

# LIJEČNIČKE novine

> RAZGOVOR

ANA SOLDO, mag.pharm.

TEMA BROJA > EUROPSKI SPECIJALISTIČKI ISPIT

# RAKK

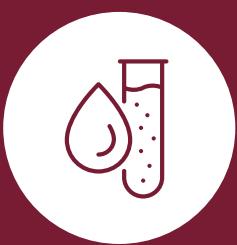
## PUTOKAZ ZA RANU DIJAGNOZU MULTIPLOG MIJELOMA

### RAKK: 4 KLJUČNE ZNAČAJKE MIJELOMA



#### Renalno oštećenje

Povišeni kreatinin i urea



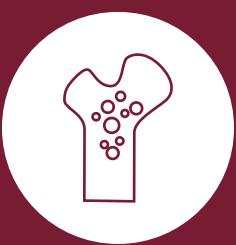
#### Anemija

Kronični umor, kratkoča dah



#### Kalcij povišen

Zbunjenost, povraćanje, mučnina, probavne tegobe, pojačano mokrenje



#### Kosti oštećenja

Bolovi u kostima, spontane frakture, gubitak visine

### POSUMNJAJTE NA MIJELOM UKOLIKO POSTOJE

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



### ZATRAŽITE SLJEDEĆE NALAZE

#### SE

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

#### KKS

Posebno obratiti pažnju na normocitnu anemiju

#### Kreatinin i urea

Povišene vrijednosti mogu biti znak oštećenja bubrega

#### Rendgen bolne kosti

Pokazuje osteolitičke lezije ili frakture

### UPUTITE PACIJENTA HEMATOLOGU

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



**LIJEĆNIČKE 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. • Dr. sc. Ivan Lerotić, dr. med.  
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.  
Doc. 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**

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

**UREDNIČKI ODBOR**

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

**UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA**

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

**OGLAŠAVANJE**

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

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

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

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

**Tisak:** Grafički zavod Hrvatske

**Naklada:** 19 000 primjeraka

Predano u tisak 9. svibnja 2022.

**LIJEĆNIČKE NOVINE**

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

**IZDAVAC**

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

**NASLOVNICA**

Svibanjski makovi

**4 UVODNIK**

(Ne)prihvatljivost priziva savjesti

**5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE**

Profesionalizam

**6 RAZGOVOR**

Ana Soldo: Lijekovi i reforma zdravstva

**14 TEMA BROJA**

Europski specijalistički ispit

**22 VREMELPOV****23 IZ KOMORE**

Dodaci na specijalizaciji • MUP-ov namet liječnicima

Tečaj Komore za sudske vještak • Najbolja fotografija

**28 RAZGOVOR S POVODOM**

Prof. Plamen Kinov u Hrvatskoj

**30 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**

Zarazna žutica • Webinar o održanju fertiliteta

Kongres Društva nastavnika

**33 PRIMARCI**

Uz reformu zdravstva

**36 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE**

Aortna kirurgija danas

**38 IZDAVAŠTVO****42 COVID-19**

Obvezno cijepljenje i etika • Koagulacija i COVID-19

**46 PRIKAZ SLUČAJA**

Alergija na spermu

**48 IZ SVIJETA****50 VIVAT ACADEMIA****51 MLADI LIJEĆNICI****52 SALUTOGENEZA****56 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****63 REAGIRANJE****66 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****68 IZ POVIJESTI MEDICINE****76 DOPISNICI IZ INOZEMSTVA****78 HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI****80 LIJEĆNIČKA PRIČA****82 PUTOPIS****86 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

# (NE)PRIHVATLJIVOST PRIZIVA SAVJESTI



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

Slučaj trudnice iz Zagreba izazvao je veliko zanimanje javnosti. Izražavajući iskreno ljudsko žaljenje i suočećanje zbog iznimno teškog stanja u kojem su se ona i njezina obitelj našli, ne bih govorio o tom slučaju. Inače, liječnici bi se trebali suzdržati od komentiranja konkretnih slučajeva, a pogotovo pojedinosti iz medicinske dokumentacije u javnosti, neovisno o tome je li pacijent već sam javno iznio određene informacije ili nalaze.

Kao što to inače biva, otvaranjem ovog slučaja u javnosti, ponovo su na stol stavljene teme koje izazivaju polemike, oprečna mišljenja, svjetonazorske i političke rasprave u svim društвima, pa tako i hrvatskom. Nažalost, pojavljuje se i dosta kakofonije, površnih, netočnih ili nedovoljno pojašnjениh informacija. To

su naprimjer razlika između pobačaja i prijevremenog poroda, pojam *feticida* i što on zapravo predstavlja, različita tumačenja predmetnog zakona iz 1978. godine, institut priziva savjesti, razlika između pobačaja na zahtjev i prekida trudnoće zbog medicinske indikacije. Jedna od tih tema o kojoj se ponovno povela rasprava, a o kojoj se ne radi u spomenutom aktualnom slučaju, je i priziv savjesti liječnika ginekologa.

Između ostalih o prizivu savjesti referirao se i zagrebački gradonačelnik rekavši da mu je neprihvatljivo da svi liječnici i medicinske sestre na ginekologiji KB-a Sveti Duh imaju priziv savjesti. Gospodin Tomašević uporabio je prilično jaku riječ „neprihvatljivo“. Učinio je to najmanje dva puta u nekoliko dana, tako da se izjava zasigurno nije omakla, niti je bila izvučena iz konteksta. Kada takva tvrdnja dolazi od čelnika grada koji je osnivač i vlasnik bolnice, onda ta ocjena dobiva dodatno na težini. Znači li to da gradonačelnik dovodi u pitanje institut priziva savjesti? Hoće li možda tražiti da liječnici i medicinske sestre povuku priziv savjesti? Ili pak želi da se pobačaji na zahtjev obavljaju u KB-u Sveti Duh? Ako je u pitanju ovo posljednje, a prema pojašnjenu u nastavku njegove izjave, čini se da jest jer je dodao da želi da se svi zakonski dozvoljeni prekidi trudnoće mogu obaviti u najvećoj gradskoj zdravstvenoj ustanovi u Zagrebu, a to je Sveti Duh, onda se gradonačelnik pogrešno izrazio. Naime, legitimno bi s te pozicije bilo reći da mu je neprihvatljivo da se u gradskoj bolnici Sveti Duh ne rade pobačaji na zahtjev. Doista, nitko i ništa ne prijeći upravu bolnice da ugovori obavljanje tih postupaka u bolnici Sveti Duh

s ginekolozima iz nekih drugih ustanova koji nemaju priziv savjesti, i na taj način zadovolje želju gradonačelnika. Ovako, izražavanjem neprihvatljivosti priziva savjesti koji su izrazili ginekolozi zaposleni na Svetom Duhu, gradonačelnik kao predstavnik vlasnika bolnice radi na njih prilično veliki pritisak, namjeravao to ili ne. Ginekolozi i medicinske sestre na ginekologiji KB-a Sveti Duh su posjedično očekivano uznemireni. Ispadaju na taj način u javnosti prozvani, etiketirani ili „krivci“ zbog nečeg. A zbog čega to? Samo zbog toga što su se drznuli koristiti zakonski dozvoljeni institut.

Priziv savjesti je institut koji proizlazi iz prava na slobodu savjesti koje pravo je zajamčeno mnogim nadnacionalnim, međunarodnim pravnim propisima kao što su Opća deklaracija o ljudskim pravima, Europska konvencija o ljudskim pravima i temeljnim slobodama te Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima. Povelja o temeljnim pravima EU priznaje općenito pravo na prigovor savjesti, dok je Parlamentarna skupština Vijeća Europe utvrdila pravo na priziv savjesti u medicini Rezolucijom 1763 iz 2010. godine. Također treba podsjetiti da je pravo na slobodu savjesti regulirano Ustavom RH, dok je samo pravo na priziv savjesti jedno od prava liječnika regulirano hrvatskim propisima, konkretno odredbama Zakona o liječništvu te Kodeksa medicinske etike i deontologije. Institut priziva savjesti stečevina je Europske unije budуći da Povelja EU o temeljnim pravima, koja je pravno obvezujuća za sve članice EU-a, u članku 10. stavku 1. navodi: „Svatko ima pravo na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi.“ Nadalje, u stavku 2. kaže: „Priznaje se pravo na prigovor savjesti, u skladu s

nacionalnim zakonima koji uređuju ostvarivanje tog prava. "Priziv savjesti je i etički pojam, i kao takav u Hrvatskoj reguliran Kodeksom medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore.

Priziv savjesti liječnika često se u javnosti pogrešno prikazuje kao prepreka za ostvarivanje zakonskog prava na pobačaj ili prekid trudnoće. Zakonsko pravo žene na pobačaj na zahtjev i prekid trudnoće te pravo liječnika na priziv savjesti ne bi trebali isključivati jedno drugo. Zdravstvene ustanove trebaju pronaći uvjete ostvarenja oba prava. Ako nemaju zaposlenih ginekologa koji obavljaju takve postupke, to mogu učiniti ugovorom s drugom ustanovom ili ugovorom s drugim liječnicima, bilo iz javnog ili privatnog sektora. U Hrvatskoj se, prema dostupnim informa-

cijama, pobačaj na zahtjev može obaviti u tridesetak bolničkih ustanova, što govori da institut priziva savjesti određenog broja liječnika ne sprječava dostupnost ovog zakonskog prava žena. U medijima se također zna pojaviti informacija kako neki liječnici imaju priziv savjesti u javnoj ustanovi u kojoj su zaposleni, a nemaju u privatnoj praksi u kojoj povremeno rade. Kad bi to bilo istina, to bi predstavljalo eklatantno kršenje Kodeksa medicinske etike i deontologije.

Vezano za problematičnu izjavu, gradonačelnik Tomislav Tomašević bi je, u najmanju ruku trebao pojasniti ili je preformulirati. Ostane li ovakva, ta će njegova izjava biti potpuno – neprihvatljiva. Rekao bih i nedopustiva!

# Profesionalizam

U ovom broju vam predstavljamo specijalističke ispite UEMS-a s gledišta njihovog položaja u hrvatskom sustavu, u kojemu se sada prepoznatljivije nude kao mogućnost koja zamjenjuje našu klasičnu domaću završnicu zahtjevnog specijalizantskog puta. Hoćemo li to koristiti? Hoće li to biti značajna promjena u našem pristupu suvremenom znanju utemeljenom na dokazima? Imaju li načela pravednosti, jednakopravnosti i izvrsnosti pri tome bolje izglede za stvarnu primjenu? Donose li nam sadržaji tih ispita veću širinu unutar onoga što smatramo profesionalnim? Moramo li na putu od fiziologije preko patologije, kliničke slike i dijagnostike do terapije misliti još i na ekonomičnost, statistiku, medicinsko pravo i etiku? I do sada smo, rekli bismo. U svakom je slučaju ova novina pozitivan pomak razine specijalističkog znanja i širine profesionalnog razmišljanja i mjerljivo nas svrstava među europske nam *peers*.

Razgovaramo s predstavnicom naših vjernih suradnika, farmaceuta, uvjereni da će njihovi prijedlozi potaknuti promjene na dobrobit liječnika, farmaceuta, pacijentata i cijelog zdravstvenog sustava. Travanjski kongres KoKoZ-a

približio nas je drugim dionicima hrvatske medicine, osvijestio vrijednost zajedništva i nužnost integrativnosti zdravstvenih reformi.

Svibanjski broj Novina piše o sindemiji iz perspektive obiteljskih liječnika. Mediji traže intrige i senzacije pa im je pandemija postala nevidljiva. A itekako je još uvijek među nama, nasreću jenjava, pa se vraćamo u normalniji život, barem kada napustimo naša radna mjesta. Svjedočimo reanimiranoj temi priziva savjesti, koja je regulirana pozitivnim propisima. Od nelječnika se razlikujemo poznavanjem pojmove i činjenica iz toga područja pa bude teško pratiti medijski pogrešno predstavljene situacije iz života pacijenata. Ovdje ujedno podsjećam da smo dužni čuvati liječničku tajnu o pacijentima čak i kada oni sami o pojedinostima govore *urbi et orbi*. I opet se nameće potreba za kulturom, estetikom i primjerenošću u izboru riječi, kada riječ „šokantno“ postaje novinskom ljubimicom, čak i u državnim medijima. U skladu s površnošću misli i djela na brojim razinama. Taj suvremenih trend plitkosti i propagirane *carpe diem* kulture često je filozofija koja stoji iza ozbilnjih društvenih



LADA ZIBAR  
glavna urednica Liječničkih novina

pa i medicinskih tema kojima se poziva svakoga na svoje mišljenje o nečemu o čemu ništa ne zna.

Iza nas je Godina čitanja pa i nedavna Noć knjige. Preživljava lijepa pisana riječ čak i na papiru. Podsjeća na vječne vrijednosnice koje uz ostale umjetnosti nadilaze pandemije, potrese i ratove. Čitanje njeguje ljepotu uma i sprječava pomračenja duha.

Predsjednica Hrvatske ljekarničke komore

# Ana Soldo, mag. pharm.

## LIJEKOVI – VAŽNO PODRUČJE U OČEKIVANOJ REFORMI ZDRAVSTVA

*Magistra farmacije Ana Soldo, predsjednica je Ljekarničke komore, a na nedavnom Kongresu KoKoZ-a i medicinskog prava u Rovinju iznijela je prijedlog reforme zdravstva u segmentu koji se odnosi na ljekarničku djelatnost. U razgovoru za Lječničke novine magistra Soldo izdvojila je ono što smatra najznačajnijim u tom prijedlogu te koliko je u Hrvatskoj realna mogućnost nabavke lijekova za bolnice u tzv. rinfuzi, kako se u svijetu koristi robotika radi odabira optimalne farmakoterapije te koliko smo blizu ili daleko od toga da roboti noću hrvatskim bolničkim pacijentima pripremaju terapiju za sljedeći dan.*

Razgovarala  
**ALICE JURAK**

- Na Kongresu KoKoZ-a i medicinskog prava u Rovinju prošloga mjeseca mogli smo čuti Vaš prijedlog reforme zdravstva u jednom segmentu koji se odnosi na ljekarničku djelatnost. Što biste izdvojili kao najznačajnije u tome prijedlogu?

Kao što je potrebno skrbiti se o cijelokupnom organizmu kako bi se sačuvalo zdravlje i ubrzalo izljeчењe pacijenta, takav koncept moramo primijeniti i na zdravstveni sustav. Ulaganje u jedan dio sustava bez da se skrbimo o cijelokupnom sustavu ne donosi očekivani benefit.

Ljekarnici, kako bolnički tako i javni, imaju potrebna znanja i želju da prenesu pozitivna iskustva drugih zemalja te ih integri-

raju u naš zdravstveni sustav. Vrlo često se neki procesi i promjene predlažu prema iskustvima drugih zemalja, no osobno nisam pobornik „kopiranja“ inozemnih iskustava izravno u hrvatski zdravstveni sustav. Ti procesi izvučeni iz konteksta cijelokupnog zdravstvenog sustava nerijetko ne donesu očekivane pozitivne učinke te ne opravdaju finansijska ulaganja i utrošeno vrijeme.

Cijelokupni naš angažman u reformama je upravo bio vođen idejom da svi kotačići sustava moraju doživjeti bar minimalnu renesansu i unapređenje kako bi se zdravstveni sustav razvijao i pružao nam ono što mi od njega očekujemo. Naši prijedlozi vezani za reformu zdravstva u biti su povezani s reformom načina kako se odnosimo prema lijekovima kao medicinskoj intervenciji na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

---

Lijek je najčešća medicinska intervencija u svim suvremenim zdravstvenim sustavima, donijela nam je inovacije u liječenju mnogih bolesti, skratila vrijeme liječenja, liječnicima olakšala rad, povećala uspješnost u liječenju mnogih bolesti i našim pacijentima donijela veću kvalitetu života ili izlječenje. Inovacije farmaceutske industrije u novim terapijama donijele su rješenje za bolesti za koje do sada nismo imali primjereno odgovor, mnoge neizlječive bolesti su s novim lijekovima postale izlječive ili su postale kronične bolesti s kojima naši pacijenti mogu dugo i kvalitetno živjeti. Generička industrija donijela je povoljnije generičke i bioslične lijekove koji su omogućili povećanje dostupnosti vrijednih terapija uz manje troškovno opterećenje zdravstvenog sustava, što pak Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje daje prostora za proširivanje indikacija za primjenu nekih lijekova ili uvrštanje novih lijekova na Liste lijekova.

Istovremeno, ta široka primjena lijekova za velik broj dijagnoza koje naši pacijenti imaju, uz manjkavost komunikacije između primarne, sekundarne i tercijske zdravstvene zaštite te neintegrirani pristup pacijentu, povećava mogućnost nastanka medikacijskih pogrešaka koje trenutačno nisu dovoljno prepoznate kao medicinski, ali i farmakoekonomski problem u hrvatskom zdravstvenom sustavu.

Svi navedeni elementi: godinama rastući troškovi za liječenje, loša finansijska slika zdravstvenog sustava, problemi u finansiranju svih potreba sustava, zdravstvenih djelatnika i potreba pacijenata, nagnali su nas na dublje razmišljanje o potrebnim promjenama u zdravstvenom sustavu, a naši su glavni ciljevi u predlaganju reformskih promjena bili kreirati sustav praćenja lijeka u zdravstvenom sustavu, povećati sigurnost pacijenata na odjelima te rastretiti sve druge zdravstvene radnike i preusmjeriti procese upravljanja lijekovima na bolničku ljekarnu i na ljekarnike. Naime, izdavanje lijekova, kako parenteralnih tako i čvrstih oblika, nužno je organizirati tako da se osigura puno materijalno i finansijsko praćenje lijeka od trenutka naručivanja od veledrogerije

>>



ili proizvođača do primjene u pacijenta. Cilj je svakako podići razinu sigurnosti pacijenata, osigurati da su dobili propisani lijek prikladne doze i oblike, ali na ovaj bismo način, kao sekundarnu posljedicu, mogli dobiti relevantne farmakoekonomske i farmakoepidemiološke podatke koji bi omogućili zdravstvenim ustanovama i osiguravatelju podlogu za praćenje ishoda liječenja, planiranje javne nabave lijekova te praćenje i nadzor nad potrošnjom lijekova, što u konačnici pridonosi osiguranju dostupnosti lijekova i financijskoj održivosti kako zdravstvenih ustanova tako i cjelokupnog sustava.

Nadalje, predlažemo i iskorake kojima bismo ublažili posljedice nestaćica lijekova. One su velik problem u svim članicama EU, a u našoj su domovini, koja je malo i „nezanimljivo“ tržiste, još više izražene. Osim što uzrokuju teškoće u svakodnevnom radu liječnika i ljekarnika u javnim i u bolničkim ljekarnama te neizvjesnost za pacijente, nestaćice lijekova nerijetko uzrokuju i neplaniranu povećanu potrošnju zdravstvenog novca te unose dodatnu nestabilnost u zdravstveni sustav.

U sklopu Nacionalnog mehanizma oporavka i otpornosti predviđena su četiri projekta usmjerena na rješavanje opisanih problema, vezanih prvenstveno uz promet lijekova. Ti projekti rezultat su dugogodišnjeg rada nekolicine bolničkih ljekarnika s velikim iskustvom rada i učenja u europskim i svjetskim ustanovama te udruženjima. Primarni je cilj projekata bio osvijestiti koliko imamo prostora za unaprjeđenje, ali i koje su odgovornosti svih nas u podizanju kvalitete propisivanja i izdavanja lijekova na primarnoj i bolničkoj razini zdravstvene zaštite. Sekundarni cilj je bio omogućiti ljekarnicima, posebno kliničkim farmaceutima, da pokažu svoje znanje i iskustvo, osnaže svoju ulogu u zdravstvenim ustanovama i svojim doprinosom, uz multidisciplinarnu suradnju s liječnicima, pacijentima osiguraju najbolju terapijsku opciju.

Opisat će konkretni primjer potencijala za ostvarivanje značajnih iskoraka na primjeru već uspješno uvedene prakse. Naime, nova dostignuća i znanja u farmaceutskoj tehnologiji nude rješenja za kvalitetniju, sigurniju i financijski povoljniju

primjenu parenteralnih lijekova na odjelima, primarno citostatičke terapije koja je veliki generator potrošnje, zahtjevna je za primjenu te je riječ o terapijama koje stupaju u brojne značajne interakcije s drugim lijekovima i pacijentima uzrokuju neugodne nuspojave koje često remete dinamiku propisane terapije do te mjere da u konačnici mijenjaju cijeli protokol liječenja. Središnja priprava citostatika u bolničkoj ljekarni, sustav koji je uveden u nekoliko hrvatskih bolnica, omogućuje sigurnu pripremu antineoplastičnog pripravka i to točne doze za pojedinog pacijenta prema njegovim laboratorijskim nalazima te površini tijela. Uporaba lijeka se nadzire barkodiranjem, tako da je mogućnost pogreške svedena na minimum i osigurava se potpuna sljedivost

**Naši su glavni ciljevi u predlaganju reformskih promjena bili kreirati sustav praćenja lijeka u zdravstvenom sustavu, povećati sigurnost pacijenata na odjelima te rasteretiti sve druge zdravstvene radnike i preusmjeriti procese upravljanja lijekovima na bolničku ljekarnu i na ljekarnike**

lijeka u čitavom medikacijskom ciklusu. Navedenim se optimizira doza, smanjuje rizik od razvoja nuspojava, povećava sigurnost pacijenta i pridržavanje plana liječenja te osiguravaju bolji ishodi. Istovremeno, takav sustav omogućuje racionalno naručivanje i skladištenje vrlo skupih lijekova prema planiranim ciklусima liječenja pacijenata, što u konačnici smanjuje opterećenje bolničkog budžeta.

Iznimno je važno osnažiti znanja zdravstvenih radnika, osnažiti njihovu motivaciju da sudjeluju u promjenama sustava koje su nam prijeko potrebne te ih uključiti u donošenje odluka na koji način će se pozitivna iskustva drugih zemalja te njihovi modeli integrirati u naš zdravstveni sustav.

## ► Koje bi bile najznačajnije dobrobiti tih promjena?

Sigurnost pacijenata je primarna dobrobit svih inovacija i projekata koje smo predložili.

Svaki od predloženih projekata nosi specifične promjene i benefite u smislu sigurnosti pacijenta, rasterećenja zdravstvenog osoblja, bolje organizacije procesa u bolnicama te bolje iskoristivosti zdravstvenog novca.

Uvođenje središnje priprave parenteralnih pripravaka donosi značajna poboljšanja u medicinskom, financijskom i organizacijskom aspektu.

Medicinski aspekti uvođenja središnje priprave su sljedeći: gravimetrijskom metodom izrade postižu se točne doze lijeka za pacijenta, lijek se priprema u aseptičkim uvjetima čime se osigurava mikrobiološka ispravnost lijeka i prevenira mogućnost infekcije, primjenom odgovarajućeg programskog rješenja osigurava se ispravnost i sljedivost lijeka te praćenje pacijenta tijekom liječenja, magistri farmacije i farmaceutski tehničari preuzimaju izradu pripravaka čime se značajno rasterećuju medicinske sestre na odjelima.

Financijski aspekti uvođenja središnje priprave su sljedeći: izrada se provodi u izolatoru te se jedno pakiranje lijeka može koristiti za više pacijenata i potpuno ga iskoristiti, iz manjeg broja pakiranja možemo dobiti terapiju za više pacijenata; koriste se veća pakiranja lijeka koja imaju značajno nižu jediničnu cijenu, zalihe citostatika se nalaze na jednoj lokaciji, u laboratoriju ljekarne, te se na taj način postiže optimizacija zaliha, smanjuje se količina citostatičkog otpada čije je uklanjanje i uništavanje izrazito skupo.

Organizacioni aspekti uvođenja središnje priprave su sljedeći: priprema terapije se odvija na jednom mjestu, što olakšava njihovo naručivanje, planiranje i izdavanje, centralizirani rad olakšava materijalno poslovanje i omogućuje nadzor nad zalihamama, točno je definirano osoblje koje će izrađivati terapiju te je stalna edukacija u tom segmentu ograničena na osoblje laboratorija, programsko rješenje omogućuje praćenje pacijenata i propisane terapije,



Alice Jurak i Ana Soldo

uključujući i odobrenje bolničkog Povjerenstva za lijekove, izradu i primjenu lijeka te sljedivost lijeka i infuzijskih otopina.

Jedinična terapija je ljekarnička inovacija koja predstavlja najvišu razinu upravljanja čvrstim oblicima lijekova.

Više od 85 % lijekova koji se koriste u bolničkom sustavu mogu se, umjesto tradicionalnim sustavom posredne distribucije lijekova, izdavati na odjele putem sustava jedinične terapije.

Sustav raspodjele jedinične terapije, pri čemu ljekarnici prije raspodjele nadziru doze, interval doziranja i klinički značajne interakcije lijekova, potvrđeno dovodi do značajnog pada potrošnje lijekova. Studije su pokazale da se kod tradicionalnog načina distribucije lijekova iz bolničkih ljekarni na odjele gubitak lijekova, uslijed rascjepa i sitnog otudivanja, kreće između 25 - 50 %, dok se nakon uvođenja novog sustava distribucije lijekova taj gubitak svodi na 8 do 12 % (GAO Study).

Čvrsti oblici lijekova imaju udio od 60 % u ukupnoj potrošnji lijekova na sekundarnoj i tercijarnoj razini pružanja zdravstvene

zaštite te predstavljaju velik finansijski teret i izazov. Način na koji se trenutačno naručuju i otpremaju lijekovi na odjele u bolničkim zdravstvenim ustanovama ne omogućuje provjeru opravdanosti naručivanja, nadzor nad potrošnjom i upravljanjem zalihama, a što posljedično stvara značajne količine neiskorištenih lijekova. Dodatan je problem što praćenje zaliha lijeka prestaje otpremom na bolnički odjel, a primjena lijeka na odjelu može trajati i do godinu dana nakon toga. Velik broj registriranih lijekova uzrokuje i stvaranje značajnih zaliha lijekova na odjelu, iako u tom trenutku na odjelu nema pacijenta koji taj lijek koristi. Iz navedenih razloga vrlo često lijekovima istekne rok valjanosti, što je za bolnicu dodatan trošak u vidu zbrinjavanja neiskorištenih lijekova isteklog roka valjanosti.

Dodatan problem, koji je u smislu kvalitete pružanja zdravstvene zaštite puno važniji, jest taj što su medikacijske pogreške (pogrešna doza lijeka, pogrešan načina uzimanja, zanemarivanje interakcija i kontraindikacija) uzrok dodatnim danima bolničkog liječenja, sporijem

postizanju ishoda liječenja te sekundarnim komplikacijama koje mogu izazvati dodatno opterećenje za zdravstveni sustav i povećati troškove liječenja.

Uvođenjem jedinične terapije u jednom koraku postižemo niz učinaka koji imaju trenutan ekonomski učinak na potrošnju lijekova:

- 1) smanjuje se zaliha lijekova na bolničkim odjelima
- 2) potrošnja lijekova se događa u realnom vremenu boravka pacijenta u bolnici
- 3) potrošnja lijekova je u skladu s trenutačnim potrebama
- 4) sve zalihe lijekova nalaze se na jednomu mjestu u prikladnim uvjetima, koji su u potpunom skladu sa zahtjevima za sigurno čuvanje lijekova
- 5) omogućuje se analiza zaliha, sustava planiranja naručivanja i preveniranje nestaćica lijekova
- 6) smanjuju se troškovi zbrinjavanja farmaceutskog otpada.



Istraživanja koja su provedena u zdravstvenim sustavima pokazuju da uvođenje ovog procesa smanjuje potrošnju lijekova za 25 - 30 % već u prvoj godini uvođenja. Ako je procjena potrošnje čvrstih oblika lijekova u bolničkom sustavu u 2019. godini 2.006.230.000 kn, tada bi procijenjena potencijalna ušteda u 2024. iznosila negdje oko 600.000.000 kn, ako bi potrošnja ostala na razini 2019. godine. Kako postoji tendencija ozbiljnog rasta ovih troškova, uštede će biti još i veće. Za provođenje ovog procesa koristila bi se najveća dostupna pakiranja na Listi lijekova koja su uvijek znatno jeftinija od malih pakiranja.

Dugoročni učinak uvođenja jedinične terapije u bolnički sustav može donijeti značajne pomake u kvaliteti pružanja zdravstvene zaštite i u finansijskoj održivosti sustava:

- 1) provjerom sve propisane terapije od strane bolničkog ljekarnika preveniraju se medikacijske pogreške
- 2) sprječava se mogućnost izdavanja pogrešnog lijeka pacijentu

- 3) dobiva se sustav praćenja svih propisanih i izdanih lijekova određenom pacijentu
- 4) postižu se uvjeti za početak praćenja ishoda liječenja u bolnicama kao osnova za uvođenje sustava plaćanja prema učinku ili dodanoj vrijednosti
- 5) postiže se bolja kontrola bolesti te manji troškovi za bolničko liječenje i sekundarne komplikacije liječenja
- 6) provjerom sve propisane terapije od strane kliničkog farmaceuta ili bolničkog farmaceuta smanjuje se mogućnost polifarmacije te kontraindikacija i interakcija kod pacijenata s kompleksnom farmakoterapijom.

Sljedeći element koji prepoznajemo kao važan za unaprjeđenje upravljanja lijekovima jest digitalizacija. Digitalizacija puta lijeka predstavlja model koji bi omogućio hrvatskom zdravstvenom sustavu potpuno i transparentno praćenje potrošnje lijekova kao najčešće medicin-

ske intervencije svih modernih zdravstvenih sustava u svijetu. Također, omogućuje stvaranje farmakoepidemioloških podataka koji otvaraju vrata prema sustavnjem planiranju, praćenju i vrednovanju svih procesa u zdravstvu. Ovo rješenje omogućuje značajne promjene u administrativnom i finansijskom opterećenju sustava na način da: ukida svu papirnatu dokumentaciju koja prati lijek; smanjuje administrativne troškove; doprinosi smanjenju potrošnje lijekova na odjelima; smanjuje troškove zbrinjavanja lijekova isteklog roka valjanosti; omogućuje kvalitetniju zdravstvenu skrb za pacijenta; pridonosi smanjenju medikacijskih pogrešaka; pridonosi smanjenju incidencija kontraindikacija i interakcija; pridonosi optimizaciji terapije i manjoj potrošnji lijekova te omogućuje upravljanje troškovima liječenja u zdravstvenom sustavu.

Kreiranjem ovakve baze podataka u svim bolnicama u hrvatskom zdravstvenom sustavu i zatim povlačenjem podataka u jedinstvenu bazu na nacionalnoj razini dobili bi se neprocjenjivi podaci o zdravstvenom stanju pacijenata, potrošnji lijekova te ishodima liječenja u odnosu na uložena sredstva.

► **Kakva je Vaša suradnja s Ministarstvom zdravstva u vezi s takvom reformom? Koliko im kao ljekarnička komora možete pomoći?**

Suradnja Hrvatske ljekarničke komore s Ministarstvom zdravstva je dobra. Moje je mišljenje da komore trebaju biti stručna podrška Ministarstvu, kreirati s njima bolja rješenja i nalaziti zajedničke načine za unaprjeđenje i razvoj zdravstvenog sustava. Ministarstvo treba znanja kojima raspolaću komore koje imaju doticaja s praksom, koje kroz svoja tijela i povjerenstva razvijaju nove usluge koje će unaprijediti razinu zdravstvene zaštite. Očekivanja Ministarstva za provedbu projekata kao reformskih mjera dosta su visoka. Riječ je o projektima koji traže specifična znanja iz područja bolničkog ljekarništva, kliničke farmacije i farmaceutske tehnologije kojima Ministarstvo

zdravstva ne raspolaže te čemo kroz zajednička povjerenstva u sljedećih nekoliko godina imati usku suradnju. Hrvatska ljekarnička komora je angažirala značajan broj članova iz navedenih područja kako bi Ministarstvu pružili potrebnu podršku za realizaciju projekata koji će svima nama donijeti značajne pozitivne promjene.

**► Koliko se mi kao liječnici ne pridržavamo stručnih smjernica i registriranih indikacija za način primjene pojedinih lijekova? Može li se to bolje osvijestiti i korekcijama racionalizirati troškove? Na Kongresu ste bili naveli primjer svima poznatog pantoprazola.**

Republika Hrvatska u ovom trenutku u bolničkom sustavu ne raspolaže informacijskim sustavom s bazom podataka na osnovi koje bi bilo tko od nas mogao točno odgovoriti na to pitanje. U toj činjenici je zapravo problem. Primarna zdravstvena zaštita, ordinacije i ljekarne imaju jasno definirana pravila propisivanja i izdavanja lijekova čiji su procesi digitalizirani te je vrlo jednostavno usmjeravati i upravljati troškovima na toj razini. Ako se dogodi neka pogreška, ako netko od liječnika ili ljekarnika propiše ili izda lijek izvan indikacije, u kratkom roku dobijete vraćenu fakturu od HZZO-a, posjet kontrolora i eventualnu kaznu. Taj korektiv, koji nije nikome simpatičan, zapravo je primjer kako se to može organizirati i na bolničkoj razini. Problem je i što nemamo jasno definirane smjernice za liječenje koje su dostupne svima koji rade u sustavu te kao posljedicu imamo i taj primjer s **pantoprazolom**, koji sam spomenula na Kongresu medicinskog prava. Iako je riječ o lijeku nižeg cjenovnog ranga, dinamika propisivanja tog lijeka je iznimno velika, a **cijena je devet puta veća za ampulu nego za tabletu**. Svega je nekoliko odobrenih indikacija za primjenu tog lijeka u obliku ampule, no ampule se u bolnicama troše višestruko puta više nego tablete. Uštede su uvijek moguće na tim „sitnim detaljima“, na koje možda ne obraćamo pažnju u radu, a mogle bi donijeti novac koji možemo preusmjeriti na važne stvari.

**► Koliko je realna zamisao o nabavci lijekova za bolnice u tzv. rinfuzi? Bi li takvi lijekovi bez ambalaže značajno doprinijeli uštedi ili to nije značajna stavka?**

Hrvatska nema razvijeno tržište tako-zvanih „BULK“ pakiranja lijekova. Neke zemlje u Europi, poglavito skandinavske, ali i SAD, Kanada te Australija odavno koriste „velika“ pakiranja lijekova, primarno za bolničke zdravstvene ustanove. SAD ih koristi i za velik udio lijekova koji se izdaju na liječnički recept u javnim ljekarnama. Sigurno je da primjena takvih pakiranja donosi uštede, mijenja način propisivanja i izdavanja lijekova, ali bojim se da će široka primjena teško zaživjeti na hrvatskom tržištu. Dodatna okolnost su i potrebni procesi registracije tih lijekova pri HALMED-u, koja je vremenski zahtjevna i može prolongirati brzu primjenu u zdravstvenom sustavu. Postoji određeni broj lijekova čija je potrošnja po broju dnevnih doza jako velika te primjena tog modela za bolnički sustav itekako ima smisla. Prilika je to i za domaću generičku industriju koja bi time našla novu nišu, u konačnici i za plasiranje na druga tržišta.

**► Može li se prema analogiji s američkim podacima predvidjeti učestalost medicinskih pogrešaka vezanih za primjenu lijekova, tzv. medikacijskih pogrešaka? Koliko bi ovakva reforma to prevenirala?**

Broj lijekova na tržištu i njihovo propisivanje posljednjih je desetljeća u stalnom i intenzivnom porastu zbog niza razloga: novih znanstvenih spoznaja, razvoja farmaceutske industrije i njezinog aktivnog utjecaja na propisivačke navike liječnika, starenja populacije kao posljedice povećanja životnog standarda i uz to vezane veće potrebe za lijekovima, veće incidencije kroničnih bolesti kao dijabetesa, hipertenzije, astme i drugih bolesti.

Zbog navedenog porasta propisivanja lijekova raste i broj medikacijskih pogrešaka. Razlozi nastanka medikacijskih pogrešaka su različiti, a uključuju nepostojanje standarda, izostanak sustavnog nadzora kao

nedostatka u zdravstvenom sustavu, ali i neznanje ili neiskustvo te druge greške. Medikacijske pogreške najvećim dijelom nastaju propustom medicinskog osoblja, a tek manjim dijelom propustom bolesnika, u slučajevima nesuradljivosti (nonadherence).

Postoje različite podjele medikacijskih pogrešaka, a temeljna je ona koja ih dijeli na aktivne, koje nastaju tijekom medikacijskog ciklusa koji uključuje propisivanje, pripremanje i primjenu lijekova, te tzv. latentne pogreške, koje nastaju na razini pripreme i opremanja preparata za tržište.

Iako najveći broj medikacijskih pogrešaka prođe nezapaženo, bez većeg kliničkog značenja, ipak određeni broj medikacijskih pogrešaka ozbiljno ugrožava zdravlje bolesnika, stvara nepovjerenje prema zdravstvenom sustavu, a ujedno ga i izravno poskupljuje. Medikacijske pogreške dio su medicinskih pogrešaka (*medical errors*) koje mogu nastati tijekom postupka obrade i liječenja bolesnika (od uzimanja anamneze preko različitih dijagnostičkih, operacijskih i farmakoterapijskih postupaka). Prema izvješću US Institute of Medicine iz 1999. godine, medicinske pogreške usmrćivale su godišnje 44 000 - 98 000 osoba te su se na ljestvici najčešćih uzroka smrtnosti u SAD-u nalazile ispred prometnih nesreća, AIDS-a, karcinoma dojke i nesreća na radnom mjestu. Kako medicinske pogreške uključuju i medikacijske pogreške, one također „doprinose“ navedenom ukupnom mortalitetu s oko 7 000 smrtnih slučajeva godišnje. Zbog prevencije medikacijskih pogrešaka se u izvješću US Institute of Medicine preporučuje uvođenje nadzornog sustava koji bi povećao sigurnost primjene lijekova, kao i sustava za izvješćivanje o medicinskim pogreškama koje su se dogodile. Amerikanci su prvi osvijestili koliko im medikacijske pogreške donose dodatnih troškova u zdravstvenom sustavu te su različitim mehanizmima, koji su obvezujući za zdravstvene ustanove, napravili značajan iskorak u njihovoј prevenciji.

Sama činjenica da u Hrvatskoj nemamo podatke o medikacijskim pogreškama govori o tome koliko nam je niska svijest

o tom problemu. Ljekarnici su provodili manja istraživanja i objavljivali radove, no sustav detekcije, praćenja i bilježenja nije zaživio do razine relevantnih podataka niti imamo definirane smjernice za preveniranje medikacijskih pogrešaka.

Digitalizacija puta lijeka, središnja priprava parenteralnih lijekova te jedinična terapija za svoj primarni cilj imaju „uvodenje reda“ u izdavanje lijekova u bolničkom sustavu.

Primarno je liječnicima osigurati digitalne alate koji će biti usklađeni sa stručnim smjernicama i smjernicama HZZO-a. Svatko od nas zapravo želi jasna, lako dostupna „pravila“ za rad kako bi se na taj dio trošilo manje vremena i kako bismo dobili vrijeme za bavljenje pacijentima. Postojeći informacijski sustavi ne omogućavaju liječnicima pristup do tih informacija na „par klikova“ što je, iako zvuči banalno, zapravo iznimno važno. Do sada nije bilo ni nekih većih inicijativa da se uredi to područje niti političke volje da se na razini zdravstvenog sustava izradi jedinstveno IT rješenje koje će imati potrebne funkcionalnosti te biti dostupno svim bolnicama. Čini mi se jako važnim izraditi jedan jedinstveni nacionalni IT sustav, koji će poput CEZIH-a za primarnu zdravstvenu zaštitu, osigurati sve potrebne funkcionalnosti za bolnički dio zdravstvenog sustava i integrirati se s CEZIH-om kako bi svi zdravstveni radnici koji se skrbe o pacijentima imali dostupne potrebne podatke za liječenje i skrb pacijentata.

**► Spomenuli ste robotiku koja se u svijetu koristi radi odabira optimalne farmakoterapije. Koliko smo blizu takvoj podršći?**

Robotika je već ušla na mala vrata u hrvatski zdravstveni sustav. Roboti još uvijek ne mogu biti važni za odabir optimalne farmakoterapije, iako se u svijetu već razvijaju programi koji će prema određenim parametrima biti „sposobni“ ili ne propisati optimalnu terapiju za pacijenta. No, za sigurno skladištenje lijekova, pripremu jedinične terapije, središnju

izradu parenteralnih lijekova roboti mogu značajno doprinijeti sigurnosti pacijenata te riješiti ili umanjiti problem manjka kvalificiranih zdravstvenih radnika u bolnicama. Dodatan benefit nekih robotskih rješenja jest velik kapacitet rada u smislu brzine i točnosti te mogućnost rada popodne ili noću za pripremu potrebnih terapija za sljedeći dan.

Projekti koje smo predlagali u Nacionalnom mehanizmu oporavka i otpornosti uključuju i mogućnost nabave velikih robotiziranih skladišta za velike bolničke ljekarne koji bi podigli kvalitetu skladištenja u ljekarnama, uvelike olakšali rad ljekarnicima i farmaceutskim tehničarima te smanjili mogućnost grešaka u maneviranju s lijekovima i njihovim isporukama na odjele.

**Naša zemlja je tako lijepa, puna neiskorištenih potencijala, dobrih i pametnih ljudi koji zaslužuju da im omogućimo zdravo društvo koje njeguje vrijednosti znanja, dobrote, dijeljenja, razumijevanja, uvažavanja i jednakih prilika za sve**

Ako nastavimo smjer modernizacije javnih i bolničkih ljekarni, a mi ćemo se potruditi da se to i dogodi, roboti će postati važan segment rada u ljekarnama, oslobodit će nam vrijeme za rad s pacijentima te će cijeli sustav osjetiti benefite od tih promjena.

**► Tko je Ana Soldo?**

Dolazim iz Hercegovine koju jako volim i koja mi nedostaje. Živim u Zagrebu već 23 godine. Dolazim iz velike, jako pove-

zane obitelji, koja mi daje podršku i jako je ponosna na ono što radim. Iako im nisam dostupna koliko sam bila prije zbog količine vremena koju mi uzima posao, podržavaju me i taj dio mi puno znači. U kontekstu posla koji radim, rekla bih da sam **zaljubljenik u reforme koje nisam nikad doživjela**.

Magistra sam farmacije koja je prije rada u Komori svoj radni vijek provela u javnoj ljekarni, u Zagrebu. Oduvijek me zanima transformacija društva i zemlje u kojoj živim. Naša zemlja je tako lijepa, puna neiskorištenih potencijala, dobrih i pametnih ljudi koji zaslužuju da im omogućimo zdravo društvo koje njeguje vrijednosti znanja, dobrote, dijeljenja, razumijevanja, uvažavanja i jednakih prilika za sve.

Silno mi je važno da svi osvijestimo kako parcijalne promjene jedne struke ili jednog dijela zdravstvenog sustava neće donijeti značajne pomake ni za koga od nas te da se svi zajedno moramo truditi i bitno mijenjati sustav. Iako je moj posao primarno unaprjeđivati i brinuti se za ljekarništvo, moram priznati da velik dio svoga vremena i snage ipak ulaže u procese koji se tiču cijelog sustava i za koje duboko vjerujem da će donijeti dobrobit članovima ljekarničke komore kao i svim drugim zdravstvenim radnicima i pacijentima.

Posao mi omogućuje pristup informacijama i znanja koja su mi važna da „osjetim i vidim“ naš zdravstveni sustav kroz širu sliku, sve njegove manjkavosti i nedostatke, ali i velike potencijale i prilike koje propuštamo, a koje bi omogućile da nam svima bude ugodnije i bolje raditi i živjeti. Svim zdravstvenim radnicima rad predstavlja velik dio života te je nemoguće odijeliti sebe od sustava u kojem radimo. Pokušavam se okružiti ljudima koji imaju slične ideje i način razmišljanja jer jedino ćemo tako, s mrežom motiviranih i vrijednih ljudi donijeti važne i potrebne promjene.

# PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE (U KUNAMA ILI EURIMA)

## POSEBNA PONUDA OD 23.5. DO 18.6.2022.

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima. Imate planove i potrebe koje želite ostvariti, ali nedostaje vam gotovine? To ne mora biti prepreka. Iskoristite posebnu ponudu od 23.5. do 18.6.2022. za realizaciju PBZ nenamjenskog kredita do 300.000 HRK / 40.000 EUR uz fiksnu kamatnu stopu te bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva.

Kod ugovaranja PBZ nenamjenskog kredita možete ugovoriti preskok (poček otplate) anuiteta ili rate kredita. Tako ako vam tijekom otplate kredita zatreba kratak predah, slobodno možete pauzirati anuitet ili ratu kredita. Za ugovaranje i korištenje preskoka ne naplaćuje se naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci otplate kredita.

Dodatane informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske liječničke komore pronađite na internetskim stranicama [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) ili kontaktirajte Magnifica tim u najbližoj PBZ poslovniči.

### OTKRIJTE PREDNOSTI PBZ NENAMJENSKIH KREDITA

- fiksna kamatna stopa
- rok otplate od 13 do 120 mjeseci
- iznos kredita od 15.000 do 300.000 HRK odnosno od 2.000 do 40.000 EUR
- izbor načina otplate kredita u: jednakim mjesечnim anuitetima ili ratama
- izbor datuma otplate kredita: posljednji dan u mjesecu ili neki drugi dan

### Reprezentativni primjer ukupnih troškova za PBZ nenamjenski kredit u HRK/EUR

Vrsta kamatne stope	Fiksna kamatna stopa uz osiguranje korisnika kredita (CPI)		Fiksna kamatna stopa bez CPI police osiguranja	
Valuta kredita	HRK/EUR			
Traženi iznos kredita	75.000 HRK/10.000 EUR			
Rok otplate kredita	7 godina			
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade			
Jednokratna premija osiguranja korisnika kredita (CPI) <sup>6</sup>	3.861,90 HRK/514,92 EUR		-	
Fiksna kamatna stopa	2,70% <sup>1</sup>	3,63% <sup>1</sup>	2,90% <sup>1</sup>	3,83% <sup>1</sup>
Efektivna kamatna stopa (EKS)	4,30% <sup>2</sup>	5,29% <sup>2</sup>	2,94% <sup>3</sup>	3,89% <sup>3</sup>
Mjesečni anuitet	980,89 HRK/ 130,79 EUR	1.012,44 HRK/ 134,99 EUR	987,62 HRK/ 131,68 EUR	1.019,30 HRK/ 135,91 EUR
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	7.563,43 HRK/ 1.008,50 EUR	10.271,46 HRK/ 1.369,56 EUR	8.141,48 HRK/ 1.085,53 EUR	10.860,79 HRK/ 1.448,04 EUR
Ukupan iznos za otplatu	86.425,33 HRK/ 11.523,42 EUR <sup>4</sup>	89.133,36 HRK/ 11.884,48 EUR <sup>4</sup>	83.141,48 HRK/ 11.085,53 EUR <sup>5</sup>	85.860,79 HRK/ 11.448,04 EUR <sup>5</sup>

<sup>1</sup>Prikazane su najviša i najniža moguća fiksna kamatna stopa. Visina kamatne stope ovisi o individualnom odnosu klijenta s PBZ-om te uvjetima kredita. Individualni odnos klijenta i PBZ-a temelji se na procjeni kreditnog rizika klijenta i ukupnom poslovanju klijenta i PBZ-a.

<sup>2</sup>EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade, uz navedeni rok otplate i jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI). 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.

<sup>3</sup>EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade i uz navedeni rok otplate. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.

<sup>4</sup>Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita, kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI).

<sup>5</sup>Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana.

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

### POSEBNA PONUDA OD 23.5. DO 18.6.2022. FIKSNA KAMATNA STOPA U HRK ILI EUR

#### ZA KREDITE BEZ CPI POLICE OSIGURANJA:

- od 13 do 120 mjeseci - od 2,90% do 3,83%<sup>1</sup>  
(EKS od 2,94% do 3,89%)<sup>2</sup>

#### ZA KREDITE UZ CPI POLICU OSIGURANJA:

- od 13 do 120 mjeseci - od 2,70% do 3,63%<sup>1</sup>  
(EKS od 4,30% do 5,29%)<sup>3</sup>

Povrat troškova javnog bilježnika u razdoblju posebne ponude (pogodnost ne vrijedi za refinanciranje postojećeg PBZ nenamjenskog kredita ugovorenog 2021. i 2022. godine).

Kamatne stope iskazane su kao godišnje kamatne stope.

<sup>1</sup>Visina kamatne stope ovisi o individualnom odnosu klijenta s PBZ-om te uvjetima kredita. Individualni odnos klijenta i PBZ-a temelji se na procjeni kreditnog rizika klijenta i ukupnom poslovanju klijenta i PBZ-a.

<sup>2</sup>EKS je izračunat za iznos kredita 75.000 HRK/10.000 EUR, bez naknade i rok otplate 7 godina. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

<sup>3</sup>EKS je izračunat za iznos kredita 75.000 HRK/10.000 EUR, bez naknade, rok otplate 7 godina te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita u iznosu od 3.861,90 HRK/514,92 EUR. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.



## UEMS – NAJVEĆI NADZOR NAD KAKVOĆOM SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA DOKTORA MEDICINE

# EUROPSKI SPECIJALISTIČKI ISPIT

✉ Pišu: ALICE JURAK, MARIJA ROGOZNICA, KSENIJA VUČUR ŠIMIĆ

Radna skupina Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine predvođena prof. dr. sc. Nadom Čikeš i prof. dr. sc. Vesnom Kušec napisala je elaborat o Europskom specijalističkom ispitu UEMS-a sa svrhom promoviranja i poticanja kandidata (specijalizanata i mladih specijalista) na pristupanje i polaganje tog ispita te informiranje mentora i svih drugih uključenih u proces specijalističkog usavršavanja. Ispit je oznaka izvrsnosti u struci u Europi i svijetu. Uspjeh na Europskom specijalističkom ispitu UEMS-a pokazuje kakvoću i ishode specijalističkog usavršavanja u Hrvatskoj. Elaborat je usvojen na 81. sjednici Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine održanoj 20. travnja 2022. u Ministarstvu zdravstva kao ključni dokument u izradi standarda specijalističkog usavršavanja doktora medicine. U elaboratu su nabrojane sekcije UEMS-a koje provode ispit, potom su opisani uvjeti za prijavu ispita i sadržaj, dani su primjeri ispita. Objasnjen je postupak pripreme i izrade ispita, pripreme kandidata i drugo. Objasnjenja je razlika potvrde o položenom ispitu i diplome UEMS-a. Opisano je priznavanje položenog Europskog ispita UEMS-a i odnos prema specijalističkom ispitu. Na kraju se navodi da je priznavanje i prepoznavanje Europskog ispita UEMS-a kao suvremenog standarda liječničke izobrazbe prihvaćeno u Europi i većini zemalja ostatka svijeta. U skladu s time, liječnicima specijalizantima i specijalistima u Hrvatskoj moraju se omogućiti preduvjeti polaganja Europskog specijalističkog ispita UEMS-a. Doktor medicine koji je položio Europski ispit UEMS-a, zahtjev i ostalu traženu dokumentaciju dostavlja Ministarstvu zdravstva, na temelju čega Ministarstvo zdravstva izdaje rješenje o priznavanju položenog specijalističkog ispita.

>>



Elaborat o Europskom specijalističkom ispitu UEMS dostupan je na mrežnim stranicama Hrvatske liječničke komore, [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)

Europska unija medicinskih specijalista (*Union Européen de Médecins Spécialiste, European Union of Medical Specialists*, UEMS) pojašnjava profesorica Kušec, jedinstvena je nevladina institucija koja okuplja danas više od 1,6 milijuna liječnika specijalista s glavnom svrhom rada na kakvoći i standardima specijalističkog usavršavanja. UEMS postoji od 1958. godine, a članstvo čine delegati, doktori specijalisti nacionalnih liječničkih društava iz 43 zemlje članice Evropske unije, te pridruženih zemalja i promatrača. Načelo misije UEMS-a je izrada standarda specijalističkog usavršavanja koje pripremaju liječnici specijalisti za liječnike specijalizante, na temelju suvremenih saznanja medicinskih i edukacijskih znanosti.

“Uvjerjenje je i stav UEMS-a da kvaliteta zdravstvene skrbi neposredno proizlazi iz liječničkog specijalističkog usavršavanja. U okviru ove institucije postoje 43 specijalističke sekcije, 17 multidisciplinarnih skupina (engl. *Multidisciplinary*

*Joint Committee*, MJC), 4 „federacije“ i 17 specijalističkih skupina (engl. *Specialty Divisions*). Broj ovih skupina stalno se povećava kao odraz dinamičnosti i razvoja liječničke profesije i potrebe definiranja standarda izobrazbe nezavisno od priznatih specijalizacija. Specijalizacija koja postoji i priznata je u više od trećine zemalja EU ima preduvjete za prepoznavanje u UEMS-u i za osnivanje sekcije. Svrha rada delegata u sekcijama i drugim skupinama UEMS-a je neprestano poboljšanje specijalističkog usavršavanja i izrada standarda koji će omogućiti ostvarivanje najboljih specijalističkih kompetencija. Na mrežnim stranicama UEMS-a su dostupni dokumenti zahtjeva u specijalističkom usavršavanju (*European Training Requirements, ETR, Main UEMS - European Standards in Medical Training - ETRs*) koji se redovito nadopunjaju i obnavljaju. Iz dugogodišnjeg rada članova UEMS-a logično je proizašla i potreba provedbe „kontrole kvalitete“ specijalističkog usavršavanja, odnosno

>>



Prof. dr. sc. Vesna Kušec, dr. med.

organizacija europskih specijalističkih ispita. Skupina koja je osnovala Savjet za europski specijalistički ispit (*Council for European Specialists Medical Assessment, CESMA*) postavila je 2007. godine temelje rada na standardima provedbe specijalističkog ispita. U nastavku su izrađeni mnogi dokumenti koji upućuju na pravila cjelokupnog procesa specijalističkog ispita”, kaže profesorica Kušec. Prvi takav ispit započela je 1984. specijalizacija iz anestesiologije, a ubrzo i iz oftalmologije, te su slijedile skoro sve ostale specijalizacije i drugi oblici specijalističkog usavršavanja. Ovaj ispit je namijenjen isključivo doktorima medicine na kraju specijalističkog usavršavanja ili nakon polaganja nacionalnoga specijalističkog ispita i upisa u nacionalni register specijalista. Specijalističke sekcije ili druge specijalističke skupine UEMS-a organiziraju specijalistički ispit ponekad u zajedništvu s odgovarajućim europskim znanstvenim specijalističkim društвom. Ispit koji je položen u organizaciji UEMS-ove specijalističke sekcije, nastavlja profesorica Kušec, potvrda je ostvarenih vrlo visokih europskih standarda specijalističkih kompetencija, potvrda specijalističke izvrsnosti i napredak u profesionalnoj karijeri

pristupnika, te prestižan dokument potvrde specijalističkih kompetencija pri zapošljavanju ili dalnjem usavršavanju. Potrebno je napomenuti da potvrda (diploma, certifikat) nije licencija za rad, ali je potvrda kakvoće europskih standarda specijalističkih kompetencija cijenjenih u Europi i svijetu. Za pristupnike koji su usavršavanje proveli u akreditiranom edukacijskom središtu, položenim ispitom dodjeljuje se naziv člana/članice Europskog specijalističkog odbora, tj. Fellowship of the European Board of „naziv specijalizacije“. UEMS-ov Europski specijalistički ispit priznat je i prepoznat kao visokovrijedan u Europi i mnogim zemljama ostatka svijeta, preporučan kao alternativa i jednakovrijedan u većini europskih zemalja ili kao zamjena za nacionalni ispit. Uspješno položen UEMS-ov ispit također je i potvrda kakvoće nacionalnog programa i provedbe specijalističkog usavršavanja prema suvremenim načelima medicinske edukacije.

Ispit je temeljen na ETR-u za specijalizaciju, ima pisani, a najčešće i usmeni dio. Svaka specijalizacija ima svoje posebne uvjete za pristup i provedbu ispitova, te se zainteresirani upućuju na odgovarajuće mrežne stranice specijalističkih sekcija ili društava. CESMA primjenjuje standarde i preporuke u organizaciji, pripremi i evaluaciji samog ispita, a također provodi i ocjenjivanje sukladnosti cjelokupnog postupka s preporučenim standardima. Prilikom prvog provođenja specijalističkog ispita određene specijalizacije, dva ili tri člana CESMA-a ocjenjuju i savjetuju provedbu samog ispita sa svrhom pridržavanja preporuka. Taj oblik nadzora ponavlja se u sljedećim održavanjima ispita, a u nastavku reakreditira svakih pet godina. Na taj je način „nadzor nad kakvoćom“ specijalističkog usavršavanja putem specijalističkog ispitova također podložan „nadzoru nad kakvoćom“.

“Uspjeh kandidata na UEMS-ovom specijalističkom ispitu pokazatelj je visokih standarda specijalističke izobrazbe na nacionalnoj razini u zemlji članici EU-a (ili izvan EU) i usklađenosti s programima specijalističke izobrazbe u EU, te potvrda ishoda programa specijalističkog usavršavanja (ETR) za kvalitetu zdravstvene skrbi (načelo „*Patient Safety*“). Priznavanje specijalističkog ispitova UEMS-a EU suvremeni je standard liječničke specijalističke izobrazbe. U Hrvatskoj Ministarstvo zdravstva priznaje diplomu UEMS-ovog specijalističkog ispitova kao jednakovrijednu nacionalnom te se može očekivati da će se u skoroj budućnosti sve više naših specijalizanata odlučiti na ovu potvrdu svojih specijalističkih kompetencija, a neposredno uvjetovati da medicinska zajednica u Hrvatskoj sve više cijeni izvrsnost specijalističkih kompetencija na europskoj razini”, kaže profesorica Kušec.

O iskustvu polaganja UEMS-ovog specijalističkog ispitova razgovarali smo s nekoliko liječnika koji su ga položili. Dr. sc. Iva Košuta, dr. med., specijalist gastroenterolog, pristupila je ispitu 2018. godine i uspješno ga položila te svoje iskustvo prepričala za Liječničke novine (br. 175, 2018.).

*European Specialty Examination in Gastroenterology and Hepatology* ili ukratko ESEGH, objektivno je testiranje znanja iz područja gastroenterologije i hepatologije koje validiraju Federation of Royal Colleges of Physicians of the UK, British Society of Gastroenterology i European Section and Board of Gastroenterology and Hepatology. ESEGH se simultano održava u više zemalja, radi harmonizacije i unaprijeđenja standarda znanja i skrbi o pacijentu na europskoj razini.

“Ispit je namijenjen specijalizantima viših godina, obično se savjetuje njegovo polaganje u završnoj godini specijalizacije. Polaganje ESEGH-a za



Dr. sc. Iva Košuta, dr. med.

sada je obvezan dio specijalističkog usavršavanja tek u pojedinim evropskim zemljama poput Nizozemske i Švicarske. Važna je novost od 2018. godine da ESEGH objedinjuje pretходni evropski ispit (*Specialty Certificate Examination - SCE*) kao i njegov britanski pandan (*European Board of Gastroenterology and Hepatology Examination - EBGHE*). Format ispita čine pitanja s višestrukim odgovorima - dva seta od po 100 pitanja. Za svako se pitanje nudi pet odgovora od kojih je jedan točan (naravno, često je potrebno odabrati 'najtočniji odgovor' između dva ili tri distraktora). Kandidat ima po tri sata vremena da odgovori na sto pitanja, između kojih je jedan sat odmora. Cijeli ispit se polaže u jednome danu i traje ukupno sedam sati. Testiranje se provodi simultano u brojnim evropskim središtima, a po prvi puta je 2018. godine polaganje ESEGH-a bilo organizirano i u Zagrebu. Na rezultate se čeka četiri tjedna, a obavijest o (ne)uspjehu stiže elektroničkom poštom. Gradivo koje se treba svladati može se naći u tzv. plavoj knjižici (engl. *The Blue Book*), a teme su podijeljene na sljedeći način: biljarno stablo, krvarenje iz probavnog trakta, upalne crijevne bolesti, je-

**UEMS je krovno tijelo za specijalističko usavršavanje doktora medicine u EU, osnovano 1958., i iznimno je važno za harmonizaciju specijalističkog usavršavanja u Hrvatskoj u odnosu na europske programe i njihovo punopravno međunarodno priznavanje.**

**Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“, broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, 69/16 – Ispravak i 6/17), članak 30. stavak 2, propisuje da se doktorima medicine koji su položili specijalistički ispit pred Europskim odborom specijalista Evropskog društva te stekli diplomu dodijeljenu od Europskog odbora specijalista priznaje naziv specijalist određene grane, što upućuje na već otvorenu važeću pravnu osnovu za uvažavanje evropskog ispita kao ekvivalenta našemu.**

trene bolesti, prehrana, bolesti jednjaka, bolesti gušterače, bolesti tankog crijeva, bolesti želuca i dvanaesterca te drugi poremećaji” pojašnjava dr. sc. Košuta.

Najveću 'težinu', tj. broj pitanja, obično nose podteme upalnih crijevnih bolesti i jetrenih bolesti. Radi se o priličnom volumenu koji je potrebno svladati, nastavlja, zbog čega nije loše ispit pripremati krajem specijalističkog usavršavanja, tj. usporedno s pripremom za specijalistički ispit. Također, nije na odmet napomenuti da je polaganje ESEGH-a i prava finansijska stavka. Prijava i pristupanje ispitu se naplaćuje nešto više od 700 eura, a uz to je potrebno pokriti i troškove literature te eventualno pretplatu na probne testove putem kojih se lakše adaptira na ovaj način ispitivanja. Kandidati koji uspješno polože ESEGH mogu biti uvjereni da su usvojili potrebna znanja koja se očekuju od mladog specijalista gastroenterologije. Ovo predstavlja dobru osnovu za nastavak razvoja kliničke izvrsnosti kao i izvrstan temelj za eventualnu međunarodnu suradnju.

Svoje iskustvo za Liječnike novine iznio je i doc. dr. sc. Marko Brinar, dr. med., specijalist internist, subspecijalist gastroenterologije i hepatologije.

„Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku Uniju 2013. godine zainteresirao sam se za polaganje evropskog ispita iz gastroenterologije i hepatologije, odnosno „*European Specialty Examination in Gastroenterology and Hepatology*“. Radi se o ispitu koji validirano ispituje znanje gastroenterologije i hepatologije prema evropskom kurikulu za specijalizaciju iz gastroenterologije i hepatologije. O mogućnosti da se ispit po prvi puta održi u Hrvatskoj doznao sam od prof. dr. sc. Željka Krznarića te sam se, uz njegovu veliku potporu, kao i uz finansijsku potporu Hrvatskog društva za kliničku prehranu Hrvatskog liječničkog

&gt;&gt;

zbara, prijavio na prvi sljedeći europski ispit koji je organiziran u Zagrebu.

U mom slučaju nije se radilo o ideji emigracije već o čistoj radoznalosti mogu li položiti taj ispit. U tom životnom razdoblju bio sam 2014. godine na drugoj godini subspecialističkog usavršavanja iz gastroenterologije i hepatologije te sam se, osim trajne dotadašnje edukacije, nastavio pripremati koristeći se prvenstveno knjigom „Slesinger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Diseases“ uz isčitavanje smjernica iz pojedinih područja gastroenterologije i hepatologije. Ispit se sastoji od dva dijela, svaki od po 100 pitanja, dakle ukupno 200 pitanja. Pitanja su temeljena na prethodno danom kliničkom scenariju te u pravilu ispituju poznavanje najprikladnijeg postupka u danoj kliničkoj situaciji. Zaključno mogu reći da je polaganje Europskog ispita iz gastroenterologije i hepatologije bilo jedno izvrsno iskustvo, a ispit mi je priznalo i Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske kao ispit iz područja uže specijalizacije. Mislim da se radi o izvrsnom i objektivnom načinu provjere znanja za koje bi moglo biti mjesto i u našem sustavu obrazovanja liječnika“, rekao je doc. Brinar. On dodaje da mu je položen ispit UEMS-a ujedno bio i subspecialistički ispit, priznat od Ministarstva zdravstva, iako sam administrativan postupak nije bio odmah riješen.

Za europsku diplomu iz radiologije (EdiR - European Diploma in Radiology) čula je Ingrid Prlić Seršić, dr. med., prvi put sredinom svoga specijalizantskog staža. Tada je njen kolega i prijatelj odlučio polagati takvu vrstu ispita, što je i učinio tijekom Europskog radiološkog kongresa koji se svake godine održava u Beču. Godine 2019. pokrenuta je inicijativa Hrvatskog društva radiologa (HDR) i na kraju je donesena odluka kojom bi polaganje EDiR-a od 2020. g. bio ekvivalent hrvatskom nacionalnom specijalističkom ispitu iz radiologije.

“Ova je odluka u meni izazvala još veću želju za polaganjem tog ispita. Dolaskom pandemije, europska radiološka stručna društva ESR (European Society of Radiology) i EBR (European Board of Radiology), kao i HDR, tražila su način kako bi se osiguralo sigurno polaganje ispita u novonastalim okolnostima. Slijedom toga je odlučeno da se EDiR u cijelosti može polagati online, uz mogućnost održavanja u više gradova diljem Europe, a pod zadanim epidemiološkim okolnostima. Tako je zahvaljujući HDR-u, nakon ispita u Rijeci 2020. g., isti organiziran i u Zagrebu 2021. g. U to vrijeme bila sam na obilasku u sklopu specijalizantskog staža u Zagrebu. Ovime mi je bio olakšan i sam tehnički uvjet pristupa ispitu”, priča dr. Prlić Seršić. Izvedbeni dio ispita sastoji se od tri dijela koji obuhvaćaju teorijsko znanje i praktični dio (CORE). Teorijski dio, nastavlja, obuhvaća višestruke odgovore i kratke slučajeve, dok se praktični dio sastoji od slučajeva koji obuhvaćaju različite modalitete, sustave, očitanje, diferencijalnu dijagnozu i konačnu dijagnozu na temelju danoga. Potpuno je na engleskom, te je zahtjevan iz više razloga, uključujući vremensko ograničenje za rješavanje, širinu znanja koje se zahtijeva (s obzirom na širinu radiološke struke i dio koji obuhvaća nuklearnu medicinu), strani jezik, duljinu trajanja i, u konačnici, prag prolaza. Rezultati ispita se čekaju nekoliko tjedana i zanimljivo je da su, barem kod mene, odražavali bolje rezultate iz grana radiologije koje sam više radila tijekom specijalizacije. Za polaganje morate proći bodovni prag za sve grane radiologije. Priprema je također bila zahtjevna, višemjesečna, a uz pisano literatuру koja je navedena, obuhvaćala je i online platforme radioloških predavanja i slučajeva (najvećim dijelom ESR-a i pojedinih internacionalnih platformi). Ja sam na taj način položila specijalistički ispit, odnosno nisam



**Ingrid Prlić Seršić, dr. med.**

trebala polagati još i klasični hrvatski specijalistički ispit.

Mislim da je velika prilika što su ovaj ispit prihvatali HDR i Ministarstvo zdravstva kao specijalistički ispit, jer daje mogućnost polaganja i na ovaj način. U brojnim europskim zemljama on je također prihvaćen kao način polaganja specijalističkog ispit iz radiologije. U konačnici, taj ispit daje određen objektivni i standardizirani ekvivalent radiološkog znanja. Zahvalna sam i ponosna da su naše stručne organizacije i strukture to prepoznale i omogućile. Štoviše, čak i potiču njegovo polaganje financijskim subvencioniranjem prvog izlaska na ispit, kao i organiziranjem njegova polaganja u Hrvatskoj. Zahvaljujući tome, dio mojih kolega položilo je EDiR organiziran u Rijeci i Zagrebu. Svakako bih preporučila specijalizantima i svim radiologima da se odluče na izlazak na taj ispit jer vjerujem da EDiR daje i dodantu vrijednost za daljnji profesionalni razvoj te se nadam se da će se nastaviti promovirati i poticati njegovo polaganje”, zaključuje dr. Prlić Seršić.



# VREMEPOV

13. travnja - 8. svibnja 2022.

## 13. travnja

“Danas ukidamo karantenu za sve naše građane”, najavio je ravnatelj HZJZ-a, prof. Krunoslav Capak objavljajući najnovije preporuke vezane uz pandemiju COVID-19. To znači da građani nakon kontakta s COVID pozitivnom osobom više ne moraju ići u karantenu, neovisno o cijepnom statusu ili preboljenju. Drugo docjepljivanje, tzv. četvrta doza cjepiva protiv COVID-19 uvodi se za osobe starije od 80 te starije od 65 godina koje su korisnici doma za starije i nemoćne osobe.

## 14. travnja

Raketna krstarica Moskva, glavni brod ruske Crnomorske flote, potonuo je uslijed eksplozije i požara. SAD su potvrdile da su krstaricu pogodila dva ukrajinska projektila.

## 18. travnja

U posljednja 24 sata zabilježeno je 30 novih slučajeva zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas 3 946. Među njima je 478 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 23 pacijenta, a preminulo ih je 7.

## 19. travnja

Hrvatsko zdravstvo je na borbu s koronom potrošilo pet milijardi kuna! Cijena je to troškova epidemije koronavirusa koju je u dvije godine i dva mjeseca nagomilao Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Tu je riječ o samo četiri stavke koje se tiču epidemije: testiranju, liječenju, bolovanju te troškovima cijepljenja.

## 24. travnja

Globalna inicijativa Svjetske zdravstvene organizacije "Svjetski tjedan cijepljenja 2022." obilježit će se posljednjeg tjedna u travnju pod geslom "Dug život za sve", uz poruku da se godišnje u svijetu cijepljenjem sačuva oko pet milijuna ljudskih života.

## 28. travnja

Broj slučajeva ospica u velikom je porastu diljem svijeta, izvjestio je SZO. Broj prijavljenih slučajeva ospica u prva dva mjeseca 2022. bio je 79 posto veći nego u istom razdoblju prošle godine. Razlog porasta je taj što se premalo djece cijepi, dijelom zato što su kampanje cijepljenja prekinute tijekom pandemije COVID-19, a dijelom zbog toga što su zemlje bile prisiljene preraspodijeliti novac za druge probleme.

## 29. travnja

U Hrvatskoj je u posljednja 24 sata zabilježeno 896 novih slučajeva zaraze koronavirusom, a umrlo je pet osoba, izvjestio je Nacionalni stožer civilne zaštite. Na bolničkom liječenju nalazi se 433 pacijenta, a 18 ih je na respiratoru. Danas je u Hrvatskoj 6 018 aktivnih slučajeva zaraze koronavirusom.

## 30. travnja

Današnji Nacionalni dan hitne medicinske službe, koji se obilježava od 2013. godine, protekao je u znaku inicijative za donošenje zakonskog okvira i priznavanje beneficiranog radnog staža za djelatnike službe.

## 1. svibnja

Ministarstvo unutarnjih poslova (MUP) potvrdilo je da odluka o privremenom ograničavanju prelaska preko graničnih prijelaza, koja je vrijedila do 30. travnja, nije produljena, što znači da su ukinuta ograničenja za ulazak u Hrvatsku.

## 2. svibnja

U Zagrebu se pojavila epidemija hepatitisa A ili zarazne žutice. Od početka ožujka do sada bilo je 57 slučajeva bolesti, uglavnom među zagrebačkim srednjoškolcima. Epidemiolog Branko Kolarić kaže da se očekuje još

određeni broj slučajeva jer je inkubacijsko razdoblje jako dugo - od 5 do 50 dana.

## 3. svibnja

Europska komisija je predložila uspostavu Europskog prostora za zdravstvene podatke (EHDS), koji bi trebao olakšati pristup zdravstvenim podacima pacijentima, liječnicima, regulatorima i istraživačima, smanjiti veliki broj nepotrebnih pretraga i donijeti znatne uštede.

## 6. svibnja

Pandemija COVID-19 odnijela je do kraja 2021. godine između 13 i 17 milijuna ljudskih života u svijetu. Najnovija je to procjena Svjetske zdravstvene organizacije. Podaci SZO uključuju smrtne slučajeve izravno povezane s bolešću, kao i one koji su neizravno povezani zbog utjecaja pandemije na zdravstvene sustave i društvo općenito.

## 7. svibnja

U posljednja 24 sata zabilježeno je 835 novih slučajeva zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 5 430. Među njima je 377 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 16 pacijenata. Preminulo je 7 osoba.

## 8. svibnja

Predsjednik Vlade Republike Hrvatske, Andrej Plenković, jutros je stigao u Kijev na sastanak s predsjednikom Ukrajine Volodimirom Zelenskim, predsjednikom vlade Denisom Šmihalom i predsjednikom Vrhovne Rade Ruslanom Stefančukom. Ukrainski državni vrh upoznao je premijera Plenkovića s posljedicama razaranja uslijed ruskih napada, a razgovarat će se i o daljnjoj pomoći te nastavku europskog puta Ukrajine.



Poštovani gospodine Ministre zdravstva,

Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja regulirano je da radna mjesta u sustavu zdravstvene skrbi imaju različite dodatke na plaću. Dodaci na plaću s osnovice posebnih uvjeta rada za liječnike, na temelju Dodatka II KU, NN 92/2019, članak 21., kreću se od 19 % do 28 %.

Nelogičan, diskriminirajući i nadasve zanimljiv podatak koji se tiče naših mladih kolega, liječnika na specijalizaciji, je da oni dobivaju najniži dodatak od 19 %, bez obzira što su im radni uvjeti jednaki radnim uvjetima ostalih zaposlenika u djelatnosti zdravstva za koju provode specijalističko usavršavanje. Postavlja se pitanje zašto su uvjeti rada, recimo, u operacijskim salama, za specijaliste, instrumentarke, anesteziološke tehničare i spremaćice viši nego za liječnike na specijalizaciji iz kirurških struka ili anesteziologije i intenzivnog liječenja.

Uvjeti rada su jedinstveni, oni podrazumjevaju jednako radno okruženje u kojem djelatnik obavlja svoje radne zadatke, bez obzira na stupanj obrazovanja koji osobno posjeduje. Uvjeti rada su uglavnom fizičke naravi, prvenstveno oni koji se odnose na zaštitu i sigurnost zdravlja radnika i zaštitu na radu u najširem smislu, i trebali bi biti temeljeni na procjeni opasnosti (rizika) na radu. Iz navedenoga je nejasno zašto liječnici na specijalizaciji imaju najmanji dodatak na posebne uvjete rada iako rade u jednakom radnom okruženju kao drugi djelatnici u određenoj djelatnosti u sustavu.

## DODACI NA POSEBNE UVJETE RADA ZA LIJEČNIKE NA SPECIJALIZACIJI

Radna mjesta I., II., III. i IV. vrste	Članak 21. Dodatka II KU, NN 92/2019	
1.	<p>zdravstveni radnik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>u intenzivnoj skrbi i operacijskoj dvorani (instrumentiranje i anesteziologija)</b></li> <li>– na primjeni citostatika (2/3 radnog vremena)</li> <li>– na liječenju AIDS-a (2/3 radnog vremena)</li> <li>– na liječenju aktivne TBC (2/3 radnog vremena)</li> <li>– na otvorenim izvorima zračenja (2/3 radnog vremena)</li> <li>– ing. med. radiologije</li> <li>– nezdravstveni radnik na otvorenim izvorima zračenja (2/3 radnog vremena)</li> <li>– nezdravstveni radnik koji radi s bolesnicima koji se liječe od aktivne TBC (2/3 radnog vremena)</li> <li>– <b>zdravstveni i nezdravstveni radnik koji radi na onkološkom odjelu, dnevnoj bolnici ili ambulantni gdje se primjenjuje intravenozna terapija citostatika (2/3 radnog vremena)</b></li> </ul>	28

U Dodatku II KU u članku 21. došlo je do izmjene kod pojedinih dodataka na uvjete rada, tako su se neki uvjeti rada počeli odnositi i na radna mjesta I vrste, a što su i radna mjesta liječnika na specijalizaciji.

Na temelju navedenog članka proizilazi da bi barem liječnici na specijalizaciji iz anesteziologije i intenzivnog liječenja, a koji po programu specijalističkog usavršavanja provode minimalno 2/3 radnog vremena na poslovima anesteziologije u operacijskog dvorani te u jedinicama intenzivne skrbi, trebali ostvariti pravo na dodatak na uvjete rada od 28 %, a ne 19 % tijekom trajanja cijelokupnog specijalističkog usavršavanja.

Jednako tako liječnici na specijalizaciji iz internističke onkologije i hematologije u usmjerenom dijelu specijalizacije rade puno radno vrijeme na onkološkim odjelima, dnevnim bolnicama i ambulantama gdje se primjenjuje intravenska terapija citostatikima te bi u tom dijelu specijalističkog usavršavanja trebali ostvarivati pravo na dodatak na uvjete rada od 28 %, kao i ostali zdravstveni i nezdravstveni djelatnici na takvim odjelima.

U praksi je način na koji poslodavci „dodjeljuju“ postotak za dodatak na posebne uvjete rada liječnicima na specijalizaciji neujednačen i uglavnom na štetu mladih liječnika.

Poštovani gospodine Ministre, hrvatski liječnici očekuju da se ovakav diskriminatory stav prema mladim kolegama ispravi. Očekujemo da liječnici za svoja radna prava izravno pregovaraju, kako do ovakvih nejednakosti u sustavu ne bi dolazilo, a iste generirale mogućnosti za nove sudske postupke za ostvarivanje radnih prava liječnika.

Očekujemo od Vas da kao resorni Ministar osigurate da mladi liječnici budu motivirani za ostanak u domovini i rad u hrvatskom zdravstvenom sustavu, na dobrobit svih građana, a posebno naših pacijenata.

S poštovanjem,  
SAMIJA ROPAR, dr. med., klinički citolog,  
OB Karlovac  
Savjetnica Predsjednika HLK-a  
Članica Glavnog odbora HLS-a

# Komora upozorava: MUP liječnicima nameće obvezu koja ne postoji u drugim članicama EU

U prijedlogu Zakona o sigurnosti prometa na cestama Ministarstvo unutarnjih poslova se oglušilo na sve prijedloge liječničke struke. Inzistiranje Ministarstva unutarnjih poslova da kroz izmjene Zakona o sigurnosti prometa na cestama uvede liječnicima obvezu prijavljivanja MUP-u pacijenata koje su upozorili na privremenu nesposobnost upravljanja vozilom zbog trenutačnog zdravstvenog stanja ili nekog lijeka, napraviti će puno veću štetu nego što će biti eventualna korist po sigurnost prometa.

U otvorenom pismu koje je Hrvatska liječnička komora 5. svibnja uputila zastupnicima u Hrvatskom saboru Komora ističe kako ova obveza koju MUP nameće liječnicima nije rješenje niti za jedan od „četiri glavne ubojice u prometu“ tj. brzinu, alkohol, mobitel i nekoristenje sigurnosnog pojasa, a što je MUP sam definirao kao ključne uzroke velike smrtnosti u prometu. Komora u pismu nadalje ističe kako se, prema podacima MUP-a od skoro 700 tisuća prometnih prekršaja evidentiranih u 2020. godini, u samo 0,02 % prekršaja (147 prekršaja) radilo o upravljanju vozilom pod utjecajem droga ili lijekova. Upravo propisivanje, tj. korištenje određenih lijekova, trebalo bi biti jedan od elemenata zbog kojih bi liječnici morali prijavljivati MUP-u pacijente koji automatski privremeno ostaju bez mogućnosti upravljanja motornim vozilima.



Za Hrvatsku ne postoje javni podaci o postotku nesreća kojima je uzrok promijenjeno zdravstveno stanje.

MUP mjesecima ignorira i odbija sve primjedbe liječničkih strukovnih organizacija, a rezultat toga je da je Vlada u Sabor u drugo čitanje uputila prijedlog zakona koji i dalje sadrži tu obvezu liječnika, kao i njihovu prekršajnu odgovornost u slučaju da to ne učine.

Dapače, ovo zakonsko rješenje protivno je Vladinom strateškom dokumentu „Nacionalni program sigurnosti cestovnog prometa 2021. – 2030.“ usvojenom u srpnju 2021. godine. Nacionalni program je izvanredne liječničke pregledi i edukaciju vozača recidivista u vožnji pod utjecajem alkohola, droga ili lijekova odredio kao zakonske mjere

za smanjenje broja teških prometnih nesreća pod utjecajem alkohola i/ili droga ili lijekova.

MUP svoju odgovornost za neuspjeh u smanjivanju crnih brojki poginulih (297 u 2019. godini) i teško ozlijedjenih (2 492 u 2019. godini) u prometnim nesrećama, pokušava umanjiti nametanjem iznimno štetne, a po sigurnost prometa neučinkovite i beskorisne obveze liječnika da prijavljuju pacijente.

Provjeda ovakvog zakona sustavno bi opasno narušila odnos povjerenja između liječnika i njihovih pacijenata. Primjenom zakona liječnici bi postali izloženi prekršajnom postupku ako ne postupe po zakonu, dok bi potencijalno provođenjem zakona kršili institut liječničke tajne i bili izloženi povećanoj stopi verbalnog ili fizičkog

nasilja nezadovoljnih pacijenata. Ovakav konačni prijedlog zakona stvara pravnu nesigurnost u kojoj svaki liječnik može prekršajno odgovarati za odluku o pacijentu, a ujedno otvara i mogućnost osiguravateljskim kućama da tuže liječnike i od njih traže naknadu štete.

Umjesto beskorisnog i štetnog inzistiranja MUP-a na ovom prijedlogu, Komora predlaže uvođenje redovitih sistematskih pregleda

prema dobnim skupinama vozača, te strožu primjenu zakona i intenzivnije kontrole na cestama, kao i intenzivne edukativne kampanje o opasnostima prebrze vožnje, vožnje bez pojasa, s mobitelom ili pod utjecajem alkohola. Pored toga, Komora u otvorenom pismu predlaže da Hrvatska uvede tzv. DRUID klasifikaciju lijekova koja postoji u Danskoj, Finskoj, Norveškoj, Francuskoj i Španjolskoj, tj. da uvede označavanje lijekova bojama

(tzv. semafor) koje pacijentima jasno govore kakav je utjecaj lijeka na sposobnost vožnje. Ako Sabor izglaša ovakav zakon s obvezom liječnika da prijavljuju svaku, pa i privremenu promjenu zdravstvenog stanja i s njihovom prekršajnom odgovornošću, Hrvatska liječnička komora zatražit će preispitivanje ustavnosti zakona na Ustavnom sudu, stoji u zaključku otvorenog pisma Komore zastupnicima u Hrvatskom saboru.

## U svibnju tečaj Komore za izobrazbu kandidata za stalne sudske vještake

Hrvatska liječnička komora organizira tečaj za stalne sudske vještakе koji će se održati od 16. do 20. svibnja 2022. u Središnjem uredu HLK-a. Tečaj se sastoji od teorijskog i praktičnog dijela, a polaznici ostvaruju minimalno 20 bodova. Predavači na teorijskom dijelu tečaja su stručnjaci iz područja prava, suci te stručnjaci iz područja medicine, aktivni stalni sudski vještaci, dok se na praktičnom dijelu tečaja kandidat educira uz mentora, stalnog sudskog vještaka. Kroz puno aktivnosti i primjera iz prakse, tečaj HLK-a kvalitetno priprema buduće sudske vještakе na sve izazove izrade sudskih vještačenja iz područja medicine kojim se kandidat bavi. Već 20 godina dugom tradicijom održavanja tečaja za stalne sudske vještakе, naša Komora osposobljava polaznike tečaja za izradu nalaza i mišljenja koja idu u korak sa suvremenim postignućima sudskomedicinskog vještačenja.

Svojim programom i odabirom tema, tečaj pruža kvalitetna predavanja iz područja prava i medicine koja potiču polaznike na razvijanje jedinstvenih vještina prilikom izrade sudskih nalaza i mišljenja. Usto se polaznici potiču na profesionalni i osobni razvoj, kao i na razvijanje etičkih vještina kako bi svojim stručnim znanjem, etičnošću i značajnim

iskustvom ponudili redovnim sudovima kvalitetan zaključak koji je potreban sudu za utvrđivanje ili ocjenu neke važne činjenice u sudskom sporu.

Na teorijskom dijelu tečaja kandidati sudjeluju u predavanjima iz područja prava i medicine te se na istom upoznaju s temeljnim postulatima izrade sudskog nalaza i mišljenja, kao i načinima korištenja dokumentacije i sudskog spisa prilikom izrade vještačenja.

Praktični dio tečaja kandidati prolaze s imenovanim mentorom, dugogodišnjim stalnim sudskim vještakom za granu medicine za koju kandidat želi imenovanje. Praktični dio tečaja održava se u terminima i dinamikom kojom se kandidat i mentor dogovore. Kroz puno aktivnosti, primjera iz prakse te uz korištenje dopuštenih sudskih materijala, mentori će kvalitetno pripremiti kandidate, buduće sudske vještakе, na suvremene izazove prilikom izrade sudskih vještačenja iz područja grane medicine kojom se u praksi bave.

Za sve informacije o tečaju, zainteresirani se mogu javiti na br. telefona: 01/4627 122 ili mobitela: 099 269 47 99, kao i na adresu elektroničke pošte ruzica.erakovic@hlk.hr

TEMA VODA

## NAJBOLJA FOTOGRAFIJA



Vlasta Štalekar Kirgistan



### Pozivamo liječnike

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

**Svoje fotografije možete poslati na  
[info@restart.hr](mailto:info@restart.hr)**

**PUB QUIZ**

**Dođite na**

**PUB KVIZ HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE  
U BJELOVAR**

**Pitanja su iz raznih područja (najmanje iz medicine),  
povedite sa sobom prijatelje**

**Srijeda 25. svibnja 2022. u 19 h, Oka bar&pub, Ulica Franja Supila br. 5, Bjelovar**

## > PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA U TRAVNUJU 2022.

<b>1. – 3. travnja</b>	3. kongres KoKoZ-a i 5. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Rovinj
<b>1. travnja</b>	Kongres Hrvatskog traumatološkog društva HLZ-a s međunarodnim sudjelovanjem, Vodice (prim.dr. M. Malović)
<b>6. travnja</b>	Tečaj za mlade liječnike „Osnove medicinskog prava“, Split (dr. V. Krolo, prof. T. Franić, dr. V. Beara)
<b>8. travnja</b>	Tematska sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora „Sadašnjost i budućnost obiteljske medicine u RH“ (dr. V. Krolo)
<b>11. travnja</b>	Potpisivanje sporazuma o suradnji između Hrvatskog katoličkog sveučilišta i Hrvatske liječničke komore, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, prim. dr. B. Ujević, dr. I. Bekavac)
<b>12. travnja</b>	Sastanak u Ministarstvu rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike na temu reguliranih profesija ukrainjih državljanima, Zagreb (dr. V. Krolo, dr. I. Bekavac)
<b>21. travnja</b>	Sastanak s predstavnicima Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske na temu priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija liječnika iz Ukrajine, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
<b>21. travnja</b>	Tribina „Uloga europskog specijalističkog ispita u unaprjeđenju standarda zdravstvene skrbi u RH“, Zagreb (dr. F. Đerke, dr. V. Šćuric)
<b>25. travnja</b>	Sastanak Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Krolo)
<b>25. travnja</b>	Online sjednica Odbora Europskog udruženja mladih liječnika - European Junior Doctors-EJD, (dr. M. Rogoznica, dr. V. Šćuric)
<b>27. travnja</b>	Sastanak s predstavnicima AKD-a, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, prim. dr. B. Ujević, dr. A. Babacanli)
<b>28. travnja</b>	Sastanak Stručnih povjerenstava MEF-a Rijeka i vanjskih dionika povodom postupka reakreditacije MEF-a Rijeka (dr. sc. K. Luetić)

## > SASTANCI TIJELA KOMORE U TRAVNUJU 2022.

<b>5. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
<b>12. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
<b>20. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
<b>22. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
<b>25. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
<b>28. travnja</b>	Sjednica Izvršnog odbora
<b>29. travnja</b>	Sjednica Nadzornog odbora
<b>29. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
<b>1. – 30. travnja</b>	13 rasprava na Časnom sudu

# U HRVATSKOJ NA EDUKACIJI

**Prof. dr. sc. PLAMEN KINOV, dr. med.,**

ortoped iz Bugarske, predstavnik Bugarske u Europskom društvu za kuk

*U travnju 2022. u Zagrebu je boravio prof. dr. sc. Plamen Kinov, dr. med., bugarski ortoped svjetskoga glasa. Rođen je 1968. g., a zaposlen je u University Hospital Queen Giovanna – ISUL, u Sofiji u Bugarskoj. Ima impresivan životopis, obrazovanje od Sofije preko Graza u Austriji do Klinike Mayo u Rochesteru u SAD-u, značajno iskustvo i bibliografiju. Zbog svojih znanja i vještina podučava ortopede na brojnim međunarodnim tečajevima. No, ovaj put je došao učiti, i to od hrvatskih kolega, prof. Marija Starešinića i njegovog tima na Zavodu za ortopediju i traumatologiju KB-a Merkur u Zagrebu. S prof. Kinovim smo razgovarali u pauzi između operacija.*



Razgovarala LADA ZIBAR

► **Što je bio osnovni razlog Vašeg posjeta Hrvatskoj?**

Nedavno sam na 6. kongresu Hrvatskog traumatološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem u Vodicama s prof. Starešinićem razgovarao o prednjem minimalno invazivnom kirurškom pristupu na zglobov kuka kojega primjenjuju pri ugradnji totalne endoproteze kuka, a koji ima brojne prednosti. To je meni nova tehnika za tu vrstu zahvata, a u Zagrebu ju na KB Merkuru rade već dulje vrijeme.

Najznačajnije prednosti tog kirurškog pristupa su minimalno oštećenje anatomske strukture, odnosno očuvanje mišićno tetivnih elemenata bitnih za funkciju zglobov kuka, što posljedično rezultira znatno bržim i lakšim oporavkom uz manji rizik od poslijeoperacijskog iščašenja endoproteze. Naravno da taj pristup zahtijeva iznimno kirurško znanje, vještina i iskustvo, te je linija učenja duga i izrazito zahtjevna. Taj kirurški pristup inače sam primjenjivao isključivo u tumorskoj kirurgiji, a kod ugradnje totalne endoproteze kuka sam ga do sada izvodio, zapravo vježbao, samo na kadaverima. Zahvaljujući prof. Mariju Starešini-

ću, jučer i jutros sam imao priliku vidjeti i stvarne operacije s takvim kirurškim pristupom na pacijentima. Impresioniran sam kompetentnošću, iskustvom kao i stručnošću toga tima te osobito i znanjem oviдаšnjih specijalizanata i njihovom voljom.

► **Koje je glavno područje Vašeg kliničkog i akademskog rada?**

Najvažnija su područja ugradnja endoproteze kuka i koljena. Naša je bolnica referentno nacionalno središte za ugradnju totalnih endoproteza kuka i koljena, a osim pacijenata iz Bugarske nerijetko imamo i pacijente iz inozemstva. Godišnje učinimo oko 500 primarnih i više od 100 revizijskih operacija. U našoj se bolnici vrše edukacije specijalizanata za takve operacije. Inače, zajedno s prof. Marijom Starešinićem sudjelujem i u brojnim međunarodnim edukacijama iz tog područja, u okviru Europskog društva za kuk i koljeno.

► **Kakva je Vaša suradnja s kolegama u Hrvatskoj?**

Već dugo surađujem s hrvatskim kolegama, prvenstveno s prof. Marijom Starešinićem. Osobito se ta suradnja odnosi na tečajeve na kojima zajedno sudjelujemo, poput npr. „AO Trauma/AO Recon – Comprehensive Periprosthetic Fracture



Prof. Lada Zibar, prof. Mario Starešinić i prof. Plamen Kinov

management of the Hip and Knee“ održanim u Rijeci, odnosno AOREcon tečjevima održanim u Zagrebu. Usko surađujem i s prof. Dinkom Vidovićem, s kojim zajedno vršim edukaciju na brojnim međunarodnim tečjevima. Mogu reći da s hrvatskim kolegama surađujem vrlo plodonosno, što nije ni čudno jer dijelimo iste zajedničke vrijednosti. U rujnu ćemo imati međunarodni kongres ortopeda i traumatologa u Bugarskoj na kojem će pozvani predavači biti kolege Vidović i Starešinić.

**► Imate li u Bugarskoj problema s odlaskom vaših liječnika u inozemstvo, na Zapad, kao što mi imamo u Hrvatskoj?**

Zapravo ne. Medicina je još uvijek atraktivna i „proizvodimo“ mnogo

liječnika, dovoljno. Uglavnom imamo problema s nedostatkom medicinskih sestara. I tu smo uvijek podkapacitirani. Kirurški rezultat nije samo operacijski uspjeh, već i prijeoperacijska priprema i poslijeoperacijska rehabilitacija. A upravo to nam je problematično. Velik izazov bugarskog zdravstva je transzicija javnoga u privatno zdravstvo. Osobno radim u državnoj bolnici ali i u privatnoj. Imam izvrsnu privatnu praksu s dobrim timom za poslijeoperacijski oporavak.

Ono što prepoznajem kao problem u vezi s liječnicima je određen nedostatak motivacije kod mladih liječnika, nezadovoljstvo plaćom i želja za laganim životom. Nudi se mnogo mogućnosti za edukaciju u inozemstvu, ali nisu spremni otići.

A ja se i danas redovito obrazujem u inozemstvu.

**► Kako Vam se sviđa Hrvatska?**

U Hrvatskoj sam bio do sada šest puta i jako mi se sviđa. I Zagreb i obala, Dubrovnik, Split, Opatija... I doći ću opet. I moram spomenuti vaše izvrsne hrvatske nogometare.

**► Tko je Plamen Kinov?**

Mislim da je za ljudsko biće najvažnije biti human, imati razumijevanja i brinuti, pomagati pacijentima. U tom smislu dajem sve od sebe. Svakako treba pri tome znati sačuvati vlastiti integritet i ne uništiti se. Osim toga uživam u sportu, jahanju, planinarenju, bicikliranju.

# Zarazna žutica danas – sporadični slučajevi uz povremene epidemije

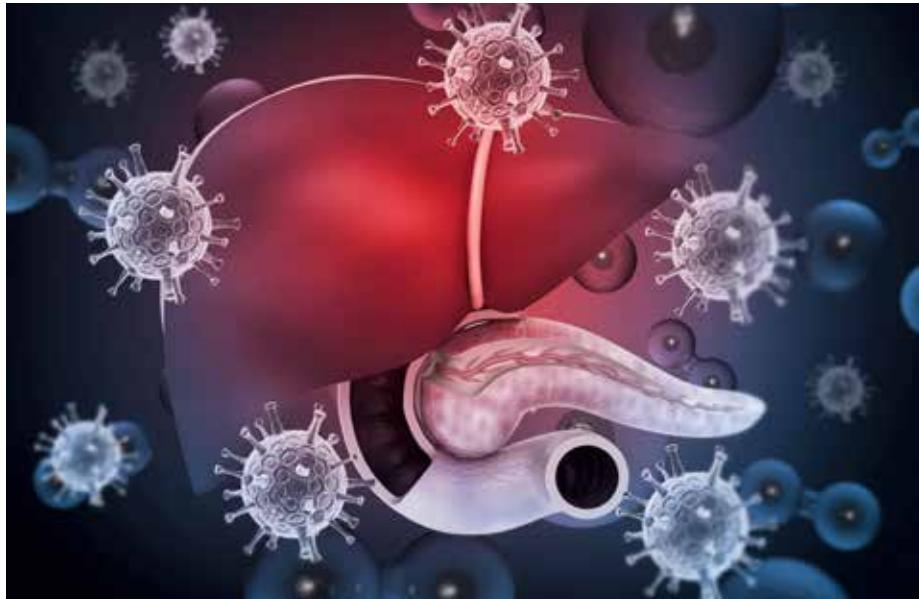
## Epidemiologija hepatitisa A u Hrvatskoj



Prim. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med.  
tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

Incidencija hepatitisa A bitno se smanjila u posljednjih 70-ak godina, od prosječno 100 oboljelih na 100 000 stanovnika u 50-im godinama prošlog stoljeća na manje od jednog oboljelog na 100 000 stanovnika u posljednjem desetljeću. U Hrvatskoj imamo podatke o epidemiološkom praćenju oboljelih od hepatitsa A od 1954. godine. Vidljivo je značajno smanjenje incidenkcije u razdoblju od 1954. do danas, koja je kontinuirano padala od polovice sedamdesetih godina prošlog stoljeća, tako da posljednjih 20-ak godina imamo zadovoljavajuće malu incidenciju hepatitisa A u Hrvatskoj.

Virus hepatitisa A se prenosi fekalno oralnim putem, odnosno konzumiranjem kontaminirane vode ili hrane prljavim rukama ili stolicom zaražene osobe, ili bliskim kontaktom s osobom koja ima infekciju. No može se prenijeti i spolnim putem, tijekom oralno-genitalnog spolnog odnosa, analno-oralnog kontakta ili indirektno putem predmeta ili prstiju koji se koriste tijekom analno-oralnog odnosa s osobom koja je zaražena virusom hepatitisa A. Rjede se prenosi krvlju, prilikom injektiranja droge korištenjem kontaminiiranih igala i šprica i ostalog pribora. Infekcija se može brzo proširiti među bliskim kontaktima (kućnim, spolnim ili kontaktima u kolektivima).



U 50-im i 60-im godinama prošlog stoljeća bilježili smo u našoj zemlji od 5 do 14 tisuća oboljelih od hepatitisa A godišnje, dok u posljednjih deset godina imamo manje od 5 do 15 oboljelih godišnje, koji su većinom importirani slučajevi među putnicima. S obzirom na dob, najveći broj prijava u razdoblju 2014. - 2017. bilježi se u adolescentnoj i odrasloj dobi (od 20 do 50 godina). Toj povoljnoj epidemiološkoj situaciji doprinijeli su poboljšani higijenski uvjeta života i uspešne preventivne mjere osobne i komunalne higijene.

U današnje vrijeme, uz sporadične slučajeve oboljenja, povremeno se javljaju epidemije. Primjerice posljednji povećani broj prijava bio je 2017. (47 slučajeva) i 2018. (97 slučajeva) godine u Hrvatskoj, kao rezultat međunarodne

epidemije hepatitisa A u kojoj se prijenos infekcije značajnim dijelom odvijao spolnim putem, među muškarcima koji imaju spolne odnose s muškarcima (MSM). U posljednjim desetljećima u nekoliko europskih zemalja zabilježene su epidemije hepatitisa A u MSM populaciji.

Sada je aktualna epidemija hepatitisa A koja je započela krajem prosinca 2021. godine i koja još uvijek traje. U toj epidemiji se, kao i 2018. dio oboljelih zarazio spolnim putem.

Od početka 2022. godine u Hrvatskoj se bilježi veći broj oboljelih od hepatitisa A. Do 6. svibnja 2022. Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo prijavljene su 103 oboljele osobe s datumom oboljenja u ovoj godini (3 oboljela su zabilježena

u prosincu 2021.). Najveći broj oboljelih osoba prijavljen je iz dvije županije: Grada Zagreba i Zagrebačke županije, dok se iz nekoliko drugih županija bilježe sporadični slučajevi. Oboljeli se vežu za nekoliko manjih epidemija (npr. grupiranje u obitelji, te među učenicima i osobljem srednjih škola).

S obzirom na to da bolest ima dugu inkubaciju, a osobe mogu biti zarazne 1 - 2 tjedna prije pojave simptoma te još sedam dana od početka pojave prvih nespecifičnih simptoma bolesti, za očekivati je da će se novi slučajevi bilježiti sljedećih dana i tjedana.

### Prevencija

Glavne preventivne mjere su, s obzirom na puteve prijenosa, osiguranje i provedba higijenskih sanitarnih mjeru, edukacija o osobnim higijenskim mjerama zaštite, osobito higijeni ruku kao i mogućnostima cijepljenja. Za smanjenje rizika prijenosa spolnim putem savjetuje se odgovorno spolno ponašanje, osobito izbjegavanje oralno-analnog spolnog odnosa odnosno korištenje odgovarajuće zaštite kako bi se smanjila fekalno-oralna izloženost. Za izložene kontakte oboljelih preporučuje se postekspozicijkska

zaštita cijepljenjem. Može se kod kontakata primijeniti i imunoglobulin, neki ga preporučuju starijim osobama i osobama s kroničnim jetrenim bolestima (no to ne radimo u praksi; nemamo specifični imunoglobulin, a i do sada smo sve epidemije zaustavili cijepljenjem i pojačanim higijenskim mjerama). Cjepivo protiv hepatitisa A u Hrvatskoj se nabavlja u manjim količinama, za potrebe putničke medicine (cijepljenje putnika) i postekspozicijiske zaštite kontakata oboljelih sukladno Programu imunizacije, seroprofilakse i kemoprofilakse za posebne skupine stanovništva.

# Održan webinar "Očuvanje fertiliteta u pedijatrijskoj i adolescentnoj dobi"

 Dr. sc. DINO PAPEŠ, dr. med.  
Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb, Rebro  
dino.papes@kbc-zagreb.hr

Dana 2. travnja 2022. održan je u organizacijskom Hrvatskog društva za školsku i sveučilišnu medicinu i Zavoda za dječju kirurgiju Klinike za kirurgiju KBC-a Zagreb webinar pod naslovom "Očuvanje fertiliteta u pedijatrijskoj i adolescentnoj dobi".

Neplodnost je velik javno-zdravstveni problem u cijeloj Europi i njena incidencija stalno raste. Na mnoge uzroke infertiliteta, poput kriptorhizma, varikocele i raznih metaboličkih i endokrinoloških poremećaja, moguće je djelovati u dječjoj i adolescentnoj dobi, kako bi se spriječile posljedice u odraslih.

Na webinaru je sudjelovalo oko 80

školskih medicinara, pedijatara i obiteljskih liječnika, a predavači su bili prof. Davor Ježek, prof. Vera Musil, doc. Nevena Krnić, dr. Nada Ferenčić Vrban, dr. Miram Pasini i dr. Dino Papeš. Predstavljene su najnovije spoznaje o uzrocima, prevenciji i liječenju neplodnosti i stanja koja do njih dovode. Osim toga, predstavljeno je i preventivno djelovanje školskih medicinara i pedijatara kroz sistemske pregledne, organizacija uspješnog Savjetovalište za reproduktivno zdravlje ZZJZ Andrija Štampar, te rad multidisciplinarnih timova za liječenje infertiliteta koji na KBC-u Zagreb djeluju već niz godina i čine ga vodećom ustanovom u državi za ovu problematiku. Govoreno je i o organizaciji banke reproduktivnog tkiva, mikrokirurškom liječenju

varikocele na dječjoj kirurgiji, mikro TESE metodi na Klinici za urologiju i važnosti ranog liječenja nespuštenih testisa. Nakon predavanja je uslijedila zanimljiva rasprava u koju su se uključili sudionici, a među njima i dr. Mirjana Kolarek Karakaš, predsjednica Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju. Istaknuta je važnost ranog prepoznavanja i rane intervencije u stanjima koja mogu trajno oštetiti fertilitet, predložena je jača i izravnija suradnja primarnih liječnika, ZZJZ-a Andrija Štampar i KBC-a Zagreb, te nastavak edukacije i razmjene podataka kroz slične sastanke.

Svi zainteresirani se mogu javiti na e-adresu Zavoda za dječju kirurgiju KBC-a Zagreb: dk5@kbc-zagreb.hr

# XIII. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine

 Doc. dr. sc. JASNA VUČAK, dr. med.

XIII. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine održan je od 21. do 24. travnja 2022. u Zagrebu s temom „*Sindemija – novi izazov za obiteljsku medicinu*“. Sindemija nije nov izraz. Osmislio ga je američki antropolog Meryl Singer, devedesetih godina prošlog stoljeća za interakciju dviju ili više bolesti koje zajedno rade veću štetu od pukog zbroja svih djelovanja tih bolesti na ljudsko tijelo. Veliku ulogu u tome imaju i socioekonomski utjecaji, koji populaciju čine „ranjivijom“. Znanstvenici su suglasni kako se pandemije ili sindemije takve vrste ne mogu riješiti samo medicinskim putem. Richard Horton, glavni urednik Lanceta, navodi kako su svi naši napori bili usmjereni na smanjenje putova prenošenja virusa, radi nadzora širenja pandemije COVID-19. Stoga on predlaže da se ta pandemija treba smatrati sindemijom. Prema tome, tema je našega kongresa bila čovjek u svojem obiteljskom, radnom i inom okruženju s kojim liječnik obiteljske medicine kontinuirano živi i poznaje sve čimbenike koje dovode do bolesti i koji u nekih ljudi ostavljaju veće posljedice. Smanjenje posljedica dodatan je



izazov za definiranje uloge koju obiteljska medicina ima u ovoj sindemiji.

Na Kongresu (bilo je više od 450 sudionika) su obrađene najnovije spoznaje u liječenju pacijenata s posebnim osvrtom na sindemiju i probleme koji nas čekaju u vrlo skorom vremenu. Velika je posjećenost zabilježena i za vrijeme održavanja okruglog stola s temom „*Organizacija rada obiteljske medicine u doba pandemije Covid 19 – mogućnosti za poboljšanje*“. U prvom dijelu okruglog stola svoja su iskustva i prijedloge dali kolege iz Portugala Ana Catarina Oliviera, iz Španjolske Josep Vidal Allabal, iz Velike Britanije Veronika Rašić i iz Bosne i Hercegovine Zaim Jatić, koji su se priključili virtualno. Osnovne probleme u organizaciji, kao i moguća rješenja, dali i pozvani sudi-

onici Ljubin Šukrijev iz Makedonije kao predsjednik Asocijacije udruženja opće/obiteljske medicine jugoistočne Europe te Nataša Ban-Toskić kao predstavnica KoHOM-a, Dragan Soldo iz HLK-a i HDOD-a, te kolega Leonardo Bukmir kao predstavnik akademske zajednice. Svi su sudionici istaknuli probleme koji su bili zajednički na samom početku pandemije, ali i brzu prilagodbu liječnika obiteljske medicine na nastalu situaciju, kao i stalno održavanje kontakata s pacijentima koji su velikim dijelom preseljeni u virtualne prostore, ali niti jednog trenutka kontakt nije bio prekinut. U komentarima svih uključenih izražena je nevjericu da se u obiteljskoj može biti nositeljem tima i bez specijalističkog usavršavanja, s obzirom na to da to nigdje drugdje u EU nije slučaj. Kao glavni zaključak okruglog stola, ali i cijelog Kongresa, može se istaknuti potreba osiguranja specijalizacija iz obiteljske medicine koja će dalje osnaživati ulogu i prepoznatljivost te struke te joj omogućiti aktivnim sudjelovanjem svih kolega da dobije u zdravstvenom sustavu mjesto koje joj i pripada – temelj zdravstvene skrbi i prvi kontakt ulaza pacijenta u sustav.

jasna.vucak@yahoo.com



# UZ „REFORMU“ ZDRAVSTVA – hoćemo li zvati Andriju Štampara?

 SLAVKO LOVASIC

Stručnjaci za probleme u zdravstvu već su davno prije zaključili kako je zdravstvo ozbiljno bolesno, ali unatoč tome propisivali su samo aspirin za njegovo ozdravljenje. On nije djelovao i sada su najavili učinkovitu terapiju - „reformu“. Tako će uskoro u saborški postupak novi Zakon o zdravstvu i niz legislativa kako bi konačno zdravstvo ozdravilo. Ministarstvo zdravstva kao predlagач daje naslutiti da će se tim promjenama stati na kraj mnogim nelogičnostima i neracionalnostima, a posebno kada je riječ o investicijskim sredstvima za zdravstvo.

Nakon II. svjetskog rata sve se poduzimalo da se uniše privatne liječničke prakse i uvede društveno kontrolirano uređenje u tadašnju zdravstvenu zaštitu.

Prije nešto više od 70 godina prof. dr. Andrija Štampar započeo je s osnivanjem domova narodnog zdravlja. Među prvima osnovan je Dom narodnog zdravlja u Samoboru (18. svibnja 1952.) uz postojeće izvanbolničko rodilište, koje je pod stručnim vodstvom prof. dr. Franje Dursta radilo već od kraja 1949. godine.

Osnivanjem Doma narodnog zdravlja u Samoboru utemeljena je primarna zdravstvena zaštita koja je organizacijom sadržavala ordinacije opće medicine, pedijatriju, ginekologiju te nekoliko dispanzera. Dispanzerski rad omogućen je zahvaljujući ustrojstvu patronažne medicinske službe koja postaje neposredna spona ugroženih pojedinaca, društvenih skupina i liječnika, odnosno voditelja dispanzera. Na taj su se način rada vrlo brzo smanjile neke bolesti, poglavito tuberkuloza, u nekim mjestima trahom i sifilis. Redovitim posjetima patronažnih medicinskih sestara trudnicama i njihovim upućivanjima u organizirano rodilište smanjen je broj smrti novorođenčadi na zavidnu europsku razinu (1950. g. u

Samoboru manje od 10 promila, uz istodobno prosjek u Hrvatskoj 18 promila). Dispanzerski način rada temeljio se na traženju bolesnika i dovođenja do liječnika koji ga je, osim njegove evidencije, liječio i sustavno kontrolirao (dispanzer za žene i roditelje, dispanzer za dojenčad i malu djecu, dispanzer za školsku djecu i omladinu, dispanzer za medicinu rada i profesionalne bolesti, higijensko-epidemiološka služba). Treba naglasiti da je tada u Domu narodnog zdravlja bila uspostavljena jasna podjela zdravstvene zaštite na primarnu, sekundarnu i tercijarnu, s jasnim obvezama i kompetencijama koje je svaka razina zdravstvene zaštite imala obavljati.

Specijalističko-konzilijska (konzultativna) služba bila je u funkciji pružanja svoje specijalističke usluge prema vrsti specijalizacije, uz povratnu pisanu informaciju liječniku opće medicine. U samom domu zdravlja postojale su specijalističke ambulante internista, kirurga, oftalmologa, neuropsihijatra, reumatologa, urologa, ortopeda, dermatovenerologa, ftizeologa (u okviru antituberkulognog dispanzera pulmolog), koji su dolazili iz klinika i bolnica iz neposredne blizine Zagreba u određeno vrijeme prema potrebi i patologiji. Bolesnik je bio u središtu izvanbolničkih djelovanja, a u tercijarnu razinu zdravstvene zaštite upućivao se dijagnostički i klinički obrađen kako bi mu boravak u skupoj bolničkoj zdravstvenoj zaštiti bio što kraći.

Ustrojstvo takvih domova zdravlja uspješno je obavljalo primarnu zdravstvenu zaštitu sve do početka 90-ih godina prošlog stoljeća. Naime, prof. Štampar je nekoliko godina prije II. svjetskog rata nastojao zdravstveno zaštiti obespravljenog seljaka i tek stvorenog najamnika – radnika tadašnjega kapitalističkog društva. Nakon rata namjerno je primarna zaštita (?) modificirana i promijenjena, kako bi se liječnički rad što više sveo na odgovornost prema društvu, a ne pacijentu

kao pojedincu i korisniku. Štampar je svojom oštoumnošću uvidio da se brojni zdravstveni problemi mogu poboljšati i riješiti zdravstvenim prosvjećivanjem i dovođenjem zdravstvenog djelatnika k pacijentima. Opravdano je smatrao da medicinske spoznaje koje posjeduje liječnik trebaju postati dostupne sve većem broju ljudi, bez obzira na njihove materijalne mogućnosti. Njegovih deset točaka definicije «nove medicinske ideologije» sadrže i tezu da je liječnik, uz ostalo, i socijalni medicinar koji se koristi socijalnom terapijom, budući da individualnom terapijom u postojećim (tadašnjim, ali i današnjim) okolnostima ne može postići primjereno izlječenje. Te snažne socijalne zasade skrivene u medicini «nesvjesno» su sve do današnjih dana i s različitim mjestima nastojale «obuzdati» neovisnost jedne profesije, koja je sve do II. svjetskog rata djelovala uz snažnu zaštitu svoje cehovske udruge – Hrvatske liječničke komore.

S druge strane, javlja se sve više potreba da se jedno razdoblje koje se nikada do kraja nije demistificiralo, konačno nakon 70 godina počinje realno i trezveno sagledavati. Slijedeći onu poznatu maksimu našeg akademika Vladimira Paara **ništa se ne događa slučajno** («Determinirajući kaos»), upravo su se u tim nekim ključnim razdobljima manje ili više **namjerno** odvijale određene promjene u našem zdravstvenom sustavu.

Međutim, u svom tzv. »manifestu zdravlja« Štampar izrijekom traži da **liječnik mora biti ekonomski neovisan od pacijenta**. Upravo to se smisleno nastojalo izbrisati iz njegovog manifesta i novostvoreni sustav nastojao je podrediti one djelatnosti bez kojih jedan društveni poredak ne može opstati (obrazovani ljudi postali su opasnost). Sustav obrane i zaštite (vojska, policija i pridodane službe) oduvijek su bile okosnice vladajuće skupine. Upravljanje pak socijalnim resursima moglo se je tek podređujući i pokoravajući sustav zdravstva i zdravstvene zaštite uz totalno

&gt;&gt;



Prof. Andrija Štampar prilikom posjeta Domu narodnog zdravlja Samobor (6. srpnja 1955.) zapisao je u knjigu posjetitelja: „Bio sam sretan kad sam video oživotvorene pravih principa i ideja. Toliko puno zdravlja za tako malo novaca.“

obezvrijedivanje svakog stručnjaka pojedinca, ili skupine koja je htjela što neposrednije, dakle privatno, s pacijentom, rješavati neumitan događaj kao što je bolest. Taj sustavno proizveden sukob između doktora medicine i onih koji su stasali u ratu i neposredno nakon njega dugo je tinjao i počeo je slabiti tek krajem 70-ih godina prošlog stoljeća, no utjecajni ostaci prisutni su i danas. Prerani poklici nekih političara tadašnjeg doba, koji su počeli tražiti ravnopravniju raspodjelu novostvorenih dobara u unitarnoj državi, rezultirali su agresijom nad intelektualnim misliocima tog vremena (jedno vrijeme je bila ukinuta titula dr. med. nakon diplomiranja, a Komora je bila ukinuta već znatno prije, 1945.). Istovremeno je osnažila opijenu pravima suženo obrazovanu radničku klasu koja je preuzela indirektno vlast nad svim društvenim događajima. U zdravstvenom sustavu izvršena je podjela nikad do tada videna među pučanstvom, gdje se više ne govori o bolestima čovjeka kao pojedinca, ili bar člana obitelji, nego socijalnih skupina prema mjestu

rada, školovanja, stanovanja, te posebnoj zdravstvenoj skrbi zaslужnih boraca i njihovih članova obitelji, određenih institucionalnih skupina vojske, policije, željezničara, tramvajaca, trgovaca i drugih. Liječnik pojedinac morao se tada odrediti prema skupini, njegova individualna sposobnost, znanje i umijeće ocjenjivano je kroz prizmu skupine u kojoj je radio bez obzira koliko se on sam angažirao ili stvarao nove ideje i koristio nova znanja. Onaj individualni intelektualni «zanatski cehovski» profesionalni rad nastojao se svim propisima zanemariti, potisnuti s pomoću javne budnosti i kontrole, uz maksimu «Svi smo mi jednaki». Unatoč svemu, bolesti čovjeka pojedinca i ljudi su se ponašale potpuno individualno kao i tisućječima prije, a njihovo ozdravljenje najviše je nerijetko ovisilo ipak o umijeću i znanju pojedinca doktora koji se našao na putu njegovog liječenja. Stvorena je tako vojska samoprijegornih, humanih i marljivih vrhunskih stručnjaka liječnika nad čijim je glavama strujao manje ili jače

vidljiv fluid straha od mogućeg skretanja prema privatizaciji i eventualnom mogućem jačanju liječničke specifične profesionalne osobnosti.

Nakon konačnog pucanja devedesetih došlo je do toliko željenih promjena s vrlo različitim očekivanjima i nadanjima. Jedan se sustav urušio, a drugi se počeo graditi u različitim smjerovima, direktno ovisnih o moći i snazi pojedinaca i njihovih interesnih grupa. Dakle, sazrelo je vrijeme da se razvoj zdravstvene zaštite okrene i vrati prema natrag od društvenog skupog i neodgovornog prema privatnom odgovornom i štedljivom - racionalnom.

Liječnik privatnik je onaj visokoobrazovani stručnjak koji svoje sveukupno znanje, umijeće i iskustvo daje kao cjelovitu medicinsku i zdravstvenu uslugu primatelju kao pojedincu, ili njegovim članovima uže ili šire zajednice (obitelji). No, ne smijemo si dozvoliti i uvući se u ekonomski pojmove korisnika kao konzumenta, jer je taj korisnik samo u jednom dijelu konzument, dakle potrošač, dok je on posebno gleda-

jući kroz prizmu suvremenog razvoja društva i medicine u Europi i svijetu, sve više jednakopravan partner u tim međusobnim odnosima (on želi osobnim novčanim sredstvima i drugim angažiranjima poduprijeti poboljšanje primljenih usluga). Iskustva tog vremena iz svijeta govore o postojanjima pravih zaklada i udruga, te skoro natjecateljski duh u pomaganju pojedinaca ili skupine liječnika u projektima stvaranja kvalitetnih stručnih središta, klinika, instituta i sl. Što želim time naglasiti, privatna praksa, ma kako nam se jednostavno ekonomski gledano činila da je to odnos davatelja i pružatelja usluga, ipak to nije, jer **davatelj usluga može biti samo osposobljeni stručnjak**, bilo sam, ili u skupini, dok su potencijalni primatelji usluga svi članovi jedne društvene zajednice, bez obzira bili oni sada zdravi ili bolesni. Znači, postoji izdvojena skupina znanjem i umijećem osposobljenih stručnjaka profesionalaca koja jedina može zadovoljiti potrebe ostalih članova zajednice, ali ne samo ponudom i davanjem, već interakcijom i partnerstvom. Doktor medicine predstavlja nužnog stručnjaka u određenom društvenom sustavu bez kojega jednostavno taj sustav ne može funkcionirati u bilo kojem dijelu razvoja, a napose u ljudskim resursima za koje je konačno i društvena zajednica stvorena i određena. Dakle, ovo nije definicija što je liječnik, ovo je samo jedan segment njegove vrlo značajne uloge i mesta u sveukupnoj društvenoj zajednici kao nužnom sudioniku u svekolikom razvoju jednoga društva u cjelini.

Kao **nužnim stvarateljima društvenih odnosa** doktorima se uvijek politikom upravljanja nastojalo odrediti važnost njihovog mjesa u društvu, uz istovremeno maksimalno područljavanje njihovog rada i djelovanja kao ovisnika o naklonosti, ili nenaklonosti, političkog uređenja. Iстicanjem određenih pojedinaca (uspješnih liječnika „naj-liječnik“) u društvu se stvara neobična važnost liječničkog zvanja, ali istovremeno se obezvrđuje liječnikov pojedinačno kreativan stručni rad i doprinos opstojnosti tog društva. Promatraljući jedno veće razdoblje (proteklih tridesetak godina), možemo uočiti nekoliko stupnjeva na kojima su se stvarale (namjerno ili zbog volontarizma) zablude u razvoju privatne zdravstvene zaštite te se time određivalo i samo mjesto i uloga liječnika privatnika.

Odlazak pojedinaca doktora u samostal-

nost privatnog rada odredila se nova stranica u razvoju zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Unatoč možda u samom početku stihiskog i neravnopravnog privatiziranja, ubrzo se uvidjelo da je **rad u takvim praksama mnogo bolji, kvalitetniji i, što je najvažnije, odgovorniji**. Dakle, javlja se konačno opet onaj segment pojedinačne bolje stručnosti, ali i odgovornosti za obavljen posao koja iz osnove mijenja međusobne odnose u cjelini. Nema više zaštitne institucije za opću ili pojedinačnu neodgovornost, već se počinje javljati subjektivna osposobljenost za preuzimanje individualne odgovornosti.

Siromašenje društva u cjelini je zbog poznatih razloga nametnutog nam rata iznjedrilo razvoj onih djelatnosti i praksa u onim segmentima koji su i inače predstavljali tzv. usko grlo u medicinskom zbrinjavanju bolesnika (dijagnostika prije svega), a nekontrolirana utrka u nabavci «najsvremenijih strojeva - opreme» postaje prava opsесija pojedinih novootvorenih privatnih praksi.

Ipak, slijedeći akademsku misao prof. Paara, ni to što se tada događalo **nije se događalo slučajno**, već sustavno usmjereni svim snagama prema obrani državne novčane institucije u kojoj se skuplja novac od naroda za zdravstvenu zaštitu (nekada Fond, danas Zavod za zdravstveno osiguranje) i dirigiranim centraliziranim upravljanjem tako obvezatno prikupljenog novca. Nije se niti pokušalo dovesti za isti pregovarački stol davatelje i primatelje zdravstveno-medicinskih usluga, gdje bi se dogovorila nova pravila osiguranja, nova pravila društvenih i drugih međusobnih odnosa, gdje bi se tada angažiranjem privatnog novca pojedinaca ili skupina trebalo reorganizirati uplaćivanje prema zajedničkom državnom zdravstvenom fondu – zavodu. Osiguranik (bolesnik) obvezno uplaćuje u zdravstveni fond, a u potrebi korištenja za koje ima „sva prava“ doveden je do nemogućnosti ostvarivanja tih prava, ili ako može dodatno platiti uslugu kod privatnog pružatelja zdravstvene usluge koja mu je nužna. U posljednje vrijeme i usluge primarne zdravstvene zaštite postaju teže dostupne zbog niza razloga.

Zato, govoreći o reformi u zdravstvu,

treba izbjegići sve naslijedene, a još vrlo prisutne negativnosti, posebno u strukturi zdravstvenog osiguranja. Nužno je ustrojiti sustav zdravstvene zaštite s jasnim i nedvosmislenim zakonskim okvirima, uz participiranje svih novonastalih društvenih promjena, od socio-ekonomskih, kulturoloških, obrazovnih, uključujući digitalizaciju i informatizaciju prisutnu u svakidašnjem novoprisutnom životu (oko 3 880 000 stanovnika i blizu 4 000 000 mobilnih uređaja). Hrvatska liječnička komora je sposobna i spremljena učiniti jasnu stručnu osposobljenost pojedine razine zdravstvene zaštite i njihovu kompetenciju, te međusobnu komunikaciju temeljenu na dokazanim stručnim potrebama, primjenjujući sve spoznaje razvijenih demokratskih država. Stvaranje nekakvih novih institucionalnih domova zdravlja vraća nas unazad, jer se opet javlja niz nepotrebnih administrativnih prepreka, prisilno se udružuju različiti interesi, jer osnovno načelo udruživanja mora biti isti cilj i isti interes onih koji se udružuju. Hoće li to biti manja ili veća grupna praksa, ili danas popularne tzv. poliklinike, bolnice, instituti, zavodi, ovisit će o potrebama pacijenata, njihovim bolestima i njihovim materijalnim mogućnostima za koje država mora osigurati dostatnost (osnovna zdravstvena zaštita za sve, uz jasnu „košaricu usluga“, zatim ugrožene skupine i teško liječive bolesti, ovisno o društvenoj svijesti). Zato osnovica reforme mora biti najprije reorganizacija (ne „restrukturiranje“) nakon 70 godina zdravstve(nih)nog osiguranja s jasnim pravima, obvezama i cijenama. Suvremena društva počivaju upravo na tim međusobnim (ugovornim) obostrano razumljivim obvezama i pravilima. Sigurno je da nagomilani kaos, koji postoji i sve više se širi, neće dovesti do ozdravljenja zdravstva, a umreženi stvorenii interesii pojedinaca i skupina stvarat će otpor. Zbog toga je potrebna visoka razina svijesti i odgovornosti političkih skupina i pojedinaca koji se javljaju na izborima.

slovasic33@gmail.com

# AORTNA KIRURGIJA DANAS

## Tehnologija, znanje i vještine

S doc. prim. dr. sc. Predragom Pavićem, dr. med., vaskularnim kirurgom iz KBC-a Zagreb o aortnoj kirurgiji je razgovarala Lada Zibar

- **Tijekom posljednjih desetljeća aortna je kirurgija, čini se, doživjela, pjesničkim rječnikom rečeno, pravi procvat. Slažete li se s mojim dojmom? Je li za sve "kriv" tehnološki razvoj, klinička znanost, ili veće iskustvo i bolje vještine?**

Aortalna kirurgija postupno se mijenjala kroz povijest, za što je između ostalih faktora zaslužan i tehnološki razvoj. Značajna prekretnica dogodila se početkom primjene endovaskularnih metoda u liječenju aneurizmatske bolesti aorte. Dio takve patologije danas se već rutinski tretira endovaskularno i u određenome segmentu postaje zlatni standard. Usto se provodi i sustavna edukacija mladih kirurga u tom području. Konačno, u sklopu specijalizacije iz vaskularne kirurgije educira se u endovaskularnom segmentu. Međutim, treba naglasiti da je otvorena vaskularna kirurgija i u ovoj fazi razvoja još uvijek bitna i u značajnoj mjeri nezamjenjiva. Mislim da je danas realno da se oko 30 - 40 % aortalne kazuistike zbrinjava endovaskularno, a ostalo otvorenom kirurgijom.

- **Srednja ste generacija specijalista, kako vidite budućnost u ovom području medicine?**

Budućnost aortalne kirurgije zasigurno je u endovaskularnim metodama liječenja. Međutim, to je dugotrajan proces koji ovisi o tehnološkom razvoju i doradi niza tehničkih i praktičnih detalja koji se javljaju u tom procesu. Endovaskularne metode liječenja bolesti aorte potpuno će se etabrirati u trenutku kada se i sve komplikacije budu mogli zbrinjavati endovaskularno, a ne otvorenom kirurgijom. Unatoč nezaustav-

ljivom razvoju endovaskularne kirurgije, klasična otvorena vaskularna kirurgija još će dulje vrijeme ostati nezamjenjiva u liječenju bolesti aorte. Također treba imati na umu i povremenu potrebu konverzije endovaskularnog u otvoreni kirurški postupak.

- **Kakvu ste edukaciju Vi prošli a za kakvu danas mislite da je najkorisnija?**

Tijekom svoje karijere educirao sam se u više europskih centara i sudjelovaо na brojnim radionicama, simpozijima i stručnim kongresima. Pored toga vrlo je važna i ogromna količina rada i truda koju sam uložio u svoj posao. Naime, od prvih susreta sa strukom prije puno godina, kada sam volontirao na Klinici za tumore i u KB-u Sveti Duh, preko specijalizacije, uže specijalizacije pa do danas, uvijek sam iznimno puno radio, trudio se stjecati vještine i iskustva u svim područjima kirurgije te sam na taj način stekao sigurnost i rutinu u pristupu ovome zahtjevnom poslu. Uistinu sam tijekom čitave karijere bio potpuno predan i posvećen kirurgiji. Mislim da se bez posvećenosti i velikoga truda ne može puno postići. Na naš Zavod za vaskularnu kirurgiju Kirurške klinike KBC-a Zagreb danas dolazi mnogo mladih kolega na specijalizaciju. Kao glavni mentor pokušavam im svojim primjerom pokazati kako su, uz teorijsku edukaciju, praktičan rad i strast prema vaskularnoj kirurgiji ključ dobrih rezultata u struci. Dakle, pored teorijske osnove, iznimno je važna nazočnost na što većem broju operacija, asistiranje, potom uvođenje u samostalan



rad uz nadzor starijih kolega i, na kraju, preuzimanje potpune odgovornosti za svoj posao. Buduće da je razvoj recen- tne vaskularne kirurgije čvrsto vezan za tehnologiju, mislim da je za mlade kolege bitna i edukacija u europskim i svjetskim centrima izvrsnosti.

- **Kako racionalno planirati specijalističku skrb u ovom području na nacionalnoj razini? Iz perspektive česte neodgodive hitnoće ove kazuistike ili s aspekta poželjne izvrsnosti zbog prirode težine i ozbiljnosti patologije? Kako osigurati barem približno istu razinu zdravstvene skrbi u ovom području za cijelu Hrvatsku?**

U Hrvatskoj se stanje na području vasku- larne kirurgije postupno mijenja nabolje. Primjećujem popriličan interes mladih



Torakoabdominalna aneurzma - MSCT aortografija



Torakoabdominalna aneurizma - intraoperacijski nalaz

kolega za ovu specijalizaciju. Naša Klinika provodi i organizira pored dodiplomske i poslijediplomsku nastavu za specijalizante vaskularne kirurgije, pa imam priliku mladim kolegama približiti sve aspekte takve kirurgije.

Mislim da bi na nacionalnoj razini bilo korisno organizirati probir za abdominalne aneurizme, što u praksi zapravo znači učiniti UZV trbuha osobama starijim od 55 godina. Na taj bi se način smanjila incidencija ruptura aneurizama abdominalne aorte, a time i smrtnost od takve patologije. Budući da smo mala zemlja, elektivnu aortalnu kirurgiju trebali bi raditi pojedini regionalni centri, a visokodiferentnu kompleksnu aortalnu kazuistiku svega dva do tri centra u čitavoj Hrvatskoj. S obzirom na broj stanovnika u našoj državi, razmjerno je malo pacijenata s kompleksnom aortalnom patologijom. KBC Zagreb ima aortalni tim koji može zbrinuti najkompleksnije pacijente. Tim se sastoji od intervencijskih radiologa, intervencijskih kardiologa, kardijalnih kirurga i vaskularnih kirurga. Odluke o pristupu i modalitetu liječenja pojedinoga pacijenta donosimo timski, dakle multidisciplinarno. Upravo takva multidisciplinarnost vrlo je važna u zbrinjavanju kompleksnih aortalnih stanja.

**► Kako funkcioniра vaš Zavod?  
Može se čuti da ste iznimno uzoriti.  
Je li to tako?**

Naš je Zavod u svakom pogledu iznimno kvalitetan kolektiv. Vrlo smo povezani i među nama vlada pozitivna energija. Važno je reći da mi radimo na nekoliko kolosijeka paralelno. Dakle, pored praktične vaskularne kirurgije provodimo i dodiplomsku nastavu na Katedri za kirurgiju MEF-a (hrvatski i engleski studij) i poslijediplomsku nastavu. Iznimno sam sretan i zadovoljan, a i ponosan na svoj tim. Naravno, vrlo su važne i naše medicinske sestre, koje su također dio tima, te sjajno obavljaju svoj posao. Bez njihovog doprinosa Zavod ne bi mogao tako dobro funkcioniрати. Pa i brojni vanjski specijalizanti, koji dio specijalizacije provode na našem Zavodu, vrlo zadovoljni odlaze od nas, što mi je posebno dragoo.

**► Tko je Predrag Pavić?**

Teško mi je govoriti o sebi, radije to prepustam drugima. Što se tiče profesionalnoga segmenta, čitav život nastojim vrijedno raditi i postizati što bolje rezultate u liječenju naših pacijenata. Danas sam sretan, jer sam u prigodi sa svojim timom raditi vaskularnu kirurgiju na najvišoj razini, uz veliku potporu kolega, predstojnika Kirurške klinike i ravnatelja KBC-a Zagreb. To mi omogućava nesmetan razvoj i unaprjeđenje posla u svim segmentima, što me čini

ispunjениm i sretnim. Svima sam na tome zahvalan. Moj je cilj maksimalno unaprijediti rad našega Zavoda i za sobom ostaviti stabilan i kvalitetan tim vrhunskih vaskularnih kirurga koji će nastaviti uspješno liječiti najsloženije angiomirurške pacijente. Što se tiče privatnog života, uživam u vremenu provedenom sa svojom obitelji. U slobodno vrijeme bavim se rekreativnim sportom, planinarim, volim ići u kazališta, na koncerte i izložbe. Uživam slušati jazz glazbu, na koju me je „navukao“ moj sin koji je akademski jazz glazbenik. Također volim povremeno putovati, a dio godišnjeg odmora svakako provodim u rodnoj Dalmaciji, za koju me vežu lijepi trenuci moga djetinjstva.



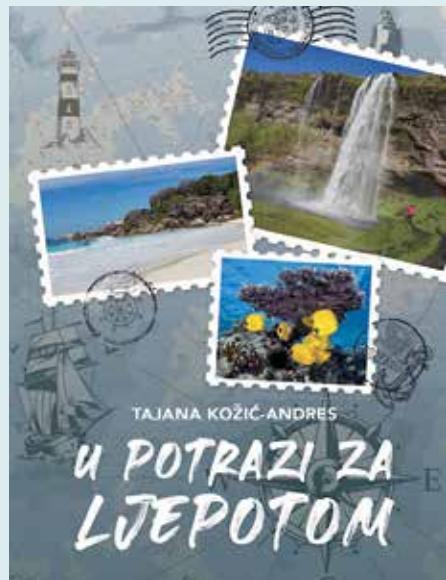
Položaj pacijenta za torekofrenolaparotomiju



Angiomirurška rekonstrukcija nakon resekcije torakoabdominalne aneurizme. Reimplantacija viscerálnih i interkostalnih arterija

# Tajana Kožić-Andres: U potrazi za ljepotom

Knjiga dr. Tajane Kožić-Andres je putopisni roman, čija je misao vodila potraga za ljepotom. U romanu autorica opisuje veličanstvenu prirodu, od spektakularnih slapova Niagare i slapova Iguazu do slapova na Islandu. Potraga ju vodi do tropskih mora u Indoneziji, Tajlandu, Maldivima, Sejšelima, Kubi, Meksiku i Brazilu. Zatim opisuje prekrasna kanadska jezera i pustinju Wadi Rum te se divi ljepotama nastalima ljudskom rukom, tzv. čudima svijeta: Petri, Taj Mahalu, Chitzen Itzi, Kristu Otkupitelju i Koleseumu. Piše o metropolama svijeta: Rio de Janeiru, New Yorku, Havani, Dubaiju, Delhiju, Jaipuru, Jakarti i Katmanduu. Kako osim materijalne postoji i duhovna ljepota posjećuje sveta mjesta od Jeruzalema, Betlehema, Vatikana, milanske katedrale do prekrasnih džamija, budističkih i hinduističkih hramova. Ponekad na putu dolazi do zastoja, kvarova aviona i štrajkova, što navodi u poglavlju „Nezgode na putu“. Na kraju knjiga ipak završava u veselijem tonu te opisuje doček Novih godina u nekoliko metropola, uz provod u gradu zabave Las Vegasu.



## Knjiga o autizmu NEUROPLEMENA

Hrvatska liječnička komora stoji iza prijevoda knjige o autizmu i neuroraznolikosti **NeuroTribes** (hrvatski **Neuroplemena**) američkog autora Stevea Silbermana. Knjiga se bavi poviješću autizma, prikazuje entitet koji je postojao stoljećima prije nas, probleme definicije autizma te društvenog i medicinskog odnosa prema autizmu. Urednici prijevoda su Lada Zibar i Krešimir Luetić, recenzenti su Tomislav Franić i Katarina Pavićić Dokoza, a prijevod potpisuje Višnja Kabalin Borenić.

Knjiga se bavi temom autizma te daje povjesni pregled autističnog ponašanja kao danas prepoznatljivog u onih koji su živjeli prije više stoljeća, poput kemičara Cavendisha iz 18. stoljeća kojemu se pripisuje otkriće vodika i niz drugih važnih otkrića.

Prikazan je povjesni pregled odnosa prema djeci i osobama s teškoćama iz autističnog spektra koji nije bio prikidan u još ne tako davnoj prošlosti, a sam poremećaj kao takav do prije koje desetljeće nije bio niti primjereno definiran niti klasificiran.

Ovo je prilog povijesti medicine i zanimljivo štivo koje može poslužiti kao putokaz u medicinskoj skrbi i društvenoj etici u ovom području.

Ova knjiga nudi „neurodiversity“ perspektivu problemu osoba s teškoćama iz autističnog spektra u čemu je idejno možda i rijeca najveća poruka.

Najime, prema „neurodiversity“ takve osobe nisu osobe s teškoćama, već su jednostavno drukčije ili različite od ostalih, ili još bolje, raznolike.

Tu različitost trebamo prepoznati i truditi se za svakoga nači pravo mjesto, ili mu pomoći da ga sam nađe.

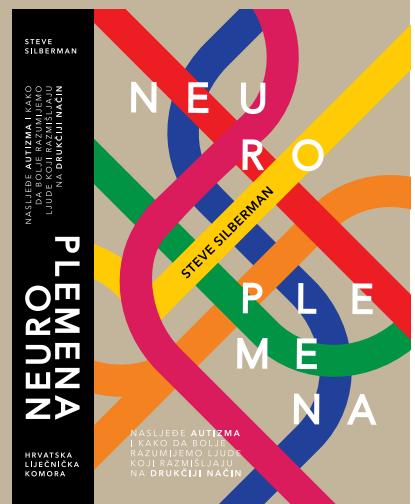
LADA ZIBAR

STEVE SILBERMAN negradivan je istraživački izvještaj i vec vise od dvadeset godina pokriva znanost i kulturu za Wired i druge nacionalne časopise.

Pisao je za The New Yorker, TIME, Nature i Salon.

ISBN: 978-953-47-9587-0/04  
9 789534 795870

CIJENA 250,00 KN



Prodajna cijena knjige u knjižarama je 250 kn.  
(Školska knjiga, Verbum, VBZ, Nova stvarnost)

Knjiga se može naručiti i na mail [info@aorta.hr](mailto:info@aorta.hr)

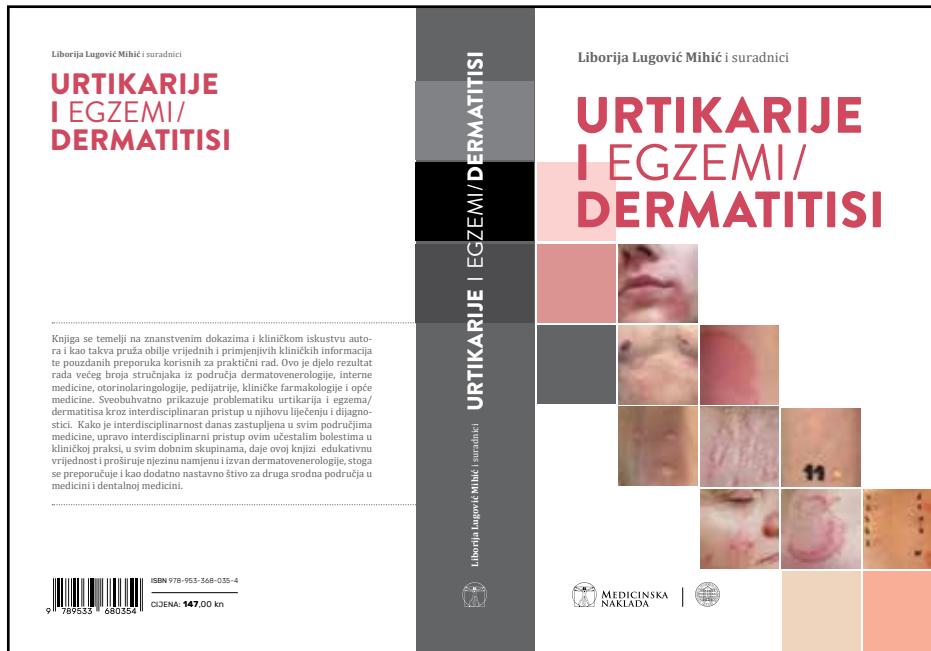
Cijena za članove HLK sada iznosi 180 kn plus dostava.

# Novosti iz ALERGOLOGIJE

 Prof. dr. sc. LIBORIJA LUGOVIĆ MIHIĆ, dr. med  
Prof. dr. sc. ASJA STIPIĆ MARKOVIĆ, dr. med.

U Zagrebu je 8. travnja u organizaciji Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a Sestre milosrdnice i Hrvatskog društva za alergologiju i kliničku imunologiju HLZ-a održan drugi znanstveno-stručni simpozij pod nazivom "Urtikarije i egzemi/dermatitisi: preporuke, iskustva i spoznaje". Tom prilikom promoviran je sveučilišni udžbenik urednice Liborije Lugović Mihić i suradnika, uglavnom predavača na simpoziju. Ta je knjiga donijela novosti u dijagnostici i terapiji ovih kroničnih bolesti iz perspektive više struka i uključivanjem stručnjaka različitih područja.

Prikazane su smjernice za liječenje kronične urtikarije iz 2021. i 2022. godine, dopunjene najnovijim terapijskim opcijama. Uz antihistaminike i omalizumab (u drugoj liniji), bolesnicima se u preporukama treće linije liječenja može dodati i ciklosporin. Također su prezentirani rezultati završnih faza istraživanja lijekova koji inhibiraju učinak signala koji posreduju aktivaciju, nakupljanje i degranulaciju mastocita, te lijekova koji stišavaju mastocite vezanjem za inhibitorne receptore, poput Syk i Btk inhibitora. Pokazani su i CRTH2 antagonisti koji djeluju na receptore koji reguliraju upalne stanice kemo-taksije te monoklonska protutijela za Siglec-8 koja potiču apoptozu eozinofila i zaustavljaju utjecaj medijatora na mastocite. Istaknuta je važnost ligelizumaba, novog humaniziranog IgG1 anti-IgE protutijela s većim afinitetom vezanja od omalizumaba.



Još se traga i za odgovarajućim biomarkerima bolesti jer postoje mnoga pitanja i nezadovoljene potrebe u pristupu, primjerice potreba za razvojem rutinskih dijagnostičkih testova za pojedine oblike urtikarije (npr. tip I. i tip II. b autoimunosne kronične spontane urtikarije), kao i biomarkera pokazatelja aktivnosti bolesti.

Bilo je i govora o novoj paradigmi liječenja bolesnika s rijetkim, ali potencijalno fatalnim hereditarnim angioedemom, s ciljem postizanja potpuno normalnog života za većinu bolesnika.

Za razliku od kronične urtikarije, razni autori kod spomena pojma „egzem“ podrazumijevaju različitu bolest ili više mogućih bolesti pa se u literaturi opisi bolesti kreću od slike djeteta s atopijskim dermatitisom do profesionalne alergije u odraslih (npr. na cement). Neujednačenost u

terminologiji još je više izražena kod atopijskog dermatitis kod kojeg se uočavaju novosti u primjeni bioloških lijekova (dupilumab) i JAK inhibitora. U području kontaktnih dermatitisa novosti su u podjelama na razne oblike i podvrste. Istaknuto je da se u novije vrijeme preporučuje primjena dermatoskopije kod netu-morskih bolesti.

Promovirana knjiga rezultat je rada stručnjaka iz područja dermatovenerologije, interne medicine, otorinolaringologije, pedijatrije, kliničke farmakologije i opće medicine pa taj interdisciplinarni pristup daje ovoj knjizi edukativnu vrijednost i proširuje njenu namjenu i izvan dermatovenerologije. Stoga se preporučuje kao dodatno nastavno štivo za druga srodnna područja u medicini i dentalnoj medicini.

asjastipic90@gmail.com

# Spondiloartritisi u upalnim bolestima crijeva



Prof. dr. sc. Marija Glasnović, dr. med.  
Opća bolnica Pula  
Medicinski fakultet u Osijeku

Spondiloartritisi (SpA) su sistemske bolesti u kojima osim zahvaćenosti lokomotornog sustava, često su zahvaćeni i drugi organi ili organski sustavi.<sup>1</sup> Ove izvanzglobne manifestacije mogu se podijeliti u dvije skupine: manifestacije uključene u definiciju koncepta SpA, kao što su kronična upalna bolest crijeva (IBD), psorijaza i uveitis i one koji se ne odnose na koncept SpA što je prije posljedica kronične upale.<sup>1,2</sup> Termin kronična upalna bolest crijeva odnosi se na dvije bolesti koje se smatraju idiopatskim do danas: Crohnova bolest (CD) i ulcerozni kolitis (UC). Iako grupirani zajedno, klinički, endoskopski, histološki i etiopatogeno međusobno se razlikuju.<sup>1,2,3</sup> Znamo da je prevalencija SpA povezana s IBD-om podcijenjena. Razlog je, s jedne strane, što mnogi bolesnici nisu na vrijeme upućeni reumatologu, a s druge strane, bolesnici s IBD-om i koji imaju artralgije ili bolove u ledima ne upućuju se na reumatologiju. Budući da gastroenterolozi općenito nisu upoznati s dijagnozom i liječenjem bolova u zglobovima i kralježnicama, čini se opravdanim da se tegobe zglobova kod IBD-a povezane sa SpA klasificiraju prema postojećim reumatološkim standardima, čime se omogućuje odgovarajuće multidisciplinarno liječenje.

Učestalost HLA-B27 u populaciji IBD bolesnika općenito nije povećana u usporedbi s općom populacijom.<sup>4,5,6</sup> Bolesnici s IBD-om koji imaju istodobno AS često pokazuju značajno veću

povezanost s HLA-B27 (25% - 78%) u usporedbi s IBD populacijom bez AS-a.<sup>4,5,7</sup>

Otprilike dvije trećine bolesnika koji boluju od SpA ima mikroskopske znakove upale crijeva bez kliničkih simptoma probavnog sustava.<sup>8</sup> Upalne promjene crijeva u kolonu i terminalnom ileumu potvrđene u 65 % bolesnika s nediferenciranim oblikom SpA i u 60 % bolesnika s AS-om.<sup>9</sup> Iste promjene potvrđene su i u 16 % bolesnika s PsA-om.<sup>10</sup>

Patogeneza CD-SpA ostaje slabo shvaćena. Predloženi su različiti potencijalni mehanizmi, uključujući one koji su rezultat proširenja upalnih procesa specifičnih za crijeva, kao i nespecifičnih promjena u sustavnom upalnom miljeu.<sup>11</sup> Najjača genetska osjetljivost na SpA leži unutar glavnog kompleksa histokompatibilnosti klase I lokusa s genom humanog leukocitnog antiga (HLA)-B27, što daje najveću povezanost genetskog rizika do sada.<sup>12</sup> Varijante genetskog rizika koje su pojedinačno povezane sa SpA ili IBD-om značajno se preklapaju na putu interleukina (IL) 23-IL17, iako nisu definirani specifični genetski markeri SpA povezani s IBD-om.<sup>13</sup> Navedeno potvrđuje vjerojatnu interakciju više genetskih puteva kao i potencijalnu ulogu okolišnih i/ili mikrobnih čimbenika, koji sinergistički ili neovisno djeluju na modulaciju upale u genetski osjetljivom domaćinu. Čak i prije otkrića IL-23 ovisnosti o patogenezi bolesti, crijeva su prepoznata kao mjesto početka razvijanja SpA. Subklinička upala crijeva viđa se u 60% bolesnika sa SpA i definirana je ključnim histološkim značajkama SpA.<sup>14</sup> Fekalni kalprotektin je obećavajuća pretraga za identifikaciju ovih bolesnika, što dovodi do hipoteze da bi oportunički patobioti u crijevima potencijalno mogli izazvati imunološki odgovor u organskim sustavima koji nisu crijeva kod genetski predisponiranih bolesnika. Od tada je provedeno nekoliko studija kako bi se objasnili mehanizmi koji bi mogli pomoći u objašnjenju ovog fenomena.

Na mikrobiom se gledalo kao na rani potencijalni okidač za seronegativni SpA, dijelom zbog povezanosti enteričkih patogena kao što su *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia* i *Shigella* u reaktivnom artritisu. Rani klinički podaci otkrili su potencijalnu povezanost između fekalne *Klebsielle* i AS-a.<sup>15</sup> Unakrsna reaktivnost HLA-B27 s *Klebsiellom* podržala je model molekularne mimikrije u kojem je pronađeno da sekvenca aminokiselina, QTDRED, prisutna u HLA-B27, ima sličnost s enzimom reduktaze nitrogenaze u *Klebsielli*.<sup>16</sup>

Nekoliko nedavних studija otkrilo je potencijalne mehanizme mikrobnog utjecaja na sistemsku upalu. Na primjer, pokazalo se da lipoglikani specifični za soj iz *R. gnavus* djeluju kao moćni antigeni s dijagnostičkim i patogenim implikacijama za sistemsku upalnu bolest<sup>17</sup>, naglašavajući potrebu za karakterizacijom razine soja u dalnjem definiranju ove kliničke povezanosti.

Povezanost mikrobioma u perifernom SpA povezanim s IBD-om istraženo je u radu gdje su se u uzorcima fekalija od 59 bolesnika s IBD-om s ili bez SpA definiranih ASAS kriterijima, otkrili povećani broj *Proteobacteria*, točnije *Enterobacteriaceae*, i smanjenje *Bacteroidetes* u bolesnika s CD-SpA u usporedbi sa samo aktivnom CD-om. Štoviše, brojnost *Enterobacteriaceae* linearno je korelirala s aktivnošću SpA mjereno pomoću BASDAI. Nisu uočene razlike između SpA povezanog s UC-om i samog UC-a što ukazuje na različit doprinos genetskih ili mikrobnih puteva specifičnih za CD.<sup>18</sup>

Također, utjecaj nebakterijskog mikrobioma uključujući mikobiom i virus na SpA povezan s IBD-om nije dobro proučen. Gljivičnu disbiozu u CD-u karakterizira ograničena ukupna raznolikost i ekspanzija *Candida spp.*<sup>19</sup> Cirkulirajuće anti-*S. cerevisiae* razine protutijela su povišene u bolesnika s CD-om, ali patogeni doprinos crijevnoj ili sistemskoj upali nije jasan. Nedavna studija u bolesnika s AS-om sugerira više razine *Ascomycota* i smanjenu brojnost *Basidiomycota*, ali je veličina uzorka bila ograničena.<sup>20</sup> Također, razumjevanje uloge virusa je ograničeno. Ekspanzija virusnih čestica ili bakteriofaga dogada se tijekom aktivnog IBD-a.<sup>21</sup> Daljnja istraživanja koje razjašnjavaju potencijalni doprinos različitim putovima povezanih s mikrobiomom u SpA povezanim s IBD-om pomoći će u usmjeravanju razvoja dijagnostičkih i terapijskih ciljeva.

Nesteroidni antireumatski lijekovi prva su linija u liječenju bolesnika sa SpA. Dok su neselektivni inhibitori ciklooksigenaze (COX) općenito kontraindicirani u bolesnika s IBD-om zbog rizika od pogoršanja bolesti.<sup>22</sup> Dva klinička ispitivanja pokazala su da su selektivni inhibitori COX-2 sigurni i učinkoviti u kratkotrajnom liječenju neaktivnih IBD-a.<sup>23</sup> Dok se rutinska terapija nesteroidnim antireumatskim lijekovima općenito izbjegava u bolesnika s IBD-om zbog zabrinutosti za potencijalne štetne učinke na sluznicu crijeva<sup>24</sup>, sve

je više dokaza da inhibitori COX-2, a posebno celekoksib, imaju povoljan omjer sigurnosti i učinkovitosti.

Sulfasalazin je jedan od lijekova koji modificiraju bolest učinkovit u liječenju simptoma perifernog artritisa IBD-a, ali nije učinkovit u aksijalnom-SpA.<sup>25</sup> Iako je jedan od najstarijih lijekova koji se koristi za liječenje CD-a, mehanizam djelovanja sulfasalzina nije jasan. Sulfasalazin je prolijev koji se cijepa azo-reduktazom koju proizvodi mikrobiota debeleg crijeva u sulfapiridin i 5-aminosalicilat (5-ASA) koji se otpušta u distalno crijevo. Ostaje nejasno postoji li uloga jednog ili više crijevnih mikroba u ovom procesu aktivacije SAS-a. Dok 5-ASA može ponuditi mehaničku korist za zacjeljivanje sluznice djelujući putem PPAR $\gamma$  (peroksizomski proliferator aktiviran receptor gama)<sup>26</sup>, sulfapiridin inhibira bakterijsku sintezu folne kiseline. Specifična meta antibakterijskog učinka sulfapiridina u mikrobiomu nije poznata. Uz razumijevanje terapijskog mehanizma njegovog utjecaja, još jedno razmatranje je varijabilnost u doziranju. Dok reumatolozi često liječe s 2 g dnevno, gastroenterološka literatura podržava korištenje 4-6 g dnevno za aktivne simptome.<sup>27</sup>

Terapija TNF $\alpha$  inhibitorima temelj je terapije i za SpA i za CD. Učinkovitost blokade TNF $\alpha$  temelji se na vjerojatnom pleiotropnom učinku TNF $\alpha$  na mnoge zajedničke puteve. Učinkovitost anti-TNF $\alpha$  terapije u AS-u korelira sa smanjenjem Th17 stanica u perifernoj krvi nakon liječenja.<sup>28</sup> Sustavni pregledi terapije inhibitorima TNF $\alpha$  podupiru opću učinkovitost blokade TNF $\alpha$  u izvanzglobnim manifestacijama povezanim s IBD-om<sup>29</sup>, uključujući aksijalni i periferni SpA. Međutim, intervencijske studije koje su izvijestile o učinkovitosti nekih inhibitora TNF $\alpha$ .<sup>29</sup>

Snažna genetska povezanost SpA i IBD-a s genetskim varijantama IL23R i mehanizmima preklapanja koji uključuju os IL23/IL17 istaknuli su potencijalnu ulogu specifične blokade ovog puta u razvoju lijekova. Osim toga, zabilježeno je povišenje IL-17, ali ne i TNF $\alpha$ , u CD-SpA u usporedbi s samim aktivnim CD-om.<sup>18</sup> Unatoč učinkovitosti terapije inhibitorima IL-17A za liječenje AS<sup>30</sup>, nije bio učinkovit u liječenju CD-a. Nedavni rezultati kod psorijatičnog artritisa otkrivaju da je blokada IL-17A povezana s ekspanzijom *Candida albicans* sa značajkama subkliničke upale crijeva.<sup>31</sup> Drugo moguće objašnjenje ovog paradoksa dolazi iz mišljih modela gdje je supresija IL-17F, ali ne i IL-17A, osigurala zaštitu od kolitisa induciranjem Treg stanica kroz modifikaciju crijevne mikrobiote.<sup>33</sup> Pretpostavlja se da se niske razine IL-17 mogu proizvesti iz ILC-a,

T $\gamma$ δ, neovisno o IL-23.<sup>33</sup> Homeostatska uloga ovog IL-23 neovisnog IL-17 može odražavati neočekivane rezultate blokade IL-17 u CD-u.

CD-SpA je jedinstvena podskupina CD-a s različitim kliničkim, staničnim i mikrobnim karakteristikama. Potrebni su dodatni podaci pomoću ASAS kliničkih dijagnostičkih kriterija i provjerenih indeksa aktivnosti bolesti zglobova kako bi se definiralo kliničko opterećenje i terapijski odgovori u ovoj jedinstvenoj podskupini. Pretklinički i klinički podaci koji definiraju vezu između crijevnog mikrobioma i upalnog imunološkog odgovora u CD-SpA istaknuli su ključne puteve koji se mogu terapeutski ciljati. U kombinaciji s multidisciplinarnim timskim pristupom, buduće studije će pomoći u vođenju racionalnog odabira ciljnih terapija na temelju fenotipa bolesti i razviti precizan medicinski pristup spondiloartritisu u Crohnovoj bolesti.

HR-IMMR-220030, travanj 2022.

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

#### Literatura:

1. Kamo, K., Shuto, T. and Haraguchi, A. (2015) Prevalence of Spondyloarthritis Symptom in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Questionnaire Survey. *Modern Rheumatology*, 25, 435-437.
2. Sanz, J., Juanola Roura, X., Seoane-Mato, D., Montoro, M., Gomollon, F., et al. (2018) Criterios de cribado de enfermedad inflamatoria intestinal y espondiloartritis para derivacion de pacientes entre Reumatologia y Gastroenterologia. *Gastroenterology & Hepatology*, 41, 54-62.
3. Resende, G.-G., Lanna, C., Bortoluzzo, B., Celio, R., Percival, G., et al. (2013) Artrite enteropática no Brasil: Dados do registro brasileiro de espondiloartritides. *The Revista Brasileira de Reumatologia*, 53, 452-459.
4. Rudwaleit, M. and Baeten, D. (2006) Ankylosing Spondylitis and Bowel Disease. *Best Practice & Research : Clinical Rheumatology*, 20, 451-471.
5. Palm, O., Moura, B., Ongre, A. and Gran, J.T. (2002) Prevalence of Ankylosing Spondylitis and Other Spondyloarthropathies among Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Population Study (the IBSEN Study). *The Journal of Rheumatology*, 29, 511-515.
6. Peeters, H., Van der Cruyssen, B., Laukens, D., et al. (2004) Radiological Sacroiliitis, a Hallmark of Spondylitis, Is Linked with CARD15 Gene Polymorphisms in Patients with Crohn's Disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63, 1131-1134.
7. Podswiadek, M., Punzi, L., Stramare, R., et al. (2004) The Prevalence of Radiographic Sacroiliitis in Patients Affected by Inflammatory Bowel Disease with Inflammatory Low Back Pain. *Reumatismo*, 56, 110-113.
8. Jacques P, Elewaut D. Joint expedition: linking gut inflammation to arthritis. *Mucosal Immunol*. 2008;1:364-71.
9. Mielants H, Veys EM, Cuvelier C, De Vos M. Course of gut inflammation in spondylarthropathies and therapeutic consequences. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1996;10:147-64.
10. Schatteman L, Mielants H, Veys EM, i sur. Gut inflammation in psoriatic arthritis: a prospective ileocolonoscopic study. *J Rheumatol*. 1995;22:680-3.
11. Harbord M, Annese V, Avrucka SR, et al. The first European evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10:239-254.
12. Brewerton DA, Caffrey M, Nicholls A, et al. HL-A 27 and arthropathies associated with ulcerative colitis and psoriasis. *Lancet*. 1974;1:956-958.
13. International Genetics of ankylosing spondylitis C. Cortes A, Hadler J, et al. Identification of multiple risk variants for ankylosing spondylitis through high-density genotyping of immune-related loci. *Nat Genet*. 2013;45:730-738
14. Ciccia F, Bombardieri M, Principato A, et al. Overexpression of interleukin-23, but not interleukin-17, as an immunologic signature of subclinical intestinal inflammation in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2009;60:955-965.
15. Ebringer RW, Cawdell DR, Cowling P, et al. Sequential studies in ankylosing spondylitis. Association of *Klebsiella pneumoniae* with active disease. *Ann Rheum Dis*. 1978;37:146-151.
16. Schwimmbeck PL, Yu DT, Oldstone MB. Autoantibodies to HLA B27 in the sera of HLA B27 patients with ankylosing spondylitis and Reiter's syndrome. Molecular mimicry with *Klebsiella pneumoniae* as potential mechanism of autoimmune disease. *J Exp Med*. 1987;166:173-181.
17. Azzouz D, Omarbekova A, Heguy A, et al. Lupus nephritis is linked to disease-activity associated expansions and immunity to a gut commensal. *Ann Rheum Dis*. 2019;78:947-956.
18. Viladomiu M, Kivolowitz C, Abdulhamid A, et al. IgA-coated *E. coli* enriched in Crohn's disease spondyloarthritis promote TH17-dependent inflammation. *Sci Transl Med*. 2017;9:eaaf9655.
19. Chehoud C, Albenberg LG, Judge C, et al. Fungal signature in the gut microbiota of pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21:1948-1956.
20. Li M, Dai B, Tang Y, et al. Altered bacterial-fungal interkingdom networks in the guts of ankylosing spondylitis patients. *mSystems*. 2019;4:e00176-18.
21. Norman JM, Handley SA, Baldridge MT, et al. Disease-specific alterations in the enteric virome in inflammatory bowel disease. *Cell*. 2015;160:447-460.
22. Takeuchi K, Smale S, Premchand P, et al. Prevalence and mechanism of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced clinical relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4:196-202.
23. El Miedany Y, Youssef S, Ahmed I, et al. The gastrointestinal safety and effect on disease activity of etoricoxib, a selective cox-2 inhibitor in inflammatory bowel diseases. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:311-317.
24. O'Brien J. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:1859-1861
25. Clegg DO, Reda DJ, Abdellatif M. Comparison of sulfasalazine and placebo for the treatment of axial and peripheral articular manifestations of the seronegative spondylarthropathies: a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Arthritis Rheum*. 1999;42:2325-2329.
26. Byndloss MX, Olsen EE, Rivera-Chavez F, et al. Microbiota-activated PPAR-gamma signaling inhibits dysbiotic Enterobacteriaceae expansion. *Science*. 2017;357:570-575
27. Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of G Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:501-523
28. Xueyi L, Lina C, Zhenbiao W, et al. Levels of circulating Th17 cells and regulatory T cells in ankylosing spondylitis patients with an inadequate response to anti-TNF-alpha therapy. *J Clin Immunol*. 2013;33:151-161.
29. Peyrin-Biroulet L, Van Assche G, Gomez-Ulloa D, et al. Systematic review of tumor necrosis factor antagonists in extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(25-36):e27.
30. Baeten D, Sieper J, Braun J, et al. Secukinumab, an interleukin-17A inhibitor, in ankylosing spondylitis. *N Engl J Med*. 2015;373:2534-2548.
31. Manasson J, Wallach DS, Guggino G, et al. Interleukin-17 inhibition in spondyloarthritis is associated With subclinical gut microbiome perturbations and a distinctive interleukin-25-driven intestinal inflammation. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72(4):645-657.
32. O'Connor W, Kamanaka M, Booth CJ, et al. A protective function for interleukin-17A in T cell-mediated intestinal inflammation. *Nat Immunol*. 2009;10:603-606.
33. Hasegawa E, Sonoda KH, Shichita T, et al. IL-23-independent induction of IL-17 from gammadeltaT cells and innate lymphoid cells promotes experimental intraocular neovascularization. *J Immunol*. 2013;190:1778-1787.

# COVID-19 i OBVEZNO CIJEPLJENJE

## / ETIČKE PERSPEKTIVE /



✓ VESNA ŠTEFANČIĆ MARTIĆ, dr. med.

Cijepljenje protiv COVID-19, uz poštivanje epidemioloških mjera, pokazalo se kao najučinkovitije sredstvo u suzbijanju pandemije novoga koronavirusa. Međutim, kad se govori o mogućnostima uvođenja obveze cijepljenja općenito, ali protiv COVID-19, kao mjere zaštite zdravlja građana, pacijenata i zdravstvenih radnika, nužno je sagledati ključne etičke dvojbe i izazove. Sadržaj uvođenja obveze cijepljenja moguće je analizirati dimenzijom konteksta i sadržaja te etičke dvojbe i izazove vezane uz uvođenje obveznog cijepljenja. Navedeno uključuje analizu

potreba uvođenja obveznog cijepljenja, dokaze o sigurnosti i učinkovitosti cjepiva, dostupnost cjepiva, povjerenje javnosti i primjenu etičkih postulata donošenja odluka o cijepljenju.

Uvođenje obveznih mjera uz propisivanje određenih oblika ponašanja koja štite zdravlje pojedinaca i zajednice nije novost – postoje brojni primjeri ključni za zaštitu zdravlja populacije koji su etički opravdani. Primjera u povijesti je mnogo, a jedan od najpoznatijih je kad je Napoleonova sestra Elisa Bonaparte u 19. stoljeću uvela obvezu cijepljenja protiv velikih boginja na području kojim je upravljala (današnja regija Toskana u Italiji, tada pod francuskim vlašću), a nakon što se proširila informacija kako je engleski liječnik Edward Jenner 1796. godine razvio cjepivo protiv velikih boginja koje je spasilo mnoge živote.

U razmatranju uvođenja obveze cijepljenja u svrhu povećanja stope cijepljenosti i postizanja drugih javnozdravstvenih ciljeva potrebno je razmotriti pod kojim uvjetima, u kojem kontekstu i za koje skupine bi obvezno cijepljenje bilo uvedeno. Preduvjeti koje je kod procjene etičke opravdanosti uvođenja obveze cijepljenja nužno razmotriti jesu ozbiljna prijetnja javnom zdravlju, veliko povjerenje u sigurnost i učinkovitost cjepiva, očekivana korist obve-

zog cijepljenja veća od alternativnih mogućnosti, razmjerne kazne ili troškovi za nepoštivanje uvođenja obveze. Slično drugim javnozdravstvenim politikama, odluke o obveznom cijepljenju trebaju podržati najbolji dostupni dokazi koje legitimna tijela za javno zdravstvo trebaju ne samo donijeti, već i predložiti građanima i zdravstvenim radnicima na jasan, uključiv i nediskriminirajući način.

Pri uvođenju intervencija aktivnosti koje interferiraju sa slobodama i autonomijom pojedinaca, potrebno je ujednačiti dobrobit zajednice s dobrobiti pojedinca te prepoznati mјere koje interferiraju s individualnim slobodama u određenom kontekstu, što ne čini takve intervencije neopravdanima već takvima da povećavaju broj etičkih pitanja i nedoumica koje bi trebale biti otklonjene prije uvođenja, naglašavajući njihov društveni utjecaj poput široke zaštite javnog zdravlja. Danas svaka država članica EU primjenjuje vlastiti program i plan cijepljenja na temelju takvih odluka na razini države koje se osnivaju na preporukama (nikako prisilama), a politička razina odlučivanja uključuje više čimbenika osim zdravstvenog sustava, poput pravnih i kulturoloških normi.

Uvođenje obveze cijepljenja za zdravstvene radnike općenito nije neuobičajeno u zdravstvenim ustanovama



jer neki oblici takvih obveza već postoje. Pored toga, postoje i različiti organizacijski pristupi, od kojih neki otvaraju mogućnost da necijepljeni zdravstveni radnici ostanu kod kuće tijekom izbijanja bolesti na pojedinim radilištima, neki zahtijevaju cijepljenje kao preduvjet zaposlenja u zdravstvenoj ustanovi, drugi zahtijevaju premještaj necijepljenih radnika na druga radilišta s manjim rizikom od zaraze te pristup "cijepi se ili nosi masku". S obzirom na porast vjerojatnosti od "izgaranja" (eng. *burn-out*) zdravstvenih radnika kao rezultata pandemije i potencijalnih posljedica njihovog nedovoljnog broja u sustavu u Hrvatskoj općenito, obvezne politike cijepljenja koje zahtijevaju da necijepljeni zdravstveni radnici ostanu kod kuće ili se zahtijeva cijepljenje kao preduvjet zaposlenja, mogu imati i negativne posljedice za već preopterećeni zdravstveni sustav, kao što je smanjenje interesa zdravstvenih

radnika za rad u takvim ustanovama. Odluke o premještaju necijepljenih zdravstvenih radnika na radilišta u kojima postoji manji rizik od zaraze mogle bi imati slične posljedice jer se time smanjuje broj ljudskih resursa u okruženjima u kojima su oni priješko potrebni.

Zaključno, donositelji odluka trebaju koristiti stručno i znanstveno utemeljene argumente donoseći odluke o obveznom cijepljenju te stalno poticati dobrovoljno cijepljenje protiv COVID-19 kao prvi korak u suzbijanju epidemije. U posljednje vrijeme spominje se i model plaćanja za cijepljenje kao način nagrađivanja pojedinaca, a prisila nikako kao prihvatljiv mehanizam koji primjenjuju u nekim trećim zemljama. U medicinskoj literaturi često su spominjana mnoga opravdanja uvođenja obveze cijepljenja radi prevencije zaraznih bolesti, a sprječavanje štete pojedinca prema

drugima uvijek predstavlja temelj prevencije. Stoga je vrlo važno ulaganje napora u prikazivanje koristi i sigurnosti cjepiva u svrhu postizanja što većeg prihvaćanja cijepljenja i donošenja odluke o cijepljenju, kao i jasna komunikacija prema ciljanim skupinama na koje se odnosi odluka. Međutim, ako se uobičajene, takozvane „soft“ mjere, koje ne podrazumijevaju uvođenje obveze ne pokažu očekivano i dovoljno uspješnima u odnosu na zadane ciljeve, u ovom slučaju nemogućnost postizanja zadovoljavajuće razine cijepljenosti u općoj populaciji i/ili među ciljanim skupinama te posljedično suočavanje s visokom stopom zaraženih, preminulih i hospitaliziranih osoba od COVID-19, kao i značajnog porasta broja pacijenata na respiratorima, potrebljno je i poželjno razmotriti primjenu strožih mjera u skladu s etičkim načelima.

vesna.stefancicmartic@hlk.hr

# KOAGULACIJA i COVID-19



**Prof. prim. dr. sc. DRAŽEN PULANIĆ, dr. med.**

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

U medicinskoj javnosti je već dobro poznato da su venske tromboembolije (VTE) važne komplikacije u bolesnika hospitaliziranih zbog koronavirusne bolesti 2019. (engl. *Coronavirus Disease 2019*, COVID-19), čak i uz primanje farmakološke tromboprofilakse, a nisu rijetke ni arterijske tromboze. Međutim, iako je COVID-19 vrlo protrombogena bolest, u nekim bolesnika nastane trombocitopenija, koagulopatija i krvareće komplikacije.

Oboljeli od COVID-19 imaju prisutnu isprva lokaliziranu, a zatim sustavnu upalu koja dovodi do pojačane grušavosti krvi. Uočene su povećane aktivnosti faktora VIII, von Willebrandova faktora, fibrina, fibrinogena i vrlo visoki D-dimeri, kao pokazatelja hiperkoagulabilnosti u bolesnika s COVID-19, uz također jako aktivirane trombocite. Oštećenje endotela krvnih žila može nastati višestrukim mehanizmima: izravnim oštećenjem endotela virusom SARS-CoV-2, oštećenjem endotela upalnim citokinima i aktiviranim komplementom, a često hospitalizirani oboljeli imaju postavljene središnje ili periferne venske katetere, čime se jatrogeno oštećuje žilni endotel. Sve navedeno, uz otežanu pokretljivost ili nepokretnost oboljelih od COVID-19, dovodi do nastanka tromboze, pogotovo uz dodatne rizične čimbenike (stari, adipozni, muškarci, već preboljeli VTE, rak, drugi komorbiditeti, hospitalizacija u jedinici intenzivnoga liječenja).

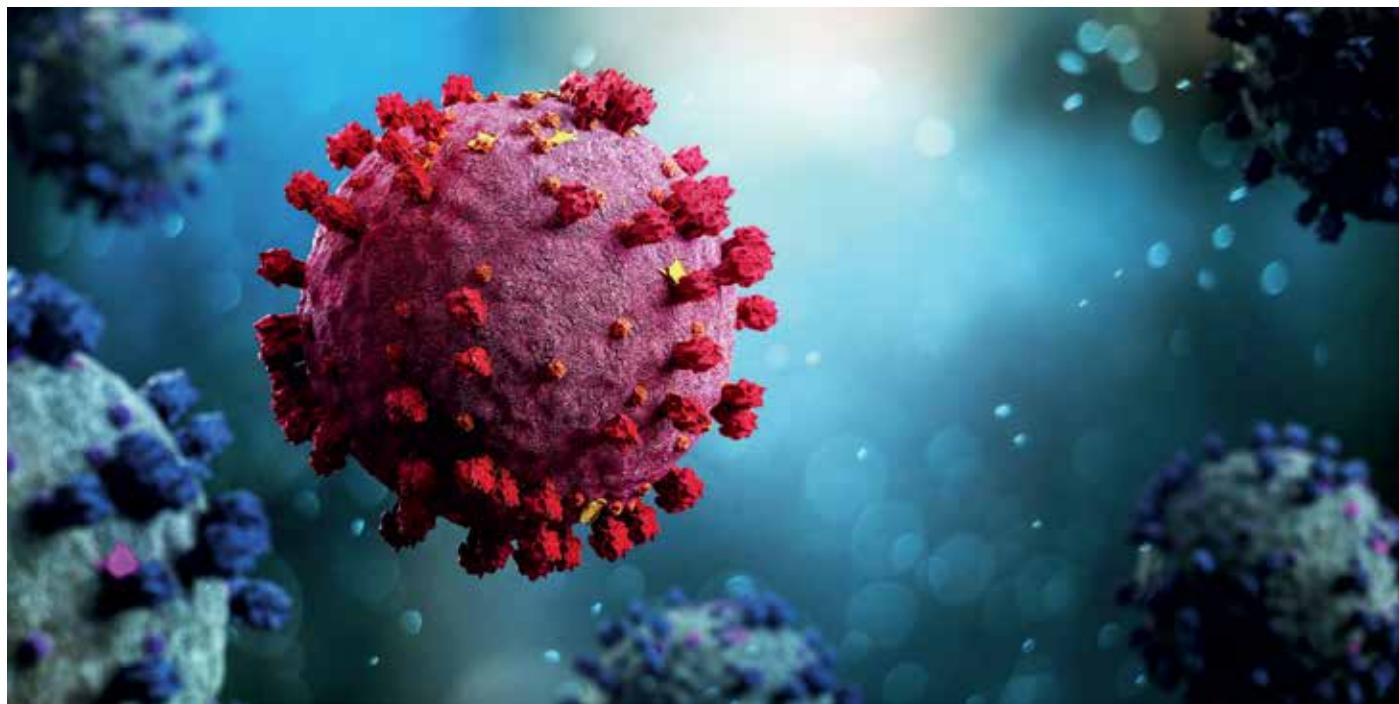
Koagulacija u oboljelih od COVID-19 nije samo vrlo protrombogena, već u određenih bolesnika nastaje i trombocitopenija, koagulopatija te krvareće komplikacije. Prema nekim istraživanjima trombocitopenija nastane u 18 do 20,7 % bolesnika s COVID-19 koji zahtijevaju hospitalizaciju, a što je vrijednost trombocita niža, opasnost od teškog oblika bolesti i smrti je veća. Sustavni upalni odgovor s „citokinskom olujom“ može uzrokovati supresiju trombocitopoeze. Također je moguća izravna interakcija matične stanice ili megakariocita sa „spike“ bjelančevinom SARS-CoV-2. Autoprotutijela i imunosni kompleksi mogu pojačati uklanjanje trombocita u cirkulaciji, a hiperaktivacija trombocita može dovesti do njihova povećana uklanjanja slezenom i jetrom. Razvoj koagulopatije jedan je od bitnih pokazatelja lošeg ishoda u bolesnika s COVID-19. Publicirana analiza bolesnika s pneumonijom zbog COVID-19 pokazala je da su abnormalni koagulacijski testovi povezani sa smrtnim ishodom. Diseminiranu intravaskularnu koagulaciju razvilo je čak 71,4 % umrlih bolesnika s pneumonijom zbog COVID-19 za razliku od 0,6 % u preživjelih.

U takvoj nestabilnoj koagulacijskoj situaciji vrlo protrombogene bolesti kakva je COVID-19, a koja može imati i krvareće komplikacije, kliničarima su važne medicinske smjernice. I doista, brojna najuglednija međunarodna medicinska udruženja objavila su preporuke o tromboprofilaksi u bolesnika s COVID-19, često se ograđujući da se preporuke temelje na niskoj razini i niskoj snazi dokaza. Treba istaknuti kliničke smjernice Međunarodnog udruženja za trombozu i hemostazu (engl. *International Society on Thrombosis and Hemostasis*,

ISTH), 2020 CHEST COVID-19 smjernice, COVID-19 smjernice američkih Nacionalnih instituta za zdravlje (engl. *National Institutes of Health*, NIH), smjernice Američkoga kardiološkoga društva (engl. *American College of Cardiology*, ACC), smjernice Američkoga društva za hematologiju (engl. *American Society of Hematology*, ASH) i druge.

Različite smjernice razlikuju se u određenim detaljima. ISTH navodi da svi hospitalizirani bolesnici s COVID-19 trebaju primati profilaktičke doze niskomolekularnoga heparina, osim ako imaju kontraindikacije (naprimjer, aktivno krvarenje ili trombocite manje od  $25 \times 10^9/l$ ). Smjernice ASH-a sugeriraju primjenu profilaktičkih (a ne intermedijarnih ili terapijskih) doza antikoagulansa u bolesnika s COVID-19 koji su kritično bolesni i koji nemaju sumnju ili dokazani VTE, isto kao i smjernice CHEST-a i ACC-a. Ako bolesnik već otprije prima antikoagulantnu terapiju zbog nekoga drugoga razloga, može nastaviti s postojećom kroničnom antikoagulantnom terapijom, osim ako ne postane kontraindicirana zbog promjene u kliničkome statusu; tada se preferira promjena na niskomolekularni heparin. Potvrđeni tromboembolijski incident u bolesti COVID-19 lječi se kao provočirana tromboza. Za zbrinjavanje koagulopatije ISTH preporučuje u svih bolesnika s COVID-19 održavanje trombocita  $> 25 \times 10^9/l$ , a u slučaju krvarenja održavanje trombocita  $> 50 \times 10^9/l$  i fibrinogena  $> 1,5 g/l$ .

Posebno nedostaju kvalitetni podatci o tromboprofilaksi nakon otpusta iz bolnice bolesnika s COVID-19, no provodi se više kliničkih istraživanja da bi se dobio odgovor na to pitanje. Svakako je nužna klinička procjena



opasnosti od nastanka tromboze, ali i krvarenja u svakoga pojedinoga bolesnika. Smjernice ACC-a navode da se može razmotriti produljena tromboprofilaksa (do 45 dana) niskomolekularnim heparinom ili izravnim oralnim antikoagulansom nakon otpusta iz bolnice bolesnika s COVID-19 koji imaju povećanu opasnost od VTE-a i malen rizik od krvarenja. Slično, smjernice ISTH-a navode da se može razmotriti produljena tromboprofilaksa niskomolekularnim heparinom ili izravnim oralnim antikoagulansom 14 do 30 dana nakon otpusta iz bolnice za one s visokim rizikom od VTE-a (starija dob, hospitalizacija u jedinici intenzivnoga liječenja, rak, pret-hodni VTE, trombofilija, nepokretnost, visoki D-dimeri, IMPROVE VTE-zbroj 4 ili viši). Međutim, postoje i suprotni stavovi. Tako je krajem siječnja 2022. najuglednije hematološko udruženje ASH publiciralo dopunu svojih smjernica baš za tromboprofilaksu nakon otpusta iz bolnice bolesnika s COVID-19. U toj najnovijoj publikaciji ASH savjetuje da se ne propisuje antikoagulantna tromboprofilaksa nakon otpusta iz bolnice bolesnika s COVID-19 koji nemaju sumnju na VTE ili potvrđenu

bolest VTE ili neku drugu indikaciju za antikoagulantne lijekove. Zaključili su da moguća opasnost od velikih krvarenja nadilazi moguću korist farmakološke tromboprofilakse. Ipak, naglašavaju važnost individualizirane odluke za svakoga bolesnika na temelju procjene opasnosti od tromboze i opasnosti od krvarenja.

U zaključku, COVID-19 je vrlo protrombogena bolest, ali u nekim bolesnika nastaju trombocitopenija, koagulopatija te krvareće komplikacije, što zbrinjavanje tih bolesnika čini još izazovnjim.

#### Literatura:

- Wu T, Zuo Z, Yang D, et al. Venous thromboembolic events in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2021;50:284-93.
- Llitjos JF, Leclerc M, Chochois C, et al. High incidence of venous thromboembolic events in anti-coagulated severe COVID-19 patients. *J Thromb Haemost*. 2020;18(7):1743-6.
- Santoliquido A, Porfidia A, Nesci A, et al. Incidence of deep vein thrombosis among non-ICU patients hospitalized for COVID-19 despite pharmacological thromboprophylaxis. *J Thromb Haemost*. 2020;18(9):2358-63.
- Pulanić D. COVID-19: hemostaza i tromboze. *Bilten Krohema*. 2021;13(1):10-12.
- Abou-Ismail MY, Diamond A, Kapoor S, Arrafah Y, Nayak L. The hypercoagulable state in COVID-19: Incidence, pathophysiology, and management. *Thromb Res*. 2020;194:101-15.
- Yang X, Yang Q, Wang Y, et al. Thrombocytopenia and its association with mortality in patients with COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18(6):1469-1472.
- Xu P, Zhou Q, Xu J. Mechanism of thrombocytopenia in COVID-19 patients. *Ann Hematol*. 2020;99(6):1205-8.
- Amgalan A, Othman M. Exploring possible mechanisms for COVID-19 induced thrombocytopenia: Unanswered questions. *J Thromb Haemost*. 2020;18(6):1514-6.
- Pulanić D. Hemostaza i tromboza u bolesnika s COVID-19. *Medix*. 2021;27(150/151):232-5.
- Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*, 2020;18(4):844-847.
- Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18(5):1023-1026.
- Spyropoulos AC, Levy JH, Agno W, et al. Subcommittee on Perioperative, Critical Care Thrombosis, Haemostasis of the Scientific, Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Scientific and Standardization Committee communication: Clinical guidance on the diagnosis, prevention, and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18(8):1859-1865.
- Moores LK, Tritschler T, Brosnahan S, et al. Prevention, diagnosis, and treatment of VTE in patients with coronavirus disease 2019: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2020;158(3):1143-1163.
- Cuker A, Tseng EK, Nieuwlaat R, et al. American Society of Hematology living guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19: July 2021 update on post-discharge thromboprophylaxis. *Blood Adv*. 2022 Jan 25;6(2):664-671.

# ALERGIJA NA SPERMU



**Dr. sc. BORIS LOVRIĆ, dr. med.**  
Opća bolnica Nova Gradiška  
Fakultet za dentalnu medicinu i  
zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku

## Sažetak

Preosjetljivost na ljudsku sjemenu tekućinu (eng. *allergy to human seminal plasma*, HSPA) spektar je kliničkih poremećaja koji nastaju kao posljedica sustavnih i lokalnih reakcija preosjetljivosti na proteinske sastojke ljudske sjemene tekućine. Simptomi se najčešće javljaju u prvom satu vremena nakon kontakta sa sjemenom tekućinom i kreću se od blagih lokalnih do sustavnih anafilaktičkih reakcija. Ovdje je prikazan slučaj 23-godišnje pacijentice koja bi u prvom satu vremena od spolnog odnosa s trenutačnim partnerom razvijala lokalnu iritaciju, vulvovaginalni svrbež i peckanje uz eritem i blaži otok stidnih usana.

## Uvod

Dosad je u literaturi opisano oko 80 slučajeva preosjetljivosti na sjemenu tekućinu, ali smatra se da je stvarna učestalost znatno veća (1). Pretpostavka je se da se žene sa simptomima koji bi mogli upućivati na HASP rijetkojavljaju svojim liječnicima, a kad se javе često se postavlja pogrešna dijagnoza (2, 3).

HASP nastaje kao posljedica senzibilizacije vanjskih ženskih genitalija na bjelančevine sjemene tekućine (4) koje najvjerojatnije potječu iz prostate ili sjemenih mjehurića (5). Poremećaj normalne imunomodulacije ženskog genitalnog trakta smatra se patofiziološkim procesom, ali stvarni mehanizam nije razjašnjen. Imunosni odgovor najčešće je posredovan IgE protutijelima, ali su opisani i slučajevi alergijskih reakcija tipa III i IV (6, 7).

Klinička očitovanja su prilično raznolika. Uključuju lokalne genitalne reakcije kao što su peckanje, svrbež, bol, oteklina i eritem, do sustavnih reakcija poput urtikarije, angioedema, kratkoće daha, stezanja u prsim, gubitka svijesti i anafilaktičkog šoka (8, 9). Simptomi se najčešće razvijaju u prvih 30 minuta do sat vremena nakon izlaganja sjemenoj tekućini ili nakon spolnog odnosa (7).

## Prikaz slučaja

U opisanom slučaju radi se o 23-godišnjoj pacijentici koja bi u prvom satu vremena od spolnog odnosa sa stalnim partnerom razvijala lokalnu iritaciju, vulvovaginalni svrbež i peckanje uz eritem i blaži otok stidnih usana. U anamnezi nije bilo vaginalnog iscjetka ni krvarenja, a nije imala ni disuričnih smetnji. Nisu opisane sustavne reakcije, poput dispneje ili urtikarije. Prvi

seksualni odnos imala je s 19 godina, a s ostalim partnerima nije imala sličnih tegoba. S trenutačnim partnerom bila je spolno aktivna oko dva mjeseca, a blaži do umjereni svrbež praćen crvenilom uvijek bi se pojavio u prvih pola sata nakon spolnog odnosa. Zbog navedenih simptoma prethodno je postavljana dijagnoza kandidijaze, zbog čega je liječena, ali bez poboljšanja. U osobnoj i obiteljskoj anamnezi nije bilo naznaka o sklonosti atopijskim reakcijama.

S obzirom na postavljenu sumnju na HSPA u terapiji su joj propisani anti-histaminici. Simptomi su nestali nakon otprilike dva dana. Kao profilaktička mjera, preporučeni su joj spolni odnosi s prezervativom. Tijekom šest mjeseci praćenja pacijentice, uz pridržavanje terapije i korištenja prezervativa prilikom odnosa, nije bilo recidiva alergijskih reakcija.

*Prick test* pokazao je pozitivnu reakciju na spermu i sjemenu tekućinu njezinog partnera, ali negativnu reakciju na ispranu spermu. Ispiranje sperme kemijski je proces odvajanja spermija od sjemene tekućine. Isprani spermiji koriste se u postupcima medicinskih potpomognute oplodnje za intrauterinu inseminaciju (IUI) ili *in vitro* fertilizaciju (IVF). Dokazan je povišen titar IgE protutijela.

Na temelju kliničke slike i alergoloških testiranja utvrđeno je da se radi se o lokaliziranoj alergijskoj reakciji na sjemenu tekućinu posredovanoj IgE protutijelima.

## Raspisava

Pacijentice su najčešće mlađe životne dobi, između 20 - 30 godina, i, za

razliku od naše, tipično imaju anamnezu atopijske bolesti (7). U većine mlađih žena (mlade od 30 godina) prevladavaju lokalne reakcije, dok se u starijih (više od 30 godina) povećava učestalost sustavnih reakcija (4, 10). Simptomi se razvijaju u satu vremena nakon koitusa te se pogoršavaju s vremenom, dostižući vrhunac nakon 24 sata, a obično se povlače tijekom dva do tri dana, čak i bez liječenja (7, 11). U rijetkim slučajevima simptomi mogu trajati i do 10 dana (2). HSPA se obično javlja s više različitih spolnih partnera. U literaturi su opisana samo tri slučaja s pojedinim partnerom (7–9).

Antigen odgovoran za izazivanje reakcije protutijela kod alergije na sjemenu plazmu u ljudi nije identificiran. Pripada heterogenoj obitelji glikoproteina prisutnih u sjemenoj tekućini. Veličine su između 12 i 75 kDa, a najvjerojatnije potječu iz prostate (12–14).

Za dijagnozu HSPA ključna je pažljiva anamneza kojom bi se ustanovio vremenski odnos između spolnog kontakta i pojave simptoma te isto tako isključili drugi mogući uzroci vulvovaginalnih simptoma. Odsutnost simptoma uz profilaktičku uporabu prezervativa smatra se zlatnim standardom za postavljanje ove dijagnoze (1, 7, 15). Međutim, za potvrdu dijagnoze preporučuju se serološka testiranja za dokazivanje specifičnih IgE protutijela na sjemene proteine, tj. titar IgE, te kožni *prick* test koji se izvodi sa spermom ili frakcijama sjemene tekućine partnera (1, 3).

Izbjegavanje kontakta sa sjemenom tekućinom apstinencijom, prekinuti snošaj, korištenje prezervativa ili profilaktički antihistaminici smatraju se prikladnim tretmanom za lokalne reakcije, a posebno u onih žena koje ne žele zatrudnjiti ili nisu u trajnim vezama. Za sustavne reakcije preporučuje se imunoterapija supkutanom ili intravaginalnom desenzibilizacijom partnerovom sjemennom tekućinom u rastućim koncentracijama (1, 7, 16, 17).

## Zaključak

Iako se HASP smatra rijetkim kliničkim stanjem zbog malog broja prijavljenih slučajeva, potencijalno predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Pogoda mlade žene na vrhuncu njihovog seksualnog života s potencijalnim utjecajem na njihovu seksualnu funkciju, ali i emocionalne odnose.

Vulvovaginalne tegobe česte su među mlađim spolno aktivnim ženama i jedan od glavnih razloga traženja zdravstvene zaštite kod ginekologa. HSPA može oponašati kronični ili rekurentni vulvovaginitis te se stoga može pogrešno dijagnosticirati i pogrešno liječiti. Također se može zamijeniti s kontaktnim dermatitisom (18). Genitalne alergije treba uzeti u obzir kao moguću dijagnozu u svih bolesnica s genitalnim svrbežom bez očitih obilježja infekcije ili dermatoze, a u kojih simptomi ne jenjavaju ili se pogoršavaju liječenjem.

Važno je osvijestiti liječnike o postojanju i važnosti ovog stanja jer će se ranim prepoznavanjem i odgovarajućim liječenjem znatno poboljšati kvaliteta života ovih pacijentica, kako fizički, tako i emocionalno. Također, postoji potreba za lokalnim istraživanjima kako bi se utvrdila epidemiologija.

## Literatura

- Bernstein JA. Human seminal plasma hypersensitivity: an under-recognized women's health issue. Postgrad Med. 2011 Jan;123(1):120-5. doi: 10.3810/pgm.2011.01.2253. PMID: 21293092.
- Bernstein JA, Sugumaran R, Bernstein DI, Bernstein IL. Prevalence of human seminal plasma hypersensitivity among symptomatic women. Ann Allergy Asthma Immunol. 1997 Jan;78(1):54-8. doi: 10.1016/S1081-1206(10)63372-8. PMID: 9012622.
- Lee-Wong M, Collins JS, Nozad C, Resnick DJ. Diagnosis and treatment of human seminal plasma hypersensitivity. Obstet Gynecol. 2008 Feb;111(2 Pt 2):538-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000285480.15136.d1. PMID: 18239014.
- Sublett JW, Bernstein JA. Seminal plasma hypersensitivity reactions: an updated review. Mt Sinai J Med. 2011 Sep-Oct;78(5):803-9. doi: 10.1002/msj.20283. PMID: 21913207.
- Friedman SA, Bernstein IL, Enrione M, Marcus ZH. Successful long-term immunotherapy for human seminal plasma anaphylaxis. JAMA. 1984 May 25;251(20):2684-7. PMID: 6201625.
- Mike N, Bird G, Asquith P. A new manifestation of seminal fluid hypersensitivity. Q J Med. 1990 Apr;75(276):371-6. PMID: 2385741.
- Shah A, Panjabi C. Human seminal plasma allergy: a review of a rare phenomenon. Clin Exp Allergy. 2004 Jun;34(6):827-38. doi: 10.1111/j.1365-2222.2004.01962.x. PMID: 15196267.
- Tomitaka A, Suzuki K, Akamatsu H, Matsunaga K. Anaphylaxis to human seminal plasma. Allergy. 2002 Nov;57(11):1081-2. doi: 10.1034/j.1398-9995.2002.23836\_2.x. PMID: 12359012.
- Drouet M, Sabbah A, Hassoun S. Thirteen cases of allergy to human seminal plasma. Allergy. 1997 Jan;52(1):112-4. doi: 10.1111/j.1398-9995.1997.tb02557.x. PMID: 9062641.
- Mike N, Bird G, Asquith P. A new manifestation of seminal fluid hypersensitivity. Q J Med. 1990 Apr;75(276):371-6. PMID: 2385741.
- Sohn SW, Lee HS, Yoon YS, Park HS. Successful intravaginal desensitization in a woman with seminal plasma anaphylaxis after artificial insemination failure. J Investig Allergol Clin Immunol. 2014;24(4):276-7. PMID: 25219113.
- Frankland AW. Allergy: immunity gone wrong. Proc R Soc Med. 1973 Apr;66(4):365-8. PMID: 4577335; PMCID: PMC1644918.
- Berger H. Allergy to human semen. N Y State J Med. 1975 Jun;75(7):1072-3. PMID: 1056537.
- Ebo DG, Stevens WJ, Bridts CH, De Clerck LS. Human seminal plasma anaphylaxis (HSPA): case report and literature review. Allergy. 1995 Sep;50(9):747-50. doi: 10.1111/j.1398-9995.1995.tb01218.x. PMID: 8546271.
- Shah A, Panjabi C, Singh AB. Asthma caused by human seminal plasma allergy. J Asthma. 2003 Apr;40(2):125-9. doi: 10.1081/jas-120017982. PMID: 12765313.
- Jones WR. Allergy to coitus. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1991 May;31(2):137-41. doi: 10.1111/j.1479-828x.1991.tb01802.x. PMID: 1681800.
- Ohman JL Jr, Malkiel S, Lewis S, Lorusso JR. Allergy to human seminal fluid: characterization of the allergen and experience with immunotherapy. J Allergy Clin Immunol. 1990 Jan;85(1 Pt 1):103-7. doi: 10.1016/0091-6749(90)90230-2. PMID: 2299095.
- Frapsauce C, Berthaut I, de Larouziere V, d'Argent EM, Autegarden JE, Elloumi H, Antoine JM, Mandelbaum J. Successful pregnancy by insemination of spermatozoa in a woman with a human seminal plasma allergy: should in vitro fertilization be considered first? Fertil Steril. 2010 Jul;94(2):753.e1-3. doi: 10.1016/j.fertilster.2010.01.017. Epub 2010 Feb 20. PMID: 20172516.

# UKRAJINA

## > 3. dio

✉ MISLAV ČAVKA

Četvrtom podjelom Poljske (1939.) Ukrajina dobiva teritorij današnje zapadne Ukrajine, čime gotovo u potpunosti zaokružuje svoje etničke prostore. Nakon završetka 2. svjetskog rata teritoriji oduzeti od Poljske (koje je 2. Poljska Republika dobila sporazumom iz Rige 1921.) ostali su u Ukrainskoj Sovjetskoj Socijalističkoj Republici (Poljska je dobila kompenzaciju na zapadu na račun Njemačke, a koja se zauvijek odrekla teritorijalnih aspiracija, što je i potvrđeno nakon ujedinjenja dviju njemačkih država 1990.), a Ukrajini je 1945. pripojena i tzv. „Zakarpatska Ukrajina“ koju je okupirala Mađarska 1938./9. (tada dio nasilno federalizirane češko-slovačke države), admirala Horthyja (koja se ovih dana spominje kao dio obavještajnog rata u trokutu Rusija-Ukrajina-Mađarska). Dijelom posebnog dogovora na konferenciji na Jalti (Krim) Ukrajina (i Bjelorusija) postala je osnivač Ujedinjenih naroda (UN) zajedno sa SSSR-om (tako da je 1991. upravo Ukrajina postala prva država članica UN-a koja je priznala Republiku Hrvatsku), te je u tim granicama i 1991. proglašena nezavisnost Ukrajine, koja je od početka svog postojanja kao suverene države ne samo ovisna o Rusiji uslijed naslijedenih gospodarskih odnosa iz SSSR-a,

nego i podijeljena zbog kulturoloških (pa i političkih) razloga na istok i zapad (zanimljiv uvid u ovaj fenomen daju mape dostupne na wikipediji o predsjedničkim izborima od 1991. - 2010., kao i lingvističke mape).

ANASTASIA DMITRUJK

### NIKADA MI NE ĆEMO BITI BRAĆA

*Ni po rodnoj grudi, ni po materi  
Nema u vama duha da biste bili  
slobodni  
  
Nit' mi s vama slobodni možemo  
postati.  
  
Vi ste sebe okrstili starijima a nas  
mlađima,  
  
No ne vašima.  
  
Vas je tako mnogo, al' nažalost,  
bezlični ste.  
  
Vi ste ogromni a mi veliki, vi pritišćete,  
  
No to je sve što vam preostaje, svojom  
zavišću, vi udavit ćete se.  
  
Svi vi od djetinjstva lancima okovani,  
Kod vas doma šutnja je zlato,  
  
A kod nas gore molotovljevi kokteli,  
I zato u nama krv je uzavrela.  
  
Kakva ste nam vi to rodna zemlja  
slijepa?  
  
U svima nama neustrašive su oči,  
Bez oružja mi smo opasni.*

*Odrasli smo i postali smjeli,  
Sa snajperom svi na nišanu.  
Nas su mačke na koljena bacile,  
No mi pobunili smo se i ispravili  
sve.*

*I uzalud štakori skrivaju se i mole  
Jer krvlju svojom oni će se umiti.  
Vama šalju upute nove,  
A ovdje kod nas ognjevi pobune.  
Kod vas Car a kod nas demokracija,  
Nikada mi ne ćemo biti braća.*

Pjesma mlade ukrajinske aktivistice (rođene 1991., slučajno kada i nezavisnost Ukrajine) sažima ono što se 2013. i 2014. htjelo poručiti nakon svrgavanja Janukovića, predsjednika koji se u protekla dva mjeseca spominjao kao mogući proruski predsjednik neke kolaboracionističke vlade nakon „oslobodenja“ Ukrajine. Kako je doktorica Zdravka Zlodi s Hrvatskog instituta za povijest naglasila u emisiji Hrvatskog radija (odakle sam i uzeo navedene stihove) novija generacija Ukrajinaca ne osjeća više povezanost s drugim zemljama i narodima bivšeg Sovjetskog Saveza kao pripadnici starijih generacija. Doktorica Zlodi je i autor prijevoda, koji je po mom sudu puno bolji od svih engleskih prije-

voda dostupnih na internetu, jer je za kontekstualni prijevod potrebno i dobro poznавanje povijesnih odnosa Ukrajinaca i Rusa. Prosvjedi na Majdanu (Trg neovisnosti ili nezavisnosti, majdan znači trg, a spomenuti trg je baš kao i mnogi trgovи u Zagrebu mijenjao ime kroz prošlost, tako da se zvao i Sovjetskim i Kalinjinovim i Sovjetske Revolucije, ali i Trg 19. rujna, dan kada su Nijemci ušli u Kijev 1941.) počeli su nakon nepotpisivanja ugovora o bližim trgovinskim vezama s Europskom unijom, umjesto kojega je izabran približavanje Rusiji, Bjelorusiji i Kazakstanu, a završili su Janukovičevim bijegom iz zemlje i egzilom u Rusiji, a poginulo je više od 100 ljudi tijekom prosvjeda. U ožujku 2014., kao reakcija na navedene događaje, iz geopolitičkih razloga Rusija anektira Krim poništavajući ugovor iz 1954., čime je vjerojatno poništila učinke Perejaslavskog ugovora na simboličkim 300 godina. Aneksija Krima nije međunarodno priznata, a iste godine na izborima pobjeduje Petro Porošenko, kada se pod izlikom zaštite Rusa i ruskog jezika na Istoku Ukrajine potiče pobuna tijekom koje su proglašene tzv. Luganska Narodna Republika i Donjecka Narodna Republika, uz eskaliranje ratnih sukoba. Rat se za-

ustavlja 2015. (do 2022.) sporazumima iz Minska, no sporazumi nisu nikad do kraja provedeni (u nekim točkama slični su poznatom „Planu Z4“), s obzirom da bi onoga koji ga provede s ukrajinske strane vjerojatno proglašili izdajnikom, a Rusija je, u međuvremenu, priznanjem samoproglašenih republika 21.2.2022. objavila da sporazum više ne postoji, a 24.2. je invazijom vjerojatno osvijestila ukrajinsku naciju više od svih prosvjetitelja u povijesti.

### LEONID KORNILOV ODGOVOR UKRAJINKI

*Da, vi ste krajnji a mi beskrajni.  
Ali ja kraj tebe stojim.  
I znam ja, moja Ukrajinko,  
Kako je tebi na kraju.  
Te baciti se u divlje polje,  
te pod oklop svastike.  
No ako želiš biti, budi velika,  
Samo daj prvo da te ogrnem.  
Ti si prestrašena i zbunjena  
I ne govorиш te rijeći,  
Već grudima svojim prostrijeljenim  
Dopusti prvo da te prikrijem uvijek  
sam to na vrijeme činio.  
No sada nisu ta vremena.  
U kandžama prugastih gavrana  
Ti njihove kandže ne osjećaš.*

*Ti pretke naše zaboravila si.  
I bol i strah u tebi vrište.  
Mi slijepi smo rođaci,  
Jer oči su naše u suzama.  
No uvredu ja obrisah krišom,  
I tebe na grudi ja privinut' ču,  
I za sreću tvoju, Ukrajinko,  
U tvoj rat poći ču.  
Ti u meni našla si krivca.  
No ja tebi želim dobro.  
Nikada ti meni nećeš postati brat,  
Zato jer ti moja si sestra.*

U ovom odgovoru ruskog pjesnika ne vidimo samo drukčiji stav zbog pjesnika starije generacije, nego se jasno iščitava da Ukrajina ne može imati ravnopravni status Rusiji. Ona joj samo može biti „sestrica“ koju „majka“ Rusija oduvijek štiti, a ne dobiva zauzvrat traženu ljubav. Stihovi

*,I za sreću tvoju, Ukrajinko,  
U tvoj rat poći ču.“*

poslije 24.2.2022. zvuči potpuno drukčije od trenutka kada je napisani.

# 25 godina Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

 prof. prim. dr. sc. Ante Tonkić, dr. med.  
Dekan

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu (MEFST) u ožujku je proslavio svoj 25. rođendan. Fakultet je osnovan 26. ožujka 1997. godine odlukom koju je donijelo Upravno vijeće Sveučilišta u Splitu. Od tada pa do danas MEFST je jasno pozicioniran ne samo na nacionalnom već i na međunarodnom planu te u kontinuitetu educira doktore medicine, doktore dentalne medicine i magistre farmacije te time značajno doprinosi razvoju biomedicine u Republici Hrvatskoj, ali i znatno šire.

Kao renomirano visoko učilište u proteklih smo 25 godina pokazali snagu i samopouzdanje uz neospornu kvalitetu što s ponosom ističe **dekan Medicinskog fakulteta prof. prim. dr. sc. Ante Tonkić**.

MEFST izvodi nastavu na četiri integrirana preddiplomska i diplomska studijska programa: Medicina, Dentalna medicina, Farmacija (u suradnji s Kemijsko-tehnološkim fakultetom Sveučilišta u Splitu) i Medicina na engleskom jeziku. Na program Medicina godišnje se upisuje 90 studenata, na program Dentalna medicina i program Farmacija upisuje se po 30 studenata, te na program Medicina na engleskom jeziku 60 studenata. Od samostalnosti Fakulteta do sada je diplomiralo 1154 na studiju medicine, 250 na studiju dentalne medicine, 183 na studiju farmacije i 130 studenata na studiju medicine na engleskom jeziku. Poslijediplomska nastava se izvodi u sklopu Doktorske škole na tri doktorska studija Medicina utemeljena na dokazima, Biologija novotvorina i Translacijska istraživanja u biomedicini. Stručna nastava izvodi se u okviru 12 specijalističkih studijskih programa Anesteziologija reanimatologija i intenzivna medicina, Oftal-



Prof. dr. sc. Katarina Vukojević, dr. med. (prodekanica za znanost, i prof. prim. dr. sc. Ante Tonkić, dr. med.

mologija i optometrija, Pedijatrija, Gastroenterologija, Opća interna medicina, Kardiologija, Patologija i citologija, Onkologija i radioterapija, Klinička radiologija, Psihijatrija, Neurologija i Medicina spavanja. Nastava se izvodi u zgradama Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu i u brojnim nastavnim bazama od kojih je najveća i najvažnija Klinički bolnički centar Split, zatim ustanove splitsko-dalmatinske županije Dom zdravlja, Nastavni zavod za javno zdravstvo, Stomatološka poliklinika, Ljekarne Županije splitsko-dalmatinske, Opća bolnica Zadar, Opća bolnica Šibenik i Opća bolnica Dubrovnik, te u Njemačkoj regiji Bavarske Regiomed klinike. Upravo podatak da MEFST ustrojava Medicinski fakultet u Coburgu (Republika Njemačka) nedvojbeno upućuje na međunarodno prepoznatu nastavnu izvrsnost MEFST-a.

MEFST ima 209 nastavnika, od čega 98 profesora, 57 docenta i 54 suradnika (asistenata i poslijedoktorata). Znanstveno-istraživački rad i inovacije se provode u šest Centara i

šest Zavoda koji ukupno imaju 26 laboratorijskih i istraživačkih skupina. Trenutačno se na Fakultetu provode 46 aktivnih projekata, među kojima je 16 europskih projekata, što čini jednu četvrtinu svih projekata na Sveučilištu u Splitu. Također od svih projekata Hrvatske Zaklade za Znanost na Sveučilištu u Splitu, jedna trećina se aktivno provodi na Medicinskom fakultetu. Stoga s pravom možemo reći da Medicinski fakultet u Splitu prednjači u znanstveno-istraživačkoj djelatnosti i međunarodnoj prepoznatljivosti Sveučilišta u Splitu. Od svog osnutka Fakultet je objavio 5 200 radova u 2 143 časopisa, od čega je 83% originalnih znanstvenih radova. Medicinski fakultet ima h-index 140 te 121 896 citata.

O postignućima i ugledu MEFST-a najbolje govori podatak da je Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu 2022. godini po prvi put od osnutka rangiran na Quacquarelli Symonds (QS) ljestvici koja se smatra jednom od tri najčitanije sveučilišne ljestvice u svijetu. Na QS ljestvici kategorija Medicina zastupljena je na 651. - 670. mjestu na svijetu, a po indikatoru citiranih na 594. mjestu, dok je po indikatoru H-indeks na 576. mjestu, a po akademskom ugledu na 631. mjestu. Recentni rezultati i priznanja, najbolji su dar u proslavi 25. obljetnice osnutka Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu, te vidljivo pokazuju na međunarodno prepoznatu nastavnu i znanstvenu izvrsnost MEFST-a.

Uprava na čelu s dekanom prof. prim. dr. sc. Antonom Tonkićem, studenti i zaposlenici Medicinskog fakulteta ovim su jasno zakoračili ne samo u europski već i svjetski akademski prostor.



# Hesperis - sveobuhvatni tečaj transplantacije solidnih organa

 Dr. sc. IVA KOŠUTA, dr. med.  
KBC Zagreb

Kako voditi imunosupresivnu terapiju u bolesnice koja nakon multivisceralne transplantacije želuca i tankoga crijeva razvije poslijetransplantacijsku limfoproliferativnu bolest, a potom i trombotičku mikroangiopatiju? Da li se upustiti u transplantaciju jetre u trajno COVID pozitivnog bolesnika, koji je već imunosuprimiran zbog prethodne transplantacije srca? Koji je najbolji kirurški pristup rješavanju aneurizme ilijačne arterije u pacijenta s transplantiranim bubregom i urednom funkcijom presatka? Ovo su neki od slučajeva iz stvarnoga života koje su polaznici tečaja Hesperis imali priliku prodiskutirati s vršnjacima i mentorima iz područja transplantacije solidnih organa.

## Općenito o Hesperisu

Hesperis je sveobuhvatni tečaj na temu transplantacije solidnih organa koji se održava na godišnjoj razini u organizaciji Europskog društva za transplantaciju organa (ESOT, prema engl. *The European Society for Organ Transplantation*). Namijenjen je pojedincima koji ulaze u područje transplantacije i namjeravaju karijeru usmjeriti transplantacijskoj medicini, te je otvoreni kirurzima, internistima, ali i znanstvenicima i laboratorijskim djelatnicima uključenima u skrb pacijenata liječenih transplantacijom organa.

## Kako je Hesperis strukturiran?

Napokon, nakon pandemijskih *online* godina, Hesperis je ove godine poprimio hibridan oblik. Nakon prijave na tečaj od svakog polaznika se očekivalo da usvoji osnovne koncepte putem *online* pripremnih aktivnosti koje su između ostalog uključivale snimljena predavanja, kvizove za samoprocjenu znanja i preporuku relevantnih znanstvenih radova za čitanje. Također, svaki polaznik je bio dužan pripremiti prikaz slučaja složenog tijeka transplantacijskog liječenja u trajanju od desetak minuta. Dva dana tečaja koja su održana uživo, ove godine u Rimu, potom su usmjerena na raspravu odabralih prikaza slučajeva i drugih polemika koje se susreću u današ-



Dr. Iva Martina Strajher, dr. Ivan Romić, dr. Iva Košuta i dr. Maja Sremac (KBC Zagreb)

njoj transplantacijskoj medicini. Same teme su metodološki podijeljene u pet ključnih područja: imunologija, indikacije, donacija organa, skrb za primatelje organa i regenerativna medicina. Iako su teme kao i polaznici većinom bili fokusirani na transplantaciju bubrega i jetre, tečaj se dotaknuo i transplantacije pluća, srca, gušterače, transplantacije Langerhansovih otočića, ali i multivisceralne transplantacije.

Većina polaznika upravo su polaznici viših godina specijalizacije ili mlađi specijalisti, a ove godine su Hesperisu prisustvovali specijalisti abdominalne kirurgije sa KBC-a Zagreb Iva Martina Strajher, dr. med., i Ivan Romić, dr. med., te specijalisti gastroenterologije dr. sc. Iva Košuta, dr. med., i dr. sc. Maja Sremac, dr. med., koja je bila izabrana za prezentaciju kompleksnog kandidata za transplantaciju jetre.

Za napomenuti je da se Hesperis smatra i službenim pripravnim tečajem za polaganje europskog ispita iz transplantacijske medicine (engl. *Exam for Transplantation Medicine*) u organizaciji UEMS-a.

**Zašto je ovaj tečaj relevantan i zašto bi ga trebao proći svatko tko se bavi transplantacijom organa?**

Zahvaljujući naprecima kirurške tehnike, adekvatnom probiru kandidata za transplantacijsko liječenje te modernim režimima imunosupresije, transplantacija solidnih organa prešla je iz sfere znanstveno fantastičnog u gotovo svakodnevno. (Dokaz da ovo nije prazna fraza, govori činjenica da je u Hrvatskoj, prije pandemijske 2019. godine izvedeno 286 transplantacija!). Tako se od prve uspješne transplantacije bubrega 1954. godine, do danas u svijetu gubi broj ukupno izvedenih transplantacija, no procjenjuje se da se recimo samo na razini Eurotransplanta izvede više od 5 000 presadbi organa godišnje. Duljina života pacijenata s transplantiranim organom sve je veća, a kvaliteta njihova života također se trajno poboljšava. Ipak, uz područje transplantacijske medicine i dalje se vežu mnoge nedoumice i teškoće. Donošenje kliničkih odluka često je opterećeno nedostatkom dokaza utemeljenih na randomiziranim istraživanjima, etičke dvojbe gotovo su svakodnevica, a na svjetskoj razini broj stručnjaka posvećenih transplantaciji je u opadanju. Ovakav tip tečaja pomaže uniformiranju stavova putem edukacije, potiče raspravu i razvoj kritičkog mišljenja te, ne manje važno, omogućuje umrežavanje (budućih) transplantacijskih stručnjaka.

ivakosuta@gmail.com

Pripremila Anna Mrzljak

# Oprati svinjsku mast u devet voda, te je namazati na prsa



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

Svinjska mast, koju su desetljećima vrijedali kao krajnje nezdravu, u novije vrijeme proživljava lipidnu rehabilitaciju. Svinjska mast tradicionalno se konzumirala u određenim kulturama gdje je svinjetina važan dio prehrane. Tijekom 19. stoljeća svinjska mast koristila se slično kao i maslac u Sjevernoj Americi i brojnim europskim zemljama. Bila je jednako popularna kao maslac početkom 20. stoljeća i često se koristila kao zamjena za maslac tijekom 2. svjetskog rata. Kao lako dostupan nusproizvod u proizvodnji svinjetine,

svinjska je mast bila jeftinija nego većina biljnih ulja i često se koristila u prehrani sve dok tijekom industrijske revolucije biljna ulja nisu postala jeftinija i dostupnija.

Tijekom ranih 1900-tih razvijene su biljne zamjene za maslac, što je omogućilo uporabu biljnih ulja u prehrani. Krajem 20. stoljeća svinjska mast počela se smatrati manje zdravom u odnosu na biljna ulja (primjerice maslinovo ili suncokretnovo ulje) zbog visokog udjela zasićenih masnih kiselina i kolesterola. Međutim, usprkos svojoj reputaciji, svinjska mast ima manje zasićene masti, više nezasićenih masti i manje kolesterola nego jednaka količina maslaca po težini.

Krajem 1990-tih i početkom 2000-tih svinjska mast vraća se u modu na velika vrata. Promoviraju je brojni kuhari i nutricionisti, opisuje se kao zdrava i popularni članci za široke narodne mase pozivaju vas da je pravo vrijeme da zaboravite na ulja i okrenete se svinjskoj masti. Jer, pogodate, navodno su brojna istraživanja pokazala da je zapravo riječ o vrlo zdravoj namirnici koja ima niz pozitivnih učinaka na zdravlje. U friško objavljenim člancima koje ćete lako naći na internetu saznat ćete, tako da svinjska mast lijeći ginekološke probleme (upala jajnika i neugodan iscijedak), kašalj i bronhitis, hemoroidi, akne, suhu kosu, strije, probleme sa sinusima, upalu pluća, i tako dalje.

Popis indikacija koje rješava svinjska mast nepregledan je. Načini primjene vrlo su različiti. Primjerice, za osiguranje ginekološkog zdravlja savjetuje se napraviti tampon natopljen svinjskom mašću pa umetnuti u rodnicu. Popularan je i naputak kako prije terapijske primjene svinjsku mast treba oprati u devet voda. Svašta se može pročitati.

Dokaze o ljekovitosti svinjske masti trebamo, naravno, tražiti u znanstvenoj literaturi, a ne u člancima u medijima koji nas ljubazno upućuju „Oblog od kupusa i svinjske masti je izvrstan kod upale pluća.“ Pretraživanjem, primjerice, PubMed-a nije moguće pronaći niti jedan sustavni pregled koji u naslovu ima engleske izraze za svinjsku mast (engl. *lard*, *pork fat*, *pig fat*). Randomiziranih kontroliranih pokusa s takvim pretraživanjem ima svega 11. Među njima je 6 pokusa koji su provedeni na svinjama ili kokošima s ciljem ispitivanja sastava njihova mesa ili jaja, nakon promjena u načinu njihova uzgoja i prehrane. Preostalih 5 pokusa napravljeno je na ljudima. Tri pokusa su analizirala postprandijalne promjene nakon obroka koji je sadržavao različite vrste ulja i masti, kod malog broja zdravih ili pretilih ispitanika (manje od 10 ispitanika u svim tim skupinama). Jedan pokus je ispitivao učinke 10 % sumpora u kremlj od svinjske masti na svrab, a posljednji pokus je pokazao da dodavanje svinjske masti u adaptirano mlijeko za nedonoščad ne poboljšava apsorpciju masti.



Ukratko, tko god traži ideje za nova istraživanja, može napraviti pokus u kojem će ispitati djelotvornost i sigurnost svinjske masti za .... nešto, bilo što. Originalnost ideje je zajamčena jer takvih istraživanja u literaturi manjka.

Naravno, u znanstvenoj literaturi ima mnogo članaka o utjecaju različitih zasićenih i nezasićenih masti na zdravlje čovjeka. Svinjska mast samo je jedna vrsta hrane koja je bogata zasićenim mastima. Druge namirnice koje sadrže zasićene masti su govedina, janjetina, svinjetina, perad – osobito s kožom, goveda mast, vrhnje, maslac, sir, sladoled, kokos, palmino ulje, ulje palminih koštica, neke pečene i pržene hrane. Američka kardiološka udružba (engl. *American Heart Association*) preporučuje prehranu u kojoj 5 do 6 % energije dobivamo iz zasićenih masti. Smjernice drugih velikih svjetskih organizacija nešto se razli-

kuju. Britanske smjernice kažu ne više od 10 %, a za osobe s povećanim rizikom od srčanožilnih bolesti ne više od 7 % i kad god je moguće zamijeniti zasićene masti hranom koja sadrži mononezasićene i polinezasićene masti.

Cochraneov sustavni pregled objavljen 2020. zaključuje kako smanjenje unosa zasićenih masti tijekom najmanje dvije godine uzrokuje potencijalno značajno smanjenje kombiniranih srčanožilnih događaja. Čini se da zamjena energije iz zasićenih masti polinezasićenim mastima ili ugljikohidratima ima koristan učinak, dok su učinci zamjene mononezasićenim mastima nejasni. Smanjenje kombiniranih srčanožilnih događaja koje nastaje zbog smanjenja zasićenih masnoća nije se razlikovalo ovisno o trajanju kliničkog pokusa, spolu ili početnoj razini srčanožilnog rizika, ali veće smanjenje zasićenih masnoća izazvalo je veće smanjenje u broju

srčanožilnih događaja. Taj je Cochraneov sustavni pregled uključio 15 randomiziranih kontroliranih pokusa s ukupno 56 675 ispitanika.

Dok ne dobijemo više znanstvenih dokaza iz kliničkih pokusa posvećenih isključivo svinjskoj masti, teško je utemeljeno govoriti o njezinim koristima za zdravlje. No, možemo se ravnati dokazima koji govore da bi za naše srčanožilno zdravlje bilo bolje smanjiti količinu zasićenih masti u prehrani. Uživajte u svinjskoj masti ako vas to raduje, ali umjereno.

#### Literatura

Thomas et al. 2002. Fats and Fatty Oils. Ullmann's Encyclopedia of Industrial Chemistry. Weinheim: Wiley-VCH.

Hooper et al. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020(8):CD011737.

# ZADOVOLJSTVO KIRURGA I ANESTEZOLOGA

## nepouzdan je pokazatelj zadovoljstva bolesnika tijekom očnih zahvata

### ▼ PORUKA ČLANKA

*Iako je prosječno zadovoljstvo obavljenim zahvatom bilo visoko u svim skupinama, korelacija između zadovoljstva bolesnika, anesteziologa i kirurga bila je slaba*

U zapadnim zemljama potencirana lokalna anestezija ili monitorirana anesteziološka skrb često se koristi kod očnih zahvata kod kojih nije potrebna opća anestezija. U SAD-u novi načini plaćanja uključuju i razinu zadovoljstva bolesnika te je sve veći broj istraživanja koja analiziraju zadovoljstvo bolesnika anesteziološkom i kirurškom skrbi.

Tim oftalmologa i anesteziologa s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Bostonu u SAD-u odlučio je usporediti zadovoljstvo 238 bolesnika operacijama mrene, vitrektomijama, glaukomskim i drugim očnim

zahvatima sa zadovoljstvom anesteziologa i kirurga. Svi zahvati obavljeni su u lokalnoj potenciranoj anesteziji uz korištenje peroralnih ili intravenskih benzodiazepina. Bolesnici su na prvom kontrolnom pregledu ispunili validirani upitnik o zadovoljstvu bolesnika anestezijom, kao i o mogućoj boli, neugodi, strahu i nuspojavama. Prilagođeni upitnik s identičnim ocjenama od 1 do 6 prema Likertovoj skali ispunili su i anesteziolozi i kirurzi koji su izvodili zahvate. Prosječno zadovoljstvo kirurga obavljenim zahvatom bilo je 5,27 (raspon 1,33 do 6), anesteziologa 5,12 (raspon 1,17 do 6) i bolesnika 5,28 (raspon 2,58 do 6). Međutim, korelacija između zadovoljstva bolesnika i kirurga bila je slaba (Pearsonov koeficijent  $r = 0,33, P < 0,001$ ), kao i korelacija između zadovoljstva pacijenata i anesteziologa (Pearsonov koeficijent  $r = 0,32, P < 0,001$ )

Autori navode kako su ovi rezultati pokazali da se zadovoljstvo kirurga i

anesteziologa obavljenim zahvatom ne može koristiti kako bi se pouzdano predviđelo zadovoljstvo pacijenata. Prepostavljaju kako za to postoji više razloga. Jedan razlog vjerojatno su različita očekivanja pružatelja i primatelja zdravstvene usluge. Kirurzima je važan miran i tih pacijent s minimalnim pokretima oka, dok je pacijentima moguće važnije potpuno odsustvo boli ili amnezija tijekom zahvata. Tako, primjerice, prekomjerno sediran pacijent može tijekom zahvata pojačano pomicati oči ili imati nestabilne vitalne znakove i time smanjiti zadovoljstvo kirurga i anesteziologa. Kako su podaci prikupljeni na prvom kontrolnom pregledu, da bi se izbjegao utjecaj sedacije na rezultate, na razliku u zadovoljstvu mogla je utjecati i anterogradna amnezija kao povremena posljedica primjene benzodiazepina.

(Clin Ophthalmol. 2022 Mar 6;16:677-683. doi: 10.2147/OPTH.S351010. eCollection 2022.)

✉ Dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med.  
spec. oftalmolog

## Transkateterska zamjena pulmonalne valvule ima slične ishode kao i kirurška zamjena

*Bolesnici podvrgnuti transkateterskoj zamjeni plulmonalnog zaliska imaju slične izglede preživljjenja i ne trebaju ponovnu intervenciju ili operaciju kao i oni podvrgnuti kirurškoj zamjeni pulmonalnog zalistka*

Da bi istražili srednjoročne i dugoročne ishode nakon transkateterske zamjene pulmonalnog zaliska (eng. *transcatheter*

*pulmonary-valve replacement - TPVR*) McElhinney i sur. (Stanford University School of Medicine, Palo Alto, California, SAD) analizirali su podatke međunarodnog registra koji sadrži podatke o vremenjskim ishodima nakon TPVR-a. Registar je uključivao 2 476 bolesnika u dobi između 14 i 58 godina koji su podvrgnuti TPVR-u i praćeni su tijekom 8 475 bolesnikovih godina. Nakon TPVR-a umrlo je 95 bole-

snika, 24 od srčanog zatajenja. Osam godina nakon TPVR-a kumulativna incidencija smrti iznosila je 8,9 %. Prema multivarijatnoj analizi su dob u TPVR-u (HR 1,04 godišnje;  $P < 0,001$ ), protetički zalistak u drugim položajima (HR 2,1;  $P = 0,014$ ), te postojeći transvenski pacemaker ili implantabilni kardioverter-defibrilator (HR, 2,1;  $P = 0,004$ ) povezani sa smrću. Ukupno je 258 bolesnika podvrgnuto TPVR reinter-

# ZNATNO JEFTINIJA SINTETIČKA MREŽICA

## bolja je od biološke za rekonstrukciju ventralnih kila

### ▼ PORUKA ČLANKA

*Uz 200 puta nižu cijenu čini se da je sintetička mrežica sigurna kao i biološka mrežica za popravak ventralne kile, a s njom je i znatno manje recidiva tijekom dvogodišnjeg praćenja*

Sa sintetičkom mrežicom manji je rizik od ponovnog pojavljivanja kile u dvogodišnjem razdoblju u usporedbi s biološkom mrežicom u bolesnika koji su bili podvrgnuti popravku kontaminiranih ventralnih kila u jednom aktu. Obje su mrežice pokazale slična sigurnosna svojstva. Cijena biološke mrežice više je nego 200 puta veća od cijene sintetičke mrežice za slične ishode. Rosen i sur. (Cleveland Clinic Foundation, Ohio, Cleveland, SAD) proveli su jednostruko slijepo randomizirano istraživanje u pet akademskih medicinskih središta u SAD-u koji su imali specijalizirane jedinice za rekonstrukciju

trbušne stjenke. Tijekom više od šest godina istraživanja autori su obradili 253 odrasle osobe u dobi od 55 do 70 godina. Bolesnici su bili podvrgnuti elektivnoj rekonstrukciji retromuskularnim postavljanjem mrežice u jednom aktu tzv. čisto-kontaminiranih ili kontaminiranih ventralnih kila, pri čemu je kod 126 ugrađena sintetička, a kod 127 biološka mrežica. Dvije skupine imale su slična osnovna demografska i medicinska obilježja i obilježja same kile. Stopa praćenja nakon dvije godine bila je 92 %-tina. U usporedbi s biološkom mrežicom, sintetička je značajno smanjila rizik recidiva kile (OR 0,31;  $P < 0,001$ ). Nakon dvije godine kile su se ponovile u 26 (20,5 %) bolesnika kojima je ugrađena biološka mrežica u usporedbi sa 7 (5,6 %) onih kojima je ugrađena sintetička mrežica ( $P = 0,001$ ). Ukupan dvogodišnji rizik od potrebe kirurške intervencije na mjestu kirurškog reza nije se značajno razlikovao (OR 1,22;  $P = 0,58$ ). Srednja razlika u cijeni između tih mrežica bila je dramatična: 21 539 USD za biološke prema 105 USD za sintetičke ( $P < 0,001$ ). Također, srednji 30-dnevni bolnički troškovi bili su 44 936 USD u skupini bioloških mrežica, a 17 289 USD u skupini sintetičkih mrežica

( $P < 0,001$ ). U uvodniku koji prati istraživanje dr. Allan E Stolarski i Kamal MF Itani sa Sveučilišta u Bostonu kažu da bi se kirurzi trebali osjećati ugodnije koristeći polipropilenku (sintetičku) mrežicu za rekonstrukciju ventralne kile na kontaminiranim ili tzv. čistim-kontaminiranim poljima na temelju rezultata istraživanja. Autori uvodnika čestitaju Rosenu i kolegama na dugo očekivanom istraživanju. Znajući da se infekcija s korištenjem mrežice može pojaviti i dvije godine nakon operacije, potiču autore da nastave pratiti svoje bolesnike, a i druge autore, da bi potvrdili ove rezultate praćenjem i nakon dvije godine. S rezultatima ovog istraživanja približavamo se prestanku ili značajnom smanjenju korištenja bioloških mrežica za rekonstrukciju ventralnih kila i ovoj vrlo skupoj praksi. Istraživanje nije dobilo komercijalna sredstva.

(JAMA Surg. 2022 Jan 19:e216902.  
[Online ahead of print])

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

venciji. Kumulativna incidenca u osam godina bilo koje reintervencije TPVR-a iznosila je 25,1 %, a kirurške zamjene zalistaka 14,4 %. Rizični čimbenici za ponovnu kiruršku intervenciju uključivali su dob (HR, 0,95 godišnje;  $P < 0,001$ ), pretходni endokarditis (HR, 2,5;  $P = 0,001$ ), TPVR u stentiranu bioprotetičku valvulu (HR, 1,7;  $P = 0,007$ ) i poslijimplantacijski gradijent (HR, 1,4 na 10 mm Hg;  $P < 0,001$ ). Iako se ovo istraživanje ne može izravno usporediti s rezultatima objavljenih kirur-

ških serija ili s drugim istraživanjima TPVR-a iz različitih razloga, autori vjeruju da nalazi ove analize podupiru zaključak da su preživljjenje i izostanak intervencije desnog ventrikularnog sustava ili operacije nakon TPVR-a općenito usporedivi s ishodima kirurške zamjene valvule u širokom rasponu dobi bolesnika. Očito je ovo složena populacija koja je izložena riziku izvanproceduralne prerane smrti i smrtnosti povezane s reintervencijom. Dodatna je analiza nužna kako bi se razja-

snio dugoročni utjecaj TPVR-a na preživljjenje, posebno u odraslih, zaključuju autori. Dr. Alain Fraisse i sur. (the Royal Brompton Hospital and Harefield National Health Service Foundation Trust, London, UK), pišu u popratnom uvodniku da autorima treba čestitati za njihov učinak u analizi najvećeg objavljenog broja bolesnika podvrgnutih TPVR-u. Kažu da istraživanje procjenjuje brojne varijable koje su relevantne za odabir i prognozu bolesnika te optimizira naše razumjeva-

nje TPVR-a. Dr. McElhinney i drugi autori istraživanja izjavljaju financijsku uključenost u Medtronic ili Edwards Lifesciences. Dr. Fraisse izvješćuje o uključenostima u Medtronic, Abbott i Occlutech.

(J Am Coll Cardiol. 2022;79(1):18-32.)

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

# Točnost niskodoznog CT-a za dijagnozu akutnog apendicitisa jako je velika

### PORUKA ČLANKA

*Niskodozni  
CT precizno  
dijagnosticira  
akutni apendicitis,  
a bolesnike izlaže  
manjoj količini  
zračenja*

Rezultati ovog istraživanja sugeriraju da se dijagnostička doza zračenja kod skeniranja CT-om može značajno smanjiti bez narušavanja dijagnostičke točnosti, navode **Salminen** i sur. (Sveučilište Turku, Turku, Finska). Autori se nadaju da će ovi nalazi potaknuti liječnike da primjenjuju niskodozne modalitete CT-a na odjelima hitne pomoći za dijagnozu akutnog apendicitisa kako bi se izbjeglo nepotrebno zračenje u ovoj vrlo velikoj populaciji bolesnika. Autori su propektivno analizirali podatke u skupini bolesnika starijih od 16 godina u kojih je postavljena klinička sumnja na akutni apendicitis. Usporedili su CT dijagnozu s konačnom kliničkom dijagnozom kako bi odredili dijagnostičku točnost niskodoznog CT-a u odnosu na CT sa standardnom

dозом uz korištenje kontrasta. Od 856 bolesnika koji su podvrgnuti dijagnostičkom CT-u, 454 ih je primilo nisku dozu zračenja, a 402 standardnu dozu. Ukupna točnost CT skeniranja s niskim dozama u odnosu na standardne doze u identifikaciji bolesnika s i bez akutnog apendicitisa iznosila je 98 % odnosno 98,5 %. U bolesnika s BMI-om manjim od  $30 \text{ kg/m}^2$ , točnost je bila 98,2 %-tna za 434 bolesnika s niskim dozama i 98,6 %-tna za 210 bolesnika sa standardnim dozama ( $P > 0,999$ ). Za sve je bolesnike odgovarajuća točnost razlikovanja nekomplikiranog i komplikiranog akutnog apendicitisa iznosila 90,3 % i 87,6 %. Za bolesnike s BMI-om manjim od  $30 \text{ kg/m}^2$ , odgovarajuća točnost iznosila je 89,8 % odnosno 88,4 % ( $P = 0,663$ ). U svih bolesnika bile su srednje niske i standardne doze zračenja 3 mSv odnosno 7 mSv. Kod bolesnika s BMI-om manjim od  $30 \text{ kg/m}^2$  medijan niske i standardne doze bile su 3 mSv odnosno 5 mSv ( $P < 0,001$ ). Dr. Rinat Masamed, dijagnostički radiolog u UCLA Health, u Los Angelesu, koji nije bio uključen u istraživanje, rekao je da nalazi nisu iznenadujući. Kaže da su u svojoj ustanovi stalno smanjivali dozu svih CT pregleda tijekom posljednjih nekoliko godina i pokazalo se da u većini slučajeva

postoji mala ili nikakva razlika u kakvoći slike i točnosti interpretacije. Kaže da su ovi rezultati ohrabrujući, ali studija nije istraživala razlike u osjetljivosti i specifičnosti niske doze u odnosu na standardnu dozu CT-a u osoba s većim BMI-om, koje čine velik dio populacije. Dr. Benjamin M. Yeh, profesor radiologije i biomedicinskog snimanja na Sveučilištu u Kaliforniji, San Francisco, rekao je da je privlačno misliti da se doze CT zračenja mogu lako smanjiti u cijelosti bez štete po skrb bolesnika. Ali u stvarnom životu, smanjenje doze CT zračenja je nezgodno. CT skeneri lošije kakvoće trebaju veće doze za proizvodnju slika slične kakvoće kao kod naprednih skenera, rekao je dr. Yeh, koji također nije bio uključen u istraživanje. Za postizanje sličnih dijagnostičkih CT slika, visoka osoba s niskim BMI-om zahtijeva veću dozu zračenja nego niska osoba sa sličnim BMI-om. Umjetna inteligencija može pomoći u sortiranju brojnih čimbenika kako bi se prilagodila doza zračenja za pojedinog bolesnika.

(Br J Surg. 2021;108(12):1483–90.)

---

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

---

# PROSTATEKTOMIJA BEZ PRETHODNE BIOPSIJE

## prostate moguća je u određenih bolesnika s rakom prostate

### PORUKA ČLANKA

*Odabrani bolesnici s velikom sumnjom na rak prostate mogu se podvrgnuti multiparametrijskoj magnetskoj rezonanciji i pozitronskoj emisijskoj tomografiji kako bi izbjegli biopsiju prostate (koja može uzrokovati i ozbiljne komplikacije) prije radikalne prostatektomije*

Radikalna prostatektomija nakon potvrde raka prostate pomoći dvije napredne slikovne tehnike bez biopsije prostate je izvediva, navode **Meissner i sur.** (Technische Universität München, München, Njemačka). Biopsija prostate može uzrokovati komplikacije, kao što su sepsa, retencija mokraće i hematurija, koje zahtijevaju kateterizaciju. Međutim, korištenje multiparametrijske magnetske rezonancije (mpMRI) ne prepoznaće oko 10 % značajnih karcinoma prostate i ima nisku pozitivnu prediktivnu vrijednost. U retrospektivnom istraživanju na 25 bolesnika, autori su izvijestili o svom iskustvu, kombinirajući dva napredna slikovna modaliteta - mpMRI i pozitronsku emisijsku tomografiju (PET) - kao primarni dijagnostički alat za

otkrivanje i liječenje raka prostate u bolesnika koji su odbili biopsiju. Nedavna istraživanja već su sugerirala da su dvije tehnike snimanja u kombinaciji točnije od samog mpMRI, sugerirajući da bi muškarci sa sumnjivim nalazima PET-a i mpMRI-ja mogli izbjegći biopsiju i podvrgnuti se konačnom liječenju. Autori su pratili 25 bolesnika koji su odabrali radikalnu terapiju prostatektomije na temelju rezultata mpMRI i PET snimanja bez biopsije, unatoč preporuci kirurga da se podvrgnu biopsiji. Muškarci su imali srednju razinu PSA kod dijagnoze 7,3 ng/ml i srednju dob od 71 godine. Svi su imali barem jednu sumnjivu leziju u mpMRI-ju i jednu u PET-u, kao i rezultat Prostate Imaging Reporting & Data System (PI-RADS) od najmanje 4 i PET rezultat od najmanje 4 (s medijanom standardizirane vrijednosti unosa [SUVmax] od 9,5). Nakon radikalne prostatektomije svi su bolesnici pokazali značajan karcinom prostate veći od stupnja 1 na histopatološkoj evaluaciji, definiranoj korištenjem Međunarodnog društva za urološku patologiju (International Society of Urological Pathology - ISUP). Točnije, 8 od 25 bolesnika imalo je ISUP stadij 2, 15 je imalo ISUP stadij 3, a 2 je imalo ISUP stadij 5. I mpMRI i PET imali su 100 %-tnu osjetljivost i 100 %-tnu pozitivnu prediktivnu vrijednost. PET i mpMRI uspješno su identificirali sva četiri slučaja invazije sjemenih vezikula, 4 od 6 slučajeva

ekstrakapsularnog proširenja i 13 slučajeva lokalno ograničene bolesti. U četiri su bolesnika istraživači pronašli invaziju limfnih čvorova u poslijeooperacijskoj histološkoj analizi preparata, a PET je ispravno identificirao jedan od njih prije operacije. Međutim, dva bolesnika, u kojih se sumnjalo na ekstrakapsularno proširenje raka, pokazala su u mpMRI-ju i PET-u lokalno ograničenu bolest na histopatologiji. S druge strane, dva bolesnika s karcinomom za koje se sumnjalo na lokalno ograničenu bolest pokazala su u ovim slikovnim studijama ekstrakapsularno proširenje na histopatologiji. Autori priznaju rizik od lažno pozitivnih rezultata koji dovode do nepotrebne operacije, ali da bi iskusi liječnici nuklearne medicine mogli minimizirati rizik korištenjem validirane SUVmax granične vrijednosti. Zbog malog broja bolesnika, autori su pozvali na kliničko istraživanje s većom skupinom bolesnika kako bi potvrdili svoje rezultate. Jedan koautor, Matthias Eiber, izvijestio je o konzultantskim aktivnostima za Blue Earth Diagnostics, Progenics Pharmaceuticals, Keosys, Novartis, Telix Pharma, Amgen i Point Biopharma, te patentnu prijavu za rhPSMA. Preostali autori nisu otkrili relevantne financijske odnose.

(Eur Urol. 2022 Apr 12;S0302-2838(22)01803-6.)

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

# STIMULACIJA LEĐNE MOŽDINE

## može smanjiti stopu fibrilacije atrija nakon kardiokirurške operacije

### ■ PORUKA ČLANKA

*Posljeoperacijska fibrilacija atrija javlja se u oko 20 do 50 % bolesnika. Randomizirano pilot istraživanje sugerira da privremena stimulacija leđne moždine, bez standardne terapije protiv fibrilacije atrija, može smanjiti posljeoperacijsku fibrilaciju atrija u bolesnika podvrgnutih operativnoj ugradnji koronarne prenosnice*

Posljeoperacijska fibrilacija atrija (FA) česta je nakon kardiokirurške operacije i povećava kratkoročne i dugoročne rizike, kao i troškove zdravstvene skrbi. Profilaktičke i terapijske strategije uključuju beta-blokatore, amiodaron, atrijsku stimulaciju i antikoagulaciju. Kontinuirano vanjsko elektrokardiografsko praćenje tijekom 30 dana otkrilo je poslijoperacijsku fibrilaciju atrija (eng. *postoperative atrial fibrillation* - POAF) u 8 od 26 bolesnika koji su primali standardne beta-blokatore i u jednoga od 26 bolesnika koji su dodatno podvrgnuti stimulaciji leđne moždine (30,7 prema 3,8 %;  $P = 0,012$ ). Postupak stimulacije leđne moždine s

privremenom elektrodom provodio se 7 dana i nakon toga je elektroda uklonjena. Dakle, razmjerno kratka stimulacija leđne moždine mogla bi spriječiti pojavu FA u ranom postoperativnom razdoblju nakon koronarne operacije bez dodavanja bilo kakve druge terapije navode Romanov i sur. (Nacionalni medicinski istraživački centar Ministarstva zdravlja Ruske Federacije u Novosibirsku, Rusija). Naravno, potrebno je više podataka kako bi se potvrdio ovaj učinak tijekom dugotrajnog praćenja. Kao što je objavljeno, bolesnici u ovom u pilot istraživanju TerminationAF imali su najmanje tri epizode prijeoperacijske paroksizmalne FA do 7 dana u prethodnih 6 mjeseci. Njihova srednja dob bila je 61,6, a 78 % je bilo muškaraca. U eksperimentalnoj skupini iskusni neurokirurg je pod lokalnom anestezijom i fluoroskopskim vodstvom stavio standardnu probnu elektrodu za stimulaciju leđne moždine u stražnji epiduralni prostor na razini C7-T4 lijevo do središnje crte. Vanjski dio elektrode spojen je na ručni stimulator, koji je programirao liječnik i koristio ga bolesnik za ugođavanje stimulacije. Uređaj je bio aktiviran 3 dana prije operacije, isključen tijekom operacije i ponovo pokrenut u intenzivnoj njezi tijekom 7 dana. Ukupno vrijeme stimulacije iznosilo je 200 minuta. Stimulacija je provedena u svih 26 bolesnika bez komplikacija, te bez štetnih velikih srčanožilnih događaja, bubrežnog

oštećenja ili ozljede leđne moždine tijekom praćenja. To je rutinski postupak za neurokirurge i traje 30 minuta, s minimalnim rizikom komplikacija. Krivulja učenja za neurokirurge je oko 15 do 20 postupaka. FA se pojavio u medijanu od 3,5 dana u kontrolnoj skupini i 2 dana u skupini sa spinalnom stimulacijom. Prosječno opterećenje AF-om iznosilo je 0,2 % prema 0,006 % ( $P = 0,009$ ), a medijan ukupnog trajanja epizoda FA 4,95 sati prema 1,2 sata (nije navedena vrijednost  $P$ ). Autori napominju da postoje dokazi da stimulacija leđne moždine zbog boli snažno modulira aktivnost autonomnog živčanog sustava, uključujući srčanožilne autonomne refleks. Autonomna disfunkcija i simpatovagalna prekomjerna aktivacija koja prethodi POAF-u vjerojatno je mehanizam visoke razine za njegovo djelovanje. Istraživanje je djelomično podržano donacijom Boston Scientific i provedeno je u okviru pokroviteljstva Ministarstva zdravstva Ruske Federacije. Romanov je dobio stipendiju od Boston Scientific, koja je dodijeljena Nacionalnom medicinskom istraživačkom centru E. Meshalkin Ministarstva zdravlja Ruske Federacije. Ostali autori nisu otkrili nikakve relevantne financijske odnose.

(J Am Coll Cardiol. 2022;79(7):754-756.)

---

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

---

# DOB NASTUPA UTJEČE NA TEŽINU KLINIČKE SLIKE

## i učestalost komorbiditeta u bolesnika s astmom

### PORUKA ČLANKA

*U bolesnika s astmom postoje značajne razlike u broju teških egzacerbacija, demografskim obilježjima, učestalosti prekomjerne tjelesne mase i pretlosti, atopijskih poremećaja, gastroezofagealne refluksne bolesti te šećerne bolesti ovisno o dobi pojave prvih simptoma*

Dosadašnja istraživanja pokazala su kako je dob nastupa prvih simptoma astme važan čimbenik pri određivanju prognoze bolesti i odgovora na terapiju, no nije poznato može li se povezati i s nekim drugim obilježjima bolesnika. Liječnici iz Ujedinjenog kraljevstva, Španjolske, Italije, Nizozemske i Danske proveli su stoga istraživanje u kojem je sudjelovala do sada najveća skupina bolesnika s astmom koja je uključivala čak 586 436 odraslih bolesnika kojima je liječnik postavio dijagnozu astme u razdoblju od 2008. do 2013. godine.

Ovisno o dobi nastupa prvih simptoma bolesnici su podijeljeni u skupinu u kojoj je astma nastupila u djetinjstvu, odnosno prije 18 godine života ( $n = 81\,691$ ), zatim u skupinu u kojoj je astma nastupila u odrasloj dobi, odnosno između 18. i 40. godine života ( $n = 218\,184$ ), te napisljeku u skupinu u kojoj se astma javila kasno, odnosno nakon 40. godine života ( $n = 286\,561$ ). Za sve bolesnike prikupljeni su zdravstveni podaci iz elektroničkih baza.

Analiza je pokazala kako je od ukupnog broja sudionika 7,3 % imalo tešku astmu. Udio ženskih bolesnica bio je najveći u skupini bolesnika s kasnim nastupom astme (61 - 71 %), nešto manji u skupini s nastupom astme u odrasloj dobi (55 - 60 %), te najmanji u skupini bolesnika s nastupom astme u dječjoj dobi (41 - 48 %) ( $P < 0,001$ ). Bolesnici s nastupom astme u odrasloj dobi imali su u usporedbi s bolesnicima s nastupom bolesti u dječjoj dobi veći rizik za prekomjernu tjelesnu masu, odnosno pretlost (prilagođeni omjer rizika 1,4; 95 % CI 1,1 - 1,8), i manji rizik da imaju neki od atopijskih poremećaja poput alergijskog rinitisa, alergijskog konjunktivitisa te atopijskog derma-

titisa (prilagođeni omjer rizika 0,8; 95 % CI 0,7 - 0,95). Nadalje, bolesnici koji su imali astmu s kasnim nastupom u usporedbi s bolesnicima koji su imali astmu s nastupom u odrasloj dobi imali su veći rizik za nosnu polipozu (prilagođeni omjer rizika 1,8; 95 % CI 1,2 - 2,6), prekomjernu tjelesnu masu, odnosno pretlost (prilagođeni omjer rizika 1,3; 95 % CI 1,2 - 1,4), gastroezofagealnu refluksnu bolest (prilagođeni omjer rizika 1,4; 95 % CI 1,2 - 1,7) te šećernu bolest (prilagođeni omjer rizika 2,3; 95 % CI 1,8 - 2,9). Naposljetku, opažena je i značajna korelacija između astme s kasnim nastupom te nekontrolirane astme (prilagođeni omjer rizika 2,8; 95 % CI 1,7 - 4,5).

Autori istraživanja na kraju su zaključili kako njihovi rezultati imaju važne kliničke implikacije, budući da su pokazali kako dob nastupa astme može biti važna pri određivanju rizika za različite komorbiditete, procjeni očekivane težine kliničke slike te mogućeg odgovora na terapiju.

J Allergy Clin Immunol Pract. 2022 Apr 7:S2213-2198(22)00330-0.

doi: 10.1016/j.jaip.2022.03.019.

---

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

---

# NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

## Smjernice FIGO 2022 za sprječavanje i liječenje poslijeporođajnog krvarenja (1. dio)

### PORUKA ČLANKA

*Sažeta verzija novih  
smjernica FIGO  
2022 za sprječavanje  
poslijeporođajnog krvarenja*

Poslijeporođajno krvarenje (PPK) je opstetričko hitno stanje koje komplikira 1 - 10 % svih porođaja. Predstavlja i dalje vodeći opstetrički uzrok majčinske smrtnosti, globalno odgovoran za smrt više od 80 000 roditelja godišnje. Učestalost PPK-a je u porastu: 5,1 - 6,2 % u Kanadi (2003. - 2010.), te 2,9 - 3,2 % u SAD-u (2010. - 2014.). Klasično se PPK definira kao gubitak više od 500 ml krvi kod vaginalnog rađanja ili više od 1000 ml krvi tijekom carskog reza unutar prvih 24 sata od porođaja. Atonija maternice najčešći je etiološki čimbenik i obuhvaća oko 70 % slučajeva PPK-a.

#### Sažetak smjernica FIGO 2022 za sprječavanje PPK-a:

1. Uporaba uterotonika za sprječavanje PPK-a tijekom III. porođajnog doba preporučuje se za sve porođaje. Oksitocin (10 IU intravenički - IV/intramuskularno - IM) preporučuje se za sprječavanje PPK-a kod vaginalnog rađanja i carskog reza. Pritom treba paziti na propisno skladištenje oksitocina na hladnom, između 2 i 8 °C.
2. U uvjetima gdje je oksitocin nedostupan ili njegova kakvoća nije sigurna, preporučuje se uporaba drugih uterotonika za sprječavanje PPK-a: ergometrin/metilergometrin 200 mcg IM/IV (uz prethodno isključenje hipertenzivne bolesti), misoprostol 400 - 600 mcg peroralno, ili karbetocin 100 mcg IM/IV
3. Kombinacija ergometrina i oksitocina, ili misoprostola i oksitocina, može biti učinkovitija terapijska strategija za prevenciju PPK većega ili jednakoga 500 ml u usporedbi s trenutačnim standardom, oksitocinom. Međutim, tada je povećan rizik od nuspojava (povraćanje i hipertenzija kod ergometrina te vrućica kod misoprostola).

4. Na porođajima gdje nije prisutan zdravstveni djelatnik izvježban za primjenu injektabilnih uterotonika, preporučuje se da za sprječavanje PPK-a misoprostol 400 - 600 mcg peroralno daje drugi zdravstveni djelatnik.
5. Na porođajima gdje nije dostupan izvježbani zdravstveni djelatnik, ne preporučuje se kontrolirana trakcija za pupkovinu.
6. Masaža maternice se ne preporuča za prevenciju PPK-a u žena koje su profilaktički primile oksitocin.
7. Postporođajna abdominalna procjena tonusa maternice preporučuje se u svih roditelja za rano otkrivanje atonije maternice.
8. Oksitocin (IV ili IM) i kontrolirana trakcija za pupkovinu preporučeni su postupci za uklanjanje posteljice tijekom carskog reza i za sprječavanje PPK-a.

(Int J Obstet Gynecol. 2022;157(Suppl. 1):3-50.)

#### Prim. MATIJA PRKA, dr. med.

specijalist ginekologije i opstetricije,  
subspecijalist fetalne medicine i opstetricije

## ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA objavljeni u inozemnim medicinskim časopisima

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrk

Bojic R, Todoric M, Puljak L. Adopting AMSTAR 2 critical appraisal tool for systematic reviews: speed of the tool uptake and barriers for its adoption. *BMC Med Res Methodol.* 2022 Apr 10;22(1):104. doi: 10.1186/s12874-022-01592-y.

Drenjančević I, Samardžić S, Stupin A, Borozč K, Nemeth P, Berki T. Measles vaccination and outbreaks in Croatia from 2001 to 2019: A comparative study to other European countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Mar 31;19(7):4140. doi: 10.3390/ijerph19074140.

Hrestak D, Matijašić M, Čipčić Paljetak H, Ledić Drvar D, Ljubojević Hadžavdić S, Perić M. Skin microbiota in atopic dermatitis. *Int J Mol Sci.* 2022 Mar 23;23(7):3503. doi: 10.3390/ijms23073503.

Javor E, Hauser G, Skelin M. Therapeutic drug monitoring vs standard therapy during maintenance infliximab therapy and control of immune-mediated inflammatory diseases. *JAMA.* 2022 Apr 19;327(15):1505-1506. doi: 10.1001/jama.2022.2935.

Jelusic M, Sestan M, Giani T, Cimaz R. New insights and challenges associated with IgA vasculitis and IgA vasculitis with nephritis-Is it time to change the paradigm of the most common systemic vasculitis in childhood? *Front Pediatr.* 2022 Mar 15;10:853724. doi: 10.3389/fped.2022.853724.

Jerković A, Mikac U, Matijaca M, Košta V, Ćurković Katić A, Dolić K, Vujović I, Šoda J, Đogač Z, Pavelin S, Rogić Vidaković M. Psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with multiple sclerosis: factor structure, reliability, correlates, and discrimination. *J Clin Med.* 2022 Apr 5;11(7):2037. doi: 10.3390/jcm11072037.

Krušić Alić V, Malenica M, Biberić M, Zrna S, Valenčić L, Šuput A, Kalagac Fabris L, Wechtersbach K, Kojc N, Kurtjak M, Kučić N, Grabušić K. Extracellular vesicles from human cerebrospinal fluid are effectively separated by sepharose CL-6B-comparison of four gravity-flow size exclusion chromatography methods. *Biomedicines.* 2022 Mar 27;10(4):785. doi: 10.3390/biomedicines10040785.

Kulis T. Editorial Comment. *J Urol.* 2022 Apr 20;101097JU000000000000249802. doi: 10.1097/JU.000000000000249802.

Lamot M, Miler M, Nikolac Gabaj N, Lamot L, Milošević M, Harjaček M, Abdović S. Serum calprotectin is a valid biomarker in distinction of bacterial urinary tract infection from viral respiratory illness in children under 3 years of age. *Front Pediatr.* 2022 Mar 14;10:768260. doi: 10.3389/fped.2022.768260.

Markota Čagalj A, Marinović B, Bukvić Mokos Z. New and emerging targeted therapies for hidradenitis suppurativa. *Int J Mol Sci.* 2022 Mar 29;23(7):3753. doi: 10.3390/ijms23073753.

Medved S, Žaja N, Gazdag G, Lengvenyte A, Mörkl S, Mucci F, Ristić I, Jerotić S, Regente JE, Ivanović I, Purišić A, Sasvary F, Sivasanker V, Ziblak A, Lookene M, Sienاءrt P, Szczegielniak A, Trančik P, Bećirović E, Koutsomitros T, Grech G, Tapoi C, Radmanović B, Ströhle A, Bajs Janović M, Sartorius N. preliminary assessment of pre-electroconvulsive therapy evaluation practices in European countries: the

need for guidelines. *J ECT.* 2022 Apr 23. doi: 10.1097/YCT.00000000000000854.

Mizdrak M, Kumrić M, Kurir TT, Božić J. Emerging biomarkers for early detection of chronic kidney disease. *J Pers Med.* 2022 Mar 31;12(4):548. doi: 10.3390/jpm12040548.

Petković Ramadža D, Kuhić I, Žarković K, Lochmüller H, Čavka M, Kovač I, Barić I, Prutki M. Case report: advanced skeletal muscle imaging in S-adenosylhomocysteine hydrolase deficiency and further insight into muscle pathology. *Front Pediatr.* 2022 Apr 8;10:847445. doi: 10.3389/fped.2022.847445.

Petricevic M. Adherence to guidelines improves outcomes in coronary artery surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2022 Apr 19;ezac197. doi: 10.1093/ejcts/ezac197.

Strikić Đula I, Pleić N, Babić Leko M, Gunjača I, Torlak V, Brdar D, Punda A, Polašek O, Hayward C, Žemunik T. Epidemiology of hypothyroidism, hyperthyroidism and positive thyroid antibodies in the Croatian population. *Biology (Basel).* 2022 Mar 2;11(3):394. doi: 10.3390/biology11030394.

## >> REAGIRANJE

*Zahtjev za ispravkom na temelju čl. 40 Zakona o medijima zbog članka iz Liječničkih novina od 1. veljače 2022., str. 42, „Kako u Hrvatskoj postići standard antidoping kontrole koji propisuje WADA“ autora prof. dr. sc. Davora Plaveca, dr. med.*

U predmetnom članku izražena je zabrinutost vezana uz status Službe za antidoping Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) koja, kako se u članku navodi, nije u skladu s pravilima i ne zadovoljava kriterije Svjetske antidopinške agencije (WADA) te da bi nas takav neadekvatno reguliran status mogao dovesti na WADA-in popis nesukladnih („non-compliant“) zemalja, poput Rusije i Sjeverne Koreje.

Vezano uz gore navedeno želimo istaknuti sljedeće:

- Status Službe za antidoping unutar Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ): HZJZ djeluje kao nacionalna antidopinška organizacija (NADO). Kao takva, ona prema Kodeksu Svjetske antidopinške agencije (WADA-e), kojeg je HZJZ potpisnik, operativno funkcioniра kao neovisno tijelo.
- Nadzor WADA-e proveden 16. i 17. 11. 2021. (planiran 2020., no odgođen zbog pandemije koronavirusom) kakav WADA redovito provodi u zemljama pod svojom nadležnosti, nije istaknuo pitanje institucijske neovisnosti Službe za antidoping HZJZ-a kao pitanje koje bi predstavljalo nesukladnost s Kodeksom. Neke druge nacionalne antidopinške organizacije nemaju potpunu institucijsku neovisnost, ali njihova sukladnost sa Svjetskim antidopinškim kodeksom nije nužno dovedena u pitanje. Stoga se kao ključno postavlja pitanje operativne neovisnosti antidopinške organizacije odnosno tijela ili jedinice koja obavlja antidopinške aktivnosti, što u slučaju hrvatskog NADO-a apsolutno i dokazano egzistira.
- Nadzor je obuhvatio sve segmente djelovanja Službe za antidoping. Plan korektivnih mjera koje su navedene u WADA-inom završnom izvještaju su ili već izvršene ili u procesu izvršavanja te će se osim obveznih korektivnih mjera također usvojiti i sve preporuke (koje su preporučene, ali nisu obvezne) i iste također primjeniti. Tijekom nadzora ni u jednom trenutku pravni i institucijski okvir Službe za antidoping HZJZ-a nije bio doveden u pitanje. Završna ocjena nadzora temelji se na praktičnoj provedbi sukladnosti djelovanja Službe s Kodeksom WADA-e i obveznim međunarodnim standardima te ide u smjeru dobro izrađenog i provedenog antidopinškog programa Službe za antidoping.
- Žalbeno vijeće (za koje se u predmetnom članku navodi da ne postoji) ustrojeno je još za vrijeme dok je nacionalna antidopinška organizacija djelovala kao Služba za antidoping unutar Hrvatskog zavoda za toksikologiju i antidoping (HZTA) te je njezin ustroj prenesen u Hrvatski zavod za javno zdravstvo koji je pravni sljednik HZTA – detalji o navedenom vidljivi su na službenoj internetskoj stranici Službe za antidoping u rubrici „O nama“. Do danas, žalbeno vijeće nije prestalo postojati, a ustrojstvo žalbenog vijeća usklađuje se prema Kodeksu WADA-e i međunarodnim standardima.
- Antidopinške kontrole koje se u naslovu članka indirektno opisuju kao „nestandardne“ u sukladnosti su s direktivama WADA-e, o čemu je WADA izvještala u svom završnom izvještu nakon nadzora. Hrvatski zavod za javno zdravstvo ovlašten je za provođenje dopinških kontrola sportaša prema kriterijima definiranim u Pravilniku o antidopingu, a u skladu s odredbama kodeksa Svjetske antidopinške agencije.
- Nadalje se navodi da se ne provodi sustavna edukacija, te da to rezultira pozitivnim dopinškim nalazima sportaša. Treba istaknuti da Služba za antidoping provodi sustavnu antidopinšku edukaciju unatoč zahtjevnom pandemijskom razdoblju te su pristupi prema sportašima sveobuhvatni na način da obuhvaćaju mogućnosti individualne antidopinške edukacije putem dostupnih online edukacijskih alata uskladištenih s edukacijskim programima WADA-e, zatim mogućnosti održavanja edukacija po klubovima kao i mogućnosti online edukacija, kontinuirano dostupno medicinsko savjetovanje vezano uz lijekove i dodatke koje uzimaju sportaši, detaljno informiranje sportske zajednice putem alata vezanih uz web stranicu te dostupnost za sve ostale konzultacije vezane uz antidopinški program. Također je vrijedno navesti da je prema nadzoru WADA-e program edukacije sportske zajednice ocijenjen vrlo dobrim, te nije bilo nikakvih točaka gdje bi trebalo nužno provesti korekciju tog segmenta antidopinškog programa, osim preporuka koje služe dodatnim poboljšanjima, a koje nisu vezane uz pitanje sukladnosti s Kodeksom WADA-e.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

*Dulce cum utili!*

# Pomoć ili odmoć u jeziku

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



U broju *Liječničkih novina* osvrnut ćemo se na dvije, u govoru vrlo česte, jezične pojave koje mogu narušiti jasnoću, fluentnost i razumljivost govora. Iako se one pretežno javljaju u govoru, neke njihove vrste možemo, iako prilično rijetko, naći i u pisanome tekstu. U pisanome ih tekstu najčešće nalazimo u privatnim oblicima pisane komunikacije kada se govoreni jezik nastoji vjerno prenijeti u pismo. Možda već naslućujete da ćemo govoriti o poštupalicama i pleonazmima.

## Poštapalice

Poštapalice su izrazi koji se u govoru često javljaju, a glavni im je zadatak pomoći, oslonac u govoru, „poštapanje“, odnosno omogućavanje govorniku da dobije na vremenu kako bi se prisjetio riječi koju je želio izreći. One imaju određenu ulogu u planiranju i proizvodnji govora, tj. imaju

komunikacijsku ulogu pa ih ne treba uvijek smatrati nepotrebnim jezičnim elementima u tekstu. Ipak, svakom se od nas dogodilo da smo slušajući neki govor pažnju umjesto na sadržaj govora usmjerili na poštupalice koje je govornik u govoru upotrebljavao. Prema tome, u govoru, osobito u govoru koji je upućen javnosti, treba izbjegavati njihovu pretjeranu upotrebu budući da govor koji obiluje poštupalicama za slušatelja postaje nejasan, zamoran i irritantan.

Najčešće su poštapalice: **dakle, kako se zove, znači, ovaj, onda, čuješ, razumiješ, je li, mislim, u principu, zapravo, međutim, ono, onak', ovoga** i sl.

Kao što sam već rekla, u govoru bi ih ipak trebalo što više izbjegavati, a da bismo to postigli, moramo ih najprije

u svome govoru postati svjesni, a zatim pripaziti na to da ih s vremenom sve manje u govoru upotrebljavamo. Uz to, da bi govor bio fluentan i da ne bismo morali upotrebljavati poštupalice, bitno je govor dobro pripremiti, poznavati sadržaj o kojem govorimo i što više javno govoriti kako bismo stekli govorničko umijeće.

## Pogledajte sljedeće primjere:

„(Znači), kasnili ste. Mogli smo (znači) početi raditi prije da ste (znači) došli na vrijeme.“

„Očekivali su da će dobiti posao, (onda) su se javili na oglas, (onda) su očekivali odgovor, (onda) su ga dobili.“

## Što je pravilno?

„Kasnili ste. Mogli smo početi raditi prije da ste došli na vrijeme.“

„Očekivali su da će dobiti posao, pa su se javili na oglas i očekivali odgovor koji su dobili.“

## Pleonazmi

Govornici grijese gomilajući riječi sličnoga ili istoga značenja. Takve se riječi u stručnoj literaturi nazivaju pleonazmima. Njihova upotreba, između ostalog, može biti rezultat neznanja jezika iz kojega riječ koja čini pleonazam dolazi (npr. *najminimalniji* dolazi od latinske riječi *minimus* koja je već u superlativu i znači najmanji, dakle ne trebamo tvoriti superlativ superlativa), može biti rezultat pridavanja različitih značenja riječima ili izrazima s istim značenjem (npr. u pleonazu *srž i bitni dijelovi* riječi *srž* i *bit* imaju isto značenje – *srž* znači ono što je najvažnije u čemu, već znači *bit [srž problema; ući u srž, ući u bit čega]*), odnosno može biti rezultat nepoznavanja značenja pojedinih riječi u pleonazu (*gradonačelnik grada Zagreba; načelnik grada* = gradonačelnik).

### Pogledajte sljedeće primjere:

„**No, međutim**, da su stigli na vrijeme, rasprava je mogla početi već u 9 sati.“

„Zato je bilo **neophodno potrebno** donijeti ispravnu odluku.“

### Usporedimo:

*no, međutim; neophodno potrebno; oko dvadesetak; biti nazočan; surađivati zajedno; zajednički suživot; druga alternativa; najminimalniji; najmaksimalniji; najoptimalniji; često puta; najbitniji*

\*\*\*

*no; međutim; neophodno; dvadesetak; oko dvadeset; biti; surađivati; suživot; alternativa; minimalan; maksimalan; optimalan; često; bitan*

### Što je pravilno?

Pravilno je: *no ili međutim; neophodno; dvadesetak ili oko dvadeset; biti; surađivati; suživot; alternativa; minimalan; maksimalan; optimalan; često; bitan* jer se u izrazima *no, međutim; neophodno potrebno* itd. javlja suvišno gomilanje riječi s istim značenjem. Umjesto dvije ili više riječi istoga značenja treba upotrijebiti samo jednu riječ.

Vrlo rijetko su pleonazmi neophodni u izričaju kako bi se postigla jasnoća i jednoznačnost iskaza, npr. iako je osam dana rok, ne znači isto *za osam dana i u roku od osam dana*.

Pleonazme možemo svjesno upotrijebiti kao pojačavajuće stilsko sredstvo u tekstu, odnosno gomilanjem riječi možemo dodatno istaknuti sadržaj teksta, npr. u pleonazu *mi nikada ni jednom riječju nismo govorili o... dvostrukom upotrebotom negacije nikada i ni jednom riječju* (dakle, jasno je da nikada) ističe se da ni pod kakvim uvjetima nije bilo riječi o nekom ili nečemu, što je za cijeli iskaz očito bitna informacija. Prema tome, pleonazmi se mogu svjesno upotrijebiti u tekstu u stilističke svrhe, ali svakako treba izbjegavati njihovu nesvesnu i nesvrhovitu upotrebu.

### Pravilni primjeri:

**Međutim**, trebalo je najprije istražiti uzroke zbog kojih je do poplava dolazilo.

(NE: **No, međutim** trebalo je najprije istražiti uzroke zbog kojih je do poplava dolazilo.)

**No** nismo znali o čemu je riječ.

(NE: **No, međutim** nismo znali o čemu je riječ. )

**Optimalno** rješenje u vezi sa sudskom odlukom bit će da dužnik isplati dugove.

(NE: **Najoptimalnije** rješenje u vezi sa sudskom odlukom bit će da dužnik isplati dugove.)

Na proslavi nas je bilo **dvadesetak**.

(NE: Na proslavi nas je bilo **oko dvadesetak**.)

**Često** su nam o tome govorili.

(NE: **Često puta** su nam o tome govorili.)

Prilikom upotrebe poštupalica i pleonazama u govoru treba voditi računa o tome da se u govoru takvi izrazi ne gomilaju bez svrhe jer se tako govor čini neprohodnim i često značenjski i smisleno praznim. Prema tome, treba izbjegavati upotrebu poštupalica i pleonazama na onim mjestima na kojima ne vrše svoju funkciju – jezičnoga ekonomiziranja i olakšavanja planiranja govora, isticanja pojedinoga dijela teksta, konektora.

Vjerujem da smo ovom temom istaknuli važnost promišljanja o tome kakvim se jezikom služimo u svojim govorenim i pisanim izričajima. Budući da je jezik vještina kojom se cjeloživotno ovladava, nije na odmet s vremena na vrijeme neke jezične činjenice i ponoviti.

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

# LIJEČNIK – ŽRTVA PROFESIJE

**Dr. JULIO MAKANEC (Zagreb, 1854. – Džeda/Arabija, 1891.)**

 Piše: IVICA VUČAK



Dr. Julio Makanec

## Uvod: Okupacija Bosne i Hercegovine

Na sastanku velesila (Njemačka, Austro-Ugarska, Francuska, Velika Britanija, Rusija, Otomansko Carstvo) u Berlinu od 13. lipnja do 13. srpnja 1878. povjeren je Austro-Ugarskoj da, još za trajanja sastanka, vojskom okupira Bosnu i Hercegovinu. U tjednima i mjesecima koji su slijedili upućeno je, pored vojnika, i mnogo austro-ugarskih državnih činovnika (općinskih tajnika, sudaca, poštanskih činovnika, učitelja) u Bosnu i Hercegovinu. „Mi ne znamo koliko će biti zahvalni Sarajlje generalu Filipoviću da im svaki dan šalje na čaršije vojničke glazbe, ali znamo da će mu ciela Bosna priznati harno mudri izbor Mažuranića, Budisavljevića, Pavlovića i ostalih hrvatskih

podžupana i sudaca da upravljaju i sude narodu, od vjekova bez pravde i bez uprave guljenu i ubijanu“ bio je komentar u zadarskome „Narodnom listu“ tih dana.

Kastavac dr. Fran Mandić (1851. – 1924.) bio je od listopada 1877. godine sekundarni liječnik u Gradskoj bolnici u Trstu do unovačenja u srpnju 1878. i upućivanja u Bosnu. Zadranin dr. Bruno Curinaldi (1854. – 1944.), nakon promocije u Beču 23. veljače 1878. pomoći liječnik u Pokrajinskoj bolnici u Zadru, premješten je potkraj ožujka 1879. u Mostar u kojem će biti kotarski liječnik nekoliko desetljeća i potom biti premješten u Sarajevo kao zadnji pralječnik Bosne i Hercegovine u razdoblju Austro-Ugarske. Dr. Julijo Makanec, općinski liječnik u Kastvu, imenovan je početkom veljače 1879. drugim kotarskim liječnikom u gradu Sarajevu. U isto je doba Kastavac Fran Jelušić, koncipist kod finansijskog ravnateljstva u Trstu, imenovan vladinim tajnikom u Sarajevu. Krajem 1879. u Bosni je bilo 10

liječnika, godine 1889. broj je povećan na 42, a 1901. bilo ih je 90.

## Životopis dr. Makanca

Julijo Makanec, rođen u Zagrebu 6. travnja 1854., bio je četvrto, najmlađe dijete u obitelji podžupanijskog činovnika Ferdinanda pl. Makanca (Štrpet, 1804.) i Hedvige rođ. Šuflay od Ostruševca (1814. - 1882.). Ferdinandov djed, turopoljski veleposjednik Michael Makanec (Štrpet, 1732.) dobio je 1791. od cara Franje II plemićku titulu s pravom nasljedivanja.

Julijo je upisom u gornjogradsku mušku gimnaziju u Zagrebu 1864./1865. sljedio starijeg brata Milana (1843. - 1883.) koji je te godine završio studij na Pravoslovnoj akademiji u Zagrebu, a potom nastavio studij prava u Beču i 1866. promoviran na čast doktora prava. Od rujna 1867. predavao je kazneno pravo i pravnu filozofiju na Pravoslovnoj akademiji u Zagrebu. U siječ-

## Skok u Afriku.

Putopisna crtica Jalija Makanca čitana u „Velebitu“.

(Dalje i konac.)

Može li biti veće naslade od hladnih večernjih valova u kraju, gdje ti strahovita žega zadaje vrlo nemile slasti. Čim se dakle sunce nakloni k zapadu pohitimo brzim korakom u kupelj. Mali Arapići trčahu za nami uztrajnom dosljednošću vičući riečcu „Zemi“. Pa šta da „zememo“ graknem na njih, a oni opet „Zemi! Zemi!“ Valja znati, da je „zenit“ evropski izraz za šibice. Razumiv smisao

Julio Makanec - crtica iz studentskih dana

nju 1870. izabran za predsjednika pjevačkog društva "Kolo" u Zagrebu. Zbog političkog djelovanja u okviru Narodne stranke, prvenstveno gorljivoga protivljenja hrvatsko-ugarskoj nagodbi, otpušten je 1870. odlukom bana Raucha iz državne službe. Godine 1871. postao je tajnik Trgovačko-obrtničke komore u Sisku, a 1871. - 1872. zastupnik je grada Karlovca u Hrvatskome saboru u Zagrebu, kada je istupio iz stranke nezadovoljan politikom njezina vodstva. U razdoblju 1873. - 1876. bio je odvjetnik i gradski vijećnik u Petrinji, a politički je bio u oporbi i prema vlastima i prema narodnjacima. Zbog bolesti je napustio 1876. politički aktivizam.

Zaključkom profesorskog zbora 6. studenoga 1871. isključen je njegov brat 19-godišnji Julijo Makanec, učenik VIII razreda gornjogradske gimnazije u Zagrebu "radi lakkoumnoga ponašanjaiza svete pričesti". Tada je već bio bez oca, a skrbnica mu je bila majka udovica, na adresi Kipna ulica 313. Unatoč kazni, maturu je položio 24. kolovoza 1872. u Zagrebu.

U zimskom semestru 1872./1873. započeo je studij medicine u Beču. Kao skrbnik bio mu je upisan poočim Ivan Skalnik, umirovljeni javni službenik u Zagrebu. Odlukom Hrvatsko-slavonsko-dalmatinske vlade u Zagrebu od 17. siječnja 1874. primao je 95 forinti novčane potpore koja je odlukom od 24. veljače 1875. povisena na 100 forinti. U nastavnoj godini 1875./1876. dodijeljena mu je potpora od 400 forinti, koju je primao do kraja studija. I takse plaćene za stroge ispite (55 florina, 60 florina i 65 florina) naknadila mu je vlada u Zagrebu.

Tijekom studija bio je član akademskog društva studenata Hrvata utemeljenoga pod imenom "Velebit" u Beču 1872. godine. S godišnjim prinosom od 1 forinte bio je 1875. godine član društva "Bratovšćina hrvatskih ljudi u Istri", utemeljenoga krajem ožujka 1874. Poslije prvoga strogoga ispita



Panoramska snimka Sarajeva 1878.

položenoga 12. lipnja 1876. ocjenom "dostatno", počastio se Makanec ekskurzijom na francusku sredoziemnu obalu, pri čemu je iz Marseillesa brodom oputovao do Alžira. Njegovu crticu o doživljenome i viđenome u Africi, čitanu na sastanku "Velebitaša", objavio je August Šenoa u Zagrebu. I sljedeća dva stroga ispita Makanec je položio ocjenom "dostatno" 18. prosinca 1877. i 9. svibnja 1878. Promoviran je u Beču 18. svibnja 1878.

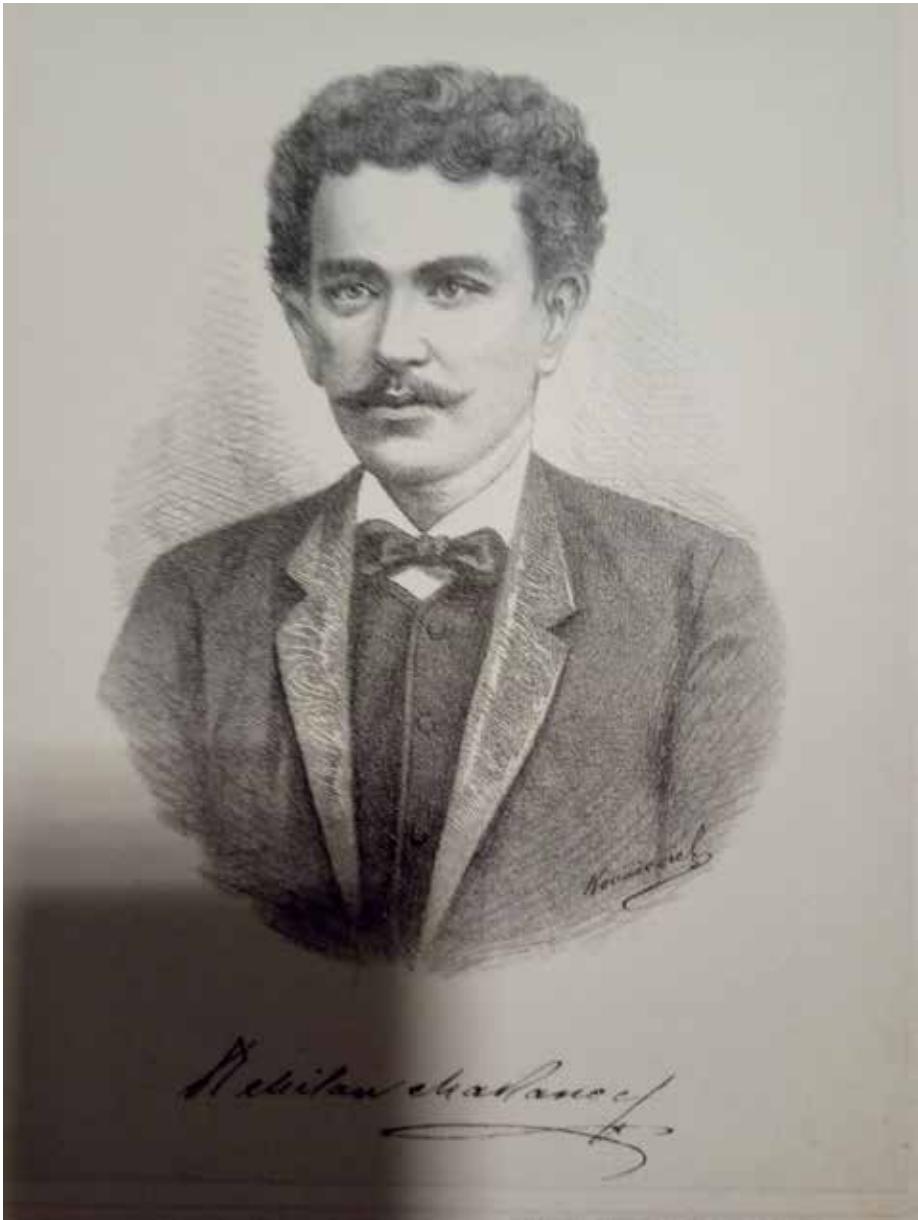
Liječničku karijeru započeo je na mjestu općinskog liječnika u Kastvu u Istri s plaćom od 900 forinti godišnje te 300 forinti paušala za konja. Tamo je od 1875. radio dr. Antun Grošić (1849. - 1926.), rodom iz Draguća, koji je u srpnju 1878. oputovao u Beč radi usavršavanja u kirurgiji. U studenome 1878. zabilježen je u novinama dar dr. Makanca „Bratovšćini hrvatskih ljudi u Istri“.

### U Sarajevu

Iz Kastva je dr. Makanec s trudnom suprugom Lujzom, rođ. Löschner, oputovao 12. veljače 1897. Prošli su kroz Trst i nastavili brodom k

novom mjestu boravka. S njima je bio i njegov pas Bob. Iz Splita, kamo su stigli 19. veljače, nastavili su brodom do Metkovića, a potom je 22. veljače slijedilo neudobno i nesigurno putovanje vojničkim kolima koje su vukli konji po „najstrašnijim putovima koje sam vidi u životu i po kojima su nas na nekim mjestima morali vojnici prenositi jer su dijelovi puta bili samo djelomično izgrađeni“. Mostar, Konjic, Jablanica, Ivan, Blažuj bile su etape na putu do Sarajeva, kamo su konačno stigli 28. veljače 1879., nakon punih 16 dana. Smještaj je našao u domu pravoslavnog svećenika Vase Popovića. Stvari su im stigle nekoliko dana poslije, početkom ožujka, preko Metkovića.

Predstavio se podmaršalu Stjepanu Jovanoviću (1828. - 1885.), pobočniku poglavara Bosne i Hercegovine, koji mu je najavio mogućnost imenovanja okružnim liječnikom i pomoćnikom u zdravstvenom odsjeku zemaljske vlade. Susret s Mustajbegom Fadilpašićem (1830. - 1892.), kojega je nova vlast 1878. postavila gradonačelnikom Sarajeva, impresionirao je



Dr. Milan Makanec

dr. Makanca. Sin uglednog Fadil-paše Šerifovića, obrazovan u Carigradu i Egiptu, do povratka u Sarajevo 1860. angažirao je mladog dr. Makanca za svoga kućnoga liječnika.

U Sarajevu je dr. Makanec zatekao kotarskog predstojnika Poturičića, Zagrepčanina, koji mu je postao prvi pacijent. Upoznao se i s nadliječnikom dr. Ivanom Mašekom (1821. – 1886.), također Zagrepčaninom, koji je u Bosnu upućen s mesta šefa saniteta kod vojnog zapovjedništva u Trstu, a nakon sudjelovanja u bojevima u

Bosni tijekom kolovoza 1878. odlikovan viteškim redom Franje Josipa sa željeznom krunom III razreda ("vitez Bosnadolski") te postavljen 25. prosinca 1878. šefom saniteta kod zapovjedništva u Sarajevu. Zbog bolesti očiju umirovljen je u proljeće 1879. pa se vratio u Zagreb, u kojem će se oporaviti i do kraja života biti predsjednik gradskog zdravstvenog vijeća u Zagrebu, potpredsjednik Društva Crvenoga Križa i potpredsjednik Zbora liječnika. Pukovnijski liječnik sa službom u Zagrebu,

dr. Milan Amruš (1848. – 1919.), upućen je s vojskom 1878. u Bosnu, a zatim je imenovan privremenim zdravstvenim savjetnikom u Sarajevu, u kojem je u doba dolaska dr. Makanca bio šef sanitetskog odsjeka za Bosnu i Hercegovinu, sa zadaćom stvaranja temelja organizacije zdravstvene službe (Liječ novine br. 29, svibanj 2004, str. 58–63). Upoznao je Makanec i dr. Josipa Koetscheta (1830. – 1898.), Švicarca školovanoga u Bernu, Heidelbergu i Parizu, koji je nakon promocije 1853. u Bernu otputovao u Tursku i postao vojni liječnik. Sudjelovao je u turskom sanitetu tijekom krimskoga rata, vodio posadnu bolnicu u Skadru, a postavši osobni liječnik Omer-paše Latasa (prije je bio austrougarski podoficir imenom Mihajlo Latas Bosanac) pratio ga je u njegovim ratnim pohodima. Tako je 1861. dospio u Hercegovinu, a turske su ga vlasti postavile 1863. gradskim i policijskim liječnikom u Mostaru do povratka u Carograd. Nakon smrti Omer-paše 1871. bio je osobni liječnik Topal Šerif Osman-Paše, u čijoj je pratinji ponovo došao u Bosnu. Od 1874. bio je gradski liječnik u Sarajevu, a poslije 1879. liječnik u vakufskoj bolnici u Sarajevu. Njegov sin Teofil Koetschet (1864. – 1919.) smatrao se Hrvatom, a poslije mature u zagrebačkoj gornjogradskoj gimnaziji završio je studij medicine u Beču 1892. kao prvi Mostarac i građanin Bosne i Hercegovine. U Sarajevu je bio i jedan turski vojnički liječnik, ujedno i apotekar, birtaš, trgovac drvima i brijač. Među novitetima kojima se dr. Makanec morao prilagoditi bio je i pristup muslimankama koje su zbog zdravstvenih tegoba njihovi supruzi dovodili zamotane od glave do pete. Nije ih smio razodjenuti niti dodirivati, pa niti zbog opipavanja pulsa. Pamtilo je pacijentu koju nije pregledao niti s njom razgovarao već je dijagnozu postavio na temelju razgovora s njezinim suprugom. Preporučeni lijek se nakon 24 sata pokazao djelotvornim,



Maturanti sarajevske gimnazije 1896. godine. Alfred pl. Makanec, sin dr. Julija Makanca sjedi drugi slijeva

a dr. Makanec je dobio svoj prvi honorar – dukat.

U velikome požaru izazvanom eksplozijom u skladištu špirita i ruma ostalo je 8. kolovoza 1879. više od 15 000 Sarajlija bez krova (u Sarajevu je tada živjelo oko 60 000 ljudi), a šteta je procijenjena na nekoliko milijuna forinti. Širenju požara pogodovali su vjetar i dvomjesečno razdoblje bez kiše. Vatra je uništila i kuću u kojoj je stanovao dr. Makanec. U posljednji trenutak spasio je suprugu i sina Alfreda, rođenoga 29. srpnja 1879. u Tuzli. Izgorjeli su „liječnički skupi“ plaćeni uređaji i sve rublje što ga je Lujza sedam godina šivala. Ljubazno su primljeni u engleski konzulat koji je vatru poštanjela. Zbog stradanja više javnih zgrada premješten je Vrhovni sud u Travnik, a okružna i kotarska vlast u Iliđu. Sarajevo će se sporo, ali uspješno oporavljati od posljedica požara, a u tome će značajan biti i doprinos dr. Makanca, među mnogim „kuferašima“ kako su nazivani mnogo-brojni došljaci u Sarajevo. U Sarajevu je dr. Makanec obnašao i funkciju

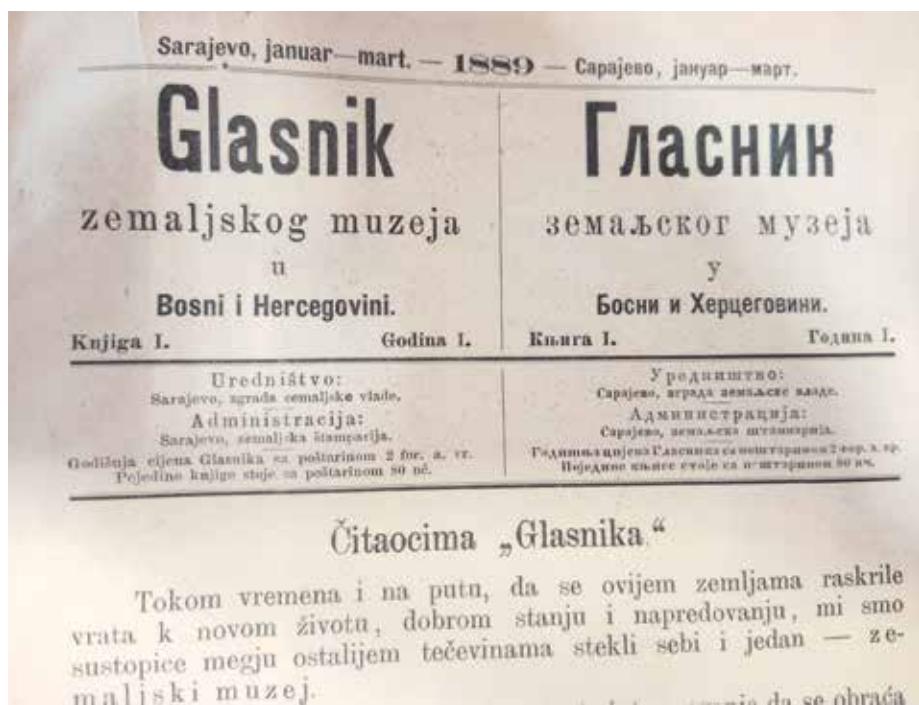
glavnoga gradskoga apotekara, a od 1881. bio redarstveni liječnik. Među stranim jezicima koje je govorio bio je i turski. Kad je ustrojena gradska općina na temelju slobodnog izbora postao je vijećnik gradske općine. Bio je član uprave Narodne dioničke banke u Sarajevu, a zauzimao se i za popularizaciju kupališta u Kiseljaku.

U Zagrebu je 2. srpnja 1883. od moždane kapi umro Julijev brat dr. Milan Makanec, svega nekoliko dana prije svoga 40. rođendana. Unatoč kratkom životu stekao mjesto među stotinom pokojnih „Zaslužnih Hrvata XIX stoljeća“ u ulici u Zagrebu imenovanu po njemu.

Prvi broj „Bosnische Post“ („Organ für Politik und Volkswirtschaft“) objavljen je 3. siječnja 1884. u Sarajevu. Odborenje vlade za pokretanjem novina latinicom na njemačkom jeziku dr. Makanec je zatražio 4. prosinca i stiglo je već 9. prosinca 1883. Izlazile su najprije dvaput tjedno, zatim tri puta, a poslije kao dnevnik formata 49 x 33 cm. Makanec je bio izdavač, a urednik je bio Bečanin Eugen Ritter v. Töpffer. Tiskane su u Državnoj tiskari, a zatim u «Štampariji dr. J. Makanec», u njegovoju kući u Kulovića ulici koju su, subvencioniranu od zemaljske vlade, vodili slagar Zemaljske štamparije u Sarajevu Eugen Spindler i brat Makančeve supruge Josip Löschner. U toj je tiskari tiskan „Bosnische Post“ do 1886., a zatim je nabavljena nova tiskara. Taj list je primao potporu austrougarskog Ministarstva vanjskih poslova u obliku pretplate na 1 000 primjeraka i poštanskih troškova.



Zemaljski muzej Sarajevo



Faksimil naslovnice Glasnik Zemaljskog muzeja

Ministar za financije je 30. studenoga 1884. odlučio da će bosansko-hercegovačka vlada pokrivati polovinu troškova. U uredništvu je bila i Milena Mrazović (1863. – 1927.), koja je u Bosnu došla 1879., a 1884. – 1885. bila je nastavnica u katoličkoj djevojačkoj školi. Ona je pisala regionalne osvrte, izvješća i priče. Nekoliko tekstova o povijesti Bosne napisao je dr. Koetschet 1885. i 1888.

Dr. Makanec je 1884. bio član inicijativnog odbora te sudjelovao u izradi pravila za Muzejsko društvo u Sarajevu kojem će on biti potpredsjednik i tajnik. Djelovanje tog društva, koje je početkom 1886. imalo više od 220 članova, omogućilo je otvaranje Zemaljskog muzeja 1. veljače 1888. u Gazi Husref-begovoj palači. Uz prilog za zoološku zbirku muzeja, dr. Makanec je pisao u „Glasniku Zemaljskoga muzeja“ pokrenutom 1. siječnja 1889. godine, prve znanstvenom časopisu u Bosni i Hercegovini.

Dr. Makanec je kao okružni liječnik u Sarajevu bio je redoviti član Hrvatskoga naravoslovnog društva, član podupiratelj Hrvatskog arheološ-

kog društva u Zagrebu i član Bečkog antropološkog društva. Početkom 1887. godine pristupio je Sboru liječnika kraljevine Hrvatske i Slavonije u Zagrebu.

Makanec, uz fra Grgu Martića (1822. – 1905.) i biskupa Paškala Buconjića (1834.- 1910.), bio je u deputaciji Bosne i Hercegovine (245 muslimana, 136 pravoslavnih, 75 katolika i 11 Židova), predvođenoj glavarom zemaljske vlade generalom konjaništva Appelom i savjetnikom zemaljske vlade Konstantinom Hörmanom (1850. - 1921.), predstavljenoj 12. rujna 1885. caru Franji Josipu Prvome u Požegi kamo je suveren doputovao na velike vojne vježbe. Savjetnik Hörman je pročitao govor napisan hrvatskim jezikom, a car je prošetao pred civilnim i vjerskim uglednicima sviju četiri vjera. Nadbiskupu Staedleru pristupio je car prvome, zanimajući se za njegovo zdravlje. Kad su mu predstavili dr. Makanca, vladar je pohvalio uređivačku politiku „Bosnische Post“.

Krajem 1885. se hrvatski ban Khuen Héderváry službeno požalio vlasti

u Sarajevu na opis političkog stanja u Hrvatskoj koji je dao Makanec u „Bosnische Post“. Možda je to bio razlog dr. Makancu da 1886. prodaje ove novine dotadašnjem uredniku Eugenu Ritter v. Töpferu. Poslije njegove nenadane smrti 1889. bit će odobreno da novine (i uređivanje i tiskanje) preuzme njegova zaručnica i nasljednica Milena Mrazović, članica Muzejskog društva u Sarajevu i prva žena učlanjena u Bečko antropološko društvo. **Time je ona postala prva žena urednica novina u Europi.** U studenom 1896. udala se za Bečanina dr. Josipa Preindelsbergera (1863. – 1938.), koji je u Sarajevo došao iz Graca.

Dužnost muslimana da barem jednom u životu posjete grob proroka Muhameda u Medini i svetu Kaabu u Meki, za trajanja svečanosti Kurban Bajrama, bio je svakogodišnji potencijalni izazov u sredini u kojoj su muslimanski vjernici bili brojem dominantni. Godišnje se u Meki okupljalo 120 000 – 250 000 vjernika, a većina je dolazila brodom na istočnu obalu Crvenoga mora. Obično su to bili stariji ljudi, putovali su 3 do 4 tjedna pod vrlo lošim klimatskim, higijenskim, stambenim i prehrabbenim uvjetima. Hodočasnici su dolazili i iz krajeva u kojima su kolera i kuge bile endemične bolesti. Zbog toga je povratak hodočasnika uvijek nosio opasnost mogućeg unosa kužnih bolesti. Posebno se o tome razmišljalo nakon što je 1881. u samoj Meki zavladala epidemija kolere. U Sarajevu je 1890. odlučeno poslati oblasnog liječnika po hodočasnike sa zadaćom da ih u Džedi na Crvenom moru dočeka, pregleda i izdvoji svakog sumnjivoga te da ga liječi.

Prvi liječnik s tom zadaćom bio je sarajevski gradski fizik dr. Makanec. On je oputovao 17. lipnja 1891. iz Sarajeva, posjetio Jeruzalem i Kairo te 16. srpnja stigao u Džedu u nadzor karantene uspostavljene radi sprječa-

vanja širenja epidemije kolere među povratnicima iz muslimanskih svetih mesta. Obavljajući tešku i odgovornu službu dr. Makanec je i sam obolio od kolere i podlegao koncem srpnja 1891. Vijest o njegovoj smrti stigla je u Sarajevo 1. kolovoza 1891. pa su vlasti pozvalе okružnog liječnika u Konjicu dr. Justina Karlinskoga (1862. - 1909.) da, kao zamjena dr. Makanca, neodgodivo otpušte na poluotok Sinaj i tamo okuplja hodočasnike, da nadzire karantenu u El Toru te ih, nakon izdržane karantene u Clazomeni pokraj Izmira, preko Carigrada odvede kući. Nakon nužnih priprema (osobnih i znanstvenih) napustio je 5. kolovoza 1891. Sarajevo i najkraćom rutom Sarajevo - Brod na Savi - Zagreb - Zidani Most stigao do Trsta, gdje se ukrcao na „Euterpu“ te 12. kolovoza 1891. stigao u Aleksandriju. Povjerenu zadaću obavio je dr. Karlinski na zadovoljavajući način i vratio se kući. El Tor je napustio 31. kolovoza 1891. s oko 900 hodočasnika, među kojima je bilo 80 bosanskih državljanima. Svoj boravak na Siniju iscrpno je opisao u bečkom medicinskom tjedniku, a za uspješno obavljenu zadaću odlikovan je viteškim križem Franje Josipa. Kao tehnički savjetnik delegatima Austrije sudjelovao je dr. Karlinski na Međunarodnoj zdravstvenoj konferenciji u Veneciji početkom 1892. Nakon stradanja dr. Makanca uvedeno je načelo da povorku bosanskih hodočasnika, od odlaska do povratak, predvodi vođa iz ugledne muslimanske obitelji koji se brine o svim mogućim problemima tolikog broja ljudi na putu. Prvi je 1892. hodočasnike u Meku predvodio privatni liječnik u Donjoj Tuzli dr. Hadži Mehmed Serbić effendi (1845. - 1918.), a te je godine od 120 hodočasnika iz Bosne umrlo njih 59. On je studij medicine završio u Carigradu 1871., a od 1874. bio je liječnik zvoničkog sandžaka sa sjedištem u Tuzli. Od početka 1896. bio je član Zbora liječnika u Zagrebu, jedini musliman do kraja 1918.

### Obitelj Makanec

Gđa Lujza Makanec, koja je s troje maloljetne djece ostala iza Makančeve smrti, nadživjela je supruga gotovo četvrt stoljeća. Kad je nakon duljeg bolovanja umrla, početkom veljače 1917. u Wetzdorfu pokraj Graca, za njom su tugovali sinovi Alfred, tada kotarski predstojnik u Sanskom Mostu, dr. Milan, odvjetnik u Travniku, kći Ida, supruga dr. Henrika Starcha, šefa prezidencijalnog ureda, te jetrva Emilia pl. Makanec, udovica dr. Milana Makanca, učiteljica na Zemaljskom konzervatoriju u Zagrebu. Za razliku od oca i strica, Alfred je na maturi u Sarajevu 1896. uz prezime dodao pl. Makanec. Studirao je pravo u Zagrebu i Beču te službu upravnog činovnika započeo u Sarajevu. Među utemeljiteljima je Družbe Braće Hrvatskog Zmaja (Zmaj Vrhbosanski). Službovao je u Bihaću, Sanskom Mostu, dugo je bio kotarski predstojnik u Tuzli te okružni načelnik i veliki župan u Travniku. U listopadu 1915. odlikovan je viteškim križem Franje Josipa. Nakon prijevremenog umirovljenja zbog sukoba s višim vlastima, preselio se u Zagreb i radio kao stručnjak za radničko osiguranje. Istraživao je političku, vojnu i kulturnu povijest, o čemu je objavljivao u Glasniku Zemaljskog muzeja Bosne i Hercegovine. Bavio se filatelisticom, skupljao staro oružje i dokumente. Utetelj je Hrvatskoga numizmatičkoga društva (1928.) u kojem je do 1937. bio potpredsjednik. Umro je u Zagrebu 28. siječnja 1945. Od 1903. bio je u braku sa Marijom Dlustoš (1876. - 1963.), učiteljicom u Sarajevu, kćerkom vladinog savjetnika Ljuboja Dlustoša (1850. - 1921.), organizatora školstva u okupiranoj Bosni i Hercegovini.

Prvorodenome sinu dali su ime Julije (1904. - 1945.). Polazio je pučku školu u Stocu i Sanskom Mostu te gimnaziju u Osijeku i Bihaću. Nakon mature 1922. studirao je filozofiju na Filozof-

skom fakultetu u Zagrebu, a disertaciju obranjenu 1927. objavio je u „Savremeniku“ 1928. Gimnazijski nastavnik bio je u Petrinji, Koprivnici, Bjelovaru, Leskovcu, Virovitici, Knjaževcu i Karlovcu. Objavio je niz filozofskih rasprava i novinskih članaka, nekoliko novela i drama, držao javna predavanja. Suprotstavlja se marksističkom pogledu na svijet, posebice dijalektičkom marksizmu. Premještan je po kazni zbog svoga stava prema Starčeviću, Strossmayeru i Šenoi, što ga je u očima vlasti činilo politički nepouzdanim. Banske vlasti ga početkom 1940. premještaju u Bjelovar u kojem je bio ravnatelj gimnazije te gradačelnik. Bio je među vođama bjelovarskog ustanka tijekom travanjskog rata i 8. travnja 1941. proglašio uskrsnuće hrvatske države. Povjerenik Glavnog ustaškog stana u Bjelovaru bio je do imenovanja pročelnikom za duhovni odgoj u Zapovjedništvu Ustaške mladeži u Zagrebu 1942. U ožujku 1943. postavljen je za izvanredni profesora filozofije i sociologije na Filozofском fakultetu, a od listopada 1943. imenovan ministrom narodne prosvjete. S ostalim članovima vlade bježao je u svibnju 1945. iz Zagreba, ali ih je engleska vojska izručila partizanima. Na skupnom suđenju 6. lipnja 1945. osuđeni su na smrt, trajan gubitak građanske časti i konfiskaciju imovine. Nije poznat točan datum i mjesto izvršenja kazne, ali obitelj vjeruje da su strijeljani već sljedećeg dana u Maksimirskoj šumi i tamo tajno pokopani.

Drugi sin Alfreda Makanca, Miron (1908. - 1991.), pohađao je gimnaziju u Tuzli, Bihaću i Travniku te matrirao u Zagrebu 1927. Diplomirao je na Akademiji likovnih umjetnosti u Zagrebu 1931. u klasi Vladimira Becića te radio kao likovni pedagog u Glini, Karlovcu, Osijeku, Rijeci i Zagrebu. Sudjelovao je na brojnim izložbama.

# UBIJA LI PROPUH I U ŠVEDSKOJ?

**SAŠA GULIĆ, dr. med.**

Specijalist interne medicine, subspecijalist gastroenterologije,  
Länssjukhuset Ryhov Jönköping, Švedska

Kada se prisjetim studentskih dana, mislio sam da će se nakon završetka fakulteta vratiti u svoj rodni grad i vjerojatno biti obiteljski liječnik, ali kako obično život baš ne mari za naše planove, ovaj tekst pišem 2 000 km udaljen od toga početnog plana...

Odluka o preseljenju nije bila laka, ali smo se prošle godine supruga i ja s naše dvoje djece, nakon 12 godina rada u Zagrebu, odlučili za nov početak ili nastavak života i rada u „toploj“ Švedskoj.

Oboje smo dobili zaposlenje u istoj bolnici, a radi se o Länssjukhuset Ryhov u Jönköpingu, koja je glavna i najveća bolnica u našoj regiji. Moderna je i vrlo dobro umrežena s ostalim bolnicama i domovima zdravlja. Jönköping je grad veličine Rijeke, a nalazi se na jugu Švedske uz obalu drugoga najvećeg jezera u Švedskoj, važno je administrativno središte i sveučilišni grad.

Najčešće što nas prijatelji i kolege pitaju jest: „I, kako je gore kod vas u Švedskoj?“

Pa da ne bude odgovor „ladno, al' standard“ kao iz jednoga poznatog filma, htio sam malo usporediti način života na sjeveru Europe s hrvatskim, prema dosadašnjim iskustvima.

Ponovit će još jednom da odluka o promjeni zemlje, sustava i jezika nije bila jednostavna i dugo je tinjala u nama, vjerujući da će biti ispravna za nas kao obitelj koja primarno traži bolji *work-life balance*.

Vjerojatno sam još u turističkoj fazi i sve još gledam kroz ružičaste naočale, ali u ovih osam mjeseci nikada nisam/nismo imali više vremena za obitelj i za nas same pa su dosadašnja iskustva više nego pozitivna. Preživjeli smo i švedsku zimu (koja

je, uzgred rečeno, bila poprilično blaga, nalik na zagrebačku, ali uz bijeli i romančić Božić).

Postupak regrutiranja bio je vrlo dobro organiziran jer smo preselili u Švedsku u fazi A1 učenja švedskog jezika (za dobivanje licence nužna je C1 razina) i 1 - 2 puta tjedno bismo išli u bolnicu radi upoznavanja s novim kolegama, načinom rada, protokolima, bolničkim informatičkim sustavom i slično, a ostala tri radna dana bila su organizirana za učenje jezika. Cijeli proces traje oko šest mjeseci, a lakše je svladati jezik kada ste već okruženi s njim u svakodnevici. Cijelo vrijeme smo primali plaću, koja je svaki mjesec rasla kako smo polagali stupnjeve jezika, tako da plaća zapravo nije bila daleko od punog iznosa, pogotovo ako se uzme u obzir da se radi jedan dan u tjednu.

Cijelo vrijeme također imate potporu službe nadležne za ljudske resurse, s kojom ste stalno u kontaktu i koja se brine o napretku i zadovoljstvu radnika, ali i svakodnevnim stvarima, od otvaranja bankovnog računa do traženja i osiguranja smještaja te vrtića i škole za djecu.

Sve je unaprijed planirano i na vama je samo da radite ono što medicinari najbolje znaju, a to je učenje, pa makar bilo i učenje novog jezika.

Dvije riječi koje se među prvima nauče, a poprilično dobro oslikavaju način života i rada u Švedskoj su *lagom* i *fika*.

*Lagom* prevedeno znači umjereno, optimalno, prikladno, slično pojmu Aristotelove ‘zlatne sredine’, umjerenosti u zapadnoj filozofiji. Riječju *lagom* može se u brojnim situacijama opisati nešto što je ‘taman’. Vjeruje se da riječ *lagom* potječe iz vremena Vikinga, kada bi Vikinzi slali ukrug medovinu da svatko pije i bilo je važno da se popije dovoljno ali ne previše jer medovina je trebalo biti dovoljno za cijelu posadu.

*Fika* je u Švedskoj svojevrsna društvena institucija. *Fika* pojednostavljeno ozna-

čava pauzu za kavu s kolegama, prijateljima ili obitelji. Iako možda mislimo da mi u Hrvatskoj pijemo puno i često kavu, Švedani su među prvima u svijetu po količini ispjijene kave. Ali, *fika* je puno više od šalice kave, to je spoj šalice kave, peciva, kolača ili sendviča uz dobro društvo, tako da se tradicija *fike* njeguje kao važan dio švedske kulture i da je dobila središnje mjesto u društvenom životu Švedana.

Moram priznati da se čovjek vrlo brzo privikne na takav „umjereni i prikladan“ način života, ali i poprilično organiziran. Jedna od prvih spoznaja da se nalazim u drugoj državi bila je kada sam prvi put ušao u bolnicu i pitao se i osvrtao, gdje su pacijenti? Posvuda oko mene su se nalažili dugački, prostrani hodnici, ali nigdje nije bilo redova pred šalterima ili gužve u čekaonicama. Pacijenti uredno dolaze na svoje termine, ali i liječnici također.

Kada smo došli u Švedsku vladala je pandemija COVID-19, ali nitko u bolnici nije nosio medicinske maske. Takva je bila preporuka glavnoga švedskog epidemiologa Andersa Tegnella i svi su je poštivali. Preporuka je bila i da onaj tko ima simptome slične COVID-u ne dolazi na zakazane pregledne i pretrage te da bude u samoizolaciji. Kad iz ove perspektive gledam na to, odluka mi je razumljiva jer ono što se također vrlo brzo zamijeti jest da puno toga počiva na osobnoj odgovornosti; npr. za prijavu bolovanja ili potrebe za njegu bolesnog djeteta u trajanju nekoliko dana, potrebno je samo par klikova u mobilnoj aplikaciji. Nema potrebe za nazivanjem ili pogotovo odlaskom do obiteljskog liječnika. Kad bih nekome pričao o hrvatskim doznakama, izvješćima i pečatima, mislim da bi me samo blijedo gledao. Još jedan banalan primjer osobne odgovornosti! Prvi dan na poslu dobio sam papir na kojem je trebalo samo označiti i potpisati koja sam cijepiva primio prema redovitom programu cijepljenja, dakle, nije mi bila potrebna nikakva potvrda iz Hrvatske, uključujući i COVID-potvrdu, nego samo vlastoručni potpis da sam primio cijepiva.



Vjerojatno je najveća razlika u svakodnevnom medicinskom radu vrijeme koje se posvećuje pacijentima. Nastoji se osigurati primjerena količina vremena za svaki pregled ili pretragu, tako da mi je i dalje čudno vidjeti kada otvorim dnevnu listu naručenih pacijenata u kojoj ih je upisano samo četiri ili pet imena.

Tijekom rada u Hrvatskoj normalno mi je bilo pokrivanje ili rad na dva, tri ili više radilišta tijekom jednoga dana, uz vizite, konzilijarne preglede i slično. Bilo mi je normalno jer i većini vas to sigurno zvuči poznato i navikli smo funkcioniрати u takvom organizacijskom kaosu, ali sada vidim da to ne mora, ni zapravo ne bi smjelo biti tako.

Trenutačno sam na radnomu mjestu gastroenterologa, pa iako imam i specijalizaciju iz interne medicine, nemam potrebu participiranja u radu hitne internističke službe ili odjelnih dežurstava, ali samo zato što sam tako želio. Ovdje je potpuno normalno da kolege koji to žele rade 75 % ili 50 % radnog vremena, jer rukovoditelji nastoje imati zadovoljne radnike.

Još uvijek se navikavam, i u bolnici i u svakodnevnom ophođenju, na to da nema persiranja; obraćate li se medicinskom, nemedicinskom osoblju i pacijentima nema razlike, svi su „na ti“ i međusobno se oslovjavaju imenom. Osobi koja je odrađala u hrvatskom hijerarhijskom sustavu to može biti malo čudno ili smiješno.

Nekoliko riječi o pacijentima. Oni koji dođu na ambulantne preglede u bolnicu obično su kompleksniji, takvi kojima je potrebna diferentnija terapija, zato što su prethodno poprilično dobro bili profilirani u obiteljskoj medicini koja odrađuje velik dio posla. Nerijetko je npr. pacijentima sa sumnjom na IBD već u domu zdravlja obavljena rektoskopija i postavljena radna dijagnoza, pa se nakon toga upućuju na dodatnu endoskopsku obradu.

Kako postoje ove razlike u načinu pristupa i rada s pacijentima, tako mi se čini da postoje razlike između švedskih i hrvatskih pacijenata. Kao da su švedski pacijenti najsretniji kad odu kući bez lijekova i kada uz savjet pacijentu kažete da njihovo stanje/bolest trenutačno ne zahtijeva terapiju ili da će mu biti bolje uz promjenu životnih navika. Ako me pamćenje još dobro služi, naš je čovjek bio najsretniji kad bi dobio kombinaciju lijekova u obliku tableta i kapsula uz probiotike (čitaj antibiotike), jer se tek tako podrazumijeva da je čovjek bolestan (nema veze što onda često lijekovi stoje u ladici dok im ne prođe rok trajanja). Švedski pacijenti su inače jako dobro upućeni o svojim bolestima, znaju sve nazive svojih lijekova te kada i zbog čega ih uzimaju, pa nije rijekost vidjeti na odjelu djedicu s 80+ godina kako skrola svoj medicinski dnevnik na iPad-u.

Misljam da su Švedani majstori za pojednostavljinjanje i zapravo se svaki dan može primijetiti da takav sustav funkcioniira. Mogao bih dati još mnogo primjera za to i rušiti predrasude o hladnim Švedanima, ali da sada odgovorim i na pitanje iz naslova.

S obzirom na to da iz Skandinavije potječe poslovica da ne postoji loše vrijeme nego samo loša odjeća, misljam da ta smrtonosna bolest ovdje još nije zabilježena, ali bez obzira na to ja još uvijek pazim da mi nisu istovremeno otvorena dva prozora.

I za kraj, znate li što su Švedani rekli kada su na kraju pandemije ukinute mjere fizičke distance od dva metra? Rekli su: Super, sada se napokon možemo vratiti na naših uobičajenih pet metara.

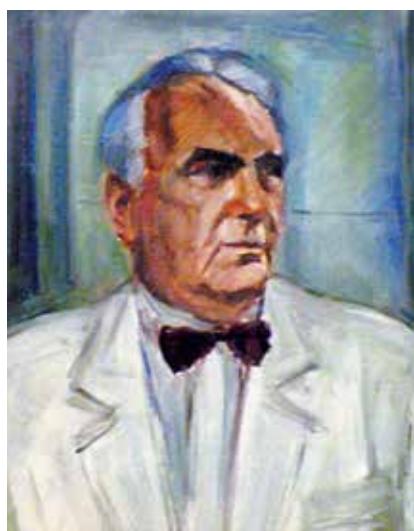
sasa.gulic@yahoo.com

# Prim. dr. med. MLADEN ŠKRGATIĆ

## USPJEŠAN RADIOLOG I SVESTRANI SPORTAŠ

EDUARD HEMAR

Nakon duljeg vremena ponovno predstavljamo jednog zasluznog liječnika sportaša. Mladen Škrgatić rođen je u Zagrebu, 4. srpnja 1926. kao najmlađi sin u obitelji. Po roditeljima je bio podrijetlom iz današnje Ličko-senjske županije. Njegov otac Vatroslav, rodom iz sela Lukovo Šugarje, radio je kao poštanski službenik. Majka Oliva, rođ. Olivieri, rodom iz Senja, bila je domaćica. Vrlo mlada se razboljela i umrla kada je Mladenu bilo samo dvije godine, a njegovoj starijoj braći Dragutinu i Hrvaju šest i četiri godine. Zbog toga se otac ponovno oženio. Tri sina je odgojila pomajka Anka rodom iz Rijeke. Škrgatići su u Zagrebu živjeli u Klaićevoj ulici, a prije II. svjetskog rata preselili su se u obiteljsku kuću u Prenjsku ulicu na Trešnjevki. Za



Prim. dr. med. Mladen Škrgatić  
(autor slike Josip Ferenčak)



Mladen Škrgatić u utrci treći slijeva

vrijeme rata najstariji brat Dragutin Škrgatić (1922. – 2008.) završio je, kao student lijeve orientacije, u logoru Jasenovac. Jedan je od preživjelih logoraša nakon sudjelovanja u proboju 22. travnja 1945. Najmlađi brat Hrvoje (1924. – 1948.) preminuo je kao student od infekcije. Mladen je u Zagrebu završio V. mušku gimnaziju i potom diplomirao na Medicinskom fakultetu 1955. Sportom se počeo baviti za vrijeme rata 1942. kada mu je bilo 16 godina. Postao je član Atletske sekcije Hrvatskoga sportskog kluba *Concordia*. Specijalizirao se za preponsko trčanje. Prve uspjehe ostvario je 1944. kao član *Concordije* osvajanjam Ekipnog prvenstva Hrvatske i Pokala Hrvatskog atletskog saveza. Potom je krajem rata 1945. postao i član Rukometne sekcije kluba. Po završetku rata su postojeći klubovi u novoj FNR Jugoslaviji ugašeni i osnivani su novi po uzoru na tadašnji Sovjetski Savez. Tako je bio član Fiskulur-

nog društva *Sloboda* 1945. – 1946. i nakon fuzije više klubova Fiskulturnog društva *Zagreb* 1947. – 1948. te poslije preustroja Sportskog društva *Zagreb* 1949. – 1956. Karijeru je završio kao član Rukometnog kluba *Trešnjevka* 1957. – 1958. Paralelno se bavio velikim rukometom i atletikom do 1951. i potom samo velikim rukometom koji se igrao do 1958. U atletici je najbolji rezultat ostvario petim mjestom na Prvenstvu Jugoslavije 1948. u Zagrebu na 110 m prepone. Dao je svoj doprinos i ekipi *Zagreba* u osvajanju 2. mjesta na državnom prvenstvu 1947. iza *Partizana* iz Beograda, za koji su uglavnom nastupali hrvatski atletičari. Puno više uspjeha ostvario je u velikom rukometu. Bio je član trofejne generacije koju je kao najbolji igrač i trener predvodio Irislav Dolenc. Kao navalni igrač i lijevo krilo, Škrgatić je sa Zagrebom osvojio Prvenstvo Jugoslavije na Saveznom turniru u Zagrebu 1949. i u Saveznoj ligi 1955/56. te na



Prvi sastav RK-a Zagreb koji je osvojio Republičku ligu Hrvatske 1950. u velikom rukometu. Slijeva: R. Kosmat, R. Kostanarović, D. Turković, A. Derniković, igrač i trener I. Dolenec, Z. Bušić, K. Čerić, S. Korbar, Ž. Jaklinović, N. Dasović i M. Škrgatić

Prvenstvu NR Hrvatske u Republičkoj ligi 1949./50. i na Republičkom turniru 1952. i 1954. Kao odličan napadač bio je treći strijelac Savezne lige 1950./51. Usto se bavio kratko i košarkom poslije rata. Natjecateljsku karijeru završio je s 32. godine, ali je ostao aktivno vezan uz sport i u narednim desetljećima kao svestran sportski djelatnik i liječnik.

U više mandata bio je predsjednik Zdravstvene komisije Rukometnog saveza Hrvatske 1959. – 1967. i Saveza za fizičku kulturu Hrvatske 1962. – 1980., tajnik Sekcije za sportsku medicinu Zbora liječnika Hrvatske 1976. – 1980., te član Udruženja sportskih medicinara Jugoslavije i Zdravstvene komisije Rukometnog kluba Zagreb. U RK-u Zagreb u djelovao je i kao klupski liječnik. S Nenadom Herucom bio je suosnivač Ski kluba Zagreb te u njemu bio predsjednik Zdravstvene komisije te potpredsjednik i član upravnog odbora od 2004. do 2008.

Nakon završenog MEF-a specijalizirao je radiologiju 1967. Naziv primarijusa stekao je 1978. Stručno se usavršavao

iz sportske medicine 1973. i ultrazvuka 1989. U radnoj karijeri bio je voditelj RTG - kabineta Doma zdravlja RSUP-a Hrvatske 1965. – 1978., zatim voditelj Službe za radiologiju Zavoda za medicinsku dijagnostiku u Zagrebu 1978. – 1992., konzultant Poliklinike za medicinsku dijagnostiku 1992. i predavač na Višoj školi za medicinske sestre i tehni-

čare - radiološki smjer 1980. – 1983. U mirovinu je otisao 1992. i ostao potom raditi još nekoliko godina honorarno u Poliklinici u Nemetovoj. Objavio je više znanstvenih radova iz radiologije lokomotornog sustava i područja sportske medicine. Bio je član Upravnog odbora Hrvatskoga društva radiologa. Od 1972. bio je aktivan kao član Pjevačkog zbora "Zagrebački liječnici pjevači" pri Glazbenoj sekciji Zbora liječnička Hrvatske (danas HLZ). Dobitnik je Sportske nagrade grada Zagreba 1976. i brojnih drugih nagrada i priznanja za uspješan rad.

Prim. Škrgatić živio je sa suprugom Danicom, rođ. Horvat, u Boškovićevoj ulici. Nisu imali djece. Preminuo je u Zagrebu, 24. kolovoza 2012. u 87. godini života i pokopan je na gradskom groblju Mirogoj. Ostao je zapamćen kao uspješan liječnik i svestrani sportaš.

**Izv.:** Razgovor autora s prim. Mladenom Škrgatićem 2008., izjava i arhiva Vesne Varnaliev iz Zaprešića.

**Lit.:** Razvoj rukometa u Hrvatskoj, Zagreb, 1986.; Tko je tko u hrvatskoj medicini / Who is who in Croatian medicine, Zagreb, 1994; Josip Ferenčak, Portreti zagrebačkih liječnika pjevača, Zagreb, 1997.; Ljubiša Gajić, Seniorska prvenstva Jugoslavije u atletici, Jagodina, 2007.



Prim. Škrgatić na radnom mjestu

(Ovo je sedma liječnička priča koja ulazi u konkurenciju za izbor najbolje Liječničke kratke priče Liječničkih novina)

# Suza profesora M.

... Dođe neko zrelo doba, kada čovjek, u punoj svjesnosti svoga postojanja, neumitno počinje sumirati *pro et contra* svog života. Iznova prebiremo po svojim sjećanjima, po stotine puta prolazimo događanja iz svog života, propitujući se da li smo učinili sve što smo trebali, da li smo nekada učinili makar i nehotičnu grešku, da li smo mogli učiniti i više... Pa eto, i sam dođoh do dobi koju eufemistički zovu *treće doba* a zapravo je put u smiraj. To je doba kada dobrodržeći ljudi, liječnici ugledni i priznati u sredini, u snazi da nastave rad, po sili zakona idu u mirovinu. I to u sredini u kojoj kronično nedostaje liječnika, u kojoj suci mogu raditi do 70 godina, dok na Zapadu nema ograničenja za rad...

Profesor M. je bio uglađeni gospodin bećkog štiha, uspravnog i energičnog hoda, sa sijedim brčićima, uvijek nasmijan i vedar, spremam za razgovor. Te davne 1982. sam bio mladi tek svršeni internist, kada je, igrom slučaja, kod prof. M., inače voditelja odjela za Ortopediju, završio na liječenju njegov šul kolega prof Ć. Dobro se sjećam, te prohladne i vjetrovite noći, kada su me žurno zvali na konzilijski pregled na Ortopedski odjel. U sobi je ležao njegov kolega koji se gušio i zadnjim snagama hvatao zrak, klinička slika plućnog edema. Primjeno sam uobičajenu terapiju (morphin, diuretici, venepunkcija..) i umirući mu je kolega oživio i ubrzao se pridigao na veliku radost prof. M. Kazao sam svojim sestrama na odjelu da

nadzirem bolesnika i da me zovu ako bude žurno, ostao sam sa njima dvojicom do kasno... cijelu noć sam uživao u njihovom pripovjedanju, teme su se nizale jedna za drugom. Te večeri je rođeno veliko prijateljstvo, godinama poslije smo se sretali i srdačno pozdravljali kao stari prijatelji.

Vrijeme brzo proteče, kao pijesak u pješčanom satu: obitelj, iscrpljujući rad i dežurstva, nastava na fakultetu, borba za napredovanjem u struci i akademskom zvanju... dok se okrenuh ostade samo kaleidoskop sličica koje sada u umirovljeničkim danima prebirem i racionaliziram svaku pojedinačno.

Pa tako se sjetih scene i proročanskih riječi prof M. koji je par godina iza epizode sa njegovim prijateljem i kolegom, neke davne 1985. godine, otisao u zasluženu mirovinu. Kako kolege neosjetno i bez najave odlaze u mirovinu, slučajno sam saznao, kada sam opet po konzilijskoj službi išao na Ortopediju. Osjetio sam neku prazninu jer na Odjelu nije bilo sveprisutnog prof. M, sestre su mi kazale da je umirovlijen. Možda par mjeseci poslije, slučajno ga sretoh u holu bolnice: uvijek vedri, nasmijani prof. M. bio je bliјed, snužden, kao da je naglo ostario od zadnjeg viđenja. Zabrinut se za njegovo zdravlje, pridoh mu i srdačno ga zagrlih i kao starog prijatelja, upitah:

- Gosp. profesore, da li je zdravlje u pitanju?

- Nije dragi kolega..nešto je drugo u pitanju...

Krajičkom oka vidjeh krupnu suzu u oku sijedog, ostarjelog profesora, lice u grču... govorio je kroz jecaje...

- Upravo sam bio na svom odjelu koji sam godinama gradio kao svoj dom, živio za njega, gradio prijateljske odnose sa kolegama... a danas kada sam ih posjetio nitko mi nije rekao ni dobar dan... osim vas dragi kolega koga sam slučajno upoznao na poslu...

Riječi su se prekidale, zanijemio je...

....*Kolega dragi, vidjeti ćete što su kolege kada odete u mirovinu....*

Nemila se scena završila, zagrlio sam ga, tješio i otpratio do izlaza iz bolnice, a scenu i njegove riječi sam zapamtio za cijeli život.

Kao i prije, a od tada posebno, jako sam pazio na pozive i zamolbe umirovljenih kolega, nikada ih nisam odbio, znajući da će i sam jednom biti u njihovoj poziciji. I ne samo to, pišući udžbenik propedutike, čitavo poglavje komunikacije u medicini sam napisao za studente kao putokaz za njihovu buduću liječničku praksu, posebno o odnosu liječnik-liječnik.

I evo, proletješte godine, kako kaže moj mještanin „kao zvezk stakla“: obiteljski život, silni trud na poslu, borba za akademskim postignućima, rad sa studentima, timski rad sa kolegama, „team building“ koji sam gradio godinama glede dobrih odnosa na Zavodu,

...sve proletje u hipu... I uvijek su mi kao lajtmotiv u ušima odzvanjale riječi starog prof. M., posebno sam pazio na starije kolege, kao na svoje učitelje... I kada je na kraju radnog vijeka voditelj Odjela kojeg sam naslijedio izrazio želju da mu se produži radni vijek, bez razmišljanja sam napisao preporuku ravnatelju da se kolegi odobri još godina rada nakon umirovljanja sve zbog potrebe službe. Naravno, ni u primisli mi nije palo na pamet da uselim njegovu radnu sobu, u kojoj je proveo čitav radni vijek, ostao sam sa kolegama u zajedničkoj sobi sve do isteka njegovog produženja... Pa se onda sjetih se i starog prof. Bakrana, kirurga u Zagrebu, koji je i u poznim osamdesetim godinama dolazio na Kliniku, držao nam nastavu na post-diplomskom studiju, a kome su kolege ostavile njegovu sobu da se njom koristi, makar ni oni nisu imali svoje zasebne radne sobe...

Eto tako, kad se osvrnuh prođe život...i ja sam postadoh umirovljenik, na odjelu, sada Zavodu koji sam skupa sa kolegama opremio donacijama i uz pomoć KBC-a „kao svoj dom“, kako reče prof. M.

... Sve do 2001. godine nisam imao svoju radnu sobu, svakodnevno jutarnje presvlačenje u hodniku, mali drveni

ormar. Te godine, od starog skladista, sobe pune prašine i starudije, uz dozvolu KBC-a, i uz pomoć prijatelja-donatora uredio sam lijepu sobu voditelja tadašnjeg Odjela, sa sanitarijama, opremio je sa informatičkim materijalom, proveo noći i noći uz tastaturu, napisao nekoliko udžbenika...

Prođe radni vijek, dođe vrijeme da se oprostim od bolnice, kolega i osoblja s kojima sam proveo najbolje dane svog radnog vijeka.

No, kako je deficit liječnika, ponuđeno mi je od Uprave bolnice produžetak rada na 4 sata kroz 6 mjeseci, budući da sam bio voditelj tečaja za ospozobljavanje za ultrazvučnu dijagnostiku. Prihvatio sam uz jedan uvjet ravnatelju: da me ne deložiraju iz sobe u kojoj sam proveo radni vijek i u kojoj mogu odraditi još korisnih radova i tečajeva za KBC.

Naravno, odlaskom u mirovinu prestaju sve moje funkcije, na fakultetu i na poslu, što je logičan sljed. Naslijedio me je mlađi kolega, odličan stručnjak, što je dobro, jer na „mlađim svijet ostaje“. Kolegu sam sam upravo ja primio na naš Zavod, učio prvim koracima u struci, bio sam mu mentor za doktorat, podržavao ga u njegovom napredovanju, i učinio mnogo dobrih

stvari za njega, ali...

Dan nakon njegova imenovanja, a još mi nije ni istekao mandat voditelja, htjedoh kolegi predati „u amanet“ Zavod koji smo gradili godinama. Sjedili smo u mojoj radnoj sobi, i u razgovoru sam ponovio dogovor sa ravnateljem.

Međutim, kolega odrešito mi odgovori: Nama treba vaša soba, ne moram ja biti u njoj, ima kolega koji su u zajedničkoj sobi...trebala bi im posebna soba.. moramo na razgovor sa ravnateljem...

Zaglušen, nisam mogao povjerovati što je rekao, u hipu se sjetih proročanskih riječi starog prof. M. ...

Samo rekoh: Odite vi kolega kod ravnatelja, pa ako on bude za to da ja iselim za ovih par mjeseci produženja rada, isti će čas dati otkaz...pa neću valjda ovih nekoliko mjeseci biti na grani...

Epilog: Ravnatelj je kategorično odbio moju deložaciju, a kolega mi je kasnije, gledajući u pod, kao da se nije ništa desilo, kazao: Nije žurba za iseljenjem...

... Riječi starog prof. M. su se obistinile upravo na način koji mi je proročanski predvidio davne 1986. godine...

## 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.
- Ocenjivačko 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: [ljecnickapraca@hlk.hr](mailto:ljecnickapraca@hlk.hr) s naznakom "Natječaj za Liječničku kratku priču".

Palacio de Bellas Artes najvažniji je kulturni centar cijelog Meksika. Kulturne manifestacije nisu nešto što na prvu povezujemo s tom državom. Vjerujem da bi većini nas na pamet prije pala revolucija ili tequila, ali Meksiko nudi vrhunska iskustva na mnogim poljima, pa i na umjetničkom.

# VIVA MEXICO! ZAPATA!

Kad sam se pripremao za put u Meksiku dobio sam od službe sigurnosti moje firme detaljnu uputu kako se ponašati i na što obratiti pažnju na takvom putovanju. Ta uputa (prst debela kad je isprintate) ispunjena je upozorenjima poput: "Ne ulazite u dizalo sami". "Ne ulazite u dizalo u društvu nepoznate osobe". "Ne sjedajte u taxi koji nema izvješenu vozačevu iskaznicu i ispravni taksimetar". (Takav u Meksiku ne postoji. Tamo 99 % taksija uopće nemaju prednjeg sjedala, a kamoli taksimetar). Onda slijedi: "Ne paničarite ako vas otmu, većina otmičara zadovoljava se manjim novčanim iznosima doznačenima od obitelji, a nerijetko vas puste nakon što vam iskoriste karticu. Ubojstva u otmicama rijetka

su ako ne pružate otpor". Zatim još upozorenja u stilu "Ne predajte kreditne kartice konobarima" ili "Ne koristite javni prijevoz"... Sve u svemu da se smrzneš i ozbiljno razmisliš o alternativama:

**1. Opcija za one manje hrabre:**  
Odustajanje od puta ili promjena destinacije za neku sigurniju, recimo Afganistan, Sudan ili Jemen.

**2. Opcija za heroje:** Nabavka pancirke od kevlara s kojom bi u zaključanom WC-u hotela možda živi dočekali povratni let.

No jednom kada stignete u Meksiku ubrzo se opustite jer vas ljubaznost i srdačnost Meksikanaca, usporeni, ali naglašeni ritam svakodnevice,

iskreni osmjesi i prirodni šarm senorita, te sveprisutna glazba hipnotizira i potpuno relaksiraju. Opreza naravno nikada dosta, ali ono što vam Meksiko nudi nikako se ne bi trebalo propustiti zbog straha za osobnu sigurnost.

Stoga ne propuštam, kad god se nađem u južnoj Kaliforniji, svratiti na teqilu u Tijuani. Dakle, ako ste slučajno nekim poslom ili privatno u LA-u, priuštite si cjelodnevni izlet, unajmite automobil, odvezite se tih nekoliko sati freewaym. Stanite neposredno ispred granice, tamo parkirajte na velikom čuvanom parkiralištu gdje vam odmah iza ugla stoji bus koji vas odveze preko i sve do centra Tijuane. Brzo, jeftino i bez čekanja. Granična policija s vrata

autobusa tražit će samo da mahnete putovnicom. Meksika policija naravno, ali američka vas neće ni pogledati. Ako pak idete iz San Diega, uzmite tramvaj, odvezite se do zadnje stanice i tada ne krenite za gomilom kroz tunel carinske kontrole nego stotinjak metara dalje uzmite onaj isti bus s parkirališta. Tijuana je fora. Iako ima prestrašnu statistiku razbojstava i ubojstava, sve je to uglavnom povezano s krijumčarenjem droge i ljudi pa se na samim ulicama ne osjeća nesigurnost. Tek u oči upada priličan broj teško naoružanih privatnih zaštitara. Američkimice odlaze u Tijuani na jeftin provod (nešto slično kao naši mladi u Beograd), u nabavu lijekova (posebno malih plavih tabletica), na stomatološke zahvate i na opijanje. Tijuani sam posjetio više puta u posljednjih četvrt stoljeća i definitivno se za to vrijeme jako promjenila: pijanci više ne leže na ulici, muhe ne prekrivaju roštilj u rojevima, a gotovo svi automobili imaju poklopce motora. Gradić je hipertrofirao u velegrad. Isti su ostali samo magarci koji glume zebre za fotografiranje s turistima, mariači na ulicama i Cezarova salata u hotelu "Caesars", gdje je i izmišljena. Salata nije dobila ime po hotelu, već hotel po salati koju je tamo 1924. godine izmiješao Caesar Cardini, inače Talijan koji je u Tijuani zbrisao pred prohibicijom.

Iako na svakom koraku prepoznajete da ste u domovini Zapate i Ville, blizina i gravitacijski utjecaj SAD-a ne dopušta vam da osjetite pun okus Meksika. Posjet Tijuani uz obrok, par tekila, mariače, obnovu zaliba jeftinih sildenafila (za prijatelje, naravno), male šetnje i posjete ponekoj crkvici ne bi vam trebao uzeti više od pola dana. Usto me je u mojim prvim posjetima Tijuani uvijek na povratak lagano požurivala činjenica da



Nakon nekog vremena promatrajući kolegu tijekom njegovog rada u ordinaciji na otvorenom uhvatio sam osnove dijagnostičko terapijskih postupaka. Razmjena iskustva dodatno je produbila međusobno uvažavanje. Ipak neki od terapijskih postupaka ostali su mi zamagljeni. Bolje rečeno zadimljeni.

sam tamo bio ilegalno. Naime, za takav mi se posjet nije dalo potegnuti do Budimpešte po vizu, pa sam ulazio bez vize, što nije problem, jer me u Mexicu nitko nije pitao ni za putovnicu, a kamoli vizu. Puno ljudi ilegalno prelazi tu granicu, ali u suprotnom smjeru, prema SAD-u, kontra smjer nitko ne kontrolira. Vize za Meksiko s našom putovnicom u svakom slučaju više nisu potrebne već neko vrijeme.

No zanemarimo izlete u Tijuani, za pravi dojam Meksika ipak morate krenuti na jug. Meksiko je velika i šarolika zemlja s brojnim prirodnim i neprirodnim zanimljivostima, ali fokusirat ćemo se samo na opis glavnoga grada.

Ciudad de Mexico smješten je u

tropskom pojasu na 2 300 metara nadmorske visine, u kotlini okruženoj aktivnim vulkanskim planinama na dnu isušenog jezera, usred geološki pretrusnog područja. Godišnje ga protrese 30-ak većih i manjih potresa, a krovovi i ulice imaju crni premaz vulkanskog pepela. Specifičan geografsko-klimatološki položaj tijekom ljetnih mjeseci donosi mu svakodnevnu kišu biblijskih razmjera. Pljuskove koji ni Nou ne bi ostavili ravnodušnim. Usprkos tim kratkotrajnim, ali redovitim popodnevnim slapovima ili možda baš zbog njih, smog se gotovo uopće ne razilazi. Ukratko - posljednje mjesto koje bi trebalo naseliti. A baš na tom mjestu tiska se dvadeset milijuna duša. Grad je suvremen i

&gt;&gt;



Pogled s vrha Mjesecove piramide na slavnu Aleju Mrtvih i Sunčevu piramidu. Misteriozni Teotihuacan svojevremeno je bio jedan od najvećih gradova svijeta. Usporedbe radi Sunčeva piramida obujmom je veća od Keopsove.

moderan u svome središtu, ali poprično zanemaren prema rubovima. Meksikanci su veseli, vedri i gostoljubivi, pristojni i jako, jako vole djecu. Stvarno ih vole. To se jasno vidi u svakom odnosu odraslih prema klinicima kojih u gradu ima mali milijun. Zapravo ima ih 5,5 malih milijuna. Onih mlađih od 14 godina. Uz gužvu i ciku kakvu imam i kod kuće, s obzirom na to da je prosječni muškarac nizak 165 cm i nosi desetak kila viška, osjećao sam se kao domaći čovjek. Zamislite samo, sva obleka koju sam probao bila je kao šivana za mene. Nema rukava koje moram podvrnuti ni nogavica za kratiti. Čak i odijela. Jednom sam ušao u lift s 15-ak (nepoznatih) muškaraca (usprkos preporuci) i sa svojih 167 bio sam najviši čovjek u dizalu. Kakav osjećaj! Neprocjenjivo. To ne može ni ona kartica iz reklame. Doduše, bio sam i jedini čelavac, a ni ten mi se baš nije uklapao... naime 30 % Meksikanaca su indiosi, 10 % bijelci, a 60 % mješani, ali tamnoputi su svi.

Mariači su sveprisutni. U gradskom središtu jedan je trg na kojem dan

i noć odjeveni i s instrumentima stoje (i sjede, i leže) deseci mariači bendova, koje možete unajmiti i koji se odmah odvezu k vama doma na, recimo, krstitke ili rođandan.

Vjera je nedjeljav dio meksičkog bića, a najstarije i najzanimljivije mjesto Gospina ukazanja na svijetu i Gospino svetište s najljepšom povijest - Guadalupe, nalazi se u širem centru Mexico Cityja. Priča za sebe ili neki drugi članak. U gradu je i sjajan antropološki muzej, jedan od najboljih muzeja u kojem sam bio, i jednako dobar zoološki vrt, te prekrasan veliki gradski park. Bolnice su im krcate pa ako imate problema sa zdravljem, s povjerenjem se obratite i šamanima koji ordiniraju na glavnom trgu ispred katedrale. Posebno uspješno rješavaju glavobolje, križobolje, psihičku napetost, stres i depresiju. Bar tako veli jedan od njih. Uz pomoć dodira, svetog dima i puhanja u rog. Pital sam ga jel ima nekaj za hemoroide. Veli da to prepušta kolegama s diplomama.

Kao zadnje preporuke rekao bih da

svakako nađete vremena za izlet do piramida Theotihuacana i na jezera kod Xochimilca. Jezera su u gradu, do njih možete gradskim prijevozom i daju uvid u to kako je izgledao taj kraj i život na njemu prije dolaska Španjolaca. U svojim počecima grad je, naime, bio na otoku usred jezera, tj. močvare. Dobar dio društvenih aktivnosti odvijao se na vodi, odnosno živjelo se, trgovalo, učilo, zabavljalo na čamcima i preko čamaca. Vožnja brodom na pogon motkom zanimljivo je i vrlo egzotično iskustvo. I vrlo pristupačno cijenom. Meksičke piramide su također priča za sebe. Morate se priključiti nekoj grupi, vožnja traje sat i četvrt, ali definitivno se isplati. Ako i niste fan arheologije ni predeuropskih civilizacija, već je doživljaj izaći iz grada. Naime, izlaskom iz kotline rješavate se izmaglice i smoga i tu vas sve boje prirode zabilješnu punim sjajem. Doslovce, kao da ste podigli koprenu.

Od ostalih zanimljivosti spomenut ću da u gradu imaju spomenik jednom Zagorcu u uniformi koji

razmišlja duboko koncentriran i nemrko zabrinut, navlas poput svog dvojnika u Kumrovcu. Tamo još stoji dok smo mu mi ovdje sve biste i spomenike počupali skupa s 88 ruža.

Hrana na cesti i u restoranima je odlična, puno bolja od onoga što mi pozajemo kao meksičku hranu. Cijene su što se tiče usluga jeftine, hrana i odjeća su povoljnije, ali tehnička roba nije značajnije jeftinija nego kod nas.

Glede onih uputa o sigurnosti s početka članka, ako je vjerovati podacima na webu, dnevno se u Meksiku dogodi dvadesetak otmica, ali uglavnom se radi o bogatim jenki-jima. Mene nitko nije ni žicao siću, a kamoli da me pokuša kidnapirati. Da se čovjek zabrine. U doba korone Meksiko nije tražio nikakve potvrde, cijepljenja, preboljenja... ništa, pa je stoga bio pravi turistički raj prošlih godina, posebno za antivaksere.

Kad po povratku procjenjujem neki grad ili zemlju uvijek se pitam bih li kad idući puta idem tamo poveo još nekoga sa sobom. Ako je bilo dobro poveo bih prijatelja, ako je jako dobro poveo bih nekog od klinaca. Ako je iskustvo izvrsno poveo bih svoju ženu.

Kad odem sljedeći put u Meksiko moja Silva neće ostati doma. Uostalom, već je i bila tamo sa mnom.



Xochimilco, odnosno "Plutajuća polja cvijeća", ostatak su nekadašnjeg Astečkog sustava jezera i kanala u središtu glavnog grada. Kanali su nekada premrežavali cijelu dolinu. Sada ih je ostalo "samo" 170 km.



Manje od polovice kućanstava glavnoga grada posjeduje automobil, pa se u gradu snalazi nekih pet milijuna vozila. Neki se nalaze. Ne svi.

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## KRATICE

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

## PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem online obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore ([www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje online obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje. Maji Ferencak, 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](mailto: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](mailto:tmi@hlk.hr). Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

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

**Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) – „Raspored stručnih skupova“.**

## KONGRESI

### 11. E-kongres: Pristup endokrinološkim i dijabetološkim bolesnicima i njihovo liječenje u COVID-19 pandemiji

Udruga za razvoj i unapređenje Zavoda za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma „Mladeni Sekso“  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 01.02.2022.-28.02.2023.  
Božidar Perić, tel: 013787127,  
e-mail: [bozperic@yahoo.com](mailto:bozperic@yahoo.com)

### Kontroverze 2022 - predavanja

HD za hipertenziju  
<https://kongresi.emed.hr/>, 28.03.-28.06.2022.  
Nataša Basta, tel: 0915792686, e-mail: [hdh@hdh.hr](mailto:hdh@hdh.hr)

### 2. nacionalni kongres Hrvatskoga društva za kardijalnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem

HD za kardijalnu kirurgiju HLZ-a  
Rovinj, 12.05.-14.05.2022.  
Tomislav Kopjar, tel: 0997055543,  
e-mail: [tkopjar@gmail.com](mailto:tkopjar@gmail.com)  
Iznos kotizacije: Do 12.02.2022. Od 13.02.2022.  
i na dan održavanja Član HDKK-a 1.300,00 HRK  
1.500,00 HRK Ne-član HDKK-a 1.500,00 HRK  
1.700,00 HRK Specijalizant 750,00 HRK

### 6. Hrvatski kongres o reproduktivskom zdravlju, planiranju obitelji, kontracepciji i IVF-u

HD za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju HLZ-a  
Šibenik, 19.05.-21.05.2022.  
Josipa Čale, tel: 091 333 0732,  
e-mail: [josipa@contres.hr](mailto:josipa@contres.hr)  
Iznos kotizacije: Rana kotizacija 1.500,00 kn + PDV,  
kasna kotizacija 1.700,00 kn +pdv

### 8. međunarodni kongres nutricionista

Hrvatski savez nutricionista  
Zagreb, 19.05.-21.05.2022.  
Marija Selak, tel: 0918914918,  
e-mail: [registration@congress-nutrition.org](mailto:registration@congress-nutrition.org)  
Iznos kotizacije: 849,00kn

### XI. hrvatsko-europsko-američka anesteziološka konferencija, s međunarodnim sudjelovanjem

HD za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu HLZ-a  
Vodice, 19.05.-22.05.2022.  
Jadranka Radnić Salijevski, tel: 091 509 7154,  
e-mail: [jradnic@kbc-zagreb.hr](mailto:jradnic@kbc-zagreb.hr)  
Iznos kotizacije: za specijaliste iznosi 2.000,00 kn,  
za specijalizante 1.500,00 kn, za anesteziološke tehničare 1.000,00 kn

### Comprehensive women's health and well-being

HD za pelviperineologiju  
Poreč, 19.05.-22.05.2022.  
Tatjana Mrzljak, tel: 098 98 28 478,  
e-mail: [tatjana@filidatravel.hr](mailto:tatjana@filidatravel.hr)  
Iznos kotizacije: 1500,00kn

### MIND&BRAIN - 61st International Neuropsychiatric Congress

Međunarodni institut za zdravljivo mozga online, 26.05.-29.05.2022.  
doc.dr.sc. Hrvoje Budinčević, tel: 01/5513137,  
e-mail: [inpc2017@gmail.com](mailto:inpc2017@gmail.com)

### 5. hrvatski kongres iz liječenja boli s međunarodnim sudjelovanjem

HD za liječenje boli HLZ-a  
Zagreb, 26.05.-28.05.2022.  
Ana Skolan, tel: 091 370 35 53,  
e-mail: [ana.skolan@globtour.hr](mailto:ana.skolan@globtour.hr)  
Iznos kotizacije: specijalisti 2500,00kn;  
specijalizanti 2000,00kn

### 6. kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

HD za hitnu medicinu HLZ-a  
Vodice, 03.06.-05.06.2022.  
prof. dr. sc. Višnja Neseck-Adam, dr. med.,  
tel: 091 371 2136,  
e-mail: [visnja.neseck@hotmail.com](mailto:visnja.neseck@hotmail.com)  
Iznos kotizacije: 1700,00kn

### 3rd Regional DBS meeting "Deep brain stimulation: from introduction to advanced dbs: transfer of knowledge and experience"

KB Dubrava/KBC Rijeka  
Zadar, 09.06.-11.06.2022.  
Tatjana Mrzljak, tel: 0989828478,  
e-mail: [tatjana@filidatravel.hr](mailto:tatjana@filidatravel.hr)  
Iznos kotizacije: 3000,00kn

### XV Međunarodna ljetna škola o alkoholizmu

KLA "Bonaca"  
Veli Lošinj, 10.06.-12.06.2022.  
Branko Lakner, tel: 0952277788,  
e-mail: [branko.lakner2@ri.t-com.hr](mailto:branko.lakner2@ri.t-com.hr)  
Iznos kotizacije: 300,00kn

### Diabetes and Obesity Conference

Hrvatsko društvo za dijabetes i bolesti metabolizma, Hrvatskog liječničkog zborna Zagreb, 10.06.-12.06.2022.  
dr. Tomas Matić, tel: 0914440046,  
e-mail: [natas@ati.hr](mailto:natas@ati.hr)

### Medical Information Conference Croatia - MICC 2022: Kroz sito i rešeto: što i kako vrednovati u znanosti i visokom obrazovanju

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Središnja medicinska knjižnica Zagreb, 14.06.2022.  
Marijan Šember, tel: 014566743,  
e-mail: [marijan.sember@mef.hr](mailto:marijan.sember@mef.hr)

### Joint ICGEB – ALS Society of Canada Symposium on Inflammation and Proteinopathy in ALS/FTD Spectrum Disorder

Odjel za biotehnologiju Sveučilište u Rijeci Rijeka, 30.06.-03.07.2022.  
Izv. prof. dr. sc. Ivana Munitić, tel: 51 584 579,  
e-mail: [ivana.munitic@biotech.uniri.hr](mailto:ivana.munitic@biotech.uniri.hr)  
Iznos kotizacije: 1125,00kn

## SIMPOZIJI

### Međunarodni simpozij Nefrofarmacija sigurnost bolesnika u središtu - predavanja

HD za bubreg (u suradnji s HD za hipertenziju, HLJK i HD obiteljskih doktora)  
<https://edu.e-med.hr/>, 21.02.-21.05.2022.

Marija Abramović Sušnić, tel: 0800 9666,  
e-mail: [podrska@emed.hr](mailto:podrska@emed.hr)

### Krivudave staze srčanog zatajivanja

Hrvatsko kardiološko društvo  
<https://cro-cot.emed.hr/>, 22.03.-22.09.2022.  
Marijo Haban, tel: 0800 9666,  
e-mail: [podrska@emed.hr](mailto:podrska@emed.hr)

### Klinički izazovi u liječenju bolesnika peritonejskom dijalizom - PREDAVANJE

HD za bubreg  
online, 31.03.-30.09.2022.  
Marijo Haban, tel: 0800 9666,  
e-mail: [podrska@emed.hr](mailto:podrska@emed.hr)

### Drugi simpozij međunarodnim sudjelovanjem "Integrativni pristup u psihijatriji"

MF Osijek, Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu

Osijek, 12.05.-13.05.2022.  
 Dunja Degmečić, tel: 098127095,  
 e-mail: ddegmecic@gmail.com  
 Iznos kotizacije: za lječnike specijaliste psihijatrije, lječnike opće medicine i lječnike drugih specijalnosti iznosi 2000,00 kn - za specijalizante, psihologe, socijalne radnike i med.estre 1000,00 kn.

**Neonatologija - stari ciljevi, novi horizonti**  
 Sekcija za pedijatrijsku i neonatalnu intenzivnu i urgrentnu medicinu, Hrvatsko pedijatrijsko društvo Sveti Martin na Muri, 13.05.-14.05.2022.  
 Iva Vukšić, dr.med, tel: 0997963873,  
 e-mail: ivuksic@kbc-zagreb.hr  
 Iznos kotizacije: 700,00kn

**1. Međunarodni kongres Terme Selce**  
 Poliklinika Terme d.o.o.  
 Selce, 13.05.2022.  
 Iva Brožičević Dragičević, tel: 098329299,  
 e-mail: iva@terme-selce.hr  
 Iznos kotizacije: 350,00kn + PDV

**XXX. SASTANAK PEDIJATARA DALMACIJE**  
 HLZ - Hrvatsko pedijatrijsko društvo - Ogranak Split  
 Dubrovnik, 14.05.2022.  
 Joško Markić, tel: 098423656,  
 e-mail: josko.markic@gmail.com

**2. međunarodna konferencija o neurološkim poremećajima i neurorestauraciji**  
 MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U ZAGREBU  
 Dubrovnik, 19.05.-22.05.2022.  
 IVA ŠIMUNIĆ, tel: 091 3330733,  
 e-mail: IVA.SIMUNIC@VIVID-ORIGINAL.COM  
 Iznos kotizacije: 2800,00kn

**3. hrvatski simpozij o ENTEROSTOMALNOJ TERAPIJI**  
 HD za digestivnu kirurgiju HLZ-a  
 Poreč, 20.05.-22.05.2022.  
 Goran Grbić, tel: 0981706028,  
 e-mail: goran.grbic@vivid-original.com  
 Iznos kotizacije: 750,00kn

**Lilly Oncology Days 2022, 20-21.5.2022 Zagreb**  
 Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH  
 Zagreb, 20.05.-21.05.2022.  
 Tatjana Supanc Missoni, tel: 01/2350999,  
 e-mail: supanc\_missoni\_tatjana1@network.lilly.com

**Snovi u grupi**  
 Centar za pomoć u stresu  
 Rijeka, 25.05.2022.  
 Petra Marinković, tel: 913493810,  
 e-mail: centzarzapomocustresu@yahoo.com

**Klinička supervizija**  
 Centar za pomoć u stresu  
 Rijeka, 28.05.2022.  
 Petra Marinković, tel: 913493810,  
 e-mail: centzarzapomocustresu@yahoo.com

**Vrijednost sustavnih pregleda u kliničkoj praksi**  
 Sveučilište u Splitu Medicinski fakultet  
 Split, 01.06.2022.  
 Irena Zakarija Črković, tel: 0989326994,  
 e-mail: izakarrijagrkovic@yahoo.com

**XX. Simpozij Ortopedska pomagala 2022**  
 Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia  
 Mali Lošinj, 02.06.-04.06.2022.  
 Dean Werner, tel: 0993267836,  
 e-mail: dean@werner.hr  
 Iznos kotizacije: Ne-članovi 1.800,00 kn, ISPO članovi, specijalizanti 1.400,00 kn, Jednodnevna kotizacija 1.000,00 kn, Jednodnevna kotizacija za studente i umirovljenike 500,00 kn

**28th Ljudevit Jurak, International Symposium on Comparative Pathology**  
 Klinički zavod za patologiju i citologiju Ljudevit Jurak KBC Sestre milosrdnice Zagreb, 10.06.-11.06.2022.  
 Ivana Turalija, tel: 01 4821 193,  
 e-mail: ivana@contres.hr

**HDIR-6: Targeting Cancer - The 6th Meeting of the Croatian Association for Cancer Research (HDIR) with International Participation**  
 HD za istraživanje raka (HDIR)  
 Zagreb, 10.11.-12.11.2022.  
 Petar Ozretić, tel: 098/659-083,  
 e-mail: pozretic@irb.hr  
 Iznos kotizacije: 1.140,00 kn (članovi HDIR-a 760 kn); studenti 760,00 kn (članovi HDIR-a 570 kn)

**Edukacija iz logoterapije i egzistencijalne analize**  
 Hrvatski centar za logoterapiju i egzistencijalnu analizu-HCLEA  
 Zagreb, 17.09.2022.  
 Barbara Pahljina, tel: 098578592,  
 e-mail: pahljina\_barbara051@gmail.com  
 Iznos kotizacije: 930,00kn

**Klinička supervizija**  
 Centar za pomoć u stresu  
 Rijeka, 25.06.2022.  
 Petra Marinković, tel: 913493810,  
 e-mail: centzarzapomocustresu@yahoo.com

**Snovi u grupi**  
 Centar za pomoć u stresu  
 rijeka, 29.06.2022.  
 Petra Marinković, tel: 913493810,  
 e-mail: centzarzapomocustresu@yahoo.com

**TEČAJEVI**  
**Kako pomoći osobama koje briju o drugima i sprječiti burnout?**  
 PLIVA Hrvatska d.o.o.  
 www.plivamed.net, 01.02.-30.06.2022.  
 dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., tel: 098499925,  
 e-mail: ivana.klinar@pliva.com

**Fiziološke uloge vitamina C i D i kliničke posljedice u slučaju deficijencije**  
 PLIVA Hrvatska d.o.o.  
 www.plivamed.net, 22.02.-22.06.2022.  
 dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098/499925,  
 e-mail: ivana.klinar@pliva.com

**Kronične opstruktivne plućne bolesti i produljeni COVID-19**  
 PLIVA Hrvatska d.o.o.  
 www.plivamed.net, 01.03.-01.07.2022.  
 dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,  
 e-mail: ivana.klinar@pliva.com

**Osteoimunologija**  
 PLIVA Hrvatska d.o.o.  
 www.plivamed.net, 15.03.-15.08.2022.  
 dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., tel: 098499925,  
 e-mail: ivana.klinar@pliva.com

**Edukacijske vježbe za osposobljavanje kandidata za nacionalne instruktoare**  
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu Stubičke Toplice, 12.05.-15.05.2022.  
 Marija Štivičić, tel: 0993394859,  
 e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

**EKG u obiteljskoj medicini**  
 Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine Zagreb, 14.05.-15.05.2022.  
 prof. dr.sc. Biserka Bergman Marković, tel: 0912022412,  
 e-mail: tomislav.cunko@dnoom.hr  
 Iznos kotizacije: 400,00kn

**20. Lošinski dani bioetike**  
 HRVATSKO FILOZOFSKO DRUŠTVO  
 Mali Lošinj, 15.05.-18.05.2022.  
 Hrvoje Jurić, tel: 0915789989,  
 e-mail: hjuric@yahoo.com  
 Iznos kotizacije: 2000,00kn

**UZV ABDOMINALNIH ORGANA**  
 Hrvatski liječnički zbor / Hrvatsko senološko društvo Zagreb, 16.05.-20.5.2022.  
 Maja Andrić Lužaić, tel: 0994672922,  
 e-mail: edukacija@drinkovic.hr  
 Iznos kotizacije: 9500,00kn

**Klinička psihoneuroendokrinoimmunologija u praksi**  
 HAZU, Razred medicinskih znanosti i Orlando Medicus d.o.o.  
 Zagreb, 16.5.-20.5.2022.  
 Sanja Toljan, tel: 0912516607,  
 e-mail: sanjatoljan@gmail.com  
 Iznos kotizacije: 3749,00kn

**Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera - 10. tema od 10: Opasnosti tijekom provođenja mjera dezinfekcije, dezinfekcije, deratizacije i fumigacije**  
 KORUNIĆ d.o.o.  
 Zagreb, 17.05.-18.06.2022.  
 Javorka Korunić, tel: 012308341, 098261432,  
 e-mail: info@korunic.hr  
 Iznos kotizacije: 560,00 kn uz odobrenje rabata od 20 do 45 % za veće grupe iz jedne pravne osobe

**1. hrvatski epidemiološki dati: "Izazovi i otpornost epidemiološke struke u vrijeme pandemije COVID-19"**  
 Hrvatsko epidemiološko društvo Supetar, 19.5.-21.5.2022.  
 Diana Nonković, tel: 0914512065,  
 e-mail: diana.nonkovic@nzjz-split.hr  
 Iznos kotizacije: 400

**Tečaj trajnog usavršavanja kandidata za stalnog sudskog vještaka medicinske struke**  
 Hrvatsko društvo za medicinska vještačenja, Hrvatski liječnički zbor Zagreb, 23.5.-27.5.2022.  
 Svjetlana Šupe, tel: 0915058323,  
 e-mail: svjetlana.supe@gmail.com  
 Iznos kotizacije: 4000,00kn

**Minimalno invazivni zahvati u liječenju boli pod kontrolom ultrazvuka**  
 HLZ, HD za liječenje boli Zagreb, 26.05.2022.  
 Ana Skolan, tel: 091 370 35 53,  
 e-mail: ana.skolan@globtour.hr  
 Iznos kotizacije: 2000,00kn

**Tečaj mehaničke ventilacije**  
 Opća bolnica "Dr Josip Benčević" Slavonski Brod, 26.05.-28.05.2022.  
 Matija Jurjević, tel: 00385955170555,  
 e-mail: mtjurjevic@yahoo.com  
 Iznos kotizacije: 2500,00kn

**Tečaj fetalne ehokardiografije**  
 HD za perinatalnu medicinu Vodice, 27.05.-29.05.2022.  
 Ivan Zmijanović, tel: 0912096372,  
 e-mail: izmijan@gmail.com  
 Iznos kotizacije: 3000,00kn

**Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe**  
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu Valpovo, 02.06.-05.06.2022.  
 Marija Štivičić, tel: 0993394859,  
 e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

**32nd Summer Stroke School - Healthy Lifestyle and Prevention of Stroke and Other Brain Impairments**  
 HD za prevenciju moždanog udara online, 06.06.-10.06.2022.  
 Hrvoje Budinčević, tel: 0913712310,  
 e-mail: croatianstrokesociety@gmail.com

**Poslijediplomski tečaj stalnog usavršavanja liječnika I kategorije "Porodničke operacije"**  
 Klinika za ginekologiju i porodništvo MEF-a Zagreb, KB "Sveti Duh"  
 Zagreb, 06.06.-10.06.2022.  
 Biserka Milić, tajnica tečaja, tel: 013712317,  
 e-mail: bmilic@kbsd.hr  
 Iznos kotizacije: 3000,00kn

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## Migrena-istine i zablude

Klinika i katedra za neurologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb Zagreb, 10.06.2022.  
Darija Mahović Lakušić, tel: 0989044369, e-mail: darija.mahovic@mef.hr  
Iznos kotizacije: 650,00kn

## Tečaj kardiopulmonalne reanimacije i hitnih stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

DZ Osječko-baranjske županije i HLZ Osijek, 11.06.2022.  
Livija Sušić, tel: 0989621078, e-mail: livija.susic@gmail.com

## Napredno održavanje života djece i novorođenčadi

HD ZA REANIMATOLOGIJU HLZ-a Koprivnica, 12.06.-13.06.2021.  
Dorotea Bartoniček, dr. med., tel: 0915775390, e-mail: dorotea.bartonicek@gmail.com  
Iznos kotizacije: 2300,00kn

## 12th ISABS Conference on Forensic and Anthropologic Genetics and Mayo Clinic Lectures in Individualized Medicine

Međunarodno društvo primijenjenih bioloških znanosti (ISABS)  
Dubrovnik, 22.06.-27.06.2022.  
doc.dr.sc. Petar Projic, tel: 091 589 3331, e-mail: petar.projic@inanstro.hr  
Iznos kotizacije: 80-400 eura

## Radionica statističkog modeliranja biomedicinskih podataka

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet Split, 04.07.-08.07.2022.  
dr. sc. Benjamin Benzon, dr. med., tel: 097 6222 388, e-mail: benjamin.benzon@mefst.hr  
Iznos kotizacije: 2.000,00 HRK (iznos uključuje PDV)

## Radionica statističkog modeliranja biomedicinskih podataka

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet Split, 12.09.-16.09.2022.  
dr. sc. Benjamin Benzon, dr. med., tel: 097 6222 388, e-mail: benjamin.benzon@mefst.hr  
Iznos kotizacije: 2.000,00 HRK (iznos uključuje PDV)

## UZV ŠTITNJAČE I POVRŠINSKIH STRUKTURA GLAVE I VRATA

Hrvatski liječnički zbor / Hrvatsko senološko društvo Zagreb, 19.09.-23.9.2022.  
Maja Andrić Lužaić, tel: 0994672922, e-mail: edukacija@drinkovic.hr  
Iznos kotizacije: 6500,00kn

## UZV DOJKI

Hrvatski liječnički zbor / Hrvatsko senološko društvo Zagreb, 10.10.-18.10.2022.  
Maja Andrić Lužaić, tel: 0994672922, e-mail: edukacija@drinkovic.hr  
Iznos kotizacije: 9500,00kn

## Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera - 1. tema od 10: Cjelovito (integrirano) suzbijanje žohara, zrikavaca, mrava i termita

KORUNIĆ d.o.o.  
Zagreb, 11.10.-12.11.2022.  
Javorka Korunić, tel: 012308341 / 098261432, e-mail: info@korunic.hr  
Iznos kotizacije: 560,00 kn uz odobrenje rabata od 20 do 45% za veće grupe iz jedne pravne osobe

## USKO SPECIFIČNA IZOBRAZBA

Akupunktura  
UČILIŠTE LOVRAN - ustanova za obrazovanje odraslih  
Opatija, 02.07.-20.09.2022.  
Irena Plantak, tel: 051 293 851, e-mail: info@uciliste-lovran.hr  
Iznos kotizacije: 12.000,00kn

## STRUČNI SASTANCI STRUČNOG DRUŠTVA

### Uloga peptida kolagena u prevenciji i liječenju sarkopenije

HRVATSKO GASTROENTEROLOŠKO DRUŠTVO online, 17.01.22.-17.01.23.  
Nataša Basta, tel: 8009666, e-mail: podrsk@gep.hr

### Učestalost i obilježja sarkopenije, dijagnostika, prevencija i smjernice za kliničku prehranu

HRVATSKO GASTROENTEROLOŠKO DRUŠTVO online, 17.01.22.-17.01.23.  
Nataša Basta, tel: 8999666, e-mail: podrsk@gep.hr

### IBD VIRTUAL EXPERT ACADEMY

HD za kliničku prehranu Hrvatskog liječničkog zbora  
online, 15.01.-15.07.2022.  
Darija Vranešić Bender, tel: 12367730, e-mail: dvranesi@kbc-zagreb.hr

### Prehrana onkološkog bolesnika

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 18.01.22.-18.01.23.  
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666, e-mail: podrsk@frka.hr

### Enteralna prehrana

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 18.01.22.-18.01.23.  
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666, e-mail: podrsk@frka.hr

### Primjena vitamina D u odabranim indikacijama

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 18.01.22.-18.01.23.  
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Uvod u svojstva i djelovanje vitamina D

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 18.01.22.-18.01.23.  
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Vitamin D i bolesti štitne i nadbubrežne žlijezde

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 18.01.22.-18.01.23.  
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Poremećaj gutanja kao vodeći klinički znak kod neurološkog bolesnika

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 18.01.22.-18.01.23.  
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Predijabetes - bolest ili siva zona?

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora  
edu.e-med.hr, 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška edu.e-med.hr, tel: 0800 9666, e-mail: help@emed.hr

## Istina i mitovi o beta blokatorima

Hrvatsko kardiološko društvo  
edu.e-med.hr, 08.02.-08.08.2022.  
Marijo Haban, tel: 08009666, e-mail: help@emed.hr

## Metformi vs. novi antidiabetici

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora  
edu.cuvarsirca.hr, 08.02.-08.08.2022.  
Korisnička podrška lom.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@lom.hr

## Karakteristike enteralnih pripravaka i uvodenje enteralne prehrane

HD za kliničku prehranu  
edu.frka.hr, 11.2.2022.-11.12.2023.  
Korisnička podrška frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Uvod u parenteralnu prehranu

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Uvod u totalnu i suplementarnu parenteralnu prehranu

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Osnovni sastav „All in One“ parenteralnih otopena

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Primjena mikronutrijenata i specijalnih supstrata

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Metaboličke komplikacije parenteralne prehrane

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Uloga peptida kolagena u prevenciji i liječenju sarkopenije

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Nutritivna potpora bolesnika s neurogenom orofaringealnom disfagijom

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 03.03.2022.-03.03.2023.  
korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Uloga vitamina D u zaštiti od respiratornih virusnih infekcija i COVID-19

HD za kliničku prehranu HLZ-a  
edu.frka.hr, 04.03.2022.-04.03.2023.  
Željko Krznarić, tel: 08009666, e-mail: podrsk@frka.hr

## Virtualni simpozij - predavanje: "Rana i pravilna detekcija kronične bubrežne bolesti - prvi korak pravilne primarne prevencije"

HD za bubreg  
online, 09.03.-09.06.2022.  
dr.sc. Vesna Furić Čunko, dr.med., tel: 0800 9666, e-mail: tajnik@nephro.hr

## Lokalni tretman rane kod dijabetičkog stopala u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - UČINKOVITA I PRAVILNA PRIMJENA OBLOGA ZA RANE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠТИ

HD ZA VASKULARNU KIRURGIJU HLZ-A  
online, 15.03.-15.12.2022.  
Goran Grbić, tel: 0981706028, e-mail: goran.grbic@vivid-original.com

## Webinar za liječnike i medicinske sestre Primarne zdravstvene zaštite, pod nazivom "UČINKOVITA I PRAVILNA PRIMJENA OBLOGA ZA RANE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠТИ"

" - Lokalni tretman venskog ulkusa - pravilan odabir i praktična primjena obloga. - ONLINE HD ZA VASKULARNU KIRURGIJU HLZ-A  
online, 05.04.-15.12.2022.  
Goran Grbić, tel: 0981706028, e-mail: goran.grbic@vivid-original.com

**Webinar za lječnike i medicinske sestre  
Primarne zdravstvene zaštite, pod nazivom "UČINKOVITA I PRAVILNA PRIMJENA OBLOGA ZA RANE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI"**  
" - Lokalni tretman dekubitusa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – ONLINE

HD ZA VASKULARNU KIRURGIJU HLZ-A online, 10.05.-15.12.2022.

Goran Grbić, tel: 0981706028,  
e-mail: goran.grbic@vivid-original.com

**Dani obilježavanja upalnih bolesti crijeva**  
Hrvatsko gastroenterološko društvo  
Zadar, 21.05.2022.  
Jasenka Duvnjak, tel: 01/2442398,  
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

**Webinar za lječnike i medicinske sestre  
Primarne zdravstvene zaštite, pod nazivom "UČINKOVITA I PRAVILNA PRIMJENA OBLOGA ZA RANE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI"**  
" - Lokalni tretman opeklina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – ONLINE

HD ZA VASKULARNU KIRURGIJU HLZ-A online, 07.06.-15.12.2022.  
Goran Grbić, tel: 0981706028,  
e-mail: goran.grbic@vivid-original.com

## OSTALI STRUČNI SASTANCI

**Prevencija i rano otkrivanje raka vrata maternice – kome vrijedi reći PA-PA?**  
Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
online platforma Volim zdravlje, 1.1.-31.12.2022.  
prim. Tatjana Nemeth Blažić, tel: 0914683036,  
e-mail: tatjana.nemeth-blažić@hzjz.hr

**Nuspojave imunoterapije i njihovo zbrinjavanje**  
Mediately (Modra jagoda d.o.o.)  
[www.mediately.co](http://www.mediately.co), 06.01.-05.10.2023.  
Eva Gradišar, tel: 0038631 881 858,  
e-mail: eva.gradisar@mediately.co

**Periferna arterijska bolest (PAB) - Liječnik obiteljske medicine u središtu**  
Mediately (Modra jagoda d.o.o.)  
[www.mediately.co](http://www.mediately.co), 16.01.2023.-15.10.2023.  
Eva Gradišar, tel: 0038631 881 858,  
e-mail: eva.gradisar@mediately.co

**Manjak lizosomske kisele lipaze**  
Dedal komunikacije d.o.o.  
online, 31.01.-31.05.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

**Putovanje s Concor®-om kroz kardiovaskularni kontinuum**  
Hrvatsko društvo za farmakoeconomiku i ekonomiku zdravstva  
online, 02.02.2023.-02.02.2023.  
Marijo Haban, tel: 0800 9666,  
e-mail: help@emed.hr

### Dijagnostika bolesti štitnjače

Agentius d.o.o.  
[edu.e-med.hr](http://edu.e-med.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška [edu.e-med.hr](http://edu.e-med.hr), tel: 08009666,  
e-mail: help@emed.hr

### Hipotireoza

Agentius d.o.o.  
[edu.e-med.hr](http://edu.e-med.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška [edu.e-med.hr](http://edu.e-med.hr), tel: 08009666,  
e-mail: help@emed.hr

### Liječenje hipertenzije fiksnom kombinacijom bisoprolola i amlodipina

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Dijagnostički postupci i terapijske mogućnosti kod poremećaja funkcije simpatikusa

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Autonomni živčani sustav - uvod

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Selektivni beta blokatori - uvod

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Učinkovitost beta blokatora u usporedbi s ostalim antihipertenzivima

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Optimizacija terapije poslije infarkta miokarda - čemu i zašto?

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Prikaz slučaja - veza između DMT2 i simpatičke hiperaktivnosti

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Optimizacija terapije poslije infarkta miokarda - drugi dio

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Optimizacija terapije poslije infarkta miokarda - treći dio

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Prikaz slučaja - Utjecaj hiperaktivnosti simpatikusa na arterijsku hipertenziju

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Prikazi slučajeva u rehabilitaciji nakon akutnog koronarnog sindroma

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Prikaz slučaja - Povezanost mentalnog stresa i hiperaktivnosti simpatikusa

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Što je rehabilitacija kardoloških bolesnika?

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Faze rehabilitacije nakon akutnog koronarnog sindroma

Zaklada Hrvatska kuća srca  
[edu.cuvarisrca.hr](http://edu.cuvarisrca.hr), 08.02.-08.08.2022.  
korisnička podrška Čuvari srca, tel: 08009666,  
e-mail: halo.halo@cuvarisrca.hr

### Siguran prijevoz dojenčadi u automobilu

Udruga Roda - Roditelji u akciji  
online, 21.02.-31.12.2022.  
Italina Benčević, tel: 098 271 361,  
e-mail: italina.b@roda.hr

### Atopijski dermatitis

Modra jagoda d.o.o.  
online, 01.03.-30.09.2022.  
Eva Gradišar, tel: 0038631881858,  
e-mail: eva.gradisar@mediately.co

### Porodična hipercolesterolemija

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 07.03.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 091 4000 120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Okrugli stol - Kardiorenalmetabolički učinak semaglutida

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 07.03.-31.12.2022.  
Marko Bagarić, tel: 091 4000 120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### VOĐENJE INTERSTICIJSKE BOLESTI PLUĆA U BOLESNIKA SA SISTEMSKOM SKLEROZOM

Mediately (Modra jagoda d.o.o.)  
[www.mediately.co](http://www.mediately.co), 25.03.2022.-25.05.2023.  
Eva Gradišar, tel: 0038631881858,  
e-mail: eva.gradisar@mediately.co

### Zašto treba cijepiti rizične bolesnike protiv pneumokoka i Covid-19?

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 28.03.-31.07.2022.  
Marko Bagarić, tel: 091 4000 120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Interaktivni tečaj EKG 5 u kliničkoj praksi DNOOM

Zagreb, 01.04.-01.10.2022.  
dr. Biserka Bergman Marković, tel: 01 4590100,  
e-mail: tomislav.cunko@dnoom.hr

### Precizna dijagnostika za precizno liječenje

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 14.-31.5.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Diuretiči u modernom liječenju hipertenzije

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 04.04.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Zaštitimo mozak uspješnom kontrolom hipertenzije!

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 04.04.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Zelimo li istovremeno liječiti hipertenziju i aterosklerozu?

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 04.04.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Koja trojna kojem hipertoničaru?

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 04.04.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Kojim redoslijedom liječimo konkomitantne dijabetes, hipertenziju i hiperlipidemiju?

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 04.04.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

### Fiksne kombinacije - rEvolucija u liječenju hipertenzije

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 04.04.-30.06.2022.  
Marko Bagarić, tel: 0914000120,  
e-mail: marko@dedal.hr

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

<b>Migrena</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-30.09.2022. Marko Bagarić, tel: 091 4000 120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>COVID-19 i mentalno zdravlje - istraživanje i preporuke</b> Hrvatsko psihijatrijsko društvo <a href="http://www.medikor-eventi.hr">www.medikor-eventi.hr</a> , 07.04.-07.07.2022. Valentina Krikšić, tel: 01 3689 673, e-mail: medikor-eventi@medikor.hr	<b>Biostatistika za ne statističare: osnove epidemioloških i statističkih metoda. Modul III: Izbor statističkog testa</b> Hrvatski zavod za javno zdravstvo Zagreb, 18.05.2022. dr.sc.Tamara Poljičanin, dr.med., tel: 0995666377, e-mail: tamara.poljicanin@hzjz.hr Iznos kotizacije: 250,00kn + PDV	<b>Hitna psihiatrijska stanja - agitacija, agresija i suicidalnost</b> Hrvatski zavod za hitnu medicinu Zagreb, 26.05.2022. Marija Štivičić, tel: 0993394859, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr
<b>Što kad bazalni inzulin nije dovoljan?</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Periferarna arterijska bolest (PAB) - Liječnik obiteljske medicine u središtu</b> Mediately (Modra Jagoda d.o.o.) <a href="http://www.mediately.co">www.mediately.co</a> , 15.04.-15.07.2022. Eva Gradišar, tel: 0038631 881 858, e-mail: eva.gradisar@mediately.co	<b>Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika sa kroničnim srčanim zatajivanjem - titracijom do cilja</b> Novartis Hrvatska d.o.o Split, 19.05.2022. Bruna Mesić, tel: 01 6274 220, e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com	<b>Etičko pravne odrednice postupanja spram ugrozavajućeg bolesnika</b> Hrvatski zavod za hitnu medicinu Zagreb, 26.05.2022. Marija Štivičić, tel: 0993394859, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr
<b>Kako jednostavno intenzivirati terapiju inzulinom?</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Utjecaj nutritivnih čimbenika na razvoj fetusa i zdravlje majke</b> Bayer d.o.o. Edukacijski kutak ( <a href="https://ecme.bayer.hr">https://ecme.bayer.hr</a> ), 19.4.-31.10.2022. Tanja Poznić, tel: 0916599992, e-mail: tanja.poznic@bayer.com	<b>Hitna psihiatrijska stanja - agitacija, agresija i suicidalnost</b> Hrvatski zavod za hitnu medicinu Zagreb, 19.05.2022. Marija Štivičić, tel: 0993394859, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr	<b>Zbrinjavanje trudnoće kod žena sa srčanim bolestima</b> Udruga "Veliko srce malom srcu" webinar, 02.06.2022. Prof dr sci Ivan Malčić, Mirela Dežman, Jelena Tadić, tel: 0915245948, 0989543565, 098212841, e-mail: ivan.malcic1@gmail.com
<b>Prvi oralni agonist GLP-1 receptora</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Biostatistika za ne statističare: osnove epidemioloških i statističkih metoda. Modul II: Interpretacija rezultata istraživanja</b> Hrvatski zavod za javno zdravstvo Zagreb, 11.05.2022. dr.sc. Tamara Poljičanin, dr.med., tel: 0995666377, e-mail: tamara.poljicanin@hzjz.hr Iznos kotizacije: 250,00kn + PDV	<b>II Hrvatski simpozij Praktična primjena apiterapije s međunarodnim sudjelovanjem</b> HRVATSKO APITERAPIJSKO DRUŠTVO Novska/online, 20.05.2022. dr. sc. Gordana Hegić mag. ing. agr., tel: 0959106653, e-mail: ghegic@gmail.com	<b>Prekomjerno aktivni mokračni mjehur - jučer, danas, sutra</b> Mediately (Modra Jagoda d.o.o.) <a href="https://mediately.co/hr/drugs">https://mediately.co/hr/drugs</a> , 01.09.2022.-01.02.2023. Eva Gradišar, tel: 0038631881858, e-mail: eva.gradisar@mediately.co
<b>Neki novi BOT</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Hitna psihiatrijska stanja - agitacija, agresija i suicidalnost</b> Hrvatski zavod za hitnu medicinu Zagreb, 12.05.2022. Marija Štivičić, tel: 0993394859, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr	<b>Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika sa kroničnim srčanim zatajivanjem - titracijom do cilja</b> Novartis Hrvatska d.o.o Bjelovar, 25.05.2022. Bruna Mesić, tel: 01 6274 220, e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com	<b>Kompletan pristup LUTS liječenju</b> Mediately (Modra Jagoda d.o.o.) <a href="https://mediately.co/hr/drugs">https://mediately.co/hr/drugs</a> , 01.09.2022.-28.02.2023. Eva Gradišar, tel: 0038631881858, e-mail: eva.gradisar@mediately.co
<b>Što ako promjenimo terapiju baziranu na inkretinu?</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Koje opasnosti krije trajno povišeni srčani ritam kod KV bolesnika?</b> Sandoz d.o.o. webinar, 16.05.2022. Ema Stažić, tel: 091/2353-193, e-mail: ema.stazic_ext@sandoz.com	<b>Dodaci prehrani u PCOS-u</b> Makpharm d.o.o. Zadar, 25.05.2022. Miran Lovrinov, tel: 916189045, e-mail: miran.lovrinov@makpharm.hr	<b>PISANI TEST U ČASOPISU</b>
<b>Debljina - epidemija za koju se ne razvija cijepivo</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Skriva li se upala pred Vašim okom?</b> Novartis Hrvatska d.o.o Topusko, 16.05.2022. Petra Cesarec, tel: 01/6274220, e-mail: petra.cesarec_ext@novartis.com	<b>VODENJE INTERSTICIJSKE BOLESTI PLUĆA U BOLESNIKA SA SISTEMSKOM SKLEROZOM</b> Mediately (Modra Jagoda d.o.o.) <a href="http://www.mediately.co">www.mediately.co</a> , 25.05.2022.-25.11.2023. Eva Gradišar, tel: 0038631881858, e-mail: eva.gradisar@mediately.co	<b>Vitamin D u prevenciji bolesti i očuvanju zdravlja</b> C.T. - Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix Pisani test u časopisu – 15.04.-15.06.2022. Dragan Bralić, tel: 01/4612-083, e-mail: info@medix.hr
<b>Antiangregacijska terapija - interaktivni prikaz slučaja</b> Dedal komunikacije d.o.o. <a href="http://www.e-medikus.com">www.e-medikus.com</a> , 04.04.-31.12.2022. Marko Bagarić, tel: 0914000120, e-mail: marko@dedal.hr	<b>Od kliničke inercije do rane intervencije</b> Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH Varaždin, 17.05.2022. Mario Dvorski, tel: 01/2350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com	<b>Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika sa kroničnim srčanim zatajivanjem - titracijom do cilja</b> Novartis Hrvatska d.o.o Osijek, 26.05.2022. Bruna Mesić, tel: 01 6274 220, e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com	
<b>Nuspojave imunoterapije i njihovo zbrinjavanje</b> Mediately (Modra Jagoda d.o.o.) <a href="http://www.mediately.co">www.mediately.co</a> , 05.04.-05.07.2022. Eva Gradišar, tel: 0038631 881 858, e-mail: eva.gradisar@mediately.co	<b>Ostvarivanje potencijala lijeka Trulicity u kliničkoj praksi</b> Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH Rijeka, 17.05.2022. Mario Dvorski, tel: 01/2350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com		
<b>Nuspojave imunoterapije i njihovo zbrinjavanje</b> Mediately (Modra Jagoda d.o.o.) <a href="http://www.mediately.co">www.mediately.co</a> , 06.04.-05.07.2023. Eva Gradišar, tel: 0038631 881 858, e-mail: eva.gradisar@mediately.co			

