

LIJEČNIČKE novine

RAZGOVOR

Prof. Davor Vagić

NOVI RAVNATELJ KBC-a
SESTRE MIOSRDNICE



TEMA BROJA > LIJEČNICI U POLITICI

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 Raguz, 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: lijecnicke.novine@hlk.hr

UREDNIČKI ODBOR

Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med. • Ana Gverić Grginić, dr. med.
Prof. dr. sc. Zdenko Kovač, dr. med. • Prim. Slavko Lovasić, dr. med.
Dr. sc. Adrian Lukenda, dr. med. • Prof. dr. sc. Ivica Lukšić, dr. med.
Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.
Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med.
Prim. Matija Prka, dr. med. • Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Prof. dr. sc. Livia Puljak, dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med.
Ksenija Vučur, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

OGLAŠAVANJE

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

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

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19 000 primjeraka

Predano u tisak 5. srpnja 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

IZDAVAC

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

NASLOVNICA

Pelješki most aktualno u izgradnji

4 UVODNIK

Cijepljenje i povjerenje u institucije

6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Medicina 21. stoljeća

8 RAZGOVOR

Prof. Davor Vagić

12 TEMA BROJA

Liječnici političari

19 KRONOLOGIJA COVID-19**20 IZ KOMORE**

Kampanja Cijepi se! • Reakcija HLK-a na intervju Freda Matića
Big Band HLK-a oduševio Splićane • Ne ukidanju priziva savjesti!
U borbi protiv COVID-19! • Pregled aktivnosti u lipnju • Pub kviz
Najbolje fotografije

24 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Otkriće heparina i antikoagulansa • Ishitrene dijagnoze
Rodilište prijatelj djece • Nefrološki webinari • Toplotni udar
Sigurnost transfuzije • Koncert „Cijepljenje sve u 16“
Dijagnoza multiplog mijeloma • 100 godina Plive
Elektronska mikroskopija na MEF-u u Zagrebu

38 LJETNA TEMA**40 ALZHEIMEROVA BOLEST****41 VIVAT ACADEMIA**

Studij medicine na engleskom u Zagrebu • Biti recenzent

48 GOST UREDNIK

Doc. Mozetić i DZ PGŽ-a u Rijeci

54 COVID-19

Delta varijanta SARS-CoV-2 • COVID-19 u Velikoj Britaniji
Bezbolni porod pacijentice pozitivne na SARS-CoV-2

58 PRIKAZ SLUČAJA

Mediteranska pjegava groznica

60 OBiteljska medicina

Temelj zdravstvenoga sustava

62 SALUTOGENEZA**63 LIJEČNIČKA PRIČA****69 MLADI LIJEČNICI****70 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****72 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****74 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE****76 RAZGOVOR S POVODOM****79 LIJEČNICI SPORTAŠI****82 IZDAVAŠTVO I KULTURA****84 SJEĆANJA****88 PUTOPISI****93 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE****94 LIJEČNICI UMIROVLJENICI****96 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

CIJEPLJENJE I POVJERENJE U INSTITUCIJE



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ, dr. med.

predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Zašto je u Hrvatskoj prvom dozom cijepljeno tek 45 % odraslih građana, a u Ujedinjenom Kraljevstvu više od 82 %? OK, Ujedinjeno Kraljevstvo je prije ostalih imalo velike količine cjepiva, a i ne pripada našem kulturnom i povijesnom krugu te zato nikako ne može biti usporediva država, reći će netko. Možemo se uspoređivati samo s državama članicama EU, koje su dijelile našu sudbinu u distribuciji dostupnih količina cjepiva. Pokušajmo onda s prilagođenim pitanjem. Zašto je u Njemačkoj, Austriji i Mađarskoj prvom dozom cijepljeno oko 65 % odraslih građana, gotovo pedeset postotnih poena više nego u Hrvatskoj!? Aha, znam. Netko će

reći da jug Hrvatske ne pripada tom društveno-povijesnom krugu, odnosno da je kulturno-loški i civilizacijski bliži Italiji nego srednjoj Europi. Međutim, u toj Italiji je prvom dozom cijepljeno skoro 70 % odraslog stanovništva! Što ćemo sad? Koje nam opravdanje ili pojašnjenje sada pada na pamet? Koji ćemo argument sada izvući iz rukava da se ne crvenimo pred cijelom Europom? Nema ga. Sjedni, nedovoljan! Reklo bi se školskim rječnikom.

No, postoji teorija koju bismo mogli uzeti u obzir kada promatrano ovaj negativan fenomen u našoj državi. Ključno je povjerenje. Povjerenje u institucije i povjerenje u pojedince koji su

autoriteti. Opće je poznato da je povjerenje u institucije u Hrvatskoj na niskoj razini, za razliku od „starijih“ država u Europi. Državne i javne institucije u zapadnim i srednjoeuropskim državama, poput UK, skandinavskih zemalja, Njemačke i Austrije, izgrađivane su desetljećima i stoljećima. Stoga građani vjeruju svojim institucijama. Treba posebno podcrtati riječ „svojim“. Oni ih doista smatraju svojima. Britanci čak službeno zovu državni zdravstveni sustav (National Health Service - NHS), „our NHS“. Dakle „naš NHS“. Kada je nešto naše, onda se prema tomu tako i odnosimo. I hrvatske su institucije – naše, ali se često prema njima odnosimo kao do su strane, nečije tamo, „njihove“, zatvorene, nedostupne, privatizirane. Kao do su nam oduzete ili kidnapirane. Ako je takav dominantan stav prema institucijama u Hrvatskoj, onda to zasigurno nije umišljena ideja naših građana, nego posljedica višegodišnjeg načina funkcioniranja, postupanja i još važnije nepostupanja naših ključnih institucija, posljedica tzv. grijeha struktura. Svjedočimo tomu doista prečesto. Dakle, u pitanju je povjerenje. Povjerenje je, kažu, kao staklo. Ako ga jednom razbiješ, nikad više neće biti isto. U Hrvatskoj se institucije relativno često „razbiju“. Samo smo u prošlom, 20. stoljeću, imali, slijedom povijesnih događaja, gotovo potpuno razbijanje dotadašnjih institucija, u najmanje tri navrata. To su činjenice, odnosno objektivne okolnosti koje zasigurno nisu pridonijele povjerenju, odnosno izgrađivanju naših institucija.

Kada je u pitanju borba s pandemijom COVID-19 u Hrvatskoj, treba svakako spomenuti povremene dvostrukе kriterije i nekonzistentnost u komunikaciji najvažnijih državnih institucija koje zbuњuju javnost i ruše povjerenje u njih. Upravo zbog toga veći prostor i utjecaj na građane dobivaju pojedinci i grupacije koje šire neistine, obmane, teorije zavjere, antivakersku propagandu te neznanstvene stavove i tvrdnje. Različiti profitom usmjereni biznismeni,

ogrnuti plaštom znanstvenika i pseudoznanstvenika, političari i politikanti gladni glasova i birača, neodgovorni pojedinci i čudaci željni pet minuta slave. No, nitko od njih neće zdravstveno zbrinjavati zaražene novim koronavirusom. Neće ih testirati u nepreglednim redovima, nitko od njih neće pokušavati pratiti njihove kontakte dok telefon ne prestaje zvoniti, nitko ih neće liječiti u ordinacijama obiteljske medicine ili na bolničkim odjelima, nitko od njih neće teško oboljele stavljati na high-flow uređaj ili ih intubirati jer više ne mogu disati, i nitko od njih nikada neće trebati nazvati obitelj i reći da je njihov bližnji preminuo od COVID-19. Mi liječnici znamo sva lica bolesti, dobro smo upoznati sa znanstvenim dokazima u korist cijepljenja protiv COVID-19 i kristalno nam je jasna naša odgovornost prema kolegicama i kolegama, pacijentima i društvu. Zato se 95 % liječnika u Hrvatskoj već cijepilo ili čeka svoj termin za cijepljenje nakon preboljele infekcije, kao što pokazuje anketa HLK-a provedena prije mjesec i pol. Procijepljenost liječnika je izuzetno velika što jasno ukazuje na to da liječnici imaju veliko povjerenje u cjepivo.

Uzimajući sve to u obzir, kao i činjenicu da, prema svim istraživanjima, naši sugrađani najviše povjerenja imaju u zdravstvene djelatnike, na potezu su liječnici. Svjesni smo da nam najesen predstoji četvrti val epidemije. Naši pacijenti, koje cijelo vrijeme i dalje liječimo od svih drugih bolesti, u nas imaju veliko povjerenje i naše savjete i preporuke uzimaju izuzetno ozbiljno. Uvjeren sam da će razgovor s našim pacijentima o cijepljenju potaknuti i one necijepljene na cijepljenje. Tako ćemo dodatno doprinijeti našem zajedničkom cilju svladavanja ove iscrpljujuće pandemije.

Možda na kraju, u kontekstu cijepljenja, ipak navučemo – dovoljan (2).

Medicina dvadesetiprvoga stoljeća

Ovo je 201. broj Liječničkih novina i za potrebe obilježavanja „okruglog“ jubileja prelistavali smo prve dvije stotine brojeva. Nešto je zajedničko tom dvadesetogodišnjem vremenu – svojevrstan antagonizam prema liječnicima kojega Novine redovito bilježe duž te protekle vremenske crte. Iako se još nismo izborili za sva prava koja bismo željeli i trebali imati (zakon o plaćama liječnika), iako još nismo ostvarili niti primjenu svih prava koja kao liječnici imamo prema pozitivnim nacionalnim propisima (propisno plaćanje liječničkog rada), već se još moramo boriti i za opstanak onoga prava kojega formalno i praktično imamo, i to ne samo prema nacionalnim propisima, već i prema brojnim međunarodnim konvencijama. Radi se o prizivu savjesti koji bi trebao biti nedodirljivo pravo svakog liječnika i osigurati mu njegov integritet na način da mu omoguće postupati prema svojim moralnim uvjerenjima. Pod krikom naprednih ideja, pod parolom „života u 21. stoljeću“ nasuprot onome „u 17. stoljeću“, to nam se pravo poku-

šava ugroziti. Netočnom argumentacijom želi se prikazati kako je primjena priziva savjesti pri ostvarenju prava na pobačaj odgovorna za ugrožavanje života žene. A to jednostavno nije istina. I mi liječnici to znamo. No pošavši od tako formulirane netočne premise slijede i neprimjereni zaključci koji kriju kritiku priziva savjesti, europske stečevine sadržane u europskim i drugim međunarodnim konvencijama, a koju se nastoji poljuljati na uistinu perfidan način. Ovakav izazov vrlo lako polarizira neupućenu javnost, uglavnom nemedicinsku, ali i medicinsku pa i liječničku. Neki jednostavno misle drukčije i u svom pragmatizmu ne mare za pravo liječnika na postupanje u skladu sa svojom savjesti. Prizivom savjesti liječnici ne ugrožavaju život žene koja želi pobačaj. Pri tome ne ulazim u raspravu o ispravnosti određenih svjetonazorâ, već isključivo o pravu na priziv savjesti, kao civilizacijskom dometu, a ne reliktu nekih davnih vremena, ne kao anakronizmu, kakvim ga se želi prikazati. Ono o čemu bi trebalo detaljnije



obrazlagati su pojmovi vezani uz ovu temu čije značenje i sadržaj bitno utječu na stvarni doseg nametnute pravne obveze: što je zapravo pacijent, a što zdravstvena zaštita. Završit ću parafrasiranim citiranjem pravnika J. Berdice i T. Nedića: „Savjest pojedinca jest pravo koje ne smije prijeći ni država ni pravni sustav.“

U ovom toplom ljetu pred nama neka vam je baš kako si želite. Do sljedećeg broja u rujnu,

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

PBZ DIGITALNO BANKARSTVO

KLIKNITE SA SVOJOM BANKOM.



#withCASH - podižite gotovinu na bankomatima bez kartice

#withPAY - plaćajte kontaktima iz mobilnog uređaja

#withSAVE - štedite manje iznose kada god poželite

Apple Pay i Google Pay™ - plaćajte beskontaktno svojim iOS i Android mobilnim uređajima

JEDNOSTAVNIJE BANKARSTVO.



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

Prof. DAVOR VAGIĆ

NOVI RAVNATELJ KBC-a SESTRE MILOSRDNICE

Prof. dr. sc. Davor Vagić, dr. med., predsjednik je Povjerenstva za bolničku djelatnost HLK-a te novi ravnatelj KBC-a Sestre milosrdnice (KBCSM). Specijalist je na Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata i redoviti profesor na Katedri za otorinolaringologiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. U razgovoru za Liječničke novine otkriva, među ostalim, što će prvo učiniti kao ravnatelj na čelu bolničke ustanove koju vodi.

Razgovarala
ALICE JURAK

- Nedavno ste izabrani za novog ravnatelja KBCSM-a.
Koji će biti vaši prvi potezi na toj dužnosti?

To je velika čast i obveza. Moram zahvaliti svojim prethodnicima, kolegi Vatavuku, na tome što je Bolnicu u teškom trenutku preuzeo i na izvrstan način napravio dio koji treba te omogućio da krenemo dalje, kao i prethodnicima prije toga i v.d. ravnatelja prof. Zovaku. Mislim da idemo prema izlasku iz krize koja je bila, uza sva recentna događanja i oštećenja od potresa i COVID krize. Prvi zadatak bit će mi vraćanje mira u bolnicu, sigurnost djelatnicima i povjerenje pacijenata. U tijeku su ekipiranje i razgovori sa svim dionicima u bolnici, a uskoro krećemo i s izradom strategije bolnice za sljedećih deset godina.

Objedinjeni hitni bolnički prijem i dnevne bolnice trebalo bi završiti do kraja ove godine. Građevinski dio se bliži kraju i nakon toga ide opremanje i organiziranje posla.

- Predsjednik ste Povjerenstva za bolničku djelatnost HLK-a, koji su poslovi tog Povjerenstva?

To je jedno od stalnih povjerenstava HLK-a, a čini ga sedmero kolega koje vodi predsjednik i zamjenik predsjednika uz pomoć djelatnice pravne službe. Rad Povjerenstva uključuje brigu o kvaliteti, sadržaju i organiziranju bolničke djelatnosti kao jednog od glavnih čimbenika ukupne zdravstvene zaštite. U ukupnom broju liječnika koji su članovi HLK-a najviše je onih koji rade u bolničkom sustavu. Zastupanje interesa baš te skupine liječnika jedna je od zadaća Povjerenstva. Sudjelovanje u davanju mišljenja o opravdanosti osnivanja ili proširenja djelatnosti u sekundarnoj i tercijarnoj razini također je jedno od zadaća Povjerenstva, gdje vodimo računa o kadrovskim i prostornim mogućnostima, a u suradnji s našim županijskim povjerenstvima. Brojni prijedlozi zakonskih i podzakonskih akata koji reguliraju rad u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti





Autorica intervjuja u razgovoru s prof. Vagićem

dolaze na mišljenje ovom Povjerenstvu i ono tim mišljenjima, koja nisu obvezujuća, utječe na konačan oblik navedenih akata. Bitna je uloga i suradnja sa svim tijelima Komore radi koordinacije oko pitanja važnih za bolnički sustav. Kao primjer toga je sastanak s Povjerenstvom za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a, gdje se na zajedničkoj sjednici diskutiralo o temama od zajedničkog interesa. Povjerenstvo u svom radu obrađuje i mnogobrojne predstavke naših kolega i na svojim sjednicama daje mišljenja.

► **Kojim se bolničkim problemima hrvatskoga zdravstva bavite?**

Problemi su brojni. Posljednjih šest godina bavili smo se vremensko-kadrovske normativima. Sa zadovoljstvom mogu reći da su ti normativi ugledali svjetlo dana krajem 2020. godine. Izrada je trajala jako dugo, što je i razumljivo jer su u nju trebala biti uključena sva stručna društva

HLZ-a. Na kraju smo dobili dokument koji je, mogu reći rječnikom nastavnika, dobar. Slažem se s mišljenjem kolega da u nekim dijelovima može biti bolji, ali mislim da je to dokument koji će se s vremenom, a u skladu s mišljenjima stručnih društava, nadopunjavati i poboljšavati te da će njegova ocjena sa strane liječnika rasti. Ovaj dokument shvaćam i kao veliku pomoć zdravstvenoj administraciji. Velik je problem bolničkog sustava i nedostatak liječnika, a posebno nekih specijalizacija, što znatno otežava uredno funkcioniranje sustava. Mislim da količina administrativnog posla preopterećuje kolege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ujedno i bolničke liječnike. Edukacija, poglavito mlađih kolega, nešto je što vidim kao značajan problem. Obračun prekovremenih sati jedno je od pitanja s kojim se bavilo Povjerenstvo u oba mandata. Nažalost je posljednjih godinu i pol rješavanje većine tih pitanja stavljeno u drugi plan zbog pandemije COVID-19,

ali samim time oni nisu ništa manji, već se usudim reći da su sve veći.

► **Koja rješenja predlažete?**

HLK već dulje vrijeme upozorava na nedostatak liječnika. Poglavito se to vidi u manjim sredinama gdje bi se jedino stimulirajućim mjerama u smislu poreznog rasterećenja, a time i boljim plaćama, kao i subvencioniranjem kredita, taj nedostatak mogao početi rješavati. Ideje rješavanja tog pitanja pomoći takozvanih robovlasničkih ugovora nešto je što želim vjerovati da je iza nas. Isto tako pokazalo se da u županijskim bolnicama postoji potreba, na primjer, za općim kirurzima, a ne samo za usmjerenim specijalizacijama, što bi u analizi specijalističkog usavršavanja trebalo razmotriti i riješiti. Edukacija kolega je posebno pitanje poglavito kod mlađih kolega koji nemaju mogućnost samostalnog financiranja edukacije. Stipendije HLK-a su se pokazale kao izvr-

sna pomoć za edukaciju i razgovarajući s kolegama u svakodnevnom radu uvjedio sam se da im je to od velike pomoći. Jedno je od pitanja s kojim se Povjerenstvo susrelo još u prošlom mandatu pogrešan obračun plaćanja prekovremenih sati. Uzimajući u obzir veličinu pitanja, o tome su raspravljala sva tijela HLK-a i uključila se u pomoć kolegama u njegovo rješavanje. Nakon odluke Vrhovnog suda RH sada se očekuje njegovo sustavno rješavanje.

► Na koji način radite na realizaciji svojih zamisli?

Na sjednicama Povjerenstva, gdje se obrađuju mnogobrojne predstavke naših kolega, zauzima se stav Povjerenstva koje se potom prenosi u njegove odluke, a po potrebi se dalje razmatra na drugim tijelima HLK-a. Primjer za to su različiti koeficijenti za kolege koje imaju užu specjalizaciju i za kolege koji su išli odmah na usmjerenu specijalizaciju. Nakon razmatranja tog pitanja na Povjerenstvu za bolničku djelatnost, odluka je bila da se pitanje prezentira na Izvršnom odboru HLK-a. Taj je Odbor odlučio da se HLK zalaže za izjednačavanje specijalističkih koeficijenata na viši koeficijent. Radi veće učinkovitosti i bržeg odgovora našim kolegama, organiziramo i izjašnjavanje elektroničkim putem te time brže donosimo odluke, a i ponosamo se racionalno, budući su članovi našeg Povjerenstva iz mnogih dijelova Hrvatske. Na sastanke Povjerenstva po potrebi zovemo i vanjske članove. Na taj smo način s predstavnikom HZJZ-a raspravljali o vremensko-kadrovskim normativima, a s predstavnikom HZZO-a o tome kako unaprijediti suradnju Povjerenstva s HZZO-om.

► Kakva je suradnja s predstavnicima vlasti?

Suradnja s Ministarstvom zdravstva većinom se ostvaruje preko stručnih službi i inspekcije Ministarstva. Ta je komunikacija profesionalna i bez većih teškoća. Komunikacija s HZZO-om mogla bi se poboljšati da nema prekratkih rokova za davanje mišljenja, zbog čega ne stignemo dovoljno proučiti dostavljenu dokumentaciju.

► Što vidite kao najveći uzrok krize u KBCSM-u?

Tijekom posljednjih godina i pol KBCSM bori se s pandemijom COVID-19, a tijekom 2020. godine nastala su značajna oštećenja kao posljedica dvaju velikih potresa. COVID-19 jako je velik izazov za cijeli naš zdravstveni sustav i društvo. Djelatnici KBCSM-a bili su uključeni u liječenje bolesnika u našoj bolnici, u KB-u Dubrava i u stacionaru Arena Zagreb koji je KBCSM-om organizirala zajedno s Hrvatskom vojskom, civilnom zaštitom i djelatnicima dvorane Arena Zagreb. Mogu reći da zahvaljujući velikom trudu svih naših djelatnika ni u jednom trenutku nismo prekinuli pružanje zdravstvene usluge ostalim bolesnicima. Potres u ožujku, a poslije toga i krajem prosinca 2020. godine, značajno je oštetio KBCSM na sve tri lokacije (Vinogradarska, Klinika za traumatologiju i Klinika za tumore) te time otežao normalno pružanje zdravstvene zaštite. Vrlo brzo smo uspjeli napraviti osnovne popravke i čišćenje te nastaviti s radom.

Posljednja događanja u KBCSM-u, koja su dobila značajan medijski prostor, utjecala su na njezin ugled. Nažalost se i mnogo naših djelatnika koji savjesno, vrijedno, stručno i pošteno rade svoj posao, našao osobno pogoden događanjima u KBCSM-u. Treba naglasiti da je pravo na govor jedno od osnovnih prava, ali je uz to pravo vezana i odgovornost za javno izrečenu riječ. U trenutku našeg razgovora mogu reći da su prvi nalazi inspekcije Ministarstva zdravstva i HZZO-a gotovi te da ne pokazuju nezakonitosti na koje je bila izrečena sumnja.

► Kako će se riješiti kriza u KBCSM-u?

Rezultati inspekcijskog nadzora su početak rješavanja te krize. Kao što sam već rekao, prvi nalazi ukazuju da nije bilo bitnih nezakonitosti na koje se ukazivalo u javnosti. Normalno da mi u Bolnici čekamo i nalaze DORH-a te se nadamo da će i ti nalazi biti gotovi u što skorije vrijeme. Sada je bitno vraćanje mira

među djelatnike bolnice, kao i vraćanje povjerenja bolesnika. Treba naglasiti da su ljudi ono najvrjednije u bolnici i da su baš kolege i medicinske sestre razlog mog optimizma u rješavanju krize. Treba se okrenuti budućnosti, završavanju OHBP-a i dnevnih bolnica, najvećega infrastrukturnog zahvata u bolnici posljednjih tridesetak godina. Rekonstrukcije klinika koje su oštećene potresima nešto je što treba biti prioritet uprave. Uprava KBCSM-a treba voditi računa o svim svojim sastavnicama te stvoriti uvjete kolegama koje su u svojoj struci u vrhu, ne samo u hrvatskim već i širim okvirima, da mogu što bolje liječiti paciente.

► Tko je Davor Vagić?

Rođen sam u Zagrebu, gdje sam proveo cijelo svoje školovanje i završio Medicinski fakultet. Nakon staža i rada u PZZ-u započinjem specijalizaciju iz otorinolaringologije u KBCSM-u. Stručno usavršavanje na klinikama Grosshadern u Münchenu, Amsterdamu, Indianapolisu, San Diegu, Ann Arboru i New Yorku značajno je utjecalo na moj dalji razvoj u struci. Užu specijalizaciju iz plastične i rekonstruktivne kirurgije glave i vrata završio sam 2008. godine. Od početka specijalističkog staža radim na Zavodu za kirurgiju glave i vrata na Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, a posljednjih nekoliko godina sam i predstojnik Zavoda okružen vrhunskim mladim stručnjacima na koje sam osobito ponosan. Fakultetsku karijeru započeo sam 2007. godine kao asistent i nakon obranjenog doktorata znanosti dalje napredovao do redovitog profesora Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i docenta Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Član sam HUBOL-a od prvih dana te udruge. Dva puta sam izabran u skupštinu HLK-a i posljednjih šest godina vodim Povjerenstvo za bolničku djelatnost HLK-a. Neposredno prije našeg razgovora izabran sam za ravnatelja KBCSM-a. Izbor koji u meni budi osjećaje velike odgovornosti, ali i ponosa. Otac sam dvoje djece, sina Mateja i kćeri Andele, koja daju smisao mnogim stvarima koje radim.



Što se dogodi kada liječnici zamijene bijele kute i medicinu politikom

LIJEČNICI U POLITICI

✉ Piše: ALICE JURAK

Hrvatska je država s najvećim brojem liječnika u politici u Europi. Podatak je to iznesen u nedavno emitiranom dokumentarnom serijalu HTV-a "Liječnici-političari". Brojni su ugledni liječnici posljednjih tridesetak godina odlučili bolničke odjele i bijele kute zamijeniti političkom, saborskog ili ministarskom stolicom. Liječnici najčešće odlaze u politiku jer imaju iznimno naglašen osjećaj za društvenu odgovornost te kroz prizmu politike žele utjecati na razvoj društva i boljšak svih građana. Liječnici koji se odluče

baviti politikom zapravo i ne čude jer se radi o ljudima koji se bave profesijom u kojoj često moraju donositi važne odluke po živote pacijenata i to u vrlo kratkom vremenu. U aktualnom sazivu Sabora je 11 liječnika od 151 zastupnika, a na cijelokupnoj hrvatskoj političkoj sceni mnogo ih je više. Pitali smo neke od njih da nam kažu nešto više o motivima i razlozima njihovog ulaska u politiku, o uspjesima koje su postigli kao političari te koliko se u politici zalažu za liječništvo kao struku i za poboljšanje položaja liječnika u društvu.



Dr. sc. Božo Petrov, dr. med.

Saborski zastupnik MOST-a i psihijatar **BOŽO PETROV** ističe da je ušao u politiku kako bi pokušao učiniti svoj grad i svoj kraj boljim mjestom za život.

“Nije bilo fantazija o nekoj super uspješnoj karijeri. Sve što sam htio jest omogućiti da se vrati život u moj grad, da ne umre. Što se tiče nekoga mog najvećeg političkog uspjeha, ako se uspjeh mjeri promjenama zakona, bilo je više prijedloga zakona na koje sam ponosan: od otvaranja arhiva, više zakonskih prijedloga koji su poboljšali status medicinske struke, preko veće zaštite okoliša boljim planom za gospodarenjem otpadom... Ali, po meni je najveći uspjeh to što smo s političkom opcijom koju predstavljamo promijenili političke odnose na nacionalnoj sceni i, boreći se za pravedno društvo i zemlju bez korupcije, postavili nove standarde. Čak i najveći politički opONENTI nam to priznaju”, naglašava Petrov.

Ponosan je, nastavlja, što je dio ekipe koja je iz temelja stvorila novu političku opciju, redom danas sastavljena od čestitih i beskompromisnih ljudi koji se trude svoju zemlju učiniti boljom, a ne steći neki svoj osobni interes. Kao svoju najveću pogrešku u politici Petrov navodi to što je naivno u početku mislio da je svim političarima domovina ispred svega. Na pitanje koja bi promjena u društvu i zajednici bila njegova najveća politička želja, Petrov odgovara kako smatra da **društvene vrednote poput odgovornosti, iskrenosti, čestitosti, poštenja moraju ponovo postati stupovi društva i javnog djelovanja, inače ćemo kao društvo i narod u perspektivi neumitno vidjeti svoj kraj.**

Političkim angaželimo mijenjati

“Ako danas krademo, zapravo krademo od sebe u budućnosti. Ako danas lažemo drugima, zapravo lažemo sebi u budućnosti. Što prije prihvatimo ove elementarne činjenice, to nam više rastu šanse da zau stavimo negativne trendove kroz koje klizi Hrvatska”, pojašnjava Petrov, koji se kroz politiku iznimno zalaže i za liječništvo kao struku.

“Zdravstvo, a samim time i položaj liječničke struke, jedno je od glavnih polja djelovanja MOST-a. Zbog dobrobiti građana predlagali smo tijekom godina vrlo konkretnе mjere kako unaprijediti zdravstvo, kako pomoći medicinskim djelatnicima, kako omogućiti liječnicima kvalitetnije uvjete rada da bi se mogli posvetiti svojim pacijentima. Zbog toga se nismo ustručavali niti prozvati odgovorne, upozoriti na probleme, ali i dati prijedloge za rješavanje tih problema. Politika vam ne nudi bijeg iz struke, nego priliku da za tu struku, a onda u konačnici tako i za sve građane, učinite mnogo više”, zaključuje Petrov.

Hrvatska zastupnica u Europskom parlamentu i potpredsjednica europskih socijaldemokrata, Biljana Borzan kao motiv ulaska u politiku ističe nezadovoljstvo stanjem u zemlji krajem devedesetih godina. Kaže da nije imala ambicije za profesionalnim političkim angažmanom, već joj je želja bila dati stručni doprinos u politici, radeći kao liječnica. No, nekako je ispalo, kaže, da su joj se u politici počela otvarati vrata na koja zapravo nije



Biljana Borzan, dr. med.
specijalistica medicine rada i sporta
potpredsjednica SDP-a Hrvatske i
potpredsjednica europskih Socijalista i
Demokrata u Europskom parlamentu

ni pokucala. Kao svoj najveći politički uspjeh navodi najveći broj preferencijalnih glasova na posljednjim izborima za Europski parlament kojim su je građani nagradili za rad u prošlom mandatu.

Mislim da je moje najveće djelo u politici izmjena zakona kojim se regulirala obveza plasmana robe jednake kvalitete na čitavo tržište Europske unije. Bilo je tu i drugih velikih stvari kojima se ponosim, poput mukotrpног i dugotrajnog rada na Regulativi o in vitro medicinskim uređajima za koju sam bila zadužena od svoje političke grupacije, a kojom smo regulirali sigurnost medicinskih uređaja kako bismo izbjegli skandale poput onih s umjetnim kukovima ili silikonskim ume-

cima za grudi. Najveća pogreška, pak, bila mi je vjerovanje ljudima koji to nisu zaslužili i davanje podrške pojedincima koji svojim radnim kapacitetom i ljudskim kvalitetama to nisu zaslužili”, kaže Borzan. Na pitanje koja bi promjena u društvu bila njezina najveća politička želja, Borzan kaže da rastuće nejednakosti u globalnom društvu dugoročno dovode do nestabilnosti, nezadovoljstva i osjećaja beznađa. Gledano iz domaće perspektive, nastavlja, mislim da je nedostatak pravde, poštenja i reda glavni razlog nezadovoljstva, pa i odlaska kompletnih obitelji u inozemstvo. **Uvjerenja je da nijedan liječnik nije iz Hrvatske otišao primarno zbog zarade, nego zbog nereda u sustavu.**

Na pitanje koliko se u politici zalaže za liječništvo kao struku, za poboljšanje položaja liječnika u društvu i za poboljšanje uvjeta rada, Borzan kaže kako s obzirom na to da zdravstvo nije u nadležnosti Europske unije, već pojedinih država članica, nije više angažirana oko organiziranja zdravstva u našoj zemlji, ali se bavi problemima koji su zajednički u cijeloj Europskoj uniji, od već spomenute regulacije medicinskih uređaja do, na primjer, kontrole zaraznih bolesti.

Davor Štimac, bivši ravnatelj KBC-a Rijeka, kaže kako je motiv njegovog ulaska u politiku bila potreba za promjenom u riječkoj politici s obzirom na to da je Rijeka ostala jedini od većih gradova u zemlji u kojem je ista politička opcija na vlasti od prvih demokratskih izbora.

spec. medicine rada i sporta,

žmanom društvo nabolje



Prof. dr. sc. Davor Štimac, dr. med.
specijalist interne medicine
subspecijalist gastrorenterologije

Budući da ne pripada niti jednoj političkoj stranci htio je vidjeti kako se nezavisni kandidat može nositi u borbi s političkim strankama.

“Ovi izbori bili su moj prvi pokušaj ulaska u politiku. Ulazak u drugi krug izbora za gradonačelnika Rijeke i najbolji rezultat jednoga kandidata u drugom krugu u Rijeci ikad protiv ovdje vjećnog SDP-a mogu unatoč konačnom neosvajanju mjeseta gradonačelnika smatrati uspjehom, kao i osvajanje četiri mandata u Gradskom vijeću i triju u Županijskoj skupštini. Tek sam ušao u politiku pa su osvajanja vijećničkih mjeseta u Gradu i Županiji nominalno moji prvi i za sada najveći uspjesi. Ponosim se što smo kroz ovu kampanju uključili u politiku mnoge mlade ljudi kao volontere i što su posao tako

zdušno odradili”, kaže Štimac. S obzirom na to da mu je ovo bila prva kampanja, pogreške pokušava analizirati kako bi ih lakše izbjegao u dalnjem političkom radu. Ne misli da je učinio neku veliku pogrešku, ali da je više trebao napadati, a manje se braniti. Pokazalo se, kaže, da je medijima zanimljivo kad uspiju poticati sukobe među protukandidatima, a on je pokušavao biti umjeren i korektni prema protukandidatima, što očigledno, smatra, nije način ponašanja u politici. Kao najveću političku želju Štimac ističe prekid monopolja jedne stranke – SDP-a - nakon puna tri desetljeća u Rijeci, a isto tako i duopolja širom Hrvatske.

“Liječništvo je moj posao i pokušat ću aktualizirati probleme koji muče liječnike kad god to bude zatraženo od mene ili kad osjetim da je to potrebno. Uspio sam odraditi petomjesečnu kampanju i usput raditi i kao liječnik, što je zahtijevalo više rada i dežurstava, ali ne i pretjeran umor, jer mi smo liječnici na užurban ritam naviknuti tijekom čitavoga radnog vijeka”, zaključuje Štimac.

Donedavni saborski zastupnik SDP-a, Željko Jovanović, kao razloge ulaska u politiku navodi da nije htio biti jedan od onih koji samo prigovaraju, a ništa ne čine, pa čak ostaju i kod kuće kad su izbori. Htio je vratiti vjeru u politiku i povjerenje u političare. Kao najveći politički uspjeh, kaže, da ne može izdvojiti samo jednu stvar.



Izv. prof. dr. sc. Željko Jovanović,
dr. med., mr. oec.

“U svim sazivima bio sam najaktivniji zastupnik u Hrvatskom saboru iz 8. izborne jedinice, zastupnik koji je postavio najviše zastupničkih pitanja Vladi RH i tako potaknuo rješavanje brojnih problema građana Hrvatske. U mandatu Vlade SDP-a Zorana Milanovića 2011. - 2015. bio sam tri godine ministar znanosti, obrazovanja i sporta, u te tri godine (unatoč ogromnoj proračunskoj rupi, nasljedstvu HDZ-a), uveli smo s puno rada red i osigurali rast i razvoj obrazovanja, znanosti i sporta. Spomenut ću ovom prilikom samo besplatan prijevoz za učenike, E-upise u škole, obnavljanje infrastrukture gdje god je to bilo moguće, obvezan zdravstveni odgoj u svim školama, programske ugovore na Sveučilištima, stvaranje preduvjeta za

>>

povlačenje EU sredstava za obrazovanje i znanost, napisanu Strategiju obrazovanja znanosti i tehnologije koja je bila prvi pravi korak cjelovite kurikularne reforme... Na pitanje koje je bilo njegovo najveće djelo u politici Jovanović kaže da je politici uvijek pristupao kao časnom poslu u kojem uvijek radi najprije za dobrobit građana, a ne za interes stranke ili osobnu korist.

“U politici na lokalnoj razini u Rijeci, ponosan sam na svoje sudjelovanje u razvoju jednog od najkvalitetnijih programa socijalne skrbi i zdravstvenog nadstandarda u Hrvatskoj, u Hrvatskom saboru beskompromisno sam se razračunavao sa svim oblicima korupcije, a kao ministar uza sve silne opstrukcije ipak sam, zajedno sa svojim suradnicima, uspio u sve škole uesti suvremen zdravstveni odgoj i obrazovanje, koji je sa četiri modula osigurao učenicima stjecanje znanja, vještina i kompetencija za zdraviji i kvalitetniji život. U svom cjelokupnom društvenom i političkom angažmanu stalno sam posebno promovirao i poticao razvoj tjelesne aktivnosti i sporta u školskim programima i na visokim učilištima”, kaže Jovanović. Kao najveću pogrešku u politici navodi to što je radio s previše strasti i nije trpio nikakve kompromise i, u konačnici, ne kaje se ni za jednu odluku ili potez.

Kao promjenu u društvu koja bi bila njegova najveća politička želja, Jovanović navodi da je njegova slika Hrvatske otvoreno, pravedno i tolerantno društvo jednakih izgleda i mogućnosti za sve, bez korupcije koja kao karcinom uništava sve pore društva. **Korupcija nije grijeh koji se može oprostiti nego bolest koja se mora prije svega spriječiti, što ranije otkriti i izlječiti.** Svojim političkim angažmanom Jovanović se zalagao i za liječništvo te poboljšanje položaja liječnika u društvu. Dobitnik je Povelje Hrvatske liječničke komore za brigu o ugledu liječničkog staleža 2015. godine.

“Naše zdravstvo mora biti solidarno, sve-

U posljednjih tridesetak godina politikom su se aktivno bavili brojni poznati hrvatski liječnici. Andrija Hebrang, Darko Milinović, Ivica Kostović, Ivić Pašalić, Rajko Ostojić, Mirando Mrsić, Mate Granić, Dario Nakić, Nada Šikić, Milan Kujundžić, Ines Strenja, Drago Prgomet, Andro Vlahušić, Mišo Krstičević... U aktualnom sazivu Hrvatskog sabora danas kao zastupnici sjede Maja Grba Bujević, Ivan Ćelić, Božo Petrov, Milan Vrkljan, Andreja Marić, Renata Sabljar-Dračevac, Goran Dodig, Ivan Kirin, Mladen Karlić, Hrvoje Šimić i Željko Reiner.

obuhvatno i svima jednako dostupnu, uz maksimalno poticanje sustava praćenja i vrednovanja ishoda liječenja. Puno vremena, energije i živaca uložio sam na ukazivanje lošeg upravljanja kadrovskim potencijalima u zdravstvenom sustavu, ne samo na nebrigu o liječničkom kadru, nego i, primjerice, neuvažavanje kompetencija fakultetski obrazovanog sestrinstva i magistara medicinsko-laboratorijske dijagnostike”, pojasnio je Jovanović, koji je danas zaposlen na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci te kao vanjski suradnik u jednom manjem dijelu sudjeluje u nastavi i na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Osijeku i Puli.



Dr. sc. Ivana Kekin, dr. med.
specijalist psihoterapije i
subspecijalist psihoterapije
Predsjednica Nove ljevice,
potpredsjednica Skupštine grada
Zagreba, gradska zastupnica

IVANA KEKIN, mlada liječnica, doktorica znanosti i psihijatrica u KBC-u Zagreb, novo je ime na političkoj sceni .

“U politici sam već dugo, u smislu da imam artikuliran politički stav te da sam sudjelovala u nizu društvenih akcija i prosvjeda, a i članica sam Nove ljevice od samog osnivanja. No za ovu vrstu javnog političkog djelovanja odlučila sam se zbog dojma da se u Hrvatskoj prostor slobode misli, identiteta i izbora suzio do klaustrofobičnih razina. Doista je došlo

do toga da je klijentelistička premreženost standard te da je svatko tko ne pristaje na takva pravila igre automatski prikraćen. Postali smo društvo skrojeno po mjeri nekih, a ne svih. Ideja da će moja djeca odrastati i živjeti u takvom društvu bila je osnovni motivacijski faktor da preuzmem svoj dio odgovornosti i dam sve od sebe da promijenimo smjer”, naglašava Kekin. Kao najveći politički uspjeh navodi buđenje nade u promjenu. Naime, kaže, upravo upornim, temeljitim i višedesetljetnim radom vladajućih na izgradnji klijentelističkog sustava podobnih i uz stalno zapljuskivanje glasačkog tijela aferama, došli smo do apatične, beznadežne i potpuno desenzibilizirane javnosti, što je pogubno za demokratski proces. Zato činjenicu da su njihovi glasači konačno na izbore išli s entuzijazmom, vjerom u bolje sutra i kako bi glasali ZA, a ne protiv nekoga, drži njihovim najvećim uspjehom. Politiku vidi kao timski sport, a političko djelovanje je za Ivanu, kaže, samo alat kojim grupa ljudi okupljena oko određene društvene vizije može postići promjene.

“Sanjam solidarnije, zelenije i pravednije društvo. Društvo empatije, nenasilja i brige za najslabije među nama. Zrelo društvo koje se ne plaši jednakih šansi za sve i koje razumije da se dijeljenjem množi. Vjerujem da nam rezultati zadnjih izbora pokazuju da je to smjer koji žele mnogi naši sugrađani i sugrađanke. Među našim političkim prioritetima jest borba za svim građankama i građanima dostupnu, kvalitetnu, sveobuhvatnu i javno financiranu zdravstvenu uslugu. **Temelj takvog sustava su zadovoljni zdravstveni radnici, za što je potrebno zadovoljiti osnovni preduvjet, a to su motivirajući i gratificirajući radni uvjeti**”, kaže Kekin, koja se do sada uspješno nosila s političkim djelovanjem i zahtjevima liječničkog posla. No, s obzirom na sve veći volumen političkog dijela te planirani ulazak u Sabor od jeseni, planira se u narednoj fazi aktivnije posvetiti političkom radu, naučrbu liječničkoga.

Povratak u bijele kute radi borbe s COVID-19

Odlazak liječnika u politiku ne događa se samo u Hrvatskoj. Predsjednica Europske komisije, Ursula von der Leyen, po zanimanju je također liječnica. I bivši Irski premijer, liječnik Leo Varadkar prošle se godine ponovno registrirao kao zdravstveni djelatnik kako bi dao doprinos u borbi protiv pandemije COVID-19. Brojni drugi europski političari i članovi parlamenta u svojim državama, također su po zanimanju liječnici. Svi su oni ponovno obukli bijele kute kako bi svojim kolegama liječnicima pomogli u borbi s pandemijom.



Izv. prof. dr. sc. Vladimir Šišljadić, dr. med. specijalist opće kirurgije, ortopedije i traumatologije i uže specijalnosti iz traumatologije

Predsjednik političke stranke Snaga Slavonije i Baranje i vijećnik u Gradskom vijeću Grada Osijeka

Po specijalizaciji kirurg, **VLADIMIR ŠIŠLJADIĆ** kao motiv ulaska u politiku navodi vjeru da je moguće uspostaviti pravedno društvo u kojem svi građani i državljanini naše domovine imaju jednaka prava i mogućnosti, neovisno o vjerskoj, nacionalnoj ili stranačkoj pripadnosti.

Za vrijeme Domovinskog rata nije bilo važnijeg i odgovornijeg posla od kirurškog zbrinjavanja ranjenih branitelja i civila, žrtava velikosrpske agresije. A onda se 1995. godine dogodila Oluja, topovi su utihnuli, a na politici je, kaže Šišljadić, preostala odgovornost za organiziranje pravedne, socijalno osjetljive, demokratske i proeuropski uređene države. I zbog toga se odazvao pozivu tadašnjeg župana u Poglavarstvo Osječko-baranjske županije. Kao najveći politički uspjeh navodi da je bio član toga Poglavarstva u dva mandata, u više saziva vijećnik u Gradskom vijeću i Skupštini Osječko-baranjske županije, zamjenik gradonačelnika Grada Osijeka, župan u dva mandata te četiri puta biran za zastupnika u Hrvatskom saboru.

“Ne mislim da sam autor posebno velikog političkog „djela“. Politika je bila korisna poluga u osnivanju osječkih gospodarsko-poduzetničkih zona, dovršetku i

>>

Mislim da su zdravstveni djelatnici najsavjesniji i najodgovorniji dio hrvatskog društva - V. Šišljadić

opremanju prostora kirurgije započetog još prije Domovinskog rata, osnivanju osječkog Centra za prevenciju bolesti ovisnosti, počecima koronarografije i osnutka kardijalne kirurgije u KBC-u Osijek, izgradnji i dogradnji brojnih škola, nastavno-športskih dvorana, športskih terena i zdravstvenih ustanova diljem Osječko-baranjske županije", kaže Šišljadić.

Kao najveću političku želju, ističe, da želi pravednu pravnu državu, neovisno pravosuđe, policiju i represivni aparat, razvoj gospodarstva i radna mjesta jednako dostupna svima, a ne samo onima kojima je jedina kvalifikacija i kompetencija stranačka iskanznica. Želim da se zaustavi iseljavanje te želim vlast i predstavnike vlasti na koje će biti ponosan.

"Hrvatsko zdravstvo predugo funkcioniра само zbog izrazito visokih moralnih načela, etičnosti, humanosti, stručnosti i odgovornosti zdravstvenih djelatnika koji u velikoj mjeri kompenziraju kaotično stanje i brojna nedovršena reformska lutanja u zdravstvu. Kada se tome pridoda izrazito velik politički utjecaj na kadroviranje po stranačkoj podobnosti, ne čudi da je značajan broj zdravstvenih djelatnika potražio bolje uvjete rada izvan Hrvatske. Znam da će mi mnogi zamjeriti, ali ja i dalje mislim da su zdravstveni djelatnici najsavjesniji i najodgovorniji dio hrvatskog društva. Šišljadić je, kaže, i tijekom svog aktivnog političkog djelovanja radio i svoj liječnički posao.

"Dežurao sam, operirao, držao nastavu studentima, educirao se, subspecijalizirao traumatologiju, doktorirao. Kirurgija mi je uvijek bila primarna, bolnica moj drugi dom. Kirurgija se ne može održavati, to je posao u kojem u svakom trenutku naprsto moraš donijeti najbolju odluku koja pacijentu spašava život. Na isti sam način odluke donosio i u politici. Nije bilo lako u tih dvadesetak godina odgovarati izazovima profesije i politike", zaključuje Šišljadić te dodaje da je politika iscrpljujuća, pa je razumljivo da u tom dugom vremenskom razdoblju nije, nažalost, bilo vremena za odmor, obitelj i prijatelje.

ZDRAVI HUMOR

UVATIJA ON
KL AUDIJU

KLAMIDIJU,
KLAMIDIJU !



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

COVID-19 - kronologija

(8. lipnja – 4. srpnja 2021.)

8. lipnja

Broj zaraženih je u dalnjem padu! U protekla 24 sata zabilježeno je 178 novih slučajeva pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 1 221. Među njima je 545 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 51 pacijent, a preminulo ih je 5. Od početka epidemije do danas ukupno je zabilježeno 357 786 ljudi zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 8 096 preminulo, a 348 469 se oporavilo.

9. lipnja

Nakon što su Europska agencija za lijekove i nakon toga HALMED objavili da je Pfizerovo cjepivo odobreno za primjenu u djecu u dobi između 12 i 16 godina krenulo je i prvo cijepljenje djece u Hrvatskoj. Djeca mlađa od 16 godina prvo su se počela cijepiti u Rijeci. HZJZ je zasad dao preporučku da prioritet imaju djeca s kroničnim bolestima.

10. lipnja

U Hrvatskoj je utrošeno više od dva milijuna doza cjepiva, točnije, zaključno s današnjim danom, utrošeno ih je 2 042 889. Dosad su 1 386 564 osobe cijepljene s najmanje jednom dozom, među kojima ih je 656 325 primilo obje doze. Samo danas utrošeno je 55 960 doza cjepiva.

15. lipnja

"Vrlo je vjerojatno da će delta-varijanta virusa značajno cirkulirati tijekom ljeta, posebno među mlađim ljudima koji nisu cijepljeni", kaže Andrea Ammon, direktorka Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC). To može stvoriti rizik da se ranjivije osobe zaraze, ozbiljno razbole ili umru ako nisu potpuno cijepljene.

18. lipnja

Hrvatska je po broju umrlih na milijun stanovnika na 15. mjestu svjetske ljestvice. Prema podacima Worldometers.info, najgore je prošao Peru s 5 600 mrtvih na milijun stanovnika. Na 2. mjestu svjetske ljestvice je se Mađarska s 3 100 umrlih na milijun stanovnika. Brazil se nalazi na 10. mjestu ove najgore ljestvice, Belgija je 12., Slovenci su 13., a na 14. mjestu je Italija. Velika Britanija i Amerika su na 19. i 20. mjestu, a Švedska je tek na 35. mjestu s 1 431 umrlim. Njemačka se nalazi na 47. mjestu sa 1 080 umrlih na milijun stanovnika.

20. lipnja

U protekla 24 sata zabilježeno je 58 novih slučajeva pa je broj aktivnih u Hrvatskoj danas ukupno 597. Među njima je 288 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 25 pacijenata, a preminulo ih je 5.

23. lipnja

Hrvatska mobilna aplikacija za provjeru EU digitalnih COVID potvrda CovidGO postavljena na Apple App Storeu i za građane je besplatna, najavio je ministar unutrašnjih poslova Davor Božinović te dodata kako će se pomoći aplikacije ubrzati provjere i olakšati svakodnevnicu građanima.

24. lipnja

Prijedeni je broj od milijun osoba cijepljenih s obje doze cjepiva. Predsjednik Vlade Andrej Plenković pozvao je sve hrvatske građane koji se još nisu cijepili da to učine prije jeseni i zime.

25. lipnja

Trenutačno je po broju novozaraženih osoba najbolja Istarska, a najgora Zadarska županija. Nakon košarkaške utakmice 5. lipnja, istaknuo je ravnatelj HZJZ-a Krošunoslav Capak, uđio pozitivnih u ukupnom broju zaraženih u Hrvatskoj je najveći upravo iz Zadra. 35 posto od ukupnog broja oboljelih u Hrvatskoj je upravo iz Zadarske županije.

26. lipnja

U Hrvatskoj su u pet županija evidentirana 23 slučaja zaraze indijskom delta varijantom koronavirusa, aako se ona proširi, uslijedit će strože epidemiološke mjere, upozorio je ravnatelj Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo Krošunoslav Capak. Indijski soj se pojavio u Međimurskoj, Šibensko-kninskoj, Varaždinskoj, Splitsko-dalmatinskoj i Zagrebačkoj županiji.

28. lipnja

Od danas se u ŠNZ-u Andrija Štampar u Zagrebu pa do srijede 30. lipnja 2021., građani mogu cijepiti protiv COVID-19 bez posebne najave.

29. lipnja

Zaključno s današnjim danom utrošena je 2 573 481 doza cjepiva. Dosad je 1 488 707 osoba cijepljena s najmanje jednom dozom, među kojima su njih 1 084 774 primile obje doze. Tijekom današnjeg dana utrošena je 28 441 doza cjepiva.

30. lipnja

U protekla 24 sata zabilježeno je 136 novih slučajeva pa je broj aktivnih u Hrvatskoj danas ukupno 496. Među njima je 159 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 12 pacijenata, a jedan je preminuo.

1. srpnja

Policjski sat uvodi se u nekim dijelovima Portugala, uključujući prijestolnicu Lisabon i Porto, jer vlasti pokušavaju susbiti brzo širenje COVID-19. Broj zaraženih koronavirusom porastao je danas za 2 449, što je najveći porast od sredine veljače ove godine.

2. srpnja

Vlada RH, nezadovoljna padom zanimanja za cijepljenje i brojem cijepljenih građana, opetovano poziva na cijepljenje. Premijer Andrej Plenković i ministar rada Josip Aladrović najavili su da će cijepljenje biti uvjet za dobivanje potpore za očuvanje radnih mjesta.

3. srpnja

U Velikoj Britaniji raste broj zaraženih pa je tako samo danas zabilježeno 27 125 novozaraženih, a raste i broj hospitalizacija. Britansko udruženje liječnika (BMA) priopćilo je da bi Engleska trebala zadržati neke mjere protiv COVID-19 i uža 19. srpnja, za kada je predviđeno ukidanje većine preostalih ograničenja, a u cilju zauzdavanja širenja bolesti.

4. srpnja

Medimurska županija od danas za građane Njemačke više ne slovi kao epidemiološki rizično područje tako da je na listi rizičnih područja u Hrvatskoj sada ostala samo Zadarska županija, priopćio je njemački državni Epidemiološki institut Robert Koch.

USPJEŠNO PROVEDENA JAVNOZDRAVSTVENA KAMPAĐA



**IMAŠ ZNANJE
BUDI PRIMJER**

CIJEPI SE

Liječnička komora je s osam ostalih komora u zdravstvu od siječnja do svibnja ove godine provodila zajedničku javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!“. Cilj joj je bio dodatno informirati zdravstvene djelatnike o važnosti i svim aspektima cijepljenja protiv SARS-CoV-2. Kampanja je pratila proces cijepljenja zdravstvenih radnika, a logo kampanje bilo je protutijelo IgG kao simbol imunosnog odgovora protiv tog virusa. Na početku i na kraju kampanje provedena su dva kruga anketnih istraživanja o stavovima članova komora o cijepljenju. U prvom krugu je sudjelovalo 8 844, a u drugom 2 722 ispitanika. Istraživanje je pokazalo kako se, unatoč snažnom proljetnom trećem valu epidemije, ukupan broj zdravstvenih djelatnika koji su do svibnja preboljeli COVID-19 (24 %) nije značajno razlikovao od ukupnog broja onih koji su ga preboljeli do siječnja (19 %). Ovo

posredno ukazuje na učinkovitost cijepljenja jer je većina zdravstvenih radnika cijepljena u siječnju i veljači ove godine.

Dok je u siječnju bilo cijepljeno 23 % ispitanika, svibanjski krug ankete pokazao je da je cijepljeno 82 % anketiranih (s jednom ili dvije doze). Svibanjska anketa pokazuje također da se tek 4 % ispitanih zdravstvenih djelatnika ne planira cijepiti. Ovo je istraživanje pokazalo i da je prosječno povjerenje zdravstvenih djelatnika u sigurnost cjepiva ostalo na istoj razini u ovih pet mjeseci. Međutim, svibanjska anketa donijela je razliku od 0,5 bodova (na skali od 1 do 7) između razine povjerenja zdravstvenih djelatnika u vektorska cjepiva i mRNA cjepiva. Naime, u sigurnost vektorských cjepiva (AstraZeneca i Johnson & Johnson) vjeruju 63 % ispitanika, dok je razina povjerenja u sigurnost mRNA cjepiva (Pfizer/BioNTech i Moderna) viša i

iznosi 73 % i 72 % ispitanika. U onih zdravstvenih djelatnika koji se nisu cijepili smanjila se između dva anketna kruga percepcija opasnosti od COVID-19 s 55 % na 47 % onih koji smatraju potencijalnu bolest opasnom, a blago se pojačalo vaganje rizika i koristi od cijepljenja (kalkulacija) u ova četiri mjeseca, sa 72 % na 76 %. Također se u toj skupini zdravstvenih djelatnika značajno, s 15 % na 25 %, povećala i tzv. razina kolektivne neodgovornosti koja se očitava kroz stav ispitanika da se ne moraju cijepiti, ako se svi ostali cijepi. Svibanjska anketa pokazala da je kampanja doprila do više od 80 % zdravstvenih radnika, a većina njih je sudjelovala u nekoj od aktivnosti kampanje. 83 % zdravstvenih djelatnika zadovoljno je kvalitetom kampanje i ocijenili su je prosječnom ocjenom 5,7 (skala od 1 do 7). Drugim krugom ankete završila je javnozdravstvena kampanja „Imaš znanje, budi primjer!“.

Nositelji ove kampanje bili 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.

REAKCIJA HLK-a NA INTERVJU EUROPSKOG ZASTUPNIKA FREDA MATIĆA

Hrvatska liječnička komora reagirala je na dio intervjuja zastupnika u Europskom parlamentu Freda Matića koji je 27. lipnja dao televiziji N1. U tom je intervjuju Matić liječnički posao na krajnje prostački i neukusan način usporedio s mesarskim („...nemoj se baviti medicinom ako neke stvari ne možeš napraviti. Ne možeš biti mesar ako nisi u stanju zaklati pile ili svinjče, ne možeš“). Ovakvom je izjavom Matić ne samo uvrijedio sve liječnike, liječnički poziv, motive, intelektualnu širinu i profesionalne kapacitete, već je uvrijedio i pacijente, s obzirom na asocijacije spremnosti, sposobnosti i konačno samih medicinskih postupaka koje očekuje od liječnika. Ovakav javni govor nedopustiv je i neprihvatljiv kako za liječnike tako i za hrvatsko društvo u cjelini. Hrvatska liječnička komora upućuje oštru kritiku ovakvoj uvredljivoj retorici Freda Matića.

Predsjednik HLK-a: Učinimo zajedno još jedan važan korak u borbi protiv COVID-19!

Predsjednik HLK-a dr. sc. Krešimir Luetić uputio je članovima Hrvatske liječničke komore dopis u kojem svojim kolegama zahvaljuje na cijelokupnom doprinosu borbi protiv pandemije te ih poziva da u ovom krucijalnom trenutku ulože svoje znanje i stručnost u postizanje svima nama zajedničkog cilja - najviše moguće procijenjenosti građana u Republici Hrvatskoj. Dopis predsjednika HLK-a donosimo u cijelosti.

"Drage kolegice i kolege,

obraćam vam se ovim pismom želeći vas potaknuti da učinite još jedan važan korak u borbi protiv COVID-19 u Hrvatskoj.

Želio bih vam prije svega iskreno zahvaliti na vašem cijelokupnom doprinosu borbi protiv pandemije, na trudu uloženom u bezbrojna testiranja, na pružanju primarne zdravstvene skrbi, na svim epidemiološkim naporima te na liječenju pacijenata oboljelih od COVID-19. Znam da je svatko od vas dao najbolje od sebe u ovoj do sada

najvećoj zdravstvenoj krizi koja nas je pogodila.

Kao što znamo, cijepljenje je najučinkovitija mjera borbe protiv COVID-19. U Hrvatskoj je do sada s dvije doze procijepljeno oko milijun stanovnika, a s jednom dozom oko 480 tisuća. Dobro je poznato da je potrebno postići minimalnu procijepljenost od 70 % odraslog stanovništva kako bismo pobijedili epidemiju. Stoga nas sve zabrinjavaju podaci kako je do sada s barem jednom dozom cijepljeno tek oko 45 % građana starijih od 18 godina i kako je interes za cijepljenje sve slabiji.

Mi, liječnici smo svjesni da nam najesen predstoji četvrti val epidemije. Posebno smo zabrinuti zbog visoke zaraznosti delta soja novog koronavirusa koji postaje dominantan u Europi. Naši pacijenti, koje cijelo vrijeme epidemije i dalje liječimo od svih drugih bolesti, u nas imaju veliko povjerenje i naše savjete i preporuke uzimaju izuzetno ozbiljno.

Želio bih vas stoga pozvati da u svakom vašem kontaktu s pacijentima o kojima zdravstveno skrbite, neovisno koje ste specijalnosti te na kojoj razini pružate zdravstvenu zaštitu, nakon što obavite pregled pacijenta ili postupak zbog kojeg je došao k vama, svakako pitate pacijenta je li se cijepio i otklonite mu dvojbe i strahove oko cijepljenja, ako oni postoje. Siguran sam da će takav razgovor s pacijentima, od kojih mnogi još nisu cijepljeni, potaknuti i njih na cijepljenje te da ćemo tako dodatno doprinijeti našem zajedničkom cilju svladavanja ove iscrpljujuće epidemije.

Bitku s COVID-19 možemo dobiti samo ako svi radimo na ostvarenju istog, zajedničkog cilja - najviše moguće procijenjenosti građana u Republici Hrvatskoj.

U nadi da ćemo uspjeti u tome, zahvaljujem vam još jednom na vašem cijelokupnom trudu te profesionalnom i ljudskom doprinosu u ovoj pandemiji."

BIG BAND HLK-a ODUŠEVIO SPLIĆANE

U sklopu manifestacije „Spli'ski litnji koluri“ 29. lipnja je na splitskoj Rivi nastupio Big Band Hrvatske liječničke komore. Njihov specijalni gost večeri bio je američki trubač John Thomas koji je snimao i svirao za Raya Charlesa, Toma Jonesa, Chicka Coreu, Count Basie, Ellu Fitzgerald i mnoge druge svjetski poznate glazbenike. Zajedničkim nastupom oduševili su građane i turiste ovoga grada te vrhunskom glazbom obojali splitsku ljetu noć.

Organizator ove manifestacije Turistička zajednica grada Splita htjela je zahvaliti svima onima koji nesebičnim radom čuvaju zdravlje hrvatskih građana, stoga je Big Band HLK-a, većim dijelom sastavljen od liječnika koji su uz medicinu posvećeni i glazbi, imao čast otvoriti prvu večer Kolura.

Splićani i njihovi gosti uživali su u izvedbama brojnih stranih pjesama te dvjema domaćim skladbama „U pola dva“ i „Laku noć Luigi, laku noć Bepina“. Nastup Big Banda HLK-a ponio je Splićane koji su na Rivi i zaplesali.



Ova ljetna manifestacija počinje sredinom lipnja i traje do sredine rujna. Sadrži razne događaje, kao što su festival uličnih zabavljača, koncerti klasične glazbe u podrumima Dioklecijanove palače, kulturno-zabavni koncerti na Rivi, "Dani Dioklecijana" te manifestacija "Cili svit u Split".

HLK, HLZ i HLS: Protivimo se pokušaju ukidanja priziva savjesti

Hrvatske krovne liječničke organizacije HLK, HLZ i HLS izrazile su zabrinutost u vezi s dijelom sadržaja u kojem se govorio o prizivu savjesti u medicini u Prijedlogu Rezolucije o stanju u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u EU-u u kontekstu zdravlja žena (2020/2215(INI)) koji je sadržan u Izvješću o stanju u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u EU-u u kontekstu zdravlja žena (2020/2215(INI)) europarlamentarca Predraga Freda Matića, izvjestitelja Odbora za prava žena i rodnu ravнопravnost EP-a (FEMM). Priziv savjesti je institut koji je zajamčen mnogim iznadnacionalnim, međunarodnim pravnim izvorima kao što su Opća deklaracija o ljudskim pravima, Europska konvencija o ljudskim pravima i temeljnim slobodama, Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima i Povelja o temeljnim pravima EU. Parlamentarna skupština Vijeća Europe utvrdila je pravo na priziv savjesti u medicini Rezolucijom 1763 iz 2010. godine. Također podsjećamo da je pravo na priziv savjesti jedno od radnih prava liječnika regulirano i pozitivnim propisima Republike Hrvatske, od Ustava preko Zakona o liječništvu pa do

Kodeksa medicinske etike i deontologije. Podsjećamo da je institut priziva savjesti upravo stečevina Europske unije budući da Povelja EU-a o temeljnim pravima, koja je pravno obvezujuća za sve članice EU-a, u članku 10. stavku 1. navodi: „Svatko ima pravo na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi.“ Nadalje, u stavku 2. kaže: „Priznaje se pravo na prigovor savjesti, u skladu s nacionalnim zakonima koji uređuju ostvarivanje tog prava“.

Priziv savjesti je i etički pojam, te je kao takav u Hrvatskoj reguliran Kodeksom medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore u članku 2., točki 15.: „Liječnik ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrožava život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti nadredene i pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.“ Naglašavamo da su argumentacije Prijedloga Rezolucije neprimjerene te da u Republici Hrvatskoj institutom priziva savjesti nije uskraćena zdravstvena skrb ženama u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem na način da je ugrožen njihov život, a kako se to navodi u ovom Prijedlogu Rezolucije.

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U LIPNUJU 2021.

14. lipnja	Sastanak s ministrom izv. prof. dr. sc. Vilijem Berošem vezano za upis podataka cijepljenih osoba u sustav CEZIH (dr. V. Krolo, prim. dr. I. Balint, prim. dr. M. Payerl-Pal)
15. lipnja	Sastanak predstavnika Koordinacije komora u zdravstvu (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Štefančić Martić, dr. D. Soldo)
20. lipnja	Svečano otvorenje 12. kongresa KoHOM-a, Šibenik (dr. V. Krolo)
24. lipnja	14. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju, Opatija (prof. dr. sc. G. Hauser)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U LIPNUJU 2021.

8. lipnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
11. lipnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
16. lipnja	Sjednica Izvršnog odbora
17. lipnja	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
28. lipnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
29. lipnja	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
1. – 30. lipnja	Pet rasprava na Visokom časnom sudu

PUB KVIZ HLK-a ONLINEEEEEE



Eucerin®

Pub kviz 7. lipnja sastavila je Zrinka Fabris a započeli smo s temom automoto. Iz pet krugova dobili smo dva pobjednika: dva puta je to bio Tomislav P. i jednom Darija K. Déjà vu.

Pobjednike i ovaj put nagrađuje Eucerin.

Nadamo se u budućnosti pub kvizu HLK-a uživo a upit za info možete poslati na pubkviz@hlk.hr

TEMA
RETRO

NAJBOLJE FOTOGRAFIJE



Autorica: VLASTA OBERITER BEŠKER



Autorica: ANICA BAŠIĆ



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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

Otkriće heparina – tražeći prokoagulans, pronašli antikoagulans

**Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
specijalist internist-hematolog**

Odjel za hemostazu i trombozu te benigne bolesti krvotvornog sustava, Zavod za hematologiju, Klinika za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i KBC-a Zagreb

Heparin je jedan od najstarijih lijekova koji se i danas svakodnevno koristi u kliničkoj primjeni diljem svijeta. Riječ je o prirodnom glukozaminoglikanu čija je glavna funkcija inhibicija grušanja krvi. Otkriven je prije oko stotinu godina, i bilo je potrebno dugo vremena da od laboratorijskih istraživanja prijede u kliničku uporabu. Ovaj kratki prikaz opisuje inicijalni razvoj istraživanja heparina.



Jay McLean

Priča o otkriću heparina počela je 1916. godine, kada je Jay McLean, tada student 2. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta Johns Hopkins u Baltimoreu, SAD, radio u laboratoriju glasovitog fiziologa Williama Henryja Howella. Howellov glavni interes bio je istraživanje tvari koja nadzire grušanje krvi. On je smatrao da postoji ravnoteža između inhibitora grušanja (nazvanog antitrombin) i prokoagulansa (nazvanog tromboplastin). Howell je bio uvjeren da otpuštanje cefalina (izoliranog prvi put iz

psećeg mozga) iz trombocita i leukocita neutralizira antitrombin, omogućavajući aktivaciju protrombina kalcijem.

Mladi student McLean bio je dodijeljen Howellu da istraži kemijsku čistoću cefalina i njegovu prokoagulantnu aktivnost. Međutim, McLean je iz pseće jetre izolirao fosfatide (tvari topive u masti) koji su imali antikoagulantna svojstva *in vitro* i koji su izazivali krvarenja u eksperimentalnim životinjama. Nakon toga je McLean otišao u Sveučilište Pennsylvania kako bi istraživao cefaline pod vodstvom Richarda Millsa Pearcea. U listopadu 1917. se vratio u Baltimore, gdje nije nastavio rad na fosfatidima koje je izolirao godinu prije, već je nastavio istraživanje cefalina, smatrajući da je bolje istraživati prokoagulantnu nego li antikoagulantnu tvar. Za to vrijeme je nastavljen radi na antikoagulansima u Howellovom laboratoriju, pa je tako drugi student medicine L. Emmett Holt Jr zajedno s Howellom 1918. izolirao drugi antikoagulans topiv u masti, drukčiji od onog kojeg je izolirao McLean dvije godine prije. Pojam 'heparin' je skovao Howell, od grčke riječi 'hepar', odnosno jetra, s obzirom da je prvo bio izoliran u jetri. Na godišnjem sastanku Američkog udruženja fiziologa 1922. godine Howell je prikazao protokol za izoliranje heparina, a na 12. Međunarodnom kongresu fiziologa u 1926. godini prezentirao je dopunjeni protokol, identificirajući vodotopive ugljikohidrate poput glukuronike kiseline. Ispravno je utvrdio da je to bio spoj drukčiji od onoga kojeg je izolirao on s Holtom u 1918. i McLean u 1916. godini. Nakon toga se heparin počeo komercijalno proizvoditi u lokalnoj farmaceutskoj kompaniji u Baltimoreu, ali druga istraživanja provedena u Mayo klinici u Minnesoti pod vodstvom Edwarda Masona pokazala su da takav preparat heparina ima nuspojave poput glavobolje, febriliteta i mučnine. U 1931. godini Howell je otišao u mirovinu i više se nije bavio istraživanjem heparina. Međutim, heparin se dalje istraživao diljem svijeta u vodećim laboratorijima u nastojanju da se pronađe pročišćeniji i učinkovitiji oblik heparina s manje nuspojava. Prva publikacija o primjeni heparina u prevenciji stvaranja uguruška u eksperimentalnih pasa bila je 1937. godine, kanadske skupine istraživača predvođene Murrayem iz Torontoa, da bi prva primjena pročišćenog oblika heparina u čovjeka bila 16. travnja iste godine.



William Henry Howell

Godine 1939. je Jay McLean, nekadašnji student medicine koji je više od 20 godina prije prvi izolirao antikoagulantne fosfatide topive u masti, započeo je istraživanja heparina u bolesnika s endokarditisom, a 1943. i uporabu heparina u gangrenoznih nogu. Godine 1949. su Peter Moloney i Edith Taylor patentirali postupak koja je omogućio jednostavniju i jeftiniju proizvodnju heparina. Dalje se nezaustavljivo razvijala primjena heparina diljem svijeta, i danas je heparin i dalje jedan od najosnovnijih lijekova koji se primjenjuje u prevenciji i liječenju tromboza.

Nakraj ovog prikaza o razvoju otkrića heparina, zanimljivo je kako je prije 1940.-ih godina uglavnom vladalo mišljenje da je Howell otkrio heparin. Međutim, Jay McLean je smatrao da je to njegova zasluga, te je 1940.-ih započeo kampanju putem brojnih predavanja i pisama nastojeći da se njemu pripše zasluga u otkriću heparina, što je posebno intenzivirao nakon Howellove smrti 1945. godine. Unatoč otporima nekih drugih autora, McLean je uglavnom bio uspješan u promjeni percepcije tko je najzaslužniji za otkriće heparina. Tako je u nekrologu objavljenom nakon smrti McLeana 1959. godine navedeno da je McLean otkrio heparin (uopće ne spominjući Howella). Ipak, 1963. godine je u Johns Hopkinsu otkrivena velika svečana ploča za spomen na otkriće heparina koja navodi „glavni doprinos McLeana za otkriće heparina u 1916. godini u suradnji s profesorom Howellom“.

GLASNA RAZMIŠLJANJA I ISHITRENE DIJAGNOZE



Dr. sc. VESNA SITAR-SREBOČAN, dr. med.
spec. medicine rada, tajnica Hrvatskog
društva za medicinska vještačenja

Još prije odlaska u mirovinu razmišljala sam kako bi trebalo upozoriti na posljedice ishitrenih dijagnoza, ali su me na konačno javljanje i pisanje ovog članka potaknula tek dva nedavna događaja „glasnog razmišljanja“ liječnika.

Požalila mi se gospođa, koja je bila hospitalizirana zbog sumnje na pojavu metastaza vezanih uz karcinom štitnjače, diagnostican i liječen prije nekoliko godina. Rekla je da je bez obzira na razlog odlaska u bolnicu bila u dodatnom stresu kada je čula da liječnik na viziti s ostalim kolegama komentira promjene na njezinom nalazu CT-a kao zločudne. Pitala me „Zar nisu mogli taj razgovor voditi dok nisam prisutna?“. Na kraju se, srećom, utvrdilo da ipak nemam metastazu.

Nedugo nakon toga čula sam i za doživljaj majke koja je rodila nedonošće. Ona i dijete su nakon poroda bili vitalno ugroženi, majka je imala oscilacije krvnog tlaka, a beba opetovane infekcije te je dobivala antibiotike, ali bez poboljšanja. Neonatolozi su bili zabrinuti te rekli majci: „Sad ćemo mu dati još jedan antibiotik, a ako ne pomognе ne znamo što ćemo dalje“. Takvom su izjavom mogli samo pogoršati i majčino zdravstveno stanje!

Medicinu sam završila u Zagrebu davnog 1977. Na vizitama se pred pacijentima govorilo samo najnužnije. Ne sjećam se je li nas je netko upozoravao da pred pacijentima glasno ne razmišljamo, no čula sam od kolege iz Rijeke da je njih profesor, koji je predavao Uvod u medicinu, na to upozorio. U današnje vrijeme brzoga življenja sa sve manje empatije, smatram da bi mlade kolege trebalo upozoriti da pacijenti gledaju i izraz njihova lica, a osobito im je značajna svaka riječ koju izgovore.

Sjećam se da se u to doba izbjegavalo pacijentima govoriti „teške dijagnoze“ i onda kada su bile dokazane. Obično se s takvim dijagozama upoznavalo obitelj. Spominjali su nam i primjer jednoga našeg profesora koji je zasigurno znao da ima karcinom, ali nije prihvatao takvu dijagnozu pa je i umro govoreći da ima neku drugu bolest, a kolege su takav stav poštovale. Netko od predavača pričao nam je da su se i tada u Americi pacijentima govorile i najteže dijagnoze jer moraju znati istinu radi ekonomskog planiranja budućnosti.

Danas je i kod nas situacija drugačija i pacijenti znaju svoje dijagnoze, postupke liječenja, a posljednjih desetak godina nema čak ni vađenja zuba bez potpisanih „informiranih pristanka“. To je realnost koju moramo prihvati. Postoji osiguranje od odgovornosti liječnika koje bi trebalo obešteti pacijente zbog liječnikovoga propusta. Jedan mi je odvjetnik rekao da takvo osiguranje nije dobro jer će se liječnici opustiti. Uspoređivao je to s kasko osiguranjem automobila. Tada sam ga sumnjičavno gledala jer odvjetnici imaju koristi od takvih osiguranja, no radeći kao liječnik vještak shvatila sam da je možda bar dijelom bio u pravu.

Pojavio se problem ishitrenih dijagnoza za koje se sada potražuje odšteta. Prikazat ću to s dva primjera.

Na sistematskom pregledu gdje N.N. napravljen je UZV žučnjaka. Radiolog je video suspektnu tvorbu koju je opisao kao karcinom te naveo da se hitno javi kirurgu, što je bolesnica u najkraćem roku i učinila.

Kirurg ju je naručio na operaciju, a u bolnici je prije operacije ponovljen UZV pa, premda se na novom nalazu nije opisivala tvorba kao na onom sa sistematskog pregleda, operacija je učinjena, ali malignitet nije nađen.

U nekadašnja vremena pacijent bi bio sretan da je tako, no gospođa iz ovog primjera bila je revoltirana, potražila odvjetnika te zbog nepotrebne operacije tražila odštetu od ustanove u kojoj je obavila sistematski pregled.

U slijedećem primjeru je gospodin N. M.-u odstranjen madež s podlaktice i učinjena patohistološka analiza. Patolog županijske bolnice pogledao je preparat, postavio dijagnozu melanoma te sukladno algoritmu uputio preparat još jednom patologu, ali na način da ga je dao pacijentu da ga sam odnesu u KBC. Pacijent je predao preparat na patologiju, no vjerojatno i opet u panici zbog „teške dijagnoze“, potražio je u istoj bolnici kirurga koji je pacijenta radicalno operirao samo na temelju dijagnoze prvog patologa, a nije pričekao i mišljenje patologa iz svoje bolnice. U KBC-u patolog je otklonio dijagnozu melanoma. I ovaj je gospodin digao tužbu protiv prve ustanove, županijske bolnice, zbog pogrešne dijagnoze patologa i kasnije nepotrebne operacije.

Oba primjera upućuju na oprez kod postavljanja prve dijagnoze, jer ako je ona izrečena pacijentu na pogrešan način kao definitivna, a ne samo kao sumnja, može povući za sobom lavinu neželjenih događaja i problem se kao bumerang vrati liječniku koji je možda s najboljom namjerom bio malo brzoplet.

Vjerojatno svi znate primjere iz naslova članka. Kad su dijagnoze predmet razgovora možda se pri tome i ne osvijestimo da takvi razgovori mogu uzrokovati teške posljedice. Sigurna sam da bi i kolege psihijatri imali što reći o toj temi pa ih pozivam da o tome iznesu svoja iskustva.

U HRVATSKOJ ODRŽANA PRVA ONLINE – HIBRIDNA OCJENA ZA OBNOVU STATUSA "RODILIŠTE PRIJATELJ DJECE"

Izv. prof. prim. dr. sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr. med., IBCLC

Globalna inicijativa "Rodilište prijatelj djece" Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i UNICEF-a provodi se u Hrvatskoj 25 godina uz podršku Ministarstva zdravstva (MIZ) i Ureda UNICEF-a za Hrvatsku programom čiji je voditelj niz godina prof. dr. sc. Josip Grgurić. Program je usmjeren na zaštitu, promicanje i podršku dojenju u rodilištima te edukaciju zdravstvenih radnika za provedbu tih praksi. U Hrvatskoj su sva javna rodilišta, njih 31, stekla status "Rodilište prijatelj djece" (RPD), a oko polovica njih taj je status ponovnim ocjenjivanjem i obnovila u razdoblju od 2018. do danas. Prema propozicijama programa RPD, status se obnavlja svake četiri godine te ustanova mora proći ponovnu vanjsku ocjenu koju provode članovi Nacionalnog ocjenjivačkog tima MIZ-a.

Pojavom nove zarazne bolesti, COVID-19, uzrokovane virusom SARS-CoV-2, te proglašenjem pandemije COVID-19 od strane SZO-a u ožujku 2020., u skladu s epidemiološkim naputcima sprječavanja širenja bolesti, a na prijedlog voditeljice Nacionalnog ocjenjivačkog tima MIZ-a obustavljene su i odgodene aktivnosti Nacionalnog ocjenjivačkog tima vezane uz ocjenjivanje rodilišta za obnovu statusa RPD. Naime, s obzirom na pandemiju COVID-19 ponovnu ocjenu rodilišta nije bilo moguće provesti na uobičajen način – a to znači na licu mjesta, tijekom posjeta ustanovi (rodilištu), kada nekoliko članova Nacionalnog ocjenjivačkog tima razgovaraju s osobljem i majkama te ocjenjuju praksu u ustanovi. Članovi međunarodne mreže nacionalnih koordinatora za program RPD (BFHI Network) potvrdili su da se privremena obustava postupka ocjenjivanja rodilišta primjenjuje i u njihovim zemljama.

Kako sukladno epidemiološkoj situaciji nije bilo izgledno očekivati skoru mogućnost provedbe ponovne ocjene statusa rodilišta na uobičajen način, u cilju održivosti programa RPD u Hrvatskoj predložen je novi pristup načinu ocjenjivanja uporabom tehnologije

online. Prijedlog je uslijedio tim više što se za postupak ponovne ocjene pripremalo nekoliko rodilišta, od kojih je rodilište Opće bolnice Varaždin uputilo MIZ-u Zahtjev za ponovnom ocjenom i svu potrebnu dokumentaciju prije proglašenja epidemije u Hrvatskoj.

Voditeljica Nacionalnog ocjenjivačkog tima MIZ-a izv. prof. dr. sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr. med., predložila je u rujnu 2020. projekt djelomične online ponovne ocjene rodilišta koji bi bio dopunjeno opažanjima u ustanovi kad se za to steknu epidemiološki uvjeti (hibridni model ocjenjivanja).

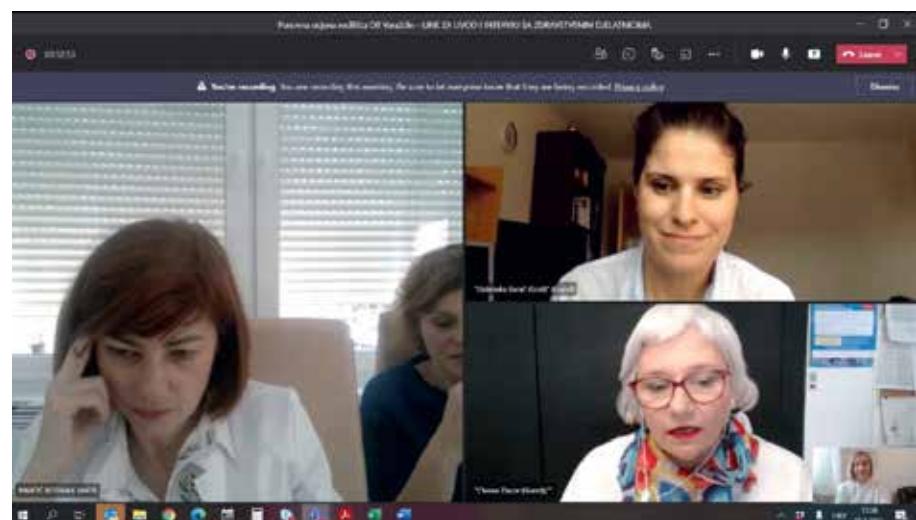
S ovim načinom ocjene do sada u Hrvatskoj i svijetu nije bilo iskustava ili su ona sporadična te predstavljaju velik izazov za program RPD na globalnoj razini kao i za Nacionalni ocjenjivački tim u Hrvatskoj. Održana su dva 90-minutna webinar u kojima su članice ocjenjivačkog tima pripremljene za online način vodenja razgovora prema strukturiranim upitnicima SZO-a i UNICEF-a.

Online ocjena rodilišta OB-a Varaždin za obnovu statusa RPD je prema našim saznanjima prva takva ponovna ocjena rodilišta u svijetu.

U ponovnoj ocjeni sudjelovalo je pet članica Nacionalnog ocjenjivačkog tima, podije-

ljen u dva manja tima: dvije članice koje su razgovarale sa zdravstvenim radnicima i dvije članice koje su razgovarale s majkama, dok je peta članica većinom bila zadužena za tehničku podršku. Razgovor online sa zdravstvenim radnicima rodilišta proveden je u jednoj, za tu svrhu unaprijeđ određenoj prostoriji u kojoj se nalazio kompjutor s kamerom. U prostoriji je bila dostupna demonstracijska lutka (model novorođenčeta) kako bi se u razgovoru s osobljem mogao ispitati način pokazivanja majkama kako pravilno postaviti dijete na dojku. Razgovor online s majkama obavljen je u majčinoj sobi, poštujući njihovu privatnost i ne odvajajući ih od njihove djece niti u jednom trenutku razgovora.

Izvješće ocjenjivačkog tima metodom hibridnog ocjenjivanja prihvatali su članovi Povjerenstva za zaštitu i promicanje dojenja MIZ-a. Time je rodilište OB-a Varaždin obnovilo svoj status i bit će mu ponovno dodijeljen naziv "Rodilište prijatelj djece" za sljedeće četverogodišnje razdoblje. Ocjenjivački tim pohvalio je zalaganje cjelokupnog osoblja Službe za ginekologiju i opstetriciju OB-a Varaždin i napore koje je osoblje rodilišta učinilo i dalje čini u humanizaciji uvjeta rada i zajedničkog boravka majki i djece



Sastanak članova ocjenjivačkog tima neposredno nakon završenih razgovora sa zdravstvenim osobljem i majkama

te u promicanju dojenja, posebice u ovim izazovnim vremenima pandemije COVID-19. Ocjenjivački tim posebno je istaknuo pozitivne prakse koje se provode, i provodile su se, i u vrijeme epidemije COVID-19, kao što su prisutnost očeva na porodu, provođenje kontakta koža na kožu većinom u trajanju od dva sata neposredno nakon rođenja djeteta prirodnim putem, provođenje kontakta koža na kožu s ocem djeteta nakon carskoga reza i dosljednu provedbu 24-satnog rooming-in-a.

Na kraju, prvi koraci u inovativnim pristupima nikada nisu sasvim laki i jednostavni, ali zato jesu izazovni jer, od toga da treba sve osmislići, organizirati i uskladiti do toga da nije jednostavno biti koncentriran na razgovore online i njihovo zapisivanje tijekom četiri sata (s

ponekim manjim prekidom). Ipak, ovakvo nas iskustvo obogaćuje, a otvorilo nam je i neke nove ideje i vidike. Nadamo se da će online način ocjenjivanja i ponovnih ocjenjivanja rodilišta zaživjeti i drugdje, o čemu već postoje najave, posebice imajući na umu da i dalje živimo u uvjetima pandemije COVID-19.

Ocenjivački tim činili su izv. prof. dr. sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr. med., IBCLC, spec. pedijatar, uži spec. iz neonatologije, voditeljica tima i voditeljica Nacionalnog ocjenjivačkog tima MIZ-a, Marcela Ilijic Krpan, dr. med., IBCLC, spec. pedijatar, uži spec. iz neonatologije, Dubravka Barać, dr. med., IBCLC, specijalizant pedijatarije, Ivana Zanze, Udruga RODA, i Lili Retek Živković, UNICEF-ov Ured za Hrvatsku

Nefrološki webinari u suradnji između HDNDT-a i KoHOM-a

Lada Zibar

U Liječničkim novinama iz veljače ove godine bili smo izvijestili o prvom webinaru kojega su zajedno organizirali nefrološko društvo (HDNDT) i obiteljski liječnici (KoHOM). U ožujku i svibnju 2021. održana su još dva takva webinara, na temu dijalize i na temu bubrežne presadbe, odnosno transplantacije.

U ožujku je webinar pod nazivom Bolesnik na dijalizi u ordinaciji liječnika obiteljske medicine moderirala prof. Karmela Altabas, iz KB-a „Sestre milosrdnice“, a panelisti su bili nefrolozi doc. Josipa Radić, iz KBC-a Split, koja je govorila o odabiru metode nadomeštanja bubrežne funkcije i o peritonejskoj dijalizi, i Ivan Durlen, dr. med., iz KB-a Dubrava, koji je govorio o hemodializi. Berislav Bulat, dr. med., iz Virovitice, je u ime obiteljske medicine prikazao bolesnike iz svoje prakse, o kojima je potom zajednički raspravljanu, a zaključci su učvrstili kriterije koji određuju postupke i obiteljskih liječnika i nefrologa.

U svibnju je specijalistica obiteljske medicine Ljiljana Ćenan, dr. med., koja radi u Ivankovu kod Vinkovaca, bila panelistica koja je predstavljala obiteljske liječnike u webinaru naziva Bolesnik s presađenim bubregom. Moderirala je prof. Lada Zibar iz KB-a Merkur u Zagrebu, a panelisti transplantički nefrolozi bili su dr. sc. Bojana Maksimović iz KB-a Merkur, koja je govorila o imunosupresiji i reakcijama odbacivanja, i prof. Ivan Bubić iz KBC-a Rijeka, koji je temu nadopunio govoreći o drugim komplikacijama u bolesnika s presađenim bubregom. Praktično se raspravljalo o primjerima bolesnika iz prakse dr. Ćenan. Timski su riješene postupne i terapijske dvojbe u vezi sa zajedničkim pacijentima.

Suradnja između nefrologa i obiteljskih liječnika je u edukativnom smislu možda dio onoga „svako zlo za neko dobro“ jer nas je nemogućnost stručnih skupova uživo i prijezalaz na „druženja“ *online* nekako obogatila novim zamislima i možda

jednostavnijom izvedbom edukativnih aktivnosti. Uzor smo imali u endokrinolozima i gastroenterolozima koji su već prije nas, nefrologa, počeli s ovakvim aktivnostima u hrvatskom eteru.

Uz najave reformi zdravstva ovakvom suradnjom svakako doprinosimo uvažavanju obiteljskih liječnika kao specijalista kojima treba priznati ulogu stvarno primarnih liječnika, a drugim specijalistima, osobito bolničkim, ostaviti onaj dio posla za koji se zatraži konziliarna suradnja. Ovakva edukacija pomaže i racionalizaciji u sustavu i rasterećenju sekundarne i tercijarne razine zdravstvenih usluga. Zaključujemo o jasnim praktičnim smjernicama koje profiliraju uloge pojedinih liječnika, a pacijentu jamče bolju skrb, utemeljenu na dokazima.

I, konačno, ovaj je dijalog dio etičkih načela međusobne komunikacije između liječnika, čemu treba istaknuti ponekad zaboravljenu važnost.

SIGURNOST TRANSFUZIJSKOG LIJEČENJA

Doc. prim. dr. sc. IRENA JUKIĆ, dr. med.

Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu
Povjerenstvo za transfuzijsku medicinu
Ministarstva zdravstva

Već neko vrijeme naša služba suočena je sa zahtjevima nekih članova MSM zajednice (muškarci koji imaju spolne odnose s osobama istog spola) kao i nekih političara o što žurnijem poticanju rasprave o diskriminaciji članova MSM zajednice po pitanju darivanja krvi. Mi kao liječnici odbacujemo bilo kakve navode o diskriminaciji, a u argumentiranju naših stavova služimo se samo i isključivo činjenicama koje navodimo u ovom članku.

Transfuzijska služba zakonski je najregulirana grana medicine (u Europi direktivama, a u RH Zakonom i pravilnicima). Razlog tome je bioško podrijetlo krvnih pripravaka i zbog toga nepostojanje nultog rizika transfuzijskog liječenja. Transfuzijska služba je odgovorna za učinkovitost, sigurnost i kvalitetu krvnih pripravaka proizvedenih iz dobrovoljno darovane krvi.

Kriteriji za odabir darivatelja krvi u Hrvatskoj temelje se isključivo na znanstvenim činjenicama, i cilj im je sigurnost transfuzijskog liječenja bolesnika te zaštita zdravlja darivatelja. Važna činjenica jest da je naše davalanstvo bazirano na dobrovoljnosti i besplatnosti. Sigurnost krvnih pripravaka započinje odabirom darivatelja koji nemaju već prepoznate rizike, kako za osobno zdravlje, tako i za moguću ugrozu bolesnika. U procesu donošenja odluka moramo biti vođeni činjenicom da se transfuzijski liječe zdravstveno ugroženiji bolesnici, te da je primjena transfuzijskog liječenja moguća od intrauterine dobi do duboke starosti, a potencijalni primatelji možemo biti svi u svakom trenutku našeg života.

Načelna praksa svih zemalja Europske unije jest naglašena briga o smanjenju rizika transfuzijskog liječenja, a svaka zemlja članica može i mora voditi računa o epidemiološkim kretanjima za pojedine krvlju prenosive zarazne bolesti i specifičnostima pojedinih zemalja ili regija. Zakonom je u EU i RH propisano obvezno testiranje uzoraka krvi darivatelja na biljege sljedećih

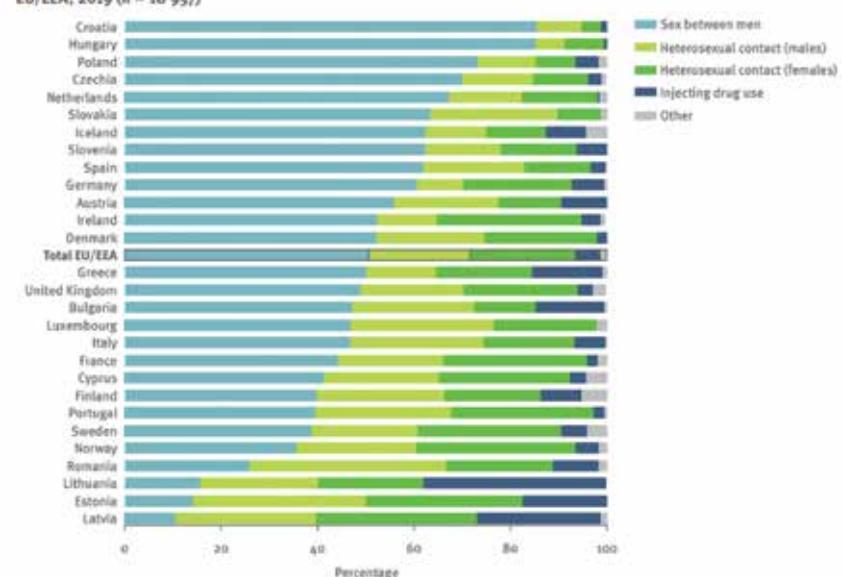
krvlju prenosivih zaraznih bolesti: hepatitis B, hepatitis C, HIV 1/2 i sifilis, a sukladno epidemiološkim kretanjima pojedine zemlje uvode dodatna testiranja. Tako tijekom ljetnih mjeseci u Hrvatskoj testiramo uzorke krvi davaljatelja i na biljege virusa Zapadnog Nila. Unatoč suvremenim serološkim testovima koji imaju visoku osjetljivost i specifičnost, te molekularnom testiranju pojedinačnih donacija (HBV-DNA, HCV-RNA, HIV ½-RNA, WNV-RNA) koje koristimo i u RH, rizik za prijenos zaraze uvjek postoji. Naime, niti jednim testom nije moguće detektirati svježe nastalu zarazu u tzv. „window periodu“ (učinak prozora). To je vrijeme od trenutka infekcije do umnažanja dovoljnog broja uzročnika ili stvaranja protutijela od strane imunosnog sustava domaćina na unesenog uzročnika, a minimalno traje nekoliko dana, čak i za testove na molekularnoj razini. Dakle, nema stopostotne sigurnosti unatoč svim uloženim mjerama opreza. **Stoga je praćenje svih relevantnih podataka glede epidemiološkog kretanja neke zaraze dodatni pomoćični čimbenik u smanjivanju potencijalnog rizika.** Prakse u odabiru darivatelja krvi drugih zemalja po nekim pitanjima mogu se razlikovati od prakse u RH, ali samo zato jer

se kao i u RH temelje na epidemiološkim podacima.

Epidemiološka situacija je u općoj populaciji RH, što se tiče HIV infekcije, jako povoljna. Hrvatska je zemlja s niskom prevalencijom HIV infekcije od 0,1 %, na što svi trebamo biti ponosni, a to je i dijelom zahvaljujući pažljivoj selekciji darivatelja krvi i primjeni najosjetljivijih metoda testiranja čime se sprječava prijenos putem transfuzijskog liječenja.

Što se tiče HIV infekcije unutar MSM populacije, epidemiološka situacija u RH je iznimno loša. Udio MSM osoba u novootkrivenim HIV infekcijama u RH je visok i kreće se u posljednjih nekoliko godina preko 80 %. Prema ovim pokazateljima RH se svrstava na najlošiju poziciju od svih europskih zemalja. Europski centar za sprječavanje i kontrolu bolesti (ECDC) u redovitim godišnjim izvješćima objavljuje i podatke o novootkrivenim slučajevima HIV zaraze koji su javno dostupni na stranici <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2020.pdf>

Fig. 1.5. Percentage of new HIV diagnoses with known mode of transmission, by transmission route and country, EU/EEA, 2019 (n = 18 957)



Note: Belgium did not report data, Liechtenstein reported zero cases and Malta did not report transmission data in 2019. Unknown route of transmission is excluded from the proportionality presented here.

Dodatni problem koji se postavlja pred transfuzijsku službu u svijetu, a vezan uz darivanje krvi kod MSM populacije, jest korištenje prijekspozicijske profilakse (PrEP) i poslijekspozicijske profilakse (PEP). Svrha te terapije je onemogućavanje prijenosa HIV-a nakon spornog spolnog odnosa. Ukoliko se osobkoja redovito uzima PrEP zarazi HIV-om, PrEP može svojim antiretrovirusnim djelovanjem **suprimirati virusnu replikaciju** do razine da ona bude nemjerljiva i najosjetljivijim NAT testom koji detektira virusnu RNK. Također može doći do **zakašnjelog stvaranje protutijela** te posljedično do lažno negativnih seroloških testova, uključujući i 4. generaciju antigen/protutijelo testa koji se koristi za dijagnostiku i probir prilikom darivanja krvi. Naravno da je to zabrinjavajuća situacija za nas transfuziologe, jer osobe koje pristupe darivanju krvi tijekom liječničkog pregleda mogu zatajiti ili zanemariti činjenice o

postajanju rizika kao i činjenicu o tome da su na terapiji PrEP-om ili PEP-om. Iz njihovog kuta gledanja, smatraju se neinfektivnim. Ipak, u tom trenutku, unatoč korištenju visoko osjetljivih testova, razina virusa u njihovoј plazmi može biti nemjerljiva. Prisutnost virusa HIV tada je moguća i izgledna u limfocitima kao i posljedični rizik prijenosa putem transfuzijskog liječenja bolesnika. O tome se sve češće piše u stručnoj literaturi.

Kada osvijestimo, na žalost, velik udio MSM populacije u incidenciji HIV infekcije, trebalo bi biti jasno da smo pri ovim odlukama vođeni samo i isključivo smanjenju rizika prijenosa i maksimalno zaštiti bolesnika čije je zdravstveno stanje sigurno jako narušeno s obzirom da zahtijeva i transfuzijsko liječenje.

U stručnoj literaturi poznat je pojam **kompromisacija rizika**, što podrazumijeva osjećaj zaštićenosti kod korisnika profilakse, što dovodi do porasta slobodnijeg spolnog ponašanja uz posljedično povećanje incidencije ostalih spolno i krvlju prenosivih bolesti.

U javnim polemikama **propušten je širi kontekst sagledavanja javnozdravstvenog problema**. Mi specijalisti transfuzijske medicine dužni smo svojim visoko profesionalnim djelovanjem i kad god je to moguće isticati ovaj problem kako unutar komplementarnih stručnih krugova, tako i u javnosti, kako bi podigli svjesnost o mogućim opasnostima za bolesnike. Transfuzijska služba je iznadpolitična, uključuje sve slojeve društva, cijelu populaciju, bilo kao darivatelje ili kao primatelje krvi i ono što radimo, radimo isključivo za dobrobit i sigurnost bolesnika u čijoj ulozi može biti svatko od nas u svakom trenutku života.

KONCERT „CIJEPLJENJE SVE U 16“



U Zagrebu je 16. lipnja održan koncert „CIJEPLJENJE SVE U 16“ u cilju promocije preventivnih aktivnosti i cijepljenja protiv COVID-19 kojeg važno je za suzbijanje i sprječavanje epidemije novog koronavirusa. Koncert su organizirali Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ (ŠNZ) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), a održan na Zvijezdi, u parku Slobodana Langa, uz poštivanje svih važećih javnozdravstvenih protupandemijskih mjera. Nastupili su Ante Gelo, Alen Đuras, Iva Ajduković i pjevački zbor studenata medicine „Lege artis“.

Tim povodom su podršku i preventivne poruke sudionicima uputili ravnatelj HZJZ-a doc. dr. Krinoslav Capak, prof. dr. Marijan Klarica, dekan medicinskog fakulteta (MEF) i ravnateljica Škole narodnog zdravlja Andrija Štampar prof. dr. Mirjana Kujundžić Tiljak.

Koncert je primarno bio namijenjen za mlade, studente zdravstvenih i drugih studija koji su se proteklih dana kao i toga dana cijepili

protiv COVID-19 u organizaciji HZJZ-a i ŠNZ-a. Tijekom protekla tri mjeseca ukupno je cijepljeno oko 3 000 studenata, najviše je bilo onih s medicinskim i stomatološkim fakultetima, veterinarskim te drugim fakultetima i zdravstvenog veleučilišta koji imaju kliničke vježbe ili vježbe koje treba obavljati uživo, a i oni su se prvi počeli cijepiti jer su bili prioritet s obzirom na nastavne sadržaje koji uključuju povećan rizik od zaraze SARS-CoV-2.

Zamisao za koncert se rodila spontano, nakon što se Ante Gelo došao cijepiti u HZJZ te je nakon toga zasvirao na gitari i razveselio timove cjepljelja i ljudi koji su se došli cijepiti. Na koncertu je bilo izvrsno i nadamo se da će se što prije postići što veći postotak cijepljenih ljudi kako bismo se što prije vratili na staro normalno. S obzirom na izvrsne povratne informacije, na istoj lokaciji će se ponoviti još koji koncert. Tatjana Nemeth Blažić



PUTOKAZ ZA RANU DIJAGNOZU MULTIPLOG MIJELOMA

MIRA ARMOUR

direktorica Udruge MijelomCRO

Izv. prof. dr. sc. ALENKA BOBAN BLAGAIĆ

Zavod za farmakologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Pomoći liječnicima obiteljske medicine radi pravovremenog prepoznavanja simptoma bolesti

Važnu ulogu u prepoznavanju bolesti imaju liječnici obiteljske medicine kojima se pacijenti najčešće obraćaju za pomoć pri pojavi prvih simptoma. Podaci ukazuju kako postavljena dijagnoza u ordinaciji obiteljske medicine, u odnosu na, primjerice, odjel hitne pomoći, pospješuje ishode liječenja u prvoj godini za čak 50 posto. Stoga je povodom obilježavanja Međunarodnog dana multiplog mijeloma (posljednji četvrtak u ožujku, 25. ožujka 2021.) predstavljen RAKK - Putokaz za ranu dijagnozu multiplog mijeloma, nastao u suradnji Hrvatskog društva za hematologiju, Hrvatske kooperativne grupe za hematološke bolesti (KROHEM), Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) te Udruge za podršku oboljelima od multiplih mijeloma - MijelomCRO.

Riječ je o svojevrsnim smjernicama za liječnike obiteljske medicine koje imaju za cilj pomoći u postavljanju rane dijagnoze, omogućujući identificiranje oboljelih kroz nekoliko ključnih koraka, a korištenjem rutinskih laboratorijskih pretraga kao što su kompletna krvna slika, sedimentacija eritrocita, kalcij kreatinin i urea, rendgen bolne kosti, elektroforeza i imunofiksacija proteina. Konačnu dijagnozu postavlja hematolog provođenjem različitih dijagnostičkih postupaka kako što su dodatni krvni nalazi, biopsija koštane srži, ...

„Zbog svakodnevnosti simptoma koji prate multipli mijelom i činjenice da u Hrvatskoj od ove bolesti godišnje oboli

više od 200 osoba, mnogi obiteljski liječnici nikada se nisu susreli s dijagnozom mijeloma pa će im ove smjernice dodatno skrenuti pažnju na naizgled nepovezane simptome koji mogu ukazivati na ovu rijetku bolest, kako bi pacijente po potrebi usmjerili na dodatne pretrage ili posjet hematologu“, istaknula je Nataša Ban Toskić, dr. med., predsjednica KoHOM-a.

„Nažalost, mnogi pacijenti prolaze dugi put i obave niz pretraga prije nego stignu do hematologa i konačne dijagnoze i to je potrebno mijenjati. Oboljelima od multiplog mijeloma u Hrvatskoj su na raspolaganju nove generacije lijekova zahvaljujući kojima je udvostrućena stopa petogodišnjeg prezivljivanja pa bi, uz pravovremeno postavljanje dijagnoze, multipli mijelom od teške zločudne bolesti mogao postati kronična bolest poput dijabetesa, s kojom je moguće kvalitetno živjeti“, naglasila je prim. Sandra Bašić Kinda, dr. med., voditeljica KROHEM-ove radne skupine za multipli mijelom te dodala kako su, unatoč dostupnosti inovativnih terapija, još uvjek vidljive razlike u mogućnostima liječenja ovisno o bolnici kojoj oboljeli pripada.

O projektu Rana dijagnoza multiplog mijeloma više se može naći na Putokaz za ranu dijagnozu multiplog mijeloma, 2021. - Mijelom.hr. Svi zainteresirani koji se žele uključiti u rad projekta mogu se javiti nositelju projekta, udruzi MijelomCRO (tel: 099 1947 434; mail: mira@mijelom.hr).

Od multiplog mijeloma, zločudne hematološke bolesti, u Hrvatskoj boluje oko tisuću ljudi. Prema posljednjim podacima iz 2019. godine, jedna osoba premine svaka 43 sata, odnosno njih 200 godišnje. Zahvaljujući novim terapijskim mogućnostima, ovaj rijedak oblik raka krvi, danas se sve uspješnije liječi. Multipli mijelom je bolest koju karakteriziraju mnogi nespecifični simptomi i znakovi poput boli u ledima, umora, infekcija, oslabljene funkcije bubrega, anemije te ubrzane sedimentacije eritrocita. Navedena nespecifičnost simptoma čest je razlog dugotrajnog postavljanja dijagnoze i kasnog početka liječenja.

Pravovremena dijagnoza bitno utječe na ishode liječenja i produljenje života, omogućujući primjenu optimálnih terapija. Nažalost, sumnja na multipli mijelom često se pojavi u uznapredovaloj fazi bolesti ili se pak bolest otkrije posve slučajno.

MULTIPLI MIJELOM - RAK KRVI

PUTOKAZ ZA RANU DIJAGNOZU

RAKK: 4 KLJUČNE ZNAČAJKE MIJELOMA



Renalno oštećenje

Povišeni kreatinin i urea



Anemija

Kronični umor, kratkoča dah



Kalcij - povišen

Zbunjenost, povraćanje, mučnina, probavne tegobe, pojačano mokrenje



Kosti - oštećenja

Bolovi u kostima, spontane frakture, gubitak visine

U TRENUKU DIJAGNOZE ILI ZATRAŽENE POMOĆI

1 od 4 oboljela ima oštećenje bubrega

3 od 4 oboljela imaju anemiju

Do **30%** oboljelih ima hiperkalcemiju

60% ima bolove u kostima
80 - 90% ima osteolitičke lezije

POSUMNJAJTE NA MIJELOM

RANA DIJAGNOZA - BOLJA PROGNOZA

- Dugotrajni bolovi u leđima i kostima (>4 – 6 tjedana)
- Opća slabost i umor
- Ponavljajuće i dugotrajne infekcije (pluća, mijehura...)
- Povišena sedimentacija eritrocita
- Oslabljena funkcija bubrega
- Krvarenje iz nosa i neobjašnjive modrice

50%

bolji ishodi liječenja u prvoj godini ako na dijagnozu posumnja liječnik obiteljske medicine

ZATRAŽITE SLJEDEĆE NALAZE

SE

Sedimentacija eritrocita je najčešće povišena (normalna u nesekretornom mijelomu ili mijelomu lakih lanaca)

KKS

Posebno obratiti pažnju na normocitnu anemiju

Kreatinin i urea

Povišene vrijednosti mogu biti znak oštećenja bubrega

Rendgen bolne kosti

Pokazuje osteolitičke lezije ili frakturu

UPUTITE PACIJENTA HEMATOLOGU

U slučaju dugotrajne prisutnosti ili ponavljanja navedenih simptoma i/ili u slučaju ako su navedene pretrage rezultirale lošim nalazima



Multipli mijelom čini oko 1% svih vrsta raka te je, uz leukemiju i limfom, najčešći rak krvi

100 GODINA PLIVE

Izložba *Kaštel na vrhuncu: oglašavanje i ambalaža lijekova tvornice Kaštel u Zagrebu 1930-ih i 1940-ih* – predstavljanje Hrvatskog muzeja medicine i farmacije HAZU u Knjižnici Božidara Adžije, Zagreb, 23. lipnja – 31. srpnja 2021.

Prof. SILVIJA BRKIĆ MIDŽIĆ

Hrvatski muzej medicine i farmacije prvi je muzej znanosti u sastavu Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, a osnovan je 2014. godine s ciljem prikupljanja, čuvanja, dokumentiranja i prezentacije hrvatske medicinske i farmaceutske baštine. Inicijalni muzejski fundus čini zbirka Odsjeka za medicinske znanosti Zavoda za povijest i filozofiju znanosti HAZU, koja je stvarana od tridesetih godina prošlog stoljeća do danas zalaganjem generacija profesionalaca i entuzijasta na području povijesti medicine i farmacije. Stručni i znanstvenoistraživački rad Muzeja temelji se na suradnji s Odsjekom za povijest

medicinskih znanosti. U cilju razvoja muzejske djelatnosti i upotpunjavanja muzejskog fundusa uspostavljena je suradnja s hrvatskim medicinskim i farmaceutskim ustanovama, tvrtkama i društvima. Iz takve razvojne strategije Hrvatskog muzeja medicine i farmacije potekla je i ideja o izložbi *Kaštel na vrhuncu: oglašavanje i ambalaža lijekova tvornice Kaštel u Zagrebu 1930-ih i 1940-ih*, koja je realizirana 2016. godine u suradnji s *Plivom* (nasljednicom *Kaštela*), a postavljena je u Knjižnici Božidara Adžije (koja djeluje u sastavu Knjižnica grada Zagreba) na Trgu kralja Petra Krešimira IV. 2, u neposrednoj blizini Hrvatskoga liječničkog doma, od 23. lipnja do 31. srpnja ove godine. Autorice izložbe su Stella Fatović-Ferenčić i Silvija Brkić Midžić.



Na ovoj studijskoj izložbi predstavlja se građa iz fundusa Hrvatskog muzeja medicine i farmacije HAZU: reklamne razglednice, primjerici ambalaže lijekova, liječnički dnevnički, kao i stručni časopisi i arhivska građa iz Odsjeka za povijest medicinskih znanosti HAZU. Riječ je o vrijednoj građi koja je za povijest hrvatske farmacije važna kao svjedočanstvo o visokoj razini promotivnih aktivnosti jedne od prvih hrvatskih tvornica lijekova – tvornice *Kaštel*, koja je kasnije preimenovana u *Plivu*. Predstavljeno je njihovo oglašavanje u stručnim časopisima, ambalaža lijekova, produkcija promidžbenih rokovnika za liječnike te serija reklamnih razglednica, prospekata i skica za reklame koje je za *Kaštel* grafički oblikovao istaknuti hrvatski dizajner Pavao Gavranić.

Tvornica *Kaštel* osnovana je u Karlovcu 1921. godine. Prvi predsjednik odbora Dioničarskog društva *Kaštel* bio je prof. dr. Gustav Janeček, koji je u suradnji s

dr. Eugenom Ladanyjem pokrenuo proizvodnju farmaceutskih preparata i galenskih pripravaka, čime su utrli put suvremenoj proizvodnji lijekova na ovim prostorima. Tim entuzijasta vođen vrijednostima i strašću prema znanosti ubrzo je nakon osnutka tvrtke *Kaštel* počeo s istraživanjem i razvojem novih lijekova. Godine 1928. proizvodnja seli na današnju lokaciju u Zagrebu, gdje se zapošljava oko 60 djelatnika i 25 činovnika, od kojih 10 akademski obrazovanih. Organizirani istraživački rad počeo je 1936., u suradnji s profesorom Vladimirom Prelogom sa Zagrebačkog sveučilišta, kasnijim dobitnikom Nobelove nagrade za kemiju. Već 1936. *Kaštel* je na tržište plasirao *sulfanilamid*, aktivnu ljekovitu supstanciju bakteriostatskog djelovanja, pod imenom *Streptazol*, koji je patentno zaštitio. *Kaštel* postaje jedan od prvih proizvođača sulfonamida u svijetu. Tijekom 1939. osnovana je državna ustanova *Plibah* (Proizvodnja lijekova banovine Hrvatske), a taj je naziv 23. lipnja 1941. izmijenjen u Državni zavod za proizvodnju lijekova *Pliva* (proizvodnja lijekova i vakcina). U kolo-

ZVUKMARK
zabilježeno zvukom

Hrvatski muzej medicine i farmacije

Knjižnice grada Zagreba
Knjižnica Božidara Adžije

Zvukmark - zabilježeno zvukom
God. I. br. 5.

Farmaceutska baština - Hrvatski muzej medicine i farmacije HAZU

Urednica i voditeljica:
Ivana Sabljak

Cošće:
Stella Fatović-Ferenčić
Silvija Brkić Midžić

Snimanje i montaža:
Iva Đambaski

Zagreb, lipanj 2021.

Gošće:
Stella Fatović-Ferenčić
Silvija Brkić Midžić



vozu 1945. godine tvornica *Kaštel* je pripojena Državnom zavodu za proizvodnju lijekova *Pliva* – naziv pod kojim posluje od 1945. do danas. Tijekom svog razvoja *Pliva* je postigla veličanstvene rezultate, ne samo u proizvodnji i plasiranju svojih rezultata, već i u prepoznatljivosti svojih proizvoda i imidža općenito. Premda su kronike o *Plivinoj* povijesti vođene u kontinuitetu, u njima je začuđujuće malo pozornosti bilo posvećeno razvoju i procesima oblikovanja *Plivinog* oglašivačkog materijala i predmeta, poruka i kampanja. Stoga promidžbeni materijal proizvoda rane zagrebačke faze *Kaštelove* proizvodnje pohranjen u Hrvatskom muzeju medicine i farmacije HAZU može poslužiti kao svjedočanstvo ranog entuzijazma i početnih proizvodnih uspjeha *Kaštela* na tržištu, ali i ulaganja u njihovu vizualnu prezentaciju široj javnosti. Ovi su promidžbeni materijali važan indikator početka dizajna i promidžbe i čine dragocjeno polazište u poznavanju cjelokupnosti *Plivine* i nacionalne industrijske baštine.

Ove godine *Pliva* obilježava 100. obljetnicu svoga rada te se Hrvatski muzej medicine i farmacije postavljanjem izložbe pridružuje proslavi ovoga značajnog jubileja.

LABORATORIJ ZA ELEKTRONSKU MIKROSKOPIJU ZAVODA ZA PATOLOGIJU MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U ZAGREBU

MARKO KOLIĆ, univ. bacc. hist.

Prof. dr. DANICA GALEŠIĆ LJUBANOVIĆ, dr. med.

Temelje elektronske mikroskopije postavio je Ernst Ruska izumivši prvi elektronski mikroskop 1933. Ubrzo nakon toga, 1939., pod njegovim je vodstvom bio konstruiran i prvi komercijalni elektronski mikroskop.¹ Bio je to značajan iskorak u mikroskopskim istraživanjima jer su „valne duljine elektrona znatno kraće od svjetlosnih, uvećanjem i sposobnošću razlučivanja nadmašile mogućnosti optičkoga mikroskopa“.² Na temelju ovog otkrića Ruska je 1986. dobio Nobelovu nagradu.³

Počeci elektronske mikroskopije na području bivše Jugoslavije sežu u 1953. kada je nabavljen prvi elektronski mikroskop KM 4 švicarske firme Trüb, Täuber & Co. AG. za potrebe Instituta Ruđer Bošković.⁴ Jedini je problem bio u tome što njime u Zagrebu nitko nije znao rukovati. Tu se pružila prilika, tada mlađom biologu Zvonimiru Devidéu. Naime, Devidé se prilikom školovanja u Njemačkoj susreo s elektronskim mikroskopom. To mu je omogućilo da po povratku u Zagreb na Botaničkom zavodu studentima drži predavanja iz elektronske mikroskopije. Stoga ne čudi da je fizičar i osnivač Instituta Ruđer Bošković, Ivan Supek, smatrao kako će od novonabavljenog mikroskopa najčeće koristi imati Devidé. Osim toga, Supek je predložio i da se organizira laboratorij za elektronsku mikroskopiju.⁵ Unatoč brojnim problemima s mikrosko-

pom laboratorij je funkcionirao. Početkom 1960-ih počela se razmatrati kupnja novog elektronskog mikroskopa, što je omogućilo uključivanje Zavoda za patologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

U Beogradu je 1964. došlo do sastanka na kojem se raspravljalo o radiobiološkim, autoradiografskim i elektromikroskopskim temama.⁶ Tom je prigodom direktor Instituta za biologiju Sveučilišta u Zagrebu, Nikola Škreb, predložio kupnju novog elektronskog mikroskopa. Tada je odlučeno da će se kupiti Elmiskop 1 (Siemensov elektronski mikroskop).⁷ No, postavilo se pitanje lokacije. Iako je bilo više prijedloga, pobjedu je odnijela ideja patologa Antona Zimola da se mikroskop smjesti na Zavodu za patologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Pokretanje novog laboratorija na Zavodu pokazalo se zahtjevnim zadatkom. Iako je mikroskop kupljen 1964., temelji za formiranje laboratorija udareni su 1966. potpisivanjem „Ugovora o osnivanju i radu zajedničkog Odjela za elektronsku mikroskopiju“.⁸ Ugovor je bio sklopljen između Instituta za biologiju Sveučilišta u Zagrebu na čelu sa Škrebotom, Instituta Ruđer Bošković na čelu s Vinkom Škarićem i Zavoda za patologiju koji je zastupao dekan Sergej Dogan. „Glavni zadatak novoustrojenog Odjela bilo je poduzimanje istraživanja u području biologije i medicine te njihovim graničnim područjima, uz najracionalnije kori-

štenje raspoloživih sredstava“.⁹ Zbog težine mikroskopa i potrebne aparatute trebalo je pričekati još tri godine da laboratorij proradi. Unatoč teškoćama, Devidé je prisjećajući se tih dana istaknuo: „(Zimolo) zbilja je u rekordnom vremenu dao u svom Zavodu preuređiti nekoliko prostorija, među njima za Elmiskop dvije“.¹⁰

Zimolova ideja o uporabi elektronskog mikroskopa u medicini bio je vizionarski iskorak koji u tome trenutku mnogi još nisu mogli prepoznati.¹¹ Osim toga, u početku na Zavodu nitko nije znao rukovati s novom tehnologijom. Stoga su važnu ulogu u edukaciji zavodskih djelatnika imali znanstvenici s IRB-a. Među njima su se najviše istaknuli biologinja Mercedes Wrischer i biolog Nikola Ljubešić.¹² Uz njih je važnu ulogu imala i tehničarka Branka Vrhovec, bivša Devidéova studentica. Na Zavodu su se među prvima s elektronskim mikroskopom počeli služiti patolozi Ivan Damjanov (1969. - 1974.) i Mladen Belicza (1969. - 1978.).¹³ Važnu ulogu u prvim desetljećima rada laboratorija imale su i elektronsko-mikroskopske tehničarke Đurđa Matkun Jurin, a poslije Nevenka Grandić i Dubravka Majsec.

Zimolovo vizionarstvo ubrzo je bilo prepoznato i elektronski mikroskop je postao koristan instrument u praktičnoj primjeni, ali i za dolazak do novih znanstvenih spoznaja. Među-



Prof. dr. MIRA ŠČUKANEC ŠPOLJAR, dr. med.

tim, Elmiskop se pokazao prekomplikiranim uređajem za medicinske potrebe, zbog čega je 1969. bio kupljen novi i jednostavniji za korištenje, Opton 9.¹⁴ Uz to je Zimolovom inicijativom bio kupljen novi ultramikrotom LKB. Prisjećajući se toga, biolog Nikola Ljubešić navodi kako je „novi ultramikrotom bio prekretnica jer tek tada smo mogli početi normalno raditi, kao svugdje u svijetu“.¹⁵

Još jednu prekretnicu u razvoju elektronske mikroskopije na Zavodu označio je dolazak patologinje Mire Ščukanec-Špoljar. Ona se u razdoblju od 1981. do 2006. intenzivno posvetila sustavnom razvoju nefropatologije i dijagnostici bubrežnih bolesti, čime je ostvarila pionirski iskorak na tom području patologije u Hrvatskoj.¹⁶ Embriologinja i neuroznanstvenica Ljiljana Kostović-Knežević navodi kako je Ščukanec „bila absolutni ekspert na području nefropatologije u to doba“.¹⁷ Tada su se analize biopsija bubrega i jetre pretežno radile za Kliniku za pedijatriju KBC-a Zagreb, Opću bolnicu Merkur i Opću bolnicu Zadar.

Uoči Domovinskog rata, 1991., nabavljen je i treći elektronski mikroskop na Zavodu EM 902A, TEM Opton iz Njemačke.¹⁸ Bio je to važan iskorak u modernizaciji elek-

tronske mikroskopije na Zavodu jer je navedeni uređaj spadao među najbolje na tržištu. Ovaj je mikroskop od početka postao zajedničkim vlasništvom s novoosnovanim Centrom za elektronsku mikroskopiju. Svrha Centra bila je obuhvatiti korisnike s histologije, patologije i biologije.¹⁹ Iako je bio suvremen, zbog razmjerno složenog rukovanja novi mikroskop nije naišao na velike simpatije kod patologa.

Prvi uzorak na elektronskom mikroskopu bio je napravljen 3. veljače 1969.²⁰ U prvim godinama rada elektronskog mikroskopa zabilježeno je veliko zanimanje za radom na njemu, pa je tako 1971. bilo napravljeno 247 uzoraka, a 1972. njih 254. Međutim, interes je sredinom i krajem 1970-ih bio znatno smanjen. Tako je primjerice 1978. bilo izvršeno svega 36 uzoraka. Ovaj pad treba tumačiti nedostatkom specijaliziranoga kadra koji je bio kadar raditi na elektronskom mikroskopu. Osim toga, tijekom 1970-ih dolazi do povećanja broja elektronskih mikroskopa, što je također moglo utjecati na smanjenje interesa za mikroskopom koji se nalazio u sklopu Zavoda.²¹ Stanje se bitno mijenja dolaskom Ščukanec-Špoljar. Za njezina rada na Zavodu bilo je od 1981. do 2005. napravljen 4361 uzorak. Od toga je 2900 bilo nefroloških,²² što znači da je u razdoblju od 24 godine od ukupnog broja uzoraka 66,5 % pripadalo nefrološkim uzorcima. Od osnutka do danas laboratorij je kontinuirano radio na Zavodu, osim od 2005. do 2008. kada je bio preseljen na Rebro zbog nedostatka djelatnika.

Preko ovog laboratorija Zavod je imao suradnju sa Zavodom za biologiju i Zavodom za mikrobiologiju MEF-a, Ginekološkom, Dermatološkom i ORL klinikom MEF-a, Zavodom za dijabetes Zagreb, Imunološkim zavodom, Odjelom za nefrologiju Dječje klinike Šalata, KB-om Jordanovac, Centrom za transplantaciju bubrega KBC-a Zagreb te Centrom za transplantaciju bubrega bolnice „Zdravko Kučić“ u Rijeci.²³

U laboratoriju za elektronsku mikroskopiju educirali su se djelatnici Zavoda za neuropatologiju KBC-a Zagreb, djelatnici Imunološkog zavoda iz Zagreba, KB-a Dubrava u Zagrebu, Zavoda za histologiju Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, Instituta za patologiju Medicinskog fakulteta Skopje, Zavoda za patologiju iz Banja Luke te dr. Chen Tong s Instituta za patologiju Medicinskog fakulteta Šangaj u Kini.

¹ „Ruska, Ernst“, Leksikografski zavor Miroslav Krleža, pristup ostvaren 11. 4. 2020, <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=53759>

² Isto.

³ K. Hausmann, „In memoriam: Ernst Ruska (1906–1988)“, European Journal of Protistology 23 (1988), br. 3: 292, pristup ostvaren 11. 4. 2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0932473988800476?via%3Dhub>

⁴ Dragutin Bauman, Srećko Gajović, Elektronska mikroskopija u Hrvatskoj (Zagreb: Hrvatsko mikroskopsko društvo, 2012): 9.

⁵ Isto: 17.

⁶ Isto.

⁷ Isto: 21-22.

⁸ HR – MEF – „UGOVOR o osnivanju i radu zajedničkog Odjela za elektronsku mikroskopiju“

⁹ Isto.

¹⁰ Bauman, Gajović, Elektronska mikroskopija u Hrvatskoj: 22.

¹¹ Isto: 43.

¹² Devidé smatra kako je Wrischer bila glavni pokretač laboratorija. Isto: 30, 37.

¹³ Zimolo i dr., Prvih 85 godina: 56.

¹⁴ Bauman, Gajović, Elektronska mikroskopija u Hrvatskoj: 44.

¹⁵ Isto.

¹⁶ Zimolo i dr., Prvih 85 godina: 56; Bauman, Gajović, Elektronska mikroskopija u Hrvatskoj: 127.

¹⁷ Bauman, Gajović, Elektronska mikroskopija u Hrvatskoj: 128.

¹⁸ Isto: 136.

¹⁹ Zimolo i dr., Prvih 85. godina: 56.

²⁰ Podaci o nalazima i broju istih čuvaju se u Laboratoriju za elektronsku mikroskopiju Zavoda za patologiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu (dalje: HR – LEMZPMEF)

²¹ Vidi više u: Bauman, Gajović, Elektronska mikroskopija u Hrvatskoj: 135-137.

²² HR – LEMZPMEF

²³ Prvih 85 godina: 57.

TOPLITNI UDAR – ZNAMO LI DOVOLJNO?

Doc. dr. sc. MELANIJA RAŽOV RADAS, dr. med.
spec. interne medicine, gastroenterolog
Odjel za gastroenterologiju,
Služba za interne bolesti, Opća bolnica Zadar

Uvod - što je toplinski val?

Toplinski val je razdoblje izrazito vrućeg vremena, praćenog visokom vlagom u zraku, u trajanju od najmanje pet uzastopnih dana u kojima je prosječna dnevna temperatura premašena za 5°C . Meteorolozi bilježe nekoliko katastrofalnih toplinskih valova koji su značajno povećali smrtnost i oboljenja diljem svijeta. Procjenjuje se da je toplinski val koji je pogodio zapadnu i srednju Europu u ljetu 2003. godine uzročno povezan s 25 000 do 70 000 smrtnih slučajeva (Koppe i dr., 2005; D'ippolit i dr., 2010; WMO i WHO, 2015). Optimalna temperatura za ljudsko tijelo iznosi $20 - 22^{\circ}\text{C}$. Procjena rizika od katastrofa na prostoru Hrvatske 2015. godine provedena je na inicijativu Vlade RH. U tom je razdoblju zabilježeno oko 13 umjerenih, 9 jakih i 5 - 6 ekstremnih toplinskih valova. Posebno su ugrožena djeca i mladež, starija populacija, trudnice te osobe s invaliditetom.

Epidemiologija

Prateći izvješća Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), u kojemu se navode uzroci smrti definirani „Međunarodnom klasifikacijom bolesti i srodnih zdravstvenih problema“, a pod kojom se izloženost toplotnom udaru označava šifrom *T67.0* (toplinski udar i sunčanica) ili *X30* (sunčanica), gotovo da nema zabilježene smrti označene pod navedenom šifrom. Stoga nije moguće navesti kolika je incidencija i smrtnost za Hrvatsku.

Definicija toplotnog udara

Toplotni udar je stanje hipertermije organizma praćeno sustavnim upalnim odgovorom koji uzrokuje višeorgansko zatajenje i cirkulacijski šok, uz često smrtni ishod. Vodeći je simptom tjelesna

temperatura iznad 40°C (rektalna temperatura), poremećeno stanje svijesti različitog stupnja do kome, izostanak znojenja, te topla crvena suha koža.

Fiziologija

Središte za termoregulaciju smješteno je u hipotalamusu, u stražnjem preoptičkom i prednjem hipotalamičkom području.

Povišenje temperature krvi koja protječe prednjim hipotalamičkim i stražnjim preoptičkim područjem povećava aktivnost neurona osjetljivih na temperaturu, dok sniženje temperature smanjuje njihovu aktivnost. Kada se tjelesna temperatura povisi, sustav za nadzor tjelesne temperature uključuje tri mehanizma koji dovode do sniženja tjelesne temperature. To su: *vazodilatacija u koži*, koja nastaje zbog inhibicije simpatičkih središta u stražnjem dijelu hipotalamusa, *znojenje tijela* počinje kada tjelesna temperatura raste iznad 37°C , *smanjenje stvaranja topline* koje nastaje kočenje mehanizama koji stvaraju dodatnu toplinu kao što su drhtanje i kemijska termogeneza.

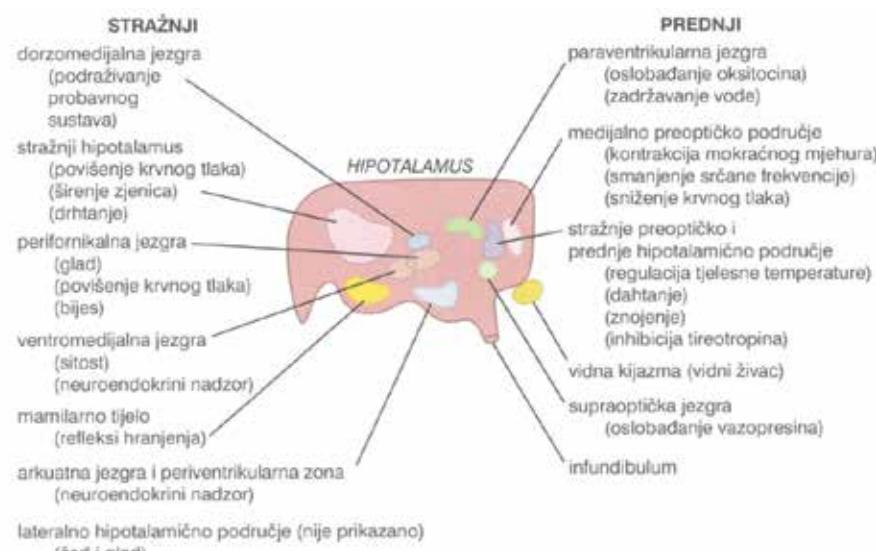
Patofiziologija

Kada visoka temperatura blokira fiziološke mehanizme za sniženje tjelesne

topline nastupa *topluti udar*. Visoka tjelesna temperatura dovodi do denaturacije bjelančevina, destabilizacije fosfolipida i lipoproteina, te do likvefakcije lipidnih membrana, srčanožilnog zatajenja, višeorganskog zatajenja i smrti. Bazalni metabolizam tijela proizvodi 1 kcal/kg/h topline, što može povisiti tjelesnu temperaturu za $1,1$ stupanj C/h, ako se ne aktiviraju mehanizmi za regulaciju tjelesne topline. Tijelo također može preuzimati toplinu iz okoline kondukcijom (transfer topline između dviju površina), konvekcijom (transfer topline između površine tijela i tekućina) i radijacijom (transfer elektromagnetskim valovima između tijela i okoline), djelovanjem na kožu tijela, žlijezde znojnica, autonomni živčani sustav.

Termosenzori na koži, mišićima i kralježničnoj moždini u normalnim okolnostima šalju informaciju o temperaturi tijela u prednji dio hipotalamusa, u preoptičke jezgre. Tada se ubrzava rad srca, koljanje krvi po tijelu i koži, dilatacija perifernih vena i stimulacija žlijezda znojnica da proizvedu više znoja.

Kada ovaj sustav zakaže povisuje se tjelesna temperatura, zatajuje cirkulacija i



Slika 1. Preuzeto iz „Fiziologija“ Arthur C. Guyton i John E. Hall

periferna vazodilatacija i onemoguće se znojenje.

Na staničnoj razini, dolazi do denaturacije bjelančevina, proizvodnje inflamatornih citokina, interleukina, heat shock proteina 70 (HSP) koji utječe na proces apoptoze stanica i smrti. Na mikrovaškularnoj razini razvija se sepsa, aktivira sustava koagulacije s razvojem sustavnog upalnog odgovora, nastaje višeorgansko zatajenje, diseminirana intravaskularna koagulacija i smrt.

Patofiziološke promjene koje se javljaju za vrijeme toplotnog udara i često rezultiraju smrću mogu se prikazati sljedećim algoritmom zbijanja:

Podjela

Opisana su dva oblika toplotnog udara: onaj uzrokovan naporom i takozvani klasični toplotni udar.

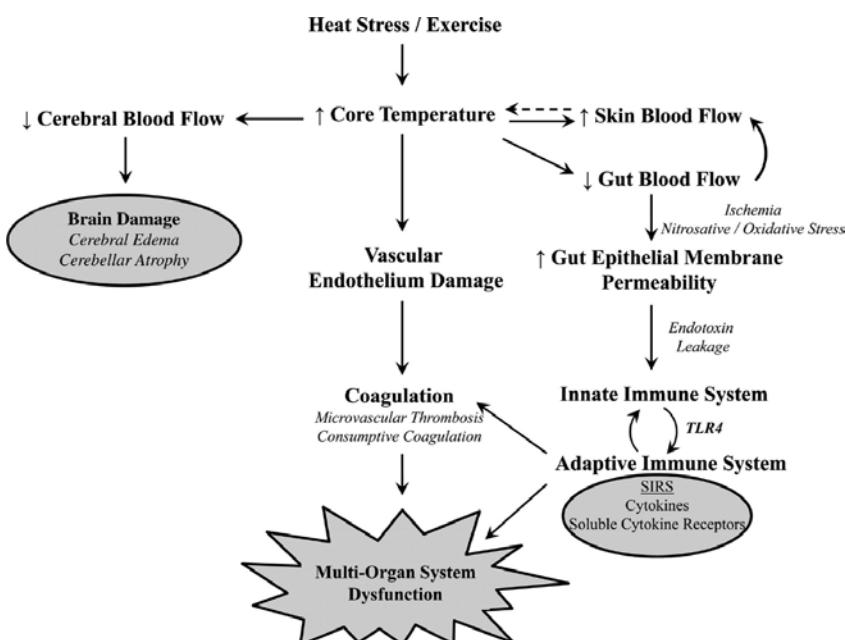
Toplotni udar uzrokovan *naporom* javlja se u mladih ljudi, sportaša, vojnika i radnika na otvorenom koji su izloženi izravnom utjecaju visoke temperature i vlažnosti zraka. *Klasični* se toplotni udar javlja u male djece i starijih osoba koji već imaju razne kronične bolesti, te im središta za termoregulaciju neadekvatno reagira na toplinski val.

Diferencijalna dijagnoza toplotnog udara:

Potrebitno je isključiti različite infekcije poput sepse, meningitisa, encefalitisa, apsesa mozga, tetanusa, tifusa, malarije, utjecaj lijekova i sredstava ovisnosti koji uzrokuju malignu hipertermiju, neuroleptični maligni sindrom, te utjecaj alkohola, sedativa, kokaina, amfetamina i salicilata. Neurološke bolesti kao što su moždani udar u području hipotalamus, epileptički status, moždano krvarenje mogu imitirati sliku toplotnog udara. Pogubni su visoka temperatura okoline i visoka vlažnost zraka. Endokrinološke bolesti također treba uzeti u obzir, a odnose se na tireotoksičnu krizu, feokromocitom, dijabetičku ketoacidozu, te novootkrivene onkološke bolesti iz skupine limfoma i leukemije.

Simptomi

1. Tjelesna temperatura iznad 40 °C ili 104 F
2. Disfunkcija SŽS-a različitog raspona poremećaja stanja svijesti od konfuzije, delirija i konvulzija, do kome
3. Suha, često zažarena crvena koža tijela
4. Mučnina i povraćanje
5. Ubrzano disanje
6. Ubrzan rad srca uz česte poremećaje u ritmu rada srca



Slika 2. Preuzeto iz Summary of heat stroke pathophysiological changes that culminate in multi-organ system dysfunction and death. (Leon LR, Helwig BG. Heat stroke: role of the systemic inflammatory response. J Appl Physiol (1985). 2010 Dec;109(6):1980-8.

Dijagnostika

Izrazito je važna anamneza ako je pacijent pri svijesti, ili heteroanamneza, fizikalni i neurološki status, rektalna temperatura i EKG. Potom laboratorijski nalazi: KKS, Na, K, Ca, ureja, kreatinin, AST, ALT, CK, PV, INR, laktati, GUK, ABS, alkohol u krvi i sredstva ovisnosti u mokraći. Radiološka obrada uključuje RTG srca i pluća a u slučaju kome MSCT mozga.

Liječenje

Pacijent se smješta u jedinicu za intenzivno liječenje, te se provode sljedeći postupci: postavljanje središnjeg venskog katetera, urinarnog katetera, nazogastricne sonde, monitora vitalnih funkcija, te ezofagealne ili rektalne sonde za mjerjenje temperature tijela. Tijelo se hlađi oblaganjem mokrim i hladnim plahtama, uranjanjem tijela u vodu zagrijanu na 30 °C, klimatiziranom prostorijom, te hladnom vodom na nazogastričnu i rektalnu sondu. U teškim slučajevima moguće je liječenje invazivnim metodama kao što su primjena endovaskularnog katetera za pothlađivanje ili postupci izvanjelesne cirkulacije. Napredno održavanje života (nadoknada volumena i elektrolita, terapija šoka, liječenje aritmija, zatajenja cirkulacije, krvarenja, epileptičkih napada i konvulzija, liječenje diseminirane intravaskularne koagulopatije ...)

Prevencija

Državni hidrometeorološki zavod i Služba za vremenske analize i prognoze imaju znakovito mjesto u pravovremennom obavješćivanju građana o dolasku toplotnog udara i prezentaciji područja na kojima se očekuju najviše temperature.

Ispravno ponašanje građana je slijedeći stupanj u sprječavanju posljedica utjecaja topline na tijelo kao što su: nošenje široke, bijele odjeće dugih rukava i nogavica, zaštita otvorenih dijelova tijela šeširom i kremama s visokim zaštitnim faktorom, obilno uzimati tekućinu i elektrolite (3 - 4 litre na dan), ne ostavljati putnike u zatvorenom automobilu, ne uzimati alkohol i opojna sredstva, izbjegći slastice, te za vrijeme najviše dnevne temperature ne napuštati zaklonjeno i klimatizirano mjesto.

I za kraj, nemojmo zaboraviti – u 20 % preživjelih ostaje trajno oštećenje mozga!

NOVA NADA SE RAĐA ILI..

Liječi li aducanumab Alzheimerovu bolest?



Doc. prim. dr. sc. SVETLANA TOMIĆ, dr. med.
spec. neurolog, subspec. neurodeg. bolesti,
FEAN

The United States Food and Drug Administration (FDA) donijela je 7. lipnja 2021. ubrzano odobrenje za uporabu lijeka aducanumaba (pod tvorničkim nazivom Aduhelm) za liječenje Alzheimerove bolesti. Aducanumab je monoklonsko humano protutijelo usmjereno na agregirane oblike amiloida beta ($A\beta$), uključujući topive oligomere i netopive fibrile. Prve naznake o mogućoj korisnosti aktivne imunizacije protiv $A\beta$ pokazala su istraživanja na miševima prije 20-ak godina, no daljnja istraživanja na ljudima nisu dala pozitivne rezultate. Kao moguće objašnjenje neuspjeha dotadašnjih istraživanja pomišljalo se na to da nisu testirane dovoljno visoke doze lijeka ili nije bilo dobro procijenjeno ciljno mjesto $A\beta$ (monomeri, oligomeri, prototibire ili plakovi). Od 2003. godine pa sve do današnjih dana, postojala je „tišina“ u području noviteta liječenja demencije. S druge strane, sve veći broj starije populacije i sve dulji životni vijek doveli su do tih epidemije Alzheimerove bolesti bez naznake njenog zaustavljanja. Ta užasna i devastirajuća bolest sve se više nametala kao prioritet u istraživačkom segmentu s potrebotom pronalaženja lijeka. Nakon više godina nihilizma i nakon prvih pozitivnih rezultata studije Ib tvrtka Biogen je 2015. god. registrirala dvije paralelne studije faze III (EMERGE i ENGAGE)

u trajanju od 78 tjedana, s ciljem evaluacije učinkovitosti i sigurnosti lijeka aducanumaba. Oba istraživanja imala su slične protokole i uključivale su bolesnike s blagim spoznajnim poremećajem i one s ranom fazom Alzheimerove bolesti. Primarni i sekundarni ciljevi bili su dokazati kliničko poboljšanje kognitivnih funkcija i aktivnosti dnevnog življena, kao i pozitronskom emisijskom tomografijom (PET) dokazano povlačenje amiloida. Zbog straha od moguće komplikacije u obliku edema mozga (amyloid-related imaging abnormalities, ARIA) uzrokovanih visokim dozama lijeka, osobito u osoba koji su nositelji gena za apolipoprotein E (APOE) ε4, maksimalne doze lijeka u tih ispitanika bile su 6 mg/kg, dok su osobe, koje nisu bile nositelji toga gena bile titrirane do 10 mg/kg tjelesne mase. Nakon evaluacije da je pojavnost ARIA-e uglavnom benigna, donesen je amandman 2017. god. prema kojemu su i nositelji gena za APOE ε4 bili liječeni s 10 mg/kg. Prvi rezultati istraživanja izašli krajem 2018. god. i pokazali su da je jedna studija ispunila ciljeve, dok druga nije, te je Biogen odlučio prekinuti daljnje istraživanje. Naime, rezultati studije EMERGE pokazali su snažnu, o dozi ovisnu, povezanost između aducanumaba i redukcije $A\beta$ mjerene PET-om te djelomičnu, o dozi ovisnu povezanost s rezultatima kognitivnih testova, dok ENGAGE studija nije pokazala pozitivne rezultate niti za niske niti za visoke doze lijeka s kognitivnim testovima, dok je redukcija amiloida na PET-u bila značajna. Nakon nekoliko mjeseci Biogen je najavio da ipak nastavlja s dalnjim istraživanjem učinkovitosti lijeka, jer je nakon učinjene post hoc evaluacije rezultata uočeno da visoke doze aducanumaba ipak pokazuju pozitivne kliničke rezultate u obje studije. Na temelju toga je Biogen podnio i zahtjev FDA-u i za odobrenjem lijeka koncem 2020. god., no to je bilo odbijeno s objašnjenjem da nema dovoljno pokazatelja učinkovitosti lijeka. Ponovno podnošenje zahtjeva za odobrenjem 2021. god. ovaj put je dobilo pozitivan odgovor u vidu ubrzanog odobrenja. Komisija FDA je objašnjenje za odobrenje lijeka našla u činjenici da su istraživanja ipak dokazala pozitivan učinak na surrogat biomarkere (redukcija amiloida na PET snimkama), no od istraživača zahtijevaju nastavak kliničkih

istraživanja koja bi dala pozitivne rezultate i na kliničkom dijelu. U slučaju da to Biogen ne uspije dokazati, FDA će povući odobrenje. Što možemo iz svega ovoga zaključiti? Je li moguće da lijek koji ciljano otklanja patološku bjelančevinu pak ne uspije klinički značajno poboljšati bolest? Niske doze ispitivanog lijeka koje su do sada primjenjivane u istraživanjima jedan su od mogućih uzroka tome. No, iako je $A\beta$ osnovno kliničko obilježje ove neurodegenerativne bolesti, potrebno je istaknuti da su u patologiju uključeni i bjelančevina tau, cerebralna amioloidna angiopatija, granulovakuolarna degeneracija te nakupljanje TDP-43 neuronalnih citoplazmatskih inkluzija. Svi oni pridonose procesu neurodegeneracije i kliničkoj slici. Stoga je pitanje koliko se djelovanjem na samo jednu patološku sastavnicu može očekivati značajno kliničko poboljšanje i bitno utjecati na tijek i ishod bolesti.

svetlana.tomic.osijek@gmail.com

Literatura

1. <https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fdas-decision-approve-new-treatment-alzheimers-disease>
2. David S. Knopman, David T. Jones, Michael D. Greicius. Failure to demonstrate efficacy of aducanumab: An analysis of the EMERGE and ENGAGE trials as reported by Biogen, December 2019. *Alzheimers Dement.* 2021;17(4):696-701. doi: 10.1002/alz.12213.
3. Samantha Budd Haeberlein, Christian von Hehn, Ying Tian, et al. *Emerge and Engage topline results: Phase 3 studies of aducanumab in early Alzheimer's disease. Developments in clinical trials and cognitive assessment.* 2020 <https://doi.org/10.1002/alz.047259>
4. Jeffrey Cummings, Paul Aisen, Cynthia Lemere, Alireza Atri, Marwan Sabbagh & Stephen Salloway. Aducanumab produced a clinically meaningful benefit in association with amyloid lowering. *Alzheimers Res Ther.* 2021;13(1):98. doi: 10.1186/s13195-021-00838-z.
5. Thal DR, Papassotiropoulos A, Saido TC, Griffin WS, Mrak RE, Kölsch H, Del Tredici K, Attems J, Ghebremedhin E. Capillary cerebral amyloid angiopathy identifies a distinct APOE epsilon4-associated subtype of sporadic Alzheimer's disease. *Acta Neuropathol.* 2010 Aug;120(2):169-83. doi: 10.1007/s00401-010-0707-9.
6. Tomé SO, et al. TDP-43 interacts with pathological τ protein in Alzheimer's disease. *Acta Neuropathol.* 2021.
7. Thal DR, Del Tredici K, Ludolph AC, Hoozemans JJ, Rozemuller AJ, Braak H, Knippschild U. Stages of granulovacuolar degeneration: their relation to Alzheimer's disease and chronic stress response. *Acta Neuropathol.* 2011 Nov;122(5):577-89. doi: 10.1007/s00401-011-0871-6.

Iskustva studenata sa studija medicine na engleskom jeziku

ZAGREB JE SAVRŠEN GRAD ZA STUDENTE

Na zagrebačkom Medicinskom fakultetu provodi se već 17 godina studij na engleskom jeziku i ova renomirana institucija na Šalati bilježi stalan porast studenata. Za studij na engleskom postoji zanimanje, kako među strancima, tako i među hrvatskim građanima. Razgovarali smo sa sedmoro takvih studenata o njihovom iskustvu sa studijem u Zagrebu. Tessa, Alisa, Ron, Michael, Oliver i Lia-Rose su na trećoj godini studija, dok je Paola na petoj godini studija.

ALICE JURAK

Tessa je rođena Zagrepčanka i za ovaj program je prvi put čula od prijatelja.

“Program na engleskom svidio mi se zbog međunarodnih učenika, manjih razreda, a budući da je moj otac iz Kanade i s njim razgovaram engleski, smatrala sam da je dobra ideja učiti na engleskom jeziku jer je to jedan od najvažnijih jezika na svijetu”, kaže Tessa te dodaje kako je zadovoljna razinom znanja kojega stječe svake godine na fakultetu. **Ono što bi, smatra, trebalo poboljšati jest organizacija nekih predmeta i odnos nekih profesora i odsjeka prema studentima.**

“Vidim se kako živim i radim u Hrvatskoj i nakon studija, ali ako se ukaže prilika da godinu-dvije provedem negdje u inozemstvu radi dodatnog obrazovanja ili boravka,



Tessa Grošpić Hrkać, 3. godina, Hrvatska



Alisa Fejzić, 3. godina, BiH

rado bih je iskoristila”, ustvrdila je Tessa. Na pitanje kako pandemija COVID-19 utječe na studiranje Tessa odgovara kako je „dobra“ strana pandemije bila ta što su se studenti mogli više usredotočiti na svoje studije jer su ionako većinu vremena provodili kod kuće. Loša strana je nedostatak praktičnog iskustva s nekim predmetima, a također i nedostatak svakodnevne interakcije studenata i profesora. Također, online predavanja daju puno više vremena da se studenti usredotoče na studiranje ili nešto drugo, umjesto da većinu dana provode na fakultetu.

Alisa se na zagrebački studij medicine na engleskom prebacila nakon završene prve godine medicine u Sarajevu. **Zadovoljna je studijem, no voljela bi kada bi bila bolja komunikacija između profesora i studenata.** Studentski život u Zagrebu mogao bi, kaže Alisa, biti bolji.

“Znam puno europskih gradova koji su finansijski i socijalno fleksibilniji za studente, što im olakšava život. Još uvijek ne znam što namjeravam raditi nakon fakulteta, ali svakako postoji opcija da ostanem u Hrvatskoj”, kaže Alisa. COVID-19 definitivno je, naglašava, utjecao na njezin društveni život, ali studiranje je

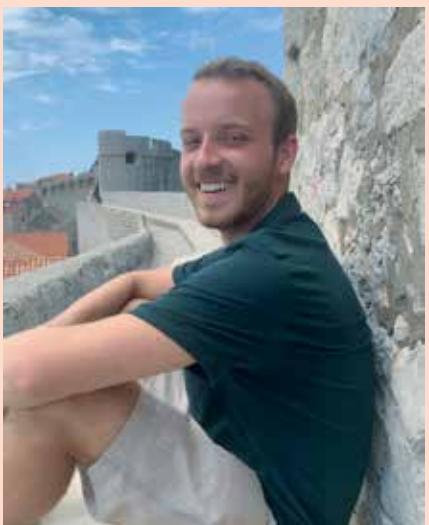
bilo puno bolje jer je imala više vremena i prostora da se organizira kako sama želi.

Ron je student treće godine, u Zagreb je došao iz Izraela i to na preporuku prijatelja. Hrvatski nije još najbolje naučio jer kaže da mu zbog studiranja ne ostaje puno vremena za učenje jezika.

Vrlo je zadovoljan razinom znanja koje stječe na fakultetu no nezadovoljan je, kaže, organizacijom i nedostatkom poštovanja prema studentima izvan fakulteta. Također, online način studiranja, zbog pandemije COVID-19 nije mu baš najbolje “sjeo”. **Što se tiče života u Zagrebu,**



Ron Moigner, 3. godina, Izrael



Michael Spudić, 3. godina, Kanada

kaže da je to savršen grad za studente, no ne zna hoće li nakon studija ostati raditi u Hrvatskoj.

Niti **Michael**, koji je u Zagreb na studij došao iz Kanade, još ne zna hoće li ostati u Hrvatskoj po završetku fakulteta. Sa studijem je u većoj mjeri zadovoljan, ali...

"Osjećam da bi se ponekad neke stvari u vezi s određenim kolegijima lako mogle poboljšati kako bi život studenata medicine bio lakši i, po mom mišljenju, učinkovitiji, ali iz nekog se razloga te promjene nisu dogodile. Na primjer, nema popisa molekula koje treba znati za biokemiju, netočni odgovori na poleđini knjige patofizioloških algoritama itd. Međutim, prilika i razina obrazovanja koje fakultet pruža su sjajni.

Život studenata u Zagrebu je zabavan, puno je društvenih aktivnosti nego u Kanadi. Sve je na pješačkoj udaljenosti, što je vrlo povoljno", rekao je Michael. S hrvatskim jezikom nema problema jer je cijeli život u Kanadi s bakama i djedovima razgovarao hrvatski. Prelazak na online način studiranja zbog pandemije ima svoje prednosti i mane. Glavnu prednost vidi u tome što osjeća da ima puno više vremena, vjerojatno zato što, kaže, ne trebamo fizički ići na fakultet svaki dan, a možda i predavanja online ponekad traju kraće.

Oliver dolazi iz Slovenije i kaže da voli studirati u Zagrebu. "Jedno od glavnih poboljšanja koje bi pomoglo našem studiranju bilo bi kad bi odsjeci pružili „vodič za



Oliver Marcel Koltay, 3. godina, Slovenija

studiranje“, u skladu s glavnom literaturom koju odjel koristi. Jednostavno poboljšanje koje bi olakšalo studiranje, jer su naše pretkliničke godine uglavnom samo-učeњe. Trenutačno mi je fokus na tekućoj akademskoj godini, tako da nemam nikakve posebne planove. **Razmišljaо sam о tome da provedem sezonu radeći na jednom od hrvatskih otoka nakon završetka studija**", kaže Oliver. Nov način studiranja zbog pandemije, kaže, nije mu baš omiljen, posebice zbog činjenice da živi sam, bez sustanara, pa mu je nedostajala socijalna interakcija.

Paola je Zagrepčanka i na petoj je godini studija. Razmišlja o odlasku na rad u inozemstvo po završetku fakulteta, na kojem bi se, kaže, neke stvari ipak mogле poboljšati.



Paola Negovetić, 5. godina, Hrvatska

"Na primjer, stranci bi trebali steći određeni stupanj znanja hrvatskog da bi mogli upisati kliničke predmete. Nema smisla da odlaze u bolnice i da potpuno ovise o hrvatskim studentima i liječnicima da im sve prevedu, jer većina starijih pacijenata ne govori engleski", kaže Paola. Također joj nedostaje, zbog studiranja online, što ne može vidjeti pacijente i boraviti s njima.

"Mislim da postoji velika praznina u našem kliničkom znanju koju ćemo kasnije morati popuniti kako bismo bili dobri kliničari", zaključuje Paola.

Da je studentski život u Zagrebu sjajan smatra studentica treće godine **Lia-Rose** koja je na studij došla iz Izraela. **Zagreb je, smatra, sjajan - savršena kombinacija mirnoga grada, ali i grada koji mladima nudi mnogo mjesta za izlaska i zabavu.**



Lia-Rose Schnitzer, 3. godina, Izrael

"Što se tiče studija medicine, uglavnom sam zadovoljna, no ima stvari koje bi se mogli poboljšati, uglavnom organizacijski. Raspored je uvijek užasan, neke odjele bi trebali voditi mlađi profesori, dok pojedini profesori, recimo, smatraju da su bogovi...", pojašnjava Lia-Rose.

Po završetku studija planira se vratiti u Izrael ili pak potražiti posao u SAD-u ili Njemačkoj.

Cedric Arol Takou K.

ŽELIM OSTATI U HRVATSKOJ

Cedric Takou je student medicine na engleskom jeziku na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu



Razgovarala prof. ANNA MRZLJAK

► **Otkuda dolazite i kako ste odlučili studirati u Zagrebu?**

Moje ime je Cedric Takou i dolazim iz Kameruna. Trenutačno sam student 6. godine medicine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Na početku Hrvatska mi nije bila primarna destinacija. Zapravo nisam znao puno o zemlji i mogućnosti studiranja ovdje sve dok nisam živio u susjednoj zemlji i zbog pritiska koji sam tamo osjećao, društveno i finansijski, odlučio se po savjetu prijatelja preseliti se u Hrvatsku. Isprva sam ciljao na Sveučilište u Splitu, ali se to mojoj obitelji nije previše svidjelo jer Split nije bio glavni grad. Uvijek smo živjeli u glavnim gradovima.

► **Kakav je život stranog studenta u Zagrebu?**

Biti strani student u Hrvatskoj bilo je uzbudljivo jer sam imao priliku upoznati lijepe ljude i lijepu zemlju. Imao sam neke od privilegija koje hrvatski učenici imaju, poput sudjelovanja u školskim aktivnostima, prava na povremeni rad putem studentskih servisa i tako dalje. Nažalost, kao strani student nisam bio smješten niti u jedan dom i morao sam platiti zdravstveno osiguranje HZZO-u po istoj stopi kao i radnik s punim radnim vremenom.

► **Što bi trebalo poboljšati na Medicinskom fakultetu u Zagrebu?**

Mnogo je toga potrebno učiniti kako bi naša škola bila privlačnija i konkurentnija za strane studente. Prije svega, želio bih zahvaliti svim svojim profesorima na njihovoj predanosti i njihovom učenju, jer mi je drago što sam naučio postati liječnik u njihovim rukama. Vjerujem da je sada, nakon više od 100 godina postojanja, Medicinski fakultet u Zagrebu, definitivno najbolji u regiji, ali poboljšanja su potrebna, primjerice laboratoriji su nedovoljno opremljeni, a predavaonicama su potrebna nova lica. Struktura programa dobro je izrađena, a studentska anketa koju predajemo svake godine već utječe na poboljšanje nastave. Smatram važnim da škola pomogne stranom učeniku da se lako nastani u Hrvatskoj. U sklopu međunarodne medicinske škole s plaćanjem, dobro bi došlo i obavezno zdravstveno osiguranje koje bi studentu značajno olakšalo dio tereta. E da, i izgradnja odgovarajuće medicinske knjižnice gdje je to moguće.

► **Kako ste učili/naučili Hrvatski? Je li bilo teško?**

Gоворим хrvatski на одређеној razini i, naravno, možete primijetiti kako je moja gramatika svakakva. Na početku mi je bilo vrlo teško jer mi je materinski jezik francuski, a bansoa dijalekt u Kamerunu. U stvari, nisam mogao izgovoriti 'c' na kraju riječi 'policajac' i dugo sam je čitao kao 'k', tako da me je kolega na kraju nazvao 'policajak'. Ali danas znam čitati, razumjem i govorim puno bolje.

► **Jeste li putovali po Hrvatskoj? Imate li lokalne favorite?**

Volim putovati po obali od Istre do Dalmacije, nemam omiljeno mjesto i mogao bih doslovno živjeti svugdje uz obalu. Svakog sam ljeta pokušavao posjetiti neko drugo mjesto, a posebno otoke. Volim mediteransku hranu, ribu i lignje, nažalost, sarma mi je previše kisela.

► **Kakvi su vam planovi nakon završetka studija medicine?**

Nakon diplomiranja ovog srpnja planiram ostati u Hrvatskoj, a nadam se i specijalizaciji. Znam da to nije lako, da je konkurentno i umreživo ako mogu tako reći. Ali moje nade su visoko. Nažalost, prema mojim saznanjima, iako je gotovo kraj našeg obrazovanja, ne postoji program, događaj, webinar ili dokument koji te može uputiti u mogućnosti i prednosti života u Hrvatskoj nakon studija. S administrativne strane, volio bih da je postupak za strance u Hrvatskoj jednostavniji.

Doc. dr. sc. GORAN AUGUSTIN, dr. med.

specijalist opće kirurgije, subspecijalist abdominalne kirurgije, Klinika za kirurgiju KBC-a Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, tajnik Kirurškog razreda Akademije medicinskih znanosti Hrvatske

BITI RECENZENT U ZNANSTVENIM I STRUČNIM ČASOPISIMA

Razgovarala prof. Anna Mrzljak

► **Prvo je pitanje zašto uopće raditi recenzije članaka u znanstvenim i stručnim časopisima?**

Prvo moram napraviti mali/veliki uvod da nam svima bude jasnije zašto je potrebno sudjelovati u recenzijskom postupku časopisa. Svima nam je dobro poznato da temeljno znanje o nekoj medicinskoj temi nalazimo u udžbenicima. Neću reći nažalost, ali zbog više razloga "znanje" u udžbenicima je gotovo uvek "staro" prosječno pet godina. Vjerojatno je to manje izraženo u kliničkim strukama, ali u pretkliničkima je pet godina vječnost. Više je razloga "starosti" znanja u udžbenicima, a jedan od temeljnih i nepromjenjivih je što izdavačke kuće uglavnom imaju pravilo da sljedeće izdanie knjige može izaći za minimalno četiri godine, uz neke druge uvjete. Naravno, ako izdavač prema svojim parametrima određe ima li uopće potrebe za novim izdanjem knjige. Dakle, iako je kompjutorizacija i digitalizacija ubrzala proces pisanja, ovo pravilo zasad ostaje. Postoji tip knjiga koji ima "svježije znanje", a to su uglavnom tematski godišnjaci i pojedine izdavačke kuće imaju svoje oblike tih knjiga. Primjerice, izdavačka kuća izdaje "GI Surgery Annual". Takva izdanja sadrže OBJAVLJENE spoznaje "stare" prosječno godinu dana. Namjerno sam velikim slovima napisao OBJAVLJENE jer su to većinom saznanja iz objavljenih članaka u protekloj godini, što će ubrzati objasnjeni. Treba naglasiti da godišnjaci uglavnom obrađuju pojedine teme, dakle ne radi se o sveobuhvatnom znanju iz nekog područja. Treći su oblik pisanoga znanja članci u časopisima. Svi znamo da se ovdje radi o „najsvježijem znanju“, iako i ovdje treba biti oprezan sa "svježinom". Danas je velik broj časopisa prisutan jer je digitalizacijom i internetizacijom postalo jednostavnije stvarati časopis. To, dakako,

ne određuje njegovu kakvoću nego samo mogućnost da postoji. Naravno, kakvoća časopisa se razlikuje i mjeri se. Svesni smo da proces prihvatanja rukopisa koji prihvatanjem postaje rad, može potrajati više mjeseci, čak i dulje od pola godine. Nakon prihvatanja, ovisno o časopisu, do objave članka može proteći od nekoliko mjeseci do čak više od godinu dana. Sada samo podsjećam da "svježi" godišnjaci koji sadrže članke objavljene u protekloj godini mogu imati i sama istraživanja provedena i dvije i pol godine ranije, pa u stvari nisu u pravom smislu godišnjaci.

Ovaj dugački uvod služi da bismo "svježinu" znanja koju nalazimo u literaturi shvatili relativno, odnosno da je taj pojam vremenski jako rastezljiv. I sad tu nastupa odgovor na pitanje zašto raditi recenzije u znanstvenim i stručnim časopisima. Nakon inicijalne trijaže urednika, koja obično traje nekoliko dana, nažalost ponekad i tjedana, recenzent dobiva rukopis na recenziju. Prvo, recenzent dobiva "svježe znanje" od autora, koje je stvarno "svjež" jer su autori nakon puno truda i rada sakupili podatke i došli do određenih zaključaka. I vi ste kao recenzent prvi, odnosno odmah dobili na uvid to "novootkriveno znanje". Prva dobit samog recenzenta jest da je bogatiji znanjem iz područja s kojim se bavi. Druga dobit, pogotovo ako recenzent recenzira puno rukopisa iz određenog područja, da dobiva "sliku" tko se čime u svijetu bavi, pojedinom tematikom/specijalnošću, a s kojima potencijalno možete surađivati na multiinstitucionalnim projektima. I treća, iznimno važna dobit, o kojoj se rijetko razmišlja, jest da vama kao recenzentu, nakon novih saznanja, također može

"sinuti" neka nova ideja za istraživanje, projekt ili znanstveni članak. Mogli bismo reći .

► **Kako se postaje recenzent u časopisu?**

Recenzent se može postati na više načina. Prvo, ako objavljujete znanstvene radove, osobito ako ste , znači autor koji ostavlja svoj kontakt unutar objavljenog članka, može vas se kontaktirati. Na primjer, postoje časopisi u kojima autor mora predložiti časopisu obično tri recenzenta iz područja samoga rukopisa. Tada autori najčešće pretražuju PubMed i u časopis šalju podatke potencijalnih recenzentata. Druga je mogućnost da se zainteresirani potencijalni recenzent javi izravno određenom časopisu s prijedlogom da bude recenzent, uz obvezno slanje svog životopisa i popisa publikacija kako bi urednici mogli ocijeniti zadovoljava li kandidat ulogu recenzenta za njihov časopis. Treća je mogućnost postati član online baze recenzentata koju možete pronaći na stranici www.publons.com To je izvrsna stranica koja koncentriira urednike i recenzente svih časopisa na jednomu mjestu. I vodi svu statistiku o recenzentima i urednicima. Tamo možete izravno, jednim klikom, predložiti pojedinom časopisu da budete recenzent njihovog časopisa. Četvrta je mogućnost, a ta je i ujedno i najveća čast, da vas pojedini urednici pozovu da budete recenzent njihovog časopisa. Iako je sljedeća fraza već puno korištena i da ne kažem izlizana, ali ta četvrta mogućnost je jednostavno "neprocjenjiva".

► Koje su prednosti recenzenta? Koja su ograničenja recenzenta (conflict of interest)?

Djelomičan odgovor na pitanje koje su prednosti recenzenta možemo naći u drugom odlomku odgovora na prvo pitanje. Ukratko, dostupnost najsvežijeg znanja koje, osim što obogaćuje znanje recenzenta, omogućuje recenzentu da dobije nove ideje za nove projekte i radove ili da čak kontaktira autore pojedinih rukopisa za multidisciplinarnu suradnju ako recenzent uvidi da rade na sličnoj medicinskoj problematici. To je danas iznimno važno jer je medicina toliko napredovala da recimo kliničari ne mogu pratiti najnovija saznanja čak iz svoga širokog polja struke. Danas, recimo u abdominalnoj kirurgiji, o kojoj mogu govoriti konkretnije, imate stručnjake koje se "više" bave hitnom abdominalnom kirurgijom, pa hepatopankreatobilijarnom kirurgijom, dok se drugi bave kolorektalnom kirurgijom ili recimo jednodnevnom abdominalnom kirurgijom. I ako želite objaviti rad iz nekog područja, onda morate poznavati većinu bitnih objavljenih članaka iz nekog uskog područja kako biste vi mogli nešto novo i originalno objaviti. A tu opet pomaže najsvežije znanje koje dobivate kao recenzent. Druga je važna prednost da čitanjem svakog rukopisa pokušavamo biti prisutni na tom projektu koji je doveo do rukopisa, odnosno budućega članka. Tako u stvari saznajete metodiku samoga rada, s kojim problemima su se autori susretali i logiku kako su pisali članak. To vam iznimno pomaže kod pisanja vaših radova. Možete izbjegići neke od grešaka i zamki, osobito ako obrađujete sličnu problematiku ili koristite sličnu metodiku u pisanju rada.

Što se ograničenja recenzenta tiče, moram iskreno priznati da se time nisam previše opterećivao. Pisao sam i pišem maksimalno korektno i najbolje što znam, ne štedeći slobodno vrijeme. Problem može nastati kad recimo od vas traže da recenzirate rukopise koji u svojim referencijskim (navedenoj literaturi) sadrže neki od vaših objavljenih radova. Ako vaši objavljeni radovi sadrže vjerodostojne podatke, koji nisu duplicitirani, da ne kažem plagirani, držim da to ne bi trebalo smatrati ograničenjem ili. Pogotovo ako se radi o iznimno uskoj tematiki s kojom

se bavi mali broj stručnjaka. Tada ne možete izbjegići da vas citiraju ako ste vi u tom uskom krugu stručnjaka. Ono što može biti (humani) problem, jest kada recenzent ocijeni da je rukopis granično za objavu pa da zbog prisutnosti vlastitih referencijskih ipak dopusti objavu. Čak ni to nije velik problem, jer takav rukopis, nakon svih autorovih prepravaka na temelju recenzentovih komentara i sugestija ponovno dolazi akademskom uredniku, potom uredniku sekcije i na kraju glavnom uredniku časopisa na provjeru i konačnu odluku. Također, uvijek je važna ukupna ocjena minimalno triju recenzenta koji međusobno ne znaju da recenziraju isti rukopis. Držim da je recenzentski postupak dobro posložen ako se minimiziraju moguće nepravilnosti, koje uključuju i navedenu.

► Kako Vam se dopada biti recenzent? Za koje ste sve časopise recenzent? Koliko je potrebno vremena uložiti u recenziju članka?

Moram iskreno priznati da mi se, što mi karijera dalje napreduje, sve više sviđa biti recenzent. Možda čak i više nego urednik časopisa. Najviše zbog toga što ne razmišljate o formatu teksta, veličini slova, kakvoći slike, hoće li će biti dovoljno članaka za pojedini broj i sličnim "problemima" s kojima se susreću urednici i njihovi asistenti. Dakle, koncentrirani ste samo na metodiku rada i nova znanja koja dobivate čitanjem rukopisa. Također me iznimno raduje kad mogu dati važnu sugestiju ili komentar kako bi članak bio još bolji i time pridonio ukupnom znanju koje će koristiti liječnicima i znanstvenicima u njihovu radu. I ponavljam, time uviđate koje greške autori rade u samoj metodici ili samom pisanju članka. Na taj će način sami bolje pisati članke izbjegavajući te pogreške. Također, kada završi recenzentski postupak i nakon što rukopis dobije završno mišljenje, imate uvid u recenziju drugih recenzenata (iako im ne znate imena) pa možete vidjeti što ste možda propustili uočiti.

Što se broja časopisa tiče za koje sam recenzirao, naravno da to ne mogu znati napamet pa sam konzultirao stranicu publons.com. Na dan 13. lipnja 2021., baza , piše da sam recenzent 64 časo-

pisa, od kojih je preko 95 % indeksirano u bazama Current Contents (CC) ili SCI-Expanded. Što je važnije, u 10 časopisa koji su ujedno indeksirani u CC ili SCI-E, recenzirao sam po 10 ili više radova. Najviše za časopise (159) i (39) koji su u Q1 indeksaciji, uz iznimno brz rast (IF) za kirurške časopise. Urednicima časopisa bitno je da je recenzija učinjena u kratkom roku. Postavio sam si granicu da to moram izvršiti najkasnije za tri dana. Važno je naglasiti da danas znači program časopisa koji objedinjuje 1) autorske, 2) recenzentske, 3) uredničke i 4) izdavačke uloge te ima dobro razrađen analitički sustav. Drugim riječima, urednik ima sve važne podatke o recenzentima, uključujući ukupan broj rukopisa upućen recenzentu, broj prihvaćenih recenzija, odnosno broj odbijenih, prosječno vrijeme do prihvatanja recenzije, prosječno trajanje recenziskog postupka i prosječnu ocjenu recenzenta. Da pojasnim: kada urednik dobije rukopis od autora kao i recenziju, on ocjenjuje recenziju i recenzenta. Prema tome se rangiraju recenzenti u sustavu. To je važno znati jer će urednik uvijek odabratи recenzente koji BRZO recenziraju i koji KVALITETNO recenziraju. Dodatno, današnja internetska povezanost omogućila je raznim bazama karakterizaciju recenzenata. Ako ste prijavljeni, automatski registrira recenziju koju ste učinili. Također, ako ste registrirani, recenzija je vidljiva i u ORCID bazi. Time široka znanstvena zajednica ima jasan uvid u vaš rad, kao i u rad ostalih znanstvenika/recenzenata. Recenzentska aktivnost se u tim bazama može uspoređivati, što ujedno potiče kompetitivnost.

Što se tiče utrošenog vremena, svakako ponavljam da je to iznimno korisno iskorišteno vrijeme. Nažalost, za izradu kvalitetne recenzije recenzent mora biti fokusiran, što znači da mora biti odmor i bez okolnih distrakcija. Recenzija se ne radi u hodu, između kirurških zahvata, intervencija i sličnih radnji. I, što je najvažnije, recenzent mora biti, ponavljam, odmor način da čita rukopis jer mora provjeriti svaki zarez, svaku riječ, da bi se uvjerio u vjerodostojnost autorskog uratka. Već je sam loš engleski jezik rukopisa ponekad, naglašavam ponekad, pokazatelj i lošije kvalitete članka. Također, najvažniji je dio rada

>>

metodika, odnosno materijali i metode. Recenzent mora tijekom čitanja zamisliti svaki korak koji su autori učinili. U protivnom je vjerodostojnost rada upitna. Ponavljam: za analizu svih koraka u metodici rada recenzent mora biti koncentriran i odmoran. Najgore što se recenzentu može dogoditi jest da odobri objavu rada upitne metodike, što narušava vrijednost znanosti, odnosno "krivo" znanje se šalje u svijet i potrebno je određeno vrijeme da se pokaže neistinitost tvrdnji takvoga rada. Nažalost, pokazuje se da čak i članci s takvim "krivim" rezultatima ponekad imaju višu citiranost od članaka s ispravnom metodikom. A što se tiče ukupno utrošenog vremena, ono ovisi o više čimbenika. Spomenuli smo humor i koncentriranost. Druga dva su poznavanje tematike rada te sam časopis. Svi smo mi, koji se bavimo znanosti i kliničkim radom, svjesni da neke dijelove struke znamo neznatno više i bolje nego neke druge. Jednako je i kod recenzije: dobijemo li područje s kojim smo potpuno, tada ne moramo iščitavati novu i staru literaturu jer su nam poznate, pa recenziranje ide brže. Također "ide" brže jer brže uočavamo greške u metodici s obzirom na to da nam je tematika dobro poznata. S druge strane, kod one "slabije poznate" tematike, potrebno je iščitati noviju literaturu, provjeriti podudaraju li se navodi u tekstu rukopisa s onima u referencijama samog rukopisa, što iziskuje dodatno vrijeme. Možda zvuči smiješno, ali također je važno koliko brzo tipkate po tastaturi, jer ako pišete recenziju od tri stranice teksta, što iziskuje vrijeme, te ako sporije tipkate, potrebno vam je i do tri puta više vremena. I na kraju, važno je dobro poznavanje engleskog jezika, jer su recenzije (gotovo) uvijek na engleskom. To isto utječe na trajanje recenzije. Dodatno naglašavam važnost dobrog poznavanja engleskog jezika, jer kad urednik koji je iz engleskog govornog područja, a većina značajnih časopisa mu pripada, pročita DOBRU RECENZIJU NA LOŠEM ENGLESKOM, vjerojatno umanjuje vrijednost same recenzije. To je u ljudskoj prirodi. Ja sam tome doskočio kupnjom jezičnog programa/alata koji izvrsno rješava i pravopis i gramatiku. A uz takav program i učite, odnosno poboljšavate svoje poznavanje i korištenje tog jezika. Ukratko, sada nakon gotovo 500

recenzija, osobno mi je za dobру PRVU recenziju potrebno minimalno učinkovitim dva sata. Za časopise sa IF 5 ili više, "odradi" se i dva dana po više sati dnevno. Recenzija druge ili daljnje revizije rada traje najčešće pola sata, ponekad do jedan sat ako je bilo puno ispravaka u prvoj recenziji. Tu treba napomenuti da kako vam raste recenzentski ugled, između ostalog putem ocjena urednika časopisa, tako vas kontaktiraju časopisi sa sve višim IF-om. A oni očekuju isključivo izvrsnost i brzinu. I prosječno mi trajanje recenzije s višim IF-om traje malo dulje. Možda i djelom što su to složeniji radovi.

► **Što je s hrvatskim liječnicima? Koliko ih se bavi recenzijama članaka?**

Nebrojeno puta sam se uvjeroio da je hrvatska medicina i hrvatska znanost puno bolja nego što je to opća predodžba i nego što to pokazuju službene statistike. Međutim, problem nastaje kada to sve treba dokumentirati, jer jedino dokumentiranost može pridonijeti prepoznatljivosti u svjetskoj medicini i znanosti. Moram skromno priznati, da se na moju inicijativu, mnogo hrvatskih znanstvenika raznih struka, čak ne samo medicinskih nego i stomatoloških, registralo na bazu Publons (www.publons.com). Upravo ta baza vrednuje znanstvenike u okviru recenzentskog i uredničkog učinka. Ovim putem pozivam sve čitatelje recenzente, koji to već nisu učinili, da se registriraju kako bi poboljšali predodžbu hrvatske znanosti u svijetu. Nekoliko sam puta spomenuo ovu bazu, iako odgovorno tvrdim da nemam nikakoga poslovnog ili vlasničkog udjela, nego mi se jednostavno iznimno sviđaju ideja i izvedba same baze. U toj bazi se mogu pretraživati znanstvenici, časopisi, institucije i države. Trenutno smo na toj listi 47. od 225 prijavljenih država, što smatram dobrim rezultatom. Međutim, kada bi se svi koji recenziraju tamo prijavili, možda bi "poskočili" i koju stubu više. To govorim zato jer je još uvijek praksa recenzentu i uredniku da prema nekim stereotipima paušalno ocjenjuju uratke prema državi dolaska samog rukopisa. Višim rangom hrvatskih znanstvenika, odnosno Hrvatske, ta bi se slika mogla promijeniti i poboljšati.

Što se tiče broja hrvatskih znanstvenika koji recenziraju, nemam nikakvih službenih podataka jer, ponavljam, ako nisu registrirani teško ih je detektirati. Također, ako su pogrešno uneseni podaci institucija, možda je znanstvenik pridružen pogrešnoj instituciji. Baza na dan 13. lipnja 2021. pokazuje sljedeće (pišem engleski jer tako prikazuje baza):

<u>University of Zagreb</u>	448
<u>School od Medicine</u>	
<u>University of Zagreb</u>	31
<u>University of Split</u>	209
<u>University of Split</u>	
<u>School of Medicine</u>	192
<u>University of Rijeka</u>	437
<u>University of Rijeka,</u> <u>Faculty of Medicine</u>	433
<u>University of Osijek</u>	70
<u>Faculty of Medicine,</u> <u>University of Osijek</u>	25

Brojevi nisu loši, ali bi se svakako mogli poboljšati. Iz navedenih je podataka još vidljivo (Sveučilišta u Rijeci i Splitu) da "medicinari" sudjeluju u značajnom broju u odnosu na cijelo sveučilište. To vjerojatno vrijedi i za Sveučilište u Zagrebu i Osijeku, ali ponavljam: pitanje je kako su uneseni podaci institucija. Iz gore navedenih podataka vidljivo je da različita sveučilišta različito nazivaju svoje fakultete na engleskom jeziku. Također, moguće da neki znanstvenici navedu samo naziv sveučilišta bez naziva fakulteta pa program ne može razabrati znanstvenike po fakultetima. Stoga ovdje ponavljam da je administracija i preciznost u njenom popunjavanju iznimno važna.

► **Što je potrebno poboljšati u svijetu recenzentata?**

Moram priznati da je značajan pomak u samom provođenju postupka vidljiv unatrag dva desetljeća. Osobno sam počeo s pisanjem članaka kao mladi specijalizant vjerojatno koncem 2002., ozbiljnije 2004. Tada nije bio, nego smo morali printati 3 preslike članka

s dvostrukim proredom, slike posebno, kao i sve druge dijelove članka zasebno. Potom smo to poštom slali u časopis. Možda grijesim u procjeni (bilo je davno), ali slanje poštom koštalo je uvijek više od (tada) 100 - 150 kuna, ovisno o opsegu rada odnosno broju stranica (pošiljka se plaćala po masi). Zamislite razdoblje do trenutka dostave, pa kad je došlo na red da se recenzira, pa daljnje slanje recenzentima ponovo poštom. Potom recenzenti nakon isprintane recenzije šalju poštom natrag urednicima, koji su svoj urednički uradak slali autorima, naravno poštom. Čak i u ozbiljnim časopisima u kojima danas dobijete prvi odgovor unutar 3 tjedna, tada je trajalo i pola godine. Danas je to značajno pojednostavljen. Prvo, mobitelim imaju izvrsne fotoaparate pa kliničke slučajeve možete dokumentirati. Drugo, bolnički sustavi su postali elektronski, i nije moguće da se izgubi papir s laboratorijskim podacima. Treće, slikovnu dijagnostiku možete jednostavno pohraniti na računalu. Četvrto, sami programi za pisanje na računalu imaju mogućnost ispravljanja osnovnih jezičnih pogrešaka engleskog jezika. Zaključak - danas je rukopis puno lakše TEHNIČKI napraviti i poslati. Slično je i sa recenzentskim poslom. U programima časopisa obrasci su izvrsno napravljeni da se recenzija upisuje u određena polja, sve ide glatko, brzo se mogu donijeti ocjene i poslati učinjeno uredniku jednim klikom. Smatram da je sam postupak recenzije iznimno usavršen i velikih unapređenja neće biti. Budućnost je umjetna inteligencija recenzijskog postupka koja se već u nekoliko časopisa testira. Sami recenzenti su primjetili da su neke pogreške u rukopisima, da se tako izrazim, standardizirane. I tu recenzenti troše vrijeme koje se ne odnosi na sam medicinski dio ispravaka. Ukoliko će takvi programi s umjetnom inteligencijom recenzerati standardizirane, tehničke greške, a recenzentima će ostati sama srž rada, a to je li rad ispravno metodički izведен, tada bi se veći broj znanstvenika mogao uključiti u ovaj proces jer će im "trošiti" manje vremena uz jednak učinak. Postoji izvrsna rasprava na stranici "Researchgate" (www.researchgate.com) koju također redovito koristim i iznimno cijenim. Rasprava je pod nazivom "Slow review process". Ukratko, znanstvenici se žale



Anna Mrzljak u razgovoru s Goranom Augustinom

Iz životopisa doc. Augustina izdvajamo:
Nagrada 'Ante Šcerer' za najbolji znanstveni rad
u 2009. Akademije medicinskih znanosti Hrvatske

Augustin G, Davila S, Udiljak T, Vedrina DS, Bagatin D. Determination of spatial distribution of increase in bone temperature during drilling by infrared thermography: preliminary report. Arch Orthop Trauma Surg 2009;129:703-9. **Citiranost:** Google Scholar 159 Scopus 101

da im se rukopisi sporo recenziraju. Prvo, važno je poznavati cijeli postupak i onda se može uvidjeti da se to ne može napraviti u jednom danu ili jednom tjednu. Drugo, mora se znati da je uloga/posao recenzenta besplatan. Treće, časopisi izlaze redovito, rukopisi se šalju redovito, a recenzenti imaju i svoj osnovni posao, i blagdane i godišnje odmore i ostalo. Drugim riječima, moramo biti zahvalni recenzentima što nam uopće recenziraju rukopise. Jedan od prijedloga, s kojim se osobno slažem, je da se i recenzentski posao honorira, kao i svaki drugi posao. To neće biti, niti može biti, veliki iznos, ali takvim postupkom bi i sam recenzent imao veću odgovornost prema poslu. Moramo znati da se danas sve više časopisa okreće "Open Access" izdavaštvu, a svaki prihvaćen članak se plaća prosječno 2000 - 2500 eura/dolara, a neki časopisi čak i više. Opcija da se recenzentima ne honorira rad bi mogla recimo biti da u bazi, kada dostignu recimo 300 recenziju mogu se kandidirati (ili u nekom automatskom računalnom procesu) za urednika određenih časopisa. Potom, recimo

nakon 500 recenzija, za glavnog urednika časopisa. Na taj način izbjegla bi se ekomska komplikacija s recenzentima, a ipak bi se postigao važan doprinos i samim recenzentima. I najnovija vijest, objavljena 19. travnja 2021. na internet stranici www.sciencemag.org kaže da je 15 časopisa "outsourcalo" recenzentski postupak. U početku to me šokiralo, jer recenzija je, za razliku od uredničkog posla, isključivo medicinski dio, srž cijele priče, tu je bit jedino znanost i metodika. I to je jedino što se ne bi smjelo "outsourcati". S vremenom, učinilo mi se da je to možda postupak da ipak recenzenti postanu plaćeni. Vrijeme će pokazati.

I za kraj, ono čime se osobno vodim, iako sam ime autora zaboravio, ali znam da je na bazi visoko rangiran, je njegova izjava koju parafraziram: Sjetite se da svaki put kad pošaljete rukopis u neki časopis, 3 - 5 recenzenata rade recenziju. Pa kad je rad odbijen i poslan u neki drugi časopis, ponovo 3 - 5 recenzenata. Stoga, radite recenzije drugima, kako bi drugi mogli vama.

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije s posebnim pogledom na Gorski kotar



Doc. dr. sc. VLADIMIR MOZETIĆ, dr. med.
ravnatelj Doma zdravlja PGŽ-a, specijalist
urologije

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije (PGŽ) najveća je od osam zdravstvenih ustanova kojima je osnivač Primorsko-goranska županija i jedan od najvećih domova zdravlja u Hrvatskoj. U njemu je zaposleno više od 840 zaposlenika, od čega većina (87 %) djelatnika izravno sudjeluje u pružanju zdravstvene zaštite, uz nezdravstvene djelatnike u službama nužnima za funkcioniranje sustava doma zdravlja. U Hrvatskoj je posljednjih godina sve izraženija nestაšica zdravstvenoga kadra, kako zbog odlaska u mirovinu, tako i odlazaka na rad u inozemstvo, a dodatan je izazov upravi Doma zdravlja (DZ) činjenica da se dio ordinacija nalazi na vrlo specifičnim područjima, udaljenima od velikih urbanih sredina. Domovi zdravlja često se doživljavaju isključivo kao sustav ordinacija obiteljske medicine, a oni su ipak puno više od toga. Misija DZ-a je osigurati dostupnost preventivnih, dijagnostičkih i terapijskih programa za više od 280 tisuća stanovnika Županije, koji žive na površini većoj od 3 500 četvornih kilometara, u 14 gradova, 22 općine i 536 naselja, u priobalju, Gorskem kotaru i otocima.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kroz 10 djelatnosti, DZ ima velik broj timova, od čega su 74 u općoj/obiteljskoj medicini, a tu su i ordinacije pedijatrije (11), ginekologije (6) i stomatologije (34), kao i sanitetski prijevoz (26), patronažna služba (64), zdravstvena njega u kući (7), mobilni palijativni timovi (5), laboratorijska dijagnostika (7) te medicina rada i sporta (3). Uz to, DZ pruža i usluge izvanbolničke specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, u što su uključena 32 izvanbolnička specijalista, od kojih je 9 subspecijalista i više od 140 djelatnika koji pružaju usluge u djelatnostima interne medicine, pulmologije, kardiologije, endokrinologije, radiologije, oftalmologije, psihijatrije, kirurgije, anestezijologije, fizijatrije s fizikalnom terapijom i urologije, te u području specijalistike dentalne medicine – ortodoncije, dentalne protetike i oralne kirurgije. DZ ima i dva središta za hemodializu na otocima - jedan u Rabu i jedan u Malom Lošinju, te stacionar sa 14 ležaja u Malom Lošinju. Navedeni broj izvanbolničkih specijalističkih timova najveći je u Hrvatskoj za razinu domova zdravlja.

Specifičnost našega DZ-a je zemljopisna raspoređenost upravo zbog izgleda naše Županije, tako da sve naše zdravstvene usluge pružamo, kako na priobalju - od Liburnije do Crikveničko-vinodolske rivijere, tako i u Gorskem kotaru i na kvarnerskim otocima. Djelatnost je na tom velikom području organizirana u čak 74 objekta koji ukupno imaju 42 tisuće četvornih metara prostora. U prvom redu se to odnosi na organiziranje rada i dostupnosti zdravstvene zaštite i u primarnoj i u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, uz redovito održavanje objekata uz ulaganja, i to ne samo u zgrade, nego i u opremu, pri čemu postoji aktivna suradnja s regionalnom upravom i lokalnom samoupravom, koje su većinom i vlasnici prostora u kojima se provodi zdravstvena zaštita.

Potrebno je navesti da u prostorima koje koristimo rade, uz zaposlenike DZ-a, i koncesionari, odnosno ordinacije privatnih liječnika koji su u ugovornom odnosu s HZZO-om, te drugi zdravstveni subjekti (NZJZ, ZZHM, HZZO), tako da zajednički organiziramo i pružamo zdravstvenu zaštitu.

Sagledamo li ukupno primarnu zdravstvenu zaštitu i izvanbolničku specijalističko-konzilijarnu zaštitu, u PGŽ-u oko 1 200 osoba radi unutar sustava. Naravno da nedostatak zdravstvenoga kadra postaje sve izraženiji. Na temelju kadrovskog plana znamo koliko će zdravstvenih djelatnika u PGŽ-u u iduće tri godine ispuniti uvjete za odlazak u mirovinu.

U **Gorskem kotaru**, uz središnju ispostavu Delnice (kojoj pripadaju i lokacije u Fužinama, Mrkoplju, Ravnoj Gori, Lokvama, Skradu, Brod Moravicom i Brodu na Kupi), djeluju i ispostava Čabar (uz Prezid, Tršće i Gerovo) te Vrbovsko (uz Moravice i Gomirje). Medicinske timove ukupno čine, kako zaposlenici DZ-a tako i privatne ugovorne ordinacije: 15 timova obiteljske medicine, 15 dentalne medicine, 1 pedijatrija na dvije lokacije, 2 ginekologije, 1 fizijatrija s fizikalnom terapijom na 3 lokacije, 1 radiologija, 1 okulistika, 1 medicina rada, 8 patronažnih sestara, 1 zdravstvena njega u kući, 8 timova sanitetskih prijevoza, 1 laboratorij i 1 mobilni palijativni tim.

Uz to, od izvanbolničkih specijalista DZ-a u područje Gorskog kotara dolazi

psihiyatara, a u suradnji s KBC-om Rijeka u tzv. dislociranim ambulantama na nekoliko lokacija po redovitom mjesечноj rasporedu ordiniraju kardiolog, neurolog, endokrinolog, nefrolog i neurokirurg.

Naravno da demografska i zemljopisna specifičnost Gorskog kotara doprinosi izazovima u organizaciji zdravstvene zaštite.

Kao jedan od načina planirane prevencije nedostatka kadra provodi se program specijalizacija. Trenutačno je u tijeku ukupno 46 specijalizacija za DZ, od toga 29 iz područja primarne zdravstvene zaštite, a 17 iz djelatnosti izvanbolničke specijalistike. Važno je napomenuti da veliku većinu tih specijalizacija finančira DZ iz vlastitih izvora (33), dijelom se financira iz EU projekata (11), a želja nam je da se ostvari nacionalni plan specijalizacija za razdoblje 2020. - 2024. kao dio Nacionalnog plana oporavka i otpornosti. Godišnji iznos financiranja iz vlastitih sredstava iznosi gotovo 6 milijuna kuna. Uz ovih 46 specijalizacija, raspisali smo i natječaj te odabrali dodatnih sedam kandidata za planirane specijalizacije iz primarne zdravstvene zaštite, za koje čekamo finansijski okvir kako bi i te specijalizacije mogle započeti. Istovremeno se na Fakultetu zdravstvenih



Uzimanje uzorka za PCR testiranje, "uz nadzor", ispred zgrade Doma zdravlja PGŽ-a u Delnicama

studija educira i drugi zdravstveni kadar - od medicinskih sestara do fizioterapeuta, inženjera medicinske radiologije i laboranata. U interesu nam je ulagati u te edukacije, kako radi povećanja kompetencija zdravstvenih djelatnika, tako i radi djelomičnog nadomeštanja nedostatka zdravstvenog kadra u skoroj budućnosti. Osim tih ulaganja u specijalizacije, iznimno je važno, i to osobito u sredinama koje su udaljene od urbanih središta, stvoriti uvjete koji će motivirati zdravstveni kadar da tamu dođe i ostane.

To znači osigurati primjereni smještaj i finansijsku potporu, stvoriti uvjete za zapošljavanje članova obitelji te regulirati školovanje djece za one koji dolaze s obiteljima. Također je poželjno i stipendiranje srednjoškolaca i studenata koji žive u lokalnom području. Dio jedinica lokalne samouprave u PGŽ-u to radi s dosta razumijevanja, pri čemu to treba biti planski proces za dugoročno razdoblje. Bez toga će na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini zadržavanje i privlačenje kadra biti izrazito otežano.

Upravo zbog velikog područja na kojem je DZ, te zbog njegove specifičnosti, vrlo je važno ulaganje ne samo u medicinsku, nego i u opremu za digitalizaciju pri pružanju zdravstvene, zaštite i komunikacije, a dodatno je važnost toga naglasila i aktualna pandemija tijekom koje je upravo mogućnost komuniciranja na daljinu zdravstvenim djelatnicima omogućila pravovremeno i kvalitetno međusobno, kao i komuniciranje s korisnicima njihovih usluga.

Pri uvođenju digitalizacije i telemedicine imali smo dugotrajnije višemjesečne procese, ali nas je pandemija primorala da ih u tehničkom dijelu ubrzamo. To nam se pokazalo kao jedna od dobrih alternativnih, ali sigurno ne i jedinih metoda komunikacije, kako međusobno, tako i prema građanima. DZ je i u prethodnom razdoblju, već nekoliko godina, imao pet aktivnih telemedicinskih središta u suradnji s KBC-om Rijeka, u Gorskom kotaru i na otocima. Pri tome je telemedicina samo jedan od načina komunikacije, jer se služio i drugim digitalnim platformama koje omogućuju pametni uređaji, a za koje se pokazalo da putem njih možemo pružiti dio zdravstvenih usluga/

savjeta svojim korisnicima. Prethodno uvedeni i osvremenjeni modeli e-nalaza, e-recepta i e-narucičanja dodatno su se prilagodili potrebama. O tom načinu komunikacije više ne možemo govoriti kao o budućnosti nego o sadašnjosti, i to ne samo u dijelu pružanja kvalitetnije zdravstvene zaštite, nego i kao način za lakšu obradu velikog broja podataka, zbog čega je već sada, izuzetno važna suradnja sa svim drugim ustanovama, ne samo zdravstvenima, nego i onima koje nam trebaju dati tehničku, informatičku podršku.

Posljednjih se nekoliko godina dio programa razvoja DZ-a provodi kroz različite EU projekte, u kojima smo ili nositelj ili jedan od partnera.

Jedan od projekata koji je netom završen, čiji je nositelj bila PGŽ a partner DZ, bilo je opremanje, kako infrastrukturno tako i medicinskom opremom, objekata na otocima, s osnovnom namjerom da se smanji potreba dolazaka otočnog stanovništva prvenstveno na specijalističke pregledne na kopno, kao i da se poveća dostupnost osobama s invaliditetom u našim objektima. S tim je projekt financirano opremanje objekata u Rabu i Malom Lošinju te na otocima Krku i Cresu. Također je u tijeku projekt vezan uz prije navedenih 11 specijalizacija financiranih EU sredstvima. Završili smo i projekt o prekograničnoj suradnji kojega je nositelj bio Klaster zdravstvenog turizma Kvarnera, a nekoliko zdravstvenih institucija i fakulteta bili su partneri. Taj će nam projekt biti temelj za izradu kriterija za jedinstven certifikat destinacije zdravlja i kvalitete života, koji naš kraj dodatno može kvalitetnije i međunarodno pozicionirati. Uz pomoć novca iz europskih fondova provodimo i preventivne projekte vezane uz samopregled dojki, te projekt vezan uz kvalitetniju prehranu nazvan „Vježbom do zdravlja“.

Mobilne ambulante

Započeli smo i izradu projektnih ideja, a imamo i gotovih projekata za iduće finansijsko razdoblje 2021. – 2027. koje ćemo prijaviti čim se natječaji otvore, u nekim segmentima kao nositelji, u nekim kao partneri. Jedan od njih je projekt mobil-

>>



Kućna posjeta u Gorskom Kotaru

nih ambulanti koji će biti vrlo koristan za područja gdje je ili nedostatak zdravstvenog kadra ili povećana udaljenost između korisnika usluga, primjerice na području Gorskog kotara i otoka, gdje bi se mobilnim, potpuno opremljenim ambulantama moglo doći što bliže korisniku usluga. Iznimno nam je drago da je taj projekt na naš prijedlog ušao u popis projekata Nacionalnog plana oporavka i otpornosti kao nacionalni model. Drugi je projekt tzv. deinstitucionalizacija pružanja zdravstvene zaštite, odnosno omogućavanje da naš zdravstveni kadar u kućama građana pruža određenu razinu usluga u suradnji s drugim zdravstvenim ustanovama. Treći program je razvoj mobilnih aplikacija za veću dostupnost zdravstvenih usluga koju ćemo ponuditi građanima, ovisno o njihovoј životnoј dobi i mogućnostima, kako bismo im približili dostupnost zdravstvene zaštite na daljinu. Idući projekt je s tzv. zelenom notom – nabava električnih vozila za naše patronažne sestre, za zdravstvenu njegu u kući i mobilne palijativne timove, kojim želimo pokazati kako možemo biti ekološki osviđeni s obzirom na one potrebe koje su prisutne u tim djelatnostima. Radimo i na nekoliko projekata vezanih za edukacijske procese i zdravstvenog i nezdrav-

stvenog kadra, te projekt objedinjenoga kontakt centra zdravstvenog sustava. Jedan je od projekata u kojima aktivno sudjelujemo i spomenuta izrada kriterija za certifikat destinacije zdravlja i kvalitete života, gdje spajamo i segment zdravstva, ali i obrazovanja, infrastrukture, inovacija, poduzetništva, javnog i privatnog sektora, sveučilišta te regionalne i lokalne samouprave. Dakle, želimo obuhvatiti širi kontekst svih sektora u našoj regiji kroz jedinstven projekt tzv. "pametne specijalizacije" na puno širem području, u kojoj zdravstvena industrija nastavlja biti jednom od najznačajnijih gospodarskih grana u županiji.

DZ se kao ustanova u sustavu javnog zdravstva glavninom financira iz javnih izvora (HZZO-a, proračuna regionalne i lokalnih samouprava). Istovremeno postupno osiguravamo i prihode iz dodatnih izvora, poput uključivanja i dobровoljnog osiguranja većeg broja osiguravajućih kuća, ali i uslugu na tržišnom načelu.

Neovisno o pandemiji započeli su, a i tijekom pandemije smo nastavili i nastaviti ćemo nakon nje, naši ugovorni odnosi; osim s HZZO-om koje zajednički stalno unapređujemo, imamo ih i s četiri osiguravateljske kuće u segmentu dodatnog osiguranja. Korisnici polica dodatnog osiguranja mogu kod nas ostvariti usluge izvan ugovorenog vremena s HZZO-om.

S druge strane, i naš osnivač PGŽ, kao i jedinice lokalne samouprave, sufinanciraju neke usluge zdravstvene zaštite u segmentu nadstandarda i tu smo mi prisutni kao pružatelj tih usluga. DZ više od 95 posto prihoda ostvaruje pružajući zdravstvenu zaštitu bilo kojim oblikom financiranja. Ugovorom s HZZO-om ostvarujemo oko 78 posto prihoda, a gotovo 20 posto drugih prihoda ili suradnjom/sufinanciranjem Županije ili jedinica lokalne samouprave, te ugovorima s drugim osiguravajućim kućama, kao i izravnim ugovorima za preventivne i sistematske pregledе s tvrtkama ili drugim institucijama. Pružamo i privatne zdravstvene usluge po našem cjeniku. Svakako želimo iskoristiti sve moguće izvore prihoda kako bismo i podigli razinu zdravstvene zaštite, taj novac investirali u dodatni razvoj i, naravno, stimulirali one koji tu uslugu pružaju.

Najveća zdravstvena ustanova u vlasništvu PGŽ-a i jedan od najvećih domova zdravlja u Hrvatskoj, čiji je rad ionako složen zbog geografske određenosti te brojnih djelatnosti koje obuhvaća, u aktualnoj zdravstvenoj situaciji našao se pred novim izazovima, budući da je ova ustanova značajna karika u lancu borbe protiv pandemije COVID-19. U tu je borbu DZ uključen doslovno od prvog dana jer je već dan nakon 25. veljače 2020., kada je u Hrvatskoj zabilježen prvi slučaj ove bolesti, u ustanovi održan prvi zajednički sastanak radi organiziranja službe u nadolazećoj epidemiji.

Nekoliko dana nakon toga osnovana je radna skupina s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo PGŽ-a i kolegicama i kolegama koncesionarima koja i sada stalno radi na organiziraju pružanja zdravstvene zaštite, a u današnje doba i cijepljenju građana. Istovremeno su započeli i sastanci i dogовори s drugim zdravstvenim ustanovama o koordiniranom načinu međusobne, ali i komunikacije s građanima te organizacijama pružanja zdravstvene zaštite, a u suradnji s Upravnim odjelom za zdravstvo PGŽ-a. U trenutku kada je pandemija prošle godine bila na vrhuncu, organizirali smo i smjenski način rada. Osim rada u ordinacijama, u takav način pružanja usluga uključile su se aktivno i druge djelatnosti, od patronažnih sestara, sanitetskog prijevoza, zdravstvene njage u kući i medicinsko-biokemijskog laboratorija, do timova palijativne skrbi. Podatak da se u našoj Županiji stalno oko 95 posto zaraženih lječilo izvan bolničkog sustava, pokazuje da je uloga DZ-a te čitavog PZZ-a i izvanbolničke zdravstvene zaštite u očuvanju sveobuhvatnog zdravstvenog sustava iznimno velika i ovo je prilika da zahvalimo svim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima koji u tom procesu stalno sudjeluju gotovo godinu i pol dana.

Još jednom želimo istaknuti vrlo dobру suradnju s drugim zdravstvenim ustanovama, od KBC-a Rijeka, specijalnih bolnica u Crikvenici i Opatiji, Zavoda za hitnu medicinu, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo, Ortopedske bolnice Lovran i svih ostalih javnih i privatnih institucija s kojima zajednički sudjelujemo kako u borbi protiv pandemije,

tako i u održavanju dovoljno visoke razine dostupnosti zdravstvene zaštite.

Naravno da je pandemija donijela i nekoliko negativnih segmenta u pružanju zdravstvenih usluga. Djelomično su usporeni preventivni pregledi i redoviti pregledi kod nekih drugih bolesti, iako se i taj segment stalno prati i unaprjeđuje.

Negativna posljedica pandemije je i njezin utjecaj vezan uz ukupno finansijsko poslovanje zdravstvenih ustanova. Pandemija je značajno povećala potrebe za zaštitnim sredstvima, povećala cijene dijela pružanja zdravstvene zaštite, a istovremeno je nešto manji opseg redovitih usluga uzrokovao razlike u prihodima i rashodima. To, dakako, nije bilo nimalo neočekivano i ključno je bilo prevladati i prebroditi pandemiju i biti dostupan građanima.

Sve ovo o čemu smo razgovarali i o čemu ćemo u budućnosti razgovorati – o projektima, o zgradama, opremi, ne bi bilo moguće da nema ljudi koji će to provesti. Ponosan sam na naših više od 800 djelatnika koji rade u DZ-u, pružajući uslugu najbolje što mogu u sadašnjim okolnostima, kao i na suradnju s drugim ustanovama, kako bi naši građani što manje osjećali negativne posljedice pandemije. Investicija u ljude je ključna i ostat će ključna i u budućnosti, a nužno je da surađujemo i komuniciramo ne samo u DZ-u nego i s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenom administracijom, ali i drugim subjektima izvan zdravstvenog sustava

Nekoliko modela organizacije cijepljenja

DZ ima vrlo veliku ulogu i u organizaciji cijepljenja stanovništva protiv COVID-19. U suradnji s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo PGŽ-a, zbog specifičnosti te Županije, uvedeno je nekoliko modela cijepljenja (cijepni punktovi, dvorane, ordinacije, mobilni timovi za nepokretne bolesnike i one smještene u domovima za starije osobe). Do sada je u PGŽ-u cijepljeno oko 50 posto odraslog stanovništva prvom dozom, a gotovo 30 posto drugom dozom.

Sigurno da urbane sredine imaju specifičnost, a ostala izdvojena područja drugu, ali je potrebno istaknuti izvrsnu organiziranost na samom terenu, i DZ-a i

koncesionara i NZZJZ-a, koji sukladno specifičnostima određenog područja provode cijepljenje. Naravno, to je organizacijski vrlo zahtjevno i tu svima u organizacijskom timu i cijepnim timovima ovim putem treba zahvaliti. Radi se o trajnom procesu koji će trajati još dosta dugo, ali upravo je dobra suradnja ključ uspješnosti ove javnozdravstvene aktivnosti.

Turističke ambulante

U suradnji s jedinicama lokalne samouprave, DZ osigurava i rad turističkih ambulanti u priobalju i na otocima. Prošla i ova godina su zbog aktualne pandemije i priprema turističke sezone vrlo specifične, što stvara i nove izazove u organiziranju njihovog rada. DZ je do 2019. godine organizirao do dvadeset turističkih ambulanti (tada je u ambulantama učinjeno 17 500 pregleda), a tijekom prošle godine bilo ih je otvoreno devet. Ove godine postupno otvaramo ambulante, sukladno dostupnom zdravstvenom kadru koji se javlja na trajno otvoren natječaj. U stalnom smo kontaktu i s jedinicama lokalne samouprave i s turističkim zajednicama na pojedinim lokacijama, ali i turističkim djelatnicima, od hotelijera do kampera, kako bi i turističke ambulante bile jedno od mjesta gdje se mogu sukladno protokolima pružiti svi ambulantni oblici zdravstvene zaštite. Istovremeno od početka veljače djelatnici DZ-a provode brza antigenska testiranja onima kojima je to potrebno zbog privatnih/turističkih ili poslovnih razloga. U svih krajevima PGŽ-a organizirali smo ukupno 22 punkta za BAT testiranja.

Nastavna baza triju fakulteta

DZ je nastavna i stručna baza Medicinskog fakulteta, Fakulteta zdravstvenih studija i Fakulteta dentalne medicine Sveučilišta u Rijeci.

S obzirom na to da naša komunikacija ide u oba smjera, kako prema znanstveno-edukacijskim institucijama, tako i obrnuto, mi smo s našom rasprostranjenosću i velikim brojem djelatnosti s kvalitetnim ljudskim potencijalom i opremom, koje su iznimno važne za studente svih ovih studija, od razine PZZ-a do izvanzabolničke specijalistike, iznimno mjesto za edukacijske procese od razine ordinacija do razine dijagnostičkih središta. To čini



Cijepljenje

kvalitetnu pripremu prije ulaska studenata u sljedeću fazu, a to je tercijarni dio, odnosno bolnica. Ta razina suradnje iznimno je važna, a s druge strane to su nam budući ljudski resursi, pa očekujemo da će ga s upoznavanjem mogućnosti koje pruža DZ dio zdravstvenoga kadra odabrati kao mjesto svoga rada. To nam istovremeno omogućuje da i s drugim zdravstvenim institucijama djelujemo na unaprjeđenju edukacijskih procesa. Važna nam je suradnja i na znanstveno-inovacijskim projektima radi pravodobne implementacije na svim razinama.

Online savjetovališta

U cilju očuvanja zdravlja i podizanja kvalitete života stanovništva, DZ organizira i brojne druge oblike zdravstvene zaštite, poput različitih savjetovališta i centara. Riječ je o Savjetovalištu za prehranu novorođenčadi, Maloj školu dojenja, Savjetovalištu za trudnice i Centru za psihosocijalnu pomoć stradalnicima Domovinskog rata. Unatoč pandemiji, svi dodatni programi koje inače provode i samostalno i u suradnji s jedinicama lokalne samouprave, i dalje su aktivni.

>>

Specifičnost je koju nam je epidemijsko vrijeme donijelo da je većina edukacija koje se trajno provode i tijekom ovog razdoblja održano online, uz jako dobro prihvatanje korisnika. Dok god nam ovi uvjeti budu tako uvjetovali, to će biti način kako ćemo sva savjetovanja i dalje provoditi i to zato što su jako dobri odaziv i reakcije korisnika i korisnika usluga.

Nacionalni preventivni programi (NPP) koje DZ provodi u suradnji s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo PGŽ-a djelomično su bili usporeni u pandemiskoj dobi, ali se trajno provode, kao i svi drugi preventivni programi općega zdravstvenog stanja, tjelesnoga i mentalnoga, te oralnog zdravlja.

Opće informacije o Domu zdravlja PGŽ-a

Više od 840 zaposlenih

Dnevno prosječno više od 90 kontakata u ordinacijama obiteljske medicine

160 000 pregleda pacijenata u izvanbolničkoj specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti 2019. g.

Više od 1500 analiza uzoraka dnevno u medicinsko-biokemijskim laboratorijima

Više od 35 000 mamografija u proteklih pet godina

Mobilni palijativni timovi godišnje se brinu o gotovo 700 palijativnih pacijenata u njihovim domovima

Sanitetski prijevoz mjesечно preveže više od 5 000 pacijenata

Više od 400 posjeta mjesечно pacijentima patronažnih sestara i zdravstvene njegi u kući

Brzo antigensko i serološko testiranje, te uzimanje uzorka za testiranje PCR

Cijepljenja građana

Vrijednost dovršenih i aktualnih EU projekata oko 33 milijuna kuna

Dodatne informacije:

www.domzdravlja-pgz.hr



**Ana Lesac Brizić, dr. med.
specijalizantica obiteljske medicine,
ordinacija Tršće**

Kao liječnica koja je rođena, školovana i živi u gradu, nisam planirala postati seoski doktor. Ipak, igra subbine odlučila je da se baš zbog rada u ordinaciji obiteljske medicine na selu zaljubim u tu granu medicine. Rad je po mnogočemu zahtjevan, ali stigne se sve; trenutačno sam specijalizant obiteljske medicine, dovršavam doktorat i redovito aktivno sudjelujem na stručnim skupovima.

Sjećam se i nekih zamornih situacija, poput one kada sam objašnjavala kontroloru HZZO-a da unatoč preporuci da se nakon x dana zatvori bolovanje po toj-i-toj dijagnozi, to ne može učiniti, jer moj pacijent radi fizički posao u šumi i jednostavno još nije sposoban vratiti se na baš takav posao. Srećom, moja je ordinacija zaista daleko od grada i takvi su neugodni događaji nešto rjeđi, jer kontrolorima nije draga tako daleko putovati.

No, daleko je i našim pacijentima putovati do bolnice. Nekima čak i do ambulante. Hitnoj pomoći s vrhunskim vozačima i dobrim uvjetima na cesti treba 20 minuta da dođe do ordinacije u Gerovu, a još više ako ide u kuću na Hribu. Imena sela na stranu, Gorski kotar ima ljudi koji žive sami u izumirućem selu, bez prijevoznog sredstva, što znači da će se puno voziti na kućne

posjete, čak i u prilikama kad osoba može koristiti svoje dvije noge. Uglavnom ćete u posjetu ići sa sestrom (ako ne živate u tom kraju, pa ga ne poznajete najbolje, a navigacija na mobitelu jednostavno ne radi - jer u šumi nema signala). Tada se nećete javljati na telefon, pa možete dobiti prigovor na e-mail zovem.doktora.

Srećom, naši Gorani to uglavnom ne rade jer naši Gorani znaju i razumiju kakve su prilike. Naši Gorani poštuju svoje liječnike. Naši Gorani dopuštaju liječniku obiteljske medicine da ih liječi, ne govore još s vrata „trebam uputnicu za to-i-to“.

Zato mladi liječnik obiteljske medicine može izrasti u izvrsnog dijagnostičara i terapeuta u takvoj sredini, koja izazovima tjera liječnika da raste u znanju i iskustvu. Ne kažem da u urbanim ordinacijama tog rasta nema, nipošto to ne kažem! No, mladi i neiskusni LOM može se lako uljuljuškati u sigurnost jednostavnog i brzog usmjeravanja pacijenata kliničkom specijalistu, zaboravljajući da smo zapravo mi, LOM-ovi, specijalisti za sve - do razine kada bolest zaista zahtijeva postupke koje mi jednostavno ne možemo pružiti. A činjenica da smo u Gorskem kotaru ne znači da možemo pružiti manje od ostalih ordinacija u Županiji. Štoviše, iz iskustva tvrdim da su neke goranske ordinacije bolje opremljene od nekih primorskih.

U Gorskem kotaru liječnici, patronažne sestre, kućna njega i ostali suradnici imaju jedan od najprisnijih profesionalnih odnosa. Sigurno u tome ulogu igra činjenica da, primjerice, jedan liječnik ima jednu patronažu (a ne 3 ili 6), te da zbog nešto manjega prirodnog prirasta stanovništva patronaže imaju više vremena za kronične bolesnike. No, jednom kada se naviknete na takav način rada, čak i ako se preselite na lokaciju gdje ćete imati više patronažnih sestara, takav prisilan profesionalni odnos i komunikacija postaju vaš standard. A to je uvijek na korist zdravstvenih djelatnika i, još važnije, pacijenata.

Držim da bi bilo korisno kad bi svaki mladi LOM iz naše regije iskusio rad u Gorskem kotaru. Neposredno nakon fakulteta nisam se osjećala sigurna i spremna raditi samostalno (sama!) s tuđim zdravljem, unatoč prosjeku ocjena koje su upućivale na suprotno. Stoga bi bilo korisno upoznati rad u Gorskem kotaru još u sklopu studentskih dana. Pokrenute su edukativne aktivnosti za studente medicine koje bi im dale uvid u rad ruralnih ordinacija i potakle ljubav prema njima. Uvjerena sam da će unatoč postojanju izumirućih sela u Gorskem kotaru, koja nestaju, zdravstvena zaštita u preostalim dijelovima samo još evoluirati u smislu unaprjeđenja i kvalitete zdravstvenih usluga i u smislu zadovoljstva radom.



**Josip Skender, dr. med.
specijalist obiteljske medicine, ordinacije Brod Moravice i Brod na Kupi**

Posebitosti su rada u ruralnim ambulantama nasuprot gradskima da su svi članovi obitelji u skrbi istog doktora, koji ujedno liječi sve kategorije stanovnika od 0 do 99 godina, preventivno pregledava djecu, cijepi ih i liječi. Kad se radi u više ambulanata, teško je odvojiti posebno vrijeme za preventivne pregledе kako se ne bi miješali s bolesnim ljudima. Ujedno je više kućnih posjeta i liječenja u bolesnikovo kući.

Radim u Gorskem kotaru više od 30 godina u dvije ambulante na goranskim „brodovima“, Brodu Moravice i u Brodu na Kupi, a odmah poslije rada na HMP-u u Delnicama te po povratku iz Domovinskog rata gdje sam bio kao dragovoljac na ličkom ratištu. Ambulante su međusobno udaljene 13 km, a zimi zbog neprohodnosti moramo ići i više od 40 km, pa ponekad nailazimo i na prepreke koje moramo ukloniti (slika). Skrbimo se o oko 1 000 stanovnika smještenih u više od 50 sela i zaselaka, od kojih do nekih moramo ići i čunom preko rijeke Kupe zbog nedostatka cestovne povezanosti. U pojedinim zaseocima su jedan i dva starija pacijenta bez mogućnosti prijevoza, tako da je teško doći do njih. Isto tako smo u ovim vremenima COVID-19 teže pokretne pacijente cijepili i liječili u njihovo kući.

KBC Rijeka nam je oko 70 km daleko pa ponekad moramo raditi zahvate koje kolege u gradu prepustaju bolnici. Kako živimo u selu gdje se svi poznajemo i međusobno komuniciramo, tako se „gubi“ i radno vrijeme pa pacijenti zbog svojih teškoća dolaze u svaku dobu jer su HMP i bolnica dosta udaljeni i nisu skloni ići dalje, a to ih i financijski optereće.



**Prof. dr. sc. Dinko Štimac, dr. med.
specijalist neurokirurgije, liječnik opće medicine u ordinacijama Čabar i Prezid**

Specifičnosti PZZ-a u Gorskem kotaru, poglavito u području Grada Čabra, primarno su vezane za veliku površinu (više od 240 km kvadratnih), konfiguraciju terena, klimatske promjene, mali

broj liječnika, raštrkanost naselja i često tešku pristupačnost, poglavito zimi.

Zdravstveni timovi se sastoje od liječnika, medicinske sestre, patronažne sestre i sestre u njezi na terenu. Koordinacija je jako dobra, pri tome se uvelike koristimo tehničkim sredstvima za komunikaciju koja nam pružaju i mogućnost real-time prikaza patološkog supstrata izravnim video pozivom ili slanja fotografija putem mobilnih aplikacija. Na temelju toga i sestre na terenu odlučuje se o hitnosti i načinu postupanja radi rješavanja zdravstvenog problema.

Kroničan nedostatak liječničkog kadra posebno dolazi do izražaja ako jedan od liječnika mora na bolovanje ili pak ide na godišnji odmor, jer liječnika za zamjenu najčešće nema. U tim slučajevima preostalom jednom ili dvojici LOM-a na području Grada Čabra nastane zagušenje u radnom procesu, a zbog priljeva često dvostrukog broja pacijenata na obradu, pisanja uputnica, uvođenja medicinske dokumentacije u informacijski sustav itd.

To je posebno naglašeno posljednjih godinu dana kada pored svega navedenoga velik dio radnog vremena tima otpada na organiziranje, pozivanje, cijepljenja protiv COVID-19 te njegovo unošenje u informacijski sustav.

Zbog raštrkanosti naselja te teškog i nepristupačnog terena teško je obavljati kućne posjete, posebice u zimskim mjesecima kada zapadne snijeg, a službe ne uspiju očistiti sve puteve, posebno one do udaljenih zaselaka koji imaju svega nekoliko kuća.

Zbog šumovitog predjela i najezde glodavaca u proljeće i ljeto ove godine mnogo je oboljelih od mišje groznice (hemoragijska groznica s bubrežnim sindromom - HGBS) uzrokovane hanta virusom. Prepoznavanje bolesti razmjerno je jednostavno zbog tipične kliničke slike (anamnistički podaci, vrućica, jaka glavobolja, nalazi krv i mokraće).

DELTA VARIJANTA SARS-CoV-2

U HRVATSKOJ I SVIJETU U OČEKIVANJU NOVOG VALA



Prof. dr. sc. Jasmina Vraneš, prim. dr. med.
voditeljica Službe za kliničku mikrobiologiju NZJZ AŠ i pročelnica Katedre za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; voditeljica Referentnog mjesta RH za testiranje na SARS-CoV-2.

Do kraja lipnja u Hrvatskoj je na temelju ugovora s ECDC-em (engl. European Centre for Disease Prevention and Control) sekvencirano ukupno 5 514 uzoraka. Posljednji rezultati pristigli iz Eurofinsovog laboratorija 29. lipnja 2021. pokazuju da je u od tada ukupno sekvenciranih 135 uzoraka u njih 58 dokazana delta varijanta (43 %). Alfa varijanta je još uvijek najučestalija (54,1 %), ali se očekuje da će uskoro delta varijanta preuzeti dominaciju kao i drugdje u Europi i diljem svijeta. Izgleda da se udio zaraženih delta varijantom udvostručuje na tjednoj bazi. Zbog čega se delta varijanta tako uspješno širi i jesu li cijepiva još uvijek učinkovita ili ova varijanta izmiče učinku cijepljenja ono je što sve zanima, a najviše - kada će započeti novi val i može li se on izbjegići.

U Hrvatskoj je delta varijanta prvi puta detektirana u dva uzorka prikupljena u Splitsko-dalmatinskoj županiji koji su poslani na sekvenciranje 18. svibnja 2021. kada je ukupno analizirano 345 uzoraka iz čitave Hrvatske, a udio alfa varijante je tada još uvijek bio vrlo visok i iznosio 98,3 %. Otada je delta varijanta SARS-CoV-2 zabilježena u desetak hrvatskih županija, a njezina zastupljenost u analiziranim uzorcima neprestano raste. Prema predviđanjima ECDC-a do rujna će u Europskoj uniji 90 % svih infekcija SARS-CoV-2 biti izazvano delta varijantom, a ona će se tijekom ljeta posebice širiti među mladima koji su populacija s najnižom stopom procijepljenosti.

Delta varijanta prvi je puta detektirana i označena kao B.1.617.2 u Indiji u listopadu 2020. Početkom svibnja 2021. godine kada je u Indiji bilo više od 22 000 000 zaraženih osoba a dnevni broj novozaraženih se kretao oko 400 000, učestalost otkrivanja ove varijante u brojnim zemljama diljem svijeta počela je zabrinjavajuće rasti te ju je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) dana 11. svibnja 2021. uvrstila među varijante

koje izazivaju zabrinutost (engl. *variants of concern*, VOC), ili kako se to kod nas u epidemiološkim krugovima kaže u „varijante od značaja“ (pravilnije bi bilo varijante od značenja). Neke od varijanti SARS-CoV-2 označene su kao varijante od interesa (engl. *variants of interest*, VOI) jer su nužna daljnja istraživanja da se prosudi njihova sposobnost širenja i druga svojstva, značajna kako za prosudjivanje njihove uloge u evoluciji virusa i mogućnosti preuzimanja globalne dominacije u pandemiji, tako i za prosudjivanje njihove sposobnosti da izbjegnu učinku cijepiva i lijekova. Nova podjela emergentnih varijanti koju je nedavno objavio američki Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (engl. *Centers for Disease Control and Prevention*, CDC) uvodi i kategoriju varijanti s teškim posljedicama (engl. *variants of high consequence*) za varijante koje izazivaju teže oblike bolesti i višu stopu hospitalizacije, no do sada niti jedna od opisanih varijanti ne zadovoljava te kriterije. CDC je pored britanske, južnoafričke i brazilske nove varijante linije P.1, označio još i dvije linije kalifornijskih novih varijanti kao VOC (*Pango* liniju B.1.427 i B1.429).

Known genetic variants of SARS-CoV-2

Variant	First identified in	More contagious?	Ability to evade vaccine	CDC/WHO classification
B.1.1.7	United Kingdom	Yes	Minimal	Concern
B.1.351	South Africa	Yes	Moderate	Concern
P.1	Brazil	Yes	Moderate	Concern
B.1.526	New York	Unknown	Potentially	Interest
B.1.525	New York	Unknown	Potentially	Interest
P.2	Brazil	Unknown	Potentially	Interest
B.1.427	California	Yes	Moderate	Concern
B.1.429	California	Yes	Moderate	Concern
P.3	Philippines	Unknown	Unknown	Under investigation
A.23.1 with E484K	England	Unknown	Unknown	Under investigation
B.1.1.7 with E484K	England	Unknown	Unknown	Under investigation
B.1.525	England	Unknown	Unknown	Under investigation
B.1.318	Unknown	Unknown	Unknown	Under investigation
B.1.324.1 with E383K	Unknown	Unknown	Unknown	Under investigation
B.1.111 with E383K and 429S	Columbia	Unknown	Unknown	Unknown

Sources: Rappler.com, CDC.gov, Health.com, WHO Weekly Epidemiological Update, Public Health England

Podjela genetičkih varijanti novog koronavirusa prema klasifikaciji CDC-a. Varijante od interesa (VOI) izazivaju grupiranja u različitim zemljama i pokreću epidemijske valove. Mogu sadržavati mutacije koje se povezuju s većom sposobnosti zaraze, a mogu biti i otporne na učinak monoklonskih protutijela i cijepljenja. Za varijante koje izazivaju zabrinutost (VOC) postoje znanstveni dokazi da su hiperinfektivne, a također mogu izbjegći učinku cijepljenja i lijekova. Osobe koje su već preboljele COVID-19 mogu se ponovno zaraziti ovim varijantama. (Varijante s teškim posljedicama po definiciji izazivaju teži oblik bolesti s većim udjelom hospitalizacija. Farmakološke mjere mogu biti neučinkovite u slučaju zaraze izazvane ovim varijantama, a tablica ih za sada ne sadržava jer do sada nisu otkrivene - Ref. 3).

Linije SARS-CoV-2 označene po *Pangoline* klasifikaciji sadržavaju brojke i slova koje je teško upotrebljavati u svakodnevnoj komunikaciji pa je postalo uvriježeno govoriti o britanskoj, južnoafričkoj i brazilskoj varijanti virusa. Kako bi se olakšala komunikacija i izbjegla stigmatizacija SZO je 31. svibnja 2021. uveo novu nomenklaturu za VOC, pa je tako britanska nova varijanta (linija B.1.1.7) označena grčkim slovom alfa, južnoafrička varijanta (B.1.351) grčkim slovom beta, brazilska varijanta (P.1) grčkim slovom gama, a indijska nova varijanta (B.1.617.2) označena je kao delta.

Je li delta varijanta infektivnija i virulentnija od dosad opisanih varijanti SARS-CoV-2?

Otkako je otkrivena u Indiji delta varijanta širi se velikom brzinom i do sada je zabilježena u stotinjak zemalja svijeta. Posebnu prijetnju predstavlja siromašnim zemljama u kojima je cijepljenih vrlo malo, pa se strahuje od njezina unosa u Afriku. U Sjedinjenim Američkim Državama je trenutačno trećina oboljelih zaražena ovom varijantom, a posebice su pogodene države kao što su Nevada, Missouri, Arkansas, Wyoming, Idaho i Alabama gdje je udio cijepljenog stanovništva nizak. Delta varijanta širi se i u Rusijom gdje je do sada cijepljeno svega 13 % stanovništva, ali i Izraelom koji je dosegao stopu od 70 % procijepljenosti odraslih, te diljem svijeta. U Velikoj Britaniji to je već dominantna varijanta, utvrđena u čak 99 % oboljelih, što je razlog odgađanja planiranog otvaranja Britanije i popuštanja epidemioloških mjera, te razlog zbog čega su Balearski otoci, Madeira, Malta i druge turistički atraktivne lokacije uvele posebne zahtjeve za britanske turiste, koji variraju od negativnog testa PCR do obvezne dvotjedne karantene, te propuštanja samo onih britanskih turista koji su cijepljeni s dvije doze cjepiva i imaju certifikat koji to potvrđuje. Nakon što je u Njemačkoj uvedena dvotjedna karantena za britanske turiste njemačka kancelarka Angela Merkel zalagala se je za uniformni stav unutar Europske unije (EU), ali zbog nastojanja da se spasi turistička sezona europske zemlje ne žele uvesti obveznu karantenu za putnike iz Velike Britanije, pa grčki premijer Mitsotakis izjavljuje da će Grčka umjesto toga ubrzano cijepiti. Širenje delta varijante zabilježeno je u brojnim zemljama EU-a, a vlade europskih zemalja poduzimaju različite mjere u cilju zaustavljanja širenja delta varijante. Portugalske vlada uvela je trodnevnu izolaciju Lisabona od ostatka zemlje, te zabranu kretanja noću za Lisbon i Porto, a španjolska vlada ubrzano cijepi mlađe od 30 godina, nakon što je koncem svibnja utvrđeno da je u Španjolskoj incidencija bila gotovo trostruko veća u dobnim skupinama od 12 do 19 i 20 do

29 godina nego u općoj populaciji (287,8 te 293,3 prema 117,7 na 100 000).

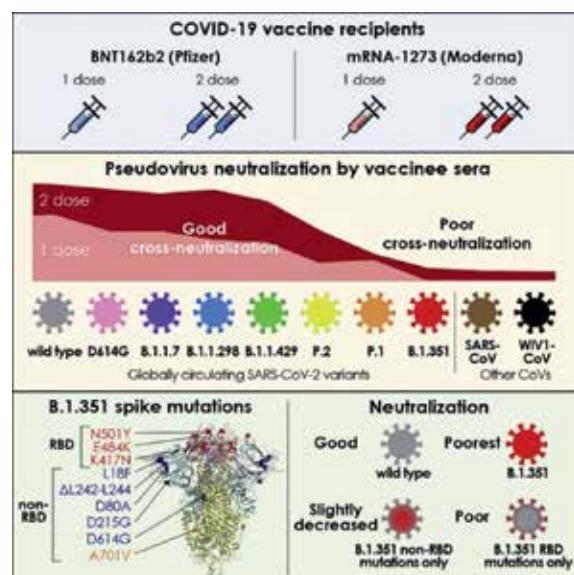
Procjenjuje se da je delta varijanta oko 50 % infektivnija od alfa varijante, a kako je alfa varijanta oko 50 % infektivnija od ishodišne varijante znači da je delta dvostruko infektivnija od tzv. divljeg tipa virusa. Mutacije koje utječu na infektivnost virusa i njegovu sposobnost transmisije ili povećavaju sposobnost SARS-CoV-2 da inficira stanicu ili povećavaju brzinu umnažanja virusa u stanici. Premda je u ožujku, kada je širenje delta varijante u Indiji rezultirao eksponentijalnim rastom broja novooboljelih, ona kolokvijalno opisana kao dvostruka mutanta (zbog dvije karakteristične mutacije L452R i E484Q), trenutačno se istražuje devet mutacija za koje se misli da doprinose hiperinfektivnosti delta varijante. Mutacija P681R drži se vrlo značajnom jer dovodi do supstitucije aminokiseline neposredno uz rascjepno mjesto koje aktivira stanična proteaza ljudskog organizma (furin), a mutacija tog tipa već se pokazala značajnom za hiperinfektivnost alfa varijante. Čini se da ova mutacija još uspješnije omogućuje virusu da invadira ljudske stanice.

Nema dokaza za veću virulenciju delta varijante. Niti jedna do sada poznata varijanta SARS-CoV-2 nije dokazano virulentnija, a dobra je vijest da delta varijanta unatoč svom brzom širenju u Velikoj Britaniji nije izazvala povećani broj hospitalizacija, jer je inficirano uglavnom necijepljeno mlađe stanovništvo.

Pokazuje li delta varijanta otpornost na učinak cjepiva i hoće li trebati treća doza?

Poznato je da beta i gamma varijanta smanjuju djelotvornost monoklonskih protutijela i djelotvornost do sada registriranih cjepiva. Istraživanje je pokazalo da do sada registrirana cjepiva imaju najslabiji učinak na beta varijantu (liniju B.1.351), a slika jasno pokazuje da mutacije u S regiji koje rezultiraju supstitucijom aminokiselina u području S proteina koji se veže na stanični receptor (engl. *receptor binding domain*, RBD) tu imaju najznačajniju ulogu.

Što se imuno-evazivnosti delta varijante tiče, tu su istraživanja tek započela. Čini se da pored mutacija 452R i 478K još nekoliko mutacija na pozicijama 156, 157 i 158 doprinose smanjenju učinkovitosti vezanja neutralizacijskih protutijela. Unatoč tome, do sada je utvrđeno da su cijepljeni s obje doze ipak zaštićeni i od delta varijante, dok jedna doza cjepiva ne štiti od infekcije. Dok dvije doze mRNA cjepiva u slučaju delta varijante učinkovito štite od infekcije 80 % cijepljenih, vektorsko cjepivo („AstraZeneca“) štiti njih 60 %. No rezultati najnovijih istraživanja pokazuju da, kada se izuzmu asimpto-



Prikaz izbjegavanja učinka cjepiva beta i gama varijanti (južnoafričke varijante linije B.1.351, te brazilskih varijanti P.1 i P.2). Preuzeto iz Cell, dostupno on line <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.013>. (ref.4).

matski zaražene osobe, mRNA cjepiva štite 88 % cijepljenih od nastupa bolesti, te u 96 % slučajeva štite od hospitalizacije, dok dvije doze vektorskog cjepiva štite od hospitalizacije 92 % cijepljenih osoba. Nakon provedenih istraživanja učinkovitosti heterolognog cijepljenja, u nastojanju da što učinkovitije zaštiti svoje građane od infekcije delta varijantom, Njemačka se odlučila sve cijepljene prvom dozom vektorskog cjepiva „Astra Zeneca“ u drugoj dozi cijepiti jednim od mRNA cjepiva.

Treća doza za sada nije potrebna, bez obzira kojim je cjepivom netko cijepljen. Biti će nužna u slučaju da daljnja evolucija virusa rezultira nastankom varijanti na koju cjepiva ne djeluju i ako se te varijante uspješno prošire, no tada bi bilo potrebno proizvesti modificirana cjepiva. To ne bi trebao biti dugotrajan postupak, ali se svi nadaju da će se globalna distribucija postojećih cjepiva ubrzati i da će se evolucija virusa tako prekinuti, te za modificiranim cjepivima neće biti potrebe. Za sada, analizom proteklih šest mjeseci, utvrđeno je da 99,5 % umrlih od COVID-19 nisu bili cijepljeni, te da su postojeća cjepiva za sada djelotvorna.

Što je to delta plus varijanta?

Trenutačno je poznato oko 160 različitih varijanti SARS-CoV-2. Sve varijante posjeduju čitav klaster različitih mutacija, neke od njih su besmislene, a neke mogu biti i za virus štetne. Posebno su važne one koje pogodaju S regiju odgovornu za sintezu

>>

šiljatih izdanaka na površini virusa kojima se SARS-CoV-2 veže na receptor na površini stanice koju inficira. Delta plus pored mutacija karakterističnih za delta varijantu sadržava i mutaciju K417N koju delta varijanta ne posjeduje. To nije nova mutacija, nju posjeduje i beta varijanta, a misli se da doprinosi izbjegavanju imunosnog odgovora. Po do sad dostupnim rezultatima istraživanja karakteristike delta plus varijante su povećana infektivnost, olakšano vezanje na receptore u plućima i potencijalno smanjenje stvaranja protutijela. Zbog toga je ova varijanta pod stalnim nadzorom, ali se za sada čini da se ne širi i ne izaziva pandemiske valove niti u jednoj od zemalja svijeta. Do kraja lipnja 2021. najviše osoba zaraženih ovom varijantom detektirale su Sjedinjene Američke Države (83), a zatim Indija (48) te Velika Britanija (41). Delta plus varijanta detektirana je još u Kanadi, Indiji, Japanu, Nepalu, Poljskoj, Portugalu, Rusiji, Švicarskoj i Turskoj.

Može li se četvrti val u Hrvatskoj izbjечiti?

Pandemija neće završiti dok god se virus može širiti jer ima dovoljno osoba koje nisu imune. Kako bi se njegova transmisija preki-

nula potrebno je da 70 % ukupne populacije stekne otpornost bilo cijepljenjem ili preboljenjem. Na žalost, još smo daleko od toga. U Hrvatskoj je do kraja lipnja 2021. s obje doze cijepljeno 30 % ukupnog stanovništva. Nije bolji niti prosjek EU-a, a budući da se zna da jedna doza ne štiti od zaraze delta varijantom, uz cijepljenje do sada necijepljenih osoba potrebno je i smanjiti razmak između doza. Na primjeru Izraela koji je zemlja s najvišim postotkom cijepljenih u svijetu vidljivo je da cijepljenje 70 % odraslih osoba ne može zaustaviti širenje virusa, nužno je cijepiti i populaciju u dobi od 12 do 18 godina. Posebno zabrinjava što se u nas niti svi u rizičnim skupinama nisu cijepili, što ostavlja mogućnost da nakon ljeta i cirkulacije virusa u mlađoj populaciji dođe do širenja virusa i na starije neimune osobe i vulnerabilnu populaciju, što će onda opet izazvati punjenje bolnica i pritisak na zdravstveni sustav, gdje niti svi djelatnici još uvijek nisu cijepljeni. Ukrzanim cijepljenjem sprječila bi se daljnja evolucija virusa i spasili mnogi životi. U protivnom, čeka nas ponovno fizičko distanciranje, nošenje maski i bezkontaktna nastava.

jasmina.vranes@stampar.hr

Literatura:

Vraneš J. Koronavirus: COVID-19. Evolucija novoga koronavirusa – još infektivnije nove varijante. Lječničke novine 2021;196:52-4. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/348357099_EVOLUCIJA_NOVOG_KORONA_VIRUSA_-JOS_INFEKTIVNIJE_NOVE_VARIJANTE (preprint).

Vraneš J. COVID-19. Evolucija virusa SARS-CoV-2 nastavlja se – poučna priča iz Manausa. Lječničke novine 2021;197:52-54. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/349571174_Koronavirus_COVID-19_EVOLUCIJA_VIRUSA_SARS-CoV-2_SE_NASTAVLJA_-POUCNA_PRICA_IZ_MANAUSA (preprint).

CDC. SARS-CoV-2 variants. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/variant-surveillance/variant-info.html>

Garcia-Beltran WF, et al. Multiple SARS-CoV-2 variants escape neutralization by vaccine-induced humoral immunity. Cell 2021. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867421002981>

Public Health England. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Dostupno na: SA¹https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/993879/Variants_of_Concern_VOC_Technical_Briefing_15.pdf

COVID-19 u Velikoj Britaniji

Delta varijanta u punom zamahu

Piše MLADEN KNOTEK

Popuštanje protuepidemijskih mjera u Velikoj Britaniji usporeno je s aktualnim povećanjem broja infekcija virusom SARS-CoV-2. Prije nekoliko mjeseci delta varijanta postala je dominantna. Dnevni broj infekcija raste eksponencijalno i npr. u Škotskoj je trenutačno na razini vrhunca u prethodnom valu, koji je bio u siječnju 2021. Od prethodnih valova ovaj se razlikuje znatno manjom incidencijom težih oblika bolesti koji zahtijevaju hospitalizaciju ili boravak u intenzivnoj jedinici, a i smrtnost bolesnika je vrlo mala. Najveći je udio zara-

ženih u dobroj skupini između 20 i 45 godina. Među njima je procijepljenost još uvijek razmjerno mala - potpuna u oko 30 %, a djelomična u oko 70 %. Dakle, jasno je da cijepljenje učinkovito sprječava teže oblike COVID-19. Problem ostaju imunosuprimirani bolesnici (npr. nakon transplantacije organa) koji puno teže razvijaju imunitet nakon cijepljenja, trudnice (kojima je prepustena odluka o cijepljenju) i necijepljene osobe.

Inače, kampanja cijepljenja u UK-u vrlo je uspješna: oko 85 % odraslih stanovnika cijepljeno je prvom dozom, a 60 % dovršilo je cijepljenje. Odbijanje cijepljenja vrlo je rijetko (češće je u nekim manjinskim skupinama, kao što su useljenici

te Britanci podrijetlom iz Azije i Afrike) i računa se da bi do punog otvaranja, koje je predviđeno 19. srpnja, svi odrasli stanovnici Ujedinjenog Kraljevstva trebali biti cijepljeni. Britanci su i dalje vrlo disciplinirani. Izrazito poštuju nošenje maske u zatvorenom prostoru i socijalno distanciranje na poslu. Velikih događaja u zatvorenom prostoru (koncerti, kazališne predstave) još uvijek nema. Ministar zdravstva, Matt Hancock, bio je izložen velikoj kritici javnosti i medija kad se doznao da se nije držao pravila koja je vlada preporučila - nošenja maske i socijalnog distanciranja - i dao je ostavku. Tko bi sve, slijedeći takav primjer, trebao dati ostavku u Hrvatskoj?

mladenknotek@gmail.com

BEZBOLNI POROD PACIJENTICE POZITIVNE NA SARS-CoV-2

RENATA BECK, dr. med.

anestezijolog i reanimatolog
Polikliniko Universitario Riuniti,
Foggia, Italija

Italija, Foggia, prosinac 2020., noćno dežurstvo anestezijologa zaduženoga za opstetriciju. U Foggiaj, gradu s oko 150 000 stanovnika na jugu Italije i središtu istoimene pokrajine, imamo 2 550 poroda godišnje tako da tko ima dežurstvo u opstetriciji ima uvijek puno posla. U punom smo valu pandemije COVID-19 te imamo i mnogo porodaja pozitivnih trudnica.

Oko 23 sata su, zvoni moj telefon, traže liječnika. Zovu me za carski rez, pacijentica je negativna na SARS-CoV-2. Nije hitno, samo se ne otvara, unatoč infuziji oksitocina. Na prvom katu je opstetricija za pozitivne na SARS-CoV-2, a na trećem katu je za negativne. Moja specijalizantica i ja smo zakoračile u operacijsku dvoranu na trećem katu, kad opet zazvoni moj telefon. Zove me primalja iz COVID radaonice da trudnica pozitivna na SARS-CoV-2 u porođaju želi bezbolan

porod. Što sad? Ne mogu istovremeno biti i gore na trećem i dolje na prvom katu. Naravno, carski rez ima prednost, ali dok bude gotov, trudnica koja je tražila bezbolan porod (*secondi gravida*) bi se porodila. Kada smo u noćnom dežurstvu uvijek nas je po dvoje anestezijologa, ali je jedan samo za opstetriciju, a drugi za sva druga hitna stanja. Zovem kolegu Mariju, s kojim sam u prijateljskim odnosima. Mario nije bio zauzet, te je prihvatio da mi pomogne. Za mene je to bilo i više od prijateljske pomoći jer držim do žena i njihovih prava, pa i na to pravo da se porode bez боли. Zahvaljujem Mariju i brzo trčim i oblačim tuniku, dva para rukavica i vizir, uzimam sve što mi treba i odletim na prvi kat. Primalja i pacijentica su uglaš rekle: *Santo subito anestesista!* (Blaženi odmah anestezijolog!) Naravno, Mario mi je rekao da brzo uvedem periduralni kateter i vratim se na treći kat jer bi i njega mogli zvati za koju hitnu operaciju. Kada sam završila sa spinoperiduralnom analgezijom, pacijentica je bila potpuno otvorena. Nazvala sam Mariju i pitala za novosti. Nitko ga nije zvao. Ja sam ostala još 10 minuta s primaljom i pacijenticom, koja



je rodila divnog, 4 kg teškog dječaka. Ispričala sam joj da nije bilo kolege, da ne bih stigla pomoći joj. Pacijentica je nakon sedam dana napisala javnu zahvalu direktoru bolnice, zahvaljujući anestezijologu Mariju i anestezilogici s plavim očima i stranim naglaskom, koja ima strano prezime, kojega se nije mogla sjetiti.

**Gradani
najviše vjeruju
medicinskim
sestrama,
liječnicima i
znanstvenicima,
a najmanje
političarima**



Izvor: <https://cdn.hkm.hr/2021/06/Jourlab.pdf>

MEDITERANSKA PJEGAVA GROZNICA NAJČEŠĆA RIKECIJSKA BOLEST U HRVATSKOJ

NIKOLA ŠOŠTAR, dr. med.
SNJEŽANA RAKUŠIĆ, prim. dr. med.

NEVEN PAPIĆ, doc. dr. sc.

ADRIANA VINCE, prof. dr. sc.

Klinika za infektivne bolesti
„Dr. Fran Mihaljević“

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Mediteranska pjegava groznica je akutna zarazna bolest čiji je uzročnik *Rickettsia conorii*, a prenosi je pasji krpelj (*Rhipicephalus sanguineus*). Bolest se javlja pretežito od srpnja do rujna, kada je najveća aktivnost nezrelih krpelja (nimfi i ličinki) i danas je najčešća rikecijska bolest u Hrvatskoj. Geografski se pretežito

javlja u stanovništva južnog dijela Hrvatske, od Zadra do Dubrovnika, uz sporadično pojavljivanje u Istri i na Kvarneru. *R. conorii* se razmnožava u endotelnim stanicama malih i srednje velikih krvnih žila te uzrokuje vaskulitis i hematogenu disseminaciju, čime inficira sve ljudske organe. Stvaranje vaskularnih lezija u plućima i mozgu može smrtno završiti. Inkubacija traje pet do sedam dana. Najčešći simptomi su vrućica, glavobolja i osip. Od drugih simptoma valja istaknuti malaksalost, mučninu, bol u zglobovima i mišićima. Karakteristični tamnoručeni makulopapulozni osip javlja se između trećeg i petog dana bole-

sti, bez popratnog svrbeža, a često može biti purpuričnog i petehijalnog izgleda. Distribucija osipa je pretežito po licu, trupu i udovima (može zahvatiti dlanove i tabane), a traje dva do tri tjedna, nakon čega može slijediti blago ljuštenje kože. Patognomonično značenje u dijagnostici ima *tache noire*, eschar s regionalnim limfadenitom na mjestu uboda krpelja. Dijagnoza se postavlja serološkim pretragama, a za definitivnu potvrdu potrebna je izolacija ili molekularna dijagnostika, najčešće analizom biopsičkog uzorka kože ili skarifikata primarne lezije. Bolest se liječi empirijski, prije laboratorijske potvrde dijagnoze bolesti,



Slika 1. Tache noire (eschar)



Slike 2, 3 i 4. Difuzni makulozni osip trupa te donjih udova s vidljivim tache noire



a lijek izbora je doksiciklin u dozi 2 x 100 mg per os u trajanju najmanje 48 sati nakon prestanka febrilnosti (prosječno trajanje terapije je sedam dana). Alternativno se može primijeniti azitromicin u osoba koje ne mogu uzimati doksiciklin, kao u djece i trudnica.

Prikaz slučaja

71-godišnji bolesnik, bez komorbiditeta, javio se u Kliniku za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" zbog vrućice do 38,5 °C praćenog zimicama i tresavicama, glavobolje i blaže vrtoglavice. Bolesnik je početkom lipnja 2021. boravio u okolini Senja gdje se bavio uređivanjem okućnice i branjem plodova u vrtu. Primjetio je na testisu i preponi krpelje koje je odstranio, tada bez promjena na mjestu uboda. Četiri dana nakon uboda primjećuje na lijevoj preponi kožnu promjenu sa smeđe-žućkastim središtem te okolnim crvenilom, bezbolnu i bez svrbeža. Dan poslije primjećuje crnu krstu (Slika 1), a tada se javlja i vrućica do 38,5 °C, praćena zimicama i tresavicama, uz glavobolju koja nije popuštala na analgetik, a povremeno se javlja i fotofobija. Kod kliničkog pregleda primjećen je difuzni makuloznopaluzni osip koji ne blijedi na dodir, bezbolan je i ne svrbi (Slike 2 - 4). Osip je lokaliziran po cijelom trupu, gornjim i donjim udovima, uz poštetu glave te dlanova i tabana. U lijevoj ingvinalnoj regiji uočena je crna indurirana krusta uz okolno rubno crvenilo i crveni tračak koji imponira kao eschar odnosno *tache noire*, bez uvećanih regionalnih

limfnih čvorova (Slika 1). Kliničkim pregledom primijećena je i hepatosplenomegalija. Meningitički znakovi su bili negativni. RTG srca i pluća je pokazao obostrane intersticijske promjene, a nalaz RT-PCR na SARS-CoV-2 bio je negativan. Laboratorijski nalazi su pri primitku pokazali povišen CRP 58,2 mg/l i blagu trombocitopeniju $109 \times 10^9/l$. Vrijednosti jetrenih enzima te metabolita bili su normalnih vrijednosti, kao i biokemijska analiza mokraće. UZV trbuha pokazao je blagu hepatosplenomegaliju. Krvni uzorak krvi poslan je na serološko testiranje na Hrvatski zavod za javno zdravstvo radi potvrde infekcije s *Rickettsia conorii*. Započela je empirijska terapija doksiciklinom 2 x 100 mg, uz koju bolesnik trećeg dana liječenja postaje afebrilan, uz postupnu regresiju simptoma.

Meditersku pjegavu groznicu prvi su opisali Conor (po kome je i uzročnik *Rickettsia conori* nazvana) i Bruch u Tunisu 1910. godine. Prvi klinički zapis ove bolesti u Hrvatskoj zabilježio je Tartaglia 1935. godine, a prvi serološki potvrđen slučaj zabilježen je 1982. godine među domaćim stanovništvom i turistima u Splitu i okolici. Premda se bolest smatrala dobroćudnom čak i u neliječenih bolesnika, posljednjih je godina uočen porast broja teških kliničkih oblika bolesti koje karakterizira petehijski osip s bubrežnim, neurološkim i srčanim komplikacijama. U 2,5 % oboljelih bolest može smrtno završiti, a kao posljedica vaskulitisa mogu

nastati razne komplikacije u osoba s rizičnim čimbenicima (dob, muški spol, alkoholizam, manjak glukoza-6-fosfat dehidrogenaze). Zbog toga je važno ovu bolest već na temelju epidemioloških podataka te kliničkog tijeka bolesti i pregleda pacijenta diferencijalno dijagnostički razlikovati od drugih bolesti s osipom, kako bi se započelo pravovremeno i odgovarajuće liječenje. Bolesnik kojega prikazujemo prezentirao se karakterističnim znakovima. To je olakšalo kliničko postavljanje dijagnoze i započinjanje terapije odmah po fizikalnom pregledu, čime su spriječeni daljnja progresija i razvoj komplikacija.

Literatura

1. Parola P, Raoult D. Ticks and tickborne bacterial diseases in humans and emerging infectious threat. Clin Infect Dis. 2001;32(6):897-928.
2. Punda V, Milas I, Bradarić N, Kačić A, Klišmanić Z. Mediteranean spotted fever in Yugoslavia. Liječ. vjes. 1984;106(7-8):286-8.
3. Dželalija B, Morović M, Stanković S, Vukić L, Dobec M, Dujella J. Clinical spectrum of rickettsioses in the Zadar area. Liječ Vjes. 1990;112:102-5.
4. Radulović S, Walker DH, Weiss K, Dželalija B, Morović M. Prevalance of antibodies to spotted fever rickettsiae along the eastern coast of the Adriatic sea. J Clin Microbiol. 1993;31:2225-7.
5. Radulović S, Feng H-M, Croquet-Valdes P, Morović M, Dželalija B, Walker DH. Antigen-capture enzyme immunoassay: a comparison with other methods for the detection of spotted fever group rickettsiae in ticks. Am J Trop Med Hyg. 1994;50:359-64.
6. Dželalija B. Bolesti uzrokovanе rikecijama, erlihijama, koksijelama i bartonelama. Zagreb: Offset Markulin; 2004.
7. Dželalija B, Petrovec M, Gasparov S, Avšić-Zupanc T. The first fatal case of Mediterranean spotted fever. Acta med Croatica. 2000;53:195-7.

OBITELJSKA MEDICINA

TEMELJ ZDRAVSTVENOGA SUSTAVA



Prim. INES BALINT, dr. med.

spec., predsjednica Povjerenstva za PZZ HLK-a

Obiteljska medicina je akademska i znanstvena disciplina koja ima vlastitu edukaciju, istraživanja, kliničko djelovanje utemeljeno na dokazima te kliničku specijalizaciju koja je usmjereni na primarnu zdravstvenu zaštitu i temelj je primarne zdravstvene zaštite u svim zdravstvenim sustavima u svijetu. Liječnik obiteljske medicine (LOM) je liječnik koji pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zaštitu pojedincu, obitelji i društvenoj zajednici, neovisno o dobi, spolu i zdravstvenim potrebama. Obiteljska medicina je jedina specijalnost definirana uspostavom kvalitetnog odnosa povjerenja između liječnika i pacijenta, koji uz medicinsko znanje doprinosi kvaliteti kliničke prakse i pozitivnim ishodima liječenja. Kontinuitet skrbi (zbrinjavanje od rođenja do smrti) glavno je obilježje rada LOM-a. Upravo specifičan odnos između obiteljskog liječnika i njegovog pacijenta usmjeren

prema osobi kao cjelini u obiteljskom, radnom i društvenom okruženju, a ne prema pojedinoj bolesti, pred nas stavlja brojne profesionalne izazove. Najvažnije su zadaće LOM-a prevencija i promocija zdravlja, provođenje preventivnih programa, liječenje akutnih i kroničnih bolesti, koordinacija skrbi s drugim dijelovima zdravstvene zaštite, zbrinjavanje u bolesnikovoj kući te palijativna skrb u terminalnoj fazi bolesti.

Važnost obiteljske medicine, ali i cijele primarne zaštite, posebno je došla do izražaja u vrijeme pandemije COVID-19. Preustrojili smo rad u ordinacijama i stavili se na raspolaganje pacijentima i zdravstvenom sustavu. Virtualna komunikacija je pokazala važnost i ulogu LOM-a u kontinuitetu skrbi za pacijente. Poznavanje naših bolesnika u njihovom obiteljskom i radnom okruženju, upućenost u njihove akutne i kronične bolesti, strahove i odnos prema zdravlju pomoći su nam u donošenju odluka o liječenju i postupanju u vrijeme kada je PZZ pacijentima bio većim dijelom dostupan isključivo online.

Prof. Barbara Starfield, Amerikanka, specijalistica pedijatrije, velika zagovornica obiteljske medicine i PZZ-a navodi: „*There is now good evidence, from a variety of studies at national, state, regional, local, and individual levels that good primary care is associated with better health outcomes (on average), lower costs (robustly and consistently), and greater equity in health.*“

Dakle, zemlje koje imaju dobru PZZ imaju bolje zdravstvene pokazatelle uz niže troškove i veću jednakost u zdravstvu. U Hrvatskoj zdravstvena administracija deklarativno navodi važnost i ulogu PZZ/obiteljske medicine, no umjesto da jača ulogu obiteljske medicine uočava se njen devastacija.

Svakodnevno se nameću brojne administrativne obveze koje neminovno utječu na smanjenje kvalitete rada LOM-a i PZZ-ae. Prosječna dob LOM-a je 52 godine, 681 obiteljski doktor je stariji od 60 godina, 112 je starijih od 65 godina, a zbog uvjeta rada sve je manje mlađih doktora zainteresiranih za rad u PZZ-u. Ne raspisuju se natječaji za specijalizacije iz obiteljske medicine, iako je naša zemlja prihvatile Direktivu br. 16/93/ EEC prema kojoj liječnici koji rade u obiteljskoj medicini u zemljama EU-a moraju imati završenu specijalizaciju (uvažavajući zatećeno stanje prilikom pristupanja Europskoj uniji). Zbog nemogućnosti stručnog usavršavanja, na natječaje za radna mjesta obiteljskih liječnika ne javlaju se zainteresirani liječnici niti u gradskim niti u ruralnim sredinama, a zdravstvena administracija, kao niti jedinice lokalne samouprave, ne donose nikakve stimulirajuće mjere kojima bi potakle zainteresiranost za obiteljsku medicinu kao temelj zdravstvene zaštite. Svakodnevno se provode kontrole našeg radnog vremena, propisanih lijekova, izdanih putnih naloga, bolovanja, naređuje nam se da moramo biti call centri i pozivati pacijente na cijepljenje, iako postoji središnji sustav prijavljivanja i naručivanja na cijepljenje protiv COVID-19... Liječnici PZZ-a su diskriminirani u odnosu na liječnike drugih segmenata zdravstvenog sustava u materijalnim, ali i pravima iz radnog odnosa jer imaju najniži koeficijent plaća u sustavu i ne priznaju im se stečena stručna ili znanstvena zvanja u vrednovanju rada. Sve su to razlozi zbog kojih mladi liječnici svoj profesionalni put radije nastavljaju u bolnicama.

Kuća se gradi od temelja koji moraju biti jaki i čvrsti kako se ne bi urušila. Obiteljska medicina temelj je našega zdravstvenog sustava. Još uvjek je čvrsta

i to glavni razlog zašto se čitav sustav nije urušio iako se naziru sve veće pukotine.

Suvremene metode dijagnostike i liječenja koje nam danas stoje na raspolaganju ne daju zadovoljavajući ishod liječenja, brojne su komplikacije kroničnih bolesti unatoč najsuvremenijim lijekovima. Stopa smrtnosti od zločudnih bolesti među najvišima je u Europi unatoč najsuvremenijim metodama liječenja koje su našim građanima dostupne i besplatne. Zašto? Zato što se od PZZ-a traži da bude administrator i kontrolor cijelog zdravstvenog sustava umjesto da se PZZ izvršava svoju temeljnu zadaću. Hrvatska liječnička komora i strukovne udruge obiteljske medicine predlažu jednostavna, provediva rješenja, ali odjeka nema, samo delegiranje novih zadataka i administrativnih obveza što će, ako se ovako nastavi, dovesti do potpunog urušavanja PZZ-a.

Navest će samo nekoliko prijedloga koji mogu sprječiti devastaciju obiteljske medicine u Hrvatskoj.

- Motivirati buduće studente za upis na medicinski fakultet te putem ranog upoznavanja studenata s radom u obiteljskoj medicini, posebice u ruralnim područjima (putem mentorstva) motivirati što više studenata za nastavak profesionalne karijere u obiteljskoj medicini (omogućiti uvjete rada po uzoru na nama bliske zemlje EU-a), osigurati odgovarajuće napredovanje i primjerena primanja tijekom cijele karijere te izjednačavanje stručnog i profesionalnog statusa obiteljskog liječnika u zdravstvenom sustavu.
- Uvesti administratora i dodatnu medicinsku sestruru/tehničara kao dio tima PZZ-a kako bi se administrativno rastretio medicinskog kadar, te potaknuli preventivni programi, omogućila bolja skrb za oboljele od kroničnih bolesti i smanjio broj osiguranih osoba po timu.
- Potaknuti i centralizirati financiranje specijalizacija obiteljske medicine, osobito po pitanju provođenja projekata, menadžmenta i liderstva.
- Osigurati kvalitetnu kontinuiranu medicinsku edukaciju svih članova tima, razvoj istraživača u obiteljskoj



medicini, potaknuti i stimulirati sudjelovanje u nacionalnim i međunarodnim projektima.

- Uvesti akreditaciju ordinacija obiteljske medicine (skupne prakse) kliničke vodiče prema međunarodnim smjernicama i lokalnim uvjetima, u kontrolu kvalitete rada.
- Definirati precizne kriterije timova u ruralnim područjima, finansijski ilostimulirati i dati im veću organizacijsku potporu, omogućiti i ojačati sudjelovanje lokalne samouprave nakon odgovarajuće edukacije o važnosti obiteljske medicine u dobro organiziranom zdravstvenom sustavu
- Dobro organiziranim skupnom praksom osigurati bolju dostupnost zdravstvene zaštite, veću kvalitetu, te manji troškove u zdravstvenom sustavu, za organizaciju rada skupne prakse definirati pravni okvir i menadžmen skupnih praksi.
- Osigurati pravnu sigurnost finančiranja i uvjeta rada timova, način prijenosa prakse, osigurati uvjete za financiranje opremanja, održavanja obnavljanja ordinacija obiteljske medicine.

Uz malo dobre volje ovi su prijedlozi provedivi i njihovim bi prihvatanjem obiteljska medicina i PZZ bile bi prav temelj zdravstvenog sustava, što bi povučalo kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite te rasterilo specijalističko-konziliarnu zdravstvenu zaštitu.

Nova tehnologija, računala, google doktori i slično ne mogu zamijeniti poseban odnos obiteljskog liječnika i njegovog pacijenta. Dugogodišnja skrb ulijeva povjerenje i motivaciju za skrb o vlastitom zdravlju, pratimo pacijenta od „kolijevke do groba“, uz pacijenta i njegovu obitelj smo i u radosti i u tuzi, ohrabrujemo ih i tješimo.

S obzirom na to da medicina sve više usavršava svoje dijagnostičke i terapijske sposobnosti, toliko je veća opasnost da ona izgubi dodir s predmetom svoje skrbi, koji nije puki predmet, već ljudsko biće kojemu su osim lijekova uvijek potrebni suočenje, razumijevanje i poštovanje, jednom riječju – čovječnost. Zato postoje obiteljski liječnici koji nastoje svoj poziv usmjeriti u postizanje triju ciljeva: liječenje, olakšavanje bolnih simptoma i briga o bolesnoj osobi u svim njezinim ljudskim vidicima.

Obiteljski liječnici trebaju biti snaga održivog zdravstvenog sustava. Još uvijek postoje zaljubljenici u obiteljsku medicinu koji svoje znanje, iskustvo i ljubav prema ovoj struci prenose na studente i mlade liječnike. Vjerujem da će i zdravstvena administracija prepoznati naš potencijal i pomoći da se uzdignemo te ojačamo temelje zdravstvenog sustava i naše struke.

Moram ipak napomenuti da bez obzira na brojne teškoće nikad ne bih specijalizaciju iz obiteljske medicine mijenjala za neku drugu jer je ona za mene kraljica medicine.

Piti ili ne piti: prikladna hidracija



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

Hrvatsko katoličko sveučilište

livia.puljak@unicath.hr

Voda je esencijalna za život. Od trenutka kad su praiskonske vrste krenule iz oceana živjeti na kopnu, glavni ključ za preživljavanje bila je prevencija dehidracije. Ključne prilagodbe za prevenciju dehidracije vidimo u svih vrsta, uključujući čovjeka. Bez vode ljudi mogu preživjeti svega nekoliko dana, ovisno o uvjetima okoliša. Voda čini 75 % tjelesne mase u novorođenčadi, a 55 % u starijih osoba i ključna je za staničnu homeostazu i život.

Koliko nam vode treba dnevno

Važno pitanje je stoga koliko točno vode trebamo svaki dan unijeti u organizam za optimalno funkcioniranje. Evropska agencija za sigurnost prehrabnenih proizvoda (engl. European Food Safety Authority, EFSA) u svojim smjernicama iz 2010. preporučuje unos od 2,5 litre vode za muškarce i 2 litre vode za žene dnevno. Otprikilike 20 – 30 % te količine vode unosimo hranom, dok bi 70 - 80 % dnevnog unosa vode trebalo doći iz pića. Žene bi stoga svaki dan trebale piti osam čaša tekućine od 200 ml, a muškarci deset čaša po 200 ml tekućine dnevno. Treba

uzeti u obzir da količina tekućine koju moramo unijeti u organizam svaki dan ovisi i o uvjetima okoliša i osobinama pojedinca, primjerice o vanjskoj temperaturi, tjelesnoj aktivnosti, dobi, spolu i tjelesnoj masi. EFSA tako daje specifične preporuke za unos vode za različite dobne skupine, počevši od novorođenčadi pa nadalje.

Što piti

Iako vodu možemo unijeti pijenjem različitih vrsta napitaka, budući da ne sadrži šećer, kalorije ili aditive, voda bi trebala biti naš prvi odabir prilikom izbora napitaka. Ako vam je obična voda previše dosadna, jer ipak nema ni okusa ni mirisa, možete je učiniti ugodnijom i zanimljivijom ako joj dodate kockice leda, kriške limuna ili naranče, krastavac, malo metvice ili bobica voće.

Više nije uvijek bolje

Kad je voda u pitanju, više vode nije uvijek bolje. Pijenje prevelike količine tekućine može dovesti do intoksikacije vodom, hiponatrijemije. To je stanje prekomjerne hidratacije zbog koje se koncentracija soli u krvi smanjuje, a prekomerna količina vode ulazi u stanice, što može dovesti do kongestije pluća i oštećenja stanica. Stoga se preporučuje u vodu uvijek dodati malo soli kad se mora popiti iznimna količina tekućine. Primjerice, moramo osobito puno tekućine piti kada vježbamo po vrućini i tijekom duljeg vremena (npr. bicikлизam na duge staze i maratonii) jer se puno tekućine gubi znojem. Pretjerano znojenje također dovodi do velikog gubitka soli, što može uzrokovati grčeve i iscrpljenost. Stoga je u takvim uvjetima važno piti izotonična pića koja sadrže natrij i odgovaraju sastavu naših tjelesnih tekućina.

Energetski napitci

Neki se odlučuju za energetske napitke umjesto vode i izotoničnih napitaka bogatih elektrolitima. Energetski napitci su uz multivitaminske pripravke najčešći dodatak prehrani koji konzumiraju mladi

u SAD-u. Muškarci u dobi između 18 i 34 godine konzumiraju najviše energetskih napitaka, a gotovo trećina tinejdžera u dobi između 12 i 17 godina pije ih redovito. Kako i ne bi kad se ovako reklamiraju na prodajnim mjestima: „povećavaju mentalne i kognitivne sposobnosti, budnost i fizičku izdržljivost.“ Pa tko ne bi htio biti bolji i izdržljiviji.

Glavni sastojak energetskih napitaka je kofein, u dozama od 70 do 240 mg. Za usporedbu, limenka kole sadrži 35 mg kofeina, a šalica kave oko 100 mg. Energetski napitci također mogu saržavati sastojke kao što su guarana (još jedan izvor kofeina koji se još zove i brazilski kakao), šećeri, taurin, ginseng, vitamin B, glukuronolakton, johimbin, karnitin i gorku naranču.

U literaturi se može naći niz istraživanja koja ukazuju na štetnost pijenja energetskih napitaka. Nadeem i suradnici su 2021. u časopisu *Sports Health* objavili sustavni pregled o štetnim učincima energetskih napitaka. Uključili su 32 istraživanja objavljenih do studenog 2019. u kojima je sudjelovalo 96 549 ispitanika. Rezultati sustavnog pregleda pokazuju kako su u pedijatrijskoj populaciji najčešći štetni učinci energetskih napitaka bili nesanica (35 %), stres (35 %) i depresivno

Pretjerano znojenje također dovodi do velikog gubitka soli, što može uzrokovati grčeve i iscrpljenost. Stoga je u takvim uvjetima važno piti izotonična pića koja sadrže natrij i odgovaraju sastavu naših tjelesnih tekućina.

raspoloženja (23%). U odraslih su najčešći štetni učinci bili nesanica (23%), nervosa/nemir/drhtanje ruku (30%) i probavne tegobe (22%). Alkohol pomiješan s energetskim napitcima malo je smanjio vjerojatnost sedativnih učinaka, ali povećao vjerojatnost stimulativnih učinaka. Autori preporučuju izbjegavati učestalo pijenje energetskih napitaka (5 - 7 napitaka tjedno) i izbjegavanje kombiniranja energetskih napitaka s alkoholom. Također autori pozivaju kako bi trebalo propisima bolje regulirati energetske napitke, osobito među pedijatrijskom populacijom.

Lasheras i suradnici 2001. su u svom sustavnom pregledu upozorili na činjenicu da se u posljednje vrijeme povećava broj srčanožilnih hitnih stanja zbog konzumiranja energetskih napitaka te upozoravaju

da sigurnosni profil konzumiranja energetskih napitaka još nije definiran. Pretražili su literaturu objavljenu do prosinca 2019. kako bi analizirali učinke energetskih napitaka na frekvenciju srca i promjene u EKG-u. Uključili su 43 klinička istraživanja i pokazali kako akutna konzumacija energetskih napitaka može promijeniti EKG u određenim rizičnim populacijama, što predstavlja rizik čiji značaj još uvijek treba ispitati. Pozivaju na oprez pri konzumaciji energetskih napitaka među rizičnim osobama i maloljetnicima i na provedbu daljnjih istraživanja na tu temu.

Objavljen i niz drugih sustavnih pregleda literature koji ukazuju na štetne učinke energetskih napitaka, osobito u maloljetnih osoba i osobito kad se kombiniraju s alkoholom.

Zaključak i Ronaldo

Hidrirajte se dovoljno svaki dan, kako biste dugo i dobro živjeli. Pritom bi najbolje bilo, kako bi rekao i gospodin Ronaldo, piti vodu.

Literatura

Popkin et al. Water, Hydration and Health. Nutr Rev. 2010 Aug; 68(8): 439-458.

European food Safety Authority (EFSA) (2010). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. EFSA Journal, 18-38.

Nadeem et al. Energy Drinks and Their Adverse Health Effects: A Systematic Review and Meta-analysis. Sports Health. 2021 May-Jun;13(3):265-277.

Lasheras et al. The impact of acute energy drink consumption on electrical heart disease: A systematic review and meta-analysis. J Electrocardiol. 2021;65:128-135.

LIJEČNIČKA PRIČA

> KNJIGA ŽALBE

Hodam između bolničkih zgrada. Bijela, ne blijeda, u bijelom, a kao da me crni uski fiktivni pretjesni skuti i koče i nose istodobno. Preljećem od zgrade do zgrade, trčim da preteknem moguću sudbinu. Doktor, pacijent. Od jučer sam malo luda, a pomalo normalna. Od jučer sam službeno pacijent.

Obavila sam sve. I punkciju, i anesteziološki, i krvnu grupu i koagulaciju. Čekam poziv s citologije, Marija će nazvati i ljubazno će nešto reći. Ja gledam pacijente, a minute teku kao stoljeća, valjda funkcioniram. Ne znam. Nasmiješim se kao i inače. Pišem nalaze. Da-jem savjete. I čekam presudu.

Dobro je. Barem za sada. Tkivo štitnjače. Ništa više. Sad me malo zaboli vrat. On ne promašuje, kažu. Ali veliko je, inhomogeno, prema straga i substernalno. Pomaklo traheju. S ponekim kalcifikatom. Najradije bih ih zaboravila, ali ne daju se. Vidjela svojim očima.

U srijedu je operacija. Pa dani slijede, tromo, polako. "Samo izvol'te!", požurujem ih. Bez učinka. Oni će kako oni hoće. Ni korak brže.

Od utorka popodne sjedim u pidžami, ne jedem, ne pijem. Samo čekam.

Ne bojam se. Ne bojam se operacije, bolnice, anestezije.

Bojam se nalaza. Kao presude na koju ne mogu utjecati.

Sve sam dogovorila, kirurga, anesteziologa, patologicu. I sebe sam dogovorila. Preko veze. Pacijent preko veze. I sebe ću imati pod kontrolom. Prihvatiću svaki problem za koji postoji rješenje. Tako uvijek kažem. I sad ću tako.

Presvlačim se. Slijedim upute. Igla ubodena bolno, upozoravam. "Sve je u redu", kažu. "Stavite glavu ovako!", kao u neku rupu. "Osjetiti ćete neki gadan okus u ustima." I stvarno, nešto mi ružno plinovito odnekad se stvorii. "Malo će vas stezati mjerjenje tlaka." I stegne me i ništa više.

Budim se brzo. U krevetu sam u sobi. Ne znam tko je oko mene. "Benigno", netko reče. Ili ja pitam. Ne znam više.

Sljedeća sam dva dana, dvije noći, bolnički pacijent. S onu stranu sustava. U dječoj sobi, kreveta 7-8, kinderbeta, prema potrebi. Čisto, uredno, toplo, svijetlo, prozračno. Živo, prolazno, malo bučno. Slušaju nekakve meni nedrage programe. Drugo sve je OK. Svi su

ljubazni, na usluzi. Nude, donose, objašnjavaju. Svima. Djeci, mamama, tatama, meni. Odmose smeće. Donose čaj. Predviđeno je dovoljno infuziju (tko mi je kriv što moje vene ne surađuju), analgezija, za spavanje, po želji i potrebi. Djeca su većinom tonzilektomirana. U detalje objašnjavaju svaku uputu. Zašto ne dudica, zašto ne prati kosu. Koliko i kada smije krvartiti. S osmijehom. Mame su cijeli dan s djecom. Ili tate. Noću djeca spavaju. Ogradice na krevetičima su podignute. Vrata otvorena. Sestre stalno obilaze. Tješe ako tko zaplače. Prate piškiti. Poje čajem. Znaju sva imena.

Laura ide u prvi razred, drugo polugodište. Malo je omršavjela na dan operacije. Petra se stvorila usred noći. Premještena s pedijatrije, prokrvarila. Dječačić je nestrljiv. Čuva ga mama i još njih pet-šest. "Trebaš nešto?", pita me ta mama ljubazno.

Oslobađam krevet. Čekam otpusno. Previjena. Posavjetovana. Pobiljšana.

Nedostaje nam kadra, organizacije, kreveta i kvadratnih metara.

Stručnosti, osmijeha, ljubaznosti - na pretek, usprkos.

Lada Zibar

Rijetka bolest s nespecifičnim simptomima **Pravovrenena dijagnoza i nove terapijske mogućnosti utječu na ishode liječenja** Nove terapije pružaju produljenje života Posumnjajte na mijelom Uputite bolesnika hematologu **Rana dijagnoza – bolja prognoza**

JOSIP BATINIĆ, dr. med.

specijalist internist, subspecijalist hematologije, Zavod za hematologiju Klinike za unutarnje bolesti KBC Zagreb

Sedimentacija eritrocita (SE) je jedna od najstarijih i najdostavljivijih laboratorijskih pretraga. Najčešće je povezana s reaktivnim/upalnim (uvjetno rečeno dobroćudnim) zbijanjima, ali nerijetko može biti i pokazatelj ozbiljnih pa i zloćudnih promjena.

Bolesti na koje dugotrajno ubrzana SE može upućivati su i monoklonske gammalijije u najširem značenju. Obilježene su proliferacijom jednog klonalnog plazma stanica koje stvaraju imunološki homogen protein poznat kao paraprotein ili monoklonski protein (M – protein, M prema monoklonski).

Mogu biti primarni poremećaj, tj. primarno hematološka bolest ili udružene s drugim kroničnim bolestima (limfoproliferativne bolesti, bolesti vezivnog tkiva, infekcije i dr.). Klinički najvažnija iz skupine primarnih hematoloških bolesti je multipli mijelom (MM) ili plazmocitom. MM je zloćudna novotvorina krvotvornog sustava svrstavana u skupinu zloćudnih novotvorina zrelih limfocita B, prema podjeli Svjetske zdravstvene organizacije (SZO).¹ Obilježen je nekontroliranom proliferacijom monoklonskih plazma stanica u koštanoj srži. MM se ubraja u rijetke bolesti. Incidencija MM-a u Hrvatskoj iznosi 4,2 - 4,8 na 100 000 stanovnika godišnje.² Učestalija je u starijih, medijan dobi pri dijagnozi je 68 godina, u muškaraca te u pripadnika crne rase. MM je druga najčešća zloćudna novotvorina krvotvornog sustava, nakon ne-Hodgkinovih limfoma, i čini 17 % svih hematoloških zloćudnih novotvorina, odnosno oko 1 % svih zloćudnih novotvorina.⁴ Etiologija je još uвijek nepoznata, pretpostavlja se da postoji genska predispozicija. Kao mogući okolišni/vanjski uzroci navode se utjecaj radioaktivnog zračenja, kronična antigena stimulacija virusima te višegodišnja izloženost pesticidima i sredstvima za čišćenje.⁵ Smatra se da su u razvoju MM-a prisutne 3 faze, klasificirane prema International Myeloma Working Group (IMWG) kao monoklonska gammalijija neutvrđenog značenja (eng. MGUS – monoclonal gammopathy of undetermined significance), asimptomatski ili šuljajući MM te simptomatski mijelom (tablica 1)⁶. Razlikuju se po kliničkoj prezentaciji, točnije odsutnosti ili prisutnosti simptoma i oštećenja organa, ali i po svom citogenetičkom i mole-

MULTIPLI MIJELOM

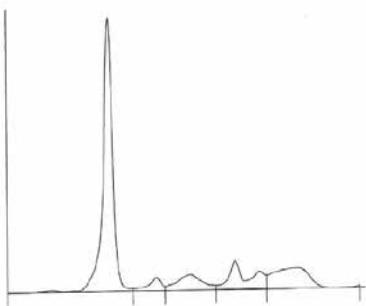
nerijetko zaboravljen uzrok ubrzane sedimentacije eritrocita

kularnom profilu. MGUS i asimptomatski mijelom se smatraju premalignim stanjem i po definiciji ne smiju imati simptome i/ili znakove oštećenja drugih organa. Važnost premalignih stanja je u tome što ti bolesnici imaju rizik progresije 1 % godišnje za MGUS, odnosno 10 % godišnje u slučaju asimptomatskog mijeloma.⁶ Klinička slika simptomatskog mijeloma je u početku nespecifična. Najčešći simptomi su anemija, tj. osjećaj slabosti (73 %), bol u kostima (58 %), umor (32 %), gubitak tjelesne mase (24 %). Rjede se javljaju pojačana sklonost krvarenju po koži i sluznicama (13 %), hiperviskoznost, recidivirajuće infekcije (13 %), bubrežno oštećenje (20 %).⁷ Često se u kliničkoj praksi koristi akronim CRAB (od eng. C - calcium, R - renal, A - anemia, B - bone) za opis najčešćih laboratorijskih i/ili kliničkih očitovanja: hiperkalcijemija, bubrežno oštećenje, anemija i koštane lezije koje definiraju simptomatski mijelom. Navedeni pokazatelji su ujedno i temelj dijagnostičkih kriterija, tj. Durie Salmonove klasifikacije.⁸ Simptomi mogu biti posljedica učinka samih tumorskih stanica, tj. infiltracije koštane srži koja dovodi do supresije normalne hematopoeze. Posljedica toga su anemija, najčešće normocitna i normokromna, s posljedičnom općom slabost i umorom, te rijede trombocitopenija i sklonost krvarenju. Zbog prevelike proizvodnje monoklonskog imunoglobulina dolazi do pareze normalnih imunoglobulina, odnosno imunodeficijencije. To pak dovodi do sklonosti infekcijama različitim vrstama bakterija, napose inkapsuliranim sojevima (rekurirajuće infekcije). Jedno od glavnih obilježja simptomatske bolesti su osteolitičke koštane promjene praečne koštanoj boli, a nerijetko se već kod postavljanja dijagnoze utvrde i patološki prijelomi. Bol može biti uzrokovana i ekstramedularnim rastom tumorske mase i pritiska na korijene spinalnih živaca ili na kralježničku moždinu; u posljednjem slučaju često postoje i neurološki ispadni. Na hiperkalcijemiju treba posumnjati u bolesnika koji se prezenetira umorom, osobito ako je u nesrazmjeru sa stupnjem anemije, zatim konstipacijom, mučninom, te konfuzijom. Hiperkalcijemija također pridonosi nastanku bubrežnog oštećenja. Ono primarno nastaje zbog proteinurije lakih lanaca imunoglobulina, poznatih i kao Bence Jones protein. Zbog nekontrolirane proizvodnje lakih lanaca dolazi do nakupljanja lakih lanaca u tubulima, precipitacije s Tamm-Horsfallovim proteinima i stvaranja cilindara s posljedičnom odjlevnom nefropatijom (tzv. mijelomska bubreg).⁹ Čak 20 % bolesnika se prezentira određenim stupnjem bubrežnog oštećenja kao vodećim simptomom. Svakako treba spomenuti i pridruženu amiloidozu koja nastaje zbog nakupljanja lakih lanaca imunoglobulina u različitim tkivima, najčešće bubrežna - amiloidoza

bubrege, ali i u srcu, jeziku te drugim organima.

U dijagnostici i praćenju bolesnika s MM-om, osim uobičajenih nalaza kompletne i diferencijalne krvne slike i općih biokemijskih pretraga, nezaobilazno mjesto imaju metode analize proteina u serumu i urinu, imunopatohistološke metode (na uzorcima bioptata kosti i punktata koštane srži) te radiološka obrada kostiju. Ključno mjesto imaju elektroforeza (EF) serumskih proteina, kvantitativno određivanje imunoglobulina (IgG, IgA, IgM), te imunofiksacija proteina serumu i/ili urinu. To su metode probira jer će tim analizama biti dokazan monoklonski protein u većine bolesnika (70 - 80%).⁷ EF daje uvid u sastav svih proteina u serumu, a krivulja ima karakterističan izgled (slika 1). Najčešće se nalazi šiljak u gama frakciji krivulje, iako se npr. kod monoklonskog imunoglobulina A, taj šiljak može pomaknuti i u beta frakciju. EF daje podatak i o koncentraciji albumina, koja ima prognostičku važnost u bolesnika s mijelomom. Imunofiksacija seruma (i/ili urina) se smatra zlatnim standardom za dokaz monoklonskog imunoglobulina zbog velike osjetljivosti i specifičnosti, iako je samo kvalitativna metoda. Novija metoda koja je postala dio rutinske obrade je kvantitativno određivanje slobodnih lakih lanaca u serumu i/ili urinu i njihovog omjera (kappa/lambda omjer). Ona je komplementarna metoda elektroforezi i imunofiksaciji, jer se smatra da je u čak oko 20 % bolesnika monoklonski protein nedetectabilan EF-om serumskih proteina. Za bolesnike s takvom prezentacijom mijeloma se smatralo da boluju od nesekretornog ili oligosekretornog oblika bolesti. Uvođenjem kvantitativnog određivanja slobodnih lakih lanaca u serumu i/ili urinu, dokazano je da većina bolesnika, za koje se smatralo da imaju nesekretorni oblik bolesti, zapravo ima oblik mijeloma kod kojeg se izlučuju samo laki lanci imunoglobulina, tzv. mijelom lakih lanaca.¹⁰ Zato je kvantifikacija slobodnih lakih lanaca postala nezaobilazna za analize serumskih proteina, te u kombinaciji s EF-om i imunofiksacijom ima veću osjetljivost u dijagnostici monoklonskih gammalijija.¹¹ Biokemijskim analizama proteina dobiva se uvid u aktivnost bolesti (veličina M komponente) i posredno u veličinu tumorske mase (dokazan je proporcionalan odnos između veličine M komponente i veličine tumorske mase). Za izravan dokaz veličine tumorske mase, tj. broja monoklonskih plazma stanica, nužno je učiniti imunopatohistološke i/ili citološke analize koštane srži. To su citogenetičke analize (kariogram i FISH; od eng. fluorescent in-situ hybridization). Najčešće zahvaćen gen za teški lanac na kromosomu 14. Nalaz ima prognostičko značenje (određene promjene označavaju bolest visokog rizika odnosno loše

Elektroforeza proteina u serumu



Slika 1. Ljeva slika prikazuje izgled normalne krivulje EF serumskih proteinova, a desna karakterističan izgled krivulje u bolesnika s MM-om: vidi se visok šiljak u gamma frakciji (ljubaznošću prof. dr. sc. Danice Matišić)

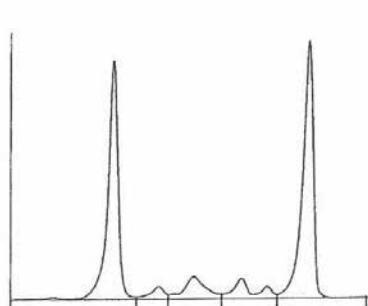
prognoze)¹². Sve veću važnost ima imunofenotipizacija stanica koštane srži protočnom citometrijom. Imunofenotipizacija je za sada najvažnija metoda određivanja minimalne ostatne bolesti (eng. MRD – minimal residual disease), a odsutnost MRD-a ima velik utjecaj na ishod liječenja, tj. preživljenje bolesnika.¹³

Nezaobilazna je radiološka obrada skeleta (nalaz litičkih promjena), u našim uvjetima najčešće klasične RTG snimke cijelog skeleta. Sve više su zastupljene niskodozna kompjutorizirana tomografija cijelog tijela (eng. low-dose whole body CT) i magnetska rezonancija (MR)¹⁴ te pozitron-emisjska tomografija u kombinaciji sa CT-om (PET-CT) koja se pokazala najosjetljivijom za procjenu morfološkog i metaboličkog MRD-a.¹⁴ Scintigrafija skeleta radioaktivnim tehnicijem nije korisna u dokazivanju i praćenju koštanih promjena u MM-u (ima manju osjetljivost čak i od konvencionalne RTG snimke) jer je nakupljanje tehnecije ovisno o osteoblastičnoj aktivnosti, a u MM-u dominantna je osteoklastična aktivnost uz inhibiciju osteoblasta.

Danas je prihvaćena prognostička klasifikacija za MM tzv. R-ISS klasifikacija (od eng. revised international staging system)¹², a uključuje vrijednosti beta 2 mikroglobulina, albumina te vrijednosti laktat dehidrogenaze i citogenetičkih abnormalnosti (del(17p); t(4;14); t(14;16)), prema kojima se bolesnici klasificiraju u tri stadija - stadij 3 označava bolest visokog rizika, odnosno najkraćeg preživljenja.

Liječenje MM-a je složeno i velikom djelom ovisi i o obilježjima bolesnika. Bolesnici s MGUS-om i šljubajućim mijelomom ne zahtjevaju specifičnu terapiju već samo praćenje zbog rizika od progresije. U simptomatskoj bolesti terapijski pristup se dijeli u dvije strategije, ovisno o obilježjima bolesnika. Prva uključuje one u kojih je moguće liječenje intenzivnom kemoterapijom (mijeloablativnom) uz potporu transplantacijom (TX) autolognih matičnih stanica. Najčešće se ovakav pristup koristi u mlađih od 70 godina, dobrog općeg stanja i sa zadovoljavajućom funkcijom drugih organskih sustava. U njih se terapijski pristup sastoji od uvodnoga liječenja kojim se nastoji smanjiti tumorska masa, a potom primjene mijeloablative kemoterapije velikim dozama melfalana i TX-om autolognih krvotvornih matičnih stanica. U nekih se, ovisno o odgovoru, provode i dva uzastopna TX-a, tzv. tandem TX. Druga strategija namijenjena je onima

Elektroforeza proteina u serumu



u kojih nije moguće provesti liječenje mijeloablativnom terapijom zbog prevelike toksičnosti i/ili velikog rizika komplikacija. Tu ubrajamo starije (> 70 godina) i one s ozbiljnijim komorbiditetima i/ili oštećenom funkcijom organskih sustava. U njih se liječenje provodi konvencionalnom kemoterapijom različitog intenziteta. U obje strategije temelj liječenja u uvodnoj terapiji su kombinacije temeljene na inhibitoru proteasoma bortezomibu.

Tijekom prošlog desetljeća u liječenju MM-a došlo je do značajnih promjena i razvoja novih lijekova (karfilzomib, iksazomib, daratumumab i dr.), što je poboljšalo preživljenje bolesnika.

Zbog složenosti i mogućnosti odabira više vrsta protokola, Hrvatska kooperativna grupa za hematološke bolesti (KroHem) je izdala smjernice za liječenje MM-a u kojima su objedinjeni podaci iz literature, te preporuke međunarodnih društava za pojedine protokole (dostupno na mrežnim stranicama KroHem-a).¹⁵

Literatura:

1. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood 2016;127: 2375-2390
2. Incidencija raka u Hrvatskoj 2006, Bilten br. 31. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2008.
3. Sirohi B, Powles R. Multiple myeloma. Lancet 2004; 363: 875-87
4. Durie BG, Kyle RA, Belch A et al. Scientific Advisors of the International Myeloma Foundation. Myeloma management guidelines: a consensus report from the Scientific Advisors of the International Myeloma Foundation. Hematol J. 2003;4(6):379-98
5. Perrotta C, Staines A, Codd M et al. Multiple Myeloma and lifetime occupation: results from the EPILYMPH study. Journal of Occupational Medicine and Toxicology 2012; 7:25
6. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A et al International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma; Lancet Oncol 2014; 15: e538-48
7. Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clin Proc 2003; 78:21
8. Durie BG, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival. Cancer 1975;36:842-854
9. Dimopoulos MA, Sonneveld P, Leung N et al. International Myeloma Working Group Recommendations for the Diagnosis and Management of Myeloma-Related Renal Impairment. J Clin Oncol 2016; 34:1544-1557
10. Dispenzieri A, Kyle R, Merlini G et al. International Myeloma Working Group International Myeloma Working Group guidelines for serum-free light chain analysis in multiple myeloma and related disorders. Leukemia. 2009;23(2):215-24
11. Anderson KC, Alsina M, Bensinger W et al. National Comprehensive Cancer Network. Multiple myeloma. J Natl Compr Canc Netw. 2011;9(10):1146-83.
12. Palumbo A, Avet-Loiseau H, Oliva S et al. Revised International Staging System for Multiple Myeloma: A Report From International Myeloma Working Group J Clin Oncol 2015; 33:2863-2869
13. Kumar S, Paiva B, Anderson KC, et al. International Myeloma Working Group consensus criteria for response and minimal residual disease assessment in multiple myeloma. Lancet Oncol 2016; 17: e328-46
14. Hillengass J, Usmani S, Rajkumar SV et al. International myeloma working group consensus recommendations on imaging in monoclonal plasma cell disorders. Lancet Oncol 2019; 20(6): e302-e312
15. www.krohem.hr

Tablica 1. Dijagnostički kriteriji za MGUS, asimptomatski i simptomatski multipli mijelom.⁶

MGUS	Asimptomatski (šljubajući ili indolentni) mijelom	Simptomatski mijelom
<ul style="list-style-type: none">monoklonski protein u serumu < 30 g/lplazma stanice u koštanoj srži < 10%nepostojanje oštećenja organa uzrokovanog mijelomom ili simptoma	<ul style="list-style-type: none">M protein ≥ 30 g/l (serum) ili ≥ 500 mg/24 sata (urin)Klonalne plazma stanice u koštanoj srži 10 % - 60 %Nepostojanje oštećenja organa uzrokovanog mijelomom ili simptoma	<ul style="list-style-type: none">Osnovni proliferativni poremećaj plazma stanica+ 1 ili više simptoma ili oštećenja organa uzrokovanog mijelomom:≥ 1 CRAB kriterijaKlonalne plazma stanice u koštanoj srži ≥ 60 %Omjer slobodnih lakih lanaca u serumu ≥ 100>1 fokalne lezije na MRI

C: hiperkalcijemija (> 11 mg/dl (> 2,75 mmol/l) or > 1 mg/dl (> 0,25 mmol/l) više od gornje granice ref. vrijednosti
R: bubrežno oštećenje (CrCl < 40 ml/min or serumski kreatinin > 2 mg/dl = 170 µmol/l)
A: Anemija (Hb < 10 g/dl ili 2 g/dl < normale)
B: Koštana bolest (≥ 1 litičke lezije na rentgenogramu, CT ili PET/CT)

Sadržaj sponzorira tvrtka Amgen. Stavovi napisani u ovom članku nisu nužno i stavovi tvrtke Amgen.

Prije propisivanja lijeka, molimo pročitajte cijelokupan zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE.

Datum pripreme materijala: svibanj 2021.HR-KYP-0521-00002

ŽIVOT U RURALNOJ SREDINI



PETRA ŠULJIĆ, dr. med.
specijalistica pedijatrije

Rođena sam u Rijeci. Nakon osnovne škole, gimnazije i medicinskog fakulteta, naravno u Rijeci, specijalizirala sam pedijatriju, a gdje drugdje nego u Rijeci. Rijeka je moj grad, grad koji volim, grad koji teče...

Pravedno ili ne, neke životne okolnosti odvele su me u Ogulin. Moj put započeo je radom u dvije male seoske ambulante obiteljske medicine, gdje sam „pekla zanat“ kao mladi liječnik bez iskustva.

Najveća potpora, kao čovjek i kao suradica, bila mi je sestra Nada, kojoj i ovim putem najiskrenije zahvaljujem. Na početku nije bilo lako niti na poslu, a niti u podstanarskoj sobi. Čekala sam vikende da odem kući, nosila zamrznute ručkove za cijeli tjedan, čistu ispeglanu robu. Svaki vikend sam se nadisala morskoga zraka i to me oporavljalo. Vrijeme učini svoje, postupno sam se privikavala na zimske uvjete, snijeg, gojzerice, duplu robu, pješačenje na posao zbog visokog snijega... Da, mnogo ljudi ide pješice na posao, zaželete ti dobro jutro i

ugodan dan iako se ne poznajete. Dobronamjerni su, iskreni, nekako bliski. Kao da vode miran i usporen život, nitko ne žuri, nisu mrzovoljni već od ranoga jutra. A na poslu... kolege ljubazni, u svakom trenu spremni pomoći, otvoreni. Takvo međusobno razumijevanje i poštovanje bilo mi je vrlo važno. Ne samo meni, već i drugim mladima i novozaposlenim ljudima bilo koje strike koji svoj životni put počinju u malim ruralnim sredinama.

Perspektiva radne sredine te svakodnevno poboljšanje uvjeta za rad, stambenih i drugih infrastrukturnih sadržaja doprinosi ostanku ljudi u ovom kraju, unatoč nešto nižem socioekonomskom standardu. Ogulin je mali grad s oko 15 000 stanovnika. Bogat je povjesnom baštinom, kulturnim i prirodnim ljepotama, obrazovnim i sportskim sadržajima, što rezultira laganim povećanjem broja mladeg stanovništva. Grad je dobio novi vrtić i jaslice, grade se POS-ovi stanovi, a dobro je prometno povezan s većim gradovima poput Karlovca, Rijeke i Zagreba. Posebno me raduje gradnja novih pedijatrijskih ambulanti odvojenih od ostalih ordinacija opće medicine, u zasebnoj zgradbi Doma zdravlja. Zahtjevno je raditi s malim pacijentima, a još zahtjevnije s njihovim obiteljima, posebno u vrijeme pandemije. Tehnologija je u svim segmentima života

učinila svoje, tako i roditelji malih pacijenata dolaze informirani putem interneta, točno ili ne, ali informirani. To je velika prednost, ali ponekad i velik nedostatak. Za istaknuti je znatno ulaganje u opremu pedijatrijskih ambulant, na primjer u ultrazvučni uređaj koji bi uz edukaciju pedijatrijskog kadra znatno poboljšao dijagnostički pristup i smanjio roditeljima troškove putovanja u veće gradove, užeto vrijeme i smanjio izostanke s posla. Trebalo bi se puno više ulagati i njegovati sportski sadržaji dvoranskog tipa za djecu predškolskog uzrasta, igraonice, a također i organizirati prijevoz iz okolnih mjesta u Ogulin na sportske aktivnosti. U perspektivi, moja je velika želja otvaranje mogućnosti multidisciplinarnog pristupa djeci sa smetnjama ponašanja u vidu logopeda, defektologa i psihologa jer roditelji nisu uvijek u mogućnosti voditi svoje dijete u veća središta više puta na vježbe i terapiju pojedinog stručnjaka.

I da zaključim, život u manjim sredinama ima puno više prednosti, a nedostatke se uvijek, uz мало dobre volje, vrlo brzo može otkloniti.

Zato, dragi kolege, dođite raditi u male sredine, puno ćete naučiti. To je neprocjenjivo iskustvo koje ćete pamtitи cijeli život.



Povezanost prethodne antikoagulantne terapije s preživljnjem bolesnika od COVID-19

Teški COVID-19 povezan je sa sustavnom koagulopatijom koja može dovesti do smrtnoga ishoda. Cilj ovog istraživanja bio je ustanoviti je li sustavna antikoagulantna terapija uvedena prije COVID-19 povezana s preživljnjem bolesnika koji su hospitalizirani.

Pregledana je medicinska dokumentacija 6 116 hospitaliziranih bolesnika s laboratorijski potvrđenim COVID-19 iz zdravstvenog sustava Mount Sinai. Bolesnici su stratificirani u dvije skupine: bolesnici s antikoagulantnom terapijom prije primitka i bolesnici bez navedene terapije (kontrolna skupina). Svi su statistički analizirani kako bi se utvrdila povezanost antikoagulantne terapije sa smrtnim ishodom u bolesnika s COVID-19.

412 bolesnika (6,7 %) primalo je antikoagulantnu terapiju prije hospitalizacije. Bili su stariji ($72,3 \pm 14,2$ vs $63,2 \pm 17,2$ godine) i imali su više komorbiditeta poput KOPB-a, hipertenzije, dijabetesa i kronične bubrežne bolesti ($P < 0,05$) u odnosu na bolesnike koji nisu primali antikoagulantnu terapiju prije hospitalizacije. Značajno je da su bolesnici s antikoagulantnom terapijom prije primitka imali niže vrijednosti D-dimera (medijan 1,49 [IQR 0,75 - 2,81] u odnosu na 1,66 [IQR 0,89 - 3,51] $\mu\text{g}/\text{ml}$, $P = 0,01$). Bolnička smrtnost nije se značajno razlikovala u bolesnika s antikoagulantnom terapijom prije primitka u usporedbi s onima bez te terapije prije primitka u bolnicu (33,1 % vs 33,9 %, P

= 0,92). Te razlike nisu bile značajne niti nakon isključivanja bolesnika koji su imali endotrahealnu intubaciju u obje skupine ili nakon isključivanja bolesnika s antikoagulantnim lijekovima tijekom hospitalizacije u kontrolnoj skupini.

Antikoagulantna terapija prije hospitalizacije nije bila povezana s manjim rizikom bolničke smrtnosti bolesnika s COVID-19. Ipak, potrebna su daljnja istraživanja kojima bi se potvrdili navedeni zaključci.

(J Am Coll Cardiol. 2021 May 11; 77(18): 1638. Published online 2021 May 3. doi: 10.1016/S0735-1097(21)02994-6)

 PETRA RADIĆ, dr. med.

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Boban M. Editorial for "Traveling Volunteers - A Multi-Vendor, Multi-Center Study on Reproducibility and Comparability of 4D Flow Derived Aortic Hemodynamics in Cardiovascular Magnetic Resonance". *J Magn Reson Imaging*. 2021 Jun 22. doi: 10.1002/jmri.27800.

Hrenovic J, Seruga Music M, Drmic M, Pesorda I, Bedenic B. Characterization of Burkholderia cepacia complex from environment influenced by human waste. *Int J Environ Health Res*. 2021 Jun 21;1-11. doi: 10.1080/09603123.2021.1943325.

Kafka A, Bukovac A, Brglez E, Jarmek AM, Poljak K, Brlek P, Žarković K, Njirić N, Pećina-Šlaus N. Methylation patterns of DKK1, DKK3

and GSK3β are accompanied with different expression levels in human astrocytoma. *Cancers (Basel)*. 2021 May 21;13(11):2530. doi: 10.3390/cancers13112530.

Knezevic M, Gojkovic S, Krezic I, Zizek H, Malekinusic D, Vrdoljak B, Vranes H, Knezevic T, Barisic I, Horvat Pavlov K, Drmic D, Staroveski M, Djuzel A, Rajkovic Z, Kolak T, Kocman I, Lovric E, Milavic M, Sikiric S, Tvrdeic A, Patrlj L, Strbe S, Kokot A, Boban Blagaic A, Skrtic A, Seiwertsh S, Sikiric P. Occlusion of the superior mesenteric artery in rats reversed by collateral pathways activation: gastric pentadapeptide bpc 157 therapy counteracts multiple organ dysfunction syndrome; intracranial, portal, and caval hypertension; and aortal hypotension. *Biomedicines*.

2021 May 26;9(6):609. doi: 10.3390/biomedicines9060609

Kolobarić N, Drenjančević I, Matić A, Šušnjara P, Mihaljević Z, Mihalj M. Dietary intake of n-3 PUFA-enriched hen eggs changes inflammatory markers' concentration and Treg/Th17 cells distribution in blood of young healthy adults-a randomised study. *Nutrients*. 2021 May 28;13(6):1851. doi: 10.3390/nu13061851.

Malenica M, Vukomanović M, Kurtjak M, Masciotti V, Dal Zilio S, Greco S, Lazzarino M, Krušić V, Perčić M, Jelovica Badovinac I, Wechtersbach K, Vidović I, Baričević V, Valić S, Lučin P, Koča N, Grabušić K. Perspectives of microscopy methods for morphology characterisation of extracellular vesicles from human

biofluids. *Biomedicines*. 2021 May 26;9(6):603. doi: 10.3390/biomedicines9060603.

Marcic L, Marcic M, Kojundžic SL, Marcic B, Capkun V, Vukojević K. Personalized approach to patient with MRI brain changes after SARS-CoV-2 infection. *J Pers Med*. 2021 May 21;11(6):442. doi: 10.3390/jpm11060442.

Marcic M, Marcic L, Marcic B, Capkun V, Vukojević K. Cerebral vasoreactivity evaluated by transcranial color Doppler and breath-holding test in patients after SARS-CoV-2 infection. *J Pers Med*. 2021 May 6;11(5):379. doi: 10.3390/jpm11050379.

Maršanić VB, Dobrović N, Tadić MF, Flander GB. 2020 Double crisis in Croatia: earthquakes in the time

Povezanost tjelesne mase i aktivnosti bolesti u djece s juvenilnim idiopatskim artritisom

PORUKA ČLANKA

Visoka aktivnost bolesti u djece s juvenilnim idiopatskim artritisom povezana je s niskim indeksom tjelesne mase

Juvenilni idiopatski artritis (JIA) najčešća je kronična reumatska bolest u dječjoj dobi. Unatoč tome što se u proteklih nekoliko godina za liječenje ove bolesti primjenjuje mnoštvo novih lijekova, u nekim je bolesnika još uvijek teško postići remisiju tako da u odraslu dob ulaze s aktivnom bolesti. Mnoga su istraživanja pokazala da se s takvim lošim ishodom povezuju različita obilježja bolesnika, poput mlađe dobi pri nastupu bolesti, kašnjenja u postavljanju dijagnoze, prisutnosti protutijela kao što su reuma-

toidni faktor (RF) i protutijela na cikličke citrulinirane peptide (anti-CCP), visoke koncentracije upalnih biljega, te sam oblik bolesti. No, budući da do sada nije detaljno ispitana odnos indeksa tjelesne mase (ITM) bolesnika i ishoda bolesti, liječnici iz Portugala i Brazila su istražili postoje li i takva povezanost.

Analizirali su podatke prikupljene od 275 bolesnika s postavljenom dijagnozom JIA iz Brazila i Portugala, koji su bili uključeni u portugalski registar reumatskih bolesti. Svakom je sudioniku, između ostalog, izračunat za dob i spol specifičan ITM, na temelju čega su sudionici podijeljeni u četiri različite skupine. Tako je od ukupnog broja sudionika 6,9 % bilo pothranjeno (ITM < 3. percentile), 67,3 % normalne mase (ITM 3. – 85. percentile), 15,3 imalo je prekomjernu tjelesnu masu (ITM 85. – 97. percentile) dok je 10,5 %

bilo pretilo (ITM > 97. percentile).

Rezultati multivarijatne regresijske analize pokazali su da su normalna tjelesna masa ($P < 0,01$), prekomjerna tjelesna masa ($P < 0,01$) i pretilost ($P < 0,01$), značajno povezane s nižom aktivnošću bolesti u usporedbi s pothranjenošću, čak i nakon prilagodbe za spol, dob, zemlju stanovanja i etnicitet.

Zaključeno je kako uzrok ovakve povezanosti još uvijek nije sasvim jasan, no mogao bi se tumačiti da aktivna bolest u djece negativno utječe na nakupljanje tjelesne mase.

(Acta Reumatol Port. 2021 Jan-Mar;46(1):7-14.)



Dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med.

specijalist pedijatrije i uže specijalnosti iz pedijatrijske reumatologije

of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 May 24:1-5. doi: 10.1007/s00787-021-01785-8.

Mikolasevic I, Rahelic D, Turk-Wensswein T, Ruzic A, Domislovic V, Hauser G, Matic T, Radic-Kristo D, Krznaric Z, Radic M, Filipc Kanizaj T, Martinovic M, Jerkic H, Medjmurec M, Targher G. Significant liver fibrosis, as assessed by fibroscan, is independently associated with chronic vascular complications of type 2 diabetes: A multicenter study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2021 Jun 1;177:108884. doi: 10.1016/j.diabres.2021.108884.

Mrljak A, Mikulic D, Busic M, Vukovic J, Jadrijevic S, Kocman B. Liver transplantation in Croatia: "David among Goliaths". *Transplantation*. 2021 Jul 1;105(7):1389-1391. doi: 10.1097/TP.00000000000003453.

Nižić Nodilo L, Ugrina I, Špoljarić D, Amidžić Klarić D, Jakobović Brala C, Perkušić M, Pepić I, Lovrić J, Saršon V, Safundžić Kučuk M, Zadravec D, Kalogjera L, Hafner A.

A dry powder platform for nose-to-brain delivery of dexamethasone: formulation development and nasal deposition studies. *Pharmaceutics*. 2021 May 26;13(6):795. doi: 10.3390/pharmaceutics13060795.

Novak Kujundžić R, Prpić M, Đaković N, Dabelić N, Tomljanović M, Mojžeš A, Fröbe A, Trošelj KG. Nicotinamide N-Methyltransferase in acquisition of stem cell properties and therapy resistance in cancer. *Int J Mol Sci*. 2021 May 26;22(11):5681. doi: 10.3390/ijms22115681.

Ristić S, Pavlić SD, Nadalin S, Čizmarević NS. ACE I/D polymorphism and epidemiological findings for COVID-19: one year after the pandemic outbreak in Europe. *J Infect*. 2021 Jun 4:S0163-4453(21)00282-6. doi: 10.1016/j.jinf.2021.06.002.

Roguljić H, Nincević V, Bojanic K, Kuna L, Smolic R, Vcev A, Primorac D, Vceva A, Wu GY, Smolic M. Impact of DAA treatment on cardiovascular disease risk in chronic HCV infection: An update. *Front*

Pharmacol. 2021 May 11;12:678546. doi: 10.3389/fphar.2021.678546. eCollection 2021.

Rubeša-Mihaljević R, Vrdoljak-Mozetić D, Dinter M, Verša Ostojić D, Štemberger-Papić S, Klarić M. Diagnostic three slides pap test compared to punch biopsy and endocervical curettage in confirmed HSIL+ diagnosis. *Diagnostics* (Basel). 2021 May 25;11(6):942. doi: 10.3390/diagnostics11060942.

Stupin A, Drenjančević I, Šušnjara P, Debeljak Ž, Kolobaric N, Jukić I, Mihaljević Z, Martinović G, Selthofer-Relatić K. Is there association between altered adrenergic system activity and microvascular endothelial dysfunction induced by a 7-day high salt intake in young healthy individuals. *Nutrients*. 2021 May 20;13(5):1731. doi: 10.3390/nu13051731.

Šećerović A, Pušić M, Kostešić P, Vučković M, Vukojević R, Škokić S, Sasi B, Vukasović Barišić A, Hudetz D, Vnuk D, Matićić D, Urlić I, Mumme M, Martin I, Ivković A.

Nasal chondrocyte-based engineered grafts for the repair of articular cartilage "Kissing" lesions: A pilot large-animal study. *Am J Sports Med*. 2021 May 28;3635465211014190. doi: 10.1177/03635465211014190.

Sestan M, Sršen S, Kifer N, Sapina M, Batnožic Varga M, Ovuka A, Held M, Kozmar A, Frkovic M, Laskarin G, Gagro A, Jelusic M. Persistence and severity of cutaneous manifestations in IgA vasculitis is associated with development of IgA vasculitis nephritis in children. *Dermatology*. 2021 Jun 7:1-7. doi: 10.1159/000516765.

Šustić M, Cokarić Brdovčak M, Lisnić B, Materljan J, Juranić Lisnić V, Rožmanić C, Indenbirken D, Hiršl L, Busch DH, Brizić I, Krmpotić A, Jonjić S. memory cd8 t cells generated by cytomegalovirus vaccine vector expressing NKG2D ligand have effector-like phenotype and distinct functional features. *Front Immunol*. 2021 Jun 3;12:681380. doi: 10.3389/fimmu.2021.681380. eCollection 2021.

Dulce cum utili!

Hrvatska odbrojava dane i sate do početka utakmice osmine finala Europskog prvenstva protiv Španjolske!

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



Uvod

Tu ste rečenicu mogli prije nekoliko dana često čuti ili pročitati u medijima. Uostalom, svi smo s nestrpljenjem očekivali utakmicu i nastup Vatrenih u osmini finala Europskoga nogometnog prvenstva. Nogomet je ponovno ovih dana postao najvažnija sporedna stvar na svijetu! U jezičnome svijetu, usudila bih se reći, jedna od važnih (ne sporednih) pojava jesu frazemi ili idiomi kako se najčešće nazivaju u angloameričkoj lingvistici. Nerijetko ih zanemarujemo jer nismo svjesni koliko je važna njihova uloga u razumijevanju teksta. U prilog tome idu i rezultati istraživanja koje smo proveli među gimnazijalcima. Dobili smo vrlo uznemirujuće podatke da srednjoškolci ne znaju značenje velikoga broja frazema koji se nalaze u svakodnevnoj upotrebi. Jedan od zanimljivijih podataka bio je da je čak njih 68 % mislilo da frazem *napraviti kome medvjedu uslugu* znači 'napraviti kome veliku uslugu', a ne da znači upravo suprotno, 'odmoći kome'. Zato se i provjera viših razina znanja nekoga jezika temelji upravo na provjeri značenja frazema i njihovoj pravilnoj upotrebi. Prilično sam sigurna kako ste prvo pomislili na engleski jezik jer su se svi koji su učili engleski jezik susreli s obiljem frazema (idioma) koje je trebalo na nešto višim razinama poznавања jezika usvojiti jer se engleski jezik uvelike temelji na idiomatskim izrazima. Hrvatski jezik, baš

kao i engleski, ili bilo koji drugi prirodni jezik, također obiluje brojnim frazemima. Specifičnost frazema je u tome što njihovo značenje ne proizlazi iz značenja riječi od kojih se frazem sastoji jer je značenje frazema arbitrarno, tj. svojevoljno, što znači da bilo koji niz riječi može imati bilo koje značenje jer se ono ne može povezati sa značenjima riječi od kojih se frazem sastoji. Zato se frazemi moraju posebno učiti jer razumijevanje smisla svakoga teksta na bilo kojem jeziku, a tako i na hrvatskome jeziku, pa i za nas kojima je hrvatski jezik materinski jezik, zahtijeva poznавање značenja frazema koji su u tome tekstu upotrijebljeni.

Vratimo se sada na naslov članka – „Hrvatska odbrojava dane i sate do početka utakmice osmine finala Europskog prvenstva protiv Španjolske!“ *Brojiti dane* (*sate i sl.*) je frazem koji ima značenje „nestrpljivo iščekivati, ne moći dočekati što“. U jednom drugom novinskom članku, također vezanom uz nogomet, nailazimo na varijacije istoga frazema: *Vatreni broje sate do prijateljskog dvoboja s Turskom* ili *Brojimo sate do početka turnira*. U skladu s ljetnjim odmorom koji neki od nas iščekuju možemo s pomoću frazema reći da *Brojimo dane do godišnjeg odmora* i sl. Tema članka u ovom broju *Liječničkih novina*, kao što ste već sigurno zaključili, vezana je uz iznimno važan element svakoga jezika čije važnosti često nismo svjesni – frazemima! Tu ćemo

temu nastaviti i nakon ljetnoga odmora i to frazemima vezanima uz medicinsku struku, s osobitim obzirom na frazeme koji u svojem sastavu imaju naziv za dio tijela, tzv. somatske frazeme.

Koje izraze smatramo frazemima?

Frazemima se smatraju izrazi relativno čvrsto vezane strukture, koji se ne stvaraju u govornom procesu, nego se reproduciraju u gotovu obliku, čije se značenje, kao što smo rekli, obično ne izvodi iz značenja sastavnica jer su one, ili bar neke od njih, doživjele značenjsku preobrazbu te koji se uklapaju u rečenicu ili u tekst kao njihov sastavni dio. Takve jezične izraze proučava frazeologija.

Podrijetlo frazema

Kada se govori o podrijetlu frazema nekoga jezika, najčešće se misli na jezik iz kojega je frazem potekao. Tako se po podrijetlu frazemi mogu podijeliti na izvorno hrvatske frazeme te frazeme koji postoje i u drugim jezicima (općeeuropski ili frazemi preuzeti iz kojega stranog jezika) pa, prema tome, razlikujemo nacionalnu i internacionalnu frazeologiju. Izvori iz kojih frazemi potječu mogu biti vrlo različiti. Neki su frazemi nastali na temelju citata iz književnih i drugih djela koja su napisana na jeziku koji ih upotrebljava (npr. *o lijepa, o draga, o slatka slobodo; gospoda Glembajevi*), neki su nastali doslovnim prevodenjem frazema iz književnih djela nastalih na drugim jezicima (*biti ili ne biti;*

boriti se s vjetrenjačama), neki potječu iz narodne književnosti, ponajprije iz narodnih pjesama i pripovijedaka (*Ero s onoga svijeta; pola jede, pola Šarcu daje*). Velik broj frazema nastao je na temelju nazivlja različitih znanosti, struka i područja ljudske djelatnosti (znanosti, glazbe, sporta, kazališta, pomorstva i dr.). Jedan od izvora koji je poslužio kao temelj iz kojega su nastajali frazemi bio je i sport kojim smo i počeli ovaj članak. Iz sportskoga su nazivlja preuzimani izrazi koji su zatim doživjeli semantičku preobrazbu i s novim, frazeološkim značenjem ušli u opći frazeološki fond. Zanimljivo je da se mnogi sklopovi koji su vezani uz sport paralelno upotrebljavaju i kao izrazi u određenom sportu i kao frazemi koji kao takvi dobivaju preneseno značenje. Na primjer u političkom diskursu često je prisutan frazem koji se odnosi na sport općenito, tj. u njemu se samo naznačuje sportsko podrijetlo, a ne raspoznaje se niti jedan konkretni sport. Riječ je o frazemu *skupiti (priku-piti)/skupljati (prikupljati) bodove (poene)*, čije je frazeološko značenje 'ulizivati se prepostavljenima'. U svakodnevnome je govoru čest frazem koji se odnosi na nekoliko vrsta sportova koji su povezani nekom zajedničkom osobinom. Tako se frazem *startati (ići, skočiti) na prvu loptu* etimološki veže uz sportove s loptom i ima značenje 'reagirati nepromišljeno, brzopletno, naglo'. Doslovno mu je značenje 'ne dodati/ne dodavati loptu suigraču, nego je sam voditi prema protivničkom golu ili košu'. Frazem *pogreška (greška) u kora-cima* upotrebljava se u nekim sportovima (npr. košarci) i doslovno znači 'prekršaj zbog nepravilnoga kretanja po terenu'. Frazeološko mu je značenje 'pogrešno izabranio vrijeme za neki posao, neusklađenost ili neorganiziranost u nekoj djelatnosti'. U upotrebi su i frazemi u kojima je prepoznatljiv određeni sport, najčešće izvore imaju u nogometu, hrvanju, atletici, šahu i gimnastici. Iz nogometa su, na primjer, potekli frazemi: *dati žuti karton, dati gol*; iz hrvanja: *othrvati se čemu, hrvati se s kime*; iz atletike: *trčati prema čemu, a iz šaha: dovesti/dovoditi do pat-pozicije, dovesti/dovoditi u nepovoljniju poziciju*.

Gimnastička sprava koja služi za pojačanje odraza u skoku poslužila je u oblikovanju frazema *odskočna daska*. Doslovno je značenje utjecalo i na oblikovanje frazeološkoga značenja 'položaj koji služi samo kao prijelazna faza prema nekom višem, boljem ili unosnijem položaju'.

Često se frazemi kvalificiraju s pomoću pridjeva, npr. frazem *povući potez* ne kazuje ništa o kvaliteti poteza, nego samo naglašava da je štograd učinjeno. Sam se postupak može okvalificirati s pomoću različitih pridjeva: *Krasan potez na igralištu...; Bilo je krajnje vrijeme da se povuče jedan snažan potez....* Sam se postupak može okvalificirati i rednim brojem: *povući prvi potez; Vrijeme je da mi povučemo prvi potez*.

U hrvatskom se jeziku upotrebljava i antonimni par (par koji ima suprotno značenje) *napraviti (učiniti, povući) dobar potez i napraviti (učiniti, povući) loš (krivi) potez*,

dakle dva frazema u komunikaciji tvore antonimni par kod kojega se antonimno značenje postiže zamjenom pridjeva suprotna značenja koji se vežu uz dobro ili zlo. Frazemima se često može i poigrati poput ove igre kojom se poslužio jedan javni govornik kako bi pojačao značenje svojih riječi: „Hrvati su doživjeli odluku kao da im je pao kamen sa srca – neizvjesno je hoće li im kamen pasti na nogu. Hoće li Hrvatska zbog međunarodne reakcije samo s jednom nogom na zemlji uspjeti održati...“. Nažalost, kamen sa srca pao je Hrvatima na nogu u utakmici s početka naše priče. Hrvatska se nije plasirala u četvrtfinale! Držimo figure za Svjetsko nogometno prvenstvo u Kataru (ne u Kataru jer je to nepravilan oblik, ali o tome jednom drugom prilikom)!

Nadam se da ste pronašli zanimljivih novih informacija u članku i pozivam Vas da nam se javite na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr

PROVJERITE ZNANJE:

1. Frazem *Salamunsko rješenje* ima značenje:

- A** dovitljivo rješenje
- B** nepravedno rješenje
- C** nelogično rješenje
- D** privremeno rješenje
- E** prirodno rješenje

2. Frazem **napraviti medvjedu uslugu** u rečenici *Liječniku sam svojim ponasanjem napravio medvjedu uslugu*, ima značenje:

- A** pomoći
- B** napraviti sav posao
- C** napraviti veliku uslugu
- D** dobro savjetovati
- E** odmoći

3. Frazem *presjeći gordijski čvor* ima značenje:

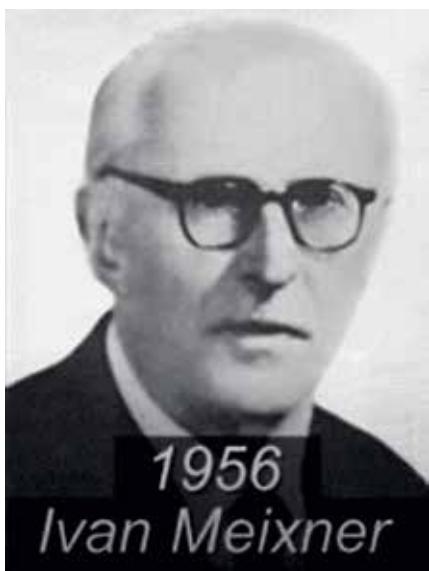
- A** odustati od problema
- B** jednostavno riješiti težak problem
- C** naći složeno rješenje
- D** riješiti nakon više pokušaja
- E** pokazati da problem nije imao rješenje

Totčni odgovori: 1. A; 2. E, 3. B.

IVAN MEIXNER (Zagreb, 29.11.1899. – Zagreb, 11.3.1985.)

Oftalmolog i numizmatičar

 Dr. IVICA VUČAK



Liječnici imaju, izvan njihova temeljnog poziva, široke i raznovrsne interese. Najvećem broju je bavljenje različitim natjecateljskim sportovima, planinarenjem, putovanjima, glazbom, književnošću, likovnim umjetnostima, fotografijom, filatelijom, izradom kositrenih vojnika pomagalo u nalaženju odgovora na stresove svakodnevnog liječničkog rada. Mnogi su, bilo sveučilišni profesori bilo liječnici opće medicine ili specijalisti najrazličitijih specijalizacija, postigli u tim vanmedicinskim aktivnostima velike i društveno vrijedne rezultate. Među manje brojnim liječnicima koji su otkrili ljepotu numizmatike i njezinu vrijednost u proučavanju povijesti bio je Ivan Meixner.

Rođen je u obitelji Adele rođ. Konczel i Augusta Meixnera. Gimnaziju je završio u Zagrebu. Od 17. travnja 1917. do 30. prosinca 1918. služio je, bez čina, u sanitetu A-U vojske. Još u

odori, upisan je u ljetnom semestru nastavne godine 1917./1918. u I. semestar na Medicinskom fakultetu (MEF-u) sveučilišta u Gracu. Izborom studija slijedio je svoga starijeg brata Ervina (1891.-1942.) koji je, još kao student medicine, tijekom prvoga svjetskog rata radio u Bolnici sestara milosrdnica (BMS) u Zagrebu, a nakon završenog studija bio liječnik u Novigradu Podravskome.

Ispisan 13. siječnja 1919. sa sveučilišta u Gracu, Meixner je od 17. siječnja 1919. redoviti student upisan u II. semestar nastavne godine 1918./1919. na MEF-u u Zagrebu. Prijavljena adresa bila je Primorska ul. 34., a za oca je upisano da je ravnatelj pošte i brzozava. Nakon četiri semestra u Zagrebu upisao je VI. semestar u Beču u ljetnom semestru 1920./1921. i tamo slušao kolegije interna medicina, kirurgija, ginekologija, kožne i spolne bolesti. S bečkog je sveučilišta ispisan 17. ožujka 1923. i nastavio studij do promocije u Zagrebu 31. srpnja 1924. godine. Promociju su vodili rektor prof. Zimmermann i prodekan prof. Emil Prašek, a promotor je bio prof. Fran Smetanka.

Do 25. listopada 1924. Meixner je volontirao u BMS-u u Zagrebu. U istoj je bolnici odslužio propisani liječnički staž (od 25. listopada 1924. do 9. listopada 1925.) i nastavio volontirati do 10. veljače 1926., a od 11. veljače 1926. bio je službeno zaposlen na Očnom odjelu BMS-a koji je vodio dr. Kurt Hühn (1875. – 1963.). Naknadno je dr. Meixner uračunato u službu i razdoblje u kojem je, čekajući imenovanje, radio volonterski.

O Meixnerovom upisu u Imenik Liječničke komore javljeno je 29. studenoga 1925. (njegov šef, dr. Hühn, bio je prvi predsjednik Liječničke komore sa sjedištem u Zagrebu, od njezina osnutka 1923. do 1929.). Prema odgovoru šefa Odsjeka za državnu zaštitu upućenom 26. siječnja 1926. Odjelu za socijalnu politiku i narodno zdravljje Banske uprave u Zagrebu, nije bilo zapreka Meixnerovom postavljenju. Pristup Zboru dr. Meixnera, sekundarnoga liječnika

u BMS-u u Zagrebu, najavljen je na mjesечноj skupštini 26. ožujka, a definitivno je postao članom na skupštini 29. travnja 1927. (Njegov je brat pristupio Zboru liječnika i Pripomoćnoj blagajni 1919. godine te započeo suradnju u „Liječničkom vjesniku“ još dok je radio u Novigradu Podravskome).

Specijalizaciju iz oftalmologije Meixner je završio u Zagrebu 1927., a status specijalista priznalo mu je Ministarstvo narodnog zdravljia u Beogradu 15. lipnja 1928. Od 27. listopada 1928. bio je asistent na očnom odjelu u BMS-a. Pored toga bio je od 1929. i ugovorni liječnik kod socijalnog osiguranja. Bio je i među liječnicima Očnog odjela BMS-a u Zagrebu koji su prikupljenih 300 dinara, umjesto za vijenac na odar majke njihova šefa, gđe Ivane Hühn, darovali Pripomoćnoj blagajni Zbora liječnika. Nadživjevši gotovo 36 godina svoga supruga, poznatoga zagrebačkog fotografa Juliusa Hühna, preminula je 5. travnja 1932. u 92. godini života. Od 18. svibnja 1936. Meixner je primarni liječnik.

Nakon svibnja 1945. ostao je na svome mjestu u Bolnici kojoj je ime promijenjeno u „Bolnica narodnog heroja dr. Mladena Stojanovića“. U svojoj privatnoj ordinaciji prestao je 17. veljače 1946. raditi kao ugovorni liječnik za članove bivšeg „Merkura“, a već sljedećeg dana preuzeo je ordinaciju u ambulanti za očne bolesti filijale socijalnog osiguranja s radnim vremenom od dva sata dnevno (16 - 18 h). Za predsjednika Oftalmoške sekcije ZLH-a izabran je 27. ožujka 1946. nakon zahvale dotadašnjeg predsjednika dr. Nevena Čosića (1893. - 1957.). Predsjedao je sastankom sekcije 31. siječnja 1947., na kojoj je dr. Prelević komemorirao smrt doc. dr. Andrije Španića (1895. - 1946.), preminuloga 20. srpnja 1946. u 51. godini života.

Meixner je na temelju Zakona o obaveznoj službi medicinskog osoblja od 9. listopada 1946. pozvan 26. lipnja 1947. da se u roku od pet dana javi u Bolnicu Prelog na obvezu

službe u trajanju od godine dana, po potrebi službe. Predviđeno je bilo besplatno stanovanje, prehrana i putni troškovi na teret bolničkog proračuna. No poziv je ipak stavljen izvan snage jer je ocijenjeno da je dr. Meixner nužno potreban u Bolnici u Zagrebu u kojoj mu nije bilo moguće pronaći zamjenu. Dodijeljen mu je poseban osobni dodatak (800 dinara mještečno) "jer uspješno rukovodi očnim odjelom Bolnice „Dr. Mladen Stojanović“, vrši sve plastične operacije okulistike, a usto je uveo nov način liječenja s veoma dobrim uspjehom. U toku svoga stručnog liječničkog rada prenosi znanje na ostalo medicinsko osoblje i tako uzdiže nove kadrove zdravstvene struke". Do 15. studenoga 1947. radio je dva sata na dan u očnoj ambulanti u Preradovićevu i dva sata u očnoj ambulanti u Poliklinici željezničara u Grgurovoj 3, a dalje je nastavio samo u Preradovićevu ulici.

Bio je član Koordinacijskog odbora oftalmologa Jugoslavije uspostavljenog 1949. na prvom sastanku održanom u Zagrebu, a kad je to tijelo 1953. preraslo u Savezni odbor oftalmologa izabran je za delegata Oftalmološke sekcije ZLH-a.

Na sastanku sekcije za povijest medicine ZLH-a 18. ožujka 1954. prikazao je „vrlo lijepu“ medalju koju je 1874. izradio C. Schnitzspahn u počast 50. godišnjice službovanja Mihajla Lukačića (Županja, 1785. - Frankfurt, 1878.), seniora bolnice sv. Duha u Frankfurtu na Majni. U „Liječničkom vjesniku“ objavio je nekrolog svome šefu prim. dr. Nevenu Čosiću koji je vodio očni odjel bolnice u Šibeniku 1921. – 1941., a nakon talijanske okupacije otisao u Zagreb, gdje je u BMS-u preuzeo vodstvo II. očnog odjela, godine 1948. postao predstojnik jedinstvenoga očnog odjela te bolnice i vodio ga do umirovljenja 1956.

Pri osnutku Udruženja oftalmologa Jugoslavije 1955. na kongresu u Ohridu izabran je za člana njegovoga odbora.

Za šefa Očnog odjela postavljen je 1956. i obnašao je tu funkciju do umirovljenja sredinom 1964. godine. Bio je među utemeljiteljima časopisa "Analı Bolnice dr. Mladen Stojanović" koji je počeo izlaziti 1962. godine. Za uspješno dugogodišnje službovanje u Bolnici odlikovan je Ordenom rada sa zlatnim vijencem.

Nakon umirovljenja podnio je ostavku na mjesto predsjednika Oftalmološke sekcije koju je vodio punih 18 godina. Za doprinos ZLH-u primio je i Orden zasluga za narod sa srebrnim zrakama, a u godini obilježavanja 100.



Iz Arheološkog muzeja grada Zagreba

obljetnice ZLH-a bio je 15. studenoga 1974. imenovan njegovim počasnim članom.

Numizmatika

Poznanstvo s Benkom Horvatom (1873. - 1955.) uvelo je dr. Meixnera u krug numizmatičara, sakupljača staroga novca pri Arheološkom odjelu Narodnog muzeja u Zagrebu. Sudjelovao je na njihovim sastancima i prije nego što je Horvat 21. prosinca 1928. utemeljio Numizmatičko društvo. Meixner je član toga društva bio od osnutka, a u Upravnim odbor izabran je 1935. Objavljivao je članke u "Numizmatičkim vijestima" koje je 1939. pokrenuo prof. Ivan Renggeo (1884. - 1962.) te u "Numismatici" koju je također uredio Renggeo. Održao je niz predavanja iz područja nacionalne i rimske numizmatike, a najzapaženija su bila ona o rimske tetrarhiji. Numizmatičar je bio i njegov stariji brat dr. Ervin Meixner, gradski zdravstveni nadzornik, koji je umro nakon kratke i teške bolesti u utorak 10. ožujka 1942. Umjesto vijenca na njegov odar poklonili su liječnici BMS-a 500 kuna Rakovčevoj zakladi HLZ-a.

Ivan Meixner je nastavio svoju aktivnost u okviru obnovljenoga Hrvatskog numizmatičkog društva nakon rata, a u tome je imao potporu supruge koja je također postala redoviti član. Bio je vrstan poznavatelj novca Gota, Gepida i Rima te hrvatskoga srednjovjekovnoga novca. O svojim je istraživanjima u području numizmatike objavio više članaka u časopisu "Numizmatičke vijesti", u čijem je uredničkom odboru bio od broja 6/7 godine 1956. Prigodom 30. godišnjice njegova numizmatičkoga djelovanja izrađena je njemu u čast 1963. godine spomen-medalja "Medicina et numismatica" koju je izradio Vanja Radauš (1906. - 1975.). Hrvatsko numizmatičko društvo je njegovih 85 godina života i 30 godina predsjedanja (1954. - 1984.) obilježilo spomen-medaljom (28 mm) koju je 1987. izradio Damir Mataušić.

Meixner je umro 13. ožujka 1985. u dobi od 86 godina. Pokopan je na groblju "Mirogoj" pokraj sina Marija koji je umro 1. srpnja 1948. u dobi od 22 godine. Tu će biti pokopana i supruga Zlata koja je preminula 23. rujna 1987. Njegova kći Neda, rođena 1929. u Zagrebu, završila je MEF u Zagrebu (tada već udana Tomić). I ona je specijalizirala oftalmologiju. Preselila se u Ženevu u Švicarskoj i nakon položenoga državnog ispita 1976. radila je kao oftalmologinja.

Prof. dr. MIJO BERGOVEC

O ZLATNIH 50 GODINA ZAGREBAČKIH LIJEĆNIKA PJEVAČA

Razgovarao ŽELJKO POLJAK



▶ Profesore Bergovec, bili ste dirigent 35 godina, a sada ste predsjednik Zagrebačkih liječnika pjevača (ZLP-a) koji ove godine obilježavaju 50. obljetnicu djelovanja. Poznato je da su se u povijesti mnogi liječnici bavili glazbom. Odakle ideja da se u Zagrebu osnuje liječnički pjevački zbor?

Liječnici su u svojem pozivu, otkrivajući bolesti, davno spoznali da osim njegovanja i liječenja tijela treba njegovati i liječiti i ljudsku dušu. Vjera i umjetnost, među kojima je u prvoj redu glazba, ponajbolji su njegovatelji i lječitelji duše. Glazba ima veliku moć. Ona povezuje ljude, oplemenjuje duh, obogaćuje i uljepšava život. Svjesni toga značenja glazbe, bili su duhovni promotori utemeljenja i uspješnog organiziranja glazbene aktivnosti među hrvatskim liječnicima prim. dr. Viktor Boić, internist i hematolog, a vrstan glazbenik, violončelist, te prof. dr. Josip Zergollern, ortoped, školovani solo pjevač, obojica iz bolnice Svetoga Duha u Zagrebu. Oni su u osobi Rudolfa Matza, profesora violončela, poznatoga hrvatskog skladatelja i voditelja mnogih pjevačkih zborova, pronašli glazbenika koji je

htio i mogao profesionalno preuzeti i umjetnički voditi liječnički pjevački zbor. Muški pjevački zbor ZLP osnovan je kao Glazbena sekcija Zbora liječnika Hrvatske na Sveta Tri Kralja 1971. godine (godine buđenja Hrvatskoga proljeća). Prvi glazbeni nastup ZLP-a bio je u auli HAZU-a. Iduće godine ja sam se kao student druge godine medicine pridružio ZLP-u na poziv prof. Matza, koji je poznavao moj dotadašnji rad s pjevačkim zborovima. Zbog narušenoga zdravlja, prof. Matz predao je meni dirigentsku palicu 1974. godine.

► U 50 godina djelovanja ZLP je održao više od 400 nastupa i koncerata na brojnim medicinskim i kulturnim događanjima u Hrvatskoj i inozemstvu. Koji su vam nastupi bili posebno upečatljivi?

Teško je izabrati kriterije upečatljivosti i neke nastupe posebno odvojiti. Ipak, evo nekoliko primjera.

S orkestrom berlinskih liječnika održali smo 1996. godine koncert u svjetskom hramu glazbe, u koncertnoj dvorani Konzerthaus Berlin u kojoj su od 1812. godine do danas izvođena ponajbolja djela svjetske glazbe s najboljim svjetskim izvođačima. U potpuno ispunjenoj dvorani (1 600 mesta), pred mnoštvom Nijemaca i Hrvata iz Berlina pjevali smo skladbe hrvatskih autora kao i "Alt rapsodiju" Johanna Brahma. Solistica je bila poznata Kaja Boris i orkestar berlinskih liječnika. Uz to smo pjevali "Requiem za Ruđera Boškovića", našega velikog glazbenika i kolege liječnika, dr. Julija Bajamontija. Berlinski tisak imao je zgodnu primjedbu: "Kako radosna misa za mrtve!". Na kraju koncerta izveli smo finale iz opere Nikola Šubić Zrinski i zbor "U boj, u boj!". Organizatorica toga koncerta, muzikologinja dr. Zdenka Weber, tada tajnica direktora berlinske opere, rekla je nakon koncerta da su na koncertu prisutni Nijemci bili oduševljeni,

a prisutni Hrvati da su pali u "Croatatrans".

Akademik Željko Reiner je, kao član Izvršnog odbora Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i kao ministar zdravstva RH organizirao u Ženevi prigodom Generalne skupštine SZO-a koncert ZLP-a 17. svibnja 1999. godine. Koncertu je nazozoilo mnogo članova Skupštine SZO-a, ministara i veleposlanika različitih zemalja svijeta. Akademik Reiner je u najavi koncerta na sedam jezika kratko opisao program i naglasio istinu da pjevački zbor čine samo hrvatski liječnici i studenti medicine i stomatologije. Nakon vrlo uspješnog koncerta čula se od više uzvanika nevjericu da je uistinu riječ o liječnicima pjevачima: "Ah, vi Hrvati, podmećete nam profesionalne pjevače uz ponekog doktora kao liječnički pjevački zbor". Lijepa je to bila promidžba Hrvatske, hrvatskih liječnika i hrvatske glazbene kulture u Ženevi, središtu Ujedinjenih naroda u Europi.

Više puta gostovali smo u hrvatskom gradu heroju, u Vukovaru. Nakon što smo 2011. pjevali na misi u Crkvi sv. Filipa i Jakova, održali smo i kratak koncert. Na kraju smo pjevali skladbu "Bože čuvaj Hrvatsku". Vidjevši suze u očima naših slušatelja Vukovaraca i naše su se oči orosile suzama tako da mnogi od pjevača nisu mogli dovršiti pjevanje.

Emocijama nabijen bio je i predbožićni nastup koji smo imali u jednom mirovnom domu u Zagrebu. Stanari toga doma inače su bolesnici od težeg oblika demencije i većina je bila u invalidskim kolicima. Promatrali smo kako nas slušatelji tronuto prate pokretima tijela i pjevušeći s nama prekrasne hrvatske božićne pjesme "U to vrijeme godišta", "Svim na zemlji mir, veseљe", "Narodi nam se"... Taj doživljaj, da smo tim bolesnicima donijeli dio božićne radošti, za mene je neizbrisiv.

Glazba, kao potreba i lijek za duše ranjenika Domovinskog rata i lijek za naše duše, bili su mnogobrojni koncerti u bolnicama i rehabilitacijskim centrima gdje su ti ranjenici liječeni.



Mijo Bergovec 1974. preuzeo dirigenstu palicu

► Zagrebačkim liječnicima pjevačima bili su nekoliko godina zabranjeni nastupi na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Zašto?

O danu Medicinskog fakulteta u Zagrebu bilo je uobičajeno da svečanu akademiju otvori ZLP kratkim glazbenim nastupom. Tako je bilo i 1986. godine. S tadašnjim sam dekanom i tajnikom MEF-a dogovorio program. Pjevat će se hrvatska himna "Lijepa naša", zatim "Carmen medicorum" – himna Medicinskog fakulteta, i još dvije prigodne skladbe i oni su se s time složili. Za vrijeme izvođenja programa, stavljen je na moj dirigentski pult papirić na kojem je pisalo: "Skandalozno! Niste pjevali Hej Slaveni! To morate otpjevati." Što sam mogao učiniti nego potiho reći pjevačima da na kraju otpjevamo i „Hej Slaveni“. Za vrijeme pjevanja bilo je pomalo primjetnog podsmjehivanja u publici. Isti dan sazvan je hitni sastanak "partijske celije" MEF-a. Idući dan pozvani smo u Zbor liječnika u Šubićevu ulici gdje nam je saopćena odluka tadašnjeg dekana MEF-a da, zbog jučerašnjeg "političkog skandala", ZLP više nikada ne smije pjevati na tom fakultetu. Nakon pet godina, u slobodnoj Hrvatskoj, a na poziv novoga dekana MEF-a prof. Ivice Kostovića, opet smo nastupili na Danu MEF-a i s ponosom otpjevali "Lijepu našu domovinu".

► Rodom ste iz Međimurja, gdje se i u zraku čuje glazba, a i potomci Vam se bave glazbom.

Da, moji sinovi, Leonard, oralni kirurg, i Marko, ortoped, završili su osnovnu i srednju glazbenu školu te su od 2006. do 2016. naizmjenično dirigirali ZLP-om, i to Leonard dvanaest, a Marko dvije godine. Marko je i osnivač pjevačkog zbora studenata MEF-a u Zagrebu "Lege artis". Njih obojica, kao i moja kći Marta, akademska glazbenica i profesorica viole, vjerojatno su baštinili roditeljsku sklonost glazbi, ali i emocionalnu i misaonu sklonost Medimuraca prema glazbi. Međimurje je kraj koji je pjesnik Ivan Sokač nazvao "Falat zemlje štera ima dušu". Gotovo ne poznam Međimurca koji, glazbeno govoreći, "nema sluha".

► Što mislite, jesu li razumijevanje glazbe i potencijal za izvođenje glazbe genski uvjetovani?

U posljednjih nekoliko godina obavljena istraživanja pokazuju da su na genu AVPR1A na kromosomu 12q nađeni elementi koji imaju implikacije za percepciju glazbe i slušanje glazbe, dok je SLC6A4 na kromosomu 17q povezan s pamćenjem glazbe i sudjelovanjem u zbornom pjevanju. Što, dakle, glazbenici imaju zajedničko? Neke zajedničke elemente u svojoj DNK. Naravno, kao

i u drugim umjetnostima, realizacija tih glazbenih genski uvjetovanih potencijala mnogo ovisi o okolini koja potiče te sklonosti. A ustrajnost i marljivost, koje su, izgleda, također pod znatnim utjecajem baštinjenih gena, uvjet su za uspješnu realizaciju umjetničkih potencijala.

► Kako to da ste vi članovi ZLP-a ipak prestali biti "muški šovinisti" i odlučili proširiti se na mješoviti zbor i prihvatići u zbor kolegice liječnice?

Mi smo oduvijek znali (možda nismo uvijek priznavali) da su kolegice liječnice kulturnije, emotivnije, glazbeno obrazovanije, praktičnije u organizaciji od nas muškaraca. Nakon što smo 2016. angažirali profesionalnu voditeljicu zbora, izvanrednu maestru Ivu Juras, koja ima veliko glazbeno profesionalno iskustvo u vođenju zborova, shvatili smo da bez kolegica liječnica ne možemo nastaviti samo s muškim ZLP-om. Muški rod izgleda da izumire u medicini, pa i u ZLP-u. U početku se na naš MEF upisivalo znatno više muškaraca nego žena, a sada je obrnuto. Dolazak maestre Juras i glazbeno nadarenih i glazbeno obrazovanih kolegica liječnica u zbor osigurava budućnost glazbene aktivnosti među liječnicima i budućnost, a ne "potop" ZLP-a.

Nadamo se da će ubrzo minuti ova poštast korone pa da uzmognemo nastaviti toliko željeno zajedničko zborско muziciranje. Primat ćemo dalje nove članove, liječnice i liječnike medicine i stomatologije, koji vole zborско pjevanje i koji imaju u tome barem nekakvo iskustvo.

► Profesore Bergovec, Vaš medicinsko-akademski životopis impozantan je kao što je i glazbeni. Ugledan ste internist i kardiolog, autor brojnih znanstvenih radova u nacionalnim i internacionalnim časopisima, bili ste redoviti profesor na Medicinskom i na Stomatološkom fakultetu u Zagrebu, vodili ste i vrlo uspješno organizirali Zavod za kardiologiju u KB-u Dubrava, bili ste prvi predstojnik Katedre za internu medicinu na MEF-u u Mostaru, postali ste emeritus profesor Europskoga kardiološkog društva, sada predajete na Poslijediplomskom studiju na MEF-u u Zagrebu, područje elektrokardiografije, predajete neke medicinske predmete

na Međunarodnom sveučilištu „Libertas“ u Zagrebu. Kako ste uspjevali i još dalje uspjevate spajati sve te stručne, akademske i glazbene obveze?

Savršeno usklajivanje višestrukih životnih obveza, naslijedjenih, preuzetih ili nametnutih, nije moguće. Nešto ili netko uvijek trpi. I treba se pomiriti s time da neke stvari nije moguće učiniti savršeno i da treba prihvati da budu učinjene dovoljno dobro. Dobro planiranje vremena, samodisciplina, odabiranje ispravne liste prioriteta, poštivanje suradnika, kontrola rezultata i dnevni ispit savjesti neka su od načela kojih sam se nastojao držati. Slučajnih dugotrajnijih uspjeha nema. Važno je biti zadovoljan s onim što imas i uvijek željeti više i bolje, možda je pjesma za recept kvalitetnog života.

► Vratimo se glazbi! Koje biste pojedince i soliste ZLP-a izdvojili u posljednjih 50 godina? I koje "vanjske suradnike"?

To je svakako u prvom redu doajen i jedan od osnivača ZLP-a prof. dr. sc. Šime Mihatov, izvrstan bas. Tenorske dionice obilježili su glazbeno školovani solisti dr. Joško Fabris i dr. Željko Jurašinović. "Duša" ZLP-a dugo godina bio je prof. dr. sc. Milan Ferković koji je nakon prof. dr. Josipa Zergollerna bio dugogodišnji predsjednik ZLP-a. Braća dr. Leonard i dr. Marko Bergovec imala su naizmjeđično više godina u rukama dirigentsku palicu ZLP-a ili su pratili ZLP na klavijaturama. Velik obol basovskoj dionici dali su također dr. Josip Ferenčak, koji je bio i izvrstan slikar, te dr. Josip Detoni. Obojica su redovito dolazili na tjedne glazbene pokuse, dr. Ferenčak iz Vrbovskog, a dr. Detoni iz Varaždina. Čast nam je što smo u redovima basovske dionice imali Luciana Batinića, tada studenta koji je diplomirao na Stomatološkom fakultetu, postao doktor dentalne medicine i zamijenio svoju liječnički stomatološku karijeru glazbenom. Dr. Luciano Batinić je sada prvak opere HNK-a u Zagrebu i postao je međunarodno slavan. Dr. Nikica Kalogjera, sličnoga životnog puta kao i dr. Batinić, pridonio je mnogo kvaliteti muziciranja ZLP-a svojim skladbama i



ZLP mješoviti zbor, Vukovar 2019.

aranžmanima. Dr. Josip Grah je sa svojom trubom na mnogim našim koncertima oduševljavao publiku. Od "vanjskih" suradnika, koji nisu liječnici, posebno mjesto pripada profesorici Hvalimiri Bledsnajder koja nas je mnogo godina pratila na glasoviru i na orguljama. Završivši i studij orgulja naš kolega dr. Darko Kristović, anesteziolog, posljednjih je 20 godina orguljski pratio ZLP. Gosti, solisti na našim koncertima bili su mnogobrojni: Ivanka Boljkovac, Ruža Pospiš Baldani, Kaja Boris, Sandra Bagarić, Vice Vukov, Josip Ležaja, Zdenka Kovačićek, Josipa Lisac, Vitomir Marof, Ivana Galić, Ivana Krajina, Barbara Otman, Nina Kobler i drugi, a orkestri Siniša Leopold i njegov Tamburaški orkestar HRT-a, Igor Gjadrov i Društveni orkestar HGZ-a. Voditelji programa ZLP-a bili su također brojni: Ljubo Jelčić, Vojo Šiljak, Helga Vlahović Brnobić, Oliver Mlakar, Mate Relja i drugi.

Velik dio skladbi iz repertoara ZLP-a snimljenih na izdanim nosačima zvuka tijekom 50 godina može se naći na YouTubeu.

► Što biste, na kraju ovog razgovora, rekli o 50-godišnjem doprinosu ZLP-a hrvatskoj nacionalnoj glazbenoj kulturi?

Možda bi se moglo naglasiti dvije pojedinstvenosti. Jedna je poticanje medicinara da se slično zborno ili instrumentalno muziciranje osniva i u drugim medicinskim sredinama. Tako su na poticaj ZLP-a osnovani i Zadarski liječnici pjevači, Splitski liječnici pjevači, mješoviti liječnički pjevački zborovi u Rijeci i u Varaždinu, a osnovano je i nekoliko instrumentalnih liječničkih sastava. Drugi doprinos nacionalnoj glazbenoj kulturi je poticanje stvaranja i izvođenja novih zborskih skladbi hrvatskih skladatelja. Tako su nove skladbe napisali, a ZLP prizveo, poznati hrvatski skladatelji Rudolf Matz, Andeljko Klobučar, Adalbert Marković, Andelko Igrec, Miljenko Prohaska, Nikica Kalogjera i drugi.

Možda smo najljepšu glazbenu kritiku dobili nakon otpjevanog moteta "Ecce, quomodo moritur iustus" Jacobusa Gallusa, na ispraćaju u vječnost našega prvog dirigenta Rudolfa Matza. Prisutan ispraćaju, maestro Vladimir Kranjčević, poznati hrvatski dirigent, okrenuo se nakon otpjevanog moteta Lovri Županoviću, velikom skladatelju i glazbenom pedagogu, te mu rekao: "No, znam što ćeš sada reći, da nikada nisi čuo tako kvalitetnu izvedbu toga poznatog moteta."

Ana Kvolik Pavić, dr. med.

Doktorica za judo

Razgovarala LADA ZIBAR

► Donedavno si se aktivno natjecala u judu. Kako si to uspijevala uz liječnički posao?

Treniram judo od srednje škole, a najviše sam bila angažirana u radu svoga kluba, JK-a Mladost Osijek, tijekom studija, kada sam se aktivno natjecala i volontirala kao trener. Medicina je uvijek prioritet, pa sam morala odustati od većine klupske obveza kada sam započela specijalizaciju.

► Koji su bili tvoji najbolji rezultati?

S obzirom na to da sam kasno počela trenirati (kao tinejdžerka), nikad nisam bila uspješna u borbama, no pružila mi se prilika da se natječem u katama. Kao i karate, judo ima kate u kojima se demonstriraju čiste tehnike, ali se judaške kate izvode u paru. Sa svojom partnericom Donnom Vadljom pet sam puta osvojila državno prvenstvo te si izborila nastup na europskom i svjetskom prvenstvu. Osim toga, 2016. godine osvojile smo zlatnu medalju na Europskim sveučilišnim igrama - prvo europsko zlatno odličje za Osječko sveučilište!

► Što si ti doživjela kao najveći osobni dobitak od sporta?

Jigoro Kano, osnivač juda, izjavio je: „Jednom kad svladaš neku vještinu, to će se ocrtavati u svakom tvom koraku.“ Ne mislim da ću ikada svladati judo, ali je judo utjecao na svaki dio mog života. Kroz sport sam naučila mnogo o suradnji s drugima i organizaciji vremena, dobila fizičku kondiciju i snagu te priliku za putovanja i upoznavanje.

► Jesi li još uvijek aktivna judašica?

Pandemija COVID-19 je negativno utjecala na sve sportove, a pogotovo na kontaktne kao što je judo. Treninzi i na-



Ana Kvolik Pavić sa sportskom partnericom Donnom Vadljom

tjecanja se dugo nisu odvijali, a naša je dvorana prenamijenjena za cijepljenje. Osim toga, napravila sam pauzu zbog trudnoće. Na strunjaču sam se vratila ove godine, a 26. lipnja 2021. osvojile smo prvo mjesto na državnom prvenstvu u kategoriji kata među njima.

► Kakvi su ti sportski i profesionalni planovi za budućnost? Postoji li poveznica među njima?

Kao i većina specijalizanata, očekuju me obilasci u Zagrebu. Dalje od toga ne mogu planirati, samo se nadati. Voljela bih i dalje ostati judoka.

► Tko je Ana Kvolik Pavić? Kakav je tvoj životni put?

Tijekom studija trenirala sam judo, vodila vrtićku judo skupinu te sudjelovala na

trima profesionalnim razmjennama studenata medicine: u Japanu, Portugalu i Makedoniji. Pripremajući se za razmjene naučila sam osnove japanskog i portugalskog jezika. Osim toga govorim francuski i engleski jezik. Diplomirala sam 2015. na MEFOS-u, a 2018. započela specijalizaciju iz opće kirurgije u OB-u Vinkovci. Unatoč izvrsnom iskustvu u Vinkovcima, pružila mi se druga prilika za specijalizaciju iz maksilosfikalne kirurgije u KBC-u Osijek, koju sam prihvatile, te sam sada specijalizantica prve godine maksilosfikalne kirurgije. Put do specijalizacije nije bio jednostavan, možda mi je baš judo pomogao da se održim na profesionalnom pravcu.

U privatnom životu najveća mi je potpora muž, a najveća radost naš sin Vid.



RATNA KIRURGIJA U OSIJEKU 1991/92

Zvonimir Lovrić

I baš kad sam sa zebnjom pomislila kako ni nakon 30 godina nema zapisa koji svjedoči o osječkoj bolnici u Domovinskom ratu, pojavio se ovaj zapis osječkoga kirurga Zvonimira Lovrića u obliku udžbenika ratne kirurgije. Autentična iskustva bogato opremljena fotografijama ranjenika brutalno oslikavaju okrutnost ratnih događaja s jedne strane, a s druge daju profesionalni postupnik za zbrinjavanje i najtežih mutilirajućih ozljeda. Svaka fotografija asocira na ratna izvješća iz grada s triju strana opkoljenog i napadanog. Tako fotografija ranjenika s „masakriranim“ genitalnim područjem vraća na izvješće o granatiranju Osijeka i stradavanju u vozilu javnog prijevoza 1991. Osim kazuističkog pregleda, knjiga nas fotografijama vodi kroz bolničke podrume u kojima su bili smješteni ranjeni pacijenti, uključujući jedinicu intenzivnog liječenja. Na tim fotografijama prepoznaju se liječnici i medicinske sestre i tehničari, tada 30 godina mlađi. Mnogi od njih više nisu među nama. S tih fotografija smiješe nam se **osječki liječnici – heroji Domovinskog rata.** L.Z.



Ovo će boljeti

Adam Kay se danas više ne bavi medicinom, „samo“ je pisac. Ova knjiga donosi njegove dnevničke zapise iz vremena kad je bio specijalizant ginekologije u Ujedinjenom Kraljevstvu. Radi se o autentičnom

svjedočanstvu jednoga specifičnog profesionalnog statusa kakav je većina nas prošla, na ovaj ili onaj način. Promjenivši identitete i ostalo prepoznatljivo društvo o kojem piše, ne libi se predstaviti sve nedaće specijalizantskog života, svugdje slične, gotovo univerzalne worldwide. Iscrpljenost koja te katkad izobliči, zarobljenost u vremenu bez vlastitih misli, u funkciji i isključivo u funkciji, u beskrajnom služenju svome poslu koje ti ponekad oduzme vlastitu tjelesnost i sakrije svijest o sebi. Adam Kay ne krije prljavo rublje sustava, i tamo se nadslužba predvidivo ne javlja na telefon kad „gori“, i tamo slučaj kad-tad završi u stilu najcrnjeg scenarija, i tamo arogantni specijalist kritično pogriješi, a specijalizant zbog toga trpi. Štivo prikazuje javno zdravstvo u odnosu na privatno, sa svim malograđanskim percepcijama tih različitosti. A cijelo je vrijeme duhovit, britkog jezika i pitke naracije.



Podmetači leševa

Ivo Balenović je napisao novi roman, novu fikciju s motivom iz liječničkog života. Kao i u knjizi Adama Kaya, milieu je ginekološki. I pisac je ginekolog. Balenović uvjerljivo „skida“ likove, ličnosti, naravi, karakterne devijacije, mimiku, geste, tipične uspješnike epizodiste, društvena dna pod blještavim fatamorganama, klišeizirane abnormalne prihatljivosti karijerističke dinamike, gdje preko leševa do cilja prestaje biti frazom. **Etika nemoralna tu nije oksimoron već kategorija koja ima svoj kodeks.**

Imaju li ove dvije knjige što zajedničko? Ne baš. Ali ih je zgodno pročitati zaredom. Da se bolje osvijeste razlike.

SILVIE STRAHIMIR KRANJČEVIĆ MOJ DOM

Ja domovinu imam; tek u srcu je nosim,
I brda joj i dol;
Gdje raj da ovaj prostrem, uzalud svijet prosim,
I... gutam svoju bol!

I sve što po njoj gazi, po mojem srcu pleše,
Njen rug je i moj rug;
Mom otkinuše biću sve njozzi što uzeše,
I ne vraćaju dug.

Ja nosim boštvo ovo - ko zapis čudotvorni,
Ko žiće zadnji dah;
I da mi ono pane pod nokat sverazorni,
Ja past će utoma.

Ah, ništa više nemam; to sve je što sam spaso,
A spasoh u tom sve,
U čemu vijek mi negda vas srećan se je glaso
Kroz čarne, mlade sne!
Kroz požar, koji suklja da oprži mi krila,
Ja obraz pronijeh njen;
Na svojem srcu grijem već klonula joj bila
I ljubim njenu sjen.

I kralje iznjeh njene i velike joj bane,
Svih pradjedova prah,
Nepogažene gore i šaren-đulistane
I morske vile dah.

... Ja domovinu imam; tek u grud sam je skrio
I bježat moram svijet;
U vijencu mojih sanja već sve je pogazio,
Al' ovaj nije cvijet.

On vreba, vreba, vreba... a ja je grlim mûkom
Na javi i u snu,
I preplašen se trzam i skrbno pipam rukom:
O, je li jošte tu?!
Slobode koji nema taj o slobodi sanja,
Ah, ponajljepši san;
I moja žedna duša tom sankom joj se klanja
I pozdravlja joj dan.

U osamničkom kutu ja slušam trubu njenu
I krunidbeni pir,
I jedro gdje joj bojno nad šumnu strmi pjenu
U pola mora šir!

Sve, cvjetno kopno ovo i veliko joj more
Posvećuje mi grud;
Ko zvijezda sam na kojoj tek njeni dusi zbore,
I... lutam kojekud.

Te kad mi jednom s dušom po svemiru se krene,
Zaorit će ko grom:
O, gledajte ju divnu, vi zvijezde udivljene,
To moj je, moj je dom!

NATJEČAJ

za Liječničku kratku priču Liječničkih novina

- Liječničke novine HLK-a raspisuju natječaj za Liječničku kratku priču.
- Pravo sudjelovanja imaju doktori medicine Republike Hrvatske i doktori medicine iz inozemstva koji pišu hrvatskim jezikom.
- Priča može imati najviše 150 redaka ili 9000 znakova i može se ilustrirati.
- Prednost imaju literarne teme iz područja medicine.
- Ocjenjivačko povjerenstvo odabirat će najbolje priče koje će se objaviti u LN-u, počevši od listopada 2021. godine sve do rujna 2022. godine.
- Najbolja priča bit će nagrađena.

Materijali se šalju na adresu e-pošte:
lijecnickapraca@hlk.hr s naznakom
"Natječaj za Liječničku kratku priču".

NEVOLJE SA ŠEOFANJEM U MEDICINI

Indiskretne memoarske bilješke



ŽELJKO POLJAK

Nisam rođen za šefa. Možda je to genski uvjetovano. Kada su za Prvoga svjetskog rata na oficirskom ispit u pitali mog oca što bi poduzeo kao zapovjednik jedinice koju je neprijatelj opkolio, odgovorio je da bi se predao, pa je do kraja rata ostao podoficir. Kad su pak 1953. u Sanitetskoj oficirskoj školi JNA u Beogradu meni postavili slično pitanje, bio sam oprezniji od oca pa sam rekao da bih se posavjetovao sa svojom jedinicom, a po tadašnjoj vojnoj doktrini trebalo je reći: „Boriti se do posljednjeg daha, zubima i noktima“. Posljedica: po završetku škole poslan sam na dovršenje vojnog roka na najgore mjesto u državi. Bila je to ambulanta u kanjonu Tare, gdje su izolirani vojnici sa zaraznim trahom probijali kroz stijene stratešku cestu.



Moj otac

Otvoreno ispovijedam da etiku, zapovijedi Božje i zakone sažimam u samo dva pravila. Jedno je da ne činiš drugome ono što ne želiš sebi, a drugo da je izvor svega zla na svijetu nameantanje svoje volje drugome, a upravo bez toga nikako ne možeš šefovati. Šefovanje je vrlo delikatan zanat pa onaj koji nije za to obrazovan često nastoji vladati „čvrstom rukom“ ili rimskim *divide et impera!* Možda je i vaš šef takav, razmislite! Ironija je da je moje prvo radno mjesto, još kao stažista, bilo direktor doma zdravlja i sanitarni inspektor pljevaljskoga sreza (Sandžak). Tamo sam za godinu dana potrošio i posljednje šefovske ambicije, ako sam ih uopće imao. Nije bilo ugodno svaki čas uskakati u zamjenu nekome tko zabušava. Kad sam pak popis neradnika i neznačilica donio u srez s prijedlogom da se te ljude nekamo premjesti jer s njima ne mogu jamčiti za dobar rad svoje ustanove, dobio sam odgovor: „Druže doktore, pa to je popis naše partiskske ćelije u domu zdravlja!“ Naravno da je partiska ćelija ostala u domu zdravlja, a ja sam smijenjen s mjesta ravnatelja i nakon toga - odahnuo.

Kad je za vrijeme Jugovine na ORL klinici Šalata, gdje sam radio do umirovljenja, bilo uvedeno „radničko samoupravljanje“, izabran sam za predsjednika radničkog savjeta. To je smanjilo kompetencije šefa klinike pa me taj nije baš milo gledao, a kad sam ga podsjetio da napiše molbu radničkom savjetu za reizbor jer se bližio rok, rekao je gotovo prezirno: „Vi imate mene moliti da ostanem šef, a ne ja vas.“ Nije mi preostalo drugo nego da sam napišem tu molbu i pritom „krivotvorim“ njegov potpis.

Jedanput je na dnevnom redu bilo pitanje kako raspodijeliti godišnji višak prihoda među najzaslužnije djelatnike, što je na klinici izazvalo „ratno stanje“. Trebalo je utvrditi objektivno mjerilo, pa sam u šali predložio: Debelima manje, mršavima više. Nakon dugotrajne krike i vike jedva je prošao moj drugi prijedlog: Nagrade onima koji cijelu godinu nisu bili na bolovanju. Glavni prigovor bio je: Nisam kriv što sam bio (bila) na bolovanju, a moja kontra: Dok si bolovao, drugi je radio i tvoj posao. Naravno da sam postao mrzak svima koji su bili na bolovanju, a to je bila većina osoblja.

Jedna sestra, prilično loša i omražena radnica, svima nam se popela navrh glave stalnim zanovijetanjem kako se „pretrgava od posla“ i da bi trebala dobiti povišicu, pa smislim malu psinu na njen račun. Na memorandumu KBC-a pošaljem joj rješenje ovjereni štambiljem kako joj se povisuje plaća zbog radnih zasluga. Taj je dokument uznemirio cijelu kliniku i na kraju je delegacija sestara otišla ravnatelju KBC-a prim. Jovanu Lakiću da riješi „problem“. Riješio ga je u tren oka jer je znao za moju psinu, uostalom, on mi je i dao spomenuti memorandum KBC-a: „Ja to rješenje potpisao nisam, pitajte onoga tko ga je potpisao!“ Nitko se prije nije dosjetio pogledati potpis, a taj je glasio „Pazidanebi!“ i na Klinici gotovo izazvao narodno veselje.

Uzbudljiva točka dnevnog reda bio je i izbor liječnika na jedno slobodno mjesto. Po diskretnoj direktivi „odozgo“ trebali smo uhljebiti politički „važnoga druga“, inače prilično omraženu osobu. Znao sam da članovi Savjeta koji su partizci moraju disciplinirano za njega glasovati pa se zato,

nakon rasprave, odlučim: Glasovanje će biti tajno. Nije dobio nijedan glas. Dakako, poslije su svi partizci dobili ukor od svog komiteta, a moj *dossier* vjerojatno je dobio debelu crnu točku. Poslije su mi „crveni“ u diskreciji rekli: „Da nam taj tip zajaši za vrat, ma, ni govora!“

Jednoga novoga kolegu upitam, za odmora uz kavu, je li član Saveza komunista. Nisam, odgovori zbumjeno, nikad se nisam bavio politikom. Pa kako onda mislite – upitam ga – postići karijeru na klinici i fakultetu? Odgovorio mi je da će razmisliti o tome i nakon tjedan dana me zamoli: „Pristajem, možete li me predložiti za člana?“ Mislio je valjda da kao predsjednik radničkog savjeta ne mogu biti „vanpartijac“. Uputim ga na pravu adresu i nakon dvije-tri godine postao je sekretar partijske organizacije na Medicinskom fakultetu. Pa i najperspektivniji liječnik na Klinici, koga je predstojnik prof. Gušić odgajao za svog nasljednika, poslušao je njegov savjet da pristupi Savezu komunista. A kako je sve uvijek vrlo disciplinirano shvaćao, sljedećih je godinu dana svuda sa sobom vukao debeli svezak Marxova „Kapitala“ i žalio mi se: „Željko, u toj knjižurini ne razumjem a ma niti slova“. Imao je domobransku „ljagu“ u svom CV-u, ali je ipak postao šef klinike, dekan i rektor našega Sveučilišta.

Kao članu Komisije za raspodjelu stanova KBC-a, dodijalo mi je previše gorljivo navijanje pojedinih članova za svoje kandidate, a osobito presudan dodatak „...i sin je paloga borca“, pa sam jednom od njih priredio stupicu. Kad je nabrajajući prednosti svoga kandidata nakraju malo zastao, upao sam glasno: „...i unuk je paloga borca“. Radosno je to potvrdio i zatim se ugrižao za jezik. Posljedica: postavljen sam za predsjednika Stambene komisije KBC-a, a kao moja glavna prednost istaknuto je: „Ima četverosobnu etažu na Jelačićevom trgu pa nema pravo od KBC-a tražiti stan.“ Čak je prihvaćen i

moj za tadašnje doba gotovo kontrarevolucionaran program: Nitko više neće dobiti „ključ u ruke“ dok drugi dobivaju krvave žuljeve sami gradeći, jer to je najveća nepravda u ovoj državi! KBC-om je tada kolala uzrečica: Kod Poljaka ti je uzalud sve ako mu ne pokažeš žuljeve na rukama. I stvarno, znao sam poput detektiva ići na teren da provjerim podatke u molbama za pomoć. Trebalo je vidjeti sretna lica onih kojima je odobrena i mala subvencija kad bi im ponestalo novca za nekoliko crjepova ili za ustakljivanje prozora! Ali i obratno! Došao mi je šef Ortopedske klinike s odrješitim zahtjevom:

„Morate dati stan mojoj nezamjenjivoj instrumentarki, inače je gubim.“

„Pa vi znate, nema više 'ključ u ruke'!“

„To vam neću oprostiti, snosit ćete posljedice“, - reče i ljutito ode.

Naravno da su me pažljivo nadzirali hoću li gdje pogriješiti i danas ču priznati da sam u osmogodišnjem mandatu možda jedanput dodirnuo granicu korupcije. Bilo mi je žao rebarskog župnika Schönbauma, izvanredno požrtvovne osobe, inače pokrštenog židova, jer mu je bila oduzeta zgrada crkve u KBC-u i dodijeljena sindikatu, a sobičak koji mu je ostavljen u tzv. Vili na Rebru bio mu je ujedno i stan i župni ured. Na sjednici komisije predložim usvajanje njegove molbe da mu se dodijeli još jedna soba koja je u Vili postala slobodna. U komunističkoj državi župniku dodijeliti stambeni prostor – sumanuto! Jedan nadobudni član Komisije izravno me upita: „A jeste li se o tome konzultirali s našim Savezom komunista?“ Odgovorio sam mu dvosmisleno: „Mislite li da bih to predložio da nisam?“ Župniku je nakon toga soba odobrena, a ja, začudo, ovaj put nisam zbog toga dobio po prstima. Pa ni slobodne hrvatske države ne bi bilo bez „komunista“!

Kao član Radničkog savjeta KBC-a Zagreb doživio sam dva puta fija-

sko. Kritizirao sam rad Ravnateljstva KBC-a pa sam imenovan predsjednikom Komisije za njegovu reorganizaciju. Najprije sam Ravnateljstvu dao zadatak da se plahte više ne kupuju nego neka ih izrađuje krojačnica, kad je već imamo. Rezultat je bio da su njezine plahte bile gotovo za pola skuplje nego u trgovini. Zatim sam Ravnateljstvu dao zadatak da smanji glomazan činovnički aparat uvođenjem informatičkih pomagala. Rezultat je bio upravo komičan: nabavili su gomilu računala i zatim tražili da se namjesti još tridesetak činovnika koji bi znali na njima raditi.

Ni kao predsjednik Komisije za reizbor rukovodećih kadrova KBC-a nisam se proslavio jer je u njoj vladala rebarska „kuhinja“, a ja sam valjda trebao biti pokriće da je zastupljena i Šalata. Tako su npr. bez razumnog obrazloženja uskratili reizbor prof. Dimitriju Juzbasiću (1909. – 1974.), koji je osuvenio Kiruršku kliniku, a ja sam to morao potpisati. Stidio sam se kad me je pitao za razlog jer ga nisam znao i on se zatim vratio u Njemačku odakle je i došao. Još gore je bilo kad je KBC za vrijeme gušenja Hrvatskog proljeća morao naći barem jedno žrtvreno janje, kao i druge ustanove. Komisija je izglasala otkaz kirurgu Ivi Prodanu (1927. – 2013.). Poslije je radio u Libiji, a za vrijeme Domovinskog rata bio je u činu generala zapovjednik Sanitetetskog stožera MUP-a RH. Mislio je da sam otkazu i ja kumovao pa mi je ironično predbacio: „A ja sam tako revno služio tvojem Rankoviću“.

Potkraj karijere morao sam jedanput na klinici ipak postati šef nekog odjela. U vrijeme kad se u KBC-u i na MEF-u strogo poštovala dobna hijerarhija, najbolji kandidat za novog šefa dječjeg odjela bio je prim. Ivo Barada (1926. – 2017.) - kao stvoren za tu funkciju! Ali, kako sam bio malo stariji od njega i k tome profesor, nisu me mogli preskočiti. Šutio sam i znatiželjno čekao da vidim kako će razriješiti taj gordinski čvor. Nakon neslužbenih sastanaka i

>>

rasprava našli su rješenje: imenovali Baradu, a za mene je osnovan jedan novi odjel. Zvao se laboratorijsko-diagnostički, a sastavili su ga od raznih jedinica koje su se mogle svrstati pod tu kapu, od rentgena i ambulante pa do histologije. Nikad u životu nisam imao lakši posao: sve same uzorno disciplinirane časne sestre koje nikada nisu prigovarale ni zbog težine posla, ni zbog prekovremenog rada, ni zbog noćnog dizanja iz kreveta. Sretan je bio i prim. Barada kao šef dječjeg odjela, makar mu je već prvoga dana otac jednog djeteta prijeteći rekao „Ubit ću te ako se mojem djetetu što dogodi!“ A sretna su bila i djeca na odjelu, koja su Baradu obožavala zbog vječitog smješka na licu i džepova punih slatkiša. Kad me je Barada, inače moj blizak prijatelj, poslje pitao zašto se ja nisam kandidirao, rekao sam mu da ne volim šefovati. „Ne, nego jer si hedonist“ – zaključio je i možda imao pravo.

Od 1990., kada sam postao urednik Liječničkih novina, bio sam više puta u nevolji. Najviše me oznojilo kad sam nekom kolegi morao odbiti tisak njegova članka jer je bio tako loš da se nije mogao popraviti. Iako sam kao



Prim. Ivo Barada

urednik imao dužnost i pravo odlučivati, poslužio bih se ne baš časnim načinom kako da se izvučem: „Poštovani kolega, urednički ga odbor, nažlost, nije prihvatio“. Naime, urednički odbor većinom je postojao samo na papiru jer je mnogim članovima bilo glavno da njihovo ime bude tiskano u impresumu.

Jednom prilikom mi se urednička stolica opasno klimala jer sam se na stranicama ovog časopisa zakvačio s tadašnjim ministrom zdravstva poznatim kao vrlo autorativnom osobom. Drugu krizu režirao je tadašnji predsjednik HLZ-a prof. Dubravko Orlić koncem prošlog stoljeća na početku svog ratovanja s Liječničkom komorom (*casus belli*: spriječiti sjedinjenje Zbora i Komore, ali i osobni animoziteti). Tražeći dlaku u jajetu, tražio me da u LN-u objavim njegov protest zato što sam uz nekrolog Franje Tuđmana objavio portret na kojem je u zapučku kaputa imao značku HDZ-a. Spasilo me što sam objavio pokajničku ispriku zbog tog neopreza, uz napomenu da nisam član HDZ-a. U spomenutom ratu bio sam često Orlićeva meta, što sam dokumentirano opisao jednim poglavljem u svojoj knjizi „Zabranjene polemike“ (Zagreb, 2017.) pod

naslovom „Osmogodišnji rat između HLZ-a i HLK-a 1997. – 2005. i svi moji porazi u dvobojima s prof. Orlićem“. Tako me je npr. bez ikakve odluke Zbora brisao s popisa članova Glavnog odbora s obrazloženjem da sam se - sam isključio!

Sljedeću krizu izazvao je moj neoprezan komentar o feminizaciji hrvatske medicine koji sam grafički ilustrirao krivuljom sa strmim usponom od 11 na 66 % studentica na zagrebačkom MEF-u od 1926. do 1996. (LN br. 137, 1998.). Krizu su izazvale ratoborne feministkinje. Završila je opomenom Komisije za etiku HLZ-a, a ja sam joj se „osvetio“ tako da sam njenu odluku *in extenso* objavio u LN-u, premda to ona nije zahtijevala, a predsjednici Komisije tako da sam postao njezin pacijent.

Makar sam zazirao od šefovanja, ponekad sam se, hoćeš-nećeš, poigrao i šefa klinike. Kad bi šef klinike otišao na putovanje ili godišnji odmor, morao sam ga zamijeniti po hijerarhijskoj liniji. Zahvaljujući maloj promjeni uobičajenoga rituala, stekao sam ugled „najboljega šefa na kugli zemaljskoj“. Naime, na jutarnjem sastanku umjesto da odredim „tko će koga operirati“, pročitao sam imena kandidata za operaciju i za svakoga pitao tko ga želi operirati. Ako se za nekog pacijenta nitko ne bi javio, rekao bih: „E, onda ću ga ja.“ Očito je da sam na taj način išao na ruku onim kolegama koji su imali neku sumnjivu obvezu prema pacijentu!

Razumljivo je da specijalizantima nisam mogao biti dobar mentor. Marljivima i ambicioznima bio sam uglavnom suvišan, ali onim drugima nisam prigovarao niti ih opominjao. Jedanput me je šef klinike na kućnom sastanku ukorio zbog lošeg napretka jednoga mog specijalizanta, koji je usto imao nizak IQ, pa sam se obranio rečenicom koje se i danas stidim: „Ja sam mu mentor a ne defektolog.“



Zazirao sam ne samo od titule šefa, nego i od svih ostalih titula. Dobru lekciju dao mi je dekan medicinskog fakulteta u San Franciscu kad sam ušao u njegovu sobu da se predstavim. Zbunjeno sam smisljao kojom će ga titulom oslovititi, no on se nasmiješi, pruži ruku i reče: „Zovite me jednostavno Đon!“ Otad i pri potpisivanju izbjegavam pisati titule jer znam da bi npr. moja posjetnica, sa svim stečenim titulama i funkcijama, bila smiješna i podsjećala na okićeno božićno drvce. Nimalo mi, na primjer, ne imponira nadgrobna ploča moga djeda, Austrijanca, koja ističe tolike titule, počevši od *hofrat* i *von* pa do raznih *k. und k.* ordena, tako da se njegovo ime među titulama gotovo izgubilo. Za razliku od njega, nisam bio lovac na titule pa su mi svi kolege bili prijatelji jer im nisam bio opasan u sredini gdje se često napreduvalo laktovima. Dapače, čak su mi za jedan rođendan priredili ugodno iznenađenje: uz čestitku su mi uručili dekret o imenovanju za primarijusa. Šala i falsifikat, pomislim, a onda doznam da je falsifikat bio samo moj potpis na molbi za dodjelu imenovanja, koju su kolege sastavili i priložili joj potrebnu dokumentaciju.

Kad sam se jedanput htio priključiti putovanju na Baltik koje je izvrsno organiziralo deset doktorica iz Dubrave, sjetim se studentske uzrečice da profesor izdaleka izgleda velik a izbliza malen, pa na prijavi za sudjelovanje izostavim sve titule. Zašto da kolege opteretim brigom da mi na putu imponiraju znanjem i ozbiljnošću? Izvrsno smo se zabavljali, ali su mi na kraju rekle da znaju tko sam i zajedno smo se - svi nasmiješeni! - slikali na baltičkoj obali. Putopis s tom slikom objavljen je u 94. broju ovih novina 2010. godine.

Bilo je i tragikomičnih neprilika u vezi s titulama. Naime, u novinama je tiskana osmrtnica nekog Željka Poljaka bez titula, pa kako su neki ipak pomislili da sam ja taj pokojnik, slali



S desetero doktorica na Baltiku

su mojoj obitelji iskrene izraze žaljenja. Kad su me poslije živog susretali, bili smo u čudu i oni i ja.

Završit ću anegdotom koja ilustrira humor pri kićenju šefovskim atributima. Kad je predsjednik RH Stipe Mesić došao na svečano otvorenje Komorinih prostorija i s prisutnima se redom rukovao, svaki se predstavio imenom i uz to naglasio svoju titulu:

predsjednik, predstojnik, profesor, primarijus itd. Znao sam da to predsjednika ne zanima i da ne može sve zapamtiti, pa sam se malo našalio. Kad je stigao do mene, predstavljajući se dodao sam uza svoje ime: „predsjednik kućnog savjeta“. Mesić začuđen zastane. „Kako, molim?“ - upita. I obojica se nasmiješimo, razumjeli smo se.



Na baltičkoj obali

BARANJA

TAMO GDJE JE NEKAD BILO PANONSKO MORE

JEZERO SAKADAŠ

Kada se odlučite posjetiti Baranju na pamet vam padnu nepregledne ravnice, vinski podrumi, čobanci i paprikaši, Kopački rit i tamburaši.

Ova hrvatska ljepotica ima za ponuditi puno toga i više nego biste mogli doživjeti prilikom samo jednog posjeta.

U kutu toka moćnog Dunava i Drave, prije nego se spoje, nastala je jedna od najvećih dunavskih kopnenih delta u Europi. Najveća europska močvara - Kopački rit. Osnovan 1973. godine i proglašen Parkom prirode 1993., najveća je naplavna zona ovoga kontinenta. Uz promjene temperature i razine vode mijenja se njegov krajolik, kao i flora i fauna. Naš "Rit-Gizdavac" presvlači se više puta godišnje. Posjetite li ga češće, moći ćete upoznati više njegovih lica. Ne možemo se odlučiti koje nam je lice draže.

Odlučili smo se za sportsko-rekreativni obilazak biciklima. Naša ruta je dio rute Dunav Eurovelo 6 i polazi iz pitoresknog etno-sela Karanca, u kojem smo bili smješteni u jednom od ugodnih seoskih gospodarstava.

Obilazak biciklima jedan je od najatraktivnijih načina za doživljaj ovoga krajolika, a biciklističke staze Osječko-baranjske županije u dužini od oko 240 km možete proći prometnicama, nasipima, vinskim cestama i biciklističkim stazama.

U toplo ljetno jutro, putujući kroz ravnici, prošli smo polja žitnoga klasja i poljskog cvijeća, dok se pred podne nismo skrili u sjenu gусте šume Kopačkoga rita, uz dvorac Tikveš. Oboružani zaštitnim sredstvima protiv insekata, jer za ovu vrstu puta morate računati na domaće, autohtone, široko poznate insekte, protiv kojih smo se borili svim sredstvima.



Naša biciklistička skupina u trenutcima odmora u Parku prirode

Ipak je ovo močvara.

Osim uživanja u čarima prirode, ovo područje imalo je i značajnu ulogu kroz povijest. Dvorac Tikveš jedan je iz ostavštine gradnje romantičarskog historicizma. Dvorac je najvjerojatnije dao izgraditi nadvojvoda Friedrich Habsburški. Do Prvoga svjetskog rata služio je kao ljetnikovac, a ponajviše kao lovačka kuća. Zatim ga je koristila dinastija Karađorđevića, a poslije Drugoga svjetskog rata u dvorac je dolazio tadašnji jugoslavenski predsjednik Josip Broz Tito, ugošćujući u njemu svjetske državnike i vodio ih u lov.

Dvorac je trenutačno u fazi temeljite obnove i rekonstrukcije. Očekujemo da će potpuno zablistati u jesen, za kada se priprema i otvorenje informacijsko-edukacijskog središta u sklopu dvorca.

Kopački rit je stanište za oko 300 vrsta ptica, rodi, čaplji, labudova, kormorana, kao i drugih životinjskih vrsta, jelena, jazavaca, lisica, kuna i veprova.

Naša skupina, eto, imala je susret s divljom svinjom, koja se brzo udaljila, smetena skupinom šareno odjevenih biciklista koji su projurili stazom. Životinje su ovdje navikle na ljudе. Tako će nerijetko u kasnim popodnevним satima posjetiteljima na rubu brojnih kanala prići labudovi u očekivanju mrvica hrane.

Nastavivši put prema ulazu u Park prirode stigli smo do jezera Sakadaša. Dva jezera, Mali Sakadaš i Veliki Sakadaš, možete obići na dva načina: izletničkim brodom i poučnom stazom – drvenom šetnjicom uz jezero, koja je građena po uzoru na "Veličanstveni most" cara Sulejmana Veličanstvenog.



Dvorac Tikveš

Ne biste očekivali da se u ovom kraju nalazi uzvisina od čitava 243 metra visine, na vrhu Kamenjaku, koju se u ovom kraju naziva Baranjska planina, Banska kosa. Uzvisina s koje smo se na vidikovcu vinarije "Belje" mogli diviti nepreglednim vinogradima iz kojih potječu mirisne kapi Zlatnog vina.

Malo tko se na spomen baranjskoga kraja ne sjeti nadaleko poznatoga baranjskog gostoprimstva. Ovdašnji stanovnici će i iz najskromnijih uvjeta pred gosta staviti najbolji komad slanine ili kulena, neku dobru rakiju ili čašu vina.

Mi smo ovog puta uživali u ponudi jedne od domaćih vinarija, uz ukusnu večeru i gutljaje zanosnih, poznatih vina.

Najsjevernija točka na kraju, ili na početku, je Batina.

Visoko iznad Dunava, s vrha litice uzdiže se Augustinčićev Spomenik pobjedi. Ovdje se odvijala jedna od najvećih završnih operacija Drugoga svjetskog rata.

Dokle god pogled seže: ravnica.

Pogled na Mađarsku, na ravnu Bačku i široko korito Dunava.

Moćna rijeka koja je oblikovala ovaj kraj i živote ovdašnjeg stanovništva, koja kroz ove mirne, uspavane predjele kuca i struji u svojoj snazi.

Ima jedna poznata izreka iz ovih krajeva: "U Baranju možeš doći više puta autom, ali samo jednom sa srcem."

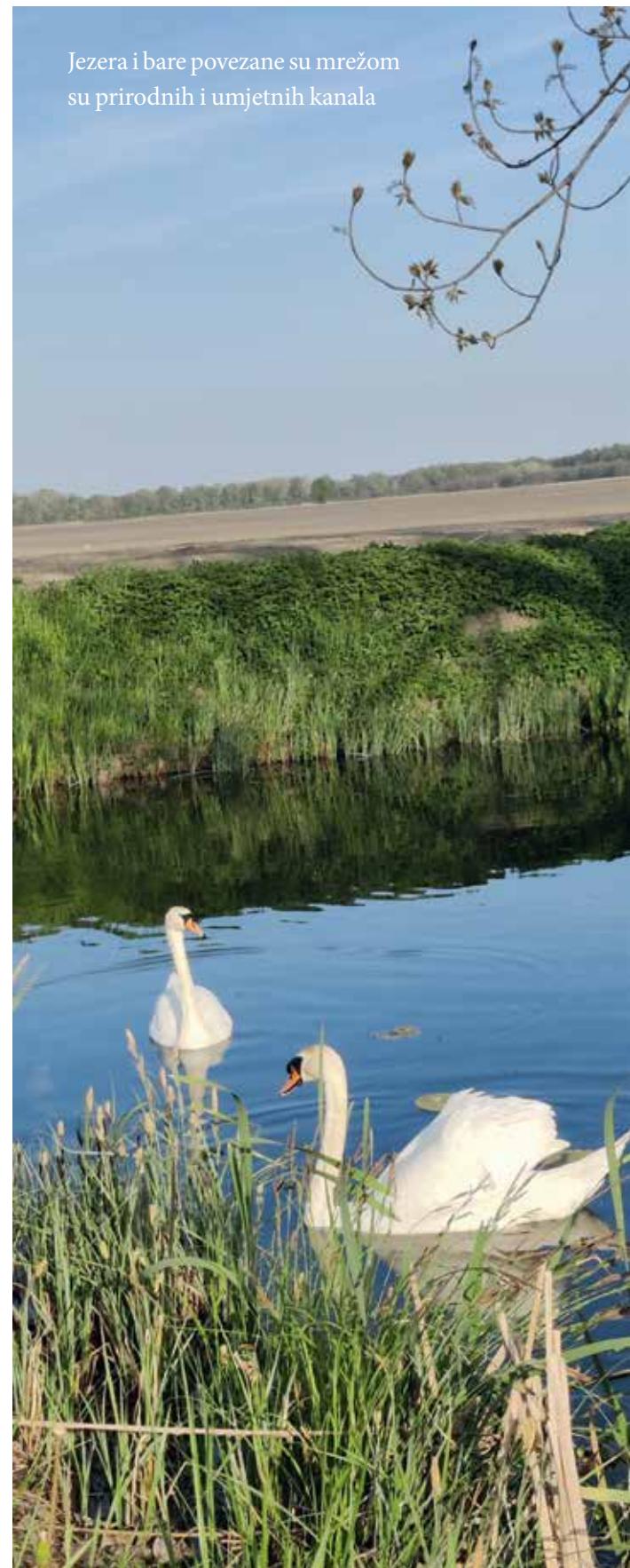
Izaberite svoje suputnike, pripremite se za put i doživite našu Baranjsku priču.

peric.marija@gmail.com



Kopačko jezero rezultat je djelovanja voda koje svojom aktivnošću na tome poplavnom terenu oblikuju bare (udubljenja) i grede (povišenja)

Jezera i bare povezane su mrežom su prirodnih i umjetnih kanala





AZORI

San Miguel
najveći otok Azora
zelena je mrljica
u plavetnilu
Atlantika

pedeset nijansi zelene

Od najranijeg djetinjstva većina nas zna za Azore. Barem oni koji prate vremensku prognozu. Azorska anticiklona ljeti donosi u naše krajeve stabilno i sunčano vrijeme. Osim toga o Azorima znamo koliko i o imunosnom odgovoru na COVID-19. Znamo da postoje. Azori su nam daleko i za nas su vrlo egzotična destinacija. Zapravo su za sve na svijetu, uključujući Portugalce, vrlo nedostupan dio svijeta. Barem je takav prvi dojam. Upravo stoga su mi već dugo "na piku". Prilično pri vrhu moje liste prioriteta. Naravno da ne bih išao tamo da ne znam da su Azori uz to i vrlo, vrlo lijepi otoci. I stoga sam sada, čim se ova zavjesa nad putovanjima zbog pandemije polako krenula razmicati, odlučio provjeriti je li tome stvarno tako. Posjetio sam ih sredinom lipnja ove godine.

Jesu daleko. Doslovno su usred Atlantika. Najблиže kopno im je Portugal, i to na udaljenosti od oko 1400 km. Američki New Foundland je malo dalje, a afrička obala je još dalje. No ako vas put nanese u Portugal, ti otoci i nisu više nedohvatni. Koliko? Dva sata i deset minuta i 62

ura. Ni minute niti centa više. Dobro, let može trajati par minuta kraće i dulje, a vi imate na raspolaganju i tri zrakoplovne kompanije pa i let može koštati malo manje ili više, ali toliko je bio u mom slučaju. Dakle, prvi je korak doći do Lisabona ili Porta. Ako mene pitate, do Porta. Porto je ljepši od Lisabona, no ovdje nije riječ o Portugalu pa nećemo ovaj put o toj zahvalnoj temi. Možda nekom drugom prilikom. Trenutačno vlada Azora ima rigoroznije kriterije od matice zemlje što se tiče testova na COVID-19. Traži se negativan PCR, no test plaćaju oni, vi se samo trebate prijaviti i pojavititi na jednom od stotinjak testnih mjesta sa svojom zrakoplovnom kartom. Uz to, svjesna krize, vlada Azora stimulira dolazak turista bonom od 35 eura koji možete potrošiti u restoranima, agencijama ili dućanima na otocima.

Azori su skupina od devet otoka vulkanskog podrijetlja. Svi su naseljeni, ali na nekim živi vrlo malo ljudi. Podijeljeni su u tri skupine povezane zrakoplovnom i ponekom trajektnom vezom. Ja sam

obišao najveći i definitivno najzanimljivji otok, San Miguel. On je zapravo jedini povezan linijom s Portugalom, dakle, ako niste jedan od fanatika koji će na Azore doploviti, morate sletjeti na San Miguel. Otok je veličine dva Krka. Dug 65 km, a na najdebljem dijelu širok 16 km. Povijest mu kreće naseljavanjem Portugalaca u 15. st. Uglavnom su dijelili sudbinu zemlje, osim što su svjetskim ratovima nisu bili neutralni već su služili saveznicima. Imaju, naravno, ogromno strateško značenje. Nešto pretjerano burne povijesti tu baš i nije bilo. Otoke i život na njima definiralo je podrijetlo i klima. Azori su, naravno, brdoviti, čak planinski. Na otoku Pico je najviši vrh Portugala (dvije i pol tisuće metara) i to je gledano od osnove na dnu oceana zapravo najviša planina na našem planetu. Azori su se uzdigli na mjestu sudara triju tektonskih ploča (Američke, Europske i Afričke). Još uvijek su vulkanski aktivni, ali uglavnom je njihova aktivnost udaljena već tisućjećima od vrhunca, pa su krateri ugaslih vulkana danas većinom tek brdašca. Golfska struja cijele godine

donosi toplinu i obilje padalina pa uz plodno vulkansko tlo stvara intenzivno zeleni pokrov.

Mi ljudi volimo uspoređivati, pa moram reći da sam čas imao osjećaj da sam na Islandu (polja lave, stošci i krateri vulkana), čas u Švicarskoj (zeleni brežuljci po kojima pasu crno bijele simentalke), čas na Kanarima (strmi obronci, planinski vrhovi, šume i plaže crnog pjeska), čas u Africi (tropska prašuma i šumska jezera). Ne mogu vam reći na što sliče Azori, jer su jedinstvena mješavina i samo svoji, a ako moram jednom riječju opisati Azore ta riječ bila bi: "ZELENO".

Zastava Azora je plavo-bijela, s devet zvjezdica u nizu i zlatnim sokolom. Dakle, ta zastava je potpun promašaj. Kao prvo, plavo bijelo je stara zastava Portugala koju je Portugal odbacio, no Azori su je odlučili zadržati. Kao drugo, Azori su dobili ime po jastrebu (acores je na portugalskom jastreb), ali jastreba nije nikada bilo na tim otocima, to su prvi doseljenici pogrešno prepoznali škanjca kao jastreba, a poslije su ga uz ime stavili i na zastavu. Jedino što je u redu je tih devet zvjezdica kao devet

otoka, ali ni oni nisu poredani kao na zastavi već su skroz razbacani, bez reda. Po meni bi bez dileme njihova zastava morala biti tri nijanse zelene i hortenzija u sredini. Sad moram nešto reći o hortenzijama. Kilometri i kilometri, desetine kilometara, stotine kilometara hortenzija uz cestu. Neponovljivo! Ova klima im odgovara kao da je izmišljena za njih. Zime tamo zapravo nema, tri su godišnja doba, pri čemu se proljeće ne razlikuje od jeseni. Ljeto je bez vrućina. Temperature ispod ništice kao i iznad trideset stupnjeva Celzija u naseljima nisu zabilježene. Vrlo blaga klima s puno padalina. Znam da je hortenzija invazivna biljka, nije domaća, donesena je iz Amerike. Sade je uz cestu, a ona postupno osvaja i druge površine, ali baš me briga čija je i odakle te hoće li kao korov pokriti sve pašnjake. Prekrasna je. To su većinom plavi grmovi, iako ih ima u svim bojama, od bijele do zagasito ljubičaste. Visoki dva do tri metra i jednako široki, sa stotinjak i više krupnih cvatova veličine nogometne lopte. Voziti se kroz takve aleje nezaboravan je doživljaj. Ima, naravno, i svega drugoga cvijeća, tropskog i kontinentalnog, ali ne primjećuju-

jete ništa od preobilja tih cvjetnih kugli. Što se mora obići?

Vidici. Prvenstveno nekoliko vidikovaca na zapadnom i središnjem dijelu. Ovako bi vam to moglo zvučati dosadno, ali zaista nije. Krateri nekadašnjih vulkana ispunila su jezera u zelenoj ili plavoj nijansi. Uz okolne vrhove, planine i more, sve zajedno uskladi se u očaravajuće prizore. Možete izgubiti dan blejeći u njih. Osim jednoga, svi su praktično na cesti. Ne treba vam ni desetak metara hoda. Naravno, želite li planinariti, na raspolažanju su vam desetine (ne desetak, više prema stotinjak) planinarskih staza. Zvuči prejednostavno. Naravno nije, tu je kvaka. Naime parkirališta su u sezoni prekrcana vozilima i uopće ne možete naći mjesta. Navraćati nekoliko puta tijekom dana tražeći parking više je pravilo nego iznimka. Izvan sezone pak nećete naći ni vidikovac jer je u gustoj magli. Čak i usred ljeta, kada je uz obalu redovito sunčano i tek svaki četvrti dan kiši, a planine su u pravilu zastrte oblaci. Tek po zimi, kad je kišan svaki drugi dan, mogu proteći tjedni u uzaludnom čekanju da Eol rastjera sivilo oko

Hrvatska zastava pouzdano rastjeruje maglu i oblake



>>

vas. Dakle, s vidicima strpljenja ili, još bolje, puno sreće. Ili putujte sa mnom. Ja nemam strpljenja, ali imam sreće.

Obala. Vulkanske stijene, crne pješčane plaže, ribarska sela, živopisni gradići i strme hridi. Obidićte otok okolo naokolo, nije problem. I svakako uzmite kupaće. Ocean nije prehladan.

Termalni izvori. Na istočnom dijelu otoka nalazi se zanimljivo mjesto značajne geotermalne aktivnosti. Nisu to gejziri, ali pari se svud naokolo i ključa i izvire i isplati se bućnuti u tim specifičnim bazenima. Jedno je od tih kupališta izdvojeno u središtu otoka i uređeno je kao tropski vrt s jezercima, slapovima, kaskadama. Prizori ja Tarzan ti Jane. Fora. Posebno za mlade i one kojima nije važno što to više nisu.

Ponta Delgada. Glavni grad, tvrđava, nekoliko zgodnih trgovina, muzeja, nekoliko crkava, jedno svetište...

Plantaže ananasa, banana i čaja. Ananasi su im maleni, zlatnožuti, izrazito slatki, intenzivnog okusa i preskupi (5 €/kg). Banane su im male, bez okusa i jeftine. Čaj je zanimljiv utoliko što su to gotovo posljednje plantaže čaja u Europi. Ne zaboravite: ovdje ste u Schengenu i imate roaming.

Tri dana za San Miguel je dovoljno, a po meni se ostatak Azora isplati pregleđavati jedino ako imate ozbiljan višak vremena i novaca. Let između otoka, naime, osim ako je drugi otok krajnje odredište (tada je besplatan) koštalo bi me više nego od Zagreba do Porta. Toga su svjesni i domaćini pa pokušavaju produljiti boravak ponudom raznih adrenalinskih atrakcija i promatranja kitova i dupina, što kod mene, naravno, dobiva bodova koliko i Engleska na Eurosingu.

Azori su trenutačno u sezoni, ali zbog pandemije još su prazni. U izvrsnom hostelu, zapravo najboljem hostelu u kojemu sam ikada bio (21 € na noć), bio sam jedini gost na katu. Na parkinzipu mjesta koliko voliš, nigdje nema čekanja u redu, kupališta bez gužve, restorani poluprazni. Milina.

Unajmljivanje automobila je obvezno,



Vidikovaca Azorima ne nedostaje, najveći problem je u sezoni pronaći parking u blizini

zapravo jedino pametno. Tih 90 € koliko me došao Smart s gorivom, najveći su trošak puta na Azore. Ceste su izvrsne, vozači portugalski. Bicikala nema.

Hrana, malo skuplja nego na kontinentu, specifična samo na jednomu mjestu gdje je spremaju krčkanjem nekoliko sati u vrućim rupama u zemlji. To se zove cozido i naručuje se dan prije. Ostala hrana je portugalska klasika.

Narod u gradovima malo je usporen, budulski ležeran, na selu je još malo gore. Ma ne malo, dosta.

Na kraju rekao bih da Azori imaju vrlo, vrlo zanimljivu prirodu, prelijepih

pejzaža. Ako se malo potrudite da ih dosegnete, nagraditi će vas odmorom za dušu i tijelo i ugodnom atmosferom. Nisu destinacija za lude provode, ali za opuštanje u prirodi svakako jesu. Ako tražite više uzbudjenja i raznovrsnosti, možda su za vas ipak Kanari. Ako ste ljubitelj zelenoga, tada ih zapravo ne smijete propustiti.

Za takvu destinaciju dobro dođe poneki savjet s praktičnim detaljima i informacijama koje je o Azorima teško doznati s interneta. Nisam vodič, naravno, ali ako mogu pomoći nekim iskustvom slobodno me kontaktirajte.

edo.toplak@zg.t-com.hr

„IVA”

Piše Andrija Štampar u spomen pok. Ivanu Kozarcu, hrvatskom književniku, rođenome i umrlom u Vinkovcima (1885. - 1910.). Objavljeno osam dana nakon književnikove smrti u "Pokretu", br. 267., srijeda 23. XI. 1910.

Preuzeto iz "180 godina vinkovačke bolnice", na poticaj doc. Dražena Švagelja.

Dok ovo pišem - moj pokojni priatelj leži u grobu, pokrit ledenom zemljom, zemljom svojega rodнog kraja, koji mu je davao impulze za njegova djela.

On je negdje lagano umro u svom tom kraju, ležeći u jednostavnoj seljačkoj kućici, umro među ljudima svojim, koje je u raznim oblicima opisao.

Spuštal se tužna, maglovita jesen, a njegov je život polagano nestajao. Kad sam nedavno kod njega bio, on se osjećao bolje..... Ali to bolje bilo je samo prividno..... Osjećao se bolje samo radi toga, stoje uvijek mogao da vidi onu okolinu, iz koje je proizašao, s kojom je usko spojena njegova mladost i cijeli njegov život.

Prije šest godina se upoznasmo. On je bio pisar, a ja sam polazio gimnaziju. Obojica smo bili seljani samo smo se u mišljenjima rastajali. On je bio rođeni pjesnik i pripovjeđač, što se na prvi mah moglo vidjeti, a ja siromašno dače nedouče, baveći se vječno prirodnim naukama.

Ipak smo se slagali.

Sjećam se onih dugih zimskih noći. Mi smo se sastajali kod Ive u maloj jednoj sobici. On bi čitao pjesme, a mi smo slušali. Iza pjesama došle su pripovjeti. Na to se obično nadovezala debata, koja je znala dugo u noć potrajeti.

Mladi zanosni ljudi, preobrnuli bismo čitav svijet.

Meni je imponirao onaj veliki zanos kod Ive. Njemu je literatura bila svetinja. Kad bi nam čitao po koju pjesmu, onda ju je on čitao s veoma mnogo života. Sav bi se uživio u svoje djelo.

Sjećam se, za krasnih večeri jesenskih, znali su momci iz našeg sokaka da pjevaju pjesme, one bećarske pjesme, što ih samo po Slavoniji čujemo. Ivu bi to elektriziralo, to je bio šokački momak. Sam nam je znao ispjevati koju narodnu, pak bi se u nju uživio kao u malo koju.

Jednom sam našao Ivu bolesna. Bacao je krv. Mene je to rastužilo, znao sam što ga čeka.

I u bolesti se nije mogao okaniti svojih pjesama i pripovjeti. I onda je radio, dapače još više nego ikada. Lice mu je gorilo od vrućice, a on bi nam čitao svoje sastavke opet sa zanosom i ljubavi.

Da, on je bio jedan od rijetkih literata, koji su se bavili jedino literaturom. Autodiktat u potpunom smislu čitao je veoma mnogo. Čitao je ruskih stvari, i prevadao ih dapače. Sve je sam naučio. Škola mu nije dala ništa. On je dapače mrzio školu. Već u drugom razredu gimnazije dobije drugi red iz

hrvatskog jezika i otide u pisare. Nijesu ga u školi trpjeli jednostavno radi toga, jer on nije pazio, nego je čitao lijepu knjigu. Iva je uz lijepu knjigu volio i pjesmu, pjeva nu na narodnu, što je najviše odgovaralo njegovoj duši.

Kad je pjesmu slušao, onda je bio izvan sebe, oči su mu se sjale nekim posebnim sjajem, on je sav u nju utonuo, osjećajući s narodnim, netaknutom dušom.

Naljepših mu je sati pribavio moj školski lijek i član ondašnjeg društva, daroviti pje-vač Pisarević. Znao sam doći s njim neopaženo pod Ivin prozor, a naš Sveti zapjevao bi najmiliju Ivinu pjesmu „Magla pala“.

Jaki njegov glas dopirao je daleko po našem sokaku probijajući magle, što su se skupile nad mutnim Bosutom. Ta je pjesma u onoj okolini djelovala simbolično biće u nama posebna čuvstva i nove misli.

Sveti nas je držao svojom pjesmom u stalnom nekom raspoloženju. Mi smo ga volili, jer je on tom svojom osobinom najviše na nas djelovao.

Razidošmo se. Ja i Sveti na visoke škole, a Ivu uzeše u soldate. Nijesu marili za njega, nijesu su se obazirali na njegovu tuberkulozu, uzeli su ga bez milosrđa.

Razidošmo se kao da nikada nijesmo zajedno bili. Ivu pritegla soldačija, mene anato- mija, a Svetu njegovo pjevanje.

Ivo je Izašao iz soldačije s vrućicama, s jasnom aktivnom tuberkulozom i s odbrojeno- nim danima. I opet smo se sastali.

Ti nije više bila ona mala seljačka kućica kraj Bosuta, nije bilo više u lijepoj našoj Slatini, već u lječilištu za sušivače na Zagrebačkoj gori.

Iva je došao sav slomljen, s velikim vrućicama, ali s nadom u ozdravljenje. Ja sam mu morao biti prijatelj i lječnik.

Slabo mu je bilo od pomoći. Tri je mjeseca bio na lječilištu, ali bez uspjeha.

Ali više nije bio onaj onaj Iva u Vinkovcima. Duga bolest slomila je u njemu volju i nade. Kušao je da piše i pjeva, ali nikada s uspjehom. Sve je popustilo.

Na časove ga je uhvatila dobra volja, i onda je mnogo pripovjedao o svojim seljanima, najviše o strini Mari, pripremajući ugodne časove bolesnicima, koji su u istoj sobi ležali.

I u toj sobi bio je jedan pjevač kao i naš dobar Sveti, ali slabijeg glasa iz bolesnih pluća. Kraj Ive je Sezao, ležao u vrućici kao i on, ali s nadom u život i ozdravljenje.

Zapjevao bi i on lijepim glasom, ali s nekim dubokim molom iste one pjesme, koje je nekad naš Sveti pjevao. Nekako tužno

dopirao je taj glas jedva preko zida bolesničke sobe.

Gledao sam mojeg Ivu u tim časovima. On nije mogao podnijeti mojega pogleda, prikrio se pokrivačem i zaplakao je. Plakao je nad onim prošlim lijepim danima.

Osjećajući kako je teško bolestan, još je više težio za zdravljenje, za prošlim danima. Predao mi je jednu pjesmu, koja je valjda zadnja, što ju je spjevao, pak će je stoga i objelodaniti.

Namijenjena je bila jednom pučkom zdravstvenom listu, o kojem sam onda govorio i namjeravao ga izdavati:

Za čovjeka svakog odvijek

Kroz sav život sreća j' prava,

Bez prestanka kad je njemu

Tijelo zdravo, duša zdrava.

Ali sreću čovjek otu

U svom zdravlju rijetko gledi,

I bolesti istom shvaća

Da mu zdravlje mnogo vrijedi.

U bolesti istom vidi,

Da nad zdravljem dobra nije,

Koj b' bilo veće, više,

Potrebni je i cjenije

Onda vidi: zdravlje ljudsko

Nada svaki je imutak,

I veselje i radosti

U njemu je pravi vrutak

A ... kada ga bolest pusti

Ozdravljenje njem je slavije

I on pomno otad čuva

Svoju sreću: svoje zdravlje.

I on je otišao s lječilišta slab, gotovo nemoćan, pripravan na smrt i praćen suzama onih, koji su ga volili, koji su žalili za njim.

Došao sam opet k njemu na ono isto mjesto, gdje smo sproveli najljepše dane svoje mladosti. Bio je još slabiji, još nemoćniji.

Rastah se s njim uvjерavajući ga, da će ga na Božić posjetiti.

Tko zna, očeš me onda naći, - rekao je moj Iva i zašutio prikrivajući svoje uvelo lice u jastuk. Izašao sam van, jedva se suzdržavajući od suza ...

Vani je počimala jesen ... lišće je padalo.

„Zbogom, moj prijatelju!

... Zbogom, Iva!

Laka ti zemlja!

prof. Miroslav Kopjar

IZ ŽIVOTOPISA

O ginekološkim i političkim iskustvima

Razgovarala prof. LADA ZIBAR

- ▶ Počnimo iz posljednje perspektive, a to su umirovljenički dani. Kakvi su Vaši profesionalni osjećaji u ovom životnom razdoblju?

Moja je sreća da sam nakon osnovnog i srednjoškolskog obrazovanja u Zlataru i Krapini upisao Medicinski fakultet u Zagrebu, poslije i specijalizaciju iz ginekologije u Varaždinu i Zagrebu. Usprkos tome što je posao ginekologa težak, pa postoji uzrečica "kruh sa sedam kora", cijeli sam svoj radni vijek volio taj posao. Kada sam stekao uvjete za administrativnu mirovinu osjećao sam se fizički i psihički sposoban da svoje znanje i iskustvo i dalje primjenjujem u zdravstvu.

Budući da zakon omogućuje rad s pola radnog vremena nakon umirovljenja, iskoristio sam tu mogućnost i zaposlio se u KBC-u Sestre milosrdnice u Zagrebu, povremeno u Općoj bolnici Bjelovar, a danas radim s pola radnog vremena u Općoj bolnici Zabok.

Osim rada u zdravstvenim ustanovama za vrijeme administrativne mirovine, prihvatio sam i politički izazov pa se kandidirao i postao gradonačelnik Grada Zlatara čiju sam dužnost volonterski obavljao u jednom mandatu.

- ▶ A Bili ste uspješni na nekoliko razina: u kliničkoj ginekologiji, u pedagoškom radu i u stvaranju zabočke bolnice. Što biste izdvojili iz tih područja djelovanja kao trag koji ste ostavili u hrvatskom zdravstvenom sustavu?

Točno, moj rad u zdravstvu može se svesti na nekoliko razina. Prvo sam kao kliničar radio na Odjelu ginekologije i porodiljstva u Općoj bolnici Varaždin, gdje sam i započeo specijalizaciju. Godine 1972. nastavio sam na Klinici za ženske bolesti i porode u Petrovoj, gdje sam 1976. položio specijalistički ispit. U Općoj bolnici Varaždin sam dobro usavršio struku iz porodiljstva i ginekologije pod budnim okom vrsnoga stručnjaka prim. Juvana.

Godine 1984. pozvao me ravnatelj Medicinskog centra Zabok da dođem uvesti ginekološku kirurgiju u to središte jer je projekt izgradnje prve operacijske dvorane bio završen. Prihvatio sam izazov te sam s kolegama uspio uvesti ginekološku kirurgiju te omogućiti, između ostalog, da se djeca iz Zagorja rađaju u svojoj bolnici, a ne u Ptiju i Celju kao do tada.

Budući da medicina stalno napreduje novim znanjima i tehnikom, nastojao sam neka od njih uvesti i u bolnicu u Zaboku. To je bilo vrijeme uvođenja endoskopskih tehnika u medicinu. Da bismo usvojili potrebna znanja iz novih metoda rada i tehnika, moji kolege i ja smo se educirali u inozemstvu, pa tako u Austriji, Njemačkoj, Italiji, Francuskoj, SAD-u i drugdje. Upoznali smo i razmjenjivali iskustva s mnogim eminentnim stručnjacima iz područja ginekološke endoskopije, od kojih su najpoznatija imena Kurt Semm ("otac ginekološke endoskopije"), Lillo Metller, Arnaud Watties, Luka Minelli, Mario Malzoni, Jorg Kekstein, Qerle, Harry Reich, Marko Pelosi i Brunschwig.

Moja je edukacija rezultirala prvom laparskopskom histerekтомijom. Bio je to velik uspjeh za Hrvatsku, e dogodio se 1994. u Općoj bolnici Zabok.

Shvativši da će nove histeroskopske i laparoskopske metode postati dominantne u dijagnostici i terapiji i zamijeniti klasičan pristup ginekološkoj kirurgiji, osnovao sam zajedno s kolegama iz hrvatskih ginekoloških klinika i odjela u okviru HLZ-a društvo za minimalno invazivnu ginekološku kirurgiju pod nazivom Hrvatsko društvo za ginekološku endoskopiju (HDGE). To je omogućilo da se znanje i iskustvo podjele mlađim generacijama te da se započe izobrazba pod okriljem Medicinskog fakulteta u Zagrebu, HDGE HLZ-a i HLK-a. Prvi tečaj iz endoskopije bio je u Zaboku, kao jednotjedni tečaj sa završnim kongresom.

Poslije se edukacija provodila svake godine gotovo u svim bolnicama i klinikama u Hrvatskoj, a polaznici su uvijek bili ne samo iz Hrvatske već i iz okolne regije.

Prvi međunarodni kongres održan je u suradnji s AAGL-om, tj. Američkim laparoskopskim društvom, zahvaljujući suradnji s prof. P. Pašićem. Održan je u Dubrovniku 2002. godine i tada smo dobili službenu privolu od prof. Kurta Semma da tečaj može nositi njegovo ime. Do sada su održana 22 tečaja iz endoskopije, a svake četvrte godine se održava svjetski kongres. Ove će se godine održati Peti međunarodni kongres iz minimalne invazivne kirurgije, a drugi s ISGE-om (International Society for Gynecologic Endoscopy) od 26. do 29. kolovoza 2021. u hotelu le Meridien Lav, SPLIT.

IZGRADNJA BOLNICE ZABOK

Prilikom stvaranja nove hrvatske države izabran sam za ravnatelja Medicinskog centra Zabok te sam sudjelovao u formiranju zdravstvene djelatnosti Županije vezanoj za obranu domovine.

Surađivao sam s generalom dr. Prodromom i prof. Hebrangom kao zapovjednik Kriznog stožera Krapinsko-zagorske županije. Po potrebi sam organizirao medicinske ekupe za potrebe specijalnih jedinica u ratu (Karlovac, Velebit).

Poslije rata bilo je više inicijativa za izgradnju bolnice u Krapinsko-zagorskoj županiji.

Znanstveno utemeljena medicina moguća je uz zadovoljavajuću infrastrukturu, koju OB Zabok tada nije imala. Rješenje sam našao u plemenitom grofu Kulmeru koji je za tu namjenu poklonio ne samo dvorac već i 24 jutra zemljišta s parkom i s barakama iz Drugoga svjetskog rata, pa smo ih upotrijebili za smještaj i liječenje pacijenta.

Hrvatska bratska zajednica, zapravo njezin predsjednik Bernard Luketić, omogućio mi je da u SAD-u razgledam više bolnica i odlučim koja bi od tih bolnica najviše odgovarala potrebama Zagorske županije.

Godine 1998. udovoljeno je našim molbama te je Ministarstvo zdravstva raspisalo natječaj za izgradnju nove bolnice. Uz mnoge konzultacije odabранo je arhitektonsko rješenje firme APZ iz Zagreba.

Zbog problema s financiranjem izgradnja je počela tek 2004., a dovršena 2006. i useljena 2008. godine. Nova bolnica ima 250 kreveta i moderna je zdravstvena ustanova koja pruža kvalitetnu medicinsku dijagnostiku i liječenje hrvatskim veteranim i stanovnicima Županije. Ponosan sam što sam dijelom sudjelovao ipridonio izgradnji i razvoju OB-a Zabok.

► Nedavno ste izdali novu knjigu iz područja laparoskopske ginekološke kirurgije na koju ste iznimno ponosni?

Knjiga "Minimalno invazivna ginekološka kirurgija" doista predstavlja izdavački pothvat kakav do sada nije zabilježen u hrvatskog medicinskog stručnoj literaturi. Radi se o pedeset i šest poglavlja koja



donose najrecentniji prikaz te struke. Knjiga objedinjuje poglavlja koja obrađuju sve aspekte ginekološke endoskopije, a isto tako obrađuje i brojne segmente minimalno invazivne ginekološke kirurgije, kao i druge minimalno invazivne ginekološke metode.

► Sudjelovali ste u stvaranju liječničkih organizacija devedesetih godina?

Nakon studija odmah sam se učlanio u HLZ i od tada sam do danas u njemu vrlo aktivan, tako da sam dobio razna odličja, pa i odličje "Ladislav Rakovac". Predsjednik sam HDGE HLZ-a i koordinator ukupno 11 ginekoloških društava HLZ-a te njihov predstavnik u EBCOG-a, koji je dio UEMS-a, najveće organizacije medicinskih specijalista EU-a. Nama je tada trebalo obnoviti rad Liječničke komore jer je članstvo u takvoj komori obveza svih liječnika, a stvaranje zakonodavnog odnosa između liječnika i državnih institucija najvažniji je način uzajamne kontrole kvalitete rada u državnim, ali i u privatnim zdravstvenim institucijama

Naravno da to danas još nije završen proces, jer zaostaje razvoj osiguravajućih zdravstvenih organizacija i slično. Rad Komore je obnovljen zaslugom pravilnika koje su na temelju austrijske, njemačke i norveške komore izradili onkolog prim. Egidio Ćepulić i kardiolog prim. Josip Gjurović u suradnji s kolegama s Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

► Tko je prof. Miroslav Kopjar?

Pod širokom lepezom mogućih odgovara na ovo pitanje, kao što su liječnik, znanstvenik, humanist, političar, glazbenik i pisac, ipak bih na prvo mjesto stavio ono što radim s punom odgovornošću, a to je ljubav prema medicini. To će potkrijepiti podacima o najužem krugu moje obitelji: supruga Ana je instrumentarka, sin Tomislav docent kardiokirurg, unuka Marta radi na AKH u Beču na doktoratu iz dermatoonkologije, šogorovo dijete Tina studira medicinu, sin Božo je specijalist obiteljske medicine, a moj unuk dr. Stjepan Šurbek postao je specijalizant interne medicine u Chicagu.

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 online 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 online obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje. Maji Žigman, mag.oec., na broj telefona: 01/4500 830, u uredovno vrijeme od 8,00 do 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 dostavite 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“.

Šećerna bolest tip 2

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
10.6.-31.8.2021.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Kako intenzivirati terapiju inzulinom

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
11.06.2021.-31.03.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Okrugli stol – Pravovremeno otkrivanje i liječenje karcinoma pluća

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
16.6.2021.-31.1.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Okrugli stol – Integrirano skrbi do boljih ishoda u dijagnostici i liječenju melanoma

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
16.6.2021.-31.1.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Nuspojave androgen deprivacijske terapije i kako ih zbrinuti – pogled endokrinologa i fizioterapeuta

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
17.6.2021.-30.4.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Antigregacijska terapija - interaktivni prikaz slučaja

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
18.06.2021.-31.03.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Teme koje nedostaju: Humana reprodukcija

Makpharm d.o.o.
online, 21.06.-01.10.2021.
g. Goran Nikšić, tel: 0912929601,
e-mail: goran.niksic@makpharm.hr

Dobra praksa liječenja osteoartritisa i osteoporoze

Makpharm d.o.o.
Online, 21.06.-01.10.2021.
g. Goran Nikšić, tel: 0912929601,
e-mail: goran.niksic@makpharm.hr

Prvi oralni agonist GLP-1 receptora

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
23.6.2021.-31.3.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Pristup bolesniku s blagim do umjerenim ulceroznim kolitisom

Wurth d.o.o.
Zagreb, 28.06.2021.
g. Niktoris Rešić, tel: 0911905203,
e-mail: niktoris.resic@gmail.com

Praćenje bolesnika s karcinomom prostate

Dedal Komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 28.06.-30.04.2021.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Edukativna radionica Važnost optimalne tehnike snimanja i adekvatne uporabe BIRADS klasifikacija u Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Koprivnica, 06.07.2021.
dr. Andrea Šupe Parun,
tel: 0958824382,
e-mail: ivana@conventuscredo.hr

Kako jednostavno postići terapijske ciljeve?

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Rijeka, 6.7.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Od kontrole glikemije do kardiorenalne protekcije

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Osijek, 6.7.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Preduhitrimo sindemiju

Sandoz d.o.o.
Webinar, 07.07.2021.
g. Tihomir Žugec, tel: 0912353168,
e-mail: tihamir.zugec@sandoz.com

Preduhitrimo probleme dok nije kasno

Sandoz d.o.o.
webinar, 07.07.2021.
g. Josip Barilar, tel: 0912353419,
e-mail: josip.brilar@sandoz.com

Dijabetes i metabolički sindrom

Sandoz d.o.o.
Webinar, 07.07.2021.
g. Luka Radmanić, tel: 0912353424,
e-mail: luka.radmanic@sandoz.com

Pogled ispod površine – sarkopenija pulmoloških bolesnika Abbott Laboratories d.o.o. Zagreb, 07.07.2021. gđa. Katarina Despot, tel: 0912333083, e-mail: katarina.despot@abbott.com	Arterijska hipertenzija 2021.-smjernice liječenja Sandoz d.o.o. webinar, 13.7.2021. g. Ivan Antić, tel: 091 3460 150, e-mail: ivan.antic@sandoz.com	Raspodjela tkiva KBC Zagreb Zagreb, 15.09.2021. gđa. Gordana Tomac, tel: 012388709, e-mail: transfuzija@kbc-zagreb.hr	BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: MODUL II: 21.10.2021. INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA Hrvatski zavod za javno zdravstvo online, 21.10.2021. dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272, e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr Iznos kotizacije: 312,50kn
"Izazovi pružanja zdravstveno-socijalnih usluga ranjivim skupinama našeg društva" Udruga Terra Rijeka, 07.07.2021. g. Nikola Serdarević, tel: 051337400, e-mail: info@udrugaterra.hr	HINE- Hammersmuth neurološki pregled dojenčadi Akademija za razvojnu rehabilitaciju Zadar, 23.8.-24.8.2021. gđa. Silvija Philipp Reichherzer, tel: 0916677643, e-mail: sreichherzer@gmail.com Iznos kotizacije: 2000,00kn	Torch i druge infekcije u trudnica i djece: epidemiologija, klinička stika, dijagnostika, terapija i prevencija Hrvatsko društvo za kliničku mikrobiologiju HLZ-a Zagreb, 17.9.2021. Doc.dr.sc. Mario Sviben, tel: 091 2986 545, e-mail: mario.sviben@hzjz.hr Iznos kotizacije: 750,00kn	BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: MODUL III: 28.10.2021. IZBOR STATISTIČKOG TESTA Hrvatski zavod za javno zdravstvo online, 28.10.2021. dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272, e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr Iznos kotizacije: 312,50kn
Tečaj osnovnih laparoskopskih vještina KBC Split Split, 07.-08.07.2021. g. Damir Quien, tel: 00385989417463, e-mail: damir.quien@gmail.com	SCPE- europska klasifikacija cerebralne paralize Akademija za razvojnu rehabilitaciju Zadar, 25.8.2021. gđa. Silvija Philipp Reichherzer, tel: 0916677643, e-mail: sreichherzer@gmail.com	ALZHEIMEROVA BOLEST I FRONTOTEMPORALNA DEMENCIJA U KLINIČKOJ PRAKSI Medicinski fakultet Zagreb Zagreb, 17.9.2021. g. Mario Cvek, tel: 014566966, e-mail: mario.cvek@mef.hr Iznos kotizacije: 200,00kn	UVZ 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
Liječenje akutne boli NSAID lijekovima Sandoz d.o.o. Webinar, 08.07.2021. g. Karlo Smiljan, tel: 0915511996, e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com	Marte Meo prirodna potpora razvoju Akademija za razvojnu rehabilitaciju Zadar, 26.8.-27.8.2021. gđa. Silvija Philipp Reichherzer, tel: 0916677643, e-mail: sreichherzer@gmail.com Iznos kotizacije: 2000,00kn	UZV ŠITINJAČE 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	PISANI TEST U ČASOPISU 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
Nutritivna skrb bolesnika prema izmjenama smjernica propisivanja namirnica za enteralnu primjenu Abbott Laboratories d.o.o. Zagreb, 08.07.2021. gđa. Katarina Despot, tel: 0912333083, e-mail: katarina.despot@abbott.com	Obrada i čuvanje tkiva KBC Zagreb Zagreb, 01.09.2021. gđa. Gordana Tomac, tel: 012388709, e-mail: transfuzija@kbc-zagreb.hr	Principi mikrobiološkog testiranja tkiva KBC Zagreb Zagreb, 08.09.2021. gđa. Gordana Tomac, tel: 012388709, e-mail: transfuzija@kbc-zagreb.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
Intenzivna neurologija - Refrakterni epileptički status Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za EEG i kliničku neurofiziologiju Slunj, 9.7.2021. gđa. Zdravka Poljaković, tel: 098237288, e-mail: zdravka.po@gmail.com Iznos kotizacije: 1000,00kn	PETISPLITSKIKARDIOLOŠKIDIR Udruga za prevenciju bolesti srca i krvnih žila Split, 10.9.-11.9.2021. prof. Damir Fabijanić, tel: 0989829961, e-mail: damirfabijanic62@gmail.com Iznos kotizacije: 600,00 kn	BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: MODUL I: 14.10.2021. TIPOVI ISTRAŽIVANJA, TIPOVI IPRIKAZ PODATAKA I INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA Hrvatski zavod za javno zdravstvo online, 14.10.2021. dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272, e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr Iznos kotizacije: 312,50kn	
Online webinar "Dual Mode of Action inOne Molecule of OAB treatment" Swixx Biopharma d.o.o. Zagreb, 9.7.2021. gđa. Milena Habuš, tel: 098384336, e-mail: milena.habus@swixxbiopharma.com			

