

## **ETIKA I TRANSPLANTACIJA ORGANA**

### **ETHICS AND ORGAN TRANSPLANTATION**

VESNA MEDVED I STIPE BATINICA\*

**Deskriptori:** Transplantacija organa – etika; Donacija organa – etika

**Sažetak.** Transplantacija organa postaje prihvaćena metoda liječenja i usko je praćena razvojem transplantacijske etike. Mnogobrojni problemi i dileme koji se u tome procesu javljaju mogu se grupirati u probleme vezane za ustanovljenje smrti te etičke dileme vezane za dobavu i raspodjelu organa. Kronični veliki nedostatak kadaveričnih donora pokušava se nadomjestiti različitim kreativnim pristupima koje je moguće primijeniti samo ako udovoljavaju etičkim kriterijima. Teško pitanje pravedne podjele organa izaziva mnogobrojne etičke dileme. Rješenja treba tražiti u multidisciplinarnom pristupu bioetike s medicinom, politikom, zakonodavstvom i sociologijom.

**Descriptors:** Organ transplantation – ethics; Organ procurement – ethics

**Summary.** Organ transplantation becomes an accepted method of treatment, being closely accompanied with the development of transplantation ethics. Numerous problems and dilemmas occurring in this process can be grouped as problems connected with confirming death, and ethic dilemmas connected with obtaining and distributing organs. An attempt to overcome a chronic great lack of cadaver donors is made by various creative attitudes that can be applied only if they fulfill ethical criteria. A difficult question of just organ distribution causes many ethical dilemmas. Solution should be sought in the multidisciplinary approach of bioethics with medicine, politics, legislature and sociology.

Liječ Vjesn 2004;126:86–89

Transplantacija organa može biti siguran i uspješan način liječenja. Zbog toga postoji i dramatičan porast potreba za transplantacijom, koji je i nekoliko puta veći od moguće dobave organa. Tehnološki napredak medicine otvara mnoga fundamentalna moralna pitanja, a odgovori mogu doći iz različitih disciplina: znanstvenih, filozofskih, pravnih, religioznih i drugih. Razvoj novih medicinskih tehnologija praćen je i razvojem etike jer se neminovno nametnulo da prije nego što se upitamo »hoćemo li« trebamo pitati »smijemo li«. Područje transplantacije organa je primjer gdje uz začudan napredak medicine ide gotovo u korak i razvoj etičkih refleksija. Razumjeti etičke principe transplantacije znači razumjeti različite dimenzije u okviru jednoga problema.

#### **Definicije smrti**

Uz golemo medicinsko znanje i iskustvo, usavršavanjem kirurških tehnika, uvođenjem novih hiperkalijskih otopina za prezervaciju i transplantaciju organa i razvojem svih pratećih službi koje su vezane uz transplantaciju, mogućnosti transplantacijske medicine su velike. Velik je broj organa koji se danas mogu transplantirati. Razvoj metoda transplantacije organa zahtijeva od struke i društva da kontinuirano preispituje pojam granice između života i smrti. Naime ta linija razgraničenja nije samo biološka odnosno sudbinska činjenica, već ona ima svoj moralni, etički, filozofski, religiozni, kulturološki i legalni aspekt. Koji su danas kriteriji da se ustanovi stanje smrti? Trenutačno u svijetu postoje tri teorije na osnovi kojih se definira stanje smrti. Stoljećima je tradicionalna definicija koja nastup smrti povezuje s prestankom rada srca i disanja. Definiranje smrti nastupom ovoga trenutka opsoletno je s obzirom na mogućnost primjene respiratora, pacemakera ili transplantacijom vitalnih organa. Drugi je pristup definiranje pojma moždane smrti koja podrazumijeva prestanak rada svih moždanih funkcija uključujući funkciju produžene moždine. Većina bolnica u svijetu ima razrađene standardne protokole koji s toga

stajališta definiraju nastup smrti. Međutim i ta je definicija upitna jer i uz prestanak funkcije mozga mogu postojati otkucaji srca, motilitet gastrointestinalnog trakta, endokrine funkcije hipotalamusa i čak nastavak trudnoće.<sup>1</sup> Ove nedoumice pokušale su se premostiti stvaranjem koncepcije smrti viših moždanih funkcija.<sup>2</sup> U skladu s tom definicijom smrt je ireverzibilni gubitak viših moždanih funkcija. Pod time se razumijeva afektivni, kognitivni i bihevioralni aspekt koji svaku osobu čine jedinstvenom. Ireverzibilno zatajenje viših moždanih funkcija znači i smrt ličnosti. Kritičari ovakvog poimanja smrti ističu da bi se ono moglo implementirati na mentalno retardirane, dementne ili teško duševno bolesne osobe. Zbog nepostojanja konzistentnih kliničkih kriterija za dijagnozu smrti Morrison<sup>3</sup> razvija širi pristup problemu, tj. da je smrt proces i da ne postoji jedan teorijski ili praktični relevantni pokazatelj nastupa smrti, već da trebaju biti zadovoljeni kriteriji kardio-pulmonalne, moždane i više moždane smrti.

#### **Procjena psihičke podobnosti i informirani pristanak**

Početak dijagnostičke obrade u fazi priprema za transplantaciju trebao bi početi susretom bolesnika (odnosno ako postoji i potencijalnog donora) sa psihijatrom.

Primarni je zadatak psihijatra procijeniti psihičku uračunljivost. Ako ona postoji, osoba je sposobna samostalno odlučivati. Etičke dileme povezane su s drugom skupinom. Stav je da psihički neuračunljive osobe mogu donirati organe koji se obnavljaju i eventualno organ koji ne narušava kvalitetu života ako

\* **Medicinski fakultet u Zagrebu, Klinika za psihijatriju KBC-a Zagreb** (prof. dr. sc. Vesna Medved, dr. med.), **Medicinski fakultet u Zagrebu, Klinika za kirurgiju KBC-a Zagreb** (prof. dr. sc. Stipe Batinica, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. V. Medved, Klinika za psihijatriju KBC-a Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb

Primljeno 27. svibnja 2003., prihvaćeno 27. studenoga 2003.

se smatra da je to u interesu samoga donora (npr. doniranje osobi o kojoj je bolesnik psihički ili fizički ovisan). Budući da nema čvrstih stavova, potrebno je svaki problem posebno razmotriti. Nerijetko se susreću i bolesnici koji traže apersonalnu donaciju od kadavera jer tako izbjegavaju osjećaj moralne i emocionalne obveze prema članovima obitelji. Ti osjećaji mobiliziraju nerazriješene konflikte ambivalencije, separacije i dr. pa ih je potrebno poštovati. Osim uračunljivosti psihijatar procjenjuje da li bolesnik ima psihički kapacitet i stabilnost izdržati složeni posttransplantacijski režim. U evaluaciji bolesnika tomu se pridaje velika važnost pa se npr. zbog psiholoških razloga transplantacija srca odbija u 6% bolesnika.<sup>4</sup> Psihijatar treba biti dostupan bolesniku i tijekom posttransplantacijskog procesa. Bolesnik je u poziciji potpune ovisnosti o osoblju i aparatima, u strahu od katastrofalnih događaja u neizvjesnosti života ili smrti, što neizbježno stimulira regresivne procese. Oni se mogu manifestirati različitim psihopatološkim fenomenima, a postupci liječenja ovise o stupnju egointegracije i maturacije.

Uvjet bez kojega se ne može pristupiti transplantaciji jest informirani pristanak. Iz informiranog pristanka donor mora razumjeti

1. proceduru transplantacije, rizik od neželjenih posljedica, kao i pojava kojih se rizik ne može procijeniti (npr. pojava tumora na preostalom organu);
2. pristanak mora biti dobrovoljan, bez pritiska okoline;
3. osoba mora biti punoljetna.

Kirurzi transplantacijskog tima trebaju donoru predočiti sve relevantne informacije koje se odnose na neposredne i dugotrajne posljedice doniranja organa, kao i uspjeh koji se očekuje kod primatelja.

### Živi donori

Dva su osnovna etička pitanja koja se javljaju u vezi s transplantacijom sa živih donora: 1. u kojim se okolnostima mogu iskoristiti organi sa živih bića i 2. koja su potrebna dopuštenja za to. Živi se donori mogu podijeliti u nekoliko grupa: živi srodni donori, živi nesrodni donori, zamjene donora u paru, zamjene živi donor/kadaver, altruistični donor i izvori organa na marginama života (donori čije srce ne kuca i anencefalna novorođenčad). Živi srodni donori mogu donirati organe koji se obnavljaju (krv, koštana srž, sperma) i organe bez kojeg će donatori moći živjeti s istom kvalitetom života (jedan bubreg, lobus jetre, lobus pluća, dio pankreasa, dio tankog crijeva). Doniranje npr. segmenta jetre altruistički je čin jer uključuje osobni gubitak ili rizik od gubitka. Međutim, nije moguće odrediti koji je stupanj rizika prihvatljiv za donora. Za sada se ne zna koje su dugoročne posljedice odstranjenja i do 60% jetre, a te su informacije potrebne kako bi se maksimalno štitio interes donora. Moguće etičke dileme u ovoj skupini su: kako se postaviti kada je donor u infaustnoj situaciji zbog neke bolesti koja nije zapreka donaciji, ali bez toga organa će se njegovo zdravlje još više narušiti, što učiniti ako je rođak HLA-kompatibilan, a ne želi donirati organ. U prvoj situaciji treba se rukovoditi načelom da je prvo načelo transplantacije maksimalno štiti psihički i tjelesni integritet donora. U drugom slučaju ne bi se smjelo lagati o kompatibilnosti, a što se u praksi ipak događa, kako bi se izbjegle konfliktne situacije koje mogu nastati u takvim okolnostima. Stoga je smisao psihijatrijske egzaminacije regrutacija motiviranih rođaka kako bi se izbjegle ovakve situacije. Etička pitanja u vezi sa živim nesrodnim donorima ista su kao i kod ranije skupine. Zamjene živih donora u paru noviji je način dobavljanja organa.<sup>5</sup> Ako se nađu dva para donor-primatelj koji su nekompatibilni, a zamjenom parova postaju kompatibilni, može se provesti transplantacija. U sustavu zamjene živi donor/kadaver nekompatibilni donor

daruje organ najkompatibilnijem nesrodnom primatelju, a njegov par dolazi na prvo mjesto na listi čekanja za kompatibilni kadaverski organ.

Etički je prihvatljiva transplantacija sa živog donora kada postoji visoka dobit za primatelja i mali rizik za donora, npr. transplantacija bubrega gdje je petogodišnje preživljavanje presatka oko 90%. Međutim, postoji i suprotno mišljenje,<sup>6</sup> tj. da je svaki rizik za donora neprihvatljiv i da je jedini razlog za transplantaciju sa živog donora nedostatak kadaveričnih organa. U stvarnosti postoji stalni i veliki nedostatak kadaveričnih organa i zato transplantacija sa živog donora nije opsoletna.

Treba li u situaciji kroničnog manjka kadaveričnih organa intenzivirati transplantacije sa živog srodnog donora? Nema jednoznačnog odgovora. Gledano s pozicije bolesnika koji čekaju transplantaciju, svaka transplantacija sa živog donora povećava šanse bolesnicima koji su na listi čekanja. Međutim etički je neprihvatljivo provođenje transplantacije sa živog donora samo radi potencijalne koristi drugih bolesnika na listi. Naime, princip tjelesne i duhovne individualnosti ne može se prenijeti na društvo, već samo na drugi individuum. Motivacija potencijalnog donora proizlazi iz ljubavi i alturizma prema određenoj osobi, a ne iz motivacije da se smanji vrijeme čekanja za druge bolesnike na listi.<sup>7</sup> Samo dobrim informiranjem, usmjerenom promidžbom i stvaranjem pozitivnog mišljenja u društvu može se mobilizirati što više živih davatelja organa. Indikacija za transplantaciju sa živog donora su: 1. ako ne postoji alternativa; 2. ako je prognoza povoljna i 3. ako je prisutan minimalni rizik za iskreno motiviranog davatelja (roditelji, braća, sestre, bake i djedovi).

### Donorska kartica

Voluntarističko-altruistička donacija koja se za života iskazuje potpisivanjem donorske kartice apsolutno je u skladu s etičkim principom poštovanja individualne autonomije.

Što treba poduzeti da bi se povećala ponuda organa sa živih davatelja? Potreba za organima u SAD-u dobro je dokumentirana, npr. 31. 3. 1996. više od 45 000 ljudi bilo je na američkoj listi za transplantaciju i svaki mjesec lista se povećavala za nekoliko stotina bolesnika, dok je na dan umiralo oko 8 bolesnika čekajući transplantaciju.<sup>8</sup> S druge strane, od ukupnog broja te godine preminulih u SAD-u njih 20 000 je ispunjavalo kriterije donora, međutim u samo 15% slučajeva razgovaralo se s obitelji o mogućnosti doniranja od čega je oko 50% obitelji dalo pristanak. Tko je za to odgovoran?

Poznato je da javno mnijenje podupire posmrtno darivanje organa.<sup>9</sup> Međutim, liječnici izbjegavaju pitati obitelj za donaciju organa od pokojnika. To su, naime, emocionalno jako nabijene situacije koje izazivaju napetost u liječnika i stanje silne psihičke uznemirenosti u osoba najbližih pokojniku. Najčešće su potencijalni donori mlade osobe koje pogodi neočekivana smrt i razgovor o donaciji organa u takvom trenutku dodatno povećava bol najbližih. S obzirom na osjećaj tuge, straha, konfuzije, napetosti nije čudno da oko 50% obitelji u prvoj, izravnoj reakciji odbije donirati organ. Dakle, iako javno mnijenje daje široku potporu doniranju organa, u stanjima visokog stresa ta se odluka, vidljivo je, ne može lako donijeti. Težak je put od dobre želje do konkretne realizacije.

Kako bi se izbjeglo da se obitelji stavlja u kritično vrijeme u tešku situaciju, treba promicati donošenje odluke za vrijeme života. Naime, slobodna i česta verbalizacija toga problema umanjila bi u ljudi psihološke obrane u času emocionalne dekompenzacije. Ponudena donorska kartica omogućuje osobi da po svom osobnom izboru odbije ili prihvati donorstvo, a što je osnovni etički princip na kojem počiva donacija organa. Jedno istraživanje na 1000 slučajno izabranih stanovnika SAD-a pokazalo je da bi 63% ispitanih svojim potpisom potvrdilo takvu

odluku ako ona postane zakon.<sup>10</sup> Naravno da uspjeh toga pristupa ovisi o informiranosti i posljedičnoj educiranosti populacije. Postoje i konkretne ideje i primjeri da bi se za posmrtnu donaciju rutinski pitalo kod izdavanja npr. dokumenata za identifikaciju, vozačkih dozvola ili prijava poreza. Ovakve akcije promoviraju altruizam i volunatarizam koji su filozofska osnova na kojima funkcionira aktualni sustav donacije organa.

Kritičari takvog stava<sup>10</sup> smatraju da promicanje institucije donorske kartice ima previsoku moralnu, socijalnu i ekonomsku cijenu. Moguće je, naime, da to izazove strah ljudi da će se olako dijagnosticirati stanje smrti i da će se organi »nepravredno« raspoređivati. Takve rasprave u javnosti mogu okrenuti javno mnijenje protiv procesa transplantacije. Osim toga postoji i mišljenje da je problem donorske kartice irelevantan. Kao što je prije navedeno,<sup>10</sup> 63% populacije bilo bi spremno potpisati donorsku karticu, a oko 50% obitelji potpisuje suglasnost o donaciji. Ta se razlika može objasniti poznavajući ljudsko ponašanje, jer se zna da postoji slaba veza između izražene namjere i stvarnog ponašanja. Moguće je tu činjenicu objasniti i na način da se članovi obitelji ponašaju u donošenju odluke u skladu sa svojim sustavom vrijednosti često se i ne pitajući što bi bilo u skladu s prirodom pokojnika. Zemlje koje duže vrijeme imaju instituciju donorske kartice su: Austrija, Francuska, Belgija, Italija i Španjolska. Belgija i Španjolska stalno bilježe porast donora, ali ne i Francuska. U nastojanju da se poveća ponuda postojećih organa s kadaveričnih donora, prišlo se redistribuciji postojećih organa metodom »split liver« transplantacije, koja je opravdana ako je anatomija jetre kadaveričnog donora takva da je moguće učiniti dva presatka. Pristanak obitelji pokojnika za metodu »split liver« omogućuje povećanje broja transplantacija u djece koja tada dobivaju lijevi jetreni režanj, a desni se transplantira odraslom bolesniku.

### Komu dodijeliti organ?

U situaciji kada se vrlo teško dolazi do organa za transplantaciju i kada je presadak dostupan, javlja se najteže etičko pitanje – komu dodijeliti organ? Kako racionalno postupiti u situaciji kada je jasno da svi životi ne mogu biti spašeni? Kao odgovor nude se dva etička principa. Prvi je princip maksimalne učinkovitosti prema kojem se presadak dodjeljuje bolesniku koji uz očuvanu kvalitetu života ima najveću šansu za preživljavanje. Drugi je princip hitnosti koji favorizira najbolesnije, tj. one kojima prijeti neposredna smrt (bez transplantacije). Svaki od navedenih etičkih postulata ima svoje različite posljedice primjene.

Studije preživljavanja nakon transplantacije jetre u bolesnika s primarnom bilijarnom cirozom pokazale su da su šanse za jednogodišnje preživljenje dvostruko slabije u visokorizičnih bolesnika.<sup>11</sup> Drugim riječima ekstremno bolesni imaju najmanju šansu za preživljavanje. Vrlo je teška odluka koji su bolesnici beznađni, ali istodobno i nužna kako se ne bi činile transplantacije moribundnim bolesnicima.

Kritičari takvog stava smatraju da iz toga proizlazi da su pogodni kandidati mladi, relativno zdravi, dok su stariji, bolesniji i oni kod kojih nije uspjela prva transplantacija osuđeni na začelje liste za trnasplantaciju. Također se može staviti i prigovor da nije u skladu s liječničkim moralom ne pokušati spasiti i najteže bolesnike.

Bolesnici koji su kandidati za retransplantaciju razlikuju se u nekoliko aspekata od bolesnika koji su na listi čekanja. Postoji stav da oni imaju prioritet u odnosu na ostale bolesnike. To se između ostaloga opravdava i činjenicom da su oni značajno pretrpjeli ili trpe u procesu odbacivanja. Moglo bi se zaključiti da osobe koje još nisu dobile šansu za transplantaciju manje pate, a što je konačno nemjerljivo i neprihvatljivo. Ističe se da transplantacijski tim ima emocionalne obveze; ki-

urzi općenito žele pomoći bolesnicima koje su operirali. Ponekad taj osjećaj može proizlaziti iz opravdane ili neopravdane krivnje kirurga zbog odbacivanja organa. Sve su to uobičajene ljudske reakcije, ali one ne smiju imati za posljedicu favoriziranje nekih bolesnika.

Moguće je, naime, problem sagledati i s druge strane. Osobe koje čekaju transplantaciju mogu na kandidate za retransplantaciju gledati kao na nekoga tko je već dobio svoju životnu šansu, dok drugi umiru, a da je nisu ni dobili. U razrješenju dileme koja uključuje u sebi i racionalno i emocionalno pokušava se postupiti samo racionalno. Posežemo za statistikom da bismo riješili humanistički problem. Bolesnici s retransplantacijom jetre imaju 20% manje šanse za jednogodišnje preživljavanje od primarno transplantiranih. Njihove šanse su sve manje u konsektivnim retransplantacijama.<sup>12</sup>

Stavljajući u prvi plan AB0-kompatibilnost (uz vrijeme provedeno na listi, distanciju između donora i centra), donekle se ovaj problem rješava ipak u korist efikasnosti. Moralna dužnost transplantacijskog tima je da u okolnostima male ponude i goleme potražnje za organima postupa u skladu s principom učinkovitosti, a ne medicinske hitnosti. Po tome pristupu primarna transplantacija i retransplantacija nisu grupe koje imaju prioritet jedna pred drugom, već se jednako tretiraju na listi čekanja. U pokušaju stvaranja jedinstvene strategije o dodjeljivanju organa treba voditi načina o javnome mnijenju jer o tome ovisi spremnost društva za doniranje.

Osim problema retransplantacije postoje i drugi problemi u procesu dodjele organa. Kakav stav zauzeti prema alkoholičarima, kriminalcima, psihopatima? Bolesnici koji zbog alkoholne bolesti trebaju transplantaciju jetre čine 50% svih bolesnika na listi čekanja. Kada bi se sve raspoložive jetre za trnasplantaciju donirale bolesnicima s alkoholnom cirozom, ne bi je dobili svi koji je trebaju. Podaci, međutim, pokazuju da jetru dobije manje od 10% takvih bolesnika.<sup>13</sup> Alkoholizam i ovisnosti o teškim ili lakim drogama obično se smatraju kontraindikacijama za transplantaciju.<sup>14</sup> Ako se alkoholičari smatraju odgovornima za svoju bolest, onda se na isti način treba odnositi i prema pušačima s karcinomom pluća ili pretilima s dijabetesom itd. Alkoholizam je bolest za koju ima dokaza da je i genski uvjetovana.<sup>15</sup> Adekvatno liječenje rezultira apstinencijom u godini dana od oko 70%.<sup>16</sup> Stoga je odgovornost na alkoholičaru da inicira i sudjeluje u liječenju. Podrazumijeva se psihijatrijski liječiti svakog alkoholičara koji je u recidivu, a nalazi se na listi čekanja. Čini se da je transplantacija proces koji motivira apstinenciju, naime prvu godinu ne apstinira oko 80% bolesnika, a ni preživljavanje se ne razlikuje od ostalih kategorija bolesnika.<sup>17</sup> Liječnik djeluje u skladu s potrebama bolesnika bez obzira na uzrok problema. Naši moralni principi i predrasude nisu razlog za diskvalifikaciju bolesnika.

Kako procijeniti stanja kao što su duševna bolest ili teška tjelesna invalidnost ako su kvaliteta i kvantiteta života faktori koji odlučuju tko će živjeti, a tko umrijeti? Hoće li se na listi jednako tretirati poznati političar ili znanstvenik koji je svojim radom zadužio čovječanstvo kao i svaki drugi bolesnik?

Razumijevanju mnogobrojnih etičkih problema koje sa sobom nosi transplantacija potrebno je pristupiti poštujući temeljno načelo, a to je distribucija organa po medicinskim principima.

Međutim, u situaciji gdje se tehnologija mijenja brže nego naš sustav vrijednosti problem transplantacije traži interdisciplinarni pristup u koji trebaju biti uključeni medicinari, etički zakonodavci i javnost.

### LITERATURA

1. Norton DJ. Clinical application of brain death protocols. *J Neurosci Nurs* 1992;24:354-8.
2. Veatch RM. Brain death and slippery slopes. *J Clin Ethics*. 1992;3:181-7.

3. Morrison RS. Death: Process or event? *Science*. 1971;173:694–8.
4. Olbrich ME, Levenson JL. Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria and outcomes. *J Heart Lung Transplant*. 1991;10:948–65.
5. Bonham CA, Gerber DA, Grewal H. Live Donor Transplantation: Strategies for Expanding the Adult Organ Donor Pool. Conference Report from 1<sup>st</sup> Annual Winter Symposium: Living Donor Adult-to-Adult Transplantation of Kidney and Liver. Ponta Vedra Beach, Florida 2001.
6. Land W, Dosssetor JB, ur: Organ Replacement and Therapy: Ethics, Justice, Commerce. Berlin: Springer-Verlag; 1990, str. 32.
7. Wölstenholme G, O'Connor M, ur: Law and Ethics in Transplantation. London: Churchill; 1968, str. 130.
8. Patients waiting for transplants (editorial). United Network for Organ Sharing Update. 1996;12:26–7.
9. The Partnership for Organ Donation (editorial). The American public attitudes toward organ donation and transplantation. Boston; 1993.
10. Spital A. Mandated choice. A plan to increase public commitment to organ donation. *JAMA*. 1995;273:504–6.
11. Delmonico FL, Jenkins RL, Freeman R. The high-risk liver allograft recipient: should allocation policy consider outcome? *Arch Surg* 1992;127:579–84.
12. Shaw BW, Gordon RD, Iwatsuki S, Starzl TE. Hepatic retransplantation. *Transplant Proc*. 1985;17:264–71.
13. Olbrisch ME, Levenson JL. Liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *JAMA*. 1989;261:2958.
14. Swman OS. Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry* 1989;146:972–82.
15. Blum K, Noble EP, Sheridan PJ. Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *JAMA* 1990;263:2055–60.
16. Galanter M, Talbott D, Gallegos K. Combined Alcoholics Anonymus and professional care for addicted. *Am J Psychiatry* 1990;147:64–8.
17. Beresford TP, Turcotte JG, Merion R. A rational approach to liver transplantation for the alcoholic patient. *Psychosomatics* 1990;31:241–54.

\* \* \*

## Vijesti

### News

Hrvatski liječnički zbor  
Hrvatsko internističko društvo

## TREĆI HRVATSKI INTERNISTIČKI KONGRES S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

**Opatija, 7.–10. listopada 2004.**



**Predsjednik kongresa:** Prof. dr. Izet Aganović

**Mjesto održavanja:** Hotel »Kvarner«, Opatija, Hrvatska

**Kotizacija:**

Kotizacija iznosi 1200,00 kn, plativo na žiro-račun 2360000-1101214818, Zagrebačka banka, poziv na broj 268-100 s naznakom »Kotizacija za Internistički kongres«. Kotizacija uključuje: prisustvovanje kongresu, bodove liječničke komore, kongresne materijale, koktel dobrodošlice i društveni program.

**Bodovi komore:** Hrvatska liječnička komora boduje ovaj skup:

aktivno sudjelovanje (predavači, poster) – 15 bodova  
pasivno sudjelovanje – 10 bodova

**Prijava za kongres:**

Prijava za kongres bit će omogućena u Kongresnom uredu od 7. do 10. listopada od 8 do 20 sati. Sudionici koji su kotizaciju uplatili ranije svakako trebaju ponijeti kopiju uplatnice. Prijava se također može izvršiti putem interneta (Prijava za kongres).

**Prijava i prezentacija radova:**

Rok za prijavu je 1. srpnja 2004. godine. Prijava rada može se izvršiti isključivo putem interneta (Prijava rada). Svi prihvaćeni radovi bit će prezentirani u obliku postera, a sažeci objavljeni u suplementu Liječničkog vjesnika. Poster će biti izloženi u dvorani hotela »Imperijal« od 7. do 10. listopada 2004. godine. Ocjenjivački žiri će nagraditi 10 najboljih radova. *Napomena:* Budući da će se radovi primati isključivo putem elektroničke pošte, autori se moraju striktno pridržavati uputa za pisanje i prijavu rada, a posebno moraju biti svjesni činjenice da neće biti naknadne lekture teksta.

**Izložbe:** Tijekom održavanja Kongresa bit će postavljene izložbe proizvoda farmaceutske industrije uz mogućnost dobivanja svih potrebnih obavijesti.

**Hotelski smještaj:** Za sve informacije glede hotelskog smještaja pitati:

Turistička agencija DA RIVA, Maršala Tita 162, 51410 Opatija  
tel: 051/272-990, faks: 051/272-482, e-mail: da-riva@da-riva.hr, web: www.da-riva.hr

**Stručne obavijesti:** Prof. dr. Izet Aganović

Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb  
tel/faks: +385-1-2420517, e-mail: ik-2004@net.hr, web: www.ik-2004.com