

---

## Letter to the Editor

---

U POVODU ODGOVORA DR. M. ZAVALIĆ (ARH  
HIG RADA TOKSIKOL 1997;48:259-62)

Poštovani,

Žao mi je što moram izjaviti da niti u uvodno citiranom (drugom po redu) odgovoru (kao ni u prvom, objavljenom u *Arh hig rada toksikol* 1996;47:230-32) dr. Zavalčić nije navela niti jednu činjenicu kojom bi opovrgla moju tvrdnju (iznesenu i dodatno obrazloženu u dva moja pisma uredniku, objavljena u *Arh hig rada toksikol* 1996;47:229-30 i *Arh hig rada toksikol* 1996;47:421-3) da njezini »Kriteriji za priznavanje profesionalne azbestoze plućnog parenhima i pleure« (objavljeni u *Arh hig rada toksikol* 1995;46:433-44), za razliku od »Kriterija za dijagnozu azbestoze« kojih sam koautor (objavljenih u *Arh hig rada toksikol* 1984;35:363-81), »... nisu utemeljeni na znanstveno ili stručno utvrđenim činjenicama i/ili (da) nisu usklađeni s našim relevantnim propisima te su, kao takvi, neprihvatljivi za nepristrane sudionike u postupku (ne)priznavanja profesionalne azbestoze ...«. Drugim riječima, ni danas (trinaestak godina nakon objavljivanja naših »labavih kriterija« koji su dopuštali priznavanje prevelikog broja profesionalnih azbestoza, prema mišljenju dr. Zavalčić) ona nije navela niti jedan bitan znanstveni prodor (u svezi s biološkom graničnom vrijednosti azbestoza, odnosno u svezi s praznom vrijednosti azbestnog depozita čijim prevršavanjem dotadanja fibrozna mikroreakcija koja se očituje kao azbestna tjelešca prerasta u fibroznu makroreakciju koja se očituje kao azbestoza) kojim bi

opravdala svoje bitno strožije kriterije (u svezi s priznavanjem jasno izraženog radiografskog nalaza i/ili u svezi s prethodnom obvezatnom profesionalnom izloženosti) za priznavanje profesionalne azbestoze. Recentna znanstvena i stručna saznanja na koja se dr. Zavalčić poziva još uvijek, kao i slična od prije trinaestak godina, pripadaju sferi epidemioloških istraživanja koja nam mogu dobro poslužiti za ustrojavanje sve boljih pravila zaštite na radu, ali su neupotrebljiva u postupku dijagnosticiranja odnosno priznavanja profesionalne azbestoze kod pacijenta pojedinca. Cijenim da bi ovaj komentar trebao biti dostatan svakom doktoru medicine i diplomiranom iuristu (koji je pročitao svih šest prethodno citiranih tekstova) da se pravilno opredijeli između mojih (naših) »labavih kriterija« i »čvrstih kriterija« dr. Zavalčić. Ipak sam, da ne bi bilo zabune, dužan odgovoriti na nekoliko pitanja odnosno tvrdnji iz uvodno citiranog, drugog, odgovora dr. Zavalčić. Zbog čega treba govoriti baš o »pretežito profesionalnoj izloženosti« u postupku priznavanja profesionalne azbestoze?

Notorno je da su azbestna vlakna svuda prisutna i da neizdahnuta azbestna vlakna postaju doživotno deponirana u našim ciljnim organima. Stoga svakog člana opće populacije moramo smatrati svojevrsnim pokretnim deponijem komunalnih, vicinalnih i/ili domicilnih azbestnih vlakana, a svakog zaposlenika u poduzeću sa specifičnom proizvodnjom deponijem koji se dodatno (osam sati svakog radnog dana) dopunjuje mnogo većim brojem profesionalnih azbestnih vlakana. Notorno je, također, da priznajemo postojanje ne samo profesionalne nego i

komunalne, vicinalne i domicilne azbestoze. Stoga svaku pulmološki dokazanu azbestozu moramo smatrati komunalnom dok se ne utvrdi eventualni pretežiti udio vicinalne, domicilne ili profesionalne izloženosti u njezinu nastanku. Doktor specijalist medicine rada dužan je dijagnosticirati profesionalnom svaku pulmološki dokazanu azbestozu u čijem je nastanku profesionalna izloženost, prema njegovoj procjeni (prethodnog pacijentova radnog i životnog vijeka), sudjelovala s najmanje 51%. Ako bi sada netko (polazeći od udžbeničke definicije profesionalne bolesti na koju se poziva dr. Zavalić) olako zaključio da niti jednu pulmološki dokazanu azbestozu ne treba priznati profesionalnom (jer niti jedna nije posljedica isključivo profesionalne izloženosti), podsjetit ću ga da se moja argumentacija savršeno uklapa u našu zakonsku definiciju profesionalne bolesti (vidi članak 47. Zakona o mirovinskom i invalidskom osiguranju), prema kojoj su profesionalne bolesti baš određene (Listom profesionalnih bolesti izazvane dužim štetnim utjecajem procesa ili uvjeta rada, pri čemu Zakon nigdje ne spominje »isključivi štetni utjecaj procesa ili uvjeta rada«. Drugim riječima, dok je navedeni Zakon na snazi, niti jednom bolesniku s pulmološki dokazanom azbestozom ne može biti uskraćeno priznanje profesionalne azbestoze samo zbog činjenice da je, uz profesionalnu, postojala i komunalna, vicinalna ili domicilna izloženost udisanju azbestnih vlakana. Zbog čega se ne treba pozivati na pravilnik o MDK ... u postupku priznavanja profesionalne azbestoze?

Notorno je u zaštiti na radu odnosno u higijeni rada da izvršna vlast, propisivanjem MDK, nikomu (ni poslodavcu, ni zaposleniku) ne daje garanciju da će izlaganje koncentracijama manjim od propisanih MDK spriječiti nastanak očekivanih profesionalnih bolesti; tim propisom izvršna vlast samo objavljuje svoje uvjerenje da će poslodavac, izlažući zaposlenike manjim koncentracijama smanjiti broj očekivanih profesionalnih bolesti na prihvatljivo minimalnu razinu, kao i svoju prijetnju da će njezina inspekcija rada zabraniti rad na radnim mjestima u djelokrugu kojih su koncentracije (zbog propuštanja mjera zaštite na radu) veće od propisanih MDK. Polazeći od istog stava (= da određen broj profesionalnih bolesti očekuje i kod zaposlenika na radnim mjestima na kojima su

izloženi koncentracijama manjim od propisanih MDK), zakonodavna vlast je propisala (vidi članak 154., 173. i 174. Zakona o obveznim odnosima i članak 15. Zakona o zaštiti na radu) da je poslodavac, bez obzira na krivnju, objektivno odgovoran za štetu od profesionalne bolesti, tj. da je dužan nadoknaditi štetu od profesionalne bolesti i zaposleniku koji je na radnom mjestu bio izložen koncentracijama relevantne opasne tvari manjim od propisanih MDK. Kad se još uzme u obzir da su vicinalne, domicilne i komunalne koncentracije azbestnih vlakana (za koje priznajemo da mogu izazvati azbestozu kod određenog broja članova opće populacije) stotinama pa i tisućama puta manje od koncentracija u radnom okolišu koje su manje od propisanih MDK, besmisleno je uskratiti priznanje profesionalne (prethodno pulmološki dokazane) azbestoze samo zbog činjenice da je zaposlenik, u krugu poduzeća sa specifičnom proizvodnjom, bio izložen koncentracijama azbestnih vlakana manjim od propisanih MDK. Zbog čega ne treba doktoru specijalistu medicine rada predbacivati ako se neka druga bolest dišnog sustava pogrešno proglasi profesionalnom azbestozom?

Notorno je da je azbestozu najprije bolest dišnog sustava, pa tek nakon toga profesionalna, vicinalna, domicilna ili komunalna. Isto je tako notorno da legitimaciju za vještačenje bolesti dišnog sustava ima isključivo doktor specijalist pulmolog, a profesionalnih bolesti isključivo doktor specijalist medicine rada. Doktoru specijalistu pulmologu treba uputiti pacijenta kod kojeg su izabrani doktor ili nadležni doktor medicine rada (na temelju preventivnog screeninga, epidemiološke indikacije ili usputnog radiografskog nalaza) posumnjali na azbestozu. Doktor specijalist pulmolog će pacijentu (s nespecifičnim kliničkim i laboratorijskim znakovima te jasno izraženim radiografskim nalazom u smislu pneumokonioze odnosno azbestoze) dijagnosticirati azbestozu tek nakon što diferencijalnodijagnostički isključi druge bolesti koje se mogu očitovati sličnim nespecifičnim znakovima i radiografskim nalazom. Tek tada uputit će pacijenta doktoru specijalistu medicine rada koji će (na temelju preispitivanja cjelokupnog prethodnog pacijentova radnog i životnog vijeka, a uzimajući u obzir aktualni stupanj radiografskih promjena) procijeniti koja je od četiri moguće



izloženosti (profesionalna, vicinalna, domicilna, komunalna) imala odlučujući (pretežiti) udio u nastanku azbestoze, te će postaviti konačnu dijagnozu. Zbog čega ne treba govoriti o mojem svojatanju kriterija za dijagnozu azbestoze odnosno kriterija za priznavanje profesionalne azbestoze?

Blizu je pameti da kad govorim »moji kriteriji« podrazumijevam svoj izbor odnosno svoje tumačenje odavno postojećih i svima raspoloživih parametara: ILO 1980 klasifikacije, diferencijalnodijagnostičkog postupka i notorne istine o svuda prisutnim azbestnim vlaknima. Ako nešto svojatam, to je tvrdnja da su originalni doprinosi dubrovačkih (1985)

i zagrebačkih (1988) dogovora, kao i nešto drukčiji (ali slični po intenciji) kriteriji dr. Zvalić, arbitrarni i neutemeljeni sa znanstvenog, stručnog i etičkog motrišta.

Labud Kurajica

PS. Upućujući ovo pismo još nisam uspio doznati kako će izgledati izmjene i dopune ILO 1980 klasifikacije dogovorene u Kyotu u listopadu 1997. No, bile kakve bile, one ne mogu utjecati na segmente postupka koji pripadaju doktorima specijalistima pulmologu i medicinaru rada (već samo na definiciju jasno izraženog radiografskog nalaza).