

LIJEČNIČKE novine

RAZGOVOR

Marija Rogoznica, dr. med.



TEMA BROJA > 200 brojeva Liječničkih novina

LIJEČNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

IZDAVAČKI SAVJET

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

TAJNIK UREDNIŠTVA

Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijevnicke.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 glasiilo 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: lijevnicke.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 7. lipnja 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

Dio aktualnog uređivačkog tima Liječničkih novina (slijeva nadesno):
Anna Mrzljak, Adrian Lukenda, Hrvojka Dolić, Alice Jurak, Lada Zibar,
Ksenija Vućur, Ivica Vučak, Livia Puljak, Matija Prka, Tatjana Nemeth
Blažić, Dražen Pulanić i Slavko Lovasić

- 4 UVODNIK**
Psi laju, karavane prolaze
- 6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE**
Pod hrvatskim suncem dvadesetprvog stoljeća – jubilarno, dvijestoti put
- 8 RAZGOVOR**
Dr. Marija Rogoznica
- 12 TEMA BROJA**
200 nam je brojeva tek!
- 19 KRONOLOGIJA COVID-19**
- 20 IZ KOMORE**
Kampanja „Cijepi se!“ • Komora sudjelovala u cijepjenju • Pandemija i etička načela • 25 godina obnove rada • Pub kviz • Pregled aktivnosti Izvješće stipendistice
- 30 RAZGOVOR S POVODOM**
Prof. Dragan Primorac
- 37 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**
Postdiplomski specijalistički studiji • Zavod za dječju gastroenterologiju • Bakterije u domovima za starije • Ratna bolnica u Velikoj Gorici • Stogodišnjica otkrića inzulina • Studij medicine na HKS-u • Važnost nefropatologije
- 50 OBITELJSKA MEDICINA**
Sigurnost pacijenata
- 52 VIVAT ACADEMIA**
Prof. Branimir Anić
- 56 GOST UREDNIK**
Zdravstvo u Vukovarsko-srijemskoj županiji
- 64 COVID-19**
COVID-19 i hemodijaliza • COVID-19 i HIV
- 68 PRIKAZ SLUČAJA**
- 70 MLADI LIJEČNICI**
- 72 SALUTOGENEZA**
- 74 PSIHIJATRIJSKA TEMA**
- 76 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**
- 78 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**
- 80 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE**
- 86 KULTURA**
- 87 LIJEČNICI SPORTAŠI**
- 88 LIJEČNIČKA PRIČA**
- 90 PUTOPIS**
- 96 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

PSI LAJU, KARAVANE PROLAZE



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

Kada je prije nešto više od pet godina tadašnji ministar zdravstva Dario Nakić uputio na javno savjetovanje novi Pravilnik o dopunskom radu liječnika, jedan od najvidljivijih predstavnika udruga pacijenata je rekao da je to „zadnji čavao zabijen u javno solidarno zdravstvo“. Podsjetimo, bilo je to još u proljeće 2016. godine. Nema sumnje radi se o važnom pravilniku, koji je uz Pravilnik o specijalističkom usavršavanju osnovom kojeg su, nažalost tek privremeno, dokinuti „robovlasnički ugovori“, predstavljao važnu pravnu ostavštinu bivšeg ministra Darija Nakića, njegovog zamjenika Ivana Bekavca i tadašnje zdravstvene administracije. Podsjetimo se da se ovog drugog pravilnika kojeg kolokvijalno zovemo „Nakićev pravilnik“ ubrzo odrekao i sam potpisnik – bivši ministar, no ne i brojni hrvatski liječnici. Ipak, i jedan, a poglavito drugi pravil-

nik, imali su značajne posljedice za profesionalnu sudbinu te razvoj karijera brojnih hrvatskih liječnika. Naime, tzv. Nakićevim pravilnikom o specijalističkom usavršavanju više je stotina hrvatskih liječnika dobilo anekse ugovora i konačnu slobodu od potencijalnih visokih odštetnih zahtjeva, dok je pravilnikom o dopunskom radu te iste 2016. omogućeno svim hrvatskim liječnicima, koji to žele i ispunjavaju Pravilnikom propisane odredbe, da uz rad za primarnog poslodavca u javnom sustavu u svoje slobodno vrijeme rade dodatno u privatnom sektoru. Upravo je Hrvatska liječnička komora, uz ostale liječničke organizacije, snažno zagovarala donošenje oba spomenuta pravilnika te to smatra i svojim uspjesima.

Sada, pet godina poslije, ne primjećujemo da se obistinila zloguka prognoza predsjednika udruge pacijenata. Dapače, Pravilnik o dopun-

skom radu zasigurno je zadržao neke liječnike u Hrvatskoj jer im je omogućio da svojim radom dodatno zarade i tako ih destimulirao od odlaska. No, sada se ponovno u javnom prostoru otvara tema dopunskoga, odnosno, ispravnije rečeno dvojnog rada liječnika. A pojavljuju se čak i zagovaratelji povratka robovlasničkih ugovora. Pojedini kolegice i kolege uporno žele javnosti ukazati da je upravo dvojni rad liječnika najveći problem hrvatskog zdravstva. Nije li to samo pokušaj pojednostavljenog te neutemeljenog prozivanja liječnika, bez predloženih jasnih argumenata i dokaza. Zanimljivo, ne sjećamo se da se itko od njih prilikom donošenja ili tijekom njegove provedbe protivio Pravilniku o dopunskom radu liječnika. Paušalno prozivati kolege da radeći u privatnom sektoru sustavno potkrajaju ili zlorabe javni sustav, a ponavljam bez valjanih dokaza, pri tome antagonizirajući javnost i pacijente protiv liječnika, predstavlja čisti populizam. Ovakvom populističkom optužbom, nepotkrijepljenom dokazima i konkretnim imenima, baca se nedopustiva ljaga na cijelu struku te se liječnike općenito prikazuje kao nemoralne osobe koje se protu-propisno ponašaju. Naravno da je za osudu svaka eventualna konkretna zloraba liječničkog položaja vezano uz profesionalni rad, etiku, prava pacijenata i liste čekanja, te da svaki takav pojedinačan slučaj treba sankcionirati. Onoga koji želi raditi mimo zakona, pravilnika ili kodeksa neće zaustaviti nikakva promjena, otežavanje ili postrožavanje takvih propisa. Ako takvih ima, oni predstavljaju izolirane pojave i zaslužuju, nakon provedene predviđene procedure, primjerene kazne. Neovisno radi li se možda o „velikim šefovima“, tzv. nedodirljivim veličinama ili samo „običnim liječnicima“. Takvi pojedinci predstavljali bi sramotu za našu struku i to jasno treba reći.

Međutim, najlakše je tako baciti kost hrvatskoj javnosti u vidu zločestih liječnika. Zločestih liječnika, koji radeći javno i privatno naravno zlorabe taj model. Zanimljivo je promatrati, kako pri tome, svi pravi problemi hrvatskog zdravstva privremeno nestaju iz fokusa javnosti. Svjedočimo takvom iskušanom modelu po tko zna koji put, ali vrijedi se zapitati komu sve to odgovara. Komu odgovara priča o zločestim nemoralnim liječnicima, a da se u međuvremenu nije provela niti jedna reformska mjera? Poput primjerice istinske racionalizacije javne nabave u zdravstvu, učinkovitog mjerenja ishoda i evaluacije liječenja sve skupljim terapijskim opcijama, sustavne i poglavito funkcionalne informatičke podrške zdravstvenom sustavu,

Uvijek su jubileji izvrsna prigoda za javno zahvaliti. A što je prigodnije od 20 godina i 200 brojeva kontinuiranog izlaženja Liječničkih novina. Ali, ovo nije zahvala novinama. Ovo je zahvala svima onima koji stoje iza ovih godina i brojeva, onima koji su svojim radom doprinijeli i doprinose postizanju ovakvih jubileja. Mnogo se profesionalaca; liječnika, novinara, jezikoslovaca, etičara, grafičara i ostalih stručnih suradnika iz mjeseca u mjesec, iz broja u broj trude čitateljima Liječničkih novina ponuditi zanimljiv, aktualan i koristan sadržaj. Uza sve njih koji tijekom ovih godina daju svoj obol, ovom prigodom bih istaknuo i posebnu zahvalu uputio profesoru Željku Poljaku, dugogodišnjem glavnom uredniku i aktualnom izvršnom uredniku, kao i profesorici Ladi Zibar, glavnoj urednici našeg službenog glasila. Uvjeren sam da pred Liječničkim novinama stoji još puno uspješnih godina te da će svaki novi broj potvrditi zašto su Liječničke novine najčitavnija tiskovina među hrvatskim liječnicima.

učinkovitog i transparentnog upravljanja listama čekanja, odgovornog infrastrukturnog planiranja i izgradnje zdravstvenih ustanova. Mogli bismo nabrajati i dalje. Na pamet mi pada ona stara poslovice „Psi laju, a karavane prolaze“. U tim su karavanama zadovoljni dionici sustava. Među kojima, nažalost, nisu niti liječnici niti ostali zdravstveni radnici, a niti naši pacijenti. U tim su karavanama, koje sve neprimjetnije prolaze, različiti poslovni subjekti koji okružuju naš zdravstveni sustav, ali i dio pripadnika naše zdravstvene administracije. Različiti dobavljači, zastupnici, vendori, vele i malo-trgovci, graditelji, konzultanti, cvjećarnice, poslovni partneri, politički postavljeni upravljači, načelnici, birokrati. Svi oni tako lakše i mirnije jašu u svojim karavanama. A psi laju, i laju.

Pod hrvatskim suncem dvadesetprvog stoljeća – jubilarno, dvijestoti put

Dva desetljeća brojimo dvije stotine brojeva naših Liječničkih novina. Dva desetljeća one svjedoče sadašnjost koja potom postaje naša povijest. Najavljuju budućnost koja postane sadašnjost (bolja ili lošija, npr. povoljni krediti za liječnike, Komorine stipendije za edukaciju liječnika u inozemstvu ili pak ukidanje obveznoga pripravničkog staža za liječnike) ili najava ostane samo zamisao (kao najava epidemije AIDS-a u Hrvatskoj, s jedne davne naslovnice LN-a). U tih dvije stotine brojeva pratimo probleme koji se s vremenom riješe (ne baš sami od sebe, poput npr. nepravilnosti obračuna plaće za rad izvan redovitoga radnog vremena), koji nekako prestanu biti važni jer se svijet pomalo promijeni (npr. prilagodba liječnika na kompjutorske programe u svakodnevnom radu), koji se pomalo rješavaju (imamo vremensko-kadrovske normative, konačno, još ih je samo implementirati), novonastale koji progrediraju (npr. odlazak liječnika iz Hrvatske) ili one koji traju i traju (pitanje Zakona o plaćama liječnika). Mijenjaju se vlasti, globalne ugroze, tehnološke mogućnosti, ali neki problemi se čvrsto i nepokolebljivo drže svoga trona.

Posljednje tri godine, otkako uređujem Liječničke novine, trudim se oslušivanje liječničkog glasa artikulirati u objavljenim zapisima. O tomu sam prethodnih godina pomalo pisala i objavljivala raznolik sadržaj, od etike

do svjedočanstava, intervjua i izvješća s liječničkih događanja. A još prije tih godina sam s osjećajem nekakvog autsajdera primala LN, s ushitom čitala i nekako “se vidjela” u medicinskoj etici i u Novinama. Ne kažu badave “Pazi što si želiš!”.

Danas želim da se nitko od članova HLK-a u Liječničkim novinama ne osjeti kao autsajder. Želim dati glas svakom hrvatskom liječniku. Iznimno cijenim svakog liječnika koji dnevno odrađuje svoje plemenito poslanje, irelevantno je li akademski vidljiv ili nije. Želim preneti i glas našega Kodeksa medicinske etike i deontologije. Želim prepoznati stare i nove situacije kroz koje prolazimo, izazove koji katkad zbunjuju i ne znamo kako bismo tada postupili. Želim ukazati na nepravilnosti koje toleriramo i koje običajem postaju normalno, a to nisu. Želim kriknuti svaki put kad mjera koju ljudski postavljamo ni ne dodiruje humanistička, a još manje humana načela. Kada od nas zbog zavjeta Hipokratove prisjega očekuju da budemo svemoćni nevidljivi anđeli, a mi smo samo dobronamjerni ljudi plemenitoga zvanja. Želim puno toga. Ako Liječničkim novinama i malo uspijemo, ako koji korak odmaknemo dalje, naprijed, ako riječ, logos, ovih novina promijeni, utješi, potakne, pomogne, riješi, podučiti, savjetuje ili nasmije, tada smo napravili puno. A jesmo li?



U ovoj aktualnoj služnosti papirima koje svakog mjeseca čitate, a koja mi je stjecajem okolnosti pripala kao glavnoj urednici Liječničkih novina, ne mogu pobjeći od subjektivnog doživljaja naše časti i dostojanstva, etike i estetike. Slutim da je nekim starijim generacijama, odgojenima u onome što se zvalo socijalizmom, taj doživljaj možda premalo oportuno, a mlađima pak možda preveć idealističan. Nadam se da ozračje domoljublja, povijesnih, kulturnih i ne uvijek samo medicinskih dimenzija te važnost hrvatske riječi u Liječničkim novinama nisu anakronični relikti nekoga prijašnjeg svijeta kojemu više ne možemo pripadati.

COVID-19 ustoličuje novi poredak vrijednosti, nova pravila bliskosti, nove kriterije deontologije. Zazivam ovu sadašnjost da sustav vrijednosti uteme-

ljen na civilizacijskim tekovinama kojima ovih dvije stotine brojeva Liječničkih novina svjetonazorski pripada ne preda prošlosti, već da ustraje na vrijednostima koje su Novine stvarale. Da parafraziram Heideggera, koji se nada da će se Zemlja ipak spasiti od pukoga računa, a ljudi iz vrtloga koji ih sve brže nosi, pa sve manje vide, izgleda da je spas u slobodnom i pametnom mišljenju. A „misliti se možda ipak može naučiti“, kako sluti Hannah Arendt.

Profesor Željko Poljak završava devedeset i peto ljetu uživo na ovome svetome tlu i svjedoči ratovima i brojnim desetljećima prije ova posljednja dva koja danas slavimo. Svojim iskustvom i lucidnošću sve ovo vrijeme (i vrijeme prije ovih dvadeset godina, samo u ponešto drukčijem obliku) uređuje ove novine i promiče duh avangarde u pogledu liječničke svijesti o svojim pravima. Njegova vremenska dimenzija autentičan je sudac koji postavlja kriterije prolaznosti i vječnosti pojedinih briga i određenih vrijednosti. Nisam sigurna da i jedna druga zemlja u ovom PR-u (od engl. *public relations*) liječničke struke ima ovakvog barda kao što mi imamo njega. Na tome trudu i ustrajnosti neizmerno mu hvala. S njim zajedno još uvijek pratimo i gradimo našu budućnost. Prof. Poljak je planinarski osvojio većinu značajnih svjetskih vrhova. Treba li nam bolji uzor i zagovornik i po pitanju stremljenja liječništva?

Hrvatska je morfom nezahvalnog zemljopisa, a diskriminacija moći je proporcionalna s udaljenošću od metropole. Uređivačka politika LN-a ugošćuje svaki hrvatski kutak kao gosta urednika i želi ga približiti čitatelju i tako nadmašiti nepravednu realnost. Nastojimo se, također, suprotstaviti društvenim predrasudama prema antagonizmima privatnoga i javnog zdravstva, prima-

raca i bolničkih liječnika. Prepoznati naše liječnike u Hrvatskoj vojsci, na otocima i drugim teže dostupnim krajevima, liječnike atraktivnih specijalizacija i one manje zastupljenih ili manje poželjnih, ali ne i manje važnih. Trudimo se ukazati na one kolege koji se akademski ističu i na one koji se ističu u svojim, ne uvijek medicinskim, hobijima. Koji pišu, slikaju, uspješni su u športu, fotografiraju ili obilaze strane svjetove i to nam prenose briljantnom zanimljivošću.

Novinarskom radoznalošću i liječničkom intuicijom na tragu smo uspjesima hrvatskih liječnika u Hrvatskoj i izvan nje. Iskreno žalimo zbog toga što naši kolege zbog hrvatskih neprilika odlaze kruh zaraditi pod tuđim nebom. Svaki hrvatski liječnik koji je odustao od medicine u Hrvatskoj velik je gubitak za naše društvo i to nalaže žurne promjene u našem zdravstvenom sustavu. Pod našim zvijezdama obučavamo generacije koje će nas zamijeniti a pomazemo i Hrvatima u dijaspori graditi medicinu koja će u srcu isto biti naša. Liječničke novine ukazuju na probleme i tako pomažu da ne izgubimo nadu da će se „izgubljena djeca“ možda jednom imati zašto vratiti i svojim iskustvom poboljšati i uljepšati naše profesionalne dosege.

Naslovnice naših novina svjedočanstvo su vremena u kojemu živimo. Posljednjih nam godina, nažalost, ne treba uvijek mašte ni posebnih ideja. Stranice recentne povijesti nemilosrdno nam nameću teme. Baš kao i u sad već ipak davnom Domovinskom ratu. A liječnicima, herojima iz toga rata, Liječničke novine svakoga studenoga, kad se sjećamo Vukovara, s pijetetom poklanjaju stranice i naslovnice jer ne zaboravljamo kako se dogodilo da posljednja tri desetljeća živimo u Lijepoj našoj kakvu smo sanjali. No,

jesu li snovi ostali samo na državotvornim granicama? Ni rat ni neimaština ni potres ni korona ne bi nam smjeli biti izgovor za inerciju duha. Kako je neki dan komentirao kolega Ivan Cvjetko, oni koji dobiju vlast u zdravstvenim ustanovama često su samo „oportunisti, što se smatra emocionalnom inteligencijom, koji samo paze da vlakovi uredno voze ne gledajući tko je i kako završio u njima“.

Svijet se trese pod čizmom korone, a hrvatski liječnici kao i liječnici diljem svijeta nose najveći dio ove krize svojim životima. Nepripremljeni strepe od nepoznatih tijekova i ishoda bolesti, često ispraćajući oboljele za koje su skrbili a kojima nisu mogli pomoći. U sjeni ove nepogode pa i potresa koji je dodatno unazadio dio naše zemlje, hrvatski liječnici ostvaruju i nove profesionalne pothvate, poput nedavne transplantacije pluća na Rebru. U ovih 200 brojeva Liječničkih novina možemo pratiti kako su se mijenjali dosezi naše medicine i kako smo kao struka uvijek kročili uz bok naprednom dijelu svijeta.

Svaki broj Liječničkih novina kreacija je brojnih suradnika, uglavnom liječnika. U svijetu koji traži recept za svladavanje razlika u mišljenjima, naš urednički kolektiv je uzoran sustav kreativnih izražaja liječnika različitih generacija, specijalnosti i svjetonazora, uz pomoć vještih i s liječničkim zvanjem pravilno upoznatih novinara i iznimno posvećenih dizajnera koji svaku našu zamisao maštovito vizualiziraju.

Zašto se tako trudimo? Zato što nije svejedno kakav svijet ostavljamo svojoj djeci.

Za ovaj jubilarni 200. broj Liječničkih novina, svečano,

LADA ZIBAR

glavna urednica Liječničkih novina



Marija Rogoznica

dr. med.

predsjednica Povjerenstva
za mlade liječnike HLK-a

Kontinuirano oslušujemo bilo mladih liječnika

Kako zadržati mlade liječnike pitanje je koje bi si svakodnevno trebali postaviti Ministar zdravstva i njegovi suradnici, jer odlazak svakog liječnika je ogroman gubitak za Hrvatsku i njezine građane. Koji su glavni problemi mladih liječnika, na koji način im pomaže Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a te koliko je ono prepoznato od svojih mladih kolega kao relevantna snaga u našem društvu



Marija Rogoznica, dr. med.

Razgovarala
ALICE JURAK

► Koji su glavni problemi mladih liječnika oko kojih se zalažete?

Više je gorućih problema mladih liječnika. Što se tiče specijalističkog usavršavanja, to su i dalje aktualni robovlasnički ugovori, bianco zadužnice s enormnim svotama i specijalizantska knjižica. Hrvatska liječnička komora kao i Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a zalaže se za ukidanje "robovlasničkih" ugovora i promjenu modela financiranja specijalističkog usavršavanja. O toj smo temi više puta istupali na sastancima u Ministarstvu zdravstva (MIZ), u javnom prostoru. Apelirali smo prema bolnicama da ne daju specijalizantima bianco zadužnicu s brojevima većima od samoga duga. No to i dalje ostaje velik problem s kojim ćemo se baviti tijekom ovoga mandata.

Specijalizantska knjižica u doba digitalizacije predstavlja nepotrebno i mučno upisivanje podataka, najčešće u posljednjim tjednima specijalizacije, i čini velike teškoće. Povjerenstvo se zalaže za uvođenje e-specijalizantske knjižice. Do tada smo osmislili Upute za ispunjavanje postojeće Knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i Dnevnika rada u suradnji s pravnicima iz MIZ-a i Nacionalnim povjerenstvom za specijalističko usavršavanje doktora medicine. Do izlaska ovog broja Liječničkih novina distribuirat ćemo Upute svim specijalizantima.

Ukidanje pripravničkog staža i uvođenje "rada pod nadzorom" stvaralo je velike glavobolje posljednjim dvjema generacijama diplomiranih mladih liječnika. Javljala su se mnoga pitanja koja su im prčinjavala veliku neizvjesnost i zabrinutost. Prije početka ovog modela rada zalagali su se HLK i ovo Povjerenstvo za provođenje nekog oblika pripravničkog staža. Tijekom

prve generacije pod nadzorom održan je sastanak u MIZ-u na tu temu, gdje smo iznijeli prikupljene prijedloge za izmjenu Pravilnika. Također smo proveli Upitnik o zadovoljstvu rada pod nadzorom. Poduprli smo inicijativu za produljenje financiranja rada pod nadzorom druge generacije kada je većina kolega provela rad pod nadzorom u epidemiološkoj službi. U trajnoj smo komunikaciji s pravnicima iz MIZ-a i HZZO-a vezano za ovu temu.

► Koje su službene ovlasti Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a?

Kao što samo ime govori, ono predstavlja sve mlade liječnike u Hrvatskoj, neovisno o tome jesu li bez specijalizacije ili rade pod nadzorom ili su specijalizanti svih specijalnosti. Svrha Povjerenstva je predlagati izvršnoj vlasti HLK-a projekte i prijedloge od interesa za mlade liječnike, provoditi ih i realizirati. Povjerenstvo, nažalost, nema izravnu ovlast rješavati neke od

>>



Alice Jurak i dr. Marija Rogoznica

važnijih aktualnih problema mladih liječnika jer je za većinu nadležan MIZ. No naša je uloga biti inicijator projekata i podizati svijest o onome što nije dobro, odnosno što bi moglo biti bolje, i dati konkretne prijedloge kako to ostvariti, uz kontinuirano "oslušivanje bila" mladih liječnika.

Član smo Europske udruge mladih liječnika (European Junior Doctor's Association - EJD) gdje predstavljamo mlade liječnike iz Hrvatske. Predstavljamo ih na sastancima u MIZ-u, pri Nacionalnom povjerenstvu za specijalističko usavršavanje doktora medicine i u drugim prilikama.

► **Na koji način radite i koliko ste do sada bili uspješni u tome?**

Povjerenstvo se sastaje jednom mjesečno, no naša komunikacija je svakodnevna te jednom tjedno podno-

simo međusobni izvještaj o projektima, zadacima i svakodnevnoj problematici. Svaki član Povjerenstva ima svoj zadatak. Moj zamjenik, dr. Davor Kust, uključen je kao i ja u svaki projekt Povjerenstva, pomaže mi i savjetuje me, vodi sastanke kad sam odsutna i predstavlja Povjerenstvo. Dr. Ksenija Vučur je zadužena za pripremanje i realizaciju rubrike **Mladi liječnici u Liječničkim novinama**. Dr. Igor Salopek vodi naš projekt **"Ciklus pravno-etičkih predavanja"**. To je nastavak prekinutog projekta **"Tečaj medicinskog prava"** koji je proveden prije korona krize u Zagrebu i Rijeci. Kako smo uvidjeli potrebu i želju mladih liječnika za slušanjem pravno-etičkih tema, osmislili smo taj projekt gdje ćemo snimiti različite stručnjake iz tih područja. Snimke predavanja bit će trajno dostupne svim članovima

na internim stranicama HLK-a, e-akademije. Dr. Vuk Prica zadužen je za vođenje naše **službene e-mail adrese**, svakodnevno provjerava i odgovara na upite članova koji pristižu. Dr. Filip Đerke se bavi mladim liječnicima i radom pod nadzorom. On je osmislio i prema tome je proveden **"Upitnik o zadovoljstvu rada pod nadzorom"** prve generacije. Na Upitnik je odgovorilo 39 % generacije pod nadzorom te su ga ocijenili vrlo dobrim. Uskoro planiramo provesti i Upitnik o zadovoljstvu druge generacije rada pod nadzorom. Dr. Vedran Šćuric je naš delegat u **Europskoj udruzi mladih liječnika (EJD)**. Sudjeluje na polugodišnjim sastancima i predstavlja problematiku mladih liječnika iz Hrvatske.

Kao predsjednica Povjerenstva članica sam Izvršnog odbora HLK-a. Sudjelujem na svim sastancima, članica sam radne skupine, predstavljam Povjeren-

stvo na sastancima u MIZ-u i Nacionalnom povjerenstvu za specijalističko usavršavanje doktora medicine.

➤ **Kao najmlađe povjerenstvo u HLK-u koliko ste prepoznati od svojih kolega vršnjaka kao relevantna snaga u našem društvu, kao njihov predstavnik, ambasador i odvjetnik?**

Mislim da smo prepoznati, još ne dovoljno, no radimo na tome i na našim projektima te se želimo približiti mladim liječnicima, biti im na usluzi, odgovarati na upite i rješavati konkretna pitanja. U suradnji s Pravnom službom dajemo pravne odgovore i savjete. No, s druge strane, potreban je aktivniji pristup mladih liječnika prema problemima. Najlakše je biti kritičar iz fotelje na društvenim mrežama. Kad bismo zajednički djelovali, vrlo brzo bi se naši problemi riješili. Svaka bi nas ideja, prijedlog ili akcija mladih liječnika obradovala jer sustav ne može mijenjati nekolicina entuzijasta nego ujedinjena većina.

➤ **Prema Vašem osobnom mišljenju kako je moguće zadržati mlade liječnike u Hrvatskoj?**

To je pitanje koje bi si svakodnevno trebali postaviti ministar zdravstva i njegovi suradnici, jer je odlazak svakog liječnika za našu državu i naš narod velik gubitak. Opće je poznato koliko je vremena i novaca potrebno za školovanje doktora medicine, a pogotovo specijalista. Gledajući iz perspektive mladog liječnika sustav bi trebao biti fleksibilniji, naklonjeniji te spremniji za promjene i praćenje trendova. Idući od početka, već na fakultetu, studenti posljednje godine studija medicine trebali bi biti upoznati sa svime što ih čeka, pravnim okvi-

rima rada pod nadzorom, specijalizacijom, radnim pravom. Nužno bi bilo rad pod nadzorom učiniti fleksibilnijim, omogućiti pohađanje tečajeva i dodatnu edukaciju. Što se tiče specijalističkog usavršavanja treba ga svakako mijenjati. Prvo, treba češće raspisivati specijalizacije. Dopustiti specijalizantima izbor mjesta za specijalističko usavršavanje i izbor mentora, povećati mobilnost u hrvatskom zdravstvenom sustavu te povećati broj školarina za edukacije i tečajeve u inozemstvu. Svakako ukinuti fizičko ispunjavanje specijalističke knjižice i uvesti e-knjižicu. Omogućiti unajmljivanje gradskih/državnih stanova za dugotrajni boravak tijekom specijalističkog usavršavanja izvan matične ustanove. Apsolutno ukinuti robovlasničke ugovore i promjenu modela financiranja specijalističkog usavršavanja. Općenito bi se trebao mijenjati pristup vladajuće strukture ustanova prema liječnicima, na način da se uvažava njihove želje, uvjeti i način rada, što bi dodatno naglasilo važnost mladih liječnika u sustavu. No ne smijemo zaboraviti ni plaće, koje bi gledajući, druge europske države, trebale biti veće.

➤ **Koliko Vi kao mlada liječnica osjećate generacijski jaz u svjetonazoru između generacija koje dolaze i onih starijih od vaše?**

Pomalo se osjeća generacijski jaz. Mlađe generacije koje dolaze traže svoja prava, dobre uvjete rada i plaću. Ako to ne dobiju odlaze u inozemstvo, za razliku od starijih generacija koje su dugotrajno šutjele, trpjele i bile zadovoljne lošijim uvjetima rada. Kako bi se reklo, dolaze mlade generacije koje rade da bi živjele, dok su

naši stariji kolege živjeli da bi radili. Kako će se te generacije pomiriti, ne znam. Mislim da ih sustav treba pomiriti, jer, u konačnici, sustavu je u interesu ostanak svih generacija liječnika u Hrvatskoj.

➤ **Koliko Liječničke novine pomažu Vašoj agendi i naporima Vašeg mladog Povjerenstva za mlade?**

Liječničke novine su mjesto gdje u svakom broju objavljujemo novosti o mladim liječnicima, izvješćujemo o raznim projektima, edukacijama, zanimljivim pričama, intervjuiramo sve generacije mladih liječnika. Iznimno sam počašćena pozivom na intervju u ovom 200-tom broju. Time ste pokazali koliko cijenite mlade liječnike.

➤ **Tko je Marija Rogoznica?**

Rođena samu Rijeci, gdje sam završila Medicinski fakultet. Tijekom rada u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije, ispostava Delnice, osnovala sam i vodila Ligu protiv raka Gorski kotar. Sada sam specijalizantica reumatologije za Specijalnu bolnicu za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapie Opatija. Pri kraju sam specijalističkog usavršavanja, koje sam provela pod mentorstvom prof. dr. Branimira Anića na Zavodu za kliničku imunologiju i reumatologiju KBC-a Zagreb. Završila sam poslijediplomski specijalistički studij iz reumatologije. Na posljednjoj sam godini poslijediplomskog doktorskog studija Klinička medicina utemeljena na dokazima na Medicinskom fakultetu u Splitu. U slobodno vrijeme volim putovati, plesati i planinariti.

marija.rogoznica@hlk.hr

Povodom izlaska
jubilarnog broja
najtiražnijega
glasila hrvatskog
liječništva,
Liječničkih novina

✍ Piše: ALICE JURAK



NAM JE BRO

Prvi broj Liječničkih novina, kao zasebnoga glasila HLK-a, izašao je 20. srpnja 2001. godine. Liječničke novine službeno su glasilo Hrvatske liječničke komore. No one su mnogo više od toga.

One su jedan od najvažnijih kanala komunikacije s hrvatskim liječništvom. U njima pišemo o svim problemima s kojima se susreću liječnici u Hrvatskoj, ali i o problemima koji postoje u zdravstvenom sustavu. Informiramo čitatelje o svim relevantnim novostima, no kroz Liječničke novine borimo se i za bolji društveni položaj hrvatskog liječništva.

Posljednjih godina značajno smo ih modernizirali i uz velika sadržajna i vizualna osvježenja donosimo iz mjeseca u mjesec novosti iz Komore, iz hrvatskog zdravstva, razgovore sa stručnjacima iz svih područja medicine, novosti iz medicinske literature, teme iz povijesti medicine i hrvatskog zdravstva, predstavljamo naše uspješne liječnike u inozemstvu, liječnike sportaše, umjetnike...

Liječničke novine piše struka za struku. Donosimo osvrt onih koji pišu i uređuju Novine, ali i onih za koje pišu.

DJEVA TEK!

KRIŽNI PUT LIJEČNIČKIH NOVINA

Prof. dr. sc. Željko Poljak, dr. med.
Izvršni urednik



Kao uvod i za opravdanje naslova neka posluže ove dvije tvrdnje: Štamparova humanistička vizija „Zdravlje za sve“ je utopija i, drugo, nema na svijetu tako bogate zemlje koja bi narodu mogla osigurati sve što medicina može dati. Posljedica je da se vlasti koje obećavaju svojim narodima „Zdravlje za sve“ zadužuju u milijardama koje će otplaćivati potomci i da iscrpljuju svoje liječništvo preko maksimuma. S druge pak strane, liječnici su Hipokratovom prisegom, liječničkom etikom i altruističkim idealima toliko indoktrinirani da se ustručavaju iznositi svoje staleške probleme kao nešto što se ne dolikuje. To su glavni razlozi zašto je i hrvatskim liječnicima trebalo jedno stoljeće da ukorijene svoju komoru i uspiju redovito tiskati staleške novine.

Počeli su još 1908. u Splitu, zatim su to pokušali u Zagrebu 1914., pa tridesetih godina prošloga stoljeća u Hrvatskom liječničkom zboru Staleškim glasnikom i osnivanjem komore, što je završilo tragično. Vlast je 1947. raspustila komoru, oduzela joj imovinu i strijeljala njenoga bivšeg predsjednika dr. Gjuru Vranešića. Nije pomogla ni Krležina intervencija kod Josipa Broza. Čak je Vranešićevom sinu, otorinolaringologu kojemu je Krleža oporučno ostavio svu svoju imovinu u znak zahvalnosti što mu je njegov otac spasio glavu za vrijeme NDH, otuđen dobar dio nasljedstva. Za vrijeme druge Jugoslavije prošlo je dvadesetak godina do sljedećega bojažljivog pokušaja izdavanja staleškoga glasila, i to pod naslovima koji su maskirali pridjev „staleški“. Prvi su počeli

riječki liječnici, a kad su posustali slijedili su poput štafete Zadar, Split i Osijek, ali su svi brzo posustali. Glavni su tome razlozi što liječničko staleško glasilo, za razliku od drugih časopisa, nikada nije dobivalo nikakvu potporu, a drugi je što urednici nisu izdržali pritisak „odozgo“ da ne talasaju liječnički kadar.

Godine 1990. preuzeo je štafetnu palicu Hrvatski liječnički Zbor i počeo, uz svoje stručno glasilo Liječnički vjesnik, redovito tiskati i Liječničke novine. Počelo se skromno, i opsegom i grafički, i tako se stiglo do broja 162. Kad se kao izdavač priključila i novoosnovana Liječnička komora, LN su se razvile u reprezentativno glasilo. 2001., u srpnju, kreću ponovo od broja 1. Ipak, staleške teme trebalo je iznositi obzirno i postupno da izdavači ne bi došli na zub vlastodršcima. Korisna je bila okolnost što je za urednika postavljen umirovljeni liječnik koji nije morao strepjeti za svoj status, ali je ipak „onima gore“ bio toliko omražen da je jedan ministar zdravstva tražio njegovu smjenu.

U novoj hrvatskoj državi dobrim je dijelom zadržan status liječnika na razini nekadašnjega komunističkog sustava pa se tako, za ilustraciju, još i danas zazire od privatne liječničke prakse. Liječnici imaju činovnički status za razliku od, na primjer, automehaničara koji su plaćeni za izvršeni rad. Upravo je zbog toga za obiteljske liječnike smišljen paušal koji se danas pospradno naziva glavarinom. Na kraju, evo nekoliko životno važnih tema o kojima bi javnost malo znala da nema Liječničkih novina!

- Liječnicima se ni dandanas ne jamči 42-satni radni tjedan
- Iscrpljuje ih se dežurstvima i prekovremenim radom
- Liječnici često moraju sudskim putem tražiti da im se plati prekovremeni rad

- Jedino liječnicima bio je zabranjen štrajk
- Lukavom promjenom zakona liječnicima je oduzeto pravo na kolektivni ugovor
- Obiteljski liječnici ne mogu na godišnji odmor ni na bolovanje ako si sami ne nađu zamjenu
- Mladi liječnici često moraju potpisivati "robotvlasničke" ugovore za specijalizaciju

Dodajmo tome da liječnicima radni staž počinje tek oko 25. godine života i da žive dvije godine kraće od prosjeka.

NAJUTJECAJNIJI STRUKOVNI LIJEČNIČKI ČASOPIS U HRVATSKOJ

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

Tajnik Uredništva LN-a



Za Liječničke novine Hrvatske liječničke komore (LN HLK) subjektivno sam prilično vezan s obzirom na to da sam član Uredništva i tajnik redakcije od 1. broja iz srpnja 2001., pa i otprije, od rujna 2000., dok su još LN bile zajedničko glasilo HLK-a, Hrvat-

skog liječničkog zbora i Hrvatskog liječničkog sindikata. Tada sam bio posve mlad liječnik, a iz tadašnjeg Uredništva ostali smo u LN-u do danas samo prof. Poljak i ja. U ovih dvadesetak godina LN su bilježile medicinska zbivanja u Hrvatskoj, redovito pratile i opisivale novosti iz svjetske medicinske literature, objavljivale zanimljive intervjue te imale niz zanimljivih rubrika poput onih iz povijesti medicine, književnosti, glazbe i drugih grana umjetnosti kojima se bave liječnici. Poznato je da LN HLK-a imaju najveću nakladu od svih domaćih medicinskih časopisa (danas 19 000 primjeraka po broju), s redovitih deset brojeva godišnje te su nedvojbeno najutjecajniiji strukovni liječnički časopis u Hrvatskoj - kroničar svoga vremena, s osvrtima na prošlost i pogledima prema budućnosti.

LN SU POSEBNO VAŽNE ZA LIJEČNIKE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Vikica Krolo, dr. med.

Zamjenica predsjednika Hrvatske liječničke komore

Svaki mladi čovjek koji uspješno završi medicinski fakultet u svojim dvadesetim godinama i postane ponosan član Liječničke komore, postaje i dio velike ljudske zajednice s kojom godinama poslije dijeli istu sudbinu.

Glavni je zadatak svih doktora liječenje pacijenata, kao i osobno napredovanje u struci, a usto se trebaju uskladiti s poslovnom suradnjom i druženjem sa „sebi sličnim“ ljudima.

Liječničke novine spojile su sve to zajedno: potrebu za upoznavanjem kolega iste struke, dijeljenje informacija o problemima s kojima se suočavaju različiti dijelovi zdrav-

stvenog sustava, učenje o novim dostignućima pojedinih struka i pojedinaca, humor i druženje.

Liječničke novine slave 200-ti broj, a novi način uređivanja Liječničkih novina u posljednje tri godine dao je priliku liječnicima primarne zdravstvene zaštite da iznesemo u svakom broju svoje probleme, kao i uspjehe. Samo je na nama da iskoristimo tu mogućnost.

Kao zamjenica predsjednika HLK-a iz redova PZZ-a ponosna sam na aktivnost kolegica/kolega PZZ-a koji svojim javnim djelovanjem stvaraju pozitivnu medijsku sliku o liječnicima, kako u medijima kao što su novine, radio, televizija i društvene mreže, tako i u „našim“ Liječničkim novinama. Liječničke novine su važne za cijelu liječničku struku.

Potrebno je i dalje imati novine koje neovisno o ikakvim drugim interesima ili utjecajima, osim strukovnicima, pišu o svima nama.

NOVINE KAO SIMBOL KVALITETE I AKTUALNOSTI

Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med.

Član Uredničkog odbora



Moje ime pojavljuje se u impressumu Liječničkih novina HLK-a od broja 17 tiskanoga u ožujku 2003., premda sam ih čitao i prije, još dok su bile „staleško glasilo Hrvatskoga liječničkog Zbora“. U dvobroju 99-100 (svibanj-lipanj 1991.) objavljen je moj članak „Sedamdeset godina Antituberkuloznog dispanzera u Zagrebu“, a u trobroju 101-103 (srpanj-kolovoz-rujan) 1991. pročitao sam podatak da je Fond zdravstva RH u siječnju 1991. ubrao jednu sedminu novca koliko je ubrao u siječnju 1990.!? (ne za 1/7 manje!). Trobroj je već bio ratni, u njemu je objavljen Apel HLZ-a za prestanak rata u Hrvatskoj, upućen 5. kolovoza 1991. brojnim domaćim, no još važnije, inozemnim adresama, te Apel liječnika za humanost u ime Hrvatskog sindikata. Glavni urednik je svoj članak u tome trobroju „Biserje medicinskog žargona“ završio šalom na račun „3-f“, tada učestalih izraza u liječničkim publikacijama („famozno“, „fantastično“ i „fenomenalno“), dodajući i četvrti f - „frapantno“.

Od kolegica i kolega koje sam, uz glavnog i odgovornog urednika prof. Željka Poljaka, zatekao u Uredničkom odboru, do danas se na mjesečnim sastancima družim s kolegicom Ingrid Marton i kolegom Draženom Pulanićem. Od kolege Željka Lepoglavca (1961. – 2008.) morali smo se, nažalost, prerano oprostiti. U Uredništvu sam se pridružio prim. dr. Vladimiru Dugačkom (1939. -2014.) u skrbi za članke iz područja povijesti medicine. No Uredništvo je bilo uspješno u animiranju i drugih kolega u pisanju o povijesti hrvatske medicine. Na mjesečnim sastancima Uredništva raspravljali smo o odjeku prethodnog broja te o pristiglim tekstovima za naredne brojeve, o njihovoj kvaliteti i aktualnosti. Redovito je pobjeđivao stav glavnog urednika o „objavljivanju članaka koji

su zanimljivi čitateljima, a ne samim autorima niti članovima Uredništva“. Postojanje Uredništva pomagalo je ponekad glavnom uredniku kao opravdanje, kao zaklon nakon odluke o odbacivanju članka, kad više nije mogao odolijevati pritisku autora ili njegova šefa („Ja bih objavio, ali se Urednički odbor protivio“). Učestalo nam je na sastancima pomagao svojim iskustvom i znanjem prof. dr. Mladen Štulhofer (1924. - 2010.), predsjednik prvoga Izdavačkog savjeta LN HLK-a, utemeljenoga 7. studenoga 2001. Predsjednici HLK-a bili su redovito u LN-u svojim rado čitanim Uvodnikom. Nerijetko su konstruktivno sudjelovali i u radu Uredništva, što je ponekad rezultiralo izostavljanjem nekog članka do kojega je nama u Uredništvu bilo stalo, jer bi prevladali „viši“ razlozi. Pamtim, s nelagodom, situaciju u kojoj je zaustavljena distribucija već tiskanoga novog broja LN-a zbog jedne karikature u kojoj se mogao prepoznati tadašnji predsjednik SAD-a pa se javila bojazan da bi u američkom veleposlanstvu mogli biti uvrijeđeni. Nisu uvaženi argumenti kojima smo pokušali umanjiti pretpostavljenu opasnost pa je ponovno tiskana stranica bez inkriminirane karikature i ulijepljena u svih desetak tisuća primjeraka novina uz pomoć Student-servisa. U razdoblju u kojem je prof. Matko Marušić bio u nemilosti upravljačkih struktura na MEF-u u Zagrebu, Uredništvu je prenesena odluka o neobjavljivanju Marušićevih članaka u LN-u, da se ne povrijedi Fakultet. Kao njegovo nekadašnjem studentu, poslije asistentu i prijatelju, radovalo me je kad bih na sastanku Uredništva uspio biti dostatno uvjerljiv i slomiti, najčešće uz prikrivenu asistenciju prof. Poljaka, bedem čuvara pravocrtnosti, a LN-u tako osigurati zanimljiv tekst pisan prepoznatljivim beskompromi-

>>

snim stilom i uvijek o temi važnoj za hrvatske liječnike.

U LN-u sam napisao stotinjak članaka o hrvatskim liječnicima. Nastojao sam pisati o manje poznatim detaljima iz života liječnika, poput Gjura Baglivija, Mirka Dražena Grmeka i Krešimira Krnjevića, koji su postali slavni radom izvan Hrvatske, ali još više otkriti one koji su završavali studij medicine nekada u inozemstvu, kasnije u domovini i ostali djelovati u njoj. Veoma mi je drago što je tekstu prof. dr. Bože Metzgera (1913. - 2012.), prethodno na uredništvu LN-a ocijenjenome nezadovoljavajućim, pomoglo moje poznavanje borbe protiv tuberkuloze u Hrvatskoj i pretvorilo ga u njegov zadnji članak o liječniku dr. Stjepanu Metzgeru (1891. - 1958.), njegovome stricu, zaslužnom u borbi protiv tuberkuloze u Vinkovcima, koji je objavljen u 100. godini njegova života. Posebno sam ponosan na članke objavljene u nastavnoj godini 2017./2018. kojima se HLK pridružila obilježavanju 100-te obljetnice naše Almae matris, Medicinskoga fakulteta u Zagrebu.

U LN-u sam naučio o mnogim staleškim pitanjima. Od prvoga broja, u čijem sam uređivanju sudjelovao, pratio sam temu o naknadi pacijentima zbog šteta nastalih tijekom medicinskih intervencija i vrijednosti "no fault compensation scheme", pri čemu se nastala šteta nadoknađuje bez traženja krivca, a koju je HLK više puta pokušavala oživotvoriti u hrvatskom zdravstvu. Bilo je to bezuspješno, premda bi, prema iskustvu zemalja koje su taj model uvele, bio učinkovitiji i na korist pacijenata, ali i liječnika, a pridonio bi i prevenciji šteta zbog medicinskih pogrešaka.

Vita brevis est – osjećam da sam radom u "Liječničkim novinama" svoj produljio.

LN - NOVINE KOJE PIŠE STRUKA ZA STRUKU

Prim. Boris Ujević, dr. med.

Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost HLK-a

Liječničke novine izlaze već 200. put. Liječničke novine piše struka za struku. Budući da bolnički liječnici čine najveći dio članstva, najviše tema je iz bolničke problematike. Ali ni drugi nisu zanemareni.

Privatno zdravstvo u medijima gotovo da ne postoji. Liječničke novine su među rijetkima u medijskom prostoru gdje se može nešto pročitati o privatnom zdravstvu. Sliku o tome da je interes privatnog zdravstva uništavanje javnog zdravstva i da ono radi na tome (koju se pogotovo u posljednje vrijeme može prepoznati u „nezavisnim“ medijima) jedino mogu „razbiti“ Liječničke novine. Privatno zdravstvo je najzdraviji dio zdravstvenog sustava u našoj zemlji. No stalno mu se bacaju medijski klipovi pod noge. Hrvatska država nažalost nedovoljno podržava privatno poduzetništvo, pa onda ne podržava niti potiče razvoj privatnog zdravstva. No, već da se prestane s medijskom hajkom, odnosno da država barem deklarativno podrži privatnike, za početak bi bilo dosta.

U Liječničkim novinama se necenzorirano može čuti glas privatnog liječnika. O problemima s kojima se susreću liječnici-poduzetnici moglo se čitati, a tako treba biti i ubuduće. Zašto se privatnom zdravstvu krediti dijele na kapaljku bila bi primjerice dobrodošla tema.

Liječničke novine predstavljaju zajedničko mjesto na kojemu kolege mogu razmjenjivati iskustva, objavljivati novosti i tražiti rješenja teškoća s kojima se susreću.

Rad u privatnoj praksi je rad s drukčijim, često u javnom prostoru zanemarenim izazovima, stoga pozivam sve koji rade u tom dijelu zdravstvenog sustava da prepoznaju i koriste Liječničke novine kao prostor svoga glasa. U vremenu u kojem se papir zamjenjuje digitalnim "platformama", Liječničke novine, osim što podsjećaju na prošlo vrijeme tiskovina, mogu dobiti nov život i postati mjesto preko kojega će se privatno zdravstvo moći boriti za zasluženo mjesto u društvu. Javite se, uključite u naše glasilo i svoj dio.

NAJMODERNIJE STRUKOVNE NOVINE U HRVATSKOJ

Vesna Štefančić Martić, dr. med.

Predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost HLK-a

Liječničke novine kao medij namijenjen članovima Hrvatske liječničke komore iz perspektive javnozdravstvenih liječnika imaju višestruku ulogu te se dojam o ulogama ovih novina može sažeti kroz četiri temeljne odrednice: informiranje, razmjena iskustava i sadržaja, promicanje diskursa unaprjeđenja liječničke struke te zabavni elementi. Naglasak i međudnosi ovih odrednica mijenjali su se kroz svih 200 brojeva, a ponekad su bile razvidne i neke nove uloge poput jasne podrške struci, stručno-političkog diskursa i uključivosti.

Zanimljivo je kako Liječničke novine svojim sadržajem, vizualnim rješenjima i grafičkim uređenjem odskoču od mnogih drugih strukovnih novina. One zapravo prednjače svojom razinom modernog i inovativnog te praćenjem aktualnih tema. Postoje i u ekološki prihvatljivom internetskom

izdanju koje je lako pretraživati, a ujedno je zanimljivo istaknuti kako ih stoga vrlo često čitaju i drugi zdravstveni djelatnici i čitatelji izvan zdravstva.

Vrlo bi izazovno bilo definirati Liječničke novine, a da ta definicija ne bude preopćenita i da bude sveobuhvatna za apsolutno sve dimenzije kroz vrijeme otkako LN postoje. Ono što nije sporno je porast vidljivosti i uloge kolegica i kolega koji rade u javnozdravstvenim granama medicine kroz vrijeme, a posebice u posljednjih nekoliko brojeva kad ta vidljivost doseže svoj vrhunac, i to zahvaljujući pandemiji novoga koronavirusa i COVID-19.

Upravo se iz tog razloga sve značajniji broj rubrika okreće javnozdravstvenoj, epidemiološkoj, školskomedicinskoj i mikrobiološkoj tematici i mijenja dotadašnji diskurs. Iako potaknuta negativnom pojavom, ova je promjena u Liječničkim novinama prepoznata u javnozdravstvenim stručnim krugovima kao pozitivna.

COVID-19 i s njime povezane teme postale su aktualna i neizbježna tema u Liječničkim novinama, a upravo se iz toga iščitava kako su one stvorile povoljan i poticajan okvir za kreiranje prilika za povećanje vidljivosti javnozdravstvenih grana medicinske struke koje nisu prethodno bile toliko zastupljene u odnosu na kliničke i temeljne grane medicine. Takva promjena, koju bismo mogli nazvati javnozdravstveno usmjerenim diskursom, koji su poprimile Liječničke novine bio je i prije vidljiv kroz mnoge stručne i popularne tekstove kolegica i kolega u javnozdravstvenim granama, ali u nešto manjem opsegu.

O BROJU JEDAN LIJEČNIČKIH NOVINA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Prim. doc. dr. sc. VJEKOSLAV BAKAŠUN, dr. med.



Ne želim ulaziti u povijest izlaženja LN-a, nego se prisjetiti broja jedan Liječničkih novina Hrvatske liječničke komore.

Na sjednicama Glavnog odbora Hrvatskoga liječničkog zbora (GO HLZ) uvijek su bili nazočni i aktivno sudjelovali u radu prim. dr. Egidije Čepulić, predsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK), i prim. dr. Stjepan Kudlek, predsjednik Hrvatskoga liječničkog sindikata (HLS).

Na sjednicama GO HLZ-a, održanima u drugoj polovici 2001. godine, puno se raspravljalo o odluci HLK-a da od svibnja 2001. samostalno objavljuje časopis LN. Na tim su sjednicama članovi GO-a izrekli mnogo riječi protiv takve odluke HLK-a, ponekad čak na granici pristojnosti. No na jednoj je sjednici prim. Čepulić, kao predsjednik HLK-a, iznio stav HLK-a da nema nikakve zapreke da HLK objavljuje svoje glasilo pod nazivom „Liječničke novine“. To je potkrijepio činjenicom, da HLZ nije naziv LN-a zaštitio sudskim putem, pa da taj naziv može svatko slobodno koristiti. Pred tom su činjenicom članovi GO-a morali ustuknuti i odlučili su da će u buduće HLZ samostalno objavljivati svoje „Liječničke novine“ kao dodatak u Liječničkom vjesniku. Drugog izbora nije bilo.

Prim. Čepulić se tijekom sjednice ispričao da ima drugu obvezu i pošao prema izlaznim vratima knjižnice HLZ-a u Šubićevoj 9 gdje se sjednica održavala. Već se držao za kvaku izlaznih vrata kada sam glasno viknuo: „Čekaj, Egidije, još jedan časak! Uvjerio si nas da HLK ima zakonsko pravo objavljivati svoj časopis pod nazivom Liječničke novine i članovi GO HLZ-a to moraju prihvatiti. No, neka se HLK ne kiti „tuđim perjem“ i ne objavljuje „svoje“ LN s rednim brojem Liječničkih novina HLZ-a!“ „Imaš pravo, Bakašune, kazao je prim. Čepulić, od sljedećega će mjeseca LN HLK-a biti objavljivane pod rednim brojem – jedan“. I bilo je tako.

I danas su LN HLK-a dostigle svoj 200-ti broj izlaženja i postale vrijedan i od liječnika rado čitan mjesečnik. Osobno želim LN-u HLK-a još mnoge godine izlaženja. A ovaj kratki osvrt neka bude sjećanje na broj jedan Liječničkih novina Hrvatske liječničke komore.

>>

KOMENTARI ČITATELJA LIJEČNIČKIH NOVINA

► LN – uvijek aktualne, jezgrovite i jasne

Prim. Mandica Vidović, dr. med.

Od učlanjenja u HLK redovito čitam naš glasnik, posebno posljednjih godina otkada je doživio redizajn ne samo u grafičkom nego i u uređivačkom smislu. Informacije o novim medicinskim dostignućima jezgrovito su i jasno prezentirane, ima dosta korisnih tema iz područja zaštite prava liječnika, a zabavne i povijesne crtice su ostale. Iako možda papirnati medij po nekima odlazi u prošlost, osobno i dalje volim posegnuti za Liječničkim novinama u slobodno vrijeme i u miru ih pročitati.

► Komora i LN brinu se o ugledu i statusu liječnika

Prim. Marica Jandrić Balen, dr. med.

Rado pročitam Liječničke novine, jer su teme uvijek vrlo aktualne i zanimljive. Izvrstan uređivački stil s recentno aktualnim uvodom, zanimljivim intervjuima i iznimno zanimljivim priložima. Komora na taj način pokazuje koliko joj je stalo do ugleda i statusa liječnika, što me osobno vrlo raduje.

► Novine izvrsno informiraju liječništvo o aktualnostima

Dr. sc. Nenad Koruga, dr. med.

Mislim da općenito Liječničke novine imaju jako dobru ulogu u informiranju liječnika, prvenstveno glede "tekućih" događanja i problema. Stručni tekstovi pisani žurnalističkim stilom imaju smisla jer sigurno netko tko je ginekolog ili fizijatar manje zna o npr. trombozi venskih sinusa u mozgu, kao što i ja, kao neurokirurg, manje znam o njihovim temama. Sve u svemu, LN su više nego dobre.

► Novine koje su na europskoj razini

Dr. sc. Vojislav Maksimović, dr. med.

Svaki put kad boravim u Zagrebu prelistam Liječničke novine koje mi moja kći - liječnica brižno ostavi. U Francuskoj sam više od 25 godina radio kao kirurg, a sada dane mirovine provodim dijelom u Saint Claudu, a dijelom u Zagrebu ili Zlarinu.

Ono što je danas najbliže francuskoj razini u domeni javnoga zdravstva su Liječničke novine koje uredništvo uređuje s velikim entuzijazmom i talentom. Francuska liječnička komora izdaje Le bulletin de l'Ordre des médecins. Dragi kolege, primite izraze mog dubokog štovanja uz iskrene čestitke prigodom 200. broja Liječničkih novina koje se ne srame usporedbe ni s jednim časopisom sličnog karaktera na europskoj razini.

► Novine koje nisu dosadne

Prof. dr. sc. Jure Mirat, dr. med.

Kad dobijem novi broj Liječničkih novina, siguran sam da ću naći i uvijek nađem nekoliko članaka koje moram pročitati, pa bi ih najjednostavnije okarakterizirao kao novine koje nisu dosadne. To je zato što zadiru u realan život liječničke struke. Izvor su iz kojega svaki liječnik može dobiti, dobro artikuliranim rječnikom, širi uvid u okruženje i realitet u kojemu radi i u kojemu živi. Sveobuhvatnost i raznolikost tema iz liječničkog života i liječničke struke, od političkih, organizacijskih, razgovora i pogleda istaknutih osoba iz područja medicine i onih s njom povezanimima, zatim medicinskih problema izloženih na zanimljiv i jednostavan način, zadirući u bit problema, pa novosti iz različitih područja medicine i interesantnih slučajeva, crtica iz liječničkog života i još dosta toga ukazuju na bogatstvo širine koju pokrivaju Liječničke novine, zauzimajući nezamjenjivo mjesto u oslikavanju medicinske struke našeg prostora i vremena.

IZ LIJEČNIČKIH NOVINA U PERUANSKU AMAZONU

BORKA CAFUK, novinarka Liječničkih novina tijekom dvanaestogodišnjeg razdoblja od 2002. do 2013. godine



Novinarki koja je radila u dnevnim novinama i pratila područje zaštite okoliša, socijalne teme i zaštitu životinja, prelazak u LN i u njima 12 godina rada, značio je nov izazov, nepoznato područje izvan osobne zone udobnosti.

Iako sam dijete majke liječnice, kojoj medicina nije bila apsolutna nepoznanica, zdravstveni sustav jeste. LN su me podučile da naš osobni i profesionalni rast nikada ne prestaje, ali samo ako izađemo iz osobne zone komfora.

Zahvaljujući LN-u i uvijek inspirativnoj, a ponekad i izazovnoj komunikaciji s nezaboravnim urednikom prof. Željkom Poljakom, shvatila sam da moj razvoj treba ići dalje. LN su me "gurnule" u svijet izvan naših kulturoloških obraza i načina razmišljanja u, za mene, divlje i neotkriveno područje peruanske Amazone, iz koje vam i pišem ove retke.

S ljubavlju i zahvalnošću, želim LN-u još mnogo izdanja.

COVID-19 - kronologija

(7. svibnja – 7. lipnja 2021.)

7. svibnja

Prema podacima iz središnjeg registra cijepljenih osoba e-Cijepih danas je utrošeno 53 059 doza cjepiva. Time je premašen rekord od 29. travnja, kada je cijepljeno 46 887 osoba. Od početka cijepljenja potrošeno je 1 078 760 doza cjepiva, te je cijepljeno 835 320 osoba, od kojih je 243 440 primilo dvije doze. **Time je cijepljeno 25 % odraslog stanovništva.**

11. svibnja

Epidemija još ne jenjava! U protekla 24 sata zabilježeno je 876 novih slučajeva, a broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas iznosi 7745. Među njima je 1928 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga ih je na respiratoru 217. Preminulo je 46 osoba.

15. svibnja

Milijunta cijepljena osoba je gospođa Katarina Marić, koja je u petak cijepljena u Domu zdravlja Sl. Brod u ordinaciji dr. Sunčice Čičić. U protekla 24 sata zabilježeno je 826 novih slučajeva.

18. svibnja

U protekla 24 sata zabilježen je 491 novi slučaj pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 4871. Među njima je 1566 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga ih je na respiratoru 166. Preminulo je 27 osoba.

20. svibnja

Danas je u Hrvatskoj premašeno ukupno 1,5 milijun doza cjepiva, a cijepljena je do sada svaka treća odrasla osoba. S 57 184 doza cjepiva postavljen je novi rekord u dnevnom cijepljenju! Utrošeno je 4125 doza više nego kod dosadašnjeg

rekorda, ostvarenoga u petak, 7. svibnja. Milijun i petstotisućitu dozu primila je osoba u Primorsko-goranskoj županiji.

23. svibnja

U protekla 24 sata zabilježen je 251 novi slučaj pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 3881. Među njima su 1202 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 123 pacijenta. Preminulo je 20 osoba.

26. svibnja

Evidentno je poboljšanje epidemiološke situacije i zdravstvenih pokazatelja. Nakon dulje vremena u protekla 24 sata imamo manje od 1000 hospitaliziranih i manje od 100 pacijenata na respiratoru.

27. svibnja

Do 15. lipnja produljena je Odluka o prelasku granica: djeca mlađa od 12 g. koja putuju u pratnji roditelja/skrbnika s negativnim testom ili potvrdom o cijepljenju ili preboljenju su izuzeta od obveze predočenja negativnog testa ili samoizolacije.

29. svibnja

Na današnji dan bilježimo više od ukupno 8000 preminulih osoba zbog zaraze novim koronavirusom. Od početka epidemije do danas je ukupno zabilježeno 355 955 osoba zaraženih osoba, od kojih su 8002 preminule, a 345 396 se oporavilo. U samoizolaciji je trenutačno 11 510 osoba. Do danas je ukupno testirano 2 005 789 osoba.

1. lipnja

U protekla 24 sata zabilježeno je 216 novih slučajeva pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 1843. Među njima su 753 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 82 pacijenta. Preminulo je 8 osoba.

2. lipnja

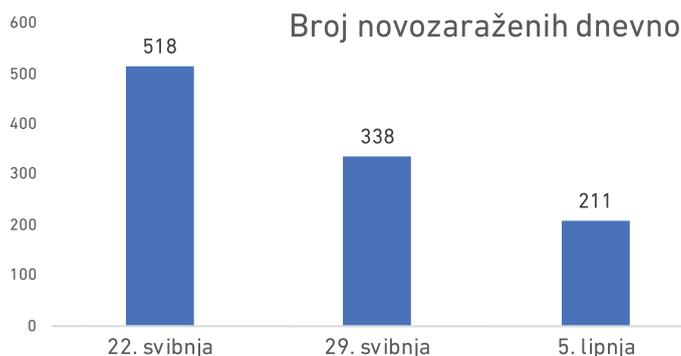
Hrvatska je prva europska zemlja koja je uvela izdavanje i graničnu kontrolu EU digitalne COVID potvrde. Svi granični prijelazi opremljeni su tehnologijom za provjeru validnosti EU digitalne COVID potvrde, a sama procedura provjere traje dvadesetak sekundi.

3. lipnja

Zaključno s današnjim danom utrošene su 1 855 003 doze cjepiva. Dosad je 1 317 038 osoba cijepljeno s najmanje jednom dozom, među kojima je njih 537 965 primilo obje doze. Na današnji dan utrošeno je 7689 doza cjepiva. U protekla 24 sata zabilježeno je 280 novih slučajeva pa je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 1945. Među njima su 653 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 66 pacijenata. Preminulo je 14 osoba.

7. lipnja

Prvi puta nakon 217 dana vrata KB Dubrava otvorena su i za ne-COVID pacijente. S ranim jutrom djelatnici su krenuli s više od 300 pregleda pacijenata. Do danas je u Republici Hrvatskoj cijepljeno 40% odraslog stanovništva. Uskoro počinje I cijepljenje djece starije od 12 godina uz obavezan pristanak roditelja.



USPJEŠNO PROVEDENA JAVNOZDRAVSTVENA KAMPANJA



**IMAŠ ZNANJE
BUDI PRIMJER**
CIJEPI SE

Devet komora u zdravstvu od siječnja do svibnja ove godine provodilo je zajedničku javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!“. Cilj kampanje bio je dodatno informirati zdravstvene djelatnike o važnosti i svim aspektima cijepljenja protiv SARS-CoV-2. Ova kampanja pratila je proces cijepljenja zdravstvenih djelatnika, a logo kampanje bilo je protutijelo IgG kao simbol imunogenog odgovora protiv SARS-CoV-2. Kampanja je započela i završila provođenjem dva vala ankete koja su ispitivala stavove o cijepljenju članova devet komora.

Sadržajno, uz mrežnu stranicu kampanje www.budiprimjer.hr kampanja se sastojala od komunikacije i objava na društvenim mrežama zdravstvenih komora, edukativnih video filmova s odgovorima na najčešća pitanja o cijepljenju, tri izvrsno posjećena webinaru za zdravstvene djelatnike, blogova eminentnih stručnjaka različitih profila u zdravstvu te niza odgovora na pitanja o cijepljenju. Tu su i objave u masovnim medijima te tekstovi u komorskim glasilima kao i plakati kampanje distribuirani po zdravstvenim ustanovama.

Također, u sklopu kampanje, članci devet komora u zdravstvu snimili su kratku video poruku u kojoj su iznijeli svoje stavove zašto je važno cijepiti se protiv COVID-19, koja se zatim dijelila po društvenim mrežama komora.

U ožujku su predsjednici zdravstvenih komora uputili svim zdravstvenim djelatnicima u Hrvatskoj i **proglas „Imaš znanje, budi primjer! Cijepi se!“**. Proglas je pozvao sve zdravstvene djelatnike, koji se do tada još nisu

cijepili da se cijepje. Komore su istaknule da dobiti cijepljenja protiv COVID-19 višestruko nadmašuje rizik eventualnih nuspojava cijepljenja te da uspješne borbe protiv COVID-19 nema bez zdravih djelatnika u zdravstvu.

Više od 18 tisuća zdravstvenih djelatnika sudjelovalo je na tri webinaru

U sklopu kampanje održana su tri webinaru, u siječnju, veljači i travnju, na kojima je ukupno sudjelovalo više od 18 tisuća zdravstvenih djelatnika, a od čega je bilo više od 5300 liječnika. Mnogi članovi komora sudjelovali su na sva tri webinaru.

Tema prvog webinaru bila je „**Vrhunski hrvatski stručnjaci o cijepljenju protiv COVID-19**“, a zanimanja koje su članovi komora iskazali za ovu temu bilo je iznimno veliko jer je na prvom webinaru sudjelovalo više od 10 tisuća zdravstvenih djelatnika. O regulatornim procesima i odobravanju cjepiva protiv COVID-19 na webinaru je govorila **dr. sc. Nikica Mirošević Skvrce iz HALMED-a, dok je prof. dr. sc. Goran Tešović iz Klinike dr. Fran Mihaljević** održao izlaganje o kliničkim perspektivama i istraživanjima o ovom cijepljenju. **Dr. sc. Bernard Kaić iz HZJZ-a** govorio je o epidemiološkoj perspektivi i istraživanjima o cijepljenju protiv COVID-19. Ovi istaknuti stručnjaci su zatim odgovarali na pitanja sudionika webinaru koja su se većinom odnosila na sastav cjepiva, duljinu trajanja imuniteta, učinkovitosti cjepiva protiv novih sojeva virusa, cijepljenje nakon preboljelog COVID-19, kontraindikacija

cije i nuspojave cijepljenja. Pitanja i odgovori s ovog webinaru pretvoreni su u dvadesetak jednogminutnih video klipova koje su komore objavljivale na društvenim mrežama.

Tema webinaru održanoga u veljači bila je „**Zdravstveni djelatnici u borbi s COVID-19**“ i na njemu je sudjelovalo gotovo 6000 zdravstvenih radnika. Kako se zdravstveni djelatnici nose s COVID-19 i kako izgleda njihov svakodnevni rad s pacijentima za vrijeme epidemije neka su od pitanja na koje su sudionici odgovorili na ovom webinaru. Webinar je počeo intervjuom sa specijalistom ginekologije i porodništva prim. Borisom Ujevićem, dr. med., koji je vodila Vesna Štefančić Martić, dr. med. Prim. Ujević dao je odgovore na ključna pitanja o cijepljenju trudnica ili dojilja te o tome utječe li cijepljenje na plodnost žena ili muškaraca. Sudionici webinaru bili su fizioterapeutkinja Iva Lončarić Kelečić, dipl. physioth., radiološka tehnologinja Monika Likić, mag. radiol. tech., predstojnica Katedre za zdravstvenu i kliničku psihologiju s Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, dr. sc. Anita Lauri Korajlija, glavna sestra Klinike za infektivne bolesti dr. Fran Mihaljević, Danijela Miše, mag. med. techn. i primalja Banana Kunina, bacc. obs. Webinar su moderirali dr. sc. Biljana Kurtović, magistra sestinstva, i dopredsjednik Hrvatske komore fizioterapeuta Zoran Filipović, bacc. physioth. Više od 10 000 zdravstvenih djelatnika sudjelovalo na webinaru „**Post-covid sindrom, klinički aspekti i hrvatska iskustva**“, održanome u travnju. Odgovore na mnogobrojna pitanja koja se nameću o kliničkim aspektima post-covid sindroma dalo je četvero liječnika koji već mjesecima liječe bolesnike koji boluju od post-covid sindroma. Prof. dr. sc. **Ozren Jakšić**, hematolog, doc. dr. sc. **Diana Rudan**, kardiolog, prim. dr. sc. **Jasna Tekavec Trkanjec**, pulmolog, i **Zrinka Čolak Romić**, dr. med., neurolog, obradili su različite kliničke aspekte ovog sindroma, dok je drugi dio webinaru bio rezerviran za pitanja sudionika. Snimke sva tri webinaru dostupne su na youtube kanalu HLK-a i na www.budiprimjer.hr

Dva kruga anketnih istraživanja o stavovima zdravstvenih djelatnika o cijepljenju

Na početku i na kraju kampanje provedena su dva kruga anketnih istraživanja o stavovima članova devet komora o cijepljenju. U prvom krugu je sudjelovalo 8844, a u drugom 2722 ispitanika. Cilj je bio dobiti uvid u stavove zdravstvenih djelatnika o epidemiji i o cijepljenju protiv COVID-19. Istraživanje je pokazalo kako se usprkos proljetnom 3. valu epidemije postotak zdravstvenih djelatnika koji su preboljeli COVID-19 u svibnju (24 %) nije značajno razlikovao od onoga u siječnju (19 %) što posredno ukazuje na učinkovitost cijepljenja jer je većina zdravstvenih radnika cijepljena u siječnju i veljači ove godine. Dok je u siječnju bilo cijepljeno 23 % ispitanika, svibanjski krug ankete pokazao je da je cijepljeno 82 % anketiranih (s jednom ili dvije doze). Svibanjska anketa pokazuje također da se tek 4 % ispitanih

zdravstvenih djelatnika ne planira cijepiti. Ovo istraživanje je ukazalo i da je prosječno povjerenje zdravstvenih djelatnika u sigurnost cjepiva ostalo na istoj razini u ovih pet mjeseci, s time da u svibnju postoji razlika od 0,5 bodova (na ljestvici od 1 do 7) između razine povjerenja u vektorska cjepiva i cjepiva mRNA. Naime, u sigurnost vektorskih cjepiva (AstraZeneca i Johnson & Johnson) vjeruje 63 % ispitanika, dok je razina povjerenja u sigurnost cjepiva mRNA (Pfizer/BioNTech i Moderna) veća i iznosi 73 %, tj. 72 % ispitanika.

83 % ispitanika zadovoljno kakvoćom javnozdravstvene kampanje

Svibanjska anketa pokazala je da je kampanja doprla do više od 80 % zdravstvenih djelatnika, a većina njih je sudjelovala u nekoj od aktivnosti kampanje. 83 % onih koji su bili upoznati s kampanjom i sudjelovali u nekoj od njezinih aktivnosti smatra da je javnozdravstvena kampanja kvalitetno informirala zdravstvene

djelatnike o cijepljenju protiv COVID-19, dok se samo 6 % ispitanika ne slaže s tim stavom. Zdravstveni djelatnici zadovoljni su kakvoćom kampanje i ocijenili su je prosječnom ocjenom 5,7 (ljestvica od 1 do 7).

Podržavatelji i zagovaratelji kampanje

Ova kampanja imala je brojne podržavatelje i zagovaratelje, a radi se o državnim institucijama, obrazovnim institucijama, udruženjima različitih profila zdravstvenih djelatnika, kao i mnogim eminentnim hrvatskim i svjetskim stručnjacima i znanstvenicima.

Nositelji ove kampanje su Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska liječnička komora, Hrvatska ljekarnička komora i Hrvatska psihološka komora.

Liječnici i liječnice iz HLK-a sudjelovali u cijepljenju građana protiv COVID-19 na zagrebačkom Velesajmu



Vesna Štefančić Martić, dr. med.

Početkom svibnja 2021. godine na inicijativu Hrvatske liječničke komore 19 liječnika i liječnica, od kojih su većina dužnosnici i dužnosnice Hrvatske liječničke komore, iskazali su interes i stavili se na raspolaganje za rad na cijepnom punktu na Zagrebačkom Velesajmu, s obzirom na povećane potrebe za timovima na cijepnim punktovima. U dogovoru s Gradskim uredom za zdravstvo Grada Zagreba te Nastavnim zavodom za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i koordinaticom prim. Mirjanom Lanom Kosanović Ličinom, dr. med., liječnici i liječnice iz HLK-a sudjelovali su u trijaži građana koji su došli na cijepljenje na Velesajam. Do 24. svibnja 2021. godine

uspješno i zajedničkim snagama uključujući i ostale timove iz bolnica, domova zdravlja i ostalih zdravstvenih ustanova, cijepljeno je preko 60 000 građana. Uz redovite obveze na svojim poslovima, hrvatski liječnici su u timskom radu uz druge zdravstvene radnike svojim sudjelovanjem u slobodno vrijeme pokazali koliko su izrazito angažirani u cijepljenju građana protiv COVID-19 i istaknuli značaj cijepljenja kao jedne od najučinkovitijih metoda suzbijanja epidemije novog koronavirusa. Liječnici HLK-a iskazali su interes i za nastavak sudjelovanja u cijepljenju na zagrebačkom Velesajmu i u lipnju.



Dr. Marija Posavec i predsjednik HLK-a dr. Krešimir Luetić

Tribina Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a i Povjerenstva Grada Zagreba HLK-a

MIJENJA LI PANDEMIJA OSNOVNA HUMANA ETIČKA NAČELA?

„Etika u pandemiji COVID-19“ naziv je tribine održane 14. svibnja u organizaciji Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a i Povjerenstva Grada Zagreba HLK-a. Poštujući zadane epidemiološke mjere tribinu je bilo moguće slušati uživo, a online ju je pratilo više od tisuću sudionika.

Pozdravljajući sve prisutne, predsjednik HLK-a **dr. sc. Krešimir Luetić** kazao je da je iznimno korisno progovarati o etici u doba pandemije, razmatrati kako su se ponašala naša društva, države i unije, koliko je u kritičkim trenucima nestajalo solidarnosti, koliko je bilo sebičnosti.

Dr. Ivan Bekavac, predsjednik Povjerenstva HLK-a za Grad Zagreb u pozdravnom govoru je naglasio da je ova tribina prava prilika da se u društvu osvijesti uloga i značaj etike, da se sazna što je novo vezano uz medicinsku etiku u ovim teškim uvjetima epidemije, ali i da se aktualizira značaj medicinske etike u današnje vrijeme tehnologije i svega onoga što eliminira značaj etike u našem društvu.

Prof. Igor Filipčić, psihijatar iz Psihijatrijske bolnice Sveti Ivan u Zagrebu i član Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a, govorio je o položaju psihijatrijskih bolesnika u pandemiji COVID-19 koji zahtijeva posebnu etičku pažnju. Ti su bolesnici uz psihijatrijsku bolest dodatno najčešće multimorbidni i kao takvi žive čak 15 do 20 godina kraće od opće populacije. Stoga smo ih dužni prepoznati kao posebno ranjive i prioritetne za cijepljenje protiv COVID-19.

Doc. Tomislav Franić, psihijatar i dječji psihijatar iz KBC-a Split i zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a, prepoznao je očitovanja kolektivnih sebičnosti u pandemiji COVID-19. Za razliku od uobičajenih kolektivnih solidarnosti u



vrijeme velikih nedaća, poput nedavnog potresa, u pandemiji su katkad izostali osjećaji zajedništva u borbi, pri čemu npr. jedna država drugoj preotima cjepivo i slično.

Dr. Ileana Lulić, anesteziologica iz KB-a Merkur govorila je o reanimaciji u pandemiji COVID-19. Osnovno etičko načelo u reanimatologiji, i u doba ove pandemije, jest učiniti u najboljem interesu bolesnika, poštujući prije svega njegovu autonomiju.

Prof. Jadranka Buturović Poničvar, internistica i nefrolog iz UKC-a Ljubljana u Sloveniji, aktualno predsjedavajuća Etičkom povjerenstvu Eurotransplanta, govorila je o opasnostima legalizacije eutanazije i o eutanaziranima kao izvoru organa za transplantaciju. Praksa pojedinih zemalja ukazuje na prekoračenje etičke mjere u praksi i psihološko sociološke zamke koje su se u vezi s tim pojavile. Postoji opravdan strah da se iza pandemijskih

kulisa prikradaju daljnje liberalizacije postojećih, etički već upitnih propisa.

Josip Šurjak, mag. iur., predsjednik Hrvatske odvjetničke komore proširio je perspektivu pregledom etičkih problema koji su se pojavili u odvjetničkoj praksi, odnosno u ljudi kojima je potrebna odvjetnička usluga jer imaju posla s pravosuđem. Naglasio je kako su odnosi u trokutu Zakoni - Etika - Praksa u našoj državi u neskladu, pa čak i u sukobu u svim smjerovima, i zato služe Komore da uredi odnose u takvim trokutima stvarnosti.

Iz publike je postavljeno pitanje o tome zaziru li laici od spašavanja života iz straha od zaraze npr. na ulici davanjem umjetnog disanja ili masažom srca. Čini se da laici koji su bitna karika u lancu preživljavanja nisu voljni provoditi mjere umjetnog disanja zbog bojazni od prenošenja zaraze. Stoga se moramo potruditi da barem ova pandemija ne promijeni osnovna humana etička načela i paradigmu altruizma.

ODLIČJIMA I FILMOM HLK obilježila 25 godina obnove rada

Povodom obilježavanja 25 godina obnove svojega rada, Hrvatska liječnička komora dodijelila je **zahvalnice i povelje za posebne zasluge pojedincima i institucijama** koje su značajno doprinijele podizanju ugleda i promicanju statusa liječništva u društvu te pomogle u ostvarivanju projekata i ciljeva Komore u Hrvatskoj i inozemstvu. Prigodom ove obljetnice, Komora je snimila i **kratki film** u kojemu se liječnici, istaknuti sudionici političkog i društvenog života netom osamostaljene Hrvatske, prisjećaju početaka obnavljanja djelovanja svoje staleške komore, zahtjevnog puta u stvaranju njezinog identiteta kao i borbe za njezinu afirmaciju.

Svečana dodjela odličja kao i premijera kratkog filma planirani su na datum 25. godišnjice obnove rada Hrvatske liječničke komore 25. lipnja 2020. godine, no nažalost zbog pandemije COVID-19 i epidemioloških mjera sve je odgođeno te u konačnici i otkazano. Stoga, gotovo godinu dana poslije i s poboljšanjem epidemiološke situacije, odličja su uručena laureatima, a u ime preminulog prvog predsjednika HLK-a prim. mr. sc. Egidija Čepulića povelju su preuzeli članovi njegove uže obitelji.

U sjećanje na entuzijizam i odlučnost kojima je nakon gotovo 50 godina u život vraćena krovna liječnička organizacija, Hrvatska liječnička komora snimila je i kratki film koji sadašnjim i budućim naraštajima liječnika ostaje kao svijetli primjer borbe za njihova strukovna prava, podizanje ugleda i promicanje statusa liječništva u društvu.



Za značajni doprinos podizanju ugleda i promicanju značaja i statusa liječništva u društvu, Hrvatska liječnička komora dodijelila je povelju za posebne zasluge:

Hrvatskom liječničkom zboru
Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu
prim. mr. sc. Egidiju Čepuliću, dr. med.
prof. dr. sc. Andriji Hebrangu, dr. med.
prim. Josipu Gjuroviću, dr. med.
prim. Josipu Jeliću, dr. med.
prof. prim. dr. sc. Miroslavu Kopjaru, dr. med.
akademiku Ivici Kostoviću
mr. sc. Zlatku Houru, dr. med.
prim. Slavku Lovasiću, dr. med.
prim. Vjekoslavu Mahovliću, dr. med.
prof. prim. dr. sc. Darku Manestru, dr. med.
akademiku Željku Reineru
izv. prof. prim. dr. sc. Niki Zuraku, dr. med.
prof. prim. dr. sc. Mirjani Sabljari-Matovinović, dr. med.
akademkinji Vidi Demarin
prim. Hrvoju Minigu, dr. med.

Za vrijedan doprinos radu i organizaciji Komore, kao i za doprinos u promidžbi vrijednosti Komore te za pomoć u ostvarivanju temeljnih zadataka, programa, projekata i ciljeva Komore u Hrvatskoj i inozemstvu, Hrvatska liječnička komora dodijelila je zahvalnicu:

Bundesärztekammer
Österreichische Ärztekammer
Zdravniškoj zbornici Slovenije
Dr. Otmaru Kloiberu

PUB KVIZ HLK-a ONLINEEEEE

→ Sat anatomije, kardiovaskularni sustav

“Kad srce kaže da” pjeva tko?



0:32

Pubkviz 10.05. sastavio je Mislav Čavka. Temu kviza nazvao je Mužikaši. O njima je pitao u raznim oblicima, kao npr. krug Anatomija (kroz glazbu, na slici). U tri kruga dobili smo dva pobjednika: Tomislav P. i Darija K.

Kviz 24.05. sastavio je Ante Martić. Iz šest strogih krugova pobjednika smo imali samo u dva kruga: Edo T. i Tomislav K. Tko je napisao Lolitu? Kada je u povijesti najstariji trag o operaciji mrežne?

Pobjednike, kojima čestitamo, uobičajeno nagrađuje Eucerin.

Za sljedeći pub kviz koji će se održati u ponedjeljak 21. lipnja 2021. u 20 h možete se prijaviti na pubkviz@hlk.hr

TEMA
BITI
LIJEČNIK

NAJBOLJE FOTOGRAFIJE




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

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U SVIBNJU 2021.

2. svibnja	Tribina "Vukovarska bolnica 1991. - pouka čovječnosti", Vukovar (dr. D. Marinić)
5. svibnja	Tematska sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (dr.sc. K. Luetić)
14. svibnja	Tribina HLK „Etika u pandemiji COVID-19“
17. – 21. svibnja	Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake, Zagreb
28. svibnja	Svečanost povodom obilježavanja Dana Hrvatske vojske, Dana Hrvatske kopnene vojske i 30. obljetnice ustrojavanja Hrvatske vojske, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U SVIBNJU 2021.

3. svibnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
3. svibnja	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
5. svibnja	Sjednica Izvršnog odbora
11. svibnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
15. svibnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
31. svibnja	Sjednica Nadzornog odbora
31. svibnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
1. – 31. svibnja	2 rasprave na Časnom sudu

Posebna ponuda PBZ-a nenamjenskih kredita za članove HLK-a

Hrvatska liječnička komora dogovorila je za svoje članove novu ograničenu akciju za ugovaranje povoljnih nenamjenskih kredita s Privrednom bankom Zagreb. **Od 24. svibnja do 12. lipnja 2021.** članovi Komore mogu u poslovnicama PBZ-a ugovoriti nenamjenski kredit do iznosa od 300.000 kuna uz još povoljniju fiksnu kamatnu stopu te bez naknade za obradu kredit-

nog zahtjeva. Fiksna kamatna stopa za kredite **bez CPI police osiguranja** iznosi **2,9 %** (otplata od 13 do 48 mjeseci) te **3,28 %** (otplata od 49 do 120 mjeseci). Fiksna kamatna stopa za kredite **uz CPI policu osiguranja** iznosi **2,7 %** (otplata od 13 do 48 mjeseci) te **3,08 %** (otplata od 49 do 120 mjeseci). Uz fiksnu kamatnu stopu, mogućnost odabira dana u mjesecu za

plaćanje kredita i bez naknade za prijevremenu otplatu kredita, postoji i nova pogodnost početka otplate (preskoka) anuiteta ili rate kredita za što se ne naplaćuje naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci otplate kredita. Ponuđene pogodnosti članovi Komore moći će ostvariti u PBZ poslovnicama kod osobnih bankara.

Izješće o edukaciji u Harvard School of Public Health

Environmental Health Risk: Analysis and Applications



Dr. sc. MATIJANA JERGOVIĆ, dr. med.

spec. epidemiologije i
uži spec. zdravstvene ekologije
Nastavni zavod za javno zdravstvo
"Dr. Andrija Štampar"

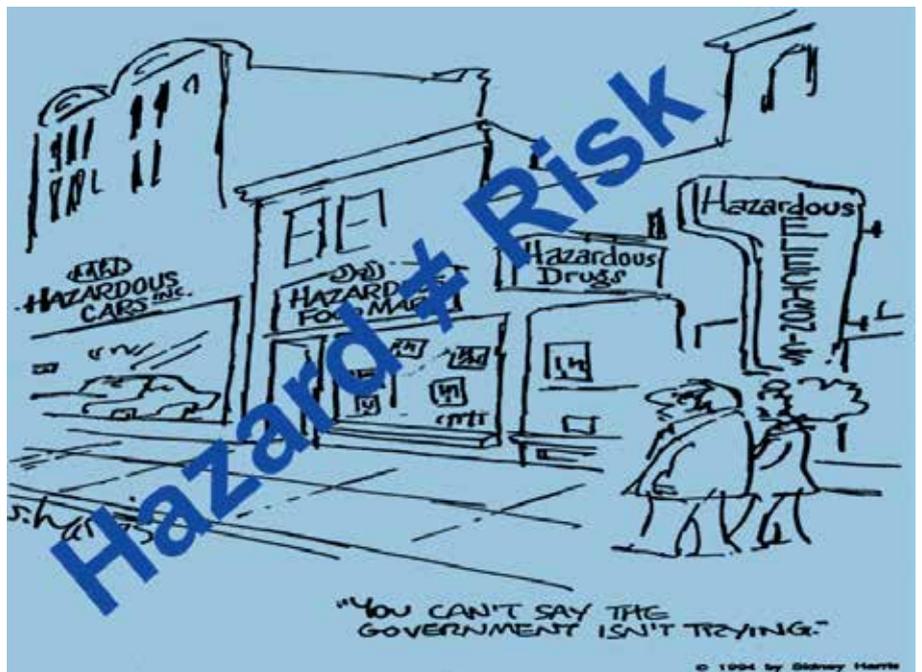
Zdravstvena ekologija je grana preventivne medicine koja proučava uzročno-posljedične veze između kvalitete života i zdravlja te čimbenika iz okoliša. Svijest o utjecaju okolišnih čimbenika na zdravlje u kontinuiranom je porastu. Pravilnu komunikaciju rizika otežavaju ograničena sredstva za istraživanja, potreba dugotrajnih mjerenja različitih onečišćujućih tvari u hrani, vodi, zraku, tlu i otpadu, pravilno tumačenje i korištenje izmjerenih vrijednosti u svrhu donošenja odluka, provedba procjena rizika na razini izložene zajednice te nejednake maksimalno dozvoljene vrijednosti ili nedefinirane vrijednosti. Načelo potpune transparentnosti rezultata mjerenja, uz sve veću razinu nepovjerenja građana, sve je teže provoditi. Potreba promocije preventivnih u odnosu na korektivne mjere, uz svakodnevnu (ne)kulturu politizacije zdravstveno-ekoloških tema, predstavlja izazov za zdravstveno-ekološke službe zavoda za javno zdravstvo. Iako je Programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/06, 156/08) predviđena provedba mjera zaštite čovjekova okoliša, praćenja zdravstvenih posljedica i izrade prijedloga mjera za sprječavanje i suzbijanje različitih štetnih

Kao stipendistici Hrvatske liječničke komore, zbog ograničenja putovanja tijekom pandemije, ali i zahvaljujući „pandemijskom popustu“ i potpori radnih kolega u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, ostvarila mi se u ožujku ove godine mogućnost sudjelovanja u dugo priželjkivanoj edukaciji o metodama procjene zdravstvenih rizika (eng. *Health risk assessment*) u organizaciji prestižne *Harvard School of Public Health*. Prilika koje se ne propušta, pomogla mi je usporediti stečeno europsko iskustvo s američkim i omogućila pristup harvardskom znanju iz područja moje uže specijalizacije - zdravstvene ekologije, u online obliku, ovdje u Zagrebu.

djelovanja iz okoliša, tek je 2020. godine izmjenama i dopunama javne zdravstvene službe (NN 20/2018) definirana i mreža timova zdravstveno-ekološke djelatnosti.

Izdvojena edukacija o procjeni zdravstvenih rizika u školovanju liječnika novije je povijesti. Tijekom studiranja pruža nam se uvid u osnovne pojmove toksikologije

i istraživanja ove vrste u kolegijima patofiziologije, farmakologije te, naknadno, epidemiologije, zdravstvene ekologije i medicine rada. Ulaskom u europsku zajednicu posebna se pažnja u Europi počela pridavati metodama procjene zdravstvenih rizika kao jedan od koraka u donošenju znanstveno-stručno utemeljenih odluka



Prijetnja i rizik nisu sinonimi (Izvor: P. Williams, *Environmental Health Risk: Analysis and Applications*, Harvard School of Public Health, 2021.)

RAZGOVOR S POVODOM

Prof. Dragan Primorac

PERSONALIZIRANA MEDICINA, FARMAKOGENOMIKA, MEZENHIMNE MATIČNE STANICE, OSTEOARTRITIS I COVID-19

Razgovarala LADA ZIBAR

Prof. dr. sc. Dragan Primorac, dr. med., je pedijatar, subspecijalist medicinske genetike i stalni sudski vještak. Prvi je nositelj titule "Global Penn State Ambassador" u povijesti Penn State University, osnovanog 1855. godine. Predsjednik je "International Society of Applied Biological Science" u čijem Znanstvenom odboru sudjeluje i petero dobitnika Nobelove nagrade. Predsjednik je Upravnog vijeća Specijalne bolnice Sveta Katarina, te Hrvatskog društva za humanu genetiku, Hrvatskog društva za personaliziranu medicinu i Hrvatskog klastera konkurentnosti personalizirane medicine. Redoviti je profesor na Penn State University, University of New Haven, kineskom Xi'an Jiaotong University, College of Medicine and Forensics te medicinskim fakultetima Sveučilišta u Splitu, Osijeku i Rijeci. Prije nekoliko mjeseci indijsko sveučilište „National Forensic Science University“ dodijelilo mu je titulu profesor emeritus. Prof. Primorac je među prvim znanstvenicima u svijetu primijenio analizu DNK u svrhu identifikacija žrtava masovnih grobnica, a rezultati njegovih istraživanja o genetičkom podrijetlu naroda objavljeni su u časopisima Science i Nature. Među prvima uvodi integrirani koncept personalizirane medicine u kliničku praksu. Ukupno je objavio više od 260 znanstvenih radova i kongresnih priopćenja te 21 knjigu ili poglavlja u tim knjigama. Održao je više od 150 pozvanih predavanja širom svijeta, a njegovi radovi su citirani 6100 puta (Google Scholar).

► **Predsjednik ste Hrvatskog društva za humanu genetiku i Hrvatskog društva za preciznu (personaliziranu) medicinu. Sukladno postignućima na nekoliko područja Hrvatsku snažno pozicionirate globalno. Nedavno ste javnost upoznali s prevencijom iznenadne srčane smrti u sportaša istodobnom analizom velikog broja gena.**

U pravu ste, naš tim znanstvenika iz Specijalne bolnice Sv. Katarina, u suradnji s kolegama iz američke korporacije Invitae te kolegama iz više hrvatskih bolnica te iz Kanade i Njemačke, objavio je rezultate vezane uz ulogu specifičnih genetičkih biljega kao mogućih prediktora iznenadne srčane smrti u sportaša. Rezultati istraživanja koje je obuhvatilo tri generacije obitelji sportaša preminulog od iznenadne srčane smrti objavljeni su u znanstvenom časopisu *Frontiers in Medicine*, a u objavljenom istraživanju analiziran je do sada najveći broj gena povezanih s nizom nasljednih kardioloških stanja koja dovode do iznenadne srčane smrti, točnije 294 gena. Među analiziranim genima su i oni koji dovode do raznih poremećaja električne aktivnosti srca uključujući nasljedne poremećaje

ionskih kanala srca, poput sindroma produljenog QT intervala, Brugada-nog sindroma, ali i geni čije promjene dovode do strukturnih promjena srca, poput kardiomiopatija (najčešće hipertrofijska kardiomiopatija), te niza drugih stanja. Objavljeni rezultati vezani su uz projekt "Razvoj cjelovitog modela prevencije iznenadne srčane smrti: analiza 294 gena i pripadajućih mutacija povezanih sa stanjima koja mogu dovesti do iznenadne srčane smrti sportaša" na kojemu radimo u suradnji s Hrvatskim nogometnim savezom.

> Stanična terapija jedan je od Vaših prioriteta, a u suradnji s kolegama po prvi put ste utvrdili molekularni mehanizam djelovanja mezenhimnih matičnih stanica u regeneraciji hrskavice u oboljelih od osteoartritisa. Rezultate ste objavili u nizu časopisa i nedavno u knjizi u izdanju Springer/Nature. O čemu je riječ?

Zbog specifičnih svojstva mezenhimnih matičnih stanica, prvenstveno putem lučenja bioaktivnih čimbenika na mjestima oštećene hrskavice, događa se angiogenetski, antiapoptički, protuupalni i imunomodulacijski učinak koji potiče cijeljenja ili regeneraciju oštećenoga tkiva. Naravno, taj se učinak ne može očekivati u slučaju potpunog gubitka pokrova hijaline hrskavice. Tijekom našeg istraživanja pratili smo učinak intraartikularne aplikacije autolognog mikrofragmentiranog masnog tkiva sa stromalnom vaskularnom frakcijom, koristeći MRI metodu oslikavanja hrskavice kontrastnim sredstvom dGEMRIC (eng. Delayed Gadolinium-Enhanced Magnetic Resonance Imaging of Cartilage). Rezultati su indirektno utvrdili povećanje razine glikozaminoglikana u analiziranoj hijalinoj hrskavici. Istodobno, standardni ortopedski upitnici (WOMAC, KOOS), kao i VAS, potvrdili su statistički značajno poboljšanje kliničkog statusa promatranih pacijenata u odnosu na početne rezultate. U suradnji s kolegama iz Dječje bolnice Srebrnjak, metodom protočne citometrije utvrdili smo da mikrofragmentirano masno tkivo, uz mezenhimne matične stanice, sadrži i progenitore endotelnih stanica, pericite i zrele endotelne stanice, ali tek treba utvr-



điti važnost međustaničnih interakcija na proces cijeljenja.

> Jednu drugu vrstu mezenhimnih matičnih stanica primijenili ste u liječenju pacijenta s teškom kliničkom slikom COVID-19 koji je uz to imao i akutni respiratorni distress sindrom.

U tom konkretnom slučaju smo u suradnji sa slovenskim kolegama iz biotehnološke tvrtke Educell u spomenutog pacijenta intravenski aplicirali alogenične mezenhimne stanice izdvojene iz koštane srži zdravoga donora.

> Mediji navode da je ovaj postupak istodobno primijenjen na svega tri mjesta u svijetu s podjednakim uspjehom: u SAD-u, Izraelu i Hrvatskoj, točnije u KBC-u Split? Članak o tome ste upravo objavili u Croatian Medical Journal-u.

Usprkos kvalitetnoj i pravovremenoj skrbi, pacijent je razvio tešku kliničku sliku COVID-19 s akutnim respiratornim distress sindromom (ARDS), nakon čega je intubiran i stavljen na respirator. Budući da su sve dostupne terapijske opcije bile iscrpljene te s obzirom na opsežnost upalnih promjena koje su zauzimala gotovo cijela pacijentova pluća, nadležni liječnički tim odlučio

je pokušati pomoći pacijentu primjenom mezenhimnih matičnih stanica. Nakon pribavljanja potrebnih suglasnosti i odobrenja etičkih povjerenstava, započela je sustavna (intravenska) aplikacija alogeničnih (od imunosno neistovjetnog ljudskog donora) mezenhimnih matičnih stanica (MSC), prethodno izdvojenih iz koštane srži zdravog donora i uzgojenih u laboratorijskim, strogo kontroliranim uvjetima, sukladno regulativi Europske unije. Mezenhimne matične stanice transplantirane su tri puta u razmaku od nekoliko dana, a tijekom svakog postupka ordinirano je 10⁶ mezenhimnih matičnih stanica/kg pacijenta. Nakon te transplantacije kliničko stanje bolesnika značajno se popravilo te je nedugo nakon primjene treće doze mezenhimnih matičnih stanica bio skinut s respiratora te zatim prebačen s intenzivne skrbi na regularni odjel. Ipak, želim istaknuti da se u našem slučaju radi o pojedinačnom slučaju uspješnog liječenja te da je za sustavnu primjenu ovakvog protokola potrebno provesti kliničko istraživanje na većem broju pacijenata.

➤ Pretpostavljam da je u podlozi ovog uspješnog liječenja otprije poznati učinak mezenhimnih matičnih stanica?

Te stanice izazivaju snažan protuupalni učinak putem sekrecije protuupalnih citokina i kemokina poput IL-10, TGF- β , prostaglandina E2 (PGE2) i drugih. Uz to, one također pospešuju regeneraciju tkiva te sprječavaju apoptozu i ožiljkavanje, uključujući i regeneraciju epitela i endotela krvnih žila, čije je oštećenje u oboljelih od COVID-19 ključan razlog sustavnog oštećenja tkiva. Navedeni učinak ostvaruje se putem brojnih čimbenika, uključujući EGF, KGF, HGF, VEGFA, PGE2 itd. Osim toga, mezenhimne matične stanice imaju jak antibiotski učinak posredstvom „prirodnog antibiotika“, molekule LL-37. Posebno je značajna njihova uloga u indukciji promjene fenotipa tkivnih makrofaga iz proupalnog fenotipa M1 u tzv. protuupalni fenotip M2 makrofaga, čija je uloga ključna, između ostaloga i u tkivnom popravku. Poznato je kako je ARDS (koji nastaje zbog pacijentovog prejakog imunskog odgovora) jedan od glavnih krivaca za teške kliničke slike i često fatalne posljedice COVID-19, stoga

je logičan slijed postupaka i znanstveno-kliničkog razmišljanja bio translacija znanja prikupljenih iz prijašnjih istraživanja na rješavanje problema presnažnoga imunskog odgovora u oboljelih od COVID-19.

➤ Upravo ste objavili knjigu „Farmakogenetika u kliničkoj praksi: Iskustvo s 55 lijekova korištenih u kliničkoj praksi“ na hrvatskom, njemačkom i engleskom jeziku.

Zbog kontinuiranih otkrića u farmakogenomici, novih lijekova i kliničkih smjernica, odlučili smo objaviti ovu knjigu kako bismo sve relevantne podatke vezane za implementaciju farmakogenomike u kliničku praksu učinili dostupnima kliničarima i drugim korisnicima te potaknuli širu primjenu farmakogenomike u svrhu optimizacije liječenja. Knjigu uređujemo prof. dr. Wolfgang Hoppner i ja, a u pisanju knjige sudjelovalo je šesnaest autora, među kojima su liječnici, magistri farmacije, medicinski biokemičari, molekularni biolozi i drugi. U knjizi sustavno analiziramo načela farmakogenomičog djelovanja pedeset i pet lijekova (abakavir, acenokumarol, alopurinol, amitriptilin, atazanavir, atomoksetin, azatioprin, celekoksib, citalopram, desfluran, desipramin, doksepin, efavirenz, enfluran, escitalopram, 5-fluorouracil, fenpropion, fenitoin, flurbiprofen, fluvoksamin, halotan, ibuprofen, imipramin, ivakaftor, izofluran, kapecitabin, karbamazepin, klomipramin, klopidogrel, kodein, lornoksikam, 6-merkaptopurin, meloksikam, metoksifluran, nortriptilin, ondansetron, okskarbazepin, paroksetin, piroksikam, rasburikaza, ribavirin, peginterferon- α , sertralin, sevofluran, simvastatin, siponimod, suksinilkolin, takrolimus, 6-tiogvanin, tamoksifen, tenoksikam, trimipramin, tropisetron, varfarin, vorikonazol). Za svaki od njih navodimo izvornu i svu ostalu potrebu literaturu, kako bi kliničar na jednomu mjestu dobio sve relevantne podatke. U knjizi smo objavili preporuke i razmatranja konzorcija pod nazivom Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium koji za cilj ima izdavanje

najnovijih podataka, temeljenih na dokazima, ali i smjernica za primjenu lijeka sukladno farmakogenetičkim analizama. Knjiga će, uz hrvatsku promociju, biti predstavljena stručnoj javnosti u SAD-u i Njemačkoj.

➤ Jedan od najvećih svjetskih autoriteta iz područja farmakogenomike i bivši predsjednik Europskog društva za farmakogenomiku i personalizirano liječenje, koji je i recenzent Vaše knjige, prof. dr. Ron van Schaik, kaže da knjiga predstavlja esencijalnu literaturu za svakog kliničara.

Zahvalan sam prof. van Schaiku, čiji je utjecaj u razvoju farmakogenetike golem, na njegovom viđenju naše knjige. Kako se radi o složenoj problematici, knjiga ima čak šestero recenzenata, troje iz Njemačke te po jednoga iz SAD-a, Nizozemske i Hrvatske.

➤ Koji je cilj Vaših nastojanja vezanih uz farmakogenomiku?

Ne zaboravimo da podatci za Europu pokazuju da se 7 – 13 % bolesnika prima u bolnicu zbog neželjenih reakcija na lijekove (nuspojava), a u 30 – 50 % bolesnika izostaje terapijski odgovor, što je za svakog kliničara golem problem. Stoga je moj cilj, ali i cilj drugih kolega koji razvijaju koncept personalizirane medicine, farmakogenomičko testiranje učiniti dostupnim svima. Samo je pitanje vremena kad ćemo pokrenuti izradu svojevrsne 'farmakogenetičke osobne iskaznice' koja bi svakom liječniku omogućila optimizaciju liječenja pacijenata te dala uvid u individualno predviđanje odgovora na terapiju.

➤ Što se neželjenih učinaka lijekova tiče, podatci su još dramatičniji za SAD.

Još je 1998. godine JAMA objavila podatke da u SAD-u godišnje više od 2,2 milijuna hospitaliziranih pacijenata ima neželjene reakcije na lijekove te da ih više od 100 000 zbog toga umire. Približno u isto vrijeme objavljeni su podatci da u Francuskoj godišnje više od 123 000 pacijenata dolaze nadležnom liječniku obiteljske medicine zbog pojavnosti neželjenih učinaka lijekova. S obzirom na to da je 2001. godine



Glavna urednica prof. Lada Zibar u razgovoru s prof. Draganom Primorcem

farmaceutska industrija globalno godišnje uprihodovala 390 milijardi dolara, a danas 1,27 trilijuna dolara, za pretpostaviti je da se u međuvremenu značajno povećao i broj osoba s neželjenim reakcijama na lijekove.

➤ **Imamo li podatke vezane uz troškove koje neželjene reakcije na lijekove nose zdravstvenom sustavu?**

Danas znamo da neželjeni učinci lijekova predstavljaju četvrti glavni uzrok smrti. Članak objavljen u 2013. godine vrlo konzervativno ističe da su samo u SAD-u godišnji izravni troškovi povezani s neželjenim učincima lijekova veći od 30 milijardi dolara.

➤ **U Specijalnoj bolnici Sv. Katarina ste u suradnji s kolegama iz OneOme, spin-off tvrtkom čuvene Mayo Clinic, pokrenuli veliku multigenSKU analizu vezanu uz farmakogenomiku?**

U pravu ste, naša višegodišnja suradnja je rezultirala pokretanjem sustava, koji se temelji jednim dijelom na načelima strojnog učenja, s ciljem da umjetna inteligencija u farmakogenomici postane naš ključni alat. Trenutačno radimo sa sustavom koji istodobno analizira 27 gena i više od 100 polimorfizama koji su ključni za razumijevanje učinaka više od 300 različitih lijekova. Navedeni sustav koji ima vrlo

jednostavan koncept interpretacije rezultata smo uveli u svakodnevnu kliničku praksu, a naša iskustva su već objavljena u brojnim stručnim i znanstvenim časopisima.

➤ **Krajnji je cilj farmakogenetike shvatiti kako genom determinira djelovanje, tj. učinak lijeka i njegove nuspojave. Kako se najčešće očituju farmakogenetički polimorfizmi?**

Oni se mogu očitovati na farmakokinetičkoj i farmakodinamičkoj razini. Farmakokinetička razina analizira utjecaj genskih polimorfizama odgovornih za metabolizam i transport lijeka, što dovodi do promjene koncentracija lijeka i njegovih metabolita, dok se farmakodinamička razina bavi genskih polimorfizmima povezanih s učinkom i mehanizmom djelovanja lijeka, a nevezano s njegovom koncentracijom (receptori, ionski kanali).

➤ **Genski uvjetovani metabolizmi lijekova mogu imati i različite učinke djelovanja lijekova?**

Većina lijekova se razgrađuje (metabolizira) enzimima. U nekim slučajevima metabolizam deaktivira aktivni lijek u cijelosti ili djelomično. U drugim slučajevima, metabolizam aktivira neaktivni (ili manje aktivni) lijek. Dva scenarija ilustriraju kako varijante pojedinačnih gena koje utječu na farmakokinetiku mogu imati posebno velike učinke. Prva je s primjere

nom predlijeka, farmakološki neaktivne tvari koja zahtijeva bioaktivaciju metabolizmom lijeka da bi postigla svoje terapijske učinke. Takvi putovi bioaktivacije obično uključuju jedan enzim koji metabolizira lijek, a genetičke varijante koje rezultiraju gubitkom funkcije ovih enzima mogu zbog nedostatka aktivnih alela smanjiti ili blokirati djelovanje lijeka.

➤ **Primjer klopidogrela je iznimno važan, jer se radi o često korištenom lijeku, a neki fenotipovi mogu dovesti do krvarenja kao posljedice uzimanja tog lijeka.**

U pravu ste. Klopidogrel je lijek koji se primjenjuje u svrhu sekundarnih prevencija aterosklotičkih događaja. U jetri putem CYP enzima, prvenstveno CYP2C19, klopidogrel se kao predlijek pretvara u aktivan oblik čiji je temeljni učinak inhibicija agregacije trombocita, a koji nakon djelovanja lijeka, tijekom svoga životnog vijeka (7 - 10 dana) nemaju sposobnost zgrušavanja krvi. Varijanta gena CYP2C19*17 pojačava aktivnost enzima, što za posljedicu ima povećan rizik od krvarenja. Važno je znati da učestalost alela *17 u europskoj populaciji iznosi oko 25 %.

➤ **Istodobno neke druge alelne varijante predstavljaju velik problem u kliničkoj praksi jer je u tim slučajevima klopidogrel potpuno neučinkovit.**

U slučaju klopidogrela, u osoba koje su heterozigoti za jednu od varijanti CYP2C19*2 ili CYP2C19*3, a koje smanjuju aktivnost enzima, povećanje doze lijeka i dalje će rezultirati antitrombocitnim učinkom, jer još uvijek imaju sačuvan dio aktivnosti CYP2C19. S druge strane, povećanje doze neće biti antitrombocitno učinkovito u homozigota za varijante CYP2C19*2 ili CYP2C19*3, jer im u cijelosti nedostaje aktivnost CYP2C19. Navedeni homozigoti imat će povećan rizik za ponavljajuće srčanožilne i neurovaskularne događaje. Učestalost alela *2 iznosi oko 15 %, što samo za sebe govori o kako se velikom problemu radi u našoj svakodnevnoj kliničkoj praksi. Međutim, u tim slučajevima (postojanje smanjene inhibicije trombocita) preporuka je da se u terapiji primijeni alternativni antitrombocitički lijek, npr. prasugrel ili tikagrelor.



► **Slične se pojavnosti događaju i kod opioidnih lijekova, recimo kodeina.**

Kodein je polusintetički derivat morfina, spada u skupinu opioidnih lijekova, a u jetri 5 - 10 % lijeka podliježe metabolizmu putem enzima CYP2D6 (za koji su poznate brojne varijante), u svoj aktivni metabolit morfin. Opioidni učinak oba opijata posredovan je vezanjem na opioidne receptore, pri čemu kodein ima značajno manji afinitet za μ -receptor nego morfin. Bolesnici koji su ultra brzi metabolizatori ili, kako ih neki zovu, vrlo brzi metabolizatori, a takvih je u populaciji do 2 %, putem CYP2D6 izloženi su riziku toksičnih učinaka morfina, posebice depresiji središnjega živčanog sustava. Posebno naglašavam da ultra

brzi metabolizatori, koji imaju djeca u dobi do dvije godine, dojenčad majki ultra brzih metabolizatora i djeca/mladi podvrgnuti tonzilektomiji, predstavljaju skupinu visokog rizika. S druge strane, u tzv. "sporih metabolizatora", kojih je u populaciji 5 - 10 %, postoji nedostatak djelotvornosti lijeka te se preporučuje promjena lijeka.

► **Antidepresivi postaju predmetom sustavnog interesa farmakogenomike.**

Depresija ima veliku ulogu u životu današnjeg čovjeka. Procjenjuje se da do 50 % od 800 000 samoubojstava godišnje u svijetu počine osobe oboljele od

depresije. Chesney još 2014. godine ističe da u odnosu na opću populaciju oboljeli od depresije imaju 10 puta veći rizik smrti zbog suicida. S druge strane, NIH je upravo objavio podatke da su samoubojstva deseti uzrok smrtnosti u SAD-u, koji godišnje u SAD-u odnosi više od 47.500 života. Najnovije spoznaje navode da je preduvjet za učinkovito liječenje depresija farmakogenomičko testiranje. Posljednji rezultati su ukazali na činjenicu da oboljeli od depresije koji se liječe sukladno farmakogenomičkim načelima imaju 2,5 puta veće izgleda za postizanje remisije od onih koji se liječe bez prethodnog farmakogenomičkog testiranja. Osim toga se pokazalo da se više od 40 % varijacija u odgovoru na antidepresivnu terapiju može pripisati genskim varijacijama koje postoje u genomu pacijenata. Najznačajniji lijekovi za depresiju imaju vrlo specifičan metabolizam putem enzima koji su određeni genetičkim varijacijama citokroma P450 (CYP), posebice genima CYP2C19 (npr. amitriptilin, citalopram, klomipramin itd.) i CYP2D6 (npr. dezipramin, doksepin, paroksetin itd.). Brzina metaboliziranja lijeka isključivo ovisi o tome je li osoba u kategoriji sporih, ekstenzivnih, intermedijarnih ili ultrabrzih metabolizatora. Imajući sve to u vidu, Nizozemsko društvo za implementaciju farmakogenomike u kliničku praksu (DPWG) izdalo je i smjernice za doziranje antidepresiva.

► **Neuspješno liječenje depresija prisililo je i osiguravateljne kuće u SAD-u da mijenjaju svoj dosadašnji način rada.**

Zbog svega navedenoga, a s obzirom na vrlo često neučinkovito liječenje depresije, jedna od najvećih američkih osiguravateljskih kuća, UnitedHealthcare s godišnjim prihodima većim od 60 milijardi dolara, odlučila je da od 1. 10. 2019. u svoju osiguravateljsku policu, radi optimizacije liječenja, uvede i farmakogenomičko testiranje u svih oboljelih od velikih depresivnih poremećaja, ali i u svih oboljelih u kojih prethodna terapija nije bila učinkovita. Jedini je uvjet UnitedHealthcare da se u farmakogenomičkom „panelu“ ne analizira više od 15 relevantnih gena važnih za metabolizam ili neke druge mehanizme djelovanja antidepresiva.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU, MEDICINSKI FAKULTET, Šalata 3b, 10000 Zagreb

NATJEČAJ ZA UPIS NA SVEUČILIŠNE POSLIJEDIPLOMSKE SPECIJALISTIČKE STUDIJE U AKADEMSKOJ GODINI 2021./2022.

1. **Abdominalna kirurgija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz abdominalne kirurgije
2. **Endokrinologija i dijabetologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz endokrinologije i dijabetologije (poželjno je da su završili najmanje dvije godine specijalističkog programa) i specijaliste interne medicine koji se nalaze na subspecijalizaciji iz endokrinologije i dijabetologije
3. **Epidemiologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz epidemiologije
4. **Fetalna medicina i opstetricija** - za doktore medicine na specijalističkom usavršavanju iz ginekologije i opstetricije, pedijatrije, patologije ili anesteziologije i za doktore medicine na subspecijalističkom usavršavanju iz fetalne medicine i opstetricije i neonatologije
5. **Fizikalna medicina i rehabilitacija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz fizikalne medicine rehabilitacije, nakon druge godine specijalističkog usavršavanja
6. **Ginekologija i opstetricija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz ginekologije i opstetricije, nakon prve godine specijalističkog usavršavanja
7. **Hematologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz hematologije
8. **Hitna medicina** - za doktore medicine i specijalizante hitne medicine koji se nalaze na višim godinama specijalizacije (do 30 polaznika)
9. **Kardiologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz kardiologije
10. **Klinička mikrobiologija** - za doktore medicine s odobrenjem za samostalan rad koji se nalaze na drugoj ili višoj godini specijalističkog usavršavanja iz kliničke mikrobiologije
11. **Klinička radiologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz kliničke radiologije, nakon prve godine specijalističkog usavršavanja
12. **Maksilofacijalna kirurgija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz maksilofacijalne kirurgije, pod uvjetom da do datuma početka nastave imaju najmanje 6 mjeseci specijalizantskog staža
13. **Menadžment u zdravstvu** - za kandidate sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem iz odgovarajućeg akademskog područja (biomedicinskih, prirodnih i društvenih znanosti), s aktivnim znanjem engleskog jezika i poznavanjem rada na računalo
14. **Neurologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz neurologije, nakon prve godine specijalističkog usavršavanja
15. **Obiteljska medicina** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz obiteljske medicine
16. **Oftalmologija i optometrija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz oftalmologije i optometrije
17. **Onkologija i radioterapija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz onkologije i radioterapije nakon druge godine specijalističkog usavršavanja, i za doktore medicine na usavršavanju iz užih specijalizacija: kirurška onkologija, ginekološka onkologija, pedijatrijska hematologija i onkologija, dermatološka onkologija, urološka onkologija
18. **Opća kirurgija** - za doktore medicine koji se nalaze na trećoj godini specijalističkog usavršavanja iz opće kirurgije, sa završenim zajedničkim kirurškim deblom
19. **Ortopedija i traumatologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz ortopedije i traumatologije
20. **Otorinolaringologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz otorinolaringologije
21. **Patologija i citologija** - za doktore medicine na trećoj ili višoj godini specijalističkog usavršavanja iz patologije i citologije
22. **Pedijatrija** - za doktore medicine i dvije godine obavljenog dijela specijalizacije iz pedijatrije. Kandidati drugih struka, koji se nalaze na subspecijalizaciji, moraju imati položen specijalistički ispit iz svoje temeljne specijalizacije
23. **Plastična, rekonstrukcijska i estetska kirurgija** - za specijalizante plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije. Pristupnici koji nisu državljani RH, moraju imati potvrdu o znanju hrvatskog jezika adekvatne akademske razine
24. **Psihijatrija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz psihijatrije
25. **Pulmologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz pulmologije, sa završenim zajedničkim interističkim deblom
26. **Sudska medicina** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz sudske medicine i doktore medicine zaposlene na radnom mjestu kao liječnik - obducent
27. **Školska i adolescentna medicina** - za doktore medicine, specijalizante školske medicine ili školske i adolescentne medicine, kao i liječnike specijaliste pedijatrije i obiteljske medicine kao dio subspecijalističkog usavršavanja
28. **Transfuzijska medicina** - za specijalizante transfuzijske medicine koji se nalaze na trećoj ili višoj godini specijalističkog usavršavanja
29. **Urologija** - za doktore medicine koji se nalaze na specijalističkom usavršavanju iz urologije. Poželjno je da su pristupnici završili najmanje jednu godinu specijalističkog programa

Obrazac za prijavu ispunjava se **ONLINE:** <https://phd.mef.hr/studij/prijava>

PRIJAVU s dokumentima treba poslati na adresu: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Odsjek za poslijediplomske studije, "Natječaj - specijalistički studij", Šalata 3b, 10000 Zagreb.

Rok za podnošenje prijave: **30. kolovoza 2021.**

Rok za podnošenje prijave za studij "Menadžment u zdravstvu": **30. rujna 2021.**

Rok za podnošenje prijave za studij „Sudska medicina“: **24. rujna 2021.**

Rok za podnošenje prijave za studij "Obiteljska medicina": **31. siječnja 2022.**

ZAVOD ZA DJEČJU GASTROENTEROLOGIJU, HEPATOLOGIJU I PREHRANU KLINIKE ZA DJEČJE BOLESTI ZAGREB

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za dječju gastroenterologiju i poremećaje prehrane

Doc. dr. sc. IVA HOJSAK, dr. med.

Namjena je ovog teksta čitateljima ukratko predstaviti jedinicu Klinike za dječje bolesti Zagreb u kojoj se zbrinjavaju djeca s poremećajima probavnog sustava, a koja je nedavno proslavila 30 godina postojanja Tima za zbrinjavanje djece na dugotrajnoj parenteralnoj prehrani te će uskoro navršiti 50 godina postojanja.

Odjel za dječju gastroenterologiju osnovan je 1972. godine, a Kabinet za prehranu utemeljen je čak 10 godina prije toga. Od 1990. godine te dvije jedinice čine jedinstveni Odjel za dječju gastroenterologiju i prehranu koji je poslije prerašao u Zavod za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu. Zavodu je naziv Referentnog centra Ministarstva zdravstva za dječju gastroenterologiju i poremećaje prehrane prvi put dodijeljen 1997. godine. Od samog osnutka, u početku odjel, a potom zavod, objedinjuje sve segmente brige o djeci s najtežim poremećajima probavnog sustava.

Danas u Zavodu rade četiri uža specijalista pedijatrijske gastroenterologije, dvije pedijatricice na subspecijalizaciji, dvije kliničke nutricionistice te visoko educirane medicinske sestre. Zavod kao integralni dio Klinike za dječje bolesti Zagreb pruža sveobuhvatnu skrb gastroenterološkim pedijatrijskim bolesnicima, poglavito zahvaljujući timskom radu koji, osim djelatnika Zavoda, uključuje dječje kirurge, farmaceuta, psihologe, radnog terapeuta, anesteziologe i radiologe. Od samoga početka svi su djelatnici Centra educirani u različitim svjetskim dječjim gastroenterološkim središtima u Ujedinjenom Kraljevstvu, Njemačkoj, Izraelu,

Italiji itd. Tijekom godina Zavod se razvijao uvodeći vrlo rano, već 80-ih godina prošlog stoljeća, najsuvremenije metode liječenja, uključujući i crijevnu rehabilitaciju s parenteralnom i kućnom parenteralnom prehranom, gotovo istodobno kada je ova metoda uvedena u zapadnoeuropska središta. Važna je djelatnost Centra i gastroenterološka dijagnostika, prvenstveno endoskopija. Osim dijagnostičke gastro- i ileokolonoskopije, provodi se i dijagnostika endoskopskom videokapsulom, ali i terapijska endoskopija, uključujući dilatacije stenoza jednjaka, crijeva, polipektomije, postavljanje endoskopskih perkutanih gastrostoma i vađenje stranih tijela. Ove metode omogućuju točnu i sveobuhvatnu dijagnostiku brojnih bolesti, uključujući i kronične upalne crijevne bolesti, ali i praćenje i terapiju brojnih kongenitalnih anomalija probavnog sustava.

Posljednjih desetljeća u svijetu se razvijaju funkcijski dijagnostički testovi, što se nastavlja do današnjih dana. Sukladno tome, funkcijske su pretrage uvođene od samog osnutka Odjela, poput primjerice testa tolerancije laktoze, d-xyloza/manitol testa za procjenu apsorptivne sposobnosti sluznice tankoga crijeva, praćena je nazočnost različitih enzima u stolici kao pokazatelj funkcijskog kapaciteta gušterače itd. Ovdje se započelo, po prvi puta u Hrvatskoj, sa serološkim pretragama u dijagnostici celijakije, te 24-satne pH metrije i impedancije jednjaka, a vrlo je rano uvedena i anorektalna manometrija s biofeedbackom koja je u posljednje vrijeme dopunjena manometrijom jednjaka i elektrogastrografijom. Godine 2020. uvedena je umjesto konvencionalne anorektalne manometrije visokorezolucijska, koja pruža puno detaljniji uvid u neuromotornu i senzornu funk-

ciju završnog dijela debelog crijeva. Uvođenjem manometrije jednjaka omogućena je dijagnostika poremećaja motiliteta jednjaka pedijatrijskim bolesnicima u Hrvatskoj, koja se dosad mogla raditi samo u internističkim središtima, odnosno zbog nedostupnosti pedijatrijske opreme u djece mlađe od 12 godina dijagnozu poremećaja motiliteta jednjaka nije bilo moguće postaviti, odnosno potvrditi.

Navedene funkcijske metode pomažu u pravodobnoj dijagnostici svih poremećaja gastrointestinalnog motiliteta i omogućavaju dijagnostiku ne samo najčešćih poremećaja kao što su gastroezofagealna refluksna bolest i kongenitalni megakolon, nego i nekih drugih, rjeđih poremećaja kao što su ahalazija, gastropareza itd.

U sklopu Zavoda detaljno se procjenjuje nutritivno stanje, što je posebno važno u djece s različitim kroničnim bolestima. Osim temeljnih antropometrijskih metoda, rabe se i bioelektrična impedancija te indirektna kalorimetrija. Pored otprije dostupnih metoda procjene nutritivnog unosa na temelju trodnevnog dnevnika prehrane naš je Centar validirao i upitnik o učestalosti konzumiranja hrane (*food frequency questionnaire*, FFQ) (dostupno u Food Technology and Biotechnology, 2021). Ovim načinom se svim bolesnicima može najsuvremenijim metodama odrediti sveobuhvatan nutritivni status i točnije procijeniti nutritivne potrebe, a tako i primijeniti točna nutritivna terapija. Nutritivna terapija je od samih početaka jedna od najvažnijih briga Zavoda i stoga se, uz sve mogućnosti nutritivne dijagnostike i intervencije, provode i specifične terapije ranih poremećaja hranjenja. Tim za poremećaje prehrane, osim djelatnika

Referentnog centra, uključuje i psihologa i radnog terapeuta. Tim je educiran u klinici u Gracu koja je najpoznatija po svom programu odvikavanja od hranjenja na nazogastričnu sondu/gastrostomu i po posebnoj vrsti nutritivne terapije pod nazivom terapija hranjenja kroz igru (*play picnic*). Ove metode su implementirane u Klinici za dječje bolesti Zagreb, čime je ona postala jedino regionalno središte u široj okolici koji pruža ovu vrstu multidisciplinarnu terapiju.

Kao što je prije navedeno, već više desetljeća u Zavodu se liječe bolesnici sa zatajenjem crijeva, koji primaju dugotrajnu, te naposljetku i kućnu parenteralnu prehranu. Pripravci za parenteralnu prehranu su se tijekom dva desetljeća pripremali u Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu, a od 2015. godine je u Klinici za dječje bolesti Zagreb utemeljena Jedinica za sterilnu pripremu parenteralnih pripravaka, kao jedino takvo mjesto u Hrvatskoj, gdje se na sterilan način (sukladno standardu ISSO) pripremaju svi parenteralni pripravci, uključujući i one za kućnu parenteralnu prehranu. Zavod je jedan od nekoliko središta u ovom dijelu Europe koji zbrinjava pacijente s kroničnim crijevnim zatajenjem i djecu na kućnoj parenteralnoj prehrani, koji stoga, pored pedijatrijskih bolesnika iz Hrvatske, zbrinjava i djecu iz okolnih zemalja. Prema objektivnim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete, kao što su uspješnost prevođenja na enteralnu/peroralnu prehranu, vrlo niska učestalost sepsi vezanih uz primjenu središnjeg venskog katetera, te izrazito niska pojavnost teške jetrene bolesti, Zavod je među nekoliko najuspješnijih središta u svijetu (podaci su objavljeni u *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2020, *Clinical Nutrition* 2018, *Gastroenterology Nursing* 2019, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2014, *Liječnički vjesnik* 2013). Slijedom navedenoga, djelatnici Centra redovito sudjeluju u izradi europskih smjernica parenteralne i enteralne prehrane u dječjoj dobi (*Clinical Nutrition* 2018, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2005, 2019).

Zavod je mjesto gdje se liječi i najviše djece s kroničnim upalnim crijevim



Djelatnici Zavoda za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu

bolestima (IBD) u Hrvatskoj; njegovi djelatnici već nekoliko desetljeća sukreiraju europske smjernice za dijagnostiku i liječenje te sve brojnije skupine pedijatrijskih bolesnika (*Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2018, 2014 2012, 2005, *Journal of Crohn's and Colitis* 2017, 2014). Ovdje je utemeljen i prvi registar za pedijatrijski IBD, odnosno po prvi put su određeni nacionalna incidencija kroničnih upalnih crijevnih bolesti u djece te njezina fenotipska obilježja (*Clinical Pediatrics* 2020, *Pediatric Research* 2020).

Uz sve gore navedeno, Zavod je jedan od rijetkih europskih središta u kojem se funkcijski gastrointestinalni bolni poremećaji, između drugih metoda, liječe hipnoterapijom. Hipnoterapija se ubraja u tehnike opuštanja i samopomoći, metoda je osmišljena i implementirana prvi put u Manchesteru (UK), a prema metaanalizama najučinkovitija je u liječenju bolnih funkcijskih poremećaja.

Od utemeljenja Odjela, djelatnici Referentnog centra sudjeluju u realizaciji brojnih domaćih i međunarodnih znanstvenih projekata. U proteklih pet

godina vodili su dva znanstvena projekta Hrvatske zaklade za znanost („Kronične upalne bolesti crijeva u djece: incidencija, tijek bolesti te uloga prehrane i crijevne mikroflore u etiopatogenezi“ i „Crijevne bolesti u djece: pogled izvan probavnog sustava“), a kao voditelji ili aktivni istraživači sudjelovali su ili sudjeluju u ukupno 11 znanstvenih projekata te multicentričnih međunarodnih istraživanja.

Djelatnici Centra aktivno sudjeluju u radu međunarodnih stručnih društava. Za istaknuti je da je prof. dr. sc. Sanja Kolaček bila tajnica, a trenutno obnaša funkciju predsjednice Europskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu (ESPGHAN), dok su dr. sc. Tena Niseteo i doc. dr. sc. Iva Hojsak bile članice upravnog odbora ESPGHAN-a (T. Niseteo kao predstavnica pridruženih zdravstvenih djelatnika, a I. Hojsak kao tajnik za edukaciju).

Ipak, možda je najvažnija uloga Zavoda edukacija studenata, poslijedoktorata, specijalizanata te subspecijalizanata, odnosno priprema novog naraštaja koji će zasigurno dalje unaprijeđivati rad Odjela i promicati njegove dosege.

MULTIREZISTENTNE BAKTERIJE KAO UZROČNICI INFEKCIJA U DOMOVIMA ZA STARIJE I NEMOĆNE

Prof. dr. sc. BRANKA BEDENIĆ, dr. med.

Klinički zavod za kliničku i molekularnu mikrobiologiju Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb

Domovi za starije i nemoćne su važna sastavnica zdravstvenog sustava a liječenje infekcija u tim ustanovama velik je izazov uz postojeće terapijske opcije. Najvažniji multirezistentni uzročnici (MDR) infekcija u institucionaliziranoj gerijatrijskoj populaciji su: meticilin-rezistentni stafilokoki (MRSA), vankomicin-rezistentni enterokoki (VRE), enterobakterije koje proizvode β -laktamaze proširenog spektra (extended-spectrum β -lactamases-ESBL) ili plazmide AmpC β -laktamaze (p-AmpC), ili karbapenem rezistentne enterobakterije (CRE), *Pseudomonas aeruginosa* ili *Acinetobacter baumannii* (CRAB-carbapenem resistant *A. baumannii*). Multicentrično istraživanje provedeno u Tajvanu pokazalo je da su najčešći uzročnici infekcija u gerijatrijskim ustanovama MRSA (54 %), CRE (23 %), CRAB (19 %), i *P. aeruginosa* (6 %) (Lee CM, J Microbiol Immunol Infect. 2017;50(2):133-144).

Preventivne mjere koje bi trebale smanjiti stopu infekcija MDR izolatima su edukacija osoblja, smanjenje uporabe antibiotika, mjere za nadzor infekcija te epidemiološka i znanstvena istraživanja. Infekcije su važan uzrok povećanog pobola i smrtnosti u domovima, a antibiotici predstavljaju 40 % lijekova u stacionarima domova. Liječenje infekcija u starijoj životnoj dobi predstavlja velik izazov kliničarima zbog mnogobrojnih komorbiditeta u starijoj životnoj dobi. Domovi predstavljaju idealnu ekološku nišu za širenje multirezistentnih bakterija, s obzirom na to da štenci domova često borave u bolnicama gdje bivaju kolonizirani MDR izolatima koje onda nose

u svoju ustanovu. Vrlo često genotipovi bakterija u domovima pokazuju veliku sličnost s onima u lokalnim bolnicama. Postoji i obrnut put, da MDR izolati budu uvezeni iz domova u lokalne bolnice i u izvanbolničku populaciju. Ekstenzivna i neprikladna uporaba antibiotika selekcionira rezistentne mutante. Mobilni genetički elementi, kao što su plazmidi koji kodiraju ESBL, plazmidne Amp-C β -laktamaze (p-ampC) i karbapenemaze, šire se horizontalno između gram-negativnih bakterija iste ili različitih vrsta. Propusti u pranju ruku i primjeni mjera za nadzor infekcija često dovode do širenja pojedinačnih klonova unutar doma. Rizični čimbenici za akviziciju MDR izolata u domu za starije su česte terapije antibioticima, prisutnost urinarnog i intravaskularnog katetera, nedavni kirurški zahvat, boravak u jedinicama intenzivnog liječenja i malnutricija. Dijagnoza je infekcije u starijoj životnoj dobi otežana jer tipični simptomi kao što su vrućica, zimica i tresavica često izostaju u starijoj životnoj dobi, pa se dijagnoza ne postavlja na vrijeme, što povećava smrtnost. Antibiotici koji se najčešće koriste u domovima su koamoksiklav, cefalosporini i fluorokinoloni.

Rezistencija na β -laktamske antibiotike najčešće nastaje zbog produkcije ESBL, p-AmpC, inhibitor-rezistentnih β -laktamaza ili karbapenemaza. Jedna od prvih epidemija u domu opisana je u saveznoj državi Massachusetts u SAD-u 1990. kada je došlo do širenja infekcija uzrokovanih izolatima *E. coli* pozitivnima na ESBL TEM-26 (YOU-1) i TEM-12 (YOU-2). Nekoliko godina poslije opisana je epidemija također s *E. coli* izolatima pozitivnima na SHV-7. Svi izolati su pokazivali visok stupanj rezistencije na ceftazidim. Promjena u primjeni piperacilin/tazobaktama umjesto cefazidima dovela je do smanjena stope ESBL izolata. Nedavno istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo je stopu intestinalne kolonizacije

ESBL sojevima od 18 % (Flokas et al, Int J Antimicrob Agents 2017), a u Ujedinjenom Kraljevstvu čak 38 % (Brodrick et al.2017). Epidemije u domovima su zapažene u Francuskoj s izolatima *E. coli* pozitivnim na inhibitor-rezistentne TEM β -laktamaze. One uzrokuju rezistenciju na kombinacije β -laktama i inhibitora β -laktamaze, ali uz očuvanu osjetljivost na cefalosporine. Izolati su imali IRT-2 β -laktamazu i opisani su uglavnom u urinarnim izolatima, a pacijenti su prethodno bili liječeni koamoksiklavom. Kombinacije s inhibitorima se koriste u domovima za liječenje infekcija mokraćnog sustava i intraabdominalnih infekcija gdje se očekuje mješovita infekcija s aerobnim i anaerobnim vrstama.

Plazmidne Amp-C β -laktamaze se također često susreću u gerijatrijskoj populaciji, posebno u osoba s trajnim urinarnim kateterima. Uzrokuju rezistenciju na cefalosporine prve, druge i treće generacije, cefamicine (cefoksitin, cefotetan, moksalaktam) i koamoksiklav, ali štete cefalosporine četvrte generacije i karbapeneme. Najčešće se javljaju u izolatima *Klebsiella pneumoniae* i *Proteus mirabilis*. Epidemije u gerijatrijskoj populaciji opisane su u domovima u Italiji, a radilo se o izolatima *P. mirabilis* s CMY-16 β -laktamazom. Najveća su epidemiološka prijetnja svakako karbapenemaze koje se epidemijски šire, ne samo u bolnicama, nego i u ustanovama kao što su domovi za starije i nemoćne. U Italiji su opisane epidemije u gerijatrijskim ustanovama uzrokovane izolatima *E. coli* s KPC-2 karbapenemazom. Izolati su bili rezistentni na sve β -laktamske antibiotike, aminoglikozide, fluorokinolone i kotrimoksazol, a osjetljivi samo na kolistin, i pripadali su u pandemijski klon ST131 (Piazza A. Adv Exp Med Biol. 2016;901:77-89. doi: 10.1007/5584). U Libanonu su opisane epidemije infekcija u domovima s *K. pneumoniae* pozitivnom na OXA-48. Izolati

su imali i dodatnu ESBL koja je uzrokovala rezistenciju na cefalosporine proširenog spektra (Dandachi I, Salem Sokhn E, Najem E, Azar E, Daoud Z. Carriage of β -lactamase-producing Enterobacteriaceae among nursing home residents in north Lebanon. *Int J Infect Dis*. 2016).

Rezistencija na fluorokinolone je veći problem u mirovnim domovima i izvanbolničkoj populaciji nego u bolnici. Nastaje zbog mutacije kromosomskih gena *gyrA* i *parC* kao i zbog akvizicije plazmidnih gena *qnr* koji kodiraju bjelancevine qnr, a koji štite topoisomerasu. Fluorokinoloni se koriste u domovima za liječenje infekcija mokraćnog i probavnog sustava, infekcija gornjeg i donjeg dišnog sustava, osteomijelitisa te dijabetičkog i ishemijskog ulkusa stopala. Posebno visoke stope rezistencije iskazuje *P. aeruginosa* (67%) i *A. baumannii* (72%).

Starije osobe su sklone infekcijama koje uzrokuje *P. aeruginosa* zbog slabije imunosti, čestih terapija antibioticima, prisutnosti urinarnih katetera i nazogastričnih

sonda te komorbiditeta kao što su šećerna bolest i KOPB. Ne samo što je veća učestalost infekcija koje uzrokuje *P. aeruginosa* u starijoj životnoj dobi, nego je i veća stopa infekcija koje uzrokuje MDR *P. aeruginosa*.

Multicentrično istraživanje provedeno u Kini pokazalo je da su žohari vrlo često vektori za MDR Gram-pozitivne i Gram-negativne bakterije u mirovnim domovima i da ih prenose na svojim nožicama. Bakterije su izolirane s vanjske površine i iz alimentarnog sustava tih člankonožaca.

Multidrug resistant bacteria isolated from cockroaches in long-term care... | Download citation.
Available from: https://www.researchgate.net/publication/230825415_Multidrug_resistant_bacteria_isolated_from_cockroaches_in_long-term_care_facilities_and_nursing_homes [accessed Feb 23 2018].)

U medicinskoj bibliografiji nema mnogo publikacija o multirezistentnim bakterijama u hrvatskim domovima umirovljenika. U jednom istraživanju opisano je širenje MDR izolata *A. baumannii*, pozitivnih na OXA-23-like i OXA-24-like oksacilinaze u jednom mirovnom domu u Zagrebu (Bedenić i sur, *Microbial Drug Resistance*, 2015). Isti takvi izolati pronađeni su i u kanalizacijskoj vodi iste ustanove. Izolati su bili osjetljivi jedino na kolistin i većina njih na ampicilin/sulbaktam. U drugom istraživanju opisano je klonsko širenje izolata *P. mirabilis* pozitivnih na CMY-16 p-AmpC β -laktamazu u istoj ustanovi (Bedenić i sur, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2016). Izolati su iskazivali osjetljivost na cefepim, piperacilin/tazobaktam i karbapeneme, a svi su potjecali iz mokraćne kateteriziranih štićenika doma, što se objašnjava sposobnošću stvaranja biofilma na plastičnim kateterima.

bbedenic@kbc-zagreb.hr

Ratna vojna bolnica u Velikoj Gorici

10. travnja 2021. je u prostoru velikogoričke ispostave Doma zdravlja Zagrebačke županije u nazočnosti prof. dr. sc. Vladimira Stančića, voditelja odjela interne medicine, prof. dr. sc. Miroslava Bekavca Bešina, zamjenika ravnatelja Ratne vojne bolnice i voditelja odjela kirurgije, dr. Davorke Milat, onodobne ravnateljice Doma zdravlja Velika Gorica, dr. Josipa Smolkovića, radiologa, te velikogoričkih Rotarijanaca, otkriveno spomen obilježje povodom tridesete godišnjice osnutka Ratne vojne bolnice u Velikoj Gorici. Naime, tada je u Domu zdravlja tijekom domovinskog rata, od kraja kolovoza 1991. do početka veljače 1992., djelovala ratna vojna bolnica u kojoj je medicinski zbrinuto 2524 ranjenika i pacijenata. U organizaciji tada Kliničke bolnice Sestara milosrdnica iz Zagreba i Doma zdravlja Velika Gorica, a pod stručnim vodstvom ravnatelja prim. dr. sc. Borislava Šenija, ova ratna bolnica bila je primarno kirurško anesteziološko reanimacijska ratna ustanova u kojoj je pružana primarna i definitivna kirurška i anesteziološka skrb, kao i sva druga specijalistička skrb pripadnicima Hrvatske vojske i policije, a po potrebi i civilnom stanovništvu s područja južne obrane grada Zagreba. U bolnici je radilo 138 djelatnika na četiri odjela te 10 službi. Omogućili su uspješno liječenje kirurških i ostalih pacijenata uz minimalne komplikacije. Djelatnici ratne bolnice smatraju se neposrednim sudionicima hrvatskog Domovinskog rata jer su osim intervencija u samoj ratnoj bolnici pružali kiruršku i drugu medicinsku pomoć na prvim borbe-

nim crtama, isto kao i izvlačenje i transport ranjenika do ratne bolnice i ostalih zdravstvenih ustanova u Zagrebu. Spomen obilježje uoči 30. godišnjice osnutka Ratne vojne bolnice kao i osnutka velikogoričke 153. brigade Hrvatske vojske podigli su zahvalni građani Velike Gorice okupljeni u Rotary klubu Velika Gorica kao trajnu uspomenu na junačke dane stvaranja slobodne Republike Hrvatske.



Dr. Josip Smolković, radiolog, prof. Vladimir Stančić, voditelj odjela interne medicine, dr. Davorke Milat, radiologinja i onodobna ravnateljica Doma zdravlja Velika Gorica, prof. Miroslav Bekavac Bešin zamjenik ravnatelja Ratne vojne bolnice i voditelj odjela kirurgije i dr. Ivan Bekavac, idejni začetnik postavljanja spomen obilježja

2021. GODINA

Stogodišnjica otkrića inzulina

Gdje smo danas

prof. dr. sc. TINA DUŠEK, dr. med.

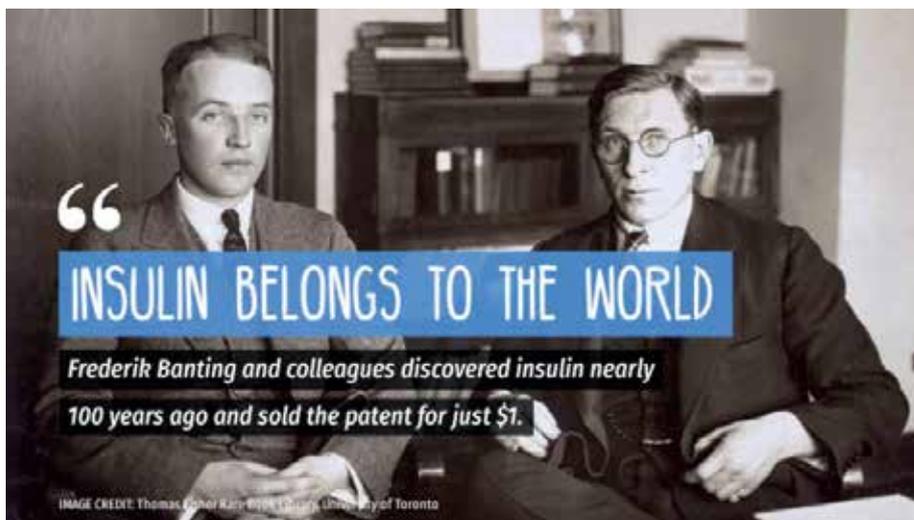
Zavod za endokrinologiju i dijabetes
KBC Zagreb

U povijesti medicine nije bilo mnogo tako velikih otkrića koja su iz temelja promijenila ishod liječenja neke bolesti kao što je to otkriće inzulina, čiju stogodišnjicu slavimo ove godine. Proučavanjem povijesnih zapisa o otkriću inzulina možemo naučiti ne samo o tome koliko je bilo potrebno udruženog znanja, spoznaja i pokusa da dovedu do uspješne izolacije inzulina iz životinjskog tkiva gušterače, nego još i više možemo naučiti o vrijednosnom sustavu koji su izumitelji ovog važnog lijeka u svoje vrijeme imali.

Kako je otkriven inzulin?

Zasluga za otkriće inzulina pripisuje se Kanadanima, doktoru Fredericu Bantingu (1891. - 1941.) i studentu medicine Charlesu Bestu (1899. - 1978.). Banting je 1912. godine, svega devet godina prije otkrića inzulina, upisao Medicinski fakultet Sveučilišta u Ontariju. Zbog Prvoga svjetskog rata koji je počeo 1914. godine, Banting je fakultet završio po ubrzanom postupku te se, kao mladi liječnik, 1916. godine pridružio kanadskim trupama u Francuskoj. Po povratku s ratišta, na kojem je bio i ranjen, nastavlja svoj posao liječnika sa željom da specijalizira ortopediju u Torontu. To mu ne polazi za rukom te 1920. godine započinje rad u privatnoj liječničkoj praksi i predaje farmakologiju kao honorarni predavač na University of Ontario. Legenda kaže

da je pripremajući se za jedno od predavanja o liječenju šećerne bolesti tipa 1, koja je u to vrijeme bila neizlječiva, počeo razmišljati o tome kako izolirati kvalitetni životinjski ekstrakt gušterače koji bi se koristilo u liječenju šećerne bolesti. Naime, već krajem 18. stoljeća iz pokusa s pankreatektomiranim životinjama bilo je jasno da šećerna bolest nastaje kao posljedica uništenja funkcije gušterače. Međutim, nitko od tadašnjih istraživača nije uspio izolirati dovoljno dobro purificiran ekstrakt životinjske gušterače koji bi učinkovito snizio razinu glukoze u krvi i smanjio glukozuriju u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 1, a da pritom ne izazove značajne popratne neželjene događaje. Jedan od glavnih problema do tada korištenih životinjskih gušteračnih ekstrakata bila je prisutnost proteolitičkih enzima proizvedenih iz acinarnih stanica gušterače koji su bili prisutni u ekstraktu zajedno s inzulinom i koji su bili odgovorni za pojavu sustavnih nekrolitičkih reakcija. U ljeto 1921. godine Banting nagovara Johna Macleoda, voditelja istraživačkog laboratorija u Torontu, da njemu i mladom studentu Bestu tijekom ljetnih praznika ustupi svoj laboratorij u kojem su pokušavali izolirati sekret endogenih stanica gušterače koji bi bio lišen proteolitičkih enzima. Za svoj su projekt uspjeli zainteresirati biokemičara Jamesa Collipa koji se u isto vrijeme nalazio na sabatikalu na Sveučilištu u Torontu. Collip je kemijskim postupcima uspio odvojiti inzulin od proteolitičkih enzima stvorenih u gušterači.



Frederick Banting i Charles Best

Prvi pacijent i Nobelova nagrada

Iako je u više europskih i američkih središta bilo pokušaja primjene gušteračnog ekstrakta, primjena inzulina purificiranog u laboratoriju u Torontu smatra se prvom uspješnom primjenom inzulina u svijetu. Četrnaestogodišnji dječak Thompson koji je zbog kaheksije i dijabetičke ketoacidoze bio hospitaliziran u Sveučilišnoj bolnici u Torontu smatra se prvim uspješno liječenim pacijentom sa šećernom bolesti tipa 1. U siječnju 1922. mu je apliciran purificirani gušteračni ekstrakt koji su Banting, Best i Collip proizveli u Macleodovom laboratoriju. Dječak je živio do svoje 33. godine kada je umro od posljedica pneumonije. Banting i Macleod su za ovo veliko otkriće 1923. godine primili Nobelovu nagradu za medicinu. Best je u to vrijeme još bio student medicine zbog čega nije bio kvalificiran primiti nagradu, no sav novčani fond laureati su podijelili s mladim Bestom, a i s biokemičarom Jamesom Collipom koji je imao važnu ulogu u purifikaciji ekstrakta gušterače.

Patentiranje inzulina

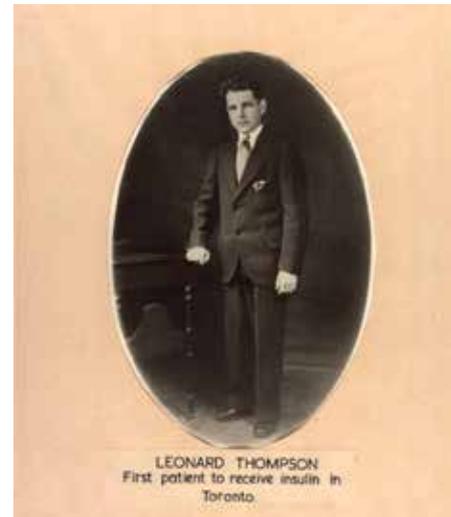
U 1923. godini Banting i suradnici patentiraju postupak izrade ekstrakta endokrinih stanica pankreasa (inzulina). U strahu da bi zbog patentne zaštite u budućnosti inzulin mogao postati nedostupan svima onima koji ga trebaju, Banting, Best, Macleod i Collip su patent prodali Sveučilištu u Torontu za simbolični jedan dolar. Čak su odbili staviti svoja imena na patent s ciljem da naglase svoj stav da inzulin pripada svijetu, a ne pojedincima. Nakon toga je Sveučilište sklopilo ugovor s farmaceutskim tvrtkama koje su počele široku proizvodnju i prodaju inzulina dobivenog iz gušterača svinja i goveda. Sve do 80-ih godina prošlog stoljeća proizvodnja inzulina ovisila je isključivo o životinjskom izvoru tkiva gušterače. Svinjski i goveđi inzulin iznimno su slični ljudskome i razlikuju se samo u jednoj aminokiselini u slučaju svinjskoga, a u tri u slučaju goveđeg inzulina. Stoga su farmaceutske tvrtke surađivale s mnogim klaonicama od koji su pribavljale tkivo životinjskih gušterača, a za dobivanje samo 240 grama inzulina bilo je potrebno upotrijebiti čak dvije tone gušterača.

Prve kemijske modifikacije molekule inzulina, učinjene u cilju mijenjanja njegovih farmakokinetičkih svojstava, uspješno su uvedene u primjenu još davne 1946. godine kada je Hagedorn otkrio da dodavanje protamin cinka molekuli inzulina produljuje njegovo otpuštanje iz potkožnog tkiva. Tako su stvoreni dugodjelujući inzulini (tzv. NPH inzulini, prema *Natural Protamin Hagedorn*). Djelotvornost životinjskog inzulina bila je praktično istovjetna djelotvornosti endogenoga humanog inzulina, no velik je problem u proizvodnji inzulina predstavljala ograničenost izvora tkiva gušterače.

Tehnološki napredak u proizvodnji inzulina

Početkom 80-ih godina razvija se metoda rekombinantne DNK tehnologije koja se temelji na unošenju vektorskoga gena u DNK *E. coli*, koja na taj način postaje sposobna sintetizirati humani inzulin. Inzulin je tako postao prva humana bjelančevina čija je sinteza postignuta pomoću rekombinantne tehnologije DNK. Ista se metoda poslije počela koristiti i za proizvodnju interferona, eritropojetina i mnogih drugih bioloških tvari. Uvođenje rekombinantne tehnologije DNK predstavlja revoluciju u proizvodnji inzulina jer ona na taj način prestaje ovisiti o animalnom izvoru tkiva i postaje praktično neograničena. U isto vrijeme kada rekombinantna tehnologija DNK postaje standard u proizvodnji inzulina, u svijetu se pojavljuje epidemija debljine praćena rastom incidencije tipa 2 šećerne bolesti, što je značajno povećalo potražnju za inzulinom.

Daljnje strukturne modifikacije molekule inzulina učinjene su početkom 2000-tih godina zadiranjem u genetički kod molekule inzulina. Zamjenom pojedinih aminokiselina u lancu DNK odgovornim za kodiranje molekule inzulina sintetizirani su tzv. inzulinski analozi (npr. glargin, aspart, lispro). Karakteriziraju



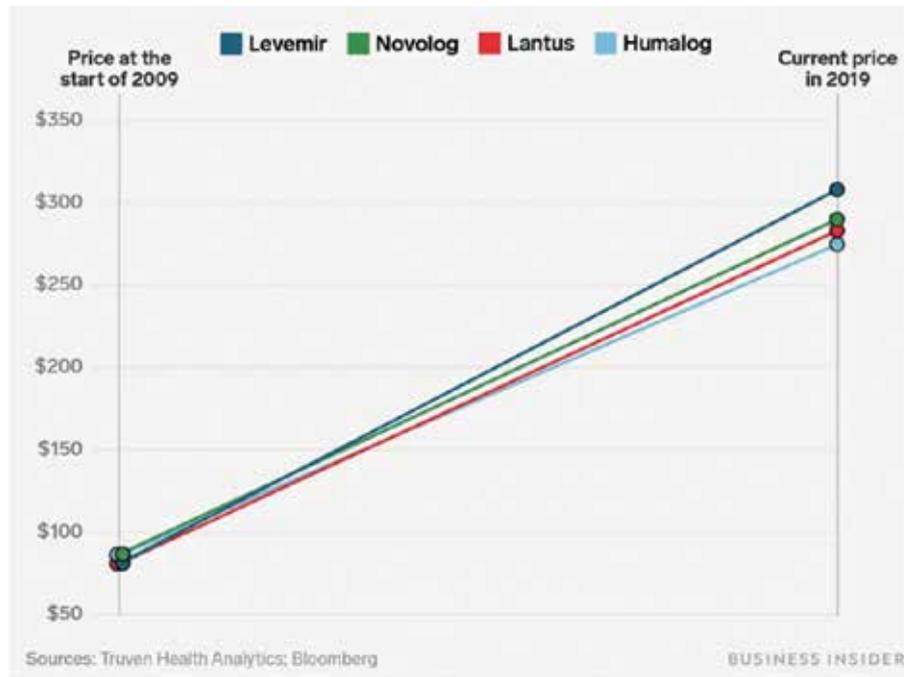
Leonard Thompson - prvi pacijent koji je uspješno liječen inzulinom

ih različita farmakokinetička svojstva u odnosu na humani inzulin pa tako neke od formulacija imaju produljeno, a neke skraćeno/ubrzano djelovanje. Inzulinski analozi se prema svojoj djelotvornosti ne razlikuju od humanih inzulina, međutim, prema nekim istraživanjima, imaju nešto manju incidenciju hipoglikemija, što može predstavljati prednost, posebice u liječenju osoba s tipom 1 šećerne bolesti.

Rast cijena inzulina

Unatoč drastičnom smanjenju troškova proizvodnje s jedne strane i povećanju potrošnje inzulina s druge strane, cijene inzulina u trajnom su porastu posljednjih tridesetak godina. Za lijek koji je već niz godina na tržištu očekivali bismo da mu cijena pada te je navedeni trend upravo suprotan tržišnim načelima koje poznajemo iz drugih segmenata ekonomije.

Posljednjih desetak godina cijene inzulina vrtoglavo rastu, posebice u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD). Pacijenti koji se zbog šećerne bolesti liječe u SAD-u svjedoci su da



The list prices of some insulins have tripled over the past decade, and some people with diabetes are paying the ultimate price. Shayanne Gal/Business Insider

Cijene inzulina u zadnjih 10 godina u Sjedinjenim Američkim državama

se cijena iste bočice lispro inzulina u 20 godina povećala 12 puta. Ova drastična povećanja cijena dovela su do toga da je inzulin u SAD-u nekim pacijentima postao nedostupan, a posljedično tome bilježi se trend porasta hospitalizacija i smrti zbog dijabetičke ketoacidoze. Nedavna smrt mladića od 27 godina koji je u SAD-u ostao bez posla te nije mogao kupovati inzulin, pokrenula je lavinu reakcija i inicijativa čiji je cilj da se cijene inzulina u SAD-u snize. Možemo zaključiti da danas, kada slavimo stogodišnjicu otkrića inzulina, postaje jasno da su bojazni, koje su Banting i suradnici imali prije 100 godina, vezane za komercijalizaciju i posljedičnu nedostupnost inzulina bile opravdane.

Zašto rastu cijene inzulina?

Vrtooglavi rast cijena inzulina koji je najizraženiji u SAD-u, a u većoj ili manjoj mjeri u ostalom dijelu svijeta, ima višestruke razloge. Jedan od najvažnijih je činjenica da 90 % inzulina proizvode samo tri tvrtke u svijetu koje se međusobno prate i usklađuju u povećanju

cijena, a ne djeluju kao stvarna konkurencija za koju je uobičajeno da dovodi do rušenja cijena. S druge strane, važno je znati da je proizvodnja biološke tvari poput inzulina složenija nego proizvodnja drugih kemijskih lijekova (kao npr. ibuprofena ili ramiprila), što u tehničkom smislu otežava razvoj generičkih pripravaka inzulina (biosimilara). Osim tehničke složenosti same proizvodnje biosimilara, jedan od načina kojim trenutni proizvođači inzulina otežavaju razvoj biosimilara od strane konkurenata je tzv. prekomjerno patentiranje (engl. *overpatenting*); u trenucima kad treba isteći patent pojedinog inzulina, učine se male, za kvalitetu lijeka beznačajne "inovacije", koje onda produlje patent čime se onemogućuje razvoj jeftinije varijante biosimilara. Slične probleme s prekomjernim patentiranjem nalazimo i u drugim područjima medicine. Osim problema s monopoliziranim tržištem inzulina te prekomjernim patentiranjem, u pojedinim zemljama dodatni problem stvaraju i visoke ljekarničke marže koje su velikim dijelom izvan državnog nadzora.

Liječenje inzulinskim pripravcima u Hrvatskoj

Iako je u Europi, u usporedbi s SAD-om, tržište inzulina bolje regulirano, ipak su i u europskim zemljama rast cijena i povećanje potrošnje inzulina jasno vidljivi. Na našem su tržištu, kao i u većini drugih zemalja, prisutni humani inzulini (dugodjelujući i kratkodjelujući) i inzulinski analozi (dugodjelujući i brzodjelujući). Među njima nema razlike u djelotvornosti, no usprkos tome, cijena inzulinskih analoga je značajno viša i dodatno se povećava dolaskom svake nove formulacije na tržište. U Hrvatskoj je većina bolesnika sa šećernom bolesti na terapiji dugodjelujućim inzulinskim analogima koji mogu imati određene prednosti pred humanim inzulinima kod tipa 1 šećerne bolesti. S druge strane, u bolesnika s tipom 2 šećerne bolesti, koji čine veliku većinu bolesnika liječenih inzulinom, treba imati na umu da novi i skupi inzulinski analozi nemaju prednost pred humanim inzulinom. Tu je populaciju bolesnika moguće jednako uspješno, a istovremeno puno jeftinije liječiti pripravcima humanih inzulina. Sagledavajući trendove rasta cijena inzulina i posljedično neizostavno smanjenje njegove dostupnosti (unatoč naprednoj, modernoj tehnologiji koja omogućuje masovnu i jeftinu proizvodnju) postavlja se na kraju pitanje koliko smo kao društvo napredovali, a koliko nazadovali u ovih stotinu godina.

Banting i suradnici su nam veliku dužnost, ne razmišljajući o profitu, već isključivo o dobrobiti čovječanstva, prepustili na korištenje patent za izradu inzulina - lijeka koji mnogima znači život, da bi danas čak i u razvijenim dijelovima svijeta, unatoč obilju inzulina, neki ljudi umirali zbog dijabetičke ketoacidoze samo zato jer si ga ne mogu priuštiti.

tdusek@mef.hr

STUDIJ MEDICINE na Hrvatskom katoličkom sveučilištu



Dekan MEF-a prof. Dalibor Karlović

Katolička sveučilišta diljem svijeta prepoznata su kao vrhunske akademske zajednice dugog historijata i vrhunskih rezultata u svijetu znanosti. Poznata su kako po svojim humanističkim studijima tako i po studiju medicine. Hrvatsko katoličko sveučilište (HKS) osnovano je 2006. godine, te je prepoznato u dosadašnjem radu na poljima humanističkih znanosti.

Ministarstvo znanosti i visokog obrazovanja RH 12. 06. 2020. izdalo je dopusnicu za izvođenje integriranog sveučilišnog studija Medicina HKS-u, koji će započeti s izvođenjem nastave u akademskoj godini 2021./2022. Studij Medicinskog fakulteta HKS-a nastoji uvesti inovativan sustav medicinske izobrazbe na temelju razumijevanja humanističkih aspekata medicine, fokusiran kako na skrb bolesnika tako i na društvenu odgovornost i što ranijem uvođenju studenta u kliničku nastavu. Studij traje šest godina, tijekom studija

ostvaruje se 360 ECTS bodova, a završetkom studija stječe se akademski naziv doktor(ica) medicine. U prvu se godinu planira upisati 43 studenta, od čega je upisna kvota za državljane Europske unije 40 studenata. Troškovi studiranja iznose 38 000 kn po akademskoj godini. Nastava će se odigravati na Kampusu HKS-a u Zagrebu, Ilica 242, ali i u drugim zdravstvenim ustanovama u i izvan Zagreba. Na prvoj sjednici Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta HKS-a održanoj 20. 04. 2021. za dekana je izabran prof. dr. sc. Dalibor Karlović, dr. med., redoviti profesor HKS-a i predstojnik Klinike za psihijatriju KBC-a Sestre milosrdnice. „Na HKS-u nikada nećete biti samo broj, već jedinstveni i unikatni“ poručio je maturantima dekan prof. Karlović.

Osnutak novog Medicinskog fakulteta zasigurno će polučiti veliko zanimanje među maturantima, ali i brojne komentare u akademskoj zajednici koji se primarno tiču kurikula studija i općenite potrebe za osnivanjem novog studija.

Svaka promjena je tegobna. Svaki je početak težak, pa tako i akademski. Ako osnatak jednog studija rezultira podizanjem kakvoće drugih studija, ultimativni cilj je postignut - kvalitetnija izobrazba.



Pročelje HKS-a

A ovom studiju tek predstoji težak test što ga mora položiti pred studentima i budućim naraštajima liječnika. Dopustimo mu!

Per aspera ad astra

Priredila: doc. prim. dr. sc.
Ingrid Marton, dr. med.



Nova zgrada HKS-a

VAŽNOST NEFROPATOLOGIJE ZA HRVATSKU

prof. dr. Danica Galešić Ljubanović



Prof. dr. Danica Galešić Ljubanović, dr. med.

redovita profesorica patologije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu i voditeljica Odjela za nefropatologiju i elektronsku mikroskopiju Kliničkog zavoda za patologiju i citologiju KB-a Dubrava

Razgovarala Lada Zibar

Nefropatologija zaslužuje posebnu posvećenost visoko specijaliziranih patologa. Zašto je to danas nužno?

Nefropatologija je razmjerno mlada grana patologije koja se intenzivno razvija posljednjih 20 do 30 godina. Naime, patologija se kao struka počinje razvijati u 19. stoljeću kada glavninu posla patologa čine obdukcije. Tako je bilo sve do sredine 20. stoljeća. Otada sve više radnog vremena patologa otpada na makroskopsku i mikroskopsku analizu uzoraka tkiva dobivenih prije ili tijekom kirurških zahvata. Njima se vremenom pridružuje sve više uzoraka tkiva dobivenih pomoću biopsijskih igala (ovamo spadaju i biopsije bubrega). Specijalisti patolozi, nakon provedene analize dobivenog tkiva, izdaju patohistološki nalaz s patohistološkom dijagnozom (PHD) koja je temelj liječenja velikog dijela bolesnika. Velik dio ove dijagnostike danas otpada na dijagnostiku tumora. No, tu su i druge bolesti, prvenstveno upalne, ali i bolesti nakupljanja te poremećaji metabolizma i normalne građe tkiva. Nefropatologija se bavi dijagnozom upravo tih bolesti. Pri tome je nužno detaljno analizirati svaki dio bubrega (glomerule, tubule, intersticij,

krvne žile) svjetlosnom, imunofluorescentnom i elektronskom mikroskopijom.

Svjetlosnom mikroskopijom utvrđujemo koji je dio bubrega obolio (glomeruli, tubuli, intersticij, krvne žile), koliko je patološki proces rasprostranjen, je li akutan (moguće terapijsko djelovanje) ili kroničan (ne očekuje se bitan učinak terapije). Pomoću imunofluorescentne mikroskopije razjašnjavamo patogenezu bolesti. Naime, protutijelima na pojedine imunoglobuline (IgG, IgA, IgM) i komponente komplementa (C3, C1q, C4d) te na kappa i lambda lake lance utvrđujemo koji je od njih i gdje prisutan u bubrežnom tkivu. To nam pomaže da razjasnimo patogenezu pojedinih bubrežnih bolesti (naročito glomerula - glomerulonefritisa), koje često posreduju imunoglobulini i komplement. Konačno, za dijagnozu brojnih bubrežnih bolesti važno je analizirati ultrastrukturu pojedinih dijelova bubrega. To je nužno za većinu bolesti glomerula, ali i za neke bolesti tubula. Kad imamo nalaze svjetlosne, imunofluorescentne i elektronske mikroskopije (za što je potrebno 2 do 3 sata rada subspecialista nefropatologa), potrebno ih je interpretirati u sklopu kliničkih podataka (što također čini nefropatolog, sam ili zajedno s nefrolozima), kako bi se utvrdio konačni PHD koji služi kao osnova liječenja mnogih bubrežnih bolesti.

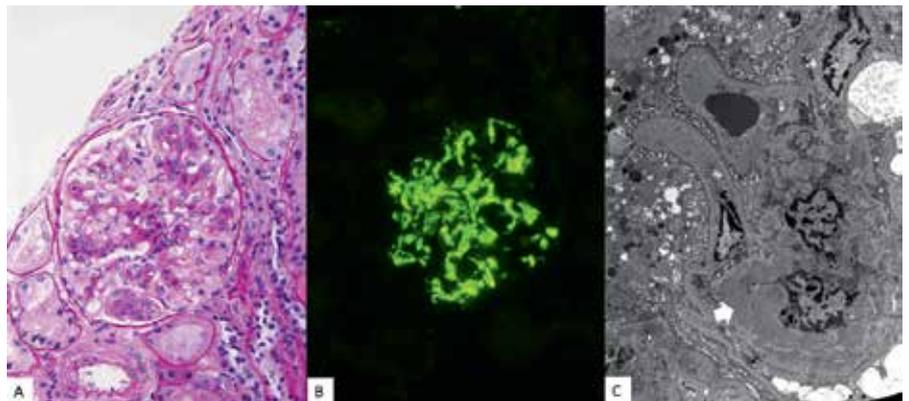
Iz svega navedenoga jasno je da nefropatologiju kvalitetno mogu raditi samo visoko specijalizi-

rani patolozi koji su posebno educirani iz područja nefropatologije. Nakon položenoga specijalističkog ispita iz patologije, potrebna je dodatna edukacija od jedne do dvije godine u dobro uhodanom nefropatološkom središtu pod mentorstvom iskusnog nefropatologa.

Možete li prikazati povijest hrvatske nefropatologije?

Ona je povezana s poviješću elektronske mikroskopije jer je elektronski mikroskop (EM) nužan za nefropatološku dijagnostiku. Prvi EM u Hrvatskoj nabavljen je 1953. g. za Institut Ruđer Bošković. No, razvoj nefropatologije vezan je uz osnivanje Odjela za elektronsku mikroskopiju u Zavodu za patologiju na Šalati u sklopu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Taj je Odjel počeo s radom 1966. godine. Među prvima sa Zavoda za patologiju počeli su se EM-om služiti prof. dr. Ivan Damjanov (1969. – 1974.) i prof. dr. Mladen Belicza (1969. – 1978.).

Ključna osoba za razvoj nefropatologije, ne samo na Zavodu za patologiju na Šalati nego u cijeloj Hrvatskoj, bila je prof. dr. Mira Šćukanec-Špoljar. Ona se od 1981. do 2006. pionirski posvetila sustavnom bavljenju nefropatologijom, u čemu je u to doba bila apsolutan ekspert.



Tri rutinske metode u patohistološkoj analizi biopsije bubrega na primjeru najčešćeg glomerulonefritisa - IgA nefropatije. A) Svjetlosna mikroskopija. Glomerul s mezangijskim i endokapilarnim hiperplazijom. PAS bojanje, originalno povećanje x400. B) Imunofluorescentna mikroskopija s pozitivnim protutijelom IgA, ujedno i glavnim dijagnostičkim kriterijem u slučaju ove bolesti. Originalno povećanje x400. C) Krupni imuni depoziti u mezangiju glomerula (strelica) na elektronskoj mikroskopiji. Originalno povećanje x8000.

Prof. dr. Mira Šćukanec-Špoljar je bila vrlo posvećena poslu, a nefropatologiju je učila u Parizu kod Renéé Habib (1924. – 2009.) koju se smatra jednim od utemeljitelja europske nefrologije i nefropatologije. Pored toga je profesorica Šćukanec imala podršku i suradnju s tada vodećim hrvatskim nefrolozima: prof. dr. Danicom Batinić, prof. dr. Mirjanom Sabljar-Matovinović i prof. dr. Duškom Kuzmanićem.

Kao novakinja na Zavodu za patologiju na Šalati od 1993. do 1995. upoznala sam profesoricu Šćukanec i njen rad te poželjela da i ja radim nefropatologiju. No, trebalo je prvo završiti specijalizaciju iz patologije i naučiti opću patologiju. To sam ostvarila u KB-u Merkur (1995. – 2000.). Tamo su prof. Sabljar-Matovinović i dr. Mladen Knotek u meni ponovno pobudili interes za nefropatologiju. Međutim, KB Merkur nije imao elektronski mikroskop. Konačno, 2000. godine prešla sam u KB Dubrava koja je imala elektronsko mikroskopski laboratorij s iskusnom elektronsko-mikroskopskom tehničarkom Karmelom Šuvak. Stoga sam predložila tadašnjem vodstvu patologije i ravnatelju KB-a Dubrava, prof. dr. Velimiru Božikovu, da počnemo raditi nefropatologiju. Prijedlog je prihvaćen, tim prije što je voditelj Odjela nefrologije u KB-u Dubrava, prof. dr. Krešimir Galešić, već nekoliko godina radio biopsije bubrega koje je slao na analizu na Zavod za patologiju na Šalati. U to je vrijeme prof. Šćukanec bila pred mirovinom i edukacija kod nje nije više bila moguća. Stoga sam aplicirala za stipendiju Svjetskog nefrološkog društva, koju sam i dobila.

Osamnaest mjeseci (2001. – 2003.) sam provela na edukaciji iz nefropatologije u SAD-u, na Department of Pathology University of Colorado u Denveru. Mentor mi je bio Scott Lucia. Pored učenja nefropatologije intenzivno sam se uključila u istraživački rad u skupini prof. Roberta Schriera, vodećega svjetskog nefrologa i predsjednika Svjetskog nefrološkog društva.

U Hrvatsku i KB Dubrava vratila sam se 2003. godine. Počeli smo skromno. Kao najmlađi patolog na odjelu radila sam sve što je trebalo, a nefropatologiju kad i koliko je ostalo vremena. EM bio je star 34 godine i vrlo često se kvario. Prve godine (2003.) imali smo 34 biopsije bubrega. Budući da je Odjel za nefrologiju KB-a Dubrava bio prepoznat kao vodeći u Hrvatskoj za biopsije bubrega, iz godine u godinu mu je na biopsiju dolazilo sve više pacijenata iz cijele države, pa i susjedne Bosne i Hercegovine. Postupno su nam uzorke počeli slati i iz drugih bolnica. Uz to je bilo sve više biopsija transplantiranih bubrega. Zbog svega toga je broj biopsija iz godine u godinu rastao gotovo eksponencijalno. Takav porast opsega posla je bio moguć zato što je 2007. godine nabavljen novi EM, a 2010. i novi ultramikrotom. Zasluga za to prvenstveno pripada tadašnjem voditelju Odjela za patologiju u KB-u Dubrava prof. dr. Šimunu Križancu.



Nefropatološki tim KB-a Dubrava (slijeva nadesno): glavna inženjerka Odjela za nefropatologiju i elektronsku mikroskopiju Anamarija Bauer Šegvić, dipl. ing. mol. biot.; prva elektronsko-mikroskopska tehničarka Odjela Karmela Šuvak (u mirovini), dr. sc. Petar Šenjog, dr. med., specijalist patolog; Ivana Mamuča, bacc. med. lab. dg; Mirjana Jurešić, laboratorijski tehničar; voditeljica Odjela prof. dr. sc. Danica Galešić Ljubanović, dr. med., specijalist patolog, ekspertno područje nefropatologija.

A kakva je sadašnjost nefropatologije u Hrvatskoj? Kakvi su raspoloživi kapaciteti? Kako su raspodijeljeni i jesu li dostatni?

Stanje je puno bolje nego prije dvadeset godina, pogotovo kada se gleda nefropatologija u KB-u Dubrava. Od skromnih početaka 2003. godine sa samo jednim liječnikom i jednim laborantom koji su radili na EM-u starom 34 godine u sklopu ondašnjeg Odjela za patologiju, danas imamo Odjel za nefropatologiju i elektronsku mikroskopiju u sklopu Kliničkog zavoda za patologiju i citologiju KB-a Dubrava. U njemu, pored mene, radi dr. sc. Petar Šenjog, specijalist patolog, koji je pri kraju edukacije iz nefropatologije. Tu su i glavna inženjerka odjela Anamarija Bauer Šegvić, dipl. ing. mol. biol., i tri laborantice posebno educirane za izradu nefropatoloških i elektronsko-mikroskopskih preparata.

Kao voditelj Odjela mogu reći da se radi o visoko motiviranim i savjesnim profesionalcima kojima prvenstveno treba zahvaliti da je naš Odjel vodeće središte za nefropatologiju u Hrvatskoj. **U njemu se analizira dvije trećine svih biopsija bubrega u Hrvatskoj.** Pored uzoraka Odjela za nefrologiju KB-a Dubrava, koji je vodeći centar za bolesti glomerula u Hrvatskoj i u koji dolaze pacijenti na biopsiju bubrega iz cijele Hrvatske i mnogi iz Bosne i Hercegovine, analiziramo uzorke tkiva bubrega za KB Merkur, KBC Sestre milosrdnice, Kliniku za dječje bolesti Zagreb, KBC Osijek i OB Zadar. Naime, za vrhunske dijagnostičke rezultate u nefropatologiji potrebno je imati, po uzoru na najrazvijenije zemlje, specijalizirane odjele kao što je naš.

Samo tako je moguće uz najmanje troškove postići najbolji rezultat. KB Dubrava je jedina ustanova u Hrvatskoj koja ima takav odjel. Potpuna analiza bubrežnog tkiva rade se i u KBC-u Zagreb u sklopu urološko-nefrološkog tima na čijem je čelu prof. dr. Marijana Čorić. Prof. dr. Merica Glavina Durđov u Splitu i prof. dr. Gordana Đorđević u Rijeci rade nefropatologiju u svojim sredinama na razini svjetlosne i imunofluorescentne mikroskopije, dok se elektronska mikroskopija tih uzoraka trenutačno radi na Zavodu za patologiju na Šalati, budući da ni Split ni Rijeka nemaju EM.

Premda je stanje mnogo bolje nego je bilo prije dvadesetak godina, mjesta za napredak ima. Pogotovo kad se zna da je nefropatologija razmjerno mlada disciplina koja se vrlo brzo razvija, a broj bubrežnih biopsija iz dana u dan raste. Trenutačno dostupni kapaciteti nisu dostatni, pogotovo ako se želi da oni budu razvojni. Zato smo u sklopu izrade nove sistematizacije u KB-u Dubrava predložili da se našem Odjelu dodijele još jedan liječnik specijalist i dva laboranta. Time bi naš Odjel sljedećih desetak godina mogao pružiti nefropatološke usluge na svjetskoj razini, u protivnom ćemo vjerojatno jedva održavati osnovnu rutinu, kao što je to nažalost posljednjih nekoliko godina.

Osim visoko specijaliziranog liječničkog kadra, tko je i što još potrebno za optimalan rad nefropatologije? Kako u Hrvatskoj stojimo s takvim potrebama?

Nužan je dovoljan broj laboratorijskih inženjera posebno educiranih za rad u nefropatološkom laboratoriju. Pored izrade

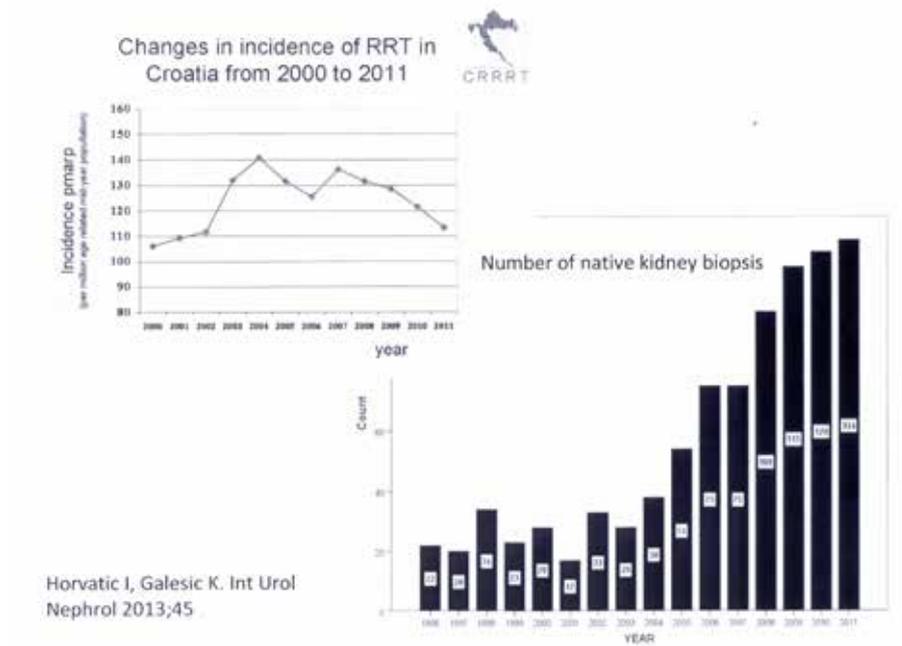
svjetlosno-mikroskopskih preparata za koje je nužno dobro poznavanje histokemije, moraju naučiti izradu imunofluorescentnih preparata i, što je najzahtjevnije, preparata za EM. Za orijentaciju: debljina rezova za svjetlosnu mikroskopiju je tri mikrometra, a za EM 70 – 100 nanometara. Tijekom svoje redovite edukacije inženjeri medicinske laboratorijske dijagnostike ne stječu dovoljna znanja za rad u nefropatološkom laboratoriju. Zato njihova edukacija, nakon što dođu u naš laboratorij, traje dvije do tri godine.

Nužna je i relativno skupa oprema, među kojom se ističe EM. Pojam „relativno skupa“ koristim zato jer je trošak godišnjeg održavanja EM-a podjednak godišnjem trošku jednog pacijenta na hemodijalizi. Kada se ima u vidu da se uz pomoć dobrog nefropatološkog laboratorija mogu dijagnosticirati bolesti glomerula koje su treći razlog završnog stadija bubrežne bolesti (nakon hipertenzije i dijabetesa) i da se većina njih može uspješno liječiti i time spriječiti završni stadij bubrežne bolesti koji traži dijalizu ili transplantaciju, onda su uštede na razini zdravstvenog sustava jako velike.

Danas u Hrvatskoj imamo tri elektronska mikroskopa koji su više-manje u funkciji: u Centru za elektronsku mikroskopiju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, u Zavodu za patologiju i citologiju KBC-a Zagreb i kod nas u KB-u Dubravi. Nažalost, svi su ti mikroskopi već prilično stari. Najmlađi je naš u KB-u Dubravi, koji je star 14 godina. Stoga u doglednoj budućnosti na razini Hrvatske valja nabaviti novi EM koji će biti dostupan svim njegovim korisnicima.

Je li nefropatologija u nas dostatno korištena? Kakva je suradnja s kolegama koji vam šalju uzorke na analizu?

Biopsije bubrega u Hrvatskoj se rade sve češće. Od 2003. do 2017. Naš je Odjel imao eksponencijalni porast broja bubrežnih biopsija. Tada je zbog manjka kadra i neodržavanja opreme nastala stagnacija, a posljednjih godinu dana, zbog pandemije uzrokovane s COVID-19, broj biopsija je pao. Premda je KB Dubrava pretvorena u COVID bolnicu, naš je Odjel nastavio primati uzorke iz suradnih ustanova i čitavo vrijeme COVID krize nismo prekidali uobičajeni rutinski rad. Očekujemo da će nakon prestanka protuepidemijskih mjera i vraćanja KB-a Dubrava u redovitu funkciju broj biopsija biti isti ili veći nego prije pandemije. Taj broj bi mogao još rasti, pogotovo ako se ima u vidu da još uvijek, nažalost, ima dijelova Hrvatske u kojima se biopsije bubrega rade minimalno jer se rani znakovi ozbiljnih bubrežnih bolesti (asimptomatska proteinurija i hematurija) ne shvaćaju dovoljno ozbiljno te se pacijente ne upućuje na biopsiju ili ih se upućuje prekasno. Stanje je još



Porast broja biopsija bubrega praćen je padom incidencije pacijenata na nadomjestnom bubrežnom liječenju

teže u Bosni i Hercegovini gdje se biopsije bubrega rade minimalno. Dakle, indikacija za povećanje broja biopsija ima, a time i za proširenje rada nefropatologije.

Suradnja s kolegama koji nam šalju uzorke za analizu je izvrsna.

Naime, niti najbolji nefropatološki laboratorij ne može nadomjestiti kvalitetan uzorak i kvalitetne kliničke podatke koji su nužni za ispravnu interpretaciju patohistološkog nalaza i postavljanje točne dijagnoze. Stoga smo zahvalni svim kolegama nefrolozima koji ustrajno nastoje unaprijediti svoju biopitičku tehniku kako bi dobili što kvalitetniji uzorak.

Hvala svima koji se trude da s uzorkom pošalju što potpunije kliničke podatke na za to predviđenom obrascu. Posebna hvala što je većina kolega uvijek dostupna putem telefona kad je potrebno posebno raspraviti o pacijentu. Hvala kolegama nefrolozima iz KB-a Dubrava na čelu s doc. dr. Ivicom Horvatićem koji već 15 godina svaki tjedan vrlo uspješno organiziraju nefropatološke sastanke. Redovito surađujemo s pedesetak kolega iz cijele Hrvatske. Ovdje ih nije moguće sve nabrojiti, zato koristim priliku da im svima kažem veliko hvala!

Kako je sa znanstveno-istraživačkim radom u hrvatskoj nefropatologiji? Koliko ste prepoznati na tom području?

Počeci znanstveno-istraživačkog rada u hrvatskoj nefropatologiji vezani su uz početke elektronske mikroskopije na Zavodu za patologiju na Šalati i pionirski rad u području nefropatologije prof. Šćukanec-Špoljar. U svim središtima u Hrvatskoj koji rade nefropatologiju radi se, u skladu s mogućnostima, znanstveno-istraživački, tako da u PubMedu ima stotinjak radova kojima je glavni istraživački interes bubrežni, a barem jedan autor je netko od hrvatskih nefropatologa. Samo članci koji su nastali u sklopu našeg Odjela citirani su 3520 puta, h-indeks 33. Dobar dio tih članaka rezultat je suradnje s kolegama iz SAD-a i Europe; bili smo ili smo još uvijek zajedno s našim nefrolozima suradnici u osam međunarodnih projekata. Posebno nas raduje da smo u suradnji s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu pokrenuli vlastitu istraživačku djelatnost koja se postupno razvija, a u čemu su nam velika potpora domaći izvori financiranja. Tako se na Odjelu odvijalo ili se još uvijek odvijaju tri projekata MZOŠ-a RH i dva projekta HRZZ-a. Na jednom projektu MZOŠ i jednom projektu HRZZ bila sam voditelj, a na ostalima suradnik. Posebno bih istaknula projekt HRZZ-a „Genotip-fenotip korelacija u Alportovom sindromu i nefropatiji tankih glomerularnih bazalnih membrana“ koji sam vodila posljednjih nekoliko godina. Rezultat je Hrvatski registar oboljelih od ovih bolesti, koji je izvrsna osnova za daljnja istraživanja. U sklopu

tog projekta nedavno je obranjen jedan doktorski rad (dr. sc. Petar Šenjug), a u izradi je doktorski rad našega znanstvenog novaka dr. Matije Horačka. Naš rad na ovom projektu prepoznat je i u svijetu te smo već nekoliko godina uključeni u međunarodnu radnu skupinu (Alport mutation collaborative) koja je nedavno objavila smjernice za molekularnu dijagnostiku Alportovog sindroma (Savige J. i sur. Eur J Hum Genet, travanj 2021). Još su dvije kolegice patologinje obranile doktorate iz područja nefropatologije pod mojim mentorstvom. Ovome valja dodati pet doktorata kojima su mentori bili kolege nefrolozi (prof. dr. Krešimir Galešić ili prof. dr. Mladen Knotek), a u kojima je nefropatologija bila vrlo važan segment te su dobrim dijelom izrađeni na našem Odjelu. Još su u izradi tri doktorska rada.

Pored publikacija, naša međunarodna prepoznatljivost se ogleda i u radu Svjetskoga nefropatološkog društva (Renal Pathology Society - RPS), gdje sam član Definitions Committee koji je nedavno objavio precizne definicije pojedinih patoloških lezija u glomerulima (Kidney Int. 2020;98:1120-34). Redovito sudjelujemo i u Radnoj skupini za nefropatologiju Europskog udruženja patologa, koji nas već nekoliko godina pozivaju kao predavače na Europski kongres iz patologije. Također sam više puta bila predavač na Nefrološkoj školi u Budimpešti. Ovome valja dodati i dva tečaja stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije „Primarne i sekundarne bolesti glomerula“ koje smo organizirali s nefrolozima iz KB-a Dubrava te stotinjak sudjelovanja na domaćim i međunarodnim skupovima.

Kakva je budućnost hrvatske nefropatologije? Koji su ključni potezi koje zdravstvena politika treba poduzeti radi osiguranja izvrsnosti vaše struke?

Vjerujem u njenu svjetlu budućnost. Nadu temeljim na mladim kolegama, kako budućim patolozima tako i nefrolozima. Tijekom svoje specijalizacije oni su mjesec dana na našem Odjelu. Do sada ih je kod nas bilo na edukaciji oko 40. Većinom su to bili mladi ljudi koji vole struku i vrlo brzo uvide važnost nefropatologije koju će, vjerujem, znati ispravno koristiti u svom budućem radu. Naravno, posebnu brigu valja posvetiti odgoju budućih nefropatologa i laboratorijskih inženjera specijaliziranih za nefropatologiju i elektronsku mikroskopiju. Stoga je to bio prioritet našeg Odjela od samog početka. Zahvaljujući tome imamo današnji Odjel za nefropatologiju i elektronsku mikroskopiju u KB-u Dubrava s dva nefropatologa i četiri inženjerke. Njima bi u doglednoj budućnosti trebalo, kao što sam već rekla, pridružiti još barem jednog liječnika specijalista i dva laboranta. Tako bi Odjel, a time i hrvatska nefropatologija, imali osiguranu budućnost.

Zdravstvena politika trebala bi se voditi činjenicom da je za sustav zdravstvene zaštite puno puno jeftinije, a za pacijente znatno bolje rano dijagnosticirati bubrežne bolesti i na vrijeme ih liječiti te tako spriječiti završni stadij i potrebu za dijalizom i/ili transplantacijom. Za točnu dijagnozu znatnog dijela bubrežnih bolesti nužna je biopsija i nefropatološka obrada koja se najbolje provodi u za to visoko specijaliziranim nefropatološkim laboratorijima.

Nema niti jedne zdravstvene ustanove u Hrvatskoj koja ima dovoljno biopsija bubrega da bi joj se isplatilo imati nefropatološki laboratorij samo za vlastite potrebe. Stoga je nužno da više ustanova zajedno koristi resurse istog laboratorija (funkcionalna integracija), kao što je to slučaj s Odjelom za nefropatologiju u KB-u Dubrava koji pokriva potrebe za ovom dijagnostikom za šest zdravstvenih ustanova i obrađuje dvije trećine svih biopsija bubrega u Hrvatskoj. Stoga broj osoblja u odjelima za nefropatologiju treba planirati u skladu s nacionalnim potrebama, a ne samo iz perspektive pojedinih kuća u kojima nefropatološki odjeli postoje. Jednako je s opremom (prvenstveno je to EM, no i druga oprema) koja je skupa, a čije održavanje je također znatan financijski trošak, pa je i za to potrebna strategija na nacionalnoj razini. Ako zdravstvena politika ne usvoji ova dva temeljna uvjeta - dovoljno osoblja i redovito održavanje i znavljanje opreme - vrlo lako bi se moglo dogoditi da se nefropatološka dijagnostika, koja se u Hrvatskoj postupno i mukotrpno gradi već 40 godina, brzo uruši.

Kakva je uloga nefropatologije u hrvatskom transplantacijskom uspjehu?

Uvjerena sam da će se članovi svih timova za transplantaciju (TX) bubrega u Hrvatskoj složiti da je uloga nefropatologije nezamjenjiva.

Za uspjeh TX-a bubrega, a time i Hrvatskog transplantacijskog programa, nužna je dobra, brza i pravovremena nefropatološka dijagnostika.

Stoga naš Odjel pruža transplantacijskom programu dijagnostičku podršku 24 sata dnevno sedam dana u tjednu. Sudjelujemo u procjeni kvalitete bubrega darovatelja prije TX-a te u kontinuiranom praćenju primatelja i transplantiranog bubrega nakon TX-a. Kod svakog poremećaja funkcije presađenog bubrega koji se klinički ne može objasniti prerenalnim ili postrenalnim razlozima, nužna je biopsija bubrega i nefropatološka obrada jer ona najčešće daje dijagnozu na temelju koje se utvrđuje terapija. To su tako zvane indikacijske biopsije. Pored njih, rade se

nulte biopsije (biopsije u trenutku TX-a) kojima dobivamo uvid u to kakav je bubrež u trenutku TX-a, a koje nam služe i za usporedbu sa svim kasnijim biopsijama. Zahvaljujući nultim biopsijama možemo zaključiti koje su promjene u bubrežgu od darovatelja, a koje su se razvile naknadno u primatelja. Važne su i protokol biopsije, koje su jedini način da se na vrijeme otkriju i liječe subklinička odbacivanja. Biopsije transplantiranih bubrega čine oko polovicu svih bubrežnih uzoraka u našem Odjelu. Koristim ovu priliku da kažem iskreno hvala svim članovima transplantacijskog tima KB-a Merkur s kojima uspješno surađujemo više od 15 godina. Tijekom tolikih godina bila sam tihi svjedok njihovoga samoprijegornog i požrtvovnog rada koji mi je bio inspiracija da i sama radim što bolje. Hvala i transplantacijskom timu iz KBC-a Osijek! Posebna hvala dugogodišnjoj nacionalnoj koordinatorici za TX dr. Mireli Bušić koja nam je pružila važnu potporu, osobito u samim počecima našeg Odjela.

Tko je Danica Galešić Ljubanović? Kakav je Vaš životni put?

Rođena sam u Ogulinu, a odrasla u Tounju u brojnoj obitelji s četiri brata i četiri sestre. Tata je umro kad sam imala 12 godina. U sjećanju mi je ostao kao ozbiljna osoba koja je puno radila. U mene je imao veliko povjerenje, rado me je poučavao u praktičnim stvarima i imao strpljenja da odgovara na moja mnogobrojna pitanja. Mama je bila tiha, topla žena neizmjerne radne energije i ljubavi kojoj ništa nije bilo teško učiniti ne samo za nas, svoju djecu, nego i za svakoga tko bi joj se obratio za pomoć. Ne pamtim da joj se i jedan prosjak obratio, a da mu nije pomogla. Iskreno je vjerovala u uspjeh poštenoga rada. I danas, 25 godina nakon njene smrti, njen život mi je svakodnevna inspiracija. Moja braća i sestre, još nas je šestoro živo, zajedno sa 16 nećaka i nećakinja u prvoj i njih sedam u drugoj generaciji, „ekipa“ su koju ne bih mijenjala nizašto na svijetu.

Sa 16 godina sam odlučila da ću biti liječnik. Činilo mi se da tako mogu najviše učiniti za druge. Nakon završene srednje medicinske škole u Karlovcu upisala sam studij medicine u Zagrebu, koji sam uspješno završila u jeku Domovinskog rata, 1992. Slijedilo je novaštvo na Zavodu za patologiju na Šalati, specijalizacija u KB-u Merkur, edukacija iz nefropatologije u SAD-u i sve ono što sam do sada navela. Sa suprugom Krešimirom Galešićem dijelim, pored privatnoga, i zajednički profesionalni interes.

dljubanov@kbd.hr

Budućnost pojma „sigurnost pacijenta“ u rukama je obiteljske medicine

JELENA RAKIĆ MATIĆ, dr. med.

spec.obiteljske medicine

Sigurnost pacijenta je, prema postulatima Svjetske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organisation* – WHO) temeljno načelo zdravstvene zaštite zajedno s dostupnosti, kontinuitetom skrbi, učinkovitosti, prihvatljivosti i prikladnosti. Definirana je kao sprječavanje pogrešaka i štetnih učinaka na pacijenta povezanih sa zdravstvenom zaštitom. U svijetu postoje milijuni pacijenata koji svake godine trpe invalidnost, ozljede ili smrt kao posljedicu nesigurne medicinske prakse, odnosno zdravstvene zaštite. Znete li da prema podacima WHO-a rizik da pacijent umre od medicinske nezgode je 1 na 300, što je mnogo veći rizik od smrti u zrakoplovnoj nesreći?

Sve to zajedno tijekom posljednjih 20 godina dovelo je do većeg prepoznavanja važnosti sigurnosti pacijenta te integriranja pristupa sigurnosti pacijenta u strateške planove zdravih, uređenih i naprednih zdravstvenih sustava. Postići zavidnu razinu sigurnosti pacijenta nije nimalo lagan zadatak, a zahtijeva razumijevanje vrijednosti, stavova, uvjerenja, standarda i normativa koji su važni za učinkovitu zdravstvenu zaštitu. O sigurnosti pacijenta prvotno se govorilo isključivo u kontekstu bolničkih sustava, no posljednjih nekoliko godina u cijelom svijetu uvidjelo se kako nije ništa manje važna i

primarna zdravstvena zaštita, prvenstveno obiteljska medicina kao nositelj zdravstvene zaštite i čuvar ulaza u zdravstveni sustav. Prema podacima američke Agencije za istraživanje u zdravstvu i kvalitetu (engl. *Agency for Healthcare Research and Quality*) godišnje 1 od 20 pacijenata u izvanbolničkom sustavu iskusi dijagnostičku pogrešku, a procjenjuje se da se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti godišnje dogodi oko 160 milijuna medicinskih pogrešaka. Prema istim istraživanjima oko 80 % informacija koje pacijent dobije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odmah zaborave, a 1 od 9 prijema u hitnoj službi povezano je sa štetnim učincima lijekova. Podaci su to koji ukazuju na važnost govora o sigurnosti pacijenta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno obiteljskoj medicini.

Primarna zdravstvena zaštita predstavlja točku ulaza u zdravstveni sustav koja izravno utječe na zdravlje ljudi i daljnju uporabu resursa zdravstvene zaštite. Milijuni ljudi u svijetu, uključujući i Hrvatsku, svakodnevno kroče u ordinacije obiteljske medicine u potrazi za zdravstvenom zaštitom i time se odmah izlažu nekoj vrsti pogreške, odnosno potencijalno narušenoj sigurnosti pacijenta. Upravo zbog te iskorištenosti i sve veće opterećenosti obiteljske medicine, sigurnost pacijenta mora postati prioritet, a sam pojam ne smije ostati samo mrtvo slovo na papiru već aktivan „mehanizam“. Neki od čimbenika rizika koji pridonose lošoj sigurnosti pacijenta u primarnoj zdravstvenoj

zaštiti uključuju pogreške u dijagnozi i nesigurnost u liječenju, lošu komunikaciju, nedostatak vremena i diskontinuitet skrbi u ordinacijama. Glavni primjer diskontinuiteta skrbi u Hrvatskoj su timovi bez nositelja u kojima se stalno mijenja liječnik koji skrbi za pacijente te time nema kontinuiteta skrbi, a povećava se rizik od pogreške. Pandemija COVID-19 posebno je ukazala na problem nedostatka vremena za pacijenta, problem administrativne preopterećenosti liječnika obiteljske medicine, problem dostupnosti liječnika za kronične bolesnike, a sve sa negativnim utjecajem na sigurnost pacijenta. U obiteljskoj medicini odnos liječnik – pacijent je ključ visokokvalitetne, sigurne i učinkovite zdravstvene zaštite. Ukoliko je taj odnos iz bilo kojeg razloga narušen automatski je narušena i sigurnost pacijenta. Primjerice, ukoliko liječnik obiteljske medicine mora prijaviti promjenu zdravstvenog stanja vozača ili vlasnika oružja time narušava odnos povjerenja, a sigurnost pacijenta je narušena. Izgradnja povjerljivog odnosa između pacijenta, njegove obitelji i liječnika obiteljske medicine jedan je od ključnih čimbenika sigurnosti pacijenta te zdravstvena administracija to ne smije smetnuti s uma kad obiteljskoj medicini nameće razne obveze koje narušavaju taj povjerljivi odnos.

Prosječan radni dan liječnika obiteljske medicine (LOM-a) u Hrvatskoj uključuje 80 – 120 kontakata dnevno što je dvostruko, pa i trostruko više

od prosjeka u Europske unije (EU) u kojoj maksimalni kontakt liječničkog tima iznosi 40 pacijenata dnevno. Ako to preračunamo u minute posvećene pacijentu dolazimo do toga da konzultacija s pacijentom traje 3 - 5 minuta. Jedno je sigurno, imate li toliko malo vremena za pacijenta negdje će se dogoditi pogreška i narušiti sigurnost pacijenta. Uz sve to, ne zaboravimo i na brojne kontrole bolovanja i propisanih lijekova od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) koje troše naše dragocjeno vrijeme, čine nas za vrijeme kontrola nedostupnima za naše pacijente i ne pridonose sigurnosti pacijenta. Izdavanje brojnih potvrda, ispunjavanje raznih obrazaca za pacijente, uloga pozivnih središta za organiziranje cijepljenja protiv COVID-19 samo su još neki od primjera administrativne opterećenosti LOM-a, a na uštrb kvalitete pružene zdravstvene zaštite.

Kretanje pacijenata između različitih dijelova zdravstvenog sustava u tijeku obrade i liječenja čini ljude ranjivima i otvara mogućnost narušene sigurnosti pacijenta. Upravo primarna zdravstvena zaštita, odnosno liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u koordinaciji tog kretanja pacijenta kroz zdravstveni sustav, u nadzoru nad planom liječenja i praćenja kao i u provedbi specifičnih pristupa liječenja, poput primjerice palijativne skrbi. Liječnik obiteljske medicine je taj koji na sebe preuzima ulogu čuvara pacijenta i prati promjenu zdravstvenog stanja, prati tijek liječenja i bilježi sve promjene, od dijagnoze do terapije, odnosno nadzire cjelokupni postupak zdravstvene skrbi za pacijenta. Gledajući sve navedene razloge razvidno je koliko je važna obiteljska medicina u pružanju sigurne i učinkovite zdravstvene zaštite u kojoj je sigurnost pacijenta na visokoj razini. Kako to postići? Osvještavanjem zdravstvene administracije, javnosti, pacijenata, ali i liječnika i medicinskih sestara/tehničara u našim timovima o važnosti sigurnosti pacijenta, provođenjem edukacija o navedenom, opterećivanjem liječnika od zadataka koji nemaju veze s medicinom već su administrativne naravi i troše vrijeme liječnika namijenjeno sigurnoj skrbi za pacijenta. Ujedno, promoviranjem važnosti obiteljske medicine za zdravlje pojedinca, ali i zdravlje društva u cjelini, **njegovanjem kulture zdravlja, a ne kulture bolesti, većim uključivanjem pacijenta i njegove obitelji u odlučivanje o liječenju, ali i većim preuzimanjem odgovornosti pacijenta za vlastito zdravlje.** I na kraju, ali ne manje važno, siguran liječnik temelj je sigurne zdravstvene zaštite. Iscrpljeni, bolesni, preopterećeni liječnici obiteljske medicine koji su administratori čitavog zdravstvenog sustava i umjesto na pacijenta vrijeme troše na npr. brojanje kilometara prije izdavanja putnog naloga ne

moгу pružiti sigurnu zdravstvenu zaštitu. Ulaganjem u edukaciju liječnika kao i u uvjete rada obiteljskog liječnika povećava se sigurnost rada liječnika te time smanjuje mogućnost pogreške, a sigurnost pacijenta je veća.

Primarna zdravstvena zaštita, odnosno obiteljska medicina, temelj je svakog učinkovitog i racionalnog zdravstvenog sustava, a upravo ta pozicija zahtijeva od obiteljske medicine visoki standard pružene skrbi, uključujući i brigu o sigurnosti pacijenta. Jaka i sigurna obiteljska medicina mora biti prioritet svake zdravstvene administracije kojoj je stalo kako do pacijenata tako i do samih liječnika, cjelokupnog zdravstvenog sustava te u konačnici financijskog aspekta zdravstvene zaštite. Mi, liječnici obiteljske medicine, najbolje znamo kako sigurnost nas samih i osigurani uvjeti za siguran rad s našim pacijentima poboljšavaju zdravlje pojedinca, cjelokupne zajednice i društva. Dozvolite nam da naš posao radimo na siguran način, a sve u svrhu dobiti za pacijente.

10th Europaediatrics
Zagreb, Croatia
7 - 9 October 2021

Kongres European Paediatric Association EPA/ UNEPSA
u suradnji s European Confederation of Primary Care
Paediatricians ECPCP

14. Kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva
13. Kongres Pedijatrijskog društva Hrvatske udruge
medicinskih sestara

WESTIN ZAGREB, HOTEL
7. - 9.10.2021.

HYBRID
EVENT

www.europaediatrics2021.org

Prof. Branimir Anić

PROČELNIK NAJVEĆE KATEDRE

Razgovarala Lada Zibar

Prof. dr. sc. Branimir Anić, dr. med., odgovara na pitanja kao pročelnik Katedre za internu medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Najveće katedre.

➤ **Kao pročelnika najveće katedre u državi molim Vas da našim čitateljima objasnite značenje te sintagme „najveća katedra“?**

Katedra za internu medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu jest najveća katedra toga fakulteta. Katedra ima preko 130 članova, od kojih je 86 u kumulativnom radnom odnosu - od njih je 69 u znanstveno-nastavnom zvanju (dakle, od docenta naviše), a 17 je u suradničkom zvanju. Ostali kolege koji su članovi Katedre naslovni su nastavnici. Brojem nastavnika ova je Katedra veća od nekih fakulteta našega Sveučilišta, a vrlo vjerojatno i od nekih sveučilišta u državi.

Katedra fizički ima ukupno devet radilišta. U svim zagrebačkim bolnicama postoji klinika za unutarnje bolesti MeF SuZ, a idući od istoka prema zapadu grada to su: Klinika za unutarnje bolesti KB-a Dubrava, tri u KBC-u Zagreb - Klinika za plućne bolesti Jordanovac KBCZg, Klinika za unutarnje bolesti KBCZg i Klinika za bolesti srca i krvnih žila KBCZg, dvije u KB-u Merkur - Klinika za unutarnje bolesti KBM-a i Klinika Vuk Vrhovac, dvije u KBC-u Sestre milosrdnice - Klinika za unutarnje bolesti KBCSM i Klinika za bolesti srca i krvnih žila KBCSM te jedna u KB-u Sveti Duh. Uža uprava Katedre, tzv. koordinacija Katedre, jest tijelo kojim se nastoji prebroditi teškoće njezine multilokularnosti, a sastoji se od svih voditelja radilišta te pročelnika, zamjenika i tajnika Katedre - dakle, ima 12 članova.

Katedra organizira i provodi dva obvezna kolegija u okviru integriranog studija medicine - Kliničku propedeutiku na 3. godini studija i Internu medicinu na 4. godini studija. Ilustracije radi, u sklopu nastave propedeutike u „normalnim“ okolnostima istodobno se izvodi u nastava u 75 vježbovničkih skupina, a smanjivanjem broja studenata u skupinama zbog epidemije sada imamo malo više od 100 vježbovničkih skupina. Paralelno s nastavom na 3. godini, izvodi se turnusna nastava

iz interne medicine na 4. godini studija, što uključuje dodatnih 70-ak vježbovničkih skupina. Turnusna nastava izvodi se s 2 puta po 12 tjedana, a nastava iz propedeutike tijekom cijele akademske godine. U svim nastavnim bazama potrebno je izvesti program iz svih područja interne medicine. Sve ovo govori da je organizacija nastave i u „normalnim“ okolnostima velik izazov. Posljednjih smo godina uveli neke nove sadržaje, a promijenili smo i poprilično anakronično nastavu kliničke propedeutike. Sadržaj praktičnih vježbi teško je promijeniti, a neposredno izvođenje vježbi ovisi ne samo o našem planu nego i o nizu izvanjskih okolnosti (primjerice ima li na odjelu bolesnika uz koje se može odraditi određena cjelina prema planu). Ne spominjući poslijediplomsku nastavu, izborne kolegije i module, mislim da navedene i provjerljive činjenice dovoljno odražavaju složenost organizacije naše katedre.

➤ **Studij medicine, kurikularna reforma, vrtoglav rast stručnih i znanstvenih spoznaja, pandemija pa još i potres, čine organizaciju rada Vaše katedre iznimno izazovnom. Kako ste odgovorili na tu količinu zahtjeva za prilagodbom?**

Posljednjih godina uglavnom smo uspješno organizirali i proveli nastavu, i to prvenstveno zahvaljujući iznimnim naporima tajnice Katedre izv. prof. Tine Dušek i mlađih kolega. Drago mi je da ste spomenuli potres. Nakon što smo nastavu koliko-toliko uspjeli prilagoditi epidemijskim uvjetima, potres je dodatno zakomplicirao situaciju jer smo ostali bez nekih radilišta. Primjerice, KB Dubrava je pretvorena u COVID-bolnicu, a zbog potresa je kapacitet najvećega radilišta KBC-a Zagreb značajno smanjen zbog preseljenja nekih stradalih klinika sa Šalate na Rebro. Iako bismo s postojećim brojem nastavnika mogli organizirati nastavu, sada je zbog prostornih ograničenja nastava na rubu izvedivosti. Naime, ograničen je broj studenata koji istodobno mogu biti na pojedinom odjelu. Osim toga značajan dio nastavnika (osobito suradnici) imao je promjenjiv raspored, što je dodatno kompliciralo organizaciju i zahtijevalo svakodnevne prilagodbe rasporeda i inovizaciju.

Ovdje moram naglasiti da je u ovim pandemijskim uvjetima internistička struka podnijela najveći teret zbrinjavanja bolesnika u bolničkom dijelu sustava, a u mnogim dijelovima sustava praktično je zaustavljen elektivni internistički specijalistički pogon, što će sigurno imati posljedice.

Probleme s organizacijom nastave nastojali smo riješiti prebacivanjem svih predavanja na platformu LMS (u dvije verzije), a seminari se održavaju isključivo virtualno. Vježbe smo organizirali u dva oblika - klasično „uživo“ za skupine od dva studenta, te online za skupine od 10-ak studenata. Posebno smo organizirali webinare koje je provodilo po 2 - 3 nastavnika. Ovaj je oblik nastave naišao na iznimno dobar prijam. Pri izboru nastavnika pokušali smo angažirati mlađe nastavnike/suradnike koji su lakše prihvatili izazove s primjenom tehnologije. No, prema našoj internoj anketi (koja je globalno pokazala visok stupanj zadovoljstva izvedenom nastavom) svima nedostaje klasična vježbovna nastava „uživo“ uz bolesnički krevet.

➤ **Je li Katedra popunjena, ima li dostatno kadra svih generacija, jesu li se svi snašli u ovom novom ne baš normalnom vremenu?**

Katedra je uglavnom dobro popunjena. Kad sam preuzeo Katedru, dobna struktura nastavnika imala je oblik obrnute piramide i kroz proteklih desetak godina provedena je značajna kadrovska obnova i pomlađivanje. Zbog nemogućnosti zapošljavanja dovoljnog broja nastavnika, angažirano je pedesetak naslovnih nastavnika/suradnika. Ne smije se smetnuti s uma da Katedra za internu medicinu MeF SuZ organizira i izravno provodi nastavu za sve poslijediplomske specijalističke studije sa zajedničkim internističkim deblom (opća interna, kardiologija, pulmologija, gastroenterologija, nefrologija, hematologija, reumatologija, klinička imunologija i endokrinologija).

Na drugi dio pitanja djelomično sam odgovorio. Nisu se svi nastavnici jednako dobro snašli. Problemu snalaženja u mogućno-

stima koje komunikacijska tehnologija pruža nastojali smo doskočiti angažiranjem većeg broja mlađih nastavnika. Potrebno je istaknuti da je Medicinski fakultet usprkos katastrofalnoj devastaciji i stradavanju infrastrukture zbog potresa uspio prilagoditi (čitaj povećati) kapacitete za provođenje mrežne nastave.

➤ **Interna je kraljica medicine. Ona je ta koja nas nauči saslušati i pregledati bolesnika u njegovoj cijelosti. Je li poučavanje o tome bilo dostatno u pandemijskoj godini?**

Interna je bila i jest kraljica medicine, no ona nije cijela medicina. Što se dostatnosti poučavanja tiče, odgovor je vrlo kratak – nije. Poučavanje je nedostavno usprkos našim silnim naporima, osobito u praktičnom dijelu. Praktičnu nastavu iz propedeutike (onaj zanatski dio medicine) ne može se zamijeniti nikakvim surogatom. Ništa ne može zamijeniti izravan kontakt i susret s bolesnim čovjekom. Usprkos činjenici da je nastava formalno provedena u cjelokupnom opsegu te da su se nastavnici i studenti maksimalno potrudili iskoristiti mogućnosti - sveukupno ostaje gorakokus činjenice da „to nije to“. Nadam se da će cijepljenje studenata, nastavnika/suradnika i ostalog zdravstvenog osoblja, a konačno i opće populacije (tj. potencijalnih bolesnika), olakšati budući rad i približiti ga „starom“ normalnom.

➤ **Specijalistički programi danas rjeđe „proizvedu“ općeg internista a češće odmah onoga koji je prethodno mogao biti samo subspecijalist. Je li današnja organizacija nastave iz interne medicine u skladu s tim anakronična ili to još nije sasvim jasno?**

Ako pod pojmom anakronično mislite na to je li potrebno imati kolegij koji se zove interna medicina, onda je moj odgovor da to nije anakronično. Mislim da je u okviru diplomskog studija medicine potrebno imati jedinstven kolegij iz interne medicine. Pokušaj s vertikalnom organizacijom/integracijom kolegija prema organima i organskim sustavima čisti su eksperimenti i ne odgovaraju biti medicine. Bit je liječenje cijelog čovjeka, s njegovim problemima, odnosno integriranje pojedinoga zdravstvenog problema u cjelinu pojedinca.

➤ **Udžbeničko znanje ostaje u sjeni smjernica, algoritama, terapijskih linija, UpToDate-a, najnovijih studija i sličnoga štiva. Jesu li materijali za učenje završeni u posljednje vrijeme, u skladu s navedenim suvremenim pristupom znanju?**

Činjenično školsko znanje još uvijek se uči iz udžbenika koji su prilagođeni pedagoškim potrebama. Učenje iz smjernica, algoritama ili spo-



menutog e-izvora može biti samo nadopuna osnovnog teorijskog i individualno stečenoga praktičnog znanja. U okviru Katedre u pripremi je prijevod Davidsonovog udžbenika interne. Pandemijska nas je malo usporila, no mislim da ćemo u suradnji s nakladnikom uspjeti pripremiti prijevod za novu generaciju studenata. Zbog anakroničnosti postojećeg udžbenika nastojali smo u okviru seminara/webinara i predavanja pružiti bitne suvremene informacije.

➤ **Koliko se razlikuje student koji danas položi ispit iz interne medicine na zagrebačkom MEF-u od Vas naprimjer kad ste bili u tom trenutku studija?**

U bivšem sustavu bi političari na Vaše pitanje odgovorili: „Ne slažem se s pitanjem“. Naime, mislim da bi trebalo odgovoriti na to razlikuju li se studenti koji završe studij medicine u odnosu na moje studentsko vrijeme. Odgovor je da se nesumnjivo razlikuju, a pobliže objašnjenje koliko god da je očito, trajalo bi predugo. No, čini mi se da niti jedan od naših fakulteta nije shvatio da se više ne obrazuje i odgaja liječnik opće medicine (kao što je to bilo za vrijeme mog studija) nego da fakulteti zapravo pripremaju svoje studente za buduće specijalizacije.

Što se pak tiče mog ispita iz interne medicine za vrijeme studija, mogu samo reći da je trajao četiri sata i 25 minuta, da je bio dulji nego moj specijalistički ispit te da sam tada kao prvi student (i dugo vremena jedini) kod tog ispitivača dobio izvrstan.

➤ **U okviru nastave iz interne medicine ostvarujete li i suradnju sa studentima u znanstveno-istraživačkom radu? Mislite li da bi svaki student u tome trebao sudjelovati radi treninga načina**

razmišljanja i kritičkog pristupa kliničkom problemu?

Do sada sam bio mentor znatnom broju studenata, što u okviru izrade diplomskog rada, što prilikom rada na nekom istraživačkom zadatku u okviru znanstvenoga rada u Zavodu u kojem radim. Kao urednik Liječničkog vjesnika godinama surađujem sa studentima u organizaciji studentskih kongresa, odnosno u publiciranju njihovih radova. Mislim da bi se svaki student trebao okušati u znanstvenom radu, no ne mislim da bi to trebala biti obveza. *Evidence based medicine* je nezaobilazan i opravdan pristup, no u medicini vrlo često zbrajanje dva ista broja ne daje isti rezultat (očito je da još puno toga ne znamo).

➤ **Način fizičkog pristupa pacijentu uz aktualne epidemiološke mjere mijenja etičku paradigmatičnost - distanciranosti - otuđenosti. Možemo li primjereno podučavati studenta u ovim uvjetima njegujući altruističnu etičnost ili će ovo vrijeme ostaviti devijacije u odgoju studenata u tom pogledu?**

Uvjeren sam da je moguće primjereno podučavanje, treba samo malo vremena za prilagodbu, kako mentalnu tako i infrastrukturnu. Aktualne teškoće smatram privremenima, koje ćemo svi zajedno prevladati. Privremena promjena u načinu rada i prilagodba novonastalim uvjetima ne smiju promijeniti osnovne paradigme rada liječnika i definiranja liječništva kao profesije i poziva.

branimir.anic@mef.hr

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

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima. Rješavate li svoje stambene potrebe kupnjom, izgradnjom ili adaptacijom nekretnine ili želite refinancirati postojeći stambeni kredit, financijsku podršku pronađite u **PBZ stambenim kreditima u kunama ili eurima**.

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

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

PBZ STAMBENI KREDITI S FIKSNOM KAMATNOM STOPOM U HRK UZ ZALOG NEKRETNINE I STATUS KLIJENTA:

- od 5 do 10 godina: od 2,00% (EKS od 2,29%)*
- preko 10 do 15 godina: od 2,05% (EKS od 2,31%)*

PBZ STAMBENI KREDITI S FIKSNOM KAMATNOM STOPOM U EUR UZ ZALOG NEKRETNINE I STATUS KLIJENTA:

- od 5 do 10 godina: od 2,00% (EKS od 2,29%)*
- preko 10 do 15 godina: od 2,05% (EKS od 2,32%)*

* EKS je izračunat za iznos kredita 525.000,00 HRK/70.000,00 EUR i rok otplate 10 ili 15 godina, uz trošak godišnje premije police osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK/27,44 EUR te godišnje premije police osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK/61,74 EUR. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

Iskazane su fiksne kamatne stope za kredite uz zalog nekretnine u visini do 80% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine.

Fiksne kamatne stope za kredite u HRK u visini do 90 - 100% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine iznose od 2,10% do 2,15% ovisno o roku otplate.

Prethodno navedene fiksne kamatne stope mogu se dodatno uvećati za 0,10 p.p. ovisno o procjeni kreditnog rizika klijenta sukladno Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Vrsta kamatne stope isključivo ovisi o izboru klijenta.



REPREZENTATIVNI PRIMJERI UKUPNIH TROŠKOVA

PBZ STAMBENI KREDITI U HRK UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJIVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za HRK)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (15 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA RAZDOBLJE OD 10 GODINA I PROMJENJIVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za HRK)	
	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Status klijenta ¹	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	HRK					
Traženi iznos kredita	525.000,00 HRK					
Rok otplate	20 godina		15 godina		10 godina fiksna kamatna stopa + 10 godina promjenjiva kamatna stopa	
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	nema naknade za obradu kreditnog zahtjeva					
Fiksna kamatna stopa	-	-	2,35%	2,05%	2,30%	2,00%
Promjenjiva kamatna stopa ²	2,55%	2,25%	-	-	2,55%	2,25%
Efektivna kamatna stopa ³	2,84%	2,54%	2,61%	2,31%	2,65%	2,35%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	146.866,46 HRK	128.423,13 HRK	99.924,24 HRK	86.511,27 HRK	135.457,15 HRK	117.180,74 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	3.463,69 HRK	3.390,52 HRK	2.731,12 HRK	2.655,89 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	2.794,80 HRK	2.718,49 HRK	-	-	2.764,30 HRK	2.688,33 HRK
Ukupan iznos za otplatu ⁴	687.207,26 HRK	668.763,93 HRK	634.809,84 HRK	621.396,87 HRK	675.797,95 HRK	657.521,54 HRK

PBZ STAMBENI KREDITI U EUR UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJIVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (15 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA RAZDOBLJE OD 10 GODINA I PROMJENJIVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR)	
	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Status klijenta ¹	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	EUR					
Traženi iznos kredita	70.000,00 EUR					
Rok otplate	20 godina		15 godina		10 godina fiksna kamatna stopa + 10 godina promjenjiva kamatna stopa	
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	nema naknade za obradu kreditnog zahtjeva					
Fiksna kamatna stopa	-	-	2,35%	2,05%	2,30%	2,00%
Promjenjiva kamatna stopa ²	2,59%	2,29%	-	-	2,59%	2,29%
Efektivna kamatna stopa ³	2,89%	2,58%	2,62%	2,32%	2,66%	2,36%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	19.913,12 EUR	17.448,70 EUR	13.265,63 EUR	11.492,14 EUR	18.146,30 EUR	15.707,48 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	461,83 EUR	452,07 EUR	364,15 EUR	354,12 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	374,01 EUR	363,81 EUR	-	-	369,28 EUR	359,14 EUR
Ukupan iznos za otplatu ⁴	91.984,72 EUR	89.520,30 EUR	84.603,33 EUR	82.829,84 EUR	90.215,50 EUR	87.776,68 EUR

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

²Promjenjiva kamatna stopa definira se kao broj fiksnog dijela u visini 2,38 p.p. i 6M NRS1 za HRK, odnosno 2,45 p.p. i 6M NRS1 za EUR, koja je za kredite uz status klijenta umanjena za 0,30 p.p.

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

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

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

#UVIJEKZAJEDNO

 PRIVREDNA BANKA ZAGREB



www.pbz.hr

Bank of INTESA  SANPAOLO

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

ZDRAVSTVO U VUKOVARSKO-SRIJEMSKOJ ŽUPANIJI



Pripremio: **DOMAGOJ MARINIĆ, dr. med.**

Predsjednik Povjerenstva Vukovarsko-srijemske županije HLK-a

Poštovane kolegice i kolege, lijep pozdrav iz naše najistočnije županije!

Vukovarsko-srijemska županija smještena je na krajnjem sjeveroistoku Hrvatske, između Dunava i Save. Zauzima dijelove povijesnih pokrajina istočne Slavonije i zapadnog Srijema. Najstarije je naseljeno područje Europe. Od rimskih vremena, ovdje je granica između Zapada i Istoka, zbog čega je kroz stoljeća bilo mjesto vojnih sukoba. U vrijeme Vojne granice područje nije imalo samo vojno i političko značenje, nego je bilo i sanitarni kordon koji je štitio Europu od prodora kuge iz Osmanskog carstva. Upravo zbog vojnih potreba, još krajem 18. stoljeća, car Josip II. predložio je osnivanje bolnice u Vinkovcima. Iako je do realizacije ideje prošlo još gotovo 50 godina, vinkovačka bolnica druga je najstarija bolnica na području današnje Hrvatske. Povijest stradanja i posljedno značenja bolnice ponovila se i u Domovinskom ratu.

Kroz županiju prolaze važni i međunarodni kopneni (cestovni i željeznički) i riječni pravci (Dunav i Sava), a posljednjih godina nalazi se i na migrantskoj ruti.

Po popisu stanovništva iz 2011. godine županija ima 179 521 stanovnika, a prema Državnom zavodu za statistiku 2015. g. 167 721. (2001. imala je 204 768 stanovnika).

Zdravstvene ustanove koje djeluju u našoj županiji su:

1. **OŽB Vinkovci**
2. **Nacionalna memorijalna bolnica Vukovar**
3. **Dom zdravlja Vinkovci**
4. **Dom zdravlja Vukovar**
5. **Dom zdravlja Županja**
6. **Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije**
7. **Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije**

U županiji radi oko 500 liječnika koji pružaju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. U posljednje vrijeme sve je izraženiji nedostatak liječnika, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Za brojne raspisane specijalizacije malo je zainteresiranih mladih kolega.

Problem cijele države, a osobito na krajnjem istoku odlazak je mlađeg, radno sposobnog stanovništva koje je u generativnoj dobi. Rađa se sve manje djece, a stari i nemoćni (i nerijetko sami) mahom žive u mjestima udaljenima od gradskih središta te im je sve teže osigurati potrebnu prikladnu zdravstvenu zaštitu.

Teško je promijeniti globalna društvena kretanja, ali nama ostaje zadatak svojim radom i primjerom motivirati mlade liječnike da ostanu živjeti i raditi u našoj sredini...

Dr. sc. Marija Jurković, dr. med.

Domagoj Marinić, dr. med.



Kratka povijest vinkovačke bolnice

Liječenje ljudi na ovom prostoru odvija se više od 8000 godina, odnosno koliko postoje materijalni tragovi kontinuiranog života u Vinkovcima, najstarijem europskom gradu.

Originalni sačuvani dokument potvrđuje kako je vinkovačka bolnica počela s radom 8. rujna 1831. godine, a neprekidno je radila čak i u vremenima Prvog i Drugog svjetskog rata, a i za vrijeme Domovinskog rata.

U Vinkovcima je 2. listopada 1836. rođen Karl Heitzman, svjetski poznati liječnik i znanstvenik, koji je 1878. godine otkrio hematoblast, a 1890. godine izašlo je prvo izdanje njegovog Anatomskeg atlasa s kojim je doživio svjetsku slavu i koji je tiskan u 9 izdanja. Autor farmakognoskog dijela prve hrvatske farmakopeje i utemeljitelj Katedre za farmakognosiju na Farmaceutskom fakultetu u Zagrebu Julije Domac također je rođen u Vinkovcima 1853. godine. Najviša godišnja nagrada

Hrvatskog farmaceutskog društva nosi njegovo ime. Prvi predsjednik Svjetske zdravstvene organizacije Andrija Štampar (rođen u Brodskom Drenovcu) proveo je osam godina gimnazijskog školovanja u Vinkovcima.

Tijekom Domovinskog rata, na samo 300 metara od crte bojišnice, oslanjajući se isključivo na vlastiti kadar (koji je radio i živio neprekidno u bolnici 24 sata od 14. rujna 1991. do 15. svibnja 1992. godine) u bolnici je zbrinuto 2406 evidentiranih ranjenika i 319 ubijenih (35 % od tog broja su bili civili).

Bolnica se tijekom godina kontinuirano razvijala te su iz nje nastali Dom zdravlja Vinkovci, Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije i Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije.

Danas bolnica zapošljava 111 liječnika subspecijalista i specijalista (od tog broja 10 doktora znanosti) i 44 specijalizanata.



Bolnica raspolaže suvremeno uređenim i opremljenim prostorom i spremna je 8. rujna ove godine obilježiti svoj 190. rođendan.

Prvi poslijeratni gradonačelnik Vinkovaca
doc. dr. sc. **DRAŽEN ŠVAGELJ, dr. med.**

OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA VINKOVCI

Bolnica je u Domovinskom ratu pretrpjela užasna ratna razaranja i sigurno je bila jedna od najviše oštećenih bolnica u našoj domovini. Zahvaljujući naporima Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske i županije Vukovarsko-srijemske bolnica je u nekoliko etapa u potpunosti obnovljena tako da danas radi u zadovoljavajućim uvjetima. Današnjica pred nas stavlja nove izazove, silan razvoj moderne medicine praćen informatizacijom, specijalizacijom i užom specijalizacijom, razvojem modernih tehnologija uz daljnju opasnost otuđenja i narušavanja odnosa povjerenja između liječnika i bolesnika doveo je do potrebe stavljanja bolesnika u središte svih procesa zdravstvene skrbi. Starenje populacije i sve veća učestalost kroničnih nezaraznih bolesti u epidemiologiji postupno mijenjaju medicinske prioritete. Sukladno planovima razvoja i projekcijama u kojem smjeru ide razvoj medicinske skrbi, posljednjih nekoliko godina značajna sredstva su uložena u dostupnost jednodnevne kirurgije. U potpunosti je obnovljen odjel za oftalmologiju čime se povećala i dostupnost jednodnevne kirurgije na istom odjelu.

Osim sporazuma o suradnji između Medicinskih fakulteta Osijek i Zagreb, naših stožernih visokoobrazovnih institucija, naša bol-

nica ima potpisane ugovore o poslovnoj suradnji s niz eminentnih znanstvenih ustanova u našoj domovine poput Medicinskim fakultetom u Rijeci, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer Osijek, Prehrambeno-tehnološki fakultet Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer Osijek, Odjel za biologiju Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer Osijek, Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Pravni fakultet u Osijeku, Sveučilište Juraj Dobrila Pula, Zdravstveno Veleučilište Zagreb, Medicinskim školama u Zagrebu i Vinkovcima, Škola za primalje u Zagrebu kao i suradnja sa Sveučilištem u Mostaru samo je još jedan kamenčić u mozaiku uspjeha naše bolnice i jamac daljnjeg još boljeg stručnog i znanstvenog napretka naše ustanove. Bogata povijest naše ustanove stavlja pred nas obvezu da nastavimo raditi na napretku i razvoju medicinske djelatnosti u našoj ustanovi, da sve ono dobro što su nam naši prethodnici ostavili sačuvano, da poboljšamo ono što nije bilo dobro i da od naše bolnice stvorimo učinkovitu, modernu zdravstvenu ustanovu sposobnu da se nosi sa svim izazovima koje ovo vrijeme u kojem živimo kao i budućnost stavlja pred nas.

Dr. sc. **KRUNOSLAV ŠPORČIĆ, dr. med.**

>>

NACIONALNA MEMORIJALNA BOLNICA VUKOVAR

Prva vukovarska bolnica utemeljena je 1857. godine, kada je Vukovar bio središte Vukovarsko-srijemske županije, koja je osnovana 1745. godine, kao najveća od triju slavonskih županija. Kroz svoju povijest prošla je različite teškoće, a posebno za vrijeme agresije na Republiku Hrvatsku 1991. godine. U to vrijeme bolnica je bila u sastavu Medicinskog centra Vukovar, koji je pružao zdravstvenu zaštitu za 85 tisuća stanovnika istočnog dijela naše županije. Bolnica je u to vrijeme imala 12 odjela, 370 postelja i 1050 zaposlenika. Za vrijeme najtežih razaranja grada i same bolnice od srpnja pa do studenoga 1991., sveukupna djelatnost Medicinskog centra Vukovar svela se na Ratnu bolnicu Vukovar i stacionar u Domu zdravlja Ilok, te na civilna skloništa i ratni dio bolnice u sklopu tvornice „Borovo“. U tom razdoblju bolnica je imala svega 350 zaposlenika, od kojih je bilo 54 liječnika, te stalnu ispomoc liječnika dragovoljaca, koji su dekretom ratnog ministra prof. Andrije Hebranga i zapovjednika Glavnog sanitetskog stožera prim. Ive Prodana, dolazili u našu bolnicu na ispomoc. U tim najtežim mjesecima zdravstvenu zaštitu smo pružili za 3500 ranjenika i bolesnika, te skrb za sve u civilnim skloništima grada Vukovara.

Nakon okupacije grada 19. studenoga 1991. pripadnici JNA su došli u bolnicu i mimo nazočnosti Međunarodnog crvenog križa i europskih promatrača, a što je bilo dogovoreno i potpisano u Sporazumu o neutralizaciji bolnice, za 450 ranjenika i bolesnika,

u vlastitom aranžmanu organizirali evakuaciju i to tako da su samo 174 ranjenika i bolesnika propustili 20. i 21. studenoga u slobodni dio Hrvatske, a 250 odveli u zatočeništvo.

1993. godine je identificirana masovna grobnica na Ovčari, u kojoj je pronađeno 200 tijela, od kojih je bilo 120 ranjenika i bolesnika, a ostalo je bilo osoblje bolnice i članovi obitelji zaposlenika. Još uvijek se 54 ranjenika i bolesnika vode kao nestali, a među njima i 5 zaposlenika bolnice. Cjelokupna medicinska dokumentacija iz bolnice je odnesena u Beograd i do danas nije vraćena bolnici, unatoč svim naporima preko Ministarstva vanjskih poslova i Haškog suda.

Nakon okupacije Vukovara, preživjelo osoblje vukovarske bolnice je na temelju odluke Ministarstva zdravstva, raspoređeno u zdravstvene ustanove diljem Republike Hrvatske, a prema mjestu boravka obitelji u progonstvu.

1996. godine, na temelju mirovnog erduskog sporazuma, započeli su pregovori o mirnoj reintegraciji hrvatskog Podunavlja, te smo se 1997. godine prvi put službeno vratili i preuzeli vukovarsku bolnicu, koja je radila u sklopu Zdravstvenog centra „Sveti Sava“, a koji je pružao zdravstvenu zaštitu za oko 25 tisuća stanovnika iz Vukovara i okolice, uključujući sve ambulante primarne zdravstvene zaštite u okupiranom području, osim Baranje, koja je integrirana u Dom zdravlja Beli Manastir.

U Zdravstvenom centru „Sveti Sava“ zatekli smo 1100 zaposlenika različitog profila i tijekom sljedećih godinu dana, zaključno sa 15. siječnja 1998. formirali smo Dom zdravlja Vukovar, Opću bolnicu Vukovar i

Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije, s područnim uredom u Vukovaru. Prema teritorijalnom ustroju mnoge ambulante primarne zdravstvene zaštite s okupiranog područja su reintegrirane u Dom zdravlja Vinkovci i Dom zdravlja Osijek.

Već 1997. je započeo povratak prognanih zdravstvenih djelatnika u još razrušeni grad, tako da su isti redovito dolazili na rad u bolnicu, a bili privremeno smješteni u hotelima u Vukovaru i Vinkovcima ili privatnim smještajima.

1998. godine je započela obnova zdravstvenih objekata i to Dom zdravlja Vukovar i Zdravstvena stanica Ilok, te Opća bolnica Vukovar, u koju je do sada uloženo 234 239 438 kuna i to iz sredstava državnog proračuna, iz kredita Vijeća Europe i Fonda za obnovu i razvoj grada Vukovara.

Ustrojbeno je bolnica organizirana tako da pruža bolničku zdravstvenu zaštitu kroz 12 odjela, te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i djelatnost edukacije o Domovinskom ratu i mirnoj reintegraciji hrvatskog Podunavlja. Zbog ove potrebne djelatnosti i posebne skrbi za hrvatske branitelje i članove njihovih obitelji bolnica je 2014. odlukom Ministarstva zdravlja, proglašena veteranskom bolnicom.

Koncem 2019. godine Hrvatski sabor je donio poseban zakon o prijenosu osnivačkih prava nad Općom županijskom bolnicom Vukovar i bolnicom hrvatskih veterana na Republiku Hrvatsku, te je 14.03.2020. bolnica proglašena Nacionalnom memorijalnom bolnicom Vukovar.

Bolnica danas pruža i dalje bolničku zdravstvenu zaštitu, kako stacionarnu, tako i specijalističko-konzilijarnu svim žiteljima naše županije, ali i za cijelu regiju Slavonije za hrvatske branitelje i članove njihovih obitelji i sve druge stanovnike.

U bolnici danas radi 672 zaposlenika, a od toga 131 liječnik. Od ukupnog broja liječnika, 80 ih je specijalista i subspecijalista.

Nacionalna memorijalna bolnica Vukovar provodi tri značajna projekta, koji će biti tijekom ove godine završeni i to;

1. „Poboljšanje isplativosti i pristupa dnevnim bolnicama i dnevnoj kirurgiji“ – koji sufinancira Europska unija. Vrijednost ovog projekta je 44 548 819,06 kuna.



2. „Projekt prekogranične suradnje u partnerstvu s Institutom za kardiovaskularne bolesti Sremska Kamenica“, kojim projektom se osigurava kvalitetna oprema za potrebe kardiologije. Vrijednost projekta je 3 648 236,78 kuna.
3. Projekt prekogranične suradnje u kojem je Nacionalna memorijalna bolnica Vukovar partner Kliničkoj bolnici „Dubrava“ u Zagrebu, a projekt se odnosi na kontinuirano praćenje neuroloških pacijenata s epilepsijom, u kojem je partner Republika Crna Gora.

Kroz ove projekte NMB Vukovar pružat će kvalitetniju zdravstvenu zaštitu svim našim pacijentima, a, što je značajno, i edukaciju cjelokupnom stanovništvu, a posebno ranjivim skupinama i članovima njihovih obitelji.

Tijekom 2020. i 2021. godine, za vrijeme pandemije COVID-19, NMB Vukovar je organizirana tako da pruža i bolničku zdravstvenu zaštitu, intenzivno liječenje i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu oboljelima od COVID-19. Također od 28. prosinca 2020. provodimo kontinuirano cijepljenje svih svojih zaposlenika i pacijenata, tako da su do sada ukupno cijepljene 554 osobe /jednom dozom/, a 457 osobe /s dvije doze cjepiva/. Do sada je stacionarno u našoj bolnici liječeno 455 oboljelih od COVID-19.

U pripremi također imamo razvojne projekte; „Projekt energetske učinkovitosti“ i „Projekt edukacije zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika“, tako da vjerujemo da će u budućnosti NMB Vukovar, uz potporu Ministarstva zdravstva i Ministarstva hrvatskih branitelja, biti primjer dobro organiziranoj bolnici, koja pruža bolničku, specijalističko-konzilijarnu i edukativnu djelatnost stanovnicima, kako naše županije, tako i cijele regije Slavonija.

Mr. sc. VESNA BOSANAC, dr. med.



DOMINIĆ ROMIĆ, dr. med.

Zašto sam odabrao NMB Vukovar za mjesto specijalizacije iz kliničke radiologije

Nakon završetka studija na Medicinskom fakultetu u Osijeku, odabir specijalizacije te ustanove koja će mi omogućiti daljnju edukaciju, a ujedno i radno mjesto, čini važan iskorak mladih liječnika u kreiranju vlastitog životnog puta.

Poučen iskustvom i svijesti da velik broj liječnika napušta Lijepu Našu, a pogotovo istočnu Hrvatsku, odlučio sam tijekom studija sa svojim kolegama sudjelovati u organizaciji prvog međunarodnog kongresa studenata i mladih liječnika na području istočne Hrvatske. Na taj način smo htjeli osvijestiti javnost i omogućiti studentima našeg kraja kvalitetnije uvjete obrazovanja i stalan izvor najrecentnijih saznanja u području biomedicinskih znanosti. Tim činom, pokušali smo vratiti fokus na istočne krajeve i omogućiti svima jednak pristup informacijama i znanju, neovisno o socioekonomskom statusu studenata.

Kao mladi liječnik i novopečeni specijalizant kliničke radiologije, normalno je težiti što uspješnijoj karijeri koju nerijetko očekujemo ostvariti izvan granica Hrvatske. Potaknut svojim uvjerenjima i željom za unaprjeđenjem zdravstvene zajednice, logična je bila odluka zaposliti

se u svom matičnom kraju. Želeći doprinijeti zdravstvenoj skrbi istočne Hrvatske, odlučio sam se prijaviti na natječaj za specijalizaciju iz Kliničke radiologije, koju je u tom vremenskom razdoblju nudila NMB Vukovar.

NMB Vukovar je mala bolnica velikoga značaja i pijeteta, a bogate povijesne baštine, koja iz godine u godinu napreduje u svim aspektima zdravstvene skrbi.

Radom, trudom i predanošću cjelokupnog kadra NMB-a Vukovar te involviranošću svih žitelja ovog kraja, utjecalo se na oblikovanje kvalitetne i pozitivne radne atmosfere, stvarajući zdrav odnos cjelokupnog kolektiva koji je temelj za daljnji prosperitet i razvoj ustanove. Takav sustav, međusobnog poštivanja i razumijevanja, danas je važan čimbenik koji značajno pridonosi u odlučivanju daljnjeg životnog puta i tijeka specijalizacije mladih liječnika.

Odjel za kliničku radiologiju u NMB-u Vukovar dobar je primjer prethodno navedenih obilježja. Kreirajući izvrstan tim iskusnih liječnika i stručnjaka, koji iz godine u godinu značajno širi repertoar dijagnostičkih pretraga, usavršavajući se na brojnim znanstvenim i stručnim skupovima, stvara se perspektivna radna okolina i dobri uvjeti za rad i znanstveno - stručni razvoj mladih liječnika.

Upravo ovakve, male bolnice, koje teže stalnom unaprjeđivanju ključne su za rad preostalih krovnih, matičnih središta. Valjanom sinergijom i pravilnom raspodjelom zdravstvenog kadra u Hrvatskoj te prikladnom decentralizacijom sustava možemo stvoriti bolje rade uvjete, ali i ujednačeniju, rasprostranjeniju i svima dostupniju zdravstvenu skrb u Hrvatskoj.

Na kraju treba istaknuti važnost razvijanja bolnica u krajevima nešto nižeg socioekonomskog standarda, stvarati tim stručnjaka, poticati liječnike u znanstveno-stručnom razvoju te im omogućiti jednake radne uvjete i odgovarajuća radna mjesta kako bi smanjili negativan trend gubitka liječničkog kadra i naposljetku podignuli kakvoću zdravstvenog sustava Hrvatske.



IVANA KORDIĆ, dr. med.

Specijalizantica sam anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine za Opću županijsku bolnicu Vinkovci. Nakon završenog studija medicine na Medicinskom fakultetu u Osijeku i odrađenog pripravničkog staža odlučila sam se na rad u izvanbolničkoj hitnoj službi. Prvi dani samostalnog rada nakon kratkog nadzora pomogli su mi da shvatim važnost i odgovornost našeg poziva i potvrdim svoju ljubav prema medicini i želji za primjenom novih znanja. Kao i svaki mladi liječnik i ja sam na početku imala na stotine neodgovorenih pitanja i nepreglednih situacija ispred sebe. Mislim da ih sada imam na tisuće. Smatram da je rad u hitnoj službi vrlo koristan za mlade liječnike i svakako bih ga preporučila kolegama. Nakon oko dvije godine rada u izvanbolničkoj

hitnoj i dežurstava na objedinjenom hitnom prijemu odlučila sam se za specijalizaciju iz anestezije u gradu u kojem sam odrasla. Odabrana specijalizacija svjeda mi se zbog toga što je konkretna i rezultati se vide u vrlo kratkom vremenu te zadire u gotovo sva područja medicine. Zbog toga je i izuzetno zahtjevna i nepredvidiva te traži puno timskog rada, uloženog napora i odricanja koje vidim svakodnevno kod kolega koji mi pomažu učiti i otkrivati tajne naše struke i na tome sam im zahvalna. **Mislim da rad i boravak u manjim sredinama uz svoje nedostatke ima i dosta prednosti a da će mlađe kolege koji su zainteresirani za specijalizacije izvan glavnih bolnica ipak trebati dodatno poticati izvedivim i realnim mjerama.**

Zovem se Ivon Matić, vjerujem da sam jedini liječnik takvog imena. Nakon završetka fakulteta medicine u Osijeku 2015. godine te nakon staža svoj prvi korak samostalnog rada započeo sam u ordinaciji obiteljske medicine u Gunji. Tada je još bila aktualna obnova nakon poplave iz 2014. godine te sam imao prilike podići rad u ordinaciji na višu razinu. Gunja, koja je dio Cvelferije (austrougarski naziv za 12. oblast duž rijeke Save) čini se ponekad kao izolirano te udaljeno mjesto od prvog većeg medicinskog središta – bolnice u Vinkovcima. S obzirom na socioekonomska te demografska obilježja lokalnog stanovništva, ali i svoj entuzijazam, 2016. godine uveo sam dijagnostičke usluge kao što su kontinuirano mjerenje arterijskog tlaka (KMAT), mali kirurški zahvati te spirometrija u svakodnevni rad ordinacije. To je ujedno i bila prva ordinacija obiteljske medicine Doma zdravlja Županija koja je uopće imala takvu dijagnostičku opremu. Krajem 2017. godine, započeo sam specijalizaciju iz obiteljske medicine za Dom zdravlja Županija, financiranu europskim projektom za revitalizaciju ruralnih krajeva. Povratkom u svoju ordinaciju nakon završetka specijalizacije želja mi je također pružiti pacijentima uslugu obavljanja ultrazvučnog pregleda te osposobiti ordinaciju prema standardima moderne obiteljske medicine. Rad liječnika u ruralnim sredinama svakako predstavlja izazov i testira njegovo znanje. Obiteljska medicina je raznolika i lijepa struka, što je i razlog zašto sam se opredijelio za upravo tu specijalizaciju. Smatram da liječnik obiteljske

medicine mora predstavljati okosnicu zdravstvenog sustava te stoga treba biti izniman u svome radu i djelovanju. Tijekom 2020. godine, kako je pandemija novog koronavirusa uzimala zamaha, organizirao sam COVID službu Doma zdravlja Županija, čiji sam voditelj bio do kraja 2020. godine. Vrijedno je spomenuti da COVID služba u Županiji ima jedinu funkcionalnu *drive in* uslugu testiranja u istočnom dijelu Hrvatske. Također, uveo sam online naručivanje za testiranje te omogućio automatsko telefonsko javljanje rezultata testiranih osoba, što je u konačnici rasteretilo liječnike obiteljske medicine. Prednosti ovakvog modela rada prepoznale su i preuzele druge zdravstvene ustanove Vukovarsko – srijemske županije (Dom zdravlja Vinkovci i Zavod za javno zdravstvo). Premda su ovo teška vremena, ali i izazovna za liječničku struku, nadam se skorom okončanju pandemije ovoga koronavirusa te vraćanja života u normalnije okvire.



IVON MATIĆ, dr. med.

Sa stručnog skupa o novostima u liječenju osteoartritisa:

NE ZANEMARUJTE BOLOVE U ZGLOBOVIMA!

Osteoartritis može dovesti do invaliditeta, a presudno je liječenje započeti u ranoj fazi bolesti

- Bolovi u zglobovima uzrokovani osteoartritisom dramatično narušavaju kvalitetu života u starijoj dobi.
- Liječenje osteoartritisa je znatno uspješnije ako se bolest dijagnosticira i počne liječiti u ranoj fazi – na vrijeme!
- Čak polovica osoba starijih od 55 godina pati od osteoartritisa, a bolesnici u prosjeku provedu i do 20 godina života s ovom kroničnom bolešću koju karakteriziraju bolovi, otečenost, slaba pokretljivost i neugodno škripanje u zglobovima.
- Relativna novost u liječenju je korištenje kristaličnog glukozaminsulfata koji djeluje analgetski, protuupalno i usporava pogoršanje bolesti te je jedini glukozamin registriran kao lijek!
- 2019. godine ažuriran je algoritam Europskog društva za kliničke i ekonomske aspekte osteoartroze, osteoartritisa i muskuloskeletnih bolesti (ESCEO) koji pruža praktične smjernice za liječenje osteoartritisa.

Osteoartritis je bolest zglobova koja pogađa gotovo svaku drugu osobu stariju od 55 godina te se smatra vodećim uzročnikom invaliditeta u starijoj populaciji. S godinama se simptomi poput bolova, oticanja, zakočenosti i osjećaja škripanja u zglobovima postepeno pogoršavaju, a neliječena bolest dovodi do smanjenja tjelesne aktivnosti, sna ometenog bolovima, umora, depresije i opće onesposobljenosti što dramatično narušava kvalitetu života. Zbog svega navedenog osteoartritis predstavlja velik javnozdravstveni problem te **zahtijeva kontinuirano educiranje javnosti o važnosti prevencije i rane dijagnoze.**

Upravo je o tome bilo riječi na nedavno održanom skupu koji je okupio vodeće domaće stručnjake iz područja reumatologije, a na kojem se raspravljalo o novostima u liječenju te znanstvenim dosezima koji nakon dugo vremena donose dašak optimizma u vidu povoljne i svima dostupne terapije koja može usporiti progresiju bolesti te značajno ublažiti simptome.

Ovim povodom doc. prim. dr. sc. Dubravka Bobek, dr. med., spec. fizikalne medicine i rehabilitacije,

subspecijalist reumatolog iz zagrebačke KB Dubrava upozorila je: „Sveukupno, osteoartritis predstavlja veliko i vrlo značajno individualno i društveno opterećenje. Štoviše, zbog starenja stanovništva, zajedno sa sjedilačkim načinom života i smanjenom razinom tjelesne aktivnosti koje potiču trenutnu pandemiju pretilosti, očekuje se da će broj oboljelih od osteoartritisa i dalje rasti. Osim toga postojeće terapijske mogućnosti vrlo su ograničene pa se kontinuirano ulažu ogromni naponi u razvoj učinkovitijih tretmana i lijekova koji će potencijalno usporiti progresiju bolesti.“ Doc. prim. dr. sc. Bobek dodatno je pojasnila da se osteoartritis tradicionalno opisuje kao bolest pohabane hrskavice koja se u uznapredovanoj fazi liječi kirurškim putem u smislu zamjene zgloba protezom. Naglasila je i važnost promjene krivog uvjerenja da bol u zglobovima treba prihvatiti kao prirodnu posljedicu starenja: „Mnogi bolesnici toleriraju bol jer se smatra da su bol i onesposobljenost neizbježne posljedice starenja te često zajedno sa zdravstvenim djelatnicima pasivno čekaju konačnu ireverzibilnu fazu osteoartritisa, zamjenu bolesnog zgloba.“

Prof. dr. sc. Tea Schnurrer-Luke-Vrbanić, dr. med., spec. fizikalne medicine i rehabilitacije, subspecijalist reumatolog iz KBC-a Rijeka kazala je da je upravo na ovom tragu Međunarodno društvo za istraživanje osteoartritisa priložilo i takozvani „white paper“ prema Agenciji za hranu i lijekove SAD-a (FDA) **kako bi se usmjerila pažnja na značaj osteoartritisa te naglasila potreba za novim istraživanjima u svrhu ranog dijagnosticiranja i liječenja ove bolesti.**

Prof. dr. sc. Jasminka Milas Ahić, dr. med., spec. interne medicine, subspecijalist reumatolog iz KBC-a Osijek dodala je da rezultate istraživanja nije zanemarila niti Međunarodna radna grupa ESCEO koja je okupila 18 stručnjaka iz raznih područja - reumatologe, fizijatre, kliničke epidemiologe, endokrinologe, farmakologe, ortopede, specijaliste gerijatrije, javnog zdravstva i zdravstvene ekonomije, znanstvenike i predstavnike bolesnika. **Ova je radna skupina ažurirala algoritam liječenja prema novim saznanjima o učinkovitosti i sigurnosti terapijskih metoda.**

Europsko društvo za kliničke i ekonomske aspekte osteoartroze, osteoartritisa i muskuloskeletnih bolesti (ESCEO) prema ovom novom algoritmu¹ u **prvoj fazi** liječenja daje **snažnu preporuku za upotrebu kristaličnog glukozaminsulfata** kao prvi korak dugotrajne terapije. Osim toga na temelju upitne djelotvornosti i sigurnosti u liječenju osteoartritisa radna skupina daje slabu preporuku paracetamolu² te smatra da se ne smije koristiti redovito kao prvi korak dugoročne farmakološke terapije. U prvom koraku se pak snažno preporuča lokalna, topikalna primjena nesteroidnih antireumatika primjerice kao dodatak analgeziji.³

ESCEO radna skupina u prvoj fazi daje snažnu preporuku i nefarmakološkim načinima liječenja među kojima su **edukacija bolesnika, gubitak prekomjerne tjelesne težine i program vježbanja.**

U **drugom se koraku** prema novom algoritmu preporučaju oralni nesteroidni antireumatici no samo povremeno! U ovoj fazi opcija su i intraartikularna uporaba hijaluronske kiseline te kortikosteroida, no ESCEO radna skupina ovoj terapijskoj metodi daje slabu preporuku.¹

U **trećem koraku** radna skupina daje slabu preporuku kratkoročnoj upotrebi slabih opioida kao posljednjem farmakološkom pokušaju prije operacije zamjene zgloba protezom. Jednako tako slabu je preporuku dobila i uporaba antidepresiva.¹

Jedna od najznačajnijih novosti na ovom stručnom skupu bilo je i predstavljanje rezultata kliničkih studija⁴ rezimiranih od strane prof. dr. sc. Tonka Vlaka, dr. med., spec. fizikalne medicine i rehabilitacije, subspecijalist reumatolog iz KBC-a Split, a koje su dokazale da kristalični glukozaminsulfat **komparativno ima veći utjecaj na bol od paracetamola te jednak utjecaj na bol kao nesteroidni antireumatici.** Zbog toga se ova supstanca smatra jedinim glukozaminom koji treba propisati u prvoj liniji liječenja osteoartritisa koljena. Rezultati pojedinih radova naglašavaju da uz učinak na bol i funkciju kristalični glukozaminsulfat **odgađa progresiju bolesti.**

O usporavanju progresije bolesti svjedoče studije koje pokazuju da je kod bolesnika koji su u liječenju osteoartritisa koljena koristili kristalični glukozaminsulfat u periodu od najmanje 12 mjeseci značajno smanjena potreba za totalnom endopro-

tezom. U petogodišnjem praćenju, potreba za totalnom endoprotezom koljena smanjena je 57%.⁵ Veliko je to i važno otkriće kada znamo da oboljeli od osteoartritisa sa simptomima ove bolesti žive i po 20 godina.

Kao zaključak navedenog sastanka domaćih stručnjaka rečeno je da osteoartritisu treba pristupiti kao i drugim kroničnim bolestima za koje su prihvaćeni modeli **prevencije i ranog liječenja!**

Prva je linija u borbi protiv ove mučne bolesti **promjena načina života** koja uključuje umjerenu tjelovježbu, smanjenje tjelesne težine, rano uvođenje fizikalne terapije te korištenje dostupnih farmakoloških metoda poput kristaličnog glukozaminsulfata - lijeka koji se na našem tržištu pojavio tek prije nekoliko godina, a domaći ga stručnjaci zahvaljujući pozitivnim iskustvima sve češće propisuju i preporučaju. Radi se pritom o pristupačnom lijeku dostupnom u svim ljekarnama bez recepta.

¹ O. Bruyere et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Seminars in Arthritis and Rheumatism; 49 (2019): 337-350

² O. Bruyere et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Seminars in Arthritis and Rheumatism; 49 (2019): 337-350

³ O. Bruyere et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Seminars in Arthritis and Rheumatism; 49 (2019): 337-350

⁴ Bruyere O, Altman RD, Reginster J-Y. Efficacy and safety of glucosamine sulfate in the management of osteoarthritis: evidence from real-life setting trials and surveys. Seminars in Arthritis and Rheumatism; 2016; 45 (Suppl 4S): p2-6.

⁵ Bruyere O, Altman RD, Reginster J-Y. Efficacy and safety of glucosamine sulfate in the management of osteoarthritis: evidence from real-life setting trials and surveys. Seminars in Arthritis and Rheumatism; 2016; 45 (Suppl 4S): S12-S7.

HEMODIJALIZA I COVID-19

Iskustvo iz KB-a Dubrava

IVAN DURLLEN, dr. med.

spec. interne medicine, nefrolog

Pandemija COVID-19 značajno je promijenila načela rada dijaliznih središta u Hrvatskoj i utjecala na život medicinskog osoblja i pacijenata. S obzirom na to da su pacijenti na hemodijalizi (HD) jedna od ranjivijih skupina, individualno, ali i kao kolektiv (zajedničke prostorije tijekom postupka HD-a, mnogo pacijenata koji koriste usluge sanitetskog prijevoza), nefrolozi diljem Hrvatske pripremali su se od početka za ono što dolazi. Već 23. travnja 2020. Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju (HDNDT) izdalo je Preporuke rada u dijaliznim središtima tijekom pandemije, koje su naglašavale potrebu edukacije osoblja o epidemiji i provođenja higijenskih mjera, predlagale protokol trijaže bolesnika i zaštitne mjere tijekom postupka dijalize. Prvi je val prošao s malo zaraženih dijaliznih bolesnika (KB Dubrava nije imala niti jednoga) i većinom je aktivnost dijaliznih središta bila preventivna.

Početkom drugog vala i zbog potrebe za zatvaranjem poliklinike KB-a Dubrava, drugi su put u godinu dana naši pacijenti na kroničnom programu HD-a razmješteni po drugim dijaliznim središtima (Dom zdravlja Sesvete, Poliklinika Sv. Duh II i Poliklinika B. Braun Avitum) uz naše medicinske sestre (u sva navedena središta) i liječnike (DZ Sesvete, Poliklinika B. Braun Avitum). Pogoršanjem epidemiološkoga stanja prostor dijalize KB-a Dubrava potpuno je prenamijenjen za skrb o dijaliznim bolesnicima s COVID-19, a to se nastavilo i u trećem valu. Tako je dijaliza KB-a Dubrava zbrinjavala sve pozitivne dijalizne bolesnike Grada Zagreba i okolnog područja (kraće razdoblje i iz Siska, zbog potresom uništenoga dijaliznog središta). Uz brojne kronične pozitivne dijalizne bolesnike, jako je porastao i broj teško bolesnih u jedinicama intenzivnog liječenja, što je značajno povećalo broj akutnih dijaliza

(intermitentnih i kontinuiranih) i dodatno opteretilo osoblje.

U skladu sa smjernicama HZJZ-a, izolacija za dijalizne bolesnike trajala je 20 dana od početka bolesti (ili dulje u slučaju duljeg trajanja bolesti), kako bi se spriječio prerani povratak u nadležna dijalizna središta i kako se ne bi potencijalno ugrozili ostali bolesnici u njima. Tako je većini bolesnika u KB-u Dubrava provedeno 8 - 9 dijaliznih postupaka. Po prvom dolasku svi su pacijenti obrađeni kao da su u hitnoj službi (anamneza, pregled, opsežna laboratorijska obrada, RTG srca i pluća), kako bismo se orijentali o težini infekcije. Ovisno o inicijalnom kliničkom stanju ili ako je tijekom izolacije došlo do kliničkog pogoršanja, pacijente smo hospitalizirali u KB-u Dubrava. Neki su pacijenti hospitalizirani i zbog nemogućnosti izolacije.

Možda je i najveći problem tijekom pandemije u dijalizi nedostatak osoblja. Malo liječnika, samo tri – dr. Ivana Bedalov Crnković, dr. Ana Šavuk i dr. Ivan Durlen, bio je prisutan u COVID-dijalizi jer je većina nefrologa KB-a Dubrava bila uključena u rad Primarnog respiracijsko intenzivističkog centra (dr. Patricia Kačinari, dr. Luka Torić i dr. Nikola Zagorec su određeno vrijeme znatno pomogli i radu COVID-dijalize). Liječnici koji su radili na dijalizi također su sudjelovali u radu i dežurstvima PRIC-a, uz stalne pripravnosti za dijalizu. No još je veći nedostatak medicinskih sestara i tehničara educiranih za dijalizu, kojih je značajno nedostajalo. Nakon što je dio medicinskih sestara Odjela dijalize KB-a Dubrava otišao uz naše pacijente u druga dijalizna središta, u COVID-dijalizi u prosjeku je radilo sedam medicinskih sestara (s puno prekovremenog rada). Iako je bilo značajne potrebe da ih bude više to nije bilo izvedivo jer nema dovoljno educiranog osoblja za dijalizu koje je moglo napustiti svoja dijalizna središta (velika zahvala Željku Lubini i Vinku Peiću iz KBC-a Zagreb i Mariji Kovačić iz OB-a

Bjelovar koji su nam kratko, ali značajno pomogli). Taj smo problem uspjeli riješiti jedino zahvaljujući iznimno velikom angažmanu cjelokupnog osoblja koje je od prvog dana radilo u COVID dijalizi.

Potrebno je i napomenuti kako su za dijalizu pozitivnih bolesnika nužne dvije smjene medicinskog osoblja jer nije preporučeno ostati dulje od 4 sata u zaštitnoj opremi, a dolazak pacijenta, priprema, postupak dijalize i čekanje prijevoza dugo traju. U najtežem razdoblju pandemije istovremeno se dijaliziralo 16 kroničnih pozitivnih bolesnika, uz istovremeno provođenje akutnih metoda nadomještanja bubrežne funkcije u nekoliko jedinica intenzivnog liječenja.

Tijekom pandemije je u KB-u Dubrava učinjeno ukupno 1580 dijaliznih postupaka. Postupci su provedeni u ukupno 248 bolesnika, od kojih je 140 inače u programu kroničnog HD-a (u KB-u Merkur, KBC-u Zagreb, KBC-u Sestre milosrdnice, Poliklinici IDC-Zabok, Poliklinici Sveti Duh II, Poliklinici B. Braun Avitum, OB-u Sisak, KB-u Dubrava i Domu zdravlja Sesvete).

Od 140 pacijenata koji su inače u programu kroničnog HD-a, a koji su tijekom navedenog razdoblja dijalizirani u našem COVID-odjelu, 57 % ih je hospitalizirano, a 17 % preminulo.

Mnogo je pacijenata bilo asimptomatskih ili su imali blagu kliničku sliku (vrućica, kašalj, opća slabost). U šestero pozitivnih bolesnika sa završnim stupnjem kronične bubrežne bolesti započeto je liječenje HD-om putem postojeće AV fistule ili novopostavljena dijaliznog katetera. Velik trud osoblja bio je potreban za kontinuirane (24 - 72 sata ili dulje) i akutne dijalize u intenzivnim jedinicama u 142 pacijenta, povremeno u smjenama po 24 sata i gotovo svaki drugi dan (osobito za vrijeme trećega vala).



Hospitalizirana su bila i dva pacijenta koji se liječe peritonejskom dijalizom. Osim toga, u jednog od njih je provedeno sedam postu-

paka plazmafereze (neurološka indikacija).

Nakon početka cijepljenja protiv SARS-CoV-2 u Hrvatskoj HDNDT je objavio Preporuke za cijepljenje bolesnika s kroničnom bubrežnom bolešću, autoimunom bubrežnom bolešću koji dobivaju imunopresiju, bolesnika na dijalizi i bolesnika s presađenim bubregom, te je za bolesnike na dijalizi, koji su se htjeli cijepiti, organizirano cijepljenje. Posljedica toga bilo je i manje zaraženih bolesnika na kroničnoj dijalizi u KB-u Dubrava tijekom trećega vala. Nekoliko ih nije bilo cijepljeno (iz osobnih razloga), a cijepljeni su većinom imali blagu kliničku sliku ili su bili asimptomatski. Jedna je cijepljena pacijentica preminula, no imala je negativna protutijela na SARS-CoV-2, a jedan je cijepljeni bolesnik uz razvijena protutijela preminuo (uz brojne komorbiditete i moguću zloćudnu bolest).

Pozitivno je u teškim pandemijskim vremenima što smo se mi, djelatnici Odjela dijalize KB-a Dubrava, ipak bavili svojim uobičaj-

jenim poslom, doduše u jako izmijenjenim i vrlo izazovnim uvjetima. Puno smo toga naučili, i medicinski i ljudski, ali smo i u trenucima najveće iscrpljenosti, koja je uzimala danak na našim privatnim životima, uspjeli zadržati osmijeh i optimizam. Negativno je što smo postali svjesni da nema dovoljno osoblja educiranog za specifičnosti dijalize, što je imalo za posljedicu veliku preopterećenost dijaliznih timova ne samo u KB-u Dubrava nego i u drugim središtima.

Posebno hvala sjajnim medicinskim sestrama Odjela COVID-dijalize koje su cijelo vrijeme bile s nama i neprekidno radile. Evo njihovih imena: Ana Terzić, Štefanija Jandrić, Marina Novak Filipčić, Lidija Crnogorac, Ornela Bundalo Lukina, Mija Bejić i Ivana Petrušić, ali i Sonja Jelušić Vasić, Mateja Ručević i Anamarija Lugarić koje su dio vremena radile s nama. Velika hvala dragim kolegicama, dr. Ivani Bedalov Crnković i dr. Ani Šavuk, za neumoran rad u COVID-dijalizi.

ERRATA CORRIGE

U članku „Webinar ANCA vaskulitisi“ objavljenom u Liječničkim novinama na str. 35 br. 199 netočno su napisani ime i titula predavačice: točno je dr. sc. Marija Bakula, dr.med.

U članku "Dr. Nataša Goenvald iz Republike Južne Afrike" na str. 83 LN 199 umjesto Goenvald trebalo je pisati Groenveld. Ispričavamo se na pogrešci.

COVID-19 i zaraza HIV-om

Prof. dr. sc. JOSIP BEGOVAC, dr. med.

Dvije su se velike pandemije pojavile u naše doba. Pandemija zaraze HIV-om obilježila je kraj 20 stoljeća, a sada smo svjedoci pandemije COVID-19 koja je u kratko vrijeme poharala cijeli svijet i uvukla se u sve sfere života. U oba slučaja se radilo o virusnim uzročnicima, obje bolesti su popraćene društvenim reak-

cijama poput negiranja postojanja same bolesti, stigmatizacije te širenjem bolesti u ranjivijim populacijama. Dakako, ima niz razlika u samoj prirodi bolesti (tablica), no zanimljivo je da su u obje bolesti intervencije u sferi ljudskog ponašanja („nefarmakološke“ intervencije) imale u većini država kratkotrajan i ograničen učinak. Danas ključnu ulogu u prevenciji COVID-19 ima cijepljenje, a u suzbijanju zaraze HIV-om antiretrovi-

rusno liječenje i predekspozicijska profilaksa. Mnoga istraživanja, potaknuta pojavom HIV-a pomogla su nam da se brže svlada COVID-19. Tako je prva klinička primjena testova PCR (engl. *polymerase chain reaction*) bila u zarazi HIV-om, prvo klinički ispitano adeno-virusno cjepivo bilo je u osoba zaraženih HIV-om (nažalost neuspješno), a površinski protein HIV-a je predmet istraživanja već više desetljeća.

>>

Usporedba glavnih značajki zaraze HIV-om i COVID-19

Obilježje	HIV-bolest	COVID-19
Uzročnik	RNA-virus	RNA-virus
Vrijeme od definicije bolesti do otkrića uzročnika	2-3 godine	< 1 mjesec
Genska raznolikost virusa	izražena	niska
Ukupni broj oboljelih od početka pandemije	oko 76 milijuna	170,3 milijuna ^a
Ukupni broj umrlih od početka pandemije	oko 33 milijuna	3,5 milijuna ^a
Ishod infekcije bez intervencije	fatalan > 95 %	imunost ili smrt (0,25- 10 % ^b)
Zajednice koje su nesrazmjerno zahvaćene	MSM, korisnici droga, afroamerikanci, mnoge zajednice u supsaharskoj Africi	starije osobe, u SAD-u: afroamerikanci, američki Indijanci, latinoamerikanci
Glavne nefarmakološke intervencije u prevenciji	apstinencija, vjernost, kondomi	maske, održavanje fizičkog razmaka, pranje ruku ± različite zabrane okupljanja (osobito u zatvorenim prostorima) i ograničenja putovanja
Učinkovitost nefarmakoloških intervencija	nisu uspjele preokrenuti smjer epidemije	učinkovite ali zahtijevaju dosljednu primjenu i nisu spriječile ponavljajuće epidemijske valove u mnogim državama
Lijekovi	liječenje i predekspozicijska profilaksa važan dio prevencije	ograničen učinak
Cjepivo	učinkovito cjepivo nije razvijeno	učinkovito cjepivo razvijeno u kratkom roku

^a prema worldmeter na dan 29.05.2021.

^b tzv. case-fatality rate prema državama treba tumačiti s oprezom zbog velikih razlika u načinu prikupljanja podataka i definicijama - prema ourworldindata.org na dan 29.05.2021.

MSM, muškarci koji imaju spolne odnose s muškarcima

Trenutačno nije poznato jesu li osobe zaražene HIV-om u većem riziku zadobivanja zaraze SARS-CoV-2. O kliničkom tijeku COVID-19 u osoba zaraženih HIV-om nalazimo u literaturi sve više podataka. U početnim prikazima iz Europe i Sjedinjenih Američkih Država nisu utvrđene značajne razlike u kliničkoj slici niti u ishodima između osoba zaražene HIV-om koji su razvili COVID-19 i osoba bez HIV-a. Međutim, novija opservacijska istraživanja iz SAD-a, Ujedinjenog Kraljevstva te Republike Južne Afrike pokazuju lošije ishode, uključujući povećanu stopu smrtnosti od COVID-19, u osoba zaraženih HIV-om.

U općoj populaciji, osobe koje su u najvećem riziku od ozbiljnog COVID-19 uključuju osobe starije od 60 godina i trudnice te one s popratnim bolestima, poput pretilosti, šećerne bolesti, karcinoma, srčanožilnih bolesti, kronične opstruktivne plućne bolesti, kronične bubrežne bolesti, pušači te primatelji transplantiranih solidnih organa.

Mnoge osobe zaražene HIV-om imaju neke od navedenih čimbenika rizika za teži tijek COVID-19. U početku pandemije bilo je mišljenja da bi pojedini antiretrovirusni lijekovi mogli biti učinkoviti prema virusu SARS-CoV-2. Međutim, randomizirani klinički pokusi su pokazali da lopinavir/ritonavir nije učinkovit, a za ostale lijekove također nema dokaza da bi mogli spriječiti, liječiti ili ublažiti tijek COVID-19.

Od ukupnog broja osoba zaraženih HIV-om trenutačno u skrbi u Hrvatskoj (N = 1313), 55 (4,2 %) je oboljelo od COVID-19. Većina (n = 52) je imala blagu bolest te su liječeni ambulantno, a od troje oboljelih koji su bolnički liječeni jedna je osoba preminula. Osoba koja je preminula imala je istovremeno infekciju SARS-CoV-2 i pneumoniju uzrokovanu gljivom *P. jirovecii*, a zaraza HIV-om je bila novo dijagnosticirana.

ENDOSKOPSKA RESEKCIJA POLIPA U DVANAESNIKU (U 6 SLIKA)

Prim. dr. sc. HRVOJE IVEKOVIĆ, dr. med.

Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, KBC Zagreb

Sluzničke novotvorine probavne cijevi načelno se dijele na one sa zloćudnim potencijalom (adenomi, karcinomi, neuroendokrini tumori) i dobroćudne (hiperplastički polipi). U većini slučajeva radi se o polipoidnim uzdignućima sluznice (polipima), i u onima sa zloćudnim potencijalom endoskopska resekcija (ER) predstavlja prvu liniju liječenja. U odnosu na standardnu kiruršku resekciju, radi se o minimalno invazivnom zahvatu, koji se u načelu radi u prisvjesnoj sedaciji bolesnika. U ovom tekstu prikazujemo jednu od tehnika ER – endoskopsku mukoznu resekciju (EMR) - u bolesnika s polipom u dvanaesniku.

71-godišnji bolesnik je upućen u našu ustanovu, nakon prethodne obrade u nadležnoj bolnici, u okviru koje je prilikom ezofagogastroduodenoskopije detektiran polip veličine 4 cm u silaznom dijelu dvanaesnika (Slika 1). Postupak EMR polipa započinje injiciranjem fiziološke otopine pomiješane s metilenskim modrilom u podsluznicu stijenke dvanaesnika, čime se postiže učinak odizanja lezije (Slika 2). Odizanje je bitno iz dvaju razloga: prvo, ovime potvrđujemo da lezija pripada sluznici i time da je pogodna za endoskopsku resekciju, te drugo, odizanjem se stvara "jastuk" kojim se lezija odmiče od mišićnice, čime se izbjegava rizik perforacije stijenke dvanaesnika, kao moguće komplikacije postupka. Nakon zaomčavanja lezije dijatermijskom omčom (Slika 3) i resekcije, zaostaje postresekcijski defekt sluznice (Slika 4). Ovaj defekt zatvoren je kombiniranom primjenom kvačica i najlonske omče na sljedeći način: vodič za najlonsku omču je mimo endoskopa transnazalno uveden u jednjak, a potom pod endoskopskim nadzorom i u želudac gdje je vrh vodiča zaomčen i potom uveden u dvanaesnik na mjesto resekcije. Potom je omča otvorena u lumenu dvanaesnika i pomoću kvačica uvedenih kroz radni kanal endoskopa, fiksirana na rubove rane (Slika 5). Stezanjem najlonske omče postignuta je aproksimacija rubova rane i zatvaranje defekta (slika 6).

ER polipa u dvanaesniku pripada najsloženijim endoskopskim postupcima iz nekoliko razloga. Naime, postoje anatomska obilježja

jedinstvena ovom segmentu probavne cijevi, poput retroperitonejskog smještaja i lumena oblikovanog po tipu slova C. Pored toga, stijenka dvanaesnika je debljine od svega tri mm i postoji bogata žilna opskrba u podsluzničkom sloju. Stoga ne čudi podatak da su stope komplikacija u smislu krvarenja (15 %) i perforacije (4 %) veće nego u drugim dijelovima probavne cijevi. Stoga se preporučuje zatvaranje postresekcijskog defekta stijenke, što je u našem primjeru učinjeno kombiniranom primjenom najlonske omče i kvačica, čime je oponašan kirurški postupak šivanja.

Zahvat je protekao bez komplikacija i pacijent je sutradan otpušten kući. Prema nalazu patohistološke analize radilo se o adenomu niskog stupnja displazije i preporučeno je daljnje endoskopsko postresekcijsko praćenje.

Referencije:

Yamasaki Y, Uedo N, Takeuchi Y, Ishibara R, Okada H, Iishi H. Current Status of Endoscopic Resection for Superficial Nonampullary Duodenal Epithelial Tumors. *Digestion* 2018; 97:45-51.

Fujihara S, Mori H, Kobara H, Nishiyama N, Matsunaga T, Ayaki M, Yachida T, Masaki T. Management of a large mucosal defect after duodenal endoscopic resection. *World J Gastroenterol* 2016; 22(29): 6595-6609



Slika 1. Polip u dvanaesniku



Slika 2. Odizanje polipa



Slika 3. Stezanje polipa dijatermijskom omčom



Slika 4. Postresekcijski defekt sluznice



Slika 5. Fiksacija najlonske omče pomoću kvačica na rubove defekta



Slika 6. Zatvoren postresekcijski defekt

DIJABETES.

IVANOV TIP.

Mi vjerujemo u
tvoj tip dijabetesa

IVAN MARČEVIĆ
živi s dijabetesom
od svoje 10. godine

ISKUSTVO STIPENDIJE IZ KLINIČKE NEFROLOGIJE U ENGLJSKOJ

Dr. sc. MIROSLAV TIŠLJAR, dr. med.

internist – nefrolog
KB Dubrava, Zagreb

Prijava na natječaj Međunarodnog nefrološkog društva (ISN) omogućila mi je dulju edukaciju u inozemstvu. Početkom siječnja 2019. godine položio sam subspecialistički nefrološki ispit, a već krajem istog mjeseca došao sam s obitelji u Englesku, u Preston. Prvo smo doživjeli kašnjenje leta zbog snježne oluje (koja inače nije uobičajena u tom djelu Engleske), a drugi dan dok sam se snalazio s načinom prometa na lijevoj strani, zazvonio je telefon s pozivom iz Zagreba: "Doktore, pa gdje ste? Čekaju Vas kolege u hitnoj internističkoj ambulanti! Danas ste dežurni." Naravno, posrijedi je bila greška u rasporedu te sam morao, vozeći se u „double deckeru“ hitnim pozivom kolegama riješiti situaciju.

Grad Preston se spominje u 11. st. kao trgovačko središte na nekadašnjim križanjima putova Rimskog carstva. Prema jednoj verziji, naziv grada odgovara skraćenicu dviju engleskih riječi priest town (svećenikov grad, povijesno vezano uz Sv. Wilfrida). Preston se nalazi u području sjeverozapada Engleske (North West), u regiji Lancashire, otprilike pola sata vožnje automobilom (na najstarijoj engleskoj autocesti - M6) ili vlakom od Manchestera u pravcu sjevera. Kroz grad prolazi rijeka Ribble te je do 1981. godine bio najveća engleska trgovačka brodska luka, a zanimljivost je da je i lokalni nogometni klub Preston North End bio prvi osvajač engleske nogometne lige. Od drugih znamenitosti za spomenuti je katedralu sv. Ivana, Harrisov muzej, sveučilište - UCLan - University of Central Lancashire. Tipično za Englesku, u gradu se nalaze mnogi prostrani i dobro njegovani parkovi. Bolnički krug sastoji se od jedne središnje zgrade i nekoliko objekata uz nju, uključujući edukacijsko središte s velikom knjižnicom i prostranim multi-medijskim dvoranama. Između glavnih

zgrade i edukacijskog središta nalazi se umjetno jezero oko kojeg se u vrijeme pauze okuplja bolničko osoblje i studenti. Odjel nefrologije smješten je na 5. katu bolnice s lijepim panoramskim pogledom na grad i okolnicu. Royal Preston hospital dio je NHS (National Health System), regionalna je bolnica sa 700 bolničkih kreveta. Bolnica predstavlja tercijarno nefrološko središte (tzv. hub) cijele regije (koju čini 9 okolnih gradova s populacijom 1,5 milijuna ljudi) u kojem se obavljaju svi nefrološki dijagnostičko-terapijski postupci, osim transplantacije bubrega, koja je locirana u Manchesteru (Manchester Royal Infirmary gdje sam imao obilazak tijekom dva tjedna). Bolnica Preston surađuje sa Medicinskim fakultetom u Manchesteru te se u njoj obavljaju nastava i vježbe za studente medicine i medicinske sestre. Nefrološko obrazovanje nakon petogodišnjeg medicinskog fakulteta obuhvaća još 9 godina, tzv. FY1,2 (foundation year) što bi odgovaralo našem nekadašnjem stažu, zatim tri godine CT (core training) što u našim uvjetima odgovara tzv. „deblu“ i još četiri godine usmjerenog subspecialističkog treninga. Liječnici su dužni položiti pismeni ispit MRCP (Membership of the Royal Colleagues of Physicians). Tijekom specijalizacije studenti obilaze više bolnica, dvije u Manchesteru i jednu u Prestonu. Specijalizantima nefrologije dodijeljeni su mentori koji brinu za njihov stupanj edukacije i stjecanje manulanih vještina: biopsija bubrega, postavljanje privremenih/trajnih vaskularnih katetera. Za konzilijarne preglede na drugim odjelima također su zaduženi specijalizanti uz nadzor i pomoć specijalista. Nakon završetka specijalizacije dodjeljuje se naslov „Consultant physician“.

Liječnici ne nose bijele kute u bolnici, no obvezno nose digitalne identifikacijske kartice bez kojih ne mogu otvarati vrata odjela, knjižnice i drugih hodnika. Ujutro nema sastanka interne klinike, već postoji službena osoba, tzv. bed manager, koja raspodjeljuje broj prijema/slobodnih postelja. Radno vrijeme je od 9 do 17 h, ujutro započinje sastankom odjelnih



U uredu s dr. AIMUNDOM AHMEDOM, koji me pozvao na ovu edukaciju

liječnika koji traje otprilike pola sata. Vizite traju u prosjeku dva do tri sata, odvijaju se bez prisutnosti sestre (osim po specifičnoj potrebi) te se na kraju vizite sestrama predaju zaduženja. Tijekom vizite na pomoćnim računalima za svakog pacijenta se prate laboratorijski nalazi i vitalni znakovi koje izmjeri sestra i bežičnim uređajem pošalje u kompjutorski program. Posebna pažnja pridaje se pacijentima s demencijom (organizirane su različite društvene igre s memo tehnikom) te nepokretnim pacijentima s prijetnim ulkusima/dekubitima (uporaba skenera za detekciju potencijalnog mjesta razvoja ulkusa i specijalizirane dizalice za podizanje pacijenata). Biopsija bubrega (godišnje oko 200 pacijenata) odvija se uz krevet bolesnika u bolesnikovoj sobi ili eventualno poliklinički za klinički stabilne pacijente. Prilikom izvođenja biopsije prisutan je i patološki tehničar koji mikroskopom određuje broj glomerula i time sugerira broj potrebnih uboda/cilindara bubrežnog tkiva.

Liječnici u svakodnevnom radu ne koriste faksimil već elektronički potpis. Svaki nefrolog ima svoju tajnicu, a otpisna pisma i druga dokumentacija se ne

printaju već diktiraju na diktafon i nalaz naknadno upućuje elektroničkom poštom nadležnom specijalisti, obiteljskom liječniku i pacijentu. Na istovjetan način funkcionira i naručivanje pacijenata. Uspostavljena je usluga „patient view“ pomoću koje pacijenti online mogu pratiti svoje nefrološke laboratorijske nalaze i u slučaju zabrinutosti naručiti se na raniji pregled.

U pravilu, specijalisti nefrolozi ne dežuraju u hitnoj službi, niti rade blagdanima, vikendima, ili po noći. Za razliku od naših bolnica, ne postoji nadslužba u vidu najiskusnijih starijih liječnika, već su za podnevni/noćni rad zaduženi stariji specijalizanti. Jedanput do dva puta u 2 mjeseca, specijalisti imaju pripravnosti, tzv. „on-call“, kada ih specijalizant može konzultirati 24h dnevno. Sa strane specijalista, nadležnost nad hospitaliziranim nefrološkim pacijentima imaju dva nefrologa (tzv. consultant of the week) i specijalizanti, dok su ostali nefrolozi raspoređeni na druga radilišta: dijalizu ili različite ambulante (u prosjeku se pregledava oko 10 pacijenata od kojih su troje prvi pregled): ambulanta za vaskulitise, glomerularne bolesti, opća nefrološka, „low clearance clinic“ (pred dijalizna ambulanta), „rapid review clinic“ (za otpuštene pacijente koji zahtijevaju ranu kontrolu), pre/posttransplantacijska ambulanta. U sklopu prijetransplantacijske obrade uspostavljena je posebna jedinica „One stop clinic“ u kojoj potencijalni živi darovatelj bubrega može učiniti svu potrebu obradu u jednom danu. Posebno je vrijedno za istaknuti ekstenzivan program kućne hemodijalize, iz koje sam bio na edukaciji u bolnici u gradu Chorleyu, jedne od satelitskih jedinica prestonske bolnice. Peritonejske katetere postavljaju nefrolozi, a AV fistule vaskularni kirurzi. Za plazmaferezu je zadužen specijaliziran tim tehničara koji na poziv dolazi iz Manchestera (za neurološke indikacije navedeno dogovara se neurolozi). Ukupno je zaposleno 14 nefrologa različitih nacionalnosti, neki od njih proveli su dio edukacije u SAD-u, a bave se na individualnoj razini različitim dijelovima nefrologije (npr. isti nefrolog vodi ambulantu za glomerulonefritise ali je i voditelj programa kućne hemodijalize te postavlja katetere za peritonejsku dijalizu). Svaki od nefrologa jednom tjedno zadužen je za dislociranu nefrološku ambulantu i/ili odjel hemodijalize u jednom od gradova koji gravitiraju bolnici u Prestonu. U ambulantomama postoji mogućnost izdavanja recepta za lijekove.



Miller park u Prestonu

U radu s pacijentima organizirani su i zasebni specijalizirani sestrinski timovi: fistula tim (klinički pregled i doppler AV fistula), tim za anemiju i koštano-metaboličke bolesti, transplantacijski tim, tim za znanost i tzv. „kidney choice“ tim (sestre educiraju pacijente i njihove obitelji o mogućnostima nadomjesnog bubrežnog liječenja).

Što se tiče lijekova, sustav u Engleskoj je vrlo racionalan i slijedi nacionalne smjernice (NICE). Tako npr. za moga boravka nisam vidio da se pripisuju kombinirani antihipertenzivi (2 ili 3 u jednoj tableti), često se ordiniraju antihipertenzivi koji su u nas gotovo opsoletni ili nedostupni, npr. atenolol, hidralazin, doksazosin, labe-talol, a od diuretika metolazon, bumetanid. S druge strane, bezreceptni lijekovi su puno jeftiniji nego u Hrvatskoj, npr. cijena kutije s 28 tableta paracetamola u ljekarni je oko 8 kn dok je kod nas (ovisno o proizvođaču) oko 25 kuna. Tijekom boravka u Prestonu prisustvovao sam na nekoliko lokalno organiziranih radionica i simpozija (među ostalima „2nd Preston Peritoneal Dialysis Catheter Insertion Course“). Također sam imao izlaganja na temu Registar bubrežnih biopsija KB-a Dubrava uz prikaz nekoliko kliničko-patoloških slučajeva koji su bili jako dobro prihvaćeni. Dojam koji je na mene ostavio šestomjesečni život u Engleskoj prvobitno se odnosi na red, organizaciju, edukaciju te nadasve lijepi i humani odnos prema pacijentima koji su doslovce u središtu pažnje. Odnosi među medicinskim osobljem, naročito između liječnika, su

za svaku pohvalu i primjer. Niti u jednoj prilici nisam čuo ili osjetio podizanje tona, svađu, prepirku, galamu, nedostupnost, neugodnost.

Tijekom boravka razuvjerio sam se u barem dvije predrasude o Engleskoj i Englezima. Prva se odnosi na klimu, te mogu reći da nije bilo često magle niti previše kiše. Druga se odnosi na mentalitet - Englezi mi se nisu učinili „hladni“ ili distancirani.

Kada, u kojoj mjeri i na koji način pokušati implementirati dio stečenog iskustva u našim prilikama sigurno je bitno pitanje čiji odgovor bi zahtijevao novi opširan tekst. Namjera ovog teksta je bila istaknuti organizacijske razlike unutar bolničkog ustroja općenito i specifično unutar nefrološke struke između NHS-a i u Hrvatskoj, a impresije o prednostima i nedostacima prepuštam čitateljima. U svakom slučaju želio bih završiti ovaj tekst s dva zaključka. Prvo, iako organizacijski, tehnički i finacijski problemi mogu predstavljati barijere u kvalitetnom pružanju zdravstvene zaštite, trajna posvećenost učenju i savjesni pristup pacijentima čine najveću vrijednost. Drugo, bez obzira na činjenicu da je u 21. stoljeću, a osobito sada u vrijeme pandemije, učenje online značajno doprinijelo održavanju i produbljivanju znanja, širina pogleda na struku te bogatstvo iskustva stečeni kroz perspektivu života u inozemstvu su neprocjenjivi, stoga ih preporučujem svim kolegama.

tisljarmiroslav@gmail.com

PRAVILNO DISANJE



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

Kroz povijest se u raznim medicinskim mudrolijama provlačila ideja o važnosti „pravilnog disanja“. Danas se ideja o pravilnom disanju može primijeniti na različite vježbe disanja kojima se pokušava postići opuštanje, pospješiti tjelovježba ili djelovati na razne tjelesne tegobe. Pravilno disanje također se može vježbati u respiracijskoj fizioterapiji.

S obzirom na stresove modernog života, osobito su popularne tehnike disanja koje nam pomažu u smirenju. Svaka tehnika opuštanja, smirivanja ili meditacije oslanja se na disanje. Kontrolirano disanje potiče opuštanje. Kad se osjećamo mirno ili sigurno, disanje se usporava i produbljuje; pod utjecajem smo parasimpatičkog živčanog sustava koji ima opuštajući učinak. Naprotiv, kad smo prestrašeni, napeti, kad nas boli ili nam je nelagodno, disanje se ubrzava i postaje pliće. Aktivira se simpatički živčani sustav, koji je odgovoran za razne reakcije tijela na stres. Ti učinci djeluju i u suprotnom smjeru: stanje tijela utječe na emocije. Kad se obrati pozornost na disanje, većina ljudi usporava i produbljuje svoje disanje, što djeluje umirujuće. Kognitivni resursi su ograničeni, pa kad se

ljudi koncentriraju na disanje, ne razmišljaju o svojim brigama.

Pretraživanjem literature pronalaze se brojna istraživanja, različitih ustroja, koja pokazuju korisne učinke dubokog disanja. Pa tako istraživanja pokazuju da vježbe dubokog disanja imaju blagotvoran učinak na bol, onesposobljenost i spavanje u osoba koje pate od kronične migrene, smanjuju plućne komplikacije u bolesnika s inhalacijskim opeklinama drugog stupnja, smanjuju intraoperacijsku anksioznost i percepciju boli u pacijenata na dermatološkim operacijama. Kako su brojna istraživanja ispitala povezanost između različitih vježbi disanja sa smanjenjem boli, postavljena je i hipoteza o tzv. respiratornoj hipoalgeziji.

Preliminarni rezultati pokazuju kako kratku vježbu dubokog disanja koja se temelji na virtualnoj stvarnosti vrijedi nastaviti proučavati kao rehabilitacijsku komponentu za djecu i adolescente s produljenim oporavkom nakon potresa mozga. Vježbe dubokog disanja spriječile su smanjenu kvalitetu spavanja u pacijenata koji su podvrgnuti premoštenju koronarne arterije.

Među pacijentima sa stabilnom paroksizmalnom supraventrikulskom tahikardijom opisani su pojedinci koji su prešli na sinusni ritam bez komplikacija, koristeći tehniku dubokog disanja s glavom prema dolje.

Opisano je i kako praksa dubokog disanja tijekom 30 minuta olakšava zadržavanje novonaučenih motoričkih vještina. Ako učite nove motoričke vještine i zanima vas kako biste ih možda lakše mogli zadržati, detalji iz tog istraživanja od Yadava i sur. navode kako je eksperimentalna skupina izvodila vježbe disanja naizmjenično u obje nosnice tijekom 30 minuta. Broj ciklusa disanja u minuti bio je fiksiran na 8 - 10 ciklusa. Sudionici su sjedili na podu u položaju prekrštenih nogu s uspravnom kralježnicom. Dobili su uputu da palcem začepi jednu od nosnica i polako udišu kroz drugu nosnicu. Zamoljeni su da drugu ruku odmaraju na koljenu. Nakon udisanja, ispitani su zadržali dah dvije

sekunde, a zatim polako izdahnuli kroz drugu nosnicu zatvarajući nosnicu kroz koju su prethodno udahnuli. Dalje im je naloženo da udahnu kroz trenutačno otvorenu nosnicu i izdahnju kroz drugu. Dakle, svaka se nosnica naizmjenice koristila za udisanje i izdisanje. Ispitanici su poticali da se drže fiksnog obrasca disanja, trajanja u omjeru 1:1:2 za udisanje, zadržavanje daha i izdah. Odnosno, trebali su udahnuti dvije sekunde, zadržati dah dvije sekunde, a zatim izdahnuti tijekom četiri sekunde. Tijekom tih vježbi vodio ih je audio-signal i pratio ih je istraživač.

Većina tih istraživanja o vježbama disanja za razna psihička i fizička stanja naglašavaju kako je riječ o sigurnoj metodi bez uočljivih nuspojava za pacijente, jednostavna je intervencija za provedbu i nema visoku cijenu. Dok se ne objave sustavni pregledi koji će nam dati pouzdanu sintezu dokaza o učinku različitih načina disanja na naš život, vi možete koristiti metode dubokog disanja kako biste možda smanjili svoje svakodnevne životne stresove i boli. Možda u omjeru 1:1:2. Vjerojatno nema nuspojava, a jednostavno je i besplatno.

Literatura

Cook NE i sur. Safety and Tolerability of an Innovative Virtual Reality-Based Deep Breathing Exercise in Concussion Rehabilitation: A Pilot Study. *Dev Neurorehabil.* 2021;24(4):222-229.

Courtois I i sur. Respiratory Hypoalgesia? The Effect of Slow Deep Breathing on Electrocutaneous, Thermal, and Mechanical Pain. *J Pain.* 2020;21(5-6):616-632.

Ghorbani A i sur. The Effects of Deep-Breathing Exercises on Postoperative Sleep Duration and Quality in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG): a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci.* 2018;8(4):219-224.

Gopichandran i sur. Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation and Deep Breathing Exercise on Pain, Disability, and Sleep Among Patients With Chronic Tension-Type Headache, *Holistic Nursing Practice.* May 28, 2021.

Lim SHC, Lai SM, Wong KCK. Head Down Deep Breathing for Cardioversion of Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. *Case Rep Emerg Med.* 2018;2018:1387207.

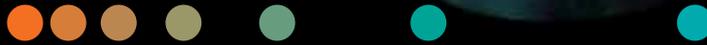
Malik SS i sur. Effectiveness of Deep Breathing Exercises and Incentive Spirometry on Arterial Blood Gases in Second Degree Inhalation Burn Patients. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2019;29(10):954-957.

Yadav G i sur. Deep Breathing Practice Facilitates Retention of Newly Learned Motor Skills. *Sci Rep.* 2016 Nov 14;6:37069.

Zahn CA, Kuonen F. Deep Breathing Reduces Intraoperative Anxiety and Pain Perception in Patients Undergoing Dermatologic Surgery. *Dermatol Surg.* 2021 Feb 8.

ACUSON Redwood Ultrasound System

Pushing the boundaries of imaging, performance and value



Finally, an equalizer in the ongoing struggle for better clinical outcomes against the restraints of tight budgets. ACUSON Redwood is an ultrasound system that delivers on both providing premium imaging quality, exceptional performance, greater workflow efficiency, and the bottom line value for your organization needs.

- **Exceptional imaging with motion suppression:** Get superior color sensitivity, including at deeper depths, from the reduction of flash artifact caused by motion. Siemens Healthineers patented Auto Flash Suppression Technology provides excellent contrast and detail resolution across a wide range of applications.
- **Greater efficiency:** Cut exam time with AI-powered tools including eSie Measure, eSie OB and eSie Left Heart, so users can focus on assisting their patients' needs and the continuity of quality care.
- **Accessibility:** Bring precision imaging to more patients – beyond the radiology department – with its light-weight portability, a highly functional, rear-handle system that is easy to move.

[siemens-healthineers.com/redwood](https://www.siemens-healthineers.com/redwood)

Contact:

Siemens Healthcare d.o.o.

Heinzlova 70/A

Tel. +385 1 6105258

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

SIEMENS
Healthineers

POREMEĆAJI LIČNOSTI U KLINIČKOJ PRAKSI

**MAJDA GRAH, BRANKA RESTEK-
PETROVIĆ, IGOR FILIPČIĆ**

Klinika za psihijatriju
„Sveti Ivan“ Jankomir 11, Zagreb

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek

Danas se ličnost promatra kao složeni obrazac duboko utkanih psiholoških obilježja koje se izražavaju u svim područjima psihološkog funkcioniranja pojedinca.

Pojam ličnosti se u svakodnevnom jeziku miješa s dva pojma: karakterom i temperamentom. Iako se doimaju sličnima, ovi su pojmovi bitno različiti. Kada govorimo o karakteru, mislimo na individualna obilježja određene osobe, koje ju čine

jedinstvenom i drukčijom od drugih. Odnose se na moralne kvalitete, etičke standarde i načela, a sastoje se od životnih vrijednosti, ciljeva, uvjerenja o samome sebi i okolini te od načina suočavanja s različitim situacijama u različitim okolnostima. Karakter, za razliku od temperamenta, nije nasljedan. Osobine karaktera razvijaju se pod različitim utjecajima, mijenjaju se tijekom života i sazrijevaju u odrasloj dobi. Na razvoj karaktera tijekom procesa njegovog formiranja utječu roditelji, odgoj i društvena sredina u kojoj se osoba razvija. Za razliku od karaktera koji nastaje u odraslijoj dobi pod utjecajem odgoja, okoline i životnih događaja, temperament je urođeni skup karakterističnih ponašanja koja su uglavnom postojana tijekom cijelog života. Dok

temperament označava tipičan način emocionalnog reagiranja i ponašanja, karakter označava crte ličnosti koje odražavaju odnos prema sebi (kao što su samopouzdanje, samopoštovanje, samokritičnost), odnos prema drugima (kao što su agresivnost, lojalnost, iskrenost, altruizam, egoizam, poštenje itd.) i odnos prema obvezama i radu (kao što su marljivost, ambicioznost, ustrajnost, savjesnost itd.) (1). Tako ličnost predstavlja dinamičku isprepletenost temperamenta i karaktera čiji je produkt specifično ponašanje karakteristično za neku osobu u određenim situacijama. Zajednička karakteristika psihodinamskih teorija ličnosti je razumijevanje dinamike ličnosti koja se temelji na razmatranjima konflikata unutarnjih



Najava knjige

POREMEĆAJI LIČNOSTI U KLINIČKOJ PRAKSI

Branka Restek-Petrović, Igor
Filipčić i suradnici

psihičkih struktura, čiji je odraz specifično ponašanje pojedinca (2).

Crte ličnosti čine dugogodišnji obrazac ponašanja koji se očituje tijekom vremena i različite životne situacije. Svaki tip ličnosti ima određene načine suočavanja s problemima. Cjelokupna ličnost predstavlja krunu svih procesa koji se odvijaju u njezinoj nutрини. Osnova organizacije ličnosti ključano je načelo za razumijevanje njezine patologije.

Postoje različiti načini razumijevanja ličnosti i njezine patologije, od kojih su najistaknutiji psihodinamički, neurobiološki, interpersonalni i kognitivni pristupi (3). Pacijenti s patologijom ličnosti najčešće imaju teškoće uspostavljanja adekvatnih bliskih odnosa. S psihodinamičkog gledišta razumljivo je da krutost ličnosti i njeni maladaptivni obrasci predstavljaju obrambene reakcije pacijenta koji izbjegava bolne i zastrašujuće aspekte svog unutarnjeg svijeta, te ih nastoji odcijepiti iz svoga svjesnoga doživljaja selfa. Time onemogućuje razvoj bliskosti koje se boji jednako toliko koliko je priželjkuje i treba. Nema jednostavnog odgovora na pitanje kako nastaje poremećaj ličnosti. Da bismo ga mogli razumjeti bilo bi potrebno odgovoriti na mnoga teoretska biologijska, psihodinamska, duhovna i civilizacijska pitanja. A prije svega na pitanje što podrazumijevamo zdravim a što bolesnim.

Osobe s poremećajima ličnosti se teško mijenjaju, a vrlo su često uvjerenе kako je okolina ta koja se treba mijenjati. Teme koje dominiraju njihovim životnim pričama se stalno ponavljaju kao u začaranom krugu. Ovakve su ličnosti patogene same za sebe, jer kontinuirano izazivaju nove probleme, stvarajući slične situacije koje ponavljaju njihove neuspjehe. Zašto je tome tako uz suvremene biološke i neuroznanstvene spoznaje, najbolje objašnjavaju psihodinamičke teorije poremećaja ličnosti. Iako mnoge teoretske orijentacije i tretmani za poremećaje ličnosti imaju fokus na vlastitom i međuljudskom funkcioniranju kao središnjem načelu patologije ličnosti, značajno je da se ovaj pristup približava dugogodišnjim konceptualizacijama psihologije ličnosti koje nudi psihoanalitička i psihodina-

mička tradicija. Funkcioniranje ličnosti kako je definirano u ICD-11 i DSM-V povezano je s psihoanalitičkim pojmom strukture ili organizacije ličnosti što u određenom smislu predstavlja ponovno uvođenje psihoanalitičkih razmatranja u dijagnostičke sustave nakon „novo-kraepelijanske revolucije“ povezane s dolaskom DSM-III (4, 5).

Godinama je u psihijatrijskim krugovima bio zastupan stav kako nije moguće liječiti poremećaje ličnosti. Suvremene psihoterapijske metode uz pridružene lijekove za simptomatsko liječenje kliničkih slika omogućile su moderan pristup ovom psihijatrijskom entitetu čija zastupljenost svakodnevno raste u općoj populaciji. U tom smislu smo u Klinici za psihijatriju „Sveti Ivan“ u posljednjih deset godina razvili sveobuhvatni pristup liječenju poremećaja ličnosti čije su sastavnice akutno zbrinjavanje pacijenata u kriznim situacijama na Zavodu za integrativnu psihijatriju, psihoterapijsko liječenje na

Zavodu za psihoterapijsko liječenje, te ambulantni tretman kroz specifični program „Razum i osjećaji“ za liječenje poremećaja ličnosti. O specifičnosti ovog pristupa uskoro ćete moći čitati u knjizi „Poremećaji ličnosti u kliničkoj praksi“ koja je u stvaranju.

Igor.Filipic@pbsvi.hr

LITERATURA:

1. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V. Poremećaji ličnosti. Stvarni ljudi, stvarni problemi. Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
2. Millon T, Millon CM, Meagher SE, Grossman SD, Ramnath R. Personality disorders in modern life. 2nd ed. John Wiley & Sons, New Jersey, 2004.
3. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2007.
4. Pincus AL, Cain NM, Halberstadt AL. Importance of self and other in defining personality pathology. Psychopathology. (2020) 53:133–40.
5. Natoli AP. The DSM's reconnection to psychoanalytic theory through the alternative model for personality disorders. J Am Psychoanal Ass. (2019) 67:1023–45.

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

RAZLIČITA FUNKCIONALNA AUTOPROTUTIJELA u bolesnika s COVID-19

▼ PORUKA ČLANKA

Autoprotutijela protiv citokina i kemokina pridonose težini COVID-19

Humoralni imunitet ima dihotomnu ulogu u COVID-19. Iako neutralizirajuća protutijela pružaju zaštitu od zaraze SARS-CoV-2, sve veći broj dokaza ukazuje da pretjeran i pogrešno usmjeren imunostni odgovor domaćina pridonosi širokom spektru kliničkih fenotipova. Iako je patološka urođena imunostna aktivacija dobro dokumentirana kod teške bolesti, utjecaj autoprotutijela na napredovanje bolesti manje je poznat.

Wang i sur. su koristili tehniku visoke propusnosti za otkrivanje autoprotutijela (AAb) poznatu kao brzo izvanstanično profiliranje antigena (REAP, engl. Rapid Extracellular Antigen Profiling) kao postupak probira kohorte na autoprotutijela protiv 2770 izvanstaničnih i izlu-

čenih bjelančevina ("eksoproteome"). Kohorta je uključivala 172 bolesnika različite težine bolesti u prospektivnom istraživanju Implementing Medical and Public Health Action Against Coronavirus CT (IMPACT), te 22 zdravstvena djelatnika zaražena SARS-CoV-2 koji su imali blagu kliničku sliku ili su bili asimptomatični. Kontrolna skupina je uključivala 30 zdravstvenih djelatnika koji su imali negativan test na SARS-CoV-2 test na početku istraživanja IMPACT i tijekom praćenja.

Bolesnici s COVID-19 pokazali su dramatično povećanje reaktivnosti svojih autoprotutijela u usporedbi s kontrolnom skupinom, uz veliku prevalenciju podskupine 22 autoprotutijela protiv imunomodulacijskih bjelančevina, uključujući citokine, kemokine, sastavnice komplekta i bjelančevine na staničnoj površini. Utvrđeno je da ta autoprotutijela narušavaju imunostnu funkciju i virološki nadzor inhibiranjem imunoreceptorske signalizacije i

mijenjajući sastav perifernih imunostnih stanica. Također, na mišjem modelu zaraze SARS-CoV-2 mišji surogati ovih autoprotutijela pogoršali su ozbiljnost bolesti. Analiza autoprotutijela protiv tkivnih antigena otkrila je povezanost sa specifičnim kliničkim obilježjima i težinom bolesti.

U zaključku, ovi rezultati impliciraju patološku ulogu autoprotutijela usmjerenih na egzoproteome u COVID-19 s različitim utjecajima na imunostnu funkcionalnost i povezanost s kliničkim ishodima. Imunostni putevi prethodno podcijenjeni u etiologiji COVID-19, u istraživanju Wang i sur. ukazuju na potencijalno nove terapijske mogućnosti te na potrebu daljnjih istraživanja autoprotutijela u patogenezi zaraznih bolesti.

(Nature. 2021 May 19. doi: 10.1038/s41586-021-03631-y.)

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

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Abramović I, Vrhovec B, Skara L, Vrtarić A, Nikolac Gabaj N, Kulis T, Stimac G, Ljiljak D, Ruzić B, Kastelan Z, Kruslin B, Bulić-Jakus F, Ulamec M, Katusić-Bojanac A, Sincić N. MiR-182-5p and miR-375-3p have higher performance than PSA in discriminating prostate cancer from benign prostate hyperplasia. **Cancers** (Basel). 2021 Apr 25;13(9):2068. doi: 10.3390/cancers13092068.

Bedenić B, Meštrović T. Mechanisms of resistance in gram-negative urinary pathogens: from country-specific molecular insights to global

clinical relevance. **Diagnostics** (Basel). 2021 Apr 28;11(5):800. doi: 10.3390/diagnostics11050800.

Bogdanić N, Bendig L, Lukas D, Zekan Š, Begovac J. Timeliness of antiretroviral therapy initiation in the era before universal treatment. **Sci Rep**. 2021 May 18;11(1):10508. doi: 10.1038/s41598-021-90043-7.

Briški N, Vrgoč G, Knjaz D, Janković S, Ivković A, Pećina M, Lauc G. Association of the matrix metalloproteinase 3 (MMP3) single nucleotide polymorphisms with tendinopathies: case-control study in high-level athletes.

Int Orthop. 2021 May;45(5):1163-1168. doi: 10.1007/s00264-020-04684-w

Bukovac A, Kafka A, Raguž M, Brlek P, Dragičević K, Müller D, Pećina-Šlaus N. Are we benign? What can wnt signaling pathway and epithelial to mesenchymal transition tell us about intracranial meningioma progression. **Cancers** (Basel). 2021 Apr 1;13(7):1633. doi: 10.3390/cancers13071633.

Jelinčić I, Degmečić D. Prevalence of hallucinations in the general Croatian population.

Int J Environ Res Public Health. 2021 Apr 16;18(8):4237. doi: 10.3390/ijerph18084237.

Jovičić Burić D, Muslić L, Krašić S, Markelić M, Pejnović Franelić I, Musić Milanović S. Croatian validation of the Compulsive Internet Use Scale. **Addict Behav**. 2021 Mar 26;119:106921. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.106921.

Kasović M, Kalčik Z, Štefan L, Štefan A, Knjaz D, Braš M. Normative data for blood pressure in Croatian war veterans: a population-based study. **Int J Environ Res Public Health**. 2021 Apr 15;18(8):4175. doi: 10.3390/ijerph18084175.

ADENOTONZILEKTOMIJA U DJECE POBOLJŠAVA ŽIVOTNU KAKVOĆU NO NE I PONAŠANJE

▼ PORUKA ČLANKA

U djece s poremećajima disanja u snu adenotonzilektomija poboljšava spavanje, disanje i kvalitetu života, no ne i ponašanje.

Poremećaji disanja u spavanju variraju u težini od čestog hrkanja, koje se javlja u 5 - 10 % djece, do teške opstruktivne apneje u spavanju (OSA), za koju se procjenjuje da se javlja u 1 - 4 % djece. K tome, uz poremećeno noćno spavanje, djeca s takvim teškoćama češće imaju i različite poremećaje ponašanja tijekom dana, od depresije i anksioznosti do agresivnosti i hiperaktivnosti. Preporučeni je način liječenja poremećaja disanja u snu adenotonzilektomija. Različita istraživanja istraživala su stoga utjecaj tog postupka na ponašanje. No, većina spomenutih istraživanja ispitivala je utjecaj na ponašanje kraće od 6, a tek nekoliko kraće od 12 mjeseci nakon što je učinjena adenotonzilektomija.

Australski liječnici su prospektivno longitudinalno istražili obrasce spavanja te procijenili životnu kakvoću i ponašanje u vrijeme adenotonzilektomije te 6 i 48 mjeseci nakon nje u djece dobi od 3 do 12 godina, te ih usporediti s rezultatima prikupljenim u zdrave djece koja ne hrču. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 68 djece kojima su obrasci spavanja i disanja procijenjeni pomoću polisomnografije, a ponašanje pomoću testa za procjenu ponašanja djeteta, dok je životna kakvoća ispitana upitnikom OSA-18 koji je sadržavao pitanja iz pet područja (poremećaji spavanja, psihički simptomi, emocionalne teškoće, funkcioniranje tijekom dana i procjena roditelja/skrbnika).

Rezultati su pokazali kako se spavanje i disanje značajno popravilo u djece s poremećajem disanja u spavanju, s tek minimalnom ostatnom opstrukcijom zamjetnom 48 mjeseci nakon adenotonzilektomije. U usporedbi s podacima prikupljenim u vrijeme provođenja zahvata, životna kakvoća također se značajno popravila, tako da je 6 i 48 mjeseci nakon

zahvata bila usporediva s onom u zdrave djece. No, pokazalo da ni 48 mjeseci nakon adenotonzilektomije u djece s poremećajem disanja u spavanju nije bilo poboljšanja u ispitivanim obrascima ponašanja, što je u suprotnosti s nekim prethodnim istraživanjima.

Autori su zaključili kako bi razlog za izostanak poboljšanja ponašanja mogao ležati u činjenici da su sudionici ovog istraživanja podvrgnuti adenotonzilektomiji u kasnijoj dobi, zbog čega su simptomi poremećaja disanja u spavanju bili dulje prisutni. Ipak, dodaju kako su rezultati prikazanog istraživanja još jednom potvrdili poboljšanje u obrascima spavanja i disanja, kao i poboljšanje u životnoj kakvoći nakon adenotonzilektomije, te kako su navedena poboljšanja bila prisutna i četiri godine nakon operacije.

(Sleep Med. 2021 May;81:418-429. doi: 10.1016/j.sleep.2021.02.057)

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

Lelas A, Greinix HT, Wolff D, Eissner G, Pavletic SZ, Pulanic D. Von Willebrand Factor, Factor VIII, and other acute phase reactants as biomarkers of inflammation and endothelial dysfunction in chronic Graft-versus-host disease. **Front Immunol.** 2021 Apr 30;12:676756. doi: 10.3389/fimmu.2021.676756. eCollection 2021

Ljubin-Golub T, Uzun S, Mimica N, Kozumplik O, Kalinic D, Kovacic Petrovic Z, Folnegovic Grosic P, Pivac N. Platelet serotonin concentration and trait aggression in veterans with post-traumatic stress disorder: a preliminary study. **Stress.** 2021 May 19;1-8. doi:10.1080/10253890.2021.1920918.

Murgic J, Chung HT. In Regard to van Son et al. **Int J Radiat Oncol Biol Phys.** 2021 Jun 1;110(2):617-618. doi: 10.1016/j.ijrobp.2021.01.022.

Musulin J, Štifanić D, Zuljanić A, Čabov T, Dekanić A, Car Z. An enhanced histopathology analysis: an AI-based system for multiclass grading of oral squamous cell carcinoma and segmenting of epithelial and stromal tissue. **Cancers (Basel).** 2021 Apr 8;13(8):1784. doi: 10.3390/cancers13081784.

Neskovic N, Mandić D, Marcz S, Skiljic S, Kristek G, Vinkovic H, Mraovic B, Debeljak Z, Kvolik S. Different pharmacokinetics of tramadol, O-demethyltramadol and N-demethyltramadol in postoperative surgical patients from those observed in medical patients. **Front Pharmacol.** 2021 Apr 15;12:656748. doi: 10.3389/fphar.2021.656748. eCollection 2021.

Petranović Ovcariček P, Deandreis D, Giovannella L. Thyroid dysfunctions induced by molecular cancer therapies: a synopsis for nuclear medicine thyroidologists. **Eur J Nucl Med Mol Imaging.** 2021 May 10. doi: 10.1007/s00259-021-05394-0

Podrug K, Sporea I, Lupusoru R, Pastovic F, Mustapic S, Bâldea V, Bozin T, Bokun T, Salkic N, Širli R, Popescu A, Puljiz Z, Grgurevic I. Diagnostic performance of 2-D shear-wave elastography with propagation maps and attenuation imaging in patients with non-alcoholic fatty liver disease. **Ultrasound Med Biol.** 2021 May 10;S0301-5629(21)00146-0. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2021.03.025.

Tomac J, Mazor M, Lisnić B, Golemac M, Kveštak D, Bratić M, Bilić Zulte L, Brinkmann MM, Dölken L, Reinert

LS, Paludan SR, Krmpotić A, Jonjić S, Juranić Lisnić V. Viral infection of the ovaries compromises pregnancy and reveals innate immune mechanisms protecting fertility. **Immunity.** 2021 May 12;S1074-7613(21)00182-5. doi: 10.1016/j.immuni.2021.04.020.

Verbanac D, Čeri A, Hlapčić I, Shakibaei M, Brockmueller A, Krušlin B, Ljubičić N, Baršić N, Detel D, Batičić L, Rumora L, Somborac-Bačura A, Štefanović M, Čelap I, Demirović A, Petlevski R, Petrik J, Grdić Rajković M, Hulina-Tomašković A, Rako I, Saso L, Barišić K. Profiling colorectal cancer in the landscape personalized testing-advantages of liquid biopsy. **Int J Mol Sci.** 2021 Apr 21;22(9):4327. doi: 10.3390/ijms22094327

Dulce cum utili!

Jezične dvojbe pri oslovljavanju

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



O oslovljavanju su napisani brojni članci i savjeti jer oslovljavanje kao nezaobilazan dio ljudske komunikacije možemo promatrati s više strana. Način na koji se kome obraćamo govori o našem odgoju i obrazovanju, o statusu koji imamo u društvu, o položaju na kojem se nalazimo, o stavovima i vrijednostima koje zastupamo. Bez obzira na to obraćamo li se kome govorenim ili pisanim putem, obraćamo li mu se u poslovnoj ili privatnoj komunikaciji, trebamo znati kako se osobi treba pravilno obratiti. Zato ćemo u ovom broju *Liječničkih novina* govoriti o pravilima koja postoje u društvu u vezi s oslovljavanjem. Nezaobilazno se pritom moramo osvrnuti na bonton, odnosno na društveno prihvatljivo ponašanje, običaje, odnosno načine ponašanja koji su se ustalili u zajednici i koji se prenose iz naraštaja u naraštaj, na jezičnu kulturu, pravopis i gramatiku.

Oslovljavanje u bližoj i daljoj obitelji

Ako mislimo da se u privatnome razgovoru osobi možemo obraćati slobodno i da oslovljavanje u toj vrsti komunikacije ne podliježe nikakvim pravilima, nismo u pravu. Od davnine možemo pratiti kako su naši, i ne tako davni predci (vidjet ćete u rezultatima istraživanja koje ću vam prikazati), i u toj vrsti komunikacije razvili stroga pravila. U istraživanju koje je provedeno u osamnaest hrvatskih županija prije šest godina došli smo do vrlo zanimljivih podataka. Nije neobično da se u velikom broju hrvatskih krajeva stanovnici rođeni do 40-ih godina prošloga stoljeća majci, ocu, baki i djedu te tetki, stricu i ujaku još uvijek obraćaju ili su se obraćali na „vi“, ali je zanimljivo da su se i oni rođeni 90-ih godina prošloga stoljeća nastavili obraćati na „vi“ u komunikaciji s tetkom, stricem i ujakom,

iako se usporedno pojavljuje i oslovljavanje tih rođaka na „ti“. Još uvijek na „vi“ oslovljavaju svoje tetke, stričeve i ujake oni rođeni u vrijeme Domovinskoga rata i nešto mlađi od njih u Sisačko-moslavačkoj županiji u Glini i Petrovcu, u Splitsko-dalmatinskoj županiji u Splitu, u Krapinsko-zagorskoj županiji u Zlatar Bistrici, Mariji Bistrici, u županiji Grad Zagreb u Zagrebu, u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji u Maloj Babinoj Gori, Dubrovačko-neretvanskoj županiji u Trstenom i Varaždinskoj županiji u Visokom. Istraživanje nije provedeno u svim naseljenim mjestima svih županija, ali je obuhvatilo velik broj njih i velik broj ispitanika po županijama tako da se za svaku županiju mogu dobiti zanimljivi podatci. Može se primijetiti kako se oslovljavanje na „vi“ među mladom populacijom zadržalo samo prema daljim rođacima (tetkama, stričevima i ujacima), dok se prema bližim rođacima (majka i otac) zadržalo među onima rođenima do 40-ih godina prošloga stoljeća uz nekoliko iznimaka (u Krapinsko-zagorskoj županiji nekoliko ispitanika rođenih 60-ih godina). Odnos „vi“ – „ti“ uvijek je vezan uz to koliko smo s osobom kojoj se obraćamo bliski. Tako da se s obzirom na to kako se obraćamo bližoj i daljoj rodbini, mogu uočiti društvene i sociološke promjene koje su nastale u posljednjih 50-ak godina u načinu obiteljskoga života. To se može povezati i s tradicionalnim rodbinskim nazivima o kojima smo bili govorili u članku iz studenoga 2019. Tada smo bili rekli kako je do zaborava tradicionalnih rodbinskih naziva došlo dobrim dijelom i zbog promjene načina života koji je doveo do prostornoga udaljavanja od rodbine, a time i do rjeđe učestalosti susretanja i manjega broja potrebnih životnih odnosa među rodbinom.

Pravila ponašanja i jezična pravila pri oslovljavanju

Iako se oslovljavanje u poslovnoj komunikaciji bitno razlikuje od onoga u osobnom razgovoru ili dopisivanju, pravila vezana uz oslovljavanje postoje i u jednom i u drugom slučaju. Pravila ponašanja dio su kulture svakoga naroda, a jezična je kultura u temelju svake kulture. Nekada se može dogoditi da nesvjesno narušimo red koji postoji u kojoj kulturi s obzirom na to da, uz opća pravila ponašanja, postoje i pravila vezana uz pojedine narode i s kojima bi se trebalo upoznati ako se planiramo susresti s osobama drugih kultura ili ako putujemo u zemlje u kojima se pravila razlikuju od naših. Do nepoštivanja pravila pri oslovljavanju može doći i zbog neznanja. Jedan naš dragi, nažalost, već prije puno godina preminuli profesor, koji je bio autorom i *Rječnika hrvatskoga jezika*, nama studentima znao je uvijek govoriti da nije sramota ne znati, ali da je sramota ne znati i ne željeti saznati. Pravila ponašanja dio su odgoja kojem smo podvrgnuti od rođenja u bližoj i daljoj obitelji, okolini u kojoj odrastamo, u odgojno-obrazovnim institucijama, ali sami moramo uložiti napor tijekom cijeloga života da upotpunimo one dijelove koji su nam možda na tom putu nekako izmaknuli. Isto je i s obrazovanjem. Zato ćemo u sljedećim potpoglavljima ponoviti neka pravopisna i gramatička pravila vezana uz oslovljavanje s kojima smo se susretali i tijekom školovanja, ali nije ih naodmet ponoviti i možda saznati nešto novo.

Pravopisna pravila vezana uz pisanje zamjenica ti/Ti, vi/Vi

U pisanoj upotrebi hrvatskoga jezika osim gramatičkih pravila moramo poštovati i pravopisna pravila jer nam samo njihovo pridržavanje omogućuje pravilan i jedinstven način

pisanja i čitanja, odnosno razumijevanje onoga što je napisano.

U jednom pravopisnom pravilu navodi se da se zamjenica *Vi* i zamjenice *Vas*, *Vaš* i *Vama*, *Vašem*, *Vašoj*, *Vašeg(a)* piše velikim početnim slovom kad se njome obraćamo jednoj osobi, odnosno kada oslovljavamo jednu osobu želeći joj izraziti poštovanje. Npr. u rečenici *Poštovani gospodine Juriću, zahvaljujemo Vam na upitu.*, zamjenica *Vam* bit će napisana velikim početnim slovom. I zamjenica *Vaša* u izrazu *Vaša Ekscelencija* (kojom se oslovljavaju predsjednik ili predsjednica države, ministar ili ministrica vanjskih poslova i veleposlanik ili veleposlanica), zatim *Vaše Veličanstvo* (kojom se oslovljavaju carevi, kraljevi i članovi vladarskih obitelji) piše se velikim početnim slovima. Međutim, ako prilikom upotrebe zamjenice *vi* oslovljavamo veći broj osoba, onda tu zamjenicu pišemo malim početnim slovom. Zamjenicu *vi* ćemo zbog toga, npr. u rečenici, *Poštovani zaposlenici, zahvaljujem vam na uspješno obavljenom poslu.* pravilno napisati malim početnim slovom.

Osim zamjenice *Vi*, kada je iz poštovanja pišemo jednoj osobi, velikim početnim slovom možemo pisati i zamjenice *Ti*, *Tvoj* i *Tvome*, koje uobičajeno pišemo malim početnim slovom jer njima označavamo osobe koje su nam bliske, npr. po rodu, po dobi, po zvanju, po prijateljstvu. Naime, ponekad prema nekoj osobi istodobno osjećamo bliskost, možda i prijateljstvo, ali i duboko poštovanje. U tom slučaju zamjenicu *ti* možemo također napisati velikim početnim slovom. Tako ćemo istodobno pokazati poštovanje, prijateljstvo, ali i suzdržanost prema osobi kojoj pišemo.

Gramatička pravila vezana uz obraćanje na *vi/Vi*

U medicinskoj se struci nerijetko u obraćanju pacijentu na *vi/Vi* iz poštovanja pojavljuje odstupanje od gramatičke norme u obliku predikata (glagola). Prilikom obraćanja jednoj osobi na *vi/Vi*, odnosno kada zamjenicu *vi/Vi* upotrebljavamo u značenju jednine, a ne množine, moramo predikat (glagol) koji uz nju dolazi staviti u množinu muškoga roda bez obzira na to je li osoba na koju se ta zamjenica odnosi muškarac ili žena. Tako nisu pravilne rečenice: *Poštovana gospođo, pisala ste nam o svom problemu.* ili *Vi ste došao.* / *Vi ste došla.*, *Vi ste to zaslužio.* / *Vi ste to zaslužila.*, nego treba: *Poštovana gospođo, pisali ste nam o svom problemu.*, *Vi ste došli.* ili *Vi ste to zaslužili.*

Pravila ponašanja u poslovnim odnosima

Bonton u poslovnim odnosima temelji se na društvenim normama kao skupu opće-

prihvaćenih pravila i dio je poslovne kulture svake radne sredine. Poslovnoga se bontona zato treba pridržavati svaki član profesionalne zajednice jer se time reguliraju poslovni odnosi, odnosno pridonosi se njihovoj profesionalizaciji. Ujedno nam pravila poslovnoga bontona mogu pomoći i u jačanju dobrih poslovnih odnosa.

Prema pravilima poslovnoga bontona u institucijama s podjelom po statusu i hijerarhiji oslovljavanje se provodi po zanimanju ili funkciji. Tako se u akademskome svijetu profesore oslovljava s „gospodine profesore” ili „gospođo profesorice” ili samo s „profesore”, „profesorice”. S „kolega” ili „kolegice” možemo se obratiti samo sustručnjacima istima po stupnju i funkciji. **Također je neprimjereno kolegom ili kolegicom osloviti generacijski stariju osobu od sebe.** Pravila lijepoga ponašanja nalažu da osoba viša po statusu može osobu nižu po statusu nazvati *kolegom* ili *kolegicom*, pa tako profesorica ili profesor može studenticu ili studenta nazvati *kolegom*, odnosno *kolegicom*, ali obrnuto nikako ne bi bilo pristojno. Isto tako direktorica ili direktor može nazvati zaposlenicu ili zaposlenika *kolegom*, odnosno *kolegicom*, ali ne i zaposlenik direktora.

Na simpozijima i skupovima posvećenim jednoj profesiji obraćamo se s „poštovani kolege”/„dragi kolege”. Kada uz riječ *kolega* (ako je

riječ o jednom muškarcu) ili *kolege* (ako je riječ o skupu muškaraca ili miješanom skupu muškaraca i žena) dolazi neka druga riječ (zamjenica, pridjev, glagolski pridjev), onda je ta riječ u muškome rodu, npr. *Moj kolega dolazi za pola sata.*, a ne *Moja kolega dolazi za pola sata.*; *Moji kolege su me odmah nazvali.*, a ne *Moje kolege su me odmah nazvale.* Tako je i kada se uz navedene imenice nađu pridjevi, pa je pravilno reći: *poštovani kolega*, *poštovani kolege*, *dragi kolega*, *dragi kolege*.

I za kraj još malo pravila vezanih uz navođenje imena i prezimena u akademskom pisanju. Obilježje akademskih tekstova je pozivanje na autore uz navođenje imena autora. Treba naglasiti kako se u takvim vrstama tekstova navodi samo prezime autora bez navođenja akademskih titula i imena (iznimka je ako se u tekstu pojavljuje više autora s istim prezimenom). U tom slučaju, za razliku od prije opisanih, ne znači da zbog nenavođenja akademske titule ne poštujemo tu osobu, nego je riječ o pravilima znanstvenoga stila pri čemu akademsku titulu autora kojeg citiramo ili na kojeg se pozivamo zbog jednostavnosti nije potrebno navoditi.

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

PROVJERITE ZNANJE:

1. Koja je tvrdnja netočna?

- A** Ne treba pisati i navodnike ako naslove i imena napišemo kosim slovima (kurzivom).
- B** Zarez pišemo ispred dijelova rečenice koji su po značenju suprotni.
- C** Vokative i usklikne ne odvajamo zarezom od ostatka rečenice.
- D** U navodnicima se piše riječ/skup riječi kada njom/njima iskazujemo sumnju ili ironiju.

2. U kojoj je rečenici vokativ pravilno upotrijebljen?

- A** Draga moja strina, želim ti sve najbolje.
- B** Kći moja, uspjeh ćeš samo marljivim radom.
- C** Kandidatu, dobro ste napisali test.
- D** Poštovani gospodine Ivan, Vaš se trud isplatio.

3. Koji je oblik muškog imena u dativu nepravilno oblikovan?

- A** (od Bruno) Bruni
- B** (od Miro) Miri
- C** (od Jerry) Jerryju
- D** (od Lovro) Lovru

Točni odgovori: 1. C; 2. A (imenice *terka*, *ujna* i *strina* imaju V jednak N kada znače rodinski odnos); 3. D.

RAZUMIJEVANJE NARAVI BOLESTI NA TEMELJU POVIJESNIH ISKUSTAVA DUBROVNIKA

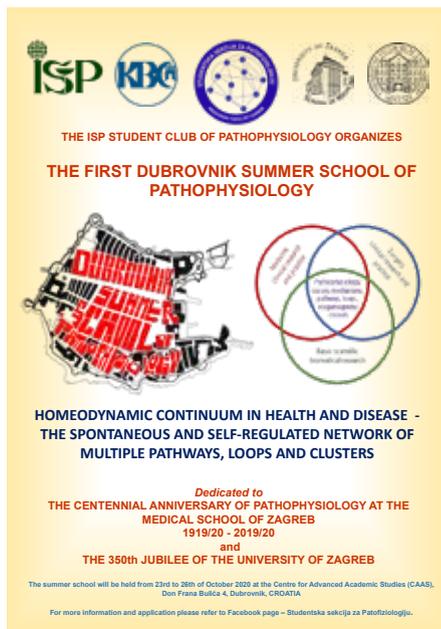
Piše dr. Stjepan Krsić

SEMINAR PATOFIZIOLOGIJE U SAMOSTANU

U svrhu akademskog obilježavanja stogodišnjice patofiziologije u Hrvatskoj Katedra za patofiziologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i studentska sekcija za patofiziologiju organizirali su troipoldnevnu Ljetnu međunarodnu školu patofiziologije u Dubrovniku, s elektroničkim i sudjelovanjem uživo. Sudionici iz 12 zemalja s tri kontinenta aktivno su sudjelovali u tematici posvećenoj homeostatičkim načelima i načinima fiziološkog funkcioniranja u zdravlju i bolesti. Integrativno razumi-



Pozorni slušači u smirenom središtu Dominikanskoga samostana pratili su seminar o povijesti epidemija, funkcioniranju karantena, ljekarničkoj djelatnosti i zdravstvenoj skrbi u Dubrovniku te o kulturalnim i civilizacijskim postignućima grada (snimak M. Glass)



U listopadu 2020. je u Poslijediplomskome središtu Sveučilišta u Zagrebu održana međunarodna ljetna škole patofiziologije, na mješovit način (uživo i elektronički), posvećena stogodišnjici Patofiziologije u Hrvatskoj.

jevanje etiopatogeneze iz pletore podataka postgenomske ere središnji je izazov suvremene medicine. U program škole je uključen doprinos Dubrovnik kao jedinstvenoga civilizacijskog središta, čije su se ustanove brinule i pronalazile rješenja za medicinske izazove pojedinih epoha. Sudionici škole su imali jedinstven, *in situ*, seminar u Dominikanskome samostanu, koji se skladno uklopio u tematiku i škole i suvremenoga problema pandemije.

PREGLED POVIJESTI MEDICINE U DUBROVNIKU

Bolesti su, nažalost, sastavni dio ljudskog života. Cio ga život prate kao sjena od koje ni na koji način ne može pobjeći. To na osobit način važi za zarazne ili kužne bolesti (lat. *pestilentiae*) koje su u vrlo kratkom roku u stanju opustošiti čitave krajeve.

Prvi poznati slučaj jedne takve epidemije zabilježio je stari grčki povjesničar Tukidid u svojoj *Povijesti Peloponeskog rata*

koji se 430. - 426. pr. Kr. vodio između Atene i Sparte. U opkoljenom gradu Ateni kuga („Atenska kuga“) pokosila je oko 2/3 njezinih stanovnika, među kojima se našao i veliki državnik Periklo, što je ubrzalo propast klasične Grčke. I Tukidid je bio zaražen, ali je preživio. On je u svom izvješću zabilježio i neke simptome te pošasti: visoku temperaturu, mjehuriće na koži, bolno povraćanje, crijevne ulceracije i proljev.

Slična pošast opustošila je Rimsko carstvo u vrijeme Marka Aurelija (165. - 180. poslije Kr.). Opisao ju je u povijesti medicine glasoviti liječnik Galen („Galenova kuga“). Izbila je u rimskoj vojsci nakon vojne protiv Parta. U 30 godina koliko je trajala pokosila je između 5 i 30 milijuna ljudi, što je – kao i u slučaju „Atenske kuge“ – znatno ubrzalo propast Rimskog carstva.

Sljedeći slučaj takve pošasti izbio je u Bizantu 541. - 542. godine u vrijeme vladavine cara Justinijana („Justinijanova kuga“). Smatra se da se radilo o prvoj pandemiji bubonske kuge koja je ostala

puno poznatija pod imenom Crna smrt. Izbila je - kako se čini - najprije u Etiopiji i Egiptu, odakle su je skupa sa žitom u Cariograd brodovima prenijeli zaraženi štakori. Proširila se po cijeloj Europi, Sjevernoj Africi, Bliskom Istoku i južnoj Aziji. Bizantski pisac Prokopije iz Cezareje, koji je živio tijekom epidemije, piše da je od nje u Carigradu svakoga dana preminulo oko 10.000 ljudi. U takvoj situaciji nije bilo dovoljno mjesta za pokop mrtvih, zbog čega se bizantski pravni sustav našao u problemima oko sređivanja pitanja nasljeđivanja, pa je car bio prisiljen donositi nove zakone. Smatra se da je epidemija ubila oko i 40 % stanovnika Carigrada, kao i četvrtinu stanovnika Bizantskoga carstva. Nakon svoga prvog smrtonosnog pohoda epidemija je uskoro postala pandemija, koja se ponavljala svake generacije sve do 750. godine. U svojim smrtonosnim pohodima stajala je života oko 100 milijuna ljudi.

U europskoj povijesti možda je najpoznatija „crna kuga“ ili „crna smrt“ koja je između 1347. i 1353. poharala gotovo cijeli kontinent. Izbila je u Mongoliji, proširila se sve do Krima, odakle su je genovski brodovi skupa sa žitom proširili iz luka u kojima su pristajali: Carigrad, Solun, Mesina, Civitavecchia, Genova, Marseilles i dr. Računa se da je od oko 80 - 100 milijuna, koliko ih je tada imala Europa, pokosila oko jedne polovice. Savoja je izgubila 53 % stanovništva, Engleska između 25 i 55 %, Švedska 58 % itd. U Veneciji je umrlo oko 100.000 ljudi, isto toliko i u Firenci. Nakon što se oko 1357. konačno ugasila, pretvorila se u endemijску bolest koja je periodično izbijala, gotovo svakog desetljeća. Razlozi njezina brzog širenja bili su poglavito nepoznavanje njezine naravi, loši higijenski uvjeti, demografska gustoća srednjovjekovnog stanovništva i sl. Njezine strahote opisao je poznati talijanski književnik Giovanni Boccaccio (1313. - 1375.) u svom *Decameronu*. Slogan koji je tada vladao bio je: *fuge cito, fuge longe, non tarde revertere* (bježi brzo, daleko, i ne vraćaj se brzo). Trebalo je – drugim riječima – što prije napustiti zaražene sredine i potražiti utočište na osamljenim mjestima.

Ta pandemija je u povijesti medicine bila i velika prekretnica. Spoznaja da se zarazne bolesti prenose tjelesnim dodirima bila je oduvijek poznata, ali u medicini nije uhva-

tila korijena dok nije bila postavljena na valjane noge praktičnog iskustva, što je bio početak uvođenja zaštitnih mjera izolacijom zaražene robe i osoba. Čini se da je ta mjera prvi put primijenjena 1347. godine u Veneciji kao velikom trgovačkom gradu, zatim u gradovima Reggiju Emilia, Milanu i drugdje. Prvi lazaret otvoren je u Veneciji 1403. na jednom otočiću blizu grada. Godine 1467. to su primijenili Genova i druga mjesta.

DUBROVNIK

„Crna smrt“ nije zaobišla ni naše krajeve i gradove, posebno Dubrovnik koji je bio „balkanski emporij“, tj. važno trgovačko središte u koje su s kopna i mora navraćali trgovci iz raznih zemalja. To je dovelo do njegova gospodarskog procvata, ali i učinilo ga vrlo ranjivim zbog opasnosti od prijenosa kužnih bolesti. Najgore iskustvo koje je u svojoj dugoj povijesti Dubrovnik doživio bila je opisana „crna smrt“ iz 1348. godine. Dubrovački kroničar Nikola Ranjina (1494. - 1582.) izvješćuje da je ta „užasna i okrutna pošast“ izbila u gradu 15. siječnja 1348. i nesmiljeno harala punih sedam mjeseci, a u blažem obliku pune tri godine, ostavivši iza sebe pravu pustoš. Oni koji su bili njome zaraženi, odmah su dobivali akutnu ognjicu ili izbacivali krv umirući nakon svega tri dana u najstrašnijim mukama. Prema kronici Ivana Gundulića Marinova (1600. - 1650.) i jednoj bilješci pisanoj na rubu knjige dubrovačkih Statuta, od kuge je u razdoblju od 1348. do 1374. na dubrovačkom području umro 25.000 osoba od najviše 50.000 koliko ih je Republika u to vrijeme mogla imati. Dominikanski povjesničar Serafin M. Crijević (1686. - 1759.) popunja tu stravičnu sliku drugim podacima: u gradu Dubrovniku i neposrednoj okolici umrlo je 273 plemića, 300 građana i 10.000 pučana. Nitko nije znao pravog uzroka te pošasti, ni kako se od nje zaštititi. Bolest se, po njemu, prenosila samim ljudskim pogledom. Njezino izbijanje pripisivalo se čak i planetima, odnosno konjunkciji Jupitera i Marsa. Koliko je olakšanje nastupilo njezinim prestankom pokazuje činjenica da su dominikanci, da obilježe taj događaj, od suvremenog mletačkog kasnogotičkog slikara Paola (Paolo Veneziano) 1358. godine naručili veliko

slikano raspelo, najveće takve vrste na istočnoj jadranskoj obali, visoko pet metara, koje i danas ukrašava njihovu crkvu. Vlada Dubrovačke republike je kao zavjet protiv kuge troškom od 14.000 dukata na glavnom trgu dala proširiti dotadašnju crkvu sv. Vlaha, zaštitnika grada. Dubrovački kroničari i povjesničari navode više drugih epidemija kuge, pjegavog i abdominalnog tifusa, boginja i gripe koje su još od IX. st. harale dubrovačkim područjem: 1145., 1348., 1357., 1391., 1416., 1437. 1458., 1465., 1466., 1481. - 1483., 1526. - 1528., 1533. godine itd.

No ako je opasnost od kuge u Dubrovniku bila velika, ni skrb za njezino suzbijanje nije bila manja. Čim bi se u gradu pojavila pošast, stajala se u pokret posebna sanitarna služba da se njezine posljedice svedu na najmanju moguću mjeru. U XV. st. bili su imenovani posebni zdravstveni djelatnici, *officiales salutis*, s posebnim ovlaštenjima. Sastajali su se svakog jutra radi razmatranja stanja, o tome su podnosili izvješće vladi Republike i poduzimali sve što su mogli i znali za njezino suzbijanje. Posebno su morali paziti na to da se grobari ne miješaju sa zdravim stanovništvom, pravili su popis okuženih kuća, kopali rake izvan grada daleko od grobova drugih pokojnika i dr. Uz to su bili zaduženi za temeljito čišćenje, pranje, spaljivanje i dezinfekciju octom zaraženih stvari i okuženih kuća. Svi oboljeli morali su biti prijavljeni državnim vlastima i nisu se smjeli miješati sa zdravima. Protiv prekršitelja bile su predviđene nimalo nježne kazne, bili su osuđivani na smrt vješanjem, a bilo je i primjera da je neki prekršitelj bio spaljen na lomači.

Budući da je Dubrovnik bio dobro povezan s talijanskim gradovima, od njih je učio kako se protiv bolesti može boriti znanjem i iskustvom. Poslije Milana i Venecije, gdje se počela primjenjivati karantena za ljude

i okuženu robu, i Dubrovnik je počeo uvoditi takve mjere. Dana 27. srpnja 1377. bila je određena zabrana pristupa u grad robi i ljudima koji su dolazili iz zaraženih krajeva. Za njih je u trajanju od mjesec dana bila propisana izolacija na otočićima Mrkanu, Bobari i Supetru ispred Cavtata, a poslije i na Dančama. Za to vrijeme nitko im se, bez izričitog dopuštenja sanitarnih činovnika, nije smio približavati, donositi hranu, posjećivati ih i sl. Za prekršitelje bila je određena jednaka izolacija od mjesec dana. Pomorci su bili smješćavani na Mljetu gdje je stara zgrada benediktinskog samostana bila pretvorena u lazaret. Godine 1590. određeno je da se roba dovezena iz istočnih zemalja ima raskuživati u istočnom predgrađu Pločama, u zgradi u kojoj se do tada nalazilo skladište soli, poslije prozvano lazaret. Godine 1347. bio je osnovan „hospicium magnum“ kao zametak bolnice koja je počela s radom 1540. godine pod imenom „Domus Christi“. 1540. pretvoren je u javnu državnu bolnicu, prvu u pravom smislu te riječi.

Država je poduzimala i druge zaštitne mjere. Posebna pozornost se posvećivala čistoći gradskih ulica. U prvoj polovici XIV. st. započelo je njihovo popločavanje opekama i kamenim pločama, a 1415. godine bili su zaposleni stalni čistači ulica. G. 1436. vlada je izdala opširne propise o kanalizaciji. Iste godine pušten je u rad gradski vodovod koji je projektirao arhitekt Onofrio della Cava u Napuljskom kraljevstvu s dvjema javnim česmama, jednom u istočnom, druga u zapadnom dijelu grada, s obiljem pitke vode za sve građane bez ikakva plaćanja. Po tim i sličnim mjerama zaštite Dubrovnik je ostao poznat u povijesti medicine kao malo koji drugi grad.

Usporedno s ovim obrambenim mjerama počelo se snažnije nego dotle razvijati ljekarništvo. Pojedinci su se, istina, od pamtivijeka bavili prikupljanjem i prodajom ljekovitog bilja. Prvi trgovci takvim biljem, zvani „travari“, istovremeno su bili i pučki liječnici. Toj djelatnosti posebno je odgovaralo bogatstvo flore oko grada. No ljekarništvo se kao posebna medicinska grana, po ugledu na praksu u susjednoj Italiji, javilo razmjerno rano.

Narodnim „travarima“ i ljudima slična zanimanja uskoro su se pridružili školo-

vani ljekarnici. Prvi put se spominju u Dubrovniku u knjizi gradskih Statuta iz 1272., a isto tako i mjere koje se odnose na način mjerenja lijekova u ljekarnama. Vlada republike je 1318. donijela odluku o zaposlenju jednog ljekarnika čija je ljekarna morala uvijek bila opskrbljena svim mogućim lijekovima. Njihov je broj postupno rastao tako da se 1557. spominju čak sedam ljekarnika. Uz njih su bili stalno zaposleni liječnici, obično dvojica. Dužnost im je bila voditi brigu o zdravstvenom staju stanovništva, osobito u vrijeme epidemije. Jedan se zvao *physicus* („liječnik opće prakse“), a drugi kirurg („kirurgus“). Bili su dobro plaćeni. U XIV. st. imali su godišnju plaću od 200 dukata (400 perpera), u XV. st. 400 dukata ili 700 perpera. Najzad su u XVIII. st. kirurzi dobivali 500, a fizici 580 dukata. Povrh toga imali su besplatan stan ili 20 - 30 perpera u ime stanarine i 30 perpera za lijekove koje su besplatno dijelili bolesnicima. Od bolesnika s područja Republike nisu smjeli ništa naplaćivati. Ta praksa počinje 1319. godine kada je sklopljen ugovor s nekim Ivanom iz Salerna u Italiji koji je preuzeo obvezu liječenja svih stanovnika Republike. Kad su bili u pitanju stranci, liječnici su počevši od 1319. godine s njima sklopili poseban ugovor i naplaćivali svoje usluge, pa čak i uzimati dragocjenije predmete kao jamčevinu da će im one biti plaćene.

Liječnici su sve do XVI. st. bili stranci, uglavnom iz Italije. Tada počinjemo susretati i hrvatska imena. Posebno su se istaknuli neki Mednić i Toma Budislavić, poslije mrkansko-trebinjski biskup koji je medicinu studirao u Bologni.

SAMOSTAN SV. DOMINIKA

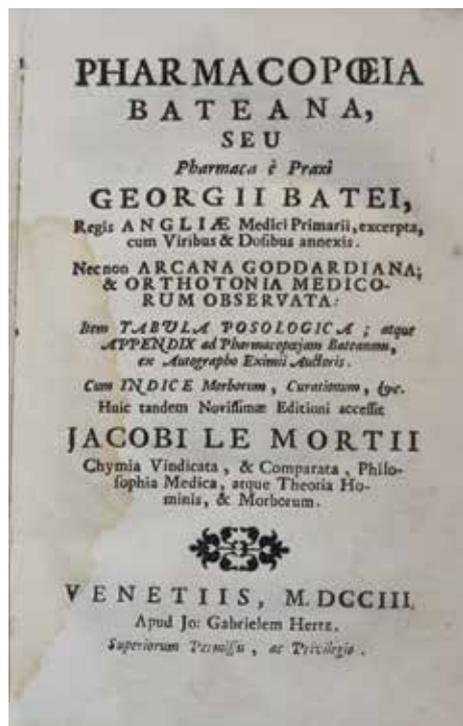
Zdravstvene prilike u dubrovačkim redovničkim zajednicama bile su slične onima koje su vladale među ostalim stanovništvom, s tom razlikom što su, budući da su živjeli u zajednici, bili izloženiji opasnosti zaraze. No imajući u vidu sve okolnosti izbivanja i širenja zaraznih bolesti, kod njih je ipak bila

malo življa svijest da zaraza jednog člana može biti fatalna za sve druge. Već od XIII. st. imali su neku vrstu zdravstvene zaštite. Među njima se spominju služba bolničara, prostorije za smještaj bolesnika i, naravno, lijekova, ali je provedba tih propisa ovisila o stvarnim mogućnostima svake zajednice.

Od sredine XVII. st. u knjigama samostanske administracije spominje se ljekarna: „*officina aromataria*“, „*officina pharmacopoea*“, „*apotheca aromataria*“ i sl. Bila je javnog karaktera pružajući svoje usluge svim građanima. Nalazila se u velikoj dvorani sadašnjeg muzeja. Imala je izlaz u vrt u kojemu se gajilo ljekovito bilje za pravljenje lijekova. Ne znamo kada je točno ustanovljena. Iz svega što o njoj znamo, postojala je oko 1650. godine. Imala je svoj statut s više različitih dužnosnika kojima je na čelu bio nadzornik (*inspector pharmacopoeae*). U njoj su se priređivali lijekovi za potrebe kako članova samostana tako i drugih građana. Izdani su na prozoru u prolazu koji je vodio na javnu ulicu. Lijekovi su se naplaćivali, osim u slučaju izbivanja kakve veće bolesti, kada su dijeljeni badava, osobito siromašnjima. Ljekarnici su bili stručno osposo-



U knjižnici samostana brojna su izvorna izdanja farmakoloških knjiga prema kojima su samostanski ljekarnici priređivali lijekove na način i u skladu s onodobnim spoznajama.



Farmakopeja iz 18. stoljeća s terapijskim indikacijama i doziranjem primjer je pouzdanog priručnika ljekarničke struke i ujednačavanja lječidbenih postupaka.

bljeni. Pratile su što se događalo u svijetu i to primjenjivali. U samostanskoj knjižnici sačuvalo se preko 200 svezaka medicinskih knjiga tiskanih u Veneciji, Rimu, Madridu, Parizu, Londonu, Amsterdamu, Kölnu, Beču i drugdje. Uz djela opće, teorijske i primijenjene medicine, tu ima djela iz gotovo svih grana medicine: oftalmologije, kirurgije, psihologije, gerontologije i sl. Na nekima od njih stoji zapisano da pripadaju ljekarni. Prvi nama poznati ljekarnik bio je fr. Martin za kojega znamo da je nakon potresa 1667. godine obilazio grad i bolesnicima besplatno dijelio lijekove. Bili su udruženi u posebno dioničarsko društvo s gradskim liječnicima i raspolagali prilično velikim svotama novca. Lijekove su sami proizvodili i ordinirali prema ustanovljenoj i potvrđenoj dozaži, a u posebnim slučajevima lijekovi su se naručivali čak iz Venecije. Djelovala je do 1803. kada je umro zadnji poznati ljekarnik. Kako bi našao novoga, samostanski prior Ambroz Divizić putovao je u Italiju našavši ga u Napulju. U Bariju su se ukrcali na jedan brod koji je trebao ploviti u Dubrovnik, kamo nikada nije stigao. Pretpostavlja se da su doživjeli brodolom ili završili kao

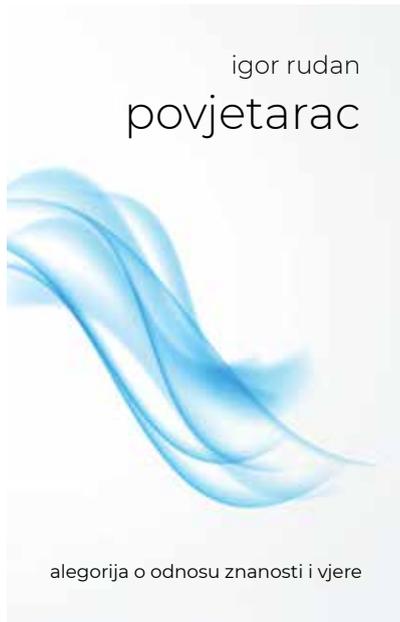


Samostanska knjižnica prava je akademska riznica koja uključuje mnoge medicinske spise i knjige, a potkraj XV. st. bila je otvorena za javnost i time postala treća javna knjižnica u svijetu, uopće. (snimak M. Glass)

roblje saracenskih gusara. Odmah poslijetoga, 1806. su Francuzi okupirali samostan te s time prestaje i njezin rad. Ovdje valja naglasiti da se svećenici nisu smjeli baviti liječničkim pozivom. „*Ecclesia abhorret a sanguine*“ (Crkva se žaca krvi), osim ako se radilo o pastoralnoj medicini. No to im nije smetalo da se bave biologijom ili teorijom medicine. Dubrovački dominikanac Grgur Budislavić (1485. - 1551.) bio je ne samo plodan filozof, teolog i pjesnik nego i prirodoslovac. Njegov rukopis *Silva naturalis* radi o biljkama, životinjama i mineralima u službi praktične medicine. U njemu je, uz latinska imena biljaka, prvi počeo bilježiti i njihov hrvatski naziv. Čuva se u sveučilišnoj knjižnici u Bologni.

Jedan drugi dubrovački dominikanac iz 17. st. je Ignacije Akvilini, enciklopedijski duh. Uz brojna djela različitog sadržaja iz medicine ostavio je iza sebe djelce *Liječnik kućni*, prvo neanonimno medicinsko djelo na hrvatskom jeziku, u kojemu je, radi lakšeg pamćenja, u stihovima opisao razne bolesti i način njihova liječenja. Čuva se u samostanskoj knjižnici koju su polaznici škole pregledavali i upoznavali u malim skupinama.

Detaljniji podatci i izvori: Stjepan Krasić, *Zdravstvena kultura i nekadašnja ljekarna Dominikanskog samostana u Dubrovniku / Health care and the old Pharmacy in the Dominican Monastery in Dubrovnik*, Dubrovnik, Matica Hrvatska, 2010.



Igor Rudan: POVJETARAC

U hrvatske je knjižare stigao kratki roman "Povjetarac". Ovom knjigom naš međunarodno priznati znanstvenik Igor Rudan, direktor Centra za globalno zdravlje Sveučilišta u Edinburghu i kolumnist Večernjeg lista, nakon serije popularno-znanstvenih knjiga o 21. stoljeću ("Točna boja neba", "Zao zrak", "U zemlji klanova" i "Očekujući vatre"), ponudio je svojim čitateljima i jedan literarni uradak.

Radnja počinje u ljeto 1988. u New Yorku, gdje autor upoznaje dvije neobične blizanke. Racionalna dešnjakinja podučava ga astrofizici, a ležerna ljevakinja slikarstvu i razmišljanju u simbolima. Je li izabrao pravu? Pet godina poslije, na studiju medicine, neprospavana noć u rađaonici odškrinula je vrata u usporedni svijet, te ga ponovno podsjetila na njih dvije. Smiju li i umrijeti, kao i oni tek rođeni, biti znatizeljni i optimistični? "Povjetarac" je istovremeno i pustolovna i ljubavna priča, ali i alegorija koja propituje poriv za istraživanjem svijeta. U odnosima između znanosti, umjetnosti, ljubavi i vjere pronalazi zajedničku poveznicu u nekoj vrsti ljepote.

Već nekoliko tjedana nakon pojavljivanja u knjižarama, ova se knjiga našla među najprodavanijima u Hrvatskoj. Knjiga svakako otvara nove dimenzije i kutove gledišta, te potiče na razmišljanje o dubljem smislu naših iskustava i zbivanja kojima svakodnevno svjedočimo. Mnogi bi čitatelji trebali pronaći u "Povjetarcu" nešto osobno i vrijedno. Što god očekivali od ove knjige, prije no što je uzmu u ruke ona će ih najvjerojatnije iznenaditi, i to na više načina.

Iz TRI SESTRE Antona Pavloviča Čehova

Čebutikin

(zlovoljan)

Đavo da ih sve odnese... i protrese... Misle da sam ja doktor, da umijem liječiti svakojake bolesti, a ja ne znam ama baš ništa, sve sam zaboravio što sam znao, ničega se ne sjećam, ama baš ničega. (Olga i Nataša odlaze, neopažene od njega.) I đavo neka ih sve odnese. Prošle srijede liječio sam na Zasipu neku ženu - umrla je, i ja sam kriv što je umrla. Da... štošta sam znao prije dvadeset i pet godina, a sada se ničega ne sjećam. Ničega. Možda ja i nisam čovjek, nego se samo gradim kao da imam i noge, i ruke, i glavu; možda ja uopće ne postojim, nego mi se samo čini da hodam, jedem, spavam. (Plače:) O, da mi je ne postojati! (Prestaje plakati, zlovoljno:) Đavo bi znao... prekjučer neki razgovor u klubu! Govore! Shakespeare, Voltaire... Ja ih nisam čitao, a gradio sam se licem kao da jesam. I drugi isto tako kao i ja. O bljutavštino! O niskosti! Pa se sjetih one žene što sam je umorio u srijedu... I svega se sjetih, i dođe mi na dušu tako krivo, gadno, mrsko... odoh, napih se...

(Irina, Veršinjin i Tusenbach ulaze; Tusenbach u novom i modernom civilnom odijelu.)

O likovima
liječnika
u lijepoj
književnosti

O liječniku
Čebutikinu
liječnik Čehov

Ivan Matoković, dr. med.

O D B O J K A Š

 Razgovarala prof. LADA ZIBAR

Zahtjevan profesionalni život mladog liječnika specijalizanta nije nespojiv s gotovo profesionalnim sportskim aktivnostima. Iako nije lak.

> Kakav je tvoj sportski put?

Kao dijete sam se vrlo rano započeo baviti tenisom. Tenis je moja prva i velika sportska ljubav. Nažalost, tu karijeru sam vrlo rano i završio, što zbog financijskih prilika, što zbog školovanja koje mi se u tom trenutku činilo puno važnijim. U studentskim sam se danima počeo rekreativno baviti odbojkom u osječkom MOK-u Željezničar. Nakon "Želje" odlazim u prvoligaški klub na Dravi, s kojim ne postizem značajnije rezultate. Nakon dvije godine izbjivanja i profesionalne odbojke u Kaštelima vraćam se u Osijek. Dobivam specijalizaciju radiologije za Našičku bolnicu te nastavljam s odbojkom u MOK-u Mursa.

> Koji su ti najvažniji sportski rezultati?

Usljed lošega stanja u osječkom klubu otišao sam nakon završene medicine igrati za Kaštela, gdje s njima postajem prvi put prvak države. Svrstao bih ovamo definitivno drugi plasman na europskom sveučilišnom prvenstvu sa svojim osječkim sveučilištem te ovogodišnje osvajanje kupa i drugi plasman u ligi s MOK-om Mursa.

> Kakva je tvoja sportska sadašnjost i kako vidiš svoju sportsku budućnost?

Liga 2020./2021. je završena pa nisam još siguran oko nastavka svoje karijere.

> Kakav je tvoj liječnički put? Kako vidiš svoju budućnost u medicini?

Smatram da je sada preda mnom velik izazov u radiologiji i htio bih postati kvalitetan i pedantan radiolog kojeg će pitati za mišljenje. Zanima me ultrazvuk muskuloskeletnog sustava i s njim bih se htio usavršavati u dijagnostici sportskih ozljeda.

> Kako je bilo spojiti ta dva puta, sportski i liječnički?

Profesionalni sport paralelno s tim velik je izazov i traži puno odricanja. Teško je nekad uskladiti brojna putovanja i svakodnevne treninge s dežurstvima, poslom, zaručnicom i obitelji. Mnogi su se pitali zašto si to radim i zašto samo ne "otkantom" odbojku.

> Kakvu poruku možeš prenijeti liječnicima iz perspektive liječnika/sportaša profesionalca na gotovo oba područja?

Vrlo teško pitanje! Nemam u biti poruku nego samo misao da bi svi moje kolege liječnici, zajedno sa mnom, trebali raditi na promicanju tjelesne aktivnosti općenito. Svi znamo koliko bi to rasteretilo medicinski sustav kad bi postotak populacije onih koji participiraju u nekom amaterskom ili profesionalnom sportu



dr. Ivan Matoković sa zaručnicom i s dokazom sportskog uspjeha

bio veći. Profesionalni sport i cijeloživotno bavljanje sportom učinilo me liječnikom koji ima drukčije vizije u pristupu prema pacijentu, u odnosu na one koji se nikada nisu okušali u tome. Kad god je primjereno zagovaram prikladan aktivan oporavak nakon ozljede.

ivan_matokovic@yahoo.com

> Koronatres u Zagrebu

Veljača je 2020. godine. Sve više se osjeća nelagodna u Zagrebu. Neka napetost, poput dolazeće zle kobi koja se neminovno primicala.

Pandemija koju je izazvao novi koronavirus s druge strane globusa galopirajuće se približavala i Hrvatskoj. Manje od dva mjeseca nakon početnih kraćih vijesti iz daleke Kine novi koronavirus počeo je zastrašujuće ubijati i u susjednoj Italiji.

Marka je ta uznemirujuća atmosfera donekle podsjećala na početak devedesetih i na prijetuće nagovještaje rata koji je tada uslijedio. Sada su svi više ili manje pričali o novom koronavirusu – obitelj, prijatelji, kolege, susjedi, u dućanu... čak i djeca u školi.

– Tata, u kojoj državi na svijetu sigurno neće biti koronavirusa? U Americi? – pitala ga je mlađa kći. Nije znao što bi joj odgovorio.

U početku su bila podijeljena mišljenja o pandemiji: jedni su odmahivali s podsmjehom na sam spomen nove bolesti, drugi zagovarali apsolutno zatvaranje granica i potpuno ograničenje kretanja, a treći rezignirano očekivali daljnji razvoj događaja.

Kao zatišje pred buru, Zagreb se činio koliko-toliko miran sve do 25. veljače kada je potvrđen prvi oboljeli od novog koronavirusa. U hipu se panika zavukla u kvartove grada! Jedna pozitivna osoba potakla je gomile ljudi da opustoše police u trgovinama kao da se potpuno obustavlja proizvodnja hrane do kraja vremena. Bitno je stvoriti zalihe! Posebno je bila fascinirajuća potreba kupovine velikih količina toaletnog papira, što je izazvalo i brojne duhovitosti na društvenim mrežama. Vrtoglavo je skočila cijena zaštitnih maski za lice, ako ih se uopće i moglo nabaviti. Nastavljeno je maratonsko pustošenje trgovina hranom i namirnicama, dok su svakodnevno s televizije i radija upozoravali kako „nema mjesta panici“.

Na stubištu je Marko ponovno sreo staru susjedu Maricu, koja bi ga u pravilu zaustavljala pričajući mu iznova svoje dugogodišnje zdravstvene tegobe. Marko je već odavno sumnjao da ona ciljano vreba na njega iza poluotvorenih vrata svoga stana kat ispod njegovog. No, ovog puta nije bila riječ o reumi.

– Sused, sused, kaj mislite bum li preživjela tu koronu? – pitala ga je zabrinuto.

– Bit će sve dobro. Važno je da dobro perete

ruke, i što manje otvarajte vrata od stana i izlazite van – umirujuće je mudrovaio Marko.

U bolnici u kojoj je Marko radio kao liječnik u početku se sve nastavljalo normalnim punim pogonom. Zatim su se počeli otkazivati inozemni a nakon toga i domaći kongresi, i prije bilo kakvih službenih restrikcija. Održane su prezentacije kako obući zaštitno odijelo i ostalu zaštitnu opremu, kako uzeti bris na novi koronavirus, uvodili su se novi protokoli. Sve je ipak bilo donekle uobičajeno dok se nije munjevito pročulo da se novim koronavirusom zarazilo i nekoliko liječnika. To je odjeknulo poput plamene bombe! Tko, kada, gdje, kako, je li dobro?... cirkuliralo je usmenom predajom i društvenim mrežama, posebno u medicinskim krugovima. Svi su znali sve ili barem ponešto, i svi su željeli saznati sve ili barem ponešto. Je li se taj liječnik zarazio na poslu? U ordinaciji? U hitnoj službi? Ili privatno? S kim je bio u kontaktu? Je li išao na skijanje, prije ili poslije preporuke da se ne ide na inozemne kongrese? Neki oboljeli su čak na društvenim mrežama javno objavili da ne skijaju i da nikada u životu nisu bili na skijanju. Znatiželji i ljubopitljivosti nije bilo kraja, a „skijanje“ je od čestog pomodarstva posljednjih godina odjednom postalo gotovo najpogrdniji pojam.

Nakon prvog oboljelog liječnika više ništa nije bilo isto. Napetost u bolnici je toliko porasla da se mogla skoro fizički osjetiti. Svi su ranjivi, svi se mogu zaraziti. Odjednom su svi na odjelu počeli stalno nositi masku (neki i dvije istovremeno), neki stalno i rukavice.

– Huh, a zašto ova toliko kašlje? Ima li povišenu temperaturu? Je li se testirala na koronu? – sumnjičavo su gledali jednu liječnicu koja je bolovala od astme i kronično kašljucala već dugi niz godina. Sada je to bilo odjednom svima sumnjivo. Testirala se, i, srećom, bila negativna na novi koronavirus. Odmah kao da je nekako i manje kašljucala. Ili to više nitko nije primjećivao.

Iz dana u dan se povećavao broj zaraženih u Hrvatskoj. Ograničenja su postajala sve stroža i stroža, zatvaralo se sve što nije neophodno za život. Učinjena je i velika reorganizacija posla u bolnici; voditelji pojedinih odjela će koordinirati rad ostalih liječnika koji će se izmjenjivati po dva tjedna rada, ovisno o mogućnostima, obolijevanju i iscrpljenosti. Bez stroge trijaže, provjere temperature i dezinfekcije ruku nije se moglo u nijednu bolničku zgradu. Pripremali

su se kreveti u velikoj dvorani Arene na zapadnom dijelu grada i postavljen je veliki šator za prijem bolesnika ispred bolnice koja će postati privremeni respiratorni centar u istočnom dijelu Zagreba. U drugim gradovima Hrvatske također se reorganizirao bolnički sustav. Televizijske snimke iz Bergama koje su prikazivale stravične detalje teških bolesnika na respiratorima i brojne umrle sa sjevera Italije dodatno su raspirivale uznemirenost iščekivanja epidemije biblijskih razmjera.

– Kolega, da samo znate koliko me ljudi ovih dana pitalo da im pišem preporuku za bolovanje – u povjerenju je Marku šapnula njegova starija kolegica. Sutradan je i ona ostala doma, zbog križobolje („dok se ne smiri situacija“).

Pomalo iznenađujuće, oni koji su inače bili samozatajni i pomalo u drugom planu, sada su smireno i korektno nastavljali sa svojim radom u tim vrlo stresnim trenucima. Prva se za dežurstvo požrtvovno javila uvijek energična liječnica Lara, unatoč svojoj maloj djeci kod kuće. I medicinske sestre su bile odlične, međusobno se ohrabrujući i pomažući u svakodnevnom iščekivanju hoće li se netko zaraziti u neposrednom radu s teškim bolesnicima, od kojih barem polovica kašlje i ima povišenu temperaturu.

– Doktore, danas sam sretan ali i jako tužan – nekoliko dana kasnije rekao je Marku bolesnik srednjih godina kojeg su otpuštali kući nakon što mu je uspješno transplantirana koštana srž. – Sretan sam što sam dobro. Tužan sam jer mi je jučer umro stari otac u mirovnom domu, a nisam ga mogao posjetiti. Nitko ga nije mogao posjetiti, umro je sam – rekao je s neobičnom pomirenošću.

Prolazili su dani. Nakon prve uznemirujuće svjesnosti da je novi koronavirus među nama, reorganizacije posla, pojačane kontrole ulaska i kretanja po bolnici, nastupila je nova zatupljujuća rutina izoliranosti i gubitka brojnih malih životnih zadovoljstava.

I onda, kao da to sve nije bilo dovoljno, 22. ožujka, u jutarnjim satima snažno se zatresao Zagreb, kao nikada u posljednjih 140 godina. Ljudi su potrčali iz svojih stanova na ulice, evakuirani su bolesnici iz bolnica, na hladnoću su izašle i trudnice i roditelje s malim bebicama iz radaona - svi u Zagrebu su u to nedjeljno rano jutro bili najbudniji na svijetu.

To jutro je, odmah nakon drugog pa i trećeg jačeg potresa, počeo padati i snijeg, kojeg nije bilo tijekom cijele netom završene zime u Zagrebu.

Snažan potres oštetio je najviše najuži centar grada, najljepše crkve, znamenite građevine, fakultete, kao i razne bolničke odjele. Ali najviše su bili potreseni sami ljudi strašno neugodnim osjećajem nemoći, koji je naćeo mnoge Zagrepćane puno jaće od samog koronavirusa.

– Sused, kaj se ovo zbiva? – sutradan ga je opet vrebala susjeda Marica kada se vraćao iz bolnice. Iznad maske koju je sada redovito nosila zrcalile su se drhtajuće oči. – Sused, kaj nam sada slijedi? Najezda skakavaca, Marsovci...?

Bio je to stvarno težak početak teške godine.

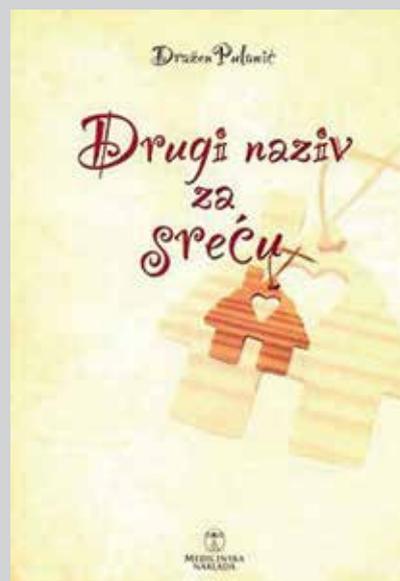
> O autoru

Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med., specijalist internist, uži specijalist hematologije, znanstveni savjetnik, rođen je 1974. godine u Zagrebu. Diplomirao je 1999. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Ak. godine 1996./97. dobio je Rektorovu nagradu za najbolji studentski znanstveni rad. Od studenoga 2020. voditelj je Odjela za hemostazu i trombozu te benigne bolesti krvotvornog sustava Zavoda za hematologiju Klinike za unutarnje bolesti KBC Zagreb.

Od studentskog razdoblja do danas bio je glavni urednik ili član uredništva više medicinskih časopisa. Bio je glavni urednik studentskog medicinskog časopisa *Medicinar* od 1996. do

1999. godine, pokrenuvši ga poslije višegodišnjeg neizlaženja. Također je bio međunarodni recenzent časopisa *Student British Medical Journal*, a potaknuo je i pokretanje studentske rubrike časopisa *Croatian Medical Journal*. Uredio je »Zbornik promoviranih doktora medicine 1999.-2000.« Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od 2001. godine je tajnik redakcije i član uredništva *Liječničkih Novina Hrvatske liječničke komore (LN HLK)*, surađuje s časopisom *Medix*, član je uredništva *Liječničkog vjesnika Hrvatskog liječničkog zbora* (od 2019.), a pokrenuo je i uredio časopise *Hemofilija* (2008.-2009.) i *Bilten Krohema-glasilo Hrvatske kooperativne grupe za hematološke bolesti Krohem* (od 2009. godine do danas).



Naslovnica zbirke kratkih priča »Drugi naziv za sreću«.



Članovi Povjerenstva za odabir najbolje kratke liječničke priče LN HLK 2007. godine (sjede slijeva: prof. Tomislav Sabljak, prof. Matko Marušić, stoje slijeva: prof. Igor Rudan, prof. Mladen Petrovečki (pok.) i doc. Dražen Pulanić)

Književnost mu je uz glazbu hobi niz godina. Najčešće piše kratke priče. U sklopu više natječaja »Ranko Marinković« za najbolju kratku priču »Večernjeg lista« objavljeno je devet njegovih pripovjetki. Bio je jedan od inicijatora Natječaja za liječničku kratku priču LN HLK i član Povjerenstva za odabir najbolje kratke liječničke priče LN HLK 2007. godine. Bio je to prvi literarni natječaj LN HLK, a koliko je poznato i prvi natječaj u hrvatskoj povijesti namijenjen liječnicima-piscima i njihovim kratkim pričama.

Zbirku kratkih priča pod nazivom »Drugi naziv za sreću« objavio je 2010. godine. U posebnom izdanju »Kronike Zavoda za povijest hrvatske književnosti, kazališta i glazbe Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti – Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti od Dimitrije Demetra do danas«, HAZU, 2008. godine, bio je najmlađi autor među uvrštenim liječnicima piscima.



Iako u svojoj osnovi praktični vojni objekt, Veliki zid je toliko lijep i poetičan da šecujući njime zanemarite koliko je zahtjevno strm

KINA

U zmajevom gnijezdu

Slavljenički broj LN-a zaslužuje za putopisnu temu neku iznimno zanimljivu destinaciju. Po mom iskustvu od Kine nema zanimljivije. Velika zemlja i velik izazov za svakog putnika. Ovaj članak pišem bez pritiska. Uvijek želim napisati sve zanimljivo što sam vidio ili doživio na nekom putovanju. U slučaju Kine to jednostavno nije moguće, pa s time nisam ni opterećen. Uz to što je veličinom, bogatstvom povijesti i kulture te političkim značajem prevelika, Kina se i prebrzo mijenja. Ne iz godine u godinu već iz dana u dan. Dakle, Kina je neopisiva, pa ni ja ne mogu puno pogriješiti u njenom opisu.

Bio sam tamo početkom rujna taman prije korone. Sletio sam u Šangaj. Carinske formalnosti pa hop na vlak. Jedini gradski magnetno levitacijski vlak na svijetu. Vozi preko tristo na sat. Kineske željeznice su što se tiče putničkog prometa sjajne. Ma, blago rečeno sjajne. Fantastične. Karte se mogu kupiti preko interneta, nisu skupe, vlakovi su brojni, brzi, točni. Da odmah objasnim što to konkretno znači. Npr. Šangaj - Peking 1318 km / 36 vlakova dnevno / najbrži 4 sata i 18 minuta / cijena 71 eura za 2. razred. Karte sam kupovao iz Hrvatske, podignuo ih na (bilo kojoj) željezničkoj stanici u Kini. Kineske željeznice prodaju za siću stajanje karte. Kako

izgleda stajući vagon na putu od 1500 kilometara nisam se usudio probati. Šangaj uopće nije tipična Kina. Baš zato je idealan grad za početak i za jednostavniju prilagodbu na Daleki istok. New York na steroidima. Više od 300 nebodera (ako neboderom smatrate zgradu višu od 30 katova). Većina njih u kvartu koji je prije 30 godina bio močvara. Užurban i prevelik grad (neki kažu najveći na svijetu), ali čini se grad s planom i idejom. Po mom iskustvu jednopartijski sustav znači korupciju i propast logike, grabež za osobni probitak bez razmišljanja o budućnosti. Šangaj to opovrgava. Iako se njime upravlja izravno iz Pekinga, vidi se da je

sve rađeno planski, sa ciljem i svrhom, glavom i repom. Nije da je sve to humano, ali nije da se baš i ne trude da tako izgleda. Uz to što imaju “Muzej Šangaja” imaju i “Muzej razvoja grada Šangaja”. Mislim da je to dobra ishodišna točka za kratko upoznavanje sa Šangajem, posebno za nekoga tko je prvi put tamo.

Cijene su uglavnom kao i kod nas. Renminbi je valuta, jedinica je Yuan. Vrijedi skoro jednu kunu, pa je lagano za snalaženje. Međutim, novce i kartice nitko više ne koristi. Sve se transakcije, čak i na placu, ili štandovima vrše preko mobitela aplikacijom WeeChat (Kineska društvena mreža sa širim mogućnostima). Ovdje se sve obavlja aplikacijama, i sva se roba dostavlja. Mislim apsolutno sve. Pri tome one kutije na leđima s kojima bicikliraju naši dostavljači Wolta i Glova ovdje bi smatrali džepnim tabakerama. Dostavljači u Šangaju na leđima nose prave ormare.

Velika većina prometa koji mi ni u jednom trenutku nije izgledao kao gužva (da, prometa ima, da, vozila ima jako, jako mnogo, ali promet stalno teče, nema zastoja i čekanja, nema kolona), dakle većina vidljivog prometa odvija se električnim motociklima i biciklima te autobusima. Romobila nema. Zapravo se većina prometa odvija metroom. Kažu da je najveći na svijetu, nisam guglao da provjerim, tek radi se o 364 stanice. U podzemnoj su gužve velike, ali ne i prevelike jer novi vlak dolazi odmah nakon prethodnoga. Doslovce odmah. Ujutro u podne ili navečer, vlak dolazi svake dvije minute. Karta košta tri kune. Automobilski promet je uglavnom nevidljiv jer su im najveće prometnice uzdignute iznad tla.

Kretanje u prometu nije bez opasnosti. Kao što rekoh, svi motocikli su električni, dakle nečujni su. Nas navikle na korištenje sluha u prometu može nečujno prometalo nemale brzine i volumena poprilično zateći. Nisam vidio niti jedan motor koji nije bio električni. Takvih uopće nema. Zagađenje je time bitno smanjeno. Buka donekle. Jesu nečujni, ali zbog toga svako malo potrupe.

Kinezi rade na promjeni svog ponašanja. Ili, bolje reći, vlasti nešto rade na edukaciji građana o “kulturnijem” ponašanju na javnim prostorima. Poput filmova u metroima ili edukacijskih ploča tipa “Ne pišaj u parku”.

Jako puno zapadnjačkog utjecaja vidljivo je posvuda u gradu. Ne samo u novom

dijelu, već i u starom. Veći dio današnjega gradskog središta razvio se oko područja koje su velike sile, prvenstveno Engleska i Francuska, dobile na korištenje kada su prije oko stoljeća i pol nakon razmjerno kratke borbe uspjele slomiti izolacionističku kinesku politiku i na silu otvorile kinesko tržište, europske sile dobile su u neograničenu koncesiju dijelove grada. Englezi uz obalu rijeke, Francuzi malo dalje. Ta obala, znana kao Bund, sada je kilometarska šetnica s jedinstvenom vizurom. S jedne strane prekrasne secesijske zgrade bivše engleske koncesije, a preko puta rijeke futuristički novi poslovni dio grada.

Vikend, tj. subota ujutro, puni parkove i ulice vježbačima. Tisuće njih, uglavnom u zrelih godinama. Uz tradicionalnu kinesku glazbu iz tranzistora, pojedinačno ili u skupinama uz rekvizite (mačeve) ili bez njih, vježbaju sporim pokretima s naglaskom na rastezanju. Naravno da sam im se priključio. Bez mača.

Najspektakularniji neboder za posjetitelje Šangaja zovu “Otvarač za boce” jer tako i izgleda. Najgornji kat ima stakleni pod i nema katove ispod (zamislite otvarač za pivo), pa hodaš iznad grada. Uz njega tu je “Shanghai Tower”, drugi najviši na svijetu. Malo niži od dubajske “Igle”. Volim se popeti na visoke zgrade, no ovdje moraš izabrati. Ima ih previše za posjetiti.

Šangaj ima veliki glavni trg, koji po meni uopće nije trg. To je pola cesta sa zgradama na obje strane (opera, muzej...), a pola veliki park. U jednom kutu parka vikendom se odvija trgovina. Zapravo ne trgovina, već sajam. Mame, ponekad bake, a iznimno i tate, ovdje dogovaraju - udaju svoje djece. Na šarene kišobrane stave oglase s osnovnim podacima. Za detaljnije informacije vade se mobiteli, pokazuju slike, sto poza, puni stas, aktivnosti, interesi. Nude se djevojke, ali bude u ponudi i muškaraca. Uglavnom tridesetogodišnjakinje, ali ide i do dvadeset pet. Ne moram vam reći da se tu nisam mogao dugo zadržati zbog silnog interesa koje su iskusne mame odmah iskazale na pojavu naočitog stranca u sjajnoj kondiciji. Da vam ne pričam što sam sve ovdje morao odbiti... ;)

Noćnim vlakom odvezao sam se iz Šangaja za Xian. Kinezi su uglavnom srdačni. Morao sam sa susjedima u vlaku podijeliti sve njihove večere i domaće kolače. I, naravno, sve to pohvaliti značajnim gesti-

kulacijama ogromnog užitka. Ipak sam ja jedan kulturni i fin gost koji se zna ponašati u društvu. Komunikacija uglavnom preko Google Translatora.

Xian je najstarija prijestolnica Kine. Mjesto gdje je Kina nastala. Regbi kolijevka Kine. Prvi kineski car, dakle tip koji je ujedinio kineske pokrajine (porazio, vojno dakako, ostalih šest konkurenata), uveo jedinstven jezik, jedinstven novac i sustav mjera, sagradio ceste te idejno i materijalno započeo gradnju onoga što danas zovemo “Veliki zid”, ovdje je osnovao prijestolnicu i utemeljio dinastiju Qin. Grad je danas u, recimo, centralnoj Kini, dakle daleko zapadnije od Pekinga i sjeverozapadno od Šangaja. Govorimo o godini 221. pr. Kr. Vrijeme kad Aleksandra postumno zaboravljaju, a Rim se još nije počeo uspinjati. Možda je sad prilika da ukratko objasnim fonetiku. Vrlo kratko. X je meko Š, skoro kao S. Q je meko Đ skoro Ć. Dakle dinastija Đin iz Šijana.

Za upoznati i uživati u Xianu treba vam dobra dva dana. To je tipična Kina, nema puno veze sa Šangajem. Xian je poznat kao ishodište Puta svile. (Sam naziv “Put svile” nije postojao u povijesti, dao mu ga je jedan Nijemac tek nedavno). Put svile je zapravo zajednički naziv za brojne karavanske pravce koji su povezivali razne mediteranske ili crnomorske luke, ali svi su počinjali ili, ako želite, završavali u Xianu. Taj grad je u srednjem vijeku opasan ogromnim pravokutnim zidinama visokima 12 metara, širokima otprilike jednako i dugačkima 13,7 kilometara. Vrhunska je fora obići ih biciklom. Neusporedive su s ijednim gradskim zidinama koje sam ja vidio. Sa četiri velike tvrđave nad dvostrukim vratima i 98 kula.

Xian ima dosta atrakcija, ali planetarno je poznat po “Ratnicima od terakote”. Kopajući bunar 1974. godine seljaci su u okolici grada naišli na najveće arheološko otkriće od otvaranja Tutankamonove grobnice. A možda i uopće.

Dakle, ovdje se posljednjih pola stoljeća polako budi vojska ratnika od terakote. Kad kažemo terakota, to jako fensi zvuči, ali to je zapravo najjednostavnija vrsta keramike. Pečena glina, tj. zemlja u doslovnom prijevodu. To, naravno, ne umanjuje fascinanciju ovih artefakata. Koliko ih je točno još se ni ne zna. Između 7000 i 8000. Uz to petstotinjak konja s konjancima, više od stotinu kola. Svi naoružani (koplja, mačevi, lukovi), okrenuti prema

>>



Pogled sa Šangajskog Bunda pruža se na jednu od najzbuđljivijih urbanih svjetskih vizura. Ovdje su dva od sedam najviših nebodera na svijetu

istoku u borbenoj formaciji. Pokopani su uz grob prijespomenutoga cara. Stvarno izgleda impresivno. Na nalazištu su tri jame (zapravo su otkrivene četiri, ali četvrta je prazna?) prekrivene halama, tj. dvije su hale, jedna zgrada. U jednoj je jami pješadija u napadačkoj formaciji, u drugoj na lijevom boku konjica i potpora, u trećoj stožer. Uglavnom su razbijeni i sada ih se dio po dio slaže, kao puzzle. Nema istih, različitih su lica i visine i tjelesne konstitucije. U prosjeku svaki vojnik teži oko 150 kilograma. Torzo je šupalj, slagani su u dijelovima, posebno trup, posebno noge, posebno ruke i glava. Imaju različite uniforme i uz njih su njihovi zapovjednici, dočasnici i časnici. Svaki ratnik je malo umjetničko djelo prepuno detalja. Brkovi, zalisci, frizure, marame. To je bio rad pravih majstora i na sebi imaju potpise, do sada su pronašli 86 potpisa različitih autora. Bili su obojani vrlo šareno. Razlog zbog kojih ne iskapaju nove ratnike je u tome što današnja tehnologija ne može spriječiti oksidaciju boja. U nekoliko minuta nakon izlaganja kisiku boje s terakote izblijede. (Nešto su probali Nijemci, ali bezuspješno. Kinezi su odlučili radije pričekati s nastavkom iskapanja dok tehnologija ne napreduje.) Uz glinene nađene su i brončane figure. Radi se o dvije prekrasne kočije s preko tristo dijelova u omjeru 2:1.

Kako to da su se uspjeli sačuvati 22

stoljeća? Teorije su razne, vjerojatno kombinacija svega pomalo. Kult poštivanja mrtvih na Istoku je jači. Mrtve ne diraju ni pljačkaši ili barem manje. Grobnice su dobro ukopane u zemlju, s nosačima, tvrdom podlogom i čvrstim stropom. Graditelja je bilo više od pola milijuna, ali same grobnice radio je ograničen broj njih, vjerojatno su pobijeni po dovršetku radova. Potres je dodatno zatrpao jame pa su sada na dubini od osam metara.

Inače, u suvenirnici možete kupiti cijelog ratnika u originalnoj veličini. Za par somova kuna. Meni, koji sam cijeli put prešao s prtljagom od četiri kilograma, bilo je malo previše. Nisam čak uzeo ni male kipiće. Nije mi se dalo nositi. Pet komada za dvadeset kuna, ali kila tereta. Sad mi je žao.

Dalje prema Pekingu ponovno noćnim vlakom, ovaj put spavaća kola, s malo drukčijim društvom. Dvije cure i jedan dečko ne poznaju se i međusobno nisu progovorili niti riječ. Cijelim putem ni bu ni mu. Izašli iz kupea i nisu se ni pozdravili. Jedinu koji je pokušavao pričati bio sam ja. Bezuspješno.

I napokon eto me u Pekingu. Mao ovdje živi i dalje, gotovo pola stoljeća nakon smrti njegove slike su posvuda, u hotelima i hostelima, kolodvorima, restoranima, muzejima. U mauzolej nisam otišao.

Moram nešto sačuvati za drugi put. Grad je prepun zelenila, rječica, kanala, jezera, parkova. Hramova baš i nema previše. Ipak smo u deklarativno komunističkoj zemlji. Kad smo kod komunizma, nisam ga vidio previše. Osim na televiziji. Ima jedan kanal, broj 10 mislim, nemojte to propustiti kad ste u Kini. Prenosi uživo neke partijske sjednice. Famosno. Golema kongresna dvorana. Na pozornici petorica muškaraca za stolom dužine nogometnog igrališta. Kad razgovaraju moraju koristiti telefon, kad razmjenjuju dokumente valjda šalju teklice na konjima. Iza njih deset crvenih zastava, srp i čekić. Jedan govori, ležeran tip, ima taj sjednica u nogama. Kamera ga drži dvadesetak sekundi. Onda se prebacuje na publiku. Recimo, dvije-tri tisuće ljudi. Svi u bijelim košuljama i svi pišu. Nitko ne diže glavu, samo pišu i ponekad kimnu glavom u znak odobravanja. Pišu bez prestanka, olovkama u bilježnicu. Svi imaju iste olovke i iste bilježnice. Jedan ima košulju s kratkim rukavima, neće taj napraviti neku veliku političku karijeru. Jedan je obukao plavu košulju. Taj je politički, a možda i fizički mrtav, samo to još ne zna.

Svaka pedeseta u publici je žena. Žene nose kostime. Kamera se prebacuje na dvoranu u krupnom planu pet sekundi, pa opet na druga govornika. I tako satima. Kad god prebacim na desetku isto, oni

pišu li ga pišu, on govori. Odjednom završava. Svi skaču na noge i oduševljeno plješču. Pljesak traje nekoliko minuta i onda završava usred klepeta kao rukom odrezan. Drugi od petorice počinje s izlaganjem. Publika počinje pisati. Sve se ponavlja. Sjajno. Kad god je bila pauza na košarci (Svjetsko prvenstvo, baš su tu večer igrali u Pekingu Kinezi s Poljacima, izgubili dobivenu partiju), ja prebacim na sjednicu. Napetije je, šteta propustiti. Nikad ne znaš kad će pljesak.

Zabranjeni grad je srce Pekinga i povijesno najvažnije mjesto carstva. Zmajevog gnijezdo. Preogroman kompleks palača, hramova i dvorana opasan zidovima među kojima je živio car s obitelji, sluge i straža. Kad bi se netko od careve djece oženio, više nije smio prenoćiti, a kamoli živjeti u Zabranjenom gradu. Stvarno preveliko i pretjerano, ali tako je manje više sve u Kini.

Kina je imala dva značajna razdoblja u povijesti. Onaj prvi u 3 - 2. st. p.n.e. s vladavinom dinastija Qin i Tan i drugi u srednjem vijeku 14 - 17. st. s dinastijom Ming. Većina značajnih građevina i umjetničkih djela nastala je u doba Minga. Ming je naslijedila dinastija Qing, koja je uspjela nekada neupitno najveće svjetsko carstvo svesti na sluge.

Simbol Kine nije zmaj. Zmaj je simbol

cara. Simbol Kine su dva lava i ona se nalaze posvuda. Iako se ne razlikuju vanjštinom (oba imaju grivu), jedan je lav i pod šapom drži kuglu, tj. cijeli svijet. Kina je gospodar svijeta. Drugi lav je zapravo lavica i pod šapom drži mladunče. Kina je plodna.

I napokon u najudaljenijem dvorcu Zabranjenoga grada dolazim do prijestolja neograničene moći. Sjedalica Sina Neba. Predmet na koji je stražnjicu mogao spustiti samo Plavi Zmaj. Plavi zmaj najviša je titula kineskoga cara. Detaljnije o Zabranjenom gradu nema smisla pisati. Kad su Englezi ugušili "Boklerski ustanak", odlučili su za kaznu Kinezima srušiti nešto do čega im je stalo. Odlučili su srušiti i spaliti Zabranjeni grad. Došli su ovamo i onda se predomislili. Ajmo ipak srušiti nešto manje! Pa su otišli i srušili Ljetnu palaču. Uostalom, gledali ste Bertoluccijevog "Posljednjega kineskog cara". Prvih pola sata i nije tako dosadno, a vjerno prikazuje život u Zabranjenom gradu.

Po meni je botanički vrt Zabranjenoga grada njegov najljepši dio. Samo za njegov obilazak treba vam koji sat.

Inače se ulaznica za Zabranjeni grad kupuje preko interneta. Nije jeftina za strance. Zapravo ulaznica ne postoji. Ulazi se s putovnicom, ali moraš biti

najavljen dan unaprijed. Ostale ulaznice u parkove i muzeje kupuju se na licu mjesta i koštaju dvije kune. Zapravo su najbolji muzeji besplatni.

Tiananmen. Najveći trg na svijetu: 800 x 400 metara. Ugrubo. Naravno, pretresu te prije ulaza. I moraš pokazati putovnicu s vizom. Vizu se dobije lagano ovdje u Zagrebu, doduše moraš pokazati rezervacije karte i hotela. Nikoga ne odbijaju, ali aplikacija je detaljna. Šest stranica. Uz pitanja: u kojim si zemljama bio do sada, imena djece s adresama, datumima rođenja i zanimanjima, pa onda koje si sve vojske služio, od kada i do kada. Samo ta tri pitanja ispunjavao sam dva sata. Ostalo je što se tiče postupka bilo brzo i korektno. Inače, u Kinu možeš na tri mjesta ući i bez vize ako ostaješ manje od šest dana.

Čistoća na Trgu Nebeskog Mira je apsolutna, o njoj vodi brigu brigada čistača. I ne samo na Tiananmenu, ima ih posvuda, na svim trgovima, cestama.

Vojske i policije ima, ali ne mogu reći pretjerano. Uglavnom su na "osjetljivim" mjestima, važnim trgovima i sl. U počasnoj gardi su vrlo mladi, vrlo mršavi i u stavu koji ja ne bih mogao zadržati dulje od deset sekundi. Interventnih postrojbi se vidi, ali rijetko. Strogo je zabranjeno slikati vojsku i policiju, pa iako se usudujem na takvu odredbu oglušiti u Libanonu, ovdje se, moram priznati, ne usudujem. Hezbolah je Hezbolah, nekako bi se dogovorili, ali ovi, bojim se, po pitanju izvrđavanja pravila slabo razumiju sve jezike pa i mandarinski.

I napokon, neću reći najvažnija stvar prilikom posjeta Kini, ali sigurno ona bez koje posjet ne bi bio potpun. Ta-daaa: Veliki kineski zid. Kinezi kažu da nisi pravi čovjek dok se ne prošećeš njime. Na Zid se u okolici Pekinga može popeti na tri mjesta: Badaling, Mutjanyu ili nešto s Y. Yanging, taj zadnji sam odmah odbacio jer je daleko i bez veze i nemrem ga zapamtiti. Do Badalinga vozi vlak za 8 kuna, ali svejedno nisam bio načisto da li da idem tamo ili u Mutjanyu. Na forumima hrpe savjeta, Badaling je bliže, Mutjanyu je manja gužva... Pitam u turističkom uredu tko je zadnji od celebritya bio gore. Ma bili su svi. Dobro, pitam jel bio Obama? Bio i Obama i Michele. Pa kud ste ih odveli? U Mutjanyu kaže. A jel bio Trump? Htio, al se predomislio



Gospoda vojnici, dočasnici i časnici od terakote probudili su se u nekoj drukčijoj, ali još uvijek Kini



Lišće *Camellie sinensis* fermentirano i prešano u pločama. Neprocjenjivo. Barem meni. U svakom slučaju iznad limita mojih kartica.

u zadnji čas zbog vjetra, otišla Melanija sama. Pa gdje? U Mutjanyu. Onda znam i ja kamo idem. Ali pazite, to je daleko, mora se busom, nema vlaka. I strmo je i naporno. Je baš. Ak je mogla Melanija u štiklama, mogu i ja. Bus dođe 40 kuna. S vodičem koji dobro govori engleski. Upad na Zid je isto 40 yuana. Jedino što sam mislio da je možda zbog gužve i vrućine (sunčano, 34 stupnja) možda bolje otići popodne. Za gužvu ujutro ne znam. Popodne je bilo prazno. Ja sam jedva sreo nekoga da me poslika.

Zid je doživljaj i impresivan je, nema što. Iako je, naravno, glupost da se vidi golim okom iz svemira. Ovaj odjeljak Zida dugačak je 5,7 kilometara i ima 24 kule koje se može obići. Odšetao sam od 6. do 21. i nazad. Prilično je strmo.

Ideju Zida znate, da čuva Kinu od susjeda, prvenstveno od Mongola. Osnovni smjer je istok – zapad, iako ima i ogranke na jug. Na istoku ide do mora na granici s Korejom. Zid zapravo nije bio granica, većinom teritorija bio je u unutrašnjosti kao što je i danas. Ovaj oblik dobio je za vrijeme Minga, iako je započet i postao funkcionalan još u vrijeme Qina, dakle prije više od dvije tisuće godina.

Klopa u Kini meni je jednostavno savršena. Raznovrsna, cijene umjerene, rekao

bih malo jeftinije nego kod nas, ali izbor je oooogroman pa se možeš dobro najesti i za 20 i za 120 kuna. Porcije obilne, zapravo preobilne, nisam mislio da ću to ikada reći, ali hrane na tanjuru ili zdjeli koju dobijete je više nego u Americi. Počesto ljuto. Malo, ali ne previše podsjeća na onu koju mi poznajemo kao "kinesku". Najčešće je na meniju meso, ali ima puno ribe i ostalih moreplodina. Od mesa svinjetina, perad i junetina na doslovno tisuće načina i oblika. Uglavnom umočeno ili isprženo. Pse i mačke nisam tražio, vjerujem da bih ih našao, ostale neuobičajene specijalitete, pauke, škorpione, zrikavce, zmiје, zvjezdače, ličinke i stonoge sam našao, ali preskocio. Ljuskavce nisam zamijetio.

Svinjske njuške, i sve druge ne tako uobičajene dijelove svinja (plućica, papci, uši) nude doslovno na svakom koraku, od ulice do supermarketa, ali najviše se nude apsolutno sveprisutne pačje i pileće nogice. Tih pranjkli ima doslovce posvuda i u svim oblicima. Slatke, vakumirane, suhe, prelivene, na štapiću, nude ih u vlakovima, zračnim lukama, na ulici, u robnim kućama. Posvuda. Prepeličja jaja prodaju doslovno na hrpama i cijena im je čini mi se iznimno jeftina.

Pileća srca na štapiću su nešto što bih možda mogao i ja staviti na svoj repertoar roštilja, no brojlari na ražnjiću ipak neće biti na meniju u Stenjevku tako skoro. Zapravo od svih tih neuobičajenih jela, moram priznati, najveće su mi iznenađenje bili pačići iz jaja. Neizlegnuti. Rekli

bismo pobačeni, Njih sedam, osam na ražnjiću, prženi. Šokantno. Dosta opisa hrane! Ispričavam se što sam pretjerao.

Zaboravih na voće. Tamo je suprotropska klima, ima svakojakog voća, i uobičajenog i tropskoga. Svega. Baš sam se nažderao vitamina. Ima i mog duriana koji je podrijetlom iz Kine, kao uostalom i jabuke i kruške i breskve, kivi, mandarine, naranče i da ne spominjem soju i rižu.

Da prijedemo s jela na piće. Postoji samo jedno piće. Čaj. Ovdje govorimo o pravom čaju. Čaju s velikim Č velikim A i velikim J. Sve što mislite da znate o čaju, ovdje bi bilo prva strana dječje slikovnice o čaju.

Engleski čaj? Molim?

Gruzijski čaj? Budimo ozbiljni!

Indijski čaj? Bljak!

Cejlonski čaj? Hmm... mogli bismo razmisliti... možda za popravne domove...

Kineski čaj? *Now we are talking.*

Japanci se hvale dugom i slavnom tradicijom, zapravo minucioznim ritualom pripremanja i ispijanja čaja. Kinezi se na to ne žele čak ni posprdno osvrnuti.

Sheng Nong, mitski kineski vladar, otkrio je čaj prije točno 4758 godina. Iz Kine se proširio cijelim svijetom. Čaja se u svijetu popije više od svih ostalih napitaka, kave, piva, vina, mlijeka, gaziranih i negaziranih sokova zajedno. Ne mislim sad nabrajati sve zanimljivosti o kineskom čaju, samo par crtica. Kad biste ga mogli



U zdravom tijelu zdrav duh. S mačem u desnici



Teško je odoljeti delicijama s kineskih tržnica

kupiti (poklanja se protokolarno posebnim gostima od strane kineske vlade) čaj Da-Hong Pao, koštao bi vas 1,2 milijuna USD za kilogram. Nisam napisao pogrešno: 1 200 000 \$ / kg. Bijeli kineski čajevi čuvaju se u pločama i cijena im je od nekoliko tisuća do nekoliko desetina tisuća USD. Za kilogram, ne za ploču.

Koja su dva najpoznatija Kineza? Ne, ne mislim na drugove Mao Zedonga i Deng Xiaopinga. Oni se zovu Lee Jun-fan i Chan Kong-sang. Oba su iz Hong Konga, iako je ovaj prvi rođen u San Franu. Poznatiji su po umjetničkim imenima. Bruce Lee i Jackie Chan. Ovaj drugi je za Kineze apsolutno božanstvo. Sklon sam reći da je to zasluženo.

Kineze krasi nekoliko navika koje mi u najmanju ruku smatramo nekulturnima. **Viču** dok razgovaraju. Kinezi su glasni. Preglasni. Mi bismo to smatrali nepristojnim, njima to puno ne smeta. Ali deru se na mobitel i nadvikuju u metrou. Tu sam se uklopio! I ja sam odmah počeo vikati. Kakvo olakšanje! Doma se ne usudim, znate, imam ženu i četiri kćeri.

Zijevaju. Zijevaju svugdje i pri tome ne pokrivaju usta rukom. S obzirom na moj *jet lag* i meni se dosta zijevalo. Drugi dan više nisam pokrivaio usta.

Pljuju. Stariji muškarci pljuju u svim varijantama, glasno i obilno. Ali primjećuje se napredak. Neki naprave korak više da bi pljunuli na travu, a ne na cestu. Ne pljuju na Tienanmenu, u Zabranjenom gradu,

metrou i u muzejima, a ni u restoranima. Onim boljima. Kao pripadnik kategorije starijih muškaraca probao sam se i ja držati običaja, ali u toj vještini sam ispaio iz štosu. Pola mi je ostalo na majici, a druga polovica zapela na tenisici. Nisam poslije više ni pokušavao. Kaj ak se i izvježbam kad opet nemrem doma nastaviti.

Guraju se. I laktare. I ako mogu prelaze preko reda. A redovi su svuda. E, tu sam pak ja došao na svoje. Ipak sam ja iz domovine “vatrenog lakta”. Džabe im tisućljetna tradicija. Ne da se nešto pravim važan, ali glavno je pitanje u Kini od mog posjeta “Hoće li se Veliki Bijeli Gurač vratiti?” (Prijevod je doslovan, molim bez aluzija.) U nekoliko se dana glas o Velikom Bijelom Guraču proširio s kraja na kraj Kine. Doduše, u više varijanti. U Xianu je taj naočiti muškarac poznat kao Veliki Plemeniti Gurač. Još se prepričava zgoda kako je preko reda obišao terakota ratnike priključivši se američkoj košarkaškoj reprezentaciji. U Pekingu je isti zgodni muškarac prozvan Veliki Carski Gurač Sin Zapadnog Neba ili, kraće, Zmajev Lakat. Njegov ulaz u Jingshan park, kada je u jednom manevru izgurao trudnicu i preskočio invalida u kolicima, tema je dviju budućih doktorskih disertacija na pekinškom fakultetu prometnih znanosti i jednog referata na plenumu CKSKK-a.

Proveo sam u Kini deset dana, nisam ni zagrebao po njenoj površini, usredotočio sam se na najveće atrakcije. Vratit ću se ako ikako bude prilike. Putovao sam

bez pratnje pa sam spavao u hostelima gdje je društvo uvijek zanimljivo i puno se toga može doznati i dobiti pregršt korisnih informacija. A i jeftino je. Uz to sam spavao dvije noći u hutongu. Hutong je način gradnje i način života. Hutonzi su stari kvartovi kakvih je nekada bio pun grad, a sada ih je ostalo samo nekoliko. Smjestio sam se u hotelu koji je zapravo preuređena tradicionalna obiteljska kuća među uskim ulicama. Teže za pronaći, ali toplo preporučujem, jako fora. Sve sobe imaju ulaz u glavnu zgradu, ali i izlaz u središnji vrt. Vrt je uvijek bio pun gostiju, pa je atmosfera bila kao u hostelu, samo je društvo malo starije i bolje stojeće. Snalaženje je otežano zbog jezika i pisma, ali putokazi postoje i na engleskom. Treba samo stalno biti koncentriran. Kao kad ste u šumi, pa stalno pazite na one bijelo crvene markacije.

Kina je za moje ograničene domete neshvatljivo velika i značajna. Svaka čast ostatku Dalekog istoka, ali sve stvarno bitno u kulturi, tradiciji, otkrićima, izumima, sve vuče podrijetlo iz Kine. Ostali su prenosili i razvijali. Od početaka povijesti do prije 5 - 6 stoljeća Kina je bila carstvo kojem je ostatak svijeta bio suvišan. Sve su to uspjeli izgubiti i sad upiru svim silama da povrate dio toga. Ili sve. I još više. Nekako ne sumnjam da će u tome i uspjeti. Već je Franjo Šafranek to predvidio.

Puno pozdrava!

edo.toplak@zg.t-com.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

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

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

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

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

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

Organizatori stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des 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“.

IBD DAY2021 Dan svjesnosti o upalnim bolestima crijeva

Hrvatsko društvo za kliničku prehranu Hrvatskog liječničkog zbora
<https://vitamini.hr/korisnik/signup/>, 20.5.-19.11.2021.
Prof.dr.sc. Darija Vranešić Bender, tel: 0913774377, e-mail: dvranesi@kbc-zagreb.hr

KOPB i plućna rehabilitacija nakon COVID-19

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 20.5.-21.11.2021.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., tel: 098499925, e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Rasprave "U Živo" 24.05. - Mjerenje arterijskoga tlaka, Ciljne vrijednosti arterijskoga tlaka, Promjene životnih navika, Temeljne znanosti, Pedijatrija, Trudnoća, Fragmenti hipertenzivnoga kontinuuma

Hrvatsko društvo za hipertenziju kongresi.emed.hr, 24.05.-24.11.2021.
gđa. Ana Jelaković, dr. med., tel: 012388271, e-mail: tajnik@hdh.hr

KOMUNIKACIJA S PACIJENTOM IKOMUNIKACIJA U MEDICINSKOM TIMU

Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 24.5.-18.10.2021. gđa. Jovanka Popović Glavičić, tel: 0992554042, e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

Rasprave "U Živo" 25.05. - Fibromuskularna displazija, Renovaskularna hipertenzija, Periferne arterijske bolesti, Diuretici i beta blokatori, Ustrajnost bolesnika – križ svih liječnika, Standard u liječenju bolesnika s akutni koronarnim sindromom/Pravi izbor od samoga početka liječenja arterijske hipertenzije

Hrvatsko društvo za hipertenziju kongresi.emed.hr, 25.05.-25.11.2021.
gđa. Ana Jelaković, dr. med., tel: 012388271, e-mail: tajnik@hdh.hr

Rasprave "U Živo" 26.05. - Endokrine hipertenzije, Metabolički poremećaji i hipertenzija - Distlipidemije, Metabolički poremećaji i hipertenzija - Šećerna bolest i hiperuricemija, Snizavanje LDL-kolesterola: ranije, niže, učinkovitije!, Nova znanja mijenjaju pristup liječenju/ Pravi lijek u pravo vrijeme: Apel protiv kliničke inercije u liječenju šećerne bolesti tipa 2

Hrvatsko društvo za hipertenziju kongresi.emed.hr, 26.05.-26.11.2021.
gđa. Ana Jelaković, dr. med., tel: 012388271, e-mail: tajnik@hdh.hr

Rasprave "U Živo" 27.05. - Kronično srčano zatajenje (HFpEF), Sportsko srce i hipertenzija, Izolirana dijastolička hipertenzija, Neurologija, Razno, Rezistentna hipertenzija, Nova terapijska opcija u liječenju hipertenzije

Hrvatsko društvo za hipertenziju kongresi.emed.hr, 27.05.-27.11.2021.
gđa. Ana Jelaković, dr. med., tel: 012388271, e-mail: tajnik@hdh.hr

Rasprave "U Živo" 28.05. - Procjena bubrežne funkcije, Nefrolitijaza, Glomerularne bolesti, Dijaliza, Transplantacija, Suvremen pristup bolesnicima s dijabetičkom bolesti bubrega

Hrvatsko društvo za hipertenziju kongresi.emed.hr, 28.05.-28.11.2021.
gđa. Ana Jelaković, dr. med., tel: 012388271, e-mail: tajnik@hdh.hr

Predavanje prim. Dr. Vesna Budišin, specijalist fizijatar-reumatolog "Bolesti šaka"

Hrvatsko katoličko liječničko društvo Zagreb, 29.05.-16.06.2021.
gđa. Slavka Grubišić, tajnica društva, tel: 0955538685, e-mail: tajništvo@hkd.hr

Koronarac naš svagdašnji

Hrvatsko kardiološko društvo <https://cro.cot.emed.hr>, 31.05.-30.06.2021
g. Marijo Haban, tel: 08009666, e-mail: marijo.haban@agentius.hr

ULTRAZVUK KUKOVA U OTKRIVANJU RPK - razvojnog poremećaja kuka

Doctors & Co. D.o.o.
Zagreb, 07.06.-11.06.2021.
g. Tomislav Ribičić, tel: 0958030801, e-mail: tomislav.ribicic1@gmail.com

WEBINAR Učinkovitost i sigurnost fiksne kombinacije dorzolamida i timolola bez konzervansa antiglaukumskih kapi za oči

Inspharma d.o.o.
Zagreb, 08.06.2021.
gđa. Dunja Čolović, tel: 0993537538, e-mail: dunja.colovic@inspharma.com

Dijabetes, post COVID i pneumokok

Merck Sharp & Dohme d.o.o.
online, 08.06.2021.
gđa. Aleksandra Ivosević, tel: 0916611308, e-mail: aleksandra_ivosevic@merck.com

MR radionica

Novartis Hrvatska d.o.o. u suradnji s Referentnim centrom Ministarstva zdravlja za spondilartropatije, KBC Sestre milosrdnice virtualno (MS Teams alat), 08.06.2021.
g. Ivan Lolić, tel: 0916302211, e-mail: ivan.lolic@novartis.com

11. Internistički kongres, #sto_svi_trebamo_znati

HD IntMed, Hrvatsko društvo za internu medicinu Zagreb, 08.-09.06.2021.
prof. Ivan Gornik, dr.med., tel: 012367418, e-mail: ivan.gornik@gmail.com

Novi potencijal lijeka Trulicity i kliničke implikacije

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH Pula, 8.6.2021.
g. Mario Dvorski, tel: 012350999, e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Upravljanje kardiovaskularnim rizikom u kliničkoj praksi - od arterijske hipertenzije do metabolizma

Mylan Hrvatska d.o.o.
online, 8.6.2021.
gđa. Maja Grgurić, tel: 0981350890, e-mail: maja.grguric@viatris.com

Snažna patronažna - komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Donja Stubica, 9.6.-11.6.2021.
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.
online, 9.6.2021.
gđa. Maja Grgurić, tel: 0981350890, e-mail: maja.grguric@viatris.com

Primjena topičkog ketoprofena za simptomatsko ublažavanje reumatskih i traumatskih bolova

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 09.06.2021.
gđa. Maja Perković Pajk, tel: 0994909483, e-mail: mperkovicpajk@berlin-chemie.com

Amgenova akademija osteoporozе

Amgen d.o.o.
Zagreb, 09.06.2021.
gđa. Mihaela Zemba Cvitan, tel: 015625720, e-mail: mzembacv@amgen.com

EKG u hitnoj medicini

Zavod za hitnu medicinu Brodsko posavske županije Nova Gradiška, 09.06.2021.
gđa. Branka Bardak, tel: 0953850001, e-mail: bardakb18@gmail.com

Prevenjacija primjene nedobrovoljnih i prisilnih mjera u liječenju osoba s duševnim smetnjama

Klinika za psihijatriju Vrapče
Zagreb, 09.06.2021.
gđa. Ivona Trupčević, tel: 013780600,
e-mail: tajnistvo@bolnica-vrapce.hr

Edukativna radionica Važnost optimalne tehnike snimanja i adekvatne uporabe birads klasifikacija u nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Varaždin, 09.06.2021.
dr. Andrea Šupe Parun, tel: 958824382,
e-mail: ivana@conventuscredo.hr

Terapijske opcije liječenje SIC-A i Funkcionalna nadutost

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 10.06.2021.
gđa. Maja Perković Pašk, tel: 0994909483,
e-mail: mperkovicpa@berlin-chemie.com

Tribina "Epidemiologija koronavirusne infekcije u Hrvatskoj"

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 10.06.2021.
gđa. Nevenka Jakopović, tel: 0993740158,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

(Re-)emergerentni arbovirusi u sjeni pandemije COVID-19

Hrvatski zavod za javno zdravstvo uz potporu WHO,
Regionalni ured za Europu
Zagreb, 10.6.-11.6.2021.
Izv.prof.dr.sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, tel: 4863 238 / 098
9641 935, e-mail: tatjana.vilibic-cavlek@hzjz.hr

Dijabetes, post COVID i pneumokok

Merck Sharp & Dohme d.o.o.
online, 10.6.2021.
gđa. Aleksandra Ivosević, tel: 0916611308,
e-mail: aleksandra_ivosevic@merck.com

Suvremena dijagnostika i liječenje alergijskog i nealergijskog rinitisa

Društvo za unaprijeđenje hrvatske otorinolaringologije
Zagreb, 10.6.2021.
g. Livije Kalogjera, tel: 0992029299,
e-mail: kalogjera@sfzjg.hr

Vrijednost sustavnih preglednih radova u kliničkoj praksi

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet
Split, 11.6.2021.
Blanka Kunac, dipl.iur., tel: 021556200,
e-mail: bkunac@kbsplit.hr
Iznos kotizacije: 2000,00kn (iznos uključuje PDV)

Snažna patronaža - komunikacijski trening u području promicanja zdravlja i prevencije bolesti

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Zagreb, 11.6.2021.
gđa. Karmen Arnaut, tel: 0919252091,
e-mail: karmen.arnaut@stampar.hr

Radiološki edukacijski centar - MR tečaj

Referentni centar za radiološku prevenciju,
dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju bolesti glave i
vrata Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske
Zagreb, 12.6.2021.
izv.prof.dr.sc. Dijana Zdravec, dr.med., tel:
0995435554, e-mail: radioloski.centar@kbcsm.hr

Kompleksni mozaik liječenja bolesnika nakon AKS-a?

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.6.2021.
gđa. Dženita Šola, tel: 0911202945,
e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

Data4Diabetes 2

HIT konferencija d.o.o.
Zagreb/online, 15.6.2021.
gđa. Andrea Stanić, tel: 0958782328,
e-mail: andrea.stanic@hit-konferencija.hr
Iznos kotizacije: fizičko sudjelovanje 375,00kn,
online 200,00kn

Sve mogućnosti primjene intravenoznog Fe

Sandoz d.o.o.
webinar, 15.6.2021.
gđa. Mirela Gudelj, tel: 0912353219,
e-mail: mirela.gudelj@sandoz.com

JGL_E-ducirajmo se_15.06.2021

JGL d.d.
Zagreb, 15.6.2021.
gđa. Ivana Baždar, tel: 0994635822,
e-mail: ivana.bazdar@jgl.hr

SADAŠNOST I BUDUĆNOST GENETSKOG PROBIRA U MEDICINI

Geneplanet d.o.o.
Zagreb, 16.06.2021.
gđa. Karolina Karal, tel: 0976962331,
e-mail: karolina.karal@geneplanet.com

Svi za srce, srce za sve

Sandoz d.o.o.
webinar, 16.06.2021.
gđa. Ema Mahmić, tel: 091 2353 413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Anemija - česta, a zanemarena

Sandoz d.o.o.
webinar, 17.6.2021.
gđa. Marina Matak, tel: 0912353420,
e-mail: marina.matak@sandoz.com

AKADEMIJA KIROPRAKTIKE

IPED
Zagreb, 19.6.2021.-23.4.2023.
g. Vedran Korunić, tel: 0994900909,
e-mail: info@huped.hr
Iznos kotizacije: 51.200 kn

12. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine: IZAZOVI OBITELJSKE MEDICINE U 21. STOLJEĆU

KoHOM - Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Šibenik, 20.-23.06.2021.
g. Adrian Kozonić, br.tel: 01/4854 697,
e-mail: adrian@conventuscredo.hr
Rana kotizacija (do 01.04.2021.): Članovi KoHOM-a
1.700,00 kn, Ne članovi KoHOM-a 1.900,00 kn, Osoba
u pratnji 500,00 kn, Specijalizanti članovi KoHOM-a
500,00 kn, Specijalizanti ne članovi KoHOM-a 600,00
kn, Umirovljenici 600,00 kn, Studenti 400,00 kn,
Medicinske sestre 500,00 kn, Fizioterapeuti i radni
terapeuti 500,00 kn
Kasna kotizacija (nakon 01.04.2021.): Članovi KoHOM-a
1.900,00 kn, Ne članovi KoHOM-a 2.100,00 kn, Osoba
u pratnji 600,00 kn, Specijalizanti članovi KoHOM-a
600,00 kn, Specijalizanti ne članovi KoHOM-a 700,00
kn, Umirovljenici 600,00 kn, Studenti 400,00 kn,
Medicinske sestre 700,00 kn,
Fizioterapeuti i radni terapeuti 500,00 kn

"Nove smjernice u liječenju rinosinuitisa i rinitisa - ARIA/Euphorea i EPOS 2020"

Društvo za unaprijeđenje hrvatske otorinolaringologije
Zagreb, 26.6.2021.
g. Filip Matovinović, tel: 0992029299,
e-mail: filip.matovinovic@gmail.com

ULTRAZVUK KUKOVA U OTKRIVANJU RPK - razvojnog poremećaja kuka

Doctors & Co. D.o.o.
Zagreb, 28.06.-02.07.2021.
g. Tomislav Ribičić, tel: 0958030801,
e-mail: tomislav.ribicic1@gmail.com

Moje zdravo dijete

Zavod za javno zdravstvo Zadar
Zadar, 28.-30.06.2021.
gđa. Jelena Čosić Dukić, tel: 023630579,
e-mail: jelena.cosic@zjz.t-com.hr

Klinička interpretacija CT aorte

Hrvatska endovaskularna inicijativa
Zagreb, 30.06.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 98594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

Prevenjacija slabovidnosti invaliditeta uzrokovanoj keratokonusom kroz edukaciju zdravstvenih djelatnika

Poliklinika Optical Express
Zagreb, 1.7.2021.-1.3.2022.
Ana Kričević, tel: 0995498273,
e-mail: anakricovic@opticalexpress.hr

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 LÖVRAN - 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%)

E-dermatologija

AbbVie d.o.o.
online platforma, 1.7.2021.-30.6.2022.
g. Sandro Stojaković, tel: 015625525,
e-mail: zagreb.office@abbvie.com

Supervizija IV - etičke dileme Četverogodišnja edukacija iz Gestalt psihoterapije

Gestalt centar HOMA
Zagreb, 2.-4.7.2021.
Jasenska Pregrad, psiholog, psihoterapeut, supervizor,
tel: 014683278 / 0915251560,
e-mail: jasenska.pregrad@gmail.com
Iznos kotizacije: 980,00 + PDV

Radionica statističkog modeliranja biomedicinskih podataka

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet
Split, 5.-9.7.2021.
doc. dr. sc. Darko Kero, tel: 098573890, e-mail: dkero@mfst.hr
Iznos kotizacije: 1.065,00 HRK (iznos uključuje PDV)

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

PETISPLITSKIKARDIOLOŠKIDIR

Udruga za prevenciju bolesti srca i krvnih žila
Split, 10.9.-11.9.2021.
prof. Damir Fabijanić, tel: 0989829961,
e-mail: damirfabijanic62@gmail.com
Iznos kotizacije: 600,00 kn

Torch i druge infekcije u trudnica i djece: epidemiologija, klinička slika, dijagnostika, terapija i prevencija

Hrvatsko društvo za kliničku mikrobiologiju HLZ-a
Zagreb, 17.9.2021.
Doc.dr.sc. Mario Sviben, br.tel: 091 2986 545,
e-mail: mario.sviben@hzjz.hr
Iznos kotizacije: 750,00kn

UZV ŠTITNJAČE I POVRŠINSKIH STRUKTURA GLAVE I VRATA

Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko senološko društvo
Zagreb (online), 20.09.2021. - 24.09.2021.
gđa. Maja Andrić Lužaić, tel: 099 4672 922,
e-mail: edukacija@drinkovic.hr
Iznos kotizacije: 6.500,00 kn

Simpozij "Deformacija kralježnice djece i odraslih"

Hrvatsko vertebrološko društvo HLZ-a
Zagreb/online, 13.10.2021.
gđa. Veronika Jurić, tel: 098594281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr
Iznos kotizacije: 100,00kn i 300,00kn

UZV DOJKI

Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko senološko društvo
Zagreb (online), 08.11.2021. - 12.11.2021.
gđa. Maja Andrić Lužaić, tel: 099 4672 922,
e-mail: edukacija@drinkovic.hr
Iznos kotizacije: 9.500,00 kn

PISANI TEST U ČASOPISU

Zaštita mentalnog zdravlja u obiteljskoj medicini
C.T. - Poslovne informacije d.o.o. - Časopis Medix
Pisani test u časopisu - 01.03. - 30.06.2021.
Ajla Hrelja Bračić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

Novosti u liječenju upalnih reumatskih bolesti i gerontoreumatologija

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. - Časopis Medix
Pisani test u časopisu - 31.05.2021.-31.08.2021.
Dragan Bračić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

Kardiologija u doba korone

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. - Časopis Medix
Pisani test u časopisu - 01.07. - 1.10.2021.
Ajla Hrelja Bračić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

