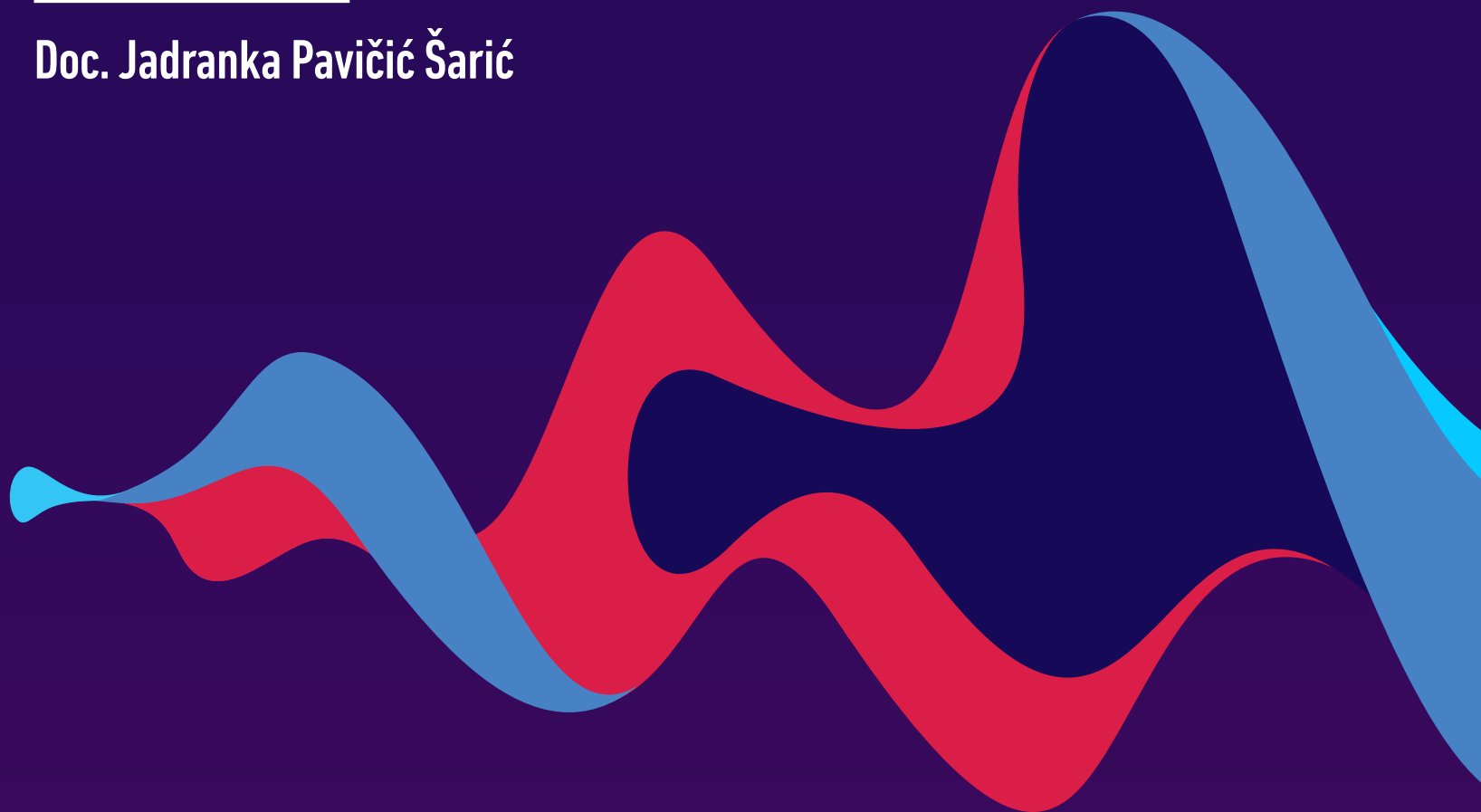


LIJEČNIČKE novine

RAZGOVOR

Doc. Jadranka Pavičić Šarić



TEMA BROJA > KLINIČKI FARMAKOLOZI

UZ PBZ LEASING LAKŠE DO NOVOG AUTOMOBILA I MEDICINSKE OPREME

Razmišljate o novom automobilu ili nabavljate potrebnu medicinsku opremu? Napravite prvi korak i istražite uvjete PBZ financijskog leasinga. U razdoblju od 1.4. do 31.5.2021. članovi Hrvatske liječničke komore imaju mogućnost povoljnijih uvjeta financiranja nabave automobila i medicinske opreme putem PBZ financijskog leasinga u eurima uz promjenjivu kamatnu stopu od 3,50% godišnje, uz minimalno 20% učešća, bez naknade za odobrenje, uz rok otplate do 6 godina.

U PBZ poslovnica imate mogućnost podnošenja zahtjeva za odobrenje financijskog leasinga za nabavu automobila i medicinske opreme, koju vam nudi Privredna banka Zagreb d.d. kao posrednik u procesu zahtijevanja financijskog leasinga u ime i za račun PBZ-LEASINGA d.o.o., kao davatelja leasinga.

Za više informacija posjetite www.pbz-leasing.hr.

Reprezentativni primjer ukupnih troškova za financijski leasing vozila

Vrsta financijskog leasinga vozila	Uz jamca	Uz kasko policu s osiguranim rizikom totalne štete i krađe
Valuta leasinga	EUR	EUR
Vrijednost vozila (bruto)	12.000,00 EUR	12.000,00 EUR
Učešće (20%)	2.400,00 EUR	2.400,00 EUR
Iznos financiranja	9.600,00 EUR	9.600,00 EUR
Rok otplate	60 mjeseci	60 mjeseci
Promjenjiva kamatna stopa (3,998+ 3 mj. Euribor) ¹	3,50%	3,50%
Efektivna kamatna stopa (EKS)	3,74% ²	5,49% ³
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	910,80 EUR	910,80 EUR
Mjesečni obrok	173,88 EUR	173,88 EUR
Ukupan iznos za otplatu	10.460,80 ⁴ EUR	10.460,80 ⁴ EUR
Iznos otkupa	50,00 ⁵ EUR	50,00 ⁵ EUR

¹ Kamatna stopa definira se kao zbroj fiksnog dijela uvećanog za 3m EURBOR koji za razdoblje od 01.01. - 31.03.2021. - 0,545%. Rizik promjene kamatne stope ovisi o promjenjivom parametru kamatne stope. Promjena kamatne stope ovisi o kretanju 3 mjesecnog EURBOR-a koji se utvrđuje ovisno o ponudi i potražnji za novcem na međunarodnim novčanim tržištima i nije pod utjecajem kretanja na hrvatskom financijskom tržištu, već pod utjecajem međunarodnih financijskih tokova. Primatelj leasinga ugovaranjem promjenjive kamatne stope te prihvaćanjem Općih uvjeta poslovanja PBZ-LEASINGA, u poslovanju s fizičkim osobama prihvaća i rizik promjene promjenjive kamatne stope uslijed promjene 3 mjesecnog EURBOR-a tijekom trajanja ugovornog odnosa.

² EKS je izračunat uz navedeni iznos financiranja, rok otplate i predviđenu interkalarnu kamatu. U izračun EKS-a nisu uključeni troškovi tehničkog pregleda, registracije i troškovi polica obveznog i kasko osiguranja.

³ EKS je izračunat uz navedeni iznos financiranja, rok otplate i predviđenu interkalarnu kamatu te predviđeni trošak kasko osiguranja s osiguranim rizikom totalne štete i krađe koji iznosi 0,8% od vrijednosti objekta leasinga. U izračun EKS-a nisu uključeni troškovi tehničkog pregleda, police obaveznog osiguranja i registracije.

⁴ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice te kamate obračunate do dospijeća, a koje korisnik leasinga plaća do konačne otplate leasinga, uz kamatnu stopu od 3,50% godišnje. Ukupan iznos za otplatu sadrži predviđenu interkalarnu kamatu budući da ista ovisi o datumu isplate dobavljaču za kupovinu objekta leasinga.

⁵ Otkupna vrijednost predstavlja iznos dijela ukupne vrijednosti objekta leasinga koja je u trenutku izvršenja opcije kupnje manja od stvarne vrijednosti objekta leasinga. Uplatom otkupne vrijednosti, primatelj leasinga, stječe pravo prenošenja vlasništva na objektu leasinga na svoje ime.

Radi konstantnog mijenjanja tečaja i varijabli koje utječu na iste postoji tečajni rizik. Tečajni rizik predstavlja neizvjesnost vrijednosti domaće valute u odnosu na vrijednost strane valute radi promjene deviznog tečaja. Promjena tečaja može realno smanjiti ili povećati odnos vrijednosti dviju valuta, a samim time i iznos ugovorene veličine obveza. Stoga je moguća promjena iznosa ugovorne obveze u kunama nastala uslijed promjene tečaja. Leasing se isplaćuje po prodajnom tečaju PBZ-a na dan odobrenja leasinga, a otplata se obavlja po prodajnom tečaju PBZ-a na dan dospijeća. Prije sklapanja ugovora o leasingu PBZ-LEASING d.o.o. uručit će klijentu „Otplatni plan“ s iskazanom efektivnom kamatnom stopom te obrazac o informacijama o leasingu s jasno iskazanim svim bitnim elementima te ukupnim iznosom za plaćanje.

Posebna ponuda uvjeta PBZ-Leasinga za članove Hrvatske liječničke komore navedena u ovom oglasu vrijedi do 31.05.2021.



PBZ LEASING

www.pbz-leasing.hr

ZAGREB, Radnička cesta 44 • tel: 01 63 63 606, fax: 01 63 63 598

PULA, Šijanska 1b • tel: 052 652 290, fax: 052 224 241

PBZ LEASING D.O.O. • e-mail: info@pbz-leasing.hr

SPLIT, Ulica slobode 7 • tel: 021 421 292, fax: 021 421 279

OSIJEK, Ulica Republike Hrvatske 33 • tel: 031 431 220, fax: 031 297 868

RIJEKA, Đure Šporera 3 • tel: 051 751 250, fax: 051 751 253

ZADAR, Zagrebačka 3 • tel: 023 223 086, fax: 023 224 637

Ovaj oglas je informativnog karaktera i ne predstavlja obavezujuću ponudu za PBZ-LEASING d.o.o.

LIJEČNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

IZDAVAČKI SAVJET

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

TAJNIK UREDNIŠTVA

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

UREDNIČKI ODBOR

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

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

OGLAŠAVANJE

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

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlk.hr

Pretplatnička služba

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 12. travnja 2021.

LIJEČNIČKE NOVINE

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

IZDAVAČ

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

NASLOVNICA

Treći val

4 UVODNIK

Beskrajan dan

6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Ne zna se

8 RAZGOVOR

Doc. Jadranka Pavičić Šarić

12 TEMA BROJA

Klinički farmakolozi, 1. dio

21 KRONOLOGIJA COVID-19**22 IZ KOMORE**

Zdravstveni djelatnici i pandemija • Pub kviz • Najbolja fotografija
Pregled aktivnosti • Obavijest umirovljenim članovima HLK-a

26 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Ak. Samaržija o respiratornoj medicini • Otočki ginekolozi
Nakon transplantacije jetre • Novi izazovi u pedijatriji
Deset godina studija TRIBE

34 GOST UREDNIK

U raljama birokracije čak i u vrijeme prirodne katastrofe!

38 COVID-19

Otkrivanje zloćudnih tumora u pandemiji • Pozitivan test nakon
cijepjenja? • COVID-19 u brojevima • Prikupljanje konvalescentne
plazme • Kada serološka dijagnostika? • Liječenje COVID-19
antibioticima? • AstraZeneca i tromboza • Studij u vrijeme
pandemije

56 MLADI LIJEČNICI**58 SALUTOGENEZA****59 PRIKAZ SLUČAJA****60 LIJEČNIČKA PRIČA****63 REAGIRANJE****65 DOPIS IZ INOZEMSTVA****68 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****72 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE****75 IZ POVIJESTI HRVATSKOGA ZDRAVSTVA****78 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE****82 IZDAVAŠTVO****84 KULTURA****88 PUTOPIS IZ ŠVEDSKE****92 HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI****94 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

BESKRAJAN DAN



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

„Ukupni naslijeđeni dug zdravstva iznosi 7 milijardi i 300 milijuna kuna. Ministarstvo zdravstva je započelo pregovore s udrugom veledrogerija. Ministarstvo je izradilo program financijske stabilnosti zdravstvenog sustava.“

„Nakon pokrivanja duga HZZO-a konsolidirat ćemo bolnice. Zdravstvena reforma je u fazi izrade i očekujem da ćemo pronaći zajednička rješenja vodeći računa o socijalnom trenutku hrvatskih građana.“

„Reformu zdravstva provest ćemo tako da ova godinu bude posljednja u kojoj će se novac iz državnog proračuna trošiti na pokrivanje dugova u zdravstvenom sustavu.“

Zvuči poznato? Vjerujem da da. Ovo su tri citirane izjave koje je rekao ministar zdravstva u Vladi Republike Hrvatske. Ali interesantno, nije ih rekao aktualni **ministar Beroš**, nego njegovi prethodnici na toj vrućoj fotelji. I to prethodnici iz znatno, znatno ranijih mandata.

Prvu citiranu izjavu izrekao je **ministar Hebrang**, davne 2004. godine. Autor narednih dviju rečenica je **ministar Ljubičić** još 2007. godine, zadnja rečenica datira iz **siječnja 2008.** godine, a izrekao ju je **ministar Milinović**. Sve su one, složiti ćemo se svi, itekako aktualne danas i mogli bismo ih bez pogreške pripisati današnjim dužnosnicima iz Ministarstva zdravstva ili Vlade RH.

Nama, koji već godinama radimo u zdravstvu, sve to skupa izgleda kao u onom filmu Harolda Ramisa *Beskrajan dan*, gdje se jedne te iste scene stalno ponavljaju, iz dana u dan, iz tjedna u tjedan... pa onda u našem zdravstvu isto tako iz godine u godinu, iz reforme u reformu... Dakle, citati prethodnih ministara zdravstva su kao evergrini, uvijek svjež i svestremski.

Ovih je dana, nažalost, jedna od najaktualnijih tema u Hrvatskoj obustava isporuke lijekova u bolnicama. Naime, veledrogerije su obustavile ili izrazito ogra-

ničile isporuku lijekova hrvatskim bolnicama zbog nagomilanih dugova. U medijima smo već mogli čuti svjedočenja nekih pacijenata da im je odgođena primjena terapije zbog nedostatka potrebnog lijeka. Iako s krizom u zdravstvu živimo godinama i to je već postalo normalno, treba naglasiti da situacija u kojoj pacijenti ostaju bez potrebnih lijekova doista nikako nije uobičajena. To je iznimno frustrirajuće i krajnje neprihvatljivo za pacijente, ali i za nas liječnike. S velikim zanimanjem stoga promatramo pregovore Vlade, veledrogerija i dobavljača te se nadamo brzom i učinkovitim dogovoru.

Ova pandemijska godina rasvijetlila je ono najbolje, ali nažalost i ono najlošije u našem zdravstvu. Pokazala je da imamo zaista vrhunske ljude u sustavu, liječnike, medicinske sestre i ostale zdravstvene radnike, koji svojom žrtvom, entuzijazmom i predanošću održavaju sustav na životu. Ali je, možda snažnije nego prije, pokazala koliko su nam financije zdravstva postavljene na klimavim nogama, kako prihodi, tako i rashodi. Komentirajući velik dug u zdravstvu te blokadu isporuke lijekova, aktualni je ministar naveo kao jedan od razloga i povećanje plaća u zdravstvu u posljednjih nekoliko godina. Više je puta posljednjih tjedana ponovio da se radi o 24 % povećanju plaća, a da limiti bolnica nisu to pratili. Ispada kao da je netko drugi ugovorio takav rast plaća, koji je onda „iznenadio“ Vladu RH, Ministarstvo zdravstva i HZZO. Uzgred treba napomenuti, radi objektivnog pogleda na tematiku, da je prosječna plaća u Hrvatskoj u mandatu ove Vlade (rujan/2016. - siječanj/2021.) rasla, gle, zanimljivo, također 24 %. I javni, ali i realni sektor. Onda se zapravo može reći da je rast plaće u zdravstvu samo pratio rast prosječne plaće u Hrvatskoj, a nikako ne treba taj rast apostrofirati kao nešto nesvakidašnje ili ekstremno. Kada se pak to povećanje plaća zdravstvenih radnika stavi u istu rečenicu s odgođenom terapijom za onkološkog pacijenta zbog dugom izazvane neisporuke lijekova, onda se svatko od nas, htio ne htio, zapita: jesmo li zapravo mi liječnici (i ostali zdravstveni radnici) odgovorni za aktualnu krizu s isporukom lijekova? Jesmo li mi „krivi“ zašto naši pacijenti strepe hoće li dobiti lijek?

Naravno da nismo. I takva retorika i pokušaj stavljanja tih stvari u isti kontekst potpuno su promašeni i duboko pogrešni.

Vratimo se na početak. Ako su blokade bolničkih računa i obustave isporuke lijekova godinama perpetuirajuće u hrvatskom zdravstvu, onda zdravorazumski možemo zaključiti da je problem sustavan i kroničan, a nikako uzrokovan ovim ili onim povećanjem plaća, pa čak niti pandemijom.

I onda, koje je rješenje? Ima li ga? Naravno da ima. Zove se prilično kratko - reforma zdravstva. Hm, to tek zvuči poznato. Ono nešto kao snježni čovjek Jeti, svi su čuli za njega, ali ga nitko nije vidio.

„S obzirom na to da je reforma zdravstva jedan od visokih prioriteta Vlade Republike Hrvatske, a takve sustavne promjene nije bilo moguće započeti bez detaljno razrađenog plana, Ministarstvo zdravstva i Vlada RH izradili su dokument "Reforma zdravstva: Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske" koji je usvojio Hrvatski sabor. Alternativa reformi zdravstvenog sustava bila je produbljivanje financijske krize u zdravstvu, daljnje slabljenje kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite te fragmentacija zdravstvenog sustava, što se zateklo kao postojeće stanje.“

Tako piše u uvodu dokumenta Ministarstva zdravstva, iz mandata **ministra Vlahušića**, koji nosi naslov „Izvjješće o stanju reforme zdravstva **2000. - 2003.**“, dokumenta, dakle, staroga skoro dvadeset godina.

Reformu zdravstva sada možemo bez problema započeti (ili možda nastaviti) istim ovim tekstom uvoda. A ostatak teksta reforme bio bi preopširan za prostor ovog uvodnika. No, i tih tekstova ne manjka, iz raznih godina, pa i vrlo recentnih. Problem ili, modernije rečeno, izazov stoga nije sam tekst reforme zdravstva nego njegova provedba.

Uzgred, kad zaguglate pojam „reforma zdravstva“ dobijete oko 1,5 milijuna odgovora.

Sada će biti još jedan više.

> Ne zna se

„Vjerojatno misli da samo mi postojimo, supruga i ja, koliko druge viđa!“, reče mi pacijent za svoje dijete rođeno prije pola godine, u jeku drugoga vala pandemije. Drugo je već proljeće bez dodira, druga godina bez odgovora na većinu pitanja koja su se nametnula. Sve više dolazi do izražaja da bi planiranje ovakvih scenarija moglo biti rješenje za nekakve buduće nedaće. Željeno cjepivo je današnja stvarnost, no čini se da smo i za taj plan imali nedovoljnih devet do dvanaest mjeseci planiranja. Hoćemo li prestati ponavljati uvijek iznova iste pogreške i kad ćemo na njima nešto naučiti? Ne zna se.

Na stranicama koje slijede razgovaramo s doc. Jadrankom Pavičić Šarić, predsjednicom Povjerenstva za stručna pitanja Komore, čiji rad pandemija nije zaustavila već ga čini još bremenitijim. Ona šest godina zaredom kao prva među jednaka u Tuškanovoj 37 ne prestaje preispitivati struku i čuvati čast liječničkog umijeća.

Iscrpljujemo autoritete koji komentiraju, predviđaju, savjetuju i polemiziraju o vrućim pitanjima pandemije COVID-19. Možda na red dođu i oni o kojima pišemo u ovom broju, oni koji najviše znaju o farmakoterapiji i farmakovigilanciji i koji su prvi mjerodavni za procjenjivanje i lijekova i cjepiva – klinički farmakolozi. Malo birano društvo s desetljećima hrvatske tradicije.

Bez emocija nema učenja, nameće se iz iskustava ove i prošle godine. Ipak, i ovi novi nužni načini edukacije donose poneko dobro, poneki napredak i vještinu. Htjeli ne htjeli, prihvaćamo simulacije, apstrakcije i nedodirljive vizualizacije kao neizbježan način podučavanja i dajemo sve od sebe da kompenziramo nedostatke današnjih studentskih

života. Kako se osjećamo kao nastavnici medicinskih fakulteta, od čega strepimo i čemu se nadamo, pročitajte u ovome broju.

Koliki su do sada bili troškovi koje bolnice plaćaju za sudske sporove zbog tužbi liječnika za nepravilan obračun plaća posljednjih godina, za kamate na ignoriranje unaprijed znanog i jedinoga mogućeg pravorijeka?! *Nota bene*, ovi se postupci nastavljaju i svjesno se bezrazložno “bacaju” novci kojih nema. Bez sankcija, naravno. Bez odgovornosti. Godinama. Tko su oni čija nas je nestručnost tako skupo stajala? “Mogao bi porasti stupanj izdvajanja iz plaća za zdravstveno osiguranje” istodobno slušamo i čitamo. Je li to odgovor na prethodno pitanje? *Silly!*

Nije etično iznositi pojedinosti o zdravstvenom stanju pacijenata, niti o dojmovima o socijalnom stanju pacijenata, obvezni smo čuvati privatnost, osobito djeteta i osobito pri sumnji na zlostavljanje. Po ne znam koji put apeliramo na liječnike da ne iznose u javnost pojedinosti o zdravstvenom stanju pacijenata, niti kada se ne navodi konkretno ime pacijenta. Ime nije jedini način identifikacije, okolnosti događaja često nedvojbeno upućuju na identitet. Iako nema razlike o kojem i kakvom pacijentu je riječ, osobito ukazujemo na neetičnost iznošenja pojedinosti o zdravstvenom stanju djece i osobito žrtava zlostavljanja. Liječnik mora poštovati dostojanstvo pacijenta kao osobe, a „pri sumnji na zlorabu ili zlostavljanje djece i malodobnih osoba, liječnik je obavezan upozoriti odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno maloljetne osobe“, kako propisuje naš Kodeks medicinske etike i deontologije.



Također je propisano da liječnik obavještava o pacijentovu stanju one za koje je pacijent dao odobrenje ili su njegovi zastupnici. “Sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obavezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju.” A članak 22. Zakona o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja kaže: “Osobni podaci o darivateljima i primateljima organa predstavljaju tajnu”.

U vjeri da vrh vala prethodi njegovom dnu, rado bih da smo već na vrhu ovoga trećeg i da sljedeći broj pripremamo u nekom sretnijem ozračju, vraćeni već pomalo zaboravljenom „mirnodopskom“ životu.

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

Doc. dr. sc. JADRANKA PAVIČIĆ ŠARIĆ, dr. med.
predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor HLK-a

Godišnje nam stižu pritužbe na stručni rad oko 2 % liječnika

Doc. dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med., anesteziologinja i uža specijalistica intenzivne medicine, Dalmatinka je ličkih korijenja, puna životne energije. Članica uspješnog transplantacijskog tima KB-a Merkur, nastavnica medicinskog fakulteta, mentorica u radu pod nadzorom i rekreativna planinarka govori za Liječničke novine o aktivnostima i radu Povjerenstva na čijem je čelu te koliko je, između ostaloga, pandemija COVID-19 promijenila sadržaj njezina rada kao liječnice.

Razgovarala **Alice Jurak**

> Predsjednica ste Komorinog Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor u drugom mandatu. Koji je djelokrug rada Povjerenstva?

Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor jedno je od deset stalnih Povjerenstava Hrvatske liječničke komore. Obavlja niz poslova, od kojih su najvažniji briga i nadzor o opsegu i kvaliteti stručnog djelovanja liječnika te stručni nadzor nad radom liječnika u zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i liječnika koji obavljaju privatnu praksu.

Ovo je Povjerenstvo ujedno i najbrojnije u Komori, a čini ga devet liječnika različitih specijalnosti koji su prepoznati po svom stručnom radu. Povjerenstvo je sastavom svojih članova prilično konstantno od početka moga prvog mandata (od 2015. godine) te zahvaljujem svim kolegama, bivšim i sadašnjim članovima Povjerenstva na njihovoj stručnosti, predanosti i profesio-

nalizmu u zajedničkom obavljanju poslova iz djelokruga rada ovog Povjerenstva, osobito svom zamjeniku u Povjerenstvu, izv. prof. dr. sc. Jošku Markiću.

Prema Statutu Komore Povjerenstvo obavlja i sljedeće poslove: sudjeluje pri utvrđivanju standarda i normativa zdravstvenih usluga, daje stručna mišljenja kod pripreme propisa koji utječu na razvoj zdravstvene struke, sudjeluje u pripremi prijedloga mreže zdravstvene djelatnosti s ministarstvom nadležnim za zdravstvo, razmatra, daje mišljenje i utvrđuje stajalište i o drugim stručnim pitanjima, surađuje sa stručnim društvima i medicinskim fakultetima te ministarstvom nadležnim za zdravstvo, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kakvoću, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge koja im se pruža, vodi brigu o unapređivanju vrsnoće stručnog djelovanja, opreme i organizacije zdravstvene zaštite, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom u provedbi zdravstveno-inspekcijskog nadzora, svoj

rad koordinira s ostalim tijelima Komore, poduzima potrebne prethodne radnje za provođenje postupaka pred Sudom Komore, promiče znanstvene postupke dijagnostike i liječenja, a suzbija nadriliječništvo te obavlja i druge poslove određene zakonom, Statutom te drugim općim aktima HLK-a.

> Koliko prijava /predmeta zaprimite godišnje i o čemu se najčešće radi?

Godišnje zaprimimo oko 500 pritužbi koje Uredbeni ured Komore dodijeli Povjerenstvu za stručna pitanja i stručni nadzor, međutim, tu ubrajam i one pritužbe koje u formalnom smislu ne zadovoljavaju daljnje postupanje po istima, dakle nepotpisane pritužbe, pritužbe iz kojih nije razvidno na kojeg se liječnika podnositelj pritužuje, pritužbe iz kojih nije razvidno na koji dio stručnog rada liječnika se pritužba odnosi i sl. Ukoliko se radi o takvim pritužbama, od podnositelja prijave zatražimo uređenje predstave na način da iz nje bude razvidno sve prethodno navedeno, a kako bismo mogli dalje po istoj postupati. Dio podnositelja pritužbi nikad ne dostavi uređenu

predstavku tako da godišnje otprilike imamo 250-ak pritužbi na stručni rad liječnika po kojima postupamo. Nakon očitovanja prijavljenog liječnika te nakon detaljnog proučavanja dostavljene medicinske dokumentacije, Povjerenstvo donosi stručno mišljenje.

> Utvrđuje li stručno mišljenje Povjerenstva liječničku krivnju?

Povjerenstvo NE donosi stručno mišljenje o krivnji liječnika nego donosi mišljenje je li liječnik učinio stručni propust ili nije. Nečiju krivnju utvrđuje isključivo nadležni sud, što ovo Povjerenstvo nije. Stručno mišljenje se donosi za potrebe Komore, a prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Komora u slučaju utvrđenja stručnog propusta članova izriče mjere u skladu sa svojim aktima (čl. 203). Konkretno, to znači da Komora putem svojih tijela može, na osnovi mišljenja u kojem je utvrđen stručni propust liječnika, podnijeti zahtjev za pokretanjem disciplinskog postupka Časnom sudu Komore. Časni sud Komore, kao neovisno tijelo kojim predsjedava sudac koji je istaknuti pravnik, utvrđuje disciplinsku odnosno stegovnu odgovornost liječnika. Disciplinska odgovornost liječnika predstavlja jednu vrstu odgovornosti kojom se nastoji osigurati stručno i zakonito obavljanje liječničke djelatnosti.

> Bilježi li Povjerenstvo porast broja prijava i ako raste, zašto je tome tako po vašem mišljenju?

U odnosu na početke mog rada u Povjerenstvu primjećujem porast broja pritužbi na rad liječnika, međutim, u kontekstu ukupnog broja radno aktivnih liječnika (oko 13 000), onda je broj od oko 250 takvih prijava godišnje doista malen. Dakle, godišnje otprilike 2 % liječnika dobije prijavu na stručni rad.

> Koliko je liječničkih licencija u posljednjih deset godina oduzeto privremeno ili trajno? Možete li nam navesti kakva je praksa i kakvi su brojevi u drugim zemljama kada je u pitanju privremeno ili trajno oduzimanje liječničkih licencija? Imaju li i druge zemlje disciplinsku mjeru trajnog oduzimanja liječničke licencije?

Komora do sada nikada nije liječniku trajno oduzela takvo odobrenje, ali ga je privremeno oduzelo, uvjetno ili bezuvjetno, u slučaju 298 liječnika, nakon što je Časni sud utvrdio nedostojnost u obavljanju liječničke djelatnosti ili težu disciplinsku povredu (povreda ugleda liječničke profesije ili odredbi zakona o obavljanju liječničke djelatnosti, Kodeksa medicinske etike i deontologije ili nestručni rad). Koliko znam, neke susjedne zemlje čak niti nemaju opciju trajnog oduzimanja





Doc. dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić i autorica intervjua Alice Jurak

odobrenja, nego im je „najveća kazna“ oduzimanje licencije na određeno, kraće vremensko razdoblje.

Mnogo puta se može čuti da je Komora u disciplinskim postupcima „preblaga“ prema liječnicima zato što je to „dužna“ činiti zbog statutarne odredbe da štiti prava i zastupa interese liječnika te da se brine o ugledu liječnika i liječničkog zvanja, ali i zbog toga što je liječnici financiraju. Treba naglasiti da neovisno tijelo Komore, Sud Komore, kojim predsjedava sudac pravnik, izriče disciplinske mjere i time kazne liječnicima. Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor provodi tzv. „prethodni postupak“ kojim utvrđuje opravdanost zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka pred Sudom Komore, odnosno poduzima prethodne radnje za provođenje postupka pred tim Sudom. U donošenju pozitivnog mišljenja, kojim se utvrđuje opravdanost zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka, ili negativnog mišljenja kojim se utvrđuje neopravdanost takvog zahtjeva, Povjerenstvo se vodi isključivo objektivnim okolnostima stručnog rada liječnika, pri čemu doista štitimo prava i interese liječnika, ali istovremeno ne zatvaramo oči pred evidentnim stručnim propustima. Držim da je upravo promicanje izvrsnosti u liječničkoj profesiji i zaštita pravila struke, a što nastojimo provoditi radom Povjerenstva, naš najjači alat u obrani prava i zastupanju liječničkih interesa.

➤ Što biste naveli kao najveći uspjeh u dosadašnjem radu Povjerenstva?

Najvećim takvim uspjehom smatram one stručne nadzore koje smo realizirali nakon što su nam se kolege liječnici obratili i pozvali nas

da dođemo u nadzor izražavajući i dajući nam na taj način povjerenje da ćemo im pomoći u unaprjeđenju njihova stručnog rada. Stručni nadzori su inače javna ovlast Komore i oni se planiraju krajem svake godine za sljedeću. Osobito nas raduje kada od kolega dobijemo povratnu informaciju da su zdravstvena ustanova ili sami liječnici, na osnovi našeg mišljenja, unaprijedili svoje radno okruženje i stručni rad. Primjerice, nakon stručnog nadzora nad Klinikom za anesteziologiju u KBC-u Split, gdje smo utvrdili nedostatan sustav odvodnje anestezijskih plinova iz operacijskih dvorana, Uprava bolnice je otklonila taj nedostatak. Zatim, u Općoj bolnici Dubrovnik unaprijeđeno je vođenje medicinske dokumentacije... Bilo je više sličnih primjera.

➤ Koliko je pandemija COVID-19 promijenila sadržaj vašeg rada? Imate li dovoljno medicinskih dokaza u vezi s pandemijom na koje se možete osloniti pri donošenju odluka?

Pandemija COVID-19 prilično je promijenila sadržaj mog rada i interesa. Iako nisam infektolog nego anesteziolog uže specijalizacije iz intenzivne medicine, u proteklom razdoblju sam aktivno pratila, i još uvijek pratim, stručnu i znanstvenu literaturu vezanu za činjenice o SARS-CoV-2, bolesti koju izaziva, terapijskim mogućnostima, cjepivima... Tijekom „drugog vala“ pandemije, u studenom i prosincu prošle godine pomagala sam kolegama u KB-u Dubrava, koja je od samog početka pandemije postala „COVID bolnica“, S ostalim kolegama iz bolnica Merkur, Sveti Duh i Klinike

za dječje bolesti Zagreb radila sam u Jedinici intenzivnog liječenja, tzv. „IC-6“. To je bilo posebno iskustvo, sasvim nova i drukčija profesionalna dimenzija, nešto što ću sigurno dugo pamtiti u pozitivnom smislu, budući da smo u najtežim okolnostima pokazali iznimno zajedništvo, entuzijazam i stručnost.

➤ Kakav je vaš dojam kao nastavnice medicinskog fakulteta i mentorice u radu pod nadzorom, o izvedbi podučavanja u uvjetima ove pandemije?

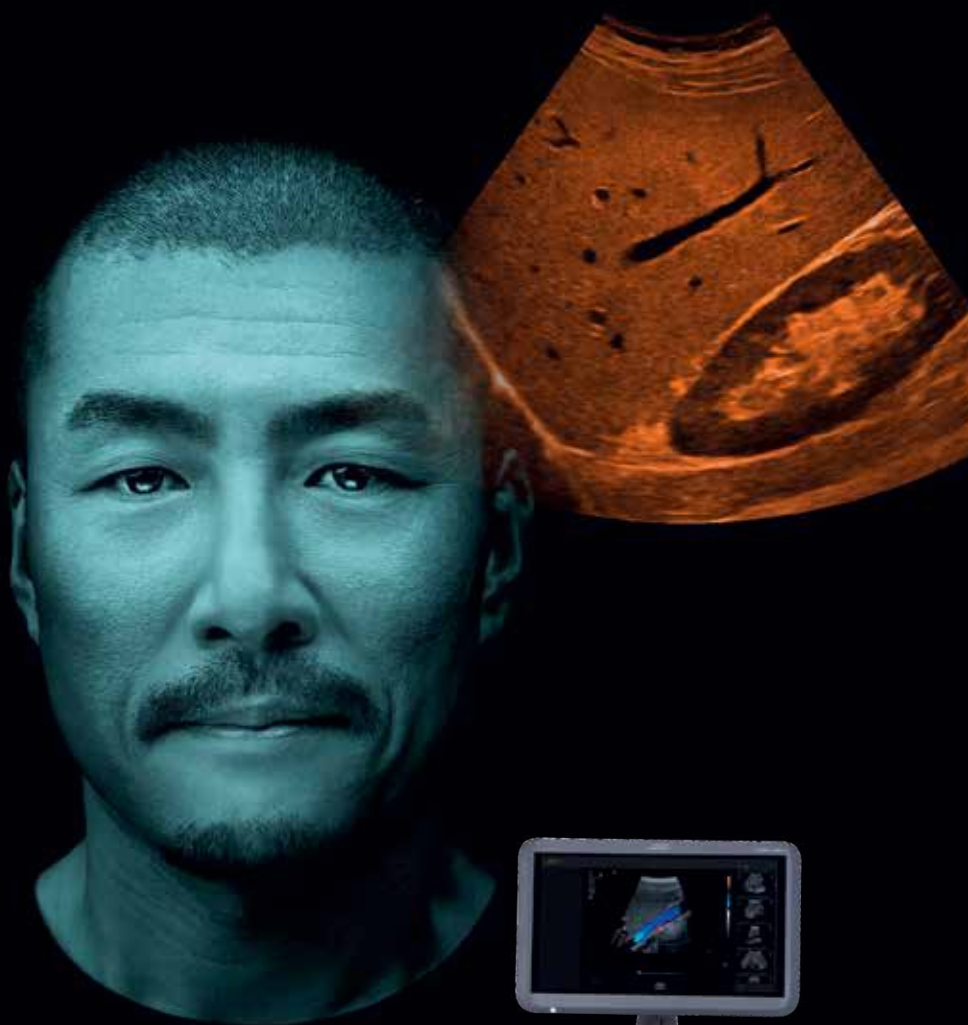
Prije pandemije bila sam mentorica u radu pod nadzorom jednomu mladom liječniku i to je bilo izvrsno! Kolega je bio jako motiviran da nauči manualne i ostale vještine propisane Pravilnikom o radu pod nadzorom, pa i više od toga, i to je bilo jako uspješno. Međutim, s početkom pandemije je rad pod nadzorom u takvom obliku „stavljen na led“ pa je kolega, kojemu sam bila mentorica, upućen da pomaže epidemiolozima u nadležnom Zavodu za javno zdravstvo, što je bilo i razumljivo s obzirom na tadašnje (i sadašnje!) okolnosti.

➤ Tko je Jadranka Pavičić Šarić?

Prije svega supruga, majka dvojice sinova. Dalmatinka ličkih korijena koja se već u dobroj mjeri osjeća Zagrepčankom. Anesteziologinja, uža specijalistica intenzivne medicine, članica uspješnog Transplantacijskog tima KB-a Merkur, sudska vještakinja za područje anesteziologije i intenzivne medicine. Kolegama dostupna i uvijek spremna pomoći.

ACUSON Juniper Ultrasound System

Everything you need, nothing you don't



Higher patient volumes. Larger patient sizes. Limited diagnostic certainty. In the face of these trending challenges, you need a reliable ultrasound system that can consistently deliver high-quality images across disease states – a system with optimized accessibility, expanded applications, and ease of use.

- **Small on the outside, yet big on the inside:** ACUSON Juniper is powered by a completely new platform, designed from the ground up to offer high-fidelity transmit and receive acoustic signals that greatly reduces noise and offers premium image quality and industry leading elasticity solutions.
- **Where form and function meet:** Performance comes at no cost to the functional design of the system. ACUSON Juniper offers one of the smallest market footprints in its class, effortless maneuverability, 5 active transducer ports and a simple, intuitive and highly customizable control panel.

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

siemens-healthineers.com/juniper



Contact:

Siemens Healthcare d.o.o.

Heinzlova 70/A

Tel. +385 1 6105258

E-mail: siemens.healthcare.rc-hr.dl@siemens-healthineers.com

KLINIČKI FARMAKOLOZI

> I. DIO

✍ Piše: ALICE JURAK



Prof. dr. sc. DINKO VITEZIĆ, dr. med.

Predsjednik Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i Klinički bolnički centar Rijeka

Zaposlen sam na Medicinskom fakultetu u Rijeci i KBC-u Rijeka, a prvi sam puta čuo za kliničku farmakologiju u svibnju 1988. slučajnošću vezanom uz nastup u popularnom kvizu Kviskoteka tada mladog specijalizanta, danas izvanrednog profesora Aleksandra Kneževića iz Zadra. Kada se u Rijeci 90-ih godina, uz nastojanja tadašnjeg dekana i predstojnika Zavoda za farmakologiju profesora Simonića, otvorila mogućnost specijalizacije, s radošću sam je prihvatio te krenuo na četverogodišnju specijalizaciju u KBC Zagreb. Vrijeme specijalizacije je bilo opterećeno ratnim zbivanjima, u kojima sam također kao liječnik sudjelovao i završio sudjelovanjem u vojno-redarstvenoj operaciji Oluja. Danas se to na neki način može usporediti sa zbivanjima u pandemiji, gdje su mladi specijalizanti nužno i kvalitetan dio timova za brigu o bolesnicima.

Klinička farmakologija me u profesionalnom smislu ispunila i više nego što bih ikada pomislio, napredovanjem u stručnom i u znanstvenom smislu, od magisterija i doktorata, od člana pa do predsjednika Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju, člana izvršnog odbora i člana savjeta Europskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju, potpredsjednika Sekcije za kliničku farmakologiju Europske unije medicinskih specijalista (UEMS), člana i vođenja povjerenstava u Hrvatskoj (HZZO, SEP i dr.), ali i na razini Europske unije (EMA), organizacija i sudjelovanje u brojnim stručnim skupovima i kongresima.

Pandemija COVID-19 lansirala je farmakoterapiju i cijepljenje u medijsku orbitu kao životno važne teme za preživljenje čovječanstva. I dok smo se još lani mogli tješiti optimizmom u želji da se radi o kratkoročnom problemu, danas to više nije slučaj. Na scenu stupaju ozbiljni stručnjaci i sve manje vidamo kvazi znanstvene proroke kao vodeće autoritete u ovom području. Naša zemlja s pola stoljeća tradicije kliničke farmakologije ima itekako kvalificirane i angažirane stručnjake koji bi trebali imati vodeće položaje u izvješćivanju i komentiranju lijekova i cjepiva protiv COVID-19. Tko su oni?

Puno se toga dogodilo, upoznao sam kroz struku izvršne i drage kolege, uživao u radu sa studentima i bolesnicima, i da ponovno biram, u svojem bih medicinskom putu opet izabrao kliničku farmakologiju.

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

Klinički farmakolozi su eksperti za područje lijekova te su na europskoj razini sudjelovali u donošenju preporuka i analizi rezultata kliničkih ispitivanja lijekova. U nas su članovi Društva, pa i ja osobno, javno putem medija iznosili provjerene i stručno utemeljene stavove. Društvo je organiziralo izvrsno popraćen webinar o terapiji i cjepivima za COVID-19. Isto sam tako mnogim zainteresiranima, a i kolegama, dao najsvježije podatke i preporuke vezane uz lijekove i cijepljenje, a što svakako uključuje i pitanja o nuspojavama.

Funkcionira li farmakovigilancija u našoj zemlji dostatno?

Praćenje nuspojava jedan je od važnih segmenata u procjeni lijekova te je do osnivanja HALMED-a bilo u okviru Zavoda za kliničku farmakologiju KBC-a Zagreb. Spontano prijavljivanje nuspojava znači da svi u zdravstvenom sustavu moraju i mogu doprinijeti njegovoj kvaliteti. Farmakovigilancijski sustav je usklađen sa standardima koje zahtijeva Europska medicinska agencija.

Koja su glavna obilježja posla kliničkog farmakologa?

Oni pokrivaju iznimno širok spektar zadataka ove struke. No to je i prednost, jer svaki klinički farmakolog može pronaći i baviti se onim segmentom koji mu najviše leži. Stoga bismo zadatke kliničke farmakologije mogli definirati u četiri skupine:

1. Praktični zadatci su sve aktivnosti koje dovode do što je moguće uspješnijega i manje štetnog liječenja lijekom, a što uključuje optimalan izbor lijeka, kombinacije

lijekova, optimalnu dozu, odgovarajući put unosa i trajanje primjene lijeka ili kombinacije lijekova, davanje savjeta o pronalaženju najboljih izvora informacija o lijekovima (internet, smjernice za liječenje pojedinih bolesti...), sudjelovanje u timskom radu pri liječenju teških bolesnika, posebno tamo gdje oni neprimjereno, neočekivano reagiraju na liječenje. Nadalje, zadaci su sudjelovanje u timskom radu u planiranju kliničkih pokusa, savjetovanje farmaceutske industrije i upravnih organa zdravstva, pripremanje zakona i propisa na području lijekova (Zakon o lijekovima, Liste lijekova zdravstvenih osiguranja...). Aktivnost u bolničkom povjerenstvu za lijekove, ali i u etičkom povjerenstvu zdravstvene ustanove, predstavlja neke od najvažnijih praktičnih zadataka kliničkih farmakologa. Istraživanja vrijednosti lijeka, odnosa cijene i učinka nekog lijeka i farmakoekonomske analize ne mogu biti uspješne bez kliničkoga farmakologa koji je educiran u ocjeni svih varijabli i njihovih odnosa.

2. Istraživački zadatci kliničke farmakologije obuhvaćaju upoznavanje s rezultatima pokusa na životinjama pa do kliničkih ispitivanja, ali i široku paletu istraživanja u području lijekova i terapije, primjerice istraživanja lijeka u čovjeku, počevši od farmakodinamike i farmakokinetike do etike istraživanja na čovjeku, otkrivanje nuspojava, pozornost na interakcije, farmakogenetika, terapijsko praćenje koncentracije lijekova, farmakoekonomike i sl.
3. Nastavni zadatci kliničke farmakologije snažnije su izraženi u kliničkim nastavnim zdravstvenim ustanovama, ali ne samo tamo gdje se podučavaju studenti medicine, budući liječnici. Tamo gdje klinički farmakolog može povećati znanje sredine u kojoj radi ili koja ga pozove da pomogne svojim savjetom i znanjem (bez obzira na razinu zdravstvenih radnika, od specijalista, nespecijalista, do medicinskih suradnika, sestara, bolničara) nastavna će uloga kliničke farmakologije doći i mora doći do izražaja. Treba spomenuti niz udžbenika i priručnika koji su rezultat rada kliničkih farmakologa tijekom proteklih godina.
4. Kombinirani zadatci kliničke farmakologije obuhvaćaju segmente prethodno navedenih zadataka. Važna je njena uloga u nastavno-praktičnoj aktivnosti izdavanja uputa, smjernica, priručnika, udžbenika, koji utječu na racionalniju uporabu lijekova. Časopis „Pharmaca“ koji je počeo izlaziti pod nazivom „Lijekovi“ 1965. godine, glasilo je Društva. Ovdje treba spomenuti regionalno i međunarodno prihvaćen Jadranski kongres farmakoekonomike i istraživanja ishoda liječenja koji se redovito već više od deset godina održava u organizaciji Društva, odnosno Sekcije za farmakoekonomiku i istraživanje ishoda liječenja.

Specijalizacija kliničke farmakologije prihvaćena je u Hrvatskoj od 1976. godine te je klinički orijentirana i pretežno posvećena praktičkim zadacima kliničke farmakologije – primjeni lijekova zasnovanoj na dokazima – pridaje se najveća pozornost.

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

U Hrvatskoj ih imamo do 40, ali su raspoređeni neravnomjerno. Najviše ih ima u

Zagrebu, gdje gotovo svaka klinička ustanova ima bar jednoga, a ideal bi bio da ga ima svaka veća, poglavito županijska bolnica. HZZO je spoznao važnost kliničkih farmakologa za rad bolničkih Povjerenstava za lijekove te se zalaže da se u nedostatku kliničkih farmakologa, u povjerenstvima za lijekove bolnica koje ga nemaju, koristi klinički farmakolog iz najbliže bolničke ustanove. Osim u zdravstvenom sustavu, klinički su farmakolozi prisutni i u okviru medicinskih fakulteta, ali i na drugim mjestima u okviru djelatnosti koje su navedene u prethodnom odgovoru (HALMED, HZZO, farmaceutska industrija).

Kakva je pozicija vaše struke u Hrvatskoj u usporedbi s Europom i svijetom?

Raznolika je u svijetu, a u razvijenim je zemljama snažnije zastupljena, posebno UK-u i skandinavskim zemljama. U nas je s obzirom na povijest prilično dobro pozicionirana, a budućnost joj ne ovisi samo o kliničkim farmakolozima već je važan i smjer kojim se razvija zdravstvo. U sustavu koji je isključivo ekonomski orijentiran, gdje se naplaćuje po pruženoj usluzi, ona će se teško pozicionirati. Svaki će ravnatelj ili poslovni upravitelj bolnice radije zaposliti specijalista čiju će uslugu lako i odmah naplatiti osiguravateljskoj kući (npr. ultrazvučni pregled, koronarografija, RTG), negoli kliničkog farmakologa. Rad i ekspertiza kliničkog farmakologa u bolnici i u sustavu zdravstva daje financijske rezultate tek nakon određenog vremena (smjernice za primjenu neke skupine lijekova, režim rezervnih antimikrobnih lijekova, objektivne informacije o lijekovima i organizacija kliničkih ispitivanja). Sustav koji se temelji na brzini i ne planira na dulje vrijeme, a ne stremlji kvaliteti i važnosti prijedloga i rješenja, u suprotnosti je s osnovnim načelima kliničke farmakologije.

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

Ova nam je pandemija potvrdila da znanost dovodi do napretka medicine kakav se u ovakvim izvanrednim prilikama može postići i u ekstremno kratkom roku, izvan standarda vremenskog razdoblja potrebnog za klasično kliničko ispitivanje. U donošenju odluka i savjeta o farmakoterapiji, a što

uključuje i cijepljenje, treba se pridržavati načela medicine utemeljene na dokazima i rezultata kliničkih ispitivanja. Sve nuspojave treba prijaviti kako bismo saznali rizike novih terapija. Sve što izlazi izvan navedenih okvira i nije odobreno od regulatornog tijela, predstavlja kliničko ispitivanje i rezultate treba prikupljati na organiziran način.



Doc. dr. sc. SUZANA MIMICA MATANOVIĆ, dr. med.

Prva dopredsjednica Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju
Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Klinički bolnički centar Osijek

Radim kao specijalistica kliničke farmakologije s toksikologijom u KBC-u Osijek. Specijalistički ispit položila sam u rujnu 2004. godine. 1999. postajem znanstveni novak na Katedri za farmakologiju Medicinskog fakulteta u Osijeku i upisujem poslijediplomski specijalistički studij iz kliničke farmakologije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu (tada ovaj studij nije bio rezerviran samo za specijalizante kliničke farmakologije).

Početkom 2000. započinjem specijalizaciju iz kliničke farmakologije s toksikologijom za KBC Osijek. Mentor mi je bio najprije prof. Božidar Vrhovac iz KBC-a Zagreb, a nakon njegova umirovljenja prof. Igor Francetić. Gotovo tri i pol godine specijalističkog staža provela sam izvan matične ustanove, uglavnom na Zavodu za kliničku farmakologiju KBC-a Zagreb i na ostalim zavodima Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb.

Kada bih ponovno birala, izabrala bih isti put. Pred sam kraj studija čitala sam jedan intervju s profesorima kliničke farmakologije i odmah shvatila kako je to područje kojim bih se htjela baviti. Između ostalog, oćarala me mogućnost da stalno budem na izvoru informacija o najnovijim lijekovima koji se

pojavljaju na tržištu, kao i o onima koji se razvijaju i koji će tek doći na tržište. Prije upisa na studij dvoumili sam se između studija medicine i matematike, a čini mi se da klinička farmakologija doista jest dio medicine u kojem treba koristiti i matematičku logiku.

Naglasila bih i da su prof. dr. Ante Tvrđić, eksperimentalni farmakolog i tada predsjednik Katedre za farmakologiju na Medicinskom fakultetu u Osijeku, kao i današnji dekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu, prof. dr. Marijan Klarica (koji je godinama držao nastavu iz farmakologije na studiju medicine u Osijeku, pa čak i u najteže, ratno vrijeme 1991./92. kad je upravo moja generacija slušala farmakologiju!), imali važnu ulogu u ponovnom etabliranju kliničke farmakologije u Osijeku, na čemu im i ovaj put zahvaljujem. Prethodno je u tada Općoj bolnici Osijek kao klinički farmakolog radila dr. Dubravka Tarle sve do 1990. godine, a nakon njezina odlaska u Zagreb, u Osijeku nije bilo kliničkih farmakologa sve do mog povratka sa specijalizacije 2004. godine.

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

Naravno, važno je da detaljno i redovito pratimo područje farmakoterapije i razvoja cjepiva protiv SARS-CoV-2 te da kolegama u svakom trenutku pružimo ažurirane, kvalitetne i jasne informacije. Već na samom početku pandemije, kad su se pojavile hipoteze kako ibuprofen s jedne strane te ACE inhibitori i blokatori receptora angiotenzina II s druge, mogu pogoršati tijek COVID-19, trebalo je proučiti dostupnu literaturu i odmah dati jasne upute i odgovore na sva pitanja. Tijekom pandemije održala sam niz predavanja o lijekovima i cjepivima protiv COVID-19, gostovala u radijskim emisijama na ovu temu i davala intervjue za neke pisane medije. Otkako je u nas započelo cijepljenje protiv COVID-19, najčešće dobivamo upite o nuspojavama cjepiva i kontraindikacijama za cijepljenje, prije svega od osoba koje u anamnezi imaju preosjetljivost na različite lijekove. Takvih upita zna biti i nekoliko svakoga dana.

U kojoj su mjeri promijenjene okolnosti vašega rada zbog ove pandemije? Koja su glavna obilježja posla kliničkog farmakologa?

S pozicije kliničkog farmakologa u KBC-u Osijek, mogu sa zadovoljstvom reći da se bavim kliničkom farmakologijom u pravom smislu riječi. Doći kao mlad specijalist u veliku bolničku ustanovu i razvijati struku doslovno iz korijena, sve je samo ne lako. Bilo je na nekim etapama trnovito, ali se isplatilo i na kraju sve dobro posložilo. Od 2006. godine imam Ambulantu za kliničku farmakologiju, kamo upućuju pacijente liječnici obiteljske medicine, a putem internih uputnica specijalisti iz bolnice. U ambulantu se najčešće upućuju pacijenti s preosjetljivošću na lijekove, svim drugim nuspojavama na lijekove, kao i trudnice i dojilje, te pacijenti s polipragmazijom kojima je potrebno korigirati terapiju. Pored ambulantnih pacijenata, radim i konzilijarne preglede za ležeće bolesnike. Važan smo iskorak napravili u ožujku 2016., otkako smo i za KBC Osijek počeli raditi testiranje preosjetljivosti na lijekove putem dnevne bolnice, kao u jedinoj ustanovi izvan Zagreba gdje se ovo testiranje može obaviti. U djelokrugu rada kliničkih farmakologa je i rad u povjerenstvima za lijekove ustanova, ali i svi aspekti racionalne primjene lijekova, kako na razini ustanove, tako i na razini države.

Znanja kliničkih farmakologa važna su i za rad u regulatornim tijelima i povjerenstvima koja se bave raznim aspektima primjene lijekova. Bila sam primjerice prvo član, a potom i predsjednica Središnjeg etičkog povjerenstva RH, kao i hrvatski delegat u jednom od povjerenstava Europske agencije za lijekove. Neki su klinički farmakolozi i sveučilišni nastavnici koji sudjeluju u edukaciji studenata medicine iz područja kliničke farmakologije i racionalne primjene lijekova. Voditelj sam modula Racionalna terapija i farmakoterapija najčešćih stanja koji slušaju studenti 6. godine Medicinskog fakulteta u Osijeku.

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

Nedavno smo ažurirali popis. U Hrvatskoj je radno aktivnih 30 specijalista kliničke farmakologije s toksikologijom, od toga ih je u bolničkom sustavu 19. Preostali su primjerice u HALMED-u, na fakultetima i u nekim regulatornim tijelima. Specijalizanata

je desetak. Bilo bi dobro da je specijalista i više i da svaka bolnička ustanova ima kliničkog farmakologa, a veći klinički centri i više njih. Dvoje izvrsnih specijalizanata iz KBC-a Osijek, dr. Ana Havičić i dr. Zvonimir Čagalj, završit će specijalizaciju krajem ove godine. Veselim se što ćemo se ekipirati, moći raditi puno više te proširiti spektar našega rada.

Kakvo je zanimanje za kliničku farmakologiju među studentima medicinskih fakulteta?

Posljednjih nekoliko godina zamjećujem povećan takav interes. Uglavnom su zainteresirani najbolji studenti. Uostalom, i naši specijalizanti su mahom bili izvrsni studenti, tako da se ne moramo bojati za budućnost struke.

Kakva je pozicija vaše struke u Hrvatskoj u usporedbi s Europom i svijetom?

Prvo bih naglasila važnu činjenicu da je Hrvatska od samih početaka kliničke farmakologije zauzimala istaknuto mjesto u europskoj kliničkoj farmakologiji, prije svega zahvaljujući prof. Vrhovcu, utemeljitelju struke u Hrvatskoj. Rekla bih da to istaknuto mjesto imamo i danas.

Problem specijalizacije su velike razlike u specijalističkoj izobrazbi u Europi. U nekim je državama klinička farmakologija subspecijalizacija nakon neke druge specijalizacije, primjerice nakon interne medicine ili pedijatrije, dok je u nizu drugih država zasebna specijalizacija. Među posljednjima također postoje velike razlike jer je u nekim više vezana uz klinički rad i uz pacijente, a u drugima uz znanstveni rad. U UEMS-u se pokušavaju uskladiti programi specijalističkog usavršavanja. Što se tiče kliničke farmakologije u svijetu, ona je primjerice dobro razvijena u Australiji i Japanu, a u SAD-u kliničkih farmakologa gotovo uopće nema.

U Hrvatskoj specijalizacija traje četiri godine i zasebna je specijalizacija. Prema tzv. Britanskom modelu, orijentirana je na klinički rad i na pacijente. Planiramo vrlo skoro i neke izmjene specijalističkog plana i programa.

Neki istaknuti europski klinički farmakolozi tvrde kako već desetak godina postoji stagnacija struke, nakon prvobitnog uzleta 60-ih i 70-ih godina. Rekla bih da klinička

>>

farmakologija ima važnu ulogu u sadašnjem vremenu, ali da će sigurno važnu ulogu imati i u budućnosti. Naime, sve je više bolesnika starije životne dobi, s brojnim komorbiditetima i sa sve više lijekova, lijekovi su sve složenijeg mehanizma djelovanja, kompleksniji su i klinički pokusi, sve više otkrivamo o genetičkoj podlozi farmakokinetike i farmakodinamike. Trebat će znanja i ekspertize za procjenu koristi i rizika od lijekova, za personalizirani pristup liječenju, za racionalnu primjenu lijekova.



Prim. dr. sc. VIKTORIJA ERDELJIĆ TURK, dr. med.

Tajnica Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju

Zavod za kliničku farmakologiju,
Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb

Od 2006. godine radim kao specijalistica kliničke farmakologije na Zavodu za kliničku farmakologiju Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb. Kao studentica medicine u Zagrebu ranih sam 90-ih sudjelovala u istraživačkim programima Medicinskog fakulteta u suradnji s UNHCR-om, UNICEF-om i Svjetskome zdravstvenom organizacijom u tzv. Komi, nekadašnjem sanitetskom stžeru. Kako su ovi projekti bili vezani uz ratna stradanja i stradalnike, programi su provedeni u suradnji s vodećim hrvatskim psihijatrima te mi je neko vrijeme bila želja specijalizirati psihijatriju. U radu s kolegama upoznala sam se sa specifičnostima racionalne psihofarmakoterapije te poslije i s kliničkim ispitivanjima u vulnerabilnim skupinama (hvala Nevenu Henigsbergu!). To je pobudilo moj interes za kliničku farmakologiju o kojoj sam do tada malo znala. Nakon završenog fakulteta radila sam honorarno za

jednu ugovornu istraživačku organizaciju, a nije bilo sretnije osobe od mene kada sam dobila specijalizaciju iz kliničke farmakologije 2002. godine u KBC-u Zagreb na Rebru. Tada je Zavod za kliničku farmakologiju još vodio profesor Božidar Vrhovac, osnivač kliničke farmakologije na našim prostorima, uz profesora Igora Francetića i profesora Ivana Bakrana. Zavod je bio pun mladih entuzijastičnih specijalizanata i specijalista, od kojih sam puno učila. Sva očekivanja koja sam imala od specijalizacije bila su nadmašena. Danas i ja pokušavam prenijeti taj entuzijazam mlađim kolegama kako bi se naša struka i dalje uspješno razvijala dalje te dala maksimalan doprinos zdravstvenom sustavu pa tako društvu u cjelini.

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

Nažalost, nedovoljno su iskorišteni potencijali kliničke farmakologije tijekom pandemije. Iako pojedinačno klinički farmakolozi zauzimaju istaknute položaje na sveučilištima, u različitim povjerenstvima te regulatornim tijelima gdje svojim djelovanjem promoviraju načela kliničke farmakologije, pri donošenju mišljenja, stavova i odluka vezanih za COVID-19 ipak se ne vidi se značajniji utjecaj kliničke farmakologije, struke kojoj je zadatak pomoći donošenju racionalnih zaključaka na temelju znanstvenih dokaza.

Uz pandemiju koronavirusa suočavamo se i s infodemijom (epidemijom informacija), odnosno prekomjernom količinom često nepotpunih i/ili netočnih informacija koje otežavaju učinkovito sagledavanje problema.

Nedosljednost u izjavama i preporukama vezanim uz pandemiju istaknutih članova stručne i znanstvene zajednice (često izvan njihove užje struke) zbog brzog prihvaćanja ograničenih i/ili nepotvrđenih dokaza, dovodi do porasta nesigurnosti i nepovjerenja zajednice u medicinsku struku, što je porazna činjenica. **Zaboravljamo li da u piramidi kvalitete dokaza mišljenje pojedinačnog stručnjaka predstavlja najmanje kvalitetan dokaz?** To se odnosi kako na informacije o komparativnoj prednosti ili

opasnosti različitih cjepiva protiv COVID-19 tako i na farmakoterapiju u profilaksi ili liječenju COVID-19.

Moje su aktivnosti u vezi s pandemijom brojne (kao i mojih kolega), a uključuju edukaciju o načelima racionalne farmakoterapije COVID-19 kako za studente tako i zdravstvene djelatnike različitih struka (predavanja, časopis „Pharmaca“, vođenje bloga na www.e-pharmaca.com, publiciranje u znanstvenim i stručnim časopisima, zdravstvenim portalima te svakodnevni rad na Zavodu). Kako je naš Zavod vodeće specijalističko središte za ispitivanje preosjetljivosti na lijekove, svakodnevno imamo mnogo upita za izdavanje mišljenja o mogućnosti cijepljenja protiv COVID-19 bolesnika s anamnezom preosjetljivosti ili drugih nuspojava. Dodatno, trudimo se u sklopu konzilijarne službe i osobno u svakodnevnom radu potaknuti zdravstvene djelatnike racionalnom pristupu farmakoterapiji COVID-19 ali i cijepljenju (nažalost, porazan broj zdravstvenih djelatnika odbija cijepljenje protiv COVID-19). Kako KBC Zagreb ima svoj COVID odjel te COVID intenzivnu, u kliničkom radu se često susrećemo s liječenjem COVID-19 pozitivnih osoba te savjetujemo kolege s COVID odjela/intenzivne. Koliko je klinička farmakologija "klinička" ilustrira i činjenica da je, s obzirom na manjak zdravstvenog osoblja, kolegica klinička farmakologinja s našeg odjela pozvana na rad u COVID intenzivnoj u KB-u Dubrava, a pet djelatnika Zavoda sudjeluje u redovitom radu naše hitne službe.

Funkcionira li farmakovigilancija u našoj zemlji dostatno?

Farmakovigilancija u Hrvatskoj ima svoje korijene na Zavodu za kliničku farmakologiju KBC-a Zagreb. U njemu je osnovan Nacionalni centar za nuspojave lijekova koji je godinama prikupljao sve prijave nuspojava u bivšoj državi te poslije u Republici Hrvatskoj. Specijalizanti kliničke farmakologije imali su zadatak odgovarati na svaku pojedinačnu prijavu nuspojave, što je bila odlična edukacija koje se dobro sjećam. Nakon formiranja Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), Centar za nuspojave preseljen je u tu Agenciju, a odlično ga je ustrojila i vodila naša kolegica klinička farmakologinja Viola Macolić Šarinić. Farmakovigilanciju danas odlično pokriva HALMED, no ostalo je prostora za rad na edukaciji i poticanju prvenstveno zdravstvenih djelatnika, a potom i bolesnika, da više prijavljuju sumnju na nuspojave lijekova i medicinskih proizvoda.

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

Okolnosti rada su u našem Zavodu, osim pandemijom, dodatno otežane i potresom, zbog kojeg smo svoje prostore prepustili Klinici za ortopediju nakon urušavanja zgrade na Šalati. No, to se dogodilo i nekim drugim zavodima Klinike za unutarnje bolesti, tako da je KBC Zagreb u potresu "izgubio" oko 400 kreveta. Unatoč neprimjerenim prostornim uvjetima, opseg posla se stalno povećava pojačanim priljevom bolesnika u samu ustanovu (dodatan priljev bolesnika iz KB-a Dubrava i OB-a Sisak), povećanim opsegom rada Povjerenstva za lijekove u čijem radu sudjelujemo, a na samom Zavodu povećanim brojem bolničkih prijema, konzilijarnih upita, konzultacija i pregleda u ambulanti i dnevnoj bolnici, velikim dijelom radi dodatnih upita i procjene potrebe za testiranjem preosjetljivosti prije cijepjenja protiv COVID-19 u bolesnika s anamnezom različitih preosjetljivosti.

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

S obzirom na to da se samo racionalizacijom potrošnje svih resursa (tako i farmakoterapijskih) može osigurati održiv sustav, nesporna je potreba za stručnjacima educiranim u vještinama potrebnima za kritičku procjenu znanstvenih dokaza te u donošenju odluka. Stoga smatram da Hrvatska nema dovoljno kliničkih farmakologa. No, prvenstveno bi se trebao iskoristiti kapacitet i znanje postojećih stručnjaka te uz dobru kadrovsku politiku osigurati priljev mladih zainteresiranih stručnjaka u ovu dinamičnu struku koja se razvija.

Ova je pandemija naglasila manjkavu edukaciju zdravstvenih djelatnika o načinu kritičke procjene znanstvenih dokaza na kojima treba temeljiti terapijske odluke te je stoga neophodno pojačati edukaciju iz kliničke farmakologije, posebno na diplomskom studiju medicine. Svaki liječnik trebao bi na kraju svoje edukacije biti sposoban sam kritički procijeniti dostupne znanstvene dokaze (ili njihovo odsustvo) prije donošenja odluka o propisivanju lijekova.

Kakva je pozicija vaše struke u Hrvatskoj u usporedbi s Europom i svijetom?

Klinička farmakologija se ne može usporediti s većinom drugih struka, koje su prilično uniformirane u svojim kompetencijama

i opsegu poslova. Tako na primjer nema većih razlika u radu između endokrinologa u Hrvatskoj i Njemačkoj ili SAD-u. No, uvelike se razlikuju u kompetencijama i djelokrugu rada, kako regionalno tako i globalno. U većini europskih zemalja i u svijetu rad kliničkih farmakologa ne uključuje (bar ne u značajnoj mjeri) klinički rad, većina se bavi istraživačkim radom ili radom u regulatornim tijelima i agencijama za lijekove. Klinički rad kao obilježje kliničke farmakologije održao se u Hrvatskoj te zemljama regije. To je pozicija koja zahtijeva više rada i truda, no prednost joj je svakako klinička kompetencija iz koje proizlazi lakša komunikacija i dijalog s drugim kliničarima kod rasprava o racionalizaciji smjernica za farmakoterapiju, ograničavanju propisivanja lijekova, ili kod savjetodavnih aktivnosti.

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

Kaže da najbolje i najgore osobine ljudi dolaze do izražaja u teškim uvjetima. Osobno mi je ova teška situacija bez presedana koja već (pred)ugo traje i polako troši naš početni entuzijazam, ali je dodatno povećala poštovanje prema mojim kolegama i kolegicama koji unatoč svim poteškoćama i teškim uvjetima pokazuju nevjerojatnu ustrajnost, poštivost i optimizam.



Dr. sc. VIOLA MACOLIĆ ŠARINIĆ, dr. med.

specijalistica kliničke farmakologije

Od 2019. godine radim u Europskoj agenciji za lijekove (European Medicines Agency, EMA) u Amsterdamu i jedna sam od 10 zaposlenih u EMA-i koji dolaze iz Hrvatske u kolektivu od oko 700 djelatnika iz cijele Europske unije. U EMA-i radim na mjestu Znanstvenog savjetnika za sigurnost lije-

kova i znanstvenog sam voditelj EMA-inog Povjerenstva za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC).

Kada sam upisivala medicinu u Zagrebu davne 1984. godine razmišljala sam da budem ili liječnik obiteljske medicine ili pedijatar, pa sam čak bila i predsjednica studentske pedijatrijske sekcije neko vrijeme studija. A onda se dogodilo to da je naša mala grupa studenata kojima je prezime počelo sa slovom L i M bila raspoređena na Zavod za kliničku farmakologiju u turnusu interne propedeutike i kasnije još jednom u turnusu interne medicine. Moram reći da nisam znala za postojanje kliničke farmakologije kao specijalizacije do tada i ništa nisam znala o kliničkoj farmakologiji. Profesor Božidar Vrhovac koji je tada bio pročelnik Zavoda jako je bio angažiran s nama studentima te uz internu medicinu govorio i učio nas o praćenju nuspojava lijekova, o potrebi poznavanja klinički važnih interakcija lijekova, praćenju potrošnje lijekova u sklopu racionalne farmakoterapije... Jednog dana na viziti pitao je da li netko od studenata zainteresiran pomoći oko projekta Svjetske zdravstvene organizacije o racionalnoj potrošnji benzodiazepina, te smo se moja prijateljica Lidija Lončarić (sada Erdelez) i ja odvažile doći do ispred profesoreve sobe da bi se javile za taj zadatak. Stajale smo tako ispred njegovih vrata i nikako se nismo odvažile pokucati, a onda smo čule profesora Vrhovca kako viče: „Male, čujem vas vani – uđite, neću vas ugristi“. I tako smo se odvažile na taj zadatak prikupljanja podataka o potrošnji benzodiazepina na Rebru koje smo dobro odradile te mi je profesor Vrhovac ponudio i pisanje diplomskog rada pod njegovim mentorstvom o temi potrošnje benzodiazepina u Jugoslaviji isto kao dio tog projekta. Tako je počeo moj put u kliničku farmakologiju još u vrijeme studentskih dana i tada sam odlučila da je klinička farmakologija ono što želim specijalizirati. Pozdravila sam se s pedijatrijom i hrabro kročila novim putem - putem kliničke farmakologije koja u to doba nije imala mnogo specijalista i zapravo bila zastupljena samo na Rebru. Tada je Zavod vodio i Nacionalni centar za praćenje nuspojava i bio suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), a rad tog centra je započeo još davne 1974. godine. Kao student sam tada prvi put čula za Uppsala Monitoring Centre u Švedskoj koji vodi Svjetsku bazu nuspojava za WHO, čula za regulatornu agenciju Ujedinjenog

>>

Kraljevstva MHRA kao prvoj regulatornoj agenciji koja je uvela sustav spontanog prijavljivanja nuspojava još 1965. godine i tada mi se sve to činilo daleko i nedohvatljivo ali definitivno fascinanto. Kada sam diplomirala staž iz interne medicine sam naravno odradila na Zavodu za kliničku farmakologiju na kojem sam se zadržala duže nego obaveznih 3 mjeseca, a kasnije sam radila u Domu zdravlja Rab kao liječnik opće medicinske i radila smjene u hitnoj pomoći. Ono što mi je tada jako nedostajalo je bila informacija o konkretnom lijeku, ne samo doziranje koje smo mogli naći u bijeloj knjižici „Registar lijekova“. Bila sam u dobrim odnosima s ljekarnicima iz rapske ljekarne i pitala sam ih da mi daju upute za lijekove koje sam propisivala i izradila mali kompendijum informacija o tim lijekovima. Tada sam mislila da se svakako moram angažirati na tome da nama liječnicima osiguram informacije o lijeku koje su „up to date“ jer ono što smo imali u knjigama već je bilo na neki način zastarjelo. Kada se pojavio natječaj za znanstvenog novaka na Zavodu za kliničku farmakologiju na Rebru u Zagrebu javila sam se i dobila mjesto. To je za mene značio cijeli svijet i bila sam presretna što sam bila primljena i nisam mogla dočekati da počnem raditi na Zavodu iako sam tada bila ostavila plaću koja je bila u općoj praksi sa svim dežurstvima preračunato oko 1000 eura i pala na 120 eura na mjestu znanstvenog novaka. Sve sam to uzela u obzir samo da budem bliže kliničkoj farmakologiji i u to doba radila sam na području prijava nuspojava lijekova i radila na projektu farmakokintike lijekova u pacijenata s edemima. Kao znanstveni novak radila sam od 1991. do 1996. godine, u tom razdoblju magistrirala na području kliničke farmakologije, a onda konačno dobila dugočekivanu specijalizaciju kliničke farmakologije za Zavod koji sam završila 2000. godine. Od tada do 2005. godine radila sam na Zavodu za kliničku farmakologiju kao specijalist klinički farmakolog na Internoj klinici KBC Zagreb. Radila sam na kliničkim ispitivanjima prve i druge faze lijekova, ispitivanjima bioekvivalencije, u farmakovigilanciji (prijava nuspojava lijekova, suradnja sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, itd.), na ispitivanju preosjetljivosti na lijekove, surađivala s profesoricom Nadom Božinom na farmakogenetici na području farmakovigilancije, radila na informiranju o lijekovima kao suradnik u Bolničkom biltenu te Farmakoterapijskom priručniku, vodila ambulantu

za farmakoterapiju i savjetovanje trudnica u farmakoterapiji i započela s farmakoekonomikom u Hrvatskoj.

U proljeće 2005. došao je iznenadni poziv iz Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) da prijedem u Agenciju i vodim Odsjek za farmakovigilanciju i farmakoekonomiku jer je Zakonom o lijekovima farmakovigilancija i time i Nacionalni centar za lijekove s nacionalnom bazom nuspojava prešao u regulatorni sustav lijekova pod okriljem novoosnovane Agencije. To je bio moj oproštaj od klinike koji nije bio lak jer nisam mislila da mogu raditi kliničku farmakologiju bez izravnog kontakta s pacijentima. Tada sam se zapravo prvi put susrela s regulativom lijekova i brzo spoznala da se dobrom organizacijom može itekako pomoći pacijentima – sada indirektno ali ne manje značajno. Od 2005. do 2011. godine bila sam Voditelj Odsjeka za farmakovigilanciju HALMED-a, razvila sustav prijavljivanja nuspojava sada u okrilju regulatorne agencije za lijekove, uvela online prijavljivanje, povezala se sa Europskom agencijom za lijekove i omogućila da HALMED ima uvid i bude dio EU farmakovigilancijskog sustava već od 2009. godine, što je bilo puno prije nego što smo službeno bili bili primljeni u Europsku uniju, uvela farmakovigilanciju farmaceutske industrije u Hrvatskoj, održala nebrojene radionice kako za zdravstvene radnike tako i predstavnike farmaceutske industrije i postavila na noge farmakovigilancijski sustav u Hrvatskoj.

Nešto što nisam prije mogla niti pomisliti da bih bila kadra napraviti bilo je pisanje Pravilnika o farmakovigilanciji 2009. godine i novi prilikom pristupanja Europskoj uniji 2013. godine. Ovim Pravilnikom konačno je bilo i zakonski propisano da je Sažetak opisa svojstava lijeka dokument svima dostupan i da je obveza Agencije da te ažurirane dokumente s informacijama za sve odobrene lijekove u Hrvatskoj mora objavljivati na internetskoj stranici HALMED-a. Nije više bilo potrebno tražiti informacije na FDA stanicama.

Dok sam radila u Agenciji sam doktorirala na Medicinskom fakultetu u Zagrebu na temu farmakovigilancije i farmakogenomike. Mentorica mi je bila profesorica Nada Božina koja je vrhunska stručnjakinja u farmakogenomici u Hrvatskoj i mnogo radi s kliničkim farmakolozima i to posebno na području farmakogenomike i nuspojava lijekova.

Nakon toga sam četiri godine vodila HALMED kao ravnateljica. To je bilo ludo izazovno doba u kojem sam uvela Hrvatsku agenciju za lijekove koja je bila jedna mala nacionalna agencija u Europski regulatorni sustav za lijekove (EMRS). Kao klinički farmakolog i farmakovigilant bila sam i prvi delegat predstavnik Hrvatske u PRAC-u Europske agencije za lijekove, a kasnije sam bila član CHMP – EMA-inog Povjerenstva za humane lijekove koji daje preporuke za odobravanje centraliziranih lijekova u Europskoj uniji. Sve mi je to omogućila moja specijalizacija iz kliničke farmakologije koja mi je dala znanje o lijekovima i njihovoj kliničkoj primjeni.

2015. godine odlazim u Europsku agenciju za lijekove (EMA) u London i radim dvije godine na polju znanstvenog savjeta EMA-e za farmaceutske industrije u savjetovanju kako organizirati klinička ispitivanja koja će biti one kvalitete prihvaćene u dosjeu i dokumentaciji koje farmaceutska industrija treba predati u procesu odobravanja lijekova.

Dok sam radila u Londonu pozvali su me u Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO) u Ženevu u odjel za farmakovigilanciju u kojem sam radila dvije godine na projektu uspostavljanja farmakovigilancijskih sustava u zemljama u razvoju kao što su Indija, Kirgistan, Armenija, Gruzija, Gana, Botsvana, Nigerija, Kenija, Malezija, Tajland, Singapur, Ukrajina, Kina itd.

U radi sa kolegama iz svih ovih zemalja ugrađivala sam iskustvo koje sam stekla u izgradnji našeg farmakovigilancijskog sustava i svima unijela i dašak Hrvatske u njihov život. Sjećam se da su na kraju polaznici farmakovigilancijske radionice koja je trajala tjedan dana u Botswani za vrijeme Svjetskog prvenstva u nogometu 2018. zdušno počeli navijati za hrvatsku nogometnu reprezentaciju nakon što je zadnja afrička reprezentacija (Nigerija) ispala.

Koliko se klinička farmakologija kao struka pita pri donošenju mišljenja, stavova i odluka vezanih za pandemiju COVID-19? U čemu ste vi konkretno sudjelovali u vezi s ovom pandemijom? (intervju za medije, mišljenje za donošenje propisa, mišljenje o lijeku, mišljenje o cjepivu, mišljenje o ev. nuspojavama)

Mjesto na kojem radim u EMA-i dobila sam zahvaljujući mojoj specijalizaciji iz kliničke

farmakologije te mojeg iskustva na području farmakovigilancije kao užeg područja rada ove široke specijalizacije. Sada kao znanstveni savjetnik i voditelj PRAC-a od strane EMA-e izravno sudjelujem u svim raspravama u području nuspojava i sigurnosti primjene COVID-19 cjepiva i svih lijekova u terapiji protiv COVID-19 koji dolaze na odobravanje u EMA-u. Izravno sam uključena u donošenje EMA-inih odluka u vezi nuspojava cjepiva i lijekova protiv COVID-19 te sudjelujem u pripremi smjernica za njihovu sigurnu primjenu te EMA-inoj komunikaciju s tim u svezi. Sudjelujem kao EMA-in predstavnik u radu posebnog povjerenstva Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) za sigurnost i praćenje nuspojava COVID-19 cjepiva koji savjetuje WHO-ovo povjerenstvo za sigurnu primjenu cjepiva (GACVS) koji izdaje smjernice o sigurnoj uporabi cjepiva na svjetskoj razini. Aktivno sam involvirana u rad radne skupina svjetskih vodećih regulatornih tijela kao što je US FDA, MHRA (UK), PMDA (Japan) i Health Canada u praćenju nuspojava COVID-19 organizirana da se najnovije spoznaje o nuspojavama što brže i pravovremeno podijele unutar regulatornih mreža za lijekove cijelog svijeta za pravovremeno donošenje mjera minimizacije rizika u njihovoj primjeni i davanje smjernica za njihovu sigurnu primjenu. Unutar EMA-e sam zadužena za komunikaciju između PRAC-a i CHMP-a – povjerenstvu za humane lijekove koje je odgovorno za davanje preporuka za odobravanje lijekova i cjepiva centraliziranim postupkom u Europskoj uniji (EU). COVID-19 cjepiva i lijekovi za terapiju protiv COVID-19 mogu se staviti u promet isključivo centraliziranim postupkom u EU. Moja specijalizacija iz kliničke farmakologije s mojim kliničkim i regulatornim iskustvom omogućila mi je da imam široko razumijevanje kako se pojedine regulatorne odluke mogu reflektirati u kliničkoj primjeni lijekova i cjepiva kako individualno na pacijenta tako i šire u pogledu zaštite javnog zdravlja.

Funkcionira li farmakovigilancija u našoj zemlji dostatno?

Od 2009. godine pacijenti mogu ravnopravno sa zdravstvenim radnicima prijavljivati nuspojave izravno HALMED-u. Hrvatska je priznata u svijetu putem Svjetske zdravstvene organizacije i u Europi kroz djelovanje naših predstavnika iz HALMED-a u

Povjerenstvu za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) Europske agencije za lijekove (EMA) kao jedna od najaktivnijih zemalja na ovom području. Hrvatska je prvih 10 zemalja svijeta po broju prijavljenih nuspojava po broju stanovnika, ima jedne od najboljih alata za prijavljivanje nuspojava – od online prijave do aplikacije za mobilne telefone.

U 2005. godini kada je farmakovigilancija prešla u HALMED bilo je oko 500 prijava nuspojava godišnje (lijekovi i cjepiva), a u posljednjih pet godina broj prijava se kreće oko 4000 u godinu dana. Danas najviše i dalje prijavljuju liječnici (oko 60 % svih prijava), slijede ih farmaceuti s oko 25 % od svih prijava, te pacijenti s nešto više od 10 %, ostali zdravstveni radnici su zastupljeni s oko 5 % prijava. Samo oko 9 % svih prijava dolazi iz kliničkih bolničkih centara gdje se daju kompleksni novi lijekovi koji su i pod dodatnim regulatornim praćenjem.

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

Pandemija je u potpunosti promijenila okolnosti mog rada – u ožujku ove godine navršila se godina dana rada od kuće. Sve se odvija online. Moj radni dan se produljio na 10 aktivnih sati u prosjeku za kompjutorom – nekada se dogodi da i nekoliko dana ne izađem iz stana što nikako nije zdravo i nedostaju mi šetnje, vožnja biciklom i moji sati slikanja u obližnjem studiju u Amsterdamu. Ono što je dobro u ovoj nesretnoj situaciji je da iako radim u Amsterdamu sada iznimno mogu raditi od kuće iz Zagreba, a u ljeto sam bila smjestila moj „home office“ u vrt kuće mojih roditelja na otoku Rabu u hladovini mimoze koja tamo raste. Ono što smo nekada mislili da je nije moguće odraditi na poslu bez direktnog kontakta s timom u uredu sada odradujemo rutinski online, a i više od toga jer se cijelokupni nadzor nad cjepivima i lijekova protiv COVID-19 vodi u virtualnim timovima i zahvaljujući današnjoj tehnologiji to uspjevamo na besprijekoran način. Vjerojatno će i nakon pandemije ostati nešto od ovog načina rada, brzog spajanja na hitne sastanke i dogovore online ali željno iščekujem i trenutak kada se mogu vratiti u ured i sresti se sa „živim“ ljudima jer mi direktni kontakt s kolegama sve više i više nedostaje.

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

Kao što sam već rekla u Hrvatskoj nažalost klinička farmakologija nije prepoznata, ne daje joj se ono mjesto koje zaslužuje u kliničkoj praksi, nema katedru i ne uči studente medicine kliničkoj farmakologiji. To je vrlo veliki hendikep za hrvatsko zdravstvo i da navedem samo jedan primjer – vidljivo je i po tome što Hrvatska u Europi ima vrlo malo kliničkih ispitivanja lijekova, na primjer nema centra izvrsnosti kliničkih ispitivanja ranih faza. Čak i klinička ispitivanja bioekvivalencije koja su nekada bili redovit dio rada Zavoda za kliničku farmakologiju na Rebru sada više ne postoje, i mladi liječnici u Hrvatskoj zapravo nemaju mogućnosti biti dio tima u razvoju novih ili generičkih lijekova, a time i naše pacijente zakidamo za mogućnost sudjelovanja u takvim kliničkim ispitivanjima posebno kada se radi o novim terapijama za rijetke bolesti i bolesti za koje nema odobrenih lijekova. U Europi klinički farmakolog je priznat kao stručnjak kako u kliničkom razvoju lijekova (na primjer Charité Sveučilišna bolnica u Berlinu ima cijelu jedinicu za prve faze kliničkih ispitivanja koje vode klinički farmakolozi) tako u području farmakogenomike (Austrijska sveučilišna bolnica na zavodu za kliničku farmakologiju u Beču na primjer već godinama je vodeća u ispitivanjima farmakogenetike i individualizacije terapije koje vode klinički farmakolozi), u farmakovigilanciji (koja je u nekim zemljama i subspecijalizacija kliničke farmakologije) i tako dalje. Mnogi klinički farmakolozi su bili ili jesu na čelu nacionalnih regulatornih agencija za lijekove, pa tako je raniji izvršni direktor Europske agencije za lijekove bio klinički farmakolog. Iz osobnog iskustva mogu reći da sam u Europskoj agenciji za lijekove i u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji u potpunosti priznata sa svojom specijalizacijom i onim što mogu kao klinički farmakolog doprinijeti u radu tih institucija i javnom zdravlju. Takvo priznanje struke nisam nikada dobila u Hrvatskoj i to posebno ne dok sam radila u klinici.

Nastavak u sljedećem broju Liječničkih novina (Vera Vlahović Palčevski, Ksenija Makar Aušperger, Jurica Nazlić i Zvonimir Čagalj)

POVIJEST KLINIČKE FARMAKOLOGIJE U NAS



Prof. Božidar Vrhovac (1936. - 2009.)
Prvi klinički farmakolog u našoj zemlji

Klinička farmakologija se počela intenzivno razvijati 50-ih godina prošlog stoljeća, paralelno s naglim porastom novih lijekova i potrebom njihova istraživanja u čovjeka. Stoga bi mogli reći da je klinički farmakolog interdisciplinarni stručnjak posebno zainteresiran za djelovanje lijeka u čovjeku u svim raznolikim aspektima. Hrvatska je bila predvodnik razvoja kliničke farmakologije u ovom dijelu Europe, a poticaj je krajem 60-ih godina prošloga stoljeća stigao od dr. Save Zlatića, djelatnika u javnom zdravstvu, kliničara prof. dr. Zdenka Radoševića i temeljnog farmakologa prof. dr. Zlatka Supeka. Stoga je ova dobra suradnja potvrdila na najbolji način kako klinička farmakologija povezuje temeljnu farmakologiju, kliničku medicinu, ali sagledava i značenje lijekova u široj zajednici. Uz potporu tadašnjih dekana Medicinskog fakulteta u Zagrebu (S. Dogana i A. Zimola) i uprave farmaceutske tvrtke Pliva (S. Splivalo i J. Razmilić), sklopljen je ugovor koji je omogućio osnivanje četiri asistentijskih mjesta za kliničku farmakologiju. Poseban je i nemjerljiv doprinos

u daljem razvoju struke u nas dao prof. Božidar Vrhovac, koji je prihvatio izazov dr. Zlatića i prof. Radoševića te se uputio krajem 60-ih, kao mladi internist, u novo područje kliničke farmakologije. Postao je prvi asistent kliničke farmakologije 1971. godine, a 1972. kreće na jednogodišnje usavršavanje na University College Hospital Medical School London kod čuvenog profesora D. R. Laurencea, koji je još 60-ih izdao važan udžbenik kliničke farmakologije (u mnogim izdanjima izlazi i danas). Nakon toga je put prof. Vrhovca, a i naše kliničke farmakologije, bio zacrtan te je kontinuirano vodio širenju i jačanju struke. Ukratko, 1973. je osnovao Odjel (od 1978. Zavod) za kliničku farmakologiju, 1975. je pokrenuo poslijediplomski studij Kliničke farmakologije (poslije "i toksikologije"), a 1976. je prihvaćena zdravstvena specijalizacija kliničke farmakologije u trajanju od četiri godine. Bio je dugogodišnji urednik časopisa Pharmaca i Biltena za lijekove, autor Farmakoterapijskog priručnika (više izdanja), priručnika Kliničko ispitivanje lijekova (1984.), glavni urednik udžbenika Interna medicina (više izdanja), višegodišnji predsjednik Hrvatskoga društva za kliničku farmakologiju i terapiju (HDKFiT) HLZ-a, radio u mnogobrojnim tijelima i povjerenstvima na području lijekova i još mnogo toga. Ogroman je to posao koji je prof. Vrhovac sa svojim suradnicima odradio u svom radnom vijeku, a nastavio s entuzijazmom i u mirovini, te sigurno možemo reći da se radilo o pravom i zasluženom autoritetu u području kliničke farmakologije, lijekova ali i medicine uopće, ne samo u nas već i u svjetskim razmjerima. Vrijednost njegova rada su zasigurno klinički farmakolozi u čijoj je edukaciji sudjelovao i koji su nastavili

njegov rad kako u Zagrebu tako i drugim sredinama. U istom razdoblju je u Splitu djelovao prof. Zvonimir Rumboldt, koji je posebno promovirao kardiovaskularnu kliničku farmakologiju. Rad prof. Vrhovca je u KBC-u Zagreb, Medicinskom fakultetu i HDKFiT-u te u izdavačkom radu nastavio njegov prvi suradnik prof. Igor Francetić. Etablirani je stručnjak iz kliničke farmakologije, a posebno racionalne primjene antimikrobnih lijekova. Pod mentorstvom profesora Vrhovca i Francetića završili su svoju edukaciju klinički farmakolozi koji danas djeluju ne samo u Zagrebu, već i drugim sredinama, poput Rijeke, Osijeka, Splita, Zadra, Pule itd. U tekstu su opisani poslovi kojima se bave te na koji način doprinose našoj medicini. Na kraju ovog povijesnog pregleda valja napomenuti da sadrži i subjektivnu notu, jer se s velikim zadovoljstvom sjećam dana svoje edukacije kliničke farmakologije i rada s profesorima Vrhovcem, Francetićem i Bakranom te kasnijeg druženja i profesionalne suradnje u brojnim projektima te na knjigama i udžbenicima, kako s njima tako i sa sada aktivnom generacijom kliničkih farmakologa. Stoga moj pregled i završava s aktivnom generacijom kliničkih farmakologa i toksikologa koji su stasali u drugoj polovici 90-ih godina, a koji su u mnogim segmentima nastavili i dopunili djelatnost svoje struke u sredinama i radnim mjestima na kojima sada djeluju.

Piše:

Prof. dr. sc. DINKO VITEZIĆ, dr. med.

Predsjednik Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i
Klinički bolnički centar Rijeka

COVID-19 - kronologija

Od 8. ožujka do 12. travnja 2021.

8. ožujka

U posljednja 24 sata zabilježena su 94 nova slučaja zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 3354. Među njima je 805 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga ih je na respiratoru 74, a preminulo ih je 19. Od početka epidemije u Hrvatskoj do danas je preminulo ukupno 5609 ljudi.

9. ožujka

Predsjednici devetero zdravstvenih komora pozvali su Proglasom sve zdravstvene djelatnike koji se još nisu cijepili da to učine i tako ojačaju borbu protiv epidemije COVID-19, u kojoj su i sami već dvanaest mjeseci na prvoj crti.

10. ožujka

Znanstvenici upozoravaju: britanska varijanta koronavirusa znatno je zaraznija i do 100 posto smrtonosnija od originalne verzije virusa. U svom genskom kodu ta varijanta ima 23 mutacije, što je razmjerno velik broj promjena, a neke su od njih sposobnije za znatno brže širenje.

11. ožujka

Europska agencija za lijekove (EMA) uvjetno je preporučila odobravanje cjepiva protiv COVID-19 američke tvrtke Johnson&Johnson koje se daje u jednoj dozi. Očekuje se da će Europska komisija ubrzo dati zeleno svjetlo za puštanje na tržište toga cjepiva. To je četvrto cjepivo protiv COVID-19 koje će biti odobreno u Europskoj uniji nakon Pfizerova, Modernina i AstraZenecina.

13. ožujka

U Hrvatskoj su danas 823 nova slučaja zaraze, a 23 ljudi je preminulo. Brojevi rastu i u Zagrebu. Nacionalni stožer je predstavio rezultate seroepidemiološke studije provedene na oko 1500 ispitanika u Hrvatskoj. Studija je pokazala da u Hrvatskoj 25 posto građana ima protutijela na SARS-CoV-2.

17. ožujka

Biležimo velik porast broja novooboljelih, čak 1445 novo pozitivnih osoba, a 12 ih je preminulo. „Više od 50 posto uzoraka koje smo obradili pozitivno je na britanski soj. Zbog cijepjenja i ljepšeg vremena ljudi su se opustili“, rekao je ravnatelj Zavoda za javno zdravstvo, Krunoslav Capak.

18. ožujka

Broj novozaraženih u susjednim zemljama raste. Čak je i Svjetska zdravstvena

organizacija poručila da je zabrinuta zbog stanja na Balkanu. Ipak, vlada Federacije BiH odbila je prijedlog svojega Kriznog stožera o uvođenju strožih mjera. U protekla 24 sata BiH je zabilježila 1700 novozaraženih i 57 mrtvih.

20. ožujka

Da građani mahom odbijaju cijepljenje cjepivom AstraZeneca, potvrdila je Nataša Ban Toskić iz Koordinacije obiteljske medicine (KoHOM). Potvrdila je i da je prošli tjedan oko 30 posto naručenih pacijenata otkazalo cijepljenje AstraZenecom.

24. ožujka

U posljednja 24 sata zabilježen je 1891 novi slučaj zaraze sa SARS-CoV-2 te je danas 7600 aktivnih slučajeva u Hrvatskoj. Među njima je 1038 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga 99 na respiratoru. Preminulo ih je 20.

26. ožujka

Zbog rastućeg broja novozaraženih, ali i hospitaliziranih pacijenata, voditelj Nacionalnog stožera civilne zaštite Davor Božinović kazao je da će se do 31. ožujka, dokad vrijede postojeće epidemiološke mjere, vidjeti postoji li potreba za dodatnim mjerama na nacionalnoj razini, a dotad očekuje strože mjere od županijskih stožera.

29. ožujka

U Hrvatskoj je danas dvostruko više novozaraženih nego prošlog ponedjeljka. Istra je donijela odluku o strožim mjerama. "U ovome tjednu imali smo ukupno 9733 novooboljelih, znatno više od prošlog tjedna, čak za 47 posto. Trenutačna incidencija u 14 dana je 399,9. Najnižu incidenciju među županijama ima Virovitičko-podravska, a najvišu Primorsko-goranska", objavio je na konferenciji Krunoslav Capak. Napomenuo je da je Hrvatska na 14. mjestu po incidenciji u Europskoj uniji, a stopa smrtnosti nam je 1447, što nas stavlja na 18. mjesto.

1. travnja

Premijer Andrej Plenković kazao je kako je za hrvatske građane osigurano dodatnih 747 tisuća doza Pfizer-BioNTech cjepiva do kraja lipnja. Teškoće u distribuciji cjepiva AstraZeneca kompenziramo većom narudžbom drugih cjepiva. "Najvažnije je da svi pokažemo visok stupanj osobne odgovornosti i da svojim ponašanjem nastojimo spriječiti širenje epidemije", istaknuo je premijer Plenković.

3. travnja

Nizozemsko Ministarstvo zdravstva jučer je objavilo da privremeno obustavlja cijepljenje AstraZenecom za ljude u dobi do 60 godina, no nakon konzultacija danas su zdravstvene službe odlučile obustaviti sva cijepjenja AstraZenecom da se izbjegne bacanje cjepiva. Broj umrlih od početka pandemije u Hrvatskoj s COVID-19 premašio je 6000.

6. travnja

Sveučilište u Oxfordu zaustavilo je djeci i tinejdžerima u sklopu istraživanja davati cjepivo koje je razvilo s AstraZenecom, čekajući više informacija o slučajevima zgrušavanja krvi zabilježenih nakon cijepjenja

7. travnja

Počinje masovno cijepljenje opće populacije u Zagrebu, a očekuje se da će već prvoga dana na Velesajmu biti cijepljeno 1500 građana. Na jučerašnjoj „probi“ se od 500 pozvanih građana cijepilo samo njih 90. Ravnatelj Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Andrija Štampar“, Zvonimir Šostar, rekao je: "Imamo spremnjeno 30 000 doza cjepiva i nadam se da ćemo ga potrošiti".

8. travnja

Biležimo ogroman skok broja novozaraženih. U Hrvatskoj je danas preminulo 36 osoba, a 3217 je novooboljelih. Između 25 i 30 posto građana odbija se cijepiti cjepivom AstraZeneca. „Između 25 i 35 posto aproksimativna je procjena. To nas apsolutno brine i razmišljamo o načinima kako to riješiti“, rekao je ministar zdravstva Vili Beroš.

9. travnja

U posljednja 24 sata s COVID-19 preminulo je 50 osoba.

10. travnja

U posljednja 24 sata u Hrvatskoj je zabilježeno 2535 novozaraženih, a preminule su 34 osobe. Testirano je oko 10 tisuća osoba. Na prijedlog županijskog stožera, u Zagrebačkoj županiji uvode se u ponedjeljak 12. travnja strože epidemiološke mjere i bit će na snazi do 25. travnja. Uz ostalo, ograničava se radno vrijeme ugostiteljskih objekata od 6 do 21 sat.

12. travnja

Počinje školska nastava nakon uskrasnih praznika. Škole većeg broja županija, kao i one u Zagrebu, od danas se djelomično vraćaju na nastavu online. Mjere prelaska na model C nastave vrijede sedam dana, nakon čega će se, ovisno o epidemiološkoj situaciji, produljiti ili ukinuti.

Samo zdravi zdravstveni djelatnici preduvjet su pobjede nad pandemijom

Devet čelnika zdravstvenih komora uputilo je 9. ožujka svim zdravstvenim djelatnicima u Hrvatskoj proglas "Imaš znanje, budi primjer! Cijepi se!". Proglas poziva sve zdravstvene djelatnike koji to još nisu učinili da se cijepe. Komore naglašavaju da sva odobrena cjepiva u EU-u sigurno i učinkovito sprječavaju teže oblike COVID-19, hospitalizaciju i smrt.

U svijetu je od COVID-19 do sada umrlo više od 17 tisuća zdravstvenih djelatnika, a tragični su i brojevi umrlih zdravstvenih djelatnika iz nekih zemalja u regiji, poput Srbije i Italije. Komore ističu da dobrobit cijepjenja protiv COVID-19 višestruko nadmašuje rizik eventualnih nuspojava cijepjenja te da uspješne borbe protiv COVID-19 nema bez zdravih djelatnika u zdravstvu.

U poruci upućenoj svojim kolegicama i kolegama u hrvatskom zdravstvu, čelnici komora ističu da cijena života i budućnosti leži u cijepjenju protiv novoga koronavirusa i ono čini moguću granicu između života i smrti. Proglas je dio javnozdravstvene kampanje koju provodi devet zdravstvenih komora, a čiji je cilj informiranje zdravstvenih djelatnika o cijepjenju.

"Živimo u izuzetnim i zahtjevnim vremenima. Već godinu dana živimo u pandemiji novog koronavirusa koji je zarobio cijeli svijet. Borba protiv COVID-19 je maraton, a ne sprint i mi smo još uvijek daleko od cilja.

Presudan element naše borbe s tom opasnom i zaraznom bolešću je cijepjenje. Lijek za COVID-19 još uvijek nije pronađen, ali je cjepivo donijelo toliko željeno svjetlo na kraju dugog pandemijskog tunela. Vi, zdravstveni djelatnici, već ste dvanaest mjeseci na prvoj crti. Mnogi među vama su oboljeli, a vi, iako iscrpljeni i premoreni, ne odustajete. Liječili ste lakše i teže bolesne, zdravstveno skrbili o njima, gledali mučnu



Slijeva nadesno prvi red: Ana Soldo, Mirjana Grubišić, Maja Rečić, Ljiljana Mayer, drugi red: Andreja Bogdan, Krešimir Luetić, Mario Gazić, Goran Kutlić, Pavel Kobler

borbu za svaki udah, a mnogi među vama suočili su se s brojnim smrtnima. COVID-19 je do sada u Hrvatskoj izbrisao više od pet i pol tisuća života. U svijetu je od ove bolesti umrlo više od 17 tisuća zdravstvenih djelatnika. U mnogim susjednim državama brojevi preminulih zdravstvenih djelatnika su tragični.

Cijelo naše školovanje, koje nas je osposobilo za skrb o zdravlju ljudi, izraslo je na dubokom korijenju znanosti. Naučili smo sve svoje zdravstvene odluke donositi na znanstveno utemeljenim činjenicama. Mi znamo da je cijepjenje znanstveno potvrđeno, sigurno i učinkovita mjera za sprječavanje širenja zaraznih, smrtonosnih bolesti. Nama je kristalno jasno da dobrobit cijepjenja protiv COVID-19 nemjerljivo višestruko nadmašuje rizik eventualnih nuspojava cijepjenja.

Cijepjenje spašava živote i oblikovat će budućnost zdravlja društva, za koje je visoka razina vaše procijepljenosti od iznimne važnosti. Bez vas, neumornih boraca za zdravlje, Hrvatska nema izgleda pobijediti pandemiju. Hrvatska taj teški i opasni maraton može uspješno istrčati samo uz zdrave

zdravstvene djelatnike. Sva cjepiva protiv COVID-19 odobrena u EU su sigurna i učinkovita. Sva cjepiva dostupna u Hrvatskoj sprječit će da se razbolite od teškog oblika bolesti i da završite u bolnici, ali ovaj put kao pacijenti. COVID-19 ne samo da je vrlo ozbiljna bolest nego najnovija istraživanja pokazuju da u slučaju post-COVID sindroma čak 76 % pacijenata ima i do šest mjeseci različite zdravstvene posljedice: umor i slabost mišića, probleme sa spavanjem, anksioznost i depresiju te druge poteškoće.

Svako cijepjenje protiv COVID-19 iznimno uspješno jamči nastavak života i sprječava smrt od COVID-19. Iako nitko ne uživa u ubodima injekcija, cijena života i budućnosti leži u dva uboda injekcije. Odgovornost za naše zdravlje, za zdravlje naših kolegica i kolega, naših pacijenata i cijeloga našeg društva je na svakome od nas. Mi smo zdravstveni djelatnici, a ne laici. Mi znamo kako cijepjenje čini moguću granicu između života i smrti. Želimo ponovno živjeti svoje dosadašnje živote, želimo ih natrag."

Imaš znanje, budi primjer! Cijepi se!

Reakcija HLK-a: Retorika prozivanja neće nam pomoći u borbi s pandemijom

Hrvatska liječnička komora smatra neprimjerenim način na koji je ministar zdravstva Vili Beroš nedavno komentirao javno djelovanje i profesionalni angažman liječnice Nataše Ban Toskić, predsjednice KoHOM-a. Sve javne osobe, a poglavito visoki državni dužnosnici, trebaju znati primiti kritiku i na nju odgovarati argumentima, a ne prozivanjem *ad hominem*. Liječnici obiteljske medicine svakodnevno daju svoj obol u ovoj pandemiji, liječe svoje pacijente oboljele od blažeg oblika COVID-19, upućuju pacijente na testiranja ili sami dijagnosticiraju bolest pomoću brzih antigenskih testova. Sve to čine uz redovitu, svakodnevnu skrb za oboljele od drugih akutnih i kroničnih bolesti, kao i administriranje za potrebe cijelog zdravstvenog sustava. Prozivanje pojedinog liječnika s pozicije ministra na konferenciji za medije nacionalnog Stožera ne pridonosi konstruktivnom rješavanju problema prisutnih u organizaciji cijepljenja niti predstavlja poželjan način komunikacije unutar liječničke struke i zdravstvenog sustava.

Iz javno dostupnih informacija nesumnjivo proizlazi da postoje neke neujednačenosti u organizaciji cijepljenja u različitim županijama. Dok neke županije prednjače u dobroj organizaciji cijepljenja, u drugima postoje problemi koji sprječavaju glatko odvijanje procesa cijepljenja. Stoga će Hrvatska liječnička komora, u suradnji s liječničkim udruženjima, pripremiti sažet pregled stanja po županijama te sukladno tome predložiti zdravstvenoj administraciji moguća poboljšanja za određene županije.

U ovoj do sada nezapamćenoj globalnoj krizi svi dionici javnog prostora trebaju se ponašati i komunicirati iznimno odgovorno, tj. njihova komunikacija treba uvijek za cilj imati konstruktivno rješavanje problema. U fokusu zdravstvene administracije i svih zdravstvenih radnika treba biti što učinkovitija borba protiv pandemije s ciljem očuvanja života i zdravlja naših sugrađana. Iznošenje neodmjerenih izjava, neprimjeren način komunikacije i retorika prozivanja neće nam pomoći u toj zajedničkoj borbi.

ZAHVALA ZA USPJEŠNO ODRŽAN VIRTUALNI

2. KONGRES KOKOZ-a i

4. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

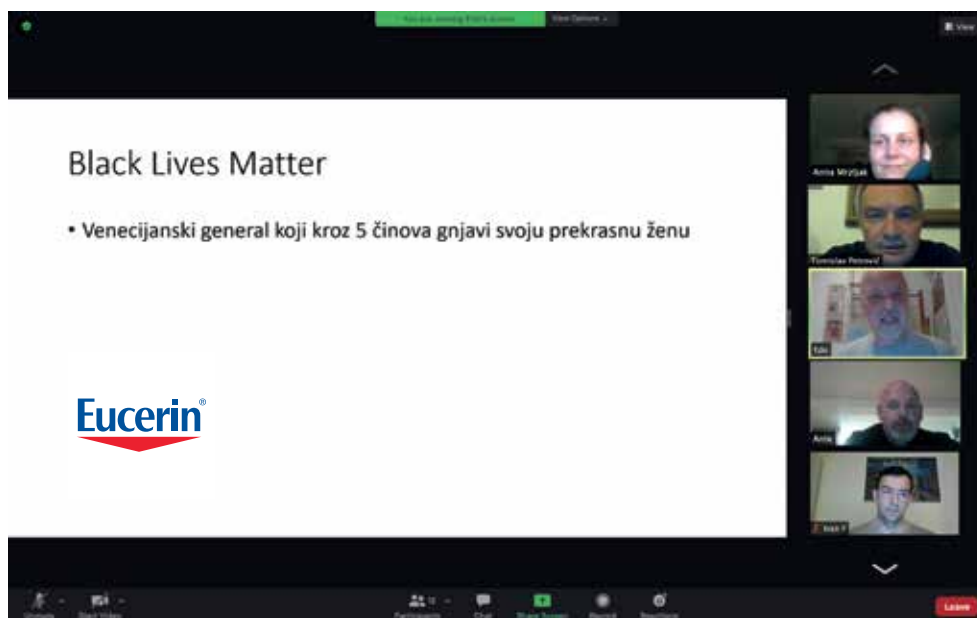


U organizaciji Hrvatske liječničke komore i Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu uspješno je održan virtualni 2. Kongres KOKOZ-a te 4. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem. Zahvaljujemo predavačima, organizatorima te suorganizatorima Hrvatskoj komori dentalne medicine, Hrvatskoj komori fizioterapeuta, Hrvatskoj komori medicinskih biokemičara, Hrvatskoj komori medicinskih sestara, Hrvatskoj komori primalja, Hrvatskoj ljekarničkoj komori te Hrvatskoj psihološkoj komori. Zahvaljujemo i pokroviteljima,

Ministarstvu zdravstva i Ministarstvu znanosti i obrazovanja te organizacijskom odboru u sastavu prof. dr. sc. Mirko Klarić, dekan Pravnog fakulteta Split, prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić, Pravni fakultet Split, prof. dr. sc. Jozo Čizmić, Pravni fakultet Split, dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med., predsjednik HLK-a, Vikica Krolo, dr. med., zamjenica predsjednika HLK-a te Dragan Soldo, dr. med., HLK. Zahvala i svim sudionicima, a bilo ih je više od 5000 na iskazanom velikom zanimanju za sudjelovanjem u radu Kongresa!



PUB Kviz HLK-a ONLINEEEEE



U očekivanju nevirtualnih vremena i ponovne uspostave ekipnih kvizova, posljednjeg ponedjeljka u ožujku održan je još jedan u nizu virtualnih pub kvizova HLK-a. Jedanaest natjecatelja riješavalo je pitanja i zagonetke na teme "Začini me", "Black Lives Matter", "Dama sama" i "Najbrži prst". Konkurencija je bila žestoka i za pobjedu u svakom krugu bilo je potrebno ostvariti niz od barem četiri točna odgovora, a u nekima i šest. Konačan pobjednik kviza je (opet) Ante M. iz Zagreba sa 16 točnih odgovora, koji je tako osvojio nagradu Eucerina. Pozivamo Vas na prijavu na iduće kvizove koji se održavaju putem Zoom-a svakog drugog ponedjeljka u 20 sati (26.4. i 10.5.2021.) na pubkviz@hlk.hr

Edo Toplak, autor Pub kviza HLK-a 29.3.2021.

TEMA ŠTO RADIMO U PANDEMIJI A NISMO PRIJE NAJBOLJE FOTOGRAFIJE



Autor najbolje fotografije: FELINA ANIĆ



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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U OŽUJKU 2021.

2. ožujka	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija „Izaberi zdravlje“ (dr. sc. K. Luetić)
3. ožujka	Sastanak Ekspertne skupine Ministarstva zdravstva (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Krolo)
5. ožujka	25. Dani internista Slavonije i Baranje, Osijek (dr. sc. K. Luetić)
9. ožujka	Proglas devet komora u zdravstvu u sklopu javnozdravstvene kampanje "Imaš znanje, budi primjer!"
9. ožujka	Gostovanje u Dnevniku Nove TV (prof. dr. sc. L. Zibar)
11. ožujka	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija „U mreži Prvog“ (dr. V. Krolo)
12. ožujka	Virtualni sastanak EACCME-UEMS – European Accreditation Council for Continuing Medical Education (dr. I. Lerotić)
16. ožujka	Gostovanje u emisiji „Studio“ N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
19. – 20. ožujka	Virtualni sastanak i online skupština CPME – The Standing Committee of European Doctors (dr. I. Raguž, dr. sc. M. Perić)
27. ožujka	Javnozdravstvena akcija „Dan narcisa“, Zagreb (dr. V. Krolo)
29. ožujka	Gostovanje u emisiji HTV-a „Studio 4“ (dr. V. Krolo)
30. ožujka	Sastanak Ekspertne skupine Ministarstva zdravstva (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Krolo, prim. dr. I. Balint)
30. ožujka	Sastanak Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Uredbe o izmjenama i dopunama Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama (dr. S. Ropar)
31. ožujka	Gostovanje u emisiji „Novi dan“ N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U OŽUJKU 2021.

16. ožujka	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
19. ožujka	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
19. ožujka	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
22. ožujka	Sjednica Izvršnog odbora
25. ožujka	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
29. ožujka	Sjednica Vijeća
29. ožujka	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
31. ožujka	Sjednica povjerenstva za mlade liječnike
1. – 31. ožujka	Četiri rasprave na Časnom sudu

Obavijest umirovljenim članovima HLK-a !!!

Smatramo važnim obavijestiti umirovljene članove HLK-a da njihovim umirovljenjem **ne prestaje automatizmom** i članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori, a time i članska prava i obveze. Članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori obvezno je isključivo za liječnike koji rade na neposrednim poslovima pružanja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, dok je za sve ostale dobrovoljno. Podsjećamo kako je pravovremeno plaćanje članarine obveza svakog člana HLK-a utvrđena odredbama Zakona o liječništvu i Statutom HLK. Sukladno Odluci o upisnici i članarini za članove HLK-a od 1. siječnja 2017. utvrđeno je kako članarina za umirovljene članove iznosi 60,00 kn mjesečno, bez obzira posjeduje li član važeće Odobrenje za samostalni rad. S time u vezi obavještavamo sve umirovljene članove kako i dalje imaju obvezu plaćanja članarine u iznosu od **60,00 kn mjesečno**. Ukoliko želite, u svakom trenutku možete pokrenuti postupak brisanja iz Imenika liječnika (više informacija o postupku brisanju iz Imenika liječnika na www.hlk.hr ili tel. 01 45 00 830).

RAZGOVOR S POVODOM akademik Miroslav Samaržija

OTVARAMO NOVE STRANICE U RESPIRATORNOJ MEDICINI

Godinama se nadamo kako će hrvatsku vrhunsku transplantacijsku medicinu obogatiti program transplantacije pluća. Izgleda da smo se s pravom nadali. Iza glavne korona scene ipak se događaju i koraci naprijed, s novim udahom novog života. Službeno je aktiviran program transplantacije pluća u Hrvatskoj.

➤ Možete li nam reći koje su novosti u transplantacijskom programu pluća u Hrvatskoj?

Početkom travnja završili smo pregovore s kolegama u Austriji s kojima smo deset godina radili transplantacijski program. Austrijske vlasti su naime s dolaskom novoga koronavirusa jednostrano obustavile svako kolanje pacijenata i liječnika iz drugih sredina u Beč i obrnuto. Drago mi je da mogu najaviti da smo nakon godinu dana pauze i više-mjesečnih pregovora, početkom travnja ponovno započeli suradnju i aktivirali hrvatsku listu za transplantaciju pluća. Na listu smo zasada uključili šest bolesnika koji čekaju već više od godinu dana. Sada ćemo ponoviti obradu i regrutiranje svih kandidata za transplantaciju.

Transplantirat će se u Hrvatskoj, u KBC-u Zagreb, a kirurg i anesteziolog iz Beča doći će nam pripomoći na prvih desetak transplantacija, sve dok

naši kirurzi i anesteziolozi potpuno ne svladaju cijeli operativni postupak, eksplantaciju, implantaciju i rano operativno zbrinjavanje. Do sada je učinjeno 80-ak transplantacija pluća našim pacijentima, što je desetak godišnje. Rezultati su vrhunski, zahvaljujući suradnji s jednim od najboljih središta na svijetu, kojem zahvaljujemo i činjenicu da se i sami razvijamo. Moramo primjenjivati istu razinu kvalitete i implementirati sve što i oni u Beču rade. Vjerujemo da ćemo i dalje tako nastaviti jer nam je bečko središte izvrstan partner, edukator i supervizor. U idućih nekoliko tjedana očekujemo da će se u KBC-u Zagreb raditi prve transplantacije, i to u našem središnjem operacijskom bloku na Rebru, kamo je naša torakalna kirurgija s Jordanovca premještena nakon potresa. Znači, trenutačno aktiviramo obradu i stavljanje pacijenata na listu čekanja, a to je velik program s dvjestotinjak bolesnika. Očekujem da će se program ubrzo razviti punim intenzitetom. U idealnom

scenariju u Hrvatskoj nam treba 10 do 15 transplantacija pluća godišnje.

➤ Očekujete li da će post-COVID utjecati na povećanje broja bolesnika u završnom stupnju plućne bolesti?

Beč je jedan od vodećih središta za transplantaciju pluća na svjetskoj sceni i oni su napravili prvu post-COVID transplantaciju. Naime post-COVID je svakako nova indikacija za transplantaciju pluća. U nekoliko mjeseci nakon otvaranja odjela za post-COVID pacijente došli smo s početnih 15 postelja na 1000 bolesnika u Registru bolesnika s post-COVID sindromom. Dio tih ljudi nažalost će ići u smjeru kronične ireverzibilne plućne fibroze i to će biti jedna od novih indikacija za transplantaciju pluća. Koliko će biti takvih bolesnika teško je sada predvidjeti. Uz dobru respiratornu rehabilitaciju i kortikosteroidnu terapiju, ipak ih se većina dobro oporavi.

> Koliko je petogodišnje preživljenje bolesnika s transplantiranim plućima u vašem središtu?

To je različito od središta do središta, mi očekujemo i težimo preživljenju od 20 godina nakon transplantacije. Nažalost, transplantirani organi brže stare nego prirodni organi pa se sad događaju na Rebru ponovne transplantacije. Retransplantaciju smo radili već dva puta. Zahvaljujući dobroj stručnoj i znanstvenoj vezi s bečkim središtem očekujemo da će rezultati preživljenja ostati kakvi su i bili, što bi značilo barem 90 % jedno-godišnjeg preživljenje, a petogodišnjeg 50-65 %. Bolesnici s razmjerno brzim kroničnim odbacivanjem završit će s ponovnom transplantacijom.

> Umiru li pacijenti češće s funkcionirajućim presatkom ili zbog gubitka presatka?

U pravilu imamo tri problema. Prvi je da su indikacije za transplantaciju pluća vrlo različite. Svaka od njih određuje postotak i težinu posttransplantacijskih komplikacija. Jedna je od njih teška plućna hipertenzija ili, recimo, cistična fibroza. Slijede bolesnici s kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti, koji su starija populacija i ima drukčije posttransplantacijske komplikacije. Svaku od tih dijagnoza se mora tretirati posebno.

Druga je velika razlika između transplantacije pluća i ostalih organa da pluća nisu sterilna zbog aerosola pa se infekcije neminovno događaju u transplantiranim plućima. A onda postoje još specifični entiteti kao što je kronično odbacivanje. Riječ je o dijapazonu različitih komponenti koje utječu na to u kojem smjeru će netko krenuti. Međutim, uvijek ciljamo na barem deset godina.

Posljednjih smo nekoliko godina uspješno izliječiti 80 % odbacivanja. To je brzo razvijajuće područje na kojem imamo već lijepa iskustva. Sada aktiviramo isključivo hrvatsku listu kao dio Eurotransplanta, a posljednjih smo desetak godina imali zajedničku hrvatsko-austrijsku listu, no to je zbog korone prestalo. U posljednje doba jedno je od naših većih postignuća što smo jako pomladili sve timove, tako da su danas i glavni operativci mladi ljudi.



> Očekujete li da će se transplantacijski tim trebati kadrovski pojačavati?

To je dodatno opterećenje za Kliniku jer transplantacija je 24/365 posao, no KBC je velik sustav. Za Kliniku za plućne bolesti Jordanovac u tijeku su tri velika projekta/programa, koji na neki način zahtijevaju beskrajnu reorganizaciju i nove kadrove. Jedno je reaktiviranje transplantacija, drugo je velik program koji moramo obnašati za kronični akutni COVID, a treći je program, koji je krenuo lani u listopadu, rano otkrivanje plućnoga karcinoma. Za taj je program Jordanovac imenovan za ustanovu na nacionalnoj razini koja treba osmisliti, koordinirati i nositi sve aktivnosti. To su opsežni i složeni projekti, a došli su uza sve postojeće poslove te zahtijevaju velik angažman. No, moram priznati da su svi projekti/programi na nacionalnoj razini pa imamo podršku ne samo uprave i ostalih kolega u KBC-u nego i Ministarstva zdravstva. Otvaramo nove stranice u respiratornoj medicini i to je lijep posao za naše mlade doktore i sasvim sigurno im daje izgleda da se razviju u profesiji. Zato smo u svaki od tih segmenata i stavili otpočetak specijalizante i mlade specijaliste koji se u novim projektima razvijaju zajedno sa strukom. Transplantacijski program danas čini boljim i uspješnijim liječenje odbacivanja organa, a onda i uvođenje

retransplantacije. To je velik motivator i velik izazov. Naime, u svakom medicinskom poslu osjećate se loše kad znate da nema velike nade, no kad na kraju tunela postoji novo svjetlo, to je dobar osjećaj.

> Koliko trenutno ima bolesnika koji očekuju retransplantaciju?

U ovom trenutku ih je 10 do 15 posto, ali će broj zasigurno rasti. Za retransplantaciju čovjek mora biti razmjeno mlad i fizički očuvan, a kandidati su obično ljudi mlađi od 50 godina. Sada je srednja životna dob kandidata oko 50 godina, ali to se mijenja. Tipičan je primjer cistična fibroza, svi se takvi bolesnici operiraju dok su mladi. Istodobno se pomiče i granica gornje životne dobi, a Hrvatska ima sreću da smo savršeno razvili program doniranja organa pa stoga lakše možemo razvijati transplantacijski program. To je velika prednost jer ima puno zemlja koje žele ući u transplantacijski program, ali nemaju razvijen sustav doniranja organa.

Vjerojatno će za desetak godina regeneriranje i stvaranje novih organa postajati nešto o čemu će se početi aktivno razmišljati. Nije transplantacijska medicina samo ovo o čemu se govori, obična sofisticirana biomehanika, nego postoji i zadatak koji će transplantacijsku medicinu usmjeravati prema kultiviranju i stvaranju organa. To je vrlo složen izazov u budućnosti. U svakom slučaju sretan sam i radujem se novim izazovima.

OTOČKI GINEKOLOZI

Prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.
KBC Zagreb

Suzana Bokić, dr. med.
Spec. ginekološka ordinacija
Dom zdravlja Zagreb-Zapad

Zdravstvena skrb na otocima u mnogome se razlikuje od kopnene medicine, osobito u zdravstvenoj skrbi za žene. Što rade, kako se snalaze u neočekivanim okolnostima, imaju li kategoriju "izvan radnog vremena" i još ponešto doznali smo od kolega ginekologa s Raba, Lošinja, Korčule i Brača.

Ginekološka skrb na **otoku Rabu** organizirana je u dvjema jedinicama liječničke službe, u gradu Rabu i općini Lopar, s malo više od devet tisuća osiguranika, kaže nam **dr. Boris Bačić**, koji se na Rabu brine o malo više od 4000 žena. Na **otocima Cresko-lošinjskog arhipelaga**, koji čine sedam otoka: Cres, Lošinj, Unije, Susak, Ilovik, Vele i Male Srakane, primarna ginekološka skrb pokriva oko 3800 žena, od čega je četvrtina starijih od 65 godina, pojašnjava tamošnja ginekologinja **dr. Melita Mrđen**. "Svake se godine, nažalost, smanjuje broj žena, što zbog smrtnosti osiguranika, a što zbog odlaska mladih s otoka. Pošto sam jedina ginekologinja, sve su pacijentice uglavnom "osuđene" doći k meni. Nemam konkurenciju pa DTP-ove koje plaća HZZO odradim već desetog dana u mjesecu. Dva puta mjesečno pohodim ginekološku ambulantu u Cresu", navodi **dr. Mrđen**.

Ginekološki tim **dr. Kriste Cebala** skrbi se o 3000 žena na **otoku Korčuli** i zapadnom dijelu poluotoka Pelješca. "Četiri dana tjedno radim u Domu zdravlja Korčula, a nakon odlaska kolegice iz Vela Luke pokrivam i tim u Domu zdravlja Vela Luka. Svake druge srijede sam na terenu u ambulanti Orebić na poluotoku Pelješcu. Izvan radnog vremena redovito sam dostupan na pozive za konzultacije ili intervencije" objašnjava organizaciju svog rada **dr. Cebalo**. Na otoku Korčuli lista čekanja za preglede ne postoji i sve pacijentice budu pregledane po dolasku, pa **dr. Cebalo** smatra da je služba primjereno organizirana,

a ističe i zadovoljstvo opremljenošću svojih ambulanti.

Nacionalni program prevencije na otoku Rabu ne provodi se već 5 ili 6 godina. "U ordinaciji radim VCE obrisak, testiranje na HPV, bakteriološke obriske rodnice, cerviksa i uretre, ultrazvučnu ginekološku dijagnostiku te fetalnu biometriju i cervikometriju. Male zahvate ne radim zbog poteškoća s transportom materijala u KBC Rijeka", pojašnjava **dr. Bačić**.

Kako na Korčuli tako i na Lošnju čekanja nema, a ni gužvi u ginekološkoj ordinaciji. **Dr. Mrđen** pacijentice naručuje na redovite pregled u vremenu kad njima odgovara, dok "hitna stanja" prima odmah. Predviđene patološke trudnoće nastoji na vrijeme poslati u KBC Rijeka, a većina trudnica se pred kraj trudnoće snalazi boravkom kod rodbine i prijatelja na kopnu, čekajući termin porođaja. Jednom tjedno dr. Mrđen organizira savjetovanje za mlade djevojke koje žele nešto više saznati o spolnom zdravlju. "U ambulanti posebno vodim brigu o preventivi. Svake godine pozivam na pregled žene koje već tri godine nisu napravile PAPA test", naglašava **dr. Mrđen**. Pitanje malih zahvata Lošinj dijeli organizacijski s Rabom. "Posljednjih desetak godina u ambulanti se više ne obavljaju mali zahvati jer patologija KBC-a Rijeka nema ugovor s HZZO-om pa stoga ne mogu poslati materijal na analizu na teret HZZO-a, a niti smijem uputiti osiguranicu da sama plati pretragu. Pacijentice stoga višekratno moraju ići u KBC npr. i radi ablacije malog polipa. Jedanput anesteziologu na prijeoperacijski pregled, drugi put radi samoga zahvata i, na kraju, radi uvida u patohistološki nalaz", ističe **dr. Mrđen**. "Prednost rada na otoku je kontinuitet skrbi o ženama, tako da sam neke od današnjih trudnica pratila UZV-om od njihova začeća, prvih centimetara i srčane akcije, neke čak i porodila, a sada pratim razvoj novog život u njihovom uterusu. Uglavnom poznajem sve svoje pacijentice i često imam konzultacije na ulici ili u trgovini. Život i rad na otoku drukčiji je, lijep, pogotovo kada kao turisti dođu neki novi klinici koje je mama dovela da ih vidim uživo, a ne samo

ultrazvukom, kada stignu pisma zahvale s raznih strana svijeta", navodi **dr. Mrđen**.

Dr. Cebalo s otoka Korčule ističe da je do županijske bolnice u Dubrovniku 120 km, a do KBC-a Split 200 km, uz prijevoz trajektima. "Ovo navodim kako bih naglasio specifičnost rada na otoku, vremenske uvjete i otežane okolnosti konzultacije, iako mi kolege iz drugih ustanova izlaze u susret savjetom, terminom pregleda i zahvata", pojašnjava **dr. Cebalo**. "Male zahvate obavljam kada se preporučuje dulji transport (jače krvarenje poslije spontanog pobačaja ili incizija apcesa). Preparate koji iziskuju histološku verifikaciju šaljem u nadređene ustanove", navodi **dr. Cebalo**.

Mr. sc. Branko Jašić, dr. med., radi na otoku Braču od 1974. godine, a kao ginekolog posljednjih 36 godina. Iako je službeno u mirovini, zbog nedostatka ginekologa i dalje radi polovicu radnog vremena. "Do 2007. godine, kada je ukinut Dom zdravlja, obavljao sam integriranu medicinu, radio sistematske preglede po otoku i male zahvate te obavljao porođaje u stacionaru. Sada imamo dobro organiziranu hitnu službu pa smo u novije vrijeme imali samo dva zadesna porođaja na otoku", pojašnjava **dr. Jašić**.

Svi sugovornici potvrđuju da telemedicina na otocima nije zaživjela. "Bilo je pokušaja uvođenja telemedicine, ali od svega toga uvijek mi je funkcionirala jedino telefonska linija s pokojnim prof. A. Dražančićem i prof. D. Pavešićem. Sada, na žalost, nemam više "jocker zovi" kaže **dr. Mrđen**.

Jedno od ključnih otočkih pitanja svakako je organizacija rada u slučaju hitnoće. **Dr. Bačić** pojašnjava da na Rabu ginekološke i opstetričke hitnoće, izvan njegovog radnog vremena, zaprimaju liječnici Zavoda za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije. "Mene kontaktiraju telefonom radi savjeta ili dolazim pregledati pacijenticu, pa se dogovaramo kako je primjereno zbrinuti. Ginekološke pacijentice ili trudnice kojima je to nužno, transportiraju se kolima Zavoda za hitnu medicinu ili heli-

kopterom do KBC-a Rijeka”, kaže **dr. Bačić**. “Na raspolaganju sam uvijek, i izvan radnog vremena i praznikom, osim kada nisam na otoku. Godišnje iskoristim najviše desetak radnih dana godišnjeg odmora. Ginekolog sam na otoku Rabu od 1994. godine. Za to vrijeme bilo je dvadesetak zadesnih porođaja. Nekoliko porođaja dovršeno je tijekom transporta do Rijeke u kolima hitne pomoći, a jedan u helikopteru. U kolovozu 2018. uspješno je porođena njemačka turistkinja u 38. tjednu trudnoće”, priča nam **dr. Bačić**.

Dr. Mrđen s Lošinja pojašnjava da za hitan prijevoz u KBC Rijeka poziva Hitnu medicinsku pomoć, koja organizira transport i pratnju. Udaljenost do prvog centra, KBC-a Rijeka, iznosi 120 km plus vožnja trajektom u trajanju od 25 minuta. Priprema za let helikopterom traje od jednog sata do sata i pol, ovisno o tome odakle polijeće helikopter i kakvi su vremenski uvjeti. “Posljednji zadesni porod u Malom Lošnju bio je 2015. godine, a od tada prilikom transporta u KBC Rijeka bilo je poroda u helikopteru, u vozilu Hitne medicinske pomoći pa čak i na trajektu”, kaže **dr. Mrđen**.

“Hitni slučajevi možda nisu naša svakodnevnica, ali sporadično ih bude”, navodi **dr. Cebalo**. “Vezano uz moju procjenu hitnoće, služim se cestovnim ili zračnim prijevozom. Porod je stanje koje ne trpi odgodu. Ako je u fazi da isključuje transport, tu je naša sestra-primalja, iskusna u svome poslu, i timski obavimo porod. Godišnje takvih slučajeva bude pet do šest”, objašnjava **dr. Cebalo**. “Primalja koja prebiva na poluotoku Pelješcu nedavno nije mogla doći na Korčulu zbog vremenskih uvjeta te je HMP Korčula bila od velike pomoći. Sestra je pod mojim nadzorom obavila posao primalje. Inače, trudnice kojima vodim trudnoću dovršavaju je u KB-u Dubrovnik ili u KBC-u Split. Ponekad se dogodi i loša procjena vremena te se trudnica porodi na putu u bolnicu. Prije četiri godine bio je porođaj u helikopteru koji je letio za KBC Split”, sjeća se **dr. Cebalo**.

“Najveći je problem svih liječnika na otoku Rabu, pa tako i ginekologa, bura, olujna ili orkanska”, ističe **dr. Bačić**. Naime, tijekom godine, osobito zimi, otok Rab je najmanje desetak dana, ponekad i više, odsječen od kopna. Za orkanske bure trajekti Rapske plovidbe ne mogu prijeći Velebitski kanal. Helikopter također ne može letjeti. Ponekad se za olujne bure trajekt i uspije probiti do kopna, ali je cestovna magistrala zatvorena za sav promet pa nije moguće transportirati pacijenticu ili roditelja dalje do KBC-a Rijeka. “Baviti se porodništvom na otoku bez operacijske dvorane i anesteziologa, bez mogućnosti da se suvereno



BORIS BAČIĆ, dr. med.

rođen na Rabu 1959. Završio je MF i specijalizirao u Rijeci. Od 1994. radi kao ginekolog u DZ-u Rab, a od 2000. je kao privatnik ugovorno vezan s HZZO-om



MELITA MRĐEN, dr. med.

spec. ginekološka ordinacija, DZ Mali Lošinj



KRISTO CEBALO, dr. med.

rođen je 1955. u Žrnovu na otoku Korčuli. MF u Zagrebu završio je 1980., a 1985./86. boravio je u SAD-u (New York) s položenim ECFMG-em (nostrifikacija diplome). Godine 1992. položio je specijalistički ispit

dovrši porođaj kako to tijekom porođaja zahtijeva, vrlo je opasna avantura. Preostaje jedino deset prstiju i vjera u Boga. U prostoru ispostave Doma zdravlja nema zadesne rađaonice pa se porođaji obavljaju u prostorima Zavoda za hitnu medicinu”, pojašnjava **dr. Bačić**. “Jedno je od mogućih rješenja odsječenosti otoka od kopna dodatno otežati vozilo hitne pomoći metalnim pločama da ga bura ne može prevrnuti ili izgradnja plovila takvih maritimnih sposobnosti da može po svim vremenskim uvjetima prijeći Velebitski kanal. Osigurancima koji žive na otoku Rabu nedostaju radiolog, oftalmolog, otorinolaringolog, dermatolog i specijalist medicine rada. Ovaj bi nedostatak trebalo riješiti uz pomoć regionalne uprave i države”, zaključuje **dr. Bačić**.

“Razlika je od “kopnenih ambulanti” u tome što od predsezone do postsezone imamo velik priljev sezonskih radnica i turistkinja. Uglavnom dolaze bez dokumenata i nalaza, često zbog hitnih stanja, a uz to, osim engleskog, njemačkog i talijanskog jezika, očekuju da znamo i mađarski, češki, ruski, albanski i još poneki. Osobita je razlika između nas na otocima i kolega s kopna, što mi ne možemo sebi osigurati zamjenu za godišnji odmor ili bolovanje pa stoga kategorija “izvan radnog vremena” kod nas ne postoji. Budući da za tri godine (daj Bože zdravlja!) idem u mirovinu, a kolegica je na specijalizaciji, pokušat ću to nadoknaditi”, kaže **dr. Mrđen**. “Godinama sam ukazivala na bespotrebna putovanja na svim instancama, ali se ništa nije promijenilo. Mislim da je važno žene poštediti suvišnih putovanja, skupih i napornih, jer se uz malo dobre volje sve može organizirati tako da bude obavljeno u jednom danu”, naglašava **dr. Mrđen**.

“Mislim da oprema nije bitna, bitni su ljudi i njihovo znanje. Otok je izoliran i morate se pokoji tjedan godišnje izvući da biste osjetili kako iza granice kopno-more postoje znalci koje je poželjno čuti i upoznati. Nacionalno treba inzistirati na skupovima otočke medicine, kao u vrijeme prof. Hebranga, koji su bili od velike koristi. Osobno sam upoznao probleme od otoka Krka do otoka Mljet”, kazuje **dr. Cebalo**.

“Što se tiče poboljšanja ginekološke službe na otocima, imamo opremu, ali nemamo ginekologa. Mislim da je odgovornost na načelnicima, a osobito ravnatelju Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, koji kadrove nisu planirali unaprijed. Liječnicima na otoku svakako valja osigurati određen benefit”, zaključuje **dr. Jašić**.

ŽIVOT NAKON TRANSPLANTACIJE JETRE

Webinar HGD/KoHOM/HDTM

izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.
KBC Zagreb

Jandranka Karuza, dr. med.

Specijalistička ordinacija obiteljske
medicine J. Karuza, Rijeka

Posljednjih godina Hrvatska je jedna od vodećih zemalja u svijetu po stopi transplantacije jetre. Aktualni rastući trend transplantiranih bolesnika kao i sve dulje preživljenje povećava potrebu za dugoročnom skrbi, pri čemu sve veći dio preuzimaju obiteljski liječnici. Kasne komplikacije transplantacije jetre uključuju širok spektar metaboličkih poremećaja poput šećerne bolesti, hiperlipidemije, hipertenzije, pretilosti, nealkoholne masne bolesti jetre, kao i pojedine tumorske bolesti te promjene raspolaženja. Imunosupresivni lijekovi značajno pridonose razvitku navedenih komplikacija te njihova učestalost nadmašuje pojavu istih bolesti u općoj populaciji.

Prevenција, prepoznavanje i zbrinjavanje komplikacija i komorbiditeta nakon transplantacije jetre ključni su za poboljšanje dugoročnih ishoda. Kako bi se navedeno ostvarilo, nužna je bliska suradnja specijalista u transplantacijskim središtima s obiteljskim liječnicima koji kao liječnici prvog kontakta u zdravstvenom sustavu osiguravaju dostupnost i kontinuitet zdravstvene skrbi.

Kako gore navedene teme što lakše provesti kroz svakodnevni rad, ponudili su mrežni seminari pod zajedničkim naslovom „**Transplantirani bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine**“ koji su održani 2. i 4. veljače. Organizirani su u suradnji Hepatološke sekcije Hrvatskoga gastroenterološkog društva



tva (HGD), Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) i Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu (HDTM).

Kroz brojne svakodnevne probleme i dileme proveli su ih na primjeru transplantiranoga gospodina Milenka, a konačnici i ponudili praktična rješenja specijalisti obiteljske medicine **Jelena Rakić Matić**, dr. med. (Dom zdravlja Zagreb) i **Jandranka Karuza**, dr. med. (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine J. Karuza, Rijeka) te specijalisti iz transplantacijskih središta izv. prof. **Anna Mrzljak** (KBC Zagreb), prim. dr. sc. **Danko Mikulić** (KB Merkur) i dr. sc. **Ana Ostojić** (KBC Zagreb). Velika posjećenost, kao i brojna pitanja sudionika, pokazali su u kojem je smjeru potrebno planirati daljnje webinare i što nam nedostaje. Do sljedećih webinar o transplantiranom bolesniku može se sadržaj dosadašnjih pogledati na poveznici <https://kohom.hr/mm/?p=8949> na stranici KoHOM-a.

anna.mrzljak@mef.hr;
adra1312@gmail.com



Na slici (odozgo prema dolje): Anna Mrzljak, Jandranka Karuza, Ana Ostojić, Danko Mikulić i Jelena Rakić Matić

Erratum corrige:

u LN 197 u članku "Brojni hrvatski znanstvenici iz područja biomedicine na popisu 2 % najuspješnijih u svijetu prema utjecaju citiranosti" izostavljeno je ime **Altabas Velimira** s Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Ispričavamo se na propustu.

Od 514 testova na gripu u ovoj sezoni ni jedan nije bio pozitivan

U Hrvatskoj je za godinu 2019./2020., zaključno sa 17. svibnja 2020. godine, službeno registrirano ukupno 59 725 oboljelih od gripe. No kakva je situacija ove godine kada svi nosimo maske i pojačano peremo ruke?

“U ovoj sezoni, znači, od 1. studenog 2020., imali smo 514 testiranja na virus gripe i do sada su svi negativni. Tijekom prošle sezone je izvršeno 8347 testiranja na virus influence i 4096 je bilo pozitivnih nalaza.”, rekla je dr. sc. Irena Tabain, dr. med., voditeljica odjela za izravnu virološku dijagnostiku Službe za mikrobiologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Na pitanje kako objašnjava da u Hrvatskoj nije prijavljen niti jedan slučaj gripe ove sezone, dr. sc. Tabain kaže da je to pitanje možda više za epidemiologe.

“Sigurno se djelomično to može pripisati

držanju socijalne distance, nošenju maski i značajno manjem opsegu putovanja. Budući da je manje slučajeva gripe zabilježeno i u drugim zemljama te drugim dijelovima svijeta, ni mi nismo izuzeti. Naravno, da je djelomično to posljedica i značajno manjeg broja testiranja. Slično trenutno vidimo i s drugim respiratornim virusima, ali recimo u populaciji male djece koja su izuzeta od nošenja maski i teže drže distancu, tijekom cijelog ovog razdoblja detektiramo infekcije uzrokovane adenovirusima”, pojasnila je dr. sc. Irena Tabain.

Prema izvješću pak HZJZ-a od 24. veljače 2019. godine za gripu u sezoni 2018./2019. piše:

“Ove sezone bilježi se veći broj dojava o smrtnim ishodima zbog gripe i njezinih komplikacija u usporedbi s prethodnim

sezonama, pa je tako do sada dojavljeno 98 smrtnih ishoda, dok je u sezoni 2017./2018. bilo prijavljeno ukupno 29 umrlih. Navedeni podaci upućuju na tzv. višak smrti odnosno povećani broj umrlih u odnosu na broj umrlih izvan sezone gripe. To je posljedica činjenice da je gripa u određenim rizičnim skupinama kao što su osobe u dobi od 65 godina i stariji te kronični bolesnici neovisno o dobi, češće praćena komplikacijama i smrtnim ishodom”.

Podsjetimo, sezona gripe inače svake godine krene sredinom studenoga, a završava u ožujku ili travnju. Očigledno su preventivne i protuepidemijske mjere poput nošenja maski, fizičke distance i dezinfekcije ruku značajno pridonijele sprečavanju širenja virusa gripe. Alice Jurak

Veljača je mjesec kada mislimo na oboljele od rijetkih bolesti

Hrvatski savez za rijetke bolesti tradicionalno u veljači provodi kampanju podizanja svijesti o rijetkim bolestima ususret Međunarodnom danu rijetkih bolesti koji se obilježava zadnjega dana veljače. Savez je ove godine, s obzirom na epidemiološko stanje vezano uz COVID-19, proveo online kampanju pod nazivom #vidimte. Kroz tu kampanju prikazao je šest kratkih dokumentarnih filmova s 12 sudionika, u kojima svaki film obrađuje po jednu od problematika s kojima se oboljeli od rijetkih bolesti susreću.

U Hrvatskoj ima oko 200.000 oboljelih od rijetkih bolesti, a kako postoji oko 7.000 različitih dijagnoza, očitovanja bolesti su uglavnom individualna kao i njihovi izazovi te time oboljele dovode do situacije da su nevidljivi zdravstvenom sustavu, socijalnom sustavu, ali i općenito društvu u cjelini. Savez je upravo zbog toga ove godine htio da ih se vidi, pa ovim filmovima cijelom društvu pokazati kako žive oboljeli od rijetkih bolesti, koji su izazovi s kojima se susreću, koje su prepreke, problemi i kako im konkretno možemo pomoći. Filmovi su dostupni na stranici Saveza: <http://rijetke-bolesti.com/rijetke-bolesti/dokumentarni-filmovi/>

Završni dan kampanje organiziran je u Gradu Zagrebu, na Cvjetnom trgu, točno u 12 sati, kada je prolaznike iznenadio Flash mob ples u svrhu podizanja svijesti o rijetkim bolestima.

Sara Bajlo, dopredsjednica Hrvatskoga saveza za rijetke bolesti



NOVI IZAZOVI U PEDIJATRIJI

Poslijediplomska edukacija tijekom pandemije COVID-19

U organizaciji Hrvatskoga pedijatrijskog društva HLZ-a i doc. prim. dr. sc. Irene Bralić, osnivačice i voditeljice Tečajeva 1. kategorije trajne izobrazbe iz ciklusa „Novi izazovi u pedijatriji“ (NIP), a uz partnere medicinskih fakulteta u Splitu, Zagrebu i Rijeci, ŠNZ-a "Andrija Štampar" i Hrvatskoga farmakološkog društva, održan je iz studija u Zagrebu 7. NIP VIRTUAL, od 5. do 7. ožujka 2021. S obzirom na pandemiju COVID-19 i potrese tema 7. NIP-a bila je vulnerabilne skupine u pedijatriji s naglaskom na specifičnosti zbrinjavanja kronično bolesne djece te djece s teškoćama u razvoju. Tema se pokazala iznimno zanimljivom za više od 400 registriranih sudionika, dominantno pedijatara. Osim domaćih eminentnih predavača, predavala su i tri strana gosta: prof. Adnan Čustović iz Londona, prof. Hannah Tamary iz Tel Aviva i prof. Antonis Kattamis iz Atene. U deset interaktivnih modula i tri satelitska mini simpozija održano je više od 18 sati stručnoga programa. Demografski, javno-zdravstveni, klinički i multidisciplinarni aspekti zbrinjavanja vulnerabilnih skupina u suvremenom svijetu, novosti u liječenju wheezinga u djece predškolske dobi, kongenitalne anemije, važnost prehrane kod iritabilnog crijeva, kritički osvrt na dodatke prehrani iz perspektive ljekarnika, kardiološka kazuistika u dječjoj dobi, diferencijalno-dijagnostički pristup osipima kao i tema psihodermatologije bile su poticajne za rasprave i u virtualnim okolnostima.

Održan je i tradicionalni NIP seminar specijalizanata pedijatrije kojim se potiče znanstveno-istraživački rad budućih pedijatara. Članovi Povjerenstva za izbor najboljeg specijalizantskog rada bili su predstojnici svih pedijatrij-



Ostajemo zajedno i u COVID virtualnim uvjetima (slijeva nadesno): dr. Mirjana Kolarek Karakaš, predsjednica Hrvatskoga društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju HLZ-a, doc. prim. dr. sc. Irena Bralić, osnivačica i stručna voditeljica tečajeva trajne poslijediplomske izobrazbe iz ciklusa "NIP", prof. dr. sc. Aida Mujkić (predsjednica Hrvatskoga pedijatrijskog društva HLZ-a)

skih klinika u Hrvatskoj, koji su između 15 sjajnih specijalizantskih radova dodijelili titulu najboljeg prezentera dr. Paoli Krnjajić iz OB-a Dubrovnik, a po ocjeni sudionika ta titula dodijeljena je dr. Ani Kovačević iz KBC-a Sestre milosrdnice. U vrijeme odabiranja najboljega specijalizantskog rada sudionici su prisustvovali i NIP iznenađenju: violončelistica Ana Rucner je u studiju, prenoseći radost glazbe, odsvirala Beethovenove skladbe.

Slogan 7. NIP-a "Ostajemo zajedno" potvrdio je izvan redovitog programa održani panel "Pedijatrija jučer, danas, sutra", na kojem su osvrt na suvremenu pedijatriju iznijele predsjednica Hrvatskoga pedijatrijskog društva prof. Aida Mujkić i predsjednica Hrvatskoga društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju dr. Mirjana Kolarek-Karakaš, uz moderiranje doc. Irene Bralić (na slici).

Radilo se o vrlo dinamičnom tečaju, s ciljem usvajanja novosti dobre kliničke prakse, čemu će pridonijeti i recenzirani priručnik "Vulnerabilne skupine u pedijatriji" u izdanju Medicinske naklade. Auditorij je na osebujan način sudjelovao na 7. NIP-u: bilo je prisutno zajedništvo, osjetilo se zanimanje svih generacija pedijatara kao i želja za sustavnom poslijediplomskom edukacijom i u COVID okolnostima.

"Online NIP ostajemo ZAJEDNO" od 12. ožujka do 12. travnja omogućuje i naknadni pristup svim sadržajima 7. NIP 2021. Najavljen je 8. NIP od 4. do 6. ožujka 2022. O svemu više na www.pedijatrija.hr

Prof. dr. sc. Ljerka Cvitanović-Šojat,
prim. dr. med.

DESET GODINA IZVRSNOSTI

poslijediplomski doktorski studij TRIBE

U svibnju 2021. godine slavimo desetu godišnjicu upisa prvih studenata na poslijediplomski doktorski studij Translacijska istraživanja u biomedicini (TRIBE) Medicinskog fakulteta u Splitu.

U tih deset godina TRIBE je postao najuspješniji doktorski studij Medicinskog fakulteta u Splitu prema broju studenata koji su doktorirali. Do 11. travnja 2021. na studiju TRIBE obranjeno je 58 doktora. Ako ne računamo studente koji još pohađaju nastavu na zadnje tri akademske godine (jer poslijediplomski studij traje tri godine), od 2010./2011. do 2017./2018., na studij TRIBE je upisano 106 studenata. Dakle, ako ne računamo 11 ispisanih studenata i one koji još pohađaju nastavu, na studiju je doktoriralo 61% studenata. To su rezultati u rangi rezultata doktorskih škola iz SAD-a i Kanade. Posebno smo ponosni što tako visok postotak nije umanjio kvalitetu obranjenih doktora, već upravo suprotno. Prosječan broj radova na kojima su naši doktorandi prvi autori i na kojima se temelje njihovi doktoriati je 2,2, a prosječan čimbenik odjeka tih radova je 3,8. Uspješnost doktoriranja na studiju TRIBE nije moguće izravno uspoređivati s uspjehom doktoriranja u drugim akademskim institucijama u Hrvatskoj jer do tih podataka nije moguće doći.

Vrijedi istaknuti i da je TRIBE jedini poslijediplomski doktorski studij na svim medicinskim fakultetima u Hrvatskoj koji je dobio ocjenu visoke kvalitete Agencije za znanost i visoko obrazovanje (AZVO) na reakreditaciji poslijediplomskih studija koja je provedena u prosincu 2016. godine.

Studij TRIBE svoj uspjeh temelji na drukčijim načelima u odnosu na brojne druge doktorske studije u Hrvatskoj. Kako bismo podigli kvalitetu doktora i postigli veći postotak uspješnosti doktoriranja te skratili vrijeme studiranja na doktorskom studiju, naš reformski pristup temeljio se na tri područja: izboru studenata, pravilima studiranja i nastavnom programu.

Pri izboru studenata nebitan nam je prosjek ocjena. Važno nam je da studenti prilikom prijave za upis imaju mentora i definiran protokol najmanje dva istraživanja koja namjeravaju provesti tijekom doktorata. Tim zahtjevom probiremo studente i mentore koji su u mogućnosti pripremiti dobar plan istraživanja koji će biti izvodiv i koji će se moći objaviti u međunarodnim časopisima. Svjesni smo da je to vrlo zahtjevan pristup, međutim, u ovih deset godina iskustva rada na poslijediplomskom studiju vidimo da je to ključno kako bi se osiguralo da što više studenata upisanih na doktorski studij uistinu i doktorira u nekom razumnom roku.

Prijave za upis na TRIBE svake godine se zaključuju 30. rujna. Međutim, zainteresirane kandidate ohrabrujemo da nam se jave bilo kad tijekom godine kako bismo im svojim povratnim informacijama i recenzijama njihovih protokola pomogli da se bolje pripreme za upis. Protokole istraživanja koje nam šalju studenti i mentori kritički procjenjujemo jer nam je cilj pomoći u oblikovanju metodički kvalitetnih i provedivih planova istraživanja. Procjena tih protokola istraživanja često uključuje postavljanje velikog broja pitanja, traženje pojašnjenja i predlaganje promjena za koje se očekuje da kandidati na njih odgovore. TRIBE je osmišljen kao intenzivan studij koji upisuje mali broj studenata, s kojima se intenzivno radi još i prije upisa, čiji se napredak nakon upisa intenzivno nadzire i koji cijene konstruktivnu kritiku.

Pravila studiranja na TRIBE-u uključuju strogu primjenu načela ispisa studenata koji ne polože ispit u dvije akademske godine ili osam rokova. Dvaput godišnje studenti imaju izvješća o napretku, koja se u planu i programu studija vode kao ispiti. Te ispite studentima je najteže položiti jer pozitivnu ocjenu mogu dobiti jedino ako demonstriraju odgovarajući napredak na svojim istraživanjima. Takvi strogi uvjeti

omogućuju nam stalni nadzor napretka u istraživanjima koja su isplanirali za doktorat. Ako znanstvenog napretka nema, bez obzira na razlog, studenti se trebaju ispisati sa studija kako ne bi uzalud trošili svoj ili tuđi novac. Ispisani studenti mogu se prijaviti ponovo za upis ako se njihove okolnosti promijene i ako se pokaže da mogu nastaviti sa svojim istraživanjima.

Nastavni program studija mijenjao se više puta, a sve s ciljem da TRIBE ne bude nastavak studija medicine na kojem će studenti slušati gomilu teorije. Umjesto toga, na studiju TRIBE fokus je na znanstvenoj metodologiji i prenosivim vještinama koje će studentima biti potrebni tijekom znanstvene karijere. Ispiti su praktični i uključuju izradu različitih zadataka kako bi pomogli studentima u pripremi za samostalnu znanstvenu karijeru. Primjerice, ispiti uključuju samostalno pisanje znanstvenog rada na zadanu temu, izradu slika za znanstveni rad, pisanje znanstvenog projekta, pripremu ideje za komercijalizaciju istraživanja, izradu postera, organizaciju kongresa, itd.

Nakon ovih prvih deset godina izvrsnosti, ponosni smo na uspjehe studija TRIBE i sve naše studente koji su na studiju doktorirali. Zahvaljujemo svima koji su nam u ovih deset godina pomogli da TRIBE bude to što jest, i nadamo se da će svi poslijediplomski studiji u Hrvatskoj prihvatiti reforme koje će omogućiti što veću uspješnost upisanih studenata.

prof. dr. sc. Damir Sapunar,
voditelj studija TRIBE

prof. dr. sc. Livia Puljak,
zamjenica voditelja studija TRIBE

<http://www.mefst.hr/TRIBE>

Prilog: Markica izvrsnosti za studij TRIBE

U RALJAMA BIROKRACIJE ČAK I U VRIJEME PRIRODNE KATASTROFE!

za sisačko područje -
Ivana Šmit, dr. med., opća bolnica Sisak



IVANA ŠMIT, dr. med.
opća bolnica Sisak

Ima li naša država primjeren krizni management? Postoje li funkcionalni i učinkoviti algoritmi za situacije kao što su prirodne katastrofe? Je li se država sposobna nositi s jednim ovakvim izazovom? Odgovori su poražavajući u očima svih nas koji smo proživjeli ovaj potres i na kojima je testirana sposobnost države da odradi jedan takav „posao“. Velik dio ljudi s kojima sam razgovarala zapravo nije iznenađen, iznenađenje bi bilo da je kriza zbrinuta na dobar način. Mogu slobodno reći i prenijeti mišljenje mnogih stanovnika Sisačko-moslavačke županije - da nam nije bilo volontera, ne znam kako bismo preživjeli te prve dane poslije katastrofe.

U svom 40 godina dugom životnom vijeku ne pamtim da se ikada spominjala opasnost od velikih i razornih potresa na

području naše države. Nismo odrastali sa sviješću o realnoj opasnosti od razaranja koje nam se dogodilo 29. prosinca 2020. godine. 25 godina nakon rata koji nas je vratio desetljećima unatrag, sada nas je pogodila nova, još razornija snaga prirode i u nekoliko sekundi stvorila užas po strukture gradova, usudila bih se reći, gori nego što je za sobom ostavio rat. U svega nekoliko sekundi nestale su kuće, zgrade, razrušena je i sisačka bolnica. Sukladno svojoj infrastrukturi koja segmentima datira još iz 1894. (najstarija zgrada bolnice u kojoj su se nalazili



internistički odjeli i dio poliklinike) i u koje se nije dovoljno ulagalo svih ovih godina, naravno da je pretrpjela ogromna oštećenja. Sva sreća, u njoj nitko nije smrtno stradao niti je bilo značajnijih i po život opasnih ozljeda. Tjednima se javnost zgražala, volonteri široka srca pomagali su nesebično vraćajući nam vjeru u ljudskost koja se, moram priznati, već pomalo doimala kao davno zaboravljene bajke, a onda je naš kraj pomalo i očekivano krenuo tonuti u zaborav. Svi su nastavili sa svojim životom, a Sisak, Petrinju, Glinu, ruševine i dalje podsjećaju na to da se mnogi ljudi više nemaju kamo vratiti i vjerojatno će zauvijek napustiti ovaj kraj. Tresemo se i dalje, i sada prepušteni samima sebi u vječnoj borbi s birokracijom kojoj uvijek „fali jedan papir“. Pokušavamo sami pokrenuti promjene za koje će „državi uz milijun kojekakvih papira“ trebati godine ili desetljeća. Igra živaca i upornosti za ljude koji nemaju vremena čekati državu da se pokrene s mrtve točke.

Pomislio bi čovjek da će se institucije pokrenuti barem kada je u pitanju obnova/izgradnja škola, domova zdravlja i bolnice, no realnost nas u tome demantira. Ono što se pokrenulo, pokrenulo se samo zahvaljujući ogromnom trudu pojedinaca koji, izgarajući u želji da naprave nešto dobro i sačuvaju ovaj kraj od potpunog gašenja civilizacije, kradu vrijeme svojoj obitelji i rade posao koji je trebala odraditi država sa svojim mehanizmima.



U bolnici se ni sada, skoro tri mjeseca nakon potresa, iako se predstavnici Uprave bolnice trude javnosti prezentirati drukčiju sliku, realno nismo puno maknuli s mjesta. Pacijente i dalje liječimo u šatorima, nova zgrada još uvijek nije završena, jedina zgrada koja je statički ispravna (osim zgrade ginekologije gdje sada „funkcionira“ većina bolnice) - zgrada kirurgije, naravno da nije obnovljena niti se zna kada će biti obnovljena. Pojavili su se i glodavci u šatorima, podsjećajući nas na činjenicu da su šatori u svojoj osnovi namijenjeni kampiranju i spajanju s prirodom u slobodno vrijeme, a ne za liječenje pacijenata. Strpljenje osoblja, ali i pacijenata, gotovo je iščezlo. Obećanja koja se mijenjaju iz sata u sat sada gotovo da više nitko ne želi niti slušati. Potvrdila se dobra stara teorija - ako u Hrvatskoj želiš da nešto bude napravljeno, napravi to sam, inače od svega neće biti ništa.

Sisačka bolnica jedinstvena je u Hrvatskoj po tome što radi na lokacijama u dva grada. U gradu Petrinji, koji je u ovom potresu nažalost bio epicentar i najteže je stradao, nalazi se zgrada u kojoj je funkcionirao Odjel pulmologije s poliklinikom i Odjel produženog liječenja i palijativne skrbi. Zgrada je teško stradala u potresu i nije za očekivati njenu skoru obnovu. Uvidjevši da sporost rješavanja problema u Hrvatskoj ne jamči skori povratak Pulmologije u narušenu zgradu, djelatnici bolnice uzeli su stvari u svoje

ruke i napravili „malo čudo“. Kako je sve krenulo, ispričat će nam šefica Odjela, **dr. Gordana Stjepanović**.

Doktorice Stjepanović, kako je zapravo krenula inicijativa za prenamjenu prostora nekadašnjeg restorana u „mini pulmologiju“? Tko je dao ideju i tko je sve sudjelovao u građevinskim radovima?

Neposredno poslije potresa sve smo pacijente koji su bili na liječenju u zgradi bolnice, njih oko 60, evakuirali iz zgrade u prostor prethodno bolničkog restorana



te ih zatim uputili na daljnje liječenje u zagrebačke bolnice.

Poslije potresa, pozvala sam sve djelatnike naših odjela u Petrinji da se nađemo u bolnici kako bismo sagledali stanje i nastalu štetu. Prioritet je bio spasiti opremu koja nije bila uništena potresom te smo je smjestili u prostor bivšega restorana. Tada je medicinar Antonio Miočević u šali rekao kako bismo tu mogli napraviti mali odjel za pulmologiju. Ta mi se misao učinila izvedivom te sam je prezentirala ravnatelju bolnice, koji se s idejom složio.

Pošto sam dobila zeleno svjetlo, kontaktirala sam stožer CŽ Karlovačke županije, koji nam je bio spreman pomoći. Ravnatelj je 2. siječnja 2021. uputio mail stožeru sa zamolbom za prenamjenu toga prostora u bolnički odjel.

Dana 11. siječnja javili su se načelnici Općine Vojnić i Općine Krnjak, gosp. Nebojša Andrić i gosp. Siniša Mihajlović, koji su preuzeli na teret svojih općina kupnju materijala i izvođenje radova potrebnih za prenamjenu ovog prostora. Svi su radovi bili završeni 15. siječnja. Usporedno s tim radovima su djelatnici Odjela za pulmologiju i dugotrajno liječenje s palijativnom skrbi, užurbano pripremali i stavljali u funkciju opremu potrebnu za rad novog Odjela. Tako smo 18. siječnja otvorili prvi Odjel u Službi za interne bolesti s ukupno 14 kreveta (7 muških i 7 ženskih), koji funkcionira i

>>

danas. Sve troškove adaptacije podnijele su Općina Vojnić i Općina Krnjak.

Gdje ste pronašli financijska sredstva? Pristigle su i donacije, tko su donatori i što je sve donirano Pulmološkom odjelu u Petrinji? Kako trenutačno funkcionira Vaš odjel?

Javili su se brojni donatori koji su htjeli pomoći kupnjom opreme za plućni odjel i polikliniku.

Osim odjela, pokrenula sam i rad pulmološke ambulante i opće internističke ambulante u kontejnerima u blizini bolničke zgrade. Tri kontejnera osigurala sam preko Stožera CZ grada Petrinje, jedan nam je donirala farmaceutska tvrtka Salvus, a jedan Srpsko narodno vijeće. Osim pregleda bolesnika, u internističkoj se ambulanti radi i Holter tlaka, a u pulmološkoj kompletna obrada (spirometrija s farmakodinamskim testom, FENO, ABS, alergološko testiranje, bronhoskopija).

Donirana nam je vrijedna oprema: bodipletizmograf s difuzijom za CO, najvrednija, od naših iseljenika u SAD-u, i tri monitora vitalnih funkcija. KALOS za respiratorne vježbe i eliminaciju sekreta iz dišnih putova donirala je tvrtka iz Bjelovara, dva prijenosna računala tvrtka Dvokut iz Zagreba, printer, skener i kopirni uređaj Tehnomedika Zagreb, usnice za spirometar Salvus, spiroergometar i maske za respiratore Mercedes Daimler iz Zagreba, nešto bolesničkih kreveta, posteljine, pelena, potrošnog zaštitnog materijala, ortopedskih pomagala, grijalica i drugih potrepština Karitas i razne udruge iz inozemstva.

Kakvi su sada planovi za Odjel pulmologije. Hoće li se zgrada obnavljati, rušiti? Gdje je budućnost vašega pulmološkog odjela?

Zgrada bolnice ima žutu naljepnicu, detaljno su je pregledali statičari, uzeti su uzorci za analizu ali, koliko znam, ona još nije završena. Ovisno o rezultatima analize odlučit će se o postupanju sa zgradom. Još uvijek nemamo nikakvih službenih informacija o tome hoće li se zgrada obnavljati i u kojem vremenskom intervalu bismo mogli očekivati ponovni povratak u nju. Napominjem da je zgrada namjenski rađena za Odjel pulmologije, ima centralni kisik i kisanu koja je proširena neposredno prije potresa, tako da je ovo zaista primjeren prostor za pulmološki odjel.



Dr. INES ZUKAN

Što se tiče razvoja Odjela, aktivno radim na tome, uvodim nove dijagnostičke postupke, nabavljam novu opremu i educiram kadar kako bismo bili spremni odmah startati punim gasom kad se ostvare uvjeti za rad u primjerenom prostoru.

Planiram uvesti i ambulantu za post-COVID bolesnike, kojih u našoj pulmološkoj ambulanti ima svakodnevno i koji zahtijevaju poseban tretman i angažman cijelog tima, uključujući i respiratornog fizioterapeuta i fizijatra. Naš se fizioterapeut od 22. ožujka upućuje na edukaciju iz respiratorne fizikalne terapije kako bi usavršio vještine kojima sada vlada i educirao kolege koje će raditi s njim.



S druge pak strane, u Općoj bolnici Sisak „funkcionira“ i Odjel pedijatrije. Kako to izgleda približit će nam šefica tog Odjela, dr. Ines Zukan.

Vaš je odjel ostao bez prostora u ovom potresu. Zgrada nije za uporabu niti će biti u skoroj budućnosti. Gdje ste sada smješteni i kako funkcionirate?

Trenutačno smo smješteni u prizemlju zgrade ginekologije OB-a Sisak. Na samom ulazu se nalazi naša Hitna pedijatrijska ambulanta gdje se primarno zbrinjavaju pedijatrijski pacijenti. Na raspolaganju su nam još dvije sobe koje nam služe kao dnevna bolnica, jedna infektološka i jedna respiratorna, tako da maksimalno možemo zbrinuti samo četiri pacijenta istovremeno u trenutač-



nim uvjetima. Odjela nemamo, tako da sve pacijente koji zahtijevaju bolničku skrb dogovorno premještano u druge pedijatrijske klinike u Zagrebu. Ovim putem zahvaljujem za prekrasnu suradnju kolegama pedijatrima iz zagrebačkih klinika, koji su nam samoinicijativno ponudili svoju pomoć glede zbrinjavanja naših malih pacijenata.

Imate li informacije kakva je budućnost zgrade u kojoj je bio smješten Odjel pedijatrije?

Ta zgrada, u kojoj je na prvom katu bio smješten odjel pedijatrije, dobila je žutu naljepnicu, što bi trebalo značiti da je u planu obnova. Ne raspolazem točnim podacima o budućnosti prostora zgrade gdje je bio smješten naš odjel.

Ako i bude obnove, ona sigurno neće biti brza i što do tada? Gdje bi zapravo trebali funkcionirati vaš odjel i poliklinika? Znete li nešto pobliže?

Velike nade polažemo u otvaranje novoga paviljona naše bolnice. Tada bi se mogao „osloboditi“ dio prostora u prizemlju zgrade ginekologije gdje su trenutačno smještene internističke ambulante s pridruženim dodatnim prostorima za internističke potrebe. Tu bismo mi možda mogli formirati odjel pedijatrije s tri bolesničke sobe, gdje bismo mogli pružiti bolničku skrb našim pacijentima. Moram napomenuti da bi i tada bili prostorno insuficijentni. Zahvaljujući velikoj požrtvornosti svih djelatnika pedijatrije vjerujem da ćemo svi izdržati do završetka obnove zgrade gdje je bio smješten naš odjel.

Jesu li Vam ponuđene kakve donacije i jeste li ih možda zaprimili? Što će vam u budućnosti trebati u novom prostoru?

Nakon potresa primili smo donacije nekoliko donatora, kojima se od srca zahvaljujemo.

U okviru Facebook fundraising kampanje "Humanitarian aid to help in early earthquake relief in Sisak, Croatia", u organizaciji dr. Franka Hallera, našega Sišćanina koji je trenutačno specijalizant hitne medicine u Velikoj Britaniji (Manchester), dobili smo pedijatrijska kolica za reanimaciju, monitor vitalnih funkcija za hitnu pedijatrijsku ambulantu, pedijatrijske infuzijske stalke i pedijatrijsku torbu za transport s ampulirijem. Neposredno nakon potresa također smo donirani na poticaj gospodina Hrvoja Vukelića iz tvrtke "Stiv Trade d.o.o.". Primili smo donaciju beskontaktnih toplomjera i dezinficijensa od tvrtke "Lab d.o.o.", donaciju ručnika i zaštitnih kapa od tvrtke "Medival" iz Slovenije. Tvrtka "Medical Direct d.o.o." donirala nam je pulsni oksimetar za djecu i beskontaktni toplomjer. Bilo je i donacije u organizaciji Hrvatske gorske službe spašavanja (HGSS) koja je imala svoj sabirni centar u Petrinji - dobili smo nebulizatore, aparate za mjerenje glukoze i bezreceptne lijekove poput antipiretika. Tvrtka "Pharmamed Mado" donirala nam je jednokratne maske za inhalaciju za djecu.

Aktualno provodimo humanitarnu crowdfunding kampanju za kupnju medicinskih uređaja koji su nam potrebni za opremanje



Pedijatrijski odjel OB Sisak

sadašnjega privremenog prostora pedijatrije, a bit će nam od velike koristi i u budućnosti za naš, nadamo se, novi odjel.

Spomenuta kampanja nastala je na poticaj Veleposlanstva Kraljevine Belgije u Zagrebu, u suradnji s Društvom "Naša djeca, Sisak". Naime, gospodin Nicolaas Buyck je nakon razornog potresa kontaktirao hrvatsko-belgijsku konzultantsku tvrtku "IPS Konzalting" koja posluje u Sisku i na početku pandemije donirala je našem odjelu zaštitne maske te pozvala svoje poslovne partnere da to i oni učine. Nakon kontakta s belgijskim veleposlanstvom, u suradnji s DND Sisak, pokrenuta je crowdfunding kampanja na platformi "gogetfunding.com" pod nazivom "Help the children's ward of the Sisak Hospital damaged by the 2020 earthquake", koja je još uvijek u tijeku. Cilj je kampanje prikupiti sredstva za opremanje hitne pedijatrijske ambulante poput dječjega preglednog ležaja, aspiratora i slične opreme, a velika



nam je želja nabaviti i novi transportni inkubator.

Link za kampanju:

<https://gogetfunding.com/help-the-childrens-ward-of-the-sisak-hospital-damaged-by-the-2020-earthquake/?fbclid=IwAR3i49KUXFW4LAG2o-aPz8yC-wjX1AzZXdxFBWzZznncX-meYsvuaLGfWqzHk>

Zbog potrebe za obnovom odjela pedijatrije je i prije potresa, još 2019. godine, pokrenuta humanitarna akcija "Hrvatska može bolje - za dječje odjele OB Sisak". Ta je akcija nastala na poticaj dviju učiteljica: Irene Mikšić i Helene Buhin. Sada su prve na potezu institucije koje trebaju riješiti prostor za naš odjel u budućnosti. Bez prostora nema niti odjela, niti poliklinike. Nadamo se da nas Hrvatska neće zaboraviti.

i.smit.666@gmail.com

Nacionalni programi ranog otkrivanja zloćudnih novotvorina u Hrvatskoj tijekom pandemije COVID-19

prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.

nacionalna koordinatorka NPROR
vrata maternice

prof. dr. sc. Nataša Antoljak, dr. med.

nacionalna koordinatorka NPROR
debelog crijeva

Andrea Šupe Parun, dr. med.

nacionalna koordinatorka NPROR dojke

Reorganizacija zdravstvenog sustava radi usmjeravanja na prevenciju i liječenje COVID-19

Velike organizacijske promjene dogodile su se tijekom pandemije COVID-19 u zdravstvenom sustavu zbog preusmjeravanja svih resursa prema njenom suzbijanju i sprječavanju.

Ministar zdravstva donio je 11. ožujka 2020. godine Odluku o proglašenju epidemije COVID-19, sukladno Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Također je na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti 14. ožujka 2020. donio Odluku o mjerama mobilizacije i organizacije rada svih zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe prema potrebama sprječavanja i suzbijanja epidemije. Donesene su brojne opće i specifične upute i preporuke Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) i Stožera civilne zaštite Republike Hrvatske, kao i drugih nadležnih tijela na državnoj i lokalnoj razini, u cilju zaštite zdravlja zdravstvenih radnika i pacijenata. Tijekom ožujka i travnja trebalo je prema uputi Ministarstva zdravstva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u djelatnosti obiteljske/opće medicine, pedijatrije, ginekologije, medicine rada i sporta, zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući, palijativne skrbi, patронаžne i ljekarničke djelatnosti te djelatnosti dentalne medicine u primarnoj i u izvanbolničkoj specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, u cijeloj bolničkoj djelatnosti i zavodima za javno zdravstvo najviše moguće smanjiti odgovorne dolaskе pacijenata u zdravstvene ustanove te provoditi mjere prevencije COVID-19. Provodili su se samo hitni i neodgodivi pregledi i postupci. U organizaciji rada povećalo se korištenje komunikacije s bolesnicima i korisnicima zdravstvene zaštite na daljinu i davanje uputa i savjeta telefonski, putem e-maila ili drugim oblicima telekomunikacije, a za njihove dolaskе u zdravstvene ustanove uvedene su mjere za razvrstavanje (trijaža) pri ulasku, kao što su mjerenje tjelesne tempe-

rature, ispitivanje o mogućim kontaktima ili uzimanje izjave o nepostojanju simptoma koji upućuju na COVID-19, odnosno mjera zdravstvenog nadzora karantene ili samoozolacije. Zatim su uvedene mjere obveznog negativnog nalaza testa PCR na SARS-CoV-2 i druge preventivne mjere, poput naručivanja, skraćivanja vremena provedenoga u zdravstvenoj ustanovi na minimum, obustavljanja grupnih dolazaka, smanjenja broja osoba u pratnji i obustavljanja posjeta. Poboljšanjem epidemiološke situacije, a nakon donošenja mjera reaktivacije bolničkog sustava u svibnju, usluge pružanja zdravstvene zaštite postupno su se vratile na prijašnju organizaciju i opseg rada. Na žalost, s pogoršanjem epidemiološkog stanja u listopadu, sustav je ponovo radio pod opterećenjem, a tome je u Zagrebu značajno pridonio novi potres s epicentrom oko Petrinje kada je velik dio zdravstvenih usluga prebačen na Zagreb, koji je i sam bio pogođen prethodnim potresom.

Nacionalni preventivni programi i COVID-19

Sukladno reorganizaciji u zdravstvenom sustavu, u vrijeme usmjeravanja rada na hitne i neodgodive postupke tijekom ožujka i travnja, provodile su se u zavodima za javno zdravstvo (ZZJZ) u sklopu nacionalnih preventivnih programa ranog otkrivanja (NPRO) raka dojke, debelog crijeva, slabovidnosti i pilot projekta vrata maternice, pripreme i organizacijske aktivnosti s naglaskom na reorijentaciju prema oblicima provedbe koji će smanjiti mogućnost zaraze sa SARS-CoV-2 zdravstvenih djelatnika i građana prilikom provedbe probira. Tijekom dva mjeseca privremeno je bilo obustavljeno pojedinačno pozivanje građana na dijagnostičke probirne pretrage. Pozivi za programe probira koji su bili već poslani, rješavali su se ovisno o mogućnostima individualnim pristupom, sukladno specifičnim pojedinačnim prilikama i medicinskim indikacijama.

Nakon uspostave sustava ranog otkrivanja i liječenja oboljelih od COVID-19, ZZJZ su uz koordinaciju nacionalnih koordinatora iz HZJZ-a i pripadajućih Povjerenstava za koordinaciju programa probira prilagodili provedbu NPRO-a te ponovo uspostavili slanje poziva građanima, uz primjenu mjera za sprječavanje širenja COVID-19 koje su se provodile u cijelom zdravstvenom sustavu. Timovi u ZZJZ-u, koji su uključeni u provedbu aktivnosti NPRO-a, bili su tijekom

epidemije djelomično ili potpuno uključeni u aktivnosti prevencije COVID-19, a sukladno epidemiološkom stanju nastavili su s aktivnošću pozivanja osoba u nacionalne programe. Provodili su i pomaganje građanima u pristupanju probirnim pregledima, sukladno aktualnim epidemiološkim prilikama. Naime, za kolonoskopije se u većini bolnica uvjetovao negativan nalaz testa PCR na SARS-CoV-2 ne stariji od 48 sati, iako ova pretraga nije aerosoligena i pretraga se ne radi pod anestezijom, čime bi se ugrožavalo zdravlje anesteziologa. No stav je ESGEN-a (Europska endoskopska asocijacija) i endoskopske sekcije Hrvatskoga gastroenterološkog društva bio da zbog mogućeg prskanja fekalnog sadržaja ili tekućine tijekom pregleda hipotetički može doći do širenja zaraze te da, kad god je moguće, treba imati negativan test PCR. Kasnijom dopunom njihovih preporuka, stavljena je probirna kolonoskopija pod prioriteta, zajedno s onima hitnim i neodgodivima.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke

NPRO raka dojke provodio se i za vrijeme epidemije COVID-19, osim u proljeće 2020. za vrijeme zatvaranja (*lockdown*), kada je program bio privremeno obustavljen na dva mjeseca. Prema preliminarnim podacima, u posljednjem provedenom ciklusu, čija polovica je provedena za vrijeme trajanja epidemije COVID-19, broj mamografskih pregleda u odnosu na prethodni ciklus prije epidemije manji je za oko 10 %. Sve mamografske jedinice u zdravstvenim ustanovama provodile su probirnu mamografiju, osim KB-a Dubrava, jer je ta postala bolnicom za COVID-19, te se uočava samo malo manji odaziv nego u razdoblju prije epidemije. Sve žene koje su propustile poziv zbog privremene obustave u proljeće, dobile su ponovljeni poziv tijekom jeseni. Do sada su završena šest ciklusa pozivanja žena te je u ožujku ove godine započeo sedmi ciklus. U okviru programa pozivaju se sve žene u dobi od 50 do 69 godina jednom u dvije godine na mamografski pregled. Godišnje se učini oko 150.000 mamografija, odaziv je oko 60 %, a do sada je ukupno otkriveno više od 6.000 novih karcinoma dojke.

Nacionalni program ranog otkrivanja debelog crijeva

NPRO raka debelog crijeva bio je obustavljen u ožujku 2020. na dva mjeseca. Tada se više nije pozivalo u program niti su se dogovarale ili obavljale kolonoskopije, a obavljale su se samo one kolonoskopije koje su prethodno već bile

dogovorene. Kolonoskopije su se prestale raditi ovisno o odluci na razini svake bolnice. Manji dio bolesnika odustao je doći na kolonoskopiju zbog straha od COVID-19, a prema podacima s terena, manji je broj bolesnika obavio taj pregled u privatnom sektoru zbog straha od zaraze u bolnicama. Nakon popuštanja mjera i reaktivacije zdravstvenog sustava bilo je organizacijskih teškoća u trajanju od oko tri tjedna zbog potrebe donošenja negativnog testa PCR ne starijega od 48 sati, što za pretragu koja zahtijeva pripremu (dijetu i čišćenje crijeva) nije bilo moguće u svim mjestima u Hrvatskoj. U ovome su građanima nastojali pomoći i olakšati timovi županijskih koordinatora i ostali djelatnici ZZJZ-a, s obzirom na to da se tamo provodi dijagnostika COVID-19. Vezano uz zahtjev za negativan nalaz testa na SARS-CoV-2, poteškoće su postojale i za ostale pretrage izvan programa, jer je uoči ljeta nastala povećana potreba za testiranjem zbog početka sezone i putovanja koja je bila nerazmjerna s tadašnjim kapacitetima testiranja. S nastavkom provedbe programa, obavljanje kolonoskopija je nastavljeno vraćanjem na stanje prije epidemije, te je zastoj s oko 500 kolonoskopija uklonjen do kraja kolovoza. Takvo smanjenje kolonoskopija bilo je zabilježeno u cijeloj EU-u kao i svijetu. No, zbog navedene reorganizacije u zdravstvenom sustavu smanjen je i ukupan broj kolonoskopija jer su se gotovo tri mjeseca radile samo hitne i prioritetne. Zabilježen je manji broj redovitih (onih izvan programa probira) kolonoskopija za 83 %, o čemu se već pisalo u Liječničkim novinama. Od kraja kolovoza do početka studenoga 2020. kolonoskopski pregledi su se odvijali s razmjerno zadovoljavajućom dinamikom, osim manje dostupnosti termina ove pretrage u pojedinim bolnicama u Zagrebu, a probirne kolonoskopije se nisu provodile u KB-u Dubrava. Na kraju godine je, prema podacima HZZO-a, naplaćeno 35 % manje probirnih kolonoskopija i 27 % manje redovitih ako usporedimo 2019. i 2020. godinu. Također, u tijeku provedbe posljednjeg pozivnog ciklusa (za osobe rođene od 1945. do 1969.), bio je osobit izazov pozivanje građana u potresom pogođenim područjima, uključujući i Zagreb s okolicom, jer dosta ljudi nije živjelo na svojim adresama, nego u privremeno smještaju. Planira se te građane na kraju ciklusa pozvati da se sami jave u ZZJZ kako bi obavili probirni pregled.

Zbog epidemije COVID-19, posljednji pozivni ciklus malo kasni, te će završiti umjesto u prosincu 2020., krajem travnja ove godine. U okviru tog pozivnog ciklusa otkriveno je više od 6300 pozitivnih nalaza na okultnu krv u stolici i dogovoreni su termini za kolonoskopiju tih osoba, te se još uvijek kolonoskopiraju kako bi svi oni bili pregledani.

Bitno je istaknuti kako su zavodi (ZZJZ) cjelokupan posao, uključivši očitavanje testova na okultnu krv u stolici, obavljali u jednakom opsegu uza sav posao oko pandemije, a čak je malo veći udio sudionika programa bio odrađen tijekom pandemije. Osobito je značajna pomoć timova koordinatora ZZJZ-a oko obavljanja kolonoskopija jer se stanje na terenu često mijenjalo, pa tako npr. vrijedi spomenuti primjer suradnje s Klinikom za tumore KBC-a Sestre milosrdnice, u kojoj su, *ad hoc*, endoskopičari preuzeli čak 6 pripremljenih i očišćenih osoba za kolonoskopiju u trenutku kad je cjelokupan tim s KBC-a Zagreb, baš na dan pretrage, završio u samoizolaciji. Što se tiče posljedica utjecaja pandemije COVID-19 i potresa koji su pogodili pojedina područja zemlje, okvirno se očekuju kašnjenja u provedbi i programa i liječenja. S obzirom na to da je ovo rak koji razmijerno sporo raste, nadamo se da će uz pomoć aktivnosti suzbijanja i sprječavanja epidemije, kašnjenje biti minimalno i da pandemija neće trajati nekoliko godina. Ipak, tek tijekom idućih nekoliko godina moći ćemo saznati točan podatak o tome.

Povjerenstvo Ministarstva zdravstva za ovaj program predložilo je Saboru da se od sljedeće godine, kao i u mnogim državama svijeta, mjesec ožujak proglasi mjesecom borbe protiv ove izbjegive i izlječive vrste raka i to će biti usvojeno. Javnosti je najavljen drugi dio ovoga programa s uvođenjem oportunističkog probira za rak debelog crijeva u osoba mlađih od 50 godina s povećanim rizikom, koje će liječnici obiteljske medicine upućivati izravno na probirnu kolonoskopiju. Ovo je značajno za stanovnike naše zemlje koja ima visoku pojavnost i smrtnost od ove bolesti, pa očekujemo da će to pridonijeti bržem poboljšanju mjerljivih ishoda.

Nacionalni program ranog otkrivanja vrata maternice

NPRO raka vrata maternice trenutačno je u reorganizaciji, nakon što je privremeno obustavljen nakon završetka prvog ciklusa koji je trajao od prosinca 2012. do travnja 2016. Razlog je implementacija tehničkih i infrastrukturnih poboljšanja. Prije dvije godine započelo je planiranje provedbe prve faze reorganiziranog programa NPRO raka vrata maternice (pilot-projekt u Virovitičko-podravskoj županiji) koje je prekinuto uslijed pandemije COVID-19.

Tijekom trajanja epidemije COVID-19 završene su pripremne aktivnosti započetog planiranja pilot-projekta. Također, izrađena je nova internetska platforma „Neću rak“ u svrhu pružanja objedinjenih bitnih informacija o NPRO-u raka vrata maternice i drugih važnih informacija o prevenciji ove bolesti kako bi se inače, ali posebice u vrijeme epidemije COVID-19, poboljšala dostupnost informacija za žene, javnost i stručnjake. Platforma među

ostalim sadrži i e-edukacije sa snimljenim prezentacijama koje će pripremati na platformi Volim zdravlje o različitim temama ženskoga zdravlja ginekolozi i drugi stručnjaci. Trenutačno je dostupna e-edukacija „Prevencija i rano otkrivanje raka i predzloćudnih promjena vrata maternice – Kome vrijedi reći PA-PA?“ namijenjena za žene, ali korisna je i zdravstvenim djelatnicima, a za liječnike će je i bodovati HLK. U pripremi je i priručnik za provoditelje i ostale dionike. Također su provedene edukativno-informativne aktivnosti obilježavanja Europskog tjedna prevencije raka vrata maternice i Dana mimoza - nacionalnog dana prevencije raka vrata maternice te digitalna kampanja na internetskim stranicama i društvenim mrežama sa sloganom i glavnom porukom – Neću rak! Reci raku PA-PA!, o čemu više možete pročitati na platformi <https://necurak.hzjz.hr/>.

Iskustva s programima probira iz Engleske

I za kraj nekoliko informacija o utjecaju COVID-19 na provedbu probirnih programa u Ujedinjenom kraljevstvu (UK). U UK-u se provodi 11 nacionalnih programa probira u sklopu javnoga zdravstva (*National Health Service*, NHS): pet za odrasle - tri za rano otkrivanje raka (dojke, debelog crijeva i vrata maternice), probir na oštećenje mrežnice u šećernoj bolesti te na aneurizmu aorte, zatim tri za trudnice (probir na infekcije u trudnoći, na fetalne anomalije i na srpaste stanice i talasemiju) i tri za novorođenčad (fizički pregled novorođenčadi i dojenčadi, probir na oštećenje sluha, test krvi na devet metaboličkih i genetičkih stanja). Lokalna središta su zbog pandemije COVID-19 prestala s probirnim programima za odrasle u ožujku 2020. na oko tri mjeseca. Procjenjuju da će im trebati puno vremena da se vrate na prijeCOVID operativni model. Primjerice, u sklopu probirnog programa za vrat maternice pozvali su sve žene koje zbog pandemije nisu primile poziv, što je u praksi uzrokovalo da nisu sve mogle imati pravovremeno testiranje jer su lokalni servisi i laboratoriji bili prezauzeti nakon reaktivacije sustava. Dodatno, poslije se vjerojatno dulje čekalo nego obično na daljnje pretrage za one s pozitivnim nalazom probirnog testa (što otvara etičko pitanje je li bolje znati i čekati ili ne znati...). Također, uzimajući u obzir epidemiološko stanje, percepciju javnosti i strah od zaraze sa SARS-CoV-2, izazov je bio odluka o tome treba li bolesnike sa šećernom bolesti, koji su u većem riziku od COVID-19, pozvati na probirni test za retinopatiju u jeku pandemije ili pričekati da se epidemiološko stanje malo poboljša... Sve u svemu, i u UK-u ima dosta izazova u programima probira uslijed pandemije COVID-19, no provoditelji se jako trude pružiti usluge probirnog testiranja.

tatjana.nemet-blazic@hzjz.hr

Pozitivan test RT-PCR na SARS-CoV-2 nakon provedenog cijepljenja

KAKO JE TO MOGUĆE?



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

voditeljica Službe za kliničku mikrobiologiju NZJZ AŠ i pročelnica Katedre za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; voditeljica Referentnog mjesta RH za testiranje na SARS-CoV-2.

Do travnja je desetak osoba zatražilo pojašnjenje nalaza zbog pozitivnog testa RT-PCR na SARS-CoV-2 nakon uredno provedenog cijepljenja. Vjerojatno bi ih bilo i znatno više da smo više cijepili, no u ovih desetak, do sada u Zagrebu zabilježenih pacijenata, Ct vrijednosti testa PCR bile su niže od 25, te su bili za druge zarazni, a simptomi su im bili blagi i nitko od njih nije bio visoko febrilan. I njih je, kao i njihove liječnike, zanimalo kako je moguće da su zaraženi nakon što su primili i drugu dozu cjepiva.

Prvi slučaj infekcije nakon cijepljenja u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (NZJZ AŠ) zabilježen je u primalje iz jedne zagrebačke klinike. Poput nje, i ostali su uglavnom bili zdravstveni djelatnici ili su radili u domovima za starije osobe - što je razumljivo, budući da su zdravstveni djelatnici imali prvi mogućnost cijepljenja, te uzimajući u obzir njihovu izloženost zarazi SARS-CoV-2. S obzirom na blage simptome i dobro opće stanje PCR SARS-CoV-2 pozitivnih osoba ključno je bilo razjasniti mogu li oni prenijeti infekciju, te trebaju li u izolaciju s obzirom na to da su cijepjene.

Dva su razloga zbog čega test PCR može biti pozitivan. Moguće je da je razlog što je test pozitivan sadašnja infekcija, ali je jednako tako moguće da je testirana osoba već preboljela COVID-19, te da luči virus koji se više ne replicira ali se može dokazati testom PCR koji je vrlo osjetljiv, premda osoba više nije infektivna. Znanstveno relevantnim istraživanjima je dokazano da i do 14 % osoba koje su imale COVID-19 intermitentno luči virus do 90 dana nakon preboljenja infekcije. U tih su osoba Ct vrijednosti testa PCR visoke, u pravilu iznad 33 (Ct je kratica od engl. *threshold cycle* a označava broj ciklusa kod testiranja u kojem je test postao pozitivan, pa što je taj broj niži osoba je infektivnija i test je ranije postao pozitivan jer virusa ima više u testiranom uzorku). S druge strane, s potpunom sigurnošću se može reći da je nemoguće da test PCR bude pozitivan zbog toga što je netko cijepljen, bez obzira kojim je cjepivom cijepljen (bilo mRNA, vektorskim, sačinjenim od dijelova viriona ili inaktiviranim

cjepivom). Cjepiva nisu infektivna, niti jedno od njih, bez obzira o kojoj vrsti cjepiva protiv COVID-19 je riječ, i bez obzira kojom su tehnologijom priređena.

Znači, cijepjene osobe koje su PCR pozitivne - ili imaju infekciju sada ili su imale infekciju nedavno, pa se zato u njih još uvijek može dokazati virus, premda je osoba već dobro i ne mora biti više u izolaciji jer je preboljela infekciju i nije zarazna. Na pitanje kod koje vrijednosti Ct možemo reći da osoba nije zarazna nije lako dati jednoznačan odgovor jer se testovi PCR i njihove tehničke karakteristike međusobno razlikuju, pa se vrijednost Ct istog uzorka obrađena s dva različita testa RT-PCR može razlikovati i za nekoliko ciklusa. Okvirno se može reći da se vjerojatnost da će se moći uzgojiti virus iz uzorka ako su vrijednosti Ct od 25 - 33 kreće od 2 - 10 %, a to onda znači da je i vjerojatnost zaraze drugih osoba relativno mala, izuzev ako se te druge osobe ne ubrajaju u posebno ranjivu skupinu ili su okolnosti takve da je virusu olakšana transmisija (zatvoreni kolektivi). Ako je Ct 34 ili viši, laboratorij će ipak izdati pozitivan nalaz testa PCR jer je moguće da je riječ o pacijentu kojem je uzorak uzet iz gornjeg dišnog sustava, a on ima pneumoniju (a uzorak iz donjeg dišnog sustava nije uzet), znači - moguće je da je i kvaliteta uzorka iz ovog ili iz čitavog niza različitih drugih razloga loša, ali smo ipak uspjeli doći do dijagnoze i pacijent je naravno infektivan, no vrijednost Ct je visoka zbog loše kvalitete uzorka. Nadalje, moguće je da je pacijent u predsptomatskoj fazi, pa će za desetak sati ili za jedan dan imati izražene simptome i znatno nižu vrijednost Ct, a mogli bi ga proglasiti lažno negativnim ako bi one s visokim vrijednostima Ct proglasili negativnim,

i slično. Niti u jednom laboratoriju na svijetu koji testira na SARS-CoV-2 ne radi se PCR samo 25 ciklusa kao što to laici krivo misle, već je to uvijek četrdesetak ciklusa, samo što se od uzorka do uzorka razlikuje vrijednost Ct. Istupi pojedinaca, pa makar oni bili i naši zastupnici u Europskom parlamentu, kojima se zahtijeva da se svaki test RT-PCR kod kojeg je Ct viši od 25 proglasi negativnim, nisu opravdani i unose nepotrebnu podozrivost i nepovjerenje građana prema molekularnom testiranju koje je temelj protuepidemijskog sustava „detektiraj i izoliraj“ (pogledati ref. 3, o.a.). Da bi liječnicima koji imaju anamnestičke podatke o pacijentu bila olakšana interpretacija nalaza, od 15. ožujka 2021. godine se u NZJZ-u AŠ na svakom nalazu navodi i vrijednost Ct, a da bi se spriječilo krivotvorenje nalaza, koje je u posljednje vrijeme bilo učestalo, uveden je i barkod na nalazu (slika).

Da bi sve bilo još složenije, osobe koje su cijepljene mogle su se zaraziti nakon prve doze kada se dosta ljudi opusti misleći da su odmah zaštićeni čim su cijepljeni, pa je i to razlog što se u niz zemalja svijeta nakon početka cijepljenja upravo u cijepljenih osoba bilježila viša stopa zaraze. K tome, neke osobe još oklijevaju s cijepljenjem jer su čule da nove varijante virusa izmiču učinku cijepljenja pa čekaju drugu generaciju cjepiva. To je prema onome što do sada znamo točno za brazilsku i južnoafričku varijantu (linije P.1 i B.1.351), ali ne i za britansku hiperinfektivnu varijantu koja je trenutačno dominantna u Hrvatskoj ali i drugdje u Europi. Ohrabrujuće je što su najnovija istraživanja provedena nakon odobrenja cjepiva i njihovog stavljanja u uporabu pokazala učinkovitost cjepiva bez obzira na proširenost novih varijanti. Dokazano je da cjepiva štite od teških oblika bolesti i smrti i tamo gdje su hiperinfektivne varijante koje izazivaju zabrinutost (VOC, od engl. *variant of concern*) jako proširene, iako je učinkovitost cjepiva izražena u postotcima u tim područjima svijeta znatno niža,

jer se ona mjeri izostankom infekcije.

Naravno, niti jedno od do sada odobrenih cjepiva nije 100 %-tno učinkovito, premda im je učinkovitost vrlo visoka. Do sada se pokazalo da se u oko 5 % cijepljenih osoba bilježi infekcija, u pravilu blaga ili asimptomatska. To je također jako važno, jer nije svejedno imaju li te osobe blagu ili težu i tešku kliničku sliku koja može završiti i smrtnim ishodom. Rezultati cijepljenja 500.000 ljudi s dvije doze Pfizerova cjepiva u Izraelu pokazalo je da je samo njih 544 bilo zaraženo nakon sedam ili više dana od primitka druge doze, od čega nije zabilježen niti jedan smrtni ishod, a od njih 15 s težom kliničkom slikom tek ih je četvero imalo težak oblik bolesti. Na temelju ovih i drugih postmarketinških istraživanja, izvršni je direktor Pfizer dr. Albert Bourla izjavio da novi podaci potvrđuju visoku učinkovitost i neškodljivost ovog mRNA cjepiva, na temelju kojih je i zatražena konačna dopusnica od FDA (engl. *Food and Drug Administration*), budući da trenutačno cjepivo ima EUA (engl. *emergency use authorization*), te se njezino izdavanje uskoro očekuje. Kako je faza tri kliničkog istraživanja ovog cjepiva na temelju kojeg je izdana privremena

dopusnica obuhvaćala 44.000 ispitanika, oni su praćeni i dalje, te se je do sada u njih 927 razvio COVID-19, pa je stoga učinkovitost cjepiva korigirana s 95 % na 91 %. Najnoviji podaci iz SAD-a bilježe učinkovitost ovog cjepiva od 93 %, ali je tamo proširenost južnoafričke i brazilске hiperinfektivne varijante niska. Prvog travnja je objavljeno priopćenje u kojem je Pfizer iznio rezultate istraživanja, koje također još nije publicirano niti recenzirano, gdje je objavljeno da je zabilježena gotovo 100 %-tna učinkovitost ovog cjepiva u adolescenata u dobi od 12-15 godina, bez zabilježenih težih nuspojava. I drugi proizvođači cjepiva provode klinička istraživanja koja imaju za cilj istražiti učinkovitost i sigurnost cjepiva u djece i adolescenata, a adolescenti će se prvi uključiti u program cijepljenja kako bi se što prije postigao kolektivni imunitet i spriječilo širenje virusa s mladih na starije i vulnerabilne članove obitelji, ali također i kako bi populacija adolescenata što prije mogla ponovno pohađati nastavu u školama i participirati u izvanškolskim aktivnostima vrlo važnim za skladan razvitak i sazrijevanje mladih ljudi.

jasmina.vranes@stampar.hr

Literatura na zahtjev

Last & First Name:	
Gender:	Date of Birth: M, 22.07.1962
MBO/Passport No.:	
Test:	RT-PCR SARS-CoV-2
Specimen:	Nasopharyngeal swab
Sample collected/taken: 15.03.2021 03:11:56	
Result issued: 15.03.2021 03:12:15	
Microbiology Analysis Report:	
RT-PCR test	Result
SARS-CoV-2	Positive
Comment:	
Ct = 17.26	
Validated by:	
VIDA TES-SES136 MAJ, MD	
Clinical Microbiology Specialist	
9192042	
	

Izgled nalaza s vrijednosti Ct u komentaru i barkodom u lijevom donjem kutu



COVID-19 u brojevima

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ

tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

U posljednjih nešto malo više od mjesec dana bilježi se stalan porast novooboljelih, koji se ubrzavao od početka ožujka. Na dan 2. travnja zabilježena su 2 362 nova slučaja s pozitivnim testom PCR, od kojih je 62 % bilo oboljelih na bolničkom liječenju, među njima 153 na respiratoru.

7-dnevna i 14-dnevna incidencija

Početkom travnja kumulativna 7-dnevna stopa incidencije u Hrvatskoj bila je 301 na 100 000 stanovnika (14-dnevna incidencija je bila 508,8). Županije s najvećom 7-dnevnom stopom incidencije, većom od 400/100 000, bile su Primorsko-goranska (787), Šibensko-kninska (630), Splitsko-dalmatinska (447,5), Karlovačka (404,9) i Zadarska (403,8). Najmanju stopu 7-dnevne incidencije (ispod 100/100 000) imaju Sisačko-moslavačka (78,1), Virovitičko-podravska (54,5) i Istarska (52,7) županija. Zanimljivo je da Primorsko-goranska i Istarska županija, koje su geografski blizu i graniče jedna s drugom, ali i koje su gospodarski, sociokulturološki i ekonomski slične, imaju toliko različitu epidemiološku situaciju kada je riječ o novooboljelim osobama – jedna ima najveću stopu, a druga najmanju stopu novooboljelih, i u 7-dnevnoj i u 14-dnevnoj stopi incidencije.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, Hrvatska je na dan 1. travnja, uspoređujući 14-dnevne stope incidencije na 100 000 stanovnika, sa stopom od 481,7 na 13. mjestu među državama članicama EU-a. Hrvatska je prema ukupnoj stopi smrtnosti od COVID-19 na milijun stanovnika od 1470,4 na 18. mjestu među državama EU-a.

Udio pozitivnih testova

Prema podacima Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC) početkom travnja, uspoređujući postotke

pozitivnih testova, Hrvatska je s tjednim brojem slučajeva od 9 733 i testiranih 58558 što čini udio od 16,6 % pozitivnih testova u trećini zemalja EU-a s najvećim postotkom pozitivnih testova. Prema pokazateljima ECDC-a za praćenje COVID-19, što je udio pozitivnih testova u broju testiranja manji, to je bolje (< 4 %), kao i 14-dnevna stopa incidencije (< 25/100 000). Udio pozitivnih slučajeva u ukupnom broju sedmodnevnog testiranja za razdoblje 27.3. do 2.4.2021. bio je 21,7 %.

Cijepljenje

Od ukupno zaprimljenih 590 125 doza cjepiva prema izvješću na dan 1. travnja, od 27. prosinca 2020. do 1. travnja 2021. ukupno ih je utrošeno gotovo 500 000, što je oko 85 % od ukupno zaprimlje-

nih doza cjepiva (oko 280 000 doza cjepiva Comirnaty, 160 000 AstraZeneca te 60 000 cjepiva Moderna). Do 1. travnja je oko 92 000 osoba cijepljeno s dvije doze cjepiva (2,3 % stanovništva), a oko 312.000 osoba je cijepljena jednom dozom (10 % stanovništva), odnosno jednu ili obje doze cjepiva primilo je preko 400 000 osoba. Na razini EU-a sveukupno je 15,4 % odraslih cijepljeno jednom dozom, a 6,4 % s dvije doze cjepiva. S datumom 1. travnja zaprimila je Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) ukupno 2 153 prijava nuspojava na COVID-19 cjepiva (1 128 – Comirnaty, 145 – Moderna, 878 – AstraZeneca i 2 prijave na COVID-19 cjepiva za koje nije zaprimljena informacija o proizvođaču).

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

PRIKUPLJANJE COVID-19 KONVALESCENTNE PLAZME U HRVATSKOJ



Dr. sc. Ana Hećimović, dr. med.
Doc. dr. sc. prim. Irena Jukić, dr. med.
 Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu
Dr. sc. Beata Hallasy
 Centar za istraživanje i prijenos znanja u
 biotehnologiji

Specifična protutijela odavno se primjenjuju u liječenju raznih kliničkih stanja, pa tako i virusnih infekcija. Ova praksa dobro je poznata u liječenju ospica, zaušnjaka, vodenih kozica, gripe, SARS-CoV-1, MERS-a, hepatitisa A i B, bjesnoće, infekcija respiratornim sincijalnim virusom, citomegalovirusnih infekcija itd. Iskustva iz prethodnih proboja drugih koronavirusa (SARS-CoV-1) govore da su serumski otkriveni osobe sadržavali protutijela specifična za relevantni virus i da je prijenos takvih seruma u oboljele pospješivao njihovo liječenje. Godine 2020. cijeli se svijet suočava s pandemijom SARS-CoV-2 i COVID-19 kao kliničkim očitovanjem ove infekcije. U uvjetima kada su mnoge činjenice o ponašanju virusa još uvijek bile nepoznate, a cjepivo tek u razvoju, te uz nedostatak djelotvornog lijeka, prepoznata je mogućnost korištenja konvalescentne COVID-19 plazme u izravnoj kliničkoj primjeni u indiciranih slučajeva ili kao polazni materijal za proizvodnju derivata plazme (specifičnih imunoglobulina).

Pandemija COVID-19 jasna je situacija u kojoj plazma oporavljenih pacijenata može biti dragocjeni resurs za podršku liječenju bolesti. Primarni mehanizam djelovanja je redukcija viremije (pasivna imunizacija), ali pretpostavlja se da je jedan od mehanizama i aktivacija imunog odgovora (aktivna imunost). Prva povoljna iskustva objavili su još početkom ožujka kineski liječnici iz pokrajine Wuhan, a transfuzijska središta u sjevernim pokrajinama Italije, u jeku dramatičnih događanja širenja zaraze i visoke smrtnosti, počela su također prikupljati i primjenjivati konvalescentnu plazmu.

Hrvatska zaklada za znanost raspisala je natječaj „Upravljanje znanstvenim bolestima uzrokovanim koronavirusima te društvenim i obrazovnim aspektima pandemije“. Zajednička suradnja Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu, Centra za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji te Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ i Imunološkog zavoda ostvarila se kroz prijavu na natječaj s projektom pod nazivom „Development of premises for implementation of SARS-CoV-2 serotherapy in Croatia“. Projektnu prijavu dobro su ocijenile domaće i strane recenzije. Projekt je u tijeku i do danas su stvoreni

preduvjeti za razvoj seroterapije za COVID-19 u Hrvatskoj, i to realizacijom triju temeljnih projektnih ciljeva. To su (1) organizacija prikupljanja plazme ljudi koji su ozdravili od COVID-19, njezino testiranje i adekvatna prehrana; (2) uspostava metodike za pouzdanu procjenu neutralizacijske sposobnosti prikupljenih protutijela prema SARS-CoV-2; (3) razvoj učinkovitog i održivog procesa izoliranja čistih imunoglobulina iz humane plazme na laboratorijskoj skali, koji bi bio pogodan za preradu plazme u pripravke visoko-pročišćenih imunoglobulina. Prva dva cilja su ostvarena, a u tijeku je i realizacija trećega.

Svi postupci iz procesa prikupljanja i testiranja regulirani su smjernicama Europske komisije, koje se sada već mogu naći i u četvrtom izdanju pod nazivom „An EU programme of COVID-19 convalescent plasma collection and transfusion Guidance on collection, testing, processing, storage, distribution and monitored use.“

Osobe koje žele darovati konvalescentnu plazmu moraju zadovoljiti kriterije za odabir dobrovoljnih davatelja krvi i krvnih sastojaka na staničnom separatoru. Darovatelji konvalescentne plazme mogu ući u postupak darivanja konvalescentne plazme tek 28 dana nakon prestanka simptoma COVID-19. Za darivanje konvalescentne plazme potrebna je prethodna dijagnoza COVID-19, potvrđena pozitivnim testom RT-PCR, SARS-CoV-2 antigenim testom ili testom na protutijela SARS-CoV-2, bez obzira na prisutnost simptoma ili anamnestički podatak o razvoju tipičnih simptoma COVID-19.

Ako je osoba imala asimptomatski COVID-19, a laboratorijski joj je potvrđena infekcija SARS-CoV-2, razdoblje odgođe od 28 dana počinje teći od datuma uzimanja uzorka za testiranje na SARS-CoV-2. Odluku može li netko darovati konvalescentnu plazmu donosi liječnik u Savjetovalištu HZTM-a, uzimajući u obzir nalaze te anamnestičke i epidemiološke podatke.

Osobe koje su preboljele COVID-19, a primile su i cjepivo protiv COVID-19 mogu darovati konvalescentnu plazmu (uz važeću odgodu, ovisno o vrsti cjepiva). Osobe koje su primile cjepivo protiv COVID-19 i nisu preboljele COVID-19 ne smiju darovati konvalescentnu plazmu.

Od ideje do realizacije prikupljanja COVID-19 konvalescentne plazme prošlo je oko četiri i pol mjeseca; prva konvalescentna plazma prikupljena je 28. srpnja 2020., a prva doza konvalescentne plazme za kliničku uporabu isporučena je 10. prosinca 2020. Specijalnoj bolnici za plućne bolesti Zagreb. Do polovice

ožujka 2021. prikupili smo oko 230 doza konvalescentne plazme, od kojih je oko 65 % imalo zadovoljavajući titar neutralizirajućih protutijela. Jedna doza COVID-19 konvalescentne plazme ima volumen od 200 do 250 ml.

SARS-CoV-2 neutralizacijski test razvijen je i optimiran u svrhu procjene neutralizirajućeg učinka plazme. To je test u kojem se koriste suspenzije Vero E6 stanica i kućna radna zaliha (*in-house laboratory working bank*) virusa (SARS-CoV-2) pripravljena iz kliničkog izolata oznake SARS-CoV-2 297/20 Zagreb, te uzorci konvalescentnih plazmi, a izvodi se u formatu pločica za kulturu tkiva s 96 jažica. Učinkovitost neutralizacije virusa iskazana je u brojem ED₅₀ doza u mililitru plazme (i log ED₅₀/ml) i kreće se u naših davatelja na skali od 250 do 100 000 (odnosno 2,4 - 5 na log skali). Veći broj ukazuje na veću neutralizirajuću aktivnost. ED₅₀ je polovična učinkovita doza, tj. količina nerazrijeđenog seruma koja inhibira razvoj citopatskih promjena uzrokovanih SARS-CoV-2 u 50 % inficiranih stanica. Plazma s neutralizacijskim titrom većim od 1200 ED₅₀/ml smatra se, prema našim dosadašnjim podacima, konvalescentnom plazmom i primjenjuje se za liječenje bolesnika oboljelih od COVID-19.

U rutinskom radu sada se zbog praktičnosti i brzine dobivanja rezultata koriste i neki komercijalni serološki testovi SARS-CoV-2 IgG (RBD) kojima smo potvrdili postojanje prihvatljive korelacije rezultata s testom neutralizacije te odredili graničnu vrijednost za primjenu izraženu u jedinicama takvog testa. To je pristup kojim i druge banke krvi u Hrvatskoj mogu testirati prikupljene COVID-19 konvalescentne plazme, s čime se već započelo u Splitu, a skori početak očekuje se i u Osijeku i Rijeci.

Do sada je u Hrvatskoj oko pedesetak COVID-19 bolesnika primilo COVID-19 konvalescentnu plazmu i svi oni su u podlozi imali hematološku bolest te ograničen imunostni odgovor na najčešće kroničnu SARS-CoV-2 infekciju.

Količine COVID-19 konvalescentne plazme kojima ćemo raspolagati u nadolazećem razdoblju ne ovise samo o dobroj organizaciji svih procesa već i o dobroj volji dobrih ljudi. Ako zadovoljavate uvjete, odazovite se darivanju COVID-19 konvalescentne plazme i osobno pomognite našim bolesnicima!

Kada koristiti serološku dijagnostiku?

Doc. dr. sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, prim. dr. med.

Doc. dr. sc. Irena Tabain, dr. med.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Serološkom dijagnostikom dokazuju se specifična protutijela u serumu bolesnika. Iako nema dijagnostičku vrijednost u dokazivanju akutne SARS-CoV-2 infekcije, serološka dijagnostika može biti dodatna dijagnostička metoda za potvrdu infekcije, posebice u bolesnika s anamnestičkim podatkom o izloženosti COVID-19 i prisutnim kliničkim simptomima u kojih je rezultat testa RT-PCR bio opetovano negativan. Nadalje, serološka je dijagnostika osobito korisna u procjeni proširenosti bolesti u populaciji, budući da sve infekcije ne moraju nužno biti praćene simptomima bolesti, a asimptomatske se osobe neće rutinski testirati na prisutnost SARS-CoV-2 metodom RT-PCR.

Tijekom virusnih infekcija, pa tako i COVID-19, stvaraju se različiti razredi i različite vrste protutijela. Protutijela razreda IgM pojavljuju se prva, obično krajem prvoga tjedna bolesti, prisutna su tijekom akutne faze, zatim postupno nestaju iz seruma te ih uobičajeno nakon 2 - 3 mjeseca više ne možemo dokazati. Protutijela IgG se pojavljuju nakon IgM, njihova razina raste i ostaje visoka tijekom akutne faze, a potom se smanjuje te perzistiraju još neko vrijeme štiteći od ponovne infekcije. Protutijela IgA pokazuju sličnu pojavnost i dinamiku kao protutijela IgM. Stoga se protutijela IgM i IgA smatraju biljezima akutne, odnosno nedavne infekcije, dok izolirani nalaz protutijela IgG ukazuje na prethodno preboljelu infekciju ili je posljedica cijepljenja. Imunoenzimskim (ELISA) i indirektnim imunofluorescentnim (IFA) testom mogu se razlikovati protutijela IgM i IgG, dok test neutralizacije virusa (VNT) određuje ukupna protutijela. Sličan testu ELISA je i imunoenzimski test s fluorescentnom detekcijom (ELFA) te kemiluminiscentni imunotest (CLIA). Osim specifičnih razreda protutijela, različitim se testovima dokazuju različite vrste protutijela. Dok protutijela koja dokazujemo testom ELISA, ELFA, IFA i CLIA mogu pokazati križnu reaktivnost između virusa koji pripadaju istoj porodici, npr. između SARS-CoV-2 i sezonskih koronavirusa (229E, OC43,



Referentni centar Ministarstva zdravstva za virološku dijagnostiku infekcija dišnog sustava, HZJZ

HKU1, NL63), neutralizacijska protutijela su specifična za tip virusa te stoga ne pokazuju križne reakcije. Nadalje, neutralizacijska protutijela imaju zaštitnu ulogu tj. sprječavaju zarazu pri ponovnom doticaju s virusom.

Danas su na tržištu dostupni brojni serološki testovi za dijagnostiku SARS-CoV-2 koji detektiraju protutijela na glikoproteinski antigen šiljka (S; engl. *spike*), nukleoprotein (N) ili oba antigena istodobno te imaju različite karakteristike, tj. osjetljivost i specifičnost. Idealan test bi morao biti visoke osjetljivosti kako bi se izbjegli lažno negativni rezultati i visoke specifičnosti kako bi se izbjegli lažno pozitivni rezultati. To je vrlo teško postići te se stoga u dijagnostici često kombiniraju različite vrste testova. Uobičajeno se počne testom visoke osjetljivosti (ELISA), a potom se reaktivni rezultati potvrđuju testom visoke specifičnosti (VNT). Klasični VNT koristi staničnu kulturu u koju se inokulira mješavina seruma i virusa te potom prati neutralizacijski učinak protutijela. U slučaju da su protutijela prisutna u serumu bolesnika, spriječit će ulazak virusa u stanice te će izostati njegovo umnožavanje. U testu se rabe različita razrjeđenja seruma pa je moguće i kvantitativno odrediti razinu protutijela, tj. njihov titar. Izvođenje VNT-a je zahtjevno, a sam test traje tjedan dana. Budući da je za VNT potrebna visoka razina biosigurnosti (BSL-3), ova se dijagnostika većinom provodi u referentnim laboratorijima. Razvijene su i različite vrste tzv. surogat neutralizacijskih testova u ELISA

metodi. Ovi su testovi puno jednostavniji za izvođenje i ne zahtijevaju laboratorij BSL-3 te su stoga dostupniji većem broju laboratorija. No, u usporedbi s klasičnim VNT-om, njihova je osjetljivost znatno manja, posebice u slučajevima niže razine neutralizacijskih protutijela, što znači da je veća mogućnost lažno negativnih rezultata.

Nadalje, dostupni su i različiti tzv. brzi, *point-of-care* (POC) testovi za detekciju protutijela na SARS-CoV-2. Testiranje POC može se provoditi i u izvanlaboratorijskim uvjetima, u zdravstvenim ustanovama, te ga može provoditi osoblje koje nema iskustvo u laboratorijskoj medicini (liječnici, medicinske sestre, tehničari). POC su obično imunokromatografski testovi (ICT). Prednosti ICT-a su vrlo jednostavna primjena te kratko trajanje testa, tj. rezultati su dostupni za 10 - 15 minuta. Isto tako, nije potrebna skupa laboratorijska oprema. Jedan je od nedostataka testova POC što su rezultati kvalitativni, odnosno mogu se interpretirati samo kao pozitivni ili negativni (ne može se odrediti titar protutijela ili izraziti vrijednost u laboratorijskim jedinicama). Također, rezultati se temelje na subjektivnoj procjeni za razliku od npr. testa ELISA, koji se očitava pomoću spektrofotometra.

Pri interpretaciji seroloških nalaza treba uzeti u obzir vrijeme uzorkovanja jer, ako uzorak krvi bude uzet prerano, mogući su lažno negativni rezultati. Serološki odgovor razlikuje se u osoba koje su preboljele infekciju te u cijepljenih osoba. Budući da cjepivo sadrži S antigen, cije-



Mag. mol. biol. Željka Hruškar i doc. dr. sc. Vladimir Stevanović u laboratoriju BSL-3

pljene osobe stvorit će samo protutijela na S antigen za razliku od osoba koje su preboljele COVID-19, u kojih će se dokazati protutijela na oba antigena, tj. S i N antigen. N antigen je zajednički koronavirusima pa će testovi koji dokazuju samo protutijela na N antigen češće pokazati križne reakcije. U takvim će slučajevima prisutnost neutralizacijskih protutijela potvrditi infekciju SARS-CoV-2.

U Referentnom centru Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za virološku dijagnostiku infekcija dišnog sustava pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, rutinski se serološki testira na SARS-CoV-2 metodom ELISA i ELFA. U suradnji s kolegama, doc. dr. sc. Vladimirom Stevanovićem i prof. dr. sc. Ljubom Barbićem s Veterinarskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, uspostavljen je i VNT.

tatjana.vilibic-cavlek@hzjz.hr

irena.tabain@hzjz.hr

Cjepivo COVID-19 Vaccine Janssen odobreno za stavljanje u promet u Europskoj uniji

Europska komisija je na temelju znanstveno stručne ocjene Europske agencije za lijekove u ožujku 2021. godine odobrila za stavljanje u promet cjepivo COVID-19 Vaccine Janssen proizvođača Janssen-Cilag International N.V. Riječ je o četvrtom odobrenom cjepivu u Europskoj uniji čime se povećava raspoloživost opcija za prevenciju COVID-19 i zaštitu zdravlja građana.

Cjepivo Janssen, koje se primjenjuje u jednoj dozi, sastoji se od adenovirusa koji je modificiran tako da sadrži gen za stvaranje proteina šiljka SARS-CoV-2, pomoću kakvog ovaj virus ulazi u organizam. Nakon primjene, cjepivo u stanice organizma dostavlja gen SARS-CoV-2 koji u njima potiče stvaranje proteina šiljka koronavirusa. Imunosni sustav cijepljene osobe prepoznat će strani protein te će kao prirodnu obranu

tijela proizvesti protutijela i limfocite T. U slučaju da cijepljena osoba dođe u kontakt sa SARS-CoV-2, imunosni sustav prepoznat će virus i bit će spreman za napad; protutijela i limfociti T zajednički djeluju na ubijanju virusa, sprječavajući njegov ulazak u stanice tijela i uništavajući zaražene stanice, čime pomažu u zaštiti protiv COVID-19.

Svoju učinkovitost i sigurnost cjepivo Janssen je dokazalo u kliničkom istraživanju koje je obuhvatilo oko 44 000 ispitanika. U ispitivanju je cjepivo pokazalo djelotvornost od 67 %. Najčešće nuspojave zabilježene u kliničkim istraživanjima bile su blagog do umjerenog karaktera te su prolazile za nekoliko dana. Uključivale su bol na mjestu primjene cjepiva, umor, glavobolju, bol u mišićima i mučninu.

Iako je u provedenim kliničkim istraživanjima sudjelovao velik broj ljudi te je cjepivo temeljito ispitano, određene nuspojave, osobito one rijetke ili vrlo rijetke, mogu se uočiti tek kada se cjepivo nađe u stvarnoj primjeni, u više milijuna ljudi. Stoga će se sigurnost i djelotvornost cjepiva nastaviti intenzivno pratiti putem niz mehanizama poput, primjerice, provjere kakvoće iz prometa te prikupljanja i analize prijava sumnji na nuspojave te putem dodatnih istraživanja. Navedene mjere omogućit će regulatornim tijelima brzu ocjenu podataka o cjepivu i poduzimanje odgovarajućih regulatornih mjera za zaštitu javnog zdravlja.

Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED)

Liječenje bolesti COVID-19 antibioticima?



VIKICA KROLO, dr. med.
specijalistica obiteljske medicine

Početkom 2020. godine suočili smo se s pandemijom virusne bolesti COVID-19, uzrokovane virusom nazvanim SARS-CoV-2.

Potencijalno opasna zarazna bolest, koja može uzrokovati smrtni ishod, otvorila je brojna pitanja i nedoumice liječnika o tome kako liječiti oboljele.

U Hrvatskoj su do sada izdane Smjernice Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu i Hrvatskog društva za infektivne bolesti HLZ-a za antivirusno i imunomodulacijsko liječenje oboljelih od COVID-19, te smjernice Hrvatskog društva za infektivne bolesti HLZ-a: Kliničko zbrinjavanje pacijenata s COVID-19.

Ministar zdravstva RH je 29. travnja 2020. g. donio odluku o osnivanju Povjerenstva za primjenu lijekova u liječenju i profilaksi COVID-19, uključujući antivirusne i imunomodulacijske lijekove, u skladu s postojećim znanstvenim dokazima i preporukama međunarodnih relevantnih institucija.

Do sada su objavljene dvije verzije ovih Smjernica, 8. rujna i 19. studenoga 2020. godine.

Stranica 7. Točka 5. Smjernica navodi „Ne preporuča se liječenje bolesnika s COVID-19 hidroksiklorokinom, klorokin fosfatom, lopinavir/ritonavinom i/ili **azitromicinom**, osim u sklopu kliničkog ispitivanja.“ U nastavku piše: „U slučaju kliničke sumnje ili dokazane koinfekcije (influenca, bakterijska infekcija), mogu se dodati i drugi antimikrobni lijekovi.“

Osnove infektologije i farmakoterapije koje studenti uče na Medicinskom fakultetu su da zarazne bolesti, između ostalih, uzrokuju virusi i bakterije.

Samo bakterijske bolesti se liječe antibioticima, a **rezistencija bakterija na antibiotike jedan od vodećih problema današnje medicine!**

Virusne bolesti se ne liječe antibioticima. Povećana potrošnja antibiotika u hladnijim, zimskim mjesecima, kada su učestalije respiratorne infekcije uzrokovane virusima, medicinski su neopravdane, i doprinose stvaranju rezistencije bakterija na antibiotike.

Zašto navodim ove osnovne i jednostavne medicinske činjenice koje zna svaki liječnik?

Iz jednostavnog razloga što se ne poštuju!

Liječnici u obiteljskoj medicini liječe ambulantno 80 % pozitivnih pacijenata oboljelih od COVID-19, kojih je do sada bilo ukupno oko 290 tisuća.

I svi smo svakodnevno suočeni sa traženjima pacijenata da im se zbog toga što imaju pozitivan test na COVID-19, zato što imaju povišenu tjelesnu temperaturu ili kašlju, propiše antibiotik, uglavnom svima poznati „Sumamed“ – (azitromicin), „za svaki slučaj“!

Razgovori s takvim pacijentima traju najmanje 10 - 15 minuta. Uvjeravanja da se virusi, korona, COVID-19... ne

liječe antibioticima, da im može još i škoditi, uglavnom ne pomažu. Pacijenti su ljuti, razočarani u svog izabranog liječnika, jer eto, njima je netko rekao „da to trebaju uzimati, njihov susjed je to dobio, pa ne može im naškoditi“ i slično!

I sada, da samo pacijenti, koji uglavnom nisu medicinski znalci, to traže, vjerojatno bi mi u ordinacijama imali manje problema, nego kada tu istu medicinsku grešku rade sami liječnici.

Liječnici u obiteljskoj medicini imaju najviše problema sa svojim pacijentima koji dolaze sa nalazima i preporukama drugih liječnika, najčešće (zbog prirode bolesti) infektologa i pulmologa, s propisanim antibiotskim terapijama za COVID-19.

Sigurna sam da su svi navedeni bolnički specijalisti sada preopterećeni, da unatoč tomu mnogi rade po Smjernicama, ali ih ima, nažalost, i onih koji idući „linijom manjeg otpora“, „za svaki slučaj da sve pokriju“, nekritički propisuju antibiotike onda kada to klinička slika, laboratorijski ili radiološki nalazi ne opravdavaju.

Kada se pacijent javi svom obiteljskom liječniku, s nalazima infektologa, pulmologa i drugih bolničkih specijalista, koji preporučuju antibiotike za COVID-19, a mi ne vidimo po nalazima da ima i bakterijsku koinfekciju i ne slažemo se s propisivanjem antibiotika (poštujući sve gore navedene činjenice), onda se nas obiteljske liječnike dovodi u neugodnu situaciju da dolazimo u konflikt s pacijentima ili da „se predamo“ i radimo protiv svoga znanja.

Ovaj članak nije napisan da bi se ikoga prozivalo, već da se još jednom svi zajedno osvjestimo da smo medicinski profesionalci koji ne smiju raditi defenzivnu medicinu, davati lijekove samo da bi zadovoljili pacijentovu potrebu da uvijek dobije neki lijek, i na kraju, najvažnije, **čuvajmo antibiotike za bakterijske bolesti i pazimo da pretjeranim propisivanjem antibiotika u epidemiji virusnog COVID-19, ne pojačavamo rezistenciju bakterija na antibiotike!**

Tromboze i COVID-19

Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med. specijalist internist-hematolog, voditelj Odjela za hemostazu i trombozu te benigne bolesti krvotvornog sustava, Zavod za hematologiju, Klinika za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i KBC-a Zagreb

Pandemija koronavirusne bolesti 2019. (engl. *Coronavirus Disease 2019*, COVID-19) i dalje ne jenjava, a tromboze koje nastanu u značajnog broja COVID-19 bolesnika predmet su sve većeg i većeg medicinskog interesa.

Venske tromboembolije (VTE) uočene su kao važne komplikacije bolesnika hospitaliziranih zbog COVID-19. Više studija je opisalo visoku učestalost VTE-a u hospitaliziranih COVID-19 bolesnika unatoč medikamentnoj tromboprolaksi. Tako je retrospektivna studija s više od 3000 COVID-19 bolesnika opisala incidenciju plućne embolije (PE) od 3,2 % i duboke venske tromboze (DVT) od 3,9 % u ukupnoj kohorti bolesnika, a 6,2 % i 9,4 % u COVID-19 bolesnika liječenih u intenzivnoj jedinici. Podaci su još dramatičniji kada se analiziraju studije koje su sustavno provodile probir DVT-a pomoću UZV Color Dopplera vena obje noge; u COVID-19 bolesnika prilikom prijema u jedinice intenzivnog liječenja opisane su stope asimptomatskih DVT-a od 65 - 69 %, dok su bolesnici hospitalizirani na otvorenom odjelu imali stope asimptomatskih DVT-a od 11,9 do 22,5 %. Također, opisane su i arterijske tromboze kao komplikacije COVID-19 bolesnika, uključujući ishemijske moždane udare.

Bolesnici s COVID-19 imaju često prisutna sva tri elementa Virchowljeva trijasa za nastanak tromboze: otežanu pokretljivost ili nepokretljivost, akutna upalna zbivanja koja dovode do hiperkoagulabilne krvi, te oštećenje endotela krvnih žila. Opisane su povišene aktivnosti faktora VIII, von Willebrandovog faktora, fibrinogena i D-dimera kao pokazatelja hiperkoagulabilnosti u COVID-19 bolesnika. Hospitalizirani COVID-19 bolesnici koji imaju teži oblik bolesti, pogotovo uz dodatne rizične čimbenike (nepokretni, stari, adipozni, muškarci, ranije preboljela VTE, rak, drugi komorbiditeti, hospitalizacija u jedinici intenzivnog liječenja) imaju i veći

rizik nastanka VTE-a nego oni s blagim ili asimptomatskim oblikom COVID-19.

Studije temeljene na obdukcijama utvrdile su mikrovaskularne tromboze u COVID-19 bolesnika, koje mogu zahvatiti pluća i druge organe. Slikovne studije su utvrdile različit radiološki izgled PE u COVID-19 bolesnika za razliku od PE bolesnika koji nemaju COVID-19, s više periferno lokaliziranih ugrušaka u COVID-19 PE. Navedeno opažanje podržava hipotezu da PE u COVID-19 bolesnika nastaje više kao posljedica *in situ* imunosne tromboze negoli zbog embolizacije iz tromboza dubokih vena u ekstremitetima. Razmatra se i utjecaj terapije protiv COVID-19 (protuvirusni lijekovi, kortikosteroidi, protu-citokini, monoklonska protutitijela, rekoalescentna plazma) na protrombotički rizik kao i na interakcije s farmakološkom tromboprolaksom.

Brojna međunarodna medicinska udruženja objavila su preporuke o tromboprolaksi bolesnika s COVID-19, često se ograničavajući da se preporuke temelje na niskoj razini i niskoj snazi dokaza s obzirom na to da je riječ o novoj bolesti. Tako Međunarodno udruženje za trombozu i hemostazu (engl. *International Society on Thrombosis and Hemostasis*, ISTH) navodi da svi hospitalizirani COVID-19 bolesnici (ne samo oni u jedinicama intenzivne njege) trebaju primati profilaktičke doze niskomolekulskog heparina, osim ako imaju kontraindikacije (na primjer, aktivno krvarenje ili trombocite manje od $25 \times 10^9/l$). Smjernice Američkog društva za hematologiju (eng. *American Society of Hematology*, ASH) sugeriraju korištenje profilaktičkih (a ne intermedijarnih ili terapijskih) doza anti-koagulanasa u COVID-19 bolesnika koji su kritično bolesni i koji nemaju sumnju ili dokazanu VTE, isto kao i CHEST i ACC (eng. *American College of Cardiology*) smjernice. CHEST smjernice sugeriraju da se ne koriste direktni oralni antikoagulansi (DOAK) u hospitaliziranih COVID-19 bolesnika, zbog mogućih interakcija s drugim lijekovima, te zbog rizika od rapidnog pogoršanja stanja s povećanim rizikom krvarenja. Ako bolesnik već otprije prima antikoagulantnu terapiju zbog nekog

drugog razloga, može nastaviti s postojećom kroničnom terapijom osim ako ne postane kontraindicirana zbog promjene u kliničkom statusu; tada se preferira promjena na niskomolekulski heparin.

Posebno nedostaju kvalitetni podaci o tromboprolaksi nakon otpusta iz bolnice COVID-19 bolesnika, no provodi se više kliničkih istraživanja da bi se dobio odgovor na to pitanje. Svakako je nužna klinička procjena rizika od nastanka tromboze, ali i krvarenja u svakog pojedinog bolesnika. Smjernice ACC navode da se može razmotriti produljena tromboprolaksa (do 45 dana) niskomolekulskim heparinom ili DOAK-om nakon otpusta iz bolnice u COVID-19 bolesnika koji imaju povišen rizik za VTE (npr. otežanu pokretljivost, aktivni rak, povišene D-dimere više od dva puta iznad normale) i nizak rizik od krvarenja. Talijansko udruženje za trombozu i hemostazu preporuča tromboprolaksu tijekom hospitalizacije zbog COVID-19 i tijekom dodatnih 7 - 10 dana nakon otpusta iz bolnice. Postoje i drukčiji stavovi, poput ASH i CHEST smjernica, koje ne preporučaju produljenu tromboprolaksu nakon otpusta iz bolnice jer još nisu poznate stope VTE-a i velikih krvarenja u COVID-19 bolesnika nakon otpusta iz bolnice.

Još je nesigurnija potreba tromboprolakse u bolesnika u samoizolaciji zbog blagog oblika COVID-19 sa značajnim komorbiditetima koji ne zahtijevaju hospitalizaciju, ili u bolesnika bez COVID-19 koji su slabije aktivni zbog propisane samoizolacije. Međunarodne smjernice koje se osvrću na takve situacije navode da je takvim COVID-19 bolesnicima potrebno savjetovati da ostanu aktivni u kući, a da se medikamentna tromboprolaksa treba razmotriti u onih s najvećim rizikom za VTE, poput osoba s ograničenom pokretljivošću, aktivnim rakom ili prethodno preboljelim VTE-om.

S obzirom na to da je riječ o novoj bolesti, još uvijek nedostaju preporuke i stavovi temeljeni na kvalitetnim i snažnim dokazima o raznim aspektima COVID-19, pa tako i o trombozi i tromboprolaksi, kako se naglašava u većini međunarodnih smjernica koje se bave tom temom. Za očekivati je da će se navedene preporuke redovito obnavljati i doradivati, ovisno o novim saznanjima o toj novoj bolesti, o čemu ćemo nastojati pisati u Liječničkim novinama.

Vaxzevria (prijašnjeg naziva COVID19 Vaccine AstraZeneca)

i vrlo rijetka nuspojava – tromboza u kombinaciji s trombocitopenijom

Dr. sc. VIOLA MACOLIĆ ŠARINIĆ, dr. med.
specijalistica kliničke farmakologije

Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) Europske agencije za lijekove (EMA) zaključilo je 7. travnja 2021. da neuobičajeni slučajevi tromboza u kombinaciji s trombocitopenijom trebaju biti uključeni u informacije o lijeku kao vrlo rijetke nuspojave cjepiva Vaxzevria. Ova izmjena obuhvaća odlomke 4.4 "Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi" i 4.8 "Nuspojave" u Sažetku opisa svojstva lijeka te odlomak 4 "Moguće nuspojave" u Uputi o lijeku.

Intenzivnim praćenjem nuspojava na razini Europske unije koja se provodi za sva odobrena cjepiva protiv COVID-19, PRAC je u postautorizacijskom razdoblju uočio vrlo rijetku pojavu cerebralne venske sinusne tromboze (CVST) i splanhičke venske tromboze te u nekim slučajevima i arterijske tromboze. Najmanje je polovica navedenih tromboza u prijavljenim slučajevima bila popraćena trombocitopenijom, a ponekad i krvarenjem, a povezuju se sa cjepivom Vaxzevria. Nuspojava se pojavila u prva dva tjedna nakon cijepljenja. Preporuku koju je PRAC donio osniva se na detaljnoj ocjeni 62 prijavljene sumnje na nuspojave CVST-a i 24 prijave sumnje na nuspojave splanhičke venske tromboze, a koje su zaprimljene u EU-u bazi nuspojava EudraVigilance do 22. ožujka 2021. U 18 od ovih prijavljenih slučajeva ishod je nažalost bio smrtni. Prijave sumnji na nuspojave većinom su zaprimljene iz područja EU-a, i to najviše iz Njemačke, zatim Norveške te Ujedinjenog Kraljevstva. U EU-EEA i UK-u do navedenog datuma je cjepivom Vaxzevria cijepljeno 25 milijuna ljudi.

U ocjeni ovog signala prvo pitanje koje se postavilo bilo je pitanje mehanizma na-

stanka ove nuspojave i u tom smislu bilo je razmatrano više hipoteza: moguća atipična heparinom inducirana trombocitopenija (a-HIT) i uloga anti-PF4 protutijela (PF-od eng. *platelet factor*, trombocitni čimbenik); izravni učinak ChAdOx1 vektora u indukciji trombocitopenije; moguća uloga akcidentalno intravaskularno ubrizganog cjepiva; moguća uloga antifosfolipidnog sindroma; vrlo rijetka stanja kao što je kongenitalni nedostatak ADAMTS13 koje može biti predispozicija za trombozu i trombocitopeniju; tromboza kao posljedica same bolesti (COVID-19) čak i bez kliničkih znakova i s negativnim testom PCR u vrijeme koagulacijskih poremećaja u bolesnika.

Analizom kliničkih slika i laboratorijskih nalaza iz prijavljenih slučajeva najvjerojatnija je hipoteza da se radi o sindromu koji je sličan atipičnoj heparinskoj induciranoj trombocitopeniji (aHIT) s obzirom na to da su uočene sličnosti u serološkom profilu i kliničkoj prezentaciji aHIT-a u pogođenih pacijenata. Pretpostavlja se da pacijenti u ovom posebnom entitetu razvijaju visok titar protutijela na PF4, s visokim afinitetom vezivanja, što imitira aHIT. Ta protutijela mogu mijenjati strukturu PF4, što aktivira trombocite. Uz sličnosti s aHIT-om uočene su i razlike, jer u ovom sindromu pacijenti nisu bili izloženi heparinu, a izgleda i da se protutijela vežu za drukčije epitope nego u HIT-u. Nije poznato što točno inducira stvaranje ovih protutijela. S obzirom na tako specifičnu serološku sliku ostale hipoteze su odbačene, a važno je i naglasiti da su mehanizmi nastanka tromboza u žena koje uzimaju oralne kontraceptive drugi, a to važi i za nastanak drugih dubokih venskih tromboembolija.

Naglašeno je da je ovaj entitet poseban i drukčiji od do sada znanih mehanizama nastanka tromboembolija i sada se

intenzivno radi na karakteriziranju ovoga kliničkog entiteta, što će omogućiti bolju i točniju dijagnostiku i terapiju.

Iz navedenih razloga u ovom trenutku nažalost nije moguće dati detaljne preporuke za dijagnostiku tog sindroma, ali u slučaju da se pojave simptomi tromboze (CVST, ali i trombotičkih komplikacija na drugim mjestima, kao što je splanhična vena) unutar 14 dana od cijepljenja zajedno s trombocitopenijom, a u serološkim testovima je nađen visok titar anti-PF4 protutijela, pa ako je diferencijalno-dijagnostički isključen drugi uzrok venskih tromboembolija i trombocitopenije, potrebno je posumnjati na ovaj klinički entitet.

Važno je naglasiti da se do ovog trenutka nisu mogli utvrditi specifični čimbenici rizika za razvoj tog rijetkog sindroma. PRAC navodi u Sažetku opisa svojstva lijeka u odlomku 4.4.: "Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi" da se najveći broj prijava koji je zaprimljen odnosi na žene mlađe od 60 godina, što je i moguća posljedica kampanje cijepljenja s ovim cjepivom u nekim državama članicama gdje su se cijepili zdravstveni radnici koje su u većini žene mlađe od 60 godina, ali to ne znači da nema prijava i za starije bolesnike te prijava koje se odnose na muškarce. PRAC u ovom trenutku nije mogao dati kontraindikacije za cijepljenje ovim cjepivom niti može navesti rizične bolesnike jer se analizom zaprimljenih prijava one ne mogu utvrditi zbog toga što su pacijenti u dosadašnjem malom broju prijava previše heterogeni. Na primjer, nema nikakvih dokaza da bi pacijenti s prethodno preboljelim VTE-om ili pacijentice koje uzimaju oralne kontraceptive imali veći rizik za razvoj ove nuspojave od drugih cijepljenika. Sve prijave koje su zaprimljene s označenom dozom u prijavi navode da se sumnja na nuspojavu javila nakon prve doze cjepiva, što je i razumljivo jer je većina stanovništva dobila tek prvu dozu, a samo jako mali dio i drugu dozu cjepiva.

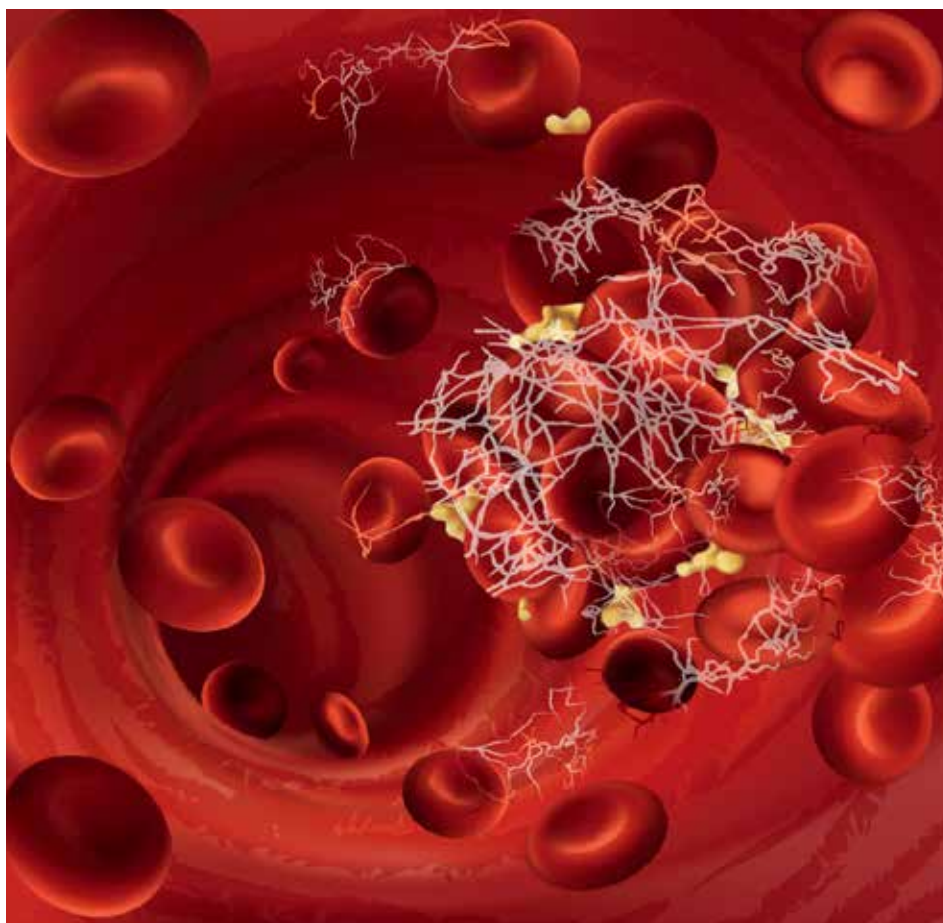
PRAC nije u ovom trenutku mogao dati detaljne smjernice za terapiju jer se ovaj klinički entitet mora tek još bolje razumjeti. Eksperti preporučuju da se pričekava s davanjem heparina dok se ne isključi HIT. U ovom trenutku ne mogu ni preporučiti optimalan alternativni antikoagulant jer sindrom još nije dovoljno istražen. Odluku o antikoagulantnoj terapiji u ovom trenutku treba donositi individualno, uzimajući u obzir pacijentov nalaz broja trombocita, kliničku prezentaciju bolesti te se voditi lokalnim (nacionalnim) smjernicama u antikoagulantnoj terapiji.

Još jednom treba naglasiti da se radi o vrlo rijetkoj nuspojavi, koja nije bila zapažena u kliničkim istraživanjima baš zato što je toliko rijetka i mogla je biti otkrivena jedino intenzivnim farmakovigilancijskim aktivnostima sada kada je cjepivo aplicirano u više milijuna ljudi. Od iznimne je važnosti da se u praćenju cijepljenih osoba obavezno prijavi svaka sumnja na nuspojavu, sa što više podataka HALMED-u ili HZJZ-u, koje će biti ocijenjene i dalje analizirane na europskoj razini zajedno s prijavama drugih država članica.

PRAC je zatražio dodatne mehanističke studije za detaljnije razumijevanje nastanka ovog sindroma, koji može biti i multifaktorski, i opširne farmakoepidemiološke studije koje bi mogle odgovoriti na pitanje o rizičnim čimbenicima za njegov nastanak. Rezultati određenih postautorizacijskih studija očekuju se sljedećih 4 do 6 tjedana, a detaljne analize spontano prijavljenih slučajeva sprovode se kontinuirano.

I na kraju još jednom ponovimo da je COVID-19 povezan s rizikom od hospitalizacije i smrti. Cjepivo Vaxzevria jedno je od četiriju cjepiva odobrenih u Europskoj uniji za sprječavanje COVID-19. Ispitivanja ukazuju na djelotvornost Vaxzevrie u prevenciji bolesti. Jednako tako, ovo cjepivo smanjuje rizik od hospitalizacije i smrti od COVID-19.

Pojava predmetne kombinacije tromboze i trombocitopenije vrlo je rijetka te ukupne koristi primjene predmetnog cjepiva u sprečavanju COVID-19, kao i s njom povezanih rizika od hospitalizacije i smrti, trenutačno nadmašuju rizike od mogućih



nuspojava cjepiva. Zbog toga PRAC nije preporučio nikakva ograničenja za cjepivo Vaxzevriu, ali je uključio u informacije o lijeku neuobičajene slučajeve tromboza u kombinaciji s trombocitopenijom, tako da se eventualni slučajevi mogu prepoznati i liječiti na vrijeme.

Pismo zdravstvenim radnicima (DHPC) s ovim informacijama bit će poslano 13. 04. 2021., a pismo na hrvatskom jeziku može se naći na stranicama Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode HALMED (<https://www.halmed.hr/Farmakovigilancija/Pisma-zdravstvenim-radnicima/>)

Nastavlja se intenzivno praćenje sigurnosti Vaxzevrije, kao i svih ostalih odobrenih cjepiva protiv COVID-19 u Europskoj uniji te će o svim novim saznanjima promptno obavijestiti zdravstvene radnike i javnost.

Europska agencija za lijekove na svojim web stranicama objavljuje mjesečna izvješća o sigurnosti svih odobrenih cjepiva protiv COVID-19, te objavljuje izvješća o ocjeni nuspojava lijekova i cjepiva protiv te bolesti sa svim pratećim dokumentima, kao što su na primjer Risk management planovi. Sve PRAC-ove aktivnosti i preporuke vezane za ova cjepiva i lijekove objavljuju se redovito u mjesečnim izvješćima nakon završetka PRAC-ove plenarne sjednice. Zainteresirani čitatelji mogu sve podatke naći na EMA-inoj web stranici www.ema.europa.eu na engleskom jeziku. Hrvatska agencija za lijekove redovito donosi novosti o radu EMA-e, koje možete pratiti na stranici HALMED-a www.halmed.hr Podsjetimo i na to da se Sažetak opisa svojstava lijeka za Vaxzevriu i sva ostala cjepiva i lijekove može naći u online Bazi lijekova HALMED-a, izravno na stranicama EMA-a i preko aplikacije HeMED.

viola.macolic@ema.europa.eu

OSVRT NA STUDIJ MEDICINE U VRIJEME PANDEMIJE

BEZ EMOCIJA NEMA UČENJA

Pandemija koronavirusa promijenila je iz temelja način studiranja, a iznimka nije ni studij medicine u Hrvatskoj. Pridodamo li tome i potres koji se u ožujku prošle godine dogodio u Zagrebu i uništio dobar dio zgrada Medicinskog fakulteta na zagrebačkoj Šalati, online studiranje postalo je naša nužnost. Kako se odvija online studij medicine i nudi li on neke prednosti nad klasičnim načinom odvijanja studija razgovarali smo s nekolicinom predavača i profesora na medicinskim fakultetima u Hrvatskoj.

Pripremila Alice Jurak



Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.

Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med., s Katedre za internu medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu smatra da, iako je popis dug, danas je poprilično lako nabrojati negativne učinke COVID-19 pandemije, a puno teže izdvojiti one pozitivne. Jedan od pozitivnih učinaka COVID-19 je onaj na nastavu, iako ne baš u svakom segmentu.

„COVID-19 nas je prisilio da fizičku distancu ne promatramo kao nedostatak, već da se prilagodimo i da je pretvorimo u prednost online edukacijom. Online forme i sadržaji povukli su sa sobom brojne promjene, i to ne nužno loše, već su, dapače, podigli kvalitetu nastave. COVID-19 nas je prisilio da otpušemo prašinu sa starih slajdova, promijenimo njihov raspored, ispravimo tipfelere, uljepšamo ih, ukrašimo slikama koje nadomještaju realne situacije, složimo nove slajdove, snimimo predavanja, te da sami sebe gledamo i slušamo kao predavače. Predavanja i seminari profitirali su najviše. S online predavanjima podigla se kvaliteta nastave samim time što su „osvježena“, no najviše činjenicom da ih studenti mogu slušati i gledati „on demand“, kada im paše i koliko puta im paše, a nije nebitno ni otkud im paše.

Pritom nitko ne gubi vrijeme na dolaske i odlaske s predavanja“, kaže prof. Mrzljak.

Pojednostavljena je evidencija nastave, nastavlja Mrzljak, a sustav sve bilježi i pamti. Slično je i sa seminarima koji omogućuju još bolju i bogatiju interakciju nastavnika i studenta, pri čemu se svatko od svakoga nalazi na udaljenosti od kojih 20 cm (od ekrana). U ovakvom online obliku nastave studenti su angažiraniji nego u klasičnom, više se “usude” pitati, osobito ako im je omogućeno da to izvedu anonimno. Jasno, dodaje, nije svaki oblik nastave dobro prošao prebacajem na online, najkompliciranije je s vježbama koje značajno ovise o sadržaju. Iako online vježbe iz interne medicine mogu ponuditi vizualni sadržaj jednak ili blizak realnom, nikad ne mogu nadomjestiti sve one taktilne, slušne, zvučne i mirisne doživljaje koji se iskuse na odjelima i u ordinacijama, bez obzira koliko god se trudili opisati kako se nešto palpira, perkutira ili auskultira. Zaključno, hibridni oblici nastave koncipirani na online predavanjima i seminarima te na vježbama uživo, dugoročno bi omogućili učinkovitiju izvedbu i evidentno poboljšanje nastave, kao što nam je i pokazao ovaj neplanirani pilot-projekt COVID-19.

Prof. dr. sc. Tomislav Kelava, dr. med., s Katedre za fiziologiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu, smatra da je potpun prelazak na nastavu online zahtijevao velike promjene u osmišljavanju predavanja, seminara i pogotovo vježbi. „Nakon nekoliko različitih pokušaja, odlučili smo se za potpunu promjenu seminarske nastave. Nekoliko dana prije seminara studentima unaprijed pripremamo kratko videopredavanje o osnovama gradiva, a zatim im zadajemo zadatke koje trebaju pokušati samostalno riješiti, a na seminaru raspravljamo o rješenjima i nejasnoćama. Ovim smo načinom rada dobili veći angažman studenata



Doc. dr. sc. Tomislav Kelava, dr. med.

i svakako ćemo ga primjenjivati i nakon pandemije. Ako zanemarimo socijalnu komponentu, mislim da smo potpuno održali seminarsku nastavu ili podigli njenu kvalitetu. Nažalost, vježbe nije moguće obaviti na jednako kvalitetan način u ovom obliku. Gubitak je samo donekle nadoknađen pripremom zadataka u obliku prikaza slučaja“, rekao je doc. Tomislav Kelava.

Prof. prim. dr. sc. Silvija Pušeljić, dr. med., specijalist pedijatar, subspecijalist medicinske genetike i bolesti metabolizma pročelnica je Zavoda za neurologiju, genetiku, bolesti



Prof. prim. dr. sc. Silvija Pušeljić, dr. med.

metabolizma, reumatologiju i endokrinologiju Klinike za pedijatriju KBC-a Osijek.

„Kratko i jasno medicina se ne studira na daljinu!! Samo na blizinu - pogotovo kliničke godine 4., 5. i 6. godina. Sve druge opcije su surogati. Doktor se ne postaje online! Poneko predavanje se može održati na taj način ili nekakav sastanak, no interaktivnost stjecanja znanja i vještina u medicini apsolutno nema druge opcije. Ako je pandemija, onda imamo problem koji utječe na zdravlje ljudi - dakle oni koji se školuju za brigu o zdravlju već godinu dana izuzeti su iz velikog niza aktivnosti i nastave, posebno praktične. U ovim okolnostima kakve jesu studenti kliničkih godina su mogli biti uključeni u niz aktivnosti vezanih uz okolnosti u kojima živimo i radimo. Ne vidim razloga da se ne formiraju vježbovne skupine u manje skupina s više asistenta i studente uključi u rad klinika, pa to su naši kolege i budući doktori. Mladi i zdravi ljudi kod kojih koronavirus u najvećoj mjeri ne uzrokuje ozbiljne simptome izuzeti su iz nastave, stjecanja znanja i vještina ponašanja u novonastalim okolnostima na koje se i svi mi prilagođavamo, meni osobno nerazumljivo. Kako je fakultet odlučio i ja kao nastavnik sam se ponašala - odredila online predavanja i seminare pa možemo reći da je eto odrađeno! Forma je zadovoljena kao i u puno toga što nas okružuje kada forma postaje važnija od sadržaja. Možda se opet ne uklapam u mišljenje koje glorificira konačno uvođenje nastave online, ali eto svatko tko misli da je to izvrsno želim da ne bude u situaciji da ga online educirani doktor vodi i liječi, a pogotovo reanimira onaj koji je na video linku prošao edukaciju u kabinetu za reanimaciju“, ustvrdila je prof. Pušeljić.

Kao glavnu primjedbu na online studiranje medicine **prof. dr. sc. Branka Bedenić** s Kliničkog zavoda za kliničku i molekularnu mikrobiologiju i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu,



Prof. dr. sc. Branka Bedenić

ističe manjak interakcije između studenata i profesora.

„U protekloj školskoj godini nastavu smo zbog posebnih okolnosti držali pretežito online. Osim vrlo čestih tehničkih poteškoća u LMS-u (learning management system), kao što su gubitak veze usred predavanja, nemogućnost da studenti otvaraju prezentaciju, loš zvuk, stvaranje jeke itd., moja je glavna primjedba manjak interakcije između studenata i nastavnika. Veći dio gradiva bio je formalno pokriven i održan, ali je vrlo upitna kvaliteta održane nastave. Velik dio praktične nastave, kao što su mikroskopiranje, identifikacija mikroorganizama i interpretacija antibiograma, ne može se svladati iz daljine. Za dobro svladavanje gradiva u nastavi na daljinu potrebno je imati kvalitetno računalo i brz internet, tako da taj oblik nastave stvara klasne razlike među studentima. Tu je i pitanje provjere znanja. Pismeni ispiti su ukinuti, a na usmenim ispitima gubitak veze usred ispita stvara nervozu i gubitak strpljenja i kod studenta i kod nastavnika. Nadalje, mentoriranje diplomskih radova i doktorata praktično je onemogućeno zbog zabrane ulaska vanjskih surad-

nika u laboratorije nastavnih baza“ kazala je prof. Bedenić.

Nastava na daljinu, dodaje, ima i neke prednosti. Studentima ostaje više vremena za njihove slobodne aktivnosti, izlaske i hobije, nema gužve u javnom prijevozu, nema potrebe plaćanja smještaja u Zagrebu za studente koji žive izvan mjesta studiranja i nema boravka u studentskim domovima koji su dokazani rezervoari virusa. Studenti koji su invalidi, stariji studenti ili roditelji male djece lakše pristupaju nastavi i lakše mogu uskladiti nastavu s ostalim obvezama. Ukidanjem kontaktne nastave moguće je studirati i uz radni odnos. Nadalje, nastava na daljinu je za fakultet puno jeftinija jer se ne troše reagencije potrebne za pripremu praktičnih vježbi. Nastavnici koji nisu u kumulativnom radnom odnosu i koji nisu zaposleni u zdravstvenom sustavu, mogu raditi od kuće. Te minorne prednosti, kaže, ne mogu kompenzirati drastičan gubitak kvalitete nastave u vrijeme pandemije.

Osim drastičnog pada kvalitete nastave treba uzeti u obzir i psihosocijalne posljedice ukidanja kontaktne nastave.

„Mladi ljudi se trebaju družiti i stvarati kontakte i to je nužno za njihov normalan razvoj. Kod nastavnika se pak zbog ukidanja kontaktne nastave gubi motivacija za nastavu i za pripremu nastavnih materijala. Najtužnije je pitanje, na koje nema odgovora, dokle? Virus stalno stvara nove mutante koji izmiču djelovanju protutijela, bilo stvorenih prirodnom infekcijom ili cijepljenjem, a i cjepiva nema dovoljno. Nadalje, smatram da jedino tvrdi lockdown, kakav smo imali u prvom valu, može suzbiti epidemiju. Mjere su učinkovite jedino

ako zahvaćaju sve društvene slojeve, što znači da je potrebno ukinuti cijeli odgojno-obrazovni sustav od jaslica do fakulteta, javni prijevoz, organizirati rad na daljinu za javna i privatna poduzeća, hermetički zatvoriti granice, zabraniti industriju zabave i zatvoriti sve osim trgovina hrane i ljekarni. Parcijalno zatvaranje jedino fakulteta, i to biomedicinskih, donosi više štete nego koristi. Uvijek me žalosti kad čujem da su u priobalnim županijama s velikim skokom novooboljelih najprije zatvorene škole, dok i dalje ostaju otvoreni ugostiteljski objekti koji su glavni generatori epidemije. To pokazuje listu prioriteta u društvu. Nastava je na našem fakultetu koji školuje buduće liječnike obustavljena u listopadu prošle godine, dok su noćni klubovi normalno radili do prosinca. Posljedice takvih odluka bit će vidljive za nekoliko godina, a zbog neprimjereno školovanih liječnika ispaštati će pacijenti.

Naši su studenti u “starom normalnom” mogli odlaziti na studentske razmjene, kao i dio studija pohađati na drugim fakultetima u Europskoj uniji. Naši nastavnici su također bili gostujući znanstvenici i nastavnici na uglednim inozemnim institucijama. S dolaskom pandemije nastupile su neprilike kod prelaska granice, a mnoge su avionske i autobusne linije ukinute. Zbog tromosti Europske komisije ne rješava se učinkovito COVID putovnica za cijepljene osobe, kao i za one koje su imunitet stekle prirodnom infekcijom, što bi znatno olakšalo kretanje unutar EU-a“, zaključuje prof. Bedenić.

“U trenutku lockdowna naša je nastava bila završena – glavni predmeti održani su u zimskom semestru. U prvih nam se učinilo – sve će proći do sljedećeg zimskog semestra, bit ćemo pošteđeni virtualnog svijeta. Nadanje se nije obistinilo. No, iskustvo virtualne nastave, u ulozi studenta, stekli smo



Prof. dr. sc. Marija Heffer, dr. med.

pohađanjem Coursera i EdEx tečajeva kojima smo bili zaokupljeni u prethodnih 5 godina. Ustvari smo si već dulje vrijeme postavljali pitanje – kada će uprave naših fakulteta shvatiti da više ne možemo ignorirati virtualni svijet i virtualne studente željne vrhunskih predavača – ma gdje da se jedni i drugi nalazili. U našim su predavanjima već godinama nudene poveznice na primjere koji su nas se dojmili. Nedostajala je ta točka preokreta koja nije došla na neki unutarnji poticaj već zahvaljujući nemilim okolnostima. I baš kao u pouci iz evolucije – ne preživljavaju oni koji su se prilagodili kad je nepogoda došla već oni koji su prilagodbu imali prije nego je potreba za njom postojala – klik se dogodio u par dana. Gledali smo svoje kolege koji negoduju, ali se s lakoćom navikavaju na novi oblik nastave. Još uvijek nam nedostaju trikovi kojima se podiže motivacija virtualnih studenata, dobiva prikladan feedback i rade animacije...No, sve nastavne obveze su ispunjene. Znamo da nas naši studenti snimaju, pazimo na svaku riječ i nadamo se da nas više slušaju (pre-slušavaju) – osobito prije ispita. Ipak, nismo im upamtili lica – ponekad najvažniju uspomenu koja nas povezuje

s cijelom generacijom." komentira **prof. dr. sc. Marija Heffer, dr. med.** pročelnica Katedre za medicinsku biologiju i genetiku Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku.



Izv. prof. dr. sc. Zenon Pogorelić, dr. med.

"Pandemija COVID-19 poremetila je sve aspekte života, pa tako i nastavu u Sveučilišnim institucijama, posebno na Medicinskim fakultetima. Elektroničko učenje postalo je osnovna metoda poučavanja kurikula tijekom pandemije. Predavanja su donekle izvediva na daljinu, ukoliko ih studenti zaista slušaju. Međutim, nažalost većina predavanja se ne odsluša (povratne informacije od studenata). Kvaliteta seminara na daljinu zasigurno nije ista kao i seminara koji se izvode interaktivno u manjim skupinama. Specifičnost studija medicine i ujedno najznačajniji problem su kliničke vježbe koje se moraju izvoditi kontaktno, jer studenti ne mogu na daljinu naučiti kliničke vještine. Održavanje predavanja preko različitih online platformi za mene kao predavača je frustrirajuće s obzirom da nema interakcije sa studentima. Ne mogu dobiti jasan uvid razumiju li studenti ono o čemu govorim. Rezultati ispita

(koji se proveo kontaktno) značajno su lošiji ove godine, ako ih usporedimo s generacijama koje su svu nastavu odslušali kontaktno. Nadam se da će epidemiološki uvjeti u što kraćem roku dozvoliti normalno održavanje nastave, kako se ne bi izgubila kvaliteta nastave, odnosno kvaliteta budućih liječnika, kao konačnih "proizvoda" Medicinskih fakulteta. Zaključno smatram da je nastava "na daljinu" značajno lošije kvalitete od nastave koja se izvodi kontaktno." rekao je **izv. prof. dr. sc. Zenon Pogorelić, dr. med.**, pročelnik Katedre za kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu.



Izv. prof. Joško Markić, dr. med.

"Organizacija nastave već dulje od godinu dana protječe u otežanim i izazovnim uvjetima. Osim što su se liječnici brzo i učinkovito trebali organizirati u skrbi za pacijente oboljele od svima nama nove bolesti, tako smo se brzo morali prilagoditi i novim uvjetima znanstveno-nastavnog rada. Sve praktične vježbe su početkom pandemije u prošloj akademskoj godini bile prekinute, a predavanja i seminari su se tek dijelom održavali na online platformama u realnom vremenu. To je značajno otežalo studentima pripreme

za ispite te stjecanje praktičnih znanja. S rastom naše spoznaje o COVID-19, prilagođavali smo i uvjete nastave. U ovoj godini smo sve praktične vježbe odradili kontaktno. Svjedočili smo iznimnom entuzijazmu studenata zbog mogućnosti ponovne praktične nastave i kontakta s bolesnicima, ali i ogromnoj odgovornosti koju su pokazali. Partnerskim i međusobno uvažavajućim odnosom, postigli smo to da nismo imali niti jedan slučaj transmisije virusa na naše bolesnike kao niti odlaske cijelih vježbovnih skupina u izolaciju. Nastavu smo održavali online u realnom vremenu po rasporedu i redovito, a što je zahtijevalo dodatnu tehničku izobrazbu i napor nastavnog osoblja. Radeći istodobno na nekoliko radilišta, često i u COVID odjelima, sve se uspjelo odraditi bez previše stresa. Solidarnost među kolegama je i ovdje došla do izražaja. Iako nastava u ovim uvjetima značajno otežava dvosmjernu komunikaciju i nije optimalna, uvjeren sam da smo studentima prenijeli dovoljno znanja te pružili dobru podlogu za polaganje ispita. Naravno, prostora za napredak uvijek ima i mi nastavljamo tim smjerom, a s ciljem da naše studente što bolje pripremimo za izazove koji ih čekaju nakon završetka studija." kaže izv. **prof. Joško Markić, dr. med.**, pročelnik Katedre za pedijatriju Sveučilišta u Splitu.

Izv. prof. dr. sc. Tea Štimac, dr. med., s Katedre za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. U novijoj povijesti ništa, pa čak niti Domovinski rat 90-ih, nije toliko utjecalo na obrazovanje svih dobnih skupina, uključujući visoko školstvo, kao virus COVID-19. Sa zatvaranjem škola i fakulteta susreli smo se prošle godine, potom povremeno popuštali mjere omogućavajući studentima

medicine barem vježbe, da bismo sada ponovo bili prepušteni ekranima.

Majka sam dvoje studenata, tehničkog i medicinskog fakulteta. Njihovo razočaranje online nastavom je veliko, kažu da su nemotivirani, nefokusirani, prate programe koliko moraju... Nedostaje im uživo predavanje, s emocijama i (nenamještenom) interakcijom, druženje sa svojim uzorima – asistentima i nastavnicima, pokazne vježbe, pa čak i provjera znanja... Jer jedino provjera uživo ima smisla jer tada ne dolazi do izražaja informatičko snalaženje. Paradoksalno je onemogućavati im onsite nastavu zbog straha od virusa, jer oni se nakon online nastave ionako međusobno druže. Nemoguće je zamisliti 20-godišnjaka koji po čitave dane sjedi u kući s roditeljima, ne druži se s vršnjacima i nikamo ne izlazi. Nije za očekivati da nakon što satima gledaju u ekran (predavanja, seminari, vježbe, potom još pišu projekte i zadaće) još imaju volje družiti se preko ekrana s vršnjacima.

Kao nastavniku bilo mi je u početku vrlo naporno i stresno predavati zidu ispred sebe jer on ne klima glavom, nema reakcije - niti odobravanja, niti negodovanja. Što vrijeme više prolazi privikla sam se, ali takav rad mi nije izazovan. Na kraju predavanja, netko nakon inzistiranja postavi pitanje, rekla bih iz pristojnosti, ali nema diskusije, dijeljenja stavova. Studenti jedva čekaju da se isključe, ako, naravno, uopće slušaju o čemu im govorimo. Zadano gradivo student može proučiti i sam, iz knjiga i dostupne literature, na internetu je sve dostupno, a na Youtubeu je gotovo sve snimljeno. No, kao nastav-



Izv. prof. dr. sc. Tea Štimac, dr. med.

nik iz kliničkog predmeta, ginekologije i opstetricije koja zadire u najveću ljudsku intimu, smatram da je najveći problem što je nastavom online nemoguće svladati komunikacijske vještine bez kojih nema uspješnog liječenja. Mladi ljudi su u komunikaciji vrlo nevjешti, slabo čitaju a pišu uglavnom kraticama. Osim toga, kliničke vježbe podrazumijevaju staviti ruke na pacijenta, svladati poneku manualnu vještinu, doživjeti pacijentove emocije. To smatram najvećim problemom i izazovom online nastave. Ako se nastava svodi na slušanje snimljenih predavanja, možemo pronaći na internetu vrhunska predavanja eminentnih svjetskih veličina, a ispiti se mogu organizirati preko Merlina online. Daljnji tijek takve otuđenosti je u budućnosti liječenje preko doktora Googlea: upišete simptome i dobijete dijagnozu i terapiju... No, nije sve baš tako jednostavno, kod takvih se liječnika većina nas ipak ne bi željela liječiti. Zato treba čim prije cijepiti sve koji žele, pridržavati se u razumnim granicama epidemioloških mjera te vratiti studentski život u čitavom opsegu, od nastave do druženja, kako bismo izgradili normalne, socijalizirane, psihički zdrave mlade stručnjake.

Mladi liječnici poduzetnici



Dr. sc. DAVOR KUST, dr. med.,
specijalist onkologije i radioterapije

U današnje vrijeme često imamo priliku čuti riječ „startup“, što bi u slobodnom prijevodu značilo novopokrenuto poduzeće. Mladi ljudi s vizijom koji svojim idejama žele mijenjati svijet češće nego prije kreću u poduzetničke vode, a zajednički cilj koji ih okuplja je želja za stvaranjem nečega novog i boljega. Medicina je specifična struka i pokretanje privatne prakse je daleko složenije nego u većini drugih struka, npr. IT-u, što je vjerojatno jedan od razloga zašto se u medicini samo manjina liječnika, a pogotovo mladih, odlučuje za takav iskorak u svojoj karijeri.

Pripremila: KSENIJA VUČUR

Broj osoba oboljelih od zloćudnih bolesti u stalnom je porastu, a rak je drugi najčešći uzrok smrti kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj. Dodatno, ako se pogledaju podaci preživljenja od raznih tipova raka u Hrvatskoj na razini EU, u pravilu smo na samom začelju, što jasno govori da možemo i moramo bolje. Tijekom svog rada u javnozdravstvenom sustavu kao onkolog, primijetio sam glavne probleme s kojima se susreću onkološki bolesnici, a jedan od značajnijih je nedostatak pouzdanih informacija. Naime, kao u većini drugih struka, i u onkologiji je prisutan nedostatak stručnog liječničkog kadra, te s obzirom na sve veći broj onkoloških bolesnika onkolozi nerijetko nemaju dovoljno vremena za u potpunosti posvetiti se svakom bolesniku koliko bi željeli. S druge strane,

saznanje o dijagnozi zloćudne bolesti izaziva stres i često se događa da osoba ne može zapamtiti sve upute koje joj liječnik daje. Upravo s ciljem pružanja pouzdanih informacija za bolesnike s rakom sam 2019. pokrenuo onkološku mrežu **onkologija.net** u obliku internet portala. Sadržaj portala uređuju isključivo stručni liječnici, i to bez vanjskog financiranja, što osigurava pouzdanost informacija, što se često ne može reći za sadržaje na internetu. S obzirom na izrazito zanimanje koje su bolesnici pokazali za navedene teme, u sklopu privatne poliklinike gdje sam suvlasnik sam otvorio i privatnu onkološku ordinaciju i tako je sve krenulo. U međuvremenu je onkologija.net prerasla u najveću privatnu onkološku mrežu u Hrvatskoj i regiji, zahvaljujući multidisciplinarnom

timu u sklopu kojega djeluje tridesetak stručnjaka različitih profila iz Hrvatske i inozemstva uključujući onkologe, interniste raznih specijalnosti, kirurge, psihologe, nutricioniste, udruge bolesnika, enterostomalnog terapeuta, genetičara i brojne druge. Može se reći da glavni motiv za pokretanje privatne prakse leži u činjenici da je zdravstveni sustav objektivno prenaprnut, bolesnici su nerijetko suočeni s dugim čekanjem na pregled, gužvama u ambulantni, nedovoljnim vremenom koje liječnik ima za razgovor, a ponekad i nedostupnošću suvremenih metoda liječenja i terapija koje se primjenjuju u razvijenijim zemljama. U sklopu poliklinike u čijem okviru djeluje onkologija.net, provodimo i klinička istraživanja inovativnih lijekova. Treba se dotaći

i aktualne pandemije, koja je zahvalila svaki segment zdravstvenog sustava, pa tako i onkološke bolesnike koji su najranjivija populacija. Važan kotačić pomoći napregnutom zdravstvenom sustavu vidim upravo u privatnim zdravstvenim ustanovama. U našem timu 90 % pregleda bude dogovoreno unutar 48 sati od javljanja bolesnika. Gledajući sada unatrag, pokretanje privatne prakse je bilo izazovno, zahtijeva mnogo vremena, odricanja ali i financijskih sredstava kao početno ulaganje, što nama liječnicima koji smo već redovitim radom značajno opterećeni nije uvijek lako premostiti. Mnogo je tu radnih popodneva, subota, nedjelja i praznika uz redovit posao. Ipak, zadovoljan sam jer smatram da sam učinio jedan pozitivan pomak za naše društvo. Recept za uspjeh je iz moje perspektive veliki trud, konstantan rad na vlastitom usavršavanju i ljudski pristup svakom bolesniku.

Jedan od njih je i Dominik Gjoni, mladi liječnik iz Pule, doktorand Medicinskog fakulteta u Osijeku. On je zajedno s dvojicom braće, također liječnicima, nekoliko mjeseci nakon diplomiranja osnovao polikliniku, te još jednu tvrtku za promet lijekovima i medicinskim proizvodima. Ovaj mladi liječnik-poduzetnik, koji je treća generacija liječnika u svojoj obitelji, otkriva nam kako je već tijekom studija intenzivno razmišljao u smjeru privatne prakse u zdravstvu, što je i realizirao ubrzo nakon stjecanja diplome. Iako je iz "studentske klupe" uskočio ne samo u bijelu kutu već i u svijet poduzetnika, nije ga obeshrabrio složen postupak otvaranja privatne prakse, kao ni značajna financijska ulaganja. "Osiguravanje prostornih uvjeta i nabava skupe medicinske opreme samo su dio aktivnosti, dok najveći izazov predstavlja okupljanje tima i organiziranje posla", kaže dr. Gjoni.

Istra, kao najrazvijenija turistička regija, pokazala se izvrsnom platformom za formiranje mreže zdravstvenih subjekata, u kojima već treću godinu tim liječnika i sestara pruža pravovremenu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu tisućama domaćih i stranih turista u svim većim mjestima. "Vodeće hotelske grupacije u Istri brzo su prepoznale našu infrastrukturu i resurse, te je vrlo brzo uspostavljena intenzivna suradnja s obzirom na to da je time i njihovim gostima osiguran viši standard u dobivanju zdravstvene zaštite, slijedom čega su i uvjeti boravka te kvaliteta destinacije podignuti na višu razinu", kaže dr. Gjoni.

Suradnja njegove poliklinike s javnozdravstvenim ustanovama, prije svega pulskom bolnicom, najbolji je primjer kako između javnog i privatnog zdravstva ne mora nužno postojati animozitet.

"Tijekom sezone turista je bitna brzina i dostupnost tražene medicinske usluge, što je bilo posebno izraženo prošle "pandemijske" turističke sezone. Suradnjom s bolnicom značajno smo rasteretili zdravstveni sustav s obzirom na to da su mnogi pacijenti u kojih nije postojala potreba za složenim DTP-ovima bili zbrinuti u našim objektima. Upravo veća dostupnost kvalitetne medicinske usluge daje pacijentima osjećaj da nisu prepušteni sami sebi u nepoznatoj sredini, što god im se dogodilo", kaže dr. Jakov Pleše, jedan od članova tima, koji je u toj poliklinici tijekom ljeta radio s pacijentima.

"Logistički perfektni uvjeti, kompetentnost i familijarni ugođaj cijelog tima značajno doprinose osjećaju zadovoljstva svakog njegovog člana, a posljedično i pacijenata", kaže dr. Pleše. Sinergijsko djelovanje javnog i privatnog zdravstva u Istri očituje se i u trenutačnim uvjetima pandemije COVID-19. Naime, kako su tijekom studenog i prosinca 2020.



DOMINIK GJONI, dr. med.

doktorand Medicinskog fakulteta u Osijeku

bilježeni rekordi u broju zaraženih, kada su kapaciteti testiranja lokalnog Zavoda za javno zdravstvo postali nedostadni, u ovoj poliklinici promptno su reagirali i počeli s testiranjima građana, te je većina njih testirana na samom početku pojave simptoma, slijedom čega su mogli odmah saznati svoj status. Osim što se značajno ubrzao proces testiranja i povećao broj testiranih osoba na SARS-CoV-2, učinkovito je "ulovljen" velik broj zaraženih građana i njihovih bliskih kontakata, čime je pravovremeno spriječena daljnja transmisija virusa.

Predstavljajući novu generaciju liječnika-poduzetnika s jasnom vizijom razvoja poslovanja, dr. Gjoni je na samom početku karijere odlučio izaći iz strogih okvira javnog zdravstva. "U privatnom zdravstvu vladaju zakoni tržišta i stoga je poznavanje materije iz područja ekonomije jednako važno kao i profesionalni razvoj u struci", zaključuje.

Iznimna važnost spavanja za zdravlje i preživljavanje



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

Hrvatsko katoličko sveučilište
livia.puljak@unicath.hr

Medicina spavanja počela se značajnije razvijati nakon značajnijih otkrića o električnoj aktivnosti mozga. Istraživanja uzoraka elektroencefalograma (EEG) koji se javljaju tijekom spavanja dovelo je do klasifikacije faza spavanja, što je zauzvrat stvorilo važan temelj za istraživanje ljudskog spavanja, uočavanje abnormalnosti i otkrivanje značajnih veza između spavanja i zdravlja. Do 2005. su znanstvenici i kliničari ne samo otkrili i jasno definirali brojne poremećaje spavanja, već su otkrili da su mnogi od njih vrlo rašireni.

Danas istraživači dublje istražuju stanične i substancične učinke poremećenog spavanja, kao i učinke nedostatka spavanja na metabolizam, regulaciju hormona i izražaj gena. Novija istraživanja jačaju poznate i pretpostavljene veze između neodgovarajućeg spavanja i širokoga spektra poremećaja, uključujući hipertenziju, pretilost, šećernu bolest tipa 2, oslabljeno funkcioniranje imunostnog sustava, srčanožilne bolesti, poremećaje raspoloženja, neurodegeneracije i demencije, pa čak i usamljenost. Nedostatak spavanja može dovesti do

teških tragedija i ugrožavanja javne sigurnosti. Danas se smatra kako je vrlo vjerojatno da su najveće katastrofe koje je uzrokovao čovjek nastale zbog pospanosti, uključujući eksploziju nuklearne centrale Three Mile Island koja se dogodila u SAD-u 1979., curenje otrovnog plina u Bhopalu u Indiji 1984., eksploziju nuklearne elektrane u Černobilu 1986. i izlivanje nafte s tankera Exxon Valdez 1989. Fatalan incident u svemirskom programu SAD-a, koji se dogodio 1986. kad se Space Shuttle Challenger razdvojio u dva dijela nakon 73 sekunde u letu, usmrivši pritom svih sedam članova posade, u predsjedničkom izvješću o nesreći nedvosmisleno se povezuje s ljudskom greškom i lošom prosudbom koje su povezane s manjkom spavanja i radnom smjenom tijekom ranih jutarnjih sati.

Spoznaje o medicini spavanja pomogle su u donošenju preporuka usmjerenih na poboljšanje javne sigurnosti i zdravlja. Međutim, unatoč brojnim provedenim istraživanjima, neadekvatno spavanje, zbog poremećaja spavanja, rasporeda rada i kaotičnog načina života, i dalje prijeti zdravlju i sigurnosti. Osobito je to velik problem u medicini, gdje zbog nedostatka spavanja mogu biti ugroženi i zdravstveni radnici i njihovi pacijenti.

Veliko opterećenje, velik stres i nedovoljno spavanja prepoznati su odavno kao značajan problem među zdravstvenim radnicima. U Sjevernoj i Južnoj Americi, Europi i Aziji 30 - 49 % zdravstvenih radnika žali se na poremećaj spavanja ili nedostatak spavanja. Aktualni podatci pokazuju kako pandemija COVID-19 moguće dodatno pogoršava nespavanje zdravstvenih radnika. Sustavni pregled koji su proveli Salari i suradnici ukazuje na **poremećaje spavanja u 35 % medicinskih sestara i 42 % liječnika tijekom pandemije COVID-19.**

Kako su poteškoće sa spavanjem povezane sa sindromom izgaranja, depresijom i medicinskim pogreškama,

problematično spavanje ozbiljna je epidemija među zdravstvenim radnicima koja predstavlja važnu prijetnju javnoj sigurnosti.

I dok se liječnici sigurno bave svojim pacijentima koji imaju poremećaje spavanja i neodgovarajući san u skladu s kliničkim smjernicama, bilo bi dobro i da se o spavanju liječnika više vodi računa. Važno je prepoznati važnost problema. Zatim je važna promjena odnosa prema dugačkim smjenama tijekom kojih je liječnik budan. Takva je praksa štetna i za liječnike i za pacijente. Bitno je postaviti ciljeve koji će ići u smjeru dugoročnog rješavanja problema. Upravitelji na svim razinama u zdravstvenom sustavu trebaju voditi računa o prikladnom spavanju zdravstvenih radnika.

Liječnici trebaju voditi računa i o sebi i o svojim pacijentima, a isto tako i oni koji odlučuju o tome kako će liječnici raditi. **Jednoga ćemo dana, nadajmo se, živjeti u svijetu u kojem će dovoljno spavanja biti među liječnicima jednako prihvaćeno i često kao pranje ruku.**

Literatura

- Mittler MM et al. Catastrophes, sleep, and public policy: Consensus report. *Sleep* 1988; 11:100-109.
- Huth et al. Shift worked, quality of sleep, and elevated body mass index in pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*. 2013;28(6):e64-e73. 5.
- Vela-Bueno et al. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(4):435-442. 6.
- Silva-Costa et al. Associations of a short sleep duration, insufficient sleep, and insomnia with self-rated health among nurses. *PloS one*. 2015;10(5):e0126844. 7.
- Kaneita et al. Association of current work and sleep situations with excessive daytime sleepiness and medical incidents among Japanese physicians. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2011;7(05):512-522.
- Eddy. Sleep deprivation among physicians. *BCM J*. 2005;47(4):176-180.
- Salari et al. The prevalence of sleep disturbances among physicians and nurses facing the COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):92.

KIRURŠKO LIJEČENJE ANEURIZME ekstrakranijskih karotidnih arterija

Prim. dr. sc. Vedran Pažur, dr. med., KB Merkur
Marko Grgić, dr. med., KB Merkur
Marija Vrankić Vrbanić, dr. med., KB Merkur

Aneurizme su učestala patofiziološka stanja koja se susreću u vaskularnoj kirurgiji, ali aneurizme ekstrakranijskih karotidnih arterija nisu česte. One čine tek 1 % bolesti tih arterija, što sugerira njihovu rijetkost. Dok aneurizme abdominalne aorte predstavljaju opasnost zbog mogućnosti rupturiranja, aneurizme manjih arterija prijete više zbog tromboembolijskih događaja, koji mogu biti izrazito pogubni ako se dogode u irigacijskom području unutarnje karotidne arterije. Opasnije su od tromboembolusa aterosklerotski promijenjene karotide zato što su tada otkrnuti komadi veći te mogu opstruirati protok veće krve žile i tako uzrokovati ishemiju značajnijeg područja SŽS-a.

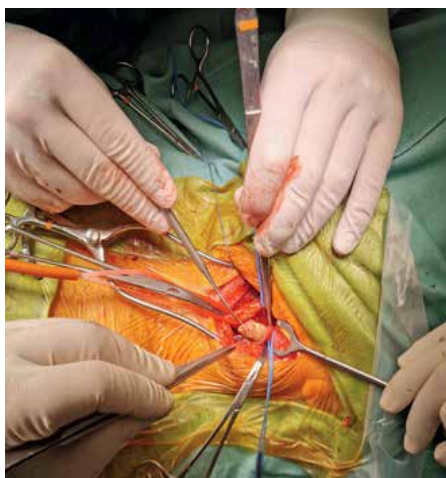
Predstavljamo pacijenta u dobi od 64 godine koji se javio u ambulantu za vaskularnu kirurgiju zbog simptomatske bolesti lijeve karotide, s učestalim epizodama vertiga i mučnine. Po prijemu su pacijentu color dopplerom pregledane vanjske karotide i tako je prikazana stenoza polazišta lijeve karotide. Nakon toga je radi verifikacije stenoze učinjena CT angiografija i njome je, osim stenoze spomenute arterije, utvrđena i aneurizma unutarnje karotidne arterije na samoj bifurkaciji, uz aneurizmu završnog dijela zajedničke karotidne arterije.



Prikaz preoperativne CT angiografije karotidnih arterija s prikazom zajedničke karotidne arterije (ACC), vanjske karotidne arterije (ACE) i unutarnje karotidne arterije (ACI) s aneurizmatiskim proširenjem (sagitalni presjek)

Potom je indiciran otvoren kirurški zahvat, koji je rađen u lokalnoj anesteziji, uz stalan monitoring pacijentovog neurološkog statusa. Učinjena je everzivna endarterektomija lijeve unutarnje karotide i lijeve zajedničke karotide te je reducirano aneurizmatско proširenje tih arterija. Operacija je protekla uredno, bez neuroloških ispada tijekom i nakon samog zahvata, a poslije kojega je pacijent premješten na 24-satnu njegu u JIL. Nakon jednog dana intenzivnog liječenja, urednog općeg statusa i bez neuroloških ispada, pacijent je premješten na odjel. Kontrolna CTA prije otpusta nije pokazala niti stenoze, niti prisutnog aneurizmatiskog proširenja ni lijeve unutarnje ni lijeve zajedničke karotide.

Pacijenta prikazujemo radi povećanja osviještenosti o aneurizmama ekstrakranijskih karotida, jer iako su rijetke, mogu biti izrazito pogubne ako se pravodobno i primjereno ne liječe. Najčešće se (93 %) početno javljaju kao pulsirajuće tvorbe na lateralnoj strani vrata, a bitno ih je razlikovati od pulsirajućih karotida u mršavih osoba, izrazito tortuotičnih karotida bez aneurizmatiskog proširenja, uvećanih limfnih čvorova na vratu, cističnih higroma vrata, glomus tumora, tumora jugularne vene i ciste škržnih lukova. Uz navedeni simptom, ova se bolest najčešće očituje neurološkim ispadima, kao u ovom slučaju, ispadima kranijalnih živaca (Hornerov sindrom), disfagijom, nalazom pulsirajuće tvorbe iza ždrijelnog luka te, puno rjeđe, rupturom i krvarenjem.



Resekcija aneurizme unutarnje karotidne arterije uz uklanjanje intraluminalnog tromba i aterosklerotskog plaka, te izravnim zatvaranjem arterije napravljena je u lokalnoj anesteziji s monitoriranjem intraoperativnog neurološkog statusa pacijenta

„AKO VAM NEŠTO TREBA...”

Vučem se umorno preko kratkog pješačkog prijelaza. Ne mogu brže ni kad bih imala neki oslonac u ruci. Iz automobila, koji mora pričekati dok pješaci ne prođu, više na mene stariji mladač, neka požurim, da se ne klatim po cesti „kao mrcina“ nego neka radije smanjim noćnu „pijaču“ i ne izlazim dok se ne otrijeznim. Teške riječi je čovjek ljutito govorio kroz otvoreni prozor tako da sam mu zapamtila lice, posebno nemirne oči, zaiskrenu netrpeljivost, valjda prema svakoj starosnoj skupini, osim svojoj. Nakon prijedanih tih pet šest koraka, koliko je dug „pješački“, stala sam i svom težinom se naslonila na jako stablo u ulici u kojoj sam živjela od djetinjstva. Sjećam se kad su zasadili to mlado stabalce i ogradili ga da ga mi djeca, igrajući se, nehotec ne polomimo. Prišao mi je čovjek iz ulice, koji je sve vidio i čuo jer je išao iza mene. Zna da sam doktorica iz bolnice, zna da sam tek preboljela teži oblik zaraze COVID-19, vidio je da sam izašla iz obližnje ljekarne. Dao mi je što je snimio mobitelom uz registarski broj automobila. Ne treba mi to, govorim mu, ne mislim se njima baviti. Previše ih je. Zahvalila sam mu na brizi i razumijevanju.

Bez volje za išta, jedva sam hodala, teško dišući. Nakon stotinjak metara hoda sa zastajkivanjem, čujem, odjekuju ulicom jaki tonovi, svađaju se dva muškarca koji čekaju red pred malom ribarnicom u kojoj smije biti samo jedan kupac pa se ulazi jedan po jedan. Mladi čovjek se tiska i stvara međured, želeći ući preko reda. Možda misli da narod ne zna čitati što piše između redaka! Na licu nema propisanu masku, namjerno se gura, stiska se, skoro naslanja na one ispred sebe, bez obzira na upozorenja drugih iz reda. Stariji čovjek mu govori jasno i glasno, skoro više i ta vika se širi niz ulicu – uz ulicu. Govori ozbiljno, optužujući: „Anarhisti, to ste vi, ova generacija koja danas jedina ima pravo na sunce, šetnju, „coffee to go“, a nemate pravo na posluš, disciplinu i odgovornost. Vi imate samo jedan život

koji vam treba servirati uz maksimalne pogodnosti i davanja, a mi, mi smo sigurno imali deset života pa smo s jednim otišli u obrambeni Domovinski rat da bi vi, balavci, mogli u miru odrastati.“

Prolazim mimo njih, ništa ne može zaokupiti moju nemoć. Prvi dan mi je da sam izašla iz kuće nakon tri tjedna borbe sa svim kombinacijama COVID specijalnosti. Vidim i sama da sam loše procijenila snagu. Zamijenila sam snagu sa željom. Zbog te zamjene sam se rastužila bez potrebe. Zasmetao mi je jedan oblak a cijelo nebo je naoblačeno! Umor čovjeku napravi svakakve smicalice. Najčešća je žaljenje i zbrajanje životnih nagodbi.

COVID nema vodeći simptom, glavnu ulicu kojom se može doći do zdrave zone. Ima više prividno „glavnih“, ali najviše je sporednih uličica i putića, pa su mogućnosti da potpuno neupadna, zapuštena, sporedna uloga u toj višeslojnoj bolesti dobije glavnu nagradu: „Oscar za upalu pluća“. Ako vas zagrlj vrućim zagrljajem ne treba vam nitko reći da je to to, ne treba vam testiranje i pozitivni test. Znaite i sami, pogađate zatvorenih očiju u čijoj ste ljubavi.

Pred zgradom u kojoj stanujem upirem zadnju snagu, popravljam zgrbljenost i uspravljam se neprirodno brzo. Ne daj Bože da me tko upita što mi je! Ne mogu im sada objašnjavati ništa o bolesti jer koliko god je bolesnika od COVID-a toliko je i udruženih različitih bolovanja. Uspoređivanje smetnji od čovjeka do čovjeka često je manje uspješno od očekivanog. To je zato jer virus ima noge, ruke i krila, šeta i remeti sve tjelesne sustave prema svom rasporedu, nikoga ne upozorava kojom će jačinom od života napraviti teško svladiv brijeg.

Dvije starije gospođe pred ulazom u zgradu razgovaraju o svojim doživljajima bolovanja i tko je još sada u COVID-U. Zbog zaraze nitko im nije ulazio u stan. Minimalni život odvijao se pred zatvo-

renim vratima gdje im je netko poznat donosio hranu. Jedna od njih je rekla: „Toliko prijatelja i poznanika mi se ponudilo putem mobitela da će mi pomoći ako mi što treba, samo neka javim. Kako su mislili „ako mi što treba?“ Svatko ozbiljan zna da bolest savije, smanji čovjeka, poveća mu nesigurnost, teško se u tom stanju misli na želje. U dugotrajnom COVID bolovanju dođe potreba svakakvih sitnica, od kalodonta do vrećice za smeće. Zato, savjetuje gospođa, nikada ne bi trebalo izgovarati „ako vam što treba“ nego donesite bilo kakvu malu stvarčicu, slatkiš, dvije banane, teglicu s jednim cvijetom. Donesite bilo što, objesite na vrata ili ostavite uz vrata ulaza u stan. Tako ćete ohrabrite zatočene u stanu, potresene strahom pred neposrednom smrtnom opasnošću pa će vam osoba možda i reći nešto konkretnije što treba. To će joj potvrditi ozbiljnost vaše nakane da vam nije teško doći pred vrata koja ne propuštaju zarazu prema vama, COVID tim putem ne buši rupice do vas. Ogrnut ćete promrzlost tijela s unutarnje strane vrata koje gori u vrućici.“

Sve sam dobro čula a i razumjela. Ušla sam u kuću, uzela jučer kupljenu i još neraspakiranu „božićnu zvijezdu“ u tamno crvenoj keramičnoj tegli, pokupila iz hladnjaka voća što mi je došlo pod ruku, napisala nekoliko riječi iz života, stavila sve u ukrasnu vrećicu i odnijela pred vrata stana ispod mogega. Tek sam se poslije sjetila da je upravo bila svetkovina Svete Lucije.

U kući prepričavam doživljaje s ulice djeci, mojim doktorima koji rade u COVID bolnicama. Paralelni svjetovi žive zajedno, kao ocat i ulje. Ocat ima vremena i volje biti ocat. A ulje? Stavljajući oblog i gdje se modrica ne vidi.

Dr. Zdenka Čorkalo

I prekar dašilo

Izv. prof. dr. sc. HRVOJE TILJAK, dr. med.
spec. opće medicine

Činite mi što god želite, nastojat ću sve izdržati. Samo ne dirajte zdravlje pacijenta u mojoj skrbi!

Pitanje neravnopravnosti u zdravlju preispituje se od samih početaka medicine. Aktualna Ženevska prisega iz 1948. godine sadrži riječi "U vršenju dužnosti prema bolesniku neće na mene utjecati nikakvi obziri vjere, nacionalnosti, rase, političke ili klasne pripadnosti". Time medicinska struka jasno proklamira protivljenje bilo kojem obliku diskriminacije u osiguranju zdravstvenih usluga vezanih za probleme zdravlja. Jednakost u zdravlju jednako je teško ostvariv zadatak koliko je uporan i snažan napor Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) na ostvarivanju tog zadatka. Tako posljednjih godina Europski ured SZO-a otvara nove oblike davno prepoznatih problema. Ne govori se samo o rasi i nacionalnosti, nego se prepoznaju novi potencijalni modeli diskriminacije: dob i spol, mjesto rođenja i života, rodni identitet, seksualna orijentacija itd. Prepoznaje se i diskriminacija po bolesti, pri čemu se ukazuje da su neke bolesti bolje opskrbljene/zbrinute nego druge bolesti. Štoviše, otvara se pitanje raspodjele ograničenih sredstava zdravstvene zaštite s obzirom na karakter nastanka, koštanja i rezultata pojedinih zdravstvenih intervencija. U nas je to bilo očigledno na primjeru svojevjremene žestoke rasprave o terapiji održavanja na metadonu (metadonskoj supstituciji). Taj terapijski program osiguran je u okviru nacionalnog zdravstvenog osiguranja, što je otvorilo pitanje izbora prioriteta skupine koju treba zaštititi i alokacije sredstava koja su ulažu u zdravlje nacije.

Nema dvojbe da i u visoko socijaliziranoj zdravstvenoj zaštiti sa širokim pokrivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja pitanje diskriminacije ne nestaje. Moguće se i čak zaoštava s obzirom na uvjet soli-

darnosti i uzajamnosti na kojem se temelje moderni sustavi zdravstvenog osiguranja. Moguće je da se pojavljuju novi oblici diskriminacije u zdravlju koji izviru iz kompleksnosti zdravstvenih sustava i novonastalih zdravstvenih problema.

Ono što sam doživio ovih dana rječitro govori u prilog tom zapažanju. Svi smo svjedoci gorućega globalnog zdravstvenog problema – pandemije COVID-19. Koliko su ugroženi pacijenti, toliko su ugroženi i zdravstveni radnici. I ne samo zbog bolesti, nego i iz kolateralnih učinaka bolesti. Ljudi ostaju bez posla, državi nedostaju sredstva za sanaciju štete uzrokovane pandemijom (i potresima), a zdravstvo grca u dugovima koji su povećavaju zbog dodatnih troškova vezanih za pandemiju. Za razumjeti je potrebu prvenstva opskrbe specijaliziranih terapijskih bolničkih kapaciteta koji su najopterećeniji dio zdravstvenog sustava. Ali i drugi imaju posla i suočeni su s dodatnim izdancima. Kao ugovorni liječnik obiteljske medicine prema ugovoru s HZZO-om imam obvezu zadržavanja rada svoje ordinacije i u slučaju izolacije/obolijevanja mene i članova mog tima, na svoj trošak nabavljam sav zaštitni materijal, podnosim umanjene prihode nastalo opravdanim uvećanjem stope bolovanja i ne primam naknadu za sudjelovanje u radu izvan redovitog radnog vremena vezanom za pandemiju. Ne žalim se ni na što od navedenoga iako to traje već dulje od godinu dana. Shvaćam to kao obol koji dajem društvu, zdravstvu, svojim pacijentima u teškom vremenu kada se svi moramo odreći komoditeta kakvoga smo prethodnih godina shvaćali kao nešto što se podrazumijeva.

Žalim se jedino na ono što se dogodilo ovaj tjedan. Osvjedočili smo se o potrebi cijepjenja protiv COVID-19. Svjedoci smo teškoća uzrokovanih nedostatkom cjepiva koje opterećuje cijelu Europsku uniju. Teškoće su osobito izražene i u

Hrvatskoj gdje se ne uspijeva pravovremeno cijepiti sve u potrebi. Ovoga je tjedna ugovorni tim obiteljske medicine s kojim dijelim prostor, a koji djeluje u sklopu Doma zdravlja, dobio redovitu tjednu količinu cjepiva u srijedu. Moj tim koji radi na istoj lokaciji i skrbi za populaciju gotovo identične dobne strukture, ostao je bez ijedne doze cjepiva (isti tjedan nije dobio cjepivo). Riječju, uveli smo novu kategoriju diskriminacije u zdravstvenu zaštitu – diskriminaciju na temelju pozicije izabranog liječnika obiteljske medicine u sustavu zdravstva. Što privatni ugovorni liječnik obiteljske medicine može reći na to? Moja poruka je jednostavna: Uzmite mi zdravlje i sigurnost posla, uzmite mi prihode, bacite me u nemilosrdnu borbu s dobavljačima potrošnog materijala koji me muče nedostatkom opreme i pretjeranim cijenama, uposlite me dodatno izvan radnog vremena. Sve ću to podnijeti šutke. Samo mi ne dirajte pacijente. Nisu oni krivi što su izabrali pogrešnog liječnika - „privatnog“ ugovornog liječnika obiteljske medicine. Do danas nisam digao glas niti za jednu od nedaća koje su mene i moje kolege u istom statusu pritisnule već dulje od godinu dana. Ali ovo je previše. Ne dirajte mi pacijente, oni su jednako vrijedni i ničim ne zaslužuju odgodu zaštite koja je na raspolaganju pacijentima u skrbi timova obiteljske medicine koji djeluju u sklopu doma zdravlja. SZO, zdravstvo i medicinari širom svijeta suglasit će se da diskriminacija u osiguranju zdravstvene zaštite ovog tipa nije ono za što se zalažu.

htiljak@gmail.com

-World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, CH: World Health Organization; 2008.

-http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.

-Labonté R, Rukert A. Health equity in a globalizing era: past challenges, future prospects. New York, NY: Oxford University Press; 2019

COVID u Velikoj Britaniji

Oprezno koraćanje prema izlazu iz epidemije



 Piše: MLADEN KNOTEK

Epidemija COVID-19 u Velikoj Britaniji imala je dva vala. Prvi, od ožujka do svibnja 2020. zatekao je Veliku Britaniju i bio je obilježen velikom smrtnošću. U drugi val zemlja je ušla pripremljenije, s izuzetno velikim kapacitetom testiranja, koji je Veliku Britaniju svrstao u vodeće zemlje svijeta s oko 2 milijuna testiranja na milijun stanovnika. Britanci su ponosni i na svoj kapacitet identifikacije novih virusnih mutanti. Nedavno je omogućena svim stanovnicima besplatna dostava brzih antigenskih testova za kućnu uporabu, dostatnu za 2 testa tjedno po stanovniku. Brzi porast slučajeva tijekom zime, koji je bio povezan s infekcijom britan-

skim sojem SARS-CoV-2 (B.1.1.7) doveo je i do čvrstih mjera lockdowna, koje su tek nedavno počele vrlo postupno popuštati. Mjere distanciranja, nošenje maski, kao i izbjegavanje kontakata koji nisu nužni poštuju veliki dio populacije. Kao što je poznato Velika Britanija je prva u svijetu odobrila cijeplivo protiv infekcije SARS-CoV-2 i najuspješnija je europska zemlja prema opsegu cijepljenja. Cijepljenje, koje je striktno provođeno prema prioritetu definiranom rizikom od teških oblika i smrti od bolesti, odnosno rizikom od obolijevanja (npr. kada su u pitanju zdravstveni radnici), odlučujuće je pridonijelo snažnom padu broja novih slučajeva, uz drastično smanjenje broja umrlih od COVID-19. Pri tome je bilo prostora i za prilično hrabro odlučivanje kada je produžen interval između dvije doze cjepiva, koji je omogućio da u ovom trenutku oko 60 % odrasle populacije bude cijepljen barem jednom dozom, što je rezultiralo dostatnim imunitetom za smanjivanje učestalosti teških oblika COVID-19 i smanjenje smrtnosti. Šteta što u Hrvatskoj nije preslikan dio tih pozitivnih iskustava u primjeni cjepiva iz Velike Britanije. Učinak lockdowna i cijepljenja ogleda se i u smanjenom pritisku na bolnice - npr. u bolnici u kojoj radim na vrhuncu drugog vala bilo je stotinjak oboljelih od COVID-19, da bi

trenutačno njihov broj bio manji od 20. U Škotskoj, koja ima oko 5,5 milijuna stanovnika, tjedni broj umrlih smanjio se sa 450 na vrhuncu drugog vala u drugoj polovici siječnja na 60 koncem ožujka. U svakodnevnom komuniciranju situacije s epidemijom, o mjerama i planovima, do izražaja dolazi pristup koji počiva na podacima, projekcijama i mjerilima, koji su definirani unaprijed, tako da nema improvizacije i iznenađenja. Dugoročno, Velika Britanija planira širokim testiranjem, koje uključuje i samotestiranje, uz program praćenja kontakata i izolacije oboljelih i kontakata, održavati nisku razinu epidemije. Strogi nadzor ulazaka u zemlju, s različitim stupnjem nadzora nakon ulaska (od testiranja do karantene u predodređenom hotelu) u ovisnosti o stupnju rizičnosti zemlje iz koje putnik dolazi (zelena, žuta i crvena razina rizika), nadaju se, pridonijet će manjoj opasnosti od unosa infekcije izvana, osobito sojeva virusa koji bi mogli biti otporniji na cijepljenje. U tijeku su brojna istraživanja različitih aspekata COVID-19 koja su već rezultirala spoznajama koje su postale standard liječenja (npr. primjena deksametazona sukladno protokolu Recovery studije) pa do istraživanja imunosti na infekciju SARS-CoV-2, koja će vjerojatno dovesti do preporuke za primjenu booster doza cjepiva tijekom drugog dijela ove godine, uz moguću prilagodbu cjepiva novim sojevima virusa.

REKORDNI REZULTATI UNATOČ PANDEMIJSKOJ KRIZI

JGL - NAJVEĆA HRVATSKA FARMACEUTSKA KOMPANIJA

**ZAHVALJUJUĆI BRZOJ
PRILAGODBI ZAPOSLENIKA I
TVRTKE, JGL GRUPA BILJEŽI
DVOZNAMENKASTI RAST
I 1.020 MILIJUNA KUNA
UKUPNIH PRIHODA**



IVO USMIANI, predsjednik
Upravnog odbora JGL-a



MISLAV VUČIĆ, glavni izvršni
direktor JGL-a

JGL Grupa je, sukladno konsolidiranim, nerevidiranim financijskim rezultatima za prošlu godinu, premašila milijardu kuna ukupnih prihoda, ostvarivši time rekord u dosadašnjem poslovanju i to u najtežoj godini za biznis diljem svijeta. Zahvaljujući brzom i uspješnoj prilagodbi poslovnih prioriteta, kao i svih zaposlenika novim uvjetima rada u pandemijskoj krizi, JGL Grupa bilježi dvoznamenkasti rast, a s 1.020 milijuna kuna ukupnih prihoda postaje najveća hrvatska farmaceutska kompanija.

„Usprkos otežanom i smanjenom pristupu zdravstvenoj zaštiti u svim državama u kojima posluje, padu vrijednosti lokalnih valuta od oko 30 posto na našim najvećim tržištima, te posljedično padu kupovne moći stanovništva, u 2020. godini smo ponovno nadmašili sami sebe. Prelazak magične granice od milijardu kuna ukupnih prihoda svrstava nas u grupu od dvadesetak najvećih proizvođačkih kompanija u Hrvatskoj. Ponosan sam što ovim rezultatom postajemo i najveća hrvatska farmaceutska kompanija i to upravo u godini u kojoj slavimo 30 godina JGL-a i 10 godina jednog od naših ključnih brendova, Meralysa“, ističe **Mislav Vučić**, glavni izvršni direktor JGL-a, dodajući kako je prošlogodišnja stopa rasta na razini Grupe niža od one prije pandemije, ali i da su njome, s obzirom na okolnosti, izrazito zadovoljni.

U osnovnom, farmaceutskom poslovanju, JGL je u 2020. godini također zabilježio dvoznamenkasti rast prihoda. Poslovni prihodi premašili su 800 milijuna kuna, uz povećanje EBITDA marže za više od jedan postotni poen, na 18,6 posto. Rast operativne dobiti i smanjenje zaduženosti kroz otplatu postojećih kreditnih obveza su nadmašili pad likvidnosti, prvenstveno na hrvatskom tržištu, tako da je faktor zaduženosti (neto dug/EBITDA) tijekom godine smanjen s 2,8x na 2,2x EBITDA.

„Lanjska godina nam je pokazala koliko je ključno imati jasan strateški okvir, a istovremeno ostati brz i agilni u prilagodbi i donoše-

nju odluka koje ovise o iznimno nestabilnim tržišnim okolnostima. U JGL-u smo, tijekom svega dva tjedna od pojave pandemije koronavirusa, prešli na zajedničku komunikaciju i kolaboracijsku platformu, uključivši sva naša tržišta, od Alma Ate, preko Moskve i Rijeke, pa do Skoplja. Tijekom cijele godine, zaštita zdravlja zaposlenika i njihovih obitelji bila je ključni prioritet. Cijeli JGL tim je pokazao maksimalnu ozbiljnost i odgovornost u primjeni internih, restriktivnih protuepidemijskih mjera zbog kojih smo uspjeli održati stabilnost kompanije, kontinuitet poslovanja i opskrbe tržišta“, naglašava Vučić.



Prošle je godine tako JGL ostvario rast u sva tri korporativna strateška terapijska područja - gripi i prehladi, oftalmologiji i dermatologiji. Portfelj proizvoda kompanije uspješno je odgovorio na potrebe kupaca - sprejevi za nos Aqua Maris na sprječavanje zaraze COVID-19, kapi za suho oko Vizol S na povećani boravak u zatvorenim prostorima i rad pred digitalnim ekranima, te Aknekutan protiv akni na uvijek prisutnu želju za samouvjerenim izgledom.

Prema udjelima u neto prodaji, Rusija je i dalje najveće tržište JGL-a s 39 posto udjela, slijede B2B poslovanje i tržište Hrvatske, a koje prate Ukrajina i Kazahstan. Kad je o brendovima riječ, Aqua Maris nosi 36 posto udjela u prodaji, slijedi sve značajniji B2B portfelj s 15 posto, zatim Aknekutan i Meralys, svaki s po sedam posto udjela te



KADROVSKA POJAČANJA

Nakon što je Upravni odbor JGL-a produljio mandat glavnom izvršnom direktoru Mislavu Vučiću na idućih pet godina, početak 2021. u ovu su farmaceutsku tvrtku s globalnim dosegom stigla i nova kadrovska pojačanja. Postojećem upravljačkom timu JGL-a pridružilo se četvero iskusnih stručnjaka: Anton Barbir, kao direktor korporativnih financija (CFO), Darko Pejnović, koji će biti direktor tržišta Hrvatske i jugoistočne Europe, dr.sc. Zdravka Knežević kao direktorica znanstveno-stručnih operacija te Marijo Volarević, direktor za digitalnu izvrsnost.

„JGL ulazi u novu poslovnu fazu. Zadnje tri godine smo se bavili financijskim restrukturiranjem i osiguravanjem naše čvrste pozicije na tržištu. U tom smo razdoblju smanjili zaduženost, izdržali udar pandemije koronavirusa bez problema s likvidnošću, refinancirali obveznice po kamatnoj stopi od 1,75 posto, ulagali u zaposlenike i tehnologiju te povećali prihode. Zato možemo reći da je ta faza za nas uspješno završila i da idemo u novu poslovnu fazu još jači“, ističe Mislav Vučić. Dodaje kako ojačavanje intelektualnog kapitala dolazi u trenutku, u kojem kompanija ulazi u novi investicijski ciklus Integra 2020, što će doprinijeti iskorištavanju novih poslovnih i financijskih prilika, povećavanju produktivnosti te još uspješnijem konkuriranju najboljim farmaceutskim kompanijama u svijetu.

U dinamičnom JGL timu Anton Barbir bit će direktor korporativnih financija, a dosad je stekao preko 20 godina međunarodnog iskustva, najviše u proizvodnim kompanijama, uključujući farmaceutsku industriju, kao i u reviziji. Novu ulogu u JGL-u Barbir preuzima kao dosadašnji direktor centralnih financija za Hrvatsku u Atlantic Grupi, u kojoj je pokrivao sve pravne subjekte u Hrvatskoj.

Darko Pejnović je novi direktor tržišta Hrvatske i JIE u JGL-u, na tu poziciju dolazi s pozicije direktora OTC-a u Plivi, a ujedno je i predsjednik Hrvatske udruge proizvođača bezreceptnih proizvoda (CASI). Dr.sc. Zdravka Knežević dolazi na mjesto direktorice znanstveno-stručnih operacija, s 25 godina iskustva u istraživanju i razvoju te registracijama. Prije dolaska u JGL, Knežević je bila direktorica istraživanja i razvoja tvrtke Abdi Ibrahim u Turskoj, direktorica Istraživanja i razvoja generika i OTC proizvoda u Plivi/Tevi i članica Uprave Plive. Marijo Volarević je tijekom više od 20 godina međunarodnog iskustva obnašao mnoge odgovorne poslove, vezano za napredne IT sustave, digitalizaciju poslovanja, kvalitetu i upravljanje lancem opskrbe u Plivi, HT-u, Croatia osiguranju. Volarević će u JGL-u biti direktor za digitalnu izvrsnost.

Vizol S, čiji je udio u prodaji udvostručen tijekom 2020. godine. Također, tijekom prošle godine neometano je, u oba smjera, nastavljena poslovna suradnja sa strateškim partnerom, poljskom farmaceutskom kompanijom Polpharma. S jedne strane su se uspješno nastavili transferi razvojnih i komercijalnih projekata, dok je s druge strane realizirano lansiranje Vizola S i Viseta na tržištu Poljske.

„U ovoj za nas jako važnoj, ujedno jubilarnoj godini, veseli me vidjeti što smo sve postigli, a posebno me veseli činjenica da postajemo pravi globalni igrač, spremni konkurirati najvećima. U *core businessu* ostvarili smo 670 milijuna kuna poslovnih prihoda na izvoznim tržištima, što predstavlja 85 posto izvoza u strukturi naše prodaje. Zato, nema stajanja, ove godine nastavljamo s investicijama u novi projekt Integra 2020 vrijedan 373 milijuna kuna, čije smo financiranje dogovorili s HBOR-om, a s kojim snažno osiguravamo buduće razvojne i tehnološke kapacitete kompanije. Naše pripreme za budućnost odnose se na ulaganja u istraživanje i razvoj, digitalizaciju i robotizaciju, kao i intenziviranje suradnje sa Sveučilištem u Rijeci, što smo postavili kao ključno. Odabranom smjerom nastavljamo slijediti inovativne prakse, jačati rast konkurentnosti i izvoznih proizvodnih potencijala naše kompanije, ali i hrvatske farmaceutske industrije, kao i same Republike Hrvatske. Čestitam svim zaposlenicima na izvrsnosti i posvećenosti, te zahvaljujem svim našim pacijentima, liječnicima, ljekarnicima i partnerima na povjerenju koje nam svakodnevno daju“, zaključuje Ivo Usmiani, predsjednik Upravnog odbora JGL-a.

Trombocitopenija nakon cijepljenja mRNA cjepivima protiv COVID-19

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

Ne može se isključiti mogućnost da mRNA cjepiva protiv COVID-19 mogu potaknuti novonastalu imunosnu trombocitopeniju, iako vrlo rijetko. Preporučuje se žurna kontrola vrijednosti trombocita u svakoga tko razvije abnormalna krvarenja nakon cijepljenja. Bez obzira na ova opažanja, incidencija simptomatske trombocitopenije nakon cijepljenja je značajno niža od rizika smrti i pobola od COVID-19.

Imunosna trombocitopenija (ITP) rijedak je autoimunosni poremećaj u kojemu se stvaraju autoprotutijela protiv vlastitih trombocita, što rezultira trombocitopenijom i krvarenjima. Procjenjuje se da se u SAD-u godišnje dijagnosticira oko 50 000 novih odraslih bolesnika s ITP-om. Rizik je povećan u mlađih žena i u osoba s drugim autoimunosnim poremećajima. Poznato je da ITP može nastati nakon virusnih infekcija, poput HIV-a ili hepatitisa C, a također se ponekad ITP opisuje i nakon primanja različitih cjepiva, iako vrlo rijetko.

Veliku pozornost svjetske medicinske i opće javnosti privukao je slučaj liječnika iz Miamijske (SAD) koji je preminuo od komplikacija ITP-a nakon prve doze Pfizerovog COVID-19 cjepiva. Stoga je jedan od najuglednijih

svjetskih stručnjaka za ITP, dr. James Bussell (Weill Cornell Medical College, New York City, SAD) sa suradnicima prikupio podatke i opisao 20 slučajeva trombocitopenije nakon primanja Pfizerovog (9 bolesnika) i Moderninog (11 bolesnika) mRNA COVID-19 cjepiva u SAD-u, što je objavljeno u uglednom časopisu *American Journal of Hematology*. Od tih 20 bolesnika (medijan dobi 41 godina, 11 žena), 17 nije imalo trombocitopeniju prije cijepljenja, 14 je imalo simptome krvarenja prije hospitalizacije, a svih 20 bolesnika bilo je hospitalizirano. Svi osim jednog od tih opisanih slučajeva trombocitopenije nastupili su nakon prve doze Pfizerovog ili Moderninog cjepiva. Većina bolesnika imalo je petehije, modrice ili mukozna krvarenja (epistakse, gingivalna ili vaginalna krvarenja), s nastupom simptoma između 1 i 23 dana (medijan 5 dana) nakon cijepljenja. Većinom su ti bolesnici imali vrlo niske vrijednosti trombocita (raspon $1 - 36 \times 10^9$ /l; medijan 2×10^9 /l). Podaci o liječenju bili su dostupni u 15 slučajeva: kortikosteroide je primilo 14 bolesnika, intravenske imunoglobuline (IVIG) 12, transfuziju trombocita 8, rituksimab 2, a romiplostim, vinkristin i aminokapronsku kiselinu jedan bolesnik; u većini slučajeva se koristila kombinirana terapija.

Autori navode da nije neobično što je uočeno 17 novonastalih trombocitopenija među više od 20 milijuna osoba koje su primile bar jednu dozu od ta dva cjepiva u SAD-u

do početka veljače 2021., što bi iznosilo manje od 1 slučaj na milijun cijepljenih osoba. Stoga, incidencija trombocitopenije nakon cijepljenja protiv SARS-CoV-2 čini se ili manja ili otprilike podjednaka onoj koja bi se uočila kod ITP-a koji bi koincidirao s primanjem cjepiva. Opet, moguće je da postoje i ostali slučajevi trombocitopenije nakon cijepljenja (uključujući blaže i asimptomatske) koji nisu prijavljeni. Klinička prezentacija i dobar odgovor u većine bolesnika na "ITP-terapiju" poput kortikosteroida i IVIG-a, te u većine loš odgovor na transfuzije trombocita, ukazuje na protutijelima-posredovano odstranjivanje trombocita u opisanih bolesnika.

Autori zaključuju da ne mogu isključiti mogućnost da Pfizerovo i Modernino cjepivo potakne *de novo* ITP, iako vrlo rijetko. Za sada nije moguće razlikovati cjepivom-potaknuti sekundarni ITP od primarnog ITP-a koji je slučajno koincidirao s cijepljenjem. Potrebno je daljnje praćenje kako bi se utvrdila prava incidencija trombocitopenije nakon cijepljenja. Autori ističu preporuku žurne kontrole vrijednosti trombocita u svakoga tko razvije abnormalna krvarenja nakon cijepljenja. Bez obzira na ova opažanja, incidencija simptomatske trombocitopenije nakon cijepljenja je značajno niža od rizika smrti i pobola od COVID-19, zaključuju autori.

(Am J Hematol. 2021;1–4.)

Konzumacija kanabisa povećana s povišenom razinom poslijeoperacijske boli

✓ PORUKA ČLANKA

Bolesnicima koji konzumiraju kanabis treba za vrijeme operacije više anestezije, a poslijeoperacijski često imaju jače izraženu bol i potrebu za opioidnom analgezijom.

Važno je kod uzimanja anamneze bolesnika koji će biti podvrgnuti operativnom zahvatu pitati konzumiraju li kanabis, ističu **Holmen** i sur. (University of Colorado Hospital, Aurora, Colorado, SAD). Istraživači su pregledali elektroničke medicinske kartone 118 bolesnika (prosječne dobi 44,5 godine) koji su operirani u bolnici Sveučilišta u Koloradu radi osteosinteze frakture potkoljenice, uključujući 30 korisnika kanabisa i 88 nekorisnika. Podaci o vremenu, učestalosti i vrsti upotrebe kanabisa nisu bili dostupni. Upotreba kanabisa nije bila značajno povezana s većom dozom indukcijskog propofola. Međutim, korisnici su zahtij

PROCJENA UČINKA PLANIRANJA TRUDNOĆE

u žena sa šećernom bolesti tipa 1 na terapiji insulinskom crpkom

PORUKA ČLANKA

Planiranje trudnoće u žena sa šećernom bolesti tipa 1 koje su na terapiji insulinskom crpkom povezano je s boljom regulacijom glikemije i smanjenim rizikom jatrogenog prijevremenog poroda.

Trudnice s tipom 1 šećerne bolesti imaju povećan rizik za komplikacije unatoč brojnim prednostima moderne tehnologije koje pomažu u nadzoru glikemije (kontinuirano monitoriranje glukoze) i primjeni insulina (insulinske crpke). Glavne su komplikacije tih trudnoća novorođenčad prevelika za gestacijsku dob, neonatalna hipoglikemija, češći prijemi u jedinice intenzivne njege, preeklampsija... Brojna istraživanja su pokazala da planiranje trudnoće u žena sa šećernom bolesti tipa 1 značajno poboljšava prekonceptijsku glikemiju i glikemiju u prvom trimestru trudnoće, što oboje značajno doprinosi smanjenim stopama pobačaja i fetalnih malformacija. Međutim, planiranje trudnoće ne ostvaruje se u većine tih bolesnica, a ishodi takvih trudnoća još uvijek su mnogo lošiji od onih bez šećerne bolesti.

U listopadu 2020. objavljeno je retrospektivno istraživanje koje je proučavalo utjecaj prekonceptijskog planiranja na ishode trudnoća u bolesnica s tipom 1 šećerne bolesti koje su liječene insulinskom crpkom.

Istraživanje je provedeno u dvije europske zemlje koje provode sličan program prekonceptijskog planiranja, i to u razdoblju između 2002. i 2018. godine. Uključene su sve žene koje su koristile insulinsku crpku prije trudnoće te rodile nakon 26. tjedna gestacije.

Cilj istraživanja bio je procijeniti učinak planiranja trudnoće na fetalne i maternalne ishode u žena sa šećernom bolesti tipa 1 koje su liječene insulinskom crpkom. Maternalni ishodi bili su razvoj gestacijske hipertenzije, preeklampsije i porođaj carskim rezom. Neonatalni ishodi bili su prijevremeni jatrogeni porođaj, novorođenče preveliko za gestacijsku dob, malformacije, neonatalna hipoglikemija i respiratorni distres.

Ukupno su prikupljeni podaci za 107 trudnoća i novorođenčadi. 79 trudnoća (73,8 %) bilo je planirano. HbA1c je bio niži u planiranim u odnosu na neplanirane trudnoće, i to prije i za vrijeme sva tri trimestra trudnoće ($P < 0,0001$). Planiranje trudnoće bilo je povezano i sa smanjenjem rizika za jatrogeni prijevremeni porođaj (RR 0,44, 95 % CI 0,23-0,95; $P = 0,01$).

Prijevremeni porođaji povezani su sa češćim prijemima novorođenčeta u jedinice intenzivne njege. Povišen HbA1c prije i za vrijeme trudnoće bio je povezan s rizikom za jatrogeni prijevremeni porođaj, kao i s komplikacijama koje donosi (RR 3,05, 95 % CI 1,78-5,22, $P < 0,0001$). Nije bilo razlike u učestalosti gestacijske hipertenzije, preeklampsije, carskog reza i ostalih neonatalnih komplikacija između skupina planirane i neplanirane trudnoće. Nije bilo razlike u porođajnoj masi novorođenčeta između dviju skupina trudnica.

Zaključno, planiranje trudnoće u žena sa šećernom bolesti tipa 1 koje su na terapiji insulinskom crpkom bilo je povezano s boljom regulacijom glikemije i smanjenim rizikom jatrogenoga prijevremenog porođaja.

Prekonceptijsko planiranje od iznimne je važnosti za ovu skupinu trudnica s obzirom na sve rizike koje donosi trudnoća sa šećernom bolesti tipa 1.

(Acta Diabetol. 2020 Oct 24. doi: 10.1007/s00592-020-01620-7.)

 GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

jevali više sevoflurana tijekom operacije (prosječno 37,4 ml prema 25 ml; $P = 0,023$). Ovo je prvo istraživanje koje je pokazalo da je za opću anesteziju tijekom faze održavanja anestezije potrebno više inhalacijskog anestezika sevoflurana. Korisnici kanabisa imali su i znatno veće rezultate na skali boli tijekom oporavka (prosječno 5,8 prema 4,8; $P = 0,009$) i primali su 58 % više opioda dnevno tijekom hospitalizacije (prosječno 155,9 prema 98,6 ekvivalenta morfija miligrama dnevno; $P = 0,002$). Važno je napomenuti da je istraživanja retrospektivno, s niskom razinom kvalitete. Rizici pušenja duhana, e-cigareta i marihuane prije operacije također su bili tema tribine tijekom godišnjeg virtualnog sastanka Američkog koledža kirurga na kojem su predstavljeni rezultati ovog istraživanja. Pušenje je i dalje jedan od najvećih javnozdravstvenih problema u Sjedinjenim

Američkim Državama. Podaci upućuju da bi svi bolesnici trebali prestati pušiti minimalno 3 tjedna prije elektivnih operacija, rekao je moderator panela dr. Jonah Stulberg (Northwestern Memorial Hospital, Chicago, Illinois, SAD). Primijetio je da se rizik od upale pluća gotovo udvostručuje u bolesnika koji se podvrgavaju operaciji dok aktivno puše, a rizik od srčanog udara povećan je za gotovo 70 %.

(J Clin Anesth. 2020 Dec;67:109980)

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

PRILAGOĐENE DOZE ENOKSAPARINA

bolje su u prevenciji venske tromboembolije nakon onkološke abdominalne kirurgije

▼ PORUKA ČLANKA

Prilagođavanje doza enoksaparina na temelju razina anti-Xa, umjesto korištenja standardnih doza, može bolje spriječiti vensku tromboemboliju bez pogoršanja krvarenja u bolesnika podvrgnutih velikom kirurškom onkološkom zahvatu.

Autore je iznenadilo da je većina bolesnika podvrgnutih operaciji karcinoma imala neprikladne doze enoksaparina za profilaksu duboke venske tromboze (DVT) prema postojećim smjernicama, navode **Munene** i sur. (Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan, SAD). Bolesnici s rakom već imaju povećan rizik od venske tromboembolije (VTE), a operacija karcinoma dodatno povećava taj rizik. Nastanak VTE nakon velike operacije karcinoma povezan je s peterostrukim povećanjem rizika smrti. Enoksaparin, heparin niske molekulske težine, široko se koristi za prevenciju VTE nakon operacije karcinoma. Autori

su istraživali djelotvornost i sigurnost doze enoksaparina prilagođenog prema razinama anti-Xa u 64 bolesnika koji su podvrgnuti operaciji intraabdominalnog karcinoma nasuprot preporučenim dozama trombopofilakse (nefrakcionirani heparin 5000 U tri puta dnevno ili enoksaparin 40 mg jednom dnevno) s kontrolnom skupinom od 133 slična bolesnika. Bolesnici u interventnoj skupini imali su početne doze enoksaparina od 40 mg jednom dnevno. Ako je njihova početna razina anti-Xa bila manja od 0,2 IU / ml, doza se povećala na 30 mg dva puta dnevno, a sljedeće doze povećavale su se za 10 mg po dozi dok serumska razina anti-Xa nije bila između 0,2 i 0,4 IU / ml, ili je dosegnuta maksimalna doza enoksaparina 60 mg dva puta dnevno ili je bolesnik otpušten iz bolnice. Nijedan od bolesnika u interventnoj skupini nije razvio VTE, dok je 11 bolesnika (8 %, $P = 0,018$) u kontrolnoj skupini razvilo VTE, uključujući šest bolesnika (11 %) koji su primali enoksaparin i pet (7 %) koji su primali heparin. Skupine se nisu značajno razlikovale u velikim krvarenjima, poslijeoperacijskim potrebama za transfuzijom ili srednjim razinama hemo-

globina tijekom otpusta. U intervencijskoj skupini, samo 14 od 64 bolesnika (22 %) postiglo je početnu profilaktičku razinu anti-Xa od najmanje 0,2 IU / ml. Ukupno je 23 bolesnika zahtijevalo jednu prilagodbu u doziranju enoksaparina, a 12 bolesnika dvije prilagodbe u doziranju enoksaparina. Sedam bolesnika ostalo je na subprofilaktičkoj dozi nakon dvije prilagodbe, ali nisu ostali dovoljno dugo hospitalizirani da bi se izradila četvrta razina anti-Xa. Bolesnici s dozama koje su u početku bile subprofilaktičke bili su znatno mlađi, imali su veći indeks tjelesne mase i dulje operativno vrijeme od bolesnika s početno profilaktičkim dozama enoksaparina. Aktualne smjernice za trombopofilaksu u kirurgiji karcinoma, traume i drugih rizičnih operacija možda će trebati revidirati kako bi se koristile razine anti-Xa u određivanju točne doze enoksaparina, navode autori. Morala bi se provesti dodatna randomizirana ispitivanja kako bi se dokumentirala i potvrdila učinkovitost i sigurnost ovog pristupa u bolesnika s karcinomom i drugih kirurških bolesnika. Dr. Taishi Hata iz bolnice Kansai Rosai iz Amagasakija u Japanu i njegovi kolege nedavno su izvijestili da

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Bobić-Rasonja M, Pogledić I, Mitter C, Štajduhar A, Milković-Periša M, Trnski S, Bettelheim D, Hainfellner JA, Judaš M, Prayer D, Jovanov-Milošević N. Developmental differences between the limbic and neocortical telencephalic wall: An intrasubject slice-matched 3 T MRI-histological correlative study in humans. **Cereb Cortex**. 2021 Mar 11:bhab030. doi: 10.1093/cercor/bhab030.

Borovac JA. Neurohormones and death in systolic heart failure: keep your friends close, but your enemies closer. **Heart**. 2021 Mar 18:heartjnl-2021-319153. doi: 10.1136/heartjnl-2021-319153.

Canecki Varzic S, Steiner K, Gradinjan Centner M, Grgurevic M, Cigrovski Berkovic M, Klobucar Majanovic S, Radman M, Milicevic T, Rahelic D, Bilic Curcic I. Assessment of freestyle

libre flash glucose monitoring system implementation in real life clinical setting: a prospective observational study. **Diagnostics (Basel)**. 2021 Feb 13;11(2):305. doi: 10.3390/diagnostics11020305.

Čulić V, Alturki A, Proietti R. Public health impact of daily life triggers of sudden cardiac death: a systematic review and comparative risk assessment.

Resuscitation. 2021 Mar 1:S0300-9572(21)00094-0. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.036.

Gvozdanović Z, Farčić N, Šimić H, Buljanović V, Gvozdanović L, Katalinić S, Pačarić S, Gvozdanović D, Dujmić Ž, Miškić B, Barać I, Prlić N. The impact of education, COVID-19 and risk factors on the quality of life in patients with type 2 diabetes. **Int J Environ Res Public**

antikoagulantna profilaksa enoksaparinom ili fondaparinuksom nije značajno smanjila učestalost VTE nakon laparoskopske operacije raka debelog crijeva. Bolesnici s karcinomom imaju visok rizik VTE i možda će im trebati više doza enoksaparina nego bolesnicima bez raka. Preporučena doza enoksaparina prema smjernicama može biti preniska za bolesnike s karcino-

mom, objašnjava dr. Hata, koji nije bio uključen u ovu studiju. (J Am Coll Surg. 2020;230:314-321.)

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

DJELOTVORNOST SEKUKINUMABA U BOLESNIKA SA PSORIJATIČNIM ARTRITISOM I AKSIJALNIM MANIFESTACIJAMA

PORUKA ČLANKA

MAXIMISE je prvo randomizirano kliničko istraživanje specifično dizajnirano za ispitivanje djelotvornosti biološkog lijeka u liječenju aksijalne manifestacije psorijatičnog artritisa (PsA) te nam pruža dokaze djelotvornosti inhibicije interleukina (IL) 17A u aksijalnom PsA.

Psorijatični artritis (PsA) pripada skupini bolesti pod nazivom spondiloartritisi (SpA) te je tipični predstavnik perifernog SpA. Osim perifernog artritisa, ostala obilježja PsA uključuju psorijazu kože i noktiju, daktilitis, entezitis te spondilitis. **Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)** i **Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA)** u procesu su definiranja klasifikacijskih kriterija psorijatičnog spondilitisa. Učinkovitost

biološke terapije u psorijatičnom spondilitisu je dokazana u opservacijskim istraživanjima, međutim nedostajali su dokazi djelotvornosti iz randomiziranih kliničkih istraživanja. Cilj istraživanja MAXIMISE (Managing AXial Manifestations in psoriatic arthritis with SEcukinumab) je bila procjena djelotvornosti sekukinumaba, biološkog lijeka koji inhibira IL-17A, u liječenju aksijalne manifestacije u sklopu PsA.

Odrasli bolesnici s dijagnozom PsA koji su ispunjavali **CLASSification criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)** kriterije, aksijalnom boli $\geq 40/100$ prema vizualnoj analognoj skali i **Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)** vrijednosti ≥ 4 unatoč najmanje dva nesteroidna antireumatika ukupnog trajanja liječenja od barem četiri tjedna, uključeni su u istraživanje. Bolesnici su randomizirani na primanje sekukinumaba 300 mg, sekukinumaba 150 mg ili placeba (1:1:1) jednom tjedno tijekom 4 tjedana, a potom svaka 4 tjedna. Bolesnici na placebo su re-randomizirani na primanje sekukinumaba 150 mg / 300 mg u 12. tjednu. Primarni cilj istraživanja bilo je postizanje odgovora

ASAS20 (**Assessment of SpondyloArthritis international Society**) uz sekukinumab 300 mg u 12. tjednu.

U istraživanje su uključena 498 ispitanika. Sekukinumab 300 mg i 150 mg su značajno poboljšali odgovor ASAS20 u usporedbi s placebom u 12. tjednu (63 % i 66 % vs 31 % uz placebo). Omjer izgleda (engl. **odds ratio**, OR) (95 % interval pouzdanosti) sekukinumaba 300 mg i 150 mg u usporedbi s placebom, prema modelu logističke regresije nakon višestruke imputacije iznosi je 3,8 (2,4 – 6,1) i 4,4 (2,7 – 7,0; $P < 0,0001$).

Sekukinumab 300 mg i 150 mg su postigli značajna poboljšanja znakova i simptoma aksijalne bolesti u usporedbi s placebom u bolesnika sa PsA i aksijalnim manifestacijama nakon neodgovarajućeg odgovora na najmanje dva nesteroidna antireumatika.

(Ann Rheum Dis. 2020 Dec 17;annrheumdis-2020-218808.)

 **Doc. dr. sc. MISLAV RADIĆ, dr. med.**
specijalist internist, subspecijalist reumatolog

Health. 2021 Feb 27;18(5):2332. doi: 10.3390/ijerph18052332.

Jukic I, Mihaljevic Z, Matic A, Mihalj M, Kozina N, Selthofer-Relatic K, Mihaljevic D, Koller A, Tartaro Bujak I, Drenjancevic I. Angiotensin II type I receptor is involved in flow-induced vasomotor responses of isolated middle cerebral arteries. Role of oxidative stress. **Am J Physiol Heart Circ Physiol.** 2021 Mar 5. doi: 10.1152/ajpheart.00620.2020.

Konjevod M, Nedic Erjavec G, Nikolac Perkovic M, Sáiz J, Tudor L, Uzun S, Kozumplik O, Svob Strac D, Zarkovic N, Pivac N. Metabolomics in posttraumatic stress disorder: Untargeted metabolomic analysis of plasma samples from Croatian war veterans. **Free Radic Biol Med.**

2021 Jan;162:636-641. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2020.11.024. Epub 2020 Nov 27.

Kveštak D, Juranić Lisnić V, Lisnić B, Tomac J, Golemac M, Brzić I, Indenbirken D, Cokarić Brdovčak M, Bernardini G, Krstanović F, Rožmanić C, Grundhoff A, Krmpotić A, Britt WJ, Jonjić S. NK/ILC1 cells mediate neuroinflammation and brain pathology following congenital CMV infection. **J Exp Med.** 2021 May 3;218(5):e20201503. doi: 10.1084/jem.20201503.

Majnarić LT, Babić F, O'Sullivan S, Holzinger A. AI and Big Data in healthcare: Towards a more comprehensive research framework for multimorbidity. **J Clin Med.** 2021 Feb

14;10(4):766. doi: 10.3390/jcm10040766.

Martinovic D, Tokic D, Vilovic M, Rusic D, Bukic J, Bozic J. Sport dietary supplements and physical activity in biomedical students. **Int J Environ Res Public Health.** 2021 Feb 19;18(4):2046. doi: 10.3390/ijerph18042046.

Mizdrak M, Tičinović Kurir T, Božić J. The role of biomarkers in adrenocortical carcinoma: A review of current evidence and future perspectives. **Biomedicines.** 2021 Feb 10;9(2):174. doi: 10.3390/biomedicines9020174.

Pešić M, Kličan-Jaić K, Vučić M, Kuna K, Košec A, Čipak Gašparović A. Oxidative Stress Reduction by Midazolam Premedication during Oocyte Retrieval Procedure: Pilot Study. **J Clin Med.**

2021 Feb 19;10(4):855. doi: 10.3390/jcm10040855.

Simić Majce A, Arapović A, Saraga-Babić M, Vukojević K, Benzon B, Punda A, Saraga M. Intrarenal reflux in the light of contrast-enhanced voiding urosonography. **Front Pediatr.** 2021 Mar 2;9:642077. doi: 10.3389/fped.2021.642077. eCollection 2021.

Vilovic T, Bozic J, Vilovic M, Rusic D, Zuzic Furlan S, Rada M, Tomicic M. Family Physicians' standpoint and mental health assessment in the light of COVID-19 pandemic-A nationwide survey study. **Int J Environ Res Public Health.** 2021 Feb 21;18(4):2093. doi: 10.3390/ijerph18042093.

Dulce cum utili!

Jezične i stilske osobine znanstvenoga funkcionalnog stila hrvatskoga jezika

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



Znanstvenim smo stilom počeli ovladavati u vrijeme studija čitajući brojne znanstvene tekstove i učeći iz njih, zatim smo to isto nastavili u cjeloživotnom učenju, a dio nas nastavio se služiti znanstvenim stilom aktivno sudjelujući u prenošenju najnovijih znanstvenih spoznaja u znanstvenim tekstovima i izlaganjima. Prema tome, obilježja znanstvenoga stila dobro su poznata i onima koji prenose i onima koji primaju znanstvene spoznaje. No ima li u znanstvenim tekstovima odstupanja od pravila znanstvenoga stila i, ako ih ima, koja su to najčešća odstupanja? Na to ćemo pitanje pokušati odgovoriti u ovom članku.

Dakle, u ovom ćemo broju *Liječničkih novina* govoriti o obilježjima znanstvenoga stila s kojima se susrećemo u znanstvenim tekstovima – izvornim i preglednim znanstvenim člancima, prethodnim priopćenjima, monografijama, projektima, znanstvenim izlaganjima. O njima ćemo govoriti tako što ćemo na primjerima iz znanstvenih tekstova prikazati najčešća odstupanja od znanstvenoga stila i hrvatskoga standardnog jezika i objasniti pravilnu uporabu jezičnih elemenata u znanstvenome stilu na različitim jezičnim razinama.

Višefunkcionalnost hrvatskoga standardnog jezika

Nerijetko smo u rubrici napominjali kako je standardni jezik opće sredstvo sporazumijevanja i da kao takav mora zadovoljiti različite komunikacijske potrebe zajednice kojoj služi. Govorili smo i o tome kako je zato njegova funkcija višestruka, odnosno da je vezana uz različita područja našega djelovanja u zajednici. Zbog toga je standardni jezik kao cjelina apstraktan jer on zapravo postoji tek preko svojih funkcionalnih stilova. Zato standardni jezik nećemo rabiti na isti način u svim komunikacijskim situacijama u kojima se zahtijeva njegova uporaba, nego će njegov oblik ovisiti

o prilikama u kojima ga rabimo, o mjestima na kojima se komunikacija ostvaruje i o ljudima s kojima komuniciramo. Zato ćemo se u jednoj situaciji poslužiti jednim, a u drugoj drugim funkcionalnim stilom. Dakle, svaki je suvremeni, uređeni, normirani jezik višefunkcionalan, pa tako i hrvatski jezik.

Kako on mora biti i jezikom književnosti, i jezikom svakodnevne komunikacije, i jezikom medija, i jezikom ureda, diplomacije, politike, i jezikom znanosti itd., obično ta područja dijelimo na pet osnovnih funkcionalnih stilova (prema zasadama Praške lingvističke škole s početka prošloga stoljeća): književno-umjetnički, razgovorni, publicistički, administrativni i znanstveni stil. U lingvističkoj je literaturi takva podjela najčešća iako je nepotpuna budući da je njome obuhvaćeno samo pet osnovnih funkcija standardnoga jezika koje ne pokrivaju suvremenu komunikaciju obilježenu multimedijalnošću i hipertekstualnošću koje su od posebnoga interesa u suvremenoj funkcionalnoj stilistici iako tek u njoj, premda sramežljivo, zauzimaju svoje pravo mjesto.

Obilježja znanstvenoga stila

S obzirom na znanstveno područje i primatelja teksta znanstveni se funkcionalni stil može ponajprije podijeliti na *strogo znanstveni* i *znanstvenopopularni*, a može se razlučiti i njegov *pedagoški* podstil. Strogo znanstvenim podstilom pišu se znanstveni radovi, znanstveni referati, predavanja i sl., a znanstvenopopularnim podstilom tekstovi namijenjeni populariziranju znanstvenih postignuća, odnosno u njemu se strogi znanstveni stil približava ljudima koji se ne bave znanošću. Tako njegove osobine nalazimo u udžbenicima, priručnicima, znanstvenopopularnim televizijskim i radijskim emisijama te se zato za njega može reći da u sebi sadrži i obilježja pedagoškoga podstila.

Najlakše uočavamo obilježja znanstvenoga stila poput uporabe 1. lica množine (tzv. *autorsko mi* ili *mi skromnosti*), npr. *U ovome radu istražili smo određene aspekte...*, *Testirajući značajnost razlike u mjerenim varijablama, zaključujemo da...*, kao i 3. lica jednine u bezličnim ili 3. lica množine u pasivnim konstrukcijama, npr. *Predlaže se upotrijebiti postupke koji bi mogli pridonijeti razvoju...*, *Upotrijebljeni su sljedeći pristupi...*, *Rezultati istraživanja upućuju...*, *Smatra se da su...*, *Kako bi se utvrdilo postoji li povezanost...*

Za znanstveni stil lako možemo ustvrditi kako je obilježen apstraktnim, stručnim i stranim riječima, složenim rečenicama, težnjom za preciznošću, nedvosmislenošću, nesubjektivnošću. U svakom slučaju možemo reći da sve što na bilo koji način ugrožava jednoznačnu i djelotvornu znanstvenu komunikaciju, u znanstvenome stilu nije prihvatljivo. U njemu znanstvenik primatelja uvjerava u ispravnost iznesenih tvrdnji podacima, definicijama, bilješkama, navodima iz drugih radova i istraživanja, grafikonima, tablicama i sl. Sve spomenuto autor u svoj pisani rad uklapa prema pravilima o pisanju i objavljivanju stručnih i znanstvenih radova kako ne bi došlo do nesvjesnoga plagiranja znanstvenih rezultata.

Ne treba posebno napominjati kako upravo u znanstvenome stilu osobitu pažnju treba posvetiti jezičnoj pravilnosti i usklađenosti teksta s normom hrvatskoga standardnog jezika.

Primjeri odstupanja od znanstvenoga stila u znanstvenim tekstovima

U znanstvenim tekstovima ponekad možemo uočiti jezične i stilske pogreške koje se često ponavljaju iz teksta u tekst. Zato mislim da je dobro upozoriti bar na one najčešće.

NEPRAVILNO	PRAVILNO	OBJAŠNJENJE
Iz Tablice 3 je vidljivo da se majke i očevi ne razlikuju u doživljaju roditeljstva budući da...	Iz Tablice 3 vidljivo je da se majke i očevi ne razlikuju u doživljaju roditeljstva budući da...	Zanaglasnice ili enklitike su riječi koje nemaju vlastiti naglasak, nego se naslanjaju na riječ ispred sebe i s njom čine naglasnu cjelinu.
U svakom aspektu je bitna...	U svakom je aspektu bitna...	Prema tome zamjenične enklitike (<i>me, te, se...</i>), glagolske (<i>je, su, će, bih...</i>) i čestica <i>li</i> stoje na drugome mjestu u rečenici uz subjekt uz koji ne stoji atribut ili apozicija (<i>Tablica je napravljena...</i>), a ako uz subjekt stoji atribut ili apozicija, zanaglasnica može stajati iza dijela predikata koji nosi značenje: <i>Iz Tablice 3 vidljivo je...</i> ili na drugome mjestu u rečenici, odnosno iza prve naglašene riječi u rečenici s kojom čini naglasnu cjelinu: <i>U svakom je aspektu bitna...</i>
Sukladno očekivanju, gledanje televizije prevladava u slobodnom vremenu...	U skladu s očekivanjem gledanje televizije prevladava u slobodnom vremenu...	Izraz <i>u skladu s/sa</i> dolazi uz instrumental (<i>u skladu s činjenicama</i>). Na početku izraza uvijek se javlja prijedlog 'u', a iza imenice 'sklad' dolazi prijedlog 's/sa' i zatim imenica, zamjenica ili pridjev. Kada rečenica počinje takvim prijedložnim izrazom, iza prijedložnoga se izraza ne piše zarez.
Potresi magnitude 6.2 stupnjeva izrazito su snažni i oslobađaju energiju...	Potresi magnitude 6,2 stupnja izrazito su snažni i oslobađaju energiju...	Između cijeloga broja i desetinke broja u hrvatskome se jeziku piše decimalni zarez, a ne točka kao u engleskome jeziku. Decimalni se broj pravilno čita u odnosu na prvi broj u njemu 'cijelo, cijela, cijelih', npr. 1,2 (<i>jedno cijelo dva</i> , a ne <i>jedno cijela dva...</i>), 2,3 (<i>dva cijela tri</i> , a ne <i>dva cijelo tri...</i>), 3,2 (<i>tri cijela dva</i> , a ne <i>tri cijelo dva</i>), 4,2 (<i>četiri cijela dva</i> , a ne <i>četiri cijelo dva</i>), 5,4 (<i>pet cijelih četiri</i> , a ne <i>pet cijela četiri...</i>).
Gotovo 84 % ispitanika su izjavili da...	Gotovo 84 % ispitanika je izjavilo da...	Isto tako, prilikom izgovaranja treba voditi računa o sročnosti između posljednjega broja u decimalnome broju i riječi koja dolazi iza toga broja i pritom imati na umu da se u hrvatskome standardnom jeziku sklanjaju svi redni brojevi, a od glavnih brojeva brojevi <i>jedan, dva, tri i četiri, stotina, tisuća, milijun i milijarda</i> . Zato se sklanjaju i svi složeni brojevi koji kao zadnji broj u nizu imaju brojeve od jedan do četiri.
Hrvatska umjetnost 50-tih godina između istočne i zapadne Europe...	Hrvatska umjetnost 50-ih godina između istočne i zapadne Europe...	Tvorenice koje označuju približnu količinu i u kojima je prva sastavnica broj, pišu se sa spojnicom: <i>200-tinjak, 10-ak, 80-ih godina</i> . Nastavak sadrži samo one glasove koji nisu sadržani u broju kada ga izgovorimo, dakle, nepravilno je napisati <i>10-tak, 80-tih</i> .
Tek 1990-ih godina prošloga stoljeća razvijaju se metodologije specifične za...	Tek 90-ih godina prošloga stoljeća razvijaju se metodologije specifične za...	Zapis poput <i>1990-ih</i> nije dobar u standardnome jeziku zato što se okvirna razdoblja koja se odnose na desetljeća treba zapisivati prema modelu <i>90-ih/devedesetih godina 20. stoljeća</i> .
Tako su prvi puta u povijesti razdvojeni pojmovi...	Tako su prvi put u povijesti razdvojeni pojmovi...	Razlikujemo je li u svezi s česticom <i>put</i> glavni ili redni broj. Tako onda svezu glavnoga broja i čestice <i>puta</i> pišemo ovako: <i>dva puta, tri puta, osam puta, dvanaest puta, šezdeset sedam puta, tisuću puta</i> , a svezu rednoga broja i čestice <i>put</i> ovako: <i>prvi put, deveti put, sedamnaesti put, stočetrdeseti put, petsto dvadeset osmi put</i> .
Tako su po prvi puta u povijesti razdvojeni pojmovi...		Izraz <i>po prvi put</i> nije nepravilan. Prijedlog <i>po</i> upućuje na radnju koja se ponavlja (pospremati, poskakivati i dr.) i zato ga nije dobro upotrebljavati za radnju koja se ne ponavlja, već se izvodi prvi put.
Treći val raspravlja oko razlika između...	Treći val raspravlja o razlikama između...	Pogrešno je upotrebljavati konstrukciju <i>oko</i> + imenicu u genitivu u značenju lokativa. Prijedlog <i>oko</i> 1. označuje da se <i>tko</i> ili <i>što</i> nalazi ili kreće tako da je što u središtu kretanja [trčati ~ kuće; okupiti se ~ vatre]; 2. označuje da se što zbiva približno u koje vrijeme, približno kad i što drugo [doći ~ 10 sati; otputovati ~ Nove godine] 3. označuje da je što uzrok kakve radnje, najčešće negativne [posvadati se ~ imanja].
Katy Perry i Charlize Theron odbacuju dijelove nakita i odjeće koje simboliziraju prošlost.	Katy Perry i Charlize Theron odbacuju dijelove nakita i odjeće koji simboliziraju prošlost.	Sročnost između zamjenice <i>koji</i> i riječi na koje upućuje. U primjeru se nalaze dva objekta na koja upućuje zamjenica <i>koji</i> : <i>nakita</i> (G jd. m. r.) i <i>odjeće</i> (G jd. ž. r.). Budući da je riječ o različitim rodovima, zamjenica mora biti u muškom rodu.
Pri analizi njegovoga ponašanja...	Pri analizi njegova ponašanja...	Pridjevi na -ov, -ev, -in sklanjaju se kao neodređeni oblici pridjeva: <i>Cronbachov, Cronbachova, Cronbachovu... ili bratov, bratova, bratovu..., njegov, njegova, njegovu..., njihov, njihova, njihovu...</i>
Zbog njihovoga društvenog utjecaja...	Zbog njihova društvenog utjecaja...	
Kritizirana je primjena Cronbachovog α koeficijenta...	Kritizirana je primjena Cronbachova α koeficijenta...	
...što je uloga koja je kroz povijest pripadala...	...što je uloga koja je tijekom povijesti pripadala...	Prijedlog <i>kroz</i> ne treba upotrebljavati u izražavanju sredstva ili načina. Najbolje je izraz s prijedlogom <i>kroz</i> u tome slučaju zamijeniti instrumentalom upotrijebljene imenice, a ako to nije moguće, bolje je upotrijebiti prijedlog <i>putem</i> nego prijedlog <i>kroz</i> . U vremenskome značenju bolje je upotrijebiti prijedlog <i>tijekom</i> .
Kroz rad se propitkuje pitanje moći i načina na koji se...	U radu se propitkuje pitanje moći i načina na koji se...	
Istraživanja su se provodila kroz svibanj i lipanj...	Istraživanja su se provodila tijekom svibnja i lipnja...	
...engleske riječi bypass i pace maker zamijene hrvatskim...	...engleske riječi bypass i pace maker zamijene hrvatskim...	Strane se riječi, koje se navode u svom izvornom obliku, u hrvatskome jeziku pišu u kurzivu.
Najčitaniji su svakako članci u kojima su glavna tema djeca.	Najčitaniji su svakako članci u kojima su glavna tema djeca. O tome govore...	Tvrđnje za koje nemamo dokaze jer nisu potkrijepljene rezultatima istraživanja.
...stručne zahtjeve koji se pred njih postavljaju ¹ .	...stručne zahtjeve koji se pred njih postavljaju. ¹	Znak za fusnotu uvijek dolazi iza pravopisnoga znaka i između njih se ne ostavlja bjelina.
Iako je izvješćivanje o djeci neizbježno, često se krše njihova prava, pretjerano ih se povlači po medijima		Tvrđnje za koje nemamo dokaze i neprikladan stil – ne može se reći da se nešto pretjerano događa jer je to naš osobni stav, nemamo istraživanja. Riječ 'povlači' nikako se ne bi mogla upotrijebiti u znanstvenom funkcionalnom stilu. Može se jednostavno reći da se primjećuje velik broj objava vezanih uz djecu i sl.

U ovom su članku prikazana samo neka, ona najčešća, jezična i stilski odstupanja pronađena u znanstvenome funkcionalnom stilu. Zbog ograničenosti prostorom članka nismo u primjerima prikazali i česta odstupanja vezana uz nepovezanost dijelova teksta, nedosljedno navođenje podataka, višak ili manjak informacija, nenavođenje izvora, ali svakako i na njih valja upozoriti.

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

PROVJERITE ZNANJE:

1. U kojoj rečenici zarez nije na pravilnome mjestu?

A
B
C
D

Zahvaljujući njemu, proces je znanstveno opisan.
Koristeći se dobivenim podacima, znanstvenici mogu proučavati ljudske odnose.
Uočili su određene zakonitosti, istražujući društvene pojave.
Gledajući vrh, činilo mu se da će ubrzo stići.

2. U kojim se rečenicama javlja pogreška?

A
B
C
D

Dobit iznosi 15,34 kuna po dionici.
Sklopljen je posao u iznosu od 26,5 milijuna kuna.
U Australiji su ugroženi svi od 231 domorodačka jezika.
U najmanjoj općini u Hrvatskoj živi samo 429 stanovnika.

3. Brojeve u zagradama stavite u odgovarajući padež.

A
B
C
D

Potvrda originalnosti jest i ponovno osvajanje (2) _____ zlatnih medalja.
Posjet će pridonijeti razvoju dobrih odnosa (3) _____ država.
Utvrđeno je da se radi o (2) _____ vrstama dupina.
Školjka se sastoji od (2) _____ ljuštura koje nisu uvijek simetrične.

Točni odgovori: 1. C; 2. A i C; 3. dviju, triju, dvjema, dviju.

PRIVATNA ORL ORDINACIJA

Prodaje se privatna ORL ordinacija na odličnoj lokaciji u centru Zagreba, Zelinska ul. 5/II (Martinovka - Trnje), površine 65 m² zbog odlaska u mirovinu.

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

Dolazi u obzir i prodaja samo medicinske opreme.

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

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

A U S T R I J A N A C

dr. Wichard Kryspin-Exner

(1893. – 1956.)

Od zagrebačkog Stenjevca do optuženičke klupe u Beču

 Dr. IVICA VUČAK

Ne jednom sam čuo prisporodbu o hrvatskom društvu kao svojevrsnom “melting potu” poput Sjedinjenih Američkih Država, samo u manjoj dimenziji. I naša je povijest puna primjera ljudi koji su, poput biskupa Duha u 11. stoljeću te Stanka Vraza, Bogoslava Šuleka, Vinka Dvořaka i Gustava Janačka došli iz drugih zemalja, a zatim se srodili s ljudima koje su tu zatekli, te su ne samo ostali nego ovdje razvili svoju djelatnost i ostavili značajnoga traga. I u liječničkoj profesiji bilo je puno takvih primjera. Poznati su doprinosi medicini i zdravstvu hrvatskih krajeva liječnika kao što su bili Guglielmo da Varignana (1270. – 1339.), Amatus Lusitanus (1511. – 1568.) i Gerhard van Swieten (1700. – 1772.). U novije doba bilo ih je mnogo više. Nisu to bili samo profesori na medicinskom fakultetu u Zagrebu (Mihail Lapinski, Sergej Saltykow, Ernst Mayerhofer, Boris Zarnik, Emil Prašek, Fran Smetanka i Franjo Kogoj), nego i liječnici poput Matěja Bencúra, Oskara Hovorke, Fritza R. Schaudina, Otta Lenza, Henrika Šoulavyja, Zdenke Čermakove, Vojtjeha Bride i brojni drugi, rođeni i educirani drugdje, te došli u Hrvatsku, ostali različito dugo (neki do kraja života) i doprinijeli boljem zdravlju naroda, razvitku zdravstva i medicine.

Takav je bio i dr. Wichard Kryspin-Exner, koji je u Zagrebu radio od 1921. do 1928.

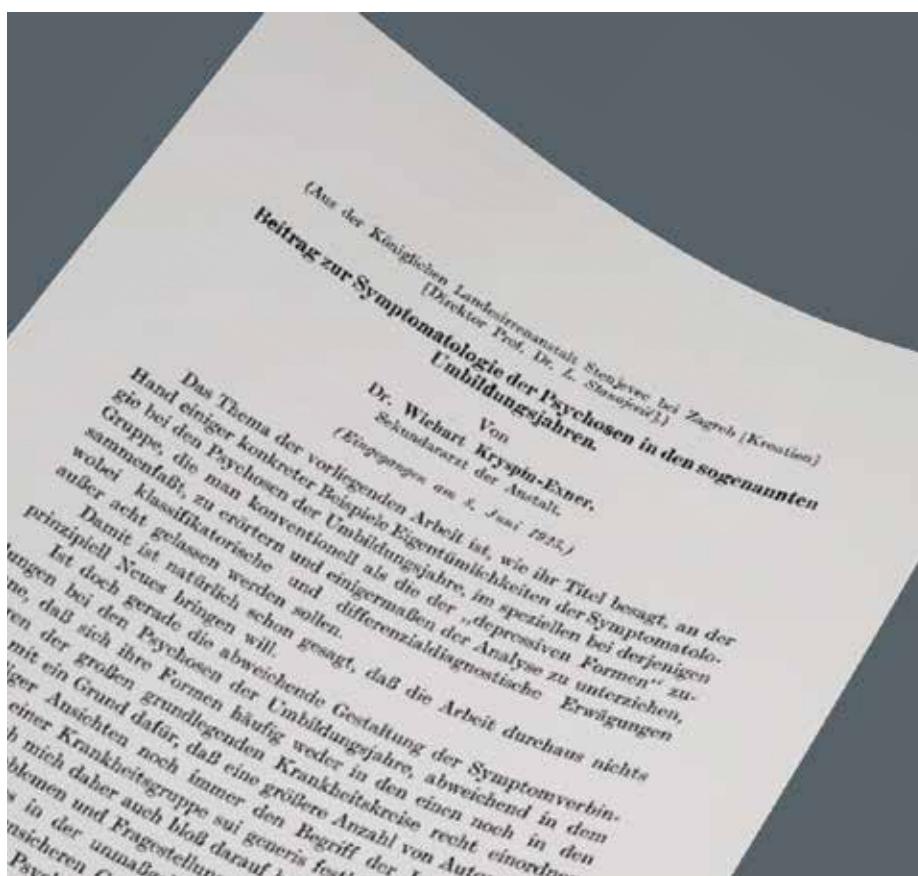
godine. Rođen je 29. siječnja 1893. u Innsbrucku u obitelji šumarskog namještenika. Završio je gimnaziju u Bečkom Novom Mjestu i položio ispit zrelosti 1912. godine. Studij medicine započeo je u Beču, no s izbijanjem rata bio je unovačen i morao prekinuti studij. Za iskazanu požrtvovnost na fronti odlikovan je kao pričuvni sanitetski zastavnik Kryspin-Exner 1916. godine Zlatnim križem za zasluge. Po završetku rata nastavio je studij u Beču. Rezultati anatomskih istraživanja živčanog sustava sisavaca omogućili su mu 1920. godine, tada još studentu, objavu članka u časopisu “Radovi Instituta za neurologiju Sveučilišta u Beču” kojem je urednik bio prof. Heinrich Obersteiner (1847. – 1922.). Nakon uspješno položenih strogih ispita

promoviran je u Beču 6. prosinca 1920. Nedugo zatim, 25. siječnja 1921. oženio se s kolegicom Olgom Legiša (1893. – 1969.) rođenom u Puli, koja je diplomirala u Beču 17. prosinca 1920. Nakon vjenčanja došli su zajedno u Hrvatsku.

U Zagrebu

Od 11. veljače 1921. bili su pomoćni liječnici u Državnom zavodu za živčane i duševne bolesti u Stenjevcu, tada pokraj Zagreba. Zavod je, od 20. rujna 1919., vodio dr. Lazar Stanojević (1861. – 1951.), zamijenivši na tome mjestu dr. Ivu Žirovčića (1855. – 1938.), koji je bio na čelu Zavoda od 1894. do 1896. te 1901. do 1919. (Liječničke novine 134:70-6, studeni 2014.). Promoviran u Budimpešti 1909., Stanojević je bio liječnik u austro-ugar





skom sanitetu u Innsbrucku i Beču, a dio specijalizacije neuropsihijatrije proveo je na klinici prof. Juliusa Wagner-Jauregga, budućeg nobelovca. Kraj prvog svjetskog rata dočekaio je Stanojević na mjestu šefa vojne bolnice u Budimpešti. Po raspadu Austrougarske primljen je, početkom 1919., u vojsku novonastale države u statusu sanitetskog kapetana prve klase i postavljen za voditelja Neuropsihijatrijskog odjela vojne bolnice u Zagrebu. U proljeće 1919. pristupio je Zboru liječnika i njegovoj Pripomoćnoj blagajni. Redovito je sudjelovao na sastancima Zbora i referirao o svojim pacijentima. Bio je sklon traženju histološke podloge neuropsihičkih poremećaja.

U veljači 1922. javljeno je o pristupu dr. Wilharda Kryspin-Exnera, aspi-ranta Zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu, Zboru liječnika te o njegovoj uplati 330 kruna upisnine i članarine. Njegova supruga, članica Zbora također

od veljače, svoju je obvezu Zboru uplatila u travnju 1922.

Već 1923., zajednički s dr. Stanojevićem, dr. Kryspin-Exner je u "Liječničkom vjesniku" objavio članak "Psihijatrička mnijenja. Slučaj patološkog napitog stanja". U berlinskom "Arhivu za psihijatriju i živčane bolesti" (počeo izlaziti 1868. godine) primljen je 8. lipnja 1923. Kryspin-Exnerov rukopis "Prilog simptomatologiji psihoza u tzv. godinama tjelesnog preustrojstva" i objavljen iste godine.

Početkom 1924. preselio se dr. Stanojević iz Vrapča u Beograd (imenovan je 9. svibnja 1922. izvanrednim profesorom neurologije i psihijatrije na Medicinskom fakultetu sveučilišta te 10. listopada 1923. ravnateljem Klinike za duševne i živčane bolesti). Kryspin-Exner nastao je objavljivati rezultate svoga rada. U 1924. su to bili članci "Über Verlaufsformen von Psychosen des höheren Lebensalters" i "Prilog promjeni tjelesne

težine kod psihotičnih oboljenja". Tekst svoga predavanja "Paranoidna slika kod progresivne paralize" održanog na sastanku neurološko-psihijatričke sekcije Zbora liječnika u studenom 1925. objavio je Kryspin-Exner, tada zavodski liječnik iz Stenjevcu, u "Liječničkom vjesniku" 1926. godine.

Povratak u Austriju

U Spomen-knjizi „Stenjevec 1879. - 1933.“, zamišljenoj 1928. u znak obilježavanja 50. obljetnice Državne bolnice za duševne bolesti "Stenjevec", a realizirane 1933. naporom „Društva za socijalnu pomoć duševnim bolesnicima u Stenjevcu“, navedeni su supružnici Kryspin-Exner u popisu zavodskih liječnika pod br. 37 i 37a (od 11.2.1921. do 1.3.1928). Nije poznat razlog zbog kojega su se, nakon sedam godina, odlučili vratiti u Austriju. Jesu li tome pridonijeli uvjeti rada u Stenjevcu u kojem je ravnatelj nakon Stanojevića bio dr. Ivan Barbot (1882. - 1971.), koji nije bio psihijatar i čije su zasluge za razvitak Zavoda bile više u osiguranju novca za izgradnju i proširenje ustanove te stvaranju uvjeta radne i profesionalne rehabilitacije bolesnika, a manje u znanstvenom istraživanju na području psihijatrije i neurologije (Liječničke novine 94:52-4, studeni 2010.). Ili je na odluku utjecala atmosfera u društvu u kojem su beogradske vlasti prijetile ukidanjem fakultetâ na zagrebačkom sveučilištu, a dr. Lujo Thaller (1891. - 1949.), profesor povijesti medicine na MEF-u u Zagrebu, suprotstavljajući se tome, upozoravao: „ne smije se zabraviti da glavni grad Hrvatske pridonosi jedanaestinu cjelokupnih poreza u državi“? Prema notici u „Wiener medizinische Wochenschrift“, dr. Wichard Kryspin-Exner se u srpnju 1927. nastanio u mjestu Ybbs an der Donau, u kojem će od 1. ožujka 1928. biti primarni liječnik u Bečkom Zemaljskom lječilištu i oporavištu (upravitelj dr. Franz Sickinger). Supruga Olga nastanila se u Ybbsu u kolovozu 1928. i imala je svoju privatnu liječničku ordinaciju.

Na glavnoj godišnjoj skupštini Zbora 26. siječnja 1929. izabran je, bez glasa protivljenja, Kryspin-Exner, *“dosadašnji liječnik u Zavodu za umobolne u Stenjevcu, dugogodišnji član Zbora i marljivi suradnik ‘Liječničkog vjesnika’, a u tom trenutku primarni liječnik u Ybbsu u Austriji”*, za dopisnoga člana. Održavao je i dalje kontakt s kolegama u Vrapču. Dr. Nikola Sučić (1890. - 1962.), koji je u Stenjevcu radio od 1. listopada 1926. do 1. studenoga 1927. te ponovno, kao ugovorni liječnik, od ožujka 1929. do 16. lipnja 1930., proveo je četiri i pol mjeseca (od 15. listopada 1930. do 1. ožujka 1931.) u Ybbsu na usavršavanju. Ime dr. Kryspin-Exnera je u objavljenim popisima dopisnih članova Zbora sve do ratnih godina, ali nije u njemu više objavljivao.

Već 14. veljače 1929. uredništvo časopisa *“Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie”* primilo je članak *“Klinički i anatomske priloge pitanju oligofrenih procesa bolesti”* dr. Kryspin-Exnera iz Histološkog laboratorija u Bečkom zemaljskom lječilištu i oporavištu Ybbs. Objavljen je u prosinačkom broju 1929. posvećenom 60. rođendanu dr. Juliusa Tandlera (1869. - 1936.), profesora anatomije, dekana medicinskog fakulteta u Beču 1914.-1917., istaknutog socijal-demokratskog političara te reformatora zdravstvene službe u međuratnoj Austriji.

Od 1931. bio je Kryspin-Exner u Zavodu *“Am Steinhof”* u Beču, zadužen za izgradnju Zavoda za neuropatologiju i postavljen je za njegova voditelja. Sudjelovao je na sjednicama Bečkog liječničkog društva, kojega je redoviti član postao 24. ožujka 1933. Od 1936. bio je i voditelj muškog odjela u Zavodu *“Am Steinhof”*. I njegova je supruga radila kao zavodska liječnica. Dr. Kryspin-Exner bio je velik ljubitelj glazbe. Kao pasionirani glazbenik redovito je svirao orgulje u čuvenoj Crkvi sv. Leopolda u Steinhofu, građenoj 1904. - 1907. po nacrtu poznatog austrijskog arhitekta Otta Wagnera (1841. - 1918.). Kao i u Ybbsu, Kryspin-Exner je iz Steinhofa nastavio objav-

ljivati prosječno jedan članak godišnje.

Njegovo imenovanje provizornim voditeljem Zavoda za njegu i liječenje u Ybbsu 1939. bilo je kratkotrajno, jer je, zbog sukoba s nacističkim dužnosnikom već 1940. razriješen službe i vraćen u Steinhof. Poslije se, po završenoj ratnoj službi u jednom austrijskom lazaretu, vratio se u Steinhof u kojem je postao novi voditelj Neurološkog instituta.

U ratnoj 1941. godini objavio je dva članka, a njegov članak *“Kliničke slike i forme progresivne paralize liječene malarijom”* u *“Wiener klinische Wochenschriftu”* 1942. (predavanje na sastanku sekcije za neurologiju i psihijatriju Bečkog liječničkog društva 20. siječnja 1942.) prikazao je 1944. godine u *“Liječničkom vjesniku”* prof. dr. Radoslav Lopašić, predstojnik Neuropsihijatrijske klinike u Zagrebu. On je supružnike Kryspin-Exner poznao od njihovog dolaska u Zagreb, jer je i sam započeo liječničku karijeru kao pomoćni liječnik u Stenjevcu 18. siječnja 1922. (nakon promocije u Pragu 17. prosinca 1921.) i tamo radio do svoga premještanja za prvog asistenta Neuropsihijatrijske klinike u Beogradu u svibnju 1924.

Kryspin-Exnerovo habilitacijsko predavanje *“Beiträge zur Morphologie der Glia im Nissl-Bilde”* održano na Medicinskom fakultetu u Beču 1942. godine objavljeno je 1943. godine u *“Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte”*.

Po završetku rata, 1945. ostao je u Zavodu *“Am Steinhof”* na mjestu primarnoga liječnika i voditelja muškog odjela. U procesu denacifikacije provedene u Austriji podignuta je bila optužba i protiv njega. Smrtnost među pacijentima u *“Am Steinhofu”* je 1944. godine bila 22,1 %, a u godini 1945. je iznosila 42 %. Suđenje dr. Kryspin-Exneru te njegovom šefu dr. Alfredu Mauczki, i još petorici liječnika iz zavoda *“Am Steinhof”*, optuženima zbog provođenja eutanazije u razdoblju nacizma, završilo je 1949./1950. povlačenjem optužbi Državnog odvjetništva.



U poratnom razdoblju objavio je dva članka u *“Wiener klinische Wochenschriftu”* (1947. i 1949.) te zadnji 1. srpnja 1950. u *“Wiener medizinische Wochenschriftu”*. Na Prvom međunarodnom kongresu neuropatologa, održanom 8. do 13. rujna 1952. u palači Barberini u Rimu, govorio je dr. Kryspin-Exner o vlastitim istraživanjima glija struktura. U lipnju 1954. su dvojica riječkih neuropsihijatar, dr. Zvonimir Sučić i dr. Slobodan Ćuk, nakon znanstvenoga sastanka austrijskih neurologa i psihijatar u Veldenu na jezeru Wörther u Koruškoj, posjetili u *„Am Steinhofu“* dr. Kryspin-Exnera, koji je *“svojim solidnim radom u Vrapču ostavio lijepe uspomene. On nije posve zdrav, pa nam je bolnicu pokazivala njegova ljubazna supruga dr. Legiša, također psihijatar, koja je rođena u Žminju, u Istri, tako da dobro govori hrvatski”*.

Dr. Kryspin-Exner nije dočekao umirovljenje. Umro je 23. travnja 1956. i pokopan na bečkom groblju *„Baumgarten“*, a njegova je supruga umrla 5. srpnja 1969. Nisu imali djece. Njegov sinovac, Kornelius Kryspin-Exner (1926. - 1985.), završio je medicinu, specijalizirao psihijatriju te bio profesor u Beču i Innsbrucku.

U Nacionalnoj i znanstvenoj knjižnici u Zagrebu pohranjeni su separati prvih triju Kryspin-Exnerovih članaka, njegov poklon zagrebačkom patologu dr. Marcelu Kornfeldu (1886. - 1937.), još jednoj, neopravdano zaboravljenoj, ličnosti hrvatske medicinske prošlosti. (ivica.vucak@gmail.com)



KORZIKA

planina u moru

Znate ono kada na odjavnoj špici dokumentarca kažu – odabrao Đelo Hadžiselimović (u novije vrijeme Mira Vočinkić). Ja bih ovaj putopis započela izjavom – odabrao Edo Toplak. Pitate se kakve sada veze ima Edo. E pa Edo, kojeg poznajem kao strastvenog putnika i još boljeg tekstopisca, u broju LN-a od veljače pisao je o svojem putovanju po Korzici. Korzika podjednako

privlači kako turiste tako i planinare i to zbog činjenice da se tu nalazi preko 100 vrhova viših od 2000 m. Za razliku od susjedne Sardinije gdje su planine uglavnom koncentrirane u središnjem dijelu, ovdje se pružaju do same obale gdje se dramatično obrušavaju u prekrasno plavetnilo Sredozemnog mora. Zato Korziku i nazivaju „planina u moru“. Kako vam je Edo dosta približio Korziku u povijesnom i turističkom

smislu, ja ću se potruditi da vam je opišem iz perspektive planinara.

Osim raznih staza (tu je dio čuvenih francuskih GR puteva = grande randonee), planinari obično dolaze radi penjanja na dva sjajna vrha. To su najviša planina Korzike Monte Cinto (2706 m) i nešto niža Paglia Orba (2525 m). Ona je tehnički zahtjevnija a zbog svoje špičaste vizure nazivaju je i korzi-kanskim Matterhornom.

Korzici smo pristupili morskim putem, trajektom iz Livorna koji nam je omogućio pogled na prekrasnu citadelu Bastie. Iako je Ajaccio glavni i najveći grad, Bastia mi nekako više utjelovljuje dušu Korzike. Ona je i glavna trajektna luka te druga najprometnija luka u Francuskoj nakon Calaisa.

O ljepotama Bastie bi se mogao napisati cijeli članak no tema su ipak planine. Do njih se dolazi vrlo brzo kada se krene od mora prema unutrašnjosti. Na tom putu je nezaobilazan posjet gradiću Corte. Za njega se kaže da je srce Korzike. Ne samo zbog svog zemljopisnog položaja već zbog činjenice da je u 18. stoljeću ovdje proglašena neovisnost Republike Korzike. Pogled privlači tzv. Orlovo gnijezdo – utvrđena citadela smještena na strmoj klisuri koja dominira nad gradom. Već sam posjet citadeli predstavlja mali trening jer do nje vodi mnogo strmih stepenica. Polazna točka za uspon na Monte Cinto je u blizini mjesta Calacuccia koje se smjestilo na 820 mnv. Nedaleko se nalazi i istoimeno jezero pa smo vrijeme do večere iskoristili za šetnju. Već prije dolaska čula sam o negativnim iskustvima uspona na Monte Cinto. Teškoće su se sastojale u mukotrpnom pristupu po neugodnoj kaldrmi i činjenici da su Francuzi vrlo škrti sa postavljanjem markacija pa se često luta u traženju pristupa. Članovi jednog planinarskog društva pričali su mi kako su dosta vremena izgubili u traženju markacija i penjanju pa ih je uhvatilo loše vrijeme koje je ovdje često u drugoj polovici dana. Prije samog vrha dočekao ih je jak vjetar, gusti oblaci iz kojeg je počeo



Jezero Cinto ispod istoimenog vrha

padati snijeg, vidljivost se pogoršala te su teška srca morali odustati od finalnog uspona. Reklo bi se – došli su u Vatikan a nisu vidjeli papu. Imajući u obzir sve te činjenice, demokratski smo izglasali da ćemo unajmiti lokalne vodiče koji će nas džipovima odvesti dio puta i voditi nas do vrha. Samo u donjem dijelu do cca 1800 mnv staza je išla preko škrtih travnjaka da bi ubrzo ušli u kameni amfiteatar pun ogromnih blokova koje je negdje trebalo zaobilažiti a negdje ići preko njih. Vrlo brzo smo uvidjeli da bi traženje puta bez vodiča bila nemoguća misija. Uspješno smo se svi popeli na vrh no oblaci koji se skupljaju oko podneva i sada su se navukli i zastrli pogled. Ipak, božica Fortuna nam je bila sklona pa su se oblaci u jednom kratkom momentu razišli i omogućili nam da vidimo svu ljepotu krajolika oko nas. Osim što su nam vodiči bili dobitna kombinacija, imali smo i dodatni bonus jer smo se zahvaljujući njima spustili drugim putem na istoimeno jezero. Spust je

bio strm, krupan sipar koji bježi pod nogama i lomi koljena. No dolaskom na tirkizno plavo ledenjačko jezero Lac du Cinto, zaboravili smo sve muke i teškoće. Da zaboravimo muke potrudila se i odlična večera a osobito pivo od kestena „Pietra“, zanimljivog okusa na koje smo se brzo navikli.

Sljedeći dan nas je čekao drugi izazov, uspon na korzikanski Matterhorn – Paglia Orbu. I dalje nas je pratila sreća s vremenom. Oni koji planinare znaju što znači hodati po kiši, klizavoj podlozi kada si jadan i jedva čekaš da dođeš negdje gdje se možeš presvući u suhu odjeću. Sunčani dan i udisanje kristalno čistog zraka dodatno su doprinijeli osjećaju sreće i poletnosti. Odmah na početku se vidio naš cilj, Paglia Orba no do njega nas je čekalo cjelodnevno hodaње. Ovaj put smo hodali po GR 20 stazi. Staza je razigrana, povremeno prolazi kroz rijetku crnogoričnu šumu i što je važno za napomenuti ima dosta potoka. Iako je bio šesti mjesec bilo je jako toplo



Pogled na more sa vrha Paglia Orba

pa sam često močila glavu i vrat da se malo rashladim. Prva pauza je bila u domu Vallone na 1423 mnv uz prekrasan planinski potok koji se nedaleko od doma obrušavao malim vodopadima s planinskih stijena. Neki stranci su iskoristili priliku za kupanje u prirodnim bazenima. Ne postoje riječi kojima se može opisati ljepota ove staze. Jedna od riječi kojom bi ju opisala je različitost. Čas smo bili u šumi, čas uz potok, na kamenim liticama a onda bi uronili u prekrasno žuto cvijeće. Na kraju smo se strmom stazom digli prema prijevaju, ostavili dolinu iza nas i popeli se na visoravan ispod Paglia Orbe gdje se smjestio slijedeći dom Ciottulu di i Mori na 1991mnv. Kao i prethodni, dom je bio vrlo skroman. Obično kameno zdanje sa tzv. skupnim leži-

šćem i udaljenim vanjskim toaletom. Za one koji ne znaju što je skupno ležišće najbolji opis su drvene podloge u nizu na koje se stavljaju vreće za spavanje. Obično postoje „donji“ i „gornji“ kat na koji se u najboljem slučaju dolazi malim drvenim stepenicama ili ako ih nema, akrobatskim naskakivanjem. Takva skupna spavaonica može primiti od 10 do više od 20 osoba. O noćnim zvukovima neću previše trošiti riječi, dovoljno je da kažem da su čepovi za uši obvezan inventar. Osim spavanja, dom je nudio uslugu kuhinje pa smo uz toplu juhicu uživali u raznim suhomesnatim delicijama. Za Paglia Orbu se znalo da su osim kondicije potrebne i neke tehničke vještine pa je dio skupine odlučio slijedeći dan ostati u domu i uživati u sunčanom danu uz šetnjice

u okolici. Ostatak se uputio u osvajanje korzikanskog Matterhorna. Staza nije bila ni prezahtjevna ni opasna ako se uvažavaju pojedini detalji i zadržava puna koncentracija na stazi. Na nekim mjestima je staza nešto eksponiranija što znači da pogrešan korak može značiti survavanje u provaliju. Na ovakvom terenu se štapovi ne koriste i zapravo mogu i smetati jer se često trebalo penjati uz uporabu ruku. Negdje je dobro došla pomoć druge osobe bilo u vidu dodavanja ruke ili navigiranja na istake u stijeni. Sva muka se brzo zaboravi kada se dođe do vrha. Ovog puta smo bili nagrađeni prekrasnim vidicima koji su nam dočarali planinski reljef Korzike. No osim planina, u daljini nam se smiješilo prekrasno modro more koje nas je

čekalo u slijedećim danima. Bili smo zahvalni planini što nam je dopustila da se popnemo ali i u svakom od nas je likovao mali osvajač, ponosan što je osvojio još jedan vrh. Polako smo se spuštali u dolinu. Lišeni napora, upijali smo ljepote oko sebe svim čulima. Ponovo je staza pratila bistar hladni potok u kojem smo se na pauzi rashladili. Netko samo noge, netko i više.

Slijedeći smještaj je bio u gradiću Porto. Meni možda i najljepši gradić na obali. Porto utjelovljuje šarm malog mediteranskog naselja s prekrasnom uvalom i plažom. Jedno od onih mjesta gdje poželite ostati barem tjedan dana i ne raditi ništa osim lutati uličicama i piti kavu na rivi. No glavni razlog našeg dolaska je bio posjet Nacionalnom

rezervatu Scandola. Radi se o dijelu obale na zapadnoj obali Korzike koji pripada Zaljevu Porto. Scandola je poznata po ostrim liticama karakteristične crvene boje koje dobiju posebnu nijansu kada su obasjane suncem na zalasku. Stijene formiraju različite oblike i dovoljno je dati mašti na volju da se u nekima prepoznaju određene figure ili ljudska lica. Na jednom dijelu u moru se nalazi stijena koja iz daljine izgleda poput profila Napoleona Bonaparte. Osim karakterističnih oblika, stijene formiraju prolaze pa se manjim čamcima može ući u morske špilje gdje more dobiva još posebnu plavu nijansu poput Modre špilje na Biševu. Zbog svega navedenoga Nacionalni rezervat Scandola je 1983. godine stavljen na popis Unescope svjetske baštine.

Uz još neka manja hodanja kao što je planinarenje do đenovške kule Tour de Turghiu na rtu Capu Rosso u blizini Porta, naš boravak na Korzici se bližio kraju.

U nešto manje od tjedan dana, obišli smo sjeverni dio Korzike koji je ujedno najviši pa se i naziva Haute-Corse, visoka Korzika za razliku od nižeg južnog dijela. Korzika nas je oduševila prije svega svojom divljom prirodom. Kao da nikada nije bila pokorena. Kao da je ostala samo svoja. I obavijena velom tajne. Kao što su i tajnovite njene uvale, skrivene ispod strmih litica. Na povratku smo svi imali istu želju a to je da se vratimo i otkrijemo još neke skrivene ljepote. Možda ćete i vi poželjeti isto kada pročitate ovaj članak.





UPALNE BOLESTI CRIJEVA

Autor: Boris Vucelić i suradnici

Medicinska naklada, Zagreb, 2021.

Upalne bolesti crijeva (IBD, od engl. *inflammatory bowel disease*) zauzimaju danas jedno od najvažnijih i najdinamičnijih mjesta u spektru gastroenteroloških bolesti. Knjiga je kao edukacijsko štivo namijenjena studentima medicine, internistima, pedijatrima, gastroenterolozima, kirurzima i svima onima koje zanima ova tematika. Čitatelji će naći detaljne informacije o današnjim saznanjima o imunologiji crijeva, crijevnom mikrobiomu, genetici upalnih bolesti crijeva i patogenezi tih bolesti, potom dijagnostičkim aspektima, koja uključuju patohistologiju, laboratorijske dijagnostičke metode, endoskopske dijagnostičke i terapijske metode, intestinalni ultrazvuk, klasične radiološke metode, CT i MR, zatim o lijekovima i monitoriranju terapije, prehrani bolesnika i probioticima. Opisane su nove terapije (transplantacija matičnih stanica i mezenhimalnih stanica, lijekovi u razvoju i alternativne terapije). Potom slijede teme o psihološkim čimbenicima i poremećajima, reperkusijama IBD-a na reprodukciju i trudnoću, kvaliteti života bolesnika s IBD-om i pogledu na IBD iz aspekta bolesnika. Opisani su klinički aspekti ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti, kliničke slike i konzervativna i kirurška terapija tih dviju bolesti. Istaknuta je činjenica da smo, unatoč uvođenju niza novih revolucionarnih lijekova, još daleko od terapijskog cilja kojemu težimo, a to je postizanje trajne duboke remisije bolesti. Posebno poglavlje posvećeno je IBD-u u dječjoj dobi. O ostalim upalnim bolestima crijeva opisuju se mikroskopski: kolitis, celijakija, eozinofilni gastrointestinalni poremećaji i intestinalne infekcije koje oponašaju IBD. Razmatra se i vrlo važan problem preklapanja IBD-a sa sindromom iritabilnog crijeva te ekstraintestinalne manifestacije upalnih bolesti crijeva i bolesti koje nastaju kao posljedica upalnih bolesti crijeva.



Mišićno-koštani poremećaji i bolesti kod pijanista

POUKE IZ PROŠLOSTI I PORUKE MLADIMA

Autori: Iva Bartolić i Ladislav Krapac

Medicinska naklada, Zagreb, 2021.

Knjiga je rezultat zajedničkog višegodišnjeg rada Ive Bartolić, magistre muzike i prim.dr.sc. Ladislava Krapca, specijaliste fizijatrije i reumatologije. Priručnik je namijenjen ne samo sadašnjim i budućim pijanistima i njihovim nastavnicima nego i liječnicima. Pisan je sa svrhom i na način da glazbenici postanu više subjekti, a manje objekti u zaštiti zdravlja. Budući



KAD ODRASTEM ŽELIM BITI LIJEČNIK

Autori: Tatjana Barat i Andrej Prošev

Školska knjiga, Zagreb, 2020.

Što je to uopće medicina, kako je nastala i kako se postaje liječnik? Odgovore na ova, ali i mnoga druga pitanja donosi knjiga za najmlađe čitatelje “Kad odrastem želim biti liječnik”. Knjiga donosi priče o hrabrim hrvatskim liječnicama i liječnicima koji su promijenili svijet, ali i o medicini općenito. Autori Tatjana Barat i Andrej Prošev, dr. med., specijalizant psihijatrije, tako malim čitateljima pružaju uvid u to kako se medicina razvijala od davne prošlosti do danas, kako su ljudi polako shvatili da je čistoća pola zdravlja, kako su razvijali mikroskope, te smislili prve toplomjere i stetoskope. Knjiga daje odgovore i na pitanja tko je bio prvi liječnik u povijesti čije je ime zabilježeno u knjigama i tko je prva hrvatska liječnica. Uz Milicu Šviglin Čavov knjiga upoznaje čitatelja i s drugim važnim hrvatskim liječnicima koji su promijenili svijet i pridonijeli razvoju znanosti. Među njima se nalazi i **Andrija Štampar**, jedan od velikana hrvatske medicine i suosnivač Svjetske zdravstvene organizacije. Tu je i njegova supruga **Desanka Ristović-Štampar**, utemeljiteljica školske medicine na našim prostorima. Autori nisu zaboravili uvrstiti i infektologa **Frana Mihaljevića**, **liječnika** bez kojeg bi aktualna borba protiv epidemije koronavirusa u Hrvatskoj bila nezamisliva. Knjiga sadrži 20 priča, a na kraju svake priče nalaze se **pitanja koja djecu potiču na istraživanje, razmišljanje i zaključivanje.**

da kod čitatelja svijest o značenju prepoznavanja prvih simptoma i nezaustavljivosti nastanka ozbiljnih zdravstvenih poteškoća, ako im se ne pristupi na odgovarajući način, koje se ozbiljno odražavaju i na profesionalni život pijanista (Priča uspješno diplomirane klaviristice). A da se ne radi o usamljenom iskustvu nego dobro poznatim problemima za koja se od početaka 20. stoljeća traže rješenja, opisano je u poglavlju Povijest medicine u glazbi. Navedena su iskustva Hrvatske u kojoj se već preko pola stoljeća bolestima glazbenika pridaje velika pozornost

i nastoje naći rješenja za izgradnju sustavnog pristupa. Razumijevanju uzroka bolesti i mišićno-koštanih ozljeda pijanista koje nastaju tijekom bavljenja glazbom: sindromi prenaprezanja, ishemija, tendinitisi i tendosinovitis, De Quervainova bolest, sindrom gornjeg torakalnog otvora, kronični degenerativni problemi, bolni sindromi kralježnice, fokalna distonija doprinose ne samo opisi anatomije ruke i što sve čini svirački aparat, nego i njihovo stavljanje u kontekst pojavljivanja takvih tegoba u hrvatskoj populaciji. Vraćanje sviranju nakon ozljede

uključuje vježbe istezanja, uklanjanja boli te one kojima se jačaju prsti i šake u svrhu povećanja opsega kretnji. Poseban je naglasak stavljen na potrebu i načine prevencije primijenjenom ergonomijom - Ergonomika u glazbenika. Knjiga može biti od koristi i informatičarima, jer imaju vrlo slične tegobe. Od velike pomoći može biti liječnicima različitih specijalnosti koji skrbe o budućim i sadašnjim pijanistima: školske medicine, medicine rada, fizikalne medicine, reumatolozima, neurolozima, kirurzima.

“What the Doctor Said”

by Raymond Carver

(All of Us: Collected Poems)

He said it doesn't look good
 he said it looks bad in fact real bad
 he said I counted thirty-two of them on one lung before
 I quit counting them
 I said I'm glad I wouldn't want to know
 about any more being there than that
 he said are you a religious man do you kneel down
 in forest groves and let yourself ask for help
 when you come to a waterfall
 mist blowing against your face and arms
 do you stop and ask for understanding at those moments
 I said not yet but I intend to start today
 he said I'm real sorry he said
 I wish I had some other kind of news to give you
 I said Amen and he said something else
 I didn't catch and not knowing what else to do
 and not wanting him to have to repeat it
 and me to have to fully digest it
 I just looked at him
 for a minute and he looked back it was then
 I jumped up and shook hands with this man who'd just
 given me
 Something no one else on earth had ever given me
 I may have even thanked him habit being so strong

Što je rekao doktor

Raymond Carver

Prijevod Lada Zibar, Slađana Oulad Daoud, Yassin Oulad Daoud, Zagreb/Roseville (California, USA), 02/2021

Rekao je ne izgleda dobro
 Rekao je izgleda loše zapravo stvarno loše
 Rekao je izbrojao sam ih trideset dvije na jednom pluću prije
 Nego sam ih prestao brojati
 Rekao sam drago mi je nisam htio znati
 Da ih je i jedna više od toga
 Pitao je jesi li religiozan klekneš li
 U šumarku i dopustiš li si zatražiti pomoć
 Kada dođeš do vodopada
 čija ti maglica ide po licu i rukama
 Zastaneš li i zatražiš li razumijevanje u tim trenucima
 Rekao sam ne još no kanim početi danas
 Rekao je stvarno mi je žao rekao je
 Volio bih da sam ti mogao dati neke drukčije vijesti
 Rekao sam Amen a on je rekao nešto drugo
 Što nisam uspio čuti i ne znajući što drugo da radim
 A ne želeći da on to mora ponoviti
 Pa da to moram do kraja shvatiti
 Samo sam ga pogledao
 Na tren i on je uzvratilo pogled i onda sam
 Naglo ustao i rukovao se s tim čovjekom koji mi je upravo dao
 Nešto što mi nitko drugi na svijetu nikada nije dao
 Čak sam mu mogao i zahvaliti, onako, po navici

Bolesnici sa šećernom bolešću
tipa 2 trebaju očekivati više
nakon metformina

OSTVARITE POTENCIJAL



Ozempic®

Terapija za primjenu jedanput na tjedan
koja objedinjuje superiornu djelotvornost
i korisne KV učinke¹⁻⁵



SUPERIORNA REGULACIJA GLIKEMIJE^{1,2*}

Sniženje vrijednosti HbA_{1c} za 1,8% uz Ozempic® 1 mg
naspram 1,4% uz dulaglutid 1,5 mg²



SUPERIORNO I ODRŽANO SMANJENJE TEŽINE^{1-3*}

Više nego dvostruko veće smanjenje tjelesne težine u odnosu na dulaglutid²
(-6,5 kg uz Ozempic® 1 mg naspram -3,0 kg uz dulaglutid 1,5 mg)



DOKAZANI KORISNI KV UČINCI^{1,3†}

Smanjenje KV rizika za 26%^{1,3‡}
(primarni objedinjeni ishod koji uključuje smrt zbog KV uzroka, IM bez
smrtnog ishoda i moždani udar bez smrtnog ishoda)

KV=kardiovaskularni; IM=infarkt miokarda; ADA=Američko dijabetičko društvo;
EASD=Europsko društvo za istraživanje šećerne bolesti; GLP-1=glukagonu sličan peptid 1.

*Rezultati se odnose na Ozempic® u ispitivanjima iz programa SUSTAIN, u kojima su se primjenjivali placebo, Januvia®, Trulicity®, Bydureon® i Lantus®.^{1,2}

†U ispitivanju SUSTAIN 6, Ozempic® je smanjio rizik od KV događaja (smrti zbog KV uzroka, infarkta miokarda bez smrtnog ishoda ili moždanog udara bez smrtnog ishoda) u odnosu na placebo u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2 i visokim KV rizikom koji su primali standardno liječenje.¹

‡Kao dodatak standardnom liječenju, koje je uključivalo oralne antidijabetike, inzulin, antihipertenzive, diuretike i lijekove sa snižavanjem razine lipida.⁷



Za odrasle osobe sa šećernom bolešću tipa 2 i postojećom KV bolešću
usuglašene ADA/EASD smjernice iz 2018. preporučuju terapiju
agonistima GLP-1 receptora s dokazanim korisnim KV učincima⁶

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka

Naziv lijeka: Ozempic® 0,25 mg otopina za injekciju u napunjenoj brizgalici; Ozempic® 0,5 mg otopina za injekciju u napunjenoj brizgalici; Ozempic® 1 mg otopina za injekciju u napunjenoj brizgalici. **Međunarodni naziv djelatne tvari:** semaglutid. **Odobrene indikacije:** liječenje odraslih osoba s nedostatno kontroliranom šećernom bolešću tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi

- kao monoterapija kada se metformin ne smatra prikladnim zbog nepodnošljivosti ili kontraindikacija
- kao dodatak drugim lijekovima za liječenje šećerne bolesti. Za rezultate ispitivanja s obzirom na kombinacije, učinke na kontrolu glikemije i kardiovaskularne događaje te ispitivane populacije, vidjeti dijelove 4.4, 4.5 i 5.1. sažetka opisa svojstava lijeka.

Kontraindikacije: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Semaglutid se ne smije primjenjivati u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 1 niti za liječenje dijabetičke ketoacidoze. Semaglutid nije zamjena za inzulin. Prijavljena je dijabetička ketoacidoza u bolesnika ovisnih o inzulinu nakon brzog prekida ili smanjenja doze inzulina kada se započelo liječenje agonistom GLP-1 receptora. Nema iskustva u bolesnika s kongestivnim srčanim zatajenjem stupnja IV prema NYHA klasifikaciji pa se stoga primjena semaglutida ne preporučuje u tih bolesnika. Primjena agonista receptora GLP-1 može se povezati s gastrointestinalnim nuspojavama. To je potrebno uzeti u obzir pri liječenju bolesnika s oštećenjem bubrega jer mučnina, povraćanje ili dijareja mogu uzrokovati dehidraciju koja može dovesti do pogoršanja bubrežne funkcije. Kod primjene agonista receptora GLP-1 primijećen je akutni pankreatitis. Bolesnike treba obavijestiti o karakterističnim simptomima akutnog pankreatitisa. Ako se sumnja na pankreatitis, treba prekinuti primjenu semaglutida, a ako se pankreatitis potvrdi, liječenje semaglutidom ne smije se ponovno započeti. Oprez je nužan u bolesnika koji u anamnezi imaju pankreatitis. U bolesnika liječenih semaglutidom u kombinaciji sa sulfonilurejom ili inzulinom moguć je povećani rizik od hipoglikemije. Rizik od hipoglikemije može se smanjiti smanjenjem doze sulfonilureje ili inzulina na početku liječenja semaglutidom. U bolesnika s dijabetičkom retinopatijom liječenih inzulinom i semaglutidom zabilježen je povećani rizik od komplikacija dijabetičke retinopatije. Potreban je oprez pri primjeni semaglutida u bolesnika s dijabetičkom retinopatijom liječenih inzulinom. Te je bolesnike potrebno pažljivo nadzirati i liječiti u skladu s kliničkim smjernicama. Naglo poboljšanje regulacije glukoze povezano je s privremenim pogoršanjem dijabetičke retinopatije, ali drugi mehanizmi se ne mogu isključiti. Ovaj lijek sadrži manje od 1 mmol (23 mg) natrija po dozi, tj. zanemarive količine natrija. Kako bi se poboljšala sljedivost bioloških lijekova, naziv i broj serije primijenjenog lijeka potrebno je jasno evidentirati.

Plodnost, trudnoća i dojenje: Ženama reproduktivne dobi preporučuje se korištenje kontracepcije tijekom liječenja semaglutidom. Semaglutid se ne smije primjenjivati tijekom trudnoće niti dojenja. Učinak semaglutida na plodnost u ljudi nije poznat. **Nuspojave:** *Vrlo često:* hipoglikemija kod primjene s inzulinom ili sulfonilurejom; mučnina, proljev; *Često:* hipoglikemija kod primjene s drugim oralnim antidijabeticima, smanjen apetit; omaglica; komplikacije dijabetičke retinopatije; povraćanje, bol u abdomenu, distenzija abdomena, konstipacija, dispepsija, gastritis, gastroezofagealna refluksna bolest, eruktacija, flatulencija; kolelitijaza; umor; povišena lipaza, povišena amilaza, smanjenje

težine *Manje često*: preosjetljivost; disgeuzija; povećana srčana frekvencija; akutni pankreatitis; reakcije na mjestu injiciranja *Rijetko*: anafilaktička reakcija. **Doziranje:** Početna doza je 0,25 mg semaglutida jedanput na tjedan. Nakon 4 tjedna dozu treba povećati na 0,5 mg jedanput na tjedan. Nakon najmanje 4 tjedna uz dozu od 0,5 mg jedanput na tjedan, doza se može povećati na 1 mg jedanput na tjedan kako bi se dodatno poboljšala regulacija glikemije. Semaglutid od 0,25 mg nije doza održavanja. Ne preporučuju se tjedne doze veće od 1 mg. Kad se Ozempic® dodaje već postojećem liječenju metforminom i/ili tiazolidindionom ili inhibitorom suprijenosnika natrija i glukoze 2 (inhibitor SGLT2), postojeća doza metformina i/ili tiazolidindiona ili inhibitora SGLT2 može se nastaviti primjenjivati bez promjene. Kad se Ozempic® dodaje postojećem liječenju sulfonilurejom ili inzulinom, treba razmotriti smanjenje doze sulfonilureje ili inzulina kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. Nije potrebno samopraćenje glukoze u krvi radi prilagođavanja doze lijeka Ozempic®. Samopraćenje razine glukoze u krvi nužno je radi prilagođavanja doze sulfonilureje i inzulina, posebice ako je započeta terapija lijekom Ozempic®, a inzulin je smanjen. Preporučuje se smanjenje inzulina korak po korak. Nije potrebno prilagođavanje doze prema dobi niti u bolesnika s blagim, umjerenim ili teškim oštećenjem bubrega. Nije potrebno prilagođavati dozu u bolesnika s oštećenjem jetre. Iskustvo s primjenom semaglutida u bolesnika s teškim oštećenjem jetre je ograničeno. Sigurnost i djelotvornost semaglutida u djece i adolescenata mlađih od 18 godina nisu još ustanovljene. **Način primjene:** Ozempic® se primjenjuje jedanput na tjedan u bilo koje doba dana, s ili bez obroka. Ozempic® se primjenjuje supkutanom injekcijom u abdomen, bedro ili nadlakticu. Mjesto injiciranja može se mijenjati bez prilagođavanja doze. Ozempic® se ne smije primjenjivati intravenski ili intramuskularno. **Broj odobrenja:** EU/1/17/1251/002-003, EU/1/17/1251/005. **Način izdavanja:** na recept. **Nositelj odobrenja:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danska. **Datum revizije sažetka:** 12/2020.

Prije propisivanja lijeka Ozempic® obvezno proučite posljednji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka te posljednju odobrenu uputu o lijeku.

Ozempic®, NovoFine® Plus, NovoFine® i NovoTwist® su zaštićeni žigovi u vlasništvu društva Novo Nordisk A/S.

▼ *Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje nuspojava dostupne su na www.halmed.hr.*

Reference: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Ozempic®, 12/ 2020. Bagsværd, Danska: Novo Nordisk A/S. 2. Pratley RE, Aroda VR, Lingvay I, et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(4):275-286. 3. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:1834-1844. 4. Posljednji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka Bydureon®, https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bydureon-epar-product-information_hr.pdf 5. Posljednji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka Trulicity®, https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trulicity-epar-product-information_hr.pdf 6. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* 2018. doi:10.2337/dci18-0033. 7. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(suppl 1):S1-S108.

Gradska vijećnica. Skladno posloženih osam milijuna ciglica čini jedinstvenu i prepoznatljivu vedutu grada. Puno stoljeće nakon što su je platili Stokholmcima još uvijek klimaju glavama na spomen njene cijene

ŠVEDSKA

NEKI TO VOLE U PRIRODI

Teško mi je pričati o putovanjima u krajeve u kojima ste svi već bili. Ili da to kažem drukčije, lako je pisati zanimljivo o egzotičnim krajevima i zemljama koje nisu na popisu uobičajenih destinacija. Kad, međutim, trebam opisati putovanja u Englesku, Belgiju ili Grčku, onda sam na sto jada jer kako ispričati nešto zanimljivo o zemlji koju je većina vas više puta posjetila, a neki tamo i rade ili su je izabrali za svoje životno odredište. Svejedno, da ne bi ispalo da se usudim povesti vas samo na udaljene otoke i egzotične destinacije, pokušat ću otkriti neke ne baš općepoznate činjenice o jednoj europskoj kraljevini.

Neki to vole vani

„Ah, shit. Prognoza je ledena kiša i vjetar cijeli vikend.” Nakon ove objave kod mene doma dogovara se koji će se kolači peći, koja će se društvena igra igrati, raspravlja se koji će se romantični horor gledati i počinje svađa na koga je red da van izvede cucka. I tako, dok se grabaju dekice, moj zet veselo navlači jaknu i gledajući kroz prozor kaže: „Pa, vrijeme

je sasvim u redu“. Je li on HGSS-ovac? Lugar? Policajac? Ne, on je Šveđanin.

Teško je dočarati koliko Šveđani vole prirodu i boravak u njoj, posebno kada se uzmu u obzir karakteristike njihovog podneblja. Ta povezanost s prirodom razvija se od najranije dobi, djetinjstvo u Švedskoj obilježava naime boravak na svježem zraku u svim zamislivim oblicima. U vrtiću su djeca vani neovisno o vremenskim prilikama, gotovo uvijek i prije i poslijepodne. Vrtići i škole organiziraju izlete u šumu i na farme sa životinjama (4-H imanja). Tih farmi ima u svakom većem gradu. U Stockholmu ih ima 11. Branje borovnica, malina i gljiva je uz kupanje glavna ljetna zanimacija svakog djeteta. Uz to se svako malo organiziraju natjecanja u raznim aktivnostima kojem je pobjednik svako tko ostvari zadani cilj bez obzira na brzinu, uz obvezno dodjeljivanje medalja.

Ljeta se u pravilu (Šveđani vole pravila ko *Pseudomonas* bolnice) provode u vikendicama, kod bake i djeda na selu ili u kamping naseljima (nimalo nalik

auto kampovima), kojih u Švedskoj ima oko 320.

Kad odrastu, mnogi se odluče za trčanje ili bicikliranje do posla, posebno jer se gradovi trude otežati pristup automobilima. Jedno je što naplaćuju sam ulazak i izlazak automobila iz središta grada, ali još važnije od toga je što grade mreže biciklističkih staza. I to pravih biciklističkih staza a ne ovih usput sklepanih zagrebačkih, koje besramno služe kao zaustavne trake za dostavna vozila i prekidaju se svako malo. Osim dobro umreženih lokalnih biciklističkih staza, postoji i besprekidna biciklistička magistrala koja povezuje Švedsku od istoka do zapada i od sjevera do juga. Ukupna duljina joj je 3980 km i redovito se čisti od blata, kamenja, snijega i leda, tj. održava se cijele godine.

Svaki Šveđanin koji drži do sebe tijekom života stremi odraditi barem jedan „švedski klasik“. To mu dođe kao hodačašće u Meku za muslimana. Ili penjanje na Triglav za Slovenca. Četiri su švedska klasika:

1. Vasaloppet (utrka Vasa) - 90 km skijanja. Najstarije, najmasovnije i najduže natjecanje u skijaškom trčanju u svijetu. Održava se svake prve nedjelje u ožujku u spomen na povijesni bijeg na skijama budućega kralja Gustava Vase koji je doveo do pobune i osamostaljenja Švedske. Iduće godine bit će jubilara 100. utrka. U Švedskoj se proglašava trodnevni dan žalosti ako u utrci pobijedi Norvežanin.
2. Vansbrosimningen – druga je najmasovnija plivačka utrka u svijetu. Tri km plivanja u dvije rijeke, od toga prva 2 km protiv struje, granica za sudjelovanje je 10 godina, dvije nedjelje u srpnju i kolovožu. Prošle je godine otkazana zbog korone.
3. Lidingöloppet - trčanje 30 km oko otoka Lidingö kraj Stockholma
4. Vätternrundan- bicikliranje 300 km oko najvećega švedskog jezera

E, sad onaj tko obavi jedan od tih četiri, pravi je Šveđo, tko riješi sva četiri klasika taj je faca, a tko ih sve skupi iste godine taj je pravi viking!

Orijentacija prema prirodi i zdravom načinu života nije postojala oduvijek. Uostalom, oni su prije pola stoljeća usred glavnoga grada, doslovno u središtu, imali dva nuklearna reaktora! Što se dogodilo u mentalnom sklopu Šveđana (i drugih Skandinavaca), a nije kod ljudi iz ostatka Europe, posebno Mediterana? Dakle promjena je najvećim dijelom zasluga poslijeratne politike koja je paralelno sa zakonom o godišnjem odmoru uvela i pravo o slobodi kretanja - *Allemansrätten* u svrhu poticanja svojih građana da napuste gusto naseljena područja. *Allemansrätten* je poslije postao zakonom i dan danas jamči svakoj osobi slobodu kretanja (pješače ili biciklom), branja samoniklih plodova, gljiva i bobica te jednokratnog noćenja po čitavoj monarhiji, čak i na tuđem privatnom posjedu! Naravno, postoje dobro poznati uvjeti - ne paliti roštilj na zapaljivom terenu, pokupiti sve smeće iza sebe i odnositi se s poštovanjem prema prirodi, životinjama i tuđem vlasništvu. Pravo na slobodno kretanje je od tolike vrijednosti da je zaštićeno

ustavom. Dok su mnoge države od pojave aktualno pandemije uvele obvezne karantene i policijske satove, Švedska se pozvala na nepovredivo ustavno pravo svojih građana i savjetovala boravak u prirodi uz držanje razmaka. Tako se i slavna švedska pauza - *fika* preselila u prirodu. Uz razmak. Usput da kažemo, *fika* je tipična Švedska pauza uz kavu, čaj i kolače. Nije ju skroz jednostavno definirati. Pravilo je, ali nije obveza. Uglavnom je službena u pola deset i u pola tri popodne, iako može biti i u bilo koje drugo vrijeme. *Fika* je petkom obavezna i tada najčešće kolače donosi poslodavac. I u državnim tvrtkama. Na *fiki* se ne puši, ali kava se pije obilno. Šveđani su uz Fince najveći kavopije Europe. Piju gotovo dvostruko više kave od nas. *Fika* je prva riječ koju sam naučio u Švedskoj. Druga je „lagom“. *Lagom* označava društveni kod ponašanja u Švedskoj, a u slobodnom prijevodu rekao bih „taman dovoljno“ ili „prikladno“. Termin „lagom“ odnosi se zapravo na način života u kojem ne treba imati ni previše ni premalo, bilo u materijalnom

ili nekom drugom smislu, nego se sve radi s mjerom, pa čak i kod izražavanja emocija. Postoji i treći pojam koji objašnjava filozofiju Šveđana – *jantelagen*. Ne ističi se! Budi skroman i samozatajan! Budi vrijedan, ali neupadljiv dio tima i društva! *Lagom*, *fika* i *jantelagen* su duša Švedske, no vratimo se prirodi.

Kako je moguće svima osigurati boravak u prirodi? Zapravo to i nije neki preveliki problem, naime gdje god se našli - u blizini je šuma, jezero, planina, rijeka ili polje. Stockholm, na primjer, kao metropola uopće nema gradske parkove, već je grad premrežen kanalima, šumama i jezerima. On je stvarno ono što se Singapur iz petnih žila trudi postati – grad u parku! Najveći problem održavanja cvijeća i povrća u dvorištu nedaleko središta Stockholma, žali mi se moja prijateljica, nije ni hladnoća, ni vlaga, već srne i jeleni koji joj pobrste svo zelene. Izvan strogoga središta u glavnom gradu Švedske nipošto nemate osjećaj da ste uopće u naseljenom mjestu. Stvari postaju jasnije kad pogledamo brojeve.



Branje šumskih plodova, naročito malina i borovnica omiljena je ljetna animacija Šveđana doslovno od malih nogu.



Švedska broji 13 milijardi stabala viših od 10 metara i 95 700 jezera većih od hektara. Šume i jezera pokrivaju 78 % njene površine

Stanovnici	oko 10 milijuna
Stabla (visoka minimalno 10 metara)	13 milijardi
Nacionalni parkovi	30
Prirodni rezervati	malo više od 5 000
Jezera (veća od 1 hektara)	95 700
Postotak koji pokrivaju šuma i vodene površine	78 % (69 % + 9 %)

Finsku s pravom zovu zemlja tisuću jezera, uzmemo li hektar kao granicu, u Finskoj ih nema tisuću već 56 tisuća. Sića. U Švedskoj ih ima 95 tisuća! Od 290 švedskih općina samo ih šest nema jezero veće od hektara. Uočite molim vas broj stabala u tablici. Uz to, tu su i najstarija stabla na svijetu. Cijela šuma smreka starija od 8.000 godina. Ne vjerujete? Nisam ni ja dok nisam provjerio. Zani-

mljivo je da ovi brojevi ne padaju već rastu, zahvaljujući politikama očuvanja i sadnje šuma. Tu je uz brigu za floru, dakako, i briga za faunu. A kad smo već kod životinja, znate li koja je najopasnija životinja u Švedskoj? Ne, ni medvjed ni sob ni los. Naravno, krpelj.

Priroda je za Šveđane nešto više od okoline, ona je religija. Ne doslovno

religija kao u Japanu, ali najbliže tome što u kršćanskom svijetu možete doživjeti. Šveđani svoj unutarnji mir nalaze u prirodi. Prema nedavnom istraživanju sveučilišta u Gävleu, 68 % pacijenata kojima je dijagnosticiran rak izrazilo je kako je utjehu pronašlo u boravku u prirodi, dok se njih 14 % okrenulo Crkvi. Napraviti ću se važan pa referencirati.^[1]

Šveđani su se do prije dvjestotinjak godina koristili patronimima, pa mnoga prezimena i danas završavaju na -sson (sin od), no znatan broj prezimena je spoj biljaka i(li) reljefa: Öberg (otok planina), Sandström (pješčani potok), Björk (breza), Ekstrand (hrast plaža). U 25 najčešćih prezimena nalaze se Lindberg (brijeg lipa), Lindqvist (grana lipe) i Lindgren (grančica lipe). Osobna imena su također prepuna prirode. Imamo i mi naše Višnje i Jagode, ali u Švedskoj je toga mnogo više. Poznajem tri brata koji se zovu Björn (medvjed), Sten (kamen) i Stig (put).

Konačno, samorazumljivo je kako dugotrajan boravak vani traži određen stil odijevanja. Ne postoji loše vrijeme, samo loša odjeća *Det finns inget dåligt väder, bara dåliga kläder*, kaže jedna je od najpoznatijih i najkopiranih švedskih izreka. Funkcionalnoj, voodootpornoj i toploj odjeći i obući posvećuje se posebna pažnja. I tu su Šveđani pokazali da su trendsetteri. Svaki planinar prepoznat će brandove Peak Performance i Haglöfs, a Fjällräven (planinska lisica) je već nekoliko godina toliki globalni hit da više ne možete prošetati doslovno niti jednim gradom na svijetu da na nečijim plećima ne vidite njihov kulturni Kånken ruksak.

Švedsku sam upoznao prilično detaljno. Osim Hrvatske i susjeda iz bivše, putevi su me, što privatni, a još češće poslovni, najčešće vodili u SAD i Švedsku. Prešao sam je i preletio od Ystada i Malmöa na jugu do Kirune na sjeveru i od Göteborga na zapadu do Umeae na istoku. Stockholm je definitivno najljepši i najzanimljiviji grad u Švedskoj. Jedini milijunski i puno zanimljiviji od Göteborga, Malmöa i svih ostalih gradova. Da se razumijemo, nisam tamo naišao na ružan ili neuredan grad, ali jednostavno Stockholm je poseban, em jako lijep, em pun zanimljivosti. Moji favoriti su Gamla Stan (stari grad na otoku), Stadhuset (gradska vijećnica, svojevremeno najskuplja zgrada u zemlji, remek djelo arhitekture od osam milijuna crvenih ciglica), Skansen (muzej na otvorenome, park, što zabavan, što poučan, Švedska u malom), Vasa i Nobelov muzej. Posebno Vasa i palača Drottningholm. Uz to je Stockholm izvrsna baza za obilazak cijele Skandinavije. Naime, iz njega vode jeftine trajektne i brodske linije za Rigu (fora), Helsinki (jako fora), Talin (ultra fora) i Sankt Petersburg (priča za sebe). Kad ste u Stockholmu, svakako posjetite dva manja slatkiša grada u okolici. Oba na sjeveru. Sigtuna i Uppsala. Sigtuna je nešto kao Samobor Zagrebu, ali, naravno, na jezeru, a

Uppsala je švedski Oxford. Iako Šveđani, kao što rekoh, žive u i za prirodu i imaju trideset nacionalnih parkova, teško da bih neko mjesto u prirodi okarakterizirao kao spektakularno. Nema ničega što bi se makar u dalekim naznakama moglo usporediti s Plitvicama ili Krkom. Ili da to kažem drukčije: priroda je jako lijepa, na mnogim mjestima zastao mi je dah, ali nisam tamo naišao na krajoлик na kojem bih zaboravio disati. Za ljubitelje prirode preporučit ću posjete Gotlandu - najvećem baltičkom otoku, Dalarni - povijesnoj rudarskoj pokrajini uz granicu s Norveškom i Laplandu na dalekom sjeveru, s hotelima od leda i aurorom na nebu.

Švedska je velika zemlja, treća po veličini u EU-u, nisam provjeravao, ali siguran sam da je uz Finsku i Norvešku najrjeđe naseljena u Europi. Po broju stanovnika je najbrojnija skandinavska zemlja. Svejedno, to je samo 10 milijuna stanovnika. Ipak, tih 10 milijuna je nerazmjerno doprinijelo baštini čovječanstva. Od Nobela do Thunbergice. Moram priznati da me Šveđani apsolutno oduševljavaju posebno na području glazbe, sporta, politike i, iznad svega, kao genijalni praktični inovatori. Nobel nije zgrnuo bogatstvo na jednom, već na tridesetak raznih patenata, od kojih najkorišteniji nije dinamit već šperploča. Nimalo ne glorificiram, ima tamo svega, i alkohola i nasilja i pohlepe, korupcije i kriminala. Uostalom, čitali ste ili gledali Larssonov "Milenijum", a sjećamo se i onoga totalnog promašaja od diplomata, mirovnog posrednika i čovjeka imenom Carl Bildt. Svejedno, dovoljno je da spomenemo ABBU, Bergmane, Stenmarka, Hammarškjolda, Garbo, Linnea, Celsiusa, Borga, Pipi Dugu Čarapu, H&M, Ericsson i IKEU. I sve je jasno. (Usput budi rečeno, Visoka škola diplomacije u Zagrebu nosi ime baš po ubijenom glavnom tajniku UN-a Dag Hammarskjoldu.)

Još nekoliko stvari koje su mi tamo zanimljive, ne mogu ih objašnjavati

zbog duljine članka, ali pozivam vas da ih istražite:

- Sva trgovina vinima i žesticom izvan kafića, barova i restorana je u državnim rukama. Uz stroga pravila prodaje.
- U dućanima ne možete kupiti hladno pivo. Može pivo, ne može hladno. Sorry, Mile.
- Šveđani su supertate. Država to jako potiče. Porodiljni traje 480 dana, očevi ga mogu ravnopravno koristiti. Dapače, moraju barem 90 dana. Do djetetove 12. godine. Ne mora se koristiti u komadu. Može dan po dan.
- Melodifestivalen, tj. njihova "Dora", izbor za Eurosong, je višetjedni događaj koji cijela nacija prati bez treptaja. Ko trudnoća Maje Šuput, ali svake godine.
- Božić se čestita na Badnjak, proslava počinje popodne točno u 15:00, kada se cijela obitelj okupi pred televizorom i sat vremena gledaju – pazi sad! - crtiće s Paja Patkom! (objašnjenje za poratne generacije čitatelja LN-a: Paja je Paško).
- Uz Božić, najveći je praznik ljetni suncostaj, tj. Midsommer. Svi su vani, čestitaju si, grle, igraju, piju, plešu, super stvar! Zimski suncostaj se također obilježava, uz praznik sv. Lucije. Hrabre djevojčice nose velike vijence/krone s upaljenim svijećama na glavi. Svaka škola bira svoju Luciju. Bira se i nacionalna.
- Poslovni stil je ležerniji nego kod nas. Puno. Kravata na poslu? Hmm... vjerojatno dolazi CEO kompanije. U pratnji kralja i kraljice.

Za kraj samo da kažem da sam u ovom članku vjerojatno bio subjektivan. U sukobu sam interesa. Dvoje unučadi su mi Šveđani.

Kao i obično, za sve komentare, prijedloge, veznike, uzvike...

edo.toplak@zg.t-com.hr

^[1] Ahmadi, Fereshteh. 2015. *Coping with Cancer in Sweden: a Search for Meaning*. Acta Universitatis Upsaliniensis.

Doc. dr. sc. Stanislav Rupčić

Riječki ginekolog i 11 puta državni prvak u plivanju

 EDUARD HEMAR

U ovom broju predstavljamo još jednog izvrsnog riječkog sportaša i liječnika. Riječ je o Stanislavu Rupčiću. Rođen je u Sušaku 13. studenoga 1946. Otac mu je rodom iz Sušaka, a podrijetlom iz roda Rupčića, senjskih uskoka. Majka Nada, rođ. Biondić, bila je rodom iz Senja. Stanko je imao godinu i pol kada se njegov rodni grad spojio s Rijekom. Do osme godine živio je u naselju Draga koje je nekada pripadalo Sušaku, a potom se obitelj preselila u Stari grad, središte Rijeke. Odrastao je s godinu dana starijim bratom Franjom i dvije godine mlađom sestrom Helom, koja je nažalost preminula sa samo 15 godina života od srčanog zastoja. Otac mu je po zanimanju bio carinik, a u vrijeme Kraljevine Jugoslavije radio je na sušačkom mostu koji je bio državna granica s Rijekom i zatim Kraljevinom Italijom. Majka je bila domaćica i brinula se za kućanstvo i obitelj. Imao je sretno djetinjstvo.

Plivanjem se počeo baviti 1958. zajedno s bratom u Sportskom društvu *Primorje*. Pod vodstvom trenera Branka Bogunovića u pionirskoj konkurenciji i Ive Schnellera u juniorskom i seniorskom uzrastu, razvio se u najtalentiranijeg plivača svoje generacija uz Ranka Dorčića (brata poznatog plivača Mihovila - Miće Dorčića). Najbolje rezultate postigao je u slobodnom stilu plivanja a bio je i dobar u leđnom stilu. Tijekom dese-

togodišnje aktivne plivačke karijere postigao je niz uspjeha. Pripadao je izvršnoj generaciji riječkih plivača, koja je dobila dobre uvjete za treniranje i razvoj sportske karijere nakon otvaranja zimskog bazena u Školjiću 1963. Bio je član ekipe *Primorja* koja je 1964. u Mostaru osvojila 2. saveznu plivačku ligu i plasirala se u 1. ligu, a predvodio ih je najbolji pojedinac Mićo Dorčić. Na ljetnom seniorskom Prvenstvu Jugoslavije 1967. u Splitu postao je prvak u štafeti 4x100 m slobodno s Dankom Klemenom, Davorom Carom i Aleksejem Ternovcem, te u štafeti na 4x200 m sl., uz braću Dorčić i Cara. Uz to je na tom prvenstvu bio drugi na 100 m sl. i ekipno. Još bolje rezultate ostvario je na Zimskom prvenstvu Jugoslavije u kratkim bazenima (25 metara). Godine 1965. u Rijeci postao je prvak sa štafetom na 4x100 m sl. uz Ivicu Radoša, Miću Dorčića i brata Franju, kao i u ekipnoj konkurenciji s klubom. Potom je 1966. u Zagrebu pobijedio sa štafetom na 4x100 m sl. uz brata Franju, Miću Dorčića i Frana Dobrilu (kojeg smo predstavili u jednom od prethodnih brojeva LN-a). Na prvenstvima održanima 1967. u Rijeci i 1968. u Zagrebu još je dva puta osvojio naslov zimskog prvaka sa štafetom na 4x100 m sl. s već spomenutim plivačima i Reneom Lustigom te s *Primorjem*.

Zajedno s više istaknutih članova *Primorja* počeo se baviti ronilačkim sportom u Sportsko ribolovnom društvu *Kostrena*. Na državnom prvenstvu 1969. u Zagrebu u plivanju



Doc. dr. sc. Stanislav Rupčić

perajama bio je prvak sa štafetom na 4x100 m uz Vanju Prizmića, Marina Lovrovića i Ranka Dorčića te ekipno, a viceprvak je bio na 100 m. Za reprezentaciju SFR Jugoslavije nastupio je na međudržavnom plivačkom dvoboju protiv Ujedinjene Arapske Republike 1963. u Splitu.

Ukupno je u dva sporta osvojio 11 naslova državnog prvaka i prema postignutim rezultatima jedan je od najuspješnijih hrvatskih liječnika sportaša. Zbog brojnih obveza na studiju prestao se natjecati s 23 godine. Nakon osamostaljenja Hrvatske bio je 1990-ih godina član predsjedništva Sportskog društva *Primorje*, te ponovo u dva mandatna razdoblja od 2011. do 2015. Brat Franjo bio je dugogodišnji sportski djelatnik u klubovima *Primorje* i *Rijeka*.

Stanislav, zvan Stanko, u Rijeci je završio Gimnaziju "Mirko Lenac"

1965. i potom na Medicinskom fakultetu diplomirao 1972., magistrirao 1998. i doktorirao 2003. iz znanstvenog područja biomedicine i zdravstva. Specijalistički ispit iz ginekologije i opstetricije položio je 1977. u Zagrebu. Radni vijek od 1972. do 2012. proveo je u KBC-u Rijeka. Radio je kao liječnik specijalist na Klinici za ginekologiju i opstetriciju. Bio je pročelnik Odsjeka za ginekološku onkologiju i pročelnik Odjela za ginekologiju. Na MEF-u u Rijeci predavao je ginekologiju od 1998. do 2012. Stekao je zvanje docenta. Stručno se usavršavao iz operativne ginekologije i onkologije, te iz uroginekologije: 1983., 1986. i 2004. u Ljubljani, 1985. u Rimu, 1998. u Helsinkiju i 2000. u Parizu. Sudjelovao je u projektima Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa RH od 2002. do 2006. Autor je i koautor više znanstvenih i stručnih radova. Prisustvovao je na mnogim domaćim i međunarodnim kongresima. Po odlasku u mirovinu, od 2013. radi honorarno kao voditelj Odjela ginekologije u Općoj bolnici Ogulin. Povremeno je kao konzultant djelovao i u Općoj bolnici Zadar. Posebno treba naglasiti njegovo sudjelovanje u Domovinskom ratu. Tijekom vojne agresije na Hrvatsku bio je kao liječnik u neborbenom sektoru član saniteta u ratnoj bolnici u Gospiću i Otočcu 1991. te u Novoj Bili u BiH 1995. Za svoje nesporne zaslugе u karijeri dobitnik je Spomenice Domovinskog rata RH i raznih drugih priznanja.



Na gradskom kupalištu 1965. u Rijeci.



Plivači Primorja 1964. u Mostaru. S lijeva S. Rupčić, F. Dobrila, S. Bonetti i M. Dorčić.

Doc. Rupčić u braku je i ima dvoje djece. Iznimno je vitalan za svoje godine. Jedan je od rijetkih liječnika koji još aktivno radi u 74. godini života i putuje na posao gotovo 100 km u jednom pravcu. Svoje slobodno vrijeme provodi u obiteljskoj kući u Kostreni kod Rijeke.

Izv.: Osobna izjava i dokumentacija doc. dr. sc. Stanislava Rupčića iz Rijeke.

Lit.: *Victoria Primorje 1908. – 1978.*, Rijeka, 1978.; Srećko Cuculić, *Victoria Primorje 1908. – 1998.*, Rijeka, 1998.; *Vodeći hrvatski liječnici*, Zagreb, 2004.; Boris Perović, *Victoria – Primorje 1908. – 2013.*, Rijeka, 2013.; Ratko Dušević, *Prva sušačka hrvatska gimnazija u Rijeci Leksikon istaknutih učenika gimnazije*, Rijeka, 2017.

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

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

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

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

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

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

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

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

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

Teorijski seminari

Hrvatsko psihoanalitičko društvo
Zagreb, 1.1.-31.12.2021.
g. Oleg Filipović, tel: ,
e-mail: oleg.filipovic1@zg.t-com.hr

Kako pristupamo liječenju bolesnika kojima je potrebna adekvatna antikoagulacijska i antiagregacijska zaštita?

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
<https://ecme.bayer.hr>, 16.3.-16.6.2021.
g. Marijo Haban, tel: 099 942 5751,
e-mail: marijo.haban@agentius.hr

Simptomi zatajivanja srca u prikrivenoj bolesti zalistaka

Hrvatsko kardiološko društvo
edu.crocho.hr, 18.3.-18.9.2021.
g. Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@crocho.hr

Pompeova bolest – kako prepoznati bolesnika u čekaonici

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 19.3.-1.8.2021.
gđa. Vida Peterlik, tel: 0911333838,
e-mail: vida@dedal.hr

Antidepressant Treatment in Major Depressive Disorder (MDD) Masterclass 2021

Lundbeck Croatia d.o.o.
online, 25.03.-22.06.2021.
g. Krešimir Lovrić, tel: 0989821891,
e-mail: krl@lundbeck.com

BRZI ORJENTACIJSKI PREGLED ULTRAZVUKOM U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI

Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 29.03.2021. – 16.12.2021.
gđa. Gordana Antić, tel: 099 255 4042,
e-mail: gordana.antic@zhmiz.hr

Prevenција i rano otkrivanje raka vrata maternice – kome vrijedi reći PA-PA?

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Platforma Volim zdravlje <https://volimzdravlje.hr/>, 29.3.-31.12.2021.
prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr.med.,
tel: 091 4683036,
e-mail: tatjana.nemeth-blastic@hzjz.hr

Svakodnevna klinička praksa liječenja epilepsija

Makpharm d.o.o.
virtualna edukacija, 1.4.-1.5.2021.
gđa. Danijela Cosic, tel: 098753535,
e-mail: danijela.cosic@makpharm.hr

4. modul tečaja "Što promijeniti da prvi osetoporotični prijelom Vašeg bolesnika ostane i posljednji?"

Hrvatsko društvo za osteoporozu
edu.e-med.hr, 08.04.-08.10.2021.
g. Marijo Haban, tel: 08009666,
e-mail: podrska@emed.hr

Terapija trajnog, umjerenog do teškog alergijskog rinitisa i alergijske astme uzrokovanih grinjom kućne prašine

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 8.4.-31.7.2021.
g. Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Klinička prehrana u PZZ

Inicijativa za promicanje edukacije u medicini
Zagreb, 12.-13.4.2021.
prim. Vedran Tomašić, dr.med.,
tel: 0994430566,
e-mail: info@ipem.hr

Jetra susreće bubrege – Virusni hepatitis

Hrvatsko gastroenterološko društvo i Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju online, 13.04.2021.
prof. Anna Mrzljak, tel: 0911976261,
e-mail: anna.mrzljak@gmail.com

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Preko, 13.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Novi pristup liječenju upale kod bolesti suhog oka

Inspharma d.o.o.
Zagreb, 13.4.2021.
gđa. Dunja Čolović, tel: 0993537538,
e-mail: dunja.colovic@inspharma.com

Kada srce kaže bubrege

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.4.2021.
g. Slavko Žužul, tel: 0912353412,
e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

Kada srce kaže bubrege :)

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.4.2021.
gđa. Josipa Lončar, tel: 0912353112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

Kada srce kaže bubrege

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.4.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Okrugli stol : Pristup bolesniku sa visokim rizikom za osteoporotične frakture

Amgen d.o.o.
Online – Webex platforma, 13.4.2021.
g. Mario Lacić, tel: 0989806755,
e-mail: mlacic@amgen.com

Kada srce kaže bubrege

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.4.2021.
g. Jakov Vlasković, tel: 091 2353 125,
e-mail: jakov.vlak@sandoz.com

Kada srce kaže bubrege

Sandoz d.o.o.
webinar, 13.4.2021.
gđa. Marija Mihajlovska, tel: 091 2353 210,
e-mail: marija.mihajlovski_ext@sandoz.com

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Gračac, 14.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Kada srce kaže bubrege :)

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.4.2021.
gđa. Petra Lešin, tel: 091 2353 414,
e-mail: petra.lesin@sandoz.com

Kada srce kaže bubrege

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.4.2021.
gđa. Dora Jović, tel: 091 2353 422,
e-mail: dora.jovic@sandoz.com

KOPB od sumnje do liječenja

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 14.4.2021.
g. Adam Crnković, tel: 0997342155,
e-mail: acrnkovic@berlin-chemie.com

Perioperativno liječenje anemije

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.4.2021.
gđa. Irena Gržentić, tel: 0912353212,
e-mail: irena.grzentic@sandoz.com

Kada srce kaže bubreg

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.4.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Kada srce kaže bubreg

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.4.2021.
gđa. Josipa Lončar, tel: 0912353112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

Primjena ambroksola kod simptomatskog liječenja produktivnog kašlja kod djece

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 14.4.2021.
gđa. Lucija Čikeš, tel: 099 3556 169,
e-mail: lcikes@berlin-chemie.com

Snažna patronaža - komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Donja Stubica, 14.04.-16.04.2021.
gđa. Karmen Arnaut, tel: 0919252091,
e-mail: karmen.arnaut@stampar.hr

Upravljanje kardiovaskularnim rizikom u kliničkoj praksi - od arterijske hipertenzije do metabolizma

Mylan Hrvatska d.o.o.
Microsoft Teams - online, 14.04.2021.
gđa. Vanda Siročić Čerkezović,
tel: 0912335600,
e-mail: vanda.sirocicerkezovic@viatris.com

Prikaz randomizirane prospektive kliničke studije

HLZ područnica istarske
Pula, 15.04.2021.
gđa. Jasmina Simović Medica/ gđa. Loredana Labinac, tel: 0981904176,
e-mail: simovicmedica@gmail.com

Automated anti-D quantification in immunization and prophylaxis

Hrvatsko društvo za transfuzijsku medicinu
Zagreb, 15.04.2021.
gđa. Ana Hećimović,
tel: 4600334/0993173592,
e-mail: ana.hecimovic@hztm.hr

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Obrovac, 15.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u optimalnom liječenju bolesnika s KZS

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 15.4.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 016274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Kada srce kaže bubreg

Sandoz d.o.o.
webinar, 15.4.2021.
g. Slavko Žužul, tel: 0912353412,
e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

Usporedba Nixara s drugim antihistaminicima

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 15.4.2021.
gđa. Mira Šokićić, tel: 0995346431,
e-mail: msokicic@berlin-chemie.com

Kada srce kaže bubreg :)

Sandoz d.o.o.
webinar, 15.4.2021.
gđa. Danijela Ljubas Hižman,
tel: 0913460149,
e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

Kada srce kaže bubreg

Sandoz d.o.o.
webinar, 15.4.2021.
gđa. Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

PD-L1 testiranje u NSCLC-u

AstraZeneca d.o.o.
virtualno, 15.4.2021.
g. Mirko Grubor, tel: 0916302352,
e-mail: mirko.grubor@astrazeneca.com

Statinska terapija kod PAB i kronične bubrežne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 15.4.2021.
g. Karlo Smiljan, tel: 091 5511 996,
e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

4. KONGRES KIRURŠKE ONKOLOGIJE

KBC SESTRE MILOSRDNICE
Vodice, 16.4.2021.
gđa. Ana Krizmanić Mikolčević,
tel: 0989105778,
e-mail: ana@filidatravel.hr
Iznos kotizacije: 1000,00kn

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Sali, 16.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Online natjecanje u kliničkim i dijagnostičkim vještinama i panel prikaza kliničkih slučajeva

Odbor za medicinsku edukaciju Međunarodne udruge studenata medicine Hrvatska (CroMSIC)
Zagreb, 17.4.2021.
gđa. Kana Halić Kordić, tel: 0996936086,
e-mail: lome.zagreb@cromsic.hr

Tečaj 1.kategorije "Ultrazvuk štitnjače"

Zavod za endokrinologiju i dijabetes, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb
Zagreb, 19.4.-14.5.2021.
gđa. Sunčana Zgaga, tel: 012376581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr
Iznos kotizacije: 8000,00kn

Mikronizirana pročišćena flavonoidna frakcija u liječenju kronične venske bolesti

Servier Pharma d.o.o.
online, 19.4.2021.
gđa. Marija Bobinac, tel: 091 6551551,
e-mail: marija.bobinac@servier.com

Sastanak sekcije u sklopu Hrvatske proljetne pedijatrijske škole

KBC Split
Split, 19.4.2021.
doc. dr. sc. Radenka Kuzmanić Šamija, tel: 021 556 303 / 091 580 2247,
e-mail: proljetnaskola@hpps.com.hr

Alergijski rinitis- najčešća kronična bolest

Hrvatsko katoličko liječničko društvo
Zagreb, 20.04.2021.
gđa. Slavica Grubišić/ gđa. Jasna Ćurić,
tel: 014817537/098588812,
e-mail: tajnistvo@hkld.hr

Jetra susreće bubreg - Zatajenje jetre i bubrega

Hrvatsko gastroenterološko društvo i Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
online, 20.04.2021.
prof. Anna Mrzljak, tel: 0911976261,
e-mail: anna.mrzljak@gmail.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.4.2021.
g. Petar Bago, tel: 091 2353 418,
e-mail: petar.bago@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.4.2021.
g. Filip Lokin, tel: 091 2353 437,
e-mail: filip.lokin@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 20.4.2021.
gđa. Mirela Gudelj, tel: 091 2353 219,
e-mail: mirela.gudelj@sandoz.com

KOPB i komorbiditeti

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 20.4.2021.
g. Adam Crnković, tel: 099 7342155,
e-mail: acrnkovic@berlin-chemie.com

Novi potencijal lijeka Trulicity

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Vinkovci, 20.4.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 01/2350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Izrada smjernica Hrvatskog traumatološkog društva – kuk i natkoljenica

Hrvatsko traumatološko društvo
Zagreb, 20.4.2021.
g. Dejan Blažević, g. Dino Bobovec,
tel: 0915685245,
e-mail: dbobovec@gmail.com

STRUČNO PREDAVANJE LIJEČNIKA O TEMAMA IZ HITNE MEDICINE

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU VARAŽDINSKE ŽUPANIJE
Varaždin, 20.4.2021.
Maja Svetec, spec. hitne medicine,
tel: 099 398 5015,
e-mail: svetecmaja@gmail.com

Sastanak sekcije u sklopu Hrvatske proljetne pedijatrijske škole

KBC Split
Split, 20.4.2021.
doc. dr. sc. Radenka Kuzmanić Šamija,
tel: 021 556 303 / 091 580 2247,
e-mail: proljetnaskola@hpps.com.hr

Upravljanje kardiovaskularnim rizikom u kliničkoj praksi - od arterijske hipertenzije do metabolizma

Mylan Hrvatska d.o.o.
Microsoft Teams - online, 21.04.2021.
gđa. Vanda Siročić Čerkezović,
tel: 0912335600, e-mail: vanda.sirocicerkezovic@viatris.com

Sastanak sekcije u sklopu Hrvatske proljetne pedijatrijske škole

KBC Split
Split, 21.04.2021.
doc. dr. med. Radenka Kuzmanić Šamija,
tel: 021556303/0915802247,
e-mail: proljetnaskola@hpps.com.hr

7. simpozij Apoptoza i novotvorine

Razred za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, odbor za proteomiku i genomiku u onkologiji
Zagreb, 21.4.2021.
gđa. Tihana Pavčić Mlinar,
tel: 014898171, e-mail: tihana@hazu.hr

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u optimalnom liječenju bolesnika s KZS

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 21.4.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 016274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 21.4.2021.
gđa. Ivana Zelić, tel: 091 2353 425,
e-mail: ivana.zelic@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 21.4.2021.
g. Tihomir Žugec, tel: 091 2353 168,
e-mail: tihomir.zugec@sandoz.com

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 21.4.2021.
g. Vladimir Čandrić, tel: 091 3722 324,
e-mail: vladimir.candric@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 21.4.2021.
gđa. Karla Stanko, tel: 091 2353 171,
e-mail: karla.stanko@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 21.4.2021.
g. Ivan Antić, tel: 091 3460 150,
e-mail: ivan.antic@sandoz.com

Primjena bilastina kod simptomatskog liječenja alergijskog rinokonjunktivitisa

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
online, 21.4.2021.
g. Vedran Nervo, tel: 0917219551,
e-mail: vnervo@berlin-chemie.com

Edukacijske vježbe izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Međimurske županije
Čakovec, 21.4.-23.4.2021.
g. Jurica Juričan, mag.med.techn.,
tel: 0992516605,
e-mail: glavni.tehnicar@zhm-mz.hr

EWOPHARMA AKADEMIJA ADRIATIC

EWOPHARMA d.o.o.
Zagreb, 22.04.2021.
gđa. Stefani Levak, tel: 0912731302,
e-mail: s.levak@ewopharma

Sastanak sekcije u sklopu Hrvatske proljetne pedijatrijske škole

KBC Split
Split, 22.04.2021.
doc. dr. med. Radenka Kuzmanić Šamija,
tel: 021556303/0915802247,
e-mail: proljetnaskola@hpps.com.hr

EDUKACIJSKE VJEŽBE ZA DOKTORE I MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARE U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU PRIMORSKO GORANSKE ŽUPANIJE
Rijeka, 22.-24.2.2021.
gđa. Emilija Lazarević, tel: 099 546 53 38,
e-mail: edukacija@zzhm-pgz.hr

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 22.4.2021.
gđa. Irena Gržentić, tel: 091 2353 212,
e-mail: irena.grzentic@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 22.4.2021.
g. Silvije Marjanović, tel: 091 6841 210,
e-mail: silvije.marjanovic@sandoz.com

Gorki okus šećerne bolesti

Sandoz d.o.o.
webinar, 22.4.2021.
gđa. Marina Matak, tel: 091 2353 420,
e-mail: marina.matak@sandoz.com

"Gorki okus šećerne bolesti"

Sandoz d.o.o.
webinar, 22.4.2021.
g. Josip Barilar, tel: 091 2353 419,
e-mail: josip.barilar@sandoz.com

"Gorki okus šećerne bolesti"

Sandoz d.o.o.
webinar, 22.4.2021.
g. Ante Matijević, tel: 091 2353 208,
e-mail: ante.matijevic@sandoz.com

Kako pomoći bolesnicima s kroničnom venskom insuficijencijom?

Servier Pharma d.o.o.
online, 22.4.2021.
gđa. Ana Ljubas Žic, tel: 0992751736,
e-mail: ana.ljubas-zic@servier.com

Zbrinjavanje otežanog dišnog puta

Udruga Tomislav Radočaj za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj i usavršavanje na području anesteziologije, reanimatologije, intenzivnog liječenja i liječenja boli u Republici Hrvatskoj
Zagreb, 22.4.-23.4.2021.
gđa. Julijana Obrst, tel: 01 37 87 428,
e-mail: jobrst@gmail.com
Iznos kotizacije: 2000,00kn

1. HRVATSKI NEURORADIOLOŠKI KONGRES s međunarodnim sudjelovanjem ONLINE

Hrvatsko neuroradiološko društvo Hrvatskog liječničkog zbora
online, 22.4.-24.4.2021.
gđa. Mateja Balić Davidović, tel: 013907283 / 0993157594, e-mail: mateja@lcc-banteltravel.com.hr
Iznos kotizacije: members of HNRD – free of charge; specialists 1200 kn, residents 700 kn; radiology technologists 500 kn; nurses 350 kn; medical students and retired doctors – free of charge; others 500 kn

14. Hrvatski onkološki kongres

Hrvatsko onkološko društvo HLZ-a
Poreč, 22.4.-25.4.2021.
g. Eduard Vrdoljak, tel: 098448431,
e-mail: tonka.boban@gmail.com
Iznos kotizacije: 2000,00kn

Klinička supervizija

Centar za pomoć u stresu
Rijeka, 24.4.2021.
gđa. Petra Marinković, tel: 0913493810,
e-mail: centarzapomocustres@yahoo.com

Prva medicinska pomoć u ronjenju

Zavod za pomorsku medicinu Split
Split, 26.04.2021. – 30.04.2021.
Mario Dadić, dr.med., tel: 091/596-3430,
e-mail: marioadic60@gmail.com

ULTRAZVUK KUKOVA U OTKRIVANJU RPK-razvojnog poremećaja kuka

Doctors & Co. d.o.o.
Zagreb, 26.04.2021. – 30.04.2021.
Tomislav Ribčić, tel: 0958030801,
e-mail: tomislav.ribcic1@gmail.com
Iznos kotizacije: 5000,00kn

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Benkovac, 26.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Multidisciplinarni pristup pacijentu

Sandoz d.o.o.
webinar, 26.04.2021.
g. Silvije Marjanović, tel: 0916841210,
e-mail: silvije.marjanovic@sandoz.com

Jetra susreće bubrege - Transplantacija jetre i bubrega

Hrvatsko gastroenterološko društvo i Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantacijuonline, 27.04.2021.
prof. Anna Mrzljak, tel: 0911976261,
e-mail: anna.mrzljak@gmail.com

Proljetni umor ili neki veći problem?

Sandoz d.o.o.
webinar, 27.04.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Webinar: COVID 19 i Clostridioides difficile – optimizirajmo liječenje

HLZ Hrvatsko društvo za infektivne bolesti
Zagreb, 27.04.2021.
gđa. Jasminka Blaha, tel: 0911871952,
e-mail: jblaha@bfm.hr

Upotreba Liotona po CEAP klasifikaciji

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska
online, 27.04.2021.
gđa. Ana Begović, tel: 0997342156,
e-mail: abegovic@berlin-chemie.com

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Preko, 27.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Primijenjena genomika u Covid 19

Odbor za primijenjenu genomiku Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Akademija medicinskih znanosti hrvatske, Klinika za infektivne bolesti, Fran Mihaljević
online, 27.4.2021.
gđa. Tihana Pavičić Mlinar, tel: 014895171,
e-mail: genomika-hazu@hazu.hr

Emgality – snažna učinkovitost u svakodnevnoj kliničkoj praksi

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo RH
Zagreb, 28.04.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Gračac, 28.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

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

Novartis Hrvatska d.o.o.
MS Teams, 28.4.2021.
gđa. Bruna Mesić, tel: 01 6274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Novi potencijal lijeka Trulicity

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Osijek, 28.4.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 01/2350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Neuroplastičnost u rehabilitaciji moždanog udara

SB za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama
Zagreb, 28.4.2021.
Ivana Kern, tel: 098/1720609,
e-mail: kern_ivana@yahoo.com

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Obrovac, 29.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

Terapijski pristup cijeljenju rane

Sanitas d.o.o.
Rijeka, 29.4.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Dijagnostika i terapijske mogućnosti kod glaukoma

Poliklinika Lacrima
Sali, 30.4.2021.
gđa. Suzana Konjevoda, tel: 098352969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com

OBOJENI DOPLER EKSTRAKRANIJSKE MOŽDANE CIRKULACIJE

Klinika za bolesti srca i krvnih žila i Klinika za neurologiju KBC "Sestre milosrdnice", Hrvatsko neurološko društvo
Zagreb, 3.5.-7.5.2021.
prof.dr.sc. Arijana Lovrenčić-Huzjan, Prof. dr.sc. Dijana Delić Brkljačić, tel: 013787617 0915032501, e-mail: arijana.huzjan@gmail.com
Iznos kotizacije: 5000,00 kn (za polaznike oba tečaja) / Obojeni dopler ekstrakranijske cirkulacije i "Obojeni dopler intrakranijske cirkulacije" s obje individualne edukacije iznos kotizacije je 8000,00 kn

Terapijski pristup cijeljenju rane

Sanitas d.o.o.
Rijeka, 5.5.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Prvi online regionalni simpozij mladih endokrinologa – Hitna stanja u endokrinologiji

Hrvatsko društvo za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a
online, 5.5.–6.5.2021
gđa. Sunčana Zgaga, tel: 23 76 581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr

Edukacijska vježba za doktore medicine i medicinske sestre-medicinske tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Karlovac, 5.5.–7.5.2021.
Saša Balija, mag.med.techn.,
tel: 0981395233, e-mail: sasa.balija@hzhm.hr

U POVODU OBILJEŽAVANJA MEĐUNARODNOG DANA HIGIJENE RUKU – DESETI HRVATSKI SIMPOZIJ O INFEKCIJAMA POVEZANIM SA ZDRAVSTVENOM SKRBI

HLZ Hrvatsko društvo za kliničku mikrobiologiju
Zagreb, 05.05.2021.
gđa. Jasminka Blaha, tel: 0911871952,
e-mail: jblaha@bfm.hr

Veće doze lijeka Trulicity dostupne i relavantne za praksu

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo RH
Zagreb, 05.05.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Suvremena antiagregacijska terapija kod bolesnika s polivaskularnom bolešću

Hrvatska endovaskularna inicijativa
Zagreb, 6.5.2021.
Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

Supervizija III

Gestalt centar Homa
Zagreb, 7.5.–9.5.2021.
gđa. Jasenka Pregrad,
tel: 014683278 / 0915251560,
e-mail: jasenka.pregrad@gmail.com
Iznos kotizacije: 980,00kn+PDV

"4. SIMPOZIJ WEBINAR – NAJČEŠĆI INFektivni SINDROMI U ORDINACIJI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE"

HLZ Hrvatsko društvo za infektivne bolesti
Zagreb, 08.05.2021.
gđa. Jasminka Blaha, tel: 0911871952,
e-mail: jblaha@bfm.hr
Iznos kotizacije: 300,00kn/200,00kn

DOPLER SONOGRAFIJA INTRAKRANIJSKE Cirkulacije

Klinika za bolesti srca i krvnih žila i Klinika za neurologiju KBC "Sestre milosrdnice", Hrvatsko neurološko društvo
Zagreb, 10.5.–14.5.2021.
prof.dr.sc. Arijana Lovrenčić-Huzjan, Prof.
dr.sc. Dijana Delić Brkljačić, tel: 013787617
0915032501, e-mail: arijana.huzjan@gmail.com
Iznos kotizacije: 5000,00 kn (za polaznike

oba tečaja / "Dopler sonografija intrakranijske cirkulacije" i Obojeni dopler ekstrakranijske cirkulacije" / s obje individualne edukacije iznos kotizacije je 8000,00 kn)

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 11.5.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

PREVENCIJA ATEROSKLEROZE – PERSONALIZIRANIPRISTUP U LIJEČENJU DISLIPIDEMIJA

Hrvatski liječnički Zbor, Hrvatsko društvo za aterosklerozu u suradnji sa HAZU- razred za aterosklerozu
Zagreb, 11.05.2021.
g. Ivan Pećin, tel: 012388772,
e-mail: ivanpecin@yahoo.com

ZNAMO LI SVE O LIJEČENJU ASTME I ALERGIJSKOG RINITISA?

Sandoz d.o.o.
webinar, 12.05.2021.
g. Petar Bago, tel: 0912353418,
e-mail: petar.bago@sandoz.com

6. hrvatski kongres kliničke citologije s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
virtualni skup, 13.5.–15.5.2021.
Prim.dr.sc. Snježana Štemberger-Papić, dr.med.,
tel: 051/658-206,
e-mail: snjezana.stemberger@ri.t-com.hr
Iznos kotizacije: Kotizacija do 15.05.2021.
Sudionik 1.000,00 HRK Specijalizant 500,00 HRK
Citotehnolog 500,00 HRK Sponzorsko osoblje 700,00 HRK

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 13.5.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

V. Online SIMPOZIJ O DOJENJU „MAČINO MLJEKO – NAJDRAGOCJENIJI RESURS ZA NOVOROĐENČAD IMALU DJECU“ – Zaštitimo dojenje koristeći se postojećim prilikama i mogućnostima!

Hrvatska udruga grupa za potopru dojenja
Zagreb, 14.05.2021.
gđa. Dinka Barić, tel: 0919594659,
e-mail: info@hugpd.hr
Iznos kotizacije: 100,00kn

Napredne spoznaje iz humane reprodukcije: IVF/ ICSI i druge tehnologije
POLIKLINIKA IVF
Opatija, 14.05.2021. – 15.05.2021.
IVA ŠIMUNIĆ, tel: 091 3330733,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro

URTIKARIJE I EKCEMI: PREPORUKE, ISKUSTVA I SPOZNAJE
KBC SESTRE MILOSRDNICE I HRVATSKO DRUŠTVO

ZA ALERGOLOGIJU I KLINIČKU IMUNOLOGIJU
HLZ-a
Zagreb, 14.5.2021.
Danijela Nordio, tel: 099/2727-880, e-mail: danijela.nordio@kbcsm.hr
Iznos kotizacije: 500,00 kn specijalizanti, 200,00 kn specijalisti

SLUŠNA DIJAGNOSTIKA NAGLUHOSTI I GOVORNO-JEZIČNA REHABILITACIJA
POLIKLINIKA VESTIBULOTOL
Zagreb, 15.5.–15.6.2021.
Zlatan Hanžek i Jasenka Broz Frajtag,
tel: 098 9215959 099 2545707,
e-mail: info@vestibulotol-psr.hr
Iznos kotizacije: 400,00kn

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 19.5.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Pedijatrijska hipertenzija – rastući problem
Hrvatsko društvo za hipertenziju
online, 20.5.–20.11.2021.
prim.dr.sc. Bernardica Valent Morić,
tel: 013787350,
e-mail: bvmoric@hotmail.com

Radiološki edukacijski centar – MR tečaj
Referentni centar za radiologiju prevenciju, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju bolesti glave i vrata Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske
Zagreb, 22.5.2021.
izv.prof.dr.sc. Dijana Zadravec, dr.med.,
tel: 0995435554,
e-mail: radioloski.centar@kbcsm.hr

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 26.5.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 27.5.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Klinička supervizija
Centar za pomoć u stresu
Rijeka, 29.5.2021.
gđa. Petra Marinković, tel: 0913493810,
e-mail: centarzapomocustresu@yahoo.com

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 1.6.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Gestalt pogled na psihopatologiju (neuroze, psihoze): Anksioznost i poremećaji raspoloženja

Gestalt centar Homa
Zagreb, 4.6.–6.6.2021.
gđa. Jasenka Pregrad,
tel: 014683278 / 0915251560,
e-mail: jasenka.pregrad@gmail.com
Iznos kotizacije: 980,00kn+PDV

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 8.6.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Terapijski pristup cijeljenju rane
Sanitas d.o.o.
Rijeka, 10.6.2021.
gđa. Mia Nemir, tel: 091 225 0060,
e-mail: mia@sanitas.com.hr

Klinička supervizija
Centar za pomoć u stresu
Rijeka, 26.6.2021.
gđa. Petra Marinković, tel: 0913493810,
e-mail: centarzapomocustresu@yahoo.com

TEČAJ BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA – modul I 01.07.2021.TIPOVI ISTRAŽIVANJA, TIPOVI I PRIKAZ PODATAKA I INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 1.7.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

MEDICINSKA AKUPUNKTURA
UČILIŠTE LOVRAN – ustanova za obrazovanje odraslih
Opatija, 01.07.2021. – 29.09.2021.
gđa. Irena Plantak, tel: 051 293 851,
e-mail: info@wellness.hr
Iznos kotizacije: 12.000kn; Način financiranja skupa Polaznici plaćaju tečaj na rate (2) ili jednokratno s pravom na popust (5%)

TEČAJ BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA – modul II 08.07.2021. Interpretacija rezultata istraživanja
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 8.7.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

TEČAJ BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE: OSNOVE EPIDEMIOLOŠKIH I STATISTIČKIH METODA – modul III 15.07.2021. Izbor statističkog testa
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
online, 15.7.2021.
dr. Jelena Dimnjaković, tel: 014863272,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 312,50kn

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA ROTEAS®

▼ **Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr.**

NAZIV LIJEKA: Roteas® 15 mg / Roteas® 30 mg / Roteas® 60 mg filmom obložene tablete (edoksaban, u obliku tosilata)

TERAPIJSKE INDIKACIJE: Prevencija moždanog udara i sistemske embolije u odraslih bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrijske (NVAf) s jednim ili više čimbenika rizika, kao što su kongestivno zatajenje srca, hipertenzija, dob ≥ 75 godina, šećerna bolest, pretrpljeni moždani udar ili tranzitorna ishemijska ataka (TIA). Liječenje duboke venske tromboze (DVT) i plućne embolije (PE) te prevencija ponavljajućih DVT-a i PE-a u odraslih.

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE: *Prevencija moždanog udara i sistemske embolije:* Preporučena doza je 60 mg edoksabana jedanput na dan. Terapija edoksabanom u bolesnika s NVAf-om mora biti dugotrajna.

Liječenje DVT-a, liječenje PE-a i prevencija ponavljajućih DVT-a i PE-a (VTE): Preporučena doza je 60 mg edoksabana jedanput na dan nakon početne primjene parenteralnog antikoagulansa tijekom najmanje 5 dana. Edoksaban se ne smije primijeniti istodobno s početnim parenteralnim antikoagulansom. Trajanje terapije za liječenje DVT-a i PE-a (venske tromboembolije, VTE) te prevencije ponavljajućeg VTEa treba biti prilagođeno pojedinom bolesniku nakon pažljive procjene koristi od liječenja u odnosu na rizik od krvarenja. Kratko trajanje terapije (najmanje 3 mjeseca) treba temeljiti na prolaznim čimbenicima rizika (npr. nedavni kirurški zahvat, trauma, imobilizacija), dok dulje trajanje treba temeljiti na trajnim čimbenicima rizika ili idiopatskim DVTima ili PEima. Za NVAf i VTE preporučena doza je 30 mg edoksabana jedanput na dan u bolesnika s jednim ili više sljedećih kliničkih čimbenika: • umjereno ili teško oštećenje funkcije bubrega (klirens kreatinina (CrCl) 15 – 50 ml/min) • niska tjelesna težina ≤ 60 kg • istodobna primjena sljedećih inhibitora P-glikoproteina (P-gp): ciklosporina, dronedarona, eritromicina i ketokonazola.

Starija populacija: Nije potrebno sniženje doze.

Oštećenje funkcije bubrega: Funkciju bubrega treba procijeniti izračunavanjem klirensa kreatinina (CrCl) (Cockcroft-Gaultova metoda) prije početka liječenja edoksabanom. Blago oštećenje funkcije bubrega (CrCl $> 50 - 80$ ml/min): preporučena doza edoksabana je 60 mg jedanput na dan. Umjereno ili teško oštećenje funkcije bubrega (CrCl 15 – 50 ml/min): preporučena doza edoksabana je 30 mg jedanput na dan. Završni stadij bubrežne bolesti (ESRD) (CrCl < 15 ml/min) ili bolesnici na dijalizi: primjena edoksabana se ne preporučuje. Funkciju bubrega također treba procijeniti kad se sumnja na promjenu funkcije bubrega tijekom liječenja (npr. hipovolemija, dehidracija i u slučaju istodobne primjene određenih lijekova).

Oštećenje funkcije jetre: Prije početka primjene lijeka potrebno je provesti testove jetrene funkcije. Edoksaban je kontraindiciran u bolesnika s bolešću jetre povezanom s koagulopatijom i klinički značajnim rizikom od krvarenja. Teško oštećenje funkcije jetre: edoksaban se ne preporučuje. Blago do umjereno oštećenje funkcije jetre: preporučena doza edoksabana je 60 mg jedanput na dan. Blago ili umjereno oštećena funkcija jetre, povišeni jetreni enzimi (ALT ili AST $> 2 \times$ gornja granica normale (GGN)) ili ukupni bilirubin $\geq 1,5 \times$ GGN: edoksaban se mora primjenjivati s oprezom.

Tjelesna težina: Za bolesnike s tjelesnom težinom ≤ 60 kg, preporučena doza edoksabana je 30 mg jedanput na dan.

Istodobna primjena Roteasa s inhibitorima P-glikoproteina (P-gp): ciklosporin, dronedaron, eritromicin ili ketokonazol: preporučena doza Roteasa je 30 mg jedanput na dan. Nije potrebno sniženje doze kod istodobne primjene amiodarona, kinidina ili verapamila.

Bolesnici koji će biti podvrgnuti kardioverziji: S primjenom edoksabana može se započeti ili nastaviti u bolesnika kojima je potrebna kardioverzija. Kada je postupak kardioverzije vođen transezofagealnom ehokardiografijom u bolesnika koji nisu prethodno liječeni antikoagulansima, liječenje Roteasom potrebno je početi najmanje 2 sata prije postupka kardioverzije. Kardioverziju treba provesti unutar 12 sati nakon primijenjene doze Roteasa na dan postupka. Prije postupka kardioverzije potrebno je potvrditi da je bolesnik uzeo Roteas® kako je propisano.

Način primjene: Peroralna primjena. Edoksaban se može uzimati s hranom ili bez nje. Ako bolesnici ne mogu progutati cijelu tabletu, Roteas® tablete mogu se zdrobiti i izmiješati s vodom ili pireom od jabuka te odmah primijeniti peroralno. Kao druga mogućnost, Roteas® tablete mogu se zdrobiti i izmiješati u malo vode te odmah primijeniti kroz gastričnu sondu, koju je nakon toga potrebno isprati vodom. Zdrobljene Roteas® tablete stabilne su u vodi i pireu od jabuka do 4 sata.

KONTRAINDIKACIJE: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari; klinički značajno aktivno krvarenje; bolesnici s bolešću jetre udruženom s koagulopatijom i klinički značajnim rizikom od krvarenja; lezija ili stanje, ako se smatra da nosi značajan rizik od većeg krvarenja (to može uključivati postojeći ili nedavni gastrointestinalni ulkus, prisutnost zloćudnih novotvorina s visokim rizikom od krvarenja, nedavnu ozljedu mozga ili kralježnične moždine, nedavni kirurški zahvat na mozgu, kralježničnoj moždini ili oku, nedavno intrakranijsko krvarenje, potvrđeni ili sumnja na varikozitete jednjaka, arteriovenske malformacije, vaskularne aneurizme ili velike intraspinalne i intracerebralne vaskularne abnormalnosti); nekontrolirana teška hipertenzija; istodobno liječenje bilo kojim drugim antikoagulansom, npr. nefrakcioniranim heparinom (UFH), niskomolekularnim heparinima (LMWH) (enoksaparin, dalteparin i drugi), derivatima heparina (fondaparinuks i drugi), oralnim antikoagulansima (varfarin, dabigatraneteksilat, rivaroksaban, apiksaban i drugi) osim u specifičnim situacijama kad se mijenja oralna antikoagulacijska terapija ili kad se UFH daje u dozama potrebnim za održavanje prohodnosti centralnog venskog ili arterijskog katetera; trudnoća i dojenje.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI: Edoksaban 15 mg nije indiciran kao monoterapija, jer to može rezultirati smanjenom djelotvornošću. Ova je doza indicirana samo u postupku zamjene edoksabana 30 mg antagonistom vitamina K (AVK) (bolesnici s jednim ili više kliničkih čimbenika za povećanu izloženost), zajedno s odgovarajućom dozom AVKa.

Rizik od krvarenja: Edoksaban povećava rizik od krvarenja i može uzrokovati ozbiljna, potencijalno smrtonosna krvarenja. Preporučuje se primjenjivati

vati s oprezom u bolesnika s povećanim rizikom od krvarenja. Primjenu edoksabana mora se prekinuti u slučaju teškog krvarenja. U kliničkim ispitivanjima krvarenja iz sluznice (npr. epistaksa, gastrointestinalno, genitourinarno krvarenje) i anemija zabilježeni su češće tijekom dugotrajnog liječenja edoksabanom u usporedbi s liječenjem AVK-om. Osim adekvatnog kliničkog praćenja, laboratorijsko određivanje hemoglobina/hematokrita može biti vrijedno za otkrivanje okultnog krvarenja. Kod svakog neobjašnjenog sniženja vrijednosti hemoglobina ili krvnog tlaka potrebno je potražiti mjesto krvarenja. Antikoagulacijski učinak edoksabana ne može se pouzdano nadzirati pomoću standardnih laboratorijskih testova. Specifični antidot koji poništava antikoagulacijski učinak edoksabana nije dostupan. Hemodijaliza ne pridonosi značajno klirensu edoksabana.

Starije osobe: Istodobna primjena edoksabana i acetilsalicilatne kiseline u starijih bolesnika mora se provesti s oprezom zbog potencijalno višeg rizika od krvarenja.

Oštećenje funkcije bubrega: U bolesnika u završnom stadiju bubrežne bolesti ili bolesnika na dijalizi, Roteas® se ne preporučuje.

Funkcija bubrega kod NVAf-a: Opažen je trend prema smanjenju djelotvornosti edoksabana s povećanjem CrCl_a u usporedbi s dobro titriranim varfarinom. U bolesnika s NVAf-om i visokim CrCl-om edoksaban se smije primjenjivati samo nakon pažljive procjene rizika od tromboembolije i krvarenja u pojedinog bolesnika.

Oštećenje funkcije jetre: Edoksaban se ne preporučuje u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije jetre. Blago do umjereno oštećenje funkcije jetre: preporučena doza edoksabana je 60 mg jedanput na dan. Blago ili umjereno oštećena funkcija jetre, povišeni jetreni enzimi (ALT/AST > 2 x GGN) ili ukupni bilirubin ≥ 1,5 x GGN: edoksaban se mora primjenjivati s oprezom. Povremeno praćenje jetrene funkcije preporučuje se u bolesnika koji se liječe edoksabanom dulje od 1 godine.

Prekid terapije zbog kirurškog zahvata i drugih intervencija: Ako se antikoagulacija mora prekinuti da bi se smanjio rizik od krvarenja kod kirurških ili drugih postupaka, potrebno je čim prije prekinuti primjenu edoksabana, po mogućnosti najmanje 24 sata prije postupka. Kod odlučivanja treba li postupak odgoditi dok nije proteklo 24 sata od zadnje doze edoksabana, potrebno je procijeniti povećan rizik od krvarenja u odnosu na hitnost intervencije.

Nakon kirurških ili drugih postupaka, s primjenom edoksabana treba ponovno započeti čim se uspostavi odgovarajuća hemostaza, uzimajući u obzir da antikoagulacijski terapijski učinak edoksabana nastupa nakon 1 – 2 sata. Ako se tijekom ili nakon kirurške intervencije ne mogu uzimati oralni lijekovi, razmotrite primjenu parenteralnog antikoagulansa a zatim ga zamijenite edoksabanom.

Interakcija s drugim lijekovima koji utječu na hemostazu: acetilsalicilatna kiselina, inhibitori trombocitnog receptora P2Y₁₂, drugi antitrombotički lijekovi, fibrinolitička terapija, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) i/ili inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI) i kronična primjena nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAIL) – istodobna primjena može povećati rizik od krvarenja:

Prostetički srčani zalisci i umjerena do teška mitralna stenoza: Edoksaban nije ispitan u bolesnika s mehaničkim srčanim zaliscima, tijekom prva 3 mjeseca nakon implantacije bioprostetičkog srčanog zaliska, s atrijskom fibrilacijom ili bez nje ili u bolesnika s umjerenom do teškom mitralnom stenozom, te se u njih ne preporučuje primjena edoksabana.

Hemodinamski nestabilni bolesnici s PE-om ili bolesnici kojima je potrebna tromboliza ili plućna trombekcija: Edoksaban se ne preporučuje kao alternativa UFHu u bolesnika s PE-om koji su hemodinamski nestabilni ili u kojih se može provesti tromboliza ili plućna trombekcija.

Bolesnici s aktivnim karcinomom: Djelotvornost i sigurnost edoksabana u liječenju i/ili prevenciji VTE-a u bolesnika s aktivnim karcinomom nisu ustanovljene.

Bolesnici s antifosfolipidnim sindromom: Direktno djelujući oralni antikoagulansi ne preporučuju se bolesnicima s antifosfolipidnim sindromom, posebice u bolesnika koji su trostruko pozitivni (na lupus antikoagulans, antikardiolipinska antitijela i anti-beta 2-glikoprotein-I antitijela).

Laboratorijski parametri koagulacije: Iako liječenje edoksabanom ne zahtijeva rutinsko praćenje, učinak na antikoagulaciju može se procijeniti kalibriranim kvantitativnim anti-faktor Xa testom, čiji rezultat može pomoći kao informacija u kliničkim odlukama u određenim situacijama, npr. kod predoziranja i hitnog kirurškog zahvata. Edoksaban produljuje standardne pretrage zgrušavanja krvi, kao što su protrombinsko vrijeme (PV), INR i aktivirano parcijalno tromboplastin-

sko vrijeme (aPTV), što je posljedica inhibicije faktora Xa. Kod primjene uobičajene terapijske doze, uočene promjene u rezultatima navedenih testova zgrušavanja su male, podložne visokom stupnju varijabilnosti i nisu korisne u praćenju antikoagulacijskog učinka edoksabana.

NUSPOJAVE: Najčešće zabilježene nuspojave povezane s primjenom edoksabana bile su epistaksa (7,7%), hematurija (6,9%) i anemija (5,3%). Krvarenje može nastati na bilo kojem mjestu, može biti teško pa čak imati i smrtni ishod. Česte nuspojave: anemija, omaglica, glavobolja, epistaksa, bol u abdomenu, krvarenje iz donjeg dijela probavnog sustava, krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sustava, oralno/faringealno krvarenje, mučnina, povišen bilirubin u krvi, povišena gamaglutamil transferaza, krvarenje u meko tkivo kože, osip, svrbež, makroskopska hematurija/uretralno krvarenje, vaginalno krvarenje, krvarenje na mjestu uboda, poremećeni nalazi pretraga jetrenih funkcija. Manje česte nuspojave: trombocitopenija, preosjetljivost, intrakranijalno krvarenje, konjunktivalno/skleralno krvarenje, intraokularno krvarenje, drugo krvarenje, hemoptiza, povišena alkalna fosfataza u krvi, povišene transaminaze, urtikarija, krvarenje na mjestu kirurškog zahvata.

NAČIN IZDAVANJA: Lijek se izdaje na recept.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: Berlin-Chemie AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlin, Njemačka.

BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: Roteas® 15 mg: EU/1/16/1152/001-002; Roteas® 30 mg: EU/1/16/1152/003-015, EU/1/16/1152/029; Roteas® 60 mg: EU/1/16/1152/016-028, EU/1/16/1152/030

DATUM REVIZIJE TEKSTA: 11/2020

Ovaj skraćeni sažetak sadrži bitne podatke o lijeku istovjetne onima iz Sažetka opisa svojstava lijeka, sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine“ broj 43/2015). Prije propisivanja ovog lijeka molimo pročitajte posljednji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku, dostupne na www.halmed.hr.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE.

RAZVIJEN PO MJERI STARIJIH BOLESNIKA^{1-3#}

Za Vaše NVAF* bolesnike: NOAK** koji se uzima jedanput na dan te nudi kombinaciju kliničkih i praktičnih koristi.^{1,4}

- Značajno smanjenje rizika od velikog krvarenja.^{13***}
- Postojana prevencija moždanog udara / sistemskog embolijskog događaja (SED-a).^{2,3***}
- Postojana sigurnost i djelotvornost kod bolesnika s uobičajenim komorbiditetima.^{1****}



ROTEAS® je NOAK koji se uzima jednom dnevno za indikaciju prevencije moždanog udara i sistemske embolije u odraslih bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrijske atrijske fibrilacije (engl. *nonvalvular atrial fibrillation*, NVAF) s jednim ili više čimbenika rizika, kao što su kongestivno zatajenje srca, hipertenzija, dob ≥ 75 godina, šećerna bolest, pretrpljeni moždani udar ili tranzitorna ishemijska ataka (TIA).⁴

ROTEAS® je također indiciran za liječenje duboke venske tromboze (DVT) i plućne embolije (PE) te prevenciju ponavljajućih DVT-a i PE-a u odraslih.⁴

*NVAF = nevalvularna atrijska fibrilacija; **NOAK = oralni antikoagulus koji nije antagonist vitamina K; ***vs varfarin

[#]U ENGAGE AF-TIMI 48 ispitivanje bili su uključeni bolesnici starosti 21 godina ili više (medijan starosti 72 godine; interkvartilni raspon 64–78 godina; dob ≥75 godina za varfarin: N=2820/7036=40,1%, za visoke doze edoksabana (60 mg/30 mg): N=2848/7035=40,5%).¹

¹CHADS₂ rezultat ≥2, uključuje bolesnike u dobi ≥75 godina s kroničnim srčanim zataivanjem, hipertenzijom, dijabetesom, moždanim udarom ili TIA-om.

Prilagođeno iz: 1. Giuliano RP i sur. N Engl J Med 2013; 369 (22): 2093–2104; i dodatak; 2. Kato ET i sur. J Am Heart Assoc 2016; 5 (5). pii: e003432; 3. Ruff CT i sur. Lancet 2015; 385 (9984): 2288–95; 4. Sažetak opisa svojstava lijeka Roteas®, studeni 2020.