom trenutku ima veću incidenciju od Hrvatske.

18. travnja

U kompaniji CureVac očekuju da bi EMA uskoro mogla izdati odobrenje za njihovo cjepivo. Procedura za odobravanje cjepiva od strane EMA-e pokrenuta je sredinom veljače. Više od 40 000 ljudi iz Europe i Latinske Amerike trenutačno sudjeluje u „fazi 2b/3“ istraživanja, a privremena analiza učinkovitosti najavljuje se za drugi kvartal ove godine.

20. travnja

Prema sedmodnevnoj incidenciji, odnosno broju novozaraženih koronavirusom na milijun stanovnika, Hrvatska je trenutačno najgora u Europi. U proteklih tjedan dana u nas je na milijun ljudi bilo 3 736 novih slučajeva što je, prema tablicama Worldometersa najgora sedmodnevna statistika na Starom kontinentu.

21. travnja

U protekla 24 sata u Hrvatskoj je zabilježeno 3117 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2, što je najviše u jednom danu još od prosinca.

23. travnja

Prema aktualnim podacima koje je iznio ravnatelj HZJZ-a Krunoslav Capak, Hrvatska bi do kraja lipnja na raspolaganju trebala imati 3,1 milijun doza cjepiva, što je dovoljno da se do ljeta procijepi do 55 posto stanovništva starijih od 18 godina. Barem jednom dozom do sada

je cijepljeno 17 posto ukupnog stanovništva, odnosno, kako je objasnio Capak, 21 posto odraslog stanovništva.

24. travnja

Američka Agencija za hranu i lijekove i Centri za kontrolu i prevenciju bolesti ukinuli su stanku za uporabu cjepiva Johnson & Johnson. Sjedinjene Države mogu odmah nastaviti s primjenom cjepiva Johnson & Johnson, izjavili su vrhovni zdravstveni regulatori, završavajući desetodnevnu stanku kako bi istražili vezu cjepiva s izuzetno rijetkim, ali potencijalno smrtonosnim krvnim ugrušcima.

25. travnja

Platforma za prijavu cijepljenja građana protiv COVID-19 cijepise.zdravlje.hr ima manjkavosti na čijem otklanjanju se žurno radi, kazali su u Ministarstvu zdravstva, nakon što se jučer na konferenciji Stožera pojavila informacija kako je s popisa ispao dio ljudi koji su se među prvim prijavili za cijepljenje.

27. travnja

Doc. Diana Rudan, zamjenica ravnatelja KB-a Dubrava u Zagrebu, rekla je jutros u HTV-ovoj emisiji Studio 4 kako je tijekom noći 20-ak bolesnika u toj bolnici izgubilo bitku s COVID-19. Trenutačno je u KB-u Dubrava hospitalizirano 420 bolesnika, od kojih je 75 u Jedinici intenzivnog liječenja. Dva su bolesnika na ECMO-u. "Možemo reći, što se tiče hospitalizacija, da smo na vrhu trećeg vala", rekla je doc. Rudan. Od posljedica zaraze novim koronavirusom u Hrvatskoj su preminule 52 osobe, što je najviše od početka trećeg vala pandemije.

28. travnja

Danas je probijena psihološka granica od do sada više od 7000 preminulih zbog zaraze s COVID-19 u Hrvatskoj.

2. svibnja

Najgori dan u KBC-u Osijek: Preminula su dva novorođenčeta, prijevremeno rođeni blizanci, koji su uz druge teške komorbiditete bili pozitivni na COVID-19.

3. svibnja

Mlada trudnica zbog teškog razvoja bolesti COVID-19 preminula je tijekom noći u varaždinskoj bolnici. Liječnici su bebu uspjeli spasiti carskim rezom. Nedonošče je zasad dobrog zdravstvenog stanja.

4. svibnja

U Virovitici je počelo masovno cijepljenje građana protiv COVID-19, a u multifunkcionalnoj dvorani Međunarodnog sajma "Viroexpo" otvoren je prvi drive-in punkt za cijepljenje u Hrvatskoj. Iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo je najavljeno kako će pozvati i ostale gradove koji imaju uvjete da organiziraju drive-in cijepljenje.

5. svibnja

Zamjenica ravnatelja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo dr. sc. Ivana Pavić Šimetin kazala je kako je treći val pandemije u silaznoj putanji, te situacija ide na bolje. Zagreb uvodi još tri dodatne lokacije za masovno cijepljenje. Jučer je stiglo 176 tisuća doza cjepiva Pfizer, a krajem prošlog tjedna stiglo je i 130 tisuća doza cjepiva AstraZeneca. Očekuje se i 30 000 doza cjepiva Moderne. U svibnju i lipnju se očekuje milijun doza cjepiva.

6. svibnja

Svi osnovnoškolci, srednoškolci te studenti u Splitsko-dalmatinskoj županiji od idućeg tjedna (ponedjeljak, 10. svibnja) nastavljaju s nastavom po modelu „A“ odnosno neposredno u školi. Rusija je odobrila jednokratnu verziju Sputnik Light cjepiva protiv COVID-19 za uporabu, javio je Reuters. Cjepivo je razvijeno na moskovskom Institutu Gamaleya, košta manje od 10 dolara po dozi, učinkovito je 79,4 posto, namijenjeno je izvozu i moglo bi povećati broj ljudi s djelomičnim imunitetom.

Od početka epidemije u Hrvatskoj gotovo 350 000 ljudi zaraženo novim koronavirusom

Od 25. veljače 2020., kada je prijavljen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do 6. svibnja ukupno su zabilježene 341 052 osobe zaražene novim koronavirusom, od kojih je 7 355 preminulo, a oporavilo se ukupno oporavilo 321 755 osoba. Do 6. svibnja su ukupno testirane 1 855 623 osobe. Zaključno s 5. svibnjem 2021. utrošena je 979 181 doza cjepiva. Dosad je 760 805 osoba cijepljeno s najmanje jednom dozom, među kojima je njih 218 376 primilo obje doze. Najviše novozaraženih u jednom danu, njih 4620, bilo je 10. prosinca 2020. godine, dok je najviše preminulih u jednom danu, njih 92, bilo šest dana poslije, odnosno 16. prosinca.

HLK: PROBLEME U ORGANIZACIJI CIJEPLJENJA

potrebno rješavati u dijalogu s liječnicima

Hrvatska liječnička komora pozvala je krajem travnja zdravstvenu administraciju da hitno razriješi sve nefunkcionalnosti i probleme u organizaciji cijepljenja, što je preduvjet da u što kraćem roku cijepimo većinu odraslog stanovništva. Bez visoke razine procijepljenosti do ljeta ne možemo zaustaviti pandemiju, niti možemo očekivati značajniji prihod od turizma kao ni pokretanje drugih, zaustavljenih gospodarskih grana. Naime, dosadašnje cijepljenje opterećeno je mnogobrojnim poteškoćama i nije teklo dovoljno brzo.

Analiza HLK-a je pokazala da su najveći teret cijepljenja podnijeli obiteljski liječnici i liječnici u zavodima za javno zdravstvo. Iz podataka o organizaciji cijepljenja po županijama koje je prikupila Liječnička komora, proizlazi da su obiteljski liječnici dominantno kontaktirali pacijente, naručivali ih na cijepljenje, cijepili ih u svojim ambulantama i odrađivali masovna cijepljenja na punktovima. Liječnici obiteljske medicine svakodnevno daju svoj puni obol u borbi protiv COVID-19, liječe blaže oblike oboljelih od COVID-19 u svojim ordinacijama, upućuju pacijente na testiranja ili sami dijagnosticiraju bolest pomoću brzih antigenskih testova, svakodnevno skrbe za oboljele od drugih akutnih i kroničnih bolesti, administriraju za potrebe cijelog zdravstvenog sustava, trudeći se da pri tomu ne bude smanjena kvaliteta zdravstvene skrbi. Očito nije uspostavljena

učinkovita nacionalna informatička platforma za cijepljenje, budući da ju većina županija zbog njezinih nedostataka još ne koristi.

HLK, na temelju provedene analize, predlaže zdravstvenoj administraciji sljedeća rješenja s ciljem uspostavljanja učinkovitije organizacije cijepljenja:

- hitno uspostavljanje **u cijelosti funkcionalne nacionalne informatičke platforme za cijepljenje**
- **masovno cijepljenje na punktovima u svim županijama** i uspostavu većeg broja punktova
- uspostavu **call centra u svakoj županiji**
- **uključivanje i drugih liječnika**, osim obiteljskih liječnika i epidemiologa, u cijepljenje kao i uključivanje drugih zdravstvenih djelatnika
- uspostavu odgovarajuće opremljenih **mobilnih timova za cijepljenje nepokretnih ili teško pokretnih pacijenata** u svakoj županiji.

HLK smatra da se sve institucije i pojedinci, odgovorni za postizanje visoke procijepljenosti stanovništva, trebaju fokusirati primarno na ostvarenje tog cilja. Medijski sukobi i javna prebacivanja odgovornosti ruše povjerenje građana u proces cijepljenja i ne doprinose ostvarenju visoke razine procijepljenosti.

Posebno zabrinjava izjava ravnatelja HZZO-a dr. Luciana Vukelića, koji je na 19. sjednici saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, referirajući se na rad obiteljskih liječnika izjavio: „Što ne mogu cijepiti pet svojih pacijenata dnevno? Što ne mogu to napraviti tijekom svog radnog vremena? Godinu dana nisu niš delali, imaju tamo administratora, imaju sestru.“ Ovakav javni govor jednog od najviših dužnosnika zdravstvene administracije, u kojem je iznio neistine te profesionalno omalovažio obiteljske liječnike, je u cijelosti neprihvatljiv.

HLK predlaže žurni sastanak ministra zdravstva, Liječničke komore i organizacija obiteljskih liječnika, čiji cilj će biti definiranje rješenja za nefunkcionalnosti u organizaciji cijepljenja. Smatramo da je, uvažavajući prijedloge liječnika obiteljske medicine, koji su jednostavni i provedivi, nužno ujednačiti postupak provođenja cijepljenja, a eventualne prijepore rješavati dijalogom uz međusobno uvažavanje. Pred nama je treća faza, tj. masovno cijepljenje više od milijun građana u što kraćem roku. Hrvatska liječnička komora smatra svojom društvenom obvezom upozoriti zdravstvenu administraciju da će to biti moguće ostvariti samo ako se značajno unaprijedi organizacija cijepljenja. Nerealno je očekivati da će bez učinkovite nacionalne informatičke platforme za cijepljenje, oko 2.000 obiteljskih liječnika u svega dva mjeseca, uz svoj redovan posao, uspjeti obavijestiti više od milijun građana o cijepljenju te ih i procijepiti.

Reakcija HLK-a na objavljivanje identiteta darovatelja organa

Hrvatska medicina je već godinama u europskom i svjetskom vrhu u transplantaciji organa. Poseban uspjeh predstavlja uspostavljanje programa transplantacije pluća u našoj zemlji ovog mjeseca i prva izvedena obostrana transplantacija pluća u okviru toga programa. HLK čestita medicinskom timu i liječnicima KBC-a Zagreb na velikom stručnom uspjehu koji svjedoči o vrhunskoj kvaliteti hrvatskog liječništva. Međutim, posljednjih dana u javnosti su objavljeni podaci o darivateljima organa.

HLK je dužan upozoriti da je otkrivanje identiteta darovatelja i primatelja organa izrijekom zabranjeno Zakonom

o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja koji je na snazi od 2012. godine. Ovaj zakon vrlo jasno propisuje da nije dozvoljeno otkrivati identitet darovatelja niti primatelja organa, a odnosi se na sve građane, a ne samo na zdravstvene djelatnike ili samo na liječnike. Hrvatska, kao članica Eurotransplanta – međunarodne organizacije za koordinaciju transplantacija, treba voditi računa o privatnosti primatelja i darovatelja organa.

HLK naglašava da objava imena i prezimena nije jedini način otkrivanja identiteta, već da i podaci poput okolnosti događaja, a koji se spominju u vezi s daro-

vateljem ili primateljem organa, mogu nedvojbeno otkriti o kojoj osobi je riječ.

Liječnici su, osim dužnosti poštovanja Zakona o presađivanju ljudskih organa, dužni, kao što propisuje Zakon o liječništvu i Kodeks medicinske etike i deontologije, čuvati liječničku tajnu.

Posljedice nezakonitog i neetičnog otkrivanja podataka o darovatelju i primatelju organa mogu biti višestruke: psihičke posljedice u primatelja organa, psihičke posljedice u obitelji darovatelja organa, stigmatizacija primatelja, kao i uznemiravanje primatelja ili obitelji darovatelja.

Više od 10 000 zdravstvenih djelatnika sudjelovalo na webinaru POST-COVID SINDROM, KLINIČKI ASPEKTI I HRVATSKA ISKUSTVA



Dr. sc. Krešimir Luetić, prof. Ozren Jakšić, dr. Zrinka Čolak Romić, doc. Diana Rudan, dr. Marija Rogoznica i prim. Jasna Tekavec Trkanjec

Više od 10 000 zdravstvenih radnika, članova devet komora u zdravstvu, sudjelovalo je u utorak, 27. travnja na webinaru "Post-covid sindrom, klinički aspekti i hrvatska iskustva". Webinar je organiziran u sklopu

javnozdravstvene kampanje "Imaš znanje, budi primjer!" koju je u siječnju pokrenulo devet komora, a čiji je cilj dodatno informirati zdravstvene djelatnike o svim aspektima cijepljenja i borbe protiv COVID-19.

Odgovore na mnogobrojna pitanja koja se nameću o kliničkim aspektima post-covid sindroma dalo je četvero liječnika koji već mjesecima liječe bolesnike koji boluju od post-covid sindroma. Prof. dr. sc. **Ozren Jakšić**, hematolog, doc.dr.sc. **Diana Rudan**, kardiolog, prim.dr.sc. **Jasna Tekavec Trkanjec**, pulmolog i **Zrinka Čolak Romić**, dr. med., neurolog, obradili su različite kliničke aspekte ovog sindroma, dok je drugi dio webinar bio rezerviran za pitanja sudionika koji su, prijavivši se u ogromnom broju na webinar, pokazali iznimnu zainteresiranost za ovu temu. Organizatori webinar su Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska liječnička komora, Hrvatska ljekarnička komora i Hrvatska psihološka komora, koje su ujedno i nositeljice kampanje "Imaš znanje, budi primjer!"

HLK: Ravnatelj, Upravno vijeće i ministar zdravstva trebaju hitno riješiti probleme u KBC-u Sestara milosrdnica

Hrvatska liječnička komora sa zabrinutošću prati eskalirajuću krizu u Klinici za tumore i Kliničkom zavodu za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC-a Sestara milosrdnica. Komoru osobito zabrinjavaju neutemeljene medijske izjave koje narušavaju ugled i dostojanstvo hrvatskog liječništva.

Hrvatska liječnička komora decidirano je stava da se liječnici, kao i svi drugi zdravstveni djelatnici, na radu u javnom zdravstvu mogu zadržati isključivo kvalitetnim uvjetima rada, primjerenim financijskim nagrađivanjem, mogućnostima usavršavanja i napredovanja te pozitivnim i ugodnim radnim okruženjem. To se nikako ne može postići robovlasničkim ugovorima za specijalizante i zabranom dopunskog rada liječnika, što je ujedno protivno ustaljenoj praksi Europske unije. Liječnička komora stoga drži potpuno neprihvatljivim stavove prof. dr. sc. Dijane Zdravec, dr. med., izrečene u medijima proteklih dana, kojima ona zaziva povratak robovlasničkih ugovora i zabranu dopunskog rada liječnika.

Zahtjevi za vraćanjem robovlasničkih ugovora za specijalizante i mlade specijaliste i za zabranom dopunskog rada liječnika, izravno su usmjereni protiv zdravstvenog sustava u cjelini i interesa hrvatskog liječništva. Naime, robovlasnički ugovori su u trošak specijalističkog usavršavanja koji su liječnici u slučajevima prijevremenog raskida ugovora o radu morali kao odštetu isplatiti bivšem poslodavcu, uključivali i sve bruto plaće specijalizanata. S obzirom na to da specijalizanti tijekom specijalizacije rade u zdravstvenim ustanovama liječeći pacijente, naknadno vraćanje isplaćenih plaća značilo je da se od njih traži da godinama rade besplatno i da povrh toga moraju državi još uplatiti sva davanja na plaću i iz plaće za razdoblje specijalizacije.

Ta diskriminirajuća praksa, potpuno strana načelima Europske unije, ukinuta je i modificirana upravo dugogodišnjim naporima **Hrvatske liječničke komore i liječničkih udruga. Stoga Komora izražava duboku zabrinutost da bilo koji liječnik predlaže ponovno uvođenje robovlasničkih ugovora i pita se hoće li nečiji sljedeći**

prijedlog biti primjerice oduzimanje putovnica liječnicima kako bi ostali u Hrvatskoj?

Omogućavanje dopunskog rada, tijekom njihovog slobodnog vremena, liječnicima zaposlenim u javnom zdravstvu, tj. omogućavanje rada u privatnim zdravstvenim ustanovama uz odobrenje ravnatelja i ispunjavanje zakonskih uvjeta, predstavlja legitimnu opciju rada i rezultat je dugogodišnjih napora Komore i liječničkih udruga. U javnom zdravstvenom sustavu Austrije, npr. više od 60 % bolničkih specijalista radi dopunski i u privatnim zdravstvenim ustanovama, što je uobičajena praksa u Europskoj uniji. Dopunski rad liječnika potiče izvrsnost u javnom zdravstvenom sustavu jer privatni sustav traži upravo izvrsne, a dodatni prihodi od dopunskog rada zadržavaju liječnike u Hrvatskoj i u javnom zdravstvu.

Dodatno, Komora ističe da prijedlozi prof. Zdravec o zabrani dopunskog rada i uvođenju robovlasničkih ugovora sigurno ne bi riješili kadrovske deficite javnog zdravstva, već bi ih, dapače, pogoršali. Naime, takvi penalizacijski modeli i zabrane dokazano su neuspješni i ne pripadaju temeljnim vrijednostima Europske unije, već nekim bivšim vremenima i nedemokratskim društvima.

Kroničnu upravljačku i kadrovsku krizu javnost može jasno vidjeti upravo na primjeru Kliničkog zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju odnosno Klinike za tumore KBC-a Sestara milosrdnica. Očito je da postoji ozbiljan upravljački problem i narušeni međuljudski odnosi na Kliničkom zavodu za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju ovog KBC-a, koji se odrazio i na funkcioniranje Klinike za tumore. Prema izjavama pojedinih onkoloških pacijenata u medijima, zbog manjka kliničkih radiologa prolongiraju im se nužne pretrage i očitavanja nalaza. Ovo negativno utječe i na sposobnost pružanja drugih specijalističkih zdravstvenih usluga. Sve je to za HLK duboko neprihvatljivo. Izlazak zaposlenika Klinike za tumore na petominutni prosvjed jasna je poruka svim odgovornima o potrebi žurnog rješavanja ovog problema, a ne

bježanje od odgovornosti.

Liječnička komora dužna je podsjetiti svoje članove da etika liječničkog poziva, regulirana Kodeksom medicinske etike i deontologije, kao temeljno načelo profesije propisuje častan odnos prema drugim liječnicima i čuvanje ugleda i dostojanstva liječništva. Svi liječnici dužni su s pacijentima, kolegama i drugim zdravstvenim osobljem komunicirati profesionalno, poštujući osobnost svakog pojedinca. Mobing, zastrašivanje, prijetnje i vrijeđanje predstavljaju, ne samo jasne primjere neetičnosti i kršenja Kodeksa, nego i primjere protuzakonitog ponašanja.

Hrvatska liječnička komora osuđuje svaku konkretnu zlouporabu liječničkog položaja vezano uz profesionalni rad, etiku, prava pacijenata i liste čekanja, te smatra da svaki takav pojedinačan slučaj treba sankcionirati. Nažalost, prof. Zdravec je u medijskim istupima paušalno optužila sve liječnike koji dopunski rade u privatnom zdravstvu da zlorabe svoj položaj i da "privilegiraju i kanaliziraju pacijente iz privatnih zdravstvenih ustanova u javne bolnice ne poštujući liste čekanja". Ovako iznesenom populističkom optužbom, nepotkrijepljenom dokazima i konkretnim imenima, baca se nedopustiva ljaga na cijelu struku te se liječnike općenito prikazuje kao nemoralne osobe koji se protupropisno ponašaju. Ovaj paušalni istup, bez dokaza i imena, nanosi znatnu štetu ugledu liječništva u društvu.

Što se pak tiče bilo kakvih sumnji ili optužbi za moguća kaznena djela u KBC-u Sestara milosrdnica, HLK očekuje da Državno odvjetništvo Republike Hrvatske učini sve što je u njegovoj nadležnosti kako bi se te optužbe što prije razjasnile.

Ignoriranje problema i prebacivanje odgovornosti na druge, umjesto rješavanja problema, nanosi veliku štetu prvenstveno pacijentima, a onda i cijelom zdravstvenom sustavu. HLK očekuje da će ravnatelj i upravno vijeće KBC-a Sestara milosrdnica, kao i ministar zdravstva, preuzeti svoju odgovornost i poduzeti sve što je potrebno da što prije, na dobrobit pacijenata, liječnika i zdravstvenog osoblja, razriješe nagomilane probleme u ovoj našoj uglednoj i velikoj zdravstvenoj ustanovi.

UPUTE ZA ISPUNJAVANJE

Knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i Dnevnika rada

Problem ispunjavanja Knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (kolokvijalno i dalje, knjižica) i Dnevnika rada je poznat svim specijalizantima u Republici Hrvatskoj. Zamisao prilikom stvaranja je bila kontinuirano praćenje napretka (znanja, kompetencija i vještina) specijalizanata tijekom specijalističkog usavršavanja uz redovito praćenje i evaluacije od strane mentora i glavnog mentora. No u većini slučajeva to se svelo na „bjesomučno“ ispunjavanje knjižice i stavljanje „more“ pečata na prikladna i neprikladna mjesta nekoliko mjeseci i tjedna prije finala, tj. specijalističkog ispita. U 21. stoljeću kada je sve digitalizirano, tijekom pandemije, specijalizanti i dalje moraju fizički ispunjavati knjižicu i dnevnik rada i tražiti pečate ovjere. O e-specijalizantskoj knjižici, koja bi zamijenila postojeću se već odavno govori, no za sada je zamisao i dalje u povojima. **Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a** predlaže uvođenje e-specijalizantske knjižice i dnevnika rada. Do realizacije tog projekta izradili smo Upute za ispunjavanje papirnato oblika Knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i Dnevnika rada s ciljem smanjenja nejasnoća vezanih uz ispunjavanje te smanjenje administracije kako bi se olakšalo mladim kolegama koji su ionako preopterećenim redovitim poslom. Na ovom priručniku su uz članove Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a radile i djelatnice Ministarstva zdravstva Marija Pederin i Marija Hađina na što im posebno zahvaljujemo (uz budno oko i savjete prof. dr. sc. Nade Čikeš, dr. med.). Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine, na čelu s prim. Željkom Plazonićem, uz prof. Nadu Čikeš, odobrilo je izdavanje ovog priručnika. Priručnik će biti poslan svim mladim

liječnicima putem newslettera Hrvatske liječničke komore, bit će objavljen na Facebook-u HLK-a te na stranicama Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a. Službenim putem, preko Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine biti će dostav-

ljeno i svim glavnim mentorima.

Nadamo se da će vam ovaj priručnik olakšati ispunjavanje, razjasniti nedoumice i na kraju biti koristan. Ukoliko i dalje bude nejasnoća, slobodno se obratite na službeni e-mail Povjerenstva mladi@hlk.hr ili marija.hadjina@miz.hr.

(1. stranica)

Fotografija 4,5 x 5 cm

Ime i prezime _____ (navesti ime i prezime specijalizanta/ice)

Specijalizacija _____ (navesti naziv specijalizacije)

Odobrena za _____ (navesti pravnu fizičku osobu za koju specijalizira)

Specijalizacija odobrena rješenjem KLASA _____ URBROJ _____

Republike Hrvatske ZAGREB _____ (navesti datum)

Glavni mentor/ica _____ (navesti ime i prezime)

Specijalističko usavršavanje specijalizant/ica započeo/la _____ (navesti datum)

M. P. _____ (potpis i faksimil glavnog mentora/ice)

Okrugli pečat od matične ustanove koji prelazi preko slike

Okrugli pečat od ustanove iz koje dolazi glavni mentor

Na prvu stranicu stavlja se okrugli pečat matične ustanove koji prelazi preko dijela slike i okrugli pečat ustanove glavnog mentora preko oznake M.P. Ostali podaci prepisuju se iz rješenja o specijalizaciji.

UPUTE - SPECIJALIZANTSKA KNJIŽICA

Popis / tablicu općih i posebnih kompetencija

- **Prepisati iz Pravilnika** o specijalističkom usavršavanju
- Nakon što specijalizant prođe edukaciju i **označi razinu svoje kompetencije** za stavke programa, potrebna je ovjera (potpis i faksimil)
- **Opće kompetencije:** mentora sa Škole narodnog zdravlja Andrija Štampar u 2. stupcu (ukoliko se nije pohađala nastava u Školi narodnog zdravlja ovu stavku potpisuje glavni mentor) i glavnog mentora u 3. stupcu
- **Posebne kompetencije:** mentora obilaska u 2. stupcu te glavnog mentora u 3. stupcu
- **Po stranici je dovoljan jedan potpis (mentor i glavni mentor), nije potrebna zasebna ovjera svake pojedine stavke.**
- Ista pravila vrijede i za upisivanje **zahvata** (izuzev onih specijalizacija koje u svom programu nemaju zahvate).

(42 stranica)

Ne zaboravi unijeti Stupnjeve napredovanja

TEMA	STUPANI NAPREDOVANJA			GLAVNI MENTOR
	1	2	3	
OPĆE / POSERNE KOMPETENCIJE (navesti)	Datum i potpis mentora			Datum i potpis
OPĆE KOMPETENCIJE				Jedan potpis + faksimil glavnog mentora
POSERNE KOMPETENCIJE				Po stranici, dovoljan jedan potpis mentora obilježiti + faksimil glavnog mentora

Prepisati iz Pravilnika o specijalističkom usavršavanju

Prepisati iz Pravilnika o specijalističkom usavršavanju

(prema i neopisane stranice do 100.)

UPUTE - DNEVNIK RADA

- Uz gornji rub stranice preko naziva ustanove i ustrojstvene jedinice na kojoj se obavlja dio programa specijalizacije treba staviti četvrtasti (ili okrugli - ovisno što ustanova posjeduje) pečat iste ustrojstvene jedinice (samo na prvoj stranici u slučaju da se radi o dijelu programa duljeg trajanja).
- Na svakoj stranici na dnu je potrebna je ovjera mentora zaduženog za taj dio usavršavanja.
- Upisivati radne dane, dežurstva (ukoliko ih imate), a ne vikende i neradne dane koje ne radite
- Ukoliko više dana provodite na istom radilištu upisati jednom te navesti datume (npr. rad u dnevnoj bolnici, 15 - 26.3.2016), umjesto da se više dana za redom piše isti tekst
- Godišnji odmor upisati u jednu "kućicu" uz oznaku vremenskog rasporeda
- Bolovanja, porođiljni, rođiljni dopust, komplikacije u trudnoći i drugi opravdani razlozi upisuju se u jednu kućicu uz oznaku vremenskog rasporeda.
- PDS (poslije diplomski studij) - upisati jednom u trajanju od 3 mjeseca, upisati datumski raspon, a potpisuje ga glavni mentor
- Sve stavke dnevnika rada se obvezno upisuju: **provjere znanja, prikazi slučaja bolesnika i stručne radove** (izuzev specijalizacija koje po programu nemaju prikaze slučajeva)

Tekst pripremila: Marija Rogoznica, dr. med.
Predsjednica Povjerenstva za mlade liječnike

Umirovljeni liječnik iz Zagreba poklanja kolegi ili zdravstvenoj ustanovi svoju medicinsku knjižnicu koja se sastoji od oko

500 DOBRO OČUVANIH KNJIGA TISKANIH U RAZDOBLJU OD 1950. GODINE DO DANAS.

Tel. 01 4816558, mob. 095 8893584.

> ERRATA CORRIGE

U članku "Prikupljanje COVID-19 konvalescentne plazme u Hrvatskoj" u Liječničkim novinama br. 198 netočno je napisano prezime jedne od autorica članka: točno ime je Beata Halassy a ne Hallasy. Također je njezina točna afilijacija Sveučilište u Zagrebu, Centar za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji. U tekstu članka u prvom stupcu, zadnjem odlomku, također je potrebno upotpuniti naziv ustanove tako da bi korigiran tekst glasio: Zajednička suradnja Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu, Centra za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji Sveučilišta u Zagrebu te ...

> O B N O V A L I C E N C E

Iza nas je veliko relicencno razdoblje kada smo u prosincu 2020. godine obnovili više od 7000 licenci naših članova. Tijekom navedenog razdoblja zaprimili smo mnogo upita naših članova vezano uz proces obnove licence, a koji se ponajviše tiču načina predaje zahtjeva, tijeka postupka, rokova izdavanja licence i sl.

Ponukani mnogobrojnim upitima željeli bismo opisati pravni okvir postupka obnove licence i time odgovoriti na pitanja naših članova.

Pravni okvir za postupak obnove Odobrenja za samostalan rad (licenca) čine:

1. Zakon o liječništvu
2. Zakon o općem upravnom postupku
3. Pravilnik o Odobrenju za samostalan rad (licenci) Hrvatske liječničke komore
4. Pravilnik o trajnoj medicinskoj izborazbi Hrvatske liječničke komore

Zakon o liječništvu propisuje: „Liječniku koji je upisan u Imenik liječnika, Hrvatska liječnička komora daje odobrenje za samostalan rad (licencu), a kojim se dokazuje stručna osposobljenost liječnika za samostalno obavljanje liječničke djelatnosti na području Republike Hrvatske.

„Odobrenje za samostalan rad (licencu) liječniku daje, odnosno uskraćuje **upravnim aktom** tijelo određeno Statutom Hrvatske liječničke komore.“

Upravo činjenica da se radi o upravnom aktu strogo formalizira postupak obnove licence na način da se prilikom obnavljanja licence primjenjuju odredbe Zakona o općem upravnom postupku.

Zakon o općem upravnom postupku strogo propisuje način predaje zahtjeva, tijek postupka, rokove rješavanja zahtjeva te donošenja i dostave rješenja.

ZAHTJEV – OBRADA ZAHTJEVA – RJEŠENJE/LICENCA



Stoga je važno naglasiti kako je član dužan predati zahtjev i time pokrenuti upravni postupak za obnovu licence pred HLK.

Zato primjerice trenutačno nije moguće da HLK članu automatski obnovi licencu, iako primjerice isti ima dovoljan broj bodova.

HLK pokreće postupak obnove licence isključivo na zahtjev stranke, a smatra se pokrenutim u trenutku predaje urednog zahtjeva, i dužna je riješiti zahtjev u roku od 30 dana.

Pravilnicima Hrvatske liječničke komore propisani su uvjeti za obnavljanje licence, sadržaj i druge specifičnosti, a koje je zakonodavac prenio na HLK.

Uvjet za obnavljanje licence je prikupljenih 120 bodova u postupku trajne medicinske izborazbe.

Pored podataka koje mora sadržavati upravni akt, licenca mora sadržavati i sljedeće podatke:

1. profesionalni naziv
2. stručno područje za koje se licenca izdaje – opća medicina, (sub)specijalizacija
3. razdoblje važenja licence
4. broj licence

HLK kontinuirano unaprjeđuje svoje usluge kako bi svojim članovima pojednostavnila i olakšala komunikaciju s Komorom. Razdoblje od šest godina je dugo i prirodno je da se, uz svakodnevne poslovne i privatne obveze, smetne s uma datum isteka licence. Osim toga, važno je naglasiti kako se podatci koji se prikazuju na licenci dohvaćaju iz Komorinog informatičkog sustava. Stoga ako je član primjerice stekao novu stručnu kvalifikaciju ili znanstvenu titulu, a istu nije prijavio Komori, tada će izdana licenca sadržavati ne ažurne podatke.

U svezi navedenoga, HLK je uvela nekoliko alata kako bi pomogla svojim članovima te ih na vrijeme informirala o datumu isteku licence, ali i omogućila uvid u njihove članske podatke.

Komorin integrirani informacijski sustav (KIIS) danas nudi napredna informatička rješenja koja omogućuju da sustav automatizmom obavještava sve članove kojima licenca istječe, i to 3 mjeseca prije datuma isteka licence.

Također, Komora ima razvijen Portal za članove i Mobilnu aplikaciju za članove HLK-a (za iOS i Android) putem kojih članovi dobivaju važne obavijesti, imaju uvid u svoje članske podatke.

Za korištenje navedenih usluga jedini preduvjet je da je član prijavio svoju adresu e-pošte u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore.

PUB Kviz HLK-a ONLINEEEEE



Svakog drugog ponedjeljka u 20 sati unatrag nekoliko mjeseci održavamo pub kviz HLK-a online. Pa smo tako i 26. travnja. Kviz je sastavila dr. Ana Jurin Martić, a iz četiri zanimljiva i zahtjevna kruga dobili smo samo jednog pobjednika. To je bio Edo T. koji je, već prema tradiciji, dobio nagradu EUCERIN-a. Tko može dalje skočiti, mačja buha ili leteća žaba? Zna li vi?

Pripremila Lada Zibar

TEMA
VRT,
BALKONI,
OKUĆNICA

NAJBOLJE FOTOGRAFIJE



Autor najbolje fotografije: KRISTINA TURK



Pozivamo liječnike

da nam za sljedeći broj Liječničkih novina (do konca svibnja) pošalju tematsku fotografiju čiji su oni autori, a koja prikazuje temu "BITI LIJEČNIK".

Najbolju fotografiju (prema izboru uredništva) nagradit ćemo objavom u Liječničkim novinama.

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U TRAVNJU 2021.

1. travanj	Gostovanje u emisiji „RTL Danas“ (dr.sc. K. Luetić)
9. travnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr.sc. K. Luetić)
13. travnja	Gostovanje u Dnevniku Nove TV (dr.sc. K. Luetić)
15. travnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr.sc. K. Luetić)
16. travnja	Konferencija digitalne medicine „Budućnost je sada“ (dr. V. Štefančić Martić)
19. travnja	Gostovanje u emisiji „Studio“ N1 televizije (dr.sc. K. Luetić)
21. travnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr.sc. K. Luetić)
21. travnja	Gostovanje u emisiji „Otvoreno“ HTV-a (dr.sc. K. Luetić)
25. travnja	Gostovanje u emisiji „RTL Danas“ (dr.sc. K. Luetić)
27. travnja	Webinar " Post-covid sindrom, klinički aspekti i hrvatska iskustva" u organizaciji devet komora u zdravstvu u sklopu javnozdravstvene kampanje „Imaš znanje, budi primjer!“
27. travnja	Gostovanje u Dnevniku N1 televizije (dr.sc. K. Luetić)
28. travnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr.sc. K. Luetić)
28. travnja	Sastanak s ministrom zdravstva prof.dr.sc. Vilijem Berošem na temu organizacije cijepljenja (dr.sc. K. Luetić, dr. V. Krolo, prim.dr. I. Balint)
28. travnja	Gostovanje u emisiji HTV-a „Studio 4“ (dr. V. Krolo)
28. travnja	Gostovanje u emisiji „Otvoreno“ HTV-a (dr. V. Krolo)
30. travnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr.sc. K. Luetić)
30. travnja	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija „U mreži Prvog“ (dr.sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U TRAVNJU 2021.

1. travnja	Sjednica Nadzornog odbora
12. travnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
13. travnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
16. travnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
20. travnja	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
26. travnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
30. travnja	Sjednica Nadzornog odbora
1. – 30. travnja	4 rasprave na Časnom sudu

ČUVAJ SVOJU KOŽU!

Edukativna izložba fotografija o prevenciji melanoma



prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.

Kako bi se s dolaskom toplijih dana javnost podsjetili na važnost i mogućnosti zaštite od melanoma izbjegavanjem prekomjernog izlaganja UV zračenju i pravovremenim prepoznavanjem kožnih promjena samopregledom i redovitim

dermatološkim pregledima u auli Gradske i sveučilišne knjižnice Osijek (GISKO) od 15. do 24. travnja održana je edukativna izložba fotografija „Čuvaj svoju kožu!“ u organizaciji udruge Melanom. Izložba je popraćena javnozdravstvenim porukama koje upućuju na važnost prevencije ove najzloćudnije bolesti kože čija incidencija posljednjih desetljeća raste u cijelom svijetu. Ovaj zanimljiv spoj javnozdravstvene aktivnosti i umjetnosti pokrenula je skupina dermatologa, epidemiologa i drugih stručnjaka. Autor fotografija je **Krume Ivanovski**, inženjer petrokemije, koji je spletom životnih okolnosti naftna polja i prerađivačku industriju zamijenio svijetom fotografije i kreativnim stvaralaštvom. Izložbu su osmislile **doc. dr. Zrinka Biloglav**, **doc. dr. Zrinjka Paštar**, dr. med., mag. pharm.



Ana Ljevar, dr. med., u suradnji s djelatnicima GISKO-a. Za najmanji uzrast osigurano je virtualno čitanje slikovnice „Lobi ide na ljetovanje“. U svibnju će izložba biti izložena u knjižnici u Zadru. Izložbu možete pogledati na poveznici: <https://javno-zdravlje.hr/edukativna-izlozba-fotografija-na-temu-prevencije-melanoma-cuvaj-svoju-kozu/>



RAZGOVOR S POVODOM

prof. Željko Krznarić

NOVI / STARI PREDSJEDNIK HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA

25. veljače 2021. godine prof. prim. dr. sc. Željko Krznarić, dr. med., specijalist interne medicine s užom specijalnosti iz gastroenterologije, ponovo je izabran za predsjednika Hrvatskog liječničkog zbora, u treći četvorogodišnji mandat.

Razgovarala prof. Lada Zibar

➤ **Uz čestitku što ste ponovno izabrani za predsjednika Hrvatskoga liječničkog zbora, voljeli bismo da putem Liječničkih novina hrvatskim liječnicima prokomentirate značenje Vašega trećeg četvorogodišnjeg mandata. Možemo li očekivati nastavak dosadašnjeg rada ili imate u planu značajne promjene?**

Prije svega, zahvaljujem Vam na čestitkama. Treći mandat, kako moj tako i Izvršnog odbora HLZ-a, velik je izazov za sve nas. SARS-CoV-2 i COVID-19 te značajan pad aktivnosti HLZ-a tijekom 2020. godine, uz zagrebački, a potom i prosinački potres s oštećenjima zgrade Hrvatskoga liječničkog doma, središnjice HLZ-a, otvorili su pitanje kontinuiteta funkcioniranja Zbora. S tom idejom kao vodiljom Glavni odbor podržao je rad uprave HLZ-a, a Skupština je potvrdila naš novi mandat koji samo naoko izgleda kao krizna uprava, a ustvari predstavlja nastavak dosadašnjih aktivnosti u ovoj složenoj situaciji.

Ne trebam niti isticati da smo se suočili i sa značajnim padom prihoda. Upravo ta činjenica ubrzala je odluku da Liječnički vjesnik smanji broj tiskanih primjeraka te sukladno prilikama započne izlaženje i u elektroničkom obliku.

Nema dvojbe da ćemo unatoč izazovima nastaviti s aktivnostima i radom na započetim projektima. Naravno, u planu je i pokretanje novih aktivnosti, prvenstveno usmjerenih na alternativne oblike kontinuirane edukacije, s jasnim naglaskom na skrb o novim generacijama liječnika koji stasaju u vremenu prepunom izazova.

S nekim takvim aktivnostima već smo započeli; na 1. sjednici Glavnog odbora HLZ-a, održanoj 26. ožujka 2021. osnovali smo povjerenstva za koja smatramo da bi mogla značajno utjecati na rad Zbora, ali i unaprjeđenje djelovanja svekolikoga zdravstvenog sustava. Svakako bih istaknuo Povjerenstvo za bolničku djelatnost, Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost te Povjerenstvo za izradu kliničkih smjernica. Na

idućoj sjednici GO-a koja će se održati 27. svibnja vjerujem da će biti usvojen prijedlog članova povjerenstava kako bi uskoro mogla započeti s radom. U planu je jačanje i poticanje rada Povjerenstva mladih liječnika koje ćemo nastojati usko povezati s Povjerenstvom za međunarodnu suradnju s UEMS-om. Cilj je educirati mlade liječnike o značenju UEMS-a kao međunarodne zajednice liječnika različitih specijalizacija te im približiti aktivnosti u organizaciji i sudjelovanju na međunarodnim specijalističkim ispitima kao potvrde kvalitete specijalističke edukacije u Hrvatskoj. To svakako može biti poticaj da se u suradnji s Ministarstvom zdravstva i medicinskim fakultetima intenzivira razvoj i modifikacija specijalističkih programa.

Iako udruge obiteljske medicine većim dijelom djeluju samostalno izvan okrilja HLZ-a, primarna zdravstvena zaštita i obiteljska medicina kao nositelji sustava ostaju važnim dijelom naših interesa. Vjerujemo da će se suradnja i u ovom segmentu značajno intenzivirati u vremenu očekivane reorganizacije zdravstvenog sustava.

> Koliko je pandemija COVID-19 preusmjerila rad HLZ-a i kako ste se tome prilagodili?

Znatno je utjecala i preusmjerila rad HLZ-a, kao što je promijenila i brojne druge aktivnosti i živote svih nas. Ipak moram istaknuti da su naša stručna društva i podružnice vrlo brzo pronašle način kako doskočiti novonastalom problemu. Svega dva mjeseca od početka epidemije organizirani su pod okriljem HLZ-a prvi virtualni skupovi uz iznimnu posjećenost u trenutcima kada su brojne stručne i edukacijske aktivnosti gotovo potpuno usahnule. Te prve korake slijedila su brojna stručna društva HLZ-a na zadovoljstvo kolegica i kolega. HLZ stalno podržava sve ovakve aktivnosti, razvijajući nove logističke modalitete i pružajući svu moguću logističku potporu. Na taj smo način u 2020. godini održali više od 200 stručnih skupova. Za usporedbu, u 2019. godini, kad je sve bilo "normalno", održano je više od 500 skupova. Iako se radi o značajno manjem broju stručnih skupova možemo biti zadovoljni prilagodbom stručnih društava i svekolikoga članstva na do sada neviđene zdravstvene, ali i društvene izazove. U 2021. godini dinamika organiziranja edukacija i stručnih skupova potvrđuje činjenicu da je zdravstveni sustav iznimno prilagodljiv i vitalan. Brojne kolege koji su donedavno nisu bili skloni „virtualnim“ aktivnostima prihvaćaju ih danas kao realnost i nužnost. Iskoraci u struci, broj znanstvenih i stručnih radova te komunikacija i solidarnost potvrđuju vitalnost liječničkoga staleža. Kolege su svojim aktivnostima pokazale sposobnost prilagodbe svim nedaćama na boljitak struke, ali i zdravlja naroda, i na tome im je Zbor iznimno zahvalan.

> Stručna društva su vrlo aktivna i vrlo su spretno „preseljena“ u virtualni svijet sa svim aktivnostima. Kako to ocjenjujete?

Od 2015. godine uredili smo poslovne odnose s agencijama koje su tehnički organizatori stručnih skupova naših društava i podružnica. U ovom trenutku imamo sklopljene ugovore s oko 50-ak putničkih agencija koje sudjeluju u organiziranju edukacijskih aktivnosti. Navedeni ugovori



daju temelje transparentnom poslovnom odnosu između svih uključenih strana te stoga i redovito, svake dvije godine, tražimo od agencija dostavu financijske dokumentacije, potvrdu porezne uprave o nepostojanju duga i slično, s ciljem kako bismo zaštitili stručna društva i podružnice od možebitnih neprilika uslijed potencijalne nelikvidnosti i nesolventnosti tehničkih organizatora.

U novonastalim prilikama neki su se od navedenih partnera vrlo brzo prilagodili na „virtualno okruženje“, neki malo sporije, ali trend je jasno uzlazan i aktivnosti su sve učestalije.

Svjesni smo da virtualni svijet ne može zamijeniti događanja i druženja u realnom vremenu i prostoru. Iako suvremen i naoko praktičan, takav model ima svoje prednosti, ali i brojne nedostatke. Svima nam nedostaje ono "normalno", no vjerujem kako smo iz postojeće situacije uzeli i iskoristili ono najbolje što možemo.

Uvođenje hibridnih modela organiziranja edukacije s tendencijom prijelaza na održavanje skupova u oblicima na koje smo navikli svih ovih godina, sve je bliže realnosti.

> Kakve trajne promjene očekujete u budućnosti liječničke struke i je li ovo što nam se događa točka preokreta? Očekujete li da mladi liječnici s tek završenim fakultetom ipak ulaze u jedno za svijet i za Hrvatsku sasvim novo i drukčije razdoblje?

Samo mijena vječna jest, zar ne? Samo naoko medicina djeluje kao konzervativna struka, a ustvari riječ je o jednom od najdinamičnijih i najbolje organiziranih sustava u društvu. Broj inovacija i tehnološki napredak, kao i njihovo prihvaćanje u svakodnevnom radu, neuobičajeno je visoko. To svakako zahtijeva cjeloživotnu prilagodbu i učenje, no zar već davno nije rečeno: *Ars longa, vita brevis*.

Mladi liječnici i u ovoj krizi predstavljaju najveći oslonac čitavom sustavu i snose teret pandemije uz istovremeno stručno usavršavanje i napredak u struci.

Mladi epidemiolozi i infektolozi, ali kao i sve ostale kolegice i kolege, susreli su se s pošasti koja ostavlja trag u cjelokupnoj povijesti, ali i u njihovim životima. Ti vrijedni mladi kolege zasigurno će u ovom izazovnom vremenu steći nemjerljiva znanja i iskustva.



Studenti na fakultetu susreću se s novim modalitetima učenja. Dijelom će to uzrokovati određenu nesigurnost, ali sam siguran da ćemo zajednički te probleme prevladati u kratkom vremenu te u duhu kolegijalnosti i solidarnosti.

> Kako planirate suradnju s Hrvatskom liječničkom komorom?

U kojim bi joj područjima liječničkog rada i života HLZ mogao dati podršku i na koji način?

S osobitim zadovoljstvom mogu svjedočiti kako je već nekoliko godina suradnja Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore iz dana u dan sve bolja.

Zajedničke aktivnosti koje su započele prije dvije godine nastavljaju se i danas, a u središtu svih djelovanja su status i zaštita prava liječnika, rješavanje neriješenih pitanja iz nedavne prošlosti, ali i odgovorno djelovanje u tijekom pandemije. HLK i HLZ, uz Hrvatski liječnički sindikat, promiču struku i znanstvenu istinu te razmišljaju o djelovanju i unaprjeđenju zdravstvenog sustava.

Komunikacija Komore i Zbora je redovita, kao i razmjena ideja, mišljenja i iskustava.

Ponekad, zbog dosljednosti i zagovaranja struke i stručnih stavova bivamo kao institucije nepravedno etiketirani, osobito od laika i nestručnjaka koji ne mogu razumjeti svu složenost liječničkoga poslanja i odgovornosti.

Zajednički stavovi daju snagu čitavom liječničkom staležu, a dosljednost nas pozicionira kao relevantne sugovornike s Ministarstvom zdravstva i Vlade RH. Konziistentnost stavova Zboru i Komori daje i medijsku vjerodostojnost, ali i prepoznatljivost.

Ponekad, naravno, ima i razilaženja, no to je očekivano i po mojem mišljenju, nekad i dobrodošlo.

HLZ je u dobi od 147 godina moguće malo konzervativniji, možda nešto obazriviji u razmišljanjima, a u djelovanju nešto manje uočljiv.

Ipak svi mi aktivno radimo u našem zdravstvenom sustavu, na različitim pozicijama i svaka od naših udruga ima dovoljno iskustva i snage da svojim stavom i znanjem pridonese zajednici. Vjerujem da ćemo i u vremenima koja slijede nastaviti istim smjerom, naglašavajući zajedništvo i potrebu promicanja digniteta liječničkoga staleža na boljitak svih građana naše domovine.

Izabran novi dekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu

22. travnja 2021. godine Fakultetsko vijeće Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu izabralo je **prof. dr. sc. Slavka Oreškovića** za novog dekana za sljedeći četverogodišnji mandat.

Prof. dr. sc. Slavko Orešković, dr. med., rođen je 1960. godine u Gospiću. Redoviti je profesor u trajnom zvanju u Katedri za ginekologiju i opstetriciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Zaposlen je u Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb. Predsjednik je Hrvatskog društva za ginekološku urologiju HLZ-a. Potpredsjednik je Hrvatskog društva za ginekologiju i opstetriciju.

Webinar “ANCA vaskulitisi”

Dana 29.4.2021. održan je drugi po redu webinar na temu “ANCA vaskulitisi” u organizaciji Sekcije mladih nefrologa Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju i Sekcije mladih reumatologa Hrvatskog reumatološkog društva. Sekciju je moderirala Kenija Vučur, dr. med., a predavač dr. sc. Matija Crnogorac nam je dao „up-to date“ prikaz ANCA vaskulitisa, od patogenetskih mehanizama, preko kliničke slike i dijagnostike pa do terapijskog pristupa bolesniku uz osvrt na rezultate novijih studija. Patohisto-

lošku sliku je prikazao dr. sc. Petar Šenjug, a Maja Bakula, dr. med., je s reumatološkog aspekta prikazala problematiku ANCA vaskulitisa. Za kraj su slijedila pitanja iz publike poput: cijeljenje protiv COVID-a i primjena rituksimaba, plazmafereza u indukcijskom liječenju, indikacije za rebiopsiju bubrega te duljina terapije održavanja, koja su potaknula zanimljivu raspravu.

Pripremila Ksenija Vučur, dr. med.

Obilježavanje Svjetskog dana bubrega – 11. ožujka 2021.

ŽIVJETI DOBRO S BUBREŽNOM BOLEŠĆU

Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju (HDNDT)

I ove je godine HDNDT bogatim programom sudjelovao u obilježavanju Svjetskog dana bubrega, unatoč fizičkim ograničenjima vremena u kojemu živimo. Zanimljiv je bio pristup bubrežnoj bolesti koji je preuzet od globalne ovogodišnje krilaticke – živjeti dobro s bubrežnom bolešću. Iza ovoga se krije etabliranje onog pristupa bolesniku, koji, ne samo da uključuje sudjelovanje bolesnika u odlučivanju o svome liječenju, već i suradnju s liječnikom na način da nefrolog bolesnika detaljno uputi u obilježja bolesti i lječidbenog izbora, a bolesnik pri tome deklarira vlastite preferencije i sustav vrijednosti kojemu se potom suradnički prilagođava konačni izbor dijagnostike i liječenja. Osim sudionika liječnika i medicinskih sestara i tehničara, zabilježena su i objavljena svjedočanstva poznatih osoba, koje su i same bubrežni bolesnici, a nastavljaju taj „dobar život s bubrežnom bolešću“, npr. nakon transplantacije, poput nogometaša Ivana Klasnića i književnice Slavenke Drakulić. Webinar, plakati, letci i brojni medijski nastupi bili su dio aktivnosti posvećenih ovoj temi. Naša stranica Facebooka posvećena ovome danu dosegla je čak 182 352 korisnika i pobrala 3 815 klikova, lajkova, komentara i šerova na



Sudionici webinara slijeva nadesno: Ivica Mudrinić i Antonio Prce, prim. Ivana Kovačević Vojtušek, prof. Karmela Altabas i Gordana Novaković, mag. sestrinstva

oglašavanje. Otvorena je Facebook grupa Forum bubrežnih bolesnika i okupljeno skoro 500 članica i članova. Tu se izmjenjuju iskustva i dobivaju stručni savjeti i podrška. Ovakav pristup bolesniku mora biti interdisciplinarni pa su u događaje aktivno uključeni psihijatri prof. Marijana Braš i dijetetičarka dr. sc. Eva Pavić. Doc. Mario Laganović, predsjed-

nik HDNDT-a ukazao je na najvažnije poruke ovoga dana - usmjerenost na bolesnika, odnosno da skrb mora biti oblikovana prema bolesnikovim potrebama, željama i okolnostima, te da se tomu treba prilagoditi politika zdravstvene skrbi.

Pripremila Lada Zibar

JETRA SUSREĆE BUBREG

— MREŽNI SEMINARI HGD-a I HDNDT-a

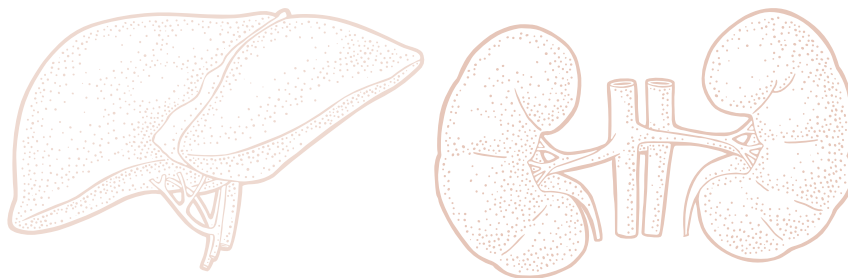
Prof. dr. IVAN BUBIĆ, KBC Rijeka

Prof. dr. ANNA MRZLJAK, KBC Zagreb

Hrvatsko gastroenterološko društvo i Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju Hrvatskog liječničkog zbora organizirali su seriju od tri mrežna semina pod nazivom „Jetra susreće bubreg“, s ciljem prikaza i povezivanja spoznaja o međusobno povezanim bolestima ova dva organa iz perspektive gastroenterologa odnosno nefrologa.

Prvi mrežni seminar održan je 13. travnja 2021. godine s **temom virusnih hepatitisa**. Pod moderatorstvom prof. L. Zibar, doc. I. Hršić i prof. I. Bubića prikazane su bubrežne bolesti u kroničnim virusnim hepatitisima B i C hepatitisima te infekcija virusom hepatitisa E. Nefrolozi, dr. I. Jelić iz KBC-a Split i prof. G. Samardžija iz KBC-a Osijek na prikazu slučaja uveli su slušatelje u povezanost hepatitisa C odnosno hepatitisa B i bubrežne bolesti dok je dr. Ž. Jureković iz KB Merkura prikazala i sažela dosadašnje spoznaje o navedenim hepatitisima i bubrežnim bolestima. Nakon toga su doc. L. Virović Jukić iz KBC-a Sestre milosrdnice, prof. A. Mrzljak iz KBC-a Zagreb i dr. I. Balen iz OB-a Dr. J. Benčević prikazali hepatitis C, B i E s gledišta gastroenterologa.

Zatajivanje jetre i bubrega bila je tema drugog mrežnog seminara koji je održan 20. travnja 2021. godine, a moderatori su ovoga puta bile prof. S. Milić, iz KBC-a Rijeka, dr. sc. I. Kovačević Vojtušek iz KBC-a Zagreb te doc. N. Sobočan iz KB-a Merkur. U temu hepatorenalnog sindroma uvela je dr. I. Ivanković Pavelka iz OB-a Vinkovci, dok je patofiziologiju promjena u cirozi jetre i njihovim utjecajima na bubreg dao prof. I. Grgurević iz KB-a Dubrava, a prof. I. Bubić iz KBC-a Rijeka prikazao je novu



klasifikaciju, dijagnostičke algoritme i liječenje hepatorenalnog sindroma. Dr. M. Ilić iz OB-a Dubrovnik i doc. N. Papić iz Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ prikazali su značaj leptospiroze i mišje groznice te su povezali nefrologiju i hepatologiju s infektologijom. O Wilsonovoj bolesti podsjetile su nas dr. sc. S. Stojasavljević iz KBC-a Sestre milosrdnice i dr. F. Ernoić iz OB-a Sveti Duh, dok nas je o nefrotoksičnosti lijekova u bolestima jetre upoznao klinički farmakolog prof. R. Likić iz KBC-a Zagreb.

Posljednji u nizu mrežnih seminara održan je 27. travnja 2021. godine, a bio je posvećen **presadbi jetre i bubrega**. Pod vodstvom dr. M. Premužić i prof. A. Mrzljak iz KBC-a Zagreb, i prof. M. Knoteka iz University Hospital Crosshouse, Kilmanrock, Ujedinjeno Kraljevstvo, kao moderatora, ponovo se započelo prikazom slučaja, a ovoga puta nas je u bubrežne bolesti nakon presabe jetre uveo dr. G. Babić iz OB-a Šibenik, dok je dosadašnje spoznaje i dvojbe prikazala dr. sc. B. Maksimović iz KB-a Merkur. Prikaz i podsjećanje na atipični hemolitičko-uremijski sindrom dala nam je dr. B. Šimunov iz KB-a Merkur, a priču o autosomnodominantnoj polističnoj bubrežnoj bolesti ispričale su nam dr. L. Bubalo iz OB-a Čakovec i prof. L. Zibar iz KB-a Merkur. O simultanoj presad-

bi jetre i bubrega govorile su dr. sc. A. Ostojić i dr. sc. M. Majerović iz KBC-a Zagreb, a koji su to imunološki preduvjeti potrebni za simultanu presadbu jetre i bubrega nadopunio je prof. M. Knotek. Kako uspješne presadbe organa ne bi bilo bez dobre kirurgije, kiruršku perspektivu simultane presadbe jetre i bubrega dao je dr. sc. D. Mikulić iz KB-a Merkur.

Kroz multidisciplinarni pristup i na interaktivni način ova su tri mrežna semina prikazala povezanost jetre i bubrega i kako se promjene u jednom od ova dva organa reflektira na drugi organ. Koliko je zanimljivo i korisno bilo govori i podatak da je na svakom seminaru bilo sve više sudionika (više od 100 na svakome) te da je svaki trajao barem pola sata dulje od prethodnog. Stoga nije loše da su organizatori ograničili broj ovih seminara na tri, jer tko zna što bi bilo dalje. Šalu na stranu, nadamo se da je svima bilo korisno i da su uživali u prezentacijama. Sigurni smo da se vidimo, a ne samo čujemo i iduće godine s nekim novim spoznajama i temama.

Mrežnim webinarima moguće je pristupiti putem stranica društva:

<https://www.hdndt.org/>

5. Međunarodni simpozij o kroničnom GvHD-u u Zagrebu

Doc. dr. sc. DRAŽEN PULANIĆ, dr. med.

U Zagrebu je 15. i 16. travnja 2021. održan 5. Međunarodni simpozij o kroničnoj bolesti presatka protiv primatelja (eng. chronic Graft-versus-Host Disease, cGvHD), sa 176 sudionika iz 19 država svijeta (iz Europe, SAD-a, Kanade, Azije i Australije) (Slika 1.). Kronični GvHD je najvažnija kasna komplikacija nakon alogenične transplantacije krvotvornih matičnih stanica i jedan je od fokusa interesa transplantacijske hematologije. 5. simpozij je po prvi puta organiziran isključivo virtualno, s obzirom na pandemiju COVID-19.

Organizatori 5. Međunarodnog simpozija bili su doc. Dražen Pulanić iz KBC-a i MEF-a Zagreb, prof. Steven Živko Pavletić iz američkog NCI/NIH, prof. Daniel Wolff iz Regensburga (Njemačka), prof. Kirk Schultz iz Vancouvera (Kanada) i prof. Radovan Vrhovac iz KBC-a i MEF-a Zagreb.



Peti Međunarodni simpozij o kroničnom GvHD-u u Zagrebu.

S obzirom da je simpozij održan online i na vremensku razliku prekooceanskih sudionika, sva predavanja bila su unaprijed snimljena, dok su rasprave održane uživo, na izvrsno dizajniranoj i funkcionalnoj virtualnoj platformi koja je omogućavala interakciju predavača, panelista i registriranih sudionika. Ovaj

već 5. Međunarodni simpozij o kroničnom GvHD-u u Zagrebu rezultat je uspješnog djelovanja Multidisciplinarnog tima za kronični GvHD KBC-a Zagreb osnovanoga 2013. godine, pozicionirajući Zagreb i hrvatsku hematologiju na međunarodno prepoznatljivo mjesto u ovom važnom području biomedicine.

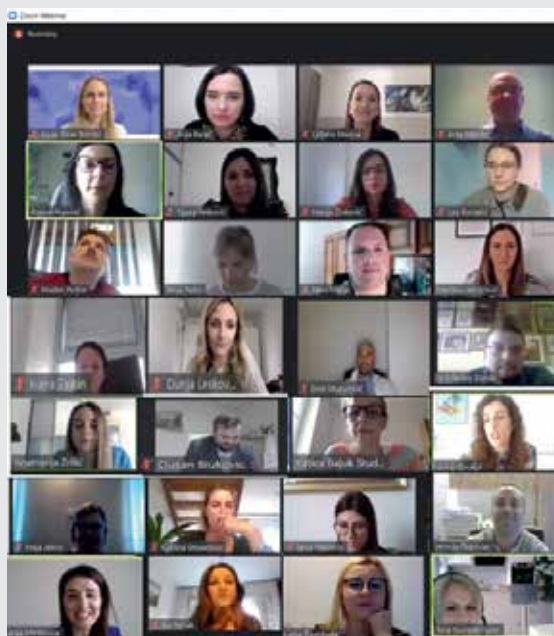
Održan Prvi regionalni simpozij mladih endokrinologa

Dr. sc. ANTE MANDIĆ, dr. med.

Sveučilišna klinička bolnica
Mostar, Bosna i Hercegovina

Od 5. do 6. svibnja 2021. godine održan je Prvi mrežni regionalni simpozij mladih endokrinologa, na temu Hitna stanja u endokrinologiji. Simpozij je pokrenut na inicijativu dr. sc. Karin Zibar Tomšić, dr. med., u ime Sekcije mladih endokrinologa Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju (HDED). Uz dr. Zibar Tomšić, u organizaciji su aktivno sudjelovali dr. Anja Barać, dr. med., i dr. Nino Matas, dr. med., specijalisti iz endokrinologije i dijabetologije za Opću bolnicu Dubrovnik, uz neizostavnu podršku prof. dr. sc. Darka Kaštelana,

dr. med., predsjednika HDED-a, i prof. dr. sc. Tine Dušek, dr. med., tajnice HDED-a. Simpozij je bio podijeljen na četiri sesije: bolesti hipofize; bolesti nadbubrežne žlijezde / neuroendokrini tumori; bolesti štitne žlijezde, doštitnih žlijezda i kosti; šećerna bolest i bolesti metabolizma. Svaka sesija započela je uvodnim predavanjem, nakon čega su uglavnom specijalisti, ali i studenti medicine, prikazivali ilustrativne primjere pacijenata iz prakse. Simpozij je privukao veliki interes liječnika iz regije. Bilo je prisutno preko 300 sudionika iz šest zemalja (Bosne i Hercegovine, Crne Gore, Hrvatske, Makedonije, Slovenije i Srbije). Dojmovi sudionika su iznrsni, uz naglasak na naučenim novim spoznajama i praktičnom pristupu pacijentima s endokrinološkim bolestima te nadu za što skorijim sljedećim simpozijem.



Suradnja Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju i Ureda UNICEF-a u pomoći djeci na potresnom području Sisačko-moslavačke županije

Branka Pirija, dr. med.

Mirjana Kolarek Karakaš, dr. med.

prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med.

Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju (HDPSP) u suradnji s UNICEF-om - Ured za Hrvatsku održalo je stručni skup "Zdravstvena zaštita djece na potresom pogođenom području Sisačko-moslavačke županije. Stručni skup pod vodstvom predsjednice HDPSP-a Mirjane Kolarek Karakaš dr. med. spec. pedijatrije održan je virtualno, 23. ožujka 2021. godine.

Izvanredne okolnosti krize u kojima već godinu dana živimo i radimo, serije potresa u vrijeme pandemije COVID-19, nametnule su tri važne teme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece. Prikazana su iskustva organizacije i uvjeta rada

primarne zdravstvene zaštite djece u potresom pogođenom području Sisačko-moslavačke županije, aktualnosti u provođenje programa dojenja u izvanrednim okolnostima i provođenje programa rane intervencije tijekom pandemije.

Počasní predsjednik HDPSP-a prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med., uveo nas je u aktualne probleme zdravstvene zaštite djece u Hrvatskoj, vezane uz izrazito nepovoljna demografska kretanja, nekontroliranu pandemiju COVID-19, prijetu siromaštva i potres. Istaknuo je vodeću ulogu HDPSP-a, preventivno i socijalno orijentiranu u brizi za zdravlje djece.

Kriza potresa i pandemije je izazov na mobilizaciju suradnje i povezivanja profesionalnih i volonterskih potencijala. Podsjetio je na rezultat partnerstva i sinergije programa za dobrobit djece

Saveza društava Naša djeca Hrvatska i HDPSP-a realizirana tijekom 20 godina zajedničkog rada: "Gradovi i općine prijatelji djece" i "Za osmijeh djeteta u bolnici". Aktualni primjeri suradnje su programi za pomoć djeci na području zahvaćenom potresom kao i ovaj stručni sastanak.

Pregled organizacije i uvjeta rada primarne pedijatrijske zdravstvene zaštite na potresom pogođenom području SMŽ-a, gdje živi oko 13000 djece dala je Branka Pirija dr. med. spec. pedijatrije. Sedam je primarnih pedijatrijskih ordinacija koje skrbe o ukupno 8348 djece od 0 do 14 godina, od toga je 4736 djece u dobi od 0 do 7 godina. Sve zdravstvene ustanove su teško oštećene potresom. Primarne pedijatrijske ordinacije su dislocirane. Pedijatrijska ordinacija iz Gline premještena je u Topusko. U Sisku pedijatrijske ordinacije rade u



kontejnerima, čekaonice nema. Zahvaljujući Uredu UNICEF-a za Hrvatsku i Ministarstvu zdravstva nabavljeni su kontejneri i druga oprema za rad.

U rodilištu Sisak 2020. godine rođeno je 749 novorođenčadi. Patronažna služba radi u otežanim uvjetima na terenu. Prekinute su sve grupne aktivnosti (skupine za potporu dojenja i trudnički tečajevi).

Unatoč radu u neprikladnim prostornim uvjetima i brojnim naknadnim potresima, primarna pedijatrija provodi kontinuirano bez zastoja programe sistematskih pregleda i cijepjenja. Izazovi za primarnu pedijatriju u vrijeme krize su izraženi dosadašnji problemi: nedostatak primarnih pedijatarata, nemotiviranost za specijalizaciju, iznadprosječni broj pregleda/posjeta, povećano administrativno opterećenje, virtualna i telemedicina koje brišu granice radnog vremena i dostupnosti.

Dr. Martina Rastovac, specijalizantica pedijatrije za sisačku bolnicu podijelila je iskustvo specijalizacije u uvjetima kada je u potresu stradalo oko 80 % prostornog kapaciteta bolnice. Čini li se dovoljno za djecu kad su im neuporabljive škole, sportskih aktivnosti nema, ordinacije su u kontejnerima a čekaonice "pod vedrim nebom", odjel pedijatrije radi u reduciranim uvjetima a obitelji s djecom žive u kontejnerima/kamp kućicama? Kako privući i zadržati mlade liječnike u SMŽ-u? Možda su rješenja u uključivanju mladih u donošenje odluka, obnavljanje zdravstvenih i školskih ustanova s vizijom za budućnost i dodatno honoriranje rada na potresom pogođenom području.

Prof. dr. sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr. med., i prof. dr. sc. Milan Stanojević dr. med., prikazali su aktualnosti u provođenju programa dojenja u izvanrednim okolnostima. Poseban izazov u borbi s pandemijom je zaštita dojenja i praksi koje promiču dojenje u djece čije su majke oboljele od COVID-19 ili se sumnja da imaju ovu bolest. Odgovorili su na pitanje smije li majka pozitivna na SARS-CoV-2 dojiti? Prisutnost nukleinske kiseline virusa u majčinom mlijeku primjenom postupka RT-PCR nađena

je u 7 studija no nema dokaza da prisutnost nukleinske kiseline SARS-CoV-2 u majčinom mlijeku uzrokuje bolest u djeteta koje se hrani majčinim mlijekom. Majka oboljela od SARS-CoV-2 stvara protutijela protiv virusa, najviše IgA, koja se putem mlijeka predaju djetetu, te ga štite od infekcije.

Navedene su preporuke o dojenju kada je majka pozitivna SARS-CoV-2. Dojenje da, ako to dopuštaju stanje majke i djeteta i ako majka želi dojiti, uz uporabu higijenskih zaštitnih mjera. Ako izravno hranjenje na prsima nije moguće, preporuča se hraniti izdojenim majčinim mlijekom uz poštivanje higijenskih zaštitnih mjera pri izdajanju i primjeni izdojenog majčinog mlijeka. Ako nije moguće dojenje niti izdavanje, dijete se može hraniti darovanim humanim mlijekom iz Banke humanog mlijeka.

Predavanje o ranoj intervenciji u djetinjstvu dr. Mirjane Kolarek Karakaš istaknulo je nedostatke provođenja usluga rane intervencije na tom području i prije krize, a sada još potencirane; duge liste čekanja, nedostatak stručnjaka za ranu intervenciju, pitanje nadzora kakvoće usluga, nedovoljna međusobna komunikacija stručnjaka, nedovoljna usmjerenost na cijelu obitelj, što je bit rane intervencije i u konačnici kasno reagiranje na teškoće u razvoju upravo iz navedenih razloga.

Pandemija COVID-19, a još više potres, nedostatke su višestruko povećali. Kriza nas usmjerava i nekim novim rješenjima. Jedna od mogućnosti za provođenje usluga rane intervencije je virtualna komunikacijska tehnologija, s neke lokacije, pomoću dokazano učinkovitih metoda rada kroz podučavanje i podržavanje obitelji. Virtualna podrška nudi rješenje za buduće izvanredne okolnosti i priliku za onih 45 % obitelji djece s teškoćama u razvoju koji nisu uključeni u program rane intervencije zbog stigme i za sve one kojima usluga rane intervencije nije dostupna iz drugih razloga. Za kontinuiranu podršku djeci s teškoćama u razvoju potrebno je osigurati veći broj stručnjaka za ranu intervenciju (psihologa, logopeda, edukacijskih rehabilitatora, radnih terapeuta, fizioterapeuta, uz



neuropedijatre i dječje psihijatre).

Na skupu su sudjelovali pedijatri i drugi stručnjaci koji rade s djecom na potresnom području. Drago nam je što su aktivno sudjelovali u raspravi i što smo otvorili put za daljnju suradnju. Stručni skup je predložio nastavak suradnje putem webinara na temu "Uloga patronaže u u brizi za djecu u intersektorskoj suradnji na ugroženim područjima".

Kako je povod za naše prvo virtualno druženje bio potres, simbolično smo mi primarni pedijatri kao seizmografi (iz) mjerili mogući utjecaj krize, ove ili neke buduće, na zdravstvenu zaštitu djece. Sudionici stručnog sastanka složili su se da obnova ili izgradnja objekata za djecu treba dobiti prioritete.

"Primarnu pedijatriju moramo pripremiti već danas za moguće izvanredne okolnosti sutra!" zaključila je moderatrica skupa predsjednica HDPSP-a dr. M. Kolarek Karakaš.

Mišja groznica – na početku epidemije 2021. godine

Doc. dr. sc. NEVEN PAPIĆ

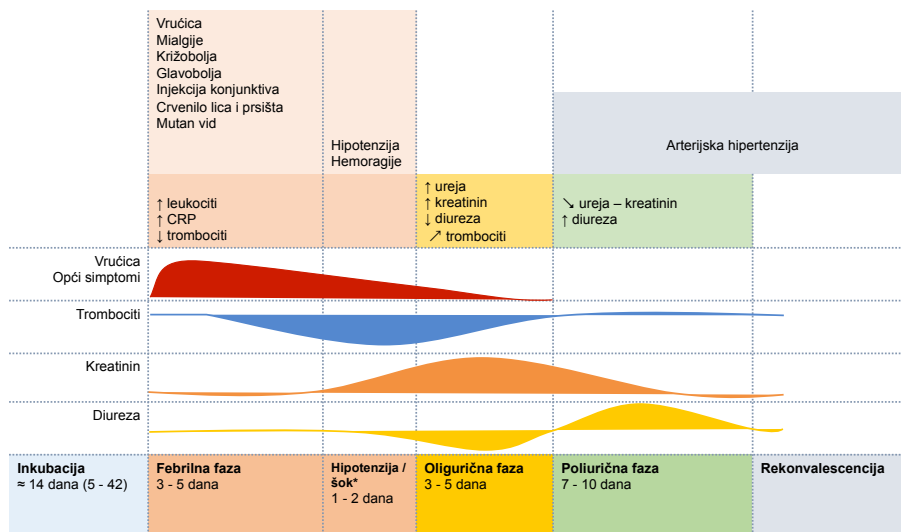
Katedra za infektologiju

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Klinika za infektivne bolesti
„Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

Hemoragijska vrućica s bubrežnim sindromom („mišja groznica“) zoonoza je uzrokovana virusima iz porodice Hantavirusa. U Hrvatskoj je prvi slučaj dijagnosticiran 1952. godine i otada se bolest bilježi na području cijele Hrvatske, osim u obalnom području. Svake nekoliko godina javljaju se veće epidemije s više stotina oboljelih (recentnije 2012., 2014., 2019. godine), a koje se povezuju s tzv. „mišjim godinama“, kad nakon povoljnih klimatskih uvjeta značajno poraste populacija glodavaca. Naime, rezervoar infekcije su mali glodavci (riđa voluharica, žutogrli i poljski miš) koji su kronično inficirani i izlučuju veliku količinu virusa mokraćom u svojim prirodnim staništima. Čovjek se zarazi udisanjem kontaminiranog aerosola ili ingestijom zaražene hrane i vode. Pod rizikom su ljudi koji često borave u prirodi, poput planinara, izletnika, šumskih radnika, a nerijetko se u epidemijskim godinama zaraze i osobe u urbanim područjima prilikom čišćenja tavana, garaža, šupa ili radnici u skladištima. Interhumani prijenos nije dokazan.

Početkom ove godine bilježi se značajan porast oboljelih na području cijele kontinentalne Hrvatske i Gorskog kotara. Na početku smo nove epidemije. Poučeni prethodnim epidemijama, možemo očekivati porast broja oboljelih u narednim mjesecima sve do kraja ljeta. Većinom se razbolijevaju muškarci, srednje životne



Klinički tijek mišje groznice

dobi (prosječno oko 40 godina, 18 - 50 godina). U Hrvatskoj su zabilježena dva virusa, virus Puumala koji prevladava i uzrokuje blaže kliničke slike, i virus Dobrava koji je manje učestao, ali uzrokuje teže kliničke slike, moguće s razvojem hipotenzije, šoka i manifestnih krvarenja.

Inkubacija bolesti je varijabilna, najčešće iznosi oko 14 dana (5 dana do 6 tjedana). Bolest obično počinje naglo, febrilitetom i izraženim općim simptomima. Tijek bolesti se najčešće može predvidjeti i podijeliti u 5 faza: febrilna faza, hipotenzivna (češće prisutna u Dobrava virusnoj infekciji), oligurična, poliurična i rekonvalescentna faza, kao što je prikazano u slici. Važno je poznavati kliničku sliku i tijek bolesti radi predviđanja komplikacija, ali i smanjenja hospitalizacija i nepotrebnih dijagnostičko-terapijskih postupaka.

U prvoj, **febrilnoj fazi** bolesti dominira vrućica, često praćena zimicom i tresavicom, uz izražene opće simptome,

posebice bolima u mišićima lumbalno, križboljom te glavoboljom. Ova faza nalikuje gripi. Često se javljaju i injekcija konjunktiva, crvenilo lica i prsišta, a u oko polovice bolesnika i mutan vid. Laboratorijski možemo primijetiti leukocitozu i povećanje C-reaktivnog proteina (prosječno oko 75 mg/l), koji nisu posljedica bakterijske superinfekcije pa primjena antibiotika najčešće nije opravdana. Većina bolesnika razvija trombocitopeniju, razina koje će korelirati s težinom i trajanjem bolesti, odnosno bubrežnog oštećenja. U preglednom nalazu mokraće može se primijetiti eritrociturija i proteinurija. Ova faza najčešće traje 3 do 5 dana. Na vrhuncu febriliteta i općih simptoma, može se razviti kratkotrajna **hipotenzivna faza** (trajanje 1 - 2 dana), koju najčešće ne vidimo u bolesnika inficiranih Puumala virusom. Slijedi **oligurična faza** u kojoj dolazi do značajnog porasta ureje i kreatinina s pojavom oligurije, a rjeđe anurije. U manjine bolesnika prisutni su simptomi uremije, poput težeg elek-

trolitskog disbalansa (značajna hiponatrijemija), simptoma središnjeg živčanog sustava (encefalopatija), perikarditis ili znakovi volumnog preopterećenja (srčana dekompenzacija, plućni edem). Oligurična faza traje prosječno 3 do 5 dana, a najčešće doseže vrhunac oko tri dana nakon zabilježenih najnižih vrijednosti trombocita, odnosno kad se počinje primjećivati porast broja trombocita. U ovoj fazi mogu se javiti i hemoragije, koje su u naših bolesnika najčešće ograničene na kožu i sluznice (petehije, hiposfagma). Slijedi **poliurična faza**, koja je kompenzatorna, bolesnici izlučuju veliki volumen mokraće (5 l/dnevno, pa i više od 10 l/dnevno), a traje do dva tjedna. U **rekonvalescentnoj fazi** mogu se zamijetiti povišene vrijednosti krvnog tlaka te daljnja normalizacija bubrežne funkcije. Oporavak je u pravilu potpun unutar 3 do 6 mjeseci.

Na hemoragijsku vrućicu s bubrežnim sindromom treba posumnjati u febrilnih bolesnika s izraženim općim simptomima, s nalazom trombocitopenije te proteinurijom i/ili eritrociturijom. Dijagnostika je jednostavna i brza; najčešće se koriste imunokromatografski test (ICA), ELISA ili indirektna imunofluorescencija za dokaz protutijela. Dokaz IgM protutijela na virus Puumala i/ili Dobrava potvrđuje infekciju.

Liječenje je simptomatsko. U febrilnoj fazi bolesti važna je antipireza (paracetamol, uz oprez kod primjene nesteroidnih antireumatika), a ako su bolesnici dehidrirani i rehidracija. Pritom je osobito važno biti oprezan i konzervativan kod parenteralne rehidracije jer zbog očekivanog smanjenja diureze u „oliguričnoj fazi“ postoji opasnost da se bolesnik volumno preoptereći. Diuretici ne ubrzavaju oporavak bubrežne funkcije, te se koriste kod znakova volumnog preopterećenja (npr. srčana dekompenzacija) ili izražene hiponatrijemije. Kako se najčešće radi o mlađoj, prethodno zdravoj populaciji bolesnika, bez izraženih komorbiditeta, s očekivanim spontanom oporavkom bubrežne funkcije, rijetko se postavlja indikacija za hemodijalizu, unatoč vrlo visokim vrijednostima ureje i kreatinina. U slučaju indikacije,

bolesnici se dijaliziraju kratkotrajno za vrijeme trajanja anurije, dok se u poliuričnoj fazi prati spontana i postupna normalizacija ureje i kreatinina. Transfuzije trombocita su indicirane samo u bolesnika s manifestnim krvarenjima. Potrebno je kontrolirati krvni tlak te u slučaju indikacije započeti liječenje antihipertenzivima (najčešće blokatorima kalcijevih kanala), a pritom imati na umu da će u većine bolesnika doći do spontane normalizacije arterijske hipertenzije unutar nekoliko mjeseci.

Bolesnici s blažom kliničkom slikom, bez izražene uremije i s blagom trombocitopenijom mogu se liječiti ambulantno uz predviđene laboratorijske kontrole (KKS, ureja, kreatinin, Na, K, Cl) u fazama bolesti kad se očekuje pogoršanje, a preduvjet je da bolesnik kod kuće mjeri diurezu. Teže kliničke slike, bolesnici s komorbiditetima ili zaraženi

Dobrava virusom najčešće zahtijevaju kratkotrajnu hospitalizaciju u febrilnoj i oliguričnoj fazi bolesti radi praćenja vitalnih parametara, diureze i laboratorijskih nalaza.

Važno je upozoriti stanovništvo na rizik od zaraze i kako je spriječiti. Prilikom boravka u prirodi potrebno je izbjegavati aktivnosti koje dovode do stvaranja aerosola, poput premetanja lišća, odnosno dizanja prašine. Također, uputno je hranu, piće i odjeću ne odlagati na tlo, ne ležati izravno na šumskom tlu, izbjegavati kontakt ruku s ustima, redovito prati ruke uz korištenje alkoholnih dezinficijensa, ne ostavljati ostatke hrane i otpatke u prirodi. Prilikom čišćenja prostora u kojima je moguća prisutnost glodavaca (tavan, šupa, garaža) treba izbjegavati dizanje prašine, a preporučuje se korištenje zaštitne opreme (rukavice, maske) te pranje ruku.

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

TRANSPLANTACIJA KRVOTVORNIH matičnih stanica u KBC-u Split



Tim za autolognu transplantaciju krvotvornih matičnih stanica u KBC-u Split

DOMINIK LOŽIĆ, dr. med.,

Pročelnik Zavoda za hematologiju
Klinike za unutarnje bolesti Kliničkog
bolničkog centra Split

Krajem veljače 2021. provedena je u KBC-u Split prva autologna transplantacija krvotvornih matičnih stanica 62-godišnjoj bolesnici s multiplim mijelomom.

U Splitu se o transplantaciji matičnih stanica razmišlja više od 20 godina, a početkom 2008. je na inicijativu tadašnjeg ravnatelja, pod vodstvom prof. dr. sc. Borisa Labara, osnovan multidisciplinarni tim za provođenje projekta transplantacije. Nakon nabave opreme i uređenja hematološkog odjela provedena je edukacija osoblja u KBC-u Zagreb te je Ministarstvo zdravstva tijekom ljeta 2011. izdalo rješenje za početak provođenja transplantacije. Međutim, uskoro su postali očiti neki tehnički nedostaci u prostoru Odjela za transfuziju, a njihovo rješavanje nije bilo jednostavno kako je u početku izgledalo. Također su tijekom godina zahtjevi u pogledu prostora

i opreme postajali sve stroži te su često nakon ispunjenja važećih odredbi na snagu stupili novi pravilnici koji su uvijek zahtijevali ulaganje dodatnih sredstva i vremena, kao i nabavu novije opreme.

Prije nekoliko godina je nova uprava KBC-a Split pristupila konačnom ostvarenju projekta transplantacije te je obnovljena oprema i ponovo provedena edukacija osoblja hematologije i transfuziologije u KBC-u Zagreb. Konačno je u listopadu 2021. Ministarstvo zdravstva odobrilo provođenje transplantacije te je prva bolesnica primljena radi prikupljanja matičnih stanica, ali postupak nije proveden zbog pozitivnog nalaza na SARS-CoV-19. Nakon toga su tijekom siječnja i veljače dvjema bolesnicama s multiplim mijelomom prikupljene matične stanice, a prvoj od njih napravljena je reinfuzija 23. veljače 2021., a sljedećoj odmah nakon otpusta prve bolesnice iz bolnice. Postupci su obavljeni uz konzultacije hematologa i transfuziologa iz KBC-a Zagreb.

U KBC-u Split planiramo 10 - 15 autolo-

gnih transplantacija godišnje, a u ovom trenutku ograničavajući nam je čimbenik postojanje samo dviju sterilnih jedinica, koje koristimo i za liječenje drugih hematoloških bolesnika (prvenstveno s akutnom leukemijom), a osim bolesnika s multiplim mijelomom namjeravamo liječiti i one s limfomom. Ovim postupkom omogućujemo bolesnicima boravak u svojoj sredini, bez potrebe za odlazak u Zagreb, gdje se transplantacija obavlja u trima bolničkim ustanovama. Za sada ne planiramo alogeničnu transplantaciju matičnih stanica zbog složenije dijagnostike i zbrinjavanja poslijetransplantacijskih komplikacija

Važno je napomenuti da je postupak transplantacije timski rad u koji su, osim hematologa, uključeni transfuziolozi i transfuziološki tehničari, medicinski biokemičari i mikrobiolozi, a u liječenju bolesnika neizostavna je uloga medicinskih sestara koje su neprekidno uz bolesnika tijekom boravka u sterilnoj jedinici.

dlozic@kbsplit.hr


MARIO SMOJE dr. med.

zamjenik ravnatelja, specijalist anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja, subspecijalist intenzivne medicine, voditelj odjela za dugotrajno liječenje

Pozdrav iz Hrvatskog ponosa – Knina

Poštovane kolegice i kolege, pozdrav iz jednog od najstarijih gradova u Hrvatskoj! Kraljevski grad Knin, staroga drevnog imena Ninia (7. god. pr. Kr.) leži na sedam rijeka (Krka, Butišnica, Orašnica, Kosovčica, Krčić, Radljevac i Marčinkovac). Na području Knina izvire jedna od najljepših rijeka u Europi, rijeka Krka, i to kao jedinstveni svjetski fenomen ispod slapa druge rijeke – Krčića. Knin je okružen s devet planina (Dinara, Orlovica, Promina, Ilica, Plješćevica, Badnja, Kozjak, Svilaja i Bukovac), a iznad grada nalazi se vrh Sinjal na Dinari, ujedno najviši planinski vrh u Hrvatskoj od 1831 m. Intenzivna povijest ovoga prostora ostavila je za sobom brojne kulturno-povijesne znamenitosti, a posebno se ističe spomenik nulte kategorije – Kninska tvrđava – jedna od najvećih

srednjovjekovnih tvrđava u Europi. U srcu toga predivnog krajolika, na maloj uzvisini na kraju grada, smjestila se Opća i veteranska bolnica "Hrvatski ponos" Knin. Uz KB Dubrava čini jednu od najmlađih bolnica u Hrvatskoj. U Šibensko-kninskoj županiji djeluju dvije bolnice: OB Šibenik, s veoma bogatom poviješću kao jedna od najstarijih u Hrvatskoj, te Opća i veteranska bolnica "Hrvatski ponos" Knin kao jedna od najmlađih.

Bolnica Knin smještena je izvan grada, s velikim okolišem, na kojemu se nalazi veliko parkiralište (oko 120 parkirnih mjesta), zatim helidrom koji je od samog ulaza udaljen 50-ak metara. Bolnica je sagrađena funkcionalno i modernistički po blok sustavu, stacionarni dio je na 7 etaža povezanih vertikalom sa 4 dizala (2 teretna i 2 osobna).

Smještajni kapaciteti su joj oko 310 kreveta.

U bolnici funkcioniraju odjeli: kirurgija, interni, pedijatrija, rodilište, ginekologija, jedinica intenzivnog liječenja te odjel za dugotrajno liječenje s palijativnom skrbi, kao i ambulate. Svi bolnički odjeli su građeni tako da na najviše šest bolesnika ima kompletan sanitarni čvor, a bolesničke sobe su s najviše 3 kreveta. Zgrada bolnice sagrađena je 1986. godine. Tijekom akcije „Oluja“, pa sve do ljeta 1996., bila je ratna bolnica. Od 1996. postupno upošljava djelatnike do potpunog osamostaljenja 1998. godine.

Od akcije „Oluja“ do 1998. godine bolnica nije raspolagala dovoljnim brojem zdravstvenih djelatnika, pa su oni dolazili iz gotovo cijele Hrvatske (Zagreb, Split, Zadar, Šibenik...)

>>



i ostajali po mjesec dana, čime je bilo omogućeno normalno funkcioniranje bolnice.

Od 1998. godine pa sve do ljeta 2004. bolnica djeluje samostalno, a u ljeto 2004., skupa s OB-om Šibenik tvori jedinstvenu ustanovu na dva lokaliteta. Od 2009. godine Bolnica ponovno djeluje samostalno. Nakon odvajanja od OB-a Šibenik, bolnica iste godine raspisuje natječaj za prijem osam specijalizanata (među kojima sam i ja), te uz prijem tri gotova specijalista (dva kirurga i anesteziologa) pomlađuje svoj zdravstveni kadar te širi paletu dijagnostičko-terapijskih postupaka.

Godine 2011. na specijalističko usavršavanje primljeno je još devet specijalizanata.

Trenutačno u bolnici radi 37 specijalista i užih specijalista, a sada u njoj radi i 13 specijalizanata. Ukupan broj zaposlenih je 285, od čega je 211 zdravstvenih i 74 nezdravstvena djelatnika. U ožujku 2015. bolnica postaje Opća i veteranska. Do danas se u njoj liječilo 3776 branitelja i članova obitelji kroz stacionarnu i polikliničko konzilijarnu djelatnost.

Nakon što sam 2012. godine, nakon odrađene specijalizacije u KBC-u Split, došao u bolnicu Knin kao mladi specijalist, suočio sam se prvenstveno sa srdačnošću starijih kolega i ostalog osoblja, napose liječnika i iskusnijih medicinskih sestara, koji su mi pomagali u mojim počecima te korisnim savjetima učinili od mene boljeg liječnika. Najteži dio bila mi je, a i sada je, vožnja iz Šibenika na posao: umoran sam kako prije tako i nakon posla, loša je cesta i zimi je poput olimpijske bob staze pa put od 64 km nije baš ugodan. No s vremenom se čovjek na sve navikne.

Rad liječnika anesteziologa- intenzivista u Kninu, koji zbrinjava vitalno ugrožene bolesnike, a moram reći da bolnica u to vrijeme nije posjedovala suvremenu dijagnostiku (MSCT uređaj...), te ne uvijek 24 sata dostupnog specijalista radiologije, uopće nije bio jednostavan, naprotiv. Takve su me okolnosti primorale da se dodatno educiram o zbrinjavanju hitnih pacijenata, kako politraumatiziranih tako i hitnih stanja u internoj medicini (tečaj hitnih stanja u kardiologiji, tečaj FAST - ultrazvuk, kao i ultrazvuk pluća), budući da pacijent prije eventualnog prijevoza u drugu medicinsku ustanovu treba biti primjereno zbrinut. Znalo se događati

da se nalazite u operacijskoj dvorani usred noći tijekom hitnog carskog reza, a s hitnog prijema javljaju tešku prometnu nesreću. Spoznaja da vam je najbliži kolega udaljen 60 km stvara u vama osjećaj straha i nelagode, no nakon nekoliko takvih neprilika čovjek iz svega izađe jači i iskusniji. Sve to ne bi bilo moguće bez dobre organizacije nas zaposlenika i dobrih međuljudskih odnosa i volje zaposlenika da u svoje slobodno vrijeme dođu u bolnicu i pomognu. Takav odnos prema poslu i pacijentu i jest ono što me zadržalo u Kninu.

Rad u JIL-u zahtijevao je praćenje svih najnovijih trendova intenzivne medicine (UZV, endoskopije, PDT, hemodinamike, drenaža, punkcija...). Takvi poslovi u nedostatku potrebne opreme bili su velik stručni izazov i jedan od razloga zašto sam se zadržao u Kninu i nastavio sa svojim usavršavanjem, što je rezultiralo i položenim ispitom za užeg specijalista intenzivne medicine.

Od svog dolaska u ovu bolnicu ostao sam zatečen koliko je praktična te koliko još ima neiskorištenog prostora. Kada sam 2016. preuzeo funkciju zamjenika ravnatelja, s tadašnjom ravnateljicom dr. Kristinom Bitunjac i sadašnjom ravnateljicom dr. Tatjanom Šipalo Lilić, koja je tada bila pomoćnica za kvalitetu, odlučno smo pristupili završetku tada upravo započetog EU projekta kojem sam ujedno bio i voditelj - Dnevne bolnice i jednodnevne kirurgije. Uspješno smo ih završili i u listopadu 2018. svečano otvorili.

Čitavo vrijeme mog rada u Kninu uočavao sam teškoće sa zbrinjavanjem i liječenjem teških bolesnika na odjelima dugotrajnog i palijativnog liječenja. Budući da mi je to i specijalnost, uvidio sam da je sve veća potreba za zbrinjavanjem bolesnika ovisnih o trajnoj mehaničkoj ventilaciji. Pronašavši primjeren prostor, uputio sam nekoliko majlova i upita nadležnom Ministarstvu koje je imalo sluha te putem EU fondova osiguralo 22 respiratora za ukupno 5 bolnica u cijeloj Hrvatskoj, od čega sedam respiratora za našu bolnicu.





Tih 7 respiratora trebalo bi pružiti nastavno liječenje iz JIL-ova drugih ustanova, govori se i o cijeloj Dalmaciji, a u planu je i otvaranje još 8 kreveta za bolesnike s kućnim (transportnim) respiratorima.

Odmah smo po primitku respiratora putem različitih donacija i uz pomoć Grada opremili prostor i osigurali svu potrebitu opremu za početak rada, no susreli smo se s jednom od najvećih boljki zdravstvenog Sustava, nedostatkom kadra, napose medicinskih sestara i liječnika.

Početkom 2020. smo prijemom čak 16 medicinskih sestara napokon stekli uvjete da otvorimo navedeni odjel te proširimo svoju djelatnost dugotrajne skrbi, no dogodila nam se, kao i cijelom svijetu, ova nesretna pandemija novog koronavirusa.

Naši respiratori poslani su u veće centre, 4. kat naše bolnice postaje Covid centar s 24 kreveta, a Odjel dugotrajnog liječenja polovično postaje post-covid odjel. Otada je naš rad u velikoj mjeri podređen COVID bolesnicima i, s obzirom na starost naše populacije, velik je priljev bolesnika starije dobi.

Znam da svi čekamo kada će napokon ta pandemija završiti i kada će se naši životi vratiti u normalu, pa tako čekaju i neke naše nove djelatnosti, ali i sama

bolnica, grad i njegovi žitelji - borba i dalje traje i ne prestaje.

Bilo bi možda bolje da imamo brzu cestu, kulturno-društvene aktivnosti, poticaje za mlade liječnike, stambeno zbrinjavanje, veća primanja, manje poreze, različite druge poticaje. Ne znam, nije do mene.

Uglavnom, čekamo neka bolja vremena.

PROFESIONALNO SE USAVRŠAVATI U MALOJ SREDINI

Od izazova do preispitivanja

U Opću i veteransku bolnicu "Hrvatski ponos" Knin došla sam davne 2009. godine na intervju kao jedan od kandidata za specijalizaciju iz pedijatrije. Bila sam u prvoj većoj skupini kandidata za koje je bolnica tada raspisala veći broj specijalizacija. Znala sam da u njoj radi premalo specijalista. Vratila sam se nakon provedene četiri godine edukacije u KBC-u Split i KBC-u Rijeka kao specijalist pedijatrije na Odjel za dječje bolesti Opće i veteranske bolnice "Hrvatski ponos" Knin. Nakon nekoliko godina rada kao specijalist pedijatrije upućena sam na subspecijalizaciju iz dječje kardiologije u Zavod za dječju kardiologiju KBC-a Zagreb. Danas sam, uz rad subspecija-

lista dječje kardiologije, i ravnateljica bolnice u Kninu. U njoj radim otkad se prvi put nastojalo bolnicu opremiti u kadrovskom i u stručnom smislu. Kao i inače u životu, sve ima svoje prednosti i teškoće. S jedne strane se to može gledati kao izazov, a s druge kao neprestano preispitivanje. Kao prvo, u sve ovo vrijeme istaknula bih pozitivnu radnu atmosferu, kako stručnu tako i ljudsku, u kojoj ste pripadnik manjega kolektiva, gdje kolega ovisi o kolegi. Kada kao specijalist radite u maloj bolnici morate biti veoma dobro educirani jer se nalazite u bolnici koja ima svoja ograničenja s obzirom na djelatnosti koje ima, pa dijagnostičke mogućnosti sigurno nisu dostupne u tolikoj mjeri kao u nekom kliničkom bolničkom centru. Kao specijalist morate se neprestano usavršavati, čak i intenzivnije nego da se nalazite u nekoj bolnici veće kategorije. To nas liječnike čini onime što jesmo, neprestana želja za novim znanjima, da budemo još bolji. Nema većeg zadovoljstva od onoga kad dobro zbrinete pacijenta koji zahtijeva liječenje, recimo, u nekoj klinici, a vi nemate mogućnost za takvu vrstu liječenja. Za takvog pacijenta trebate imati i znanje i vještinu da ga kvalitetno zbrinete u manjoj bolnici do trenutka transporta drugu ustanovu.

Stoga smo posljednjih desetak godina svim zaposlenim liječnicima specijalistima omogućili, dostupnost dobivanja subspecijalizacija, različitih edukacija, ne samo radi poboljšanja stručnosti, nego i u svrhu privlačenja mladih liječnika koji žele doći i kod nas raditi, a mi ih tu time želimo zadržati. S te strane se i lokalna zajednica, Grad Knin, nastoji dosta angažirati u svim vidovima pomoći, od različitih donacija bolnici, od opreme i materijala za što kvalitetnije pružanje zdravstvenih usluga pa do stambenog zbrinjavanja liječnika. Nažalost, većina liječnika živi u drugim mjestima a ne u mjestu rada, što je jedan od razloga neprestane fluktuacije kadra. Većina liječnika dolazi na posao iz Splita, Šibenika i Sinja. Također se povećava i udio umirovljenih liječnika



TATIYANA ŠIPALO LILIĆ, dr. med.

ravnateljica bolnice, specijalist pedijatrije, subspecijalist dječje kardiologije

koji produljavaju raditi u bolnici nakon ostvarivanja prava na mirovinu s obzirom na to da je svugdje velik odljev liječnika, pogotovo u inozemstvo, čime je nastao kroničan nedostatak liječničkog kadra. Svakako valja razmišljati o drugim mogućnostima i mjerama koje bi privukle mlade liječnike da dođu raditi, a za to je svakako nužna podrška i drugih institucija, a ne samo bolnice. Akutni odjeli bolnice imaju ne samo opće specijalističke ambulante, već i subspecijalističke.

Gotovo 80 % trenutačno zaposlenih liječnika specijalista na svakom odjelu čine liječnici subspecijalisti koji, osim što dežuraju na matičnim odjelima, imaju i subspecijalističke ambulante, tako da se u njima može svaki pacijent vrlo dobro zbrinuti i obraditi. To je jedan od načina kojim se nastoji privući mlade liječnice koji dobiju specijalizacije da tu nastave svoje usavršavanje. Moglo bi se pitati zašto toliko specijalističko-konzilijarnih djelatnosti u manjoj bolnici, kad znamo da je u cijeloj državi premalo liječnika pa se naši pacijenti za poje-

dine usluge upisuju na dugačke liste čekanja. Zbog toga posljednjih nekoliko godina mi imamo velik priljev pacijenata iz drugih županija i okolnih gradova koji nam dolaze bilo na obradu, preglede ili dijagnostičke postupke, kao i na elektivne zahvate. To se posebno odnosi na kolonoskopiju i ezofagogastroduodenoskopiju u općoj anesteziji, dječjega kardiologa, pulmologa i radiološku dijagnostiku. Naša je bolnica jedna od dviju županijskih bolnica u Šibenskokninskoj županiji i one se dijelom nadopunjuju u nekim djelatnostima, ali ima i djelatnosti kao i svaka druga ustanova koja funkcionira samostalno. Neke su djelatnosti ugovorene po sistemu poslovne suradnje između obiju bolnica u Županiji, čime se nekoj omogućuje djelatnost koju druga nema i tako je svim stanovnicima Županije omogućena dostupnost zdravstvenih usluga pa ne moraju ići na preglede u druge ustanove. Uz akutne u bolnici funkcioniraju i tri specijalistička kronična odjela. S ovim smo se odjelima razlikujemo od svih drugih bolnica u Dalmaciji jer možemo pružiti neke zdravstvene usluge koje druge bolnice nemaju, a pogotovo zato što su nam kapaciteti za liječenje pacijenata koji trebaju ovu vrstu zdravstvene usluge najveći u Dalmaciji. Cilj nam je također i proširiti neke djelatnosti koje druge ustanove ne razvijaju, čime bismo se izdvojili kao specifično središte, a to se odnosi na kroničnu invazivnu i neinvazivnu mehaničku ventilaciju. Plan je da postanemo područno središte za kroničnu respiratornu njegu, gdje bi se liječili takvi pacijenti iz cijele Dalmacije. Osim što smo bolnica s velikim kapacitetom za produljeno liječenje i palijativnu skrb, organizirali smo i odjel za liječenje od COVID-19, pogotovo onih koji gravitiraju ovom području i zbog ograničenoga kapaciteta za takve pacijente u šibenskoj bolnici. To je možda jedna od zahtjevnijih zadaća naše bolnice zbog navedenih specifičnosti. Specifičnost je naše bolnice i skrb o hrvatskim braniteljima koja je regulirana ugovorom između Ministarstva

zdravlja, Ministarstva hrvatski branitelja i HZZO-a, a pogotovo se u posljednje vrijeme iskazuje veća potreba braniteljske populacije za produljenim liječenjem. To se promijenilo prije nekoliko godina kada su branitelji bili uglavnom korisnici liječenja stacionarnog fizikalnog liječenja i rehabilitacije, ali se s vremenom nažalost i potrebe mijenjaju, u smislu produljenog liječenja i palijativne skrbi, ističe ravnateljica.

OD POČETAKA DO DANAS

Poslije vojno-redarstvene akcije "Oluja" ostali su Knin i okolno područje pusti, a doseljavali su se stanovnici iz cijele Hrvatske. Među njima bilo je puno razvojačenih branitelja, invalida Domovinskog rata, prognanika i doseljenika iz Bosne i Hercegovine, Vojvodine, Kosova i Srbije. Oslobođena područja zakonom su proglašena područjima od posebne državne skrbi. Postavljeni su ciljevi gospodarske, demografske i kulturne obnove u čijem je ostvarenju bilo brojnih teškoća, a težilo se obnovi života u ovom, za Hrvatsku važnom, geostrateškom području. Svima je bilo stalo da se područje naseli, da se ljudima otvore nove perspektive, da se obnovi rad najvrjednijih ustanova, a među njima bila je i bolnica u Kninu. Tijekom "Oluje" i neposredno poslije ratnih događaja bila je Opća bolnica u Kninu u funkciji ratne bolnice. Ona nije imala vlastitoga kadra, nego su ekipe liječnika i medicinskih sestara dolazile u kninsku bolnicu iz svih krajeva Hrvatske, a najviše iz Zagreba, te zbrinjavale ranjenike i bolesnike. Nakon toga razdoblja organizirana je zdravstvena služba na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Mirnodopski ustroj kninske bolnice započeo je u ljeto 1996. To nije bio jednostavan niti brz proces. Radilo se u teškim uvjetima, jer je trebalo krenuti iz početka. Prije mog dolaska u rujnu 1996. godine u bolnicu je primljeno troje liječnika specijalista.

To su bili Jasna Jelić, dr. med., specijalistica interne medicine, Pavo Krtačić, dr. med., specijalist anesteziologije, i prerano preminuli kolega Mario Karačić, dr. med., specijalist kirurgije. Zbog nedovoljnog broja djelatnika bio je dolazak ekipa zdravstvenih djelatnika nužan sve do 1998., otkada bolnica funkcionira s vlastitim kadrom. Tijekom tih triju godina u bolnici je radilo više od 200 liječnika specijalista i više od 500 medicinskih sestara iz Zagreba, Zadra, Šibenika i Požege. Oni su radili u turnusima od 15 ili 30 dana. Ja sam se s obitelji doselila iz Bosne i Hercegovine. Život u poslijeratnom Kninu nije bio lak. Tragovi rata bili su vidljivi u svakom segmentu života. Veći dio stanovnika u Kninu živio je od socijalne pomoći. Unatoč tomu, tu smo našli svoj drugi dom i ostali živjeti u Kninu, gradu čije se gospodarstvo sporo razvijalo, ali i gradu bogate povijesti i prirode, gradu sa sedam rijeka, među kojima je jedna od najljepših u Europi - Krka, gradu okruženom s devet lijepih i visokih planina, s najvišim hrvatskim vrhom Sinjalom, prekrasnim slapom Krčićem i Kninskom tvrđavom, jednom od najvećih i najljepših tvrđava u Europi. Doseljeno stanovništvo bilo je pretežno mlado, mladi bračni parovi s djecom. Broj poroda je rastao, a Knin je s pravom tada nosio epitet najmlađega grada u Hrvatskoj. S povećanjem broja djece stvorila se i potreba za otvaranjem odjela za dječje bolesti u prosincu 1996. To je bio prvi odjel koji se odvojio od tada zajedničkog odjela, na kojem su se zbrinjavali internistički, kirurški i pedijatrijski pacijenti. Odjel je otvoren u prostoru predratnoga dječjeg odjela. Do 1998. bila sam jedini stalni liječnik. Otada pa do danas odjel se razvijao, ima svoj liječnički i sestrinski kadar i opremljen je suvremenom medicinskom dijagnostičkom opremom. Utemeljene su tri subspecijalističke ambulante: pulmološka, kardiološka i neuropedijatrijska. Rade se ultrazvučni pregledi trbuha, srca i dojenačkih kukova. Odjel nosi laskavu titulu Dječji odjel prijatelj djece. U naše subspecijalističke ambu-



Prim. NADA KLJAJIĆ, dr. med.

specijalist pedijatar, subspecijalist pedijatrijske pulmologije, voditeljica Odjela pedijatrije, predsjednica Stručnog vijeća bolnice

lante, a i u druge odjele, dolaze pacijenti iz cijele Dalmacije.

Od otvaranja odjela pa do danas njegova sam voditeljica i jedini liječnik koji je cijelo vrijeme tu. Promijenile su se tri ekipe liječnika specijalista.

Isto se dogodilo i na drugim odjelima. Liječnici koji su dobili specijalizaciju za našu bolnicu, obično su nakon odrađenog obveznog vremena odlazili u druge bolnice. Pitanje je zašto Knin nije uspio zadržati liječnike koji su specijalizirali za njegovu bolnicu. Jedan je razlog što se Knin kao grad nije uspio razviti u grad koji ima gospodarstvene, kulturne, sportske i druge sadržaje privlačne mladim ljudima. Drugi je što se mladim liječnicima nije ponudilo nešto što bi ih motiviralo da ostanu u ovoj sredini, kao što je npr. rješavanje stambenog pitanja. Danas je stanje takvo da dvije trećine liječnika putuje na posao u Knin iz Šibenika, Splita i Sinja. Zgrada bolnice je suvremeno izgrađena, građena za 21. stoljeće, ali za 80 000 stanovnika, pa je od početka postojalo pitanje neusklađenosti između kapaciteta i potreba za liječenjem stanovništva koje gravitira bolnici. Većina bolnica u Hrvatskoj ima velik nedostatak prostora, a nas je mučilo kako osmisliti budućnost bolnice, kako ispuniti veliku i funkcionalnu bolnicu da ne zjapi prazna. Problem koji inače ne bi trebao ni postojati.



Tromboza venskih sinusa u mozgu

Dr. sc. NENAD KORUGA, dr. med.
specijalist neurokirurgije, KBC Osijek

Iako niske godišnje incidencije, tromboza venskih sinusa mozga (CVT, od engl. *cerebral venous thrombosis*) predstavlja ozbiljan klinički nalaz, uz ponekad kritične simptome i ishod liječenja unatoč adekvatnom pristupu liječenja. Najčešće se pojavljuje u mlađih odraslih osoba, posebice u žena generativne dobi uz uporabu oralnih kontraceptiva, u trudnoći ili puerperiju, a nešto rjeđe se javlja u djece. Ostale rizične čimbenike čine trombofilija, hematološki poremećaji, pretilost, komplikacije infekcija glave, zloćudne bolesti te u manjoj mjeri traume glave. Iako je klinička slika šarolika, glavobolja se pojavljuje kao jedan od najčešćih simptoma, no kako je glavobolja kao simptom prisutna u čitavom spektru različitih kliničkih stanja, posebno je značajno obratiti pažnju na ovaj simptom u djece (slike 1. i 2.).

S obzirom na znatniju učestalost infekcija gornjih dišnih puteva u djece, kao i upale sinusa i uha, navedena stanja predstavljaju potencijalni uzrok mogućeg razvoja tromboze sinusa. U sklopu pedijatrijske obrade nužno je isključiti moguću trombozu, a MR venografija predstavlja zlatni standard ove dijagnostike, neovisno o dobnoj raspodjeli populacije, dok je CT venografija moguća alternativa radiološke obrade. Iako je klinička slika varijabilna, od ostalih simptoma osim glavobolje mogu se pojaviti ispadi vidnoga polja, epileptički napadaji ili slabost jedne polovice tijela pa sve do mogućeg razvoja kome.

Godišnja incidencija ovoga stanja na globalnoj razini varira, no uz zanemarljive razlike u odnosu na kontinentalnu raspodjelu. U obzir svakako treba uzeti činjenicu kako je šira rasprostranjenost

uporabe magnetske rezonancije rezultirala bržom dijagnostikom ovoga stanja, pravovremenim početkom i boljim ishodom liječenja. Nažalost, pristup ovoj dijagnostici još uvijek nije jednak s obzi-

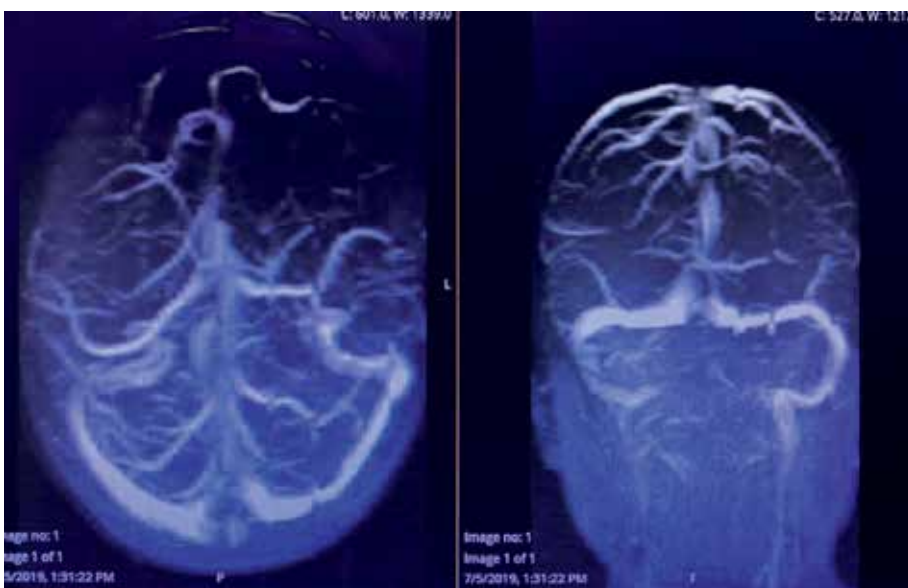
rom na usporedbu zemalja u razvoju i ekonomski razvijenih zemalja.

Priroda i tijek CVT-a govore u prilog potrebe multidisciplinarnog pristupa



Slika 1. Slučaj dječaka u dobi od 7 godina s kliničkom slikom desnostranog mastoiditisa i simptomima glavobolje i ispada vidnog polja, liječen je niskomolekulskim heparinom.

MRV u aksijalnom i koronarnom prikazu pokazuje potpuni izostanak protoka kroz dio desnog transversalnog sinusa, desnog sigmoidnog sinusa i desne vene jugularis.



Slika 2. MR 2D TOF u aksijalnom i koronarnom prikazu u vremenskom odmaku od 3 mjeseca pokazuju gotovo potpunu rekanalizaciju desnog transversalnog i sigmoidnog sinusa te desne vene jugularis.

dijagnostike i liječenja. Dijagnostika je otežana, ne samo zbog relativno rijetke pojave ovoga kliničkog stanja, nego i zbog različitih i višestrukih kliničkih očitovanja, često oponašajući druga akutna neurološka stanja i prikrivajući pravu kliničku sliku.

Iako u manjem postotku slučajeva CVT može rezultirati smrću ili trajnim invaliditetom, općenito su ishod liječenja i prognoza povoljni, ponajviše zbog adekvatne dijagnostike i pravovremenog početka liječenja. Kao prva linija liječenja i najčešće jedina, ustaljena je uporaba niskomolekulskog heparina prema smjernicama ESO-a (European Stroke Organization), a u iznimnim slučajevima u obzir dolazi endovaskularno liječenje, iako recentnije studije nisu pokazale prednost ovoga modaliteta liječenja.

S neurokirurškog aspekta, operacijski pristup je iznimno rijedak te u obzir uzima posljedice povišenog intrakranijskog tlaka uvjetovane potencijalnim krvarenjem u mozgovni parenhim, odnosno edemom mozga s prijetecim uklještenjem. U ovakvim slučajevima najčešće je s operacijske strane indicirana dekompresijska kraniotomija i postavljanje sustava vanjske ventrikulske drenaže radi mjerenja vrijednosti intrakranijskog tlaka.

Kako i dalje živimo u doba pandemije COVID-19 čija je jedna od značajki upravo povećana sklonost trombotičkim događajima, iz svakodnevne prakse nije zabilježen veći broj novih slučajeva tromboze venskih sinusa mozga u oboljelih, što naprotiv ne znači kako u umrlih bolesnika sekcija ne bi možda potvrdila i ovu dijagnozu.

Za sada ne postoje etabrirane smjernice moguće prevencije s obzirom na rijetku pojavu CVT-a u svakodnevnoj praksi, no rano prepoznavanje simptoma i pravovremeni početak liječenja, uz pravilnu kontrolu zdravstvenog statusa pojedinca i isključivanje određenih čimbenika rizika zasigurno čine dovoljan korak u prevenciji i kontroli ovoga kliničkog stanja.

TESTIRANJE NA COVID-19 U ROVINJU

Jedan od punktova za brzo antigensko testiranje PCR na SARS-CoV-2 u Istri organizira se u sklopu Specijalne bolnice za ortopediju i rehabilitaciju „Martin Horvat“ Rovinj - Rovigno. Već od 8. svibnja započinje zaprimanje narudžbi za termin testiranja na mobitel 091 6333202 ili na e-adresu covidtestiranje@bolnica-rovinj.hr

Testiranje započinje 10. svibnja za građane i goste Rovinja i okolice prijavljene u sustavu eVisitor, a kojima je to uvjet za povratak u zemlju prebivališta/boravišta. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove, a cijena testa PCR s dostavom rezultata u roku od 24 sata iznosi 375 kn, što je približno 50 EUR-a. Cijena brzog antigenog testa (BAT) s rezultatima najkasnije za 12 sati je 100 kuna (približno 14 EUR-a). Ustanova je odredila minimalnu cijenu kao pomoć lokalnom gospodarstvu, no ona može varirati s obzirom na cijene materijala i zaštitne opreme. Uplata je moguća unaprijed preko eBankinga, uplatom u gotovini u kunama ili kreditnim karticama. Uzimanje uzoraka organizira se svakodnevno u krugu Bolnice u za to posebno predviđenom punktu.

CRTICA IZ HRVATSKE

Određene države ponašaju se kao da su liječnici njihovo vlasništvo, bez ljudskih prava da odaberu gdje žele živjeti i raditi. Uporno ih pokušavaju proglasiti dužnicima, nezahvalnicima i sl. Mi smo očito neželjena djeca političarima. Bez brige, prvi će se naslikavati i dijeliti si priznanja kad se ovo smiri. Hvaliti genijalne strategije. I slično. Nas liječnike neće previše spominjati. Ja sam svoju nagradu dobila kad sam mladoj pacijentici bez prethodnih komorbiditeta, koju smo uspješno skinuli s respiratora, omogućila da popriča sa svojom djecom i mužem i da nakon 11 dana teške borbe protiv SARS-CoV-2 u bolnici vidi svoju djecu i pita ih uobičajene stvari. Hvala Bogu na tehnologiji!

Druga, još na respiratoru, usnama mi govori (traheotomirana je) da ju je strah i da ju ne ostavljam samu, da budem uz nju. 26. joj je dan mehaničke ventilacije. Smirujem ju, pričam o obitelji koja za nju pita svaki dan, iznenadi se kad joj kažem koji je datum...

Ljudi su to i želim da mene dožive kao čovjeka, a ne kao biće u skafanderu koje dođe i ode.

Mi se bojimo. Ali oni se boje još više, samoće i smrti...

Dr. sc. Gordana Živanović-Posilović, dr. med., specijalist anesteziologije i reanimatologije, subspecijalist intenzivne medicine, specijalist hitne medicine. Donedavno voditeljica Odjela za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu. u Općoj bolnici "Dr Ivo Pedišić" Sisak, sada na radu kao Oberärztin u Salzburgu u Austriji

COVID-19 U VELIKOJ BRITANJI – iz perspektive junior doktora



Iz UK-a JELENA BANJEVLAV, dr. med.

Prvi je vikend otkako smo izašli iz lockdowna, sunčano je i ljudi su popunili vanjske terase pubova. Zasad još pomalo sramežljivo i zabrinuto, ali izgleda kao da se grad budi i da je teška godina pandemije iza nas. Takva je otprilike trenutačna atmosfera u Velikoj Britaniji. Iz lockdowna koji je trajao od 26/12/2020 smo izašli tek nedavno, ali optimizam je tu. Glavni razlog optimizma je više od 32 milijuna ljudi cijepljenih jednom dozom cijepljiva (i oko 7,5 milijuna potpuno cijepljenih) u trenutku dok ovo pišem, a moguće i mnogo više dok vi čitate.

Od početka pandemije, dakle sada nešto više od godinu dana, cijeli svijet se okrenuo za 180 stupnjeva. Profesionalni, a pomalo i privatni život liječnika u Velikoj Britaniji se itekako promijenio. Svi 'healthcare professionals' pa i liječnici su u nekom obliku podređeni službi.

S prvim otkazivanjem elektivnih zahvata mnogi ugledni i usko specijalizirani oftalmolozi, ortopedi, plastični kirurzi i drugi su doslovno ostali bez posla. S obzirom da zbog svog odavno zaboravljenog znanja iz hitne medicine ili znanja o tome kako uopće funkcionira odjel i svijet izvan njihove dvorane, nitko od njih ne bi imao koristi na akutnim odjelima, tako da je velika većina je bila prebačena na intenzivne Covid odjele kako bi postali pomoćnici u okretanju i njezi najtežih Covid bolesnika.

Bez puno pompe oko toga, apsolutno prihvaćajući svoju ulogu kao osobe koje su položile Hipokratovu zakletvu, krenuli su raditi kao desna ruka sestrama.

Moj odjel se i dalje nastavio baviti kirurgijom jer smo bili dislocirana bolnica bez hitnog prijema pa smo odlučili nastaviti operirati uroginekološke onkološke bolesnike i pozvali kirurge iz drugih velikih centara da operiraju u našoj bolnici jer su njihove bile pune Covid pacijentima a respiratori dvorana su iskorišteni za Covid bolesnike.

Naša bolnica s oko 100 kreveta nastavila je za vrijeme cijelog prvog vala pandemije sigurno i uspješno operirati pacijente s rakom koji ne mogu čekati. Pokazali su svima da je moguće organizirati službu i u tako kratkom vremenu i ovako ekstremnim uvjetima. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584883/>)

Ja sam u tamo radila kao odjelni junior doktor, a bila sam zaposlena kao *locum* (ne u stalnom radnom odnosu, nego na ugovor o djelu). Bolnica je tražila pomoć svog medicinskog osoblja, tako da nije nedostajalo posla za *locum* osoblje kao što sam ja bila.

Nakon što se prvi val pandemije stišao i sve se polako vraćalo u normalu ja sam promijenila radno mjesto i od *locum junior* doktora sam postala specijalizantica radiologije.

Promijenila sam grad (London za Norwich), bolnicu, ali i najvažnije svoju ulogu. Od odjelnog liječnika do specijalizanta radiologije. Kontakt s pacijentom nisam imala od rujna 2020. sve dok se drugi val pandemije nije zahuktao u Velikoj Britaniji s vrhuncem sredinom siječnja 2021.

Tada se opet dogodilo sve ono što se dogodilo svim onim kirurzima s početka priče, ali ovaj puta sam ja to osjetila na svojoj koži: nagli prekid specijalizacije, jer kao specijalizanti prve godine nismo toliko korisni u radiologiji, i vraćanje na odjele kojima je trebala pomoć. Ja sam dodijeljena akutnoj internoj medicini i preko noći sam se morala snaći u ponovnom radu s akutno bolesnim pacijentima, dinamikom odjela i novim bolničkim labirintom hodnika.

I ponovo stres svega onoga zbog čega sad odlučila da ne želim biti odjelni doktor i pridružila se "tamnoj" strani radiologa.

Ta promjena se očitovale u odgodi ispita iz anatomije i fizike koje sam kao specijalizant prve godine trebala položiti, do potpunog prekida momentuma koji sam imala u radiologiji i do toga da je moj partner izjavio da se definitivno osjeti da puno više stresa donosim kući.

No sve to na stranu, bila sam tamo potrebna i šefovi akutnih odjela su svaki dan iskazivali zahvalnost svim ljudima koji su uskočili, promijenili svoje radno mjesto i ulogu preko noći, i zasukali rukave ili, bolje rečeno navukli zaštitnu opremu.

Nisam ja jedina pogođena time, medicinske sestre koje su radile godinama u relativno mirnim klinikama su prebačene na intenzivne odjele, čak su nam i vojnici priskočili u pomoć i pomagali na intenzivnim odjelima u fizičko napornim poslovima okretanja pacijenata.

Sve u svemu, kolektivni duh je bio dobar. Ljudi, bez obzira na to jesu li medicinsko osoblje, vojnici ili velik broj volontera koji su pomagali u svakodnevnom funkcioniranju bolnice, radili su maksimalno, složno i s ciljem da što više ljudi doživi trenutak u kojem će im se pružiti prilika da se cijepi.

Moje vlastito, iako teško iskustvo, pogotovo u drugom i gore val pandemije, pretežitno je pozitivno, jer sam osvježila neka znanja i vještine za koje sam mislila da mi više nikad neće trebati, upoznala druge odjele i kolege, osjećala se iako umorno, ali i zadovoljno na kraju dana. Nakon mjesec i pol dana i dvije primljene doze cijepljiva sretno se vraćam na radiologiju.

P.S. Moji šefovi radiologije svakodnevno neumorno volontiraju u centrima za cijepljenje. Apsolutno je predivno vidjeti sve te ljude od kojih su neki na visokim pozicijama kako pronalaze vremena za volontiranje bez imalo ega, da bi pomislili da je neki posao ispod njihove razine. Kakvo osvježanje je takvo razmišljanje!

Najdražoj Hrvatskoj i najdražim kolegama koji ulažu nadljudske napore radom u respiratornim centrima želim da, ako ništa drugo, da im drugi kolege, političari i rukovoditelji barem ne budu smetnja (a ako ego dozvoli, neka navuku Covid zaštitno odjelo i pogognu).

Novoizgrađena COVID bolnica u susjedstvu

Dr. ANTOAN STEFAN ŠOJAT

Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma

Univerzitetski Klinički Centar Srbije
Covid bolnica, Batajnica

Simetrični drvored stare Batajničke ceste predstavlja vizualnu barijeru između nepreglednih poljana koje se prostiru do hladnog Dunava sa zapadne strane i raznobojnih višekratnica koje se nepredvidivo pojavljuju s istočne strane. Klizeći ovom cestom u oba smjera tijekom jutra, podneva, večeri ili noći k svom radnom mjestu, spoznajem iznova pojmove kao što su život, žrtvovanje i odgovornost i njihov smisao na drukčiji način nego prije. Nijanse oblaka, kiše i sunca, stopljene s nebom u vremenskim promjenama ublažavaju sva pitanja ili brige koje nosim tijekom putovanja. Šta je ono što daje ovu dozu intimnosti, introspekcije i značaja bilo kome pa i ovom geografskom lokalitetu? Skoro uvijek to su ljudske sudbine, koje se proteklih mjeseci, silom prilika, ukrštaju u velikoj borbi za život iza zatvorenih vrata unutar novoizgrađene bolnice, u odjelima poluintenzivnih i intenzivnih njega.

„Nismo spremni za narednu pandemiju“ – glasilo je naslov TED Talka koji je Bill Gates održao 2014. godine. Možemo se suglasiti s mišlju da apsolutno nismo bili spremni. Od podnožja Kilimandžara, preko briselskih parkova, talijanskih luka i brda u okolini Santijaga, američkih predgrađa i indijskih tržnica - nigdje u svijetu nismo bili spremni ni za jedan aspekt osobne izolacije, tragičnih gubitaka i straha, količinu fake news-a i društvenih previranja, koje nam je donijela pandemija COVID-19. Ono za što smo bili spremni, kao mladi liječnici, puni želje za radom, samostalnim stjecanjem novih znanja i iskustava, je da - uđemo u bolesničke sobe, jedinice intenzivne njege i radiološke dvorane i obavljamo dužnosti za koje smo se školovali.

Covid bolnica „Batajnica“ otvorena je 4. prosinca 2020. godine. Dva dana poslije, prohladnog vjetrovitog prosinačkog jutra, više od 200 mladih liječnika okupilo se u velikoj prostoriji, na prvom sastanku s ravnateljicom, doc. dr. Tatjanom Adžić Vukičević, dr. med., koja nam je poželjela dobrodošlicu. U zraku se osjećala neka vrsta nespokojstva, nemira u vezi onoga što nas je očekivalo u mjesecima koji predstoje, pred rastućim brojevima oboljelih i preminulih. Bolnice su bili već prepune, kliničke slike sve teže, ali su riječi ravnateljice bile ohrabrujuće i pune

razumijevanja. Nakon sastanka, rasporedili smo se po odjelima i stopili s velikim brojem specijalista i specijaliziranih mobiliziranih iz većine medicinskih ustanova u Beogradu.

Danas, nakon gotovo pet mjeseci neprestanog rada, poslije višestrukih valova epidemije, s razvojem sve težih kliničkih slika i otpornijih sojeva COVID-a, u blizini sjećanja ostaju sve tehničke informacije, iscrpljujuće smjene, promjene ritma, stotine konzultacija i susreta s nekadašnjim asistentima i profesorima u svojstvu suradnika i hitni premještaji akutno dekompenziranih pacijenata u jedinice intenzivnih njega. Blijedi sjećanje i na nonšalantnost dijela šire populacije prema ozbiljnosti situacije u kojoj smo se našli – društvena podijeljenost i obesmišljavanje znanosti kroz teorije zavjere, senzacionalizam i kvazimedicijske tvrdnje preko društvenih mreža. Nasuprot tome, duboko urezane u pamćenje ostaju isključivo priče pacijenata koji su se vratili svojim obiteljima iz ove bolnice nakon masivnih obostranih pneumonija, tromboza plućnih arterija, akutnih koronarnih sindroma i drugih životno ugrožavajućih medicinskih stanja, kao i podrška kolega, liječnika iz inozemstva koji su se nosili s istim teškoćama, svakodnevno, tjednima i mjesecima, i konačno, podrška obitelji i najbližih ljudi u najtežim trenucima borbe.

Svoje prve medicinske korake u ambulanti endokrinologije i dežurstvima na Urgentnom centru napravio sam prije više godina zahvaljujući energiji koju nosim iz obitelji i ljubavi prema medicini i znanju koje mi je prenijela moja mentorica, ass. dr. sc. Ljiljana Marina, dr. med. Večeras ponovo radim s dr. Marinom COVID-smjenu, od 19 sati. U odjelu poluintenzivne njege 1 (PIN1) imamo oko 38 pacijenata, najmanje do sada, i **čini se da pandemija konačno popušta**. Par njih je na CPAP modu neinvazivne ventilacije (NIV), nekoliko na high-flow režimu potpore kisikom, jedan mladić u dijabetičkoj ketoacidozi.

Činjenica je da sami odabiremo perspektivu za svaku životnu situaciju u kojoj se nađemo. Moj izbor ovog proljeća, ipak je umjerenost, znanje i zahvalnost na stvarima koje imam, jer smatram da ne postoji drugi način da se uspješno istrči bilo koji životni maraton koji započnemo.

Prevela Lada Zibar

Autor fotografije Dr. Antoan Stefan Šojat



DOMOVINI VJERNE



ANTONIJA MARUNČIĆ, dr. med.

Satnica Hrvatske vojske i specijalizantica anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine.

Pripremila: **KSENIJA VUČUR**

Kao mlada liječnica, nakon rada u obiteljskoj medicini, primijetila sam natječaj za zaposlenje liječnika u MORH-u. U tom trenutku nisam ništa znala o tome. Prve informacije koje sam dobila su me zaintrigirale. Nešto novo, drukčije. Zvučalo je izazovno – pa zašto ne? Nakon testiranja motoričke, fizičke i psihičke spremnosti slijedila je vojna obuka. Oblačenje u vojnu odoru, ustajanje ranom zorom, vojne vježbe, pucanje i sve ostalo za stjecanje vojnih znanja i vještina za obnašanje dužnosti u

Oružanim snagama Republike Hrvatske (OSRH). Nakon uspješno završene obuke i primanja prvoga časničkog čina raspoređena sam na dužnost liječnice u ambulanti vojarne Croatia u Zagrebu. Posao je, osim rada u ambulanti, uključivao i razne terenske aktivnosti po cijeloj državi. Dvije godine sam bila u timu hitne helikopterske službe na sjevernom Jadranu. Moram priznati da sam u početku mislila da je to prijelazno rješenje i da ću ubrzo biti u bolnici na specijalizaciji. Međutim, ubrzo sam shvatila da je ovo moj put i moja sudbina. Teško je to objasniti nekome tko nije pripadnik OSRH-a - takva prijateljstva, kolegijalnost i osjećaj pripadnosti teško je naći negdje drugdje. Uz razumijevanje pomoćnika načelnika Glavnog stožera OSRH-a za zdravstvo, generala bojnika Borisa Zdilara, poštujući moje želje, a u skladu s interesima OSRH-a, upućena sam na specijalizaciju iz anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine, koju trenutačno i sada pohađam. Zahvaljujem prof. prim. dr. sc. Višnji Neseck, predstojnici Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu KB-a Sv. Duh, kao i ostalim djelatnicima te Klinike koji mi pružaju jednake uvjete za profesionalno usavršavanje kao i svojim specijalizantima. Nakon završetka specijalizacije planiram dio vremena raditi u bolnici, a dio u MORH-u, gdje ću između ostalog sudjelovati u razvijanju nacionalne ROLE-2 sposobnosti, što je usvojeno kao jedan od ciljeva sposobnosti RH u okviru NATO-ova procesa obrambenog planiranja. ROLE-2 je mobilna

bolnica sa sposobnošću oživljavanja, kirurškog zbrinjavanja i intenzivnog liječenja. Bolnica bi bila spremna za izvođenje operacija i drugih specifičnih aktivnosti oružanih snaga u zemlji i inozemstvu, osobito u slučajevima kad je riječ o operacijama uklanjanja posljedica prirodnih i tehničkih katastrofa. Naglasila bih da ROLE-2 neće djelovati samo u ratu nego i u miru, kao potpora civilnim strukturama. Jedna od stvari koja me je vezala uz vojsku je solidarnost, ne samo među pripadnicima Oružanih snaga nego i prema svim građanima ove zemlje. Nema elementarne niti druge nepogode u državi da djelatnici vojske nisu prvi na raspolaganju, organizirani i uspješni. Sjetimo se samo poplava, ljetnih požara, potresa, spomenute hitne helikopterske službe, kao i trenutne pandemije, tijekom koje vojska aktivno surađuje s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo, organizira masivno cijepljenje te sudjeluje radu Arene Zagreb, kao improvizirane Covid bolnice. Vojska je među prvim na mjestu događaja te se materijalnim i ljudskim resursima stavlja ugroženima na raspolaganje.

Nakon završenog Medicinskog fakulteta i pripravničkog staža u Splitu, u ljeto 2014. sam se prijavila na natječaj za prijem liječnika u Ministarstvo obrane Republike Hrvatske (MORH). Sjetila sam se kako sam na fakultetu imala izborni predmet i kako se dio



TEA VUKIĆEVIĆ, dr. med.

Satnica hrvatske vojske i specijalizantica psihijatrije u KBC-u Split

predavanja održavao u Zavodu za pomorsku medicinu u Splitu gdje rade liječnici specijalisti pri MORH-u. Ostalo mi je u sjećanju to pozitivno ozračje, misli, njihove priče o radu s vojskom, o terenima, vojnim vježbama, mirovnim misijama, zajedništvu, timskom radu. Iako su moji bližnji, pa i ja, oduvijek zamišljali kako ću jednog dana raditi kao specijalist u nekoj od bolnica, odlučila sam se prijaviti i zakoračiti u avanturu. Nas pet kandidata krenuli smo nakon testiranja na tromjesečnu vojnu obuku u Požegu i Zagreb. Teško je riječima dočarati životno iskustvo koje sam tamo stekla, i zasigurno je nešto što ću pamtiti cijeli život. Jutarnje buđenje u 6 sati, oblačenje vojne odore, spremanje kreveta i ormara „po crti“, postrojavanje, pozdrav zastavi, jutarnja tjelovježba, snalaženje u prirodi, sastavljanje i rastavljanje puške, gađanja, vojne vježbe, rad u timu. Također smo prošli i specijalistički zdravstveni dio obuke koji je bio nešto sasvim novo za nas jer se radilo o hitnom zbrinjavanju ranjenika i ozlijeđenih u ekstremnim, ratnim okolnostima. Ovim putem moram zahvaliti doktorici, pukovnici Vesni Majić, za organizaciju i preneseno bremenito iskustvo i znanje. Nakon završene vojne obuke i časničke vojne škole, s činom poručnice Hrvatske vojske, raspoređena

sam na dužnost vojne liječnice u gardijsku brigadu „Pauci“ u Kninu. Sa svojim timom (tehničarom i vozačem) te liječničkom torbom, išla sam često po terenima i vojnim poligonima diljem države kao medicinska potpora vojnicima. Tu sam upoznala snagu timskoga rada, zajedništva, snalažljivosti u ekstremnim uvjetima zime, snijega, požara, dok se okolo čuju pucnji i gađanja s vojnih vježbi. Nakon godinu dana mi se pružila mogućnost otići u mirovnu misiju NATO-a u Afganistan, gdje sam radila u njemačkoj bolnici u kampu kao liječnik opće medicine. Po povratku sam bila bogatija za još jedno iskustvo rada u multinacionalnom okruženju, na engleskom jeziku, s novim lijekovima, a također sam bila bogatija i za svoje stručno iskustvo jer smo imali stalna usavršavanja i praktične vježbe. Po povratku iz misije uključila sam se i u hitnu helikoptersku medicinsku službu za sjeverni Jadran, gdje sam provodila po tjedan dana u smjenskom radu na Krku, paralelno uz rad u ambulanti u Kninu. Ubrzo sam dobila premještaj u Hrvatsku ratnu mornaricu (HRM) u Split na dužnost liječnice u ambulanti, gdje sam osim ambulantnog rada osiguravala obuke i vježbe iz ronjenja i ostale aktivnosti HRM-a. Mogu reći da sam nakon nešto više od tri godine provedene u vojsci iskusi rad na kopnu, u zraku, na moru i u dalekom Afganistanu. Postala sam sigurnija u sebe i svoje znanje, napredovala sam kako u vojnoj, tako i u stručnoj karijeri, a postala sam i supruga te majka

dvoje djece. Nedostajalo je još samo jedno, da zaokružim svoju karijeru, i to se dogodilo 2018. kad je objavljen natječaj za specijalizacije liječnika pri MORH-u. Kako je među ostalima bila i moja dugo željena specijalizacija iz psihijatrije, prijavila sam se i nakon nekog vremena sam i upućena na specijalizaciju iz psihijatrije u KBC Split. Ne mogu opisati svoju sreću zbog ostvarene životne želje, dobila sam mogućnost rada u bolnici, a ujedno ostajem zaposlenik MORH-a. Zahvalila bih doc. dr. sc. Trpimiru Glavini, predstojniku Klinike za psihijatriju KBC-a Split, ujedno i mom glavnom mentoru, kao i ostalim djelatnicima Klinike - specijalistima, specijalizantima, medicinskim sestrama i tehničarima - koji su me prihvatili kao svog specijalizanta i pružili mi iste mogućnosti učenja, napredovanja i profesionalnog usavršavanja. Mogu reći da je naša Klinika jedna velika sretna obitelj puna podrške i razumijevanja. Također bih istaknula da, osim specijalizacije, u MORH-u imam i mogućnost stručnog usavršavanja koje redovito pohađam, te poslijediplomskog doktorskog studija, zbog čega sam zahvalna generalu bojniku dr. Borisu Zdilaru. Nakon završetka specijalizacije moje radno mjesto će biti u Zavodu za pomorsku medicinu u Splitu, a ujedno ću odrađivati i psihijatrijsku ambulantu i dežurstva u KBC-u Split, kao i u ostalim bolnicama naše države ako bude potrebe. Na kraju mogu reći da sam sretan zaposlenik i specijalizant MORH-a.



Ksenoestrogeni i muška plodnost



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

Androgeni se tradicionalno smatraju muškim, a estrogeni ženskim spolnim hormonima. Međutim, u oba spola se androgeni metaboliziraju u estrogene i sve je više dokaza da obje vrste hormona imaju važnu ulogu u regulaciji fizioloških funkcija u oba spola. Međutim, tvrdi se da prekomjerna izloženost estrogenima može biti štetna za normalnu reproduktivnu funkciju muškarca, osobito ako se izloženost dogodi u intrauterinom razdoblju tijekom spolne diferencijacije. Također je utvrđeno kako postoje brojni estrogeni u okolišu, ksenoestrogeni, koji bi mogli negativno utjecati na mušku plodnost.

Ksenoestrogeni su vrsta ksenohormona koji oponašaju prirodni estrogen (kseno, od grčkog pridjeva ksenos, stran). Ksenoestrogeni su skupina veoma različitih hormonski aktivnih tvari koje mogu biti kemijski spojevi što ih nalazimo u prirodi ili sintetički

kemijski spojevi. Prirodni ksenoestrogeni uključuju fitoestrogene kojih ima u stotinama biljkama kao što su mahunarke, soja itd. Sintetički ksenoestrogeni uključuju spojeve koji se naveliko koriste u industriji, kao što su poliklorirani bifenili (PCB), bisfenol A (BPA) i ftalati te teški metali poput žive, kadmija i olova. Mikoestrogeni su metaboliti plijesni, još jedna vrsta ksenoestrogena.

Carlsen i suradnici su 1992. u časopisu *British Medical Journal* objavili meta-analizu koja je pokazala značajno smanjenje koncentracije sperme i volumena sjemena u inače zdravih muškaraca tijekom razdoblja od 1938. do 1990. U istom se razdoblju izrazito povećala incidencija raka testisa u brojnim zemljama. U analizu su bili uključeni podaci od 14 947 muškaraca iz 61 znanstvenog rada. Takva zapažanja dovela su do pretpostavke da su za naizgled lošije muško spolno zdravlje odgovorni neki okolišni čimbenici. Uočeno je da slične abnormalnosti muškoga reproduktivnog sustava nastaju zbog davanja estrogena tijekom trudnoće u ljudi i pokusnih životinja; tako je nastala hipoteza da tvari iz okoliša koje imaju estrogenski učinak negativno utječu na muško reproduktivno zdravlje. Intrauterina izloženost višku estrogena predložena je kao ključan rizični čimbenik.

Levine i suradnici 2017. objavljuju sustavni pregled i meta-regresijsku analizu podataka koji su se temeljili na 244 procjene koncentracije sperme i ukupnog broja spermija iz 185 istraživanja u kojima je sudjelovalo 42 935 muškaraca. Autori prikazuju značajno smanjenje broja spermija između 1973. i 2011. godine te 50 - 60 %-tno smanjenje plodnosti u muškaraca iz Sjeverne

Amerike, Europe, Australije i Novog Zelanda.

Međutim, u literaturi su takva istraživanja kritizirana jer autori zanemaruju ozbiljna metodološka ograničenja koja se mogu primijeniti na sva retrospektivna istraživanja trendova sperme u kojima se koriste postojeći podaci prikupljeni u druge svrhe, poput visoke stope odbijanja sudjelovanja u takvim istraživanjima, velikih razlika u načinu brojanja sperme između laboratorija i geografskih varijacija.

Osnovni je problem u vremenskim istraživanjima trendova broja spermija nedostatak usporedivosti istraživanih populacija kroz prostor i vrijeme – što je kršenje glavnog načela bilo koje analize trenda. Upozorava se kako su bolji podaci dostupni s područja Kopenhagena, gdje se od 1996. godine obavljaju godišnji pregledi vojnih obveznika. Ti podaci čine najveću bazu podataka vremenskih serija muškaraca koji nisu probirani po nekim pokazateljima plodnosti. Levine i suradnici ne spominju činjenicu da ti podaci do danas nisu ukazivali na pad broja spermija, pa su čak pokazali i mali, ali statistički značajan trend njihova povećanja. Uz dodatna ograničenja, takve kritike upozoravaju kako postoje problemi s prikupljanjem i analizom podataka koji isključuju bilo kakav zaključak, a da ne postoje ni čvrsti podaci koji bi ukazivali na sve veću učestalost neplodnosti parova tijekom posljednjih desetljeća.

O utjecaju ksenoestrogena na mušku plodnost mogu se u literaturi naći mnogo istraživanja na ljudima i životinjama, ali bez jednoznačnog zaključka. Naime, regulacija reprodukcije muškaraca složenija je, a uloga estrogena manje jasna u usporedbi sa životinjama. Postoje brojne fiziološke razlike između istraživanih životinja i

čovjeka pa je u tom području teško donositi zaključke za zdravlje ljudi na temelju istraživanja na animalnim modelima.

Fenotipovi povezani s nedostatkom i prekomjernim sadržajem estrogena u glodavaca i u čovjeka osvijetlili su mehanizme koji su uključeni u reprodukciju muškaraca. Sada je jasno da bi poremećena ravnoteža između estrogena i androgena u muškaraca mogla utjecati na njihovu reproduktivnu funkciju čak i u prisutnosti normalnih androgena u cirkulaciji. I dalje je mnogo toga nejasno, posebno u pogledu utjecaja abnormalnih razina estrogena u serumu na zdravlje muškaraca, posebno zbog činjenice da im se estrogen u kliničkoj praksi rutinski ne mjeri. Dodatan je problem kod utvrđivanja uzročno-posljedične veze između okolišnih estrogena i muške plodnosti što dostupna istraživanja na čovjeku nisu prospektivne prirode. Potrebna su daljnja temeljna i klinička istraživanja te bolje metodologije, kako bi se

poboljšalo naše znanje o ulozi estrogena u reproduktivnoj funkciji muškarca i zdravlju muškaraca općenito.

Literatura

Carlsen et al. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *BMJ*. 1992;305:609.

Sharpe et al. Are oestrogens involved in falling sperm counts and disorders of the male reproductive tract? *Lancet* 1993;341:1392-1395.

Toppari et al. Male reproductive health and environmental xenoestrogens. *Environ Health Perspect* 1996;104:741-803

Levine et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Reprod Update*. 2017;23 (6):646-659.

Bonde et al. Declining sperm counts — the never-ending story. *Nat Rev Urol* 2017;14:645-646.

Rochira et al. Estrogens and male reproduction. [2016 Nov 24]. U: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., urednici. *Endotext* [Internet]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278933/>

PRIKAZ SLUČAJA

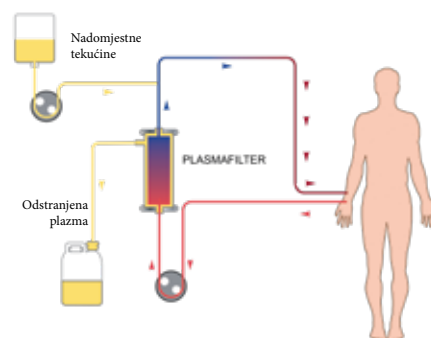
Lječidbena izmjena plazme (plazmafereza) u bolesnika s akutnim pankreatitisom zbog hipertrigliceridemije

 LADA ZIBAR, NINO KUNAC
KB Merkur, Zagreb

Uvod Lječidbena izmjena plazme (engl. *therapeutic plasma exchange*) ili plazmafereza postupak je kojim se s pomoću izvantjelesne cirkulacije i posebnog filtra odstranjuje plazma bolesnika uz nadomještanje otopinom soli, albumina ili svježeg smrznutom plazmom (slika 1.). Cilj postupka je uklanjanje patoloških tvari poput autoprotutijela, kao npr. u vaskulitisu, ili lipoproteina u suvišku, i/ili nadomještanje manjkavih tvari (poput ADAMTS13 u trombotičkoj trombociti-

topeničkoj purpuri, TTP). Indikacije za plazmaferezu su brojne, a obično se klasificiraju u apsolutne (kao npr. u TTP-u) i relativne (kao npr. u hiperlipidemiji). Klasifikacija ASFA (American Society for Apheresis) 2019. ih klasificira u kategorije I - IV, pri čemu je kategorija I prvi izbor liječenja, a kategorija IV ona pri kojoj je zapravo postupak neučinkovit ili čak štetan. Kategorije II i III su za ona stanja u kojima je ovaj postupak druga linija liječenja ili još uloga ovog postupka nije dovoljno etablirana.

Prikazujemo slučaj bolesnika s akutnim pankreatitisom zbog hipertrigliceride-



Slika 1. Shema postupka plazmafereze

mije, uspješno liječenoga plazmaferezom. Bolesnik je dao upućeni pristanak za ovaj prikaz.

Prikaz slučaja 53-godišnji bolesnik dolazi u hitni bolnički prijem zbog boli u trbuhu. Radi se o pretilom gospodinu (indeks tjelesne mase $31,53 \text{ kgm}^{-2}$) s metaboličkim sindromom koji je nakon obilnog masnog obroka (kobasica i pršut) osjetio snažnu periumbilikalnu bol tupog karaktera koja je perzistirala i proširila se pod desni rebreni luk. Druge simptome nije imao, a test na SARS-CoV-2 je bio negativan. Prethodno je bolovao od arterijske hipertenzije (liječen ramiprilom) i hiperlipidemije (liječen atorvastatinom i fenofibratom) te intolerancije glukoze, a prije šest godina je već bio prebolio akutni pankreatitis. Alkohol nije konzumirao. Osim pretilosti i boli na palpaciju u epigastriju i u desnom gornjem kvadrantu trbuha, bolesnik je bio urednog fizikalnog statusa. Utvrdi se recidiv akutnog pankreatitisa. Pri primitku serumski trigliceridi bili su



Slika 2. Bolesnikova odstranjena plazma - mutna od lipoproteina u suvišku

37 mmol/l (norm. $< 1,7$) uz kolesterol 16,8 mmol/l (norm. < 5). Kompjuteriziranom tomografijom (MSCT, od engl. *multislice computed tomography*) prikaže se zamućeno tkivo glave gušterače uz zamućenu stijenku dvanaesnika te eksudacija tekućine u trbušnu šupljinu. Žučni kamenci nisu nađeni, a jetra je prikazana steatotičnom.

Bolesnik je liječen simptomatski, antibiotikom (empirijski meropenem) te insulinom (zbog sada očitovane šećerne bolesti i radi inhibicije stvaranja triglicerida i slobodnih masnih kiselina). Na dan primitka započne se liječenje izmjenama plazme, ukupno tri puta, na dan 0, 1 i 3. Izmijenjeno je po 6,5 l plazme po postupku (slika 2.), a nadomjestno je ordinirana svježe smrznuta plazma. Kontrolna trigliceridemija nakon treće plazmafereze iznosila je 6,6 mmol/l.

Kontrolni MSCT pokazao je veliku multilokularnu kolekciju razvučenu peripankreatično oko glave gušterače do u zdjelicu desno (na slici 3., označeno strelicom). Bol u trbuhu se tijekom prvih dana liječenja povukla. Bolesnik je cijelo vrijeme bio dobrog općeg stanja i 10. dan je otpušten kući, s trigliceridemijom 4,6 mmol/l.

Na kontrolnom pregledu nakon mjesec dana imao je održanu normalnu trigliceridemiju, a ultrazvučno nije bila vidljiva prethodno opisivana peripankreatična kolekcija.

Rasprava Hipertrigliceridemija je važan etiološki čimbenik za nastanak akutnog pankreatitisa (u do 14 % svih akutnih pankreatitisa), a rizik za pankreatitis raste s porastom serumskih triglicerida. Pankreatične lipaze razgrađuju trigliceride u slobodne masne kiseline koje su toksične. One su toksične izravno, a putem aktivacije toll-like receptora (TLR2 i TLR4) dovode do razvoja sustavnog upalnog odgovora. Plazmafereza je u akutnom pankreatitisu zbog hipertrigliceride-



Slika 3. MSCT - peripankreatična kolekcija

mije indicirana u sljedećim stanjima: hipokalcijemija, hiperlaktacidemija, dva ili više znaka pogoršanja sustavnog upalnog odgovora (tjelesna temperatura $< 38,5^{\circ} \text{ C}$ ili $< 35^{\circ} \text{ C}$, srčana frekvencija $> 90 / \text{min}$, tahipneja > 20 udisaja /min ili $\text{PaCO}_2 < 4,2 \text{ kPa}$, leukocitoza $> 12000 / \text{ml}$ ili leukopenija $< 4000 / \text{ml}$, ili $> 10 \%$ nezrelih oblika) ili znaci pogoršanja funkcije organa ili višorgansko zatajenje. Naš je bolesnik od ovih kriterija imao tahikardiju i leukocitozu. Prema klasifikaciji ASFA akutni pankreatitis zbog hipertrigliceridemije ima kategoriju III u indikacijama za plazmaferezu. Preporučuje se provoditi plazmafereze do smanjenja trigliceridemije na 5,6 mmol/l. Ovaj slučaj bio je zanimljiv i po laboratorijski normalnim vrijednostima serumskih amilaza do čega uz hipertrigliceridemiju može doći zbog interferencije s kalorimetrijskim postupkom.

Zaključak U našeg se bolesnika s akutnim pankreatitisom zbog hipertrigliceridemije potvrdila učinkovitost postupka plazmafereze, u smislu ishoda – brzog i održanog smanjenja trigliceridemije i izlječenja drugih simptoma i znakova pankreatitisa. Izmjena plazme je postupak kojega svakako treba razmotriti u akutnom pankreatitisu zbog hipertrigliceridemije.

Ovim prikazom slučaja želimo podsjetiti i na ovakvu mogućnost liječenja akutnog pankreatitisa zbog hipertrigliceridemije.

Negirati bolest nije isto ŠTO I ODBIJATI LIJEČENJE

Nedavno nailazim na pojavu za koju mi se čini da do sada nije prikladno prepoznata kao etički problem u medicinskoj praksi. Radi se o distinkciji između negiranja bolesti i odbijanja liječenja. Promijenit ću stvaran slučaj radi neprepoznavanja, a prikazati ona obilježja koja su ključna za navedenu pojavu. Tako se u hitnoj službi prima žena srednje dobi zbog otežanog disanja. U vrijeme COVID-19. No, ipak, nije sve COVID-19, pa se uz anamnestički „praznu“ priču vizualizira egzacerbirani karcinom dojke. Pacijentica poriče da bi se moglo raditi o zloćudnoj bolesti i insinuiira gnojne procese. Radi se o visoko obrazovanoj osobi. Stanje brzo napreduje do potrebe za mehaničkom ventilacijom, a radiološki se nađu slike koje bi mogle ukazivati na proširenu bolest. Zaključuje se da se pacijentica ne želi liječiti. Čim se tako zapustila. Pa se odustaje od aktivnog pristupa liječenju i rješavanja životno ugrožavajućeg stanja. Nakon upornih razgovora s pacijenticom nakon začudo preživljene noći ona izjavljuje da se želi liječiti i da joj je žao što se tako zapustila.

Negirati bolest ne znači automatski i odbijati liječenje. Odluka o aktivnom pristupu liječenju ili palijativnoj skrbi ne smije biti utemeljena na površnoj psihološkoj prosudbi. Postavlja se pitanje jesu li liječnici dostatno pripremljeni za takvu procjenu. Misle li na taj način? I vječno pitanje koje postaje sve primjerenije – imaju li vremena za to?

Kodeks medicinske etike i deontologije kaže da je *Liječniku časna obveza*

svoje životno usmjerenje i struku posvetiti čovjekovu zdravlju (čl. 1. st. 1.). Palijativna skrb, pak, počinje kada više nema izgleda za to zdravlje, odnosno za ozdravljenje. S druge strane, Kodeks u čl. 1. st. 2. kaže da će liječnik *... poštovati ljudski život od početka do smrti...poštujući pri tome...dostojanstvo osobe...* (čl. 1. st. 3.) A u članku 4. Kodeks propisuje da je *Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg pacijenta, kada će liječnik pacijentu uz lijekove nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući pacijentovo uvjerenje i želje...* (st. 1.), ali i da *Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom završnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.*

Paternalistički model je stvar prošlosti i autonomija bolesnika u (su)odlučivanju o svome liječenju više nema alternative. Pacijentičino uvjerenje i želje koje bismo u ovom slučaju trebali poštovati utemeljene su na pogrešnim premisama, a kako su nama točni podaci poznati, ne bismo trebali olako prihvatiti da se radi o odbijanju liječenja kao pacijentičinoj želji, jer je njezino uvjerenje pogrešno. Na nama je da joj pokušamo približiti istinu kako bi mogla donijeti odluku utemeljenu na točnim činjenicama.

Je li to uvijek moguće? Je li razumno i stručno uvjeravanje uvijek učinkovito. Predstavlja li negiranje bolesti oblik duševne bolesti? Na stranicama Klinike Mayo nalazim da je *Negiranje*

mehanizam koji daje vrijeme za prilagodbu stresnim situacijama, no ustrajanje na negiranju interferira sa sposobnošću nošenja s izazovima. Negiranje predstavlja otpor neugodnim promjenama, pojavljuje se i zbog straha za život, pa i svjesnog izbjegavanja istine u sklopu kognitivno-afektivnog elaboriranja stanja. Negiranje je, dakle, u početku zaštitni mehanizam, psihološki dio normalnog reagiranja. No, kada potraje, postaje štetno i samo po sebi patološko. Može se raditi i o nastanku monosimptomatske psihoze, kako sugerira psihijatar, upoznat s ovim slučajem. No i ako se radi o psihijatrijskoj patologiji, negiranje nije odbijanje liječenja *per se*.

Joseph Babinski 1914. godine opisuje negiranje posljedica bolesti (hemipareze) u pacijenata s preboljenim moždanim udarom i uvodi pojam *anosognosia* za takav nedostatak uvida ili svjesnosti o pravome stanju. Moguće je ovaj izraz uporabiti i za ovo stanje negiranja bolesti, možda neovisno o kategoriji duševnog poremećaja koje je u podlozi.

Naše je da to prepoznamo i postupamo, uvjeravanjem ili upućivanjem psihijatru. I da se u kvalificiranju ovakvog stanja ne propusti pokušati s upornijim objašnjavanjem i aktivnim pristupom liječenju, umjesto pogrešnog zaključivanja o odbijanju liječenja i određivanju palijativne skrbi, a što se onda može prepisivati i prenositi s instance na instancu, kao „pokvareni telefoni“.

Lada Zibar

I na kraju samo - reforma (opet)

SKROMNI POGLED UMIROVLJENOG SPECIJALISTA, OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Prim. SLAVKO LOVASIĆ, dr. med.
specijalist obiteljske medicine

"Nitko ne zna toliko lošeg o nama kao mi sami, i nitko unatoč tome ne misli tako dobro o nama kao mi sami"

U tri desetljeća hrvatske samostalnosti glavni problemi još uvijek nisu riješeni, točnije, većina ih iz dana u dan postaje sve ozbiljnija i opasnija. Reforma, –preoblikovanje ili preobražaj društvenog sustava zahvaća uvijek sve segmente društva, bilo posredno ili neposredno. Poteškoća je, što je zdravstveni sustav nedjeljiv od društva u cjelini i neumitno sudjeluje u oba načina. Bilo da je uključen izravno kao važan mamac za dobivanje glasova ili neizravno smanjivanjem ili povećavanjem ukupnih troškova u cjelokupnom bogatstvu jedne države.

Iz svakodnevnog rada vidimo da je javnost već dulje nezadovoljna sa sustavom zdravstvene zaštite. Državni organi zaduženi za osiguranje i provođenje zdravstvene zaštite također stalno ističu svoje nezadovoljstvo sa sustavom zdravstvene zaštite. Specijalisti opće-obiteljske medicine kao dio cjelokupne primarne zdravstvene zaštite to najbolje osjećaju i vrlo teško podnose ta nezadovoljstva, jer ona samo potiču na daljnju vlastitu frustraciju i nezadovoljstvo i liječnika i pacijenata.

Pacijenti zbog preobilnih informacija postaju „bolje obrazovaniji” za pojedine bolesti, ali samo s posljedicom veće zahtjevanosti za uslugom. Pri tome skoro potpuno odbacuju vlastitu ulogu u čuvanju zdravlja i pridržavanja liječničkih preporuka kao i nemirenje s mogućnošću neuspjeha. I koliko god je svojim pozitivnim stavovima obiteljska medicina pridonijela preventivi pojedinih bolesti, javnost svakodnevno ima nove zahtjeve u potrošačkoj medicini, gdje cjelokupni zdravstveni sustav sve teže može zadovoljiti potrebe, želje i očekivanja.

Sve sada podsjeća na poznatu anegdotu

o građevinskoj inspekciji koja se našla na gradilištu nebodera i utvrdili da su svi katovi nebodera u redu, ali da treba rušiti prizemlje jer nije stručno izgrađeno i temelji su truli. Zbog toga se nameće kao nužna reforma zdravstvenog sustava. Nažalost, mi koji dulje pamtimo, ovo je još jedna od nebrojenih reforma. Ostanimo ipak u posljednja tri desetljeća.

Što se dogodilo ?

Cijelo društvo razvijalo se stihijski i bez jasnih ciljeva i prioriteta, čime se najviše okoristio svjetski kapital većinom naših strateških resursa, od bankarstva, telekomunikacija, prerade nafte, proizvodnje lijekova i cjepiva, pretvarajući društvo u šoping centre i tranzitna skladišta uvozne robe. Dodvoravajući se biračima politika je neodgovorno dijelila socijalna prava koja postaju neodrživa, podržavala prava na zdravstvenu zaštitu u neograničenim količinama, a još uvijek oslobađala veliki broj osoba plaćanja zdravstvenog osiguranja. Broj umirovljenika i broj uposlenih se skoro izjednačio, tako da imamo najmanju dobnu granicu umirovljenika. Ne da nam se učiti, ne da nam se raditi, a idoli postaju osobe bez karaktera, znanja, obrazovanja i morala. Lijek za beznade i nedostatak perspektive traži se u igrama na sreću, kladionicama, kockarnicama (među prvima su izuzete iz karantene!), korupciji i lopovluku. Umjesto radne etike zavladao je potrošački duh, okruženi smo nepotizmom, politikantstvom i rastućim primitivizmom. Arogancija, administrativni nemar i samovolja, neodgovorno obnašanje vlasti dovode do porasta osjećaja straha i nemoći, što vodi do agresivnosti s jedne strane i pasivnosti, oportunitizma i nespremnosti na promjene s druge.

Doktorima se, kao nužnim stvarateljima društvenih odnosa, uvijek politikom upravljanja nastojalo odrediti važnost njihovoga mjesta u društvu, uz istovremeno maksimalno podružljivanje njihova rada i djelovanja kao ovisnika o naklonosti ili nenaklonosti političkog uređenja. Isticanjem određenih pojedinaca (uspješnih liječnika) u društvu se stvara neobična važnost liječničkog zvanja, ali istovremeno se maksimalno obezvrjeđuje njihov pojedinačan i zajednički kreativni stručni rad i doprinos u opstojnosti toga društva. Zdravstveni sustav nije prioritetan u državnoj politici :

- nužan je pri pojavi neželjenih događaja (epidemija, ranjavanja, uvoza lijekova, medicinske tehnologije),
- poželjan za predizborna obećanja,
- prikladan za stišavanje (manipuliranje) socijalnih tenzija,
- ekonomski neprihvatljiv, jer je stalna prijetnja porastu budžetskih troškova,
- opasan zbog stalne želje za autonomijom i nezavisnošću liječnika.

Država je postala talac vlasti bogatih (plutokracije) i vlasti političkih struktura (politokracije), čija sprega dovodi do stalnog pretakanja bogatstva u privatne džepove i dugoročno ugroze općega društvenog dobra. Došlo je do potpune dezintegracije primarne zdravstvene zaštite: kontrolirano administrativno uništavanje obiteljskog liječnika, smanjenje i nedostatak specijalista pedijatar i ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalisti „od aparata” postaju konzultanti pacijentu, a ne liječniku te proširuju još novije dijagno-



stičke, iste ili slične postupke na „novim aparatima“ kod privatnika, zatim sve više izolirana bolnička zaštita uz stvaranje neizdrživog rada u hitnim bolničkim prijemnim ambulantama. Sve više dolazi do preuzimanja primarne zdravstvene zaštite u tzv. objedinjenim hitnim bolničkim prijemima, ukidanja dežurnih ordinacija pri hitnim medicinskim službama, nema odgovornosti pacijenta za bilo koji preventivni postupak (puši, pije, ne pridržava se terapije, a ima „pravo“ na sve). Zbog svega, da bi se popravio zdravstveni sustav mijenjamo ravnatelje, ministre, pomoćnike ministara, ili mijenjamo načine financiranja po dijagnozi, po bodovima, po „Plavoj“ knjizi, mijenjamo plavu za „Bijelu“ knjigu, mijenjamo tiskarnice, trošimo sredstva na kompjutorskim platformama i sl.

Zdravstveni sustav potreban je svakom društvu od tek začetoj djeteta u majčinoj utrobi pa sve do terminalne skrbi umiruće osobe, i to ne može promijeniti „Reforma“, jer se struktura sustava nije mijenjala već nekoliko desetljeća. Zdravstveno osiguranje, ma kako mijenjalo svoj naziv, nikada nije donijelo „košaricu“ usluga i nikada nijedan osiguranik nije bio pitan što on može ili želi platiti. Kod

nas se reforme provode ciklički i dramatično se prikazuju kao sudbonosni događaj, a ciljevi su:

- Ne rješavaj ako baš nešto ne moraš,
- Riješi interesne skupine, ostalo „ne talasaj,
- Traži obrazloženje i krivca zašto reforma nije uspjela,
- Prenesi najveći dio neuspjeha na sudionike – liječnike (liječnici obiteljske medicine krivi su što ne uspijeva cijepljenje, a ne nedostatak cjepiva!),
- Stvori nejedinstvo, pa će se akteri sustava iscrpljivati u međusobnim prepirkama i svađama,
- Ako to ne uspije, krivi su europska regulativa i vanjski vidljivi i nevidljivi čimbenici.

Uporno inzistiranje na pozicijama moći u Ministarstvu zdravstva, a posebno sve moćnijem birokratskom upravljanju HZZO-a, zdravstveni je sustav doveden definitivno u krizu s nepredvidivim posljedicama i vremenom trajanja. U njemu su se dogodile snažne i nepopravljive promjene. Nekritičnost i nekontroliranost u obavljanju pojedinih čak

nerijetko vrlo spornih stručnih i etičkih dijagnostičkih postupaka (postoji evidencija desetak CT pregleda u jednoj godini bez objašnjenja i upozorenja na štetnost radijacije) dovodi do osiromašivanja stanovništva i opasnog preusmjeravanja ciljeva zdravstvene zaštite. Postoji osnovna činjenica da gotovo niti jedna vlada, ma kako se narodnim i demokratskim atributima zaogrнула, ne želi dozvoliti autonomiju liječnika u njihovom zanimanju. Pred nama je strategija razvoja Hrvatske i vrijeme u kojem bi valjalo svu pamet, stručnost i etičnost koju liječnici posjeduju upotrijebiti za bolje sutra naraštajima koji dolaze i za mirniju i bezbrižniju starost koja nam se neumitno približava. Otkloniti sveznajuće kritičare i političare koji su prepuni rješenja, a uključiti one koji se istinski žele uključiti svojim radom, znanjem, poštenjem i dobrohotnošću na korist svima. **Upamtiti valja, nema rezervnih liječnika, nema paralelnih stručnjaka koji umjesto nas mogu nešto učiniti, jedinstveni smo ceh i s ponosom tražimo da budemo stručni i ravnopravni sudionici u promjenama (reformama) koje su nužne u zdravstvenom sustavu.**

Biološka terapija u teškoj astmi

Prof. dr. sc. SANJA POPOVIĆ-GRLE,

specijalist pulmolog

Pročelnik Zavoda za alergijske i
opstruktivne plućne bolesti

Klinika za plućne bolesti Jordanovac - KBC Zagreb

Voditelj Referentnog centra za astmu i KOPB

Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske

Astma je najčešća plućna bolest¹ iako ne i s najvećim mortalitetom. Posljednja 2-3 desetljeća dostupna je učinkovita terapija astme inhalacijskim kortikosteroidima i dugodjelujućim bronhodilatatorima. Od početka uporabe navedenih i drugih protuupalnih lijekova, drastično se smanjio broj hospitalizacija i hitnih intervencija zbog egzacerbacija astme i poboljšala kontrola astme, te se promijenila i percepcija javnosti, pa se sada astma uglavnom doživljava blažom bolešću koja se lagano liječi². Astma je međutim složen klinički sindrom, gdje postoji niz podgrupa bolesnika s astmom, koje i dalje trebaju bolničko liječenje, parenteralnu terapiju u hitnim službama, česte neplanirane posjete nadležnog liječnika, te koje imaju obilje respiracijskih tegoba, čak i kada koriste lijekove za astmu. To je grupa bolesnika s teškom astmom³.

Bolesnici s teškom astmom vrlo su heterogeni. Neki su alergični na cjelogodišnje ili sezonske alergene, drugi su preosjetljivi na acetilsalicilatnu kiselinu i nesteroidne antireumatike. Određeni fenotip teške astme pokazuje izrazitu eozinofiliju u krvi i sputumu, a u nekih je bolesnika teška astma udružena s nosnim polipima i alergijskim rinitisom. Kod manjeg broja bolesnika prisutna je eozinofilna granulomatoza s poliangiitisom, dok se kod nekih mogu pronaći bronhiektazije, nedostatak imunoglobulina, gljivična infekcija *Aspergillus fumigatus* u dišnim putevima te alergijska bronhopulmonalna aspergiloza (ABPA)⁴. Kako se razlikuje etiopatogenetski mehanizam astme, tako dodatno način života i navike značajno modificiraju i kliničku

sliku astme i njihove dijagnostičke nalaze. Ako je bolesnik pretio, povećana tjelesna masa imati će veliki utjecaj na astmu. Ako je bolesnik s astmom pušač, to će imati veliki utjecaj na njegovu bolest, posebno na rezultate ispitivanja plućne funkcije, te će više od polovice bolesnika imati fiksnu opstrukciju dišnih putova, koja je ireverzibilna. Poseban utjecaj na tijek astme ima disciplinirano, točno i redovito uzimanje lijekova (dobra adherencija) ili nekorisćenje preporučene terapije. Kada bolesnik s astmom ne troši lijekove na odgovarajući način, bez obzira da li ih je zaboravio slučajno ili se boji nuspojava pa kalkuliра s preskakanjem doza, gubi se kontrola astme, javljaju se teška pogoršanja disanja i kašlja, koja mogu biti po život opasne situacije. Smatra se da 1000 bolesnika s astmom u svijetu umire svaki dan zbog egzacerbacije astme. Ta se skupina bolesnika s teškom astmom naziva skupinom teško lječive astme (engl. *difficult-to-treat asthma*)⁵. U ovih se bolesnika mogu postići poboljšanja dodatnom edukacijom o potrebi redovitog uzimanja lijekova, prestankom pušenja, smanjenjem prekomjerne tjelesne težine, psihološkom potporom, socijalnom mrežom bolesnika, te plućnom rehabilitacijom⁶. Takve osobe postaju uobičajeni kronični bolesnici, koji trebaju redovite kontrole svojeg nadležnog liječnika kao i svaki bolesnik s drugom kroničnom bolešću, a pulmologa povremeno, između 6 mjeseci do najkasnije 2 godine, tada uz obvezna mjerenja plućne funkcije - najmanje spirometrija i frakcija izdahnutog dušičnog oksida (FeNO).

Pravi bolesnici s teškom astmom imaju dišne tegobe tijekom dana i noći, te nemaju urednu plućnu funkciju čak i kada redovito uzimaju lijekove dobrom tehnikom inhalacije lijeka i kada se pridržavaju svih savjeta. Teška astma predstavlja podgrupu teško lječive astme, koja ostaje nekontrolirana unatoč liječenju komorbiditeta i pridržavanju maksimalno optimizirane terapije, ili se pogorša smanjivanjem doze lijekova. Smatra se da oko 5-10% bolesnika od ukupnog broja oboljelih od astme

ima tešku astmu⁷. Ti bolesnici žive u strahu od napada teškog disanja i gušenja, često i u strahu za vlastiti život. Oni ne mogu podnijeti čak niti mali tjelesni napor, te imaju nisku kvalitetu življenja, koja im ometa i obiteljski i profesionalni život. Srećom, posljednje 3-4 godine u Hrvatskoj su dostupni biološki lijekovi za liječenje većeg dijela takvih bolesnika s teškom astmom. Biološki lijekovi spadaju u personaliziranu medicinu - u bolesnika s teškom astmom usmjereni su prema predominantnom patofiziološkom mehanizmu koji je odgovoran za simptome teške astme. Predominantni etiopatogenetski mehanizam prepoznaje se preko fenotipa astme, koji treba odrediti u specijaliziranim centrima za tešku astmu. U Hrvatskoj postoji više centara za tešku astmu, koji su regionalno raspoređeni, te su povezani s kliničkim bolničkim centrima u Zagrebu, Osijeku, Rijeci i Splitu, ali i pri općim bolnicama s uglednim pulmološkim odjelima, kao što su Dubrovnik, Zadar, Pula, Karlovac, Čakovac, Varaždin, Slavonski Brod, Požega, Vukovar, itd. Fenotipizacijom astme klasificiraju se bolesnici prema njihovim kliničkim osobitostima, te patofiziološkim, molekularnim i slikovnim parametrima⁸. Osnovni fenotipovi u kojih će biološka terapija dobro djelovati su alergijska i/ili eozinofilna astma⁹⁻¹⁰, među kojima postoji niz podtipova, kao astma preosjetljiva na acetilsalicilatnu kiselinu (AERD: engl. *aspirin exacerbated respiratory disease*), ili astma povezana s tjelesnim naporom (EIA: engl. *exercise induced asthma*). AERD je često povezan s nosnim polipima i kroničnim rinosinusitisom, dok su u alergijskoj moguće i alergijske manifestacije drugih organa, uglavnom kože. Ostali predominantni etiopatogenetski mehanizmi teške astme, kao što je neutrofilna astma (najčešća u pušača), ili astma u pretilih, za sada još nemaju dokazano učinkovitu biološku terapiju, te postoji skupina bolesnika s teškom astmom kojima još uvijek ne možemo smanjiti simptome na zadovoljavajući način. Stoga medicinska znanost

ima još puno posla s otkrivanjem imunoloških mehanizama, dijagnostikom i razvojem novih terapijskih mogućnosti, kako bi se moglo pomoći svakom bolesniku u cijelom heterogenom spektru astme.

Ovisno o fenotipu teške astme, odabire se vrsta biološke terapije¹¹. Ako je predominantni etiopatogenetski mehanizam teške astme alergijske naravi, uključuje se u liječenje biološka terapija usmjerena protiv imunoglobulina E (anti IgE terapija - omalizumab). Ako je predominantni etiopatogenetski mehanizam teške astme nealergijske, odnosno eozinofilne naravi, uključuje se u liječenje biološka terapija usmjerena protiv interleukina 5 (anti IL-5 i anti IL-5R terapija - mepolizumab, reslizumab, benralizumab), a u svijetu se koristi još i anti IL-4/IL-13 terapija - dupilumab. Bolesnicima s teškom astmom koji imaju navedene oblike astme, u kojih se provede detaljna fenotipizacija kojom utvrđujemo predominantni etiopatogenetski mehanizam i u kojih se točno odabere biološka terapija, liječenje biološkim lijekovima potpuno promijeni život osobe s astmom na bolje. Većina bolesnika uz primjenu biološke terapije ima poboljšanu kontrolu astme, uz smanjenje učestalosti egzacerbacija astme, a time i bolničkog liječenja, bilo u hitnim službama ili neplaniranih posjeta nadležnom obiteljskom liječniku. Također, nastupi prorjeđenje tegoba astme, koje postaju blaže u svojem intenzitetu, uz poboljšanje tolerancije tjelesnog opterećenja, a što se očituje poboljšanim nalazima plućne funkcije, a što značajno podiže kvalitetu života. Dobar dio bolesnika uspije smanjiti ili čak prestane potpuno uzimati oralne steroide u redovitom trajnom dnevnom režimu liječenja astme, što je osobita korist kada znamo koliko ozbiljnih nuspojava izaziva primjena kortikosteroida u dozama preko 500 mg godišnje; od pojave šećerne bolesti, povišenog krvnog tlaka, osteoporoze, adrenalne insuficijencije, očnih katarakti, fragilnosti kapilara itd¹².

Prema većini izvješća u literaturi iz nacionalnih registara¹³⁻¹⁴ te iz osobnog iskustva rada u najvećem centru za tešku astmu u Hrvatskoj (KBC Zagreb, Klinika Jordanaovac), oko 90% bolesnika ima povoljan odgovor na aplikaciju biološke terapije, gdje pratimo smanjenje učestalosti egzacerbacija astme, smanjenje doze oralnih

steroida, bolju kontrolu astme (objektiviziranu standardiziranim upitnicima za kontrolu astme, bilo ACT, ACQ ili SAQ), bolje podnošenje fizičkog napora (mjereno mMRC skalom dispneje), bolju plućnu funkciju (mjerena porastom spirometrijskog parametra forsiranog ekspiracijskog volumena FEV₁ za 5% ili 200 ml), smanjenje eozinofilije (mjereno apsolutnim brojem eozinofila u perifernoj krvi), te u nekim slučajevima i poboljšanjem komorbiditeta, npr. smanjenjem pojave urtikarija, atopijskog dermatitisa ili težine rinosinuitisa i/ili nosne polipoze. Na kraju sve to rezultira zadovoljstvom bolesnika i značajno boljom kvalitetom života. Među navedenim bolesnicima s teškom astmom s dobrim i djelomičnim odgovorom na aplikaciju bioloških lijekova, oko 15% bolesnika ima izvanredan odgovor (engl. *Super-responder*), u kojih se potpuno normalizira plućna funkcija i nestanu gotovo sve tegobe astme, te se približavaju osjećaju potpunog zdravlja!¹⁵ Naravno i ovi bolesnici i dalje trebaju koristiti lijekove za astmu i trebaju imati redovite kontrole liječnika.

U Hrvatskoj se biološkim lijekovima za tešku astmu liječi nešto manje od 250 bolesnika, daleko manje no što je pretpostavka o broju bolesnika koliko bi ih trebalo biti prema statističkim izračunima s indikacijom za primjenu biološke terapije u teškoj astmi. Ipak, ne smijemo biti nezadovoljni, jer imamo najveći broj bolesnika s teškom astmom koji imaju priliku dobiti najmoderniju, skupi, učinkovitu biološku terapiju, baš precizno za njihov fenotip astme, u odnosu na ostale zemlje u susjedstvu. Prema najstrožim estimacijama, u Hrvatskoj je oko 800 bolesnika s teškom astmom koji zadovoljavaju kriterije za uvođenje biološke terapije, iako je pretpostavka da je preko 5.000 bolesnika s teškom astmom, različitih fenotipova. U velikog broja bolesnika s astmom postoji značajan prostor za unaprijeđenje liječenja primjenom nefarmakoloških mjera (prestanak pušenja, redukcija tjelesne mase, unaprijeđenje mentalnog statusa, uvjeta stanovanja, povećana tjelesna aktivnost, bolja edukacija itd.), kao i redovitom primjenom uobičajenih inhalacijskih lijekova. Funkcija je liječnika i zdravstvenog osoblja da prepoznamo bolesnike s teškom astmom, savjetujemo ih, naučimo, te izvježbamo da koriste lijekove odgovarajućom tehnikom inhalacije redovito, a u onog dijela bolesnika koji sve

to primjenjuju i ne postižu dobru kontrolu astme, da im omogućimo primjenu moćne, personalizirane i učinkovite biološke terapije teške astme.

Reference:

- 1 GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2017 Oct;5(10):e30]. *Lancet Respir Med*. 2017;5(9):691-706.
- 2 Menzies-Gow A, Chiu G. Perceptions of asthma control in the United Kingdom: a cross-sectional study comparing patient and healthcare professionals' perceptions of asthma control with validated ACT scores. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017; 27:48.
- 3 Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, Adcock IM, Bateman ED, Bel EH, Bleecker ER, Boulet LP, Brightling C, Chaney P, Dahlen SE, Djukanovic R, Frey U, Gaga M, Gibson P, Hamid Q, Jajour NN, Mauad T, Sorkness RL, Teague WG. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J*. 2014 Feb; 43(2):343-73.
- 4 Schoettler N, Strek ME. Recent Advances in Severe Asthma: From Phenotypes to Personalized Medicine. *Chest* 2020;157(3):516-528.
- 5 Popović-Grle S. Teška astma. *Medicus* 2011;20(2):169-73.
- 6 Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2020. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-full-report-final-wms.pdf>.
- 7 Hekking PPW, Wener RR, Amelink M, Zwinderman AH, Bouvy ML, Bel EH. The prevalence of severe refractory asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:896-902.
- 8 Kim H, Ellis AK, Noseworthy M, et al. Asthma biomarkers in the age of biologics. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2017;13:48.
- 9 Hanania N.A., Wenzel S., Rosen K., Hsieh H.J., Mosesova S., Choy D.E., et. al.: Exploring the effects of omalizumab in allergic asthma: an analysis of biomarkers in the EXTRA study. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187: pp. 804-811.
- 10 Eger K, Johannes AK, Brinke A, Bel EH. Long-Term Therapy Response to Anti-IL-5 Biologics in Severe Asthma—A Real-Life Evaluation. *J Allergy Clin Immunol: In Practice* 2021;9(3):1094-1200.
- 11 Agache I., Akdis C., Akdis M., Canonica G.W., Casale T., Chivato T., et. al.: EAACI Biologics Guidelines—recommendations for severe asthma. *Allergy* 2021; 76: pp. 14-44.
- 12 Suehs CM, Menzies-Gow A., Price D, Bleecker ER, Canonica GW, Gurnell M, Bourdin A. Expert Consensus on the Tapering of Oral Corticosteroids for the Treatment of Asthma: a Delphi Study. *AJRCCM* 2021;203(7):871-81.
- 13 Schleif F, Brusselle G, Louis R, Vandenplas O, Michils A, Pilette C, Peche R, Manise M, Joos G. Heterogeneity of phenotypes in severe asthmatics. The Belgian Severe Asthma Registry (BSAR). *Respir Med*. 2014;108(12):1723-32.
- 14 Newby C, Heaney LG, Menzies-Gow A, Niven RM, Mansur A, Bucknall C, Chaudhuri R, Thompson J, Burton P, Brightling C, British Thoracic Society Severe Refractory Asthma Network. Statistical cluster analysis of the British Thoracic Society Severe refractory Asthma Registry: clinical outcomes and phenotype stability. *PLoS One*. 2014; 9(7):e102987.
- 15 Pepper N, Hanania NA, Hubert M, Casale TB. How to assess effectiveness of biologics for asthma and what steps to take when there is no benefit. *J Allergy Clin Immunol: In Practice* 2021;9(3):1089.

SE-HR-SEA-6-2021_v01print

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Sponzorirano od strane Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.

Datum pripreme materijala: 12.4.2021.

Elektivnu kirurgiju odgoditi sedam tjedana od detekcije COVID-19 pozitivnog bolesnika

✓ PORUKA ČLANKA

Čini se da je sedam tjedana idealno vrijeme za odgodu operacije, kada je to moguće, nakon što je osoba pozitivna na COVID-19. Rizik smrti bio je oko 3,5 do 4 puta veći u prvih 6 tjedana nakon operacije u više od 3000 ljudi s prijeoperacijskom dijagnozom COVID-19 u usporedbi s bolesnicima bez COVID-19. Nakon 7 tjedana, 30-dnevna stopa smrtnosti pala je na početnu razinu, odnosno jednaka je i u COVID-19 pozitivnih i negativnih bolesnika.

Kirurški zahvat treba odgoditi onima koji su imali (simptomatski) COVID-19 najmanje 7 tjedana od dijagnoze, tvrde **Nepogodiev** i sur. (NIHR Global Health Research Unit on Global Surgery, University of Birmingham, Velika Britanija). Međutim, istraživanje nije prikupilo specifične podatke o dugom COVID-u,

tako da za tu skupinu ne postoje posebne preporuke. Međunarodno, multicentrično, prospektivno, kohortno istraživanje - više od 15 000 suradnika - izvijestilo je o ishodima 140 231 kirurških bolesnika iz 1674 bolnice u 116 zemalja. Ukupno je 2,2 % bolesnika imalo pozitivan test na SARS-CoV-2 prije operacije. Veći udio bolesnika s prijeoperacijskom dijagnozom COVID-19 podvrgnut je hitnoj operaciji, 44 %, u usporedbi s 30 % ljudi koji nisu imali dijagnozu COVID-19. Većina bolesnika bila je asimptomatska u vrijeme operacije, bilo zato što nikada nisu imali simptome COVID-19 ili su simptomi nestali. Primarni ishod bila je 30-dnevna stopa smrtnosti koja je iznosila 0 do 2 tjedna - 9,1 %; 3 do 4 tjedna - 6,9 %; 5 do 6 tjedana - 5,5 %; 7 tjedana ili dulje - 2,0 %. Za usporedbu, stopa 30-dnevne smrtnosti kirurških bolesnika bez prijeoperacijske dijagnoze COVID-19 iznosila je 1,4 %. Dijagnoza COVID-19 više od 7 tjedana prije operacije nije pokazala značajnu razliku u ishodima. Razlozi povezanosti dijagnoze COVID-19 i veće stope poslijeoperacijskih smrtnih

slučajeva ostaju nepoznati. Međutim, to bi moglo biti povezano s određenim stupnjem plućne ozljede, čak i ako su bolesnici u početku asimptomatski. Intubacija i mehanička ventilacija tijekom operacije mogu pogoršati postojeću ozljedu pluća što dovodi do ozbiljnijeg COVID-19. Autori su otkrili da su poslijeoperacijske plućne komplikacije slijedile sličan obrazac, s višim stopama upale pluća, akutnog respiratornog distres sindroma i neočekivane reventilacije u prvih 6 tjedana nakon dijagnoze COVID-19. Nakon 7 tjedana i poslije stope su bile jednake onima u skupini bez COVID-19. Istraživanja daju važne informacije za bolesnike i liječnike pomažući im u informiranoj raspravi o vremenu elektivnog operativnog zahvata, no naglašava se da to ne vrijedi za hitne bolesnike.

(Anaesth. 2021 Mar 9. doi: 10.1111/anae.15458. Online ahead of print.)

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

✓ PORUKA ČLANKA

U pedijatrijskoj populaciji s Crohnovom bolesti, infekcija C. difficile otkrivena u prvoj godini nakon dijagnoze povezana je s kraćim vremenom do prve operacije resekcije crijeva.

C. difficile infekcija je povezana s povećanom stopom kirurškog liječenja Crohnove bolesti u djece

Istraživači su također pronašli dokaze da promjene u biosintezi metionina i iscrpljivanje korisnih bakterija mogu pridonijeti riziku od operacije. Infekcija *C. difficile* (CD) nesrazmjerno pogađa osobe s upalnom bolesti crijeva. Pedijatrijski bolesnici s upalnom bolesti crijeva imaju 34 % rizik od ponovljene infekcije CD-om, u usporedbi sa 7,5 % u općoj populaciji. Prethodno istraživanje pokazalo je da

odrasli bolesnici s ulceroznim kolitisom i CD infekcijom imaju veći rizik od kolektomije. U istraživanju pod vodstvom Jennifer Hellmann i Lee Denson (University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, SAD) provedena je retrospektivna analiza jednog središta sa 75 pedijatrijskih bolesnika s Crohnovom bolešću. Također je provedeno prospektivno istraživanje na 70 pedijatrijskih bolesnika s Crohnovom bolešću,

PERFORIRANI APENDICITIS U DJECE ČEŠĆI JE NAKON POČETKA PANDEMIJE COVID-19

PORUKA ČLANKA

Stope perforacije kod akutnog apendicitisa povećale su se nakon početka pandemije COVID-19. Međutim, djeca koja su imala pozitivan test na SARS-CoV-2 nisu pokazala apsolutno nikakve razlike u stopama perforacije, boravku u bolnici ili poslijeoperacijskim ishodima u usporedbi s djecom koja su imala negativan test na SARS-CoV-2.

Fisher i sur. (Hassenfeld Children's Hospital, NYU Langone, New York City, New York, SAD) proveli su ovo istraživanje budući da je u to vrijeme bilo puno izvješća o infekciji SARS-CoV-2 koja su se prezentirala gastrointestinalnim simptomima i negativno utjecala na više organ-skih sustava. Zbog toga su se autori u početku bojali da bi apendicitis u bolesnika s COVID-19 mogao rezultirati još gorim ishodima. Početkom pandemije postojala je zabrinutost da bi ograničeni pristup pedijatrija i strahovi od zaraze SARS-CoV-2 mogli odvratiti obitelji od pravovremene procjene u ranom tijeku apendicitisa.

Autori su uspoređivali stope perforiranog apendicitisa u djece mlađe od 18 godina liječene zbog akutnog apendicitisa u tri velika akademska medicinska središta u gradskom području New Yorka tijekom prva dva mjeseca pandemije COVID-19 (od 1. ožujka do 7. svibnja) i usporedili s kontrolnim razdobljem bez COVID-19 (siječanj 2014. do 1. lipnja 2019.). Udio djece s perforiranim apendicitisom bio je veći tijekom razdoblja COVID-19 (25/55, 45 %) nego tijekom kontrolnog razdoblja (351/1291, 27 %; $P = 0,005$), izvješćuju istraživači. Tijekom 22 uzastopna tromjesečja u kontrolnom razdoblju nije bilo tromjesečnog razdoblja koje je pojedinačno pokazalo statistički različitu stopu perforacije u odnosu na ukupnu stopu od 27 %. Prosječno prijeoperacijsko trajanje simptoma bilo je značajno dulje u bolesnika iz razdoblja COVID-19 (71 sat) nego u bolesnika iz kontrolnog razdoblja (47 sati), ali nije bilo značajnih razlika u srednjoj dobi bolesnika ili srednjem broju slučajeva apendicitisa. Tijekom 10-tjednog razdoblja COVID-19 bilo je više perforacija u drugoj polovici (56 %, kada su postojale maksimalne javne kontrole i provedeno univerzalno testiranje na SARS-CoV-2), nego u ranoj polovici (26 %, kada su započeta ograničenja koja preporučuje država, a ispitivanje SARS-CoV-2 bilo je

manje konzistentno). Unatoč tim razlikama, nije bilo značajnih razlika u srednjem broju serumskih vrijednosti leukocita tijekom prezentacije ili u srednjoj duljini boravka između tih razdoblja. Otprilike polovica djece koja su se pojavila s upalom crvuljka u eri COVID-19 imala su pozitivan test na SARS-CoV-2, ali nije bilo razlika u stopama perforacije niti bilo kojoj drugoj izmjerenoj kliničkoj varijabli između one pozitivne i one negativne na virus. Glavna je namjera autora uvjeriti liječnike i obitelji da hitne ambulante, bolnice i operacijske sale ostaju izvanredno sigurnim okruženjima u kojima je vjerojatnost zaraze SARS-CoV-2 iznimno niska. Nasuprot tome, odgođena prezentacija u bolnici zbog nečega poput apendicitisa, doista povećava vjerojatnost komplikacija poput perforacije, što može imati ozbiljne posljedice. Kašnjenje dijagnoze i liječenja u "rutinskim" hitnim medicinskim slučajevima može postati jednaka prijetnja kao i sam COVID-19 u dječjoj populaciji.

(Ann Surg 2020 Sep 24. doi: 10.1097/SLA.0000000000004426.)

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

koristeći sekvenciranje metagenoma, da bi ispitali vezu između sastava mikrobiote i nositelja *C. difficile* ili operacije u anamnezi. Devetnaest posto bolesnika imalo je pozitivan test na *C. difficile*. Korištenje antibiotika povezano je s *C. difficile* (OR 7,9; $P = 0,02$). Od bolesnika koji su bili podvrgnuti testiranju na *C. difficile* u prvoj godini 23 je operirano: 21 % onih koji su bili negativni na *C. difficile* zahtijevalo je operaciju, u usporedbi sa 67 % onih koji su bili pozitivni (OR 4,4; $P = 0,0003$). Prosječno vrijeme do operacije iznosilo je 527 dana za bolesnike pozitivne na *C. difficile* i 1268 dana za one negativne. Multivarijatna regresijska analiza 54 bolesnika s potpunim skupovima podataka pokazala je da je prisutnost *C. difficile* povezana s povećanim rizikom od operacije (OR, 16,2; $P = 0,0006$). Sekvenciranje je otkrilo da je 47 od 114 vrsta bakterija koje su bile povezane s prisutnošću *C. difficile* također povezane s prethodnom operacijom Crohnove bolesti. Istraživači su

također otkrili da su putovi sinteze metionina smanjeni u *C. difficile* pozitivnih kirurških bolesnika. Metionin može pojačati antioksidativni kapacitet i poboljšati morfologiju resica. Pokazalo se da bolesnici s upalnim bolestima crijeva s disbiozom i oni s egzacerbacijom Crohnove bolesti imaju smanjenu aktivnost puta metionina, što ukazuje na to da promjene u biosintezi metionina imaju klinički značaj. Istraživanje je financirao National Institutes of Health.

(Inflamm Bowel Dis. 2020;26:1212-1221.)

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

INTRAMUSKULARNA ELEKTRIČNA STIMULACIJA SMANJUJE BOL NAKON OTVORENE DUODENOPANKREATEKTOMIJE

▼ PORUKA ČLANKA

Intramuskularna električna stimulacija može ublažiti bol nakon otvorene pankreatikoduodenektomije s prezervacijom pilorusa te bržim oporavkom od vršnog protoka kašlja i brzine hoda. Prednost je što nema štetnih događaja, a značajno se smanjuje korištenje (opioidnih) analgetika.

Električni impuls iglama kojim se postiže intramuskularna stimulacija (Needle electrical twitch obtaining intramuscular stimulation - NETOIMS) korišten je za ublažavanje mišićne boli zbog prenaprezanja mišića ili sindroma miofascijalne boli, objašnjavaju **Park** i sur. (bolnica Gangnam Severance, Sveučilište Yonsei, Seul, Južna Koreja). U planiranju ovog randomiziranog istraživanja, autori su pretpostavili da će smanjiti poslijeoperacijsku bol nastalu iz mišića. Stoga i smanjenje ocjene boli

za njih nije iznenađujući rezultat. Međutim, vrijedno je napomenuti da su se i vremena oporavka vršnog protoka kašlja i brzine hoda drastično smanjila u skupini NETOIMS. NETOIMS cilja na duboke motoričke zone koštanih mišića i rezultira opuštanjem mišića neposredno nakon električno izazvanih kontrakcija mišića. Nijedno prethodno istraživanje nije istraživalo učinke NETOIMS-a na poslijeoperacijsku bol nakon otvorene operacije trbuha. Autori su procijenili kliničke učinke NETOIMS-a na poslijeoperacijsko ublažavanje boli, funkcionalni oporavak brzine hoda i smanjenje plućnih komplikacija u 44 bolesnika s pankreatikobilijarnim tumorima koji su bili podvrgnuti otvorenoj pankreatikoduodenektomiji s prezervacijom pilorusa (PPPD). Neposredno nakon zatvaranja trbuha NETOIMS je izveden na 14 stimulacijskih mjesta obostrano na m. rectus abdominis. Svaka točka stimulirana je s 1 Hz tijekom 10 sekundi. Vizualni analogni rezultat boli (VAS, 0 = bez boli do 10 = neizdrživa bol) u 3. poslijeoperacijskom danu bio je značajno manji u skupini NETOIMS nego u kontrolnoj skupini (3,22 prema 4,05). Prosječno vrijeme

potrebno da bi se ocjena boli smanjila na 2 bilo je 12,4 dana za skupinu NETOIMS u odnosu na 15 dana za kontrolnu skupinu. Rezultati boli vratili su se na prijeoperacijske razine u obje skupine do 28. poslijeoperacijskog dana. Među sekundarnim ishodima, vrijeme potrebno da bi srednja brzina hoda bila najmanje 100 % prijeoperacijske razine iznosilo je 20,7 dana za skupinu NETOIMS i 29 dana za kontrolnu skupinu. Vršni protok kašlja (maksimalni protok zraka stvoren tijekom kašlja) smanjio se nakon operacije u obje skupine i vratio na prijeoperacijsku razinu do 28. postoperativnog dana. Poboljšanje vršnog protoka od 2. do 7. poslijeoperacijskog dana bilo je značajno veće u skupini NETOIMS nego u kontrolnoj skupini (25,33 % prema 17,13 %). Tijekom istraživanja nije bilo štetnih događaja povezanih s intervencijom, niti ozbiljnih štetnih događaja.

(J Am Coll Surg. 2020;231:339-350.)

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

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Kves D, Lisnic Juranic V, Lisnic B, Tomac J, Golemac M, Brizic I, Indenbirken D, Brdovcak Cokaric M, Bernardini G, Krstanovic F, Rozmanic C, Grundhoff A, Krmpotic A, Britt WJ, Jonjic S. NK/ILC1 cells mediate neuroinflammation

and brain pathology following congenital CMV infection. **J Exp Med.** 2021; 218(5). doi: 10.1084/jem.20201503

Lamot L, Miler M, Vukojević R, Vidović M, Lamot M, Trutin I, Gabaj NN, Harjaček M. The increased levels of fecal calprotectin

in children with active enthesitis related arthritis and MRI signs of sacroiliitis: the results of a single center cross-sectional exploratory study in juvenile idiopathic arthritis patients. **Front Med (Lausanne).** 2021 Mar 8;8:650619. doi: 10.3389/fmed.2021.650619.

Mujkić R, Šnajder Mujkić D, Ilić I, Rodak E, Šumanovac A, Grgić A, Divković D, Selthofer-Relatić K. Early childhood fat tissue changes-adipocyte morphometry, collagen deposition, and expression of CD163+ cells in subcutaneous and visceral adipose tissue of male children. **Int J Environ**

Niže stope ponovne paraezofagealne hernije nakon robotske rekonstrukcije

▼ PORUKA ČLANKA

Robotski asistiran popravak paraezofagealne kile povezan je sa značajno nižom stopom recidiva kile nego što je to slučaj s laparoskopskom operacijom. Pretpostavka je da su opsežna disekcija medijastinuma i mobilizacija jednjaka (ponovno produljenje) olakšani robotskim pristupom

Ovo je prva velika serija koja pokazuje potencijalnu prednost robotske kirurgije pri izvođenju popravka paraezofagealne kile (eng. ParaEsophageal Hernia - PEH) ne samo kod primarnih popravaka već i u ponovljenim popravcima zbog recidiva, koji su puno složeniji, navodi Carlos Galvani (pročelnik Zavoda za minimalno invazivnu i bariatrijsku kirurgiju pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta Tulane u New Orleansu, Louisiana, SAD), koji nije bio uključen u istraživanje. O dugoročnim ishodima robotski asistiranog popravka PEH-a ne zna se puno. U ovom novom istraživanju su **Awad** i sur. (Medicinski

fakultet Sveučilišta Washington u St. Louis, Missouri, SAD) pratili 233 odrasle osobe koje su podvrgnute postupku u tom središtu između 2010. i 2014. godine. Prosječna dob bolesnika iznosila je 67 godina, a dvije trećine bile su žene. Otprilike tri četvrtine imalo je PEH tipa III, ostatak tip IV ili II. Jedan vrlo iskusan kirurg izvodio je operacije koristeći kirurški sustav da Vinci Si ili Xi. Prosječno operacijsko vrijeme iznosilo je 184 minute, a procijenjeni gubitak krvi 34 ml. Nije bilo konverzija u otvoreni postupak. Prosječno trajanje boravka u ustanovi bilo je 1,9 dana, a jednom je bolesniku bila potrebna operacija u prvih 30 dana. Dostupni su petogodišnji podaci o praćenju 145 bolesnika (62 %), od kojih je 9 % imalo recidiv hijatalne hernije - stopu koju je dr. Galvani nazvao "izvanrednom". Tijekom petogodišnjeg praćenja bilo je 91 % bolesnika zadovoljno rezultatima kirurškog zahvata, a samo su dva operirana zbog ponovne pojave PEH-a. Zabilježen je velik pad uporabe antirefluksnih lijekova i značajno poboljšanje rezultata na upitniku o životnoj kakvoći povezanih s gastroezofagealnom refluksnom bolešću (GERD-HRQL), s 25,6 na 4,5. Ovi rezultati pokazuju da je robotski asistirani popravak PEH-a s iskusnim kirurškim timom sigurna i učinkovita alternativa laparo-

skopskom popravku, s izvrsnim dugoročnim ishodima, uključujući vrlo nisku stopu recidiva, naglašavaju autori. Napominju da je to u suprotnosti s petogodišnjom stopom recidiva nakon laparoskopske kirurgije od 57 %, u multicentričnom američkom istraživanju objavljenom 2012. godine. Autori kažu da ono što je u podlozi ovih novih otkrića i rezultata nije potpuno jasno, ali pretpostavljaju da opsežna disekcija medijastinuma i mobilizacija jednjaka (ponovno produljenje) olakšani robotskim pristupom mogu biti značajan čimbenik koji doprinosi tome. Dr. Awad je objasnio da zbog teškog oblika PEH-a (kojem obično treba desetljeća da se razvije) torakalni dio jednjaka poprima oblik vadičepa, te da je mobilizacija važan cilj i korist od robotskog popravljanja kile. Krajnja poruka je da nam robotski asistirani pristup omogućuje dramatičan utjecaj na stopu recidiva.

(J Am Coll Surg. 2020 Aug 3;S1072-7515(20)31329-6. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.07.754.)

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

Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3627. doi: 10.3390/ijerph18073627.

Petranović Ovcariček P, Giovanella L, Carrió Gasset I, Hindić E, Huellner MW, Luster M, Piccardo A, Weber T, Talbot JN, Verburg FA. The EANM practice guidelines for parathyroid imaging. **Eur J Nucl Med Mol Imaging.** 2021 Apr 10. doi: 10.1007/s00259-021-05334-y.

Primorac D, Odak L, Perić V, Čatić J, Šikić J, Radeljić V, Manola Š, Nussbaum R, Vatta

M, Aradhya S, Sofrenović T, Matišić V, Molnar V, Skelin A, Mirat J, Brachmann J. Sudden cardiac death-a new insight into potentially fatal genetic markers. **Front Med (Lausanne).** 2021 Mar 22;8:647412. doi: 10.3389/fmed.2021.647412

Primorac D, Molnar V, Matišić V, Hudetz D, Jeleč Ž, Rod E, Čukelj F, Vidović D, Vrdoljak T, Dobričić B, Antičević D, Smolić M, Miškulin M, Čačić D, Borić I. comprehensive review of knee osteoarthritis pharmacological treatment and the latest

professional societies' guidelines. **Pharmaceuticals (Basel).** 2021 Mar 2;14(3):205. doi: 10.3390/ph14030205.

Solic I, Racetin A, Filipović N, Mardesic S, Bocina I, Galesic-Ljubanovic D, Glavina Durdov M, Saraga-Babić M, Vukojevic K. Expression pattern of α -tubulin, inversin and its target dishevelled-1 and morphology of primary cilia in normal human kidney development and diseases. **Int J Mol Sci.** 2021 Mar 28;22(7):3500. doi: 10.3390/ijms22073500.

Šribar A. Critical Care Medicine Review: 1000 Questions and Answers. **Anesth Analg.** 2021 Jan 1;132(1):e10. doi: 10.1213/ANE.0000000000005240.

Vidak M, Barać L, Tokalić R, Buljan I, Marušić A. interventions for organizational climate and culture in academia: a scoping review. **Sci Eng Ethics.** 2021 Mar 30;27(2):24. doi: 10.1007/s11948-021-00298-6.

Dulce cum utili!

Glagoli liti/sipati, iznajmiti/unajmiti i pozajmiti/posuditi

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



U ovom ćemo broju *Liječničkih novina* govoriti o pravilnom značenju riječi s kojima se često susrećemo u svakodnevnoj komunikaciji i za koje često nismo sigurni koju od njih upotrijebiti kako bismo sugovorniku prenijeli točno ono što smo mu željeli reći. Riječ je o glagolima *liti/sipati*, *iznajmiti/unajmiti* i *pozajmiti/posuditi*.

Uspjeh u komuniciranju, odnosno u prenošenju poruka, na širem je području i u različitim vremenima moguć samo ako sudionici u komunikaciji upotrebljavaju zajednički jezik, a takav jezik, zajednički većem broju govornika, najčešće jednoj naciji, kao što znamo, nazivamo standardnim jezikom. Za razliku od mjesnih govora standardnim se jezikom ne ovladava spontano, nesvjesno, najviše zbog toga što je standardni jezik nastao svjesnim naporom jezikoslovaca koji su na neku organsku osnovicu, odnosno, kao što je to slučaj u hrvatskome jeziku, neko narječje, nadogradili jezične elemente i takav oblik jezika normirali. Zato se standardni jezik jednim svojim dijelom razlikuje od svih dijalekata i uvijek

ga je potrebno učiti. Nije neobično, štoviše čak je i poželjno, što se i oni koji su dobro ovladali normama hrvatskoga standardnog jezika ponekad zapitaju što je u hrvatskome jeziku u skladu sa standardnojezičnom normom, odnosno koje je jezične elemente bolje upotrijebiti ovisno o komunikacijskoj situaciji u kojoj se nalaze, kako bez pogreške izgovoriti ili napisati neku rečenicu ili tekst.

Na kraju kratkih objašnjenja o ova tri jezična pitanja o kojima je riječ u ovom broju nalaze se zadatci koji su vezani uz temu pa možete svoje znanje primijeniti na konkretnim rečenicama. Na taj ćete način potaknuti i razvoj svojih jezičnih znanja i njihovu uspješnu primjenu u svakodnevnom komunikacijskim situacijama. To će sigurno pozitivno utjecati na kvalitetu vašega govorenog i pisanog sporazumijevanja i pridonijeti kvaliteti osobnoga i poslovnoga života, a vjerujem da će vam pravilna jezična upotreba pružiti i užitek u svakodnevnoj komunikaciji.

Vjerujem da ste se bar jednom zapitali jesu li u hrvatskome jeziku pravilni glagoli *liti* i *sipati* ili samo jedan od

njih. Promotrimo upotrebu glagola *liti/uliti* i *sipati* u ovim rečenicama:

„Zamolio sam ga da mi u čašu **ulije/uspe** piće.“

„U posudu najprije **ulijte/uspote** kilogram brašna.“

U hrvatskome su jeziku oba glagola pravilna, ali jedan ima jedno, a drugi drugo značenje.

U prvoj rečenici trebalo je upotrijebiti glagol *uliti* (*ulije*) čije je značenje 'ispuštati tekućinu tako da pada ili teče' za razliku od glagola *sipati* (*nasipati*, *usipati*, *posipati*) koji ima drugo značenje 'nešto sipko istresti'. Prema tome, ispravno bi bilo:

„Zamolio sam ga da mi u čašu **ulije** piće.“

„U posudu najprije **uspote** kilogram brašna.“

Evo još nekoliko primjera pravilne upotrebe tih dvaju glagola:

„Anegdote je **sipao** kao iz rukava.“ (NE: lijevao)

„Objasnili su nam koje ulje treba **uliti** u motor.“ (NE: sipati)

Kao što smo već rekli, ako ne razlikujemo riječi slična oblika, može se dogoditi da nesvjesno primatelju poruke prenesemo sadržaj koji ne bismo željeli. To se dobro može vidjeti u upotrebi glagola *iznajmiti/unajmiti* i *pozajmiti/posuditi* koji se nerijetko upotrebljavaju u pogrešnom značenju. Promotrimo ove rečenice:

„**Iznajmljujem** garsonijeru. Molim da bude u tramvajskoj zoni.“

„**Unajmljujem** poslovni prostor u blizini centra.“

„Knjiga mi je hitno trebala pa sam je **pozajmio** u knjižnici.“

„Kosilicu mi je **posudio** samo na jedan dan.“

Možemo primijetiti da se u upotrebi pojavljuju ovi parovi glagola: *iznajmiti* – *unajmiti*, *pozajmiti* – *posuditi*. Kada je riječ o glagolima *iznajmiti/unajmiti*, *pozajmiti/posuditi*, treba biti oprezan jer svaki od tih glagola ima svoje značenje. Glagol *iznajmiti* znači 'dati u najam', glagol *unajmiti* znači 'uzeti u najam', glagol *pozajmiti* znači 'dati uz očekivanje da nam neće biti vraćen isti predmet, nego ista vrijednost', npr. umjesto pozajmljenih jabuka vratit ćemo kruške ili novac u istoj vrijednosti.

Glagol *posuditi* znači 'dati uz očekivanje da će nam biti vraćen isti predmet', na primjer ako smo posudili bicikl, želimo da nam taj isti bicikl bude vraćen. Osoba koja nešto pozajmljuje jest *pozajmljivač/pozajmljivačica*, a osoba koja nešto posuđuje jest *posuđivač/posuđivačica*.

Promotrimo još nekoliko primjera pravilne upotrebe tih glagola:

„Na otoku se **iznajmljuju** brodice.“

('netko brodice iznajmljuje, da ih netko može unajmiti')

„Da bi kriza bila prevladana, banka im je trebala **pozajmiti** još novca.“

('očekuje se da će banci vratiti istu vrijednost novca')

„Nakit za proslavu **posudila** sam od najbolje prijateljice.“

('očekuje se da ću prijateljici vratiti posuđeni nakit')

Vjerujem da ste promislili o uporabi tih riječi i da ćete ih u komunikaciji upotrebljavati u skladu s njihovim značenjem. Ako u razgovoru čujete da netko iznajmljuje stan, treba biti oprezan jer nerijetko govornici hrvatskoga jezika pod tim glagolom podrazumijevaju glagol *unajmiti*, a suprotna značenja tih dvaju glagola mogu napraviti pravu pomutnju u komunikaciji.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke, a sada riješite ova dva zadatka.

PROVJERITE ZNANJE:

1. Koji biste glagol (*iznajmiti*, *unajmiti*, *pozajmiti* ili *posuditi*) mogli upotrijebiti umjesto podcrtanog izraza.

- A** Objavljen je natječaj za davanje u najam poslovnih prostora.
- B** Želite li brodicu uzeti u najam, morate imati potrebnu dozvolu.
- C** Dobio sam knjigu i moram je vratiti za dva tjedan.
- D** Ulje nismo trebali vratiti, nego smo zauzvrat donijeli vrhunsko vino.

2. U kojoj je rečenici umjesto glagola *usipati* trebalo upotrijebiti glagol *uliti*?

- A** U žumanjke treba usipati šećer.
- B** Učenici misle da im se može usipati znanje.
- C** Obasuo ga je riječima hvale.
- D** Nasuo je pijesak u miješalicu.

Točni odgovori: 1. *iznajmiti*, *unajmiti*, *posuditi*, *pozajmiti*; 2. B.

Dr. Đuro Vranešić i „Optimizam“ Helen Kellerove

 Dr. IVICA VUČAK

Za Helen Keller (1880. – 1968.) prvi put sam čuo u drugom razredu gimnazije. Njezin život, ukratko opisan u udžbeniku engleskog jezika, pamtim desetljećima kao primjer upornosti u svladavanju prepreka te beskrajne volje za životom izjednačenim sa stvaranjem. Preboljevši meningitis u dobi od 19 mjeseci Helen je ostala slijepa, gluha i nijema, a njezin kontakt s okolišem koji je tek počela upoznavati svodio se na osjet dodira, mirisa i okusa. Uspriko tome uspjela je, uz pomoć svoje učiteljice, naučiti prstovnu abecedu, koja joj je bila temelj komunikacije. Mogla je imenovati ne samo predmete oko sebe i dijelove svoga tijela, nego i svoje osjećaje i raspoloženja te apstraktne pojmove života i smrti, vjere i filozofije. Osim engleskoga, naučila je i francuski i njemački, ali i latinski i grčki. Naučila je i govoriti. Završila je gimnaziju i studij te se posvetila javnom radu, ne samo za dobrobit slijepih i gluhonijemih, nego i za prava radništva u Americi te za bolji položaj žena u društvu.

Niti tijekom studija medicine niti poslije u različitim oblicima liječničke karijere nisam susreo osobu suočenu s takvim izazovima, a onda sam pronašao njezinu knjigu „Optimizam“ objavljenu u Zagrebu 2001. godine. Na naslovnici je fotografija skulpture „Vječnost“ (terakota, 1998.) umjetnice Sanje Fališevac, rođene 1965. godine u Požegi, koja je u ranom djetinjstvu, uslijed bolesti i posljedica liječenja, izgubila vid i sluh. Unatoč tomu s uspjehom je završila osnovnu školu te Školu za primijenjenu umjetnost u Zagrebu (smjer keramika i tehnika tkanja). Zahvaljujući osobnom optimizmu, optimizmu svoje

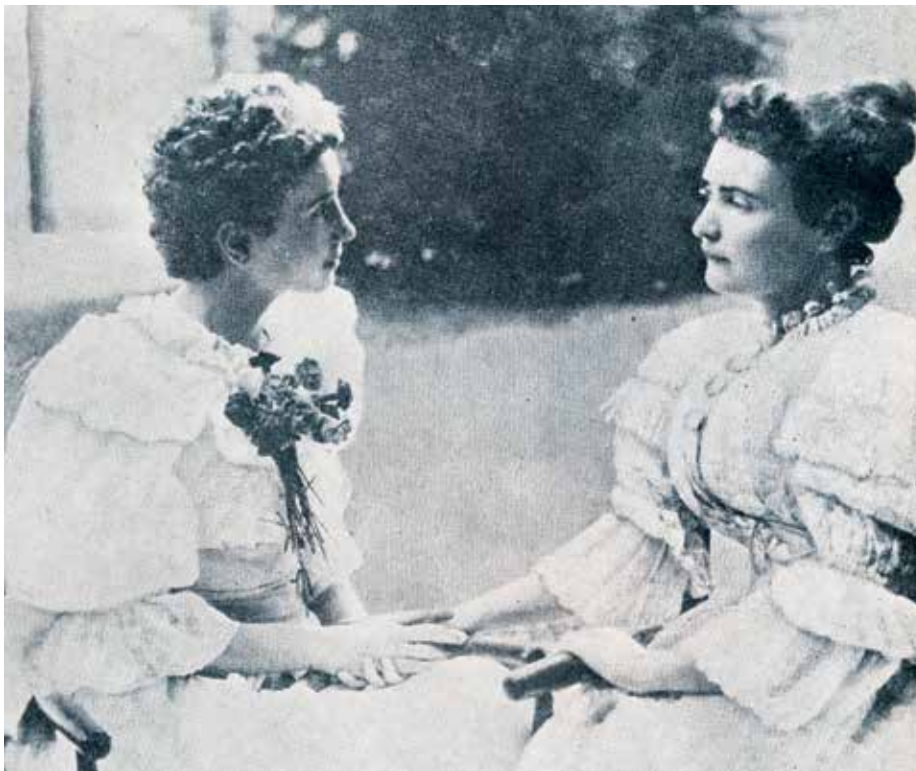
obitelji te optimizmu ljudi koje je susretala, otkrila je i ustrajno razvijala svoj osobit način izražavanja. Živi u Zagrebu, bavi se kiparstvom te je do sada izradila brojne skulpture i priredila niz samostalnih izložbi, a objavila je i knjigu pjesama „Put prema izvoru“.

Knjižica „Optimizam“ pretisak je autoriziranoga prijevoda objavljenoga 1931. u Zagrebu. Tko se, prije 90 godina, odlučio za taj pothvat? Prijevod je djelo gđe Margite Vranešić koja je opisala i životopis Helen Keller te ga tiskala u nakladi zagrebačkog neuropsihijatra dr. Gjura Vranešića, čiji je predgovor i danas aktualan. Evo tog predgovora!

„Predavajući našoj javnosti ovo jedinstveno djelo svjetske literature, mi želimo poslužiti svome narodu, a ujedno odati pažnju slavnoj autorici ove studije Helen Kellerovoj. Ona je lanske godine uz učešće kulturnog čovječanstva proslavila svoju pedesetgodišnjicu – bodra, u naponu stvaranja, jednako još obasjana čistim sjajem svoga optimističkoga životnog zanosu, a kod nas i u našoj literaturi bila je dosada zapravo nezapažena. Njezin „Optimizam“ velika je himna jedne sasvim neobične ličnosti koja i slijepa i gluha, na završetku univerzitetskih studija, u svojoj dvadesetitrećoj, dakle tek na pragu života – stvara definitivne osnove svoga gledanja na život. U doba, dok normalno razvijeni pojedinci još lutaju, tragajući za pokretnom linijom svoje ličnosti, Helen Keller se već uzdigla na visine filozofskog saznavanja te postigla skladno izmirenje sa osnovnim problemima života. A što još više zapanjuje – *to tako teško osakaćeno stvorenje zanosno propovijeda evanđelje dobrote i ljubavi te objavljuje svijetu poruku svoje vlastite sreće i zadovoljstva*. To je osnovna činjenica. „Eto se diže jedna žena, od prirode maćuhinski obdarena,

da sa vedrinom svoga uvjerenja svjedoči o ljepoti i dobroti života“... Njoj život nije nesnosni teret, ona se ne tuži, ne proklinje sudbinu, ne pada u jeremijska raspoloženja, nju ne grize crv nezadovoljstva. Ona je svijet za sebe, ona može misliti i stvarati, ona je svjetlo sunca zamijenila sa svjetlom duha. Ona je dozrijevala u harmoniji jedne velike šutnje.

Herojski život Helen Kellerove, odnosno njezina uporna i pobjednička borba sa strahovitim defektima vlastite prirode, počinje u sedmoj godini života. Bivšoj učiteljici slijepih – Anne Mansfield Sullivan pripada neprolazna zasluga, ona je svladala nadčovječni zadatak, jer je slijepo, gluho i nijemo čeljade od sedam godina uzdigla sa skoro životinjskog nivoa ne samo u svijet konkretnih činjenica i pojava, ona ga je uzdigla do apstraktnog saznanja, u svijet najviših ideja. Ona je učinila, da su pročuli i progledali prsti i dlanovi jadnog malog stvorenja. A ti su prsti u toku vremena napipali nekoliko jezika, oni su ispisali nevjerojatnu količinu literarnih, filozofskih i historijskih djela, *oni su njezinom duhu otvorili sve probleme misaonog čovječanstva* te ju uzdigli u redove njegovih predvodnika. Prsti su zamijenili najsavršenije i najvažnije sjetilne organe – oči i uši, ona je pipajući našla život, njegovu ljepotu i dobrotu, sreću, mir i toliku vedrinu svoje jedinstvene duše. To su činjenice koje zapanjiše svijet, a Helen Keller ih je tako čedno, jednostavno i dražesno opisala nešto prije pojave „Optimizma“, u svojoj opsežnoj autobiografiji „Povijest moga života“. Dok povijest toga čudesnoga života ne stigne i u hrvatsku literaturu (njemački prijevod je do sada doživio 62. izdanje), bit će korisno da na ovome mjestu donesemo barem kratak pregled njezinog rada i života.



Helen Keller (lijevo) sa svojom učiteljicom

“Optimizam“ Helen Kellerove, iako napisan u zanosu žive mladosti i u sređenom predratnom vremenu (otuda stanoviti anakronizmi pri spominjanju Amerike, Indije, Njujorka itd.) toliko je natopljen životnom mudrošću i tako naučno fundiran, da njegova aktualnost nikada ne prestaje. Štaviše, mi držimo vrijednost ove studije upravo danas većom nego ikada, jer je veliko klanje naroda pogoršalo socijalne i materijalne uvjete života, razbilo međusobno povjerenje i razulorilo niske nagone ljudske prirode, jer je smanjena mjera sreće i zadovoljstva, jer je život pun nemira i neprijateljstva. Koliki su samo zdvojili i posumnjali u sve vrijednosti života. Pravo paničko raspoloženje pred neizvjesnošću budućih dana. Odista izumire jedna historijska epoha i rađa se nova, bolja i savršenija. A porod je grčenje, bol i nesigurnost.

“Optimizam“ Helen Kellerove nastao je nakon dugog niza teških nutarnjih i vanjskih borbi i stradanja, iza čestih iako prolaznih poraza, nakon grčevitog traženja istine, izlaza i smisla – usred jedne velike, gluhe i tamne mizerije. On je himna spoznajnom i etičnom oslobođenju čovječe ličnosti.

Zato mi želimo da se natope optimizmom Helen Kellerove oni koji posrću u tvrdoj borbi za opstanak – i koji klonuše zbog nedostataka vlastite prirode i oni koji se saviše pod preteškim zahtjevima i nepogodama izvanjeg života. Oni koji se povukoše u gluhu samoću svoje izolirane egzistencije i koji nijesu dorasli nutarnjim konfliktima. Oni koji nesvjesno teže da izađu iz uskih okvira vlastite ličnosti, a još ne nađoše veza sa životom skupnosti i svoje sredine. Oni kojima je potrebna toplina, razgovor i savjet. Oni koji izgubiše vjeru u ideale svoje, u budućnost i napredak vlastitog naroda i svekolike čovječje zajednice: u nadmoćnost i konačnu pobjedu pravice i dobrote. Naročito pak oni koji izgubiše i tjelesnu i duševnu ravnotežu tj. neurotičari – iskravljeni svojim unutarnjim grčevima i zdvajanjima, ispaćeni tjelesnim patnjama, grozničavi i stravični u očekivanju svojih budućih dana. – Neka dakle svima koji su u nuždi bilo kakovoj posluži svijetli primjer Helen Kellerove: nepatvoreni, sugestivni optimizam slijepe i gluhe optimistkinje, njezino krvavo i neposredno doživljavanje najtežih katastrofa i najvećih zanosâ ljudskog stvorenja, njezino jedinstveno

svjedočanstvo i dokaz o premoći naših unutarnjih, a napose duhovnih snaga i mogućnosti. Njezino traženje i nalaženje zadovoljstva i sreće u sebi samomu, u jedinstvu svoje duhovne ličnosti, u strastvenom služenju općim društvenim interesima i ciljevima, u velikoj harmoniji sa svijetom, prirodom, svemirom i Bogom.

Optimizam velikih duša je zapravo jedina pozitivno pokretna sila u razvitku čovječanstva. Naročito u kritičnom vremenu moralnih i društvenih vrijenja i prevrata.

Dr. Đuro Vranešić

Što znamo o dr. Đuri Vranešiću (Dragoševci, 25.11.1897. – Zagreb, 13.1.1946.)? Prema monografiji o Hrvatskoj liječničkoj komori objavljenoj 2010. bio je predsjednik Liječničke komore Savske banovine u dva mandata (1932. - 1938.) i povjerenik Liječničke komore NDH (1943.- 1944.). Knjiga „Čovjek iz Krležine mape“ (objavljena 2011., a prerađena dva poglavlja objavljena su u „Liječničkim novinama“ 2012.) opisuje Vranešićev život i kraj, nakon svega 23 godine liječničke karijere. Kraj izvršenjem presude Vrhovnog suda Hrvatske od 11. prosinca 1945. na smrt strijeljanjem, nakon što je na prvom suđenju 30. listopada 1945. bio oslobođen, a na drugom 17. studenoga 1945. osuđen na 20 godina zatvora. To je knjiga o njemu i njegovom sinu, ali i o Krleži i čitavom nizu javnosti znanih ljudi (među njima i poznatih onodobnih liječnika) na čije je živote utjecao dr. Vranešić, a i oni na njegov. To jest knjiga o zbivanjima u prošlosti, ali koja zasijećaju i u našu današnjicu pa je to knjiga i o nama. Stoga nije čudo da je ta knjiga provocirala i suvremene „opinion makere“ u medicinskim krugovima (prof. dr. Veljko Đorđević: Izgubljene duše, Zagrebački institut za kulturu zdravlja, Zagreb 2016.), ali i izvan njih (Miljenko Jergović: Đuro Vranešić: Smrt i sinovi, Subotnja matineja, Jutarnji list 26.11.2011.).

Dr. Vranešić je u prvom redu bio liječnik, neuropsihijatar pa bi, u cilju upotpunjenja njegova životopisa, bilo potrebno prikupiti podatke o njegovom školovanju i liječničkoj karijeri.

Prof. dr. Asaf Duraković

Zagrebački liječnik s tri doktorata i profesor na četiri fakulteta

✍ ŽELJKO POLJAK

Kao po nekom pravilu, genijalni hrvatski liječnici zablistaju svojim umom tek u tuđini i lako ih zaboravljamo. Iako je specijalist nuklearne medicine prof. dr. Asaf Duraković afirmirao Hrvatsku i hrvatsku medicinu u svjetskim razmjerima, mi o njemu malo znamo pa stoga vrijedi da ga uvrstimo u seriju koja već godinama u Liječničkim novinama otima zaboravu takve ličnosti. Taj svjetski čovjek i suvremeni enciklopedist s upravo nevjerojatno bogatom erudicijom i kompetencijom dominirao je u svim područjima kulture i medicine kojima se bavio. Bio je izuzetan intelektualac, pjesnik, književnik, široko obrazovan, iznimno nadaren, neponovljive memorije. Cijeli svoj život bio je ne samo medikus, nego i promotor Hrvatske kao borac za njezinu slobodu, i riječima i djelom. Poznate su njegove akcije i govori o hrvatskoj slobodi za vrijeme komunističke vladavine u domovini, a zatim diljem svijeta, od SAD-a do Australije. U samom početku Domovinskog rata sve je napore usmjerio obrani domovine pa ako možda nije za to dobio neko priznanje u domovini, tim više zaslužuje da ga ovdje predstavimo.

Rođen je 16. svibnja 1940. u Stolcu, Hercegovina, kao potomak viteške loze oca Bekira iz Grančareva (Lastva) i majke Remze, plemenitog roda Omanbegovića iz Trebinja. Rano je napustio rodno ognjište i rano ostao bez oca, časnika hrvatskih oružanih snaga i žrtve bleiburškog bojišta. Odrastao je u vremenu trpljenja i mijena, pod budnim majčinim okom i daleko od djedovskog ognjišta, kao srednji od trojice braće, starijega brata prof. dr. Senadina i mlađeg brata zagrebačkoga kardiologa i akademika prof. Zijada Durakovića. Najraniju mladost provodio je u društvu istaknutih pjesnika, novelista i stvaratelja.

U Zagrebu je živio od 1943. i u njemu završio osnovnu i srednju školu te 1962. najprije diplomirao veterinu. Iste je godine započeo s radom iz područja biomedicine u Institutu Ruđer Bošković, a potom od 1962. do 1968. u Institutu za medicinska istraživanja i medicinu rada u Zagrebu, u Laboratoriju za mineralni metabolizam. Završio je poslijediplomski studij prirodnih znanosti i pod mentorstvom akademkinje Kriste



Kostial-Šimonović u Institutu izradio magistarski rad, a potom je na Medicinskom fakultetu obranio disertaciju iz područja metabolizma radioaktivnih elemenata kalcija i stroncija i mogućnosti njihova odstranjivanja. Kao stipendist Britanskog savjeta za medicinske znanosti nastavio je poslijedoktorske studije u Oxfordu, Engleska, u Laboratoriju za biomedicinu pod vodstvom prof. dr. Ivana Carra. Slijedi dvogodišnja stipendija kanadske vlade za visoke studije i znanstveni rad u glavnom gradu Kanade, Ottawi. U tom vremenu nastavio je svoja istraživanja mineralnog metabolizma, napose inkorporacije radioizotopa u organizam čovjeka, kao i mogućnosti njihova odstranjenja.

Studij humane medicine u Kanadi u kanadskom McMaster University Medical Faculty u Hamiltonu, Ontario, upisao

je 1972. i već 1975. diplomirao (priznati su mu predklinički predmeti). Na taj prestižni studij upisivalo se godišnje samo 80 studenata, a prosječno se natjecalo 30 puta više kandidata. Studij nije imao ljetnih ni zimskih praznika, a nisu postojali ni slobodni vikendi. Duraković je taj studij završio u rekordnom vremenu. U svojim daljnjim studijima postigao je tri doktorata, završio je poslijedoktorske studije u Hamiltonu (Kanada) te stekao počasni doktorat na Cosmopolitan University (Kansas, SAD). Specijalističke studije iz radiologije i nuklearne medicine nastavio je i položio rigorozne ispite u Engleskoj, Americi i Kanadi. Nakon toga dobio je ponudu Ministarstva obrane SAD-a i promaknut je u zvanje voditelja Zavoda za nuklearnu medicinu u Sveučilišnoj Federalnoj bolnici Walter Reed u Washingtonu, D.C. Nakon promaknuća u voditelja Zavoda za nuklearnu medicinu u znanstvenom Institutu za radiobiologiju u Bethesda nastavio je u svojstvu profesora radiologije i nuklearne medicine istraživanje učinka nuklearne energije na organizam.

Potom je 1991. diplomirao na vojno-medicinskoj akademiji SAD-a u Fort Loevenworthu, Missouri. U vojno-medicinskoj službi stekao je čin bojnika, a zatim čin pukovnika Vojno-medicinskog korpusa SAD-a i znanstvenog savjetnika Svjetske zdravstvene organizacije. Bio je član ekspertnog tima za nuklearne nesreće i savjetnik predsjednika SAD-a R. Reagana za globalni rizik i učinak nuklearnog rata i nuklearne zime. U svojstvu eksperta udruženih sveučilišta Oak Ridge (država Tennessee, SAD), a s tečnim znanjem i ruskog jezika, 1987. je otišao u tadašnji Sovjetski Savez u svojstvu voditelja medicinske ekipe SAD-a u studijama nuklearnih eksplozija u sovjetskoj središnjoj Aziji. U pustim stepama Sibira i Kazakhstana promatrao je pokusne atomske eksplozije. Nakon nuklearne nesreće bio je klinički savjetnik Izraelskog Černobilskog projekta. Dao je i velik doprinos otkrivanju zaljevskog sindroma u SAD-u.

**Rodna me zemlja čeka. Ona mi nemir znade
Jedno je srce u nas. Zna uzrok mojega bijega
Radosna darove sprema da svome sinu dade
Polja prepuna sunca. Planine prepune snijega.**

(Iz zbirke: Zapis o zemlji Hrvatskoj, Asaf Duraković)

sokola; Sat bezvremena. U knjizi *Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti od Dimitrija Demetra do danas* (HAZU, Zagreb, 2008.) objavljene su mu četiri pjesme. Bio je član Društva hrvatskih književnika i Društva hrvatskih književnika Herceg-Bosne.

Duraković se pojavio u najmanje četiri dokumentarna filma: *Sworn to Secrecy: Secrets of War*, *Todesstaub (Deadly Dust)*, *Die Story*, *Invisible War*, te u brojnim hrvatskim dokumentarnim filmovima vezanim za Domovinski rat. Bio je čest gost predavač na mnogim svjetskim sveučilištima, kao i u televizijskim emisijama (npr. na BBC-u i CNN-u) i dokumentarnim filmovima (npr. *The Invisible War*, 2012.).

Duraković je kao liječnik specijalist radiologije i nuklearne medicine bazično radio u Washingtonu, DC, SAD, iz kojega je putovao i boravio svijetom pronoseći medicinske znanosti i struku. Osnivač je i direktor The Uranium Medical Research Centra i The World Life Instituta u Washingtonu, D.C. i Waterportu, N.Y.

U svojstvu humanitarca posvetio se zbri-
njavanju ratne siročadi, posebno u Bosni i Hercegovini. Pripadnik je mnogih intelektualnih udruga u svijetu, borac za hrvatsku samostalnost, književnik je, a napose vrstan pjesnik. Bio je imam džamije u Torontu, derviš i šaik Sufijskog reda, pukovnik medicinske službe američkih oružanih snaga, američki ekspert za nuklearne nesreće itd. Preminuo je 16. prosinca 2020. okružen suprugom, prof. dr. Julianne-Gulhane Hazen, sveučilišnom profesoricom kulturne antropologije u SAD-u, i dvjema kćerima: Adiyom i Safiyom. Ispraćen je uz najviše počasti američke vojske, visokih američkih intelektualnih udruga i uz najviše vjerske počasti u gradu Waterportu, država New York.

Izvori

- Akademik Zijad Duraković, osobno
- *The Scientific Legacy of Dr. Asaf Durakovic*, prof. MD, PhD, DVM, MSC, FACP (urednici David E. Bell i Marissa Z. Bell).
- <https://umcr.net/> ili: <http://umcr.net/dr-asaf-durakovic/#bio>

Promaknut je u zvanje profesora na četiri sveučilišta u SAD-u i u svojstvu pozvanog profesora predavao je na mnogim sveučilištima Sjeverne i Južne Amerike, Australije, Europe, Azije, Izraela, Južne Afrike, Sovjetskog Saveza, Japana, Bliskog i Dalekog Istoka, uključujući Medicinski fakultet u Zagrebu. Dobio je zvanje *visiting professor* na mnogim prestižnim svjetskim sveučilištima te proputovao svijet od Sjevernog do Južnog pola. Bio je osnivač i direktor The Uranium Medical Research Centra, osnivač i direktor The World Life Instituta u Washingtonu, D.C., i Waterportu u državi New York, kao i Emergency Management Research Instituta u SAD-u i Kanadi.

Izvorno je opisao Zaljevski sindrom u vojnoj i civilnoj populaciji Iraka. Na njegov poticaj terenski tim The Uranium Medical Research Center proučavao je učinke radioaktivnog oružja u civilnoj i vojnoj populaciji u Iraku, Afganistanu, na Balkanu i u Palestini (Gaza). Napose je proučavao somatske i genetičke učinke kontaminacije organotropnim radioaktivnim izotopima na organizam čovjeka i biosferu, s posebnim naglaskom na učinke transuranskih elemenata. Bio je velik zagovornik svijeta bez nuklearnog oružja. Rezultate svojih istraživanja i razmišljanja iznosio je pred Kongresom SAD-a, pred Europskim parlamentom kao i pred oba doma Japanskog parlamenta. Dobitnik je međunarodne mirovne nagrade The Nuclear – Free Future Award, Jaipur, India 2004.

Autor je više od 250 objavljenih znanstvenih radova iz područja medicine u priznatim međunarodnim časopisima i više tekstova u medicinskim udžbenicima za preddiplomske i poslijediplomske studije diljem svijeta. Održao je više stotina pozvanih predavanja u medicinskim i drugim krugovima širom

svijeta. Njegov opus također uključuje mnoga istraživanja i znanstvene radove i iz područja islamskih ezoteričnih znanosti Sufijskog sadržaja. Obišao je Bliski Istok u svojstvu gosta i predavača u Saudijskoj Arabiji, Iraku, Siriji, Jordanu i Emiratima. Na Institutu Kralj Fejsal u Rijadu proveo je dvije godine kao direktor Zavoda za nuklearnu medicinu. Govorio je šest svjetskih jezika. Toliko o medicini. Iako odvojen od domovine, kao pjesnik je stihovima svjedočio o vječnosti ljepote. Bio je suradnik Hrvatskog književnog lista prije i za vrijeme Hrvatskog proljeća. U mnogim je časopisima Hrvata izvan domovine i u domovini objavljivao svoje pjesme. Pjesme su mu objavljene u Antologiji hrvatskog mlađeg pjesništva u Barceloni, urednika Vinka Nikolića, u Hrvatskoj reviji u Barceloni i u mnogim drugim časopisima. Napisao je više knjiga i više eseja o hrvatskoj slobodi, koju je predskazao prije kraja 20. stoljeća, npr. u knjigama *Od Bleiburga do muslimanske nacije* (Vedrina, Toronto 1972.) i *Mjesto muslimana u Hrvatskoj narodnoj zajednici* (Vedrina, Toronto 1974.). Mnogobrojni eseji su mu objavljeni u hrvatskim časopisima izvan domovine.

Autor je 13 samostalnih zbirki poezije: *Tamne alge*, *Dimovi i magle*, *Stazama Ahasvera*, *Velike vode*, *Stazama Sarmata*, *Nanosi pijeska*, *Planina Kaf*, *Vode ponornice*, *Tamno ogledalo*, *Jedanaesta ploča*, *Husein* (na engleskom jeziku), *Žetva - The Harvest* (na hrvatskom i na engleskom), *Beramska kapela - Beram Chapel* (na hrvatskom i na engleskom). Mnoge su mu pjesme objavljene u književnim časopisima u Hrvatskoj kao što su *Oko*, *Hrvatski književni list*, *Vjesnik*, *Glasnik*, *Ognjište*, *Marulić*. Pjesme su mu objavljene i u zbirkama pjesama hrvatskih liječnika: *Zapis o zemlji Hrvatskoj*; *Vukovarsko zvono*; *Lijet sarmatskog*

IVANA MOŠIĆ PRAŽETINA

dipl. soc. radnik
KBC Sestre milosrdnice,
Klinika za psihijatriju

izv. prof. dr. sc. VANJA BRANICA

Studijski centar socijalnog rada,
Pravni fakultet u Zagrebu

SOCIJALNI RADNIK U ZDRAVSTVU

Djelovanje socijalnih radnika je u zdravstvenom sustavu, povijesno gledano, jedno od prvih područja u kojima se socijalni rad kao profesija etablirao. Naime, od formiranja profesije kroz obrazovanje socijalnih radnika (prvo obrazovanje započinje 1952. godine) do prvog zapošljavanja socijalne radnice 1955. godine u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče prošlo je svega nekoliko godina. Otada je prisutnost socijalnih radnika u zdravstvenom sustavu konstanta. Njihova nekadašnja brojnost značajno opada nakon 1990. godine zdravstvenom reformom, mijenjanjem propisa i „statusa“ koje su dotada socijalni radnici imali, no i dan danas područje zdravstva ostaje, nakon sustava socijalne skrbi, jedno od najznačajnijih područja u kojem su socijalni radnici zaposleni.

Djelatnost socijalnih radnika, stručnjaka s licencijom za samostalan rad, u zdravstvenim ustanovama prvenstveno određuju javne politike, a potom i *Zakon o djelatnosti socijalnog rada* koji primarno definira njihovo područje rada i opseg djelovanja rada. Poziciju struke unutar zdravstvenog sustava definira *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, gdje smo prepoznati kao zdravstveni suradnici. Dijagnostičko-terapijski postupci socijalnih radnika (DTS i DTP) propisani su šifrnacima *Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje*. Profesija socijalnog rada u zdravstvenom sustavu djeluje s ciljem rješavanja socijalnih problema pacijenata i njihovih obitelji,

koristeći niz pomažućih intervencija. Poslovi socijalnih radnika ovise o ustanovi u kojoj su oni zaposleni (KBC, OB, ZJZ ili specijalna bolnica), no i o samomu mjestu njegova rada. Drugim riječima, iako se u mnogočemu preklapaju, njihov posao u svom fokusu ima sustavno razumijevanje razvoja psihičkih bolesti i u pristupu je orijentiran više na metode psihosocijalnog savjetovanja s pojedincom, parom i/ili obitelji ili na tehnike grupnoga rada. Posao „općeg“ socijalnog radnika u zdravstvu, prvenstveno polazi od procjene psihosocijalnih rizika i bolesnikovih snaga i njegovih potreba vezanih uz vrstu bolesti. Analizom socijalne mreže i potencijalnih prepreka u ostvarivanju zdravstvene i socijalne zaštite, nužno je hitno i brzo procijeniti bolesnikovo funkcioniranje u njegovoj lokalnoj zajednici, kako bi se potom procijenila potreba za smještajem, uključivanjem drugih ustanova ili službi poput centra za socijalnu skrb ili patronaže. Suradnja je važna riječ u radu socijalnog radnika – kako s drugim stručnjacima u zdravstvenoj ustanovi (liječnicima i medicinskim sestrama), tako i sa stručnjacima i pružateljima usluga u lokalnoj zajednici, a s ciljem povećavanja pozitivnih ishoda, postizanja bolje kvalitete brige i skrbi za pacijente. Kako bismo u tome uspjeli apeliramo da nas svi s kojima surađujemo uključite odmah po uvidu u postojanje socijalnih čimbenika/problema koji utječu na pojavu i tijek bolesti i liječenja te na kakvoću bolesnikova života, jer sva-

ka intervencija koju provodimo mora biti potkrijepljena korespondencijom s drugim ustanovama i zahtijeva vrijeme provedbe, kao npr. za pronalaženje smještaja.

U našem radu obvezuje nas *Etički kodeks socijalnih radnika Hrvatske* i poštujemo načela i dobru praksu, *Zakon o zaštiti prava pacijenata* i *Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite*. Polazimo od bio-psiho-socijalnog modela te potičemo holistički pristup, orijentiranost prema bolesniku, njegovo pravo na sudjelovanje u terapijskim postupcima radi unaprjeđenja zdravlja i kvalitete života bolesnika i njegove obitelji. Rad socijalnog radnika definiran je pravilnikom ustanove i kolektivnim ugovorom te se uglavnom provodi kao osmosatno radno vrijeme, a raspoloživost 24/7/365 je dostupna kroz međusektorsku suradnju s kolegama, socijalnim radnicima, u centrima za socijalnu skrb.

U posljednje vrijeme bilježimo blag porast zapošljavanja socijalnih radnika u zdravstvu. Vjerujemo da su voditelji zdravstvenih ustanova prepoznali kako se postojanjem socijalnih radnika u zdravstvenom sustavu smanjuje bolničke troškove, pridonosi smanjenju broja hospitalizacija i rehospitalizacija, smanjuje potrebe za liječničkim kontrolama i povećava bolesnikove socijalne aktivnosti, kao što su pokazala i istraživanja.

vbranica@pravo.hr

Pravo na drugo stručno mišljenje

 **DINO SALIHAGIĆ, mag. iur.**

Svi ćemo se složiti da pacijenti prema liječnicima osjećaju strahopoštovanje prvenstveno zbog činjenice da su izabrali vrlo zahtjevnu, ali i najhumaniju profesiju. Odnos liječnik - pacijent zasniva se na međusobnom povjerenju i uvažavanju, pri čemu pacijent poštuje preporuke liječnika, a liječnik zdravlje i dobrobit pacijenta. Prema tome, traženje drugog mišljenja u pacijenta izaziva etičke dvojbe jer smatra da bi na taj način pokazao nepoštovanje prema svom liječniku. To predstavlja relikat paternalističkog pristupa u medicini, prema kojemu isključivo liječnik odlučuje što je u najboljem pacijentovom interesu i ima autoritativnu ulogu u njegovu liječenju. Promjenom svijesti suvremeni pacijent prihvaća sve aktivniju ulogu u postupku svoga liječenja.

Od 2004. godine pravo na drugo stručno mišljenje u našem pravnom poretku regulirano je Zakonom o zaštiti prava pacijenata (ZZPP)¹ i Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (Pravilnik)².

Članak 10. ZZPP-a: „Pacijent ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju, sukladno odredbi članka 8. stavka 1. ovoga Zakona.“

Drugo stručno mišljenje iz stavka 1. ovoga članka, pacijentu je, na usmeni ili pisan zahtjev, obavezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne sprege i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu iz članka 9. ovoga Zakona.“

Drugo stručno mišljenje je cjelokupan pregled i uvid u zdravstveni status pacijenta za kojega je već dijagnozu postavio te preporuku za daljnje liječenje dao prvi liječnik, a potom se pacijent obraća drugom liječniku koji do tada nije bio uključen u medicinske postupke i preporuke. Drugi liječnik preispituje ispravnost postavljene dijagnoze, dostatnost dijagnostičkih postupaka, ispravnost predlože-

nog postupka liječenja i dr.³ Na taj način zakonodavac je dopustio mogućnost nena-mjerne pogreške liječnika u smislu informiranja, postavljanja dijagnoze i liječenja pacijenta, a sigurnost je pacijentu omogućio uvodeći dodatni mehanizam kontrole - plaćeni pregled drugoga specijalista od strane zdravstvenog osiguranja.

Liječnici su dužni poštovati pacijentovo pravo na drugo stručno mišljenje (tzv. *second opinion*). Ne bi smjeli sprječavati pacijenta da se u pogledu svoje dijagnoze obrati i zatraži mišljenje i nekog drugog liječnika. Štoviše, liječnik bi pacijentu trebao pomoći, odnosno olakšati mu konzultaciju s drugim liječnikom. Za uskratu prava na drugo mišljenje pacijentu zdravstvenom radniku može se izreći novčana kazna.

Članak 10. stavak 2. ZZPP-a: „Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će za prekršaj zdravstveni radnik ako:

- na zahtjev pacijenta uskrati pravo na drugo stručno mišljenje (članak 10. stavak 2.)“

U svim je društvima, traženje drugoga stručnog mišljenja povezano sa stupnjem obrazovanja i socioekonomskim statusom pacijenata. Što je pacijent mlađi i obrazovaniji, veća je vjerojatnost da liječnik na vlastitu inicijativu s njim raspravi mogućnost traženja drugoga stručnog mišljenja. Što je pacijent obrazovaniji, to je veća vjerojatnost da će zatražiti provjeru predloženih dijagnostičkih postupaka i same dijagnoze koju mu je priopćio liječnik. Svakako, potreba za pribavljanjem drugog mišljenja nastaje kao posljedica razvoja suvremene medicine, jer se za iste bolesti nude različite mogućnosti liječenja.⁴

U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja pravo na drugo stručno mišljenje propisano je, kako je prethodno navedeno, i Pravilnikom⁵. O potrebi upućivanja pacijenta na drugo stručno mišljenje u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno drugom ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse, odlučuje doktor primarne

zdravstvene zaštite ako ocijeni da postoji takva potreba radi postavljanja ispravne dijagnoze i obaviještenosti pacijenta o njegovom zdravstvenom stanju. Također, doktor primarne zdravstvene zaštite može na temelju priložene medicinske dokumentacije tražiti konzultacijsko mišljenje u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti vezano za pacijentovo otpusno pismo ili povijest bolesti. Takvo se pravo ostvaruje na osnovi uputnice (konkretno, uputnice A4 ili A5 za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu) koju izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite.

Pravo na drugo stručno mišljenje suvremeni je doseg i praksa u modernom društvu, kako za liječnika, zdravstvenog radnika, tako i za pacijenta. Za liječnika predstavlja vrijednost po tome što mu služi kao potvrda njegove stručnosti ili prevencija budućih grešaka prilikom dijagnostikovanja sličnih ili istih slučajeva u budućnosti. Za pacijenta je ono sredstvo kojim potvrđuje sigurnost u prvu dijagnozu, nakon čega svoj put oporavka može započeti rasterećen eventualnih sumnji u postavljenu dijagnozu ili je prilika za sprječavanje nastanka posljedica zbog netočne ili nepotpune dijagnoze i tretmana liječenja.⁶ Potrebno je informirati pacijente i liječnike o pravu na drugo stručno mišljenje i suzbiti eventualne predrasude s tim u vezi, odnosno pravo na drugo stručno mišljenje omogućiti što većem broju ljudi.

1 Zakon o zaštiti prava pacijenata ("Narodne novine" br. 169/04., 37/08.)

2 Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 49/14., 51/14. - ispravak, 11/15., 17/15., 123/16. - ispravak, 129/17. i 9/21.)

3 Kljenak A. Paradigma drugog mišljenja u zoni pedijatrijske medicine. Paediatr Croat 2007; 51.

4 Benbassat J. Obtaining a second opinion is a neglected source of health care inequalities. Isr J Health Policy Res. 2019; 8 (1): 12. Published 2019. Jan 16. doi:10.1186/s13584-019-0289-5

5 v. fusnotu pod r.br.2.

6 Ljubica Žunić. Pravo pacijenta na drugo stručno mišljenje. Hrvat. čas. zdr. znan. 2021; 1: 30-33

P R I K A Z I Z L O Ź B E

„Između pamćenja i povijesti“

Zbirka fotoportreta i počasnih povelja akademika Franje Kogoja

✎ IVAN MLINARIĆ, dr. med.

Sredinom ožujka ove godine otvorena je u prostorima Gliptoteke Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (HAZU) izložba „Između pamćenja i povijesti: Kogojeva zbirka fotoportreta i počasnih povelja“ (slika 1.) čije autorstvo potpisuju Silvija Brkić Midžić, prof., i prof. dr. sc. Stella Fatović-Ferenčić. Još jedan je to hvale vrijedan projekt u organizaciji Hrvatskog

muzeja medicine i farmacije HAZU-a i niza suorganizatora (Odsjek za povijest medicinskih znanosti HAZU-a, Katedra i Klinika za dermatovenerologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Gliptoteka HAZU-a) čiji je cilj pokazati široj javnosti bogatstvo hrvatske povijesno-medicinske baštine, ovoga puta konkretnije na području dermatovenerologije. Prigoda je, dakako, svečana jer 2021. godine Katedra za dermatovenerologiju MEF-a u Zagrebu slavi 100. obljetnicu svoga osnutka.



Slika 2. Portret akademika Franje Kogoja. Oštro će oko primijetiti portrete na zidu iza njegovih leđa, prikazane na ovoj izložbi. Presnimka iz *Liječničkog vjesnika*, god. 87, 1965., br. 1, str. 5.



Slika 1. Službeni plakat izložbe. Grafičko oblikovanje: Studio Rašić, Ante Rašić.

Okosnicu izložbe predstavlja znanstveni rad akademika Franje Kogoja (slika 2.), začetnika moderne dermatovenerologije u Hrvatskoj. Postignuća ovoga hrvatskog liječnika slovenskog podrijetla (Kranjska Gora, 13. 10. 1894. - 30. 9. 1983.), autorice su predstavile odmaknuvši se od tradicionalnog koncepta iznošenja pukih činjenica – izložbom nas je vodio niz zanimljivih eksponata iz ostavštine profesora Kogoja, brižno čuvanih u Hrvatskom muzeju medicine i farmacije.

Gliptoteka, smještena u objektima nekadašnje kožare iz druge polovice 19. stoljeća, jednom od rijetkih primjera zagrebačke industrijske baštine koji nije prepušten zubu vremena, i njezina

dvorana s karakterističnim prostorom otvorenog tipa (tzv. open space) upravo su izvrsno poslužili biti ambijentom izložbe, pogotovo u ovim izazovnim vremenima kada pandemija COVID-19 ne jenjava.

Izložba je, prateći zidove dvorane, bila podijeljena u dvije velike cjeline te jednu manju, postavljenu na kraćem zidu dvorane. Popratni je tekst vješto

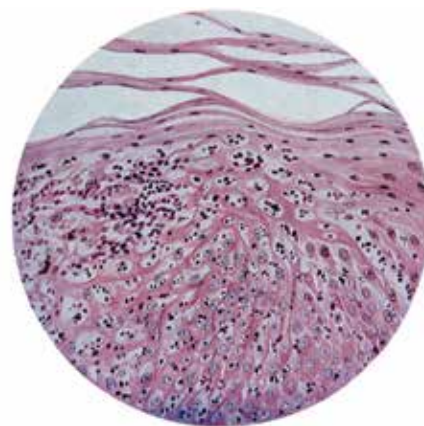
bio utkan kroz izložbeni prostor, dajući nam mnogo podataka, ali ne preuzimajući primat. Na samome početku, autorice su dale kratak uvod u sadržaj izložbe, iznoseći bitne podatke kako bi posjetitelji mogli spoznati duh vremena u kojemu je glavni protagonist djelovao, odnosno bolje razumjeti povijesni kontekst u kojemu su izloženi eksponati nastali i koji je njihov tadašnji, ali i sadašnji značaj.

Prvu veliku cjelinu činile su svečane diplome, potvrde i povelje koje su bile dodijeljene akademiku Kogoju. Od diplome počasnog doktorata Sveučilišta u Zagrebu, preko niza povelja o dobivanju statusa počasnog člana različitih nacionalnih stručnih društava do brojnih zahvalnica i priznanja, posjetiteljima je bilo pokazano bogatstvo Kogojeva stručnog djelokruga, kako na

našim prostorima tako i diljem svijeta.

O tome svjedoči i Kogojeva ili spongiformna pustula, jedinstven patohistološki nalaz koji je prvi opisao upravo profesor Kogoj, a kojem je bila posvećena sljedeća cjelina izložbe. Uz fotografiju histološkog preparata Kogojeve pustule i njezin originalan opis (slika 3.), navedeni su bili i brojni drugi eponimi dermatoveneroloških entiteta čiji su opisivači zastupljeni u Kogojevoj zbirci fotoportreta.

Upravo o tome govorila je zadnja velika cjelina ove izložbe s nekoliko domišljato osmišljenih prikaza. Glavninu zida dvorane na kojemu je bila prikazana ova cjelina činio je niz longitudinalno poredanih portreta i kratkih opisa svjetski poznatih dermatovenerologa, Kogojevih suvremenika, s kojima je razmjenjivao i komentirao stručne



Slika 3. Reprodukcijski crtež Kogojeve ili spongiformne pustule. Iz knjige Franje Kogoja *Dermatovenerološka propedeutika: opća dermatologija i terapija za medicinare i liječnike*, Nakladni zavod Hrvatske, Zagreb, 1947.



Slika 4. Portreti dermatovenerologa predstavljeni na izložbi te domišljato prikazani na karti Europe (detalj s izložbe), autor likovnog postava: Ante Rašić. Fotografiju je ljubazno ustupio časopis *Medix*.

spoznaje, ali vjerujem i prijateljeva. Upravo ovakvim načinom prikaza, mogao se steći ispravan dojam o njegovoj stručnoj širini i međunarodnom značaju. Autorice su navedeno dodatno bile istaknule zanimljivim shematskim prikazom Kogojevih poznanstava na slijepoj karti Europe i svijeta (slika 4.).

Svojevrsna je to poruka o nekim minulim vremenima i ljudima na čijim se postignućima medicina dalje razvija. Sada je na nama red!

ivan.mlinaric93@gmail.com

ATLETIČAR ILI KOŠARKAŠ?

Dr. Bojan Trogrlić

Razgovarala Lada Zibar



Postao si „slavan“ prije nekoliko tjedana kada si na specifičan način trčao polumaraton. O čemu je riječ?

U gradu Osijeku se svake godine održava Osječki Ferivi polumaraton, te je ove godine održano 17. izdanje utrke. Prošle godine je nažalost tragično preminuo slavni košarkaš Kobe Bryant, te sam tada odlučio da ću u njegovom dresu njemu u čast istrčati polumaraton vodeći košarkašku loptu. S obzirom da volim trčati s nekim ciljem, odnosno da iza tog trčanja stoji neka lijepa priča, tako sam ove godine odlučio ponovno istrčati Osječki polumaraton s košarkaškom loptom u dresu lokalnog košarkaškog kluba KK Vrijednosnice Osijek.

Kakva je tvoja sportska „anamneza“?

Tijekom osnovne i srednje škole sam niz godina trenirao košarku te stekao veliku ljubav prema tom sportu. Nakon početka

studiranja na Medicinskom fakultetu u Osijeku nisam više imao vremena ozbiljnije se baviti košarkom, ali kad se jednom stekne navika sportskog života, teško je istu promijeniti, stoga sam nastavio trčati u slobodno vrijeme. Kako je vrijeme odmicalo tako su me počele sve više zanimati duže distance kao što su polumaraton i maraton, te sam se 2015. godine učlanio u Udrugu Zdravo trčanje koja promovira zdravlje i sport. Nakon godinu dana priprema 2016. godine istrčao sam prvi polumaraton u Osijeku, a zatim i maraton u Moskvi.

A kakva je tvoja liječnička „anamneza“?

2014. godine sam završio studij medicine u Osijeku, te započeo pripravnički staž u Kliničkom bolničkom centru Osijek. Oduvijek me zanimala i fascinirala kirurgija, stoga sam po završetku pripravničkog staža godinu dana volontirao na Zavodu za abdominalnu kirurgiju KBC-a Osijek gdje sam i započeo specijalizaciju iz abdominalne kirurgije. Trenutačno sam specijalizant 5. godine.

Koliko je COVID-19 utjecao na tvoj sportski, profesionalni i privatni život?

Pandemija COVID-19 je utjecala na sve aspekte života, a sportski je u tom trenutku bio najmanje bitan. Puno važniji je bio ovaj profesionalni dio, budući da je liječništvo poziv, a ne posao, da svu svoju energiju usmjerimo u taj dio te pomognemo koliko god je moguće.

Je li Osijek dobar izbor za život mladih liječnika?

Apsolutno da. Grad Osijek se rapidno razvija u posljednje vrijeme, čak i u vrijeme pandemije te se mladim liječnicima otvaraju mnoge opcije. U gradu Osijeku se nalazi Klinički bolnički centar Osijek u kojem se obavljaju i razvijaju visoko specijalizirane djelatnosti te postoji mogućnost edukacije za mlade liječnike različitih interesa. Osobito bih pohvalio Klinikum za kirurgiju koja svojim specijalizantima omogućuje jako dobru edukaciju i mi smo vrlo ponosni na to, te to znanje i svakodnevno primjenjujemo.

Koju bi promjenu želio koja se odnosi na liječnike u Hrvatskoj?

Volio bih da se promijeni ponekad negativno mišljenje građana o našem radu, osobito u ovo vrijeme pandemije gdje se svi liječnici maksimalno trude i ulažu svoje znanje i energiju u pomoć građanima. Podrška okoline je izrazito važna, stoga bi nam svima bila velika korist da maksimalno podržimo jedni druge u ovim neizvjesnim vremenima.

Koja je tvoja poruka hrvatskim liječnicima?

Moja poruka hrvatskim liječnicima je da unatoč trenutačnoj situaciji koja zasigurno utječe na sve, osobito na medicinske djelatnike, uvijek nađu način kako steći vlastiti unutarnji mir, bilo to kroz sport odnosno neke druge metode. S pozitivnim stavom ćemo se puno lakše nositi sa svim nevoljama koje ova pandemija nosi. Sretno svima!

LJEKOVITA MOĆ KNJIGE

Središnja medicinska knjižnica (SMK) uključila se u ovogodišnji virtualni program *Noći knjige* razgovorom s trojicom istaknutih znanstvenika i nastavnika Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod naslovom ***Knjigamed: za obavijesti o indikacijama, mjerama opreza i nuspojavama priključite se Noći knjige SMK***. Tema cjelokupnog ovogodišnjeg programa povodom Svjetskog dana knjige bila je ljekovita moć čitanja i knjige.

U razgovoru su sudjelovali prof. dr. Goran Šimić, prof. dr. Vladimir Trkulja i doc. dr. Dražen Pulanić. Svaki od njih je sa svog aspekta govorio o ulozi knjige i čitanja u razvoju osobnosti, u održanju zdravlja i u potpori ozdravljenju.

Prof. dr. Goran Šimić naglasio je da je čitanje značajan čimbenik u razvoju spoznajnih, emocionalnih i komunikacijskih sposobnosti svake osobe i da je kruna svakog obrazovnog procesa steći sposobnost i naviku

čitanja te vještinu pismenosti i baratanja jezikom, bez obzira čime se kasnije bavili. Knjiga daje uvid u ono što doživljavaju drugi ljudi te nam tako pomaže razviti emocionalnu inteligenciju. Čitanje ima i dugotrajni protektivni učinak na kognitivne sposobnosti i time usporava njihovo urušavanje.

Prof. dr. Vladimir Trkulja rekao je da je pitanje ima li knjiga ljekoviti učinak pomalo poetično, ali da postoje aktivnosti, poput čitanja, koje imaju povoljne učinke na suzbijanje anksioznosti i/ili depresivnih stanja kad oni nisu klinički izraziti. Čitanjem se miče fokus s uzročnika koji izazivaju, negativne osjećaje (primjerice, osjećaj uznemirenosti ili straha), čime se postiže neki oblik emocionalne regulacije.

Doc. dr. Dražen Pulanić progovorio je o knjizi i čitanju iz svoga kliničkoga iskustva s bolesnicima koji se liječe od teške, neizvjesne bolesti. Općenito ih

je podijelio na one koji ne žele znati o svojoj bolesti ništa više od onoga što im priopći liječnik i one koji žele pronaći i pročitati sve do čega mogu doći. Hospitaliziranih bolesnika ima nekoliko skupina, od onih koji čitaju religioznu literaturu, onih koji čitaju beletristiku ili zabavnu literaturu do onih koji ne čitaju ništa. Dr. Pulanić naglasio je da čitanje može pridonijeti da bolesnici, svaki na svoj način, suzbiju reaktivnu anksioznost ili depresiju. Čitanje i knjiga mogu, također, djelovati na preveniranje intelektualne deterioracije i pojave sindroma *chemo brain*.

Ovaj zanimljivi razgovor možete u cijelosti poslušati na Facebook stranici SMK (<https://www.facebook.com/smkknjiznica/videos/4038151739561229>) kao i u repozitoriju Dr Med gdje će biti trajno pohranjen (<https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A3107>).

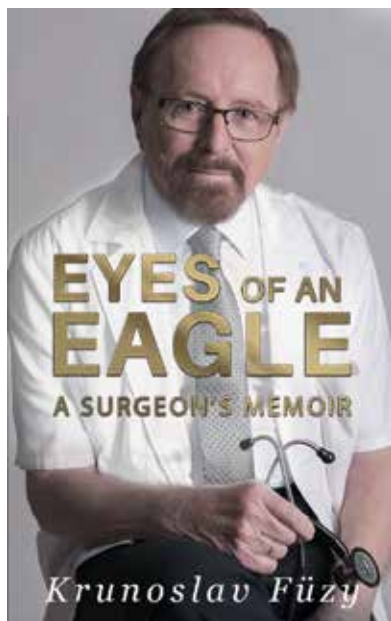
Jelka Petrak
jelka.petrak@mef.hr

HAIKU

RITAM SRCA

Zar srce pjeva?
Preskočilo je samo
Tišinu svoju

Prim. dr. sc. Borka Pezo Nikolić, dr. med., kardiolog, KBC Zagreb



EYES OF AN EAGLE

a surgeon's memoir

Knjiga **EYES OF AN EAGLE – a surgeon's memoir** autora Krunoslava Füzya dostupna je na Amazonu u electronic / paperback obliku (worldwide). Dr. sc. Krunoslav Füzy, dr. med., je kirurg u Cape Townu u Južnoafričkoj Republici. On nam piše: "Više je od 40 godina kako sam otišao iz domovine. Prošao sam putevima koji nisu uvijek bili jednosatni, uvijek ponosan kao Hrvat, liječnik i kirurg, radeći s doktorima iz raznih zemalja, liječio i operirao bolesnike svih rasa i nacionalnosti, podigao dvoje djece liječnika. Na kraju, kad sam postigao ono što sam želio, zapisao sam sjećanja na moje djetinjstvo u Vinkovcima, studij medicine u Zagrebu, moju ljubav za kirurgiju, one koji su me učili i naučili kako držati skalpel i abecedu kirurgije, na dane specijalizacije u Zagrebu i prve godine kao specijalist kirurg u Vinkovcima. A onda sjećanja na odlazak iz domovine, ne znajući da je to zauvijek, prve operacije i sretne dane u Njemačkoj, doktorat u Homburgu, specijalistički ispit u Njemačkoj. Odlazak u Afriku, kao katolički doktor - kirurg misionar. Godine na čelu velike bolnice i kirurškog odjela u Južnoj Africi. Doktor u državi apartheida. Ponavljanje studija medicine da bi postigao punu licenciju u Južnoj Africi. I 29 godina u svojoj privatnoj praksi. Bila je to prilika da se osvrnem na svoju struku, pacijente, etiku moga vremena i na moje poglede na početak i kraj života."



INTERNA MEDICINA

udžbenik za studente medicine

Autori: Damir Mihić, Jure Mirat, Aleksandar Včev i suradnici

Medicinski fakultet Osijek, 2021.

Sveučilišni udžbenik "Interna medicina - udžbenik za studente medicine" u prvom redu namijenjen je studentima medicine za savladavanje gradiva iz interne medicine, najvećeg i najsveobuhvatnijeg kolegija na studiju medicine no može biti od pomoći i drugim studentima medicinskih struka kao i specijalizantima i specijalistima internističkih i srodnih struka te liječnicima obiteljske medicine. U pripremi ovog udžbenika Katedre za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine Medicinskog fakulteta Osijek uz devet glavnih autora i urednika (Damir Mihić, Jure Mirat, Aleksandar Včev, Robert Steiner, Silvio Mihaljević, Lana Maričić, Robert Smolić, Domagoj Loinjak, Silvija Canecki-Varžić) sudjelovalo je još 20 koautora i suradnika, mahom liječnika Klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Povijest se ponavlja, ili?



LJILJANA PODRUG, dr. med.

Osvanuo je lijep sunčan dan. I ja sam došla na red, idem na Velesajam, paviljon 6, od 14 do 20 sati. Ali ujutro još moram na svoje radno mjesto, specijaliste kliničke citologije u primarnu zdravstvenu zaštitu, u dom zdravlja.

PAPA uzorci ne smiju čekati, tako ću vjerojatno i umorna na Velesajam. No, tamo me čeka povratak u prošlost. Kao specijalist školske medicine cijepljenje je bio moj svakodnevni rad, istina s djecom, u školama, nekada u učionicama, dvorani, kuhinji ili zbornici. I nadala sam se da će to ostati samo lijepa i stručno uspješna uspomena. Ali, život ne da zaborav, i zato idem na Velesajam, s medicinskom sestrom iz patronaže, jer u mojoj službi ne rade medicinske sestre. Stigla sam na vrijeme, u garderobi

navukla ogrtač, i došla na trijažu broj 7 za liječnike, od 18 koliko ih je toga dana bilo, i još toliko medicinskih sestara. Kolegice iz Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba me prepoznaju - specijalistice školske medicine koje su uključene u organizaciju cijepljenja. I kreće, redari raspoređuju ljude koji ulaze u prostor za cijepljenje. Oni nose anketni list, treba proći pitanja, ispisati i potpisati potvrdu s imenom i prezimenom te vremenom opservacije. Važno je imati vode. Umori priča, meni citologu, koji razgovara sa stanicama, ovo nije svakodnevnica. Ljudi su dobronamjerni, žele se cijepliti, razgovor smiruje strah i nedoumicu. Redar u blizini mog punkta me prepoznaje, susjed s Jordanovca. Suradujemo da sve ide kako treba. I tada prilazi čovjek s francuskom beretkom na glavi, maskom. Čitam ime i prezime, pa to je Renko, svirali smo osamdesetih u Šibenskoj narodnoj glazbi. Osmijeh je rastopio nesigurnost, ni nakon cijepljenja ne vjeruje u susret nakon toliko godina, rastajemo se uz "Pozdravi blizanku!" Vrijeme brzo prolazi, WC je u blizini, a još važnije aparat za kavu. Svi smo dobro raspoloženi. Malo je zatišje, pa opet nastavljamo. Pristižu mladi ljudi iz škola, dvije mlade dame mi zajedno prilaze zbog anafilaksije u anamnezi. Andrei se cijepljenje se odgađa za bolničke uvjete. Ona je tužna, no tako moramo postupati. I tada podignem glavu, njezina prija-

teljica u pratnji predaje upitnik, i kaže "Jeste li me Vi cijepili u osnovnoj školi u Vinkovcima?" "Da, da, jesam." Pa to je čudo, Kristina sada ima 30 godina, i radi kao učiteljica razredne nastave. Sretne smo obje, cijepljenje je prošlo super. Dok ona čeka da prođe vrijeme opservacije, došla sam ju vidjeti. Rastajemo se uz doviđenja, i kompliment da su uvijek u školi radosno očekivali cijepljenje, ne sa strahom. Do kraja boravka na Velesajmu bilo je još posla, a cijepili smo sve koji su toga popodneva pristigli. Pomalo umorna, žedna, ali sretna odlazim doma. Renko i Kristina, redar s Jordanovca, i svi ljudi čije sam oči toga dana ugledala, a koji su u mojim vidjeli sigurnost i mir, uljepšali su moj dan. I zato dragi kolege, liječnici, iz bolničkog ili bilo kojeg drugog sustava, javite se sami, i sudjelujte u ovom zajedničkom izazovu, ne čekajte da vas stave na raspored, jer kako piše u dopisu Ministarstva zdravstva, ako ne dođete biti ćete SANKCIONIRANI! Zamislite, kao da se svojom voljom nismo sami "sankcionirali" onog dana kada smo odabrali ovaj poziv, lijep i uzvišen, ponekad težak i zahtjevan. Možda će i vas prepoznati oči koje su vas gledale dok ste ih uvodili u anesteziju, ili radili ultrazvuk, ili bili u viziti na odjelu! Isplati se, jer kako pjeva mister Glass, MALI SMO DIO VEĆEGA PLANA! Budite dio njega!

Dr. Josip Ferenčak

liječnik, slikar i glazbenik

Prof. dr. sc. MIJO BERGOVEC, dr. med.
emeritus FESC, FACC, FACA
predsjednik „Zagrebačkih liječnika pjevača“

U osobi dr. Josipa Ferenčaka ispunila se tvrdnja znanstvenika da su neki ljudi pluripotentna bića. Realizirane više-struke pozitivne mogućnosti u području humanosti i umjetnosti u jednom narodu nađu se u rijetkih velikih ljudi. Među takve zasigurno spada i dr. Josip Ferenčak. On je uspio uskladiti svoj životni liječnički poziv, koji je spoj znanja, vještine i umjetnosti, s glazbom i slikarstvom, koje su umjetnosti po svojoj naravi.

O ostvarenom liječničkom pozivu u životu dr. Ferenčaka mogu svjedočiti mnogi njemu povjereni bolesnici. Resile su ga medicinska stručnost i iskustvo, istinska briga za bolesnike te jednostavnost i skromnost. Kao liječnik mnoge je bolesti izliječio, rane zaliječio svojim znanjem i vještinom, a mnoge je tužne utješio toplom riječi i osmijehom. I u tome se pokazao pravim umjetnikom. Svjedok dijela ostvarenja Ferenčakovoga liječničkog poziva je i pisac ovih redaka, koji je kao mlad liječnik prve korake u praktičnoj medicini stjecao baš u njegovoj liječničkoj ordinaciji u Vrbovskom u Gorskom kotaru.

Josip Ferenčak se rodio 21. lipnja 1933. u Zagrebu. Diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1959. godine.

Svoj liječnički poziv je od 1963. g. ostvarivao u Vrbovskom, gdje se oženio Zdenkom, kćerkom Antona i Katarine Šragalj, kojima je od izraelskog muzeja YAD VASHEM prije dvije odine dodijeljen naslov Pravednici među narodima. Josip i Zdenka dobili su kćerku Jasnu, sada profesoricu na Klasičnoj gimnaziji



Dr. JOSIP FERENČAK (autoportret)

u Zagrebu i sina Franju, koji je postao uspješan akademski slikar i glazbenik. Kao ravnatelj dr. Ferenčak organizirao je gradnju Doma zdravlja u Vrbovskom, ambulate u Moravicama, Severinu na Kupi i Gomirju. Bio je aktivan sudionik Domovinskog rata. Zahvaljujući svojim poznanstvima u slikarskim krugovima uspijevao je dobiti brojne donacije iz

inozemstva koje su korisno upotrijebljene. Njegov autoritet i karakteristična osobnost znatno su pridonijeli stabilnosti ratnih prilika njegovoga kraja.

Glazbeno nadaren, Josip Ferenčak je već u mladosti pjevao u školskim zborovima, a kao razvijen glas u pjevačkom zboru „Joža Vlahović“. Muškom pjevačkom zboru „Zagrebačkim liječnicima pjevačima“ pridružio se u samim počecima nakon osnutka, već 1972. godine. U pjevanju basovske dionice zbora bio je siguran u intonaciji, ujednačen s dionicom i cijelim zborom te pouzdan u nastupu. Basovska dionica muškog zbora Zagrebačkih liječnika pjevača ne bi tako lijepo zvučala bez njegovoga toplo obojenog glasa. Kad je trebalo sigurno otpjevati nisku notu (npr. contra H u skladbi Sercem pakayanim, P.I. Čajkovskog), Ferenčak je bio jedinstven. Svoju ljubav prema glazbi pokazivao je 40 godina, a mlađim kolegama u zboru bio je primjer redovitosti na tjednim glazbenim pokusima, makar je morao putovati iz Vrbovskog u Zagreb.

Rijetke su osobe koje uz osnovni životni poziv nađu u sebi i sposobnost za dvije vrste umjetnosti. Dr. Ferenčak ih je posjedovao. Pored glazbe, u kojoj je uživao slušajući je i pjevajući, kroz nekoliko desetljeća neumorno je i slikao. Tako se u slikarskoj umjetnosti pridružio rijetkim liječnicima slikarima kao što su Nikola Grozdanovski, Ljubomir Radovančević, Krunoslav Martinović, Josip Rubes, Valter Rukavina (koji je

također bio liječnik u Vrbovskom), Joško Baica i drugi. Izlagao je na samostalnim i skupnim izložbama u Berlinu, Hamburgu, Schwandorfu, Gradišću, Humu, Lukovdolu, Ravnoj Gori, Vrbovskom, te u nizu prostora u Zagrebu kao što su HLZ, predvorje „Lisinskog“, Poliklinika Nemetova, KBC „Sestre milosrdnice“, Starogradska vijećnica i drugdje. O slikarskom umijeću dr. Ferenčaka govore njegove slike i ljudi koji se bave slikarskom umjetnošću. Evo što je o njegovu slikarstvu kazao hrvatski povjesničar umjetnosti i likovni kritičar prof. Stanko Špoljarić:



Dr. LEONARD BERGOVEC (portret)



KAMAČNIK (pejzaž)

„Josip Ferenčak slikar je talenta i srca, bez danog trasiranog puta slikarske naobrazbe, koji je zanosom proniknuo u mnoge tajne zanatskog, kao potke za kreativno, razvijajući ga u tematici različitog određenja. On je umjetnik odnjegovana senzibiliteta za boju, njezinu dinamičnost i svjetlosnu intenzivnost i skladnost. On je našao pravu mjeru svog slikarskog iskričaja i objektivnosti izglednog, shvaćajući portret i kao lice i kao dušu. Portretiranje je za njega „ozbiljan potez i igra“.“

„Zagrebački liječnici pjevači“ zahvalni su svojem kolegi i članu dr. Josipu Ferenčaku da se svojim izložbama s temom portreta njihovih članova pridružio proslavi 25. obljetnice u dvorani Lisinski i 40. obljetnice djelovanja u Starogradskoj vijećnici u Zagrebu. Također je oslikao i portrete novoga, mješovitog sastava liječnica i liječnika Zagrebačkih liječnika pjevača o ovogodišnjoj 50. obljetnici djelovanja. Izložbe, pored svoje likovne vrijednosti, predstavljaju također i likovni zapis vremena i osoba koje su u svojem teškom, ali i lijepom liječničkom zvanju, realizirale poticaj za glazbeno djelovanje.

Dr. Ferenčak je umro 10. veljače 2021. g. u Vrbovskom gdje je i pokopan. Cijeli njegov život bio je ispunjen je humanošću kroz medicinu, kroz glazbu i kroz likovnu umjetnost. Time je on ispunio svoju životnu misiju i učinio društvo boljim.

Dr. NATAŠA IZ REPUBLIKE



Kad mi je kolega s godine predložio da napišem nešto o životu doktora u Republici Južnoj Africi (prije zvanju Južnoafrička Republika, JAR), izuzetno sam se razveselila - podsjetilo me na dane prije prijemnog ispita na faks. Tada sam još razmišljala, što studirati, književnost ili medicinu... I eto prilike, za neispunjene želje! Bez ikakve lažne skromnosti, mislim da sam baš prava osoba za to. U skoro trideset godina radila sam u svim

mogućim bolnicama u JAR-u, od manjih regionalnih, do akademskih, središnjih i privatnih.

Moja karijera je započela je u veljači 1992. Prvi dan neću nikad zaboraviti. U bolnici u kojoj sam dobila posao stažista sam znala vrlo malo. HPCSA (Health Professions Council of South Africa - nadležno tijelo koje registrira sve radnike u zdravstvu, koje svi doktori ne vole ali moraju poštovati) mi nije priznalo staž u Hrvatskoj nego su mi odredili da moram raditi šest mjeseci kao stažist, prije negoli me registriraju kao doktoricu. "Ajde dobro..." pomislila sam, to ću ja brzo odraditi i onda uhvatiti neku specijalizaciju - mislim. Pa ja sam u zemlji gdje je napravljena prva transplantacija srca - i za jedno 5 - 6 godina vratiti ću se doma! Lijepo sam se dotjerala - moram to napomenuti, jer je to bilo prvi i zadnji put da sam se tako "ušminkala" za posao. Najbolji komplet, pete, torba iz Austrije... I onda me ravnatelj posjeo u auto. Nije mi baš bilo jasno kuda sad idemo autom, kad sam imala smještaj u stanu koji pripada bolnici, 20 metara od ulaza, ali nisam htjela ispasti napasna.

Završila sam u bolnici za "non Europeans". Izgledala je kao nekakav hangar, metalni krov, polomljena

stakla na prozorima, masa ljudi je sjedila na travi ispred. Dovedi su me na odjel interne. Ne znam da je to baš prava riječ: dugački hodnik i kako mi je zanimljiva doktorica Indijka, obučena u pravi sari, rekla: "Lijevo su kreveti za internu, a desno kreveti za ortopediju. A poslagali smo i malo dodatnih madraca ispod kreveta. Kad bude previše pacijenata da ljudi imaju gdje leći".

Jedna mlada djevojka je spavala u fotelji naslonjena na radni stol u ambulanti - stažistica koja je radila prethodnu noć. Nezamislivo - pa kako se može tako ponašati na radnom mjestu?!

Prvi pacijent koji mi je "dodijeljen" da ga obradim je imao tuberkulozu. Kad sam o njemu prodiskutirala s mojom nadležnom doktoricom, jako sam se ispričala zbog mogeg neznanja - rekla sam joj da jedino što ja mogu zaključiti jest da pacijent ima tuberkulozu, ali da je to nemoguće (pa kad je posljednji put bilo tuberkuloze u Hrvatskoj???), što je naravno nasmiјalo sve prisutne. TBC je uobičajena bolest u JAR-u, a što sam poslije shvatile, 90 % pacijenata na internoj ili ima tuberkulozu ili sidu. Easy peasy!

Kad sam došla u moj jednosobni stan u bolnici (koja je bila za bijelce, ali tamo nije trebalo stažista), sjela

GOENVALD

JUŽNE AFRIKE

sam potpuno iscrpljena fizički i emotivno, u fotelju, digla noge na stol, pustila glazbu i zapalila cigaretu (još sam tada pušila, na svu sreću), i mislila ŠTO SAD? Kupila sam jednosmjernu avionsku kartu, jer nisam imala novaca za povratnu. Odbila sam posao u Zagrebu koji mi je ponuđen tjedan dana prije odlaska za JAR, jer sam malo htjela vidjeti kako ide drugdje (prva transplantacija srca, sjećate se!). Roditelji mi nisu primili plaću 3 mjeseca i sada da se ja vratim kao neka razmažena osoba nakon prvog dana, samo zato što sam završila u nekoj perifernoj bolnici?!

Za tjedan dana bilo je kao da nigdje drugdje nisam radila. U našoj skupini stažista bilo je još dvoje iz Hrvatske, jedan doktor iz Bugarske, i ostalo domaći Afrikanci. Svi bi se ujutro potrpali u bolnički auto (u kojem sam se naučila voziti po lijevoj strani ceste, na uživanje mojih kolega), otišli na svoje odjele i radili. I bilo je pravo uživanje. Sestre koje su me prvo vrlo sumnjičavo gledale (tko je ova što govori s teškim naglasom?) bile su predivne - one su me naučile kad da zovem dežurnog doktora za carski rez ("Doctor, this one will never deliver naturally!"), stavim interkostalni dren za tipa koji

se potukao pa su ga proboli noževima ili da izvadim krv bebi od 3 mjeseca iz jugularne vene. A kolege doktori (pravi doktori, ne kao mi stažisti) su bili odasvuda: Pakistan, Indija, Izrael, Njemacka, Engleska, Poljska, Bugarska, a i pokoji Južnoafrikanac. "Konzultant" koji bi došao voditi vizitu ili operirati nije bio specijalist. To su ili bili liječnici opće prakse, koji su radili privatno u svojim ordinacijama i došli povremeno u bolnicu, ili liječnici opće prakse koji su radili u bolnici na raznim odjelima. Nakon 1994. više nije bilo "bijelih" i "crnih" bolnica, na svu sreću. Za par tjedana sam shvatila južnoafrički sustav bolnica - kako su organizirane, što se radi u određenim bolnicama i što je meni bilo najbitnije - gdje se može specijalizirati!

Mnogo mladih južnoafričkih doktora uopće ne želi specijalizirati - žele postati liječnici opće prakse i raditi sve: operirati, pregledavati - to je ovdje dopušteno i potrebno. Velik je manjak liječnika i ti liječnici opće prakse zaista jako puno rade i pomažu, pogotovo u ruralnim dijelovima gdje nema specijalista.

U međuvremenu sam dobila posao na anesteziji (i to zato što sam to htjela, a ne zato što je samo tamo bilo mjesta - meni nepojmljivo u to doba!) i odlučila da to želim i specijalizirati.

Međutim, to se moglo samo u akademskim bolnicama u Johannesburgu, Cape Townu i slično - ne u "maloj" regionalnoj bolnici u Springsu. A da bi me primili na specijalizaciju, moram položiti ispit: Diploma in Anaesthesiology. To se može samo u bolnici koju je HPCSA registrirao (opet oni, puno ću ih spominjati) za taj ispit. Naše bolnice, Far East Rand i Pholosong naravno nisu bile. Tako da smo moj sadašnji suprug i ja lijepo skupili sve podatke i napravili svu statistiku potrebnu da bolnica bude registrirana - predali sve dokumente i čekali... i dobili odobrenje! Moram napomenuti da ravnatelj bolnice nikako nije bio zadovoljan. On je trebao doktore koji će ostati i raditi, a ne one koji žele otići i specijalizirati. Bolnica je bila pretrpana pacijentima, na dežurstvu je jedva bilo vremena popiti jednu kavu i kad bi pomislili, sad smo gotovi, nova skupina bolesnika bi se ušetala na odjel.

I onda je počelo štrebanje: puno ljudi nam je govorilo da se taj ispit ne može položiti iz ovakve periferne bolnice (sastoji se od tri pismena i četiri usmena dijala), ali mi smo ustrajali i prošli. Nakon nekoliko razgovora za posao, dobili smo specijalizaciju u Johannesburgu - University of Witwatersrand, vrlo ugledan i

velik medicinski fakultet u JAR-u. Na razgovoru za specijalizaciju u Preto-riji, jedan profesor je bio zgrožen činjenicom da sam ja katolik a suprug (tada dečko!) protestant. Poslije je rekao mojem suprugu: "Znaš li da je ona katolik - oni se nikad ne mijenjaju!" Na svu sreću mi nismo baš religiozni i pitanje o religiji nas je oboje iznenadilo, tako da smo oboje ispalili prvo što nam je palo na pamet, ne misleći da će to zgroziti neke osobe.

Zatim je počela specijalizacija iz anestezije. Moje službeno radno mjesto i plaća su bili iz jedne bolnice. Ali tijekom specijalizacije smo rotirali kroz pet akademskih bolnica u Johannesburgu. Jedna od njih je Chris Hani Baragwanath - treća po veličini bolnica na svijetu. Mislim da bolnica nije prikladna riječ: Bara je više kao jedno manje naselje. Trebalo mi je neko vrijeme da shvatim kako sustav funkcionira (opet!). Ali uglavnom svaki dan bi bili dodijeljeni na listu i imali nadležnog konzultanta (ovaj put pravi specijalisti) za dan. Konzultanti bi išli od dvorane do dvorane da vide šta to novi specijalizanti rade, pomognu i ispituju. Došli bi na posao oko 7 sati da pripremimo dvoranu i sve posložimo kako treba, a završili bi kad bi lista bila gotova. Koji put u 16 sati a koji put i poslije. Ali dežurstva su opet bila "najbolja". Bilo bi nas po 4 - 5 specijalizanata i jedan specijalist konzultant na dežurstvu. Svi bi se lijepo pozdravili u 16 sati kad bi došli na dežurstvo i nakon toga se baš ne bi više vidjeli. Svaki bi otišao u svoju dvoranu - troje za traumu, jedan za "septičku" listu, jedan za ortopede. Šesti specijalizant bi otišao u rađaonicu i radio carske rezove. U četiri godine specijalizacije, svaki put kad bih bila dežurna za rađaonicu radili bi non-stop od 4 popodne do 8 ujutro. Jedan put se dogodilo da nije bilo ni jedne pacijen-

tice - jednom. I tu noć mi nisu mogli naći krevet gdje da spavam, jer se to ne događa, tako da nisu imali dodijeljen krevet za dežurnog doktora za rađaonicu! Ali na tim dežurstvima sam otkrila da je Coca Cola fenomenalno piće da vas razbudi i da mala trgovina u Bari prodaje najbolji pomfrit: to kad bi čekali da čistačice očiste dvoranu između pacijenata. Imali bi oko 8 - 10 dežurstava mjesečno. Ovdje se barem nismo morali gnjaviti s organizacijom i slanjem pacijenata u druge bolnice na CT ili MRI, konzultanti iz drugih specijalnosti su bili blizu i općenito standardi su bili bolji. A štrebanje - opet: prvo "primary" - fizika, fiziologija i farmakologija. Fizika! Mislila sam da sam je se riješila na prvoj godini faksa! Moj najdraži profesor je izjavio da ako se želi rušiti specijalizanticu (žensku - diskriminacija!) da je samo treba početi pitati malo detaljnije fiziku! Specijalistički ispit se u JAR-u može polagati na fakultetu na kojem se specijalizira (npr. University of Witwatersrand, Pretoria, Cape Town i sl.) ili na College of Medicine. Uglavnom svi idu na College - to je ustanova koja slijedi internacionalne kriterije za ispite (uglavnom Commonwealth, povijest tu ima veliki utjecaj), treba platiti podosta da se uopće može izaći na ispit, a obično samo oko 30 % kandidata položi. Prvo tri pismena ispita, pa ako te prođeš, tri usmena pred povjerenstvima od tri profesora. I to samo za prvi ispit (tzv. Primary). Nikad nisam bila sretnija nego kad sam položila Primary od prve. I iznenađena. Na svu "sreću" nisam baš tako bila iznenađena kad sam došla do drugog ispita (finals) jer sam taj položila iz trećeg pokušaja (poprilično očajna). Svaki put brdo para za ispit, na ispitu po dva pacijenat (kojima profesori zabrane da kažu što im je, nego mi moramo sve pregledati, objasniti i poga-

đati). Dovedi bi pacijente iz raznih dijelova Južne Afrike, koji bi imali rijetke bolesti da ih mi pregledamo i dijagnosticiramo, a zatim slijedi usmeni ispit pred povjerenstvom od tri profesora i gostom iz neke druge zemlje (opet Commonwealth): inter-nistom i naravno, profesorima iz anestezije s raznih fakulteta u JAR-u. Puno specijalizanata bi odustalo kad bi došli do ispita. Jednostavno nisu imali energije ni volje da ih se tako ispituje, ide u detalje... ali da opet citiram moje najdražeg profesora (fizičara, ne James Bonda) - "You are getting a licence to kill now. We need to make sure you know what to do." I tek nakon par godina mi je postalo jasno što je mislio.

Tijekom treće godine specijalizacije probudio se dinosaur: HPCSA. Dočuli su nekako da veća skupina "stranaca" (tada smo svi već dobili državljanstvo JAR-a, s moje godine iz Zagreba nas je bilo pet) specijalizira i to uglavnom na Wits-u (University of Witwatersrand). To im se nikako nije svidjelo - pa oni su nas zaposlili da radimo u ruralnim, manjim bolnicama, gdje nema doktora, a ne da specijaliziramo i onda odemo u privatnu praksu! Opet smo morali predavati razne dokumente, motivacije i dokaze da nismo ništa protuzakonito napravili. Na svu sreću, prihvatili su to, ali su nakon toga promijenili uvjete za strane doktore i specijalistička mjesta. Dodali su nam jedan vrlo zanimljiv ispit - medicinska etika. **Da bi doktori, koji su došli iz strane zemlje, mogli raditi u privatnoj praksi, morali bi položiti medicinsku etiku.** Znači za rad sa "siromašnim" pacijentima u državnim bolnicama to nije potrebno, ali za privatne pacijente jest. Vrlo čudno. Tako da je moj suprug nakon položenog ispita odlepršao u privatnu praksu, a ja sam sjedila za knjigom, s još jednim ispitom. Na svu sreću, prošlo je bez problema.

I tako kad sam konačno nakon devet godina u zemlji postala specijalist, dobila sam posao ravnatelja anestezije u jednoj većoj regionalnoj bolnici blizu Johannesburga (u stvari sve je to jedan megalopolis, ali eto). Kolege su bile odasvuda: Rumunjska, Bugarska, Poljska, Myanmar, Švicarska, Ruanda, Zimbabve, a i dosta "lokalnih". Radilo se non-stop i vrlo često bi se dogodilo da nemamo potrebne lijekove, opremu, da pretrage kasne ili uopće nisu napravljene. Najgore je bilo raditi raspored dežurstava, jer uvijek netko nije bio zadovoljan. Ja sam kao konzultant morala biti dostupna 24 sata na dan 7 dana u tjednu. Bila sam jedini konzultant iz anestezije za bolnicu s oko 1000 kreveta koja pokriva oko 1,5 milijun ljudi. Kad sam rodila moje prvo i jedino dijete imala sam pravo na 4 mjeseca porodiljnoga.

Nakon četiri godine sam se odlučila hrabro "baciti" u PRIVATNU PRAKSU! Ako se pitate zašto ja to tako naglašavam, da malo objasnim. Od veljače 1992. kad sam počela raditi u JAR-u, SVI doktori, baš svi, su samo pričali o privatnoj praksi. Sve je dostupno: najmoderniji lijekovi, pretrage, interdisciplinarna komunikacija funkcionira bez greške, a novac.... neizmjereno ga bude više! Pa onda, zašto čekati??

Prvo sam trebala naći kirurge s kojima mogu raditi. Podijeliti moje vizitke svim mogućim kirurzima po svim privatnim bolnicama u blizini - najdalja bolnica gdje sam to napravila je 24 km od moje kuće. A doktori koji bi me nazvali su u početku bili oni kojima treba anesteziolog za njihove hitne slučajeve: ginekolozi za carski rez, ortopedi, kirurzi. Uglavnom u doba dana kad bi se svi htjeli odmarati - epiduralna u 3 ujutro, slijepo crijevo u 9 navečer - ako odbijem jednom problema nema. Ali me zato drugi put neće

zvati. Dakle, mobitel je bio uključen 24 sata na dan. Moj sin kojem je tad bilo 2 godine se nagledao raznih pedijatrijskih odjela po bolnicama (zamolila bih ih da ga paze dok ja brzo ne odradim), proveo je par sati u kućama teta iz vrtića (mama i tata su bili VERY BUSY), dijete se najelo raznih obroka po doktorskim sobama u dvorani gdje bi nam donijeli hranu... nije čudo da mu ne pada na pamet biti doktor. Nakon godinu dana dobila sam stalne liste. Ali onda se jedan maksilofacijalni kirurg umirovio, jedan ginekolog je emigrirao, a s jednim se nisam složila oko plaćanja. U privatnoj praksi pacijenti imaju medicinska osiguranja. Osiguranje plaća svoju tarifu, liječnici imaju svoje. Neka bolja osiguranja plate cijeli iznos. Neki liječnici sklope ugovor s osiguranjima da naplaćuju njihove cijene. Neka osiguranja plate pacijentu a ne doktoru (naravno osiguranje koje ima najviše članova) - pa onda treba pacijentu objasniti da to treba sad platiti doktoru - prije negoli oni to potroše za popravak u kući ili slično. Neka plate samo 20 % od računa pa se pacijenti onda ljute i čude... tako da sve to treba lijepo objasniti pacijentu kad ga se vidi. A u hitnim slučajevima to je uglavnom sat vremena prije operacije - perfect timing, zar ne?! I bez obzira koliko se potrudite, objasnite, ponudite na odplate, uvijek bude netko tko se jako uvrijedi i prijavi vas na HPCSA. Opet oni. Onda treba sve napisati, poslati dokumentaciju koju je pacijent potpisao gdje se vidi da su bili informirani i uglavnom sve to bude ocijenjeno u korist doktora. Ali njima treba i po godinu dana da donesu odluku, a u međuvremenu treba platiti račune.

Rad u privatnoj praksi je u stvari prava nagrada za sve pretrpljeno tijekom specijalizacije - kao specija-

lizant, ti si zadnji na listi po statusu, niže od portira ili čistača. A kao specijalist u privatnoj praksi, sve je dostupno, ali, naravno, i tu ima skrivenih bisera. Kad se radi nema stajanja, nema pauze za kavu ili ručak. Anesteziološki računi su ovisni o vremenu, tako da je vrijeme novac, bukvalno. A i nema konzultanta kojega se može pitati za savjet, nego samo kolege koje isto rade i imaju svoje pacijente o kojima se moraju brinuti. Tako da ako se nešto zakomplicira - sam si sa svojom sestrom i kirurgom. Naravno, uglavnom sve uvijek dobro završi, ali tu mi je konačno svanulo što je moj profesor mislio kad je rekao da nam daju "licence to kill".

Tako nas je zatekao COVID-19. Mnogo liječnika je ostalo bez posla, jer se pacijenti jednostavno boje otići u ambulantu a kamoli u bolnicu. Trenutačno imam jednu pacijenticu koja je od straha sjedila kod kuće s groznim bolima u želucu, da bi na kraju ispalo da ima perforirani čir u želucu, peritonitis i sad je na respiratoru: zbog sepse, ne korone. Eto, čak i pacijenti s "pravim", hitnim problemima sjede kod kuće i ne žele doći u bolnicu. U JAR-u je COVID-19 (TRENUTAČNO) nekako pod nadzorom. Dnevno po dvije tisuće novih slučajeva (nas je 58 milijuna), 97 % oporavak - nije loše. Ali negativan utjecaj na sve je neopisiv: nezaposlenost je 52 %, masa ljudi je izgubila posao, male privatne tvrtke su propale, prodaja (i potrošnja alkohola, čak i u restoranima) je bila zabranjena oko pet mjeseci... a neko poboljšanje se još baš i ne vidi.

Ali kad tako neke depresivne misli dođu, mi lijepo sjednemo na terasu, s naša 4 psa i deset mačaka i uživamo u divnom pogledu i vedrom nebu. I nadamo se da će se i ostalo uskoro razvedriti.

Staza sedam slapova

Samija Ropar, dr. med.



Ispred zgrade Vodovoda je parking, krenite desno od zgrade, a kad dođete do rijeke Mirne važno je krenuti lijevom stranom uzvodno. Vrlo brzo ćete doći do Komarovog mosta i prvi put prijeći rijeku Mirnu.



Odmah iza mosta uz vrlo blagi uspon dolazite do prvog slapa, Zagona.



Već nakon petstotinjak metara dolazite do drugog slapa, Bačve. Uz njega se nalazi i ulaz u okno napuštenog rudnika. Slobodno odškrinite željezna vrata, upalite svjetiljku na mobitelu i pogledajte unutra. Hrabriji mogu isprobati i viseći most iznad jezera.

Ispred stare zgrade Istarskog vodovoda u Buzetu započinje čudesna Staza 7 slapova, koja vas vodi dolinom rijeke Mirne i Dobre.

Staza je dobro obilježena i jako se teško izgubiti. Duga je oko 15 km, možete je bez žurbe, uz stajanje radi fotografiranja ili jednostavnog uživanja u pogledu, proći za 5 - 5,5 sati. Dovoljno je imati nešto čvršće tenisice, kapu ili šešir za zaštitu od sunca, mali ruksak s dovoljno vode uz nešto za okrepu po vlastitom izboru, sendvič s mesom

pohanim u bezglutenskom brašnu, s pečenim patlidžanima i proteinskim kruhom je sasvim dobar izbor (recept drugom prilikom). Štapovi za hodanje dobro dođu no nisu nužni. Staza je zahtjevnija samo u jednom dijelu, no osigurana je sajlama i dobro pripremljena, taj uspon traje svega petnaestak minuta, a ostali dio staze je uglavnom ugodna šetnja. Požurite se na proljetni izlet ili pričekajte jesen, jer ljeti Mirna i Dobra imaju jako niski vodostaj pa slapovi i jezera, koje želite vidjeti presuše.



Nakon drugog slapa počinje jedini pravi uspon na stazi. Nakon što ga svladate, izbijate na stazu, a na jednom od stabala ugledat ćete putokaze. Desno treći slap, Vela peć, lijevo nastavak staze i 4. slap Mala peć. Uputite se desno da bi vidjeli najveći slap na stazi, Velu peć, s prekrasnim jezercem u dnu slapa. Nakon toga se morate vratiti natrag i nastaviti stazom do Male peći, četvrtog slapa. Za vidjeti Malu peć također malo morate skrenuti sa staze i ponovo se vratiti na nju.



Poslije četvrtog slapa slijedi dulje ugodno hodanje prema Kotlima. Prolazit ćete kroz napuštena sela, vidjet ćete vinograde, bujnu istarsku vegetaciju, a pogled će vam sezati prema buzetskom kraju.



Uz stazu je i kameni most iz 19. stoljeća, Napoleonov, nećete saznati ima li stvarne veze s Napoleonom, ali ćete sigurno napraviti jednu od najdražih fotografija s ovog izleta.



I onda stižete u Kotle na 5. slap. Kotli su stvarno čudo prirode. Ime su dobili po kotlima u koritu rijeke Mirne. Izgledaju kao mala, svijetlo zelena jezera koja se pretaču jedno u drugo.



Ovdje možete popiti kavu ili pivo na terasi malog restorana, obići selo i napraviti pauzu, na pola ste puta.



Nastavljate prema 6. slapu, Zelenščak. Cijelo vrijeme ćete hodati uz rijeku Mirnu. Slobodno se spustite do korita, skinite tenisice i rashladite noge u bistroj, zelenoj rijeci.



Proći ćete kraj male kapelice u podnožju stijena i doći do 7. slapa, Grojk. Cijelo vrijeme pratite rijeku Mirnu, prijeći ćete je još barem tri puta preko uređenih, kamenih gazova. Na visokim stijenama ćete vidjeti penjače. Ovaj kraj je sigurno raj za ljude pauke. Na kraju će staza zatvoriti krug točno tamo gdje ste i krenuli na ovaj pomalo i mističan izlet.

Istra je čudesna na svakom koraku. Ako možete ostanite prespavati u nekom od obližnjih sela, posjetite jednu od brojnih vinarija, idite s prijateljima, povedite djecu, nekog živahnijeg kućnog ljubimca ili jednostavno otidite sami. Odmaknite se od epidemije, poslovnih obveza i jednostavno ponovo doživite Istru, drukčiju, a poznatu.



KAPADOKIJA

ISTOČNO OD KRAJA

Većina putovanja u Tursku svodi se na Istanbul. Još jedan pozamašan dio otpada na resortiranje u Analyji. O tom drugom neću niti riječ. Ne zaslužuje. O onom prvom samo dvije rečenice. Istanbul je fascinant, uzbudljiv i opojan velegrad na kraju Europe, ali Istanbul nije Turska (nije niti njen glavni grad). Jest on skroz na kraju Europe, ali još

je uvijek Europa. Poželite li stvarno upoznati Tursku morate prijeći istočno od kraja, preko Bospora, pa u Malu Aziju. I tu je ona prava Turska. Anatolija. A u središnjem dijelu Anatolije kuca srce Turske. Kapadokija. Nisam geograf ni kardiolog, a koliko god me povijest oduševljava ne bih tamo krenuo zbog burne povijesti. Krenuo

sam prvenstveno zbog fenomenalne prirode. Da vam ne duljim. Isplati se. Stvarno je vauuuu. Nije neopisivo, ali je teško opisivo, baš jedinstveno. Krajolici koji bi mogli nastati samo u nekoj jako razigranoj mašti. Nekoliko puta su mi iscrpno objasnili kako su nastali ti čudesni oblici, ti „vilinski dimnjaci“, ali ja, naravno, i dalje ne mogu reći



Ne znam je li priroda svojim elementima ovdje pustila na volju ili je njima brižno upravljala. Bilo kako bilo rezultat je krajnje razigran

ništa pametnije od: „pod utjecajem erupcija, potresa i padalina tijekom dugih geoloških razdoblja...“. U svakom slučaju, ovdje su tijekom eona na površini zemlje nastale doline neobičnih krajobraza ispunjenih stršećim, uglavnom gljivolikim formacijama. Te formacije mogu poprimiti i razne druge oblike, pa neki prepoznaju devu, neki zeca, neki košarkaša koji zakucava, neki pak ježa u ljubavnom zanosu... Ja jesam maštovit, ali da budem iskren, mene sve podsje-

ćaju na gljive. Zapravo liče mi na je li... no dobro... na gljive. Zadržat ću se na tom opisu jer sam takav, fin i pristojan, a osim toga LN ponekad dođu i u dječje ruke.

Ovdje doslovce možete iz dana u dan obilaziti od jedne živopisne doline do druge. Svaka nosi ime romantičnije od prethodne. Dakle: „Dolina ruža, Dolina ljubavi, Dolina golubova, Dolina bajki, Tri ljepotice, Dolina mašte... Ta poetičnost u nazivima seže im daleko

u povijest. Prvi je spomen Kapa-dokije na perzijskom. Ondašnji stanovnici plaćali su šahu danak u kozama, ovcima i konjima. Konji su im bili izuzetni, pa su Perzijanci taj kraj prozvali „Zemljom prekrasnih konja“. Osim, dakle, tih dolina, za ljubitelje prirode tu su i planine, rječice, slapovi, vidikovci, kanjoni... Nađe se i uređenih planinarskih puteva, pa i pravih treking staza. Sve u svemu, što se prirode tiče doživljaj je vrhunski. Popevši se na bilo koji od desetak vidikovaca Nacionalnog

>>



Pojam ugodnog doma teško bi povezali s ovakvim nastambama, ali provjereno sasvim su udobne i dobro opremljene

parka Goreme, neiskusne djevojke, pjesnici, umjetnici i modni frizeri nakon nekoliko trenutaka primijete da im se vid muti. Onda se sjete trepnuti, pa suze krenu obrazima i sve bude opet u redu. Čak i ozbiljni putoholičari, kriminalisti, političari, lijevači u čeličani, ortopedi, patolozi, Rambo i Bata Živojinović ovdje skrivečki rukavom otaru suzu i duboko udahnu da im ne krene druga.

Kako je tlo čvrsto, ali lagano za dubiti i kopati, narod je od pamti vijeka (ovdje se vijek pamti oko pet tisuća godina) bušio rupe u obroncima i liticama. I dan danas u tim i takvim špiljama ljudi žive. Da ne bi bilo zabune, većina ovdje živi u

stanovima i kućama potpuno nalik na naše, ali svejedno dobar dio njih žive kao Fred i Vilma. Uza sve pogodnosti suvremene tehnologije, naravno. Solarne ćelije za toplu vodu i satelitske antene obvezni su dio svake prave špilje.

Pećine se često nadograđuju tako da su im prednji i ulazni dijelovi dozidani. Posjetiti poneki takav dom uopće nije problem, iskažete li interes, domaćin će vas rado pozvati unutra. Po opremi se takav stan ne razlikuje puno od mog skromnog doma. Samo su kod mene zidovi malo ravniji. I ima koji prozor više. I nešto parketa na podu.

Kad su već bušili rupe za sebe, bušili

su i za svoje životinje. Od konja do golubova. A nađe se tu onda i špilja posebnih namjena. Crkava. Grobnica. Neke od špilja danas služe kao trgovine, frizeraji, turistički uredi... osvijetljene iznutra po noći izgledaju jako fora.

Kako smo se i mi htjeli osjećati kao lokalna ekipa, izabrali smo naravno hotel s takvim iskopanim sobama i svima nam je bilo super. Usput da kažem, na ovom putu pratila su me parna djeca: Ana i Josip (druga i četvrti). Nije mi prvi puta da sam spavao u špiljskom hotelu. Bio sam u trogloditskoj Matmati u Tunisu. Inače imam problema sa spavanjem, ali u ukopanoj sobi spavam ko beba. U sobi prozora, naravno,

nema, a ventilacija je rupa izbušena iznad kreveta. Vodi do površine i duga je nekoliko metara.

Hotel je za nas troje s doručkom koštao 40 €ura na dan. Solidan privatni hotel koji vodi bračni par, on je lokalni Turčin, ona Japanka. Jedna od sedamdeset Japanki koje su se u posljednjih desetak godina doselile u Kapadokiju i ovdje udale. Nikada se, kaže, ne bi vratila. Zapravo više uopće niti ne odlazi svojim u posjet. Prevelika je tamo, kaže, gužva i stres. Ovdje je sretna. Imaju jedno dijete i to je neobično. Kad sam pitao u Istanbulu za Kapadokijce rekli su mi da je to radišan, jednostavan, siromašan i pošten

svijet s puno djece. U prosjeku ovdje imaju petoro djece po obitelji.

Dakle, u vrijeme mira i sigurnosti dubile su se kućice i štalice, ali kad bi nastala frka, onda su se lopate nabrusile, a rupe kopale duboko pod zemlju. Izdubili bi tako prave gradove koji su služili kao skloništa dok neprijatelj na površini ne ode nekamo drugamo. Još nekoliko riječi o tim podzemnim gradovima. U Kapadokiji ih ima tristotinjak. Zovu ih gradovima, ali više su to podzemna skloništa. Tek nekoliko njih je toliko veliko da se s pravom mogu zvati gradovima. Mogli su naime pružiti zaklon za nekoliko tisuća ljudi. Neki kažu čak njih

dvadeset tisuća. Najveći od njih, Derinkoyu, dubok je 60 metara, ima 12 razina, unutra su bila skladišta ulja i vina, žitnice, prostori za stoku sitnog zuba i perad, dnevne sobe, spavaonice i kuhinje, iako se kuhalo rjeđe zbog dima, uglavnom sve potrebno da više tisuća ljude nađe zaklon na nekoliko mjeseci. Bilo je tu i fortifikacija tipa kamenih vrata i skrivenih obrambenih prolaza. Također i hladnjača za mrtve, bunara i sustav ventilacije. Cijela ta priča detaljno je razrađena i zadržava se obzirom na vrijeme nastanka. Radi se naime o trećem tisućljeću prije Krista. Prvo su ih gradili Hetiti sklanjajući se pred napadima Frigijaca. Nadograđivali su ih, bolje reći iskapali, ih nekoliko stotina godina. Na kraju su Frigijci ipak potisnuli Hetite i ovdje živjeli gotovo cijelo tisućljeće. Podzemne gradove su kasnije revitalizirali prvi kršćani koji su se u njih skrivali od progona. Prva crkva u Kapadokiji bila je vrlo živa, pa su pod zemljom uređene i prave crkve.

Ne mogu vam nažalost dočarati niti riječima niti fotografijama unutrašnjost toga podzemnoga grada i klaustrofobičnost tih prolaza. Derinkoyu u prijevodu znači duboki zdenac. Od toga dubok (derin) dobila je ime i rijeka Drina.

Imali smo sreću jer smo došli izvan turističke sezone. U ljeto obilazak Derinkoya traje po tri sata, od kojih dva i pol sata odlazi na čekanje i mimoilaženje s hordama drugih



Hotelska soba nema prozora, ali svjež zrak ne nedostaje. Ventilacijski sustav je vrlo jednostavan i jednako učinkovit

turista. Kapadokija nije neka turistička meka, iako to zaslužuje i trudi se postati, turizam je ovdje još uvijek dosta naivan. Posjetitelji su pri tome uglavnom s Istoka. Kinezi i Koreanci, a bude i dosta Rusa. Što se turističkih brendova tiče, u cijeloj je Turskoj sveprisutno ono „plavo oko“, Nazar. Talisman protiv uroka. U svim oblicima, najčešće klasičnim privjescima za ključeve i magnetima za frižidere. U Anatoliji su nezaobilazan brend „vrteći derviši“. Po količini reklama reklo bi se da svako selo ima bar tri predstave vrtećih derviša na dan. Glavni su kapadokijski brend, siguran sam da znate, šareni baloni. Sva tri brenda su po mom skromnom mišljenju - fejk. Prvi apsolutno, drugi možda griješim, ali jednostavno nemrem vjerovati da ima toliko mavlevijskih derviša, a kamoli onih koji padaju u trans okrećući se s obzirom na to koliko sam reklama za show vidio. Pitao bih Mešinog Ahmeda Nurudina, on pripada tom redu. Treći, tj. veliki šareni baloni na topli zrak, stvarno na slikama izgledaju dojmljivo. Istina je ipak da u većini slučajeva ti baloni zapravo ne lete slobodno. Istina, cijele godine na nekoliko mjesta par dana u tjednu dižu zorom u zrak balone vezane konopcem, ali onda ih samo povuku natrag dolje. Na isto mjesto odakle su se i dignuli. Obožavam letjeti balonom, čak bih vjerojatno pristao i na tu varijantu, no za to treba biti jutro bez vjetra. Nisam

imao sreću. Inače, takav let naplaćuju 100 eura po „letaču“, ali računajte uz to i troškove noćnog taksija i povratka u hotel.

Tako dan za danom od jedne do druge doline, od jedne crkve špilje do druge, pa poneki samostani, scenografija biva sve manje zemaljska. Za ovo putovanje osigurali smo si dovoljno vremena. Dovoljno da odemo i na nekoliko prezentacija, što inače uglavnom izbjegavam. Radionica tepiha, radionica oniksa, radionica keramike. Tepisi su im prekrasni i skupi, poludrago i drago kamenje im je prekrasno i skupo, ali u prve dvije tvornice nisam vidio ničega stvarno posebnoga. Naučio sam ponešto o tehnologiji proizvodnje i ponovio tehnike prodaje. Tvornica keramike me je, međutim, iznenadila i jednostavno oduševila. Kroz Kapadokiju protječe Kizilirmak, odnosno Crvena rijeka. Najduža Turska rijeka, duga oko 1300 kilometara, a ime je, naravno, dobila zbog glinice koju nosi i koja je sirovina za razvoj keramičke industrije na ovim prostorima od samih početka civilizacije. Dakle, keramika koju su nam tamo pokazali stvarno me se dojmila i skoro sam pao u napast da se krenem cjenkati za neku tacnu. Usput da spomenem, ima jeftinih i skupih stvari, ali najskuplji tepih i najskuplji dragi kamen nisu niti približne cijene kao najskuplji tanjur keramike. Hoćete li probati pogoditi se? 62.000 eura! Jedan tanjur! Sve

što kupite oni vam pošalju doma. Transport plaća tvornica, a carinu i porez turska vlada. I hrvatsku carinu ili kolumbijsku, kamo li već keramika ide. Ako se tanjur, čaša, vaza, vrč ili štogod i najmanje ošteti u transportu, pošaljite sliku, oni proizvedu istu takvu i šalju vam novu. Otkrhnutu zadržite.

Do Istanbula i kući vratili smo se preko Pamukkala, Seldžuka i Izmira. Naime, šteta je, zapravo grijeh, kad si već tamo, ne otići do Pamukkala i posebno do Hierapolis na brdu ponad. (Svakako, svakako uzmite kupaće, rimske terme tamo su totalan doživljaj.) Da mi netko kaže obvezno idi u Seldžuk, bijelo bih ga pogledao. No ako znate da se Seldžuk tisućljećima zvao Efez, objašnjenja više ne treba. Kad se već skićete Malom Azijom šteta ga je propustiti. Meni je vrh, i nadugo bih mogao o njemu, ali možda nekom drugom prilikom. Obišli smo još i Izmir, nekada poznatiji kao Smirna.

Logistike što se tiče, do Kapadokije nije teško doći. Do Istanbula znate, a unutar Turske lete jeftini domaći prijevoznici. Da definiram jeftino reći ću da nas je let Istanbul - Nevşehir (jedna od dviju zračnih luka u Kapadokiji) koštao 25 eura po glavi. Željeznice baš i nema previše, vlakovi su dobri i nisu skupi. Bus je jako jeftin, solidan, dapače vrlo solidan: WiFi, slušalice, ekran, igrice, filmovi, ali nedovoljno prostora za noge. A



Doline su ispunjene gljivolikim formacijama koje su romantično prozване "vilinskim dimnjacima"

kad ja to kažem, to ima posebnu težinu. Riskirao sam dosta opravdanih kritika od moje najdraže jerbo sam s djecom stopirao po Turskoj, ali jednom nam se prilično žurilo na vlak, a nismo našli taksi. Nisam stigao ni dignuti palac, a auto je već stao. Turska je puna dragih ljudi. Nažalost, slabo govore engleski. Moje poznavanje turskog svodi se na ono što su nam Osmanlije ostavile u amanet: tavan, džep, sat, višnju, bubreg, krevet, kutiju, šećer, jastuk, limun, boju, bunar, kat, barjak, dugme, dućan, zatim naravno burek, ćufte, ćevape i iznad svega baklavu... Nedovoljno za suvislu konverzaciju, ali Turci rado razgovaraju, pa se uvijek nekako snađemo. To se odnosi samo na

muškarce. Žene ne komuniciraju sa strancima.

Za Kapadokiju su tri do pet dana uvrh glave, a za ostatak Anatolije ovisi, ali uzmite da je tjedan dana minimum. Vjernicima ni dva nisu dosta jer daleko bi nas odvelo da krenemo nabrajati ranokršćanske znamenitosti u Maloj Aziji. Što se tiče sigurnosti, ovdje nije bilo nikakvih sukoba ni nepravilnosti koje potresaju susjedstvo, ipak se stanje posljednjih desetak godina mijenja, puno je sirijskih izbjeglica. Lagana nervoza se osjeća. Al Asad je bio super susjed. Erdogan i on su zajedno provodili praznike s obiteljima, a turski premijer ne bi sirijskog predsjednika niti zvao

drugačije nego „moj brat Bashar“ A sada je terorist i tiranin.

Suprotno mom poslovičnom optimizmu, završit ću ružnom stranom medalje. Boravak u Turskoj nije bez nevolja. Ja dapače tamo uvijek imam velikih problema. Što sam tamo dulje, problem postaje veći. S hlačama i remenom. Izbor i kvaliteta hrane tamo nažalost nadilazi granice mog i inače slabog karaktera. No, to ste uostalom svi znali. Za hranu mislim. A sad i za moj karakter

Srdačno Vaš

edo.toplak@zg.t-com.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a, Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a, Hrvatska liječnička komora
HLZ, genitiv HLZ-a, Hrvatski liječnički zbor
HZJZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
NZJZ Nastavni zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a, Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravstva RH
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi. Maji Žigman, mag.oec., na broj telefona: 01/4500 830, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: tmi@hlk.hr

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

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

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

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

Križbolja – prikaz bolesnice

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-mediplus.com, 12.4.-31.10.2021.
Vida Peterlik, tel: 0911333838,
e-mail: vida@dedal.hr

Nova terapijska opcija u liječenju hipertenzije

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-mediplus.com, 12.4.-31.10.2021.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

E-tečaj cjeloživotnog učenja za zdravstvene djelatnike

Hrvatsko društvo za kliničku prehranu
Hrvatskog liječničkog zbora
<https://vitamini.hr/korisnik/signup/>,
19.4.-16.10.2021.
Prof.dr.sc. Darija Vranešić Bender,
tel: 0913774377,
e-mail: dvranesi@kbc-zagreb.hr

SGLT2 inhibitori u rukama nefrologa

Hrvatsko društvo za hipertenziju
<https://kurikulum.hdh.hr>, 20.4.-20.7.2021.
g. Mario Haban, tel: 08009666,
e-mail: kurikulum@hdh.hr

Kako poboljšati ishode liječenja visokorizičnih pacijenata nakon AKS-a?

Hrvatsko kardiološko društvo
<https://cro-cot.emed.hr>, 29.4.-29.7.2021.
g. Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@emed.hr

Urološka onkologija

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 03.05.2021. – 03.11.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098/499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Novosti u liječenju atopijskog dermatitisa i pelenskog dermatitisa

Remedia d.o.o.
Zagreb, 3.5.-30.11.2021.
g. Luka Starešinić, tel: 0913707096,
e-mail: luka.staresinic@remedia.hr

Primjena bilastina kod simptomatskog liječenja urtikarija

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 10.5.2021.
g. Marko Adrić, tel: 0919440962,
e-mail: madric@berlin-chemie.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 10.5.2021.
Ivan Antić, tel: 091 3460 150,
e-mail: ivan.antic@sandoz.com

Novosti u liječenju SLE

HRVATSKO REUMATOLOŠKO DRUŠTVO I REFERENTNOCENTAR MZ RH ZA SLE
Zagreb, 10.5.2021.
prof.dr.sc. Branimir Anić,
tel: 2388330, e-mail: banic@mef.hr

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 11.5.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 016274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 11.5.2021.
gđa. Karla Stanko, tel: 0912353171,
e-mail: karla.stanko_ext@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 11.5.2021.
g. Josip Barilar, tel: 012353419,
e-mail: josip.barilar@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 11.5.2021.
gđa. Ivana Zelić, tel: 0912353425,
e-mail: ivana.zelic@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 11.5.2021.
Filip Lokin, tel: 091 2353 437,
e-mail: filip.lokin_ext@sandoz.com

Ozljede površine oka – možemo li promijeniti ishode?

INSPHARMA d.o.o.
Zagreb, 11.5.2021.
gđa. Dunja Čolović, tel: 0993537538,
e-mail: dunja.colovic@inspharma.com

Suvremeno liječenje hepatitisa C

Merck Sharp & Dohme d.o.o.
virtualni sastanak, 11.5.2021.
gđa. Aleksandra Ivošević, tel: 0916611308,
e-mail: aleksandra_ivoševic@merck.com

10. virtualna akademija mladih psihijatar

JOHNSON & JOHNSON S.E. d.o.o.
virtualno, 11.5.2021.
gđa. Helena Matulović, tel: 0911544922,
e-mail: hmatulov@its.jnj.com

Osposobljavanje predavača iz nastavnog predmeta "Pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenim u prometnoj nesreći"

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 12.5.-13.5.2021.
gđa. Ana Mikulčić, tel: 0916042206,
e-mail: ana.mikulcic@hck.hr
Iznos kotizacije: 1.250,00 kn

Entresto: standardna terapija u liječenju hospitaliziranih i ambulantnih bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 12.5.2021.

gđa. Bruna Mesić, tel: 01 6274 220, e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 12.5.2021.
gđa. Irena Gržentić, tel: 0912353212,
e-mail: irena.grzentic@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 12.5.2021.
Mirela Gudelj, tel: 091 2353 219,
e-mail: mirela.gudelj@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 12.5.2021.
Tihomir Žugec, tel: 091 2353 168,
e-mail: tihomir.zugec@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 12.5.2021.
Vladimir Čandrić, tel: 091 3722 324,
e-mail: vladimir.candric@sandoz.com

COVID-19 – HEMOSTAZA I TROMBOZA

Hrvatski liječnički zbor – Podružnica Zagreb
Zagreb, 12.5.2021.
gđa. Draženka Kontek, tel: 0993838424,
e-mail: drazenkakontek@yahoo.com

Simpozij "Nova era u liječenju kronične bubrežne bolesti – uloga SLT2 inhibitora"

Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
online, 12.5.2021.
doc. dr. sc. Mario Laganović, dr. med.,
tel: 0914223157,
e-mail: mlaganovic@gmail.com

Radionica "Delirij – spriječi, prepoznaj, liječi"

Klinika za psihijatriju Vrapče
zoom, 13.5.2021.
gđa. Marina Gregurović, tel: 013780678,
e-mail: klinika@bolnica-vrapce.hr

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.5.2021.
Ante Matijević, tel: 091 2353 208,
e-mail: ante.matijevic@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.5.2021.
Marina Matak, tel: 091 2353 420,
e-mail: marina.matak@sandoz.com

Znamo li sve o liječenju astme i alergijskog rinitisa?

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.5.2021.
g. Silvije Marjanović, tel: 091 6841 210,
e-mail: silvije.marjanovic@sandoz.com

Istovremeno liječenje hipertenzije i dislipidemije prevenciji cerebrovaskularnih događaja

Servier Pharma d.o.o.
Split, 13.5.2021.
gđa. Ana Anđelić, tel: 0992707470,
e-mail: ana.andelic@servier.com

Modul B Snažna patronažna – komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Zagreb, 14.5.2021.
gđa. Karmen Arnaut, tel: 0919252091,
e-mail: karmen.arnaut@stampar.hr

2. REGIONALNI SERVIER LOM HYBRID MASTERCLASS

Servier Pharma d.o.o.
online, 15.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Kontroverze 2021.

Hrvatsko društvo za hipertenziju
https://kongresi.emed.hr/, 17.5.-17.11.2021.
dr. Ana Jelaković, tel: 012388271,
e-mail: tajnik@hdh.hr

2. Regionalna radionica o liječenju venskih poremećaja

Servier Pharma d.o.o.
online, 18.5.-19.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

3. Regionalna radionica o liječenju venskih poremećaja

Servier Pharma d.o.o.
online, 18.5.-19.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 18.5.2021.
gđa. Dora Jović, tel: 0912353422,
e-mail: dora.jovic_ext@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 18.5.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 091 2353 411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 18.5.2021.
Danijela Ljubas Hižman, tel: 091 3460 149,
e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 18.5.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

4. Regionalna radionica o liječenju venskih poremećaja

Servier Pharma d.o.o.
online, 19.5.-20.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojdanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u optimalnom liječenju bolesnika s KZS

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 19.5.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 016274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 19.5.2021.
Danijela Ljubas Hižman, tel: 091 3460 149,
e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 19.5.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 091 2353 411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 19.5.2021.
gđa. Marija Mihajlovski, tel: 0912353210,
e-mail: marija.mihajlovski_ext@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 19.5.2021.
gđa. Petra Lešin, tel: 0912353414,
e-mail: petra.lesin@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 19.5.2021.
g. Karlo Smiljan, tel: 0915511996,
e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

DaTSCAN™ (ioflupane 123I) – Image quality and quantification

BIOVIT d.o.o.
Varaždin, 19.5.2021.
Tomislav Martan, mag.chem.,
tel: 0989805360, e-mail: tomislav@biovit.hr

Sustavi za zatvaranje mjesta vaskularnog pristupa ("Closure Devices")

Hrvatska endovaskularna inicijativa
webinar, 19.5.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

1. kongres Hrvatske Alzheimer alijanse – Zajedno za boljitak osoba s demencijom

Klinika za psihijatriju Vrapče
Zagreb, 19.5.-21.5.2021.
g. Krešimir Radić, tel: 013780678,
e-mail: kresimir.radic@bolnica-vrapce.hr

25. Simpozij hrvatskih neonatologa

Sekcija za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu i Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a
Zagreb, 20.5.2021.
prof.dr.sc. Boris Filipović – Grčić,
tel: 0981759087,
e-mail: borisfilipovicgrcic@gmail.com

Zaštita zdravlja na radu – novi propisi, rad od kuće, primjeri dobre prakse

Hrvatska udruga za zdravo radno mjesto
Zagreb, 20.5.2021.
gđa. Gorana Lipnjak, tel: 0959860722,
e-mail: glipnjak@gmail.com
Iznos kotizacije: 1.200,00 kn

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.5.2021.
g. Slavko Žužul, tel: 0912353412,
e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.5.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.5.2021.
gđa. Josipa Lončar, tel: 0912353112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

GASTRO SEKCIJA: UPALA, INFEKCIJA I PROTEKCIJA

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.5.2021.
g. Jakov Vlak, tel: 0912353125,
e-mail: jakov.vlak@sandoz.com

Terapijske opcije liječenja KOPB-a

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 20.5.2021.
g. Vedran Nervo, tel: 0917219551,
e-mail: vnervo@berlin-chemie.com

PRAKTIČNA PRIMJENA API TERAPIJE

HRVATSKO API TERAPIJSKO DRUŠTVO
Novska, 20.5.2021.
dr.sc. Gordana Hegić, tel: 0959106653,
e-mail: ghegic@gmail.com

3. Dani obilježavanja upalnih bolesti crijeva

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zadar, 20.5.2021.
gđa. Jasenka Duvnjak, tel: 012442398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

HEREDITARNI ANGIOEDEM KOD DJECE-

Novosti u dijagnostici i liječenju
Sekcija za pedijatrijsku alergologiju i kliničku imunologiju
Zagreb, 20.5.2021.
Blaženka Kljaić Bukvić, tel: 098760766,
e-mail: blazenka.bukvic@gmail.com

Primjena uređaja "Bioptron" u preventivnoj i kurativnoj medicini

Zepter Hrvatska u suradnji s NZJZ Andrija Štampar
MS Teams, 20.5.2021.
gđa. Kata Pavlović, tel: 0918852170,
e-mail: kata.pavlovic@zepter-zg.hr

Kolorektalni karcinom – gdje smo sada? Mora li Hrvatska biti u vrhu europske ljestvice mortaliteta

Institut za gastroenteroloske tumore (IGET)
Zagreb, 20.5.2021.
Anica Vrdoljak, tel: 0993787279,
e-mail: info@iget.hr

33. Tečaj Neonatologija

Katedra za pedijatriju, Medicinski fakultet
Zagreb
Zagreb, 20.5.-21.5.2021.
prof.dr.sc. Boris Filipović-Grčić,
tel: 0981759087,
e-mail: boris.filipovicgrcic@gmail.com
Iznos kotizacije: 1.000,00 kn

3. REGIONALNI SERVIER LOM HYBRID MASTERCLASS

Sevier Pharma d.o.o.
online, 22.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojđanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Dijabetičko stopalo – prevencijom do iskoraka

Sandoz d.o.o.
webinar, 25.5.2021.
Doris Udovičić Marušić, tel: 091 2353 227,
e-mail: doris.udovicic_marusic@sandoz.com

Novi potencijal lijeka Trulicity

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 25.5.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Novosti u Smjernicama Europskog urološkog društva 2021.

HLZ-Hrvatsko urološko društvo
Zagreb, 25.5.2021.
dr. Igor Tomašković, tel: 0915011063,
e-mail: igor.tomaskovic@kbcsm.hr

Virtual Policy Networking Forum:

"Opskrba i nestašica lijekova i medicinskih proizvoda – Od dugova do dugoročnog rješenja"

Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Virtualno, 26.5.2021.
g. Ivan-Kristijan Baricevic,
tel: 0958552878,
e-mail: ivan.kristijan.baricevic@upuz.hr

Entresto: standardna terapija u liječenju hospitaliziranih i ambulantnih bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 26.5.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 01 6274 220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 26.5.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 016274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Terapijske opcije liječenja KOPB-a

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 26.5.2021.
gđa. Tamara Lacković Virag, tel: 0992725073,
e-mail: tlackovicvirag@berlin-chemie.com

Neprijateljski" vrat aneurizme abdominalne aorte (aaa) – endovaskularne tehnike i pristupi

Hrvatska endovaskularna inicijativa
webinar, 26.5.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

Snovi u grupi

Snovi u grupi
Rijeka, 26.5.2021.
gđa. Petra Marinković, tel: 0913493810,
e-mail: centarzapomocustresu@yahoo.com

5. Regionalna radionica o liječenju venskih poremećaja

Servier Pharma d.o.o.
online, 26.5.-27.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojđanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Primjena bilastina u liječenju alergijskog rinokonjunktivitisa

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 27.5.2021.
gđa. Jelena Mandarić, tel: 0993542389,
e-mail: jmandaric@berlin-chemie.com

Multidisciplinarni pristup pacijentu s komorbiditetima

Sandoz d.o.o.
webinar, 27.5.2021.
g. Ante Matijević, tel: 0912353208,
e-mail: ante.matijevic@sandoz.com

"Važnost pravilne prehrane u prevenciji i liječenju KV bolesti"

Sandoz d.o.o.
webinar, 27.5.2021.
g. Luka Radmanić, tel: 0912353424,
e-mail: luka.radmanic@sandoz.com

Proljeće u liječničkim ordinacijama

Sandoz d.o.o.
webinar, 27.5.2021.

gđa. Danijela Ljubas Hižman, tel: 0913460149, e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

MIND & BRAIN – 60th International Neuropsychiatric Congress- Virtual

Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara
virtualno, 27.5.-30.5.2021.
gđa. Petra Strujić, tel: 0919156225,
e-mail: inpc2017@gmail.com

„Stres u kliničkoj medicini – biološki, psihodinamički i socijalni faktori“

Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, Klinički bolnički centar Zagreb
Zagreb, 28.5.2021.
gđa. Sarah Bjedov, tel: 0989168429,
e-mail: sarahbjedov@gmail.com

MEDUNARODNA KONFERENCIJA „PREVENCIJOM DO KULTURE NENASILJA“

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorska-goranska županija Rijeka, 28.5.-29.5.2021.
gđa. Ines Lazarević Rukavina, tel: 0913366750,
e-mail: ines.lazarevic@gmail.com
link za prijavu: <https://csi.hr/registracija/html/unosregistracije.php>

4. REGIONALNI SERVIER LOM HYBRID MASTERCLASS

Servier Pharma d.o.o.
online, 29.5.2021.
gđa. Ivana Fabić Ojđanić, tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

1. Hrvatski gerijatrijski on line simpozij o GERASTENJI s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a
Zagreb/online, 1.6.2021.
doc.prim.dr.sc. Tajana Pavić, tel: 098720555,
e-mail: tajana.pavic@gmail.com

31st Summer Stroke School – Healthy Lifestyle and Prevention of Stroke and Other Brain Impairments

Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara
virtualno, 7.6.-11.6.2021.
gđa. Petra Strujić, tel: 0919156225,
e-mail: summer.stroke.school@gmail.com

Inkontinencija urina u muškaraca

Elbi Medikal d.o.o.
online, 7.6.-13.6.2021.

gđa. Sanja Posavec, tel: 0998097533,
e-mail: sanja@elbi-medikal.hr

Radionica "Delirij – spriječi, prepoznaj, liječi"

Klinika za psihijatriju Vrapče
zoom, 8.6.2021.
gđa. Marina Gregurović, tel: 013780678,
e-mail: klinika@bolnica-vrapce.hr

Terapijske opcije liječenja KOPB-a

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 8.6.2021.
g. Marko Adrić, tel: 0919440962,
e-mail: madric@berlin-chemie.com

HCC kao rezultat nezadovoljenih potreba "tihih epidemija jetre"

Hrvatsko društvo za bolesti jetre "Hepatos"
Zagreb, 9.6.2021.
gđa. Ana Višić, tel: 0981763692,
e-mail: hepatos@hepatos.hr

Medical Information Conference Croatia – MICC 2021

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
virtualno, 10.6.–11.6.2021.
mr. sc. Marijan Šember, tel: 01/4566-743,
e-mail: sember@mef.hr

Radionica "Delirij – spriječi, prepoznaj, liječi"

Klinika za psihijatriju Vrapče
zoom, 10.6.2021.
gđa. Marina Gregurović, tel: 013780678,
e-mail: klinika@bolnica-vrapce.hr

Liječenje akutnog ishemijskog moždanog udara u Hrvatskoj – smjernice, iskustva i budućnost

Hrvatski liječnički zbor – Hrvatsko neurološko društvo
Rijeka, 11.6.–12.6.2021.
Zdravka Poljaković, tel: 098237288,
e-mail: zdravka.po@gmail.com
Iznos kotizacije: 1.000,00 kn

DALMATIA RETINA MEETING

Referentni centar Ministarstva zdravstva za bolesti i kirurgiju stražnjeg ožnog segmenta
Šibenik, 11.6.–12.6.2021.
g. Bruno Ravlić, tel: 0914009111,
e-mail: bruno@btmglobal.hr

Farmakologija boli

Hrvatsko društvo za liječenje boli
Split, 11.6.–12.6.2021.
gđa. Andrea Mršo, tel: 031511502,

e-mail: mrsoandrea385@gmail.com
Iznos kotizacije: 2000,00 (s PDV-om)

1. hrvatski simpozij „Apnejički sindrom“ s međunarodnim sudjelovanjem Hrvatskog društva za apneju – Hrvatskog liječničkog zbora

Hrvatsko društvo za apneju – Hrvatskog liječničkog zbora
Zagreb, 11.6.2021.
prof. Boris Filipović, tel: 0914707701,
e-mail: boris.filipovic@hotmail.com
Iznos kotizacije: 800,00 kn

Usavršavanje i provjera stručne osposobljenosti predavača i ovlaštenih ispitivača iz nastavnog predmeta "Pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenim u prometnoj nesreći"

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 11.6.2021.
gđa. Ana Mikulčić, tel: 0916042206,
e-mail: ana.mikulcic@hck.hr
Iznos kotizacije: 800,00 kn

Pronađimo rješenje! Zajedno protiv kliničke inercije

Sandoz d.o.o.
webinar, 16.6.2021.
Doris Udovičić Marušić, tel: 091 2353 227,
e-mail: doris.udovicic_marusic@sandoz.com

12. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine: IZAZOVI OBITELJSKE MEDICINE U 21. STOLJEĆU

KoHOM – Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Šibenik, 20.–23.06.2021.
g. Adrian Kozonić, br.tel: 01/4854 697,
e-mail: adrian@conventuscredo.hr
Rana kotizacija (do 01.04.2021.): Članovi KoHOM-a 1.700,00 kn, Ne članovi KoHOM-a 1.900,00 kn, Osoba u pratnji 500,00 kn, Specijalizanti članovi KoHOM-a 500,00 kn, Specijalizanti ne članovi KoHOM-a 600,00 kn, Umirovljenici 600,00 kn, Studenti 400,00 kn, Medicinske sestre 500,00 kn, Fizioterapeuti i radni terapeuti 500,00 kn
Kasna kotizacija (nakon 01.04.2021.): Članovi KoHOM-a 1.900,00 kn, Ne članovi KoHOM-a 2.100,00 kn, Osoba u pratnji 600,00 kn, Specijalizanti članovi KoHOM-a 600,00 kn, Specijalizanti ne članovi KoHOM-a 700,00 kn, Umirovljenici 600,00 kn, Studenti 400,00 kn, Medicinske sestre 700,00 kn, Fizioterapeuti i radni terapeuti 500,00 kn

Snovi u grupi

Snovi u grupi
Rijeka, 30.6.2021.
gđa. Petra Marinković, tel: 0913493810,
e-mail: centarzapomocustresu@yahoo.com

TEČAJ BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA – modul I 01.07.2021. TIPOVI ISTRAŽIVANJA, TIPOVI I PRIKAZ PODATAKA I INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 1.7.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

MEDICINSKA AKUPUNKTURA

UČILIŠTE LOVRAN – ustanova za obrazovanje odraslih
Opatija, 01.07.2021. – 29.09.2021.
gđa. Irena Plantak, tel: 051 293 851,
e-mail: info@wellness.hr
Iznos kotizacije: 12.000kn; Način financiranja skupa Polaznici plaćaju tečaj na rate (2) ili jednokratno s pravom na popust (5%)

TEČAJ BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA – modul II 08.07.2021.

Interpretacija rezultata istraživanja
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 8.7.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

TEČAJ BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA – modul III 15.07.2021. Izbor statističkog testa

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 15.7.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

Supervizija IV – etičke dileme Četverogodišnja edukacija iz Gestalt psihoterapije

Gestalt centar HOMA
Zagreb, 2.–4.7.2021.
Jasenska Pregrad, psiholog, psihoterapeut, supervizor, tel: 014683278 / 0915251560,
e-mail: jasenska.pregrad@gmail.com
Iznos kotizacije: 980,00 + PDV

Radionica statističkog modeliranja biomedicinskih podataka

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet
Split, 5.–9.7.2021.
doc. dr. sc. Darko Kero, tel: 098573890,
e-mail: dkero@mefst.hr
Iznos kotizacije: 1.065,00 HRK (iznos uključuje PDV)

UZV ŠTITNJAJE I POVRŠINSKIH STRUKTURA GLAVE I VRATA

Hrvatski liječnički zbor – Hrvatsko senološko društvo
Zagreb (online), 20.09.2021. – 24.09.2021.
gđa. Maja Andrić Lužaić, tel: 099 4672 922,
e-mail: edukacija@drinkovic.hr
Iznos kotizacije: 6.500,00 kn

Simpozij "Deformacija kralježnice djece i odraslih"

Hrvatsko vertebrološko društvo HLZ-a
Zagreb/online, 13.10.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr
Iznos kotizacije: 100,00kn i 300,00kn

UZV DOJKI

Hrvatski liječnički zbor – Hrvatsko senološko društvo
Zagreb (online), 08.11.2021. – 12.11.2021.
gđa. Maja Andrić Lužaić, tel: 099 4672 922,
e-mail: edukacija@drinkovic.hr
Iznos kotizacije: 9.500,00 kn

PISANI TEST U ČASOPISU

Zaštita mentalnog zdravlja u obiteljskoj medicini
C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Pisani test u časopisu – 01.03. – 30.06.2021.
Ajla Hrelja Bralić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

Novosti u liječenju upalnih reumatskih bolesti i gerontoreumatologija

C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Pisani test u časopisu – 31.05.2021.– 31.08.2021.
Dragan Bralić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

Kardiologija u doba korone

C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Pisani test u časopisu – 01.07. – 1.10.2021.
Ajla Hrelja Bralić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

