GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE GODINA XXI BR. 202 RUJAN 2021.

LIJEČNIČKE novine

RAZGOVOR

Prof. IVO IVIĆ

Predstojnik Klinike
za infektologiju
KBC-a Split

TEMA BROJA > VREMENSKO - KADROVSKI NORMATIVI

LIJEČNIČKE NOVINE Broj 202
ISSN 1333-2775

PBZ STAMBENI KREDITI U KUNAMA ILI EURIMA
POSEBNA PONUDA ZA ČLANOVE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima. Rješavate li svoje stambene potrebe kupnjom, izgradnjom ili adaptacijom nekretnine ili želite refinancirati postojeći stambeni kredit, financijsku podršku pronađite u **PBZ stambenim kreditima u kunama ili eurima uz fiksnu kamatnu stopu već od 2,00%** za prvih 10 godina te potom promjenjivu kamatnu stopu za preostalo razdoblje otplate.

Ako vam zatreba kratak predah od kredita, možete kod ugovaranja PBZ stambenog kredita ugovoriti **novu pogodnost preskoka (počeka otplate) anuiteta ili rate kredita**. Za ugovaranje i korištenje preskoka ne naplaćuje se naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci otplate kredita.

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

magnifica

Marina Krsnik
Tel. 01/ 63 64280
Mob. 099/ 617 2411
Marina.Krsnik@pbz.hr

Dunja Zdunić
Tel. 01/63 63417
Mob. 099/ 49 31628
Dunja.Zdunic@pbz.hr

Diana Fućak
Tel. 051/ 751 191
Mob. 099/ 233 0397
Diana.Fucak@pbz.hr

Res Alenka
Tel. 043/ 343 076
Mob. 099/ 295 9679
Alenka.Res@pbz.hr

Andrea Kukić
Tel. 01/ 63 62439
Mob. 099/ 469 8616
Andrea.Kukic@pbz.hr

Damira Pavić
Tel. 01/63 62156
Mob. 099/ 474 9468
Damira.Pavic@pbz.hr

Martina Kalčić
Tel. 051/ 751 013
Mob. 099/ 435 8685
Martina.Kalcic@pbz.hr

Alen Cirkvenčić
Tel. 031/431 060
Mob. 099/ 527 0872
Alen.Cirkvencic@pbz.hr

Marjana Matić
Tel. 01/ 63 62204
Mob. 099/ 469 8589
Marjana.Matic@pbz.hr

Ana Bilanović
Tel. 021/ 421 129
Mob. 099/ 497 3238
Ana.Bilanovic@pbz.hr

Ružica Škugor
Tel. 047/ 547 035
Mob. 099/ 295 9742
Ruzica.Skugor@pbz.hr

Marko Vuksanović
Tel. 031/431 014
Mob. 099/ 493 1637
Marko.Vuksanovic@pbz.hr

Reprezentativni primjer ukupnih troškova za PBZ stambeni kredit uz zalog na stambenoj nekretnini i uz status klijenta[1]

Vrsta kamatne stope	Kombinacija fiksne i promjenjive kamatne stope za stambeni kredit u HRK ili u EUR	
Parametar promjenjivosti	6M NRS1 za HRK (za promjenjivu kamatu)	6M NRS1 za EUR (za promjenjivu kamatu)
Valuta kredita	HRK	EUR
Traženi iznos kredita	525.000,00 HRK	70.000,00 EUR
Rok otplate kredita	10 godina fiksna + 10 godina promjenjiva kamatna stopa	10 godina fiksna + 10 godina promjenjiva kamatna stopa
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade	bez naknade
Kamatna stopa	fiksna 2,00% promjenjiva 2,21%[2]	fiksna 2,00% promjenjiva 2,26%[2]
Efektivna kamatna stopa (EKS)	2,31%[3]	2,35%[3]
Mjesečni anuitet	uz fiksnu kamatu 2.655,89 HRK uz promjenjivu kamatu 2.683,12 HRK	uz fiksnu kamatu 354,12 EUR uz promjenjivu kamatu 358,62 EUR
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	116.555,95 HRK	15.644,81 EUR
Ukupan broj anuiteta za razdoblje otplate	240 anuiteta	240 anuiteta
Ukupan iznos za otplatu	656.896,75 HRK[4]	87.714,01 EUR[4]

[1] Status klijenta ostvaruje klijent koji prima redovna mjesečna primanja na račun u PBZ-u. Kod promjenjive kamatne stope PBZ može u određenom referentnom razdoblju, a na temelju sklopljenog ugovora, odobriti umanjenje redovne kamatne stope na osnovu ispunjavanja uvjeta statusa klijenta. Umanjenje se izražava u postotnim poenima i primjenjuje na ukupnu redovnu kamatu po kreditu. Detaljnije informacije vezano za utvrđivanje statusa klijenta moguće je pronaći u Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

[2] Promjenjiva kamatna stopa definira se kao zbroj fiksnog dijela u visini 2,38 p.p. i 6M NRS1 za HRK, odnosno 2,45 p.p. i 6M NRS1 za EUR, koja za klijente koji ostvaruju status klijenta uključuje i umanjenje kamate za status klijenta. Klijent ugovaranjem promjenjive kamatne stope te prihvaćanjem Općih uvjeta poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama prihvaća i rizik promjene promjenjive kamatne stope uslijed promjene 6M NRS1 HRK, odnosno 6M NRS1 EUR tijekom trajanja ugovornog odnosa.

[3] EKS je izračunat za navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate, uz godišnju premiju za policu osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK/27,44 EUR, godišnju premiju za policu osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK/61,74 EUR te mjesečnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 9,00 HRK. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.

[4] Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do dospijeća uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana, a koje bi korisnik kredita plaćao do konačne otplate kredita, uz pretpostavku da je do kraja otplate kredita važeća navedena promjenjiva kamatna stopa, godišnju premiju za policu osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK/27,44 EUR, godišnju premiju za policu osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK/61,74 EUR te mjesečnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 9,00 HRK.

Utvrđivanje i promjenjivost kamatne stope prema 6M NRS1 za HRK i 6M NRS1 za EUR definirano je Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Za kredite ugovorene uz valutnu klauzulu EUR, radi konstantnog mijenjanja tečaja i varijabli koje utječu na iste postoji tečajni rizik. Tečajni rizik predstavlja neizvjesnost vrijednosti domaće valute u odnosu na vrijednost strane valute radi promjene deviznog tečaja. Promjena tečaja može realno smanjiti ili uvećati odnos vrijednosti dviju valuta, a samim time i iznos ugovorene veličine obveza. Stoga je moguća promjena iznosa ugovorne obveze u kunama nastala uslijed promjene tečaja. Ugovor o kreditu osiguran je založnim pravom na stambenoj nekretnini.

BRINEMO O SVEMU
ŠTO VAM ZNAČI

PRIVREDNA BANKA ZAGREB

www.pbz.hr

Bank of INTESA SANPAOLO

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

IMPRESSUM

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

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

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

IZDAVAČKI SAVJET
Alen Babacanli, dr. med. • Prim. Ines Balint, dr. med.
Vikica Krolo, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med.
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Marija Rogoznica, dr. med. • Vesna Štefančić Martić, dr. med.
Ivana Šmit, dr. med • Prim. Boris Ujević, dr. med. • Prof. dr. sc. Davor Vagić, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

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

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

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

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

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

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19 000 primjeraka

Predano u tisak 6. rujna 2021.

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

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

NASLOVNICA
U godini čitanja pazi što čitaš

KAZALO

4 **UVODNIK**
„Doktorice, kada se mogu cijepiti?“

5 **RIJEČ GLAVNE UREDNICE**
Dibidus

6 **RAZGOVOR**
Prof. Ivo Ivić

10 **TEMA BROJA**
Vremensko-kadrovski normativi

17 **KRONOLOGIJA COVID-19**

18 **IZ KOMORE**
Osuda priopćenja HUUGO-a • Pub kviz • U spomen na dr. Šretera
Najbolja fotografija • Pregled aktivnosti u srpnju i kolovozu

23 **IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**
Mentalno zdravlje liječnika • Transplantacija fekalne mikrobiote
Fekalna biobanka • Gerijatrijski online simpozij

28 **AKTUALNO**
Teorije zavjere o COVID-19

30 **GOST UREDNIK**
Dr. Samija Ropar o COVID-19 u Karlova;koj ž

35 **VIVAT ACADEMIA**
Medicinska humanistika

36 **COVID-19**
(Ne)učinkovitost nekih lijekova • Cijepljenje trudnica

38 **SPLITSKI ŠUŠUR**

39 **PRIKAZ SLUČAJA**
Ultrazvuk pluća

40 **PSIHIJATRIJSKE TEME**
Poremećaji ličnosti
U zdravom tijelu zdrav duh?

44 **SALUTOGENEZA**

48 **DOPISNICI IZ INOZEMSTVA**

49 **NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**

54 **HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**

56 **SJEĆANJA**

66 **POVIJEST MEDICINE**

73 **PRIMJERI IZ LIJEČNIČKE ETIKE**

74 **MEDICINSKA ETIKA**

74 **PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE**

76 **U GODINI ČITANJA**

78 **LIJEČNICI SPORTAŠI**

80 **PUTOPIS**

84 **OBITELJSKA MEDICINA**

86 **KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

„DOKTORICE, KADA SE MOGU CIJEPITI?“

Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ, dr. med.

predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Prema službenim podacima u Hrvatskoj se cjepivom protiv COVID-19 cijepilo oko 51 % odrasle populacije. Istovremeno, prema podacima HZJZ-a, cijepilo se oko 85 % hrvatskih liječnika. Govore li nam ti brojevi nešto više osim pukog statističkog podatka? Zašto se zasad u Hrvatskoj protiv COVID-19 cijepilo gotovo 9 od 10 liječnika, a tek svaki drugi naš susjed, prijatelj, poznanik ili sugrađanin neke druge profesije?

Vjerujem da ste svi tijekom godišnjih odmora ovoga ljeta barem jednom sudjelovali u razgovorima i živahnim raspravama, u nekom širem društvu medicinskih laika, na temu cijepljenja. Siguran sam da ste primijetili i regionalne razlike u prevladavajućim stavovima naših sugrađana na temu COVID-19, a poglavito na temu cijepljenja. Iste one razlike koje vidimo čitajući službene statistike o brojevima hospitaliziranih, bolesnika na respiratoru te postotku cijepljenih. Ne jednom ste se, tijekom tih razgovora, zasigurno zapitali odakle toliko nepovjerenje u struku, u znanost, u konačnici u nas liječnike?!

Kada netko slomi nogu, potraži li pomoć na Googleu, na društvenim mrežama ili posjeti hitni prijem? Kada netko ima visok tlak javi li se za savjet i terapiju molekularnom biologu ili matematičaru ili ipak otiđe liječniku da mu pomogne i propiše lijek? Dobije li netko upalu pluća i ne može do daha, javlja li se u Facebook grupe da mu objasne kako mu zapravo nije ništa i da je žrtva svjetske zavjere ili zabrinuto zove hitnu pomoć i žuri u bolnicu? Odgovori su potpuno suvišni. Naravno da se u svim takvim situacijama naši sugrađani javljaju liječniku i traže pomoć u zdravstvenim ustanovama. Javljaju se liječnicima zato što imaju povjerenja u njih i zato što su liječnici stručni, educirani i opremljeni da im pruže potrebnu pomoć. Zašto onda ti isti naši susjedi, poznanici, prijatelji, rođaci ili kumovi ne vjeruju svojim liječnicima kada im preporuče da se cijepe? Zašto se u konačnici ne povedu za osobnim primjerom liječnika koji su se, ponovimo, cijepili u ogromnom postotku? Odgovor će nam, *post festum*, vjerojatno dati sociolozi, psiholozi, širokospektralni politički analitičari. No, ovdje je ključna riječ *post festum*. Naime, dok mi dočekamo takva istraživanja, analize i odgovore, još će vjerojatno nekoliko stotina naših necijepljenih sugrađana podleći bolesti COVID-19. Načelno nepovjerenje u cijepljenje kao javnozdravstvenu mjeru kulminiralo je, kao nikada do sada, u pandemiji koronavirusa. To nepovjerenje se iskazuje u varijacijama od pristalica suludih teorija zavjera, preko protivnika unošenja „stranih supstancija“ u organizam do naizgled racionalnih zagovornika pristupa „ja ću još pričekati“, „moj imunitet je snažan, neću se razboljeti“ i „bojim se nuspojava“. Tisuće i tisuće građana Hrvatske odbijaju prihvatiti stručni savjet liječnika da se cijepe i tako se zaštite od rizika teškog obolijevanja i liječenja na respiratoru. Usprkos razumnoj argumentaciji, usprkos znanstvenim dokazima, usprkos tome što se cijepilo jedan i pol milijun građana Hrvatske, neki naši prijatelji, rodbina i slučajni poznanici odbijaju se cijepiti. Kod nas liječnika takvo nerazumno odbijanje pojedinaca da prihvate cijepljenje kao postupak koristan i za njih i za društvo, može izazvati ljutnju, nezadovoljstvo ili nedostatak volje za daljnjim razgovorom.

Razgovarajući ovog ljeta s kolegicom anesteziologinjom koja vodi COVID-JIL u bolnici u Dalmaciji, najupečatljivija informacija koju mi je rekla je da pacijenti koji prežive liječenje na respiratoru, a nažalost su upravo necijepljeni velika većina tako teško oboljelih, nakon ekstubacije prvo što pitaju je: „Doktorice, kada se mogu cijepiti?“

Moramo uvijek imati na umu da svaki javni istup uglednih znanstvenika koji minorizira opasnost od COVID-19 i negira nužnost visoke cijepljenosti, pa bio on možda i poneki iznimno neodgovoran liječnik, nanosi veliku štetu zajedničkoj borbi protiv pandemije i predstavlja ugrozu zdravlja naših građana.

Tim više, nužno je da svaki liječnik javno zagovara znanstveno utemeljene dokaze o korisnosti cijepljenja. **Naš je poziv takav da ne smijemo, u našim dnevnim kontaktima i susretima, odustati od zagovaranja cijepljenja.** Bez obzira na povremeni osjećaj besmislenosti takvih uvjeravanja, pozivam vas sve, da kao i do sada, razgovarate sa svojim pacijentima o cijepljenju, odgovorite na pitanja i pozovete ih da se cijepe. Razgovarajte i s necijepljenim prijateljima, obiteljima i poznanicima, odbacite jasno sve besmislice i neistine, podijelite s njima neoborive činjenice koje govore u korist cijepljenja. Iznenadit ćete se. Neke nećete uvjeriti, ali neke zasigurno i hoćete. Odustajanje niti u ovom slučaju, kao nikada u medicini, nije opcija.

Dibidus

U posljednje vrijeme nerijetko nas osvijesti spoznaja o razmjerima ljudskog nepoznavanja onoga što se nama podrazumijeva pa se tako načudih komentaru na društvenim mrežama u kojemu je vidljivo da nekima uopće nije jasno zašto bismo se protiv SARS-CoV-2 cijepili „zbog drugih". Nevjerojatno, koje dibidus neznanje! Ti glasni neznalice pri tome rabe pojam imuniteta krda, ali nipošto ne dovode u vezu s dobrobiti za druge u tome što se sam cijepiš. U popularizaciji cijepljenja ima, dakle, još prostora za pojašnjavanje onoga što nam se čini već elementarnim. Nažalost, osim klasičnih epidemioloških slikovnih objašnjenja s poznatim krugovima ispunjenima ljudima, prema čemu je jasan zakon kojim cijepljena većina reducira mogućnost prijenosa virusa na one bez zaštite na minimum, dostupni su nam i jasni domaći pokazatelji o postojanju posebno ugroženih skupina ljudi koji nisu u mogućnosti razviti imunosni odgovor na cijepljenje. Oni se nisu kompetentni niti obraniti od virusa i imaju veći rizik za loš ishod ove bolesti. Tako su od ukupnog broja bolesnika na kroničnoj dijalizi u jednom našem središtu nakon cijepljenja s dvjema dozama cjepiva u manje od polovice nađena protutijela protiv SARS-CoV-2, odnosno u manje od polovice njih je postignut serološki odgovor. Iz iste populacije se regrutiraju i bolesnici kojima je presađen bubreg i primaju imunosupresivnu terapiju. Oni poštuju preporuke svojih transplantacijskih nefrologa i cijepe se, no, nažalost, nerijetko bez odgovora, čemu svakodnevno svjedočimo. Pa potom zaraženi ovim virusom razvijaju teške kliničke slike COVID-19 i često imaju najcrnji ishod ove bolesti. Eto, ako nekome nije bilo jasno zašto se cijepiti zbog drugih, možda sada ipak jest. Pri tome ne mislim na čitatelje Liječničkih novina, kojima je, naravno, sve jasno, već mislim na one kojima to moramo prenositi, koje moramo prosvjećivati, koliko god nam to već bilo naporno. Mislim da su ovi primjeri dobri „živi" argumenti za dio neupućenih koje bismo objašnjenjem mogli privoljeti na cijepljenje. Zbog sebe i zbog drugih.

U ovom broju dr. Ivana Šmit, dopredsjednica HLK-a i predsjednica HUBOL-a, čudi se kako smo uopće došli do toga da njegujemo antiznanstveni pristup razvoju društva. U Godini čitanja slušamo medijske poruke javno poznatih osoba, uz temu koja se uspijeva održati mimo pandemije. Dodala bih, ipak pandemijski angažirano i tendenciozno, Pazi što čitaš!, u skladu s obiljem neznanstvenog štiva koje se trudi zavladati javnim mnijenjem. Medicina utemeljena na dokazima nije prijateljica umjetničkoj slobodi. Nadam se da će nas kampanja Godine čitanja ipak katkad odmaknuti od medicine i obogatiti nas i drugim sadržajima, ljepotom riječi i misli, mašte i stvarnosti. S tim bogatstvom imamo izglede biti bolji ljudi i bolji liječnici.

Nastavno na prethodnu temu u ovom broju odgovaramo na pitanje treba li nam medicinska humanistika na medicinskom fakultetu. U svjetlu suvremenih obrazovnih trendova koji vole sve ciljano, svrsishodno, fokusirano i upotrebljivo, bojim se da bi ostvarenje takvih ciljeva dodatno umanjilo širinu duha i našu perspektivu suzilo na zacrtan krug unutar kojega smo samo korisni u strogo određenom poslu za koji smo kvalificirani. Medicinska humanistika čuva ljudskost našega zvanja prema drugima i prema samima sebi. Toga se nikako ne bismo smjeli odreći.

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

ONI KOJI SE NE CIJEPE ZAJEDNICI NANOSE ŠTETU

Prof. IVO IVIĆ

Predstojnik Klinike za infektologiju KBC-a Split

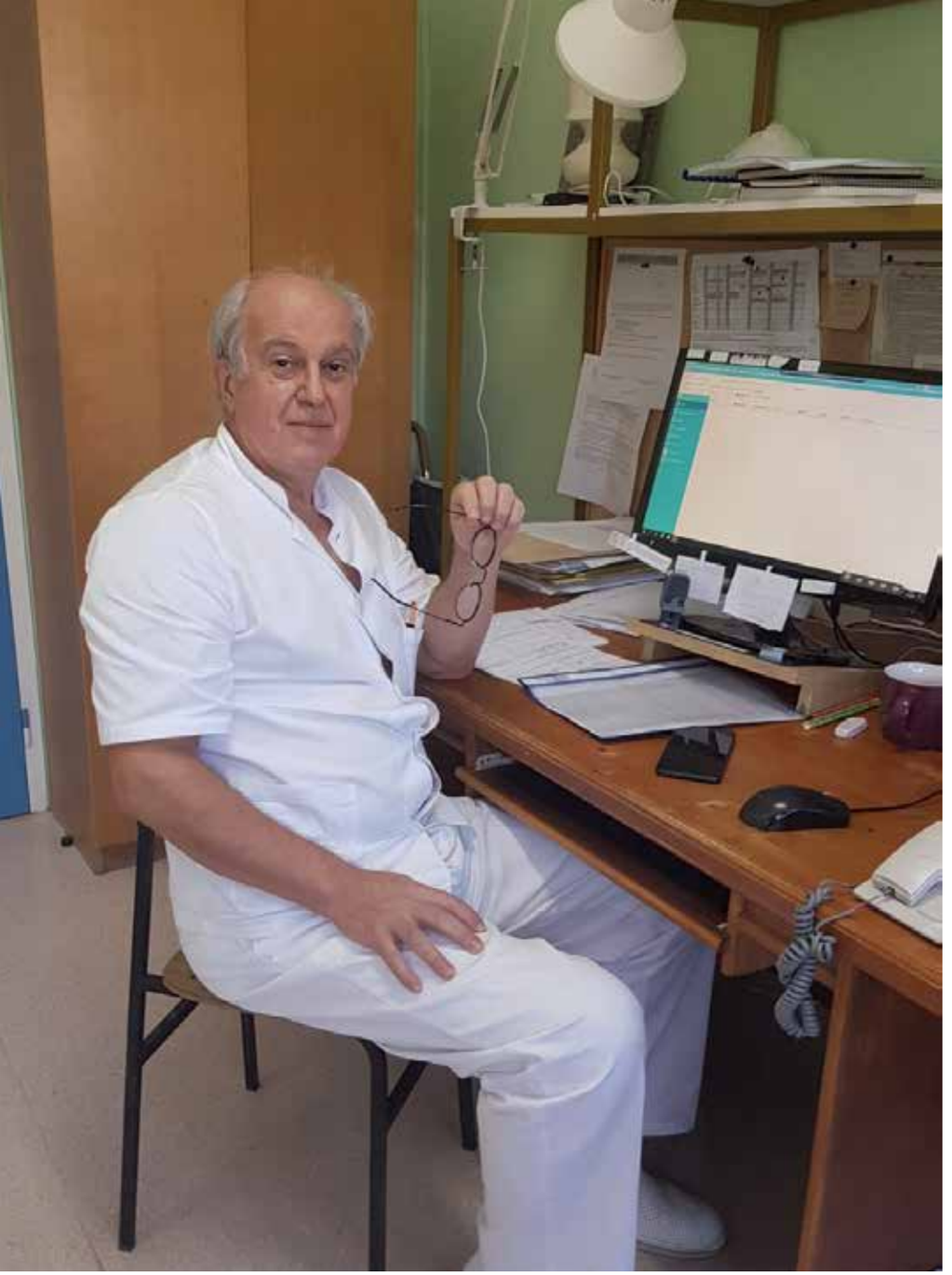
Prvi liječnik iz Splitsko-dalmatinske županije koji je primio cjepivo protiv COVID-19, 27. prosinca 2020. godine, u razgovoru za Liječničke novine govori o aktualnoj situaciji u borbi s epidemijom, što su sve on i njegov tim naučili u proteklih godinu i pol dana, pod kojim uvjetima bi se složio s uvođenjem obveznog cijepljenja za zdravstvene radnike te kako vidi trenutačni položaj liječnika u Hrvatskoj.

Razgovarala
ALICE JURAK

Predstojnik ste Klinike za infektologiju KBC-a Split. Liječite i teške slučajeve COVID-19. Kako biste opisali svoj posao od trenutka izbijanja epidemije COVID-19 i što ste naučili u proteklih godinu i pol dana borbe s ovim virusom?

U početku je bila nevjerica da nam uopće dolazi epidemija teške bolesti, a kad smo, osobito nakon događanja u Bergamu, shvatili da može uistinu biti tako, zavladala je zabrinutost, pa čak i strah. I kad govorimo o prvom valu, upravo je taj strah bio dominantan i vrlo često je potpuno paralizirao razumno medicinsko razmišljanje. A u početku epidemije gotovo da ga i nije bilo zahvaljujući strogom ograničenju kretanja do razine općina. Ali je zbog epidemije straha hitni prijem infektologije bio gotovo jednako opterećen kao i u jeku drugog ili trećeg epidemijskog vala teških COVID-19. Svaki febrilni bolesnik, pa makar imao i 37,2 temperature, završavao je na našem prijemu, iako se primjerice radilo o ekscitiranoj osobi u pokušaju suicida bez ikakvog simptoma respiratorne bolesti. Glavno je bilo da mi isključimo COVID-19, a onda je mogao na druge klinike. Dnevno su deseci bolesnika s moždanim udarima, mokraćnim infekcijama, infarktima, prijelomima kostiju ili malignim bolestima prolazili naše izolacije, testirani i prosljeđivani dalje. Kasnije je bilo teško zbog velikog broja respiratorno ozbiljno ugroženih bolesnika.

Što smo naučili? Prvo da još uvijek nemamo pravi antivirusni lijek koji bi u samom početku dokinuo mogući nepovoljan tijek infekcije, već imamo samo potporu bolesniku u vidu oksigenacije do mehaničke ventilacije, kortikosteroidne protuupalne terapije i tromboprofilakse ili antikoagulantne terapije. Za nas infektologe, koji smo ipak navikli na brze učinke antimikrobnih lijekova, ova masovna patnja bolesnika i naša prečesta nemoć da



im pomognemo bila je psihički i fizički iscrpljujuća. Mnogo smo puta plakali zajedno s njihovim obiteljima. Nada je bila cjepivo. I upravo u tekućem četvrtom valu epidemije COVID-19 među necijepljenima jasno smo naučili da je cjepivo spasonosno. Kad sam tijekom lipnja shvatio da nije cijepljeno više od 60 % bolesnika starijih od 65 godina, a koje smo tada hospitalizirali zbog non-COVID infekcija, moram priznati da sam postao pomalo depresivan jer sam znao što nas čeka. Svi mi nadali smo se da će nakon naporne godine dana cjepivo omogućiti da se odmorimo. No, ništa od toga! Shvatili smo da živimo gdje živimo i da nema druge nego nastaviti dalje.

> Kakvo je stanje u vašoj Klinici trenutačno i možete li ga usporediti s onim prošloga ljeta? Jesu li sada na respiratorima mlađi pacijenti?

U ovom času je u KBC-u Split hospitalizirano više od 70 bolesnika s COVID-19 i neću se iznenaditi ako premašimo broj iz kolovoza prošle godine od 80-ak maksimalno hospitaliziranih. Iako smo se nadali da će cijepljenje imati povoljan učinak na ove trendove, očito je da je on daleko ispod optimalnoga. Isto je tako jasno da na razmjerno visok intenzitet epidemije utječe odlučnost da se, ako je ikako moguće, ne prekida turistička sezona. To je za državu važno i mi kao državna služba moramo preuzeti taj teret. Na kraju, i jednako bitno, su kolovoske proslave koje se među Dalmatincima smatraju važnijima od zdravlja. Sve su to razlozi da je u ovom času velika većina novozaraženih u mlađoj dobnoj skupini jer su oni taj mobilni dio populacije. No ne treba sumnjati da će mladi donijeti infekciju kući i zaraziti svoje, nažalost u velikom postotku necijepljene roditelje. Zato u narednim tjednima očekujem rast broja bolesnika starije životne dobi.

U ovom takozvanom četvrtom valu epidemije bila je do prve polovice kolovoza prosječna životna dob bolesnika na respiratoru 64 godine. No, vrlo slična situacija bila je i u početku trećega vala, a onda se prosječna dob do kraja vala popela na 74 godine. Ono što je drukčije nego u prošlom valu epidemije jest značajno veći broj bolesnika na respiratoru. Međutim, do ovog časa njihova je smrtnost višestruko manja nego prije. Razlozi porasta broja mehanički ventiliranih uz manju smrtnost vjerojatno su višestruki, od drukčije patogenosti delta soja virusa, preko trenutačno mlađe životne dobi zaraženih, do nešto drukčijih indikacija za uvođenje intenzivne respiratorne potpore. Iako podatak o velikom broju mehanički ventiliranih pomalo plaši, važno je naglasiti da to u ovom času nije „smrtna presuda“ već da velika većina ozdravljuje, a to je ipak najvažnije. Ako u narednim tjednima poraste životna dob oboljelih, za očekivati je i porast smrtnosti, ali to tek treba vidjeti.

> Što vas posebno zabrinjava vezano uz epidemiju koja opet hara Hrvatskom?

Demografski gledano ova epidemija nije ni blizu nečemu kao što je primjerice bila epidemija kuge, i u tom smislu svjetska populacija ostat će tek okrznuta, a Hrvatska u malo većoj mjeri jer ima velik udio starijeg stanovništva. To je hladna „statistika“, a mi smo ipak ljudi i ne možemo svoje bližnje ostaviti na milost i nemilost, već im trebamo pružiti što god možemo. I u tom ćemo se nastojanju dobro umoriti.

>>

Zabrinjava me kolateralna šteta koja nastaje preopterećenjem zdravstvenog sustava. Ova epidemija konzumira prevelik dio ionako nedovoljnih kadrovskih i krevetnih kapaciteta i ozbiljno narušava pružanje odgovarajuće skrbi golemoj skupini kroničnih bolesnika. Oni, čekajući epidemiološki bolja vremena, i sami bježe od bolnica i ambulanti. Ne treba spominjati daljnje zaostajanje u ranom otkrivanju malignih bolesti. Kad se jednom eksplozija epidemije smiri sve te krhotine će nas dočekati i trebat će ih pokupiti ovaj isti premoreni zdravstveni sustav. Tužna je činjenica da bi sve to moglo biti puno bolje kada bi se stanovništvo u potpunosti odazvalo na cijepljenje.

Zabrinjava me i što će motiviranost zdravstvenih djelatnika neumitno padati, a na značajniju kadrovsku obnovu moguće je računati tek u srednjoročnom razdoblju od 5 do 10 godina. I to uz uvjet da se država organizacijski i materijalno jako angažira i privuče mlade ljude prema zdravstvenim zanimanjima. Ono što je ovaj čas moguće jest ozbiljno povećanje plaća na svim razinama, od pomoćnog osoblja do liječnika. Povišica od 10 % osnovice koju smo dobili kao COVID dodatak premalena je da bi značajno povećao motiviranost već umornih zdravstvenih radnika.

Prvi ste liječnik KBC-a Split koji je primio cjepivo protiv COVID-19. Treba li cijepljenje postati obvezno za zdravstvene radnike?

Ma koliko god to radikalno zvučalo ja bih bio za obvezno cijepljenje svakog stanovnika ove zemlje, pa tako i zdravstvenih radnika. U izvanrednim stanjima koja ozbiljno narušavaju zdravlje nacije, kad su ozbiljno poremećeni svi vidovi života i rada, nužno je poduzimati izvanredne mjere. To je naoko nedemokratski. Međutim, ako živite u objektivno nezreloj demokraciji u kojoj su individualna prava u ozbiljnom sukobu s prebrojnim pojedincima koji ne razumiju svoje obveze prema zajednici, pitam se čemu to vodi. Demokratski dopustiti da nas oni koje ne shvaćaju svoju odgovornost prema zajednici i dalje vode putem patnje i umiranja, vlastitoga i tuđeg? Uostalom, nisam do sada vidio COVID bolesnika koji je, nakon što je odbio cijepljenje i razbolio se, „demokratski" odbio ostati u bolnici. Ono što sam vidio jest, uz rijetke iznimke, da se srame svoje zablude i da bi bilo bolje da je odluku o cijepljenju umjesto njih donio netko tko bolje razumije problem.

No jasno mi je da u ovom vremenu obvezno cijepljenje nije moguće provesti, već će se ići zaobilaznim putem i necijepljenima nametati zapreke. Tako oni tobože imaju izbor, pa im je nešto dostupno ako su cijepljeni, a nije ako nisu cijepljeni. I to bi se trebalo zvati demokratskim izborom. Problem je što oni, ako i dalje odbijaju cijepljenje, ostaju u zajednici i nanose joj štetu. I sad, lako je nositi se s njima ako je to Švedska ili Engleska u kojoj velika većina cjepivo prihvaća jer je sposobna vjerovati znanosti i onome što vlast savjetuje. Ali to ovdje ne funkcionira i mi ćemo zbog toga pretrpjeti veće štete i, konačno, imat ćemo veći broj umrlih na milijun stanovnika nego primjerice Švedska. A prošle smo godine, na početku epidemije, mislili da smo bolji i od njih.

Međutim, iz sasvim praktičnih razloga nisam za obvezno cijepljenje zdravstvenih djelatnika dok se ne ispune dva uvjeta. Prvi je da se u svim zemljama EU-a, osobito onim bogatijima, uvede obvezno cijepljenje u zdravstvu. Drugi je da plaće naših zdravstvenih djelatnika budu motivirajuće za ostanak u Hrvatskoj. U protivnom, nametanjem cijepljenja može nam se dogoditi dodatan gubitak zdravstvenih kadrova, osobito mlađih, koji će se lakše odlučiti za iseljavanje. To je naša stvarnost.

U Hrvatskoj je još uvijek nezadovoljavajući postotak stanovništva cijepljen protiv COVID-19. Što je potrebno učiniti i kako po vašem mišljenju potaknuti ljude da se cijepe?

Mislim da struka teško može više učiniti da se ljudima objasni koliko je cijepljenje koristan i učinkovit način sprječavanja posljedica ove bolesti i koliko je neznatna opasnost od ozbiljnih nuspojava cjepiva u odnosu posljedice COVID-19. U ovom času onaj koji je razumio, taj se i cijepio. Tko i nije razumio, ali vjeruje struci, cijepio se. Preostao je još mali dio osoba kojima iz raznih razloga cjepivo nije dostupno. Rekao bih da su to prvenstveno socijalno zanemarene obitelji ili staračka kućanstva, češće u seoskim područjima nego u gradu, do kojih valja doći i ponuditi im cijepljenje.

> Nadalje, opazio sam da dio necijepljenih osoba vjeruje da su im njihove kronične bolesti i velik broj lijekova koje uzimaju zapreka za cijepljenje. Posebno u bolesnika koji imaju imunološke bolesti, a cijepljenje ima nešto veze s imunologijom. Nevjerojatan nesporazum! U javnosti, ali i na razini liječnika obiteljske medicine potrebno je bolje naglasiti: što je više kroniciteta i lijekova, više je razloga za cijepljenje.

No ne vjerujem da bi obuhvaćanjem ovih skupina mogli radikalno povećati ukupnu procijepljenost.

Kako objašnjavate splitski specifikum u ovoj pandemiji, zašto izbjegavaju cijepljenje?

To vam je kao da uspoređujete odaziv na cijepljenje grada Zagreba i Rejkjavika. Gledajući Europu od sjeverozapada prema jugoistoku, trend je sve slabijeg odaziva na cijepljenje. U tome Hrvatska na svojoj regionalnoj razini ne odstupa. I, da budem ironičan, da Hrvatska ima pokrajinu južniju od Dalmacije, vjerojatno bi Dalmacija izgledala sasvim pristojno. I budimo iskreni, ni oni dijelovi Hrvatske koji su

bolje procijepljeni, na europskoj ljestvici nemaju se baš čime razmetati.

Bogatstvo država utemeljeno na znanju i novim tehnologijama u izravnom je odnosu sa stupnjem obrazovanosti naroda koji ga čini sposobnijim vjerovati onome što nude struka i znanost. Taj stupanj civiliziranosti dobro se vidi i u odazivu na cijepljenje. Prosječan hrvatski građanin, obrazovno i kulturološki takav kakav jest, zbunjen je i ne može razlikovati istinu od neistine. I ne možete vi ljude nagovoriti da budu obrazovani i civilizirani, nego oni to moraju postati, a za to je potrebno vrijeme i generacije.

Također treba uzeti u obzir da su bivše socijalističke zemlje prošle traumatičnu tranziciju s društveno-ekonomskim potresima i osiromašenjem najosjetljivijih dijelova društva, te da su te zemlje značajno obilježene korupcijom, a to je uzrokovalo nepovjerenje u upravljačke elite. Ovo nepovjerenje je učinkovito pojačano dezinformacijama antivaksera. Širitelji takvih laži vješto koriste jezik znanosti i sposobni su dovesti u zabludu i fakultetski pa i medicinski obrazovane osobe.

Kako vidite položaj liječnika u Hrvatskoj u ovoj pandemiji?

Položaj liječnika i prije ove pandemije bio je težak. S jedne strane su sve veća očekivanja bolesnika i društva u humanizaciji medicinske struke, zahtjevi da se više vremena posveti razgovoru s bolesnikom i njegovom obitelji, a raste i pritisak pravne odgovornosti za učinjene propuste. S druge strane je nedovoljan broj liječnika, puno prekovremenog rada, često i nepriznatoga, i kroničan nedostatak onoga što se naziva „vrijeme za intelektualni mir" koje vam omogućuje da bez zvonjave telefona i pipsera, bez oluje mailova i kucanja na vrata radne sobe, da bez svega toga u miru razmislite, pročitate i savjetujete se s drugima o onome što je za iole kompliciranijeg bolesnika najbolje učiniti. Ja mogu kazati da sam svoj radni vijek počeo upravo kada je to bilo moguće - u miru razmisliti o svome bolesniku. A s epidemijom ovi problemi su narasli do neslućenosti. Brojni su trenuci u kojima smo morali odabrati što raditi, dizati telefon i dati informacije ili prihvaćati nadolazeću rijeku bolesnika koje treba pregledati, ordinirati pretrage i terapiju. Za oboje često nije bilo vremena. Pod pritiskom velikog broja akutnih bolesnika u kratkom vremenu još jasnije uviđate koje su vam najslabije kadrovske i organizacijske karike. U tom času više vam ne pomaže improvizacija koje smo inače pravi majstori, a kadrove koje niste na vrijeme popunili ne možete replicirati 3D printerom. U KBC-u Split ovi problemi su osobito izraženi. U proteklih 25 godina kadrovsko popunjavanje je bilo na minimumu. Tek je u posljednje četiri godine zaposlen značajan broj specijalizanata i oni su prevažna snaga za rješavanje ovog epidemijskog udara i onog što nas nakon epidemije čeka - puno teškoga rada. No to nije dovoljno, jer s odlaskom sve većeg broja specijalista u mirovinu nastat će generacijski zjap nepopunjen liječnicima s više od 20 godina iskustva. Nama liječnicima ne treba objašnjavati koliko je njihovo iskustvo i znanje važno za dobro funkcioniranje bolnice.

> I nakon svega materijalni status. Ali je bolje da o tome ni ne govorim. Dok mladi liječnik od Iloka do Prevlake ne bude mogao bez osobitog novčanog napora riješiti svoje stanovanje, neće biti sreće. Ne smijemo se dovesti do točke da mladi ljudi odustaju od medicine jer jasno vide da je omjer uloženog u obrazovanje i dobivenog nakon zaposlenja izrazito nepovoljan. Ti ambiciozni i vrijedni mladi ljudi u ponudi imaju puno unosnija zanimanja.

Liječnici su, posebice od izbijanja epidemije COVID-19, pokazali da su najbolji kada je najteže. Što je po vašem mišljenju najveća snaga hrvatskih liječnika, odnosno liječništva?

Nismo savršeni, ali mislim da smo još jednom pokazali da predstavljamo ne samo sol društva nego i njegovu veliku snagu kad god je to potrebno. Krema i cement društva istovremeno. Iako su stariji kolege, poput mene, u javnosti vidljiviji, mora se istaknuti da zapravo mladi specijalisti i specijalizanti svih struka, kirurških i internističkih, nose i nosit će pretežitih teret skrbi o ovim bolesnicima. I koliko god im je ovaj čas teško, njihova zajednička borba urodila je pravim „ratnim prijateljstvima" koja će im ostati za cijeli život. A kad se vrate na svoja matična radilišta zasigurno će imati puno prisniju i produktivniju suradnju u struci i znanosti. Isto tako vjerujem da će upravo oni biti ta snaga koja će mijenjati položaj liječništva, jer su se u struci morali puno ranije očeličiti nego mnogi među nama starijima (ma što mi o sebi mislili).

Tko je prof. Ivo Ivić?

On vam je i dalje gimnazijalac, podjednako ljubitelj prirodnih i društvenih predmeta, koji je 1976. godine razmišljao o tome u kojem zanimanju bi mogao raditi ono što će zavoljeti i što bi bilo na korist drugima. Mogla je to biti bilo koja struka, ali eto, odabrao sam medicinu. Isto tako, sasvim slučajno sam odabrao i uspio dobiti specijalizaciju infektologije kojoj me privukla izvrsna ekipa entuzijasta poput profesora Nikole Bradarića i pokojnog primarijusa Ive Milasa. I onda sam se uključio u nastavu na splitskom Medicinskom fakultetu, ne zato što sam sebi postavio cilj da postanem profesor, nego zbog moje potrebe da mladim generacijama prenesem ono što znam i tako vratim dug kojim su me moji prethodnici zadužili. I tako, pred sam kraj moga radnog vijeka, dogodila se ova epidemija i postavila mi do sada možda najteže zadatke. A od svega mi je najvažnije i najzahtjevnije bilo podupriječi svoje u velikoj većini mlade i neiskusne kolegice i kolege infektologe. I zato mi je najveće zadovoljstvo da su, mada prošavši kroz teškoće koje drugima nije moguće predočiti, stali na svoje noge i da mogu s pouzdanjem u sebe nastaviti dalje. A da epidemije nije bilo, sve bi se to dogodilo na nešto mirniji i javnosti nezamjetan način. I ja bih neizmjerno volio da je tako i bilo.

PLAN I PROGRAM MJERA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 2020. – 2022.

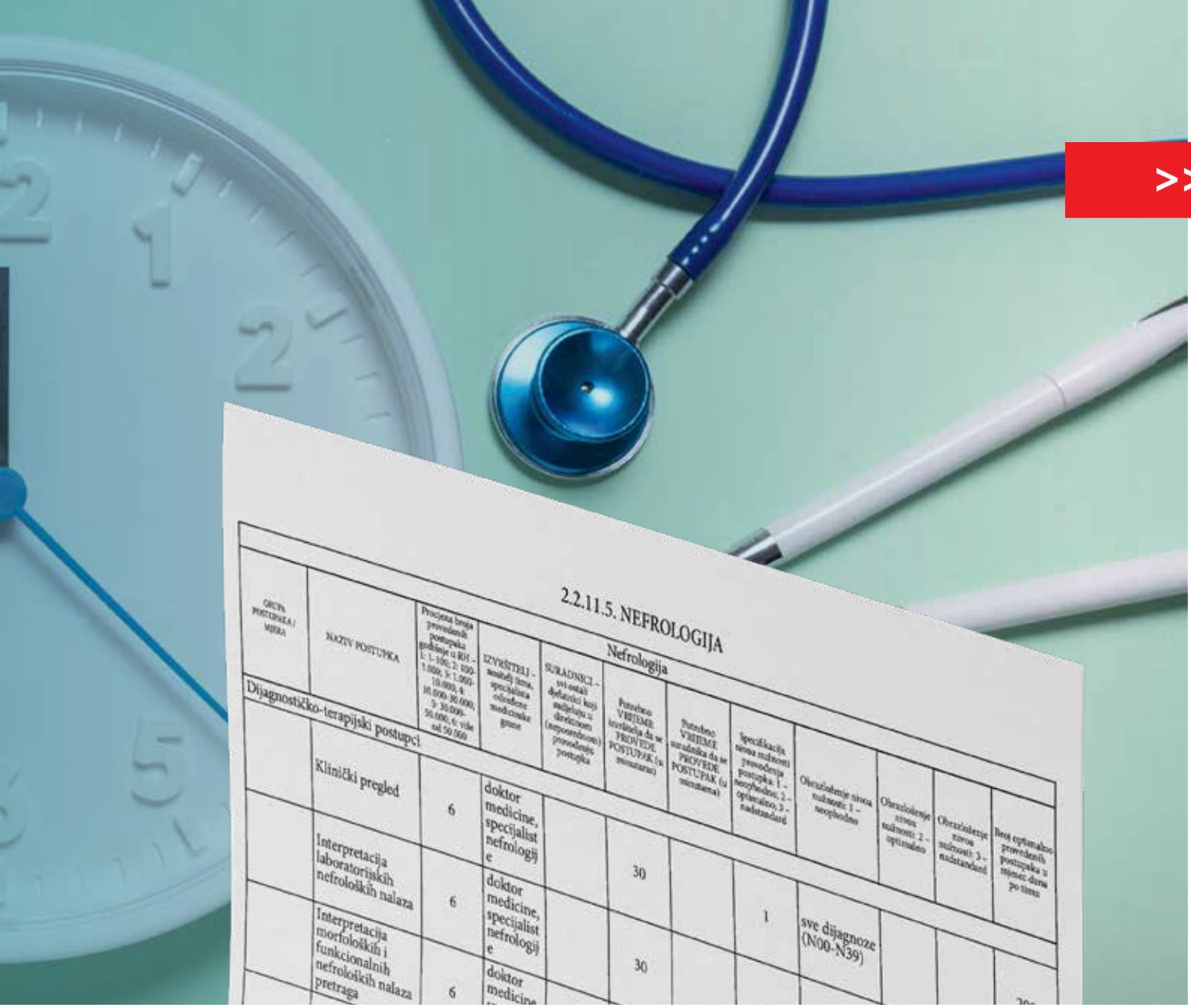
Strateški dokument hrvatskoga zdravstva

VREMENSKO-KADROVSKI NORMATIVI U PROVOĐENJU MJERA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Piše: ALICE JURAK

Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2020. - 2022. (u daljnjem tekstu dokument) je stupio na snagu 29. prosinca 2020. godine (NN 142/2020) i po prvi puta, među ostalima, sažeto propisuje i vremensko-kadrovske normative u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u specijalističko-konzilijarnoj i stacionarnoj (bolničkoj) zdravstvenoj zaštiti te zdravstvenoj zaštiti koju provode Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) i županijski zavodi za javno zdravstvo. Radi se o dokumentu koji je na temelju članka 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti donio ministar zdravstva, na prijedlog državnih zdravstvenih zavoda, a nakon prethodno pribavljenog mišljenja nadležnih komora i Hrvatskoga liječničkog zbora.

Dokument je dostupan na:
https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/propisi/2021/plan-i-program-mjera-2020-2022.pdf



OVAJ IZNIMNO OPSEŽAN DOKUMENT, NA TEMELJU KOJEGA SE PROVODE MJERE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I KOJI IMA VIŠE OD 1300 STRANICA, PODIJELJEN JE NA PET OSNOVNIH CJELINA:

- primarna zdravstvena zaštita
- specijalističko-konzilijarna i stacionarna zdravstvena zaštita
- mjere zdravstvene zaštite koje provode HZJZ i ZJZ
- mjere zdravstvene zaštite za značajne zdravstvene problema stanovništva
- ostale mjere

Dokument je opsežan jer, između ostaloga, sadrži i tablični prikaz vremensko-kadrovskih normativa – obuhvat, procjenu broja provedenih postupaka godišnje u RH, vremenske normative za provedbu postupka za izvršitelja/suradnika, potrebno vrijeme za provođenje postupka u minutama za izvršitelja/suradnika te broj optimalno provedenih postupaka u mjesec dana po timu (broj postupaka koje tim može napraviti u okviru propisanoga radnog vremena od osam sati, a da je pri tome iz vremena za izvršenje postupka izuzeto propisano vrijeme za odmor, ali i druge dnevne aktivnosti tima).

Hrvatska liječnička komora je dokument zaprimila na mišljenje u rujnu 2019. te ga je proslijedila na obradu nadležnim stalnim povjerenstvima Izvršnog odbora HLK-a, kao i županijskim povjerenstvima HLK-a. Također, HLK je Ministarstvu zdravstva uputila svoje komentare 9. siječnja 2020., na ukupno 52 stranice, te je ukazala da dokument zbog svoje opsežnosti zaslužuje kvalitetnu i široku javnu raspravu s predstavnicima svih stručnih društava kako bi se dodatno ujednačili predloženi normativi u svim djelatnostima. Dokument je ocijenjen nužnim jer predstavlja svojevrstan iskorak i težnju k unaprjeđenju, u odnosu na trenutačno stanje.

>>

Doc. dr. sc. TOMISLAV BENJAK, dr. med.
spec. javnog zdravstva, HZJZ

Kako je nastao Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2020. - 2022.

Doc. dr. sc. Tomislav Benjak kaže kako su novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 100/18., 125/19.), koji je stupio na snagu 1. siječnja 2019., postavljene pretpostavke za daljnji kontinuirani rad na boljoj organizaciji i podizanju kvalitete zdravstvene zaštite u javnom zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, sukladno pravnoj materiji Europske unije. Radi objektivne evaluacije pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite i poduzimanja odgovarajućih intervencija u sustavu, potreban je detaljan i nedvosmislen opis normativa i standarda za pojedine mjere i postupke koji se provode u sklopu pružanja zdravstvene skrbi pacijentima. U pojedinim europskim zemljama, poput Francuske i Finske, tijekom proteklih dvadesetak godina pokrenute su inicijative i projekti s ciljem standardizacije kvalitete zdravstvenih usluga. S obzirom na navedeno i sukladno odredbama navedenoga Zakona, Ministarstvo zdravstva je u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i ostalim državnim zdravstvenim zavodima još tijekom pripreme prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti pokrenulo izradu prijedloga novoga Plana i programa mjera zdravstvene zaštite, koji bi trebao zamijeniti prethodni usvojen još 2006. godine.

Prilikom izrade prijedloga Plana i programa mjera zdravstvene zaštite provedena je epidemiološka analiza radi

Dokument je bio dostupan javnosti u razdoblju od 11. prosinca 2019. do 10. siječnja 2020. za vrijeme postupka internetskog savjetovanja o njemu na središnjem državnom internetskom portalu za savjetovanja s javnošću „e-Savjetovanja". U okviru toga savjetovanja iznijelo je svoje komentare o dokumentu svega nekoliko stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zbora. Nije poznato zašto nije došlo do intenzivnijeg uključivanja stručne javnosti u slanje komentara o dokumentu te je li ona imala priliku u ranijoj fazi izrade dokumenta uputiti svoje primjedbe Ministarstvu zdravstva.

Kao nedostatci dokumenta, pored iznimne opsežnosti, kažu u HLK-u, nije jasno razlikovanje standarda i mjera pružanja zdravstvene zaštite i nije dovoljno definirano uvođenje novoga koncepta nadstandarda, s njegovim kvalitativnim i kvantitativnim obilježjima.

Primjedbe HLK-a odnosile su se i na neprimjereno vrijeme predviđeno za izvođenje određenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka kao i na pretpostavljen broj postupaka na mjesečnoj razini koji su u djelokrugu rada pojedinih specijalnosti, odnosno užih specijalnosti, osobito kirurških. Dodatno je istaknuto kako dokument nije u cijelosti usklađen s kompetencijama liječnika specijalista koje su propisane Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, čime su u pojedinim specijalističkim djelatnostima uskraćene određene kompetencije koje su im navedenim Pravilnikom propisane, odnosno dodijeljene.

Preliminarna analiza prihvaćanja primjedbi HLK-a pokazala je da je značajan dio njegovih primjedbi prihvaćen (npr. analiza danih primjedbi u djelatnosti obiteljske medicine pokazala je da su prihvaćene 72 pojedinačne primjedbe).

"Predviđeno je i da će HZJZ svake godine pripremati prijedlog Plana i programa mjera zdravstvene zaštite, u trećem kvartalu, što podrazumijeva analizu svih navedenih mjera i postupaka s mogućnošću brisanja, ali i uvrštavanja novih postupaka. U ovoj aktivnosti, HZJZ nužno mora konzultirati stručna društva Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ), nadležne komore, ostale strukovne udruge te referentna središta Ministarstva zdravstva, koji se obvezuju na suradnju. Ukoliko postoji potreba za uvrštenjem novog postupka, stručna društva trebaju se obratiti HZJZ-u te dostaviti međunarodne i nacionalne smjernice o provođenju postupka", pojašnjavaju u pravnoj službi HLK-a.

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

Predsjednik Liječničke komore, dr. sc. Krešimir Luetić, smatra kako je donošenje ovog Pravilnika bilo nužno. "Dobro je da je donesen ovakav Pravilnik u čijem potpisu je Ministarstvo zdravstva jer će to, među ostalim, motivirati stručna društva da pozorno i kontinuirano prate normative za pojedine procedure i predlažu promjene. Hrvatska liječnička komora će pak sa svoje strane također sugerirati potrebne izmjene, odnosno unaprjeđenje Pravilnika", rekao je dr. Luetić. Zanimalo nas je što o ovom dokumentu kažu i drugi liječnici i predsjednici pojedinih stručnih društava Hrvatskog liječničkog zbora.

utvrđivanja pojavnosti pojedinih skupina bolesti u hrvatskoj populaciji, najučestalijih uzroka smrti u Hrvatskoj i troškova povezanih s dijagnostikom i liječenjem učestalih bolesti. Sukladno rezultatima analize, Planom i programom mjera zdravstvene zaštite postavljeni su sljedeći osnovni ciljevi zdravstvenih politika: unaprjeđenje zdravlja stanovništva u cjelini, povećanje očekivanog trajanja života i smanjenje smrtnosti, povećanje broja godina života bez bolesti i/ili invalidnosti, osiguranje najviše moguće razine fizičkog i psihičkog zdravlja, uz brigu za poboljšanje kvalitete života očuvanjem zdravlja i funkcionalnog kapaciteta i za jačanje odgovornosti svakoga građanina za svoje zdravlje.

U skladu s postavljenim ciljevima, Plan i programa mjera zdravstvene zaštite sadrži ažurirani taksativni popis zdravstvenih intervencija u kontekstu mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije epidemiološki i zdravstveno-ekonomski značajnih bolesti i uzroka invaliditeta u hrvatskoj populaciji, poput arterijske hipertenzije, šećerne bolesti, pojedinih zloćudnih bolesti, poremećaja mentalnog zdravlja, akutnih zaraznih bolesti itd. Također, značajna novina u aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite jest sveobuhvatna shema normativa za različite medicinske dijagnostičke i terapijske postupke s egzaktnim opisima kadrovskih, infrastrukturnih i tehnoloških pretpostavki za njihovu provedbu, sistematizirana po svim medicinskim specijalnostima priznatima u Republici Hrvatskoj. U izradi navedene sheme bila su angažirana sva stručna društva u sastavu Hrvatskoga liječničkog zbora, državni zdravstveni zavodi (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje) i nadležne komore zdravstvenih djelatnika. Poseban naglasak stavljen je i na mjere zdravstvene zaštite starijih osoba, s obzirom na dobnu strukturu hrvatskog stanovništva (u kojemu osobe starije od 65 godina zauzimaju sve veći udio), i ostalih vulnerabilnih skupina.

Nakon konzultacija sa stručnim organizacijama, koncem 2019. i početkom 2020. godine, provedeno je javno e-savjetovanje vezano uz prijedlog Plana i programa zdravstvenih mjera te su dodatne prikupljene sugestije analizirane i implementirane sukladno njihovoj primjenjivosti pri ostvarivanju ciljeva zdravstvene zaštite uvrštenih u Plan i program. Također, predviđeno je ažuriranje ovoga programatskog dokumenta u redovitim godišnjim intervalima radi prilagođavanja aktualnom stanju zdravlja hrvatske populacije i zdravstvenim prioritetima koje ono nameće.

Prof. dr. sc. DARKO KAŠTELAN, dr. med.
pročelnik Zavoda za endokrinologiju i dijabetes KBC-a Zagreb i predsjednik Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a

Doc. dr. sc. MARIJA SANTINI, dr. med.
Zavod za intenzivnu medicinu Klinike za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu

Prof. dr. sc. Darko Kaštelan, pročelnik Zavoda za endokrinologiju i dijabetes KBC-a Zagreb i predsjednik Hrvatskoga društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a, kazao je, komentirajući dokument, kako bi taj ipak trebao biti precizniji, s jasnije definiranim porukama što se njime želi postići te kome je on točno namijenjen. **Također, mišljenja je kako bi trebalo jasnije biti definirano postoje li neke reperkusije za njegovo nepridržavanje u praksi.**

Predsjednica Hrvatskog društva za infektivne bolesti HLZ-a, doc. dr. sc. Marija Santini, objašnjavajući kako je stvaran ovaj dokument kazala je da je on bio ponuđen svim društvima HLZ-a, a sudjelovala su ona društva koja su se odazvala. Predstavnici društava su uvrštavali pojedine postupke, potreban broj liječnika medicinskih sestara/tehničara ili drugog osoblja potrebnoga za provođenje postupaka te potrebno vrijeme.

"Mislim da su kadrovsko-vremenski normativi vrlo važni zato što ukazuju na vrijeme i broj stručnjaka potreban za provođenje pojedine procedure. Indirektno, oni govore o potrebnim kadrovima, kojih trenutačno u Hrvatskoj manjka. **Većina liječnika i medicinskih sestara/tehničara trenutačno radi više nego što kadrovsko-vremenski normativi predviđaju. Međutim, iznenađujuće je da su ovi normativi formirani proizvoljno, dok je i vremenski kadrovski normativ nešto što se može izmjeriti na razini Europske unije ili drugih zajednica država koje imaju zdravstvene sustave koji postoje stoljećima, a kompjutorizirani su desetljećima"**, kaže doc. Marija Santini.

Na pitanje hoće li taj dokument dovesti primjerice do povećanja ili smanjenja lista čekanja, ona kaže kako smatra da ovaj dokument može poslužiti rasterećenju pojedinaca u zdravstvenom sustavu koji su sada uglavnom preopterećeni. **Ako bi se posao rasporedio na više stručnjaka, liste čekanja bi se mogle smanjiti.** Ali to nije, završava doc. Marija Santini, jedini čimbenik, tu je i dostupnost infrastrukture (npr. mjesta u bolnici, operacijskih dvorana, uređaja koji se primjenjuju).

>>

Prof. dr. sc. HRVOJE GAŠPAROVIĆ, dr. med., FETCS

pročelnik Specijalističkog Zavoda za kardijalnu kirurgiju odraslih Klinike za Kardijalnu kirurgiju KBC-a Zagreb, Predsjednik Hrvatskog društva za kardijalnu kirurgiju HLZ-a

Predsjednik Hrvatskog društva za kardijalnu kirurgiju HLZ-a, prof. dr. sc. Hrvoje Gašparović, kaže kako to društvo nije sudjelovalo u pisanju izvornog dokumenta, ali je nakon registriranja potreba za izmjenama dobilo mandat da ih i učini. "Nakon uvida u postojeći tekst, identificirali smo potrebu za izvjesnim izmjenama te na istima radimo. Osobno smatram kako je popisivanje djelatnosti pojedinih struka od iznimnog značaja, te kako je potrebno redovito ažurirati iste jer su podložne promjenama. Nadalje, propisivanje kadrovskih normativa je također imperativ. Iako smatram kako je vremenske normative teže ujednačiti s obzirom na individualizirane potrebe naših bolesnika, razumijem želju mjerodavnih institucija da se isto također protokolizira", rekao je prof. Gašparović.

Doc. dr. sc. Tomislav Benjak, spec. javnoga zdravstva (HZJZ) aktivno je od samoga početka uključen u stvaranje Programa koji izrađuje HZJZ u suradnji sa stručnim društvima HLZ-a.

"Hrvatski Zavod za javno zdravstvo ima ulogu koordinatora izrade i prihvaća sve prijedloge društava. Jedino je struka, tj. predstavnici specijalizacija, kompetentna za izradu ovog dokumenta, s obzirom da on sadrži opis postupaka koji se rade uz njihove vremensko-kadrovske normative. HZJZ je počeo s izradom dokumenta još 2016. godine i kontaktirao je više od 48 društava HLZ-a, ali i društva koja nisu članovi Zbora. Taj dokument je izrađen i u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom, ali i svim drugim strukovnim komorama u sustavu zdravstva. Na dokumentu je radilo ukupno 300-tinjak ljudi. Osnovana je i radna skupina za praćenje izrade dokumenta koju su sačinjavali predstavnici Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog liječničkog zbora te HZJZ-a. S obzirom na uključenje svih najvažnijih dionika iz zdravstvenog sustava može se reći da je ovaj novi koncept Programa, koji sadrži i vremensko-kadrovske normative, prepoznat kao izuzetno važan za buduću organizaciju zdravstvenih djelatnosti", pojašnjava doc. Benjak.

Plan prilagođen za lako pretraživanje

Budući da značajan dio struke nije upoznat s postojanjem važećega dokumenta koji uređuje vremensko-kadrovske normative, Hrvatska liječnička komora poslala je svim svojim članovima newsletter s osnovnim informacijama o tom dokumentu te ga je dodatno prilagodila za lako pretraživanje na mrežnim stranicama.

Na pitanje zašto je i koliko Program važan za struku, doc. Benjak kaže kako prvenstveno treba naglasiti da je prethodni Program mjera publiciran još 2007. godine i bio je više narativni dokument bez ikakve normizacije. Novi Program mjera, kaže, sadrži niz sastavnica (popis postupaka koje pojedina specijalizacija/zdravstvena djelatnost radi, vremensko-kadrovske normative, specifikacije razina nužnosti provođenja postupka – nužno, optimalno, nadstandard), koje su sve objektivizirane, što brojčano, što opisno.

"Posebno naglašavam ovdje da je nužnost provođenja postupaka opisana:

- kao MKB 10 šifra za postupke koji su vezani uz dijagnozu
- kod postupaka koji se provode repetitivno specificirano je koliko postupaka je nužno provesti tjedno/mjesečno
- kod postupaka kojima nije moguće odrediti nužnost na ova prethodna dva načina pružena je mogućnost društvima da to naprave prema definiciji koju su oni napravili.

Činjenica da je dokument u potpunosti normiran i da sadrži prije svega brojčane pokazatelje, pruža mogućnost da on bude baza za planiranje niza aspekata u sustavu zdravstva (npr. kadrovi, provođenje postupaka u okviru obveznoga zdravstvenog osiguranja). Ova zadnje navedena mogućnost već je započeta u okviru radne skupine HZZO-a gdje se upravo ovaj Program mjera koristi kao polazni dokument za izradu Programa mjera iz obveznoga zdravstvenog osiguranja", pojašnjava doc. Benjak.

Što se tiče mogućnosti planiranja resursa u zdravstvu prema navedenom dokumentu, doc. Benjak kaže da, s obzirom na to da se radi o pionirskom dokumentu, teško je za očekivati da će planiranje kadrova početi odmah po

njegovu donošenju, no porast interesa za ovaj dokument pruža mogućnost da vrlo skoro bude upravo ono za što i jest namijenjen, a to je baza za planiranje u zdravstvenom sustavu. Da bi to omogućili i vrlo skoro ponovo potaknuli skretanje pozornosti na nj, a samim time i unaprijedili aspekte njegova korištenja, predviđeno je da dokument svake godine noveliraju stručna društva uz koordinaciju HZJZ-a.

"Na taj način, ali i ovakvim člancima kao što je ovaj, sve više će se širiti svijest o potrebi njegove sve šire primjene. Već u srpnju ove godine upućen je svim društvima dokument na noveliranje, s rokom 15. rujna ove godine za dostavu izmjena i dopuna. Ministarstvo bi zatim koncem 2021./početkom 2022. publiciralo izmjene i dopune Programa", pojašnjava doc. Benjak.

Na pitanje je li ovaj dokument obvezujući, doc. Benjak kaže kako smatra da sama činjenica da je dokument objavljen u Narodnim novinama govori u prilog obveznosti njegove primjene, no isto tako treba uzeti u obzir da se radi o pionirskom dokumentu koji će svoje pune mogućnosti primjene postići u bliskoj budućnosti kada će se njegovim svakogodišnjim noveliranjem osvješćivati njegovo postojanje i važnost.

"Iz iskustva koordinatora mogu reći da sam imao puno upita od struke kada će ti normativi biti publicirani. Čak sam i u HLK-u održao više puta njegovu prezentaciju, na inicijativu Komore, da se osvijesti potreba planiranja na temelju takvoga dokumenta. **Ovo nikako nije dokument *pro forma*, već bih rekao da se radi o pionirskom dokumentu kakvog Republika Hrvatska do sada nikada nije imala u tom formatu.** Siguran sam da će postupkom svakogodišnjeg noveliranja i kontaktiranja HZJZ-a, i stručnih društava i komora on dobivati sve više na značaju", pojašnjava.

Hoće li taj dokument, bude li primjenjivan u praksi, dovesti primjerice do

Doc. prim. dr. sc. INGRID MARTON, dr. med.
predsjednica Hrvatskoga društva za ultrazvuk u ginekologiji i perinatologiji HLZ-a

povećanja ili smanjenja lista čekanja, doc. Benjak kaže kako je to teško predvidjeti s obzirom na to da HZJZ nije kontrolirao stručna društva jesu li ona realno odredila vremensko-kadrovske normative.

"Prepušteno je u potpunosti struci da normira svoj rad. HZJZ bi u protivnom trebao doslovno štopericom mjeriti trajanje svakog postupka, što objektivno nije realno ni izvedivo. Ukoliko su normativi postavljeni realno, bit će moguće bolje planirati i, prije svega, utjecati na povećanje kvalitetu zdravstvene zaštite", kaže doc. Benjak te dodaje da, koliko mu je poznato, **niti jedan zakonski propis nije eksplicitno naveo da se pojedina institucija ili ministarstvo zadužuje za nadzor provođenja vremensko-kadrovskih normativa**.

Doc. prim. dr. sc. Ingrid Marton, predsjednica Hrvatskoga društva za ultrazvuk u ginekologiji i perinatologiji HLZ-a, mišljenja je da struka u realitetu ne funkcionira prema normativima, jer u većini slučajeva nisu prilagođeni specifičnostima pojedinih struka, pregleda i pretraga, te ne uzimaju adekvatno u obzir specifične potrebe, primjerice onkoloških ili gerontoloških pacijenata.

"Vrlo je teško držati se striktno propisanog vremenskog okvira kada su u pitanju ginekološki onkološki pacijenti kojima liječnik primjerice mora priopćiti neku lošu vijest. Bojim se, da će slijepo pridržavanje normativa rezultirati nezadovoljstvom kako pacijenata tako i zdravstvenih radnika u cjelini. Neupitna je potreba stvaranja normativa. Međutim, oni su vjerojatno kvalitetno definirani u nekim zapadnim zemljama poznatima po kvalitetnom zdravstvenom sustavu i razvijenom društvu koje apsolutno uvažava kako potrebe i prava pacijenata, tako i zdravstvenog osoblja bez kojeg sustav ne može funkcionirati. Predlažem da se ugledamo na njihove modele. Isto tako, normativi moraju biti obvezni za sve koji sudjeluju u funkcioniranju sustava, jer u situaciji posvemašnjega kaosa u kojem neki kolege koriste beneficije ugovora o radu i minimalnoga radnog tjedna, kumulacijski radni odnos s jednim ili više suradnih ustanova i sl., postavlja se pitanje tko će održavati radni pogon. Prema mom iskustvu, to je uvijek nekoliko istih pojedinaca visoke radne i moralne etike koje će sustav/administracija "nagraditi" većim brojem radnih i prekovremenih sati, umorom, frustracijom i posljedičnim nezadovoljstvom.

Uz sveprisutan manjak osoblja, čini mi se primarnim definirati radne obveze svih u tzv. primarnom okruženju rada, kako bi taj bio produktivniji i kvalitetniji, a ljudski čimbenik sustava zadovoljniji, zdraviji i voljan ostati u domovini. Isto je potrebno potaknuti poštenijim/transparentnijim sustavom nagrađivanja i napredovanja", zaključuje doc. Ingrid Marton.

Da je nužno postojanje vremensko-kadrovskih normativa smatra i predsjednik Hrvatskoga društva za ginekološku endoskopiju HLZ-a prof. dr. sc. Miroslav Kopjar, koji naglašava kako normativi postoje u gotovo svim zemljama EU-a pa je potrebno da i Hrvatska ima usklađene normative jer smo to prihvatili ulaskom u Europsku uniju.

>>

Prof. dr. sc. MIROSLAV KOPJAR, dr. med.
predsjednik Hrvatskog društva za ginekološku endoskopiju pri HLZ-u

Ovaj je dokument važan za RH, smatra prim. Boris Ujević, jer se prvi put utvrđuju normativi na temelju kojih se može točno utvrditi koliko liječnika je potrebno za obavljanje zdravstvene zaštite.

"Navedeni vremensko-kadrovski normativi u dokumentu su većim dijelom realni u dijelu u kojem utvrđuju vremenske normative pojedinačnog postupka. Nažalost, zbog manjka liječnika oni se ne mogu uvijek poštivati. **Normativi su u načelu dobra osnova za uređenje zdravstvenog sustava, no u uređenim sustavima se više ne upotrebljavaju", rekao je prim. Ujević te dodao kako su vremensko-kadrovski normativi u takvim sustavima zamijenjeni praćenjem parametara kvalitete, sigurnosti pacijenata i ishodima liječenja.**

Prim. BORIS UJEVIĆ, dr. med.
predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost

RH je daleko od kadrovskog standarda Velike Britanije

dr. sc. MLADEN KNOTEK, dr. med.
bivši predsjednik Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju

U Velikoj Britaniji, odnosno u Škotskoj, u kojoj radim, poklanja se velika pozornost vremenskim i kadrovskim uvjetima rada. Organizacija pružanja zdravstvene skrbi donekle je različita u odnosu na Hrvatsku. Npr. visoko obrazovane i specijalizirane medicinske sestre i tehničari (engl. *advanced nurse practitioners*) obavljaju brojne poslove koji su u Hrvatskoj u djelokrugu liječnika specijalista. Na taj način postiže se racionalizacija pružanja medicinske skrbi i bolje korištenje stručnih resursa. Nadalje, svaki stariji specijalist (konzultant) vodi tim liječnika u edukaciji, različitog stupnja edukacije, s kojima dijeli vrijeme potrebno za pružanje medicinske skrbi tako da većinu izravnog svakodnevnog rutinskog posla obavljaju liječnici u procesu edukacije, dok specijalist koordinira aktivnosti, usmjerava dijagnostičke i terapijske postupke, donosi ključne odluke i odgovara za medicinske postupke svog tima. Svaki konzultant ima tajničku potporu, koja uvelike olakšava obavljanje administrativnog dijela posla. Ukratko, svaki specijalist ugovara sa svojom ustanovom opis posla (radni plan), koji uključuje aktivnosti vezane uz izravni klinički rad te potporne aktivnosti (npr. administracija, osobna edukacija...). Izravne kliničke aktivnosti obično iznose 80 - 90 % radnog vremena.

U svakodnevnom radu poštuje se ugovoreni radni plan - raspored aktivnosti se određuje prema vremenu potrebnom (predviđenom) za njihovo obavljanje, bez preklapanja različitih aktivnosti. Npr. kad je specijalist u ambulanti, onda nije istovremeno predviđena njegova dostupnost na odjelu ili u drugim aktivnostima. Vrijeme za pregled bolesnika u ambulanti je dostatno (npr. 30 - 60 min. za prvi pregled, 10 - 20 min. za kontrolni, i sve to uz naknadno diktiranje i dovršavanje kliničkog nalaza (povijesti bolesti), koje je opet normirano u sklopu zasebnog vremena za administraciju. Ti vremenski segmenti se poštuju, čime se poboljšava kvaliteta pružanja medicinske skrbi. Naravno, posljedica je potreba za odgovarajućim brojem specijalista, liječnika u procesu edukacije i zdravstvenih radnika drugih struka. Hrvatska je, na žalost, daleko od takvog kadrovskog standarda.

COVID-19 – kronologija

(6. srpnja – 5. rujna 2021.)

6. srpnja
U posljednja 24 sata zabilježeno je 96 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 528. Među njima su 132 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 10 pacijenata. Preminule su 2 osobe.

11. srpnja
U našoj zemlji u posljednja 24 sata nije bilo preminulih od COVID-19.

12. srpnja
U protekla 24 sata zabilježeno je najmanje novih slučajeva, njih 15 pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 511. Među njima je 107 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 8 pacijenata. Preminule su dvije osobe.

20. srpnja
Nakon što je cijela hrvatska obala iz zelene prešla u narančastu korona-zonu, što bi moglo ozbiljno ugroziti turističku sezonu, sve su glasniji zahtjevi da se epidemiološka situacija promatra po županijama, kako bi se, primjerice, na Jadranu odvojile županije koje imaju dobru od onih s lošijom epidemiološkom slikom.

25. srpnja
Do danas je ukupno zabilježena 362 621 osoba zaražena novim koronavirusom, od kojih je 8 245 preminulo, a 353 367 se oporavilo. U samoizolaciji je trenutačno 3 198 osoba. Do danas je ukupno testirano 2 248 466 osoba.

26. srpnja
Produljeno je trajanje potvrda o cijepljenju na 270 dana. Trajanje prethodno izdanih potvrda automatski se produljuje i nije potrebno ponovno podnositi zahtjev.

5. kolovoza
Francuska od rujna uvodi zdravstvene propusnice, a cijepljenje za zdravstvene djelatnike postaje obvezno. Zdravstveni radnici moraju se cijepiti do sredine srpnja ili će se suočiti sa suspenzijom do barem sredine studenoga.

8. kolovoza
HZJZ je objavio interaktivnu kartu procijepljenosti Hrvatske. Od velikih gradova, prvom dozom najbolje su procijepljeni Osijek (46,32 %) i Rijeka (45,49 %). Slijede Zagreb (42,89 %) i Dubrovnik (41,13 %). Najlošiji su Šibenik (34,54 %), Zadar (34,74 %) i Split (34,74 %). Grad Zagreb je najbolja regija po broju procijepljenosti objema dozama, s 38,87 %. Najlošije stoji jadranska regija s 32,36 % cijepljenih ljudi.

14. kolovoza
Kanadski službenici savezne javne uprave, kao i putnici vlakova i zrakoplova uskoro će se morati cijepiti zbog COVID-19, objavila je vlada kanadskog premijera Justinea Trudeaua, suočena s povećanim brojem slučajeva zaraze u zemlji.

18. kolovoza
Njemačka je najavila da će od 1. rujna nuditi cijepljenje trećom dozom starijima, imunokompromitiranima, te omogućiti cijepljenje i mladima od 12 do 17 godina.

21. kolovoza
Znatan rast broja novozaraženih osoba! U protekla 24 sata zabilježeno je 505 novih slučajeva pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 2 664. Među njima je 258 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 34 pacijenta. Preminule su tri osobe.

25. kolovoza
Splitsko-dalmatinska županija već nekoliko dana je vodeća po broju novozaraženih s COVID-19 u državi, raste broj pacijenata na respiratoru, a dosad se potpuno cijepilo 32 % odraslog stanovništva pa liječnici upozoravaju na jači porast broja zaraženih.

28. kolovoza
Zaključno s današnjim danom utrošene su 3 257 094 doze cjepiva. Dosad je 1 718 925 osoba cijepljeno s najmanje jednom dozom, među kojima je njih 1 538 169 primilo obje doze. U posljednjih 7 dana utrošeno je ukupno 45 010 doza cjepiva. Od toga su novocijepljene (prvom dozom) 21 773 osobe.

29. kolovoza
Oko 7000 ljudi prosvjedovalo je danas u središtu Atene protiv obveznog cijepljenja zdravstvenih djelatnika protiv koronavirusa koje stupa na snagu u srijedu u Grčkoj.

31. kolovoza
Tijekom protekla dva mjeseca (srpanj - 52 umrla, kolovoz - 75 umrlih) od posljedica zaraze COVID-19 preminulo je 127 osoba

1. rujna
Kafići, koji su zbog pandemije koronavirusa zatvoreni još u studenom prošle godine, da bi im od veljače ove godine bio dozvoljen rad isključivo na terasama, od jutros su ponovno otvorili gostima vrata svojih unutarnjih prostora.

2. rujna
Od 117 oboljelih od COVID-19 koji su u proteklih deset tjedana bili na respiratoru, njih čak 110 nije bilo cijepljeno. ECDC je objavio novu korona-kartu. Karlovačka, Sisačko-moslavačka, Bjelovarsko-bilogorska, Brodsko-posavska, Požeško-slavonska, Virovitičko-podravska, Osječko-baranjska i Vukovarsko-srijemska županija crvene su na novoj karti ECDC-a. Grad Zagreb, obalne županije i sjever Hrvatske ostali su u narančastom.

3. rujna
Ministar zdravstva Vili Beroš javno se obratio porukom protivnicima cijepljenja: „Ako je vaša odluka da se ne cijepite, ne dovodite i druge u bespotrebnu sumnju negirajući očite činjenice. Mi, čija je dužnost brinuti se o zdravlju građana, pripremili smo sve da najučinkovitija zaštita bude dostupna svakom građaninu Hrvatske“!

4. rujna
U posljednja 24 sata imamo 882 nova slučaja zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 4 452. Među njima je 469 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 59 pacijenata. Preminulo je sedam osoba.

5. rujna
Od 25. veljače 2020., kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 377 838 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 8 370 preminulo, a ukupno se oporavilo 365 037 osoba. U posljednja 24 sata zabilježeno je 539 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 4 431. Među njima je 485 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 52 pacijenta. Preminulo je 8 osoba.

HLK OŠTRO OSUĐUJE PRIOPĆENJE HRVATSKE UDRUGE UGOVORNIH ORDINACIJA

Hrvatska liječnička komora čvrsto se ograđuje od neznanstvenih tvrdnji i nestručnih stavova Hrvatske udruge ugovornih ordinacija (HUUGO) da učinkovitost i sigurnost cjepiva protiv COVID-19 nisu znanstveno dokazane. Usred pandemije, kada javnost s pojačanom pozornošću prati istupe i preporuke liječnika, udruga HUUGO je u priopćenju objavljenom tijekom srpnja ove godine pokazala zabrinjavajuću razinu nepoznavanja rezultata znanstvenih istraživanja i relevantnih propisa.

Iz poziva „da se objave dokazi o učinkovitosti i sigurnosti cjepiva" koji je u ime HUUGO-a putem facebook stranice i službenim dopisima uputila predsjednica HUUGO-a Josipa Rodić, proizlazi da vodstvo HUUGO-a nije upoznato niti s jednim od više stotina znanstvenih istraživanja o cjepivima protiv COVID-19 objavljenih u posljednjih godinu dana. Ova istraživanja dokazala su djelotvornost cjepiva u zaštiti od zaraze i iznimno visoku djelotvornost u sprječavanju teške bolesti i smrti. Regulativna tijela redovito objavljuju i obnavljaju preporuke i stavove o cjepivima, a nacionalna i međunarodna stručna medicinska društva, kao i različita savjetodavna zdravstvena tijela, izdaju brojne preporuke, stručne smjernice i procjene učinkovitosti cjepiva. Liječnička komora napominje kako je obveza i dužnost svake liječnice i liječnika da se kontinuirano stručno usavršava i da prati relevantnu stručnu i znanstvenu literaturu. Nevjerojatno je da je to obilje znanstvenih i stručnih dokaza uspjelo promaknuti vodstvu udruge HUUGO.

Iz obraćanja medijima također proizlazi da vodstvo ove udruge ne posjeduje nužna temeljna znanja o procesu odobravanja cjepiva i lijekova u EU-u i Hrvatskoj. Naime, uvjetno odobrenje kakvo su dobila cjepiva protiv COVID-19, u EU-u je uobičajen postupak odobravanja lijekova i cjepiva. Standardi sigurnosti za lijekove i cjepiva iznimno su visoki i kod uvjetnog i kod konačnog odobrenja. Nikada se niti jedan lijek nije ovako intenzivno pratio kao što se sada prate ova cjepiva kroz epidemiološke baze podataka o 138 milijuna ljudi. Liječnička komora dužna je također upozoriti i javnost i liječnike koji vode HUUGO da je neistinita njihova tvrdnja da postoji EU ili hrvatski propis koji traži da klinička testiranja cjepiva traju pet godina. Stručno neodgovoran istup vodstva ove udruge, sa stavovima neutemeljenima na znanstvenim činjenicama, ruši povjerenje kako u liječnike primarne zdravstvene zaštite, tako i u liječnike općenito. Ovakve netočne i znanstveno neutemeljene izjave otežavaju ostvarenje što više razine cijepljenosti hrvatskih građana. HLK postavlja pitanje znaju li uopće članovi udruge što radi vodstvo i slažu li se s ovakvim znanstveno neutemeljenim, a javnozdravstveno štetnim priopćenjem. Nadležna povjerenstva Hrvatske liječničke komore zatražit će očitovanje od vodstva HUUGO-a. Hrvatska liječnička komora podsjeća hrvatsku javnost da je cijepljenje jedini izlaz iz ove pandemije i svjetlo povratka u normalan život. HLK poziva još jednom sve hrvatske građane koji nemaju medicinske kontraindikacije da se cijepe.

Izvrstan ugođaj na Pub kvizu HLK–a u Varaždinu

Pubkviz HLK-a! - konačno je ponovno održan uživo, i to 5. srpnja u Varaždinu, na terasi kafića Madera, s osam ekipa, u sjajnom ugođaju, u epidemiološki korektnim uvjetima. U izvrsnoj organizaciji "domaće" liječnice Ane Jurin Martić, uz maštovita pitanja Mislava Čavke (na fotografiji). Odgonetavalo se povijesne dresove hrvatske nogometne repke, poznate Varaždince na fotografijama (kao npr. Ladislava Rakovca), a vijuge su se napinjale i za „kalodont" format pitanja. Poredak pobjednika bio je sljedeći: 1. Tres docentes (uobičajeno, Tomislav K., Ante B., Ante C., Tomislav I. i Antonio M.), 2. Scotch soda i 3. Varteks (domaći, Varaždinci). Pobjednički tim je odnio ljetnu nagradu Eucerina. Dogovoreno je da se vidimo ponovno uživo koncem ljeta u Bjelovaru. Ali nam je epidemiologija izgleda opet pomrsila račune.

U spomen na dr. Ivana Šretera Hrvatska obilježava Nacionalni dan mirotvorstva

Nacionalni dan mirotvorstva obilježen je ove godine, 18. kolovoza, na datum kada su 1991. godine na barikadama u naselju Kukunjevcu srpski pobunjenici oteli dr. Ivana Šretera, hrvatskog liječnika rodom iz Pakraca, ravnatelja bolnice u Lipiku i predsjednika Kriznog štaba za zapadnu Slavoniju. Pokušavajući umiriti međunacionalne napetosti, zagovarao je suživot Hrvata i Srba bez nasilja i netrpeljivosti. Nažalost, do danas nije razjašnjena sudbina ovoga velikog mirotvorca i humanista.

Prema izjavama očevidaca, dr. Ivan Šreter je nakon otmice zatočen nedaleko Bučja u napuštenoj kući u selu Branešci, gdje je trpio strašna mučenja. Posljednji put viđen je živ 29. kolovoza 1991. godine. Mrtvim je proglašen 1993. godine, a do danas nije utvrđeno kada je i gdje ubijen niti gdje se nalaze njegovi posmrtni ostaci. Dr. Ivan Šreter najviši je državni dužnosnik stradao u Domovinskom ratu.

Dr. Ivan Šreter diplomirao je 1978. godine na zagrebačkom Medicinskom fakultetu. Specijalizirao je fizijatriju te je radio u Općoj bolnici u Pakracu, a zatim u Lipiku, gdje je postao ravnateljem bolnice.

U znak štovanja i pijeteta prema svome kolegi, Hrvatska liječnička komora je 2018. godine Odboru za imenovanje naselja, ulica i trgova Grada Zagreba podnijela prijedlog da se ime dr. Ivana Šretera uvrsti u Fond imena za dodjelu naziva ulica. Prijedlog je prihvaćen, te od 2019. park omeđen Kišpatićevom ulicom, Gorjanovićevom ulicom te Gornjim prečacem nosi ime dr. Ivana Šretera.

Također je i u Pakracu po njemu imenovan trg, proglašen je počasnim građaninom Pakraca i postavljeno je njegovo poprsje na platou između župne crkve Uznesenja Blažene Djevice Marije i Hrvatskog doma.

Hrvatski liječnički zbor dodijelio mu je odličje "Ladislav Rakovac".

Odlukom Predsjednika Republike Hrvatske odlikovan je Redom Petra Zrinskoga i Frana Krste Frankopana s posrebrenim pleterom, a dodijeljena mu je i Nagrada grada Lipika za životno djelo.

Udruga hrvatskih branitelja Domovinskog rata 91. u suradnji s drugima Udrugama proizašlima iz Domovinskog rata dodijelila mu je posmrtno, 16. travnja 2016. godine, priznanje Junak hrvatskog Domovinskog rata.

Od 2011. godine njemu se u spomen održava stručni skup nazvan Balneološki skup "Dr. Ivan Šreter".

Njemu u čast hrvatska jezikoslovna nagrada od 2005. godine nosi ime "Nagrada Dr. Ivan Šreter".

TEMA *PLOVILA*

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA

Autor: Josipa Kovačić

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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U SRPNJU I KOLOVOZU 2021.

1.–2. srpnja	Edukacijska radionica i savjetovanje „Skrb 24/7/365 – iluzija ili obveza?", Motovun (dr. V. Štefančić Martić)
2. srpnja	Otvaranje 10. Croatian Esthetic Medicine Symposium, Opatija (prof. dr. sc. G. Hauser)
7. srpnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora (dr. sc. K. Luetić)
7. srpnja	Gostovanje u emisiji „Newsroom" N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
13. srpnja	Gostovanje u emisiji „RTL Direkt" (dr. sc. K. Luetić)
14. srpnja	Sastanak Povjerenstva za sprečavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 nad starijim osobama i osobama iz drugih ranjivih skupina (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Štefančić Martić)
14. srpnja	Gostovanje u emisiji „Studio uživo" N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
22. srpnja	Sastanak s ministrom zdravstva izv.prof.dr.sc. Vilijem Beršom (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Štefančić Martić, dr. I. Raguž)
31. kolovoza	Gostovanje u emisiji „Izaberi zdravlje" Hrvatskog radija (dr. sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U SRPNJU I KOLOVOZU 2021.

2. srpnja	Sjednica Nadzornog odbora
2. srpnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
6. srpnja	Sjednica Vijeća
8. srpnja	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
20. srpnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
21. srpnja	Sjednica Izvršnog odbora
30. srpnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
26. kolovoza	Tematska sjednica Izvršnog odbora
27. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
30. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
30. kolovoza	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
1. srpnja – 31. kolovoza	2 rasprave na Časnom sudu

SAVE THE DATE

3. KONGRES KOKOZ-a i

5. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

3. - 5. prosinca 2021. — Rovinj, hotel EDEN

Organizatori: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Hrvatska liječnička komora

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

Tehnički organizator: Aorta d.o.o.
www.aorta.hr, kongres@aorta.hr

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

KOKOZ
koordinacija komora u zdravstvu

Jardiance (empagliflozin)

Synjardy (empagliflozin/ metforminklorid)

Za bolesnike sa šećernom bolešću tipa 2[1]

SNAGA DA POSTIGNETE VIŠE[1,2]

VIŠESTRUKE KORISTI.[1,3]

DOKAZANA ZAŠTITA.*[1,2,3]

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

NOVOST!

Jardiance (empagliflozin)

Od sada i u indikaciji simptomatsko kronično zatajivanje srca kod bolesnika sa smanjenom ejekcijskom frakcijom (HFrEF)[5§]

u dozi 10 mg jedanput dnevno, bez titracije

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

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

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

§ Smanjenje relativnog rizika od KV smrt ili hospitalizacija zbog zatajivanja srca i zaštite bubrežne funkcije[1,4]

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

Reference:

1. JARDIANCE Sažetak opisa svojstava lijeka 2021. **2.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. **3.** Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018;61(12):2461-2498. **4.** Packer M, et al. *N Engl J Med.* 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix).

Boehringer Ingelheim

Jardiance 10mg ili 25mg filmom obložene tablete (INN: empagliflozin) **Indikacije** Šećerna bolest (ŠB) tipa 2 - za liječenje odraslih osoba s nedostatno kontroliranom ŠB tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi - kao monoterapija kada se metformin ne smatra prikladnim zbog nepodnošljivosti; - kao dodatak drugim lijekovima za liječenje ŠB; Zatajivanje srca (ZS) - za liječenje simptomatskog kroničnog ZS sa smanjenom ejekcijskom frakcijom. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Doziranje** ŠB - preporučena početna doza je 10mg empagliflozina (empa) 1x dnevno za monoterapiju i za dodatak kombiniranoj terapiji s drugim lijekovima za liječenje ŠB. U bolesnika koji podnose empa 10mg 1x dnevno, imaju eGFR ≥60 ml/min/1,73 m² i trebaju jaču kontrolu glikemije, doza se može povećati na 25mg 1x dnevno. Maksimalna dnevna doza iznosi 25mg. ZS – preporučena doza je 10mg empa 1x dnevno. Sve indikacije - kada se empa primjenjuje u kombinaciji sa sulfonilurejom (SU) ili inzulinom, moguće je razmotriti nižu dozu SU ili inzulina, kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. U slučaju propuštene doze, doza se treba uzeti čim se bolesnik sjeti; međutim, ne smije se uzeti dvostruka doza u istom danu. Posebne populacije *Oštećenje bubrežne funkcije* Kod bolesnika sa ŠB tipa 2 glikemijska djelotvornost empa ovisi o funkciji bubrega. Za preporučene prilagodbe doze s obzirom na eGFR ili klirens kreatinina vidjeti tablicu 1. **Tablica 1: Preporučene prilagodbe doze**

Indikacija	eGFR [ml/min/1,73 m²] ili klirens kreatinina [ml/min]	Ukupna dnevna doza
ŠB tipa 2	≥ 60	Započeti s 10mg empa. U bolesnika koji podnose 10mg empa i potrebna im je dodatna kontrola glikemije, doza se može povećati na 25mg empa.
	45 do < 60	Ne započinjati s empa. Nastaviti s 10mg empa u bolesnika koji već uzimaju Jardiance.
	< 45	Ne preporučuje se empa.
ZS (sa ŠB tipa 2 ili bez nje)	≥ 20	Preporučena dnevna doza je 10mg empa.
	< 20	Ne preporučuje se empa.

Zbog mehanizma djelovanja, glikemijska djelotvornost empa je ovisna o funkciji bubrega. Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s eGFR ≥60ml/min/1,73 m² ili klirensom kreatinina ≥60ml/min. *Oštećenje jetrene funkcije* Nije potrebno prilagođavanje doze. Iskustvo empa je povezana u bolesnika s teškim oštećenjem jetre. Terapijsko iskustvo je ograničeno i stoga se ne preporučuje za uporabu u ovoj populaciji. *Starije osobe* Nije preporučeno prilagođavanje doze prema dobi. U bolesnika u dobi od 75+ godina treba uzeti u obzir povećani rizik od depleciju volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije empa. **Način primjene** Tablete se mogu uzeti sa ili bez hrane, progutane cijele s vodom. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Ketoacidoza (KA) U bolesnika sa ŠB liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi KA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima, stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti glukoze u krvi (GUK), ispod 14 mmol/l (250 mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave KA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žeđi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od KA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o KA, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na KA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U tih bolesnika preporučuje se praćenje razine ketona. Prednost se daje mjerenju razine ketona u krvi u odnosu na mokraću. Liječenje empa može se ponovno započeti kada se razine ketona vrate u normalu i stanje bolesnika stabilizira. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za KA. Jardiance se ne smije primjenjivati za liječenje bolesnika sa ŠB tipa 1. Podaci iz programa klin.ispitivanja u bolesnika sa ŠB tipa 1 pokazali su povećanu pojavu KA koja je po učestalosti bila česta u bolesnika liječenih empa 10 mg i 25 mg kada su primjenjivani kao dodatak inzulinu u usporedbi s placebom. Oštećenje bubrežne funkcije - empa se ne smije koristiti u bolesnika u završnom stadiju bolesti bubrega ili u bolesnika na dijalizi. Nema dovoljno podataka koji bi potkrijepili njegovu primjenu u tih bolesnika. ŠB tipa 2 budući da kontrola glikemije ovisi o bubrežnoj funkciji, terapija se ne smije započeti u bolesnika s eGFR-om manjim od 60 ml/min/1,73 m² ili klirensom kreatinina <60 ml/min. U bolesnika koji podnose empa 10 mg je eGFR perzistentno manji od 60 ml/min/1,73 m² ili klirens kreatinina <60 ml/min, potrebno je prilagoditi ili nadodati dozu empa na 10 mg jedanput dnevno. Terapija empa se ne preporučuje se kada je eGFR perzistentno manji od 45 ml/min/1,73 m² ili klirens kreatinina perzistentno manji od 45 ml/min. ZS - Jardiance se ne preporučuje u bolesnika s eGFR-om < 20 ml/min/1,73 m². Praćenje funkcije bubrega: preporučuje se procjena funkcije bubrega kako slijedi prije započinjanja terapije empa i periodično tijekom liječenja, tj. barem jedanput godišnje; - Prije započinjanja istodobne terapije bilo kojim lijekom koji može imati negativan učinak na funkciju bubrega. Rizik od depleciju volumena Na temelju načina djelovanja SGLT-2i, osmotska diureza, koja prati glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga je potreban oprezan u bolesnika u kojih bi empa inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75 i više godina. U bolesnika koji primaju Synjardy i sa stanjima koja mogu dovesti do gubitka tekućine, preporučuje se pažljivo praćenje volumnog statusa i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja empa dok se gubitak tekućine ne korigira. Komplicirani infekcije mokraćnog sustava (MS) U bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi komplicirani infekcija MS uključujući pijelonefritis i urosepsu. U bolesnika s kompliciranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid terapije empa. Nekrotizirajući fasciitis perineuma (Fournierova gangrena) - prijavljeni su slučajevi nekrotizirajućeg fasciitisa perineuma u bolesnika sa ŠB koji uzimaju SGLT2i. To je rijedak, no ozbiljan i potencijalno po život opasan događaj koji zahtijeva hitnu kirurško intervenciju i liječenje antibioticima. Bolesnicima je potrebno savjetovati da potraže medicinsku pomoć ako uoče kombinaciju simptoma boli, osjetljivosti (na dodir), eritema ili otičanja u području genitalija ili perinealnom području, s vrućicom ili malaksalosti. Potrebno je imati na umu da nekrotizirajućem fasciitisu mogu prethoditi urogenitalna infekcija ili perinealni apsces. Ako se sumnja na Fournierovu gangrenu, potrebno je prekinuti uzimanje lijeka te hitno započeti s liječenjem (uključujući antibiotike i kirurški debridman). Amputacije donjih ekstremiteta U dugoročnom klin.ispitivanju s drugim SGLT2i, opaženo je povećanje broja slučajeva amputacije donjih ekstremiteta (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl. *class effect*). Kao i kod svih bolesnika sa ŠB važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Oštećenje jetre Prijavljeni su slučajevi oštećenja jetre tijekom primjene empa u klin.ispitivanjima. Uzročno-posljedična povezanost između empa i oštećenja jetre nije ustanovljen. Povišeni hematokrit (Ht) Pri liječenju empa uočeno je povećanje Ht. **Nuspojave** Navedene prema apsolutnoj učestalosti: Vrlo često - hipoglikemija (kada je primjena bila sa SU ili inzulinom); depleciju volumena. Često - vaginalna monilijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; konstipacija; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje često - urtikarija; angioedem; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije; povišena vrijednost Ht. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5, Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/14/930/001-018. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN 43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2021. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/jardiance**

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

Doziranje za bolesnike s oštećenjem funkcije bubrega

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

Oštećenje jetrene funkcije Ne smije se primjenjivati u bolesnika s oštećenjem funkcije jetre.*Starije osobe* Zbog mehanizma djelovanja empa, smanjena funkcija bubrega rezultirat će smanjenom glikemijskom djelotvornošću empa. Budući da se MET izlučuje putem bubrega, a stariji bolesnici su podložniji smanjenoj funkciji bubrega, Synjardy je potrebno primjenjivati s oprezom u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega je nužno kako bi se spriječila laktacidoza povezana s METom, naročito u starijih bolesnika. U bolesnika u dobi od 75+ godina potrebno je uzeti u obzir povećani rizik od depleciju volumena.Zbog ograničenog terapijskog iskustva s empa u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije u ovoj populaciji. *Pedijatrijska populacija* Sigurnost i djelotvornost lijeka Synjardy u djece i adolescenata u dobi 0-18 godina nisu još ustanovljene. Nema dostupnih podataka. **Način primjene** - potrebno uzimati 2x dnevno s obrocima kako bi se smanjile GI nuspojave povezane s MET. Tablete se potrebno progutati cijele s vodom. Svi bolesnici moraju nastaviti svoj režim prehrane s odgovarajućom raspodjelom unosa ugljikohidrata tijekom dana. Bolesnici s prekomjernom TT moraju nastaviti svoj režim prehrane s ograničenim energetskim unosom.**Posebna upozorenja i mjere oprezа** Laktacidoza - vrlo rijetka, ali ozbilјna metabolička komplikacija, najčešće nastaje pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega ili kardiorespiratornoj bolesti ili sepsi. Pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega dolazi do nakupljanja MET, što povećava rizik od laktacidoze. U slučaju dehidracije (teški proljev ili povraćanje, vrućica ili smanjen unos tekućine), potrebno je privremeno prekinuti primjenu MET. U bolesnika liječenih MET potreban je oprez kad se započinje s primjenom lijekova koji mogu akutno oštetiti funkciju bubrega (kao što su antihipertenzivi, diuretici i NSAILL-ovi). Značajke laktacidoze su acidozna dispneja, bol u trbuhu, grčevi u mišićima, astenija i hipotermija nakon koje slijedi koma. U slučaju sumnje na simptome, bolesnik treba prestati uzimati MET i odmah potražiti pomoć liječnika. Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima, stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti GUK, ispod 14 mmol/l (250 mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žeđi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U tih bolesnika preporučuje se praćenje razine ketona. Prednost se daje mjerenju razine ketona u krvi u odnosu na mokraću. Liječenje empa može se ponovno započeti kada se razine ketona vrate u normalu i stanje bolesnika stabilizira. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Synjardy se ne smije primjenjivati za liječenje bolesnika sa ŠB tipa 1. Podaci iz programa klin.ispitivanja u bolesnika sa ŠB tipa 1 pokazali su povećanu pojavu DKA koja je po učestalosti bila česta u bolesnika liječenih empa 10 mg i 25 mg kada su primjenjivani kao dodatak inzulinu u usporedbi s placebom. Rizik od depleciju volumena Na temelju načina djelovanja SGLT-2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga je potreban oprez u bolesnika u kojih bi empa inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75+ godina. U bolesnika koji primaju Synjardy i sa stanjima koja mogu dovesti do gubitka tekućine preporučuje se pažljivo praćenje volumnog statusa i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja Synjardyem dok se gubitak tekućine ne korigira.Infekcije mokraćnog sustava (MS) U bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi kompliciranih infekcija MS uključujući pijelonefritis i urosepsu). U bolesnika s kompliciranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja.Nekrotizirajući fasciitis perineuma (Fournierova gangrena) - nakon stavljanja lijeka u promet prijavljeni su slučajevi nekrotizirajućeg fasciitisa perineuma u bolesnika koji uzimaju SGLT2i. To je rijedak, no ozbiljan i potencijalno po život opasan događaj koji zahtijeva hitnu kirurško intervenciju i liječenje antibioticima. Bolesnicima je potrebno savjetovati da potraže med. pomoć ako uoče kombinaciju simptoma boli, osjetljivosti (na dodir), eritema ili otičanja u području genitalija ili perinealnom području, s vrućicom ili malaksalosti. Potrebno je imati na umu da nekrotizirajućem fasciitisu mogu prethoditi urogenitalna infekcija ili perinealni apsces. Ako se sumnja na Fournierovu gangrenu, potrebno je prekinuti uzimanje lijeka te hitno započeti s liječenjem (uključujući antibiotike i kirurški debridman). Amputacije donjih ekstremiteta (ADE) U dugoročnom klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, opaženo je povećanje broja slučajeva ADE (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl. *class effect*). Kao i kod svih bolesnika s dijabetesom važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s I-II stupnjem NYHA je ograničeno, te u klin.ispitivanjima ne postoje iskustva primjene empa u bolesnika III-IV stupnja NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1 % bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je u skladu sa sveukupnom populacijom u ispitivanju. **Nuspojave** Vrlo često - hipoglikemija (u kombiniranoj primjeni sa SU ili inzulinom); GI simptomi. Često - vaginalna monilijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; poremećaj osjeta okusa; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje često - depleciju volumena; urtikarija; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije, povišena vrijednost hematokrita. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5, Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/15/1003/001-040. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2020. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/synjardy.U slučaju potrebe za medicinskom informacijom molimo nazovite Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o. na tel. 01/2444-600 ili pošaljite e-mail na:** medinfo@boehringer-ingelheim.com **Datum sastavljanja/posljednje izmjene:** kolovoz 2021. **Šifra:** PC-HR-101214 **Samo za zdravstvene radnike.**

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

BRINU LI SE LIJEČNICI O SVOM MENTALNOM ZDRAVLJU?

Prof. dr. Darko Marčinko, dr. med.
Predstojnik Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb
specijalist psihijatar, subspecijalist iz biologijske psihijatrije, psihoterapije i forenzičke psihijatrije

28.5.2021. ODRŽAN JE ONLINE SKUP I OBJAVLJENA JAVNO DOSTUPNA KNJIGA O STRESU LIJEČNIKA

"Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori"

Povodom 50 godina postojanja psihijatrijske klinike na KBC-u Zagreb (nekadašnja Klinika za psihijatriju osnovana je 1971. godine danas je to Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb) održan je stručno-znanstveni skup "Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori". Povod za organiziranje stručno-znanstvenog skupa bio je istaknuti rizične i protektivne čimbenike koji su bitni za zdravlje liječnika i ostalog medicinskog osoblja. Namjera je bila naglasiti navedeno kroz prepoznavanje i analizu polimorfnih stresnih čimbenika kao i raspraviti preventivne te terapijske mogućnosti koje psihijatrija sa psihološkom medicinom nudi. Nalazimo se u tijeku pandemije COVID-19, no ne trebamo zanemariti i psihološki distres nakon nedavnih potresa, što je sve utjecalo na mentalno zdravlje. U sklopu stručno-znanstvenog skupa održane su i usklađene rasprave brojnih stručnjaka s drugih Klinika KBC-a Zagreb, kao i drugih psihijatrijskih Klinika u Zagrebu. Objavljena je i knjiga skupa pod istim nazivom (urednik D. Marčinko). Stručnjaci Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb (liječnici-specijalisti s užim specijalizacijama iz biologijske psihijatrije, psihoterapije te forenzičke psihijatrije, psiholozi, medicinske sestre i radni terapeuti) autori su poglavlja u knjizi te su ponudili usko specijalizirani pristup temi stresa. Cilj je bio uz biologijske i psihodinamičke čimbenike objasniti i socijalne čimbenike povezane uz stres u medicini današnjice. Nadamo se kako se znanje i vještine psihijatrije i psihološke medicine mogu dobro uklopiti u kliničku medicinu te pridonijeti poboljšanju mentalnog zdravlja. Knjiga je objavljena kao E-book s tekstovima izlagača te je dostupna na slijedećoj poveznici (repozitorij Medicinskog fakulteta):

https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A3453.

Prikupljanje, priprema i pohrana fekalnog materijala za transplantaciju

VIOLETA REZO VRANJEŠ, dr. med.
Klinički zavod za kliničku i molekularnu mikrobiologiju
KBC Zagreb

Donor u prvih šest sati od defekacije u fekalnom kontejneru dostavi stolicu u Klinički zavod za kliničku i molekularnu mikrobiologiju KBC-a Zagreb, te se odmah započinje s njenom obradom. Pedeset grama stolice se homogenizira s fiziološkom otopinom u komercijalnom blenderu. Radi uklanjanja neprobavljenih ostataka hrane, homogenizirana fekalna suspenzija se procijedi kroz metalnu cjediljku i sterilnu gazu. Kao krioprotektant se dodaje glicerol u konačnoj koncentraciji od 10 % u ukupnom krajnjem volumenu od 200 ml fekalnog materijala. S obzirom na to da su brojna istraživanja pokazala da je za liječenje smrznuti pripravak fekalne suspenzije jednako učinkovit kao i svjež pripravak, fekalna suspenzija se pohranjuje u sterilnom kontejneru na minus 80° C u hladnjaku našega Zavoda do fekalne transplantacije. Prije transplantacije pripravak se odmrzne tijekom noći u hladnjaku na 4° C ili tijekom 5 sati na sobnoj temperaturi te transplantira u prvih 5 sati od odmrzavanja.

TRANSPLANTACIJA FEKALNE MIKROBIOTE U HEMATOLOŠKIH BOLESNIKA

Doc. dr. sc. ZINAIDA PERIĆ, dr. med.
Zavod za hematologiju
KBC Zagreb

Razvoj mikrobioloških tehnologija omogućio je velik napredak u razumijevanju ljudske mikrobiote te danas znamo da crijevna mikrobiota ima važnu ulogu u ljudskom zdravlju i bolesti. Sve je više pretkliničkih i kliničkih istraživanja koja prepoznaju disbiozu, odnosno neravnotežu u sastavu mikrobiote, kao rizičan čimbenik za razne autoimunosne, upalne, tumorske i zarazne bolesti. Alogenična se transplantacija krvotvornih matičnih stanica smatra najučinkovitijim oblikom imunoterapije mnogih (inače neizlječivih) hematoloških bolesti, no njezin uspjeh ugrožavaju ozbiljne komplikacije, poput bolesti presatka protiv primatelja (GVHD, *od eng. graft-versus-host disease*), infekcija i relapsa osnovne bolesti. Recentna su istraživanja potvrdila da razni čimbenici tijekom alogenične transplantacije, uključujući kemoterapiju pripreme, dijetu i uporabu antibiotika, uzrokuju brže i drastičnije promjene u sastavu crijevne mikrobiote od bilo koje druge skupine bolesnika, te da je nastala disbioza neovisan prediktor poslijetransplantacijskih komplikacija i smrtnosti. Stoga se danas u alogeničnoj transplantaciji sve veće zanimanje posvećuje mogućim načinima mijenjanja crijevne mikrobiote kojima bi se smanjile komplikacije i poboljšao ishod liječenja. Peritransplantacijski postoje tri glavne strategije kojima se može utjecati na sastav crijevne mikrobiote, a to su odabir antibiotika, uporaba prebiotika te probiotika. To podrazumijeva ciljani odabir antibiotika užeg spektra koji ne štete komenzalnim bakterijama, unos neprobavljivih elemenata koji stimuliraju njihov rast (prebiotici) te unos živih mikroorganizama (probiotici). Ultimativni je probiotik, te vrlo atraktivna metoda zbog svoje jednostavnosti i dostupnosti, transplantacija fekalne mikrobiote (FMT, *od eng. faecal microbiota transplantation*). FMT je prvi puta uporabljena za liječenje disbioze u bolesnika s teškim *Clostridioides difficile* kolitisom. Uspjeh ovog postupka potom je potaknuo njegovu primjenu i u bolesnika s *Cl. difficile* kolitisom i upalnom bolesti crijeva, a naposljetku i u hematoloških bolesnika s *Cl. difficile* kolitisom nakon alogenične transplantacije. Dokazana učinkovitost i sigurnost zatim su rezultirali i pokušajem FMT-a u teškim oblicima refraktornog crijevnog GVHD-a nakon alogenične transplantacije te su dosad objavljeni rezultati više serija bolesnika s ohrabrujućim potpunim ili parcijalnim odgovorom na ovaj oblik liječenja. Naposljetku, FMT se u hematoloških bolesnika počela primjenjivati i za dekolonizaciju crijeva od multirezistentnih (MDR, od *eng. multi-drug resistant*) bakterija prije i poslije alogenične transplantacije, a u svrhu sprječavanja razvoja ozbiljnih poslijetransplantacijskih komplikacija. Unatoč tome, hematološki bolesnici predstavljaju poseban izazov za liječenje FMT-om zbog rizika od infekcija koji proizlazi iz unosa živih mikroorganizama u imunokompromitiranog bolesnika s povećanom propusnošću crijeva koja nastaje kao posljedica liječenja.

PAVE MARKOŠ, dr. med.
Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju

Postupak transplantacije fekalne mikrobiote

U KBC-u Zagreb se godišnje provede stotinjak alogeničnih transplantacija krvotvornih matičnih stanica, te su poslijetransplantacijske infekcije uzrokovane MDR uzročnicima značajan uzrok smrtnosti. Naša istraživanja pokazuju i da bolesnici kolonizirani MDR bakterijama imaju veći rizik od razvoja crijevnog GVHD-a i s time povezane smrtnosti. Stoga smo, potaknuti uspjehom inozemnih kolega u korištenju FMT-a u hematoloških bolesnika, i mi počeli razmišljati o uvođenju ovog postupka u svakodnevnu kliničku praksu, najprije u sklopu znanstvenog istraživanja koje su odobrili Medicinski fakultet i KBC Zagreb. Prvi je korak bio pronaći odgovarajuće darivatelje fecesa za transplantaciju te prikupiti i obraditi uzorke. Fekalni se materijal može prikupiti kao autologni materijal, od samoga bolesnika prije početka liječenja, koji se potom primjenjuje kada disbioza nastupi, te od srodnog ili nesrodnog darivatelja. S obzirom na to da hematološki bolesnici najčešće moraju započeti liječenje vrlo brzo po postavljanju dijagnoze, a da srodnici često žive u istom kućanstvu te dijele određene značajke mikrobiote - za hematološke je bolesnike najprikladnije uzorke uzimati od nesrodnog darivatelja. Darivatelji fekalnog materijala moraju zadovoljiti mikrobiološka testiranja iz krvi i stolice koji su uzeti najviše četiri tjedna prije donacije, prema postojećim preporukama europskog konsenzusa o FMT-u u kliničkoj praksi. Ovi se kriteriji djelomično preklapaju s kriterijima za nesrodne davatelje za alogeničnu transplantaciju, pa smo stoga dobrovoljne darivatelje fekalnog materijala odlučili pronaći među nesrodnim darivateljima matičnih stanica. Prikupljeni se materijal obrađuje, a potom se može koristiti svježi ili smrznut. Prikupljanje, obrada i zamrzavanje fekalnog transplantata upostavljeni su u našoj ustanovi na Kliničkom zavodu za mikrobiologiju, pod vodstvom kliničke mikrobiologinje dr. Violete Rezo Vranješ te prof. dr. sc. Ivane Mareković. Drugi je korak bio pronaći odgovarajuće kandidate za postupak. Cilj nam je bio provesti dekolonizaciju od MDR mikroorganizama u hematoloških bolesnika kojima predstoji liječenje alogeničnom transplantacijom, kao i liječiti disbiozu u bolesnika s teškim oblicima crijevnog GVHD-a. Da bi postupak bio siguran i uspješan, naši bolesnici moraju biti afebrilni, zadovoljavajućih vrijednosti neutrofila, a poželjno je, ako je to moguće, ukinuti antibiotike barem 48 sati prije i 7 dana nakon postupka. Treći je korak, naravno, provođenje samog FMT-a, koji je moguć putem gornjega probavnog trakta – ezofagogastroduodenoskopijom, nazogastričnom ili nazojejeunalnom sondom, ili putem donjega probavnog trakta - kolonoskopski. U hematoloških je bolesnika postupak izbora FMT kroz gornji probavni trakt, a mi smo se, da bi postupak bio što kraći i bezbolniji, odlučili za ezofagogastroduodenoskopiju. Postupak FMT-a uspostavljen je na Zavodu za gastroenterologiju KBC-a Zagreb pod stručnom rukom gastroenterologa dr. Pave Markoša.

Kada se FMT radi putem ezofagogastroduodenoskopa, potrebno je da pacijent bude 5 do 6 sati prije zahvata natašte (priprema kao i za klasičnu ezofagogastroduodenoskopiju). Uređaj se pozicionira duboko u duodenum ispod razine papile Vateri. Potom se kroz radni kanal uređaj aplicira 100 ml transplantata, propere s 50 ml vode, potom se aplicira još 100 ml transplantata te se dodatno propere vodom. Transplantat se mora aplicirati polako (tijekom 3 do 4 minute) da se izbjegne ulazak sadržaja u želudac i mogućnost aspiracije. Sugerira se dati pacijentu neposredno prije ili odmah nakon zahvata metoklopramid radi prevencije mučnine i nagona na povraćanje te parenteralni inhibitor protonske pumpe. Pacijent može jesti 3 do 4 sata nakon provedene transplantacije. Kada se FMT radi isključivo za patologiju debelog crijeva, tada se kolonoskop uvodi do cekuma te se potom polagano, izvlačeći uređaj prema lijevom dijelu kolona, aplicira sveukupno 200 ml transplantata (4 šprice po 50 ml) uz ispiranje vodom. Nakon zahvata nema posebnih ograničenja za pacijenta, osim što mu se savjetuje mirovanje i laganija prehrana toga dana.

Na ovaj je način na tom Zavodu dosad liječeno ukupno pet bolesnika: dva bolesnika s ciljem dekolonizacije od MDR bakterija prije alogenične transplantacije, dva bolesnika s teškim GVHD-om crijeva te jedna bolesnica s *Cl. difficile* kolitisom nakon transplantacije. Svi su bolesnici tretirani s FMT-om ezofagogastroduodenoskopski, osim bolesnice s *Cl. difficile* kolitisom koja je liječena kolonoskopski. Svi su postupci protekli bez komplikacija i u svih je bolesnika postignut djelomičan ili potpun klinički odgovor. Time smo pokazali da je metoda sigurna, jednostavna i učinkovita te da se može uspješno primijeniti i u hematoloških bolesnika u nekoliko indikacija. Idući nam je cilj daljnje poboljšanje učinkovitosti FMT-a, što je moguće postići obavljanjem tzv. tandem FMT-a (dva FMT-a koji se rade uzastopno), kao i optimalnim odabirom trenutka u kojem se FMT radi između ciklusa liječenja. Također, u budućnosti bismo FMT željeli proširiti i na hematološke bolesnike kojima nije potrebno liječenje alogeničnom transplantacijom, ali bi liječenje disbioze i u njih moglo smanjiti infektivne komplikacije i poboljšati učinkovitost kemoterapije.

Literatura:

1. Shono Y, van den Brink M. Gut microbiota injury in allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. Nat Rev Cancer. 2018;18(5):283-295.
2. Andermann TM, Rezvani A, Bhatt AS. Microbiota Manipulation With Prebiotics and Probiotics in Patients Undergoing Stem Cell Transplantation. Curr Hematol Malig Rep. 2016;11(1):19-28.
3. Neemann K, Eichele DD, Smith PW, et al. Fecal microbiota transplantation for fulminant Clostridium difficile infection in an allogeneic stem cell transplant patient. Transpl Infect Dis Off J Transplant Soc. 2012;14(6):161-165.
4. Kakihana K, Fujioka Y, Suda W, et al. Fecal microbiota transplantation for patients with steroid-resistant acute graft-versus-host disease of the gut. Blood. 2016;128(16):2083-2088.
5. Bilinski J, Grzesiowski P, Sorensen N, et al. Fecal Microbiota Transplantation in Patients with Blood Disorders Inhibits Gut Colonization with Antibiotic-Resistant Bacteria: Results of a Prospective, Single-Center Study. Clin. Infect. Dis. 2017; 65: 364–370.
6. Peric Z, Rezo Vranjes V, Durakovic N, et al. Gut colonization by multidrug-resistant gram-negative bacteria is an independent risk factor for development of intestinal acute graft-versus-host disease. Biol Blood Marrow Transplant 2017;23(7):1221-1222.
7. Pession A, Zama D, Muratore E, et al. Fecal microiota transplantation in allogeneic hematopietic stem cell transplantation recipients – a systematic review. J. Pers. Med. 2021;11(2):100.
8. Cammarota G, Ianiro G, Tilg H, et al. European consensus conference on faecal microbiota transplantation in clinical practice. Gut 2017;0:1-12.

FEKALNA BIOBANKA

Koncem lipnja 2021. na Medicinskom fakultetu u Rijeci je osnovana Fekalna biobanka kao prva zbirka humanih fecesa u Hrvatskoj u svrhu liječenja transplantacijom fekalne mikrobiote

Izv. prof. dr. sc. GORAN HAUSER, dr. med.
Dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Medicinski fakultet u Rijeci osnovan je 1955. godine i drugi je najstariji medicinski fakultet u Hrvatskoj. Radi se o prepoznatljivoj obrazovnoj i znanstveno-istraživačkoj ustanovi koja provodi dvadesetak međunarodnih i stotinjak nacionalnih projekata kroz koje se stvara izravna korist za zajednicu na različitim područjima u rasponu od edukacije sadašnjih i budućih zdravstvenih djelatnika, preko znanstvenog istraživanja na različitim poljima biomedicinskih znanosti i promocije zdravijih navika i zdravijeg načina života građana.

Prema „Strategiji razvoja Medicinskog fakulteta u Rijeci 2019. - 2025." jedno od prioritetnih područja je **translacijska medicina.** Prednost translacijske medicine je što kvalitetno integrira temeljna i eksperimentalna istraživanja s kliničkom praksom te omogućuje bržu razmjenu povratnih informacija, a time brži i učinkovitiji razvoj proizvoda i postupaka.

Fekalna biobanka Medicinskog fakulteta u Rijeci

Osnivanjem **Fekalne biobanke** na Medicinskom fakultetu u Rijeci temelji se daljnji razvoj i primjena **transplantacije fekalne mikrobiote** kao postupka liječenja niza gastroenteroloških bolesti.

Upravo su riječki gastroenterolozi prvi u Hrvatskoj uspješno izveli transplantaciju fekalne mikrobiote 2017. godine.

Transplantacija fekalne mikrobiote (TFM) ili prijenos fekalne mikrobiote oblik je liječenja infuzijom tekućeg filtrata stolice (fecesa) zdravog darovatelja u crijevo primatelja kako bi se postigla normalizacija crijevne flore. Poremećaj crijevne flore primatelja najčešće je posljedica primjene antibiotika i uzrok je razvoju infekcije bakterijom *Clostridium difficile* (CD).

Zbog česte primjene antibiotičke terapije, osobito u bolničkim uvjetima, incidencija infekcije s *Clostridium difficile* posljednjih je desetljeća u porastu. Postupak se preporučuje i kod težih oblika ulceroznog kolitisa. Uslijed pandemije COVID-19 događa se veliki porast infekcija bakterijom CD zbog velike uporabe antibiotika. Crijevna mikrobiota zbog svoje složenosti ima potencijala utjecati na mnoštvo fizioloških funkcija, uključujući metabolizam, imunitet, pa čak i neurološki razvoj. U tijeku su istraživanja o primjeni TFM-a u nizu bolesti, od debljine i metaboličkog sindroma pa sve do neuroloških i psihijatrijskih bolesti, poput multiple skleroze, Parkinsonove bolesti i autizma.

Fekalna biobanka Medicinskog fakulteta u Rijeci je prva i jedinstvena zbirka humanih fecesa u Hrvatskoj. Po prvi puta osnovan je sustav zdravih dobrovoljnih darovatelja, uključujući i studente Medicinskog fakulteta u Rijeci, te kao takva predstavlja jedan od temeljnih preduvjeta za provedbu kvalitetnih translacijskih istraživanja.

Osnivanjem Biobanke osigurava se pristupačna i ekonomična opcija za pacijente kojima je potrebno liječenje transplantacijom fekalne mikrobiote uzimajući u obzir troškove povezane s probiranjem darovatelja, laboratorijskom obradom fecesa te skladištenjem.

Postojanje Biobanke omogućit će kontinuiranu i neometanu opskrbu fekalnim materijalom. Sve informacije vezane uz dobrovoljnog darovatelja fekalnog sadržaja je anoniman, poštujući sva etička načela. Korisnici su sve hrvatske bolnice, budući da se stolica na ledu može poslati diljem zemlje, gdjegod se izvodi postupak transplantacije.

Sam postupak TFM-a relativno je tehnički jednostavan i ne iziskuje testiranje podudarnosti, kao što je to slučaj u transplantacijama organa. U liječenje je uključen tim koji čine gastroenterolog, mikrobiolog i infektolog. Pažljiva selekcija darovatelja danas se temelji na kliničkoj ocjeni. Darovatelji stolice su zdravi dobrovoljci, zbog praktičnosti najčešće iz bolesnikove neposredne okoline, koji ispunjavaju potrebne kriterije.

Fekalna biobanka na riječkom Medicinskom fakultetu je repozitorij i distribucijsko središte ne samo za Hrvatsku već i za susjedne zemlje, budući da se najbliža biobanka takve vrste nalazi u Rimu. Planirano je i umrežavanje Biobanke u europsku mrežu biobanaka, što će predstavljati temelj suradnje te uspostavu europske mreže partnera.

Biobanka je prostor predviđen za pripremu i dugotrajnu pohranu humanih fekalnih uzoraka, a nalazi se u jednoj od zgrada Medicinskog fakulteta.

Prvi Hrvatski gerijatrijski online simpozij o gerasteniji

prof. dr. sc. Nenad Bogdanović, doc. dr. sc. Tajana Pavić,
doc. dr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić, doc. dr. sc. Miro Hanževački

Doc. dr. sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ, dr. med.

Doc. dr. sc. TAJANA PAVIĆ, dr. med.

Prvog lipnja 2021. je u Zagrebu u organizaciji Hrvatskog društva za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a, Povjerenstva za gerijatriju Ministarstva zdravstva RH, Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Referentnog centra MZ za zaštitu zdravlja starijih NZJZ Dr. Andrija Štampar, Libertas Međunarodnog Sveučilišta, Alma Mater Europaea Europskog centra Maribor i Europskog društva za gerijatrijsku medicinu održan 1. Hrvatski gerijatrijski online simpozij o gerasteniji s međunarodnim sudjelovanjem.

Pojam krhkosti (eng. frailty) etabliran je prije 20 godina u svrhu opisivanja zdravstvenog stanja starijih osoba koje karakterizira progresivno slabljenje različitih tjelesnih funkcija kao posljedicu gubitka fiziološke rezerve zbog kojih je osoba podložna invalidnosti zbog minimalnih stresova. U novije se vrijeme, upravo s ciljem što boljeg razumijevanja i približavanja široj kliničkoj populaciji, predlaže termin gerastenija (ger+a-stenija; grčki: γέρων, geron - starac; ἀσθένεια, asthèneia - gubitak snage) kojim se definiraju klinički sindrom i fenotip kao posljedicu nedostatka adaptivnih kapaciteta organizma uslijed starenja. Primarni cilj ovog simpozija bio je skretanje pažnje stručne zajednice na ovaj izuzetno značajan problem i implementaciju gerastenije kao kliničkog entiteta u gerijatriji. Stručnjaci iz područja javnog i kliničkog zdravstva, nutricionizma, psihologije i socijalne skrbi obradili su niz tema vezanih za ovo područje uz prikaze konkretnog funkcioniranja skrbi u nekim od europskih zemalja te implementaciju panela za praćenje na razini naše primarne zdravstvene zaštite. Link na sadržaj skupa https://gerastenija.hiper.events

tajana.pavic@gmail.com

Odlučila sam se.

Moram pomoći.

Mobilni tim je pravo rješenje.

I počelo je.

Da, cijepljenje!

Sjede ljudi, dolaze oprezno,

čak na prstima,

de ne prestraše nekoga.

I sami se boje - ne znam čega?

Nesigurni, ali su tu.

Strah u očima, odlučnost,
pogled u prazno.

I onda na kraju pitanje:
"Što je već gotovo?"

I smiješak. Nije boljelo!

Doći ću opet.

Ja malo sigurnije kažem,
dođite bliže.

Yes sir - odgovori
jedan gospodin.

Na kraju sam zadovoljna.

Pružila sam ljudima sigurnost,
naravno i zaštitu.

Nadam se da će svemu ovome
doći kraj i biti će sve
puno, puno bolje!

Dr. Volga Rena, pedijatar

Erratum corr.

U prošlom broju Liječničkih novina na 38. stranici umjesto toplotni udar trebalo je pisati toplinski udar.

TEORIJE ZAVJERE O COVID-19

Kako smo uopće došli do toga da njegujemo antiznanstveni pristup razvoju društva?

IVANA ŠMIT, dr. med.
Predsjednica HUBOL-a
i dopredsjednica HLK-a

Već godinu i pol dana svijet se bori s epidemijom kakvu novija povijest ne pamti. Poremećeno je funkcioniranje apsolutno svih segmenata društva na svim kontinentima. Medicinski je jasno da postoji problem, no o njegovoj veličini, kao i o načinu njegova rješavanja, kako vrijeme odmiče stvaraju se brojne ideje koje, mora se priznati, postaju sve čudnije i, usudila bih se reći, neke spadaju u kategoriju „vjerovali ili ne".

Globalna znanost, ista koja nam je omogućila život kakav danas imamo, žestoko radi kako bi problem riješila na najbolji mogući način i vratila nas u „normalan život", dok istovremeno bujaju agresivni tonovi po društvenim mrežama šireći opasne ideje o tome kako „virus ne postoji", „radi se o jačoj prehladi" i da je zapravo sve to jedna „teorija zavjere s namjerom čipiranja ljudi kroz cjepivo" i slično. Količina bujne mašte koja širi ove nevjerojatne teorije nezamisliva je.

Kao medicinski obrazovana osoba moram priznati da mi nikako nije jasno kako su se ovakve ideje počele toliko širiti među ljudima, uzimajući u obzir koliko su „uvredljive za zdrav razum i zapravo same po sebi granično shizoidne".

Kao liječnik koji je radio na COVID odjelima i liječio najteže oboljele, koji je strepio hoće li imati dovoljan broj respiratora i ostalih respiratornih pomagala, bolničkih kreveta i osoblja za zbrinjavanje svih pacijenata koji su pristizali u bolnicu, moram priznati da mi se pokušaj negiranja postojanja virusa čini prilično sulud, gotovo poput akutno shizofrenog pacijenta koji pokušava dokazati da baš pred vama razgovara sa hrpom izvanzemaljaca. Vi mu pokušavate objasniti da to nije točno, no i dalje ste svjesni da ga nećete razuvjeriti jer to je „njegova stvarnost". Pitanje je kako je ta „psihoza" toliko uzela maha?

Dio odgovornosti svakako je u dijelu političkih struktura koje su tijekom pandemije stvarale dvostruka mjerila za politiku i ostatak građanstva RH. Dok su građani morali poštivati mjere izolacije, i dok su njihovi kontakti uz praćenje policije morali biti u kućama, a strogo su se nadzirala okupljanja „običnih građana", u nekoj drugoj stvarnosti političari su, iako su bili u kontaktu sa zaraženom osobom, primjerice, mogli doći na sjednicu Sabora nakon što im je čelni čovjek HZJZ-a to dozvolio. Pojedini politički skupovi, medijski dokumentirano, bili su održavani gotovo bez ikakvih protuepidemijskih mjera, pogreba „običnih" ljudi bile pažljivo su pratile nadležne institucije, dok su „politički obojani pogrebi" imale drukčiji tretman. Zapravo je nevjerojatan broj primjera dvostrukih mjerila koje je propisivala politika i „politici bliska struka", neke su se primjenjivale za „običan", a druge za „elitni" puk.

Naravno da se nakon svega toga početno ogromno povjerenje građana u Krizni stožer strmoglavo smanjilo, stvarajući time prostor za bujanje raznih „teorija zavjere". Jer, pobogu, kakav je to virus koji „zaobilazi političke skupove, politici bliske ljude i događanja", a ulazi isključivo među „obične ljude". Posljedice svih tih budalaština zbrinjavali smo, naravno, mi liječnici u bolnicama.

Danonoćno smo gledali ljude kako love svaki udah kao da im je posljednji, pokapali smo ljude koji do tada nisu imali težih bolesti, tjednima smo i mjesecima živjeli u plastičnim odijelima, pa tako zamotani radili poput astronauta brojne operacije i zahvate, u konačnici, u brojnim protuzakonitim prekovremenim satima. Nikome od nas to nije bilo niti zabavno, niti nešto što želimo raditi u budućnosti. Većina mojih kolega toliko je psihički i fizički iscrpljena da su neki ozbiljno razmišljali o tome da napuste profesiju i posvete se nečemu drugome. Toliko o laganoj prehladi.

Osobno mi nikako nije jasno kako ljudi mogu propagirati ideju da nakon svega mi liječnici sudjelujemo u toj nekoj „globalnoj uroti", kojoj je cilj „čipirati cijepljenjem ljude" izmišljanjem tako ružne bolesti. Koja logika stoji iza takvog razmišljanja, iskreno ne mogu dokučiti. To je vjerojatno jasno jedino onima koji takve ideje šire.

Sada kad imamo dostupno cjepivo protiv bolesti koja nam je paralizirala život proteklih godinu i pol dana, kao posljedica ostaje, jednako tako nedokučivo, kako smo ostali toliko tvrdoglavi u tim teorijama zavjere da odbijamo prihvatiti jedinu mogućnost kojom su isključene brojne zarazne bolesti iz populacija poput velikih boginja te se postupno, poput Velike Britanije, vratiti u normalan život. Mislim da u ovom trenutku ne postoji niti jedan lijek niti medicinsko sredstvo koje je pod većim povećalom svjetske znanstvene zajednice nego praćenje nuspojava od cjepiva protiv COVID-19. Isto tako treba napomenuti da postoje brojni lijekovi koji su u svakodnevnoj uporabi i koji izazivaju puno veće i ozbiljnije nuspojave od cjepiva protiv COVID-19 i kojih se nismo odrekli kada tretiramo neke bolesti i stanja, poput antibiotika, analgetika i slično. Izmišljanje argumenata poput neplodnosti kao nuspojave cjepiva, za što ne postoje nikakvi znanstveno utemeljeni dokazi, stvaraju među ljudima konfuziju, dovoljno veliku da će odbijati cijepljenje po cijenu riskiranja života u slučaju fatalne zaraze virusom. I mnogi su od njih nažalost umrli. Loveći na kisiku zadnje vlastite udisaje

prije respiratora, tek tada su požalili što nisu primili cjepivo. Argument - brojni su imali blage simptome ili gotovo nikakve, u ovom slučaju ne drži vodu, jer su isto tako brojni umrli ili imaju trajne posljedice nakon preboljene zaraze. Osobito teške priče mogu ponuditi oni koji su „prošli" respirator i dugotrajnu hospitalizaciju. Argument - ljudi su umirali od cjepiva, moguće su teške posljedice pa čak i smrt - no zar se od COVID-19 ne umire?

Napomenut ću da su se liječnici koji su iznijeli ovu epidemiju na svojim leđima cijepili u vrlo visokom postotku, minimalno 80 %, dobar dio preostalih liječnika još uvijek ima imunost stečenu preboljelom bolešću i prema podacima koje imamo cijepit će se kada za to dođe vrijeme, dok je udio onih koji se među liječnicima neće cijepiti gotovo na razini statističke pogreške (u njih ubrajam i one koji se zbog nekih bolesti ili stanja ne smiju cijepiti).

> Razmislimo svi zajedno bismo li se mi liječnici cijepili u tako visokom postotku da smatramo kako time činimo sebi bilo kakvu štetu? Svakome ostavljam da o tome razmisli sam i donese pametan zaključak.

Nama koji slijedimo klasičnu znanost preostaje, kao i do sada, da skupljamo objektivne medicinske podatke i učimo o nepoznatoj bolesti sve što možemo kako bismo, uza zdrav razum, učinili sve da spriječimo daljnje bujanje zaraze koja blokira život i zdravstveni sustav. U tom smislu, koliko god populističke ideje s društvenih mreža o nekakvoj „slobodi" bujale, kako god razmišljali o problemu, jedini je način da se vratimo u normalan život postići adekvatnu procijepljenost populacije i doista pretvoriti bolest u „prehladu" zbog koje nećemo imati paralizirane bolnice i masovna umiranja. „Sloboda" kao termin kojim se, usudit ću se reći, vješto manipulira u javnosti, koristeći se pri tome manjkavim i nepotpunim ili neprimjerenim podacima u javnom prostoru, nažalost je vrlo često zloupotrijebljen i ne proističe iz znanstveno provjerenih teza. Odbacimo li znanost i popljujemo sve ono što je znanost kroz povijest do sada postigla na području medicine i zdravstva, onda možemo odbaciti i lijekove poput kemoterapeutika, antibiotika, lijekove za brojne neurološke bolesti poput multiple skleroze i slično te prepustiti prirodnoj selekciji da učini svoje na ljudskoj populaciji. Što će nam uopće znanost i lijekovi? Kako smo imali povjerenje u znanost kada je razvijala lijekove poput Spinraze, za koju su se roditelji bolesne djece kroz medije borili kao lavovi, a sada toj istoj znanosti ne vjerujemo kada nudi cjepivo za bolest koja je paralizirala normalan život. Čudan smo narod. Volimo vlastitu komociju iznad općeg dobra, pa kada nam je potrebna disciplina, nekako smo skloni smisliti teoriju kojom ćemo, makar sami sebi lagali, održati svoj stil života pod cijenu razbolijevanja i smrti jer „možda neće baš mene pogoditi respirator". A nastavit ćemo „uživati", gomilati hrpetine ljudi na proslavama bez propisnog razmaka jer mi „bez toga ne možemo" i „valjda se neće ništa dogoditi". Doduše, pripomogli su takvom razmišljanju i političari koji nisu odavali svojim ponašanjem dojam strašne uznemirenosti od moguće zaraze. Politički skupovi i ponašanja nekih političara bili su povremeno sve samo ne primjer epidemiološke discipline. No, zar su nam po tom pitanju uzor političari? Zar su nam, zaboga, uopće uzor ponašanja političari? Neka ispitivanja pokazuju da je ipak medicinsko osoblje populacija kojoj građani u velikom postotku vjeruju. Pa stoga, ako smo se mi liječnici cijepili, zašto se 60 % populacije u Hrvatskoj nije cijepilo? Sada, iako strepimo od novog vala u jeseni, s određenom sigurnošću idemo na posao jer barem u većem postotku možemo biti sigurni da nećemo imati teži oblik bolesti ako se zarazimo. To je jedina istina. O Billu Gatesu, teorijama zavjere i sličnim glupostima doista više nemamo snage ni čitati ni slušati. Naša istina leži na našim radnim mjestima. Svojim sugrađanima mogu reći: budite sretni ako tu istinu niste morali spoznati! Znači da ste imali sreće u životu. Isto kao što, ako niste gladni i žedni, ne znači da nema ljudi u Africi koji bi dali sve na svijetu da mogu prekopati vaše kante za smeće i ne umrijeti od gladi. Zar nema gladnih na svijetu ako ste vi siti? Ima, samo ih vi osobno možda ne poznate jer oni umiru na nekim drugi mjestima. I nisu dio teorije zavjere. Samo imaju nesreću da su se rodili i živjeli u nekim drugim životnim okolnostima.

COVID-19, 3 BOLNICE, 4 RIJEKE I 3 VALA

SAMIJA ROPAR, dr. med., OB KARLOVAC

predsjednica Županijskog povjerenstva Karlovačke županije i savjetnica predsjednika HLK-a

Karlovačka županija ima četiri prekrasne rijeke, Kupu, Koranu, Mrežnicu i Dobru. Iako Kawasaki band pjeva „Da li je ikad itko stao u Karlovcu" sigurni smo da nema onoga koji nije čuo da je Karlovac jedini grad u Hrvatskoj, kojega krase ove četiri ljepotice.

Karlovačka županija ima i 14 javnih zdravstvenih ustanova, od toga su dvije opće bolnice, Karlovac i Ogulin, i jedna bolnica za produljeno liječenje, Duga Resa.

OB Karlovac osnovana je 1846. godine, ima 985 zaposlenika, od toga 756 zdravstvenih radnika i 229 nezdravstvenih. U njoj radi 136 specijalista i subspecijalista te 69 liječnika na specijalizaciji. Bolnica ima 297 akutnih kreveta, 35 za produljeno liječenje i 5 palijativnih kreveta.

OB Ogulin je osnovana 1848. godine, ima 330 zaposlenih, od toga 245 zdravstvenih djelatnika. Bolnica ima 34 specijalista i užih specijalista te 10 specijalizanata.

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa osnovana je 1896. godine. SB Duga Resa kronična je bolnica s ugovorenih 165 kreveta, od čega 10 kreveta za liječenje palijativnih bolesnika te ima ukupno 165 zaposlenika, od toga 9 liječnika specijalista i 6 liječnika na specijalizaciji. U stacionarnom dijelu Bolnice smješteno je 5 odjela za smještaj internističkih, neuroloških i palijativnih bolesnika te bolesnika s potrebom fizikalne terapije i rehabilitacije, dok se u prizemlju novog dijela Bolnice nalazi poliklinika za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. S obzirom na energetsku obnovu koja je započela u listopadu 2019. godine, bolnica je početkom pandemije SARS-CoV-2 radila smanjenim kapacitetom, s 90 raspoloživih kreveta.

Sve tri bolnice oduvijek međusobno surađuju, no početkom pandemije SARS-CoV-2 početkom 2020. godine naša se suradnja formalizirala u istinsku funkcionalnu integraciju odlukom Kriznog stožera civilne zaštite naše Županije. Porastom broja oboljelih od COVID-19 u drugom valu epidemije, na inicijativu uprava svih triju bolnica, Krizni stožer je donio odluku o preraspodjeli hospitaliziranih pacijenata u trima županijskim bolničkim ustanovama.

OB Karlovac kao najveća bolnička ustanova bila je zadužena za prijem pacijenata s COVID-19 srednje teškog i teškog oblika te potrebom za intenzivnim liječenjem. Jednako tako je OB Karlovac zbrinjavala sve ostale akutne bolesnike s područja Županije. Tim načinom rada pokušala se OB Ogulin rasteretiti od uobičajenog zbrinjavanja akutnih bolesnika i osloboditi prostor za zbrinjavanje lakših oblika COVID-19 na COVID odjelima OB-a Ogulin.

OB Ogulin je primala pacijente s područja grada Ogulina s lakšim oblikom bolesti COVID-19, a koji zbog dobi i komorbiditeta zahtijevaju bolničko liječenje, uz to je OB Ogulin primala pacijente premještene iz OB-a Karlovac u završnoj fazi liječenja COVID-19, kako bi se kapaciteti OB-a Karlovac za prijem pacijenata s težim oblikom bolesti održavali dostupnima.

Specijalnu bolnicu Duga Resa nastojali smo držati „čistu" od zaraze novim koronavirusom, kako bi mogla skrbiti o pacijentima kojima je potrebno produljeno liječenje iz ostalih dviju bolnica, no, nažalost, tijekom epidemije nije nam to uvijek uspijevalo te smo imali „proboj" virusa i u treću bolnicu.

Novu organizaciju rada bolnice su pokrivale uglavnom vlastitim zaposlenicima, no kod pojačanog priljeva pacijenata u neku od njih raspoređivali su se i zaposlenici među bolnicama.

Prvi val

Početkom veljače 2020. kreće reorganizacija rada OB-a Karlovac. Dana 22.veljače 2020. zaposlenici Odjela za infektologiju OB-a Karlovac završavaju edukaciju na Klinici za infektivne bolesti „Fran Mihaljević", a odmah započinje i edukacija svih zaposlenika OB-a

COVID ODJEL – ZGRADA ŠVARČA 1

Karlovac o načinu korištenja zaštitne opreme. Edukacija se odvija na Odjelu za infektologiju po utvrđenom rasporedu sa svih odjela bolnice. Nakon proglašenja epidemije 11. ožujka 2020. edukacija se „ubrzava" i svaki je odjel provodi u svojim prostorima pod nadzorom osoblja s Odjela infektologije.

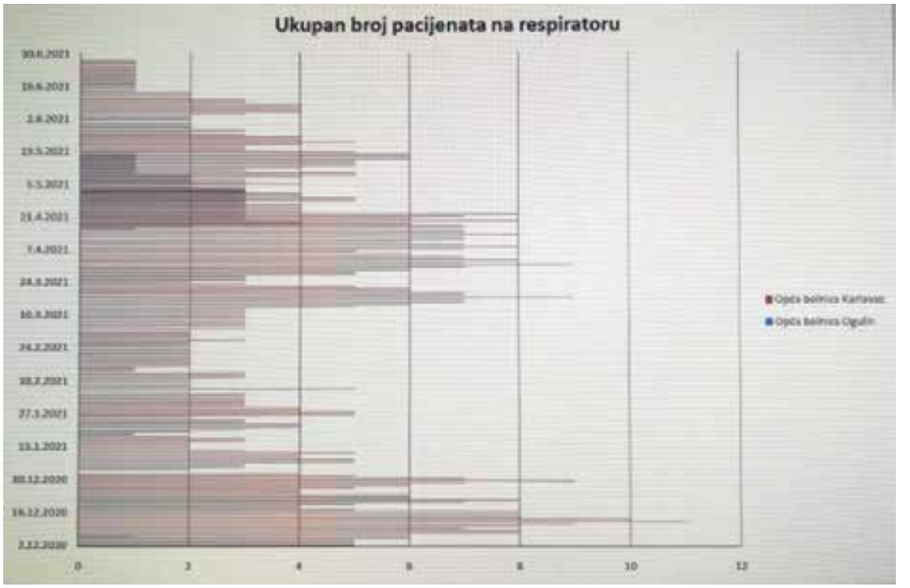
Prostorna reorganizacija bila je poslije temelj dobrog funkcioniranja Odjela za infektologiju - COVID odjela. OB Karlovac ima dvije zgrade, u zgradi Švarča 1, manjem objektu na tri kata, inače su smješteni Odjel za psihijatriju, Odjel za infektologiju i administrativno osoblje.

Odjel za psihijatriju i administrativno osoblje iseljava se u zgradu Švarča 2, u veći objekt, a cjelokupna zgrada Švarča 1 proglašava se COVID odjelom. Odjel ima na tri kata i smještajne kapacitete za oko 80 pacijenata.

Dana 16. ožujka 2020. imamo prvu hospitalizaciju COVID pozitivnog pacijenta. U prvom valu se testiranja na SARS-CoV-2 provode u OB-u Karlovac, a na analizu šalju dva puta dnevno u Kliniku za zarazne bolesti „Fran Mihaljević". Uskoro organiziramo i *drive-in* testiranje, a kada Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije počinje s analizom PCR, u listopadu 2020. se i *drive-in* testiranje premješta u prostor u gradu (bivša vojarna Luščić). Dana 31. listopada 2020. u OB-u Karlovac počinje brzo PCR testiranje, Geneexpert, a od prosinca 2021. OB Karlovac je potpuno neovisna i sva potrebna testiranja PCR provode se u mikrobiološkom laboratoriju OB-a Karlovac.

Od prvog vala OB Karlovac organizira rad Ambulante za nejasna infektivna stanja sa stacionarom, tzv. ANISS. Ambulanta funkcionira na način da se svi febrilni pacijenti te pacijenti s pozitivnom epidemiološkom anamnezom zaprimaju u tu ambulantu, kako bi se proboj virusa spriječio prema OHBP-u. U Ambulanti rade na trijaži i obradi specijalizanti svih specijalizacija, a konzilijarne preglede obavljaju specijalisti i uži specijalisti prema kliničkoj indikaciji. Stacionar služi za one pacijente, kojima je potrebna hospitalizacija do dolaska nalaza PCR, pozitivni se hospitaliziraju na COVID odjelu, a

COVID JIL OB-a Karlovac



Broj pacijenata na respiratoru

>>

negativni na odjelima prema kliničkoj indikaciji. U stacionaru se poštuju mjere izolacije do dolaska nalaza PCR.

Kao i u cijeloj zemlji, drugi val donosi ozbiljne izazove u organizaciji rada OB-a Karlovac i ostalih dviju bolnica u Županiji. U međuvremenu OB Karlovac započinje s uvođenjem centralnog kisika u zgradu COVID odjela, izrađuje se nova jedinica za kisik te se centralni kisik uvodi na prva dva kata. Početkom trećeg vala centralni kisik je uveden na sva tri kata zgrade. Dio drugog kata se oprema kao poseban COVID JIL, a u središnjoj zgradi ostaje JIL za ne-COVID pacijente. Osoblje Odjela anestezijologije i reanimatologije s jedinicom za intenzivno liječenje organizira s postojećim osobljem rad na način da samostalno pokriva oba JIL-a i sve potrebe za radom anesteziologa, no smanjuje se broj

U OB-u Karlovac je bilo 30 poroda COVID pozitivnih trudnica. Sva novorođenčad je rođena zdrava te su nakon poroda i kod otpusta iz bolnice bila COVID negativna.

aktivnih operacijskih dvorana s pet na tri. Osoblje Odjela provodi intenzivnu edukaciju medicinskog osoblja, kako zaposlenika OB-a Karlovac tako i zaposlenika OB-a Ogulin i liječnika obiteljske medicine te sudjeluje u programu edukacije na razini države.

Na COVID odjelu, osim 4 infektologa, dežurstva pokrivaju i specijalisti drugih struka, uz infektologa u pripravnosti. Kada broj hospitaliziranih pacijenata prelazi 30 i javlja se potreba za proširenjem odjela na sljedeći kat, u rad COVID odjela uključuje se internistički tim, koji u drugom valu čine pulmolozi, a u trećem valu je voditelj tima liječnik internist uz dva liječnika specijalista drugih specijalnosti. Na COVID odjelu od početka drugog vala rade i dva specijalizanta internističkih struka. Četiri specijalizanta OB-a Karlovac pokrivaju i smjene na COVID odjelu OB-a Ogulin. Na COVID odjel OB-a Ogulin dva puta tjedno na konzilijarnu vizitu odlaze infektolozi i pulmolozi OB-a Karlovac.

Na COVID odjelu organizirane su i posebne sobe za pacijente s drugih odjela koji imaju COVID-19. Tako se oprema dio za hospitalizaciju COVID pozitivnih trudnica i babinjača, o kojima skrbe ginekolozi u suradnji s infektolozima i internistima. Jednako tako je dio soba opremljen za kirurški zbrinute pacijente o kojem se skrbe specijalisti kirurških struka u suradnji s infektolozima i internistima.

Tijekom triju vala epidemije je u OB-u Karlovac pod punom zaštitnom opremom operiran 31 COVID pozitivan ili visoko suspektan pacijent, za koje nije bilo vremena čekati nalaz testa PCR.

COVID odjel ima vlastiti RTG uređaj, a za ostale RTG pretrage pacijenti se koridorima transportiraju do Odjela radiologije.

Tijekom svih triju vala epidemije radi u OB-u Karlovac COVID ambulanta u kojoj rade infektolozi, specijalizanti i specijalisti svih specijalnosti; ambulanta radi od 00:00 do 24:00 radnim danom, vikendom i blagdanom.

Tijekom boravka na COVID odjelu svi pacijenti na dnevnoj bazi imaju skrb fizioterapeuta, rade se vježbe disanja, vertikalizacija pacijenata i njihova fizioterapija u krevetu.

Već tijekom drugog vala registrirana je potreba za radom post-COVID ambulanti, pacijenti s post-COVID sindromom zbrinjavaju se prvo u infektološkoj ambulanti, a vrlo brzo se u zbrinjavanje takvih pacijenata uključuju i drugi specijalisti pa danas OB Karlovac ima registrirane pulmološku, kardiološku, neurološku, gastroenterološku i dijabetološku post-COVID ambulantu, a pacijente s post-COVID sindromom zbrinjavaju i dermatolozi i fizijatri.

Zahvaljujući funkcionalnoj integraciji svih triju bolnica u Karlovačkoj županiji, OB Karlovac je tijekom sva tri vala epidemije vlastitim kapacitetima uspjela dobro skrbiti o srednje teškim i teškim

Tijekom tri vala epidemije u OB-u Karlovac na Covid odjelu je do 30.06.2021. hospitaliziran 1201 pacijent.

pacijentima s COVID-19 te o onima kojima je bila potrebna intenzivna respiratorna potpora. U ustanovi su hospitalizirani pacijenti ne samo iz naše Županije već i iz Zagrebačke (područje Jastrebarskog) te nakon potresa u Sisačko-moslavačkoj županiji jednim dijelom i COVID pozitivni pacijenti s tog područja. U drugom i trećem valu nastojalo se bez obzira na epidemiju skrbiti o kroničnim pacijentima u poliklinčkoj i stacionarnoj skrbi, a redovito smo zbrinjavali sve akutne pacijente s područja cijele Županije, kao i okolnih županija. Reorganizacijom rada, uključivanjem specijalizanata, ali i svih specijalista OB-a Karlovac u rad COVID odjela, posebno specijalista internističkih struka, koji su kao drugi tim vodili dio COVID odjela, uspjeli smo pomoći infektolozima da iznesu teret svih triju vala epidemije.

Osoblje COVID odjela OB-a Ogulin

Bolnica je cijelo vrijeme epidemije bila prikladno opskrbljena svom potrebnom zaštitnom opremom, lijekovima i respiratorima.

Opća bolnica i bolnica branitelja Domovinskog rata Ogulin nemaju infektološki odjel niti specijalista infektologa te je pandemija COVID-19 bila uistinu velik organizacijski i stručni izazov.

Na samom početku pandemije organizirana je Infektološka ambulanta u sklopu Objedinjenog hitnog bolničkog prijema te se krenulo s edukacijom djelatnika vezanom za korištenje zaštitne opreme.

Početkom drugog vala navedena Infektološka ambulanta nije imala dovoljno kapaciteta za obradu sve većeg broja COVID pozitivnih bolesnika, a javila se i potreba za hospitalizacijom pacijenata s COVID-19. Odjel palijativne skrbi i produženog liječenja u prizemlju učinio se prikladan te je uz minimalne građevinske radove potrebne za otvaranje novih ulaza, organiziran COVID 1 odjel s 25 kreveta. Infektološka ambulanta proširena je za još jednu prostoriju za izolaciju s 8 kreveta, gdje su obrađivani suspektni bolesnici do dolaska nalaza PCR.

Kada se povećala potreba kreveta za pacijente s COVID-19 dio Odjela ginekologije pretvoren je u COVID 2 odjel sa 16 kreveta, a poslije i dio Odjela pedijatrije u COVID 3 odjel s 25 kreveta. Na odjelima rade specijalisti internističkih struka, specijalizanti OB-a Ogulin i OB-a Karlovac te konzilijarno infektolozi i pulmolozi OB-a Karlovac.

Tijekom trećeg vala je zbog preopterećenosti COVID JIL-a u OB-u Karlovac, na odjelu COVID 1 organizirana i COVID jedinica intenzivnog liječenja sa 6 kreveta.

U bolnici se radi *drive-in* testiranje za područje grada Ogulina, a uzorci se na analizu šalju u OB Karlovac.

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa, pripremajući se za nov oblik rada te specifičnu skrb za pacijente s više komorbiditeta, 6. veljače 2020. ukida posjete, a osim potrebnih kapaciteta za izolaciju uspostavljen je punkt za trijažu svih zaposlenika i pacijenata. Izrađen je plan prijema pacijenata, a o tome su obaviještene sve suradne ustanove i liječnici obiteljske medicine, dok su korisnici usluga obavještavani putem lokalnih medija. Svim su zaposlenicima osigurani edukativni materijali i educirani su na koji se način koristi zaštitna oprema.

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa

Odlukom Županijskog stožera Bolnica nije određena za prihvat zaraženih pacijenata, ali u slučaju postavljanja sumnje osiguran je dislocirani prostor za izolaciju s dva kreveta i internim protokolom je predviđen brz premještaj u drugu zdravstvenu ustanovu (OB Karlovac ili OB Ogulin).

>>

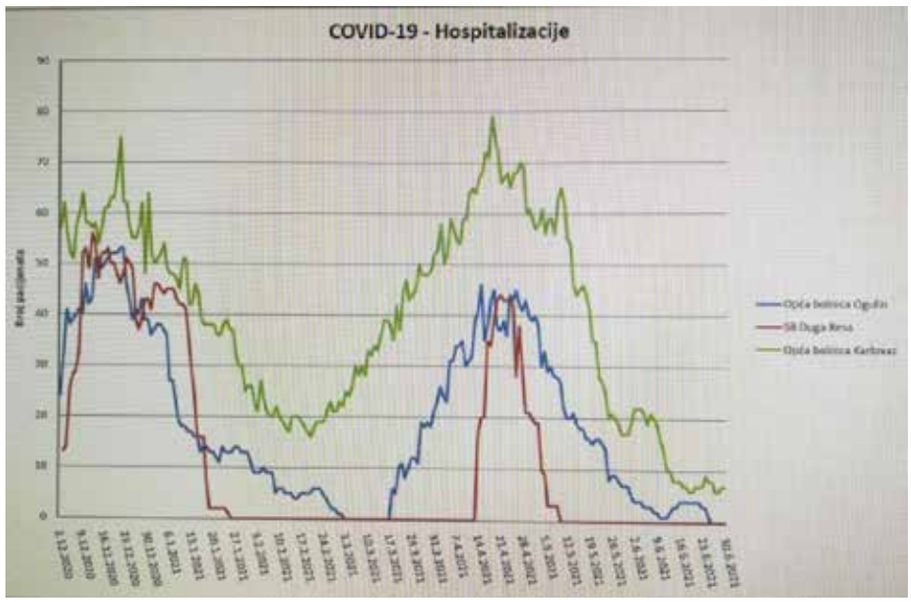
Tijekom cijele pandemije prilagođava se organizacija rada u SB-u Duga Resa aktualnom epidemiološkom stanju sukladno uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i do studenoga 2020. nema slučajeva zaraze novim korona virusom zbog kojeg bi trebalo zatvoriti odjele ili polikliniku.

Probojom virusa u Bolnicu u studenome 2020. uslijedilo je potpuno zatvaranje poliklinike, nemogućnost prijema i premještaja bolesnika iz drugih zdravstvenih ustanova, a zbog nedostatka zdravstvenog kadra organizacija rada ovisila je o aktualnoj situaciji, preporukama epidemiologa, Stožera civilne zaštite Karlovačke županije, Stožera civilne zaštite RH i Ministarstva zdravstva. Unatoč naglom porastu zaraženih pacijenata i zaposlenika u Bolnici, nije bilo moguće osigurati premještaje pacijenata na daljnju skrb u OB Karlovac ili OB Ogulin, jer su i njihovi kapaciteti bili popunjeni. Broj zaraženih opao je u siječnju 2021., a od travnja te godine u Bolnici nema pacijenata niti zaposlenika pozitivnih na novi koronavirus.

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa na rijeci Mrežnici

Broj hospitalizacija COVID pozitivnih pacijenata u trima županijskim bolnicama

COVID epidemija je odlukom Županijskog kriznog stožera civilne zaštite i službeno ujedinila sve tri bolnice naše Županije, što se u borbi s epidemijom pokazalo kao izvrstan potez. Uprave tih triju bolnica nastojale su međusobnim dogovorima i suradnjom riješiti sve izazove koje je epidemija prouzročila. Potreba za zaštitnom opremom procjenjivala se na dnevnoj, tjednoj i mjesečnoj razini na temelju ukupnog broja pacijenata, broja pacijenata u izolaciji, broja zaposlenika i ovisno o trenutnom epidemiološkom stanju, a potrebne količine osigurane su u suradnji sa Županijskim stožerom civilne zaštite.



Trenutačno imamo jedino u OB-u Karlovac hospitalizirane COVID pacijente, a COVID odjel u ovom trenutku vode sami infektolozi, no u slučaju da poraste broj zaraženih sve tri bolnice su spremne prema već uhodanim protokolima i hodogramima vratiti se na način rada koji omogućuje hospitalizaciju većeg broja bolesnika.

Suradnja svih zdravstvenih ustanova Karlovačke županije omogućila je primjeren odgovor na potrebu za povećanim brojem hospitalizacija, a sve ustanove trenutačno se intenzivno skrbe o svim ostalim pacijentima.

ZAŠTO MEDICINA TREBA MEDICINSKU HUMANISTIKU?

Prof. dr. sc. DARKO DUPLANČIĆ, dr. med.

MARIJA FRANKA ŽULJEVIĆ, dr. med.

Katedra za medicinsku humanistiku
Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Liječnička profesija se mijenja s duhom vremena, a istovremeno se događa i vrtoglavi napredak tehnologije i opsega ljudskoga znanja. Osim svladavanja tehničkih znanja i vještina liječnik treba razumjeti i prepoznati društvene potrebe i očekivanja od svoje profesije. Osnovni je cilj nastave iz medicinske humanistike upoznavanje studenta s položajem medicine i liječnika u društvu, s perspektivom na prošlost, sadašnjost i budućnost medicine. Takav sveobuhvatan pogled na medicinu postiže se kroz više različitih disciplina koje ne pripadaju prirodnim znanostima, ali koje medicinu postavljaju u širi kontekst ljudskoga društva.

Na samom početku studija medicine, u medicinskoj humanistici prvo se upoznaje s općim ustrojem medicine, njenim zadaćama i odgovornostima, da bi se stvorila jasna početna očekivanja o naravi i strukturi studija medicine. Nakon toga je potrebno poznavanje općih i specifičnih ljudskih prava suvremenog čovjeka, bez čijih se osnova ne može odrediti ispravan pristup bolesniku, kao ni donošenje odluka koje pripada odgovornosti svakog liječnika. Uz to se upoznaje s općim definicijama morala, etike i profesionalizma, kao i s kodeksima, zakonima i deklaracijama koje je potrebno znati da bi se utvrdio najispravniji pristup u praksi. To predmet dovodi i do medicinskog prava, koje sabire sve spoznaje i zaključke u zakone koji služe kako bi zaštitili i liječnika i bolesnika. Medicinska etika zatim pokušava odgovoriti na pitanja koja leže između suhih zakonskih određenja i moralne dužnosti za bolesnika i ukupno zdravlje populacije koju nosi svaki liječnik. Ona prikazuje dvojbe za koje ne postoji jednoznačan odgovor, a do kojih u kliničkoj praksi liječnik dolazi češće nego što studenti misle. Vrlo često može doći do sukoba između vrijednosti propisanih liječničkim pozivom i pitanja što predstavlja dobrobit bolesnika, a što pokriva zakon.

Studentima se osvještava i potreba poznavanja bolesnikova psihološkog i društvenog stanja u odnosu na njegovu bolest, što uključuje disciplinu medicinske sociologije koja bolesnika stavlja u društveni i ekonomski kontekst. Iako medicinska humanistika ne podučava psihijatriju i psihologiju, u njoj se naglašava važnost razumijevanja bolesnika i njegovog osobnog konteksta te se potiče empatija i dijalog s bolesnikom da bi se olakšao proces donošenja (zajedničkih) odluka, a u tom pogledu je medicinskoj humanistici bliska i psihološka medicina.

Da bi se razumjele složene dvojbe do kojih može doći u medicini, potrebno je sagledati njezinu prošlost i budućnost; zato se uči povijest medicine, koja pokazuje koliko je bilo teško razumjeti i primijeniti sve ono što je čovječanstvo spoznalo o zdravlju i bolesti te uvrstilo u zdravstveni sustav koji danas poznajemo. Pogled u prošlost pomaže bolje razumjeti pojam profesionalizma i ulogu liječnika, koja se mijenjala kroz različite povijesne i kulturološke kontekste. Nastava iz bioetike se pak dotiče pitanja koja su nastala razvojem tehnologija vezanih uz reproduktivnu medicinu, genetičke modifikacije i goleme napretke u dijagnostici i liječenju. To vodi u raspravu o utjecaju filozofije transhumanizma na medicinu, gdje još nije jasno razgraničeno do koje mjere se smije modificirati ljudsko tijelo i um.

Medicinska humanistika ne nastoji preodgojiti studente ili dati čvrste odgovore, već ih osvijestiti o onom što mogu očekivati od svog poziva te da moraju sagledati sve njegove osobitosti, kao i sve dobre i loše aspekte. Iako se medicina doima kao vrlo jasna i pravocrtna kad se uči tijekom studija (a često se i idealizira), slučajevi u stvarnom životu pokazuju da u kliničkoj praksi može doći do različitih neugodnih i nepredvidivih situacija. Odmicanjem od paternalističkog modela koji implicira da je liječnički autoritet neporeciv, liječnički postupci danas se sve češće propituju.

Kao što se i kliničke vještine uče kroz praksu, tako treba težiti da nastava medicinske humanistike sve više uključuje i rad sa stvarnim bolesnicima i njihovim problemima. Premda se budućeg liječnika ne može naučiti što točno treba učiniti u kojoj situaciji, vrlo je važno da dobije cjelovitu sliku medicine te da razumije težinu, ali i ljepotu svojega poziva.

marija.franka@gmail.com

PROVJERA (NE)UČINKOVITOSTI NEKIH LIJEKOVA ZA COVID-19
DOKAZI IZ NOVIH COCHRANEOVIH SUSTAVNIH PREGLEDA

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

Iskušavaju se brojne intervencije za liječenje i sprječavanje COVID-19, a neke od njih bile su vrlo kontroverzne, uključujući primjenu antiparazitskih lijekova i lijeka remdesivira. Novi Cochraneovi sustavni pregledi pokazuju kako trenutačno nema pouzdanih dokaza da su brojne od testiranih terapija uspješne. U ovom članku nalazi se prikaz zaključaka sustavnih pregleda o ivermektinu, hidroksiklorokinu i klorokinu te o remdesiviru za COVID-19, a na internetu je dostupna bogata kolekcija brojnih Cochraneovih sustavnih pregleda vezanih za COVID-19.

Remdesivir za liječenje COVID-19

Ansems i suradnici su 5. kolovoza 2021. objavili procjenu učinka remdesivira u usporedbi s placebom ili samo sa standardnom skrbi na kliničke ishode u hospitaliziranih pacijenata s infekcijom SARS-CoV-2. Ovaj se Cochraneov sustavni pregled održava kao „živući sustavni pregled" (engl. *living systematic review*), što znači da se kontinuirano i učestalo pretražuje literatura kako bi se pronašli i ugradili novi dokazi o ovoj temi.

Autori su uključili pet randomiziranih kontroliranih pokusa sa 7452 ispitanika s dijagnozom infekcije SARS-CoV-2, prosječne dobi od 59 godina, od kojih je 3886 sudionika nasumično raspodijeljeno u skupinu koja je primala remdesivir. Većini ispitanika bio je na početku potreban kisik (n = 4409) ili mehanička ventilacija (n = 1025). Pokusi su se uglavnom provodili u zemljama s visokim i višim prihodima. Autori su pronašli dva pokusa koja su u tijeku, a jedan je obustavljen zbog nedostatnog broja uključenih pacijenata s COVID-19.

Autori zaključuju kako na temelju trenutačno dostupnih dokaza, remdesivir vjerojatno ima **mali ili nikakav učinak** na smrtnost od svih uzroka do 28 dana u odraslih osoba hospitaliziranih sa infekcijom SARS-CoV-2. **Nismo sigurni** o učincima remdesivira na kliničko poboljšanje i pogoršanje. **Nije bilo dovoljno podataka** za ispitivanje učinka remdesivira na smrtnost u svim podskupinama definiranim respiratornom potporom na početku. Nužni su novi pokusi o učinku remdesivira na COVID-19, osobito za različite podskupine populacije.

Ivermektin za liječenje i sprječavanje COVID-19

Popp et al. objavili su 28. lipnja 2021. procjenu učinkovitosti i sigurnosti ivermektina u usporedbi bez liječenja, a sa standardom skrbi, placebom ili bilo kojom drugom dokazanom intervencijom za osobe s COVID-19 koje se liječe kao stacionarni ili ambulantni bolesnici, te za sprječavanje infekcije SARS-CoV-2 (postekspozicijska profilaksa). Pretražili su literaturu dostupnu do 26. svibnja 2021.

Našli su 14 kliničkih pokusa s 1678 ispitanika koji su istraživali ivermektin u usporedbi s ispitanicima bez liječenja, a s placebom ili standardnom skrbi. Nijedan pokus nije uspoređio ivermektin s intervencijom s dokazanom učinkovitošću. Bilo je devet pokusa za liječenje ispitanika s umjerenim COVID-19 u stacionarnim uvjetima i četiri liječenja blagih slučajeva COVID-19 u ambulantnim uvjetima. Jedan je pokus ispitivao ivermektin kao prevenciju infekcije SARS-CoV-2. Trećina rezultata imala je visok rizik od pristranosti, što znači da su imali značajne metodološke nedostatke.

Autori zaključuju kako na temelju trenutačnih dokaza, koji su vrlo niske do niske pouzdanosti, nisu sigurni o učinkovitosti i sigurnosti ivermektina za liječenje ili prevenciju COVID -19. Dovršeni pokusi imali su malen broj ispitanika i rijetki su od njih kvalitetno su provedeni. U tijeku je nekoliko pokusa koji bi mogli dati jasnije odgovore. Općenito, dostupni pouzdani dokazi **ne podržavaju** uporabu ivermektina za liječenje ili prevenciju COVID-19 u redovitoj kliničkoj praksi.

Klorokin ili hidroksiklorokin za prevenciju i liječenje COVID -19

Singh i suradnici su 12. veljače 2021. objavili pregled procjene učinaka klorokina (CQ) ili hidroksiklorokina (HCQ) koji je imao tri cilja – ispitati dokaze za 1) liječenje ljudi s COVID-19 u vrijeme smrti i vrijeme do uklanjanja virusa; 2) sprječavanje infekcije u ljudi izloženih opasnosti od SARS-CoV-2; 3) sprječavanje infekcije u ljudi izloženih SARS-CoV-2.

Za prvi cilj autori su uključili 12 pokusa u kojima je sudjelovalo 8569 sudionika, od kojih su svi bili odrasli. Devet pokusa provedeno je na bolničkim pacijentima, a tri u ambulantnih pacijenata. Ozbiljnost bolesti, prevalencija komorbiditeta i uporaba ko-intervencija značajno su varirali među ispitivanjima. U nekoliko je pokusa uočen potencijalni rizik od pristranosti zbog brojnih metodoloških nedostataka. Za drugi cilj nisu pronađeni dovršeni klinički pokusi. Za treći cilj pronađena su dva pokusa. Jedno istraživanje (821 ispitanik) uspoređivalo je HCQ s placebom kao profilaktičkim sredstvom u SAD-u (oko 90 % sudionika) i Kanadi. Jedno klaster randomizirano istraživanje (2525 ispitanika) uspoređivalo je HCQ sa standardnom skrbi za prevenciju COVID -19 kod ljudi s poviješću izloženosti SARS-CoV-2 u Španjolskoj.

Autori zaključuju kako HCQ za osobe s COVID-19 ima **malen ili nikakav učinak** na rizik od smrti i da **vjerojatno nema učinka** na napredovanje do mehaničke ventilacije. Nuspojave su bile tri puta češće u osoba koje su primale HCQ u usporedbi s placebom, ali je pronađeno vrlo malo ozbiljnih nuspojava. Autori daju jasnu preporuku: **ne bi trebalo** dalje istraživati terapiju COVID-19 hidroksiklorokinom ili klorokinom.

Rezultati pregleda literature smanjuju vjerojatnost da je lijek učinkovit u zaštiti ljudi od infekcija, iako to nije posve isključeno. Vjerojatno bi bilo razumno dovršiti istraživanja u kojima se istražuje prevencija infekcije i pobrinuti se da budu vođena prema visokim standardima kako bi se dobili nedvosmisleni rezultati.

Literatura

Ansems K et al. Remdesivir for the treatment of COVID-19. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 8. Art. No.: CD014962. DOI: 10.1002/14651858.CD014962.

Popp M et al. Ivermectin for preventing and treating COVID-19. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 7. Art. No.: CD015017. DOI: 10.1002/14651858.CD015017.pub2.

Singh B et al. Chloroquine or hydroxychloroquine for prevention and treatment of COVID-19. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 2. Art. No.: CD013587. DOI: 10.1002/14651858.CD013587.pub2.

CIJEPLJENJE PROTIV COVID-19: CIJEPITI ILI NE CIJEPITI TRUDNICE?

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

Na vratima smo četvrtoga vala pandemije COVID-19. Sjećanja na prošle zimske mjesece još su uvijek svježa i opipljiva, ali, za razliku od Proustovih kolačića, ne evociraju lijepe uspomene.

Trudnoća ili "drugo stanje", kako naš jezik opisuje čudo stvaranja i razvoja novoga ljudskog bića, nije se baš uspješno othrvala COVID-19 ni iznenadila, vjerujem, većinu ginekologa. Vjerovali smo majci prirodi i prirodnim imunosnim mehanizmima. Očekivali smo asimptomatsku, blagu ili, u najgorem, slučaju srednje tešku kliničku sliku bolesti. Nismo se mentalno, a u većini slučajeva niti kapacitativno pripremili na to da naše trudnice mogu razviti težak oblik bolesti, zahtijevati smještaj u JIL-u i mehaničku ventilaciju, pa čak i izvantjelesnu oksigenaciju. Tijekom dugih dana i još duljih noći, u izvrsnoj suradnji s anesteziolozima, nerijetko smo bili prisiljeni naše trudnice i netom porođene babinjače seliti u Kliniku za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević". Svim kolegama i svim djelatnicima Zarazne bolnice beskrajno smo zahvalni na svemu što su učinili za naše mlade majke.

Bombardirani smo medijskim porukama eminentnih stručnjaka i brojnih medijski eksponiranih individua koji pozivaju svekoliko pučanstvo na cijepljenje. Za sada, još uvijek, bez dostatnog odgovora. Zašto se ljudi koji se koriste različitim gadgetima i imaju pristup donekle provjerenim informacijama ne žele cijepiti? Radi otpora tzv. main streamu, jačanju antivakserskog pokreta ili jednostavno straha/zbunjenosti/(ne)praćenja nekonzistentnih informacija/odbijanja suočavanja s realnošću, ostaje da svatko sam zaključi.

U praksi često čujemo upite u vezi s cijepljenjem trudnica i utjecajem cjepiva na fertilnost, pa smo odgovore i potražili u algoritmima relevantnih svjetskih stručnih društava (RCOG, ACOG, SOGC, DGGG, ASRM).

- U najvećem broju slučajeva trudnice razvijaju lakšu kliničku sliku bolesti. Suprotno očekivanjima razvijaju ponekad i tešku kliničku sliku koja zahtijeva liječenje u JIL-u, primjenu mehaničke ventilacije, pa čak i izvantjelesne oksigenacije.
- U slučajevima teškog oblika bolesti, potreban je redovit nadzor nad fetusom, a rizici prijevremenog poroda, prematurnosti, infekcije itd. za novorođenče mogu rezultirati lošim neonatalnim ishodom.
- Trudnice koje su razvile COVID-19 u trećem trimestru trudnoće imale su velik rizik od prijevremenog porođaja.
- Potiču se na cijepljenje trudnice pod većim profesionalnim rizikom od COVID-19 (zdravstveni i socijalni radnici, učitelji i profesori itd.).
- Potiču se na cijepljenje trudnice s komorbiditetima (trudnoća nakon zloćudne bolesti, visok indeks tjelesne mase, hipertenzija, dijabetes itd.).
- Stručna ginekološka društva na temelju dosadašnjeg iskustva i relevantnih pokazatelja savjetuju cijepljenje žena koje planiraju trudnoću kao i trudnica.
- Cijepljenje je moguće u bilo kojem trimestru, ali svakako savjetujemo, ako je to moguće, cijepljenje nakon 12. tjedna trudnoće, a prije navršenog 28. tjedna trudnoće (rizici prematurnosti).
- Trudnica koja je prvu dozu cjepiva primila prije zanošenja treba primiti i drugu dozu, po mogućnosti istog cjepiva.
- Babinjačama cijepljenje nudimo kao i ostaloj populaciji.
- Iako za sada nema dostatnih podataka, smatra se kako se sastojak cjepiva ne može prenijeti majčinim mlijekom. Ženama koje doje najvažnije je objasniti način širenja bolesti (izravan kontakt s novorođenčetom bolesne majke očekivano se pokazao značajnijim od vertikalnog prijenosa) i pojasniti mehanizme zaštite djeteta.
- Neposredno prije cijepljenja nije potrebno raditi test mokraće na trudnoću ni betaHCG.
- Za sada nema nikakvih dokaza o utjecaju cjepiva na fertilnost majke/partnera.
- Istraživanja na životinjama nisu pokazala da cjepivo smanjuje fertilnost (Oxford-AstraZeneca).
- Ne preporučuje se odgađanje MAR/IVF postupka zbog cijepljenja.

Umjesto zaključka: što god mislili, odluka o cijepljenju je osobna, ali joj mora prethoditi savjetovanje. Benefiti su cijepljenja trudnice izbjegavanje teškog oblika bolesti i vjerojatnog prijevremenog porođaja, ozbiljnih novorođenačkih sekvela, kao i zaštita drugih članova kućanstva/obitelji. U dobrobiti se ubraja i potencijalna zaštita novorođenčeta pasivnim prijenosom protutijela. U komplikacije cijepljenja ubrajamo blage lokalne reakcije (lokalna bolnost, manji eritem, oteklina), teže sustavne reakcije (umor, iscrpljenost, glavobolja, mijalgija itd.) u trajanju od nekoliko dana i teške komplikacije (tromboze, stanje poput heparinom inducirana trombocitopenija) koje su prema podacima EMA-e u apsolutnim brojevima vrlo rijetke, a povezuju se za sada s primjenom cjepiva Oxford-AstraZeneca.

Na kraju, ako sve ovo urodi plačem zdravog djeteta i smiješkom sretne majke, vrijedit će svakog truda. I postat će lijepa uspomena, poput ukusnog kolačića Madeleine.

ingridmarton@gmail.com

Anesteziolozi bez granica

SUSRET s dr. Ivanom Buklijaš, specijalisticom anesteziologije i reanimacije u KBC-u Split

Dr. ZDENKA ČORKALO

Našla sam hlad usred vrelog sunca. Žeđ teče u potocima. Čekam Ivanin izlazak iz bolnice s dežurstva da bismo mogli u miru razgovarati o samo anesteziolozima znanim znanjima. Jedno od tih znanja je i odgovor na koliko radnih mjesta jedan anesteziolog zna, može ili treba raditi tijekom radnog dana ili dežurstva? Dok se vrtimo, jer je na suncu puno sunca a u hladu malo hlada, zbog korone stojimo gordo s krunom na glavi i trpimo što moramo. Promatram njezino lijepo, pravilno i nježno oblikovano, blijedo lice u koje se čovjek mora zagledati jer su na njemu velike, mirne, pametne oči obojene u nekoliko nijansi neba i mora. Genetika je bila vidovita, govorim joj u šali, nije to bez razloga jer je dr. Ivana često na putu prema nebeskim visinama, morskim dubinama, jamama, bunarima, jezerima, škrapama. Kako je to moguće? Moguće je: ona je specijalistica anesteziologije, alpinistica, speleologinja, aktivna pripadnica Gorske službe spašavanja, pa kad vidite nekoga da visi na užetu koje se spušta iz helikoptera prema litici planina ili planinskih bezbrojnih vrleti, sjetite se, možda je to naša Ivana na kojoj se nikada ne bi reklo da je različita od drugih. Kad je u bolnici saginje se gdje god je tko izgubio svijest ili prestao disati ili je umakao smrti ali mu je potrebna pomoć, uvijek s mobitelom „džoker zovi“ i koji smjesta trči i nosi što ima sa sobom u glavi, ili je u operacijskoj dvorani u sjeni „velikih“, ili čuva ono što su drugi izvukli iz smrtne opasnosti da se zlo ne navrati opet na mjesto koje je u borbi izgubilo, ili dočekuje teškog, politraumatiziranog bolesnika pokupljenoga po našim cestama i uz cijeli tim, koji su odani ljudi sa sto srdaca i bezbroj ruku pa svi zajedno strepe hoće li preživjeti čovjek za kojega se bore, ili mijenja kolege koji su u „kovid bolnicama koji su tamo za šalu jer kovida ima i nema, ljudi umiru sami od sebe ili kao što umiru od gripe, a i stari su, vrijeme im je. Najlakše prođu najteži bolesnici. Oni prođu...“

Splitski cvit - dr. Ivana Buklijaš

Govorimo o strahu dok visi u zraku i čeka da ju spuste na mjesto ugroženoga, dok se spušta u nepoznatu rupetinu da bi izvadili nekoga tko je u nju upao, u špilju koja je znana ili neznana, molim je neka mi objasni kako se svlada sebe, kako se upravlja mozgom i kako se o svom srcu ne vodi računa kao da ga nema, ima li tu nekih „nadnaravnih moći, magije“? Ivana se smije radošću znalca. Ma kakva magija! Samo učenje kroz školu, polaganje vrlo teških ispita, bezbroj pokaznih, stvarnih i kondicijskih vježbi, neprestalno učenje od starijih i iskusnijih, nema soliranja ni „hrabrih“ jačanja, sve treba promišljeno, dobro izvagano a brzim slijedom, ne smije se pogriješiti u izbrojenim koracima. Kad se sve tako pripremi, strah se skine s trona i mir postupaka vodi uspješno izvedenoj akciji.

Zanimljivo je ima li posebnog veselja kada se spasi nekog „posebnog“ koji se napola bos, napola gol, sam, s bočicom vode veličine jednog pedlja, uputi u razgledavanje prelijepog Biokova? Ivana svjedoči da je mir u duši uvijek nagrada ako uspijemo naći ljude žive, ali posebnog veselja nema, ima samo posebno čuđenje zbog nepredviđene i nepopravljive žalosti i štete, zbog ograničenog područja znanja a neograničene nerealnosti i hrabrosti u svih koji se upute i skaču poskoku u naručje.

Odmičemo se od ovoga i opet smo u anesteziologiji. Pitam Ivanu je li joj mater sugerirala tu specijalizaciju jer je i ona cijeli radni vijek prošla u bolnici kao uspješan anesteziolog, uz sudjelovanje u obrambenom Domovinskom ratu od početka do kraja. Ne, Ivanu je mater odgovarala od te teške specijalizacije, ali „kud će suza nego na oko,“ ako se ikako može smekšati onaj koji savjete nudi. Da može birati, opet bi isto izabrala.

Govorimo o informiranosti među ljudima: tko su anesteziolozi, koje su im mogućnosti rada, razlikuju li ih u ovo doba korone bar po tomu što im je strah od respiratora ušao u kosti ili oni u narodu i dalje nisu doktori nego su anesteziolozi. Ivana se opet smije i na njezinom mirnom licu zatitra da joj je to nevažno.

Ipak ima i nešto lijepo, javno dosegnuto. U gradu Splitu se svake godine bira „Splitski cvit.“ To je vrijedno priznanje kojim se promoviraju uspješne žene grada Splita koje svojim radom i aktivnostima naš grad i ljude čine boljima. Ivana je dobila tu nagradu, ona je „Splitski cvit.“ Ona je naš veliki buket mirišljavog cvijeća, rijetko viđenog. Sretno ti draga Ivana!

ULTRAZVUK PLUĆA

kao „pogled u budućnost“ COVID-19 pneumonije

IVAN ŠKOPLJANAC, dr. med., Klinika za plućne bolesti, KBC Split

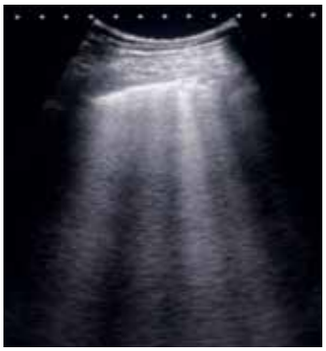
Ultrazvuk pluća (LUS, od engl. *lung ultrasound*) pokazao se dobrom metodom u dijagnostici i procjeni proširenosti pneumonije u sklopu COVID-19. Prema novijim saznanjima LUS je u tom smislu usporediv s kompjutoriziranom tomografijom (CT), a superioran u odnosu na klasičnu sumacijsku RTG snimku. Prikazujem jednoga od mnogih oboljelih od COVID-19 kojima je rađen LUS tijekom hospitalizacije u KBC-u Split.

Prikaz slučaja. 54-godišnji bolesnik koji otprije boluje od šećerne bolesti, na peroralnim hipoglikemicima, bio je hospitaliziran u Respiratorno-intenzivističkom centru KBC-a Split 14. dana bolesti zbog obostrane upale pluća nakon PCR-om potvrđene infekcije SARS-CoV-2. Prezentirao se vrućicom do 39,6° C stupnjeva, glavoboljom, malaksalošću i vodenastim stolicama. Kod prijema je bio eupnoičan, uz 90 %-tnu perifernu saturaciju kisikom, a auskultacijski nad plućima bile su čujne obostrane krepitacije. Na RTG-u torakalnih organa opisani su obostrani periferni diskretni mrljasti infiltrati. U laboratorijskim nalazima verificiran je povišen CRP 167 mg/l, LDH 477 U/l i D-dimeri 0,5 mg/l. Neposredno nakon prijema napravljen je LUS kojim su potvrđene obostrano difuzno, gotovo u svim regijama, konfluirajuće B-linije u smislu opsežnog intersticijskog supstrata. Bolesnik je u tom trenutku bio na minimalnim protocima kisika (2 l/min kisika na nosne kanile), a njegov je ultrazvučni nalaz bio nerazmjerno znatno lošiji. S vremenom se pokazalo zašto je tome tako, jer je već trećega dana hospitalizacije respiracijska insuficijencija značajno uznapredovala, bolesnik je bio na protocima kisika od 12 l/min na masku s rezervoarom. Četvrti dan je prebačen na uređaj s visokim protokom kisika (HFNC) na kojem je bio sedam dana. Liječen je parenteralno metilprednizolonom, niskomolekulskim heparinom, remdesivirom i paracetamolom. Sedmoga dana primjene oksigenacije visokim protocima bolesnik je uspješno odvojen od HFNC uređaja te je u konačnici ishod COVID-19 u ovom slučaju bio povoljan.

Rasprava. Od početka našega rada u COVID stacionaru vrlo brzo smo primijetili da bolesnici poput opisanoga, s lošim nalazom ultrazvuka pluća pri prijemu u bolnicu, imaju lošije ishode, tj. ti bolesnici gotovo u pravilu završavaju na HFNC ili mehaničkoj ventilaciji. Neobično je što je pri prijemu u bolnicu većina tih bolesnika bila stabilnoga kliničkog stanja na niskim protocima kisika, a nalaz LUS-a bio je neočekivano loš. S obzirom na to započeli smo istraživanje kako bi se analizirala i potvrdila ova opservacija o prediktivnoj vrijednosti LUS-a. Preuzeli smo već postojeći protokol ultrazvučnog pregleda pluća talijanskih autora (*Soldati et al.*) koji obuhvaća 14 regija pluća uz bodovanje promjena od 0-3, pri čemu je 0 uredan nalaz a 3 označava konfluirajuće B-linije sa subpleuralnim konsolidacijama te se zbrajanjem ovih vrijednosti dobije tzv. LUS skor. Najveći skor je 42, a bolesnik u gore opisanom prikazu slučaja je imao LUS skor 33. U studiju su uključena 133 hospitalizirana bolesnika s COVID-19 pneumonijom. Statistička analiza je pokazala da će bolesnici s većim vrijednostima LUS skora vjerojatnije trebati veću respiratornu podršku, bilo uređajem s visokim protokom kisika (HFNC) ili mehaničkom ventilacijom (MV), uz cut-off vrijednosti LUS skora od 29 i 30. Nadalje, LUS je u bolesnika starijih od 68 godina predviđao mortalitet s visokom osjetljivošću. Za razliku od nekih prethodnih istraživanja, nismo pronašli prediktivnu vrijednost laboratorijskih krvnih biljega, kao što su LDH, CRP ili broj limfocita. Međutim, u našoj populaciji utvrđeno je da su razine D-dimera značajno veće među umrlim pacijentima.

Uredan nalaz, A-linije označene strelicama (skor 0)

Nekoliko pojedinačnih B-linija (skor 1)



Mnoštvo pojedinačnih B-linija, svijetle, zrakasto (skor 2)

Konfluirajuće B-linije (skor 3)

Zaključak. Mogućnost predviđanja najvjerojatnijeg ishoda može pomoći u ranoj stratifikaciji rizika u pacijenata s COVID-19, navodeći daljnje kliničke i terapijske odluke. Neka novija istraživanja ukazuju potencijalnu korist terapije visokim dozama kortikosteroida u liječenju teške COVID-19 pneumonije, a možda bi pokazatelj loše prognoze bolesnika mogao potaknuti primjenu visokih doza znatno ranije u tijeku bolesti, s ciljem sprječavanja nepovoljnih ishoda.

ivan.skopljanac@gmail.com

Referencije

1. Kaufman, A.E.; Naidu, S.; Ramachandran, S.; Kaufman, D.S.; Fayad, Z.A.; Mani, V. Review of radiographic findings in COVID-19. *World J. Radiol.* **2020**, *12*, 142–155.

2. Francone, M.; Iafrate, F.; Masci, G.M.; Coco, S.; Cilia, F.; Manganaro, L.; Panebianco, V.; Andreoli, C.; Colaiacomo, M.C.; Zingaropoli, M.A.; et al. Chest CT score in COVID-19 patients: Correlation with disease severity and short-term prognosis. *Eur. Radiol.* **2020**, *30*, 6808–6817.

3. Soldati, G.; Smargiassi, A.; Inchingolo, R.; Buonsenso, D.; Perrone, T.; Briganti, D.F.; Perlini, S.; Torri, E.; Mariani, A.; Mossolani, E.E.; et al. Proposal for International Standardization of the Use of Lung Ultrasound for Patients With COVID-19: A Simple, Quantitative, Reproducible Method. *J. Ultrasound Med. Off. J. Am. Inst. Ultrasound Med.* **2020**, *39*, 1413–1419.

4. **Skopljanac, I.; Ivelja, M.P.; Barcot, O.; Brdar, I.; Dolic, K.; Polasek, O.; Radic, M. Role of Lung Ultrasound in Predicting Clinical Severity and Fatality in COVID-19 Pneumonia. J. Pers. Med. 2021, 11, 757.**

5. Pinzon MA, Ortiz S, Holguin H, Betancur JF, Cardona Arango D, Laniado H, et al. Dexamethasone vs methylprednisolone high dose for Covid-19 pneumonia. PloS one. **2021**;16:e0252057.

POREMEĆAJI LIČNOSTI

MAJDA GRAH,
BRANKA RESTEK-PETROVIĆ,
IGOR FILIPČIĆ
Klinika za psihijatriju „Sveti Ivan", Jankomir 11, Zagreb
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

UVOD I DEFINICIJA

Poremećaji ličnosti su duboko u ličnost ukorijenjeni i trajni oblici ponašanja koji se očituju kao neprilagodljiv odgovor na niz osobnih i društvenih prilika. Karakteristike osoba s ovakvim poremećajima predstavljaju ekstremna i znatna odstupanja od načina na koji prosječan pojedinac u danoj kulturi shvaća, misli, osjeća i uspostavlja odnos s drugima. Osobit naglasak u tom smislu potrebno je staviti na ponašanje osobe koja funkcionira izvan okvira normalnosti kulture u kojoj živi.

Normalnost po vrijednosti određuje se u odnosu na čovjekovo funkcioniranje i prilagodbu okolini. Osnovna pretpostavka za ovakvu definiciju pretpostavlja postojanje zdravoga društva i zdravih društvenih normi. Postavlja se pitanje predstavlja li prilagodba današnjim moralnim standardima i društvenim odnosima izraz duševnog zdravlja. Kada bi se prihvatio ovakav koncept normalnosti po vrijednosti, to bi značilo da se duševno zdravlje ili duševni poremećaj ne nalaze u samoj osobi nego u odnosima u zajednici u kojoj osoba živi. Za osobe s poremećajem ličnosti obično se kaže da pokazuju razne stupnjeve kvantitativne abnormalnosti u odnosu na tzv. normalne ili prosječne osobe u sredini u kojoj žive. Takve se osobe često javljaju na terapiju bez nekoga jasnog razloga, dolaze zato jer njihovi životi ne idu putevima kojima bi oni željeli i zato se često osjećaju nesretnima. Za razliku od neurotičara u kojih simptomi nisu u neskladu s njihovom naravi (ego distoni), kod poremećaja ličnost (PL) simptomi su sukladni njihovoj naravi (ego sintoni) te ih otežano opažaju (1).

Osobe s PL-om često imaju psihijatrijske komorbiditete (depresivan poremećaj, bipolarni poremećaj, zlouporabu psihoaktivnih tvari) te visok suicidalni rizik (osobito kod graničnih PL-a).

PL u kliničkoj praksi postao jedan od značajnih je problema u domeni brige za mentalno zdravlje. Danas prevalencija PL-a u općoj populaciji doseže između 10 i 13 %. U hospitalnim uvjetima na hitnim prijamima susrećemo mnogo pacijenata s PL-om, čak 20 %, dok se u populaciji hospitaliziranih pacijenata susreće od 26 do 30 % onih s PL-om (2). Stopa rehospitalizacije pacijenata s PL-om danas je tek malo niža od stope rehospitalizacije za pacijente sa psihotičnim poremećajima (3). S obzirom na značajne zahtjeve koji se postavljaju pred kliničare u uvjetima hitne i stacionarne psihijatrijske službe, te na prezentaciju kliničkih slika i stopu rehospitalizacije pacijenata s PL-om, jasno je koliko je u današnjem vremenu potrebno veliku važnost pridati dostupnosti službe te razvoju stručnih programa prevencije i liječenja ove skupine psihijatrijskih entiteta.

ETIOLOGIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

Postoje dvije skupine koncepata: oni koji daju prednost biološkim čimbenicima i oni koji stavljaju naglasak na razvojne i okolinske utjecaje (što je u skladu s promatranjem ličnosti sastavljene od dviju sastavnica – temperamenta i karaktera). Temperament je odraz prirode (uključuje biološke, genetičke i konstitucijske čimbenike), a karakter je rezultat razvoja (uključuje učenje, utjecaje kulture i socijalne čimbenike).

Istraživanja ukazuju da su crte ličnosti pod utjecajem nasljeđa, što proizlazi iz visoke unutarobiteljske incidencije PL-a. Niska serotoninergička aktivnost povezuje se s povišenom agresivnošću i eksplozivnošću te opsesivno-kompulzivnim crtama, a niska dopaminergička aktivnost povezuje se s impulzivnošću (4). Psihoanalitičke teorije o genezi PL-a povezuju rani prestanak dojenja, teškoće hranjenja, kasnu uspostavu kontrole sfinktera s osobinama odrasle ličnosti, upozoravajući na važnost ranih objektnih odnosa i traumatična iskustva tijekom odrastanja (1, 5, 6).

KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

Schneider je 1958. godine izradio prvu klasifikaciju PL-a s 10 psiholoških tipova. U još uvijek aktualnoj MKB 10 klasifikaciji PL-a opisani su u skupini F60 kao paranoidni, shizoidni, disocijalni, emocionalno nestabilni, histrionski, anankastični, anksiozni (izbjegavajući), ovisna ličnost, ostali specifični te neoznačeni PL-i (7).

DSM V (8) svrstava PL-e u tri podskupine na temelju opisnih karakteristika:

- skupina A – ekscentrici i čudaci: paranoidni, shizoidni i shizotipni PL-i
- skupina B – dramatici: granični, histrionski, antisocijalni i narcistički PL-i
- skupina C – strašljivci: pasivno-agresivni, inhibirani, ovisni i opsesivno-kompulzivni PL-i.

SKUPINA A

PARANOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje četiri ili više sljedećih obilježja: pretpostavljaju bez utemeljenosti da će biti iskorišteni ili prevareni od prijatelja ili suradnika, zaokupljeni su neopravdanim sumnjama u lojal-

nost prijatelja ili suradnika, odbijaju se povjeriti zbog straha da će podaci biti upotrijebljeni protiv njih, u dobronamjernim primjedbama traže ponižavajuća i prijeteća značenja, ne žele oprostiti uvrede za koje smatraju da su im nanesene, primjećuju napade na svoju ličnost koji drugima nisu uočljivi, brzo i bijesno reagiraju, prelaze u protunapad, često bezrazložno sumnjaju u vjernost partnera.

SHIZOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje četiri ili više sljedećih obilježja: niti ih žele, niti uživaju u bliskim odnosima uključujući i obiteljske, gotovo uvijek biraju samotnjačke aktivnosti, malo su ili nimalo zainteresirani za seksualna iskustva s drugom osobom, uživaju u vrlo malo aktivnosti, nemaju bliskih prijatelja ili povjerljivih osoba, često se čine indiferentni prema tuđem odobravanju ili kritikama, očituju emocionalnu hladnoću, nezainteresiranost ili emocionalnu tupost.

SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje pet ili više sljedećih obilježja: ideje odnosa (uključujući sumanute), čudna vjerovanja ili magijsko razmišljanje koje utječe na ponašanje i ne podudara se sa subkulturnim normama (praznovjerje, vidovitost...), neobična perceptualna iskustva, čudno razmišljanje ili govor (metaforičan, stereotipan, predetaljan...), sumnjičavost i paranoidne ideje, neprikladan ili ograničen afekt, ponašanje ili pojava koja je čudna, ekscentrična ili osebujna, nemaju bliskih prijatelja ili povjerljivih osoba osim najbližih rođaka, pretjerana socijalna anksioznost više povezana s paranoidnim strahovima nego s negativnom prosudbom samoga sebe.

SKUPINA B

ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje tri ili više sljedećih obilježja: ne pokoravaju se socijalnim normama vezanima uz zakonito ponašanje, prijevare, laganje ili varanje drugih zbog osobnog dobitka ili užitka, impulzivnost ili nedostatak planiranja unaprijed, razdražljivost i agresivnost (česte tučnjave i fizički napadi), bezobzirno zanemarivanje svoje i tuđe sigurnosti, dosljedna neodgovornost koja se očituje neuspjehom da se dosljedno ponaša na poslu ili da se ispune financijske obveze, nema grižnje savjesti, što se očituje indiferentnošću ili racionaliziranjem počinjene štete, maltretiranja ili krađe.

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje pet ili više sljedećih obilježja: iznimni napori da bi se izbjeglo stvarno ili izmišljeno napuštanje, model nestabilnih interpersonalnih odnosa karakteriziran izmjenama krajnje idealizacije i obezvrjeđivanja, smetnje identiteta, izrazito i perzistentno nestabilna slika i doživljavanje samoga sebe, impulzivnost na najmanje dva njima potencijalno štetna područja (trošenje novaca, rizični spolni odnosi, bezobzirna vožnja...), ponavljajuće suicidalno ponašanje, samoozljeđivanje, emocionalna nestabilnost koja nastaje zbog izrazite reaktivnosti raspoloženja, kroničan osjećaj praznine, neprimjeren intenzivan bijes ili teškoće kontrole bijesa, prolazne i uz stres vezane paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi.

HISTRIONSKI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje pet ili više sljedećih obilježja: osobi je neugodno u situacijama u kojima nije u središtu pažnje, interakcija s drugim osobama često je karakterizirana neprikladnim seksualno zavodljivim ili izazovnim ponašanjem, pokazuje brze promjene i površno izražavanje emocija, dosljedno rabi fizički izgled kako bi privukla pažnju, stil govora joj je pretjerano impresionistički, dramatizira, teatralno i pretjerano izražava osjećaje, sugestibilna je, odnose smatra intimnijima nego što stvarno jesu.

>>

NARCISTIČKI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje pet ili više sljedećih obilježja: grandomanski osjećaj vlastite važnosti, zaokupljenost fantazijama o uspjehu, moći, ljepoti, idealnoj ljubavi, vjeruju da su "posebni" i da ih mogu razumjeti ili trebaju kontaktirati samo s ljudima koji imaju poseban ili visok status, zahtijevaju pretjerano divljenje, imaju osjećaj posebnih prava, iskorištavaju druge za postizanje svojih ciljeva, ne žele prepoznati tuđe osjećaje ili potrebe, često zavide drugima ili vjeruju da drugi zavide njima, često očituju arogantno i oholo ponašanje ili stavove.

SKUPINA C

IZBJEGAVAJUĆI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje četiri ili više sljedećih obilježja: izbjegavaju radne aktivnosti u kojima postoji značajan međuljudski kontakt zbog straha od kritika, neodobravanja ili odbacivanja, izbjegavaju druženje ako nisu sigurni da će biti voljeni, zaokupljeni su time da će biti kritizirani ili odbačeni u socijalnim situacijama, suzdržljivi su u intimnim odnosima zbog straha da će biti osramoćeni, zbog osjećaja manje vrijednosti inhibirani su u novim odnosima, smatraju sebe socijalno neprikladnima, neprivlačnima ili inferiornima, neobično nevoljko preuzimaju osobne rizike ili se upuštaju u nove aktivnosti jer se to može pokazati neugodnim.

OVISNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje pet ili više sljedećih obilježja: imaju velike teškoće u donošenju svakodnevnih odluka bez savjeta i uvjeravanja od strane drugih, trebaju druge da preuzmu odgovornost u većini područja svoga života, imaju teškoća s izražavanjem neslaganja s drugim ljudima jer se boje da će izgubiti podršku ili odobravanje, imaju teškoća sa započinjanjem projekata ili samostalnim obavljanjem poslova zbog nedostatka samopouzdanja u svoju prosudbu, prelaze velike udaljenosti kako bi dobili podršku od drugih, osjećaju se neugodno i bespomoćno kad su sami zbog svoga pretjeranog straha da su nesposobni brinuti se o sebi, kad se prekine neki bliski odnos žurno traže drugi koji bi im pružio skrb i podršku, nerealno su zaokupljeni strahom da će morati brinuti se sami za sebe.

OPSESIVNO KOMPULZIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Uključuje četiri ili više od sljedećih obilježja: zaokupljeni su detaljima i pravilima, redom do te mjere da se izgubi nit aktivnosti, pokazuju perfekcionizam koji ih ometa u dovršenju zadaće, pretjerano su posvećeni poslu i marljivi tako da ponekad uopće nemaju slobodnih aktivnosti ili prijatelja, pretjerano su savjesni, skrupulozni i nefleksibilni u moralnim, etičkim ili vrijednosnim pitanjima, nesposobni su odbaciti potrošene ili bezvrijedne predmete, čak i ako nemaju sentimentalnu vrijednost, odbijaju povjeriti drugima zadaće, osim ako ih ne pristanu učiniti na način kako bi to oni sami učinili, škrti su i prema sebi i prema drugima, smatraju da novac treba štedjeti zbog mogućih nestašica u budućnosti, rigidni su i tvrdoglavi.

Liječenje, tijek i prognoza

Liječenje poremećaja ličnosti uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i socioterapiju. Dva su opća pristupa u tretmanu: prvi podrazumijeva duboko poniranje u psihu i izazivanje promjena u ličnosti osobe, a drugi je tretiranje simptoma PL-a kao podloge za razvoj pozitivnih aspekata ličnosti. Glavni oblik tretmana osoba s PL-om ostaje psihoterapija. Primjenjuju se sve vrste psihoterapije, a naglasak je najčešće na bihevioralnim tehnikama, te psihodinamskoj psihoterapiji. Terapijske je napore potrebno usmjeriti na korekciju maladaptivnih stilova ponašanja i učenje zrelih oblika ponašanja (9). Preporučuje se prije konfrontirati nego interpretirati obrane pacijenta s PL-om, ali samo u terapijskom procesu gdje je osiguran suport. Terapeut mora postaviti jasne granice i pobrinuti se za strukturu rada. Stimulira se grupni psihoterapijski rad. U grupi treba težiti neutralizaciji sukoba, davati podršku zdravim i konstruktivnim snagama koje zagovaraju zajedništvo i razvijaju osjećaj pripadnosti grupi (postizanje pozitivnog korektivnog emocionalnog iskustva) (6). Najbolji rezultati u socioterapijskom smislu postižu se kada je rad organiziran po principima terapijske zajednice.

Psihofarmaka se primjenjuju ograničeno i simptomatski. Indicirani su kod poremećaja raspoloženja, psihotičnih stanja i gubitka kontrole kod pacijenata s PL-om (10). Najčešće se primjenjuju anksiolitici i antidepresivi, a ponekad i antipsihotici, posebno u slučajevima psihotičnih dekompenzacija, što se često vidi kod graničnog, shizotipnog ili paranoidnog PL-a. Stabilizatori raspoloženja mogu se primijeniti kao pomoć u kontroli agresivnih ponašanja i bijesnih ispada.

U pacijenata s PL-om obrasci mišljenja, osjećaja i ponašanja ostaju stabilni tijekom cijelog života. Neki (kao granični i antisocijalni PL-i) s godinama se stišavaju i postaju manje uočljivi. Pacijenti sa shizotipnim PL-om u manjem dijelu mogu oboljeti nekim od psihotičnih poremećaja. Za granični PL karakteristična je visoka razina nestabilnosti, osobito tijekom mladenačke dobi, kao i visok suicidalni rizik, što se smanjuje nakon četrdesete godine, te se sveukupno stabiliziraju ponašanje i interpersonalni odnosi.

Literatura:

1. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Prosecc. 2nd edt. New York: The Guilford Press; 2011.

Lewis KL, Fanaian M, Kotze B, Grenyer BFS. Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. Published online by Cambridge University Press; 2018.

Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet. 2015;385:717–26.

2. Mulder R, Tyrer P. Diagnosis and classification of personality disorders: novel approaches. Curr Opin Psychiatry. 2019; 32: 27–31.

3. Adshead G, Jacob C. Personality Disorder. The Definitive Reader. London: Jessica Kingsley Publishers; 2009.

4. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB-10: Klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.

5. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.

6. Američka psihijatrijska Udruga. DSM–V. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti. Peto izdanje. Međunarodna verzija s MKB 10 šiframa. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2013.

7. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V. Poremećaji ličnosti. Stvarni ljudi, stvarni problemi. Medicinska naklada: Zagreb; 2015.

U ZDRAVOM TIJELU ZDRAV DUH. ILI NIJE?

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

U trenutku pisanja ovog teksta u tijeku su Paraolimpijske igre u Tokiju, a Olimpijske igre su nedavno završile. Smisao je tih igara izvorno provođenje i slavljenje olimpizma. Prema barunu de Coubertinu olimpizam je životna filozofija kojom se sjedinjuju u uravnoteženu cjelinu kvalitete tijela, volje i uma. Spajajući sport s kulturom i obrazovanjem, nastoji stvoriti način života koji se temelji na radosti što proizlazi iz napora, na obrazovnoj vrijednosti dobra primjera i poštovanju univerzalnih temeljnih etičkih načela. Nastoji primijeniti sport kao odgojno sredstvo u cilju skladnog razvoja mladeži u olimpijskom duhu koji podrazumijeva obostrano razumijevanje, prijateljstvo, solidarnost i fair play, a isključuje svaku diskriminaciju (https://proleksis.lzmk.hr/58433/).

Postavlja se pitanje je li ovo idealizacija od samog početka jer nije teško zamisliti ljubomoru i taštine protivnika i na drevnoj Olimpiji ili razuzdano slavljenje pobjednika uz velike količine alkohola. Ili je s vremenom došlo do iskrivljenja izvornog smisla pojma olimpizma, ali i sporta uopće.

Nesporno je da je odgovarajuća razina tjelesne aktivnosti nešto što je potrebno, poželjno i što bi, po načelima *evidence based*, svi mi trebali preporučivati svojim pacijentima kako za očuvanje tjelesnog zdravlja tako i za njegovo unaprjeđenje ili povratak. Najočitiji primjer je fizikalna medicina i rehabilitacija kojima su, uz fizikalna pomagala, vježba i aktivnost glavne metode liječenja. Čak i doktor Google na dan 2. rujna 2021. povezuje zdravlje i sport u oko 48 milijuna a bolest i sport u oko 33 milijuna rezultata.

No kako stojimo sa psihičkim zdravljem i sportom? Nedvojbeno je da na laičkoj razini postoji uvriježeno mišljenje kako je vježbanje dobro za um i zdrav duh. I stručno znanstveno danas znamo da tjelesna aktivnost ima dokazan antidepresivni učinak. Stoji li dakle naslov ovog teksta?

Da nešto nije u redu govore i podatci da je najveća gimnastičarska zvijezda Amerikanka Simone Biles (24), koja je u Riju osvojila četiri zlata, odustala od nastupa u finalu više disciplina na Olimpijskim igrama u Tokiju, uključujući i višeboj, a zbog mentalnog zdravlja, točnije depresije. Nekoliko mjeseci prije bili smo i svjedoci da se jedna od najboljih svjetskih tenisačica, Naomi Osaka, sama povukla s turnira nakon prijetnji organizatora da će je suspendirati, ako neće dolaziti na novinske konferencije. Ona je svoju odluku objasnila time da se bori s depresijom i anksioznošću. Uz ove slučajeve svjedoci smo i niza suicida vrhunskih sportaša. Stopa tih suicida nije veća od stope u općoj populaciji, no alarmira da postoji problem koji dugo nije zamjećivan. Problem nadilazi domenu sportske psihologije kao etablirane discipline koja ima svoje mjesto, no isključivo u facilitaciji rezultata i usmjerenosti na postignuće za razliku od potreba mentalnog zdravlja koje zahtijeva usmjerenost na osobu i pitanje je medicine i njene nove grane, sportske psihijatrije.

Disciplina se razvija stidljivo nekih tridesetak godina, isprva u SAD-u, a poslije u Europi, gdje tek nekoliko zemalja ima posebnu specijalizaciju i društva sportskih psihijatara. Dakle, sportaši mogu postizati vrhunske rezultate unatoč duševnoj bolesti. Dapače, mogu odabrati sportsko borilište kao način suočavanja sa psihičkim teškoćama, ali sport može pojačati postojeće smetnje ili čak izazvati smetnje. Psihijatrija sa sportom može biti povezana nizom načina i smjerova. Sportaši u sport mogu ući noseći predispoziciju za duševne bolesti i onda se s tim u sportu nose, drugi smjer je da sport, osobito kompetitivni, može negativno utjecati na mentalno zdravlje, a postoje i neka stanja koja su specifično povezana s određenim vrstama sportova (estetski sportovi i poremećaji prehrane). Važno je i pitanje redovnog ili neočekivanog prekida karijere i reakcije na prekid depresivnim pomacima. Osobito je važno razdoblje adolescencije kao kritičnog za razvoj koji koincidira s početkom natjecateljskog bavljenja sportom, a u nekim slučajevima je i vrijeme vrhunca sportske karijere. Pri tome se žrtvuju brojni drugi razvojno bitni aspekti za tu dob, a što se često očituje kao hendikep po prekidu karijere. Ovaj tekst niti približno ne može ući u dubinu teme i uloga mu je samo podizanje razine svjesnosti. Problemi mentalnog zdravlja u sportaša kreću se od 19 do 34 % za zlouporabu alkohola i više od 26 % slučajeva anksioznosti/depresije u bivših vrhunskih sportaša. Tu je i specifičan fenomen pretreniranosti, koji je fenotipski gotovo isti kao depresija, no tretman oprečno drugačiji. Pri tome treba imati na umu da sportaši zbog stigme teže traže pomoć, a onda je i samo liječenje izazovno jer osim psihoterapije u farmakoterapijskom smislu postoji velik izazov u smislu što je a što nije na listi moguće dopinških sredstava.

Dakle, čini se da naslov ima smisla i da sportaši nisu psihički nesalomljivi Apoloni ili Amazonke. Coubertinov moto „*Citius, altius, fortius*" kao da u malim dozama ima svojstva lijeka, a u velikima otrova. A onaj drugi moto, „*Važno je sudjelovati*", pada u zaborav .

tomislav.franic@mefst.hr

Ograničenje kalorijskog unosa: formula za zdravlje, mladolikost i dugovječnost?

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

Ograničenje kalorijskog unosa (engl. *caloric restriction*) definirano je kao smanjenje prosječnog dnevnog unosa kalorija, između 10 i 40 pa čak i 50 %, bez pothranjenosti i bez utjecaja na unos esencijalnih hranjivih tvari poput vitamina i minerala.

Godine 1935. objavio je znanstvenik Clive McCay zapanjujuće otkriće: štakori sa strogo ograničenom prehranom živjeli su do 33 % vremena dulje nego što je do tada bilo moguće. Posljednjih nekoliko desetljeća slični su pokusi provedeni na brojnim vrstama, od crva do glodavaca, pa čak i primata. Detalji pokusa razlikuju se među istraživanjima, ali mnogi pokazuju rezultate jednako iznenađujuće kao i oni koje je McCay otkrio prije toliko godina. Točan način na koji se smanjuju kalorije mijenja se u istraživanjima, ali unos kalorija kod eksperimentalnih životinja općenito se smanjuje čak za polovicu od uobičajene. Ovisno o vrsti, najperspektivniji rezultati pokazali su produljenje životnog vijeka između 50 i 300 %.

Ako ti rezultati drže vodu, onda bi mogli imati važne implikacije na dugovječnost ljudi, ali te bi teorije ipak trebalo najprije dokazati. Čak i bez odgovarajućih pokusa na ljudima, mogu se naći brojni tekstovi koji uvjeravaju čitatelje da je smanjenje kalorijskog unosa formula za bolje zdravlje, mladolikost i dugovječnost.

Međutim, valja naglasiti da su ti pokusi na životinjama kontroverzni. Iako su mnogi znanstvenici optimistični u pogledu potencijala ograničenja kalorija za poboljšanje ljudske dugovječnosti i kvalitete života, mnogi drugi su skeptični prema tim eksperimentima te se boje da bi ograničavanje kalorija u ljudi moglo učiniti više štete nego koristi.

Jedna od najvećih kritika eksperimenata u kojima se životinjama ograničava unos kalorija jest način na koji se tretira kontrolna skupina, što je uobičajen problem u brojnih testiranih vrsta. Dok se životinje iz eksperimentalne skupine stavljaju na vrlo restriktivnu prehranu, mnogi pokusi dopuštaju kontrolnoj skupini da jede koliko god želi. Kontrolna skupina često na kraju konzumira mnogo više nego što bi inače u prirodi, što može dovesti do brojnih bolesti povezanih s težinom i općenito lošijeg zdravlja. Kada se životinje s ograničenim kalorijama uspoređuju s ovom skupinom, tada je teško odvojiti korist zbog ograničenja kalorija od štetnih učinaka prehrane kontrolne skupine.

Nadalje, neke studije koje su istraživale glodavce otkrile su da su korisni učinci od ograničenja kalorija proporcionalni tome koliko bi te životinje pretjerivale s hranom u normalnim okolnostima. Odnosno, glodavac koji bi imao veću sklonost prekomjernom unosu hrane u normalnom životu imao bi veću korist za zdravlje od ograničenja kalorija nego glodavac koji bi prirodno jeo umjereniju prehranu. Stoga je moguće da bi korist od ograničenja kalorija mogla biti samo zbog toga koliko bi te životinje inače nezdravo mogle živjeti. U životinja koje već imaju zdrav unos kalorija moglo bi se dogoditi da ograničenje kalorija možda neće donijeti nikakvu posebnu prednost.

Osim propitivanja pouzdanosti tih pokusa na životinjama, mnogi su znanstvenici skeptični prema primjeni rezultata dobivenih istraživanjem drugih vrsta na ljude. Puno je teže istraživati ograničenje kalorijskog unosa na ljudima, jer jednostavno ne možemo (i ne bismo trebali) imati isti stupanj nadzora nad ljudskim ispitanicima kao i nad životinjama. Ne možemo za potrebe istraživanja ljude staviti godinama u kavez pa kontrolirati njihov kalorijski unos. A ako pokušavamo provoditi takva istraživanja na ljudima u njihovom uobičajenom životu, vrlo je teško kontrolirati ih na idealan način kako bi se osiguralo da se zaista pridržavaju strogih uvjeta istraživanja, da je jedina razlika između skupina način na kojih se hrane, kontrolirati učinak gena i drugih osobina, npr. vezanih za stil života, koji mogu utjecati na rezultate.

Primjerice, Kraus i suradnici su 2019. u časopisu *The Lancet Diabetes & Endocrinology* objavili rezultate pokusa CALERIE u kojem su istražili kratkoročne i dugoročne učinke ograničavanja unosa kalorija uz odgovarajuću prehranu na čimbenike kardiometaboličkog rizika u zdravih, mršavih ili osoba s prekomjernom tjelesnom masom, mladih i srednjih godina. Uključili su 238 ispitanika; 218 ih je nasumično raspoređeno u dvije skupine. Jedna skupina (143 ispitanika) trebala je biti na dijeti s 25 %-tnim ograničenjem

kalorija, dok je druga skupina (75 ispitanika) mogla jesti koliko god želi. Pokus je trajao dvije godine i jasno je pokazao izazove takvih istraživanja: ispitanici koji su trebali smanjiti unos kalorija za 25 % u konačnici su u prosjeku smanjili unos kalorija za 11,9 %. Zbog ograničenog trajanja pokusa nije moguće iz takvih podataka donijeti zaključke o učinku prehrane na dugovječnost ljudi pa je umjesto toga cilj bio usmjeren na istraživanje učinaka tipičnih biljega za rizike bolesti povezanih s dobi. U pokusnoj skupini uočen je niz blagotvornih učinaka na zdravlje, uključujući niži kolesterol, niži arterijski krvni tlak i poboljšan indeks osjetljivosti inzulina.

Međutim, taj pokus sam za sebe nije dovoljan dokaz za zaključak da bi smanjeni kalorijski unos trebao postati standardni medicinski savjet za sve ljude. Iako su svi ispitanici u pokusu CALERIE bili zdravi, mnogi od njih bili su pretili na početku pokusa. Stoga je teško razdvojiti korisne učinke same prehrane od učinka gubitka tjelesne mase koja ja zabilježena u većine ispitanika na ograničenoj prehrani. Već je dobro poznat koristan učinak mršavljenja na zdravlje u pretilih. Osim toga, pokus je bio previše kratak da bi se ispitali dugoročni učinci, dobri ili loši.

Sustavni pregled literature koji su Caristia i suradnici objavili 2020. sažeo je rezultate randomiziranih kontroliranih ispitivanja uloge ograničenog kalorijskog unosa na zdravstveno stanje u odraslih. Provedena je meta-analiza antropometrijskih, srčanožilnih i metaboličkih ishoda. Ukupno su pronašli 29 relevantnih članaka, od čega 8 randomiziranih kontroliranih pokusa. U istraživanjima je sudjelovalo 704 ispitanika. Meta-analize su pokazale koristan učinak smanjenja kalorijskog unosa na smanjenje tjelesne mase, indeksa tjelesne mase i ukupan kolesterol, dok je manji utjecaj zabilježen na LDL, razinu glukoze i inzulina natašte. Nije došlo do učinka na HDL i arterijski krvni tlak nakon smanjenja kalorija. Podaci nisu bili dovoljni za analizu ostalih hormonskih varijabli. Autori zaključuju kako je ograničavanje kalorija vrsta prehrane povezana s poboljšanim kardiometaboličkim statusom. Međutim, dokazi su ograničeni za višedimenzionalne aspekte zdravlja i zahtijevaju više kvalitetnih istraživanja kako bi se istražio precizan utjecaj ograničenja kalorijskog unosa na zdravstveno stanje i dugovječnost.

Ukratko, ako nas zanima možemo li ograničenjem kalorijskog unosa sebi osigurati bolje zdravlje, mladolikost i dugovječnost, trebamo o tome provesti više istraživanja. Važno je i naglasiti kako nije lako pridržavati se takve prehrane, kao što pokazuje i primjer dvogodišnjeg CALERIE istraživanja. Suradljivost ispitanika neće nužno biti na očekivanoj razini. Osim toga, tražiti od ljudi zdrave tjelesne mase radikalno smanjenje unosa kalorija, kao što se to radi u eksperimentima na životinjama, predstavlja i etičko pitanje. Klinička istraživanja o poremećajima prehrane jasno pokazuju negativne posljedice pretjeranog ograničavanja hrane i malnutricije, tako da je iznimno bitno voditi računa o sigurnosti ljudi kao ispitanika u takvim istraživanjima.

Onaj tko bi se htio okušati u ograničenju kalorijskog unosa treba takvu prehranu vrlo pažljivo planirati kako bi se spriječio štetan učinak na zdravlje. Važno je u takvu prehranu uključiti voće, povrće, cjelovite žitarice, zob, ječam i nemasne izvore bjelančevina kao što su nemasno crveno meso, riba, perad i jaja.

U konačnici, sva ta istraživanja o ograničavanju kalorijskog unosa, i na ljudima i na životinjama, mogla bi biti korisna i na drukčiji način jer nam mogu možda pomoći u razumijevanju samog procesa starenja i otkrivanju novih formula dugovječnosti.

Literatura

Caristia et al. Is Caloric Restriction Associated with Better Healthy Aging Outcomes? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Nutrients. 2020 Jul 30;12(8):2290.

Grabski I et al. Can Calorie Restriction Extend Your Lifespan? Harvard University. SITN. 08.2020.

Kraus WE et al. 2 years of calorie restriction and cardiometabolic risk (CALERIE): exploratory outcomes of a multicentre, phase 2, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 Sep;7(9):673-683.

McCay CM et al. The effect of retarded growth upon the length of life span and upon the ultimate body size. J Nutr. 1935;10:63–79.

McDonald RB et al. Honoring Clive McCay and 75 Years of Calorie Restriction Research. J Nutr. 2010 Jul;140(7):1205-10.

NOVI LIJEKOVI ZA BOLESNIKE

s novodijagnosticiranom akutnom mijeloičnom leukemijom, koji nisu podobni za intenzivno liječenje

ŽELJKO PRKA
Zavod za hematologiju, KB Dubrava

Iako se javlja u svim dobnim skupinama, akutna mijeloična leukemija (AML) primarno je bolest starijih osoba, s medijanom dobi, pri dijagnozi, od 68 godina[1], s incidencijom oko 3.5 na 100 tisuća stanovnika u većini europskih zemalja[2]. Iz ovih je brojki moguće zaključiti da svake godine od AML-a u Hrvatskoj oboli oko 120 odraslih osoba. Standardni intenzivni terapijski pristup nije se mijenjao više od 40 godina i sastoji se od intenzivne indukcijske kemoterapije, nakon čega slijedi konsolidacijska kemoterapija te, u većini slučajeva, transplantacija alogeničnih krvotvornih matičnih stanica [3]. Navedenim pristupom danas se izliječi oko 35-40% odraslih bolesnika mlađih od 60 godina i 5-15% bolesnika starijih od 60 godina[4,5]. Bolesnici koji nisu podobni za ovakav intenzivni pristup liječe se manje intenzivnim protokolima, uključujući raspon od hipometilirajućih lijekova (azacitidin, decitabin), niskih doza citarabina do jednostavne kontrole bolesti i suportivnog pristupa. Takve metode liječenja usmjerene su uglavnom na očuvanje kvalitete života, a ne na izlječenje same bolesti (citoreduktivni lijekovi, suportivno/transfuzijsko liječenje)[6]. Očekivano, rezultati ovakvih načina liječenja starijih bolesnika i/ili onih koji nisu podobni za intenzivnu terapiju (bolesnici stariji od 70, lošeg općeg stanja, s više komorbiditeta) su izrazito loši, s medijanom preživljenja 5-10 mjeseci[4]. Najveći terapijski problem (točnije, nedostatak terapijskih opcija) postoji za grupu bolesnika starijih od 65 godina, kod kojih je incidencija bolesti najviša i koji obuhvaćaju najveći postotak bolesnika s AML-om, jer je samo manji dio njih podoban za intenzivnu kemoterapiju[7].

Standardni terapijski pristupi bolesnicima s novodijagnosticiranim AML-om koji nisu podobni za intenzivnu terapiju

Hipometilirajući lijekovi (eng. hypomethylating agents, HMA)

Hipometilirajući lijekovi (prvenstveno prva generacija - azacitidin i decitabin) obično se smatraju terapijom "srednjeg intenziteta", što znači da je njihova uspješnost u postizanju terapijskog odgovora (kompletne remisije bolesti) manja u usporedbi s intenzivnim pristupom, ali imaju bolju podnošljivost i manju toksičnost. Prema dosadašnjim rezultatima i iskustvima, stope kompletnih remisija, prilikom korištenja ovih dvaju lijekova, kreću se oko 30%. Stopa odgovora na decitabin nešto je veća nego na azacitidin. Period preživljenja iznosi manje od godinu dana, odnosno prosječno oko 10 mjeseci[8], a značajne razlike u preživljenju između ova dva lijeka nema. Bitno je također naglasiti da je u Hrvatskoj azacitidin na listi lijekova HZZO-a samo za bolesnike s AML-om, koji imaju između 20 i 30% blasta, što obuhvaća samo manji broj bolesnika. Decitabina, s druge strane, uopće nema na listi.

Niske doze citarabina (eng. low dose Ara-C, LDAC)

Liječenje AML-a s niskim dozama citarabina smatra se terapijom niskog intenziteta, pogodnom za bolesnike težeg općeg stanja, vrlo visoke dobi i s brojnim ili težim komorbiditetima. Stopa odgovora kreće se od 5 do 15%, s medijanom preživljenja kraćim od 6 mjeseci. Za napomenuti je da niske doze citarabina nemaju učinak kod bolesnika s AML-om i nepovoljnim citogenetskim promjenama, koji čine i do 50% bolesnika s AML-om, starijih od 65 godina[9].

Citoreduktivna i suportivna terapija

Često se ovakvi terapijski modaliteti nazivaju "najboljom potpornom terapijom" (*eng. best supportive care*). Sami protokoli nisu strogo definirani, nego se oslanjaju na vlastitu institucionalnu praksu. U ovu grupu ubrajaju se citoreduktivna terapija i lijekovi za kontrolu broja blasta,kao što su hidroksiureja, 6-tiogvanin, 6-merkaptopurin, metotreksat, čija je svrha prevencija hiperleukocitarnog sindroma te citokinskog efekta visokog broja blasta. Radi se mahom o oralnim pripravcima, koji omogućuju ambulantno liječenje i kontrolu. Također, esencijalni dio ovog terapijskog modaliteta čini transfuzijska potpora te eventualna antimikrobna terapija. Cilj ovakvog terapijskog pristupa bolesniku nije izlječenje, nego postizanje što bolje kvalitete života. Medijan preživljenja ove grupe bolesnika je od nekoliko tjedana do par mjeseci[10].

Novi odobreni lijekovi za liječenje bolesnika s AML-om koji su nepodobni za intenzivnu kemoterapiju

Nakon dugog razdoblja u kojem, osim upotrebe HMA, nije bilo novih terapijskih opcija za bolesnike nepodobne za intenzivni pristup, stvari su se značajno promijenile u posljednje četiri godine. Najvažniji razlog "otkrivanja" novih lijekova bio je napredak u sofisticiranim tehnologijama molekularne medicine, koje su omogućile dobivanje novih spoznaja o biologiji, patogenezi i patofiziologiji AML-a, a time i mogućnosti kreiranja specifičnih lijekova, koji interferiraju s razvojem i napretkom bolesti. Tako od 2017. godine postoji nekoliko novoodobrenih lijekova za liječenje AML-a, bilo da je riječ o liječenju u prvoj liniji, relapsu ili "fit" i "unfit" bolesnicima. Svakako valja istaknuti nove (odobrene) lijekove za oboljele od AML-a, koji nisu podobni za intenzivno liječenje.

Venetoklaks

Venetoklaks je oralni, selektivni inhibitor BCL2, pomoću kojeg se nadilazi rezistencija blasta na kemoterapiju i potiče njihova apoptoza, bez utjecaja na normalne hematopoetske matične stanice [11]. S obzirom na to, ali i potencijalno sinergističko djelovanje lijeka sa standardnom terapijom u ovoj grupi bolesnika, hipometilirajućim lijekovima i niskom dozom citarabina, pokrenuta su istraživanja o djelovanju kombinacije venetoklaksa i lijekova za liječenje "unfit" bolesnika s AML-om. U dvije nerandomizirane studije faze Ib/II, kombinacija venetoklaksa i hipometilirajućih lijekova te venetoklaksa i niskih doza citarabina pokazala je veću stopu kompletne remisije i dulje trajanje remisije od povijesnih rezultata sa standardnim lijekovima [12,13]. Na temelju tih rezultata, a uzevši u obzir veliki nedostatak terapijskih opcija u ovoj grupi bolesnika, američka Agencija za hranu i lijekove (FDA) je u studenom 2018. odobrila korištenje venetoklaksa u opisanim kombinacijama. Rezultati kombinacije s azacitidinom potvrđeni su u velikom, randomiziranom, dvostruko slijepom ispitivanju azacitidina i venetoklaksa nasuprot azacitidinu i placebu kod neliječenih

bolesnika s AML-om, nepodobnih za intenzivnu terapiju (VIALE-A, NCT02993523). Ukupno, u istraživanje je uključeno 432 bolesnika, od čega 286 u grupi azacitidin–venetoklaks, a 145 u grupi azacitidin–placebo, kao kontrolna grupa. Medijan dobi bolesnika bio je 76 godina. S medijanom praćenja od 20.5 mjeseci, medijan preživljenja bio je 14.7 mjeseci u ispitivanoj, a 9.6 mjeseci u kontrolnoj grupi (HR 0.66; 95% CI, 0.52- 0.85; P<0.001). Stopa kompletnih remisija bila je viša u ispitivanoj grupi nego u kontrolnoj grupi (36.7% vs. 17.9%; P<0.001), kao i stopa tzv. kompozitnih kompletnih remisija (KR + KR u nepotpun hematološki oporavak, KRi) (66.4% vs. 28.3%; P<0.001)[14]. Na temelju ovih rezultata, navedena kombinacija je od strane većine svjetskih društava i smjernica sada preporučena kao prvi izbor za ovu grupu bolesnika. Kao zanimljivost, ističe se i rezultat najnovije podanalize ove studije, gdje je 41% bolesnika koji su postigli MRD (mjerljiva ostatna bolest) negativnu remisiju ($<10^{-3}$) imalo značajno duže preživljenje od MRD pozitivnih bolesnika (medijan OS nije dostignut) [15]. Takvi rezultati otvaraju mogućnost i nadu da neki pacijenti budu i u višegodišnjoj trajnoj remisiji ili čak izliječeni uz ovu kombinaciju lijekova. No, više o kurativnom potencijalu ove kombinacije znat će se daljnjim i dužim praćenjem.

Slična studija, ali s kombinacijom venetoklaksa i niskih doza citarabina (VIALE-C; NCT03069352) nije postigla svoju primarnu točku ishoda. Naime, iako uz više stope KR i medijan preživljenja (27% vs. 7.4%; 11.1 vs 8.3 mjeseca), nije bilo statistički značajnog poboljšanja preživljenja. No, prema kasnijim izvještajima produženog praćenja bolesnika (6 i 12 mjeseci nakon objave rezultata) izgleda da će i ova kombinacija uspjeti značajno produljiti preživljenje[16].

Europska medicinska agencija je u travnju 2021. godine dala pozitivno mišljenje za korištenje venetoklaksa u kombinaciji s hipometilirajućim lijekovima za liječenje bolesnika s novodijagnosticiranim AML-om, nepodobnih za intenzivnu terapiju. Venetoklaks nije na listi HZZO u liječenju AML-a.

Glasdegib

Glasdegib, je oralni inhibitor, Hedgehog (Hh) signalnog puta. Randomizirana studija faze 2, BRIGHT AML1003, uspoređivala je glasdegib u kombinaciji s LDAC i LDAC kao monoterapiju kod bolesnika s AML-om, nepodobnih za intenzivnu terapiju. Stopa kompozitnih kompletnih remisija (KR+KRi) u grupi glasdegib + LDAC iznosila je 25%, u odnosu na LDAC kao monoterapiji, gdje je stopa bila 5%. Medijan preživljenja bio je 8.3 mjeseca (glasdegib + LDAC) nasuprot 4.3 mjeseca (LDAC) (HR, 0.46,p= 0.0002). Učinak se posebno odnosio na grupu bolesnika s AML-om dobrog i srednjeg rizika[17].

Na temelju ovih rezultata FDA je u studenom 2018., a Europska komisija u lipnju 2020. odobrila glasdegib u kombinaciji s niskim dozama citarabina za bolesnike s novo-dijagnosticiranim AML-om koji su nepodobni za standardnu indukcijsku kemoterapiju. Glasdegib nije na listi HZZO-a.

Inhibitori enzima izocitrat-dehidrogenaze (IDH inhibitori)

Inhibitor IDH1 (ivosidenib) odobren je od strane FDA-a kao monoterapija za novodijagnosticirane i relapsno refraktorne bolesnike s mutacijom u IDH1, dok je FDA IDH2 inhibitor enasidenib odobrila samo za relapsno/refraktorne oblike IDH2-mutiranog AML-a.

Inhibitor IDH1 (ivosidenib)

U svibnju 2019. ivosidenib je odobren je od strane FDA-a za novodijagnosticirani AML s IDH1 mutacijom kod bolesnika starijih od 75 godina ili nepodobnih za intenzivnu kemoterapiju. Odobrenje je bazirano na otvorenoj, jednostrukoj multicentričnoj studiji monoterapije ivosidenibom kod ove grupe bolesnika (AG120-C-001, NCT02074839). Ukupno je uključeno 28 bolesnika, medijan dobi bio je 77 godina (raspon 64-87 godina). Stopa kompletnih remisija ili KR s inkompletnim hematološkim odgovorom bila je 42.9%, a 41.2% bolesnika postalo je neovisno o transfuzijama[18]. Zanimljiva za spomenuti je i činjenica da su proizvođači i ivosideniba i enasideniba povukli aplikaciju za odobrenje lijeka od strane Europske agencije za lijekove (EMA) u liječenju relapsno/refraktornog AML-a, zbog nedovoljno dokaza o pozitivnom omjeru koristi i rizika (ivosidenib) i nemogućnosti potpunog odgovora na pitanja EMA-e (enasidenib). Iako se ovdje radi o indikaciji za relapsno/refraktorni AML, opisani podaci dobar su pokazatelj da prvi rezultati ne moraju biti potvrđeni dužim i opsežnijim praćenjem. Niti ivosidenib, niti enasidenib nisu na listi HZZO-a.

U zaključku, nakon više od 40 godina, došlo je do značajnog povećanja broja terapijskih opcija za liječenje bolesnika s akutnom mijeloičnom leukemijom. Posebno je bitna činjenica da su se razvili lijekovi i kombinacije lijekova za liječenje najveće grupe bolesnika - osoba starijih od 65 godina, od kojih većina nije adekvatna za intenzivan pristup liječenju. Iako "naoružani" novim lijekovima, neupitna je činjenica da su rezultati liječenja daleko od idealnih i da se mogu i moraju dalje poboljšavati, kao i to da će se neki od njih, protokom vremena, pokazati nedostatnima. S druge strane, iako nisu idealni, rezultati nekih novih lijekova, i kombinacija lijekova, pogotovo venetoklaksa i hipometilirajućih lijekova, pokazuju značajan napredak u odnosu na dosadašnje opcije.

Danas je od iznimne važnosti procijeniti koji su to, sportskim rječnikom, "najkorisniji igrači", odnosno lijekovi s klinički najznačajnijim i smislenim učinkom, a koji bi bili najbolja opcija za većinu naših bolesnika. Iako se u eri precizne, individualizirane medicine to čini kontra-intuitivno, ono je, s obzirom na financijsku ograničenost našeg zdravstvenog sustava i trenutnu dostupnost lijekova, nužno.

HR-VNCAML-210001, kolovoz 2021

Reference:

1. *Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. eds. SEER cancer statistics review, 1975-2016. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2019.*

https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/acute-myeloid-leukaemia/acute-myeloid-leukaemia-report.pdf

2. *Döhner H, Estey E, Grimwade D, et al. Diagnosis and management of AML in adults: 2017 ELN recommendations from an international expert panel. Blood 2017;12 9:424 - 47.*

3. *Döhner, H., Weisdorf, D. J., & Bloomfield, C. D. (2015). Acute Myeloid Leukemia. New England Journal of Medicine, 373(12), 1136–1152*

4. *Richard-Carpentier G, DiNardo CD. Venetoclax for the treatment of newly diagnosed acute myeloid leukemia in patients who are ineligible for intensive chemotherapy. Ther Adv Hematol 2019;10:2040620719882822.*

5. *DiNardo CD, Pratz K, Pullarkat V, et al. Venetoclax combined with decitabine or azacitidine in treatment-naive, elderly pa-tients with acute myeloid leukemia. Blood 2019;133:7-17.*

6. *Deschler B, et al. Treatment decision-making for older patients with high-risk myelodysplastic syndrome or acute myeloid leukemia: problems hzand approaches. Haematologica. 2006;91(11):1513–22.*

Miriam Saiz-Rodríguez *M et al. Comparison of Azacitidine and Decitabine for the Treatment of Acute Myeloid Leukemia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Blood (2020) 136 (Supplement 1): 35–36.*

7. *Dennis M, Hills RK, Russell NH, et al: An evaluation of 17 years of low dose cytarabine as therapy for AML patients not fit for intensive treatment, including patients with adverse cytogenetics, shows improving survival, potential underutilisation and highlights the need for new therapy. Blood 2017; 130:3874.*

8. *Ellen K., Roboz G. Levels of Care: Defining Best Supportive Care in ElderlyPatients with Acute Myeloid Leukemia. Curr Hematol Malig Rep (2010) 5:95–100.*

9. *Konopleva M, et al. Mechanisms of apoptosis sensitivity and resistanceto the BH3 mimetic ABT-737 in acute myeloid leukemia. Cancer Cell.2006;10(5):375–88.*

10. *CiNardo C. et al. Venetoclax combined with decitabine or azacitidine in treatment-naive, elderly patients with acute myeloid leukemia. Blood (2019) 133 (1): 7–17.*

11. *Wei AH. et al. Venetoclax Combined With Low-Dose Cytarabine for Previously Untreated Patients With Acute Myeloid Leukemia: Results From a Phase Ib/II Study. J Clin Oncol. 2019 May 20;37(15):1277-1284*

12. *DiNardo C. et al. Azacitidine and Venetoclax in Previously Untreated Acute Myeloid Leukemia. N Engl J Med 2020; 383:617-629*

13. *EHA Library. W. Pratz K. 06/09/21; 324545; S137*

14. *Wei AH, et al. A phase 3 study of venetoclax plus low-dose cytarabine in previously untreated older patients with acute myeloid leukemia (VIALE-C): a 6-month update. EHA25 Virtual, 11-21 June 2020, Abstract S136*

Cortes JE et al. Survival outcomes and clinical benefit in patients with acute myeloid leukemia treated with glasdegib and low-dose cytarabine according to response to therapy. Journal of Hematology & Oncology *volume 13;92 2020.*

https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-ivosidenib-first-line-treatment-aml-idh1-mutation

Mišljenja i/ili zaključci sadržani u ovom radu ne odražavaju nužno mišljenja i/ili zaključke naručitelja ovoga autorskog djela, društva AbbVie d.o.o.

AKTUALNO U AMERICI

NORA PFAFF, dr. med.
University of California, San Francisco

Kad smo prije otprilike tjedan dana sletjeli u zagrebačku zračnu luku, moj suprug i ja smo nakon 17 sati putovanja iz San Francisca umorni vukli svoga dvogodišnjeg sina kroz carinsku liniju da bismo se na kraju susreli s carinikom. Bacio je pogled na našega mališana s maskom i rekao nam da "djeca ne moraju nositi maske i da zapravo djeca ne 'vole' nositi maske". Umjesto da mu kažem da sam pedijatar, da zapravo nije u pravu i da je moj sin nosio tu masku tijekom cijelog putovanja bez pritužbi (a, uostalom, često tjeramo djecu da rade stvari koje su dobre za njih i koje im se nužno ne "sviđaju"), nasmiješila sam se i zahvalila mu za savjet, a sin je nosio masku dok god nismo bili vani. Osim toga, čula sam kako su istovremeno rekli nekom drugom odraslom putniku da mu ne treba maska u zračnoj luci, tako da me njihovo mišljenje i nije baš zanimalo.

Upravo smo stigli iz SAD-a gdje bjesni varijanta delta i sve više djece puni bolnice. Nakon prekratkog predaha tijekom proljeća, kada se činilo da se život za cijepljene gotovo vratio u normalu (osobito u Kaliforniji gdje živimo i gdje je 80 % podobne populacije potpuno cijepljeno), delta je iznenada promijenila svakodnevnu priču. U našoj je bolnici trenutačno sve češće da potpuno cijepljeno osoblje bude pozitivno na SARS-CoV-2. Iako imaju blage simptome ili su asimptomatski zahvaljujući cjepivu, ne mogu doći na posao. Nakratko smo imali pravilo prema kojemu potpuno cijepljeno osoblje može skinuti maske u prostorijama za odmor, ali sada više ne. S rastućim širenjem varijante delta, u našu su se bolnicu ponovo vratile mjere koje su vrijedile u doba prije cijepljenja.

Izvan posla u bolnici, primjećujem zabrinutost roditelja male djece koja su premlada za cijepljenje i koji često kažu: "Što to znači za našu djecu? Mislili smo da ćemo našim cijepljenjem zaštititi svoju djecu od COVID-19." I sada, kada smo shvatili da cijepljene osobe mogu prenijeti virus na necijepljene osobe, čini se kao da je došla kiša nakon prvoga sunčanog dana nakon duge zime. "Ovo opet?!" U međuvremenu, bolnice diljem SAD-a pune se necijepljenima, što ovaj put uključuje djecu, i to puno više nego prije. Je li varijanta delta opasnija za djecu? Dječje bolnice diljem SAD-a pune kapacitete i u izvanrednom su stanju uslijed nedostatka osoblja i visoke stope rasta slučajeva COVID-19 i RSV-a. Tijekom ljeta neuobičajeno su se povećali nakon dugog razdoblja mirovanja tijekom prošle godine. Mi smo sretni da su kod nas u San Franciscu, zbog visoke stope procijepljenosti te zbog poštovanja pravila o nošenju maski i među odraslima i među djecom, djeca i dalje razmjerno pošteđena. Tako da je kod nas broj zaraženih u odnosu na populaciju i dalje razmjerno nizak. Za to je, dakle, važno i cijepljenje, kao i nošenje maski i distanciranje.

Predškolska ustanova mog sina pomalo vježba obvezno nošenje maske za svu djecu stariju od dvije godine, što je i preporuka Američke pedijatrijske akademije. Naravno, postoji bojazan da bi maske mogle negativno utjecati na razvoj djece, ali zasad nema dokaza koji bi potvrdili tu bojazan. U proteklih je godinu dana primijećeno da dojenčad i mala djeca bez teškoća nastavljaju interakciju s odraslim osobama s maskom, a tako i s drugom djecom koja nose masku. Znamo da maske pomažu i pozitivno utječu na odrasle. Nažalost, prekasno je (i nepraktično) tražiti da se provedu radomizirana istraživanja koja bi primjereno procijenila učinkovitost nošenja maski u djece. U pandemiji smo i moramo učiniti sve što možemo da je sada zaustavimo. Primijenila bih usporedbu trenutačne situacije s avionom koji pada i kada se mora koristiti padobran: ne tražite RTC o učinkovitosti padobrana u ovom trenutku nego ga koristite i nadajte se najboljem.

Nadam se da će se ljudi probuditi i prepoznati cjepivo kao čudesno otkriće, što to i jest. Da su ga svi od početka prihvatili mi danas ne bismo bili tu gdje smo sada. Mnogi ljudi ne shvaćaju da su medicinske sestre, liječnici i drugi zdravstveni radnici umorni od svega. Mi nismo svemogući, no liječenje COVID-19 sada se doživljava sasvim drukčije nego u kolovozu 2020.

Vitamin B3 kao mogući lijek za glaukom

PORUKA ČLANKA

Nikotinamid na životinjskim modelima pokazuje neurozaštitni učinak – sprječava loše učinke očnog tlaka na metabolizam ganglijskih stanica mrežnice, povećava oksidacijsku fosforilaciju te povećava veličinu i motilitet mitohondrija, dok u isto vrijeme smanjuje njihove metaboličke zahtjeve.

Glaukom je najčešći uzrok nepovratne sljepoće u dobi iznad 50 godina. Gubitak vida nastaje zbog propadanja ganglijskih stanica mrežnice koje čine očni živac. Povećani očni tlak glavni je rizični čimbenik za razvoj glaukoma. Međutim, značajan dio etiopatogeneze još uvijek nije razjašnjen - ganglijske stanice mogu propadati i uz uredan očni tlak, kao što je slučaj kod normotenzivnog glaukoma ili nakon sniženja povećanog očnog tlaka uz pomoć lijekova ili zahvata.

Velika skupina istraživača iz Karolinska Instituta u Stockholmu, Švedska, Sveučilišta u Melburnu, Australija, Sveučilišta u Kopenhagenu, Danska, te CHA Sveučilišta u Koreji istražila je širok spektar učinaka nikotinamida na zaštitu ganglijskih stanica mrežnice kod miševa. Nikotinamid je amidni oblik vitamina B3, prekursora nikotinamid adenin dinukleotida ili NAD-a, koji je važan redoks kofaktor i metabolit ključan za preživljenje neurona. Prethodna istraživanja pokazala su kako se s dobi smanjuje razina NAD-a u mrežnici, zbog čega ganglijske stanice postaju osjetljivije na neurodegenerativne procese poput glaukoma.

U posljednjoj studiji istraživači su potvrdili neurozaštitni učinak posebno na novim modelima mitohondrijskog stresa i aksonske degeneracije. Utvrdili su i kako nikotinamid sprječava brojne metaboličke poremećaje koji su posljedica povećanog očnog tlaka. Osim navedenih učinaka, istraživači su pokazali kako nikotinamid povećava oksidacijsku fosforilaciju, smanjuje metabolički stres te povećava veličinu i motilitet mitohondrija u ganglijskim stanicama mrežnice. Istodobno nikotinamid smanjuje metaboličke zahtjeve ganglijskih stanica tako što prigušuje frekvenciju akcijskih potencijala.

Već je dulje vrijeme poznato kako nikotinamid ima odličan sigurnosni profil i podnošljivost u ljudi i kada se primjenjuje u visokim dozama pa ovo istraživanje širom otvara vrata velikim kliničkim istraživanjima. Pritom će posebno važna biti dugoročna istraživanja koja će uključivati oboljele u ranoj fazi glaukoma. Početak jednog takvog istraživanja u Švedskoj istraživači su najavili već za ovu jesen.

(Redox Biol. 2021 Jul;43:101988. doi: 10.1016/j.redox.2021.101988. Epub 2021 Apr 24.)

Dr. sc. Adrian Lukenda, dr. med.
spec. oftalmolog, uži specijalist za prednji očni segment

Učinak elektrokardioverzije na jednogodišnji ishod u bolesnika s ranim recidivom nakon izolacije plućnih vena

Recidiv fibrilacije atrija (*engl. atrial fibrillation* - AF) uobičajen je u prva tri mjeseca nakon kateterske ablacije, tijekom kojeg se obično obavlja elektrokardioverzija (EKV) kako bi se povratio sinusni ritam. Međutim, nejasno je može li EKV utjecati na klinički ishod bolesnika nakon izolacije plućnih vena.

Cilj je ovoga istraživanja bio istražiti jednogodišnji učinak EKV-a na recidiv AF-a i rehospitalizaciju bolesnika koji su doživjeli recidiv u prva tri mjeseca nakon ablacije AF katetera.

Iz kineskog registra za bolesnike s fibrilacijom atrija (China -AF) dobiveni su podaci o bolesnicima s recidivom u prva tri mjeseca nakon ablacije AF katetera.

Provedena su usklađivanja ocjene sklonosti (*engl. propensity score matching* - PSM) te logistički regresijski modeli za procjenu povezanosti EKV-a s recidivom AF-a i rehospitalizacijom.

U ovom je istraživanju 2961 bolesnik imao recidiv AF-a u prva tri mjeseca nakon zahvata, a kod 282 uspješno je učinjen EKV. U 2155 bolesnika nije učinjen EKV. Stopa recidiva AF-a u prvoj godini bila je 56,4 % u skupini EKV naspram 65,4 % u skupini bez EKV-a (p = 0,003). Međutim, razlika u jednogodišnjoj stopi rehospitalizacije između dviju skupina nije bila statistički značajna.

Zaključak je ovoga istraživanja da je uspješan EKV povezan s nižom stopom jednogodišnjeg recidiva u bolesnika s ranim rekurentnim AF-om nakon ablacijskog postupka.

(Clin Cardiol. 2021 Aug; 44(8): 1128–1138. Published online 2021 Jun 8. doi: 10.1002/clc.23663)

Petra Radić, dr. med.

Indikacije za trahealnu intubaciju i ekstubaciju značajno se razlikuju širom svijeta

PORUKA ČLANKA

Postoje značajne međunarodne razlike u indikacijama za trahealnu intubaciju i odvajanje od invazivne mehaničke ventilacije kritičnih bolesnika. Smrtnost, trajanje mehaničke ventilacije i boravka u JIL-u dijelom ovise o uspješnoj inicijalnoj intubaciji.

Istraživački tim studije INTUBE procijenio je učestalost i prirodu štetnih periintubacijskih događaja i procijenio trenutačnu praksu intubacije u 2964 kritično bolesnih (srednja dob 63 g.; 63 % muškaraca) na intubaciji dušnika na 197 mjesta u 29 zemalja. Ključno otkriće ovog istraživanja bilo je prepoznavanje srčanožilne nestabilnosti kao najčešćega neželjenog događaja nakon intubacije, izvještavaju **Russotto** i sur. sa Sveučilišta Milano-Bicocca, iz Milana u Italiji. Glavni razlog intubacije u kohorti bio je zatajenje dišnog sustava (52 %), praćeno neurološkim oštećenjem (31 %) i srčanožilnom nestabilnošću (9,4 %). Gotovo dvije trećine bolesnika (62 %) primilo je preoksigenaciju pomoću maske s vrećicama; standardna maska za lice korištena je u 13 %, neinvazivna ventilacija u 12 % i nosna kanila velikog protoka u 5 %. Šezdeset i dva posto bolesnika podvrgnuto je ''brzoj'' indukciji (tj. bez ventilacije između indukcije i laringoskopije). Autori napominju da uloga videolaringoskopije u olakšavanju intubacije dušnika u kritično bolesnih ostaje nejasna i korištena je u samo 505 bolesnika (17 %). Iako su ketamin i etomidat preporučeni kao indukcijsko sredstvo izbora za intubaciju kritično bolesnih, rijetko se primjenjuju, a propofol i dalje predstavlja najčešće korišteno indukcijsko sredstvo. Kapnografija valnih oblika rjeđe se primjenjuje (35 %) kao standardno praćenje tijekom intubacije dušnika. U 68,9 % bolesnika s trahealnim tubusom slučajno postavljenim u jednjak, kapnografija valnog oblika nije bila postavljena, pa su se kliničari oslanjali na netočne kliničke znakove kao što su auskultacija ili pokret prsa za otkrivanje intubacije jednjaka. Također, 45 % bolesnika imalo je barem jedan veliki štetni periintubacijski događaj, najčešće srčanožilnu nestabilnost, koja se dogodila u 43 % bolesnika podvrgnutih hitnoj intubaciji, a praćena je teškom hipoksemijom (9 %) i srčanim zastojem (3 %). Ukupna smrtnost u JIL-u iznosila je 33 %. Uspješna intubacija u prvom pokušaju postignuta je u 80 %. Stopa glavnih nuspojava bila je značajno manja kod uspješne prve intubacije nego kod dva (43 % prema 52 %), odnosno tri ili više pokušaja (43 % prema 58 %). Potreba za višestrukim intubacijama povećala je rizik teške hipoksije i srčanog zastoja. Uspjeh prve intubacije bio je češći ako su je radili specijalisti nego specijalizanti anesteziologije, kao i kliničari drugih specijalnosti.

(JAMA. 2021;325:1157-1159.)

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

Visoka stopa kritične koronarne stenoze u komatoznih bolesnika s izvanbolničkim srčanim zastojem bez ST elevacije kod terapijske hipotermije

Infarkt miokarda najčešći je uzrok srčanog zastoja izvan bolnice (OHCA, *engl. out-of-hospital cardiac arrest*) u odraslih. Bolesnici s elevacijom ST segmenta u EKG-u nakon povratka spontane cirkulacije (ROSC- *engl. return of spontaneous circulation*) redovito se primaju radi hitne koronarografije. Još uvijek se raspravlja o tome treba li bolesnicima bez očitog infarkta miokarda sa ST elevacijom koronarografija kao dio standardiziranog dijagnostičkog postupka nakon OHCA.

Ovo istraživanje dio je hanoverskog registra HAnnover COoling REgistry (HACORE). Analizirali su skupinu od 517 bolesnika koji su doživjeli izvanbolnički srčani zastoj. Učinjena im je hitna koronarografija, nakon čega je uslijedila terapijska hipotermija. Prosječna dob im je bila 63±14 godina, 76 % su bili muškarci. Sveukupno ih je 180 (35 %) imalo elevaciju ST segmenta u EKG-u nakon ROSC-a, a 317 (61 %) imalo je inicijalni ritam koji se može defibrilirati (ventrikulska fibrilacija ili tahikardija bez pulsa). ROSC je postignut nakon 26±21 minute.

Koagulopatija u COVID-19 u osoba s hemofilijom

PORUKA ČLANKA

Složeno poremećena hemostaza u bolesnika s COVID-19 dodatno je složena u osoba s nasljednim krvarećim koagulopatijama poput hemofilije. Stoga je Povjerenstvo Svjetske federacije za hemofiliju objavilo prijedlog preporuka za zbrinjavanje koagulopatije u bolesnika s COVID-19 i hemofilijom.

Koronavirusna bolest 2019. (engl. *Coronavirus Disease 2019*, COVID-19) može izazvati višestruke različite teškoće, a među njima se ističu tromboze i koagulopatija. Venske tromboembolije uočene su kao važne komplikacije bolesnika hospitaliziranih zbog COVID-19 čak i uz primanje tromboprofilakse. Također, opisane su i arterijske tromboze kao komplikacije COVID-19, iako rjeđe od venskih. Oboljeli od COVID-19 su često otežano pokretni ili nepokretni, imaju akutna upalna zbivanja koja dovode do pojačanog grušanja krvi, a nastaje i oštećenje endotela krvnih žila (izravno samim SARS-CoV-2 koronavirusom ili posredno upalnim zbivanjima), što sve jako povećava rizik nastanka tromboze. Razvoj potrošne koagulopatije, koja povećava rizik i krvarenja i tromboze, jedan je od najznačajnijih pokazatelja lošeg ishoda u COVID-19. Također, trombocitopenija koja nastaje u oko 18 % hospitaliziranih bolesnika (prema meta analizi 8963 COVID-19 bolesnika iz 23 studije) povezana je s povećanim rizikom teškog oblika COVID-19 i smrti.

Takva složeno poremećena hemostaza u bolesnika s COVID-19 dodatno je složena u osoba s nasljednim krvarećim koagulopatijama poput hemofilije. Stoga je Povjerenstvo za sigurnost, opskrbu i pristup koagulacijskim proizvodima Svjetske federacije za hemofiliju (eng. *Coagulation Products Safety, Supply and Access Committee of the World Federation of Hemophilia,* WFH) objavilo u časopisu *Haemophilia* prijedlog preporuka za zbrinjavanje koagulopatije u osoba s COVID-19 i hemofilijom. Preporučuje se nastavak primanja hemostatičkog liječenja hemofilije u osoba koji ne zahtijevaju hospitalizaciju zbog COVID-19. U onih hemofiličara koji su hospitalizirani zbog COVID-19, profilaksa koncentratima čimbenika zgrušavanja može biti intenzivirana sukladno riziku krvarenja i primanja tromboprofilakse niskomolekularnim heparinom. U hemofiličara koji primaju emicizumab, lijek se treba nastaviti a moguće i kombinirati s faktorom VIII i profilaktičkim dozama niskomolekularnog heparina, balansirajući između rizika krvarenja i rizika nastanka tromboze. U osoba s blagom hemofilijom treba svakako provjeriti razinu FVIII prije bilo kakve nadoknade čimbenika zgrušavanja, jer bi mogli imati više vrijednosti FVIII tijekom upalnog zbivanja u COVID-19 u odnosu na ranije vrijednosti FVIII prije te infektivne bolesti. U slučaju nastanka tromboze u hemofiličara s COVID-19, potrebna je puna antikoagulantna terapija preferirano niskomolekularnim heparinom uz još brižljiviju hemostatičku nadoknadu i titraciju koncentratima faktora.

U zaključku, autori navode da nedostaju kvalitetni i snažni dokazi o najprikladnijem zbrinjavanju COVID-19 koagulopatije u hemofiličara te kako je potreban individualizirani pristup svakom bolesniku.

(Haemophilia. 2021 Jan;27(1):41-48.)

Doc. prim. dr. sc. DRAŽEN PULANIĆ, dr. med.
specijalist interne medicine, uži specijalist hematologije

Kritična koronarna stenoza koja zahtijeva PCI (engl. *percutaneous coronary intervention*) bila je prisutna u 83 % bolesnika sa ST elevacijom-OHCA (STE-OHCA) i ritmom za primjenu defibrilacije te u 87 % bolesnika sa ST elevacijom u EKG-u i inicijalnim ritmom koji se ne defibrilira. Kritična koronarna stenoza nađena je i u 48 % bolesnika s NSTE-OHCA čiji je inicijalni ritam bila ventrikulska fibrilacija ili tahikardija.

Preživljavanje u bolnici bilo je 61 %-tno u bolesnika s inicijalnim ritmom ventrikulske fibrilacije ili tahikardije sa ST elevacijom u EKG-u, dok je u bolesnika čiji je inicijalni ritam bila asistolija ili PEA sa ST elevacijom preživljenje bilo 55 %-tno. U bolesnika u kojih je NSTEMI bio uzrok OHCA, preživljenje je bilo značajno češće u onih u kojih je inicijalni ritam bila ventrikulska fibrilacija ili tahikardija (60 % vs. 28 %).

Standardizirana dijagnostika u bolesnika s OHCA koji su podvrgnuti terapijskoj hipotermiji s protokolom koji uključuje EKG i koronarnu kateterizaciju, ukazuje na visoku stopu značajne koronarne stenoze u bolesnika sa STE-OHCA bez obzira na početni ritam i u bolesnika s NSTE-OHCA u kojih je inicijalni ritam bila ventrikulska fibrilacija ili tahikardija. Na temelju nepovoljnog ishoda i niske stope PCI-ja uočene u bolesnika s NSTE-OHCA s primarnim ritmom u EKG-u koji se ne može defibrilirati, moglo bi biti razumno ograničiti hitnu koronarografiju na bolesnike s primarnim ritmom koji se može defibrilirati i/ili one bolesnike koji imaju elevaciju ST segmenta u EKG-u nakon ROSC-a.

(Plos One, Published online 2021 May 4. doi: 10.1371/journal.pone.0251178)

PETRA RADIĆ, dr. med.

Protutijela na SARS-CoV-2 prisutna su u majčinom mlijeku nakon cijepljenja

PORUKA ČLANKA

Protutijela IgG i IgA usmjerena na antigene SARS-CoV-2 izlučuju se u majčinom mlijeku nakon njenog cijepljenja.

Američka akademija za pedijatriju još je u veljači 2021. priopćila kako u SAD-u 13 % svih slučajeva COVID-19 otpada na djecu, kako čak do 3 % oboljele djece zahtijeva bolničko liječenje te kako 0,25 % oboljele djece naposljetku od ove bolesti i umire. Američki liječnici i znanstvenici sa Sveučilišta u Floridi i Sveučilišne bolnice Shands stoga su prospektivno opservacijski istražili može li se u majčinom mlijeku nakon cijepljenja naći imunoglobulini specifični za SARS-CoV-2.

U istraživanju koje je trajalo od prosinca 2020. do ožujka 2021. sudjelovale su ukupno 22 žene zaposlene u spomenutoj zdravstvenoj ustanovi koje su primile mRNA cjepivo Pfizer/BioNTech ili Moderna, a nisu prije toga preboljele COVID-19. Uzorci plazme i mlijeka prikupljani su tri puta, prije cijepljenja, 16 do 30 dana nakon prve doze te 7 do 10 dana nakon druge doze cjepiva. U svakom od uzorka je postupkom ELISA mjerena koncentracija specifičnih protutijela IgA i IgG.

Rezultati istraživanja pokazali su u majčinu mlijeku statistički značajno povećanje koncentracije protutijela IgA i IgG specifičnih za SARS-CoV-2 ($P < 0,0001$ za IgA i $P = 0,0002$ za IgG) i plazmi ($P < 0,0001$ za IgA i $P = 0,0001$ za IgG) nakon druge doze bilo kojeg od dviju istraživanih cjepiva. Navedeni rezultati ukazuju na potencijalnu korist koju dojenčad može imati od cijepljenja majki, što pak naposljetku može govoriti u prilog strategiji koja zagovara cijepljenje trudnica i majki dojilja u svrhu sprječavanja COVID-19 u dojenčadi.

Autori istraživanja ipak su istaknuli potrebu daljnjih istraživanja kako bi se odredilo trajanje opaženog imunološkog odgovora te njegova sposobnost neutralizacije virusa, zatim dodatno proučio prijenos pasivne imunosti s majki na dojenčad te istražila potencijalna uporaba protutijela IgA iz majčina mlijeka u borbi protiv infekcije SARS-CoV-2 i pandemije COVID-19.

(Breastfeed Med. 2021 Aug 20. doi: 10.1089/bfm.2021.0122.)

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

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Babić Leko M, Gunjača I, Pleić N, Zemunik T. Environmental factors affecting thyroid-stimulating hormone and thyroid hormone levels. **Int J Mol Sci**. 2021 Jun 17;22(12):6521. doi: 10.3390/ijms22126521.

Barcot O, Boric M, Dosenovic S, Puljak L. Assessing the risk of performance and detection bias in Cochrane reviews as a joint domain is less accurate compared to two separate domains. **BMC Med Res Methodol**. 2021 Jul 18;21(1):149. doi: 10.1186/s12874-021-01339-1.

Bodor D, Ricijaš N, Filipčić I. Treatment of gambling disorder: review of evidence-based aspects for best practice. **Curr Opin Psychiatry**. 2021 Jul 16. doi: 10.1097/YCO.0000000000000728.

Brlek P, Kafka A, Bukovac A, Pećina-Šlaus N. Integrative cBioPortal analysis revealed molecular mechanisms that regulate EGFR-PI3K-AKT-mTOR pathway in diffuse gliomas of the brain. **Cancers** (Basel). 2021 Jun 29;13(13):3247. doi: 10.3390/cancers13133247.

Demirovic S, Lusic Kalcina L, Pavlinac Dodig I, Pecotic R, Valic M, Ivkovic N, Dogas Z. The COVID-19l lockdown and CPAP adherence: the more vulnerable ones less likely to improve adherence? **Nat Sci Sleep**. 2021 Jul 12;13:1097-1108. doi: 10.2147/NSS.S310257.

Gojkovic S, Krezic I, Vranes H, Zizek H, Drmic D, Horvat Pavlov K, Petrovic A, Batelja Vuletic L, Milavic M, Sikiric S, Stilinovic I, Samara M, Knezevic M, Barisic I, Sjekavica I, Lovric E, Skrtic A, Seiwerth S, Sikiric P. BPC 157 and the permanent occlusion of the superior sagittal sinus in rat: vascular recruitment therapy. **Biomedicines**. 2021 Jun 28;9(7):744. doi: 10.3390/biomedicines9070744.

Grbčić P, Fučkar Čupić D, Gamberi T, Kraljević Pavelić S, Sedić M. Proteomic profiling of BRAFV600E mutant colon cancer cells reveals the involvement of nucleophosmin/c-myc axis in modulating the response and resistance to BRAF inhibition by vemurafenib. **Int J Mol Sci.** 2021 Jun 8;22(12):6174. doi: 10.3390/ijms22126174.

Grubić Rotkvić P, Planinić Z, Liberati Pršo AM, Šikić J, Galić E, Rotkvić L. The mystery of diabetic cardiomyopathy: from early concepts and underlying mechanisms to novel therapeutic possibilities. **Int J Mol Sci.** 2021 Jun 1;22(11):5973. doi: 10.3390/ijms22115973.

Guljaš S, Bosnić Z, Salha T, Berecki M, Krivdić Dupan Z, Rudan S, Majnarić Trtica L. Lack of informations about COVID-19 vaccine: from implications to intervention for supporting public health communications in COVID-19 pandemic. **Int J Environ Res Public Health**. 2021 Jun 7;18(11):6141. doi: 10.3390/ijerph18116141.

Gusar I, Konjevoda S, Babić G, Hnatešen D, Čebohin M, Orlandini R, Dželalija B. Pre-vaccination COVID-19 vaccine literacy in a croatian adult population: a cross-sectional study. **Int J Environ Res Public Health**. 2021 Jul 2;18(13):7073. doi: 10.3390/ijerph18137073.

Homolak J, Babic Perhoc A, Knezovic A, Osmanovic Barilar J, Salkovic-Petrisic M. Failure of the brain glucagon-like peptide-1-mediated control of intestinal redox homeostasis in a rat model of sporadic Alzheimer's disease. **Antioxidants** (Basel). 2021 Jul 13;10(7):1118. doi: 10.3390/antiox10071118.

Ilic K, Mlinac-Jerkovic K, Sedmak G, Rosenzweig I, Kalanj-Bognar S.

Neuroplastin in human cognition: review of literature and future perspectives. **Transl Psychiatry**. 2021 Jul 16;11(1):394. doi: 10.1038/s41398-021-01509-1.

Ivanisevic M, Horvaticek M, Delmis K, Delmis J. Supplementation of EPA and DHA in pregnant women with type 1 diabetes mellitus. **Ann Med**. 2021 Dec;53(1):848-859. doi: 0.1080/07853890.2021.1936151.

Javor E, Lucijanić M, Skelin M. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. **N Engl J Med**. 2021 Jul 1;385(1):e4. doi: 10.1056/NEJMc2106918.

Javor E, Skelin M, Lucijanić M. Aspirin dosing in cardiovascular disease. **N Engl J Med**. 2021 Aug 19;385(8):764-765. doi: 10.1056/NEJMc2110476.

Jukić I, Kolobarić N, Stupin A, Matić A, Kozina N, Mihaljević Z, Mihalj M, Šušnjara P, Stupin M, Ćurić ŽB, Selthofer-Relatić K, Kibel A, Lukinac A, Kolar L, Kralik G, Kralik Z, Széchenyi A, Jozanović M, Galović O, Medvidović-Kosanović M, Drenjančević I. Carnosine, small but mighty-prospect of use as functional ingredient for functional food formulation. **Antioxidants** (Basel). 2021 Jun 28;10(7):1037. doi: 10.3390/antiox10071037.

Knezevic M, Gojkovic S, Krezic I, Zizek H, Malekinusic D, Vrdoljak B, Knezevic T, Vranes H, Drmic D, Staroveski M, Djuzel A, Rajkovic Z, Kolak T, Lovric E, Milavic M, Sikiric S, Tvrdeic A, Patrlj L, Strbe S, Sola M, Situm A, Kokot A, Boban Blagaic A, Skrtic A, Seiwerth S, Sikiric P.
Occluded superior mesenteric artery and vein. therapy with the stable gastric pentadecapeptide BPC 157. **Biomedicines**. 2021 Jul 8;9(7):792. doi: 10.3390/biomedicines9070792.

Kristić I, Matetic A, Crnčević N, Runjić F, Polašek O, Vrsalovic M. Sex differences in characteristics and outcomes among low-risk non-ST-elevation acute coronary syndrome patients during long term follow-up. **J Clin Med**. 2021 Jun 25;10(13):2802. doi: 10.3390/jcm10132802.

Krznarić Ž, Karas I, Ljubas Kelečić D, Vranešić Bender D. the mediterranean and nordic diet: a review of differences and similarities of two sustainable, health-promoting dietary patterns. **Front Nutr**. 2021 Jun 25;8:683678. doi: 10.3389/fnut.2021.683678.

Lugović-Mihić L, Cvitanović H, Djaković I, Kuna M, Šešerko A. The Influence of psychological stress on HPV infection manifestations and carcinogenesis. **Cell Physiol Biochem**. 2021 Jul 10;55(S2):71-88. doi: 10.33594/000000395.

Ljubin-Sternak S, Meštrović T, Lukšić I, Mijač M, Vraneš J. Seasonal coronaviruses and other neglected respiratory viruses: a global perspective and a local snapshot. **Front Public Health**. 2021 Jul 5;9:691163. doi: 10.3389/fpubh.2021.691163.

Marčinko D, Jakšić N, Šimunović Filipčić I, Mustač F. Contemporary psychological perspectives of personality disorders. **Curr Opin Psychiatry**. 2021 Jul 20. doi: 10.1097/YCO.0000000000000732.

Marijić B, Grasl S, Grasl MC, Faisal M, Erovic BM, Janik S. Do Salivary Bypass Tubes Reduce the Risk of Pharyngocutaneous Fistula after laryngopharyngectomy-a systematic review and meta-analysis. **Cancers** (Basel). 2021 Jun 6;13(11):2827. doi: 10.3390/cancers13112827.

Musić Milanović S, Buoncristiano M, Križan H, Rathmes G, Williams J, Hyska J, Duleva V, Zamrazilová H, Hejgaard T, Jørgensen MB, Salanave B, Shengelia L, Kelleher CC, Spinelli A, Nardone P, Abdrakhmanova S, Usupova Z, Pudule I, Petrauskiene A, Farrugia Sant'Angelo V, Kujundžić E, Fijałkowska A, Rito AI, Cucu A, Brinduse LA, Peterkova V, Gualtieri A, García-Solano M, Gutiérrez-González E, Boymatova K, Yardim MS, Tanrygulyyeva M, Melkumova M, Weghuber D, Nurk E, Mäki P, Bergh IH, Ostojic SM, Russell Jonsson K, Spiroski I, Rutter H, Ahrens W, Rakovac I, Whiting S, Breda J. Socioeconomic disparities in physical activity, sedentary behavior and sleep patterns among 6- to 9-year-old children from 24 countries in the WHO European region. **Obes Rev**. 2021 Jul 7:e13209. doi: 10.1111/obr.13209.

Perkovic N, Mestrovic A, Bozic J, Ivelja MP, Vukovic J, Kardum G, Sundov Z, Tonkic M, Puljiz Z, Vukojevic K, Tonkic A. Randomized clinical trial comparing concomitant and tailored therapy for Eradication of *Helicobacter pylori* infection. **J Pers Med**. 2021 Jun 9;11(6):534. doi: 10.3390/jpm11060534.

Pilipović K, Rajič Bumber J, Dolenec P, Gržeta N, Janković T, Križ J, Župan G. Long-term effects of repetitive mild traumatic injury on the visual system in wild-type and tdp-43 transgenic mice. **Int J Mol Sci**. 2021 Jun 19;22(12):6584. doi: 10.3390/ijms22126584.

Planinc I, Garcia-Canadilla P, Dejea H, Ilic I, Guasch E, Zamora M, Crispi F, Stampanoni M, Milicic D, Bijnens B, Bonnin A, Cikes M. Comprehensive assessment of myocardial remodeling in ischemic heart disease by synchrotron propagation based X-ray phase contrast imaging. **Sci Rep**. 2021 Jul 7;11(1):14020. doi: 10.1038/s41598-021-93054-6.

Pojatić Đ, Tolj I, Pezerović D, Degmečić D. Systematic review of alexithymia in the population of hemodialysis patients. **J Clin Med**. 2021 Jun 28;10(13):2862. doi: 10.3390/jcm10132862.

Prenc E, Pulanic D, Pucic-Bakovic M, Ugrina I, Desnica L, Milosevic M, Pirsl F, Mitchell S, Rose J, Vrhovac R, Nemet D, Lauc G, Pavletic SZ. Significant associations of IgG glycan structures with chronic graft-versus-host disease manifestations: results of the cross-sectional NIH cohort study. **Front Immunol**. 2021 Jul 14;12:633214. doi: 10.3389/fimmu.2021.633214.

Primorac D, Perić V, Matišić V, Molnar V, Zadro R, Vince A, Lauc G, Polašek O. Rapid COVID-19 antigen testing in Croatia: risk perception plays an important role in the epidemic control. **Front Public Health**. 2021 Jul 27;9:708907. doi: 10.3389/fpubh.2021.708907.

Punda H, Mardesic S, Filipovic N, Kosovic I, Benzon B, Ogorevc M, Bocina I, Kolic K, Vukojevic K, Saraga-Babic M. Expression pattern of 5-HT (serotonin) receptors during normal development of the human spinal cord and ganglia and in fetus with cervical spina bifida. **Int J Mol Sci**. 2021 Jul 7;22(14):7320. doi: 10.3390/ijms22147320.

Radoš M, Živko M, Periša A, Orešković D, Klarica M. No arachnoid granulations-no problems: number, size, and distribution of arachnoid granulations from birth to 80 years of age. **Front Aging Neurosci**. 2021 Jul 1;13:698865. doi: 10.3389/fnagi.2021.698865.

Seiwerth S, Milavic M, Vukojevic J, Gojkovic S, Krezic I, Vuletic LB, Pavlov KH, Petrovic A, Sikiric S, Vranes H, Prtoric A, Zizek H, Durasin T, Dobric I, Staresinic M, Strbe S, Knezevic M, Sola M, Kokot A, Sever M, Lovric E, Skrtic A, Blagaic AB, Sikiric P. Stable gastric pentadecapeptide BPC 157 and wound healing. **Front Pharmacol**. 2021 Jun 29;12:627533. doi: 10.3389/fphar.2021.627533.

Stazić P, Roguljić M, Đogaš Z, Lušić Kalcina L, Pavlinac Dodig I, Valić M, Božić D, Pecotić R. Periodontitis severity in obstructive sleep apnea patients. **Clin Oral Investig**. 2021 Jun 30. doi: 10.1007/s00784-021-04012-5.

Stokovic N, Ivanjko N, Maticic D, Luyten FP, Vukicevic S. Bone morphogenetic proteins, carriers, and animal models in the development of novel bone regenerative therapies. **Materials** (Basel). 2021 Jun 24;14(13):3513. doi: 10.3390/ma14133513.

Sestan M, Kifer N, Frkovic M, Sapina M, Srsen S, Batnozic Varga M, Ovuka A, Held M, Gudelj Gracanin A, Kozmar A, Bulimbasic S, Coric M, Laskarin G, Gagro A, Jelusic M. Gastrointestinal involvement and its association with the risk for nephritis in IgA vasculitis. **Ther Adv Musculoskelet Dis**. 2021 Jun 0;13:1759720X211024828. doi: 10.1177/1759720X211024828.

Trnski D, Sabol M, Tomić S, Štefanac I, Mrčela M, Musani V, Rinčić N, Kurtović M, Petrić T, Levanat S, Ozretić P. SHH-N non-canonically sustains androgen receptor activity in androgen-independent prostate cancer cells. **Sci Rep**. 2021 Jul 21;11(1):14880. doi: 10.1038/s41598-021-93971-6.

Udovicic M, Sever M, Kavur L, Loncaric K, Barisic I, Balenovic D, Zivanovic Posilovic G, Strinic D, Uzun S, Batelja Vuletic L, Sikiric S, Skrtic A, Drmic D, Boban Blagaic A, Lovric Bencic M, Seiwerth S, Sikiric P. Stable gastric pentadecapeptide BPC 157 therapy for monocrotaline-induced pulmonary hypertension in rats leads to prevention and reversal. **Biomedicines**. 2021 Jul 15;9(7):822. doi: 10.3390/biomedicines9070822.

Vazdar L, Gabrić ID, Kruljac I, Pintarić H, Šeparović R, Kirigin Biloš LS, Pavlović M, Tečić Vuger A, Štefanović M. Influence of Ile655Val polymorphism on trastuzumab-induced cardiotoxicity in early-stage HER2 positive breast cancer. **Sci Rep**. 2021 Jul 13;11(1):14395. doi: 10.1038/s41598-021-93634-6.

Vičić M, Brajac I, Kaštelan M, Sotošek V, Prpić Massari L. Elevated granulysin expression in cytotoxic lymphocytes from the blood and lesions of patients with lichen planus. **Acta Derm Venereol**. 2021 Jul 5. doi: 10.2340/00015555-3863.

Vuletić V, Rački V, Papić E, Peterlin B. A systematic review of Parkinson's disease pharmacogenomics: Is there time for translation into the clinics? **Int J Mol Sci**. 2021 Jul 5;22(13):7213. doi: 10.3390/ijms22137213.

Vukadin S, Khaznadar F, Kizivat T, Vcev A, Smolic M. Molecular mechanisms of resistance to immune checkpoint inhibitors in melanoma treatment: an update. **Biomedicines**. 2021 Jul 18;9(7):835. doi: 10.3390/biomedicines9070835.

Zlatar M, Kokot A, Vuletic LB, Masnec S, Kralj T, Perisa MM, Barisic I, Radic B, Milanovic K, Drmic D, Seiwerth S, Sikiric P. BPC 157 as a therapy for retinal ischemia induced by retrobulbar application of L-NAME in rats. **Front Pharmacol**. 2021 Jun 10;12:632295. doi: 10.3389/fphar.2021.632295.

Dulce cum utili!

Ima li mjesta za slikovito izražavanje u medicinskoj struci?

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

Uvod

Baš kao naručen za početak naše današnje teme došao mi je naslov u prošlom broju *Liječničkih novina* u kojem se nalazi izraz *osluškivati bilo mladih liječnika*. U prošlom sam vam broju bila najavila da ćemo nakon ljetnoga odmora nastaviti temu o frazemima u medicinskoj struci, tvorbi terminologije s pomoću metaforizacije te da ćemo posebno pojasniti frazeme koji u svojem sastavu imaju naziv za dio tijela, tzv. somatske frazeme. Poigrat ću se spomenutim naslovom i reći da ćemo u današnjem članku osluškivati bilo jezika medicinske struke.

Ekspresivnost, slikovitost i konotativnost u jeziku struke

U literaturi o funkcionalnim stilovima često se ističe da je administrativnome i znanstvenome stilu, a time i stručnome jeziku, neprimjerena ekspresivnost (stilska obilježenost), slikovitost i konotativnost, zato što izražavanje u tim stilovima treba biti jasno, nedvosmisleno, precizno. Podrazumijeva li to da iz stručnoga jezika trebamo ukloniti sve izraze koji imaju tu osobinu ili su oni ipak dio stručnoga jezika i ne predstavljaju problem za jasno, nedvosmisleno i precizno razumijevanja stručnoga teksta, nego, štoviše, pomažu u bržem i jednostavnijem stručnom izražavanju, kao i u oblikovanju stručnih naziva? Na to i na druga pitanja odgovorit ćemo u ovomjesečnom članku. Govoreći o ekspresivnom izražavanju u stručnom jeziku, ne treba zaboraviti da znanstveni tekst podrazumijeva najviši stupanj poštivanja standardnoga jezika i zato za frazeme koji imaju stilsku vrijednost nema mjesta u takvoj vrsti teksta.

Značenje i podrijetlo riječi 'ekspresija' i 'konotacija'

Naziv *ekspresija* rabi se u medicini kada se želi reći da se pod tlakom istiskuje kakav sadržaj iz nekoga organa, šupljine, tkiva i sl., a isti se naziv upotrebljava i u jezikoslovlju. Naziv dolazi od latinskoga *expressio*: istiskivanje ← *exprimere*: prikazati, jasno izraziti. U jezikoslovlju se tim nazivom označava izražajnost, stilska obilježenost jezičnih elemenata, npr. kada kažemo *prebroditi* u značenju *svladati, podnijeti, izdržati bolest, teškoće* i sl. Ekspresija je, uz slikovitost i konotativnost, važno obilježje frazema i može se, s obzirom na vrstu frazema, očitovati u većoj ili manjoj mjeri. Konotacija riječi je suprotna denotaciji koja pretpostavlja primarno značenje neke riječi koje je isto za sve govornike nekoga jezika i koje se navodi kao prvo u općim jezičnim rječnicima. Konotacijom označavamo ukupnost asocijacija koje povezujemo uz određenu riječ i njezino značenje, npr. uz riječ *pas* vežu se asocijacije na odanost, vjernost, privrženost. Konotacija je vezana uz naše iskustvo, naše znanje o svijetu, tako da nerijetko ne dijelimo istu konotaciju na neke riječi sa svim ljudima i zato ona može predstavljati problem u razumijevanju.

Je li administrativnome stilu, a time i stručnome jeziku, neprimjerena ekspresivnost?

Prije desetak godina provela sam u okviru jednoga opsežnog istraživanja i istraživanje frazema u govorima hrvatskih političara jer me je zanimalo postoje li ipak ekspresivni izrazi u tome dijelu administrativnoga stila i, ako postoje, koji su to izrazi te koja su obilježja njihove primjene u govoru. Istraživanje je pokazalo da ta česta tvrdnja o neekspresivnosti administrativnoga stila ipak nije utemeljena, bar ne što se tiče političkoga govora jer je na temelju obilatosti pronađenih frazema u korpusu političkoga govora, što je bilo i pretpostavljeno na početku istraživanja, utvrđeno da je ekspresivnost važno obilježje njegova političkoga podstila. Pokazalo se da hrvatski političari u govoru rabe frazeme uobičajene za svakodnevni govor te da često u zadanu formulu frazema umeću posvojne pridjeve koji su u vezi s političkim diskursom i temom o kojoj govore pa tako tvore, na primjer, specifične frazeme poput *krojač međunarodne sudbine*, *staviti vrući politički krumpir u svoje ruke*, *ubacujući Europsku uniju kao trećeg igrača u hrvatsku igru* i sl., čime se dobiva zanimljiva frazeološka konstrukcija.

Nastanak termina pojedinih struka

Metaforizacija je najčešći način nastanka frazema. Na taj način nastaje i velik broj stručnih termina svih struka, od pomorstva, ekonomije, informatike do medicine. Metaforizacija u terminologiji predstavlja još uvijek nedovoljno istraženo područje i to u svim strukama pa tako i u medicini. Jezik struke za imenovanje novih pojmova koji nastaju gotovo svakodnevno koristi se bogatstvom metaforičkoga načina izražavanja. Jedino je tako moguće jezikom pratiti brz suvremeni znanstveni i tehnološki rast i razvoj.

Termini u hrvatskome jeziku najčešće nastaju:

1. tvorbom novih riječi (izvedenica, složenica, polusloženica, kratica i pokrata) – poput riječi koje su prošle godine predložene

za nagradu „Dr. Ivan Šreter“ za najbolju novu hrvatsku riječ: *pandemija* – velepošast; *respirator* – dišnik, disajnik; *lockdown* – društvostaj, obustavka ili kratica i pokrata (PTX – *Pneumothorax*, MCL - *Medial Collateral Ligament*, SARS-CoV-2 – skraćeno od engl. ***S**evere **A**cute **R**espiratory **S**yndrome **CO**rona**V**irus **2**;* COVID-19 – skraćeno od ***CO**rona **VI**rus **D**isease-**19***)

2. pretvaranjem općih riječi u nazive (terminologizacijom) – npr. naziv *smrtni slučaj*
3. preuzimanjem naziva iz drugih struka, npr. *outcome* – ishod (npr. *ishod liječenja*)
4. posuđivanjem iz drugih jezika (grčkoga i latinskoga ili iz živih jezika, u današnje vrijeme najčešće iz engleskoga jezika) – na razini riječi javljaju se česta izravna (npr. lat. *bacillum* /štapić/ – bacil) ili prilagođena posuđivanja s prijelaznom fazom u kojoj se zadržava oblik riječi iz stranoga jezika koji se može ili ne mora sklanjati ili konjugirati, npr. takva je riječ hardver – *hardware*.
5. prevođenjem i stvaranjem višečlanih naziva kao što su nastali ovi vrlo aktualni termini: plan cijepljenja – *vaccination plan*; pandemijsko zatvaranje – *(pandemic) lockdown*; zarazni soj – *infectious strain*; mehanizam obrane – *defence mechanism*; širitelj zaraze – *infection spreader*; strategija cijepljenja – *vaccination strategy*; kihobran – *sneez protector*.

Frazemi sa sastavnicom dijela ljudskoga tijela

Frazeme koji u svojem sastavu imaju naziv za dio tijela nazivamo somatskim frazemima (grč. *σῶμα, sōma* – tijelo). Ta vrsta frazema nerijetko se može naći u stručnim radovima svih područja pa tako i medicine. Nije neobično da se dijelovi tijela nalaze u svezama riječi jer je ljudsko tijelo od početaka čovjekova postojanja vrlo interesantno čovjeku budući da se čovjek prvo u okolini predstavlja svojim tijelom, ono predstavlja samoga čovjeka, ali ono ga i štiti kao oklop. Najčešći dijelovi tijela koji ulaze u sastav frazema jesu glava, oko i ruka.

Sposobnost čovjeka da stvara frazeme, tj. da misli metaforički povezujući pojmove iz različitih polja, značajno je povezana s prastarim razumijevanjem važnosti uloga dijelova tijela u svakodnevnom životu i ljudskoj djelatnosti. Čovjekov proces upoznavanja okoline koja ga okružuje počinje od osjeta koji nastaju preko osjetila. Isto tako, razna djelovanja, od najjednostavnijih do najsloženijih, čovjek obavlja s pomoću organa svoga tijela. Upravo je tijelo najdostupnije i najistraženije područje čovjekova istraživanja i proučavanja, i to od njegovih prvih životnih koraka.

Zanimljivo je da somatizmi predstavljaju najstariji sloj leksika svakoga jezika. Gotovo da nema jezika u kojem ne postoje takvi izrazi, zato su i čest predmet lingvističkih istraživanja. Često su predmetom usporedno-povijesne analize, i to ne samo u okviru istraživanja jezika nego i kao uspostavljanje srodstva između jezika, zato što s pomoću njih možemo pratiti način na koji su naši pretci poimali same sebe i svijet koji ih je okruživao.

I na kraju evo nekoliko zanimljivih primjera somatskih frazema vezanih uz ruke koje možemo pronaći i u stručnim medicinskim člancima. Sigurna sam da ih nerijetko upotrebljavate i tako iskorištavate jezično bogatstvo hrvatskoga jezika.

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.

FRAZEM	ZNAČENJE
biti na dohvat ruke	biti blizu, pristupačan (u smislu udaljenosti)
biti pri ruci	pomoći, pomagati
biti u dobrim rukama/biti u lošim rukama	biti liječen, odgajan, vođen, njegovan, stručno vođen itd. dobro/loše
biti sretne ruke	imati uspjeha
blizu, nadohvat ruke	biti blizu, ne biti daleko rješenju, cilju
dati u ruke (što)	predati, povjeriti nekome da rukovodi
desna ruka	(biti, postati) oslonac, glavna pomoć
dignuti ruke od koga, od čega	napustiti koga kao nepopravljivog, odustati od čega
držati konce u svojim rukama	kontrolirati posao, situaciju
imati pune ruke posla	biti vrlo zauzet poslom
imati zlatne ruke	biti vrlo vješt i učinkovit u poslu koji se obavlja rukama (npr. kirurg, stomatolog)
kao rukom odneseno	lako je prošlo (o bolesti)
pri ruci (imati, biti)	imati na raspolaganju, raspolagati
uzeti u (svoje) ruke	primiti na sebe (kao svoju brigu), zavladati

PROVJERITE ZNANJE:

1. U svakoj rečenici precrtajte <u>suvišnu</u> riječ/riječi.

A Napisao je oko pedesetak znanstvenih radova.
B To je zakonska osnova i temelj za dobivanje iskaznice.
C Bitno je i važno shvatiti važnost redovitoga uzimanja terapije.
D Za ono što je u životu najvažnije kaže se da predstavlja srž i bit svega.

2. U svakoj rečenici zaokružite <u>pravilan</u> oblik glagolskog pridjeva trpnog.

A Svi su bili potreseni/potrešeni nakon tužne vijesti.
B Cjepivo je bilo uveženo/uvezeno iz Ujedinjenoga Kraljevstva.
C Izviješćen/Izviješten je o svemu što je poduzeto.
D Zagrizeno/Zagriženo je bila uvjerena u svoje stavove.

Točni odgovori: 1. A oko (ili približno pedeset), B temelj (ili osnova), C važno (ili bitno), D bit (ili srž); 2. A potresen, B uvezeno, C izvješten, D zagrižena.

30 GODINA OD POČETKA RATA U HRVATSKOJ I TREN I VJEČNOST

(1. dio)

Sjećanja liječnika iz Vinkovaca i Osijeka

Te prve ratne 1991. godine stažirala sam u tada Medicinskom centru Vinkovci i posljednje mjesece staža odrađivala u okolnostima za koje smo mislili da se događaju samo drugima, u filmovima, knjigama ili bakinim pričama. Za mladog je liječnika ovakav scenarij bio opasna pustolovina, u kojoj si učio, strepio, junačio se i gorio žarom domoljublja za svijet oko sebe, za budućnost, za neslućenu povijest koja se stvara. Svi tvoji, i oni kojih više nije bilo, sanjali su o domovini za koju tog travnja i svibnja padaju prve žrtve. Svjedočiš dovezenima iz Borova Sela. Prvim otrgnutim srcima. Putuješ svakodnevno iz Osijeka na posao sada više ne istim selima jer u nekima više nismo dobro došli. U Markušici me zaustavljaju ljudi sa šajkačama na glavi i izbacuju iz auta. Pretražuju auto pa ipak puštaju dalje. Više tim putem nikada ne vozim na posao. Mimoilazim se s tenkovima JNA između Budrovaca i Đurđanaca, drhteći od užasa. Spavam na vinkovačkoj pedijatriji između popodnevne i sutrašnje jutarnje smjene. Na tu pedijatriju vinkovačke bolnice pucaju iz pobunjenih Mirkovaca. Jedna mama tih dana ipak dovodi jednomjesečno dijete u bolničko savjetovalište. Ne vrijedi ti živjeti ako nemaš ništa za što je vrijedno ginuti. Tako nekako tada osjećam. U tim Vinkovcima i u mom Osijeku liječnici u bolnicama i u hitnoj pomoći organiziraju službu kakvu do tada nisu nikada iskusili. Danas o tome svjedoče oni koji su još među nama. Jer mnogi nažalost nisu. Puno je vremena prošlo, dugih trideset godina. I tren i vječnost.

Pripremila Lada Zibar

Doc. dr. sc. Dražen Švagelj, dr. med. patolog u Vinkovačkoj bolnici

Sve nas je iznenadila i zatekla vijest o pogibiji 12 hrvatskih redarstvenika u srpskoj zasjedi u Borovom Selu 2. svibnja 1991. godine. Bio sam na funkciji člana Izvršnog vijeća Općine Vinkovci zaduženoga za zdravstvo i socijalnu politiku, te u isto vrijeme i zamjenik ravnatelja Medicinskog centra Vinkovci. Tada smo postali svjesni kako je mogući rat sve izvjesniji, počeli smo intenzivne pripreme kupnjom većih količina lijekova, zavojnog materijala i anestetika te posebice uređenjem podrumskih prostora bolnice u kojima su do tada bila skladišta.

Kako je rat iracionalan, tako smo se i svi mi koji smo neprekidno boravili i radili u bolnici ponašali normalno u nenormalnoj situaciji. Vladala je izvrsna radna atmosfera (nitko nije pitao što je njegov posao, niti se obazirao na to koliko radi onaj do njega) i velika kolegijalnost, a što se može jedino doživjeti u izvanrednim ratnim uvjetima. Iz tih razloga mi ponekad kažemo kako „žalimo“ za tim vremenom, jer su u miru te vrline jako oskudne, a često i nedostaju. Nažalost, u tim vremenima su nam u pomoć u bolnicu pritekla samo dvojica vanjskih kolega liječnika specijalista (na nekoliko tjedana), i to na vlastitu inicijativu, tako da smo, na 300 do 500 metara od bojišnice, bili prisiljeni osloniti se isključivo na vlastite snage, radeći bez odmora 24 sata na dan, od 14. rujna 1991. do 15. svibnja 1992. godine, po „jedinstvenom modelu“ u cijeloj RH.

Kao patolog sjećam se najtežih dana kada mi je kroz „ruke“ prošlo po 26 ubijenih branitelja i civila, a mi smo, neprekidno ih obrađujući (popisujući i snimajući ozljede) od jutra do večeri, „preskočili“ i ručak i večeru. Tek nakon obavljenog posla (jer, nažalost, znali smo, sutra dovoze

Privremena operacijska dvorana u prostorima centralne sterilizacije vinkovačke bolnice

nove ubijene), uputili bismo se oko 20 sati u podrumsku bolničku kuhinju tražeći našeg kuhara da nam pripremi nešto za jelo. On se začudio i u šali rekao: "Kako vas nije bilo na ručku i večeri, pomislio sam ili ste stradali ili ste pobjegli" te nam je ponudio pečena jaja i hrenovke.

Kako bismo održali dobru atmosferu u nemogućim ratnim uvjetima i u potpuno razrušenoj bolnici, organizirali smo i dolazak tamburaškog sastava Zlatnih dukata 16. studenog 1991. Oni su u podrumskim prostorima bolnice održali koncert za osoblje, uz zvuke eksplozija granata koje su udarale u i oko bolničke zgrade te stalan dotok ranjenika. Nakon koncerta za osoblje, odsvirali su u podrumskom stacionaru svakom ranjeniku pjesmu po želji, uz plač i ranjenika i zatečenog osoblja. Nakon svega, za naše hrabre ekipe iz hitne službe (u njihovu prostoru) nastavili su svirku do kasnih sati.

Naša je najveća nagrada bila što, hvala Bogu, nitko od osoblja bolnice nije teže ranjen niti je poginuo.

Prim. Marija Švagelj, dr. med. spec. kirurgije

Sve je počelo 2. svibnja 1991. godine nakon ubojstva 12 redarstvenika u Borovom Selu. Svi ranjeni policajci bili su iz vukovarske bolnice premješteni u vinkovačku bolnicu.

Nakon toga događaja počeli smo se pripremati za moguća veća stradanja. Za način rada u ratnim okolnostima nitko se ne može potpuno pripremiti; nastojite i radite najbolje što znate u danim okolnostima. U početku smo dobili vrlo kratke pisane upute od Minstarstva zdravstva o zbrinjavanju ratnih rana, a lekcije iz ratne kirurgije u okviru studija i specijalizacije bile su vrlo oskudne.

14. rujna 1991. godine definitivno smo sišli u podrumske prostore naše bolnice, gdje se tijekom daljnjeg tijeka rata odvijao cijeli zdravstveni pogon prihvata, obrade i njege ranjenika. U podrumu je bio pripremljen trijažni punkt, a operacijske dvorane u prostorima centralne sterilizacije gdje je, zbog njezina svakodnevnog rada, temperatura dosezala i do 50° C. Nakon kirurškog zbrinjavanja ranjenici bi bili smješteni u podrumski stacionar. Nikada nije nedostajalo infuzijskih otopina jer smo imali vlastitu proizvodnju u parenteralnom laboratoriju smještenome u podrumu, a niti krvnih pripravaka jer je prikupljanje krvi trajalo neprekidno u neokupiranim selima naše tadašnje Općine Vinkovci.

Meni je kirurško ratno iskustvo od neprocjenjive vrijednosti. Specijalistički ispit iz opće kirurgije položila sam 1988. godine. Kada je počeo rat bila sam mlada specijalistica opće kirurgije, a operiranje brojnih (nažalost) ranjenika bilo je za mene dragocjeno iskustvo koje mi je u mnogome pomoglo za moj daljnji rad i napredovanje u struci.

Dobro se sjećam vrlo teških dana kada je istovremeno u bolnicu stizalo mnogo ranjenika; znali smo tada operirati neprekidno 24 sata (dan i noć) radeći sve, od malih obrada do velikih kirurških zahvata. Tijekom ratnih zbivanja je u našoj bolnici obrađeno oko 2500 ranjenika, a u zbrinjavanju je sudjelovalo neprekidno od početka do kraja rata samo četvero kirurga i dvoje specijalizanata kirurgije, jedna stažistica, a kraće vrijeme i još nekoliko naših kolega.

Posebno se sjećam dana kada su dovezli dvoje male djece u dobi od 2 i 4 godine, brata i sestru, koji su bili ranjeni krhotinama granate u dvorištu kuće bake i djeda. Dječak se zvao Ivan kao i moj sin, koji je tada također imao dvije godine. Imao je penetrantnu ozljedu frontalnog dijela glave zadobivenu krhotinom granate. Ja sam ga držala na rukama i zajedno s njim plakala, gledajući u njemu svoga sina. Odmah smo ga operirali i nakon toga transportirali u Zagreb. Kasnije sam doznala da je preživio i da je dobro. Više od 20 godina nakon toga bila sam na jednoj mladoj Misi, gdje sam sa čuđenjem u mladomisniku prepoznala onog ranjenog dječaka iz rata.

>>

Prof. dr. sc. Zvonimir Lovrić, dr. med. kirurg (tada u osječkoj bolnici)

Kirurgija je zahvaljujući tadašnjem šefu kirurgije, prim. Krešimiru Janošiju, imala poluvojni ustroj i prije rata, tako da smo se glede discipline i subordiniranja vrlo lako mogli prilagoditi ratnim uvjetima. Negdje u lipnju je uveden šesti dežurni liječnik na kirurgiji, uz pet redovitih. Taj šesti bi u 15 sati bio obaviješten da može ići kući i ostati uz telefon u pripravnosti ili odmah ostati u bolnici.

Od medicinskog materijala nam je počelo nedostajati vanjskih fiksatora i sjećam se kako mi je prim. Janoši zapovijedio da jednom prilikom, kada sam išao u Zagreb na dva dana obići svoju obitelj, odem na Velesajam gdje je bilo golemo skladište medicinske opreme i da donesem vanjskih fiksatora i još neke opreme za traumatologiju.

Hrane je u bolnici bilo redovito dovoljno sve do konca kolovoza i početka rujna, kada je nekoliko puta pogođena kuhinja pa se hrana vozila iz grada. U jednom su trenu uništili i to vozilo, pa smo dva-tri dana bili bez hrane. Bilo je jedino staroga kruha i nekakvih konzervi.

Najveći rizik za rad liječnika i ostalih bilo je zapravo kako doći do bolnice zbog opasnosti od snajperista po ulicama, ali i u samoj bolnici. Naravno da je i granatiranje grada bilo pogubno pri dolasku i odlasku. Preseljenjem u nedovršene i mračne podrume zgrade nove kirurgije nakon 13. rujna, postojala je opasnost prolaženja kroz te hodnike s obzirom na to da su u krugu bolnice kasnije bila uhvaćena tri snajperista.Jednom, dok sam bio dežuran na prijamu u podrumu (silaz za vozilo hitne pomoći bio je premješten na dvorišnu stranu), u neko gluho doba

Podrum osječke bolnice u ratu

noći ili jutra izašao sam iz zgrade kako bih pomogao iskrcaju ranjenika, kada su dva metka zviznula u betonski zid nedaleko od nas. Pucalo se sa zgrade ginekologije.

Naravno da je bilo straha, samo nenormalni ljudi se ne boje, ali taj strah s vremenom jenjava, posebice kada je svakodnevan. Držala nas je sve skupa silna želja da pomognemo, nacionalni zanos i vjera u pobjedu. Nije nas pokolebalo niti to što su neke kolege i sestre pobjegli zbog raznih razloga. U operacijskim dvoranama se slušala glazba koja je dizala moral (Žuta podmornica, Thompson, Škoro, Prljavci itd.). Umor je bio u drugom planu, adrenalin je činio svoje, mogli smo raditi satima bez spavanja i jela.

Poseban doživljaj je bio postavljanje biljarskog stola u operacijskom traktu na prvom katu. Tamo bismo se okupljali gotovo svi nakon što bi svi ranjenici bili zbrinuti, nerijetko i u 1 ili 2 sata poslije ponoći, a radi partije biljara. Zajedništvo na djelu, u operacijskoj dvorani, uz kavu ili pivo na biljarskom stolu. Mislim da nas je i to držalo.

U podrumima smo našli nekakve bukse u koje smo smještali madrace na pod ili stare bolesničke postelje kao svoj osobni smještaj. U početku bez svjetla i bez vode.

Sjećam se prosinca 1991. kada je bilo uništeno centralno grijanje pa smo u dijelu podruma gdje sam ja bio šef (Ratni stacionar "A") ranjenike nekoliko dana dodatno pokrivali kartonima jer deka više nije bilo. Svi smo ispod kuta nosili kapute, trenirke i sl. Nitko se nije bunio, nitko nije kasnio na posao, istovremeno se nitko nije žurio s posla doma nakon smjene.

Bilo je to vrijeme domoljubnog zanosa, vjere u pobjedu i slobodu, vrijeme u kojemu niti jedna žrtva nas na osječkoj kirurgiji nije bila preteška u obrani i spašavanju naših branitelja, naših susjeda, našega naroda, našega Grada i Domovine. Z. Lovrić

Doc. prim. dr. sc. Marko Jakić, dr. med. nefrolog (tada Odjel za dijalizu osječke bolnice)

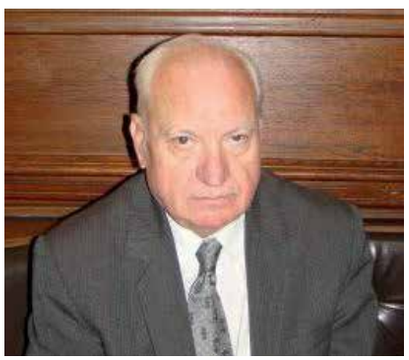
Kad su počeli nemiri neki su bolesnici otišli na hemodijalizu u Sombor. S vukovarskog i

iločkog područja rano su otišli u Rovinj. Nakon pada Baranje dio je bolesnika otišao u zapadne krajeve Hrvatske. Nakon napada na bolnicu iz vojarne, a prije pada Vukovara, preostali bolesnici su premješteni na hemodijalizu u Bolnicu Sestara milosrdnica u Zagreb. Praktično je hemodijaliza u Osijeku tada prestala s radom. Tako je bilo sve do proljeća 1992. godine. Dok smo imali dijalizu radili smo uobičajeno. Kad je dijaliza prestala s radom, eventualno bismo radili koji konzilijarni pregled, liječili jednu pacijenticu (majku našega djelatnika) koja je zbog malignoma dugo jedina ležala u hodniku u podrumu. Povremeno smo radili u prizemlju hitne dijalize ili dijalize naših bolesnika koji bi za vikend došli iz krajeva u kojima su se dijalizirali. Danima nismo radili ništa. Ja sam na dijalizi boravio sve dane, osim vikenda kada sam išao u Mađarsku da bih bio s obitelji. Kolegica Marijana Bilandžija dolazila je na posao svaki dan od kuće s drugoga kraja grada, izlažući se opasnosti snajpera i granata. Radili smo kroničnu dijalizu još u vrijeme napada prvog vikenda u rujnu 1991., ali uskoro prestali.

Povremeno bismo imali akutnu dijalizu pa smo tako primili mladog branitelja s ratišta na hitnu prvu dijalizu, nažalost kroničnu. Morali smo ga premjestiti u Zagreb. Javili smo da im šaljemo našega vojnika prezimena na R, a oni su mislili da im šaljemo našega generala R, pa se to pretvorilo u anegdotu.

U to je vrijeme srbijanska medijska propaganda širila laži o tome kako se u osječkoj bolnici prikupljaju organi za transplantaciju, zna se čiju, i da se povremeno transportiraju u Njemačku u zamjenu za oružje.

Nitko od nas nije znao kada će rat završiti, ali nitko, sada kada se vratim u to vrijeme, nije ni u primisli imao da će trajati toliko dugo. Svi smo željeli samo preživjeti. Nažalost, mnogima se želje nisu ostvarile.
M. Jakić

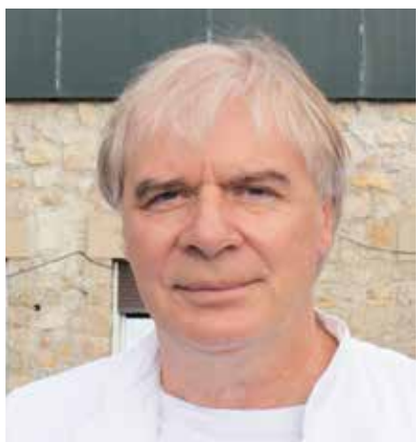


Prof. prim. dr. sc. Krešimir Glavina, dr. med., radiolog, ratni ravnatelj osječke bolnice

U osječku bolnicu prvi su ranjenici došli 17. srpnja 1991. iz područja Erduta, Dalja i Baranje. Bili smo opskrbljeni s dovoljno lijekova i ostalog medicinskoga potrošnog materijala, i pripremljeni i s dovoljnim brojem zdravstvenog i ostalog osoblja.

Redovit liječnički program bio je smanjen i sve se prilagođavalo ratnom programu, ovisno o trenutačnim prilikama. S obzirom na to da se bolničke zgrade nalaze u neposrednoj blizini bivše vojarne i da je bolnica gađana iz artiljerijskog oružja (oko 360 pogodaka), najveći su rizici bili dolazak na posao, odlazak s posla i boravak na poslu jer je bolnica gađana iz vojarne i s baranjske strane.

Kojih se osjećaja sjećam iz toga vremena, što je bilo dominantno za održavanje liječničke hrabrosti i požrtvovnosti? Vrlo je jednostavan odgovor - SAMO DOMOLJUBLJE.
K. Glavina



Damir Kozmar, dr. med., kardiolog, tada mladi liječnik na HMP-u u Osijeku

Ti sukobi nisu počelo odjednom. Mi smo u Hitnoj viđali neprijateljske pripreme vozeći se po cijelom području oko Osijeka, sve do Korođa i Laslova, te npr. u Dalju i Tenji, gdje je bilo srpskog stanovništva. Od mještana smo svašta doznavali. Bili su jasni stavovi srpskog stanovništva i ja sam upozoravao na to već šest mjeseci prije događaja u Borovu Selu. U godini prije već je bila "balvan revolucija". Može se reći da je sam rat u istočnoj Slavoniji počeo s Borovim Selom. Mi smo s Hitnom isto bili tamo, na pustari u žitu ispred Sela. Ali neprijateljske pripreme i indoktrinacija iz Beograda započeli su već puno prije toga. Primijetili smo i da u tim

Osječka bolnica

>>

Željka Breškić Ćurić, dr. med., liječnica iz Osijeka, kći vlasnika i vozača Crvenoga fiće, danas specijalizantica kardiologije za vinkovačku bolnicu

Toga dana 1991., kada je tenk JNA gazio crvenog fiću moga tate, ja se, naravno, ne sjećam jer sam imala nepune dvije godine, ali često su ga prepričavali pa mi je nekako obilježio djetinjstvo. Tata je bez razmišljanja, iz inata, tada postavio fiću pred tenk, misleći da će ih tako zaustaviti, međutim, od fiće su ostali samo komadići. Nije ni slutio da će fotografija tog prizora obići cijeli svijet i postati simbol otpora hrvatskog naroda agresoru. Ubrzo nakon toga događaja pridružio se Hrvatskoj vojsci, vozio je sanitet u 3. Gardijskoj brigadi i tijekom rata bio dva puta ranjen. Tata je nažalost kasnije poginuo u prometnoj nesreći, a na raskrižju u blizini događaja s tenkom poslije je postavljen spomenik prema kojemu fićo sada gazi tenk. Kao podsjetnik na taj događaj.

Željka kao beba ispred poznatog Crvenog fiće

selima sa srpskim stanovništvom više nije bilo samo mještana, već da su izvana dolazili nepoznati ljudi, četnici. To su nam mještani i potvrđivali i to se nikomu, pa ni njima, nije sviđalo.

Tada sam imao 30 godina i treću sam godinu radio na Hitnoj. Osjećao sam se dosta iskusnim, naučen na komunikaciju s pacijentima, kazuistiku u Hitnoj, naučen na ozljeđivanja u prometnim nesrećama. Ali na ozljede kakve su bile u ratu, vatrenim oružjem i bombama, na to nitko nije bio spreman. Tada to nisam doživljavao kao neku nespremnost. Bili smo dobro opremljeni za ono vrijeme, iako to nije kao sada, jer nije bilo reanimacijske opreme ni današnje tehnologije. Ljudi oko mene su u početku različito doživljavali tu situaciju. Ja sam bio uvjeren da će biti rata, premda je to teško bilo shvatiti jer smo svi do tada mirno živjeli. Neki nisu shvaćali prijetnje.

Nikad nisam pomislio otići, pobjeći, bili smo motivirani time što moramo pomoći ranjenima, gardistima ili drugim jadnim ljudima, civilima, koji su ostali i patili. Tko bi drugi njima bio pomogao?

Nitko se od nas nije žalio. Sa suprotne strane nas nisu zvali radi njihovih ranjenika, ali smo tada još uvijek vozili i "njihove" na dijalizu u Osijek pa bi nas puštali proći kroz barikade, kao i za druge hitne slučajeve i porođaje. Znali su nas čak i počastili pri tome i govorili su nam što će se događati. Po povratku, u Osijeku nam nisu vjerovali što se događa po tim selima.

U Borovu Selu bilo je 2. svibnja 1991. i za nas prvo pravo vatreno krštenje, jer su oko nas fijukali meci. Kad smo se tada vraćali kroz Dalj, zaustavili su nas mještani srpske nacionalnosti i lupali po vozilu, a potom im je valjda bilo ipak neugodno jer smo im inače svakodnevno dolazili pomagati medicinskim intervencijama. Jedna od prvih intervencija bila je ona kada je napadnut Erdut. Tada je tamo bila već naša Garda, naš garnizon, njih je bombardirao novosadski korpus, ljeti 1991.

Početkom srpnja bile su ozbiljne borbe, dvodnevne akcije za Tenju. Tamo smo išli spašavati civile iz već okupirane Tenje. Bilo je i 19 mrtvih koje smo "pokupili". Spašavali smo ranjene i evakuirali civile, prevozili poginule. Civili bi često željeli ući u vozilo i povezli bismo ih koliko smo mogli. Sklanjali smo ljude koje smo evakuirali da se ne vide u vozilu, da to neprijatelja ne motivira da puca. U vozilo Hitne nisu pucali iako smo vidjeli ljude u šajkačama koji su ciljali u nas. Kad su zapaljene Ćelije, išli smo u razmjenu i tamo smo vidjeli mnoštvo četnika u tipičnim odorama, koji su došli negdje

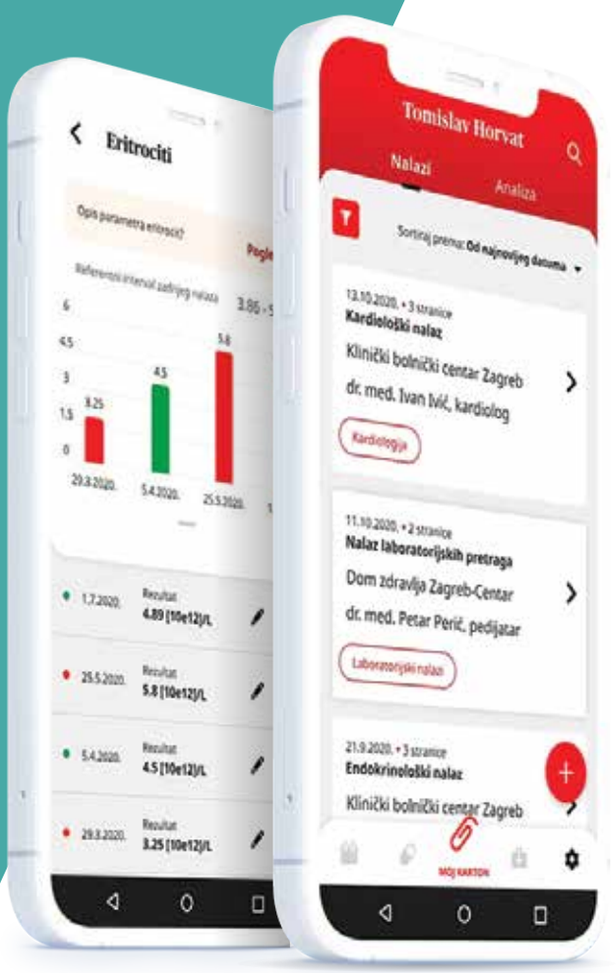
Spašavanje civila u Aljmašu 1991.

izvana. Tada nas je tamo čak JNA osiguravala, od tih četnika, inače se ne bismo mogli izvući. Čudna situacija. Bilo je tu svega.

Sudjelovao sam u spašavanju civila šlepom koji je Dravom iz Osijeka išao po civile u Aljmaš. Prvoga kolovoza 1991. u jutarnjim satima dobili smo poziv za taj odlazak nakon obavijesti da je novosadski korpus JNA prešao Dunav i da u tom području ima mrtvih i ranjenih. Tri naše ekipe su se ukrcale u šlep s liječnicima dr. Srđanom Čaloševićem, dr. Elizabetom Glavaš i sa mnom. Nismo znali što nas čeka, mislili smo da će pucati po nama. Zatekli smo naše gardiste, naoružane, prilično smirene. Čula se pucnjava s rubova sela, bilo je pojedinačnih rafalnih borbi. Čekali su se naši ljudi koji su se trebali povući iz Dalja, no neki nisu stigli, bili su upucani u kukuruzištima. Žene, djeca i starci pošli su s nama u šlep, muškarci i gardisti su ostali. Do onih mrtvih u kukuruzima nismo mogli doći. I u šlepu smo nastojali nekako skrivati ljude, koliko se moglo. Računali smo da na nas u bijelom ipak neće pucati.

Suradnja s osječkom bolnicom bila je izvrsna na svim područjima, kao i s MUP-om i Gardom. Na Hitnoj nije bilo međunacionalnih sukoba među liječnicima i osobljem. Oni srpske nacionalnosti u početku su čitali beogradsku Politiku i vjerovali u njene informacije, no kada su vidjeli što se stvarno događa, svi su bili na našoj strani. Bili su potpuno korektni i radili do zadnjeg dana. Svakome tko je normalan, kad vidi što se događa, sve je jasno. Čak je jedan naš vozač srpske nacionalnosti glasno upitao mještane Srbe koji su nam u Dalju prijetili kad smo se vraćali iz Borova Sela, kako ih nije stid.

Za zlo nema opravdanja.



Tvoja zdravstvena dokumentacija na jednom mjestu

Mobilna aplikacija Meddox omogućuje sigurnu i organiziranu pohranu zdravstvenih nalaza

- Cjelovita zdravstvena dokumentacija uvijek dostupna
- Bez gomilanja papira i brige o gubitku dokumenata
- Uvid u trendove kretanja laboratorijskih parametara
- Organiziranost nalaza omogućava brzo i lako snalaženje
- Originalni nalazi lako djeljivi s liječnikom

meddox

www.meddox.com

GET IT ON Google Play

Preuzmite aplikaciju besplatno

PRVA HELIKOPTERSKA EVAKUACIJA RANJENIKA U DOMOVINSKOM RATU

Prim. DENIS GUŠTIN, dr. med.
spec. anesteziologije i reanimatologije, supspec. intenzivne medicine

Dr. GUŠTIN: "Na klupi smo sasvim lijevo dr. ŽUNIĆ, ratni anesteziolog, između nas su ranjenici, a iza stoje piloti."

TOPUSKO 30.8.1991.

„Kroz povijesni prikaz na području Republike Hrvatske prva zračna helikopterska evakuacija veže se uz početak Domovinskog rata, kada su hrvatske snage bile oformljene u skup borbenih aktivnosti kako bi se obranio grad Topusko i okolica od agresora. Tada, u maglovito praskozorje 30. kolovoza 1991. godine iz oformljene Prve ratne bolnice u Topuskom, uz veliki rizik za slijetanje i polijetanje helikoptera Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske na bakljama označen helidrom, izvršena je zračna evakuacija dva ranjenika u Klinički bolnički centar Zagreb. Medicinska pratnja u helikopteru s ranjenicima bila je prim. Denis Guštin, dr. med.“

Iz rada natporučnice Valentine Malović, časnice u Vojnozdravstvenom središtu na dužnosti glavne sestre.

„Bilo je rano jutro okupano maglom kroz koju se probijalo sunce. Čuli smo zvuk helikoptera, potom rafale iz automatskog oružja, ugledali helikopter koji je sletio na rukometno igralište označeno vatrom. Emocije, oduševljenje, brz unos ranjenika, prijenos medicinskih podataka o ranjenicima kolegici Guštin, odlazak helikoptera. Potom opet rafalna paljba, na sreću bez uspjeha. Helikopter je nestao u magli“ - dio je opisa iz „Povijesti Ratne bolnice u Topuskom“ koji je zapisao dr. Josip Žunić, koji je, uz Ivana Medveda i Nedjeljka Strikića autor rada „Liječenje ranjenika u Ratnoj bolnici Topusko“ piše magazin Oluja.

Živo se sjećam tog jutra. U KBC-u Rebro obavljala sam dio specijalističkog staža iz anesteziologije i reanimatologije. Kako se te ratne 1991. godine situacija u zemlji zahuktavala, sve manje smo operirali „obične“ građane a sve više primali ranjenike iz svih krajeva Hrvatske. Ponekad izravno s bojišnice nakon prvog zbrinjavanja ili iz drugih ratnih bolnica na definitivno liječenje. Dežurnu ekipu je sačinjavalo više od 10 kirurga i anesteziologa te velik broj instrumentarka i anesteziološkihtehničara kako bi se mogli zbrinuti svi ranjenici koji su dolazili svakodnevno. Sjećam se da sam u džepu držala špricu s navučenim morfijem kako bih ranjeniku kojeg bih preuzela što prije olakšala muke.

Tog toplog kolovoškog dana 29.8.1991. godine ranjenici su neprestano pristi-

zali iz pravca Topuskoga i obavljen je velik broj operacija. Zadnja operacija u sali gdje sam ja radila završila je u 3 sata ujutro kada sam konačno otišla do sobe da se malo odmorim. Zaspala sam teškim snom bez snova. Snom koji nosi zaborav i nužno potreban odmor. A onda me probudio zvuk telefona u 5 sati ujutro. S druge strane bio je glavni kirurg koji me obavijestio da su u Topuskom još ostala dva ranjenika za evakuirati, da je helikopter na helidromu KBC-a Rebro već upalio motor i da ja idem u pratnju. Bez pogovora sam poslušala, gotovo da sam odgovorila kao marinac – Yes Sir, Sir. Ni na trenutak nisam pomislila da idem prema ratnom području. Obavijestila sam svoju anesteziološku nadslužbu i uputila se na helidrom. Ubrzo smo bili u zraku i krenuli u smjeru jugoistoka. Sjećam se da je bilo predivno ljetno jutro a na istoku je već izašla golema kugla crvenog sunca. To je bio prvi put da sam se vozila helikopterom. Bojazan zbog leta i neizvjesnosti što me u Topuskom čeka nastojala sam suzbiti fokusiranjem pažnje na krajolik ispod nas. Upravo smo nadlijetali prekrasna zelena polja. Odjednom sam vidjela bijelog konja u galopu. Slika je bila nestvarna, poput vizualne halucinacije. Imala sam osjećaj kao da je to neki znamen sa neba, simbol slobode. Ubrzo smo ušli u sloj magle koja nas je zatvorila sa svih strana. Pitala sam se kako je pilotu, kako zna letjeti po „instrumentima“ i divila se njegovoj vještini. Ratna bolnica Topusko je bila oformljena u toplicama Topusko i kada smo došli na destinaciju pilot je laganim krugovima počeo proces ateriranja. Sletjeli smo na igralište na čijim su krajevima postavili limene bačve sa zapaljenom vatrom. Po slijetanju, otvorili smo vrata i spustili metalne ljestve. Moj pogled je bio uperen u zgradu toplica jer su se odmah otvorila vrata i nekoliko osoba u maskirnim odorama je počelo trčati prema nama. Četvoro je nosilo dva ranjenika na nosilima. Već iz daljine sam se nastojala orijentirati o njihovom stanju. Dva čovjeka obrasla u višednevnu bradu su mi se i predstavila. Jedan je bio pokojni doktor Nino Šikić, kirurg, ratni zapovjednik Ratne bolnice Topusko, a drugi anesteziolog Josip Žunić koji je inače bio voditelj odjela anestezije u karlovačkoj bolniai. Dr. Žunić mi je „predao“ ranjenike obavjestivši me o njihovom stanju. Dok sam ga slušala nisam mogla skrenuti pogled od njegovih toplih plavih očiju u kojima se očitavala sva strahota ovog rata. Na kraju mi je gurnuo mali papirić u ruku na kojem je bio napisan telefonski broj supruge i zamolio me da joj javim da je s njim sve u redu. Cijela primopredaja nije trajala više od 10 minuta tijekom koje helikopter nije gasio motor već je bio spreman za brzi uzlet. Osim ranjenika, ušao je i jedan ratni izvjestitelj koji je cijelo vrijeme snimao. Povratak na Rebro je bio brz a stanje ranjenika tijekom leta stabilno. Kako nas je i dalje pratila zaglušujuća buka u kabini, nije se čula rafalna paljba. Zahvaljujući tome, tek sam naknadno saznala, kada sam se ponovno susrela sa kolegom Žunićem na terenu južnog Velebita, da su četnici pucali na helikopter. Spasila nas je magla.

O svojim ratnim djelovanjima nikada nisam htjela govoriti roditeljima i sestri da se ne bi brinuli. Jednog ljeta, kasnih 90-tih godina, bila sam u mojoj rodnoj Puli na godišnjem odmoru. Došla sam s kupanja i zatekla majku u kuhinji kako pegla i gleda televiziju. Na programu je bila emisija tipa „okruglog stola“ sa sugovornicima koji su razgovarali o Domovinskom ratu. Raspremala sam se kada sam čula majku kako me zove – dođi vidjeti ovu doktoricu, ista ti. Došla sam i vidjela prilog s helikopterom na igralištu kod toplica Topusko te sebe kako silazim po stepenicama. Očito prilog od onog ratnog izvjestitelja. I tada sam joj rekla – mama, to sam bila ja.

ZDRAVI HUMOR

Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

REMINISCENCIJE KOLPOSKOPIČARA

Prof. dr. sc. GORAN GRUBIŠIĆ, dr. med.
znanstveni savjetnik, počasni predsjednik Hrvatskog društva za kolposkopiju i bolesti vrata maternice HLZ-a

Za kolposkopiju sam prvi put čuo na petoj godini studija medicine u Zagrebu, u proljeće 1968. godine, na seminaru iz patologije u vezi s ranom dijagnozom i prevencijom raka vrata maternice u Zavodu za patologiju i patološku anatomiju Medicinskog fakulteta. Poslije sam pohađao turnus iz ginekološke onkologije u Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb i MEF-a u Zagrebu kod legendarnog profesora dr. Matka Grgurevića i njegovih asistenata doc. dr. Vojka Čuliga i doc. dr. Branka Bačića.

Prve kolposkopske preglede obavljao sam tijekom specijalizacije u Klinici za ženske bolesti i porodništvo KBC-a Sestre milosrdnice, tada Opća bolnica dr. Mladen Stojanović, u proljeće 1973. Tada su postojali stari uređaji tvrtke Zeiss, ali malo pomalo, najprije 3 %-postotna octena kiselina, 2 %-stotna lugol sol., bijelo i zeleno svjetlo, pa su se kockice počele nekako slagati u mislima i imao sam dojam da sam „progledao“ kolposkopiju. Od „priručnika“ imao sam samo jedan list papira na kojemu je bilo utisnuto pečatom osam krugova sa shemama najčešćih promjena uočenih na cerviksu.

U proljeće 1988. potpuno sam uronio u kolposkopiju. Moj učitelj prim. dr. Ante Bačić i ja već smo neko vrijeme pratili porast broja žena u ginekološkoj ambulanti s abnormalnim PAPA nalazima. Postalo je jasno da moramo u Klinici otvoriti barem dva termina u kojima bismo pregledavali samo one žene kojima je potrebna kolposkopija i savjet o daljnjim postupcima, što smo uz podršku tadašnjeg predstojnika prof. dr. Duška Kanajeta i ostvarili. Zahvaljujući tim terminima i nabavci novoga kolposkopa mogli smo pratiti i analizirati porast broja pacijentica za kolposkopiju i preporučene daljnje postupke.

Ključni događaj u mojem daljnjem opredjeljenju bio je Sedmi svjetski kongres o patologiji cerviksa i kolposkopiji održan u Rimu 1990. godine. Na njemu je izneseno da se kolposkopičari susreću sa sve većim brojem žena s cervikalnim displazijama u mlađim dobnim skupinama, s čime smo se suočili i u Hrvatskoj. Naša otegotna okolnost bila je zastarjela oprema (izvrsna optika, nezgrapna konstrukcija). Na rimskom kongresu bljesnule su nove tehnologije. Također je i usvojena nova kolposkopska klasifikacija i terminologija koju ćemo sukcesivno primjenjivati sve do usvajanja barcelonske iz 2002. godine.

Želeći kolposkopiji dati dignitet koji zaslužuje, ulagao sam iznimne napore u vlastitu izobrazbu, pisao članke, obranio doktorat, držao izlaganja i pozvana predavanja. Surađivao sam s nizom do tada već renomiranih kolposkopičara, kako domaćih tako i inozemnih. Potaknuo sam i organizirao tečajeve stalnog medicinskog usavršavanja iz kolposkopije i cervikovaginalne patologije - 1. Hrvatski tečaj iz kolposkopije i bolesti vrata maternice održan je u lipnju 1998. u Zagrebu, uz kontakte sa svojim tadašnjim učiteljima i starijim kolegama i uz zamolbu da dobijem uvid i u njihova iskustva od 1950. do 1998. godine. Dana 25. studenoga 2000. održan je u Zagrebu simpozij posvećen 75-godišnjici primjene kolposkopije u kliničkoj praksi. Pozitivan naboj, velik interes i podrška kolegica i kolega kako iz naše matične klinike tako i iz suradnih institucija rezultirao je osnivanjem Hrvatskog društva za kolposkopiju i bolesti vrata maternice Hrvatskog liječničkog zbora dana 20. siječnja 2000. godine.

U studenome i prosincu 2001. održali

smo prvi ciklus poslijediplomskog tečaja stalnog usavršavanja I. kategorije. Pozitivne ocjene i sadržajni prijedlozi polaznika motivirali su nas i u daljnjim tečajevima održavanima od 2004. do 2016. godine, na kojima je sudjelovalo više od 250 ginekologica i ginekologa. Osim njih pomogao sam u organiziranju kolposkopskog tečaja u Splitu 2002. godine , a za kolposkopski tečaj u Osijeku 2007. godine pružio sam potpunu kolegijalnu podršku. Održao sam i dva kolposkopska tečaja u Prištini 2010. i 2011. godine na poziv kolega s prištinske ginekološke klinike.

Također sam ishodio i potvrdu EFC-a (*European Federation for Colposcopy*) za naš osnovni tečaj. U vezi s time predugo je trebalo da se u zemljopisnu kartu EFC-a unesu ispravne, međunarodno priznate granice RH, što smo 2010. godine napokon postigli. Sudjelovanje na svakom od stručnih skupova i tečajeva u inozemstvu ujedno je i potvrda postojanja kolposkopske struke i u Hrvatskoj, suvremenoj europskoj članici.

Stjecanjem kritične mase spoznaje iz kolposkopije i potrebe poštednih zahvata na vratu maternice u žena s predinvazivnim lezijama uveo sam koncem 1994. godine u standardnu bolničku praksu minimalno invazivni zahvat na vratu maternice nazvan LETZ. Primjenjuje se dijatermijski postupak, pa smo ovaj zahvat imenovali kao *Excisio diathermica portionis vaginalis uteri*. U mojoj je matičnoj ustanovi u razdoblju od 1995. do 2012. spašeno 1748 žena od epitelne displazije vrata maternice. Najveća je opasnost od LETZ-a u olakom shvaćanju o jednostavnosti i lakoći primjene. Ne smijemo zaboraviti da je pred nama pacijentica sa svojim brigama o ishodu zahvata i budućem zdravlju te je zbog toga iznimno važno na usavršavanjima jasno i sustavno podučavati o LETZ-u.

U svakodnevnoj kolposkopskoj praksi je patohistološka dijagnoza tkivnih uzoraka ugaoni kamen dijagnostike i plana liječenja. Stoga je nužna dobra sustavna suradnja između ginekologa-kolposkopičara, gineko-patologa i gineko-citologa. Takvom je suradnjom moguće steći uvid u cjelokupnost intraepitelne promjene na površini vrata maternice, rodnice i stidnice.

Nakon 30 godina bavljenja kolposkopijom podijelio bih na sljedeće dvije podjedinice ono što je posebno važno za buduće kolposkopičare:

1) Mladim ginekologinjama i ginekolozima bitne su: spoznaja o važnosti kolposkopije, volja za učenjem i usavršavanjem, rad uz iskusnog kolposkopičara, uvažavanje postojećeg dijagnostičko-terapijskog protokola, upoznavanje s napretkom tehnologije, ali ipak… Bilo bi preporučljivo da započnu s klasičnim binokularnim sustavom i da se na taj način orijentiraju o prostornom doživljavanju intraepitelne promjene. Nadalje, obvezna je suvremena pohrana podataka, izgradnja sustava *call-recall*, objava rezultata u relevantnim publikacijama, sustavna vlastita edukacija, ali i provođenje edukacije u Hrvatskoj i inozemstvu.

2) U ustanovama u kojima rade važno je: da stručnjacima omoguće termin rezerviran samo za kolposkopiju i rješavanje intraepitelne problematike cerviksa i donjega genitalnog trakta, da im omoguće ravnopravno sudjelovanje u odlučivanju o primjeni dijagnostičko-terapijskih postupaka i da ih potiču i omogućavaju im stručno i znanstveno usavršavanje iz kolposkopske problematike.

Iznimno je važno da kolposkopičari znaju što spada u normalne, a što u abnormalne nalaze. Nakon toga moraju naučiti razlikovati blage od jakih abnormalnih nalaza, te one koji ukazuju na rani suspektan invazivni proces na vratu maternice. U svrhu najboljeg dijagnostičkog i terapijskog odabira za pacijenticu nužna im je mogućnost konzultiranja s iskusnijima od sebe. Kolegicama i kolegama kolposkopičarima danas je na raspolaganju suvremena kolposkopska aparatura, registar bolesnica, kolposkopski atlas, stručne S3 Smjernice za premaligne lezije vrata maternice i zakonski okvir za njihov angažman u okviru Nacionalnog programa za rani probir raka vrata maternice Ministarstva zdravstva.

I da se za kraj vratim na početak, jer još mi odjekuju Grgurevićeve riječi: „Svaka ginekološka ordinacija ujedno je i punkt za borbu protiv raka vrata maternice. Vrat maternice jedini je dostupan i vidljiv dio unutarnjega genitalnog ustroja žene i danas niti jedna žena ne bi smjela umrijeti zbog te bolesti, a ipak…“. Podsjećam, ove riječi stare su pedesetak godina. S time na umu završit ću ovaj tekst kako sam završio mnoge svoje članke i predavanja - “*Non ancilla, sed adiutrix gynaecologiae colposcopia!*“ - kolposkopija ne smije biti služavka, nego pomagačica ginekologiji.

40 GODINA ZARAZE HIV-om

počeci i današnji izazovi

Prof. JOSIP BEGOVAC

Suvremena povijest zaraze virusom humane imunodeficijencije (HIV) počela je prije nešto više od 40 godina, točnije 5. lipnja 1981. kada je tjedni bilten Centra za kontrolu bolesti (CDC, od engl. Center for Disease Control) MMWR, (od engl. Morbidity Mortality Weekly Report) objavio članak o 5 gej muškaraca iz Los Angelesa koji su oboljeli od pneumonije uzrokovane uzročnikom kojeg smo tada svrstavali u protozoe i zvali *Pneumocystis carinii* (PCP). Dakako, tada, 1981. godine, nije se znao osnovni uzrok bolesti te je bolest nazivana raznim imenima (npr. „gay compromise syndrome“ ili „gay-related immune deficiency“), a kasnije je na jednom sastanku CDC-a (rujan, 1982.) nazvana AIDS (engl. acquired immunodeficiency syndrome). U međuvremenu je također promijenjena taksonomija pneumocistisa koji je danas svrstava u gljive i naziva se *Pneumocystits jirovecii*. Zanimljivo je da je članak o pneumocistis-pneumonijama lipnja 1981. godine objavljen na drugom mjestu, iza prikaza američkog državljana koji se je obolio od dengue. Međutim, ubrzo nakon prve objave PCP-a u gej populaciji, CDC je bio obaviješten i o drugim oportunističkim bolestima u gej populaciji. MMWR je već 3. srpnja 1981. godine objavio izvješće o 26 gej muškaraca oboljelih od Kaposijeva sarkoma i PCP-a. Prvi opisani slučaj nove bolesti u Europi objavljen je kao prikaz bolesnika u Lancetu u prosincu 1981. godine. Radilo se o gej muškarcu koji je preminuo od plućne pneumocistoze i diseminirane citomegalovirusne infekcije. Tijekom 1982. godine objavljeno je više članaka o bolesnicima iz različitih europskih gradova (Kopenhagen, Pariz, London, Ženeva, Hamburg, itd.). Neki slučajevi su retrogradno dijagnosticirani. Tako je na primjer prikazan jedan bolesnik koji je preminuo u Kopenhagenu u rujnu 1980. godine. Slijede potom opisi bolesti u intravenskih korisnika droga, heteroseksualnih kontakata zaraženih osoba, hemofiličara, primatelja krvi i krvnih proizvoda, kao i slučajevi u dojenčadi. U svibnju 1983. godine je skupina znanstvenika iz Pariza otkrila uzročnika bolesti (Barré-Sinoussi, F. i sur. Science, 1983.). Taj novi virus je 1986. godine dobio ime virus humane imunodeficijencije. CDC je još u rujnu 1983. godine definirao putove prijenosa istakavši da se nova bolest ne prenosi uobičajenim kontaktom već samo na posebne načine (spolni put, s majke na dijete i putem zaražene krvi).

Danas smatramo da je virus prešao sa čimpanzi na čovjeka u ranim 20-tim godinama prošlog stoljeća najvjerojatnije prvo na lovce čimpanzi u Kamerunu. Prvi grad u kojem se pojavila, tada tiha epidemija, je Kinšasa u Demokratskoj Republici Kongo i to u razdoblju od 1920. do 1960. godine. Tada je u središnjoj Africi zbog uspostavljanja riječnog i željezničkog transporta došlo do velikih migracija ljudi iz ruralnih područja u urbana, što je stvorilo preduvjete za nastanak pandemije. HIV je potom prešao Atlantik, kada su se učitelji koji su bili u Kongu vratili u svoj rodni Haiti. Samu bolest je od početaka pratila stigmatizacija oboljelih, a početno isticanje povezanosti zaraze s gej populacijom imalo je dugoročne negativne posljedice na žene, djecu, hemofiličare i korisnike droga. Smrtonosni tijek infekcije plašio je ljude. U New Yorku se liječnicima koji su liječili oboljele od AIDS-a prijetilo izbacivanjem iz stanova (rujan, 1983. godine), a tinejdžeru Ryanu Whiteu koji je zarazu dobio primanjem kontaminiranih krvnih pripravaka jer je bolovao od hemofilije zabranjeno je pohađanje srednje škole 1985. godine. Zanimljivo je da je američki predsjednik Ronald Reagan prvi puta javno spomenuo AIDS tek u rujnu 1985. godine kada ga je proglasio „top“ prioritetom.

Zaraza HIV-om je postala jedna od smrtonosnijih pandemija u povijesti čovječanstva s procjenom UNAIDS-a od oko 33 milijuna preminulih osoba i ukupno oko 76 milijuna infekcija u svijetu. Srećom, napredak znanosti, napose razvoj antiretrovirusnih lijekova, pretvorio je zarazu HIV-om u kroničnu bolest. Prve učinkovite kombinacije lijekova ušle su u uporabu 1997. godine kada su otkriveni inhibitori virusne proteaze, a ubrzo nakon toga se u praksi počinju koristiti nenukleozidni inhibitori reverzne transkriptaze. Danas se najčešće primjenjuju kombinacije s inhibitorima integraze. Ove novije kombinacije lijekova su učinkovite i imaju malo nuspojava. Mnogi antiretrovirusni lijekovi su koformulirani tako da većina bolesnika uzima jednu tabletu jednom u 24 sata. Smatra se da je dobro započeti liječenje

čim prije nakon postavljanje dijagnoze, a liječenje je doživotno. Osobe zaražene HIV-om, osobito ako se liječenje započne rano, doživjeti će normalnu starost. Liječenje ima i važnu preventivnu ulogu, osobe koje redovito uzimaju lijekove i imaju nemjerljivu viremiju nisu zarazne u spolnom odnosu bez zaštite.

U Hrvatskoj su prvi pozitivni nalazi serologije na HIV dobiveni krajem 1985. godine kada je HIV-infekcija dijagnosticirana u 11 osoba. Tijekom 1986. godine. u Klinici za infektivne bolesti u Zagrebu bolnički su liječenja prva dva bolesnika. Radilo se o muškarcima koji su se zarazili u zemljama Zapadne Europe, u tim državama su također već bili bolnički liječeni. Jedan bolesnik je imao uznapredovalu HIV-demenciju, a drugi je imao tešku pneumoniju. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo do kraja 2020. godine zabilježeno je ukupno 1827 osoba kojima je dijagnosticirana infekcija HIV-om, od čega ih je 572 oboljelo od AIDS-a, a od oportunističkih bolesti preminulo je 235 osoba. Hrvatska ima epidemiju niske razine. Do 2015. godine se bilježio porast broja novodijagnosticiranih, međutim, od 2015. godine se bilježi blagi pad broja novodijagnosticiranih. U 2019. godine je stopa novodijagnosticiranih zaraza HIV-om bila u državama EU/EEA 5,4 na 100 000 stanovnika, a u Hrvatskoj je bila više nego dvostruko manja, 2,5 na 100 000 stanovnika. Najveći broj zaraženih nalazimo u Hrvatskoj među muškarcima koji imaju spolne odnose s muškarcima (MSM, od engl. *men who have sex with men*), no i tu smo u usporedbi sa stopama u drugim državama EU među onima s relativno malim brojem novih HIV-infekcija.

Više čimbenika je doprinijelo uspješnoj prevenciji HIV-infekcije u nas. Tako su rano razvijeni programi smanjenja štete među korisnicima droga. Metadonski program je rano uveden, programi razmjene rabljenih igala za sterilne se već dugo provode. Na taj način smo izbjegli širenje zaraze među korisnicima droga. Sada u Hrvatskoj imamo niz preduvjeta za okončanje HIV-epidemije. Imamo izvrsno praćenje epidemije s dostupnim preciznim podacima o broju zaraženih, broju uključenih u skrb, broju osoba koji primaju antiretrovirusne lijekove i broju koji imaju nemjerljivu viremiju. Imamo dobro organiziranu skrb za osobe zaražene HIV-om. Raspolažemo alatima i znanjem kako suzbiti HIV-epidemiju što uključuje: 1. dijagnosticiranje svih osoba zaraženih HIV-om što je moguće ranije nakon infekcije; 2. brzo i učinkovito uključivanje u skrb i rano započinjanje antiretrovirusne terapije kako bi se postigla i održala nemjerljiva količina virusa u krvi; 3. prevenciju zaraze HIV-om u osoba pod povećanim rizikom, što uključuje uporabu predekspozicijske profilakse. Važno je provoditi ciljano testiranje na HIV i druge spolno prenosive bolesti, ciljano testiranje u zajednici za populacije muškaraca koji imaju spolne odnose s muškarcima, demedikalizacija testiranja, korištenje brzih testova te samouzorkovanje i samotestiranje. Hrvatska je među prvima u EU uvela predekspozicijsku profilaksu (rujan, 2018.) kao mjeru prevencije koja se može ostvariti preko redovnog zdravstvenog osiguranja.

Prema UNAIDS-u cilj je ostvariti okončanje epidemije 2030. godine. Hoće li taj cilj biti ostvaren na globalnoj razini nije jasno. Uspješni odgovor na HIV temelji se i na jednakosti - jednakost u pristupu prevenciji, skrbi i liječenju, ali i jednakosti pred zakonom. Ključne populacije koje uključuju muškarce koji imaju seks s muškarcima, transrodne žene, seksualne radnice i njihovi klijenti te osobe koje injektiraju droge su nerazmjerno pogođene HIV-om, ali se često neprimjereno tretiraju u društvu i zakonima. Tako trenutačno 67 država članica UN-a i dalje kriminalizira sporazumno istospolno ponašanje, a u 92 se kriminalizira izlaganje, prijenos i neotkrivanje HIV-infekcije kontaktima. Seksualni rad je također ilegalan u većem dijelu svijeta. Univerzalno zdravstveno osiguranje, ideja da svatko ima pravo na paket usluga za niz bolesti i zdravstvenih stanja, je također važno. Međutim, 43 države ga nemaju, a i standardi takvog osiguranja su jako različiti od države do države. Dok se navedeni uvjeti ne ostvare teško će se dosegnuti globalni cilj okončanja HIV-epidemije do 2030. godine.

Literatura:

Grmek MD. Povijest side. Nakladni zavod Globus. Zagreb, 1996.

Faria NR. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. Science, 2014, 346: 56-61.

Editorial. 40 years of HIV/AIDS: a painful anniversary. Lancet 2021, 397:2125.

Begovac J. Okončanje HIV-infekcije u Hrvatskoj. Infektološki glasnik. 2019; 39(2):48-49.

ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020: 2019 data.

KAKO JE OTKRIVEN VARFARIN

Od tajanstvene hemoragijske bolesti stoke preko rodenticida do jednog od najpropisivanijih lijekova u ljudskoj povijesti

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

U prošlom broju Liječničkih novina prikazali smo zanimljiv razvoj istraživanja heparina, najznačajnijega parenteralnog antikoagulantnog lijeka. U ovom broju donosimo prikaz otkrića drugoga ključnog antikoagulansa, varfarina, koji je desetljećima bio „zlatni standard" oralne antikoagulantne terapije i koji se i dalje često koristi diljem svijeta.

Priča o otkriću varfarina počinje s misterioznom hemoragijskom bolesti stoke u sjevernoj Americi, preko razvoja učinkovitoga sredstva za uništavanje glodavaca, sve do jednog od najpropisivanijih lijekova u ljudskoj povijesti.

U 1920-im godinama su farmeri Amerike i Kanade primijetili da im inače zdrava stoka tajanstveno oboljeva i ugiba od unutarnjih krvarenja bez jasnog uzroka. To je postao golem problem jer je stočarstvo bilo jedno od najznačajnijih industrijskih grana u prerijskim regijama sjeverne Amerike, a podsjetimo se da je tih godina vladala i velika globalna ekonomska kriza nazvana Velika depresija (eng. the Great Depression). Stoga se pokušalo utvrditi što uzrokuje takva fatalna krvarenja u stoke.

Slika 1. Stoka uginula od unutarnjih krvarenja zbog "bolesti slatke djeteline"

Stoku su većinom hranili sijenom slatke djeteline (Melilotus alba i Melilotus officinalis) i uočeno je da je incidencija krvarenja bila najveća u vlažnim razdobljima. Tada bi se to vlažno sijeno inficiralo plijesnima poput Penicillium nigricans i Penicillium jensi. U normalnim okolnostima, farmeri bi takvo vlažno zaraženo sijeno bacali. No, u razdoblju te velike ekonomske krize i financijskih nedaća mnogi nisu mogli kupiti zamjensku hranu, tako da su 1920-ih brojni farmeri hranili stoku pljesnivim sijenom. Uočena je povezanost pljesnivog sijena slatke djeteline i krvareće bolesti stoke, te je ta bolest nazvana „bolest slatke djeteline" (Slika 1). Bolest se javljala prvih 15 dana od ingestije pljesnivog sijena i ubijala je životinje za 30 do 50 dana. Bolest je mogla biti i reverzibilna, ako bi se na vrijeme uklonilo zaraženo sijeno ili ako bi se transfundirala svježa krv oboljeloj životinji.

Iako se, dakle, utvrdilo da je za bolest odgovorno zaraženo sijeno slatke djeteline, uzročna tvar nije bila otkrivena niz godina. Konačno ju je 1940. godine izolirao dr. Karl Paul Link (Slika 2) iz Sveučilišta Wisconsin, zajedno sa svojim kolegama. Oni su otkrili da prirodni kumarin oksidira u pljesnivom sijenu te da zatim nastaje dikumarol.

Istraživački rad je financirala Zaklada za istraživanje Wisconsin alumnija (eng. Wisconsin Alumni Research Foundation, WARF) i 1941. dobila patentna prava za dikumarol. Nekoliko godina

Slika 2. Dr. KARL PAUL LINK

poslije, u vrijeme dok se oporavljao od pleuritisa, dr. Link je došao na ideju da iskoristi derivate kumarina kao sredstvo za uništavanje štetnih glodavaca (rodenticid), izazivajući u njima smrtonosno unutarnje krvarenje. Smatrao je da je sam dikumarol slab potencijalni rodenticid, jer je imao sporo djelovanje. Stoga je sa suradnicima ispitivao različite varijante prirodnog kumarina da bi utvrdio posebno učinkovitu varijantu broj 42 (na popisu od 150 varijanti). Nazvali su je varfarin (engleski warfarin, od zaklade WARF, koja je i dalje plaćala istraživanje, uz sufiks –arin da se upozori na povezanost s kumarinom). Godine 1948. varfarin je snažno promoviran na tržištu kao učinkovit rodenticid (Slika 3).

Nakon uspjeha kao rodenticid, klinička tranzicija varfarina kao antikoagulansa u čovjeka provedena je pod nazivom „Kumadin" (engl. Coumadin). Tada su postojali i drugi antikoagulantni lijekovi, no heparin je zahtijevao parenteralnu primjenu, a dikumarol je imao dugo latentno razdoblje prije nastupa terapijskog djelovanja. Glavna prednost varfarina bila je njegova visoka topivost u vodi i visoka oralna bioraspoloživost. Bio je potentniji od dikumarola a zadržao je mogućnost reverzije djelovanja primjenom vitamina K. Američka regulatorna agencija za lijekove FDA (eng. Food and Drug Administration) formalno je odobrila varfarin za primjenu u čovjeka za liječenje krvnih ugrušaka 1954. godine.

Varfarin je privukao veliku medijsku pozornost 1955. godine, kada je uspješno primijenjen u američkog predsjednika i velikog vojskovođe iz Drugoga svjetskog rata Dwighta Eisenhowera. On je prebolio masivni infarkt miokarda i nakon toga bio uspješno

Slika 3. Varfarin kao moćno sredstvo za uništavanje štetnih glodavaca

liječen varfarinom. „Ono što je dobro za američkog predsjednika i ratnog heroja, mora biti dobro za svakoga", bio je slogan kojim se dalje reklamirala primjena varfarina u čovjeka. Poslije se standardizirao i način doziranja i praćenja njegove terapijske djelotvornosti pomoću koagulacijskog testa internacionalnog normaliziranog omjera (eng. International Normalised Ratio, INR), a klinički je varfarin prvi put randomizirano istraživan 1960. godine.

Desetljećima je varfarin bio „zlatni standard" oralne antikoagulantne terapije, a i danas se često koristi diljem svijeta, unatoč razvoju novih direktnih oralnih antikoagulantnih lijekova.

PRIVATNA ORL ORDINACIJA

Prodaje se privatna ORL ordinacija na odličnoj lokaciji u centru Zagreba, Zelinska ul. 5/II (Martinovka), površine 65 m^2 zbog odlaska u mirovinu.

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

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

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

TUBERKULOZA U ZAGREBU

Uz stotu obljetnicu osnutka prvoga Antituberkuloznog dispanzera

Dr. IVICA VUČAK

Prije stotinu godina bio je u Zagrebu najveći zdravstveni problem tuberkuloza. Premda je uzročnik te bolesti tada bio poznat već gotovo četiri desetljeća (od 1882.), smrtnost je od tuberkuloze 1918. u Zagrebu bila 58,5/10 000 stanovnika (svaki četvrti Zagrepčanin umirao je od nje). Obolijevali su i umirali ljudi svih društvenih slojeva i profesija, ali značajno više oni koji su živjeli u prenapučenim stanovima, koji su bili slabo uhranjeni, te alkoholičari, kojima liječnik nije bio dostupan zbog siromaštva i neznanja. Bacilom tuberkuloze bilo je zaraženo 71,5 % devetogodišnjaka u Zagrebu. Broj postelja na odjelima za tuberkulozu dviju bolnica u Zagrebu i u sanatoriju Brestovac, koji je na južnoj strani Medvednice 1909. podigao Milivoj Dežman, nije bio dostatan za sve tuberkulozne bolesnike, a nije bilo ni učinkovitih lijekova.

U prostorijama Ambulatorija Interne klinike Medicinskog fakulteta u Draškovićevoj ulici u Zagrebu otvoren je 20. srpnja 1921. Antituberkulozni dispanzer (ATD). Zadatak novoj instituciji, po uzoru na onu koju je u Francuskoj 1901. utemeljio Albert Calmette, bio je u prvom redu pronalaziti tuberkulozne bolesnike u što ranijem stadiju bolesti i poduzimati sve mjere za zaštitu osoba iz bolesnikovog okoliša. Dispanzerski pristup jedini je obećavao mogućnost usmjeravanja aktivnosti ne samo na bolesne od tuberkuloze nego istodobno na skrb za članove njihovih obitelji te kontrolu uvjeta stanovanja, rada i boravka u školama, a to je značilo i djelotvornije sprječavanje širenja i prevenciju bolesti. Koincidencija je da su 18. srpnja 1921. Calmette i Guerin započeli u Parizu pokusnu primjenu cjepiva protiv tuberkuloze (BCG), što će se pokazati moćnim oružjem u borbi protiv tuberkuloze i proširiti svijetom unatoč nevjerici i sumnjama. U Hrvatskoj i u Zagrebu cijepljenje protiv tuberkuloze kasnilo je punih četvrt stoljeća, ponajviše "zaslugom" predstojnika Klinike za dječje bolesti na Šalati.

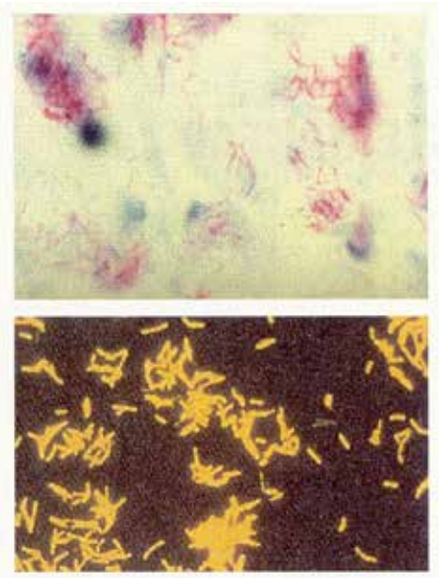
U ATD-u je radio je od listopada 1920. dr. Vladimir Ćepulić, šef odjela za tuberkulozne bolesnike u Zakladnoj bolnici milosrdne braće pokraj Jelačićeva trga. Pripremajući se za novu zadaću Ćepulić je od 15. siječnja 1921. održavao nastavu u Školi za sestre pomoćnice u Mlinarskoj ulici. Glavnina programa nastave što ga je prema odobrenju dr. Andrije Štampara i šefa Zdravstvenog odsjeka pri Banovinskoj upravi u Zagrebu dr. Josipa Locherta složio Ćepulić bila je usmjerena na tuberkulozu, a i značajan dio praktične nastave odvijao se u ATD-u.

Ćepuliću su u ATD-u pomagali dr. Branislav Bogičević (1894. - 1969.) i pet sestara. U kolovozu 1921., radeći utorkom i petkom, pregledali su 803 osobe (121 rentgenski pregled). Od ukupno 70 pregledanih uzoraka iskašljaja bilo je 17 pozitivnih na Mycobacterium tuberculosis. Na liječenje u bolnici upućeno je 240 bolesnika, ambulantno su dane 322 injekcije, izdano je bilo 5 pljuvačnica i 54 toplomjera. U mjesecu rujnu 1921. djelatnici ATD-a su, pored ostalih medicinskih aktivnosti, uspjeli i *"... pribaviti mjesto ženi jednog teškog tuberkuloznog bolesnika, izdati mliječnu kartu obitelji bolesnika za 1 litru mlijeka na dan te mliječnu kartu obitelji bolesnika za 3/4 litre mlijeka na dan...*". Nakon obavljenih 19 posjeta u kuće bolesnika s tuberkulozom poslano je još četvero bolesnika na liječenje u bolnicu. U oporavilište na Lokrumu, koje je bilo otvoreno 1920. upućeno je 8 dječaka i 10 djevojčica.

Dr. VLADIMIR ĆEPULIĆ

U prosincu 1922. obratio se Dispanzer građanima Zagreba moleći što izdašnije prinose, jer "*Država sa svoje strane izdržava dispanzer velikim sredstvima, no očito nedostaje novaca da se udovolji svim potrebama*". Akcija za pomoć ATD-u bila je široko praćena i popularizirana u zagrebačkim novinama.

U tri sela (Šestine, Bistra, Kašina) u blizini Zagreba otvorene su Zdravstvene pomoćnice, pomoćne ambulante ATD-a, u kojima je Ćepulić do 1927. godine vodio zdravstvena savjetovališta, a onda ih je preuzeo Higijenski zavod. U stanicu su dvaput tjedno, naizmjenično, dolazili ftizeolog Ćepulić i dječji liječnik. Obojica su usput obavljali i opću ambulantu. Sestra pomoćnica imala je za terenski rad na raspolaganju dvokolicu. Sljedećih su godina postupno otvoreni ATD-i u drugim hrvatskim gradovima



Mikobakterij tuberkuloze

(Split, Bjelovar, Osijek, Krapina, Čakovec, Zabok, Karlovac, Vukovar, Klenovnik, Novi Marof, Varaždin, Sisak, Šibenik, Vinkovci, Slatina, Sušak, Nova Gradiška). U njima su radili liječnici i sestre koji su educirani u zagrebačkom ATD-u te iz njega dobivali zdravstveni i propagandni materijal za svoj rad.

Prvoga travnja 1931. otvorena je podružnica ATD-a na Selskoj cesti u Zagrebu, a planirano je i osnivanje nove podružnice u dijelu grada zvanom Kanal (oko današnjega Glavnog autobusnog kolodvora) u kojem su uvjeti stanovanja bili izrazito loši, a tuberkuloza veoma česta i za koji je potpuno vrijedila rečenica "jedna soba - to su otvorena vrata groba".

U Draškovićevoj je ATD djelovao do svibnja 1924. godine, a potom je bio smješten u privatnoj zgradi u Ulici Kraljice Marije br. 36 (danas Ulici Andrije Hebranga) do 1. prosinca 1930. Uslijedilo je preseljenje u Petrinjsku br. 3 (opet u unajmljeni prostor) do 30. studenoga 1932. Važno je bilo sudjelovanje ATD-a u aktivnostima Društva za suzbijanje tuberkuloze utemeljenoga 1928., u kojima su bili ne samo ftizeolozi nego i pedijatri, školski liječnici, epidemiolozi, mikrobiolozi, ali i drugi građani koji su svojim društvenim ugledom pridonosili uspjehu Društva.

Sestre su do 1. kolovoza 1930. učinile 25 817 posjeta domovima bolesnika, a poslije toga je kućne posjete preuzelo Središte za socijalno medicinski rad sestara pomoćnica koje su obavljale, uz rad na zaštiti od tuberkuloze, i sav ostali preventivni zdravstveni rad. Posjećujući tuberkulozne bolesnike u njihovim domovima, upoznajući njihove životne prilike te obiteljske i radne odnose, uvjeravale su se da bez izvora zaraze nema ni jednog bolesnika niti smrti od tuberkuloze u najlošijem, prljavom, mračnom, prenapučenom stanu, dok u najboljem stanu, ali s vrelom zaraze u stanu - tuberkuloznim bolesnikom - ima više slučajeva smrti od tuberkuloze. Stoga nisu stanovi, ma kako bili tijesni i nekoformni, krivi za tuberkulozu, nego bolesnici od aktivnog oblika otvorene tuberkuloze. Suzbijati tuberkulozu znači suzbijati zarazu.

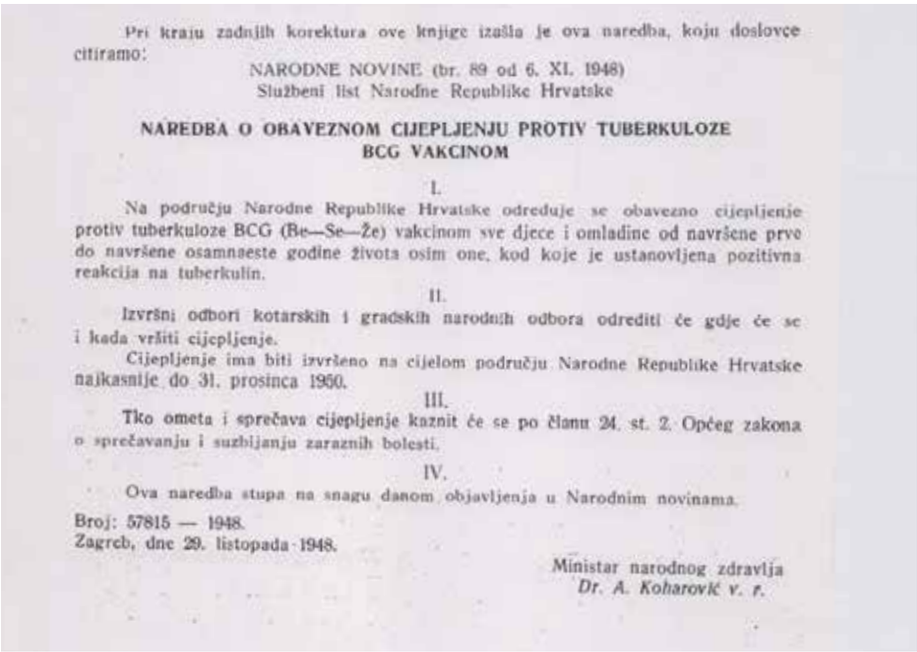
Do kraja 1933. godine u zagrebačkom je ATD-u obavljeno 19 615 prvih te 32 721 ponovni pregled, a pregledano je i 11 452 uzorka iskašljaja u potrazi za uzročnikom tuberkuloze. U razdoblju od 1928. do1934. liječeno je 350 bolesnika ambulantnim višekratnim stvaranjem pneumotoraksa, nakon čega nije više bilo moguće naći mikroskopski, a ni u kulturi uzorka iskašljaja uzročnike tuberkuloze u njih 77 %. Bili su negativizirani. U splitskom su ATD-u počeli krajem 1930., prema instrukcijama dr. Ćepulića, primjenjivati liječenje tuberkuloze izazivanjem arteficijskog pneumotoraksa.

Rockefellerova 3

Od 1. prosinca 1932. ATD je radio u nadograđenih desetak prostorija u prizemlju Paviljona za tuberkulozu u Rockefellerovoj ul. br. 3. Od 1933. godine tu su pomagali ftizeolozi dr. Marija Rojc-Marchesi, dr. Nela Sertić-Ibler, dr. Stanko Ibler i Špiro Janović, a 1936. godine pridružio im se i dr. Silvije Kadrnka, specijalist radiolog. Od 1934. ATD je, uz Bolnicu za tuberkulozu na istoj adresi, bio dio Instituta za tuberkulozu na čelu s dr. Ćepulićem.

Osim sveukupno 154 847 pregleda u prvih 19 godina rada, u Dispanzeru je napravljeno 134 639 dijaskopija te 4 515 radiofotografija. Primijenjeno je i 33 637 pneumotoraksa, a sestre pomoćnice su obavile 81 986 kućnih posjeta. Ćepulić je

>>



Pri kraju zadnjih korektura ove knjige izašla je ova naredba, koju doslovce citiramo:

NARODNE NOVINE (br. 89 od 6. XI. 1948)
Službeni list Narodne Republike Hrvatske

NAREDBA O OBAVEZNOM CIJEPLJENJU PROTIV TUBERKULOZE BCG VAKCINOM

I.

Na području Narodne Republike Hrvatske određuje se obavezno cijepljenje protiv tuberkuloze BCG (Be—Se—Že) vakcinom sve djece i omladine od navršene prve do navršene osamnaeste godine života osim one, kod koje je ustanovljena pozitivna reakcija na tuberkulin.

II.

Izvršni odbori kotarskih i gradskih narodnih odbora odrediti će gdje će se i kada vršiti cijepljenje.

Cijepljenje ima biti izvršeno na cijelom području Narodne Republike Hrvatske najkasnije do 31. prosinca 1950.

III.

Tko ometa i sprečava cijepljenje kaznit će se po članu 24. st. 2. Općeg zakona o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti.

IV.

Ova naredba stupa na snagu danom objavljenja u Narodnim novinama.

Broj: 57815 — 1948.
Zagreb, dne 29. listopada 1948.

Ministar narodnog zdravlja
Dr. A. Kohorović v. r.

predavao predmet "Tuberkuloza" studentima medicinskog fakulteta u okviru nastave interne medicine. U zajednici sa Školom narodnog zdravlja održano je u ATD-u više tečajeva o tuberkulozi za liječnike. Do 1939. smrtnost od tuberkuloze snižena je na 14,6/10 000 stanovnika.

Nakon Drugoga svjetskog rata

Kao i u Prvom svjetskom ratu, tek u godinama poslije završetka Drugoga svjetskog rata značajno je porastao broj tuberkuloznih bolesnika. Primjeren odgovor društva bio je povećanje broja postelja u postojećim, otvaranje novih odjela i bolnica i novih ATD-a. Do lipnja 1950. broj postelja namijenjenih tuberkuloznim bolesnicima u Zagrebu gotovo je udvostručen (560), pa ipak zagrebačke bolnice nisu mogle primiti na liječenje niti 20 % oboljelih od tuberkuloze. Otvorena su četiri nova ATD-a pa je u prvih šest mjeseci 1946. u šest zagrebačkih ATD-a učinjeno 18 695 pregleda. Poslije je svaka gradska četvrt imala ATD.

Promjene u načinu stanovanja, rada i školovanja, u organizaciji zdravstva, sustavno cijepljenje BCG-om zakonski regulirano pod prijetnjom kazne i provođenje masovnih fluorografskih akcija u cilju otkrivanja ranih stadija bolesti te široka primjena lijekova koji su djelotvorno uništavali uzročnika tuberkuloze dovelo je postupno do smanjivanja problema tuberkuloze. U zagrebačkim je ATD-ima 1960. zabilježeno 5 688 bolesnika s aktivnom tuberkulozom, bilo je 1476 novootkrivenih, među kojima 730 u poodmakloj fazi bolesti. Nije bilo umrlih od tuberkuloze u dobi mlađoj od 20 godina. U toj je godini na bolovanju zbog tuberkuloze bilo 3 247 bolesnika s 500 000 dana bolovanja i 400 000 izgubljenih radnih dana.

Pad broja oboljelih i umrlih od tuberkuloze nastavio se i u sljedećim desetljećima, što je imalo za posljedicu zatvaranje sanatorija i specijalnih bolnica namijenjenih tuberkulozi te smanjivanje broja postelja na odjelima za tuberkulozu. Reorganizacijom zdravstva 1994. godine i postojeći ATD-i u Zagrebu prestaju funkcionirati prema modelu koji je vrijedio više desetljeća. Pretvoreni su u pulmološke ambulante objedinjene u Polikliniku za bolesti dišnog sustava.

I u novom je tisućljeću nastavljeno smanjivanje incidencije tuberkuloze premda je Hrvatska kasnila za razvijenim dijelom Europe. Tuberkuloza je ostala važno pitanje u Zagrebu i Hrvatskoj pogotovo u svjetlu pojave uzročnika rezistentnih na postojeće lijekove protiv tuberkuloze u svijetu brzog transporta i putovanja ljudi. Važno je znati da bolesnik iskašljavanjem prenese uzročnika na prosječno sedam ljudi u svome okolišu (bliži i trajniji kontakt – veća šansa zaraze!). Među zaraženima će se barem jedan razboljeti (slabiji imunitet – veća šansa oboljenja) te će nažalost i on iskašljavanjem širiti tuberkulozu. Stoga je rano otkrivanje bolesnika s otvorenim oblikom tuberkuloze i hitro započinjanje liječenja odgovarajućom kombinacijom antituberkulotika (preporučljivo u uvjetima bolničke izolacije) najbolja mjera za sprečavanje širenja tuberkuloze. Prema izračunu SZO-a i MMF-a mjere uložene u zaštitu od tuberkuloze imaju najbolji cost-benefit omjer.

U svijetu je mikobakterij tuberkuloze ostao prvi uzročnik smrti od zaraznih bolesti sve do pandemije COVID-19 koja je, razumljivo, smanjila pozornost prema tuberkulozi i drugim bolestima. Prema iskustvu stečenom u proteklom stoljeću opravdano je očekivati da će se tek po svladavanju ove pandemije moći ocijeniti njezin učinak na stoljetnu borbu protiv tuberkuloze. Stoga je važno uložiti resurse i energiju u što brže ograničavanje i zaustavljanje širenja pandemije COVID-19 da štetne posljedice po suzbijanje tuberkuloze budu što manje.

ivica.vucak@gmail.com

A-Pljuvačnica džepna Blaue Heinrich -Peter Dettweller 1899.

Interpretacija medicinske dokumentacije trećoj osobi

Prof. prim. dr. sc. LADA ZIBAR, dr. med.

predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a

Gospođa G. i gospodin S. bivši su supružnici. Spore se oko skrbi nad zajedničkim djetetom. Gospodin S. je bolestan. Gđa G. misli da zbog toga nije sposoban brinuti se o djetetu. Ona dolazi u posjed rentgenskih slika gospodina S. čiji je opis on koristio na sudu da dokaže kako nije bolestan. Gđa G. odnosi slike doktorici U., specijalistici radiologije, radi reočitanja. Ona ima privatnu kliniku. Doktorica U. reočitava sliku i piše novi nalaz. Kada g. S. sazna o učinjenom reočitanju, pritužuje se na dr. U. zbog njezinog neetičnog postupanja.

Dr. U. nije postupila etično kada je pregledavala medicinsku dokumentaciju pacijenta o kojemu se ne skrbi, koji ju to nije zatražio ili joj to nije dozvolio, a takav pristanak nije dao niti njegov potencijalni skrbnik. Dr. U. nije smjela pregledavati ni interpretirati nalaze pacijenta kada ga je to zatražila treća osoba, tim više što se nije radilo o zabrinutosti bližnjih. Naprotiv, postupak interpretacije nalaza mogao se koristiti protiv samoga pacijenta. Dodatno, ona je podatke o bolesti pacijenta otkrivala trećoj osobi, gđi G., za što gđu G. nije ovlastio gospodin S.

Zašto to nije bilo etično?

Kodeks medicinske etike i deontologije (NN 139/15) kaže sljedeće:

- Liječničku će pomoć (liječnik) pružati … poštujući pri tome ljudska prava i dostojanstvo osobe.
- Svim svojim sposobnostima čuvat će plemenitu tradiciju liječničkog poziva održavajući visoke standarde stručnog rada i etičnog ponašanja prema pacijentu i njegovim bližnjima te zdravim osobama.
- Liječnik će poštovati prava pacijenta…
- Svoj će posao obavljati stručno i etički besprijekorno, ne iskorištavajući pacijenta ni emotivno, ni tjelesno ni materijalno.
- Poštovat će pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika…
- Liječnik će na prikladan način obavijestiti pacijenta i/ili zastupnika o dijagnostičkim postupcima i pretragama, njihovim rizicima i opasnostima te rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima za uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi pacijent mogao donijeti ispravne odluke o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju.
- Obveza je liječnika pokazati razumijevanje za zabrinutost pacijentovih bližnjih, ispravno obavješćivati o njegovu stanju one za koje je pacijent dao odobrenje ili su njegovi zastupnici te s njima surađivati na pacijentovu korist.
- Sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obvezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju.
- Liječnik se ne smije upuštati u osobne ili obiteljske probleme pacijenta niti pokušavati utjecati na njega izvan onoga što zahtijeva njegovo liječenje.
- Etičke obveze liječnika ne prestaju preuzimanjem dužnosti na kojoj nije izravno uključen u skrb o pacijentima.
- Liječnici su obvezni odbiti svaku radnju koja je u suprotnosti s načelima iznesenim u Kodeksu…

U navedenome se mogu naći zaključni i dodatni razlozi koji potvrđuju da se radilo o neetičnom postupanju. To možemo sažeti u sljedeće objašnjenje: ne trebamo imati uvid u podatke o bolesti pacijenata o kojima se ne skrbimo, bilo da se radi o radoznalosti ili komercijalnim interesima. Čak i ako su namjere altruistične, moramo biti svjesni toga koja je naša uloga u sustavu i u odnosu na tog pacijenta. Pacijent ima pravo na tajnost svojih podataka u odnosu na one koji se o njemu ne skrbe. I ne smijemo odavati podatke o pacijentu trećim osobama ako ih on za to nije ovlastio.

„Ali to svi rade“, kažu neki od nas za ovu i slične situacije, možda nesvjesni nedopuštenoga. No, to jednostavno ne smijemo činiti.

(Primjer se temelji na iskustvu iz prakse, iako su okolnosti koje bi omogućile prepoznavanje promijenjene.)

SMIJEMO LI ODBITI PRUŽITI LIJEČNIČKU POMOĆ?

„Ako se pacijent, koji je dobro upoznat sa svojim stanjem i sposoban samostalno odlučivati, ne ponaša sukladno preporukama liječnika glede prevencije i liječenja bolesti, liječniku je iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga prethodno uputi na drugog liječnika ili zdravstvenu ustanovu. Jednako tako može liječnik postupiti prema pacijentu koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći.“

Tako stoji u 2. poglavlju Kodeksa medicinske etike i deontologije („Narodne novine“ br. 139/15) Obveze prema pacijentu/bolesniku, članak 2. stavak 13. Iz ovoga proizlazi da je odgovor na pitanje iz naslova potvrdan, naravno, u određenim okolnostima. Te su okolnosti navedene u citiranoj odredbi. Kodeks nam pomaže odgovoriti na pitanje etičnosti, a ne samo dopuštenosti postupanja na temelju pozitivnih zakonskih propisa. Kodeks nam daje podršku u situacijama u kojima teško nalazimo odlučnost pod utezima empatije, razuma, savjesti, uzaludnosti, a ponekad i vlastite ugroženosti. U partnerskom odnosu s pacijentom svi smo subjekti, i liječnik i pacijent, i potrebni su znanje i vještina kako uz izbjegavanje paternalizma ujedno izbjeći dovođenje vlastitog položaja na razinu onoga koji pruža gotovo komercijalnu uslugu u stilu „klijent je uvijek u pravu“. U suptilnom odnosu kakav je onaj između liječnika i njegovog pacijenta, takva vrsta uvjetovanja nije primjerena, što znači da pacijent nije uvijek u pravu.

Pacijent donosi odluke za sebe i pri tome može pogriješiti. Mi, liječnici, smo tu da mu pružimo sve potrebne znanstvene i stručne informacije temeljene na dokazima u vezi s određenim preventivnim, dijagnostičkim ili terapijskim postupkom. On takve informacije može, a ne mora prihvatiti. Treba nam biti stalo da ih pacijent razumije, no nekad na to ne možemo utjecati. Njegovu odluku moramo prihvatiti, no ne znači da moramo dalje sudjelovati u njezinoj realizaciji. Ukoliko je njegova odluka protiv naših savjeta, a osjećamo se nelagodno sudjelovati u daljnjem tijeku prevencije, dijagnostike ili liječenja na tako medicinski neprimjeren način, prema početnom postulatu Kodeksa dopušteno nam je odbiti daljnje pružanje liječničke skrbi, pod uvjetom da pacijenta uputimo drugom liječniku.

U vremenu pandemije COVID-19 i dostupnog nam sprječavanja ove bolesti epidemiološkim mjerama koje uključuju i cijepljenje, radi zaustavljanja epidemije i njezinih katastrofalnih posljedica, osobito je važno da svaki liječnik bude upoznat, ne samo sa svojim pravima, već i s etičkim uzusima koji su normirani za nas obvezujućim aktom – etičkim kodeksom.

Prof. prim. dr. sc. LADA ZIBAR, dr. med.
predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore

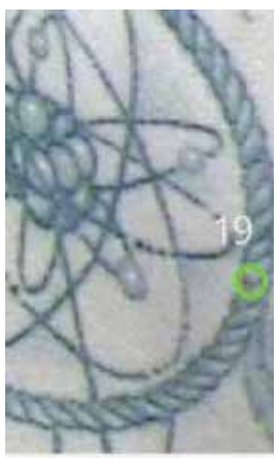
TATOO

Stanislava Laginja, dr. med.
Specijalist dermatologije i venerologije
Thalassotherapia, Opatija

Danas je koža bez tetovaže nešto što je, i ne tako davno, bila koža na kojoj se isticala vidljiva tetovaža. Prizor je to ne samo u adolescenata i mladih, nego sve češće odrasle osobe posežu za ovom vrstom umjetnosti koja postaje sve manje kontroverzna.

Pojam »tattoo« spominje se prvi put 1796. godine u brodskom dnevniku kapetana Jamesa Cooka, a na jeziku Maora znači »označiti«. Mornari su preuzeli tetoviranje od Maora te ga proširili Zapadom, dok je istočnjačka tradicija tetoviranja označavala društveni položaj, obiteljsku ili plemensku pripadnost. Tijekom Drugoga svjetskog rata nacisti su tetovirali broj na podlaktici zatvorenicima u koncentracijskim logorima, a sredinom 20. stoljeća tetoviranje su preuzele uličnе bande, kao dokaz svojoj pripadnosti bandi.

Tetovaže su od vremena obilježavanja robova i prostitutki do danas proživjele niz transformacija, da bi postale nezaobilazni dio današnjice. Njihova popularnost, i sveopća prisutnost, odaje dojam da nisu rizične niti štetne, ali umetanje igle prekrivene bojom unošenje je stranih tvari i/ili infekcije u tijelo, što bi trebao znati svatko prije nego na svoju kožu stavi vrlo teško brisiv pečat.



Dermatoskopski pregled madeža unutar tetovaže

Kontraindikacije za izradu tetovaža nisu brojne, ali treba pripaziti na:

- pojavu keloida na mjestima traume ili operativnog zahvata
- terapiju isotretioninom
- tetovaže se ne smiju stavljati na ožiljke od resekcije melanoma ili disekcije limfnih čvorova
- ne prekriti pigmentne promjene (naevuse) jer je tada otežano praćenje, naročito ako anamnestički postoji melanom u obitelji, operiran melanom ili praćenje displastičnih naevusa
- Koebnerov fenomen (razvoj kožnih lezija na mjestima traume kože); ta stanja uključuju psorijazu, lichen planus, vitiligo i diskoidni lupus
- imunokompromitiranost

Rastom internet kupovine, pojavilo se puno „kućnih majstora" koji neprikladnim materijalom i u neprikladnom prostoru pružaju usluge tetoviranja. Tetovaže napravljene u lošim higijenskim uvjetima i uglavnom sa sumnjivom i neispitanom bojom mogu izazvati razne infekcije i reakciju preosjetljivosti, a da i ne govorimo o lošem konačnom estetskom ishodu.

Najčešći je simptom infekcije tetovažom osip ili crvena, upaljena koža oko područja tetovaže, no mogu se pojaviti pustule, furunkuli i karbunkuli ako je zahvaćen dublji sloj kože. Rizik je veći u prva tri tjedna nakon tetoviranja zbog smanjenog integriteta kože. Također je zabilježena aktivacija virusa *herpes simpleksa* na mjestu tetovaže. Osim toga, oslobađanje limfe i krvi tijekom/nakon postupka tetoviranja može rezultirati bolestima koje se prenose krvlju (hepatitis B i C, HIV), a nedovoljna higijena i uporaba već korištenih rukavica povećava mogućnost prijenosa infekcije meticilin-rezistentnim zlatnim stafilokokom. Malo je podataka o komplikacijama i infekcijama u našoj literaturi jer se one rijetko prijavljuju.

Najčešći uzročnici lokaliziranih bakterijskih infekcija kože su stafilokoki i streptokoki, a rjeđe su to mikobakterijske infekcije (npr. *Mycobacterium chelonae, Mycobacterium haemophilum, Mycobacterium abscessus*). Lokalizirane se infekcije najčešće liječe topičkim antibiotičkim pripravcima, dok su sustavni antibiotici rijetko potrebni.

Sustavne infekcije javljaju se rjeđe od lokalnih komplikacija tetovaža. Pojavljuju se u ljudi koji su imali amaterske tetovaže ili nisu slijedili upute za njegu. Hepatitis B i C mogu se prenijeti tijekom tetoviranja, osobito kada se tetovaže rade u neuređenim ustanovama koje ponono upotrijebljavljaju ili neaprikladno steriliziraju instrumente, međutim, incidencija nije poznata. Tek napravljene tetovaže mogu biti ulazna vrata za sepsu. Pacijenti oslabljenog imuniteta riskiraju stvaranje infekcije neobičnih patogena (npr. *Vibrio vulnificus*) te im se savjetuje da u tjednima nakon tetovaže izbjegavaju rekreacijsko izlaganje vodi.

Osim infekcija, tetoviranjem se mogu razviti keloidni i hipertrofični ožiljci koji predstavljaju prekomjeran odgovor tkiva na dermalnu ozljedu. Karakterizira je lokalna proliferacija fibroblasta i prekomjerna proizvodnja kolagena. Keloidi (od grčke riječi koja znači "rakova kandža") vlaknaste su izrasline koje se protežu izvan izvornog područja ozljede zahvaćajući normalnu kožu. *Hipertrofični ožiljci* mogu imati sličan klinički izgled, ali za razliku od keloida, ostaju ograničeni na područje rane i skloni su spontanoj regresiji tijekom vremena.

Osim infekcija na mjestu tetovaže može se razviti iritacija i/ili alergijska reakcija. Jačina iritacije ovisi o korištenim materijalima i vještini tattoo majstora, a alergijske su reakcije uzrokovane pigmentima za tetoviranje koji se rutinski ne pregledavaju niti reguliraju. Alergenski metali (npr. krom, nikal i kobalt) mogu nadmašiti sigurne alergijske granice, što uvelike ovisi o kvaliteti korištenog materijala. Kontaktni i/ili alergijski dermatitis nastao svježom tetovažom može se, u početku, liječiti topičkim glukokortikoidima, a rijetko je potrebna sustavno terapija.

Za naglasiti je i da ne postoji zakonska regulativa za tetoviranje maloljetnih osoba, te svaki salon ima vlastita etička pravila, a ne postoji niti pravilnik koji regulira otvaranje tattoo salona.

Saloni se otvaraju kao d.o.o ili kozmetički obrt ili kao obrt za oslikavanje tijela koji spada po klasifikaciji, uz astrološke i spiritualističke djelatnosti, u Ostale osobne uslužne djelatnosti. Podliježu Pravilniku o načinu i programu stjecanja potrebnog znanja o sprečavanju zaraznih bolesti NN 116/2018.

U SAD-u također ne postoji jedinstven zakonodavni stav prema tattoo salonima, ali postoji National Conference of State Legislatures, 2018, gdje su za svaku državu dostupni podatci.

Na kraju, bitno je za naglasiti da je tetovaža odluka za cijeli život i de je teba stručno napraviti, u legalnim i provjerenim Tattoo salonima i studijima, kod stručnog i educiranog majstora tetovaža!

Pojava blu naevusa unutar tetoviranog područja

Iz zbirke pjesama **Početne koordinate Monike Herceg** donosimo pjesme **Brat**, **Izgorjela ruka** i **Drvena ruka**

IZGORJELA RUKA

presađivali su mu kožu s noge na ruku
centimetar po centimetar kvadratni
da prekriju živo otkriveno meso
a mi smo mjesecima odlazili u bolnicu
noseći kekse i sokove

otac je radeći na ciglani
oblikovao gradivne jedinice
za toplinu tuđih obitelji
nama je doma donio
izgorjelu ruku jednom
razbijenu glavu četiri puta

tog ranog prijepodneva
došli su i rekli nam da žure u bolnicu
a ja sam ponavljala da je trebalo sve
pod hladnu vodu staviti
sjetivši se kako je bilo jednom
kad sam se opekla
naslonivši ruku na peć

BRAT

imao je dječju paralizu kao mali
i bacali su ga neprestano u mrzlu vodu
da ohlade njegove užarene organe
a on je tek udahnuvši gorio
kao da je udomio nuklearne procese zvijezda

možda je kasnije uskočio sveti ante
kad se bogu nije dalo
pa je prohodao makar su pročitali još tri bolesti
u njegovom spužvastom kosturu

u glavi je uzgajao neimenovane ptice
s kojima je pričao češće nego s ljudima

ostalo je još nešto od užarene sunčeve korone
ispod njegove neiskusne kože
i ponekad
kad nitko ne gleda
svijetli u mraku

DRVENA RUKA

majci je ruka nabubrila kao mokra grana bukve i odrvenjela
iz njene suhe naborane kože
izlazili su šumski demoni
ako joj je odrežu neće imati dosta nježnosti
za dva djeteta

brat je jednom stavio na glavu lonac pun mrava
a njoj je od brige otpala kora drveta
i narasla i treća i deseta
i stota ruka
za svakoga mrava

RITAM SRCA

Zar srce pjeva?
Preskočilo je samo
Tišinu svoju.

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

BUDI SVOJ! AUGUST ŠENOA

Oj, budi svoj!
Ta stvoren jesi čitav,
U grudi nosiš, brate, srce cijelo;
Ne kloni dušom, i da nijesi mlitav,
Put vedra neba diži svoje čelo!
Pa došli danci nevolje i muke,
Pa teko s čela krvav tebi znoj,
Ti skupi pamet, upri zdrave ruke,
I budi svoj!

Oj, budi svoj! Znaj, tvoja glava mlada
Nebolike ti zlatne sanke budi,
Ko sivi soko uzvine se nada,
Al' svijet je svijet, i ljudi tek su ljudi.
Da, zbilja goni s uzglavja te meka,
U sebični te zovuć svijeta boj;
Ma što te, brate, u životu čeka:
Ti budi svoj!

Oj, budi svoj! Taj svijet ti nije pakô,
Ni raj ti nije; rodi trnom, cvijetom;
Ni desno, lijevo da se nijesi mako,
Već ravno pođi, dok te nosi, svijetom:
Koracaj bez obzira krepko, živo,
Sudbina dok ne rekne tebi: Stoj!
I pravim drži pravo, krivim krivo,
I budi svoj!

Oj, budi svoj! Ta Božji ti je zamet,
A Bog sve mrzi, što je laž i varka;
I neka ti je vazda vedra pamet,
I srce vrelo, duša čista, žarka;
Nek' ravno um i srce tvoje važu,
Tek tako bit ćeš čovjek, brate moj!
Da zli i dobri ljudi smjerno kažu:
Da, on je svoj!

Oj budi svoj! Al' brat ti budi braći,
I radi za svijet, al' ne slušaj pljeska;
I ljubi svijet, al' ne nadaj se plaći,
Jer hvala ljudska voda je vrh pijeska,
U tvojoj svijesti hvala ti je trudu,
S poštena tekar lica teče pošten znoj,
I nijesi, brate, živio zaludu,
Kad jesi svoj!

Oj, budi svoj, i čovjek ljudskog zvanja!
Pa diži čelo kao sunce čisto;
Jer kukavica tek se hrđi klanja,
Tvoj jezik, srce nek su vazda isto.
Za sjajnim zlatom kô za Bogom gledi
Tek mićenika ropskih podli roj;
Ti gledaj, da l' i duša zlata vrijedi,
Pa budi svoj!

Da, budi svoj! Pa dođe l' poći hora,
Gdje tisuć zvijezda zlaćenih se vije,
Kad čovjek račun završiti mora,
I ti ga svršuj, nek ti žao nije;
Jer tvoje srce šapnuti će tijo:
Oj mirno, brajne, sad si račun zbroj!
Poštenjak, čovjek na zemlji si bio:
Ta bio svoj!

Vijenac, 1874.

Ruski pisac Anton Pavlovič Čehov u jednom od pisama svom mlađem bratu sastavio je popis uvjeta koje ispunjavaju kulturni ljudi.

1. Kulturni ljudi imaju poštovanja prema svim ljudima i zato su uvijek ljubazni, pažljivi i spremni pomagati drugima.

2. Suosjećajni su prema svima, ne samo prema siromasima i životinjama. Brinu i o onome što se ne vidi, a spremni su na žrtve kako bi pomogli drugima.

3. Poštuju tuđe vlasništvo i zato vraćaju dugove.

4. Iskreni su i preziru laž. Ne lažu čak ni o sitnicama. Laž slušatelja vrijeđa i ponižava ga u očima govornika. Ne pretvaraju se, ponašaju se isto na svim mjestima, a ne prave se važni pred svojim skromnijim prijateljima. Nisu skloni brbljanju, a iz poštovanja prema tuđim ušima, više šute nego što pričaju.

5. Ne ponižavaju sebe kako bi izazvali sažaljenje. Ne igraju na kartu tuđe osjetljivosti da bi osvojili pažnju. Ne izgovaraju rečenice poput: 'Mene nitko ne razumije' ili 'Nikoga nije briga za mene'. To smatraju jeftinim i prozirnim trikovima.

6. Ne pate od plitke taštine i nije ih briga za lažne vrijednosti. Ako su učinili nešto bitno i društveno korisno, ne prave od toga najvažniju stvar na svijetu. Zaista talentirani ljudi uvijek se klone reklame.

7. Ako imaju neki dar, poštuju ga. Zbog tog dara žrtvuju odmor, romanse, provod i taštinu. Ponosni su na svoj dar, ali su mu i vrlo predani.

8. Imaju razvijen osjećaj za lijepo. Ne idu na spavanje odjeveni i održavaju čistoću životnog prostora. Vode računa o kontroli svojih nagona i da u suprotnom spolu ne vide samo seksualni objekt. Teže originalnosti, otmjenosti, čovječnosti, a majčinskim osjećajima se dive. Ne opijaju se, već alkohol piju samo u posebnim prilikama. Drže se načela 'mens sana in corpore sano' – 'u zdravom tijelu zdrav duh'.

Tako izgledaju kulturni ljudi. Da bi čovjek bio kulturan, nije dovoljno čitati popularne romane i posjećivati kazalište. On mora danonoćno raditi na sebi, čitati, učiti, truditi se... i odmah odbaciti taštinu jer – svaki izgubljeni sat se računa.

Priređeno prema tekstu iz zbirke 'Pisma Antona Čehova obitelji i prijateljima'

Pavao Vlahek, dr. med.

DOKTOR ZA TRČANJE

Razgovarala LADA ZIBAR

Aktivan ste sportaš, u sportskim i medicinskim krugovima poznat po dugoprugaškom trčanju i triatlonu, sportovima izdržljivosti. Kakvi su to zapravo sportovi?

Pod trčanjem na duge pruge smatra se trčanje duljina većih od pet kilometara. Najpoznatiji je maraton (42,2 km), a sve udaljenosti više od toga smatraju se ultramaratonom. To su discipline trčanja 100 kilometara, 100 milja, trčanje na 24 sata ili pak višednevne utrke poput Transamerican Footrace, Transaustralia...

Triatlon je, s druge strane, sport u kojem se u jednoj utrci pliva, nakon čega se sjeda na bicikl i vozi određena udaljenost, a nakon nje trči. Najkraći triatlon je supersprint triatlon, gdje se pliva 375 m, vozi 10 km bicikl i trči 2,5 km. Standardna disciplina je olimpijski triatlon, gdje se pliva 1,5 km, vozi bicikl 40 km i trči 10 km. Najrazvikaniji pak je Ironman (Željezni čovjek) triatlon, gdje se pliva 3,8 km, vozi bicikl 180 km i trči maraton, tj. 42,2 km. Postoje i dvostruki, trostruki, peterostruki, desetero i dvadeseterostruki triatlon ironman distance, koje se smatraju ultra triatlonom.

Mene su uvijek privlačile ultra udaljenosti.

Kako ste se počeli baviti trčanjem ?

Glavni je i odgovorni krivac Katedra za anatomiju (a i druge) Medicinskog fakulteta u Zagrebu koja imalo ozbiljnog studenta prve godine prikuje za stolicu na dulje vrijeme. Kao posljedica dugotrajnog sjedenja ispiti su položeni, ali je zaostao balast od 20 kilograma viška kao nuspojava. Tada sam odlučio početi trčati. Svaki dan jedan kilometar, koji se ubrzo pretvarao u dva i tri dnevno, i tako sam se ubrzo 2001. prijavio na Zagrebački maraton, na utrku od 42 km, i preživio ga. S vremenom su trčanje i treniranje trčanja na duge pruge u rekreativnoj sferi postali rutinom pa sam htio da to iskuse i drugi kolege. S kolegama studentima Vedranom Radojčićem i Martinom Ljubić osmislio sam i 2003. pokrenuo utrku Medicinskog fakulteta u Zagrebu "162 stube", koja se održava i danas. Start je ispred dekanata, trči se prema "Štamparu" i natrag te iza zgrade bivše Klinike Novakovom ulicom nizbrdo u podnožje Schlosserovih stuba koje svaki student zagrebačke medicine "odguli" nebrojeno puta, te preko njih 162 stube prema zgradi dekanata.

Kao zanimljivost spomenuo bih da se broj 162 dobio na način da smo kolega Marko Vlašić hodali po stubištem i brojali ih više puta. Svaki put je broj bio drukčiji. Na kraju smo na temelju aritmetičke sredine zaključili da ih ima 162. Tada nismo mogli doći do točne informacije koliko ih ima, ostalo je da su 162, no broj je možda i drukčiji ako se broje i one veće stube pri kraju.

Koja su vaša najveća sportska dostignuća?

Kao moja sportska dostignuća spomenuo bih prvenstveno organizacijska, sa ciljem promocije trčanja, triatlona i općenito sportova izdržljivosti u svrhu prevencije bolesti i očuvanja zdravlja. Sportski rezultati su u rekreativnom okviru s više od 50 završenih maratona, više triatlona ironman distance, dva dvostruka ultra triatlona, ultramaratona i nebrojeno kraćih utrka.

Možda je jedino što bih istaknuo 11. mjesto na Svjetskom prvenstvu u dvostrukom ultra triatlonu 2014. koji je obuhvaćao 7,6 km plivanja, 360 km bicikla i 84,4 km trčanja, što sam završio za 24 sata i 19 minuta. Također smo na tom prvenstvu ekipno s hrvatskom reprezentacijom bili drugi.

Osim već spomenute utrke "162 stube", organizirao sam i Prvenstva Hrvatske u triatlonu i u ultramaratonu, a kao organizacijska kruna bilo je Svjetsko prvenstvo u trčanju na 100 km 2018., gdje sam bio direktor utrke. To se događalo u Svetom Martinu na Muri u Međimurju, gdje se okupilo 300 elitnih trkača iz 41 zemlje svijeta, a na tom projektu smo radili tri godine. Na istom smo prvenstvu proveli i istraživanje o ozljedama elitnih ultramaratonaca te poslije o tome objavili rad.

Pod sportskim postignućima smatram i sve one kolege, prijatelje i poznanike koje sam uspio pokrenuti iz sjedilačkog načina života u sportove izdržljivosti te su sada maratonci i triatlonci. Istaknuo bih posebno Nenada Šimunka, koji boluje od dijabetesa tipa 1, a koji je od neaktivne osobe tijekom godina vodstva postao maratonac i triatlonac. On je prva osoba s dijabetesom tipa 1 u Hrvatskoj koja je završila ironman triatlon. On je prva osoba na svijetu s dijabetesom tipa 1 koja je završila dvostruki i trostruki ironman. Tijekom, ali i prije i poslije njegovog dvostrukog ironmana, pratili smo njegove parametre glikemije i ostaloga te objavili case report jer do tada u znanstvenoj literaturi nije bilo poznato kako se ponaša tijelo osobe s dijabetesom tipa 1 u sportu koji bez prekida traje nekoliko desetaka sati. Te 2013. postojao je samo jedan rad na njemačkim triatloncima s dijabetesom tipa 1, ali samo u ironman triatlonu, tj. trajanju utrke do 12 sati. O svemu tome smo snimili i dokumentarni film.

Kakav je bio vaš profesionalni put?

Nakon završenog Medicinskog fakulteta u Zagrebu 2004. odradio sam staž u Županijskoj bolnici u Čakovcu te sam kraće vrijeme radio kao zamjena u ordinaciji obiteljske medicine u Lepoglavi. Tada

Pavao i Andrej

sam se zaposlio u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Varaždinskim Toplicama gdje sam radio kao sekundarac te poslije liječnik na specijalizaciji do 2012., kada sam položio specijalistički ispit iz fizikalne medicine i rehabilitacije. Usporedno sam položio i europski ispit iz te specijalizacije. Nastavio sam raditi u istoj ustanovi baveći se rehabilitacijom ozljeda kralježnične moždine do 2017. kada prelazim u Polikliniku Medikol. Doktorirao sam 2020. na MEF-u u Osijeku temom o ozljedama trkača početnika. Također, viši sam predavač na dodiplomskom studiju fizioterapije Sveučilišta Sjever u Varaždinu. Koautor sam dviju knjiga o trčanju: "Abeceda trčanja" i "Cestovno trčanje", te jedne o triatlonu - "Triatlon od supersprinta do ironmana". koja je nastala u suradnji s kolegama liječnicima Branimirom Lodetom, Draganom Milenkovićem i Majom Lodeta.

Tko ima razloga biti na koga ljubomoran, sport na medicinu ili medicina na sport?

S vremenom su se sport i medicina proželi i jednostavno ne vidim granicu, tako da ljubomore nema.

A što je zajedničko medicini i sportu?

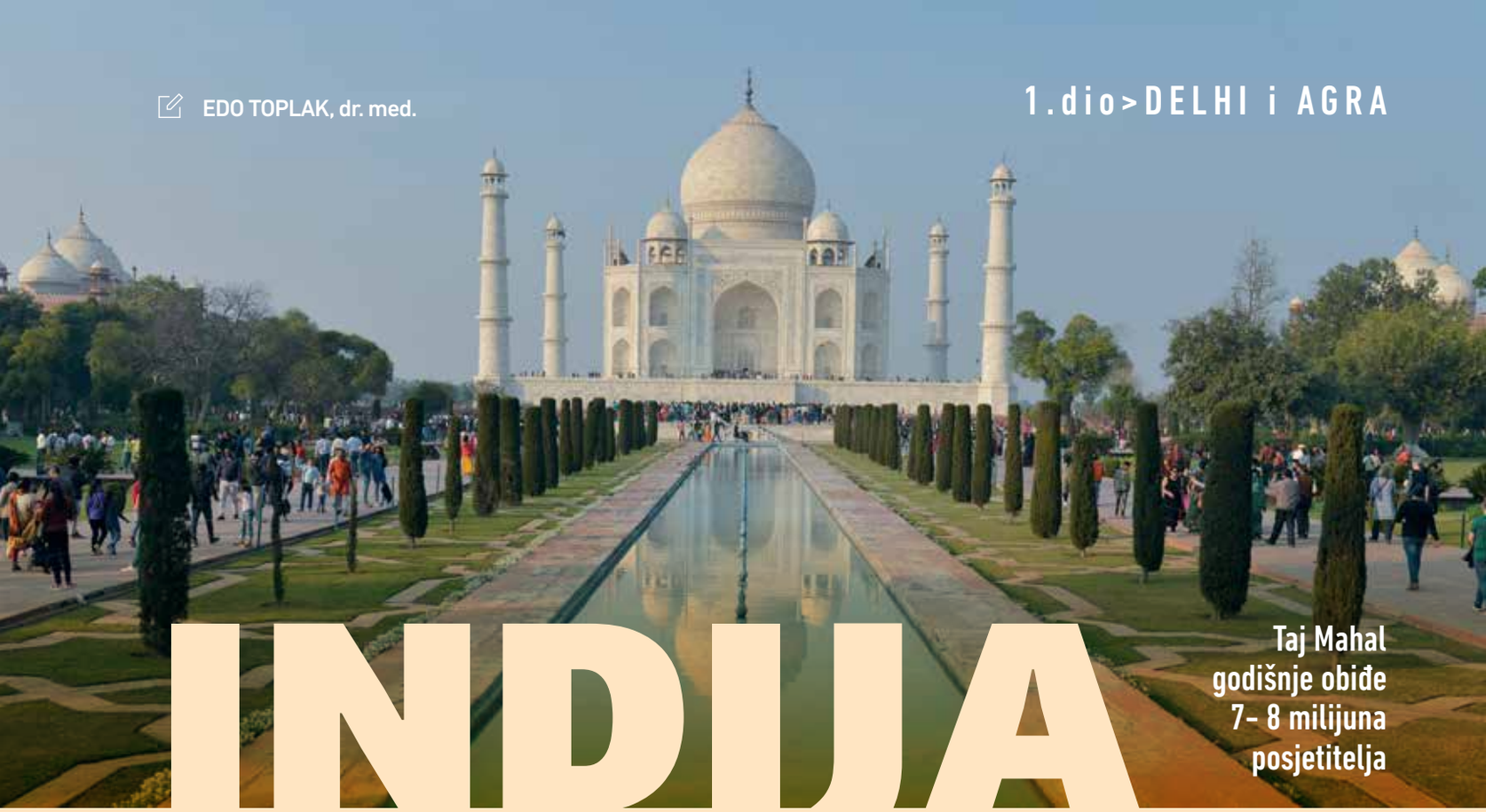
Proces medicinske rehabilitacije je konceptualno vrlo sličan, pa čak i istovjetan sportskom treningu te svoje pacijente tretiram kao sportaše. Radimo planove s kratkoročnim i dugoročnim ciljevima, periodizaciju opterećenja, objašnjavam im da bez njihovog angažmana neće biti nikakvog rezultata i da nemam čarobnu tabletu koja će u trenutku riješiti sve njihove probleme. Tu je potrebno puno razgovora i motivacije, jer je put obično dug, a često i težak. Naše društvo još uvijek zazire od tjelesne aktivnosti kao načina liječenja i na tome svi u medicinskoj zajednici trebamo raditi.

Sam liječnički poziv već je od studentskih dana idealna priprema za višesatne i višednevne utrke kao i za njihovo treniranje. Upornost, probijanje vlastitih i tuđih granica i sumnji, fizičkih i psihičkih prepreka. Od studija, preko specijalizacije do samog posla. Puno kolega se bavi sportovima izdržljivosti, vrlo vjerojatno zbog oslobađanja od svakodnevnog stresa, a time su i vjerodostojniji u savjetima koje pružaju pacijentima u pogledu zdravoga života.

Tko je Pavao Vlahek? Ima li mjesta za privatan život u takvom životu ili za kakav drugi hobi?

Prvenstveno sam suprug Zrinke Vlahek, isto tako sportašice koja je odradila puno maratona i triatlona, a zajedno smo posljednjih devet godina roditelji Andreja Vlaheka, trenutno zaluđenoga nogometom. Privatan život kao i životni prostor ispunjeni su s puno tjelesne aktivnosti kroz dan, a kada se navečer svi sretnemo, obično se u stanu spotičemo o golove, koševe, sobne bicikle i lopte. Volimo putovati, ali i tu je uvijek prilika da na putu odtrčimo neku utrku ili je barem odgledamo. **Za druge hobije jednostavno nema vremena, jedino sam počeo više "čitati" od kada su se pojavile audioknjige te tijekom trčanja kroz slušalice prođe nebrojeno stranica**.

EDO TOPLAK, dr. med.



INDIJA

Taj Mahal godišnje obiđe 7- 8 milijuna posjetitelja

ZLATNI TROKUT

U ove tople kasnoljetne dane nije u redu pisati putopise s neke svježe sjeverne destinacije poput Svalbarda. Prvenstveno zato što na Svalbardu nisam bio. Još. Stoga vas vodim na jedan klimatološki, politički i sociološki vrući potkontinent. U Indiji sam bio desetak dana neposredno prije pandemije, krajem zime prošle godine. Deset dana je premalo za uskoro najmnogoljudniju zemlju na svijetu, ali sasvim dovoljno da se obiđe ono najznačajnije u njoj. Prostor znan kao Zlatni Trokut, odnosno povijesno, geografsko i političko srce Indije omeđeno Delhijem, Agrom i Jodhpurom u državama Uthar Pradesh i Rajastan. Pa krenimo, trudit ću se ne biti previše ozbiljan u ovom opisu jer vjerujem da vam nakon odmora nije do teških tema.

Do Indije se može na više načina, provjereno najjednostavniji i najjeftiniji je da se dovezete do Beča i onda izravnom linijom Air Indije odletite u Delhi. Sve isto kao i druge „zapadne“ kompanije.

Društva što se tiče, svakako povedite nekoga jakog želuca u doslovnom i prenesenom značenju. Sa mnom su na ovaj put krenuli prijatelji iz školskih klupa, bračni par iz ubavog mjestašca kraj Zagreba u kojem muškarci piju vino iz metalnih posuda za pripremu hrane, a žene iz velike opletene flaše. Jak želudac trebat će vam da:

1. da probavi karije, korijandere, kimove, klinčiće, kurkume, kardamone i sve ostale začine koji u Indiji valjda moraju počinjati na „K“.

2. da procesuira svu onu žesticu koju iscugate pod izlikom dezinfekcije. Naime putnička je legenda da su vam u Indiji džaba sva pravila tipa „peri, guli, kuhaj“ i sav mogući oprez, te da putničku dijareju može zaustaviti samo 0,3 šljive, loze ili njihovog ječmenog ekvivalenta sa škotskog visočja. Prije i poslije svakog obroka. Ovako stroge i precizne *guidelinese* nismo se usudili izvrdati. Sad se pitate je li bilo učinkovito? Apsolutno! Razina preporuke A1. Ni „D“ od proljeva. Niti „V“ od povraćanja. Savršeno. A i raspoloženje je cijelim putem bilo na visini. Inače alkohol je u Indiji nenormalno i neopravdano skup. Žesticu smo srećom donijeli. Pivo je 30 kuna u restoranu, u hotelu 60 kuna. Pio sam vino, bijelo je nepitko. Kad netko zagorskih korijena poput mene izrazi oksimoron poput “nepitkog vina” onda to ima težinu. Crno sam uspio progutati.

3. da ne vrati na svjetlo dana sve one začine navedene ranije kada naiđete na primjere neopisive bijede, gole djece čija su igrališta hrpe smeća, sakate i gubave prosjake, obitelji koje žive uz cestu u nastambama prema kojima su straćare u favelima Ria vile s Pantovčaka, a daščare slamova Cape Towna izgledaju kao Shangri La hoteli.

Nemojte me shvatiti krivo na početku, Indija je predivna, zadivljujuća, očaravajuća, zanimljiva i prije svega intenzivno egzotična zemlja, ali je šetnja njome tako strahovit rollercoster boja, mirisa, okusa, zvukova i doživljaja koji

vas istovremeno opali svom snagom u glavu i u trbuh. Bez obzira koliko pripremljeni bili, nekoliko dana poput grogiranog boksača bauljate po ringu dok se konačno ne priberete. No zujat će vam u ušima još dugo nakon što se vratite kući.

Cilj mog puta u Indiju nisu bile boje, mirisi i doživljaji već jedna konkretna slika koja me proganja od najranijeg djetinjstva. Znate o čemu s radi, no vratimo se za sada još malo u glavni grad.

Promet u Delhiju je fascinanatan. Metro im je savršen, subota navečer, vlakovi dolaze svake minute. Svake minute! Sve je polizano čisto. Cijena vožnje od 2 do 5 kuna. Sjajno, ali to ću brzo zaboraviti. Ono što, međutim, sigurno neću zaboraviti, ne uskoro već nikada, je promet u staroj jezgri grada. Old Delhi. Koloplet potpunog kaosa. Ne može se to prenijeti riječima. Ovdje trube, ne zatrube ponekad, već svi trube neprestance. Tko god da je od hinduskih božanstava zadužen za sigurnost u prometu taj ima pune ruke posla, a sigurno je i vrlo moćan. Da nije, ovi Indijci bi se svi poubijali u par dana. Željeznicom se nismo vozili, karte se mogu kupiti 45 dana prije puta pa domaći i agencije brzo razgrabe one zanimljive, posebno noćne vlakove. Bus smo probali samo jednom i to na vrlo kratkoj relaciji. Natrpani ko sardine u znoju. Jedina realna opcija kretanja izvan gradova je unajmljivanje automobila s vozačem. U gradovima najčešće koristite tuk-tuk, trokolicu sa četiri sjedala po cijeni oko 10 kn po vožnji.

Od Bliskog do Dalekog istoka, odnosno od Jordana do Japana, električari su majstori zanata, no u Delhiju to nije dovoljno. Ovdje se može snaći samo umjetnik blagoslovljen intuicijom i zrnom genijalnosti.

Najzanimljivije atrakcije Indije su građevine, i to mauzoleji, tvrđave i dvorci. Sve njih u Uttar Pradeshu su sagradili Mongoli koji su osvojili sjeverni dio indijskog potkontinenta krajem 15 st. donijevši islam u Indiju. Dakle, gotovo sve što se danas isplati vidjeti u Utar Pradeshu napravilo je tih šest šahova uglavnom u 16. i 17. stoljeću. U Rajastanu je stanje malo drukčije. Tamo su dvorce i tvrđave gradili pokrajinski vladari. Maharadže. Inače, arhitektonski nazivi su im bolno romantični. Jantarna tvrđava, Plavi grad, Ružičasti grad, Krunski dvorac, Palača vjetrova, Grad duhova, Crvena tvrđava...

Poslije Delhija, krenuli smo do najiščekivanijeg odredišta na našem putu. Agre. Kao i Delhi to je grad većinom nastanjen muslimanima. U njemu je primarni cilj našeg putovanja. Prilazim pun iščekivanja. Hoće li me razočarati? Nakon kratkog prolaza kroz kulu preda mnom se otvara pogled koji ubrza bilo i zaustavi dah i najbradikardnijem tahipnoičaru. Mogu to usporediti samo s onim trenutkom kad izlazite iz kanjona u Petri i ugledate "Riznicu". Ovo je ipak još jače. Taj Mahal. Napokon. Poslije pola stoljeća iščekivanja on i ja oči u oči.

I je li se isplatilo? Je. Stvarno je predivan. Najljepša građevina koju sam vidio. Sve što dalje kažem suvišno je. Stvar je u skladu i dojmu, prostranom plavom nebu, odrazu u fontanama i igri svjetla na mramoru. Taj Mahal, ruku na srce, nije vrhunac graditeljstva svog vremena. Naime u isto vrijeme, zapravo nekoliko desetljeća ranije u Europi, Michelangelo gradi mnogo veću, zahtjevniju i značajniju grobnicu, baziliku Sv. Petra u Vatikanu, a par desetljeća kasnije Kralj Sunce gradi si Versailles. Ipak, kao što rekoh, sklad i vizualni dojam, osjećaji koje izaziva i priča u koju je umotan Taj Mahal čine nenadmašnim. Kad smo već zbog njega došli ovamo nije nam bilo teško da ga posjetimo dvaput. Jednom u kasno popodne, jednom u zoru.

>>

U prirodi ili u gradu, majmuni su društvo kojeg se u Indiji nećete lako riješiti.

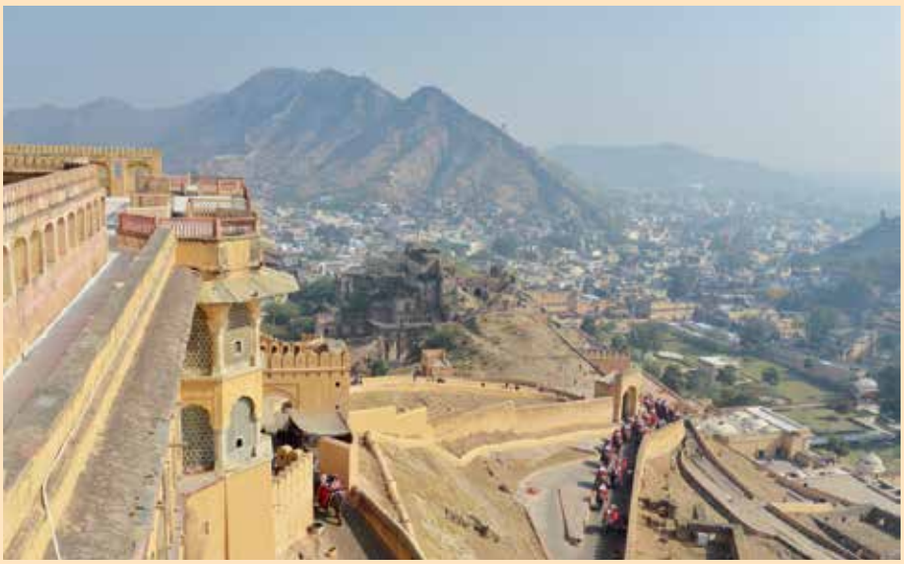
Priča o Taj Mahalu ima svoju istinitu verziju i onu povijesno iskrivljenu. Siguran sam da ste ih čuli, ali svejedno da ponovimo.

Realna: Šećući tržnicom, naočit, obrazovan, kulturan, mio i što je vrlo bitno zgodan princ, zagleda se u prekrasnu strankinju koja je prodavala robu iz dalekih krajeva. Beznadno se zaljubi i obaspe ju darovima i pažnjom dok njeno srce ne popusti i ona pristane udati se za njega. Godine su im prolazile u sreći, ljubavi i zagrljajima, princ postade Šahom, vladarem svog carstva, a svoju ženu prozva Mumtaz Mahal "Draguljem Dvora". Alah ih blagoslovi sa šestero zdrave i dobre djece. No kako šejtan ne spava, već samo snuje kako unesrećiti ljude, pri porodu sedmog djeteta Mumtaz iskrvari. Zadnjim riječima na njeno uho Šah se zakle da će čuvati njihovu djecu i sagraditi joj grob kakvog na svijetu nema. I usne Šah san u kojem mu se ukaza prekrasna grobnica s četiri minareta od bijela mramora na obali rijeke.

Dovede Šah majstore odasvuda: iz daleke Italije i Samarkanda, Buhare i Kine, nije žalio para da sagradi mauzolej kakav zaslužuje njegova ljubav. Mramor se nosio iz pustinje Tar, drago kamenje iz Afrike i s juga Bengala. Šah sagradi građevinu od koje zarose oči svakome tko je vidi, položi tijelo ljubljene u mramorni sarkofag u njoj i prozva je Taj Mahal, tj. "Krunska palača" Pa nakani Šah sagraditi drugu takvu za sebe. Istu, ali od crnog mramora s one strane rijeke, i odluči sagraditi most od srebra da spaja njihova dva groba. Ali njegov mili sinak, vidjevši koliko otac pati, odvuče silom oca s tog mučeničkog posla i naloži mu da se odmori na sigurnom mjestu u utvrdi s koje puca prekrasan pogled na Taj Mahal. Nakon nekoliko godina usne veliki Šah u miru i bje pokopan kraj voljene mu žene gdje i danas počivaju grleći se kroz žile plemenita bijela mramora.

E, sad ona inačica iskrivljena raznim povijesnim istraživanjima, svjedočanstvima i dokumentima! Sredinom 17. stoljeća zemljom je vladao peti po redu mogulski vladar Indije, Šah bahat, nemilosrdan i nimalo lijep. Ne bi li ga učinio manje arogantnim, tata mu dade skromno ime Jahan "Vladar svijeta". Da bi došao na vlast u stilu svoga plemena i vremena, jer bje on potomak Džingisa i Timura, pobio je svu rodbinu, a protjerao je i rođenu majku. Zakraljio se u Agri na obali rijeke Yamun i tu si uredio tvrđavu. Ugušio je u krvi nekoliko ustanaka i obogatio se preko mjere, pa krenuo i u nabavku harema. Tridesetak žena, ništa pretjerano. Deda i tata imali su par stotina svaki. Svoju drugu ženu nabavio je u Perziji odakle mu je došao čukundeda Babur, prvi veliki Šah. Nju je opterećivao trudnoćama preko mjere, dok bi se on skitao carstvom od Lahorea do Goe i od Amritsara do

U obilazak hramova i svetišta nije zgoreg krenuti s natikačama ili japankama. Uštedit ćete sate na izuvanje i obuvanje.



Zvukovi, boje i mirisi zaokupljaju vam čula u gužvi gradova, no niti uspon na osamu ne donosi predah od uzbudljive egzotične ljepote.

Madrasa. Volio je lijepe stvari, lijepe slonove, lijepe žene, dobar ples i zvonku glazbu, opijum i vrhunsko vino. Zapravo volio je sve lijepo, a kako je imao para gradio je prekrasne zgrade, hramove, tvrđave...

Pošto mu nesretna druga žena, ona Perzijanka, umre u 38. godini života pri svom četrnaestom porodu, potaknut grizodušjem ili umjetničkim zanosom, a možda, ne budimo okrutni i pravom ljubavi, izokrene on kesu, pa upregne u posao 20 000 ljudi. Gonio ih je 17 ljeta. Ništa mu nije bilo dovoljno dobro, pa je nametao sve veće i veće poreze, izgulio svoje podanike do subcutisa i doveo carstvo do bankrota. Njegov sin vidjevši da mu je stari skroz ošo na kvasinu i da će on morati otplaćivati njegove grandiozne dugove cijeli život, prekide te ludorije, svrgne Jahana s prijestolja i zatvori ga u tvrđavu. Zatvor je bio luksuzno krilo palače u kojoj se stari provodio u raskoši, a imao je i hrpe prozora i terasu s koje se lijepo vidio Taj Mahal.

Svi znamo da je prva verzija istinita i realna, ali morao sam ispričati i ovu drugu bezveznu.

Sa svoje strane mogu samo reći iz prve ruke da razumijem tog tipa Jahana kad su u pitanju Perzijanke. Te stvarno mogu čovjeku zavrtjeti glavom, a u građevinarstvo se slabo kužim.

Malo praktičnih detalja. Ulaznica za strance dođe 110 kuna, posjet unutrašnjosti mauzoleja još 20 kuna. Žeton za ulaz vrijedi tri sata. Inače bi ljudi ostali cijele dane. U samom mauzoleju grobovi su Mumtaz i Jahana, i to u podrumu. Na razini ulaza stoje njihove replike za koje svi turisti misle da su pravi grobovi, no nisu, ali su im identični. Moram vam reći da mi iznutra nije skroz leglo. Sagradio je kao fol spomenik svojoj ljubavi, a onda stavio sebe u grob povišen nad njenim. I veći. Za ulaz ne morate skinuti cipele kao na prilazima svim drugim iole svetijim hinduskim i muslimanskim grobnicama, hramovima, svetištima, ali morate navući navlaku preko obuće.

Iz Agre nastavili smo na jug i zapad prema Fatehpuru, Jaipuru, Pushkaru i Jodhpuru, prema Rajastanu i pustinji, ali o tome možete pročitati u nastavku ovog putopisa u idućem broju LN-a.

Srdačno, Vaš ET

edo.toplak@zg.t-com.hr

Stoka krupnog zuba, ali i ona sitnoga, kao i sve ostale domaće životinje nisu ravnopravni, već privilegirani sudionici u kaosu Indijskog prometa.

DOBAR DOKTOR

SENAD MUSLIĆ, dr. med.
spec. obiteljske medicine, Samobor

Je li dobar doktor/doktorica onaj koga svi hvale, ili ima lijepo uređenu web stranicu, ili ima brojne pratitelje na svojoj društvenoj mreži, ili ima po zidu obješene potvrde s edukacija diljem svijeta, ili je prisutan u medijima, ili je jednostavno dobar …? To me podsjeća na neke tzv. *celebrity osobe* koje su poznate samo zato što su – poznate. A veliko je pitanje što stoji iza njih, većina to ne zna.

Radim u obiteljskoj medicini i promatram ovo pitanje iz perspektive svoje struke. Pacijentica mi prepričava razgovor s karmina (obredno druženje u pokojnikovoj kući) o tome kako jedan od prisutnih hvali svog doktora koji mu preventivno daje azitromicim kako ne bi dobio upalu grla. Drugi se hvali da mu njegov doktor daje nalog za uzimanje obriska na SARS-CoV-2 u kući da ne čeka dugo u redu. Dobar je doktor i zbog toga što je azitromicinom izliječio sve svoje pacijente od COVID-19. Moja pacijentica kaže da joj nije jasno jesu li oni zaista bolji doktori od mene. Prepuštam joj da sama donese odluku.

Jedna Facebook grupa u mom gradu s preko pet i pol tisuća članica razmjenjuje informacije i razmišljanja o svemu i svačemu, pa tako i komentare o doktoricama i doktorima. Nekoga proglašavaju dobrim, drugoga lošim, dakako prema njihovim kriterijima. Dobra je ova doktorica jer je … *stalno nasmijana* i jer se … *nikad ne suprotstavlja*, dobra je i ona druga jer se kod nje … *sve može dobiti preko e-maila* i još nikad … *nije odbila napisati uputnicu*, dobar je taj i taj doktor jer se … *tako i tako sve dogovara s njegovom sestrom*, dobar je jer … *dobije bolovanje kad god joj treba*, dobra je jer … *je dostupna cijeli dan*. Ako se neki liječnik ne uklapa u ovakve ili slične okvire, taj je „loš“ i energično ga se upućuje neka preseli svoj kartone onome koji je „dobar“. Gledajući ove kriterije, ja nisam dobar doktor. Nastojim raditi po pravilima struke, nastojim obavljati samo nužne pretrage i propisivati medicinski opravdanu terapiju, nastojim većinu pacijenata liječiti u svojoj ordinaciji, a pacijentima sam dostupan samo tijekom radnog vremena. Naravno, „dobar“ je i onaj doktor koji primi moje nezadovoljne pacijente jer oni kod njega „dobiju“ ono što kod mene nisu mogli dobiti.

Vremena su se definitivno promijenila. Kad sam bio početnik u ovom poslu smatrao sam dobrim doktorom onoga koji postavi točnu dijagnozu i izliječi pacijenta. Tadašnji doktor se nije želio svidjeti pacijentu, nego ga izliječiti. Bilo je puno manje dostupne dijagnostike, ali se oslanjao na propedeutiku. Radio je na prevenciji i edukaciji, imao je brojne stručne vještine i s stručnoga gledišta vjerojatno bio uspješniji nego kasnije generacije. Imao je značajno više vremena za rad s pacijentom i neusporedivo manje administracije. Nije imao računalo na stolu, ali su kartoni pacijenata bili vrlo dobro vođeni. Ovo nije žalovanje za nekim prošlim vremenima, nego dilema jesmo li, unatoč većem znanju, tehnologiji i mogućnosti liječenja, danas bolji ili lošiji doktori?

U krajnjem slučaju, važni su jedino ishodi liječenja. Ali tko mi to može reći, tko me evaluira kako stojim sa svojim radom u usporedbi s drugim kolegama, na temelju čega se procjenjuje moja uspješnost, imam li pravo reći da dobro liječim svoje pacijente, mogu li na kraju dana mirno zaspati znajući da sam za njih napravio sve što znam? Jesu li ovo floskule i tlapnje čovjeka nekoliko godina prije mirovine ili propitivanja o tome kakvi smo mi zapravo?

U nedostatku pravih odgovora na ova pitanja, današnje vrijeme donosi nove procjenitelje i kriterije moga rada. Procjenitelji su pacijenti, a kriterij je jedan jedini, moja *dopadljivost*. U gore navedenoj facebook grupi moje poštovane sugrađanke nemaju problema niti se zamaraju razmišljanjima o kvaliteti. Moram se upitati kako danas javnost sebi daje za pravo odlučivati o nečijoj kvaliteti na temelju njegove/njezine dopadljivosti. Čini mi se da taj pojam drukčije shvaćamo. S obzirom na to da liječenje treba biti partnerski odnos doktora i pacijenta, jer trebam njegovu suradnju za uspješan rezultat, smatram da pacijentu trebam reći ono što znam o njegovim tegobama i upoznati ga s daljnjim postupcima i liječenjem. Kao liječnik nikad nisam imao nesporazuma s nisko obrazovanima ili pak razumnima visoko obrazovanim pacijentima. Oni prvi vjeruju da radim

sve u njihovom interesu, a oni drugi su svjesni da o medicinskim pitanjima ne znaju dovoljno i vjeruju da kvalitetno radim svoj posao kao što oni rade svoj. Tzv. „google doktori" spadaju u kategoriju onih koji si daju za pravo odlučivati o onom što im je potrebno. Dakako, medicinska znanja se strahovito brzo mijenjaju i dosta ih je teško pratiti, pogotovo nama iz obiteljske medicine. Nužno je kontinuirano praćenje informacija iz svih specijalnosti. Kasnimo li sa svojim saznanjima o novim dijagnostičkim postupcima ili liječenju, takvi nas pacijenti vrlo lako zaskoče sa svim dostupnim internet informacijama. Tu dolazimo do trenutka kada, ako smo sigurni u sebe i svoje znanje, mi donosimo odluke ili se prepuštamo pacijentu koji onda samo naručuje ono što misli da treba.

Tko je onda bolji doktor: onaj koji aktivno vodi pacijenta kroz njegovu bolest ili onaj koji mu ispunjava sve želje? Je li bolji onaj koji je dopadljiv ili onaj koji indicira nužno potrebne pretrage i nalaže racionalnu terapiju?

S druge strane, tko pacijentima daje za pravo da u javnosti iznose kvalifikacije kakav je tko doktor? Kakve kvalifikacije imaju da bi mogli procjenjivati kvalitetu nekog doktora? Istina je da nitko nema pravo zabranjivati drugome iznošenje mišljenja, ali gdje je granica između mišljenja i „presude"? Gdje je granica između prava na govor i klevete, uvrede ili omalovažavanja? Pravna struka to poznaje i drugi tada energično reagiraju, a gdje smo mi u tome? Hoćemo li nekoga tužiti ako loše govori o nama ili ćemo ići linijom manjeg otpora i biti susretljivi, dopadljivi, nasmijani, dostupni na svim medijima i platformama ili, pojednostavljeno, pacijentima „ne praviti probleme"? Hoće li bilo tko od nas podići tužbu za klevetu ili prijaviti Facebook-u iznošenje *haterskih* objava?

Dijelu javnosti nije jasno da nema nikakvo pravo donositi kvalifikacije na temelju paramedicinskih parametara jer nije educiran da bi mogao ocjenjivati stručnost doktora. Pacijentu nije jasno da njegova informacija nije znanje. Znanje imamo mi doktori, ili bismo trebali imati, mi koji pacijenta sagledavamo u njegovoj cijelosti. Dugačak je i zahtjevan napor koji treba uložiti kako bi pacijenti to shvatili. Onda će nam vjerovati.

senad.muslic@zg.t-com.hr

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 (uključujući razmake) 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: **lijecnickaprica@hlk.hr** s naznakom **"Natječaj za Liječničku kratku priču"**.

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, gđi. Maji Ferenčak, 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 dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije. Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: tmi@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

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

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

Prekomjerno aktivni mokraćni mjehur – jučer, danas, sutra
Mediately (Modra jagoda d.o.o.)
https://mediately.co/hr/cme, 1.4.-30.6.2022.
Žana Prislan, tel: 038641208970,
e-mail: zana.prislan@mediately.co

Kompletan pristup LUTS liječenju
Mediately (Modra jagoda d.o.o.)
https://mediately.co/hr/cme, 1.4.-30.6.2022.
Žana Prislan, tel: 038641208970,
e-mail: zana.prislan@mediately.co

Prekomjerno aktivni mokraćni mjehur – jučer, danas, sutra
Mediately (Modra jagoda d.o.o.)
https://mediately.co/hr/cme, 1.7.-31.8.2022.
Žana Prislan, tel: 038641208970,
e-mail: zana.prislan@mediately.co

SGLT2 inhibitori u rukama nefrologa 2
Hrvatsko društvo za hipertenziju
https://kurikulum.hdh.hr,
07.07.2021.-07.01.2022.
Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: kurikulum@hdh.hr

Astma - predavanje
Dedal Komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
07.07.2021.-28.02.2022.
Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Astma - interaktivni modul
Dedal Komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
07.07.2021.-28.02.2022.
Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Diuretici u modernom liječenju hipertenzije
Dedal Komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com,
14.07.2021.-31.03.2022.
g. Marko Bagarić, tel: 091400120,
e-mail: marko@dedal.hr

Dijagnostika, klinička slika i liječenje migrene
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 15.07.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Reumatske bolesti i osteoporoza
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 19.07.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Što nakon COVID-19?
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 20.07.-01.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Psihoze i komorbiditeti
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 20.07.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Što promijeniti da prvi osteoporotični prijelom Vašeg bolesnika ostane i posljednji?
Hrvatsko društvo za osteoporozu
online webinar, 20.7.-31.12.2021.
g. Marijo Haban, tel: 016062488,
e-mail: hdo@osteoporoza.hr

Sigurnost cjepiva protiv bolesti COVID-19
Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED)
online, 6.9.2021.-6.3.2022.
Iva Kuliš, mag.pharm., spec.univ.oec.,
tel: 014884361, e-mail: dhpc@halmed.hr

Polineuropatije i neuropatska bol
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 10.08.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

2. modul "Što učiniti da prvi osteoporotični prijelom vašeg bolesnika ostane i posljednji"
Hrvatsko društvo za osteoporozu
online skup, 17.8.-31.12.2021.
Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@emed.hr

3. modul "Što učiniti da prvi osteoporočni prijelom vašeg bolesnika ostane i posljednji?"
Hrvatsko društvo za osteoporozu
edu.e-med.hr, 17.8.-31.12.2021.
Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@emed.hr

Astma i adherencija
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 20.08.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med.,
tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Anksiozni poremećaji
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 01.09.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med.,
tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Zatajivanje srca
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 01.09.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Benefiti liječenja dislipidemije
Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 01.09.-31.12.2021.
dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Interaktivni tečaj /EKG U KLINIČKOJ PRAKSI
DNOOM
Zagreb, 1.9.2021.–1.3.2022.
dr. Biserka Bergman Marković,
tel: 014590100,
e-mail: tomislav.cunko@dnoom.hr

Upotreba lijekova u kliničkoj praksi liječnika obiteljske medicine: lijekovi kojima se liječe karovaskularne bolesti
DNOOM
Zagreb, 1.9.2021.–1.3.2022.
dr. Biserka Bergman Marković,
tel: 014590100,
e-mail: tomislav.cunko@dnoom.hr

Akutni koronarni sindrom u obiteljskoj medicine
DNOOM
Zagreb, 1.9.2021.–1.3.2022.
dr. Biserka Bergman Marković,
tel: 014590100,
e-mail: tomislav.cunko@dnoom.hr

Mjesto tikagrelora u modernom liječenku AKS
Sandoz d.o.o.
webinar, 7.9.2021.
Ema Mahmić, tel: 091 2353 413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

EDUKACIJSKA VJEŽBA ZA DOKTORE MEDICINE
ZAVOD ZA HITNU MEDICINU VARAŽDINSKE ŽUPANIJE
Ludbreg, 8.9.–10.9.2021.
Mario Matoc, med.teh., tel: 0914900112,
e-mail: hitnasluzba94@gmail.com

1. POSLIJEDIPLOMSKI TEČAJ I. KATEGORIJE KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA HITNIH STANJA U NASTAVNO ZDRAVSTVENOJ USTANOVI
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Katedra za kirurgiju i anesteziologiju s reanimatologijom, Kabinet za vještina
Osijek, 09.09.–10.09.2021.
Iva Roguljić, tel: 0915245244,
e-mail: iroguljic@fdmz.hr

13. HRVATSKIKONGRES O GINEKOLOŠKOJ ENDOKRINOLOGIJI, HUMANOJ REPRODUKCIJI IMENOPAUZI
HRVATSKO DRUŠTVO ZA GINEKOLOŠKU ENDOKRINOLOGIJU IHUMANU REPRODUKCIJU
Opatija, 9.9.–11.9.2021.
Maja Orsag, tel: 0913330734,
e-mail: maja@contres.hr
Iznos kotizacije: 1400kn liječnik specijalist do 14.8., 1.600 kn liječnik specijalist od 15.8., 700 kn specijalizant, 700 kn sponzorsko osoblje

Tečaj mehaničke ventilacije
Opća bolnica "Dr Josip Benčević"
Slavonski Brod, 9.9.–11.9.2021.
Matija Jurjević, tel: 0955170555,
e-mail: mtjurjevic@yahoo.com
Iznos kotizacije: 2500kn

Tribina "Umjetna inteligencija u oftalmologiji"
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
online, 9.9.2021.
gđa. Nevenka Jakopović,
tel: 0993740159,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

"Suicidalnost u djece i adolescenata: slušati, pitati, povezati".
Centar DAR
Zagreb, 9.9.2021.
Petra Knežević, tel: 098319834,
e-mail: centardar@gmail.com
Iznos kotizacije: 150 kn

Providens u pulmologiji
Providens d.o.o.
Rijeka, 11.9.2021.
Ivana Grigić, tel: 0995828534,
e-mail: ivana.grigic@providens.org

MEDICINSKA AKUPUNKTURA
UČILIŠTE LOVRAN - ustanova za obrazovanje odraslih
Opatija, 13.9.–28.11.2021.
Irena Plantak, tel: 051293851,
e-mail: info@wellness.hr
Iznos kotizacije: 12.000 kn

Snažna patronažna - komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti
Nastavni zavod za javno zdravstvo "
Dr. Andrija Štampar"
Donja Stubica, 15.9.–17.9.2021.
Karmen Arnaut, tel: 0919252091,
e-mail: karmen.arnaut@stampar.hr

International e-Symposium on Acne
NAOS Adria d.o.o.
Zagreb, 15.9.2021.
Maja Kurtanjek, tel: 0955837802,
e-mail: maja.kurtanjek@hr.naos.com

13th International Scientific and Professional Conference WITH FOOD TO HEALTH / 13. međunarodni znanstveno-stručni skup HRANOM DO ZDRAVLJA
Prehrambeno-tehnološki fakultet Osijek
Osijek, 16.9.–17.9.2021.
doc.dr.sc. Antun Jozinović, tel: 031224336/0989717414,
e-mail: ajozinovic@ptfos.hr
Iznos kotizacije: 1.200 kn

3rd South-East European Conference on Travel, Tropical, Migration Medicine and HIV and the 4th Croatian Conference on Travel, Tropical, Migration Medicine and HIV
HRVATSKO DRUŠTVO ZA PUTNIČKU, TROPSKU IMIGRACIJSKU MEDICINU HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA
Zadar, 16.9.–19.9.2021.
Vid Benko, tel: 098508502,
e-mail: info@vivid-original.com
Iznos kotizacije: 2.625,00 kn

Jačanje kompetencija zdravstvenog osoblja u prevenciji šećerne bolesti i njenih komplikacija
Klinička bolnica Merkur
online, 16.9.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

Endokrina rezistencija kao kriterij izbora CDK4/6 inhibitora – iskustva s lijekom Verzenios
Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 16.9.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Napredni ITLS tečaj
Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 17.9.–19.9.2021.
Žarka Rogić, dr. med., tel: 099 3115843,
e-mail: itls.prijave@gmail.com
Iznos kotizacije: 3.000 kn

Torch i druge infekcije u trudnica i djece: epidemiologija, klinička slika, 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

Jačanje kompetencija zdravstvenog osoblja u prevenciji šećerne bolesti i njenih komplikacija
Klinička bolnica Merkur
online, 17.9.2021.
Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

Snažna patronažna - komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti
Nastavni zavod za javno zdravstvo "
Dr. Andrija Štampar"
Zagreb, 17.9.2021.
gđa. Karmen Arnaut, tel: 0919252091,
e-mail: karmen.arnaut@stampar.hr

ALZHEIMEROVA BOLEST I FRONTOTEMPORALNA DEMENCIJA U KLINIČKOJ PRAKSI
Medicinski fakultet Zagreb
Zagreb, 17.9.2021.
Mario Cvek, tel: 014566966,
e-mail: mario.cvek@mef.hr
Iznos kotizacije: 200 kn

Poslijediplomski tečaj trajnog medicinskog usavršavanja - on line: Konstipacija u teoriji i praksi: Od obiteljskog liječnika i gastroenterologa do kirurga.
Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju KB Sveti Duh - Referentni centar za funkcijske poremećaje GI sustava i Sekcija za nerogastromotilitet Hrvatskog gastroenterološkog društva
Zagreb, 18.9.2021.
Rosana Troskot Perić, tel: 0913213993,
e-mail: rtroskot@gmail.com

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Valpovo, 18.9.–21.9.2021.
Marija Štivičić, tel: 0993394859,
e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Tečaj trajne medicinske edukacije/ Ultrazvuk štitnjače
Zavod za endokrinologiju i dijabetes, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb
Zagreb, 20.9.–15.10.2021.
Sunčana Zgaga, tel: 012376581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr
Iznos kotizacije: 8.000 kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

UZV ŠTITNJAČE 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

Klinička obilježja lijeka Trulicity, 20.9.2021 Zagreb
Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 20.9.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Edukacijske vježbe obnove znanja i vještina za doktore medicine i med.sestre/tehničare izvanbolničke HMS
Zavod za hitnu medicinu Brodsko posavske županije
Slavonski Brod, 20.9.-23.9.2021.
Branka Bardak, tel: 0953850001,
e-mail: bardakb18@gmail.com

Vis 2021 - 12. memorijalni međunarodni simpozij "Prof.dr. Miljenko Marinković"
Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 20.9.-31.12.2021.
Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@emed.hr

VITAMIN D
Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Hrvatsko društvo za osteoporozu, Hrvatsko reumatološko društvo, Hrvatsko društvo za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
Zagreb, 22.09.2021.
Draško Pavlović, tel: 0917299959,
e-mail: draskop1311@gmail.com

Klinička obilježja lijeka Trulicity
Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 22.9.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Infarkt miokarda – svaka minuta je hitna!
Sandoz d.o.o.
webinar, 22.9.2021.
Tomislav Stojanović, tel: 0912353423,
e-mail: tomislav.stojanovic@sandoz.com

Infarkt miokarda – svaka minuta je hitna!
Sandoz d.o.o.
webinar, 22.9.2021.
Irena Gržentić, tel: 0912353212,
e-mail: irena.grzentic@sandoz.com

Djelotvornost lijeka Trulicity od kliničkih ispitivanja do kliničke prakse, 23.9.2021 Zagreb
Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 23.9.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Infarkt miokarda – svaka minuta je hitna!
Sandoz d.o.o.
webinar, 23.9.2021.
Dunja Žunić, tel: 0911353818,
e-mail: dunja.zunic@sandoz.com

Infarkt miokarda – svaka minuta je hitna!
Sandoz d.o.o.
webinar, 23.9.2021.
Luka Radmanić, tel: 0912353424,
e-mail: luka.radmanic@sandoz.com

Infarkt miokarda – svaka minuta je hitna!
Sandoz d.o.o.
webinar, 23.9.2021.
Dženita Šola, tel: 0911202945,
e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

24. konferenciju Međunarodnog društva za funkcionalnu električnu stimulaciju (IFESS)
Specijalna bolnica Martin Horvat 1888 i IFESS
Rovinj, 23.9.-24.9.2021.
gđa. Tatjana Mrzljak, tel: 0989828478,
e-mail: tatjana@filidatravel.hr
Iznos kotizacije: 2.000 kn

„2021 Annual Meeting Of The Croatian Immunological Society“
HRVATSKO IMUNOLOŠKO DRUŠTVO
Trogir, 23.9.-25.9.2021.
gđa. Inga Kavazović, tel: 051651293,
e-mail: imunoloskodrustvoHR@gmail.com
Iznos kotizacije: Rana prijava – do 08.09.2021. Članovi s doktoratom: 300 kn Članovi bez doktorata: 150 kn Kasna prijava – od 08.09.2019. Članovi s/bez doktorata: 400 kn Umirovljenici su oslobođeni kotizacija.

Kongres s međunarodnim sudjelovanjem "Physiotherapia Croatica 2021"
Hrvatski zbor fizioterapeuta
Opatija, 23.9.-25.9.2021.
Snježana Benko, tel: 0951969090,
e-mail: snjezanabenko@windowslive.com
Iznos kotizacije: 900/1000kn

2nd Regional Course on Body CT/MRI
Klinički zavod za radiologiju, KBC Rijeka i Medicinski Fakultet Sveučilišta u Rijeci
Opatija, 23.9.-25.9.2021.
Vladimir Kanić, tel: 0916622260,
e-mail: conference@puppis.eu
Iznos kotizacije: 150 Eur - specijalisti, 100 Eur - specijalizanti

Oporavak nakon katastrofalnih doživljaja
Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot" Popovača, Klinika za psihijatriju Vrapče, HZJZ
Popovača, 24.09.2021.
dr. Dragan Puljić, tel: 098236628,
e-mail: drpuljic@gmail.com

Snažna patronažna - komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti
Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Zagreb, 24.9.2021.
Karmen Arnaut, tel: 0919252091,
e-mail: karmen.arnaut@stampar.hr

Providens u neonatologiji 2021
Providens d.o.o.
Rijeka, 25.9.2021.
Ivana Grigić, tel: 0995828534,
e-mail: ivana.grigic@providens.org
Iznos kotizacije:

Novi potencijali lijeka Trulicity, 28.9.2021 Zagreb
Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 28.9.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

1. Stručna konferencija "Suradnjom u EU projektu "Svi za pamćenje (SPAM)" do bolje skrbi za osobe s demencijom i njihove obitelji"
Hrvatska udurga za Alzheimerovu bolest
Zagreb, 29.9.2021.
Tajana Dajčić, tel: 0914004138,
e-mail: tajana@alzheimer.hr

Morning Health Talk - Successful Partnership in Healthcare Innovation
Sveučilište u Zagrebu
Zagreb, 29.9.2021.
dr.sc. Ana Branka Jerbić, tel: 098575653,
e-mail: ajerbic@unizg.hr

XXX. Znanstveni sastanak "Bolesti dojke"
Razred za medicinske znanosti HAZU i Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu
Zagreb, 30.09.2021.
gđa. Tihana Pavičić Mlinar, tel: 014895171,
e-mail: tihana@hazu.hr

124. Kongres poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Opatija, 30.9.-1.10.2021.
g. Ivan-Kristijan Baricevic, tel: 0958552878,
e-mail: ivan.kristijan.baricevic@upuz.hr
Iznos kotizacije: 1.750 kn

Vis 2021 - rasprave i radionice
Hrvatsko društvo za hipertenziju
Vis, 1.10.-2.10.2021.
Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@emed.hr

9. hrvatski simpozij o dojenju 'Zaštitimo dojenje - podržimo Kod'
Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje
Zagreb, 1.10.2021.
Banana Kunina, tel: 098391938,
e-mail: banana.kunina@gmail.com
Iznos kotizacije: rana kotizacija 200 kn, odnosno 100 kn za članice HUSD-a; kasna kotizacija (iza 1.9.) 300 kn, odnosno 150 kn za članice HUSD-a.

Jačanje kompetencija zdravstvenog osoblja u prevenciji šećerne bolesti i njenih komplikacija
Klinička bolnica Merkur
online, 1.10.2021.
Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

III. Kongres Hrvatskog društva za pelviperineologiju s međunarodnim sudjelovanjem. II. Poslijediplomski tečaj iz zdjelične medicine.
Hrvatsko društvo za pelviperineologiju
Poreč, 1.10.-3.10.2021.

Rajko Fureš, tel: 098251966,
e-mail: rajko.fures@kr.t-com.hr
Iznos kotizacije: 1200 kn - rana, 1400 - kasna, 1500 - kod registracije

Edukacijska vježba za dispečere medicinske prijavno - dojavne jedinice
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Vodice, 1.10.-4.10.2021.
Marija Štivičić, tel: 015496080,
e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

6. hrvatski kongres o nuspojavama psihofarmaka s međunarodnim sudjelovanjem
Hrvatsko društvo za Alzheimerovu bolest i pihijatriju starije životne dobi HLZ-a
Sveti Martin na Muri, 6.10.-9.10.2021.
Goran Grbić, tel: 098 1706 028,
e-mail: goran.grbic@vivid-original.com
Iznos kotizacije: 1300kn

10th Europaediatrics 14. kongres hrvatskog pedijatrijskog društva
Hrvatsko pedijatrijsko društvo
Zagreb, 07.10.-09.10.2021.
Nataša Piljan, tel: 0914440046,
e-mail: registration@europaediatrics2021.org

Napredni ITLS tečaj
Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 8.10.-10.10.2021.
Žarka Rogić, dr. med., tel: 0993115843,
e-mail: itls.prijave@gmail.com
Iznos kotizacije: 3.000 kn

Jačanje kompetencija zdravstvenog osoblja u prevenciji šećerne bolesti i njenih komplikacija
Klinička bolnica Merkur
online, 8.10.2021.
Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

8. HRVATSKA TRANSPLANTACIJSKA ŠKOLA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM - VIRTUALNO DOGAĐANJE
HRVATSKO DRUŠTVO ZA NEFROLOGIJU, DIJALIZU I TRANSPLANTACIJU
virtualno, 8.10.-9.10.2021.
Maja Orsag, tel: 0913330734,
e-mail: maja@contres.hr

„Epilepsija – etiologija i komorbiditeti"- poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I kategorije Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 08.10.2021.
Prof. dr. sc. Željka Petelin Gadže,
tel: 012388344,
e-mail: zpetelin@mef.hr

Jačanje kompetencija zdravstvenog osoblja u prevenciji šećerne bolesti i njenih komplikacija
Klinička bolnica Merkur
online, 9.10.2021.
Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

Simpozij "Deformacija kralježnice djece i odraslih"
Hrvatsko vertebrolološko društvo HLZ-a
Zagreb/online, 13.10.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr
Iznos kotizacije: 100,00kn i 300,00kn

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

Edukacija o prevenciji i liječenju bolesti štitnjače
Mulier d.o.o.
Šibenik, 15.10.-17.10.2021.
gđa. Marijana Glavaš, tel: 992154170,
e-mail: mulier@mulier.hr
Iznos kotizacije: 1500kn

4. Neuroradiološki skup sa međunarodnim sudjelovanjem
Neuroradiološka sekcija pri Hrvatskom radiološkom društvu
Mlini, 16.10.-17.10.2021.
gđa. Tatjana Mrzljak, tel: 0989828478,
e-mail: tatjana@filidatravel.hr
Iznos kotizacije: 1.500 kn

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

RIJETKE BOLESTI U PULMOLOGIJI S PRIKAZOM BOLESNIKA
Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za pedijatrijsku pulmologiju, Hrvatsko pulmološko društvo, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
Komiža, 21.-23.10.2021.
Josipa Čale, tel: 01 482 1193,
e-mail: josipa@contres.hr
Iznos kotizacije: 1250,00kn

Zaštitimo žene od kroničnih bolesti
MIUKB
Samobor, 22.10.-23.10.2021.
prof.dr.sc. Marija Vrca Botica,
tel: 0981765498, e-mail:
udrugakornicnebolesti@gmail.com
Iznos kotizacije: 1.000 kn

IX. SEPNWG (South European Pediatric Nephrology Working Group) kongres
Hrvatsko društvo za pedijatrijsku nefrologiju
Fažana, 22.10.-23.10.2021.
prof. Danko Milošević, tel: 0914922685,
e-mail: danko.milosevic@zg.t-com.hr
Iznos kotizacije: 1.500 kn

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

GODIŠNJI KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA VASKULARNU KIRURGIJU HLZ-a s međunarodnim sudjelovanjem i SIMPOZIJ HRVATSKOG DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA VASKULARNE KIRURGIJE s međunarodnim sudjelovanjem
Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za vaskularnu kirurgiju
Opatija, 28.10.-30.10.2021.
Goran Grbić, tel: 0981706028, e-mail: goran.grbic@vivid-original.com
Iznos kotizacije: 2500kn

Dječja ortopedija u ordinaciji liječnika primarnog kontakta
Dr.sc. Davor Bojić, dr.med.spec. ortoped,subspec. dječje ortopedije
Zagreb, 06.11.2021.
dr.sc. Davor Bojić, tel: 0993511403,
e-mail: drdavorbojic@gmail.com

UZV DOJKI
Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko senološko društvo
Zagreb (online), 08.11.2021. - 12.11.2021.
gđa. Maja Andrić Lužaić, tel: 099 4672 922,
e-mail: edukacija@drinkovic.hr
Iznos kotizacije: 9.500,00 kn

PISANI TEST U ČASOPISU

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

Upala tipa 2
C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Pisani test u časopisu – 15.9. - 30.11.2021.
Dragan Bralić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

Activon Manuka Honey

100 % MEDICAL GRADE MANUKA HONEY

No known resistance

Prvi moderni medicinski proizvod za njegu rana na bazi meda registriran je u Australiji 1999. godine, a 100 % Manuka med Activon postaje prvi medni proizvod registriran kao medicinski proizvod u Velikoj Britaniji 2004.godine.

*autor fotografija prim.Ivan Cvjetko, dr.med., spec.vaskularne kirurgije KB MERKUR

Manuka med je tradicionalno antibakterijsko sredstvo koje se stoljećima koristi na ranama (Blair et al, 2009), no njegova vrijednost u zbrinjavanju rana se smanjila s raspoloživošću antibiotika, no nakon pojava rezistentnih i visokorezistentnih mikroorganizama koji ograničavaju broj dostupnih terapijskijskih mogućnosti, ti se drevni lokalni tretmani ponovno koriste u konvencionalnoj medicini.

Jedinstvena antimikrobna svojstva Manuka meda pripisana su prisutnosti metilglioksala (MGO),kojeg još nazivamo i „ jednistveni Manuka faktor (UMF)“ za koji se pokazalo da potječe od visokih razina dihidroksiacetona prisutnih u nektaru cvijeća manuka biljke. (Adams et al,2009; Mavric et al, 2008).

Utvrđeno je da MGO prisutan u 100 puta većim koncentracijama u Manuka medu nego u drugim medovima 8 Mavric i sur., 2008) te je potvrđen kao značajna baktericidna komponenta Manuka meda (Kwakman et al, 20011b).

DJELOVANJE MANUKA MEDA

- Antimikrobno djelovanje širokog spectra- nema poznate rezistencije
- Autolitički debridman rane
- Osigurava vlažno cijeljenje rane
- Uklanja neugodne mirise
- Nema citotoksično djelovanje
- Ubrzava proces cijeljenja
- Otklanja biofilm sa rane

Proizvodi sa 100% Manuka medom su vrlo djelotvorni bez ikakvih neželjenih posljedica jer se radi o prirodnom proizvodu i kao jedini takvi nalaze se na listi ortopedskih pomagala.

Djeluje na sve rezistentne bakterije, uključujući Staphilococcus Aureus, Pseudomonas Aeruginosa, MRSA i VRE.

lola ribar