KAKO NAMJERNO NAPISATI DOBAR PRIKAZ SLUČAJA?

Autor: Adrian Borna Bašić

Prikaz slučaja većini je studenata prvi ulazak u znanstveni dio medicine. Iako se, prema razini dokaza, on nalazi tek na 4. razini, dakle jednu iznad stručnog mišljenja, on predstavlja ključan dio te piramide te je temelj na kojem stoje brojni medicinski kongresi. U prvom ću se dijelu ovog članka osvrnuti na karakteristike kvalitetnog prikaza slučaja, a u drugom dijelu na najčešće tehničke greške. Kao izvor podataka za najčešće tehničke greške koristio sam randomizirani pregled 36 radova s prošlogodišnjeg OSCON-a i zbrajanje grešaka koje su tamo uočene. Prikaz slučaja ne treba podcijeniti jer, iako je kratka forma, paradoksalno upravo zbog tog ograničenja iziskuje veći omjer uloženog truda na broj riječi te se i najboljima dogode greške. Mark Twain, u Google Translate prijevodu s engleskog, najbolje je sročio taj paradoks: „Ispričavam se zbog tako dugog pisma - nisam imao vremena napisati kratko.“ (Slika 1.)

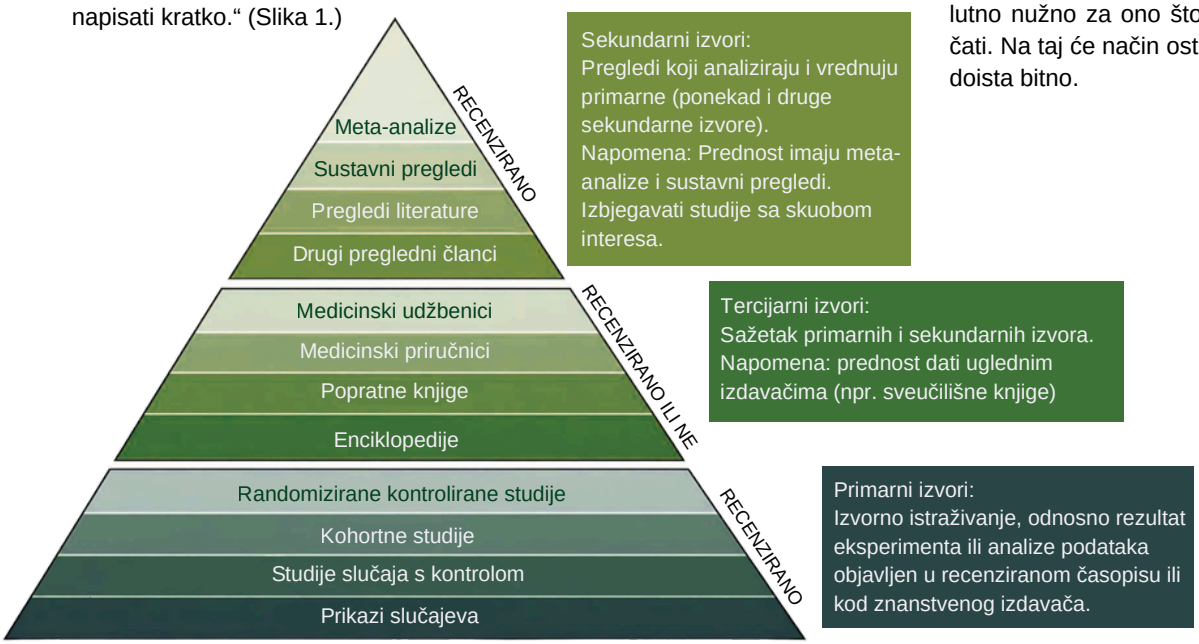
Zašto?

Prvo, naravno, treba odabrati nekog pacijenta i njegovu priču. Mislim da je dobro pitanje za postaviti sebi: „Zašto ovo želim prikazati?“ To mi se pitanje doima korisnim jer će nas usmjeriti na to da prikaz radimo s nekakvom svrhom, što onda čini rad relevantnijim. Naravno, odgovor na ovo pitanje jest i skupljanje bodova, što je isto legitiman dio cijele priče. Tako se primjerice možemo zapitati donosi li naš rad nešto novo, kao što je neki novi dijagnostički postupak ili neki novi oblik terapije o kojem vrijedi proširiti riječ. Jako dobro pitanje, kojeg sam čuo od starijih kolega, za postaviti sebi je: „Je li ovo nešto što ćemo lako promašiti i ozbiljno naškoditi nekom pacijentu?“. Pacijenta koji je imao atipičnu kliničku sliku nekog poznatijeg stanja također vrijedi prikazati, makar sama bolest nije rijetka.

Naravno, pacijente s rijetkim i nesvakodnevnim bolestima ima smisla prikazati jer tako i druge i sebe podsjećamo na te dijagnoze. Činjenica u medicini, uvijek vrijedna strahopoštovanja, jest da se u svakom slučaju, bilo nešto svakodnevno ili jednom u pet godina, radi o nečijem zdravlju i životu.

Kako?

Iako varira od kongresa do kongresa, recimo da za naš prikaz slučaja imamo ograničenje do 250 riječi. U tih 250 riječi moramo na jasan i transparentan način ispričati što se događalo s pacijentom. Ono što drži cijeli prikaz slučaja na okupu i daje mu tu neku nit vodilju je, naravno, kronologija. Prvo treba uspostaviti kronologiju svega što se događalo s pacijentom i to detaljnije nego što će stati u tih konačnih 250 riječi, a onda ćemo kasnije gledati što možemo izbaciti, a što je apsolutno nužno za ono što želimo ispričati. Na taj će način ostati samo ono, doista bitno.

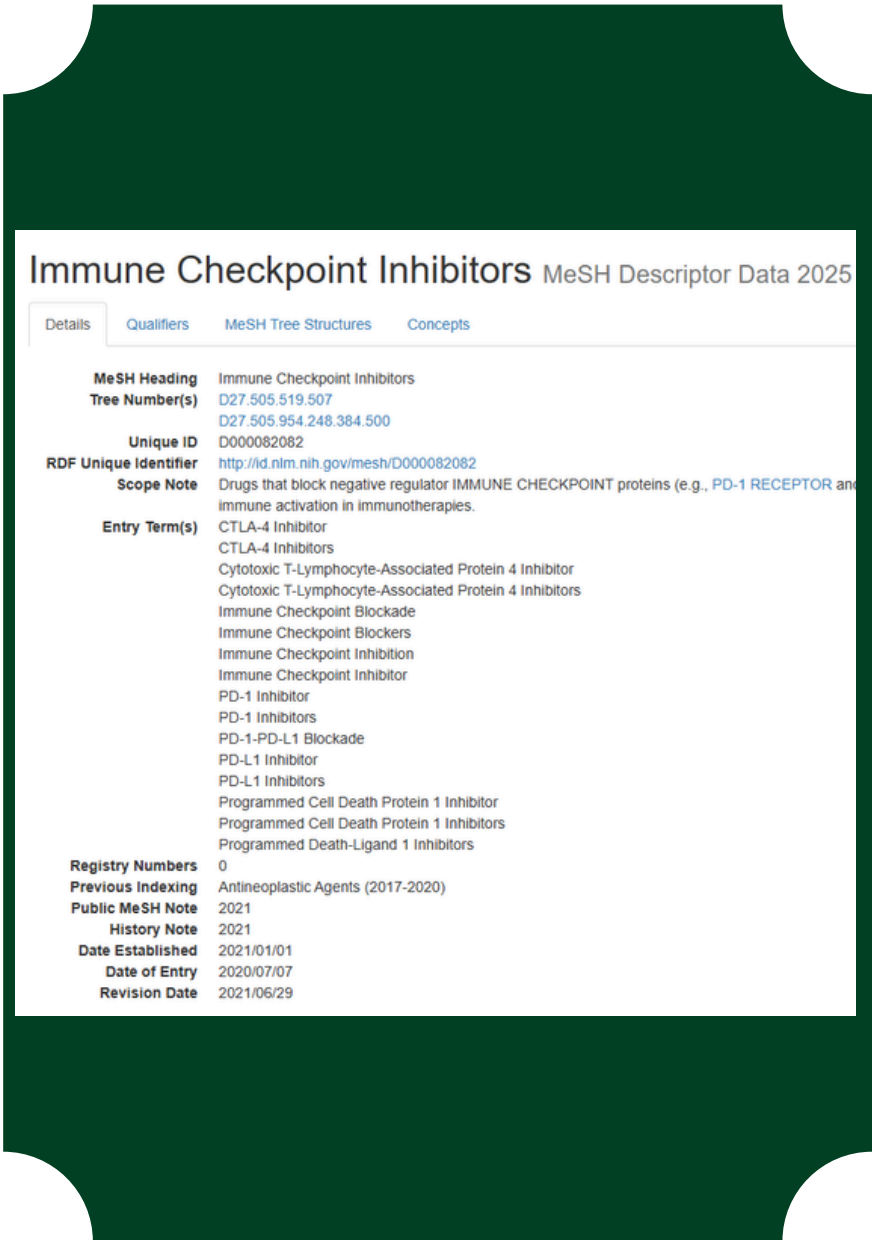


Slika 1.

Problem koji se može javiti nakon svih tih sati provedenih u Bolničkom informacijskom sustavu ili čak sa samim pacijentom uživo, je smanjena sposobnost objektivne procijene vlastitog rada, osim ako imamo puno iskustva. Nama to što smo napisali može biti savršeno jasno, a netko drugi, tko se prvi put susreće s našim prikazom slučaja, se u njemu potpuno izgubi. Od starijih sam kolega čuo izvrsno pitanje za postaviti sebi: „Ako mi netko preda ovog pacijenta na hitnom prijemu, imam li dovoljno informacija da mogu znati što ću s njim raditi?“. Također, uvijek možemo nekog iskusnijeg zamoliti za konstruktivnu kritiku.

MeSH-aj mala

Daleko je najčešća tehnička greška pisanje ključnih riječi. Od 36 radova u čak 19 (53%), dakle više od pola, ključne su riječi krivo napisane. One igraju ključnu ulogu u kasnijem pretraživanju i dohvaćanju radova, moraju biti strogo standardizirane i svima je u interesu da budu točno napisane kako vaš rad ne bi propao u potpuni zaborav. Osim što moraju biti abecedno poredane, nužno je da su odabrane iz pojmovnika MeSH tezaurusa (eng. Medical Subject Head-ings). Naime, jedini je ispravni oblik ključne riječi onaj naveden pod „MeSH Heading“, dok se „Entry Terms“ ne računaju kao ispravne ključne riječi. Nadalje, MeSH Heading ne smije se preoblikovati, na primjer, izbaciti zarez i promijeniti poredak riječi. Dakle, najbolje ga je samo prekopirati. To znači da često nećete moći pronaći ključnu riječ koja potpuno odgovara vašem radu, iako ona postoji kao „Entry Term“. Primjerice, za inhibitore liganda programirane stanične smrti 1 (eng. Programmed Death-Ligand 1 Inhibitors) ne postoji ključna riječ kao takva, već ona postoji kao općeniti pojam za tu skupinu lijekova (eng. Immune Checkpoint Inhibitors) (Slika 2.).



Immune Checkpoint Inhibitors MeSH Descriptor Data 2025

Details | Qualifiers | MeSH Tree Structures | Concepts

MeSH Heading	Immune Checkpoint Inhibitors
Tree Number(s)	D27.505.519.507
	D27.505.954.248.384.500
Unique ID	D000082082
RDF Unique Identifier	http://id.nlm.nih.gov/mesh/D000082082
Scope Note	Drugs that block negative regulator IMMUNE CHECKPOINT proteins (e.g., PD-1 RECEPTOR and immune activation in immunotherapies.
Entry Term(s)	CTLA-4 Inhibitor
	CTLA-4 Inhibitors
	Cytotoxic T-Lymphocyte-Associated Protein 4 Inhibitor
	Cytotoxic T-Lymphocyte-Associated Protein 4 Inhibitors
	Immune Checkpoint Blockade
	Immune Checkpoint Blockers
	Immune Checkpoint Inhibition
	Immune Checkpoint Inhibitor
	PD-1 Inhibitor
	PD-1 Inhibitors
	PD-1-PD-L1 Blockade
	PD-L1 Inhibitor
	PD-L1 Inhibitors
	Programmed Cell Death Protein 1 Inhibitor
	Programmed Cell Death Protein 1 Inhibitors
	Programmed Death-Ligand 1 Inhibitors
Registry Numbers	0
Previous Indexing	Antineoplastic Agents (2017-2020)
Public MeSH Note	2021
History Note	2021
Date Established	2021/01/01
Date of Entry	2020/07/07
Revision Date	2021/06/29

Slika 2.

Kako skratiti muke sa skraćenicama?

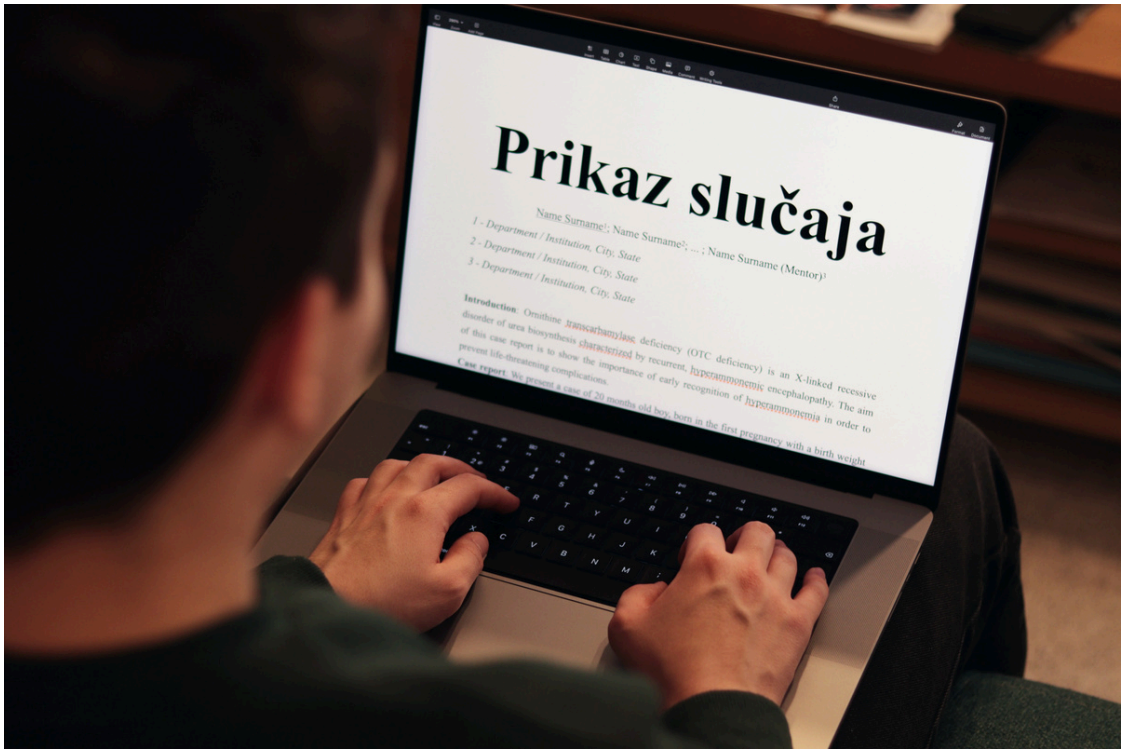
Druga je najčešća tehnička greška pisanje zloglasnih skraćenica, tj. kratica. Kako je prikaz slučaja brojem riječi vrlo ograničena forma, gotovo će svaki sadržavati barem jednu skraćenicu radi jezične učinkovitosti. Međutim, greške su pri pisanju skraćenica česte te je tako 14 (39%) radova imalo barem jednu grešku u njihovom pisanju. Osnovno je pravilo da se pri prvom spominjanju, tj. uvođenju, one moraju raspisati. To vrijedi čak i za vrlo uvriježene skraćenice za koje možda ne biste očekivali da se moraju raspisati kao što su: CT, MR, HDL, RAAS, STEMI, PE, CRP itd. Problem je što, iako je zdravorazumski da se skraćenica PE odnosi na plućnu emboliju, ona se primjerice može odnositi i na pleuralni izljev (eng. pleural effusion). Dakle, kratica se mora uvesti. Da bi situacija bila kompliciranija, mjerne se jedinice ne moraju raspisati, kao ni nazivi gena (iako moraju ići u kurzivu).

Kroz ovu šumu pravila nitko ne može hodati napamet te je najbolje u slučajevima nesigurnosti potražiti odgovore na internetu. Nadalje, kratica se ne treba uopće uvoditi ako se koristi manje od 3 puta, što je česta greška. Ponekad se nekome može omaći i da uvedenu kraticu kasnije opet raspisuje, što naravno nije potrebno. Također, u naslovu bi trebalo izbjegavati uvoditi skraćenice.

„Practice”

George Carlin, na izvornom engleskom, kaže: „Isn’t it a bit unnerving that doctors call what they do 'practice'?“ Iako se on tu šali jer mu je to posao, uistinu se sve svodi na učenje kroz nekakvo vježbanje. Naravno, da pri tome nikome ne naškodimo. Dakle, najbolji je način za napisati dobar prikaz slučaja prvo napisati manje dobar prikaz slučaja.

Izvori:
1. Vatkar A, Kale S, Shyam A, Srivastava S. Understanding the Levels of Evidence in Medical Research. J Orthop Case Rep. 2025 May
2. Guidelines To Writing A Clinical Case Report. Heart Views. 2017 Jul-Sep
3. Flury M. On the use and misuse of abbreviations in scientific writing. Vadose Zone J. 2025 Jan



Autorica fotografije: Vanessa Lukas