



VLOGA ACE-INHIBITORJEV (PERINDOPRILA) V SEKUNDARNI PREVENTIVI PRI BOLNIKIH S KORONARNO BOLEZNIJO - Rezultati raziskave EUROPA

Bolnike s koronarno boleznijo spremlja sorazmerno veliko tveganje za srčni infarkt in kardiovaskularno smrt. Razlog zanj je napredovanje aterosklerotičnega procesa v koronarnih arterijah. Proučevanja v zadnjih letih so v ospredje postavila ukrepe, s katerimi bi lahko zavrli ali celo ustavili aterosklerotični proces. Delno zmanjšanje pojavnosti srčnih infarktov in umrljivosti lahko dosežemo z zdravljenjem z aspirinom, statini in blokatorji beta. Vse naštetu že uporabljamo v sekundarni preventivi, dodatno pomembno zmanjšanje pa bi vsaj teoretično lahko dosegli z drugimi prevetivnimi ukrepi. Eno izmed zelo obetavnih je zdravljenje z ACE-inhibitorji, ki pomembno vplivajo na endotelijsko disfunkcijo, vnetje v žilni steni, zmanjšanje povečane koagulabilnosti na žilni steni in "stabilizacijo" aterosklerotičnega plaka. Pomembna je ugotovitev, da so učinki ACE-inhibitorjev odvisni od delovanja na "lokalni" renin-angiotenzinski sistem oz. angiotenzin II v arterijski steni. Da bi lahko učinkovito lokalno delovali, morajo ACE-inhibitorji vstopiti v žilno steno. Vstopanje v žilno steno oz. lokalna koncentracija sta odvisni od molekularnih značilnosti posameznega ACE-inhibitorja, predvsem lipofilnosti. Perindopril je dolgodelujoči ACE-inhibitor z dokazanimi antiaterogenimi in antiishemičnimi učinki, zavira pa tudi preoblikovanje srčne mišice. Perindoprilova struktura omogoča njegovo učinkovito prehajanje v žilno steno. Za raziskavo EUROPA, v kateri so proučevali preprečevanje koronarnih dogodkov pri bolnikih z že prisotno koronarno boleznijo, so prav zaradi omenjenih lastnosti izbrali perindopril.

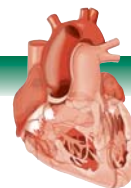
V raziskavo EUROPA (EUropean trial on Reduction Of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease) (1), ki je potekala v 24 evropskih državah, so vključili 12.218 bolnikov (povprečna starost 60 let) s stabilno koronarno boleznijo in brez srčnega popuščanja. Raziskava je bila randomizirana in dvojno slepa. Bolnike so razdelili v dve skupini, prva je prejela perindopril (v odmerku 8 mg/dan), druga pa placebo; povprečno so jih sledili 4,2 leti. Primarni izid so bili: srčni infarkt, kardiovaskularna smrt in uspešna reanimacija. Po letu dni zdravljenja je že bila vidna razlika med s perindoprilom zdravljenimi in kontrolno skupino. Po treh letih sledenja je bila razlika statistično

pomembna. Čež štiri leta je zdravljenje s perindoprilom za 20% zmanjšalo pojavnost primarnega izida, se pravi kardiovaskularne smrti, srčnega infarkta in srčnega zastoja z uspešno reanimacijo, razlika je bila statistično pomembna ($p=0,0003$). Nadaljnje opazovanje bolnikov je pokazalo dodatno povečanje razlike po štirih letih zdravljenja, če rezultate prevedemo v klinično bolj povedne podatke (NNT = number needed to treat), ugotovimo, da je za preprečitev enega primarnega dogodka treba štiri leta zdraviti približno 50 bolnikov. Pomembno je poudariti, da je bila večina bolnikov zdravljen z aspirinom, statini in blokatorji beta, katerih delovanje že samo zmanjšuje pogostnost koronarnih dogodkov, medtem ko jemanje perindopriila še dodatno zmanjša pojavnost koronarnih dogodkov. Razlika med zdravljenimi s perindoprilom in kontrolnimi bolniki je bila prisotna v vseh podskupinah (mlajši in starejši bolniki, bolniki s sladkorno boleznijo, artrijsko hipertenzijo, s prebolelim infarktom,...). Tudi sekundarni izidi (skupna umrljivost, nestabila angina pectoris, revaskularizacija, možganska kap, srčno popuščanje) so bili redkejši pri bolnikih, zdravljenih s perindoprilom. Rezultati raziskave kažejo, da se je ob perindoprilu zmanjšala pojavnost srčnega infarkta (s smrtnim izidom ali brez njega) za 24% ($p < 0,001$), pojavnost srčnega popuščanja pa za 39% ($p = 0,002$).

Raziskava EUROPA pomeni pomembno prelomnico v proučevanju vpliva ACE-inhibitorjev na aterosklerotični proces. Očitno kaže, da je bolnike s koronarno boleznijo treba zdraviti tudi z ACE-inhibitorji. Pri izbiranju posameznega ACE-inhibitorja moramo upoštevati še podatke o njegovi učinkovitosti, pridobljene v velikih kliničnih raziskavah. Raziskava EUROPA je dokazala učinkovitost perindopriila.

prof. dr. sci. Mišo Šabovič, dr.med.

Vir: Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet, 2003; 362:782-7.



PREXANIL®

perindopril 4 mg
1 tableta na dan

EVROPSKA ŠTUDIJA O ZMANJŠEVANJU SRČNIH DOGODKOV S PERINDOPRILOM PRI BOLNIKIH S STABILNO KORONARNO ARTERIJSKO BOLEZNIJO

EUROPA

EUROPEAN TRIAL ON REDUCTION OF CARDIAC EVENTS WITH PERINDOPRIL IN STABLE CORONARY ARTERY DISEASE

Izbrani antihipertenzivi za študiji

ŠTUDIJA O PREPREČEVANJU PONOVNE MOŽGANSKE KAPI S PERINDOPRILOM

PROGRESS

PERINDOPRIL PROTECTION AGAINST RECURRENT STROKE STUDY

SKRAJŠANO NAVODILO ZA PREDPISOVANJE

PREXANIL®, 4 mg, tablete. **Sestava:** Ena tableta vsebuje 4 mg perindopriila, erbuminijeve soli, kar ustreza 3,338 mg perindopriila. **Pomožne snovi:** mikrokristalna celuloza, laktoza monohidrat, brezvodni koloidni silikagel, magnezijev stearat. **Delovanje:** Prexanil 4 mg deluje vazodilatorno in antihipertenzivno, kar je posledica njegovega močnega, kompetitivnega in specifičnega zaviranja angiotenzinske konvertaze. Zaviranje renin-angiotenzinskega sistema vpliva na žile, ledvice in simpatični živčni sistem, kar vse povečuje antihipertenzivni učinek perindopriila. **Indikacije:** Hipertenzija, srčno popuščanje. **Odmerjanje in način uporabe:** Ne glede na odmere je priporočljivo jemanje zdravila enkrat na dan, in sicer zjutraj, pred obrokom. **Esencialna arterijska hipertenzija:** priporočeni začetni odmerek je 4 mg enkrat na dan. Če je potrebno, po enem mesecu povečamo odmerek na 8 mg enkrat na dan. **Bolniki, ki jemljejo diuretike:** Priporočljivo je diuretik ukiniti 2 do 3 dni pred uvedbo zdravila Prexanil 4 mg ali zdravljenje začeti z odmerkom 2 mg enkrat na dan. **Renovaskularna hipertenzija:** Priporočeni začetni odmerek je 2 mg enkrat na dan. Pozneje lahko odmerek po potrebi prilagodimo. **Odmerjanje za starejše bolnike:** Zdravljenje začnemo z odmerkom po 2 mg, ki ga lahko pozneje postopoma povečujemo do 8 mg, če je potrebno. **Srčno popuščanje:** Priporočljivo je začeti pod zdravniškim nadzorom in s priporočenim začetnim odmerkom 2 mg zjutraj. Odmerek lahko povežemo na 4 mg enkrat na dan po 1 do 2 tednih jemanja. Da bi zmanjšali že sicer majhno možnost simptomatične hipotenzije, moramo bolnikom, ki že jemljejo velik odmerek diuretika, tega zmanjšati pred uvedbo zdravila Prexanil 4 mg. Bolnikom z ledvično okvaro prilagajamo odmerek glede na vrednost ravnih kalija in kreatinina. **Priporočeni odmerki so:** kreatininski očistek 30 do 60 ml/min (1 ml/s): odmerek 2 mg/dan; 15 do 30 ml/min (0,5 ml/s): 2 mg vsak drugi dan; pod 15 ml/min (0,25 ml/s): 2 mg na dan dialize (po dializi). Bolnikom z jetno okvaro ni treba prilagajati odmerka. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za perindopril, katero od pomožnih snovi ali katerikoli drug zaviralec ACE v anamnezi; angioedemi v anamnezi; nosečnost in dojenje. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Simptomatična hipotenzija je redek pojav; verjetnejša je pri bolnikih s hipovolemijo zaradi zdravljenja z diuretiki, omejitve soli v prehrani, dialize, diske ali bruhanja. **Okvara ledvičnega delovanja:** Včasih je treba zmanjšati odmerek zaviralca ACE, ukiniti diuretik ali storiti oboje. **Starejši bolniki:** Priporočamo manjše začetne odmerke in spremljanje ledvičnega delovanja na začetku zdravljenja. **Otroci:** Zanesljivost uporabe zdravila Prexanil 4 mg pri otrocih še ni ugotovljena. **Kirurški posegi in anestezija:** Uporaba zaviralcev ACE v kombinaciji z anestetiki lahko zniža krvni tlak in izzove arterijsko hipotenzijo. **Interakcije:** Odsvetovana je hkratna uporaba diuretikov, ki zadržujejo kalij, ali kalijevih pripravkov, ker se lahko poveča serumska koncentracija tega elementa. **Opozorila:** Litij: sočasno jemanje zaviralca ACE in litija lahko zmanjša izločanje litija. **Narkotiki, antipsihotiki in ciklični antidepressivi:** pojavi se lahko posturalna hipotenzija. **Alopurinol, citostatici ali imunosupresivi, sistemski kortikosteroidi ali prokinamidi:** sočasno jemanje z zaviralci ACE lahko poveča tveganje za pojav levkopenije. **Antihipertenzivi:** povečajo hipotenzivno delovanje zaviralcev ACE. **Nesteroidni protivnetniki:** sočasna uporaba lahko zmanjša antihipertenzivni učinek zaviralcev ACE. **Antiacidi:** zmanjšujejo biološko uporabnost zaviralcev ACE. **Alkohol:** poveča hipotenzivni učinek zaviralcev ACE. **Nosečnost in dojenje:** Zaviralci ACE lahko škodljivo vplivajo na plod, zato je njihova uporaba kontraindicirana med nosečnostjo in dojenjem. Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji: Zaviralci ACE lahko zmanjšajo sposobnost za vožnjo in delo s stroji, če se pojavita hipotenzija ali omotica. **Neželeni učinki:** Bolniki Prexanil 4 mg dobro prenašajo. Srčanski pojavi so prehodni in blagi in večinoma ne zahtevajo prekinitve zdravljenja. Srčanski učinki so navedeni po organskih sistemih: **Srce in ožilje:** hipotenzija in z njo povezani učinki. **Ledvice:** ledvična odpoved. **Dihala:** kašelj, zasoplost, bronhospazem, angioedem. **Prebavila:** slabost, bruhanje, trebušne bolečine, dispepsija, driska, zaprtje. **Koža in kožni priiveski:** izpuščaji, srbenje, koprnica, multiformni eritem. **Zivčevje:** glavobol, astenija, omotica, anoreksija, vrtoglavica, tinitus, motnje vida, mišični krči, parestezije, potenje, suha usta, motnje razpoloženja ali spanja, zmedenost. **Sečila in spolni organi:** spolne motnje. **Način izdajanja:** Samo na zdravniški recept. **Oprema:** Zloženka s 30 tabletami (1 x 30 tablet v pretisnem omotu) zdravila Prexanil 4 mg. **Rok uporabnosti:** Označen je na ovojnini. **Izdeluje:** Les Laboratoires Servier Industrie, Francija. **Podrobnejše informacije so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom:** Servier Pharma d.o.o., Tolstojeva 8, Ljubljana. Tel.: 01/563 48 11, Faks: 01/563 48 29.



Družinska medicina

DECEMBER 2003 številka 2.

NAMESTO UVODA

Proti koncu leta ponavadi pogledamo nazaj in premislimo, kaj smo pomembnega, manj pomembnega in dobrega naredili. Tudi kakšna napaka se najde vmes.

Bera v družinski medicini je uspešna: spomladi Kokaljevi dnevi, nato še vedno odmevajoča Wonca, pa nov časopis na koncu pomladanskih mesecev, mednarodne učne delavnice na Bledu, ki so se na nacionalni ravni nadaljevale novembra, decembra in bodo tudi januarja, Urgentna stanja v Mariboru, Fajdigovi dnevi pozno jeseni in še bi se kaj našlo. Zaradi evropskega kongresa WONCAEUROPE 2003 letos ni bilo Schrottovih dnevov niti Srečanj timov v osnovnem zdravstvu - naslednje leto bosta! Tudi na jesensko Mariborsko srečanje seveda ne bomo pozabili.

Ponovno smo pridobili nekaj projektov, tudi odmevnih, mednarodnih, ki utirajo pot evropski prepoznavnosti slovenskih zdravnikov družinske medicine. Magistrski in doktorski študij je vpisalo nekaj novih kolegov, specialistične izpite je uspešno končala še ena generacija specializantov in še bi lahko naštevali.

Dočakali in komentirali smo Belo knjigo, preživeli ZZS-jevske nadzore, luč sveta je zagledala lista zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, s sekundarne ravni se je še več bolnikov vrnilo nazaj v našo oskrbo - seveda ob nespremenjenem številu kadrov v osnovnem zdravstvu in za enako denarja, ... Kljub vsemu ostaja poslanstvo zdravnikov že leta nespremenjeno, da bi modro pluli med Scilo in Karibdo temu cilju naproti v naslednjem in vseh nadaljnjih letih želiva vsem kolegom

asist. Tonka Poplas Susič, dr. med.,
asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

VOŠČILO

Spoštovani!

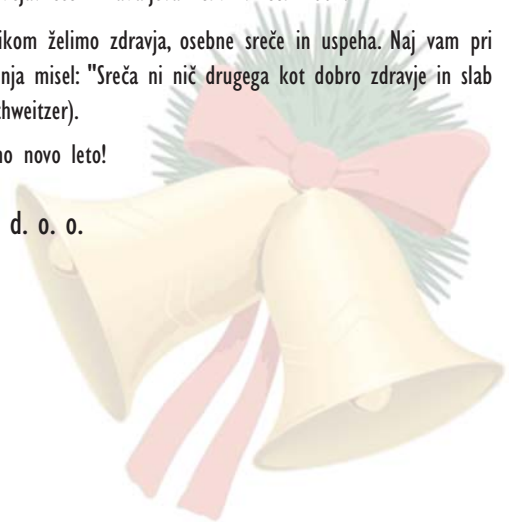
Običajno na koncu vsakega leta strnemo, kar se je zgodilo in kaj si želimo, da bi se zgodilo. Prijetni spomini nas bodo razvedrili v oblačnih dneh in nam dajali novo energijo.

Rojstvo Družinske medicine je eden od takšnih lepih dogodkov, ki bo z nami tudi v novem letu. Druga številka je nov dokaz dobrega sodelovanja med medicino in farmacevtsko industrijo, ali natančneje s podjetjem Servier Pharma, d.o.o. Z veseljem pomagamo temu neodvisno zasnovanemu glasilu, ki vas obvešča o pomembnih in zanimivih temah. Poskušamo vas tudi obiskovati in seznanjati z najbolj etičnimi in točnimi informacijami, ki vam lahko pomagajo v vsakdanji praksi. Kot farmacevtsko podjetje se obvezujemo, da bomo s tovrstnimi dejavnostmi nadaljevali tudi v letu 2004.

Vam in vašim bolnikom želimo zdravja, osebne sreče in uspeha. Naj vam pri tem pomaga naslednja misel: "Sreča ni nič drugega kot dobro zdravje in slab spomin." (Albert Schweitzer).

Vesel božič in srečno novo leto!

Servier Pharma, d. o. o.



VSEBINA

- Študij na daljavo
- Bobu bob
- WONCAEUROPE2003 - Post festum
- Bolnik z migreno pri družinskem zdravniku
- Obisk pri "letečih zdravnikih" v Avstraliji
- Vloga ACE - inhibitorjev (perindopрила) v sekundarni preventivi pri bolnikih s koronarno boleznijo - Rezultati raziskave EUROPA

ŠTUDIJ NA DALJAVO

V preteklih zimskih mesecih smo se prvič dobili na katedri. Doc. Marko Kolšek nas je povabil, naj se seznanimo z novo metodo učenja brez fizične prisotnosti na predavanju, v učilnici, torej prek elektronskega medija oz. interneta (distance learning ali E-learning). Seminar so pripravili španski kolegi, ki v okviru projekta Phare Twinning po Evropi hkrati širijo dvoje znanj:

- o obnavljanju oz. pomoči odvisnikom od drog in
- o sodobni metodi elektronskega učenja (E-learning).

V Španiji je izredno utrjena medfakultetna povezava in praksa, kjer univerze sodelujejo pri organizaciji različnih vrst dodiplomskega in podiplomskega študija. Posamezne univerze se med seboj povežejo, vsaka nudi svojo strokovno podporo, povezovalna univerza (National University for distant education) pa izvaja študij na omrežju. Na tak način tečejo številni študiji: od kratkih tečajev osvojitve ali obnovitev določenega specifičnega znanja s področja, ki ga potrebujemo pri svojem delu, prek obsežnejših seminarjev, do magistrskega in doktorskega dela. Taki projekti tečejo tudi na področju izobraževanja o obsežni problematiki drog.

V Španiji je problem drog izbruhnil že mnogo prej kot v Sloveniji. O tej problematiki je nastala utrjena mreža centrov za zdravljenje odvisnikov in preventivo pred zlorabo drog.

Vanjo spada tudi izobraževanje strokovnjakov (zdravnikov in drugih članov delovne skupine). Konkreten primer je sodelovanje v skupnem projektu španske vlade (Spanish Governmental Delegation For National Plan of drugs), univerze za študij na daljavo (Spanish National Distance Universty) in Inštituta za raziskave s področja drog (Univesity Miguel Hernandez Institute for Drug Research).

Svoje delo so nam španski kolegi delno poskušali predstaviti v nekaj naslednjih srečanjih in nas navdušili za izvedbo pilotnega projekta študija na daljavo za zdravnike družinske medicine.

Cilj projekta je poenotenje specifičnega znanja med zdravniki družinske medicine brez fizične prisotnosti na predavanjih, seminarjih ali delavnicah.

Faze projekta so naslednje:

1. Definicija projekta
2. Zbiranje vsebin za tečaj
3. Virtualizacija vsebin
4. Promocija tečaja in zbiranje "študentov"
5. Izvedba tečaja
6. Ovrednotenje

Za izvedbo tečaja potrebujemo torej učitelje, učence, vsebino in medij (ter seveda finance).

● Učitelji

Doslej se nas je nekaj kolegov "naučilo" sodobne metode elektronskega učenja, torej načina dela prek interneta. Pri tem ne gre za klasična predavanja ali delavnice, ampak za obliko mentorstva, ko učitelj mentor vodi študenta skozi osvajanje znanja in mu pomaga naučiti se dovolj, da bo zmožl opraviti končni preizkus ter tako pridobiti novo znanje.

● Učenci

"Študent" je lahko vsak, ki ga zanima področje zasvojenosti z drogami, ima računalnik in dostop do interneta in nima časa za udeležbo na seminarjih, kar je tako rekoč povprečen slovenski zdravnik splošne/družinske medicine.

Študent, ki se bo prijavil na tečaj, bo dobil dostop do vsebin v izobraževalnem programu na internetu. Vsebujejo teoretične osnove v obliki besedila, ki si ga bo lahko natisnil ali le prebiral z zslona. Program omogoča sodelovanje v forumih in klepetalnicah, uporabnik lahko pošilja elektronsko pošto drugim študentom ali mentorju in s posebnimi testi sam preverja že osvojeno znanje. Na koncu bo opravil končni preizkus, in sicer osebno na Katedri, in pridobil certifikat o osvojenem znanju s specifičnega področja po sodobni učni metodi

● Vsebine

Program obsega skupno 200 strani besedila. Vsebine so delno povzete od španskih kolegov, delno lastne. Obsegajo osnove o:

- drogah (klasifikacija, učinki, diagnostika ter zdravljenje zastrupitve in zasvojenosti),
- preventivi (primarna: dejavniki tveganja nastanka zasvojenosti; sekundarna: intervencijska polja),
- problematiki družinski zdravnik in zasvojenosti z vidika družinskega zdravnika.

● Medij

Za pilotni projekt nam bo medij nudila Španska univerza za virtualizacijo oz. študij na daljavo in nam dala v najem svojo platformo za izvedbo tečaja. Dr. Dušan Baraga bo virtualizator vsebin in bo skrbel tudi za tehnično izvedbo tečaja.

● Finance

Saj poznate tisto: Minister Gregor pa nič.

Vsi, ki že mesece delamo na projektu in si belimo glave, kako speljati naš tečaj, vabimo vse kolege, naj se nam pridružijo kot pilotni študentje, da bomo s skupnimi močmi speljali izredno zanimiv študij po sodobni metodi. Naj ne bo nikogar strah niti sram, če česa še ne zna, saj prav zato uvajamo ta tečaj, da bomo znali in vedeli. Virtualizator ima pravšnje ime in je garant, da bomo vse pripeljali do končne diplome in novega znanja, vmes pa klepetali po internetu, se jezili, če nas bo kaj "vrglo ven", zlasti iz našega udobnega stola pred računalnikom, ali pa nanj prikovalo.

Asist. Darinka Klančar, dr. med.



BOBU BOB

Po poletnem dopustu je bila ambulanta po pričakovanju polna neučakanih bolnikov. Kot da bi se vsi odločili, da bodo s svojimi težavami počakali, da pridem z dopusta. Običajna ponedeljkova gneča v čakalnici je bila tokrat še hujša in nestrpnost je naraščala z vsakim bolnikom, ki se je iz ordinacije vrnil pozneje kot v petih minutah. Sistem naročanja se mi je že davno sesul in moja edina želja je bila končati ambulanto čimprej.

Naslednja je vstopila lepo oblečena, urejena, diskretno nališpana gospodična s kovčkom v roki. Zanesljivo ni predstavljala značilnega siceršnjega bolnika, ki si vsak dan podajajo kljuko.

"Dober dan. Ste se lepo imeli na dopustu?"

"Ja, še kar. Kaj bo dobrega?"

"Vidim, da ste zelo zasedeni, zato vam ne bom vzela veliko časa. Verjetno ste že slišali za naš novi antihipertenziv?"

"Da, seveda," zamrmram in upam, da se ne bom izdal, da o njenem novem antihipertenzivu vem komaj kaj več od imena.

"Ste ga že kaj uvedli pri katerem od vaših bolnikov? In kakšne izkušnje imate z njim?"

"Veste, moji bolniki imajo že stalno uvedeno terapijo. Pri enem ali dveh, kjer dosedanje zdravljenje ni učinkovalo..." se zlažem.

"Lepo. Prinesla sem vam rezultate študije, ki so jo izvedli pred kratkim in prikazuje učinkovitost...". Zlekнем se nazaj na stolu in si poskusim odmisлити gnečo, ki se ta čas v čakalnici povečuje. Besede, ki mi jih pripoveduje predstavnica, gredo mimo mene. Prav nič me ne zanimajo rezultati študije, ki mi jo predstavlja, še manj me mika, da bi začela še debato o podrobnostih in rezultatih študije.

"... In na koncu naj vas povabim na strokovno srečanje, ki ga pripravljamo za zdravnike. Po srečanju vas seveda vabimo na kratko družabno srečanje..."

Minilo je standardnih deset minut. Na mizi je pustila obvezni kuli in nekaj zložen, natiskanih v živih barvah na blešččem papirju.

Medicina in farmacevtska industrija sta tesno in vse bolj povezani. Povezava je pogosto koristna, saj je v preteklosti prinesla vrsto prednosti za zdravje ljudi. Vendar tudi v tem sožitju prihaja do spornih situacij. Vsi jih poznamo: zastoj svinčniki in večerje, sponzorirane konference dvomljive kakovosti, počitnice, ki si jih s svojimi plačami ne bi mogli privoščiti.

Farmacevtska industrija je ena najbolj donosnih vej industrije. V primerjavi z medicino, ki je pogosto kaotična, vladata v njej red in dobra organiziranost. Trženju namenja farmacevtska industrija približno 35% denarja. Slovenskih podatkov sicer ni, vendar je iz tujih študij znano, da kar 80 do 95% zdravnikov redno obiskujejo predstavniki farmacevtske industrije. Večina zdravnikov dobi od predstavnikov vsako leto vsaj eno darilo, marsikdo tudi precej več. Kljub temu, da bi zdravniki radi verjeli, da trženje na naše odločanje ne vpliva, je resnica drugačna.

Zaradi pomembnosti tega problema, pogostih kritik in zato, da bi naredili red na tem področju, so se v zadnjem času razvile pobude, kako odnos med farmacevtsko industrijo in zdravništvom urediti s pravili. Sprejeli so jih vsi - tako farmacevtska industrija, zdravniška združenja in vlade. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija in Mednarodna organizacija farmacevtske industrije

(International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations) sta izdelali merila, ki natančneje opredeljujejo odnos med farmacevtsko industrijo in zdravniki.

V Sloveniji imamo leta 2001 sprejeti pravilnik, ki predpisuje, kako oglaševati zdravila in medicinske pripomočke. Med drugim določa:

"Proizvajalci zdravil, pravne ali fizične osebe, ki nastopajo v imenu proizvajalcev ter pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z zdravili in podružnice tujih proizvajalcev ne smejo odgovornim osebam za predpisovanje in izdajanje zdravil dajati, ponujati ali obljubljeni nobenih daril, denarnih ugodnosti ali prejemkov v naravi, razen če so le-ti majhne oziroma simbolične vrednosti in se lahko uporabljajo le za opravljanje zdravstvene ali lekarniške dejavnosti.

Gostoljubnost na promocijskih srečanjih mora biti na zmerni ravni in drugotnega pomena v primerjavi z glavnim namenom srečanja ter ne sme biti razširjena na osebe, ki niso odgovorne za predpisovanje in izdajanje zdravil.

Osebe, ki so odgovorne za predpisovanje in izdajanje zdravil, ne smejo poskušati pridobiti in ne smejo sprejeti nobene ugodnosti, ki je v nasprotju s prvim in drugim odstavkom tega člena."

Čeprav je soodvisnost medicine in farmacevtske industrije nujna in potrebna, se moramo zavedati etičnih načel, ki vodijo naše delo. Obstaja nevarnost, da zaradi drobnih ugodnosti prodamo svojo strokovno neodvisnost, na kateri temelji ugled zdravniškega poklica.

Kaj lahko naredimo:

- Zahtevati moramo, da se predstavnik farmacevtske industrije naroči na obisk zunaj rednega delovnega časa.
- Če nas povabijo k sodelovanju v raziskavi, zahtevajmo njen protokol, imena odgovornih oseb in mnenje etične komisije.
- Zdravstvenovzgojna gradiva za bolnike moramo naročiti pri neodvisni ustanovi (npr. na Inštitutu za varovanje zdravja).
- Na delovnem mestu uporabljajmo svoj kuli in svoj koledar.

prof. dr. sci. Igor Švab, dr. med.

Nekaj zanimivih spletnih strani:

- BMJ (številka, posvečena temu problemu): <http://bmj.com/content/vol326/issue7400/?etoc>
- American Academy of Pharmaceutical Physicians: www.aapp.org
- British Association of Pharmaceutical Physicians: www.brapp.org.uk
- Good Publication Practice for Pharmaceutical Companies: www.gpp-guidelines.org
- International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations: www.ifpma.org
- International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians: www.ifapp.org

WONCA EUROPE 2003

9. KONGRES EVROPSKEGA ZDRUŽENJA DRUŽINSKE MEDICINE

IZZIVI DRUŽINSKE MEDICINE



Ljubljana, Cankarjev dom 18. - 21. JUNIJ 2003

POST FESTUM



Ognet in inovativen potek WONCAEUROPE 2003 je na začetku ponazorila skupina THE STROJ

Po bitki smo vsi generali. Tudi po zelo uspešnem 9. kongresu Evropskega združenja družinske medicine Wonca Europe 2003 v Ljubljani od 18. do 21. junija se bo našel kdo, ki bi zadevo izpeljal še bolje, oz. se bo spotaknil ob spodrsaljaje, ki smo jih naredili. Sam na to gledam skozi svoja očala, ki mi omogočajo relativno jasen pogled tudi na daleč. Udeleženci kongresa so dali na svoj zemljevid natančno lokacijo Slovenije, ki se jim je predstavila v vsej svoji lepoti, saj ni bilo udeleženca, ki preprosto ne bi bil navdušen nad njo. Brezhibna izvedba kongresa pod vodstvom Cankarjevega doma je prav tako zapustila pomemben vtis o sposobnostih organizacije vrhunskih prireditelj. Pika na i pa je bil seveda spremljevalni program, ki se je od otvoritve z Bolerom vrtinčil prek številnih podob naše kulturne dediščine in se končal z veličastno Odo radosti. Ne bom našteval



Po sprejemu na ljubljanskem gradu so si člani organizacijskega odbora vidno oddahnili

kolegic in kolegov, ki so prispevali k uspehu tega dogodka, ker bi zagotovo koga zgrešil, zato se zahvaljujem kar vsem skupaj. Poznate vse. Posebno sem bil ponosen na naš strokovni prispevek, saj je 10% povzetrov prispelo iz Slovenije. Kongresa se je udeležila kar četrtnina vseh zdravnikov družinske medicine v Sloveniji in tako izrabila izjemno prilžnost na lastni koži izkusiti strokovno vzdušje svetovnih razsežnosti.

Bolj kot neposredni učinek glave tega kometa me vznemirja njegov rep, ki nas bo spremljal vsaj še naslednjih pet let. Številne kolegice in kolegi so se s svojim delom izjemno izkazali in pokazali svoje sposobnosti na tudi najbolj nepričakovanih področjih, kar nam bo koristilo pri nadaljnjem razvoju družinske medicine. Verjetno ste opazili vse, ki smo se pojavljali tudi na odru, vendar je skrita v ozadju za nemoten potek skrbela še kopica ljudi, ki jih prav zaradi njihove očem nevidne prisotnosti in vidne učinkovitosti moram posebej imenovati. Milan Rajtmajer je bil naš kongresni zdravnik oborožen s popolno reanimacijsko in drugo zdravniško opremo pripravljen na možne zdravstvene zaplete udeležencev kongresa. Mojca Miholič je s skupino študentov skrbela za informacije udeležencem in za koordinacijo dela študentov. Davorina Petek je pripravila razstavo slik Roberta Hlavatyja in za postavitev posterjev. Marko Kocijan se je izkazal s pretanjenim posluhom za

protokolarne zadeve na državniški ravni, poskrbel je tudi za izjemne kulinarčno enološke užitke naših cenjenih gostov. Celu mene je prisilil, da sem si v peklenki vročini letošnjega junija dvakrat zavezal kravato. Gojimir Žorž je ves čas kongresnih priprav delal tako rekoč v "ilegali", saj je moral 1400 udeležencev spraviti v 700 postelji, kolikor jih premore Ljubljana. Brez večjih problemov jih je razmestil od Bleda do Otočca in Postojne ter poskrbel za izjemno logistiko avtobusnih prevozov. Naše goste je razvajal z limuzinami, označenimi z napisom WONCA EUROPE 2003.



Ob takih vozilih človek resnično dobi veselje do hitre vožnje. Delo odgovorne za stike z javnostjo Danice Rotar Pavlič je bilo sicer na očeh slovenske javnosti, vendar na kongresu ne pretirano izpostavljeno. Tudi delo Tonke Poplas Susič, ki je nosila glavno breme polnjenja in obvladovanja proračuna kongresa, je potekalo predvsem na bojnih poljih zunaj prireditvenih dvoran. Prav tako je očem skrito potekalo delo generalnega sekretarja Dejana Klančiča, ki je skupaj s tajnico Zvonko Šabec skrbel za naše urnike in sprotne zadolžitve, da je vse teklo kot namazano. Tehnična ekipa Cankarjevega doma pod taktirko Karin Keber, Mateje Peric in Srečka Peterliča je poskrbela za gladek potek več vzporednih strokovnih in spremljajočih dogodkov. In, ker je bilo še vreme na naši strani, kaj drugega bi lahko sploh zmotilo uspeh tega srečanja.



Čprav je izšel zajeten zbornik izvlečkov, se udeleženci delavnic niso "odpovedali" zapiskom

Positivni odmevi o kongresu v medijih so dobro poročilo, da bo javnost družinski medicini tudi v prihodnje posvečala pozitivno pozornost. Marsikdo med nami je doživel svoj ognjeni krst s predstavitvijo svojega dela na posterju, v delavnici ali s predavanjem. Vsi naši aktivni udeleženci so se odlično izkazali in upam, da jih bomo še srečevali na domačih in tujih srečanjih. Zlasti v tujini bo vsakdo, ki se želi identificirati z gibanjem družinske medicine, lahko kongres Wonca Europe 2003 uporabil kot vizitko razpoznavnosti, ki mu bo odprla marsikatera vrata v svet raziskovanja in izobraževanja. Od vseh nas pa je odvisno, kako bogati bodo sadovi.

doc. dr. sci. Janko Kersnik, dr. med.

BOLNIK Z MIGRENO PRI DRUŽINSKEMU ZDRAVNIKU

Migrena je ena najpogostnejših oblik glavobola, ki pa ni enovita klinična entiteta: značilni so različni simptomi in znaki, ki lahko nastopijo pred napadom glavobola ali po njem in tako določajo različne oblike migrene. Najnovejša klasifikacija IHS (1) deli migrenske glavobole na migrene z avro ali brez nje, otroške periodične simptome kot predhodnike pozneje nastale migrene, zaplete zaradi migrene in na glavobole, ki so verjetno migrenski. Migrena brez avre je najpogostnejša oblika; njen delež je okoli 80 % vseh migrenskih glavobolov. Diagnostično jo opredeljujejo najmanj pet napadov, ki trajajo od 4 do 72 ur, in vsaj dve od naslednjih značilnosti: so enostranski, pulzirajoči, bolečina je zmerna do huda in se med telesno dejavnostjo poslabša. Med napadom glavobola morajo imeti bolniki vsaj enega od naslednjih znakov: slabost ali bruhanje ali oboje, fotofobijo in fonofobijo, vendar brez drugih nevroloških simptomov. Med vsemi različicami je 15 % do 18 % klasične migrene ali oblike z avro, ki jo opredeljujeta vsaj dva napada po enakih merilih kot za migreno brez avre. Bolniki imajo pred začetkom glavobola avro, ki traja od 5 do 60 minut in se kaže z različnimi vidnimi, senzoričnimi in motoričnimi simptomi in znaki ali njihovimi kombinacijami; običajno izzveni do začetka glavobola. Preostale oblike migrene so redkejšje in jih obravnavajo nevrologi.

Ameriške študije so pokazale, da kljub značilnim migrenskim glavobolom samo približno polovica prizadetih ljudi obišče družinskega zdravnika (2). 57% ljudi z migreno se zdravi z različnimi zdravili v prosti prodaji (zdravila OTC). Zdravniki predpišejo na recept katerekoli zdravilo za migreno 40% bolnikom, 3% bolnikov pa se sploh ne zdravi (3). Če k tej statistiki, ki kaže na slabo zdravstveno oskrbo bolnikov z migreno, dodamo še ekonomski vidik migrenskih glavobolov, ki znaša 10 milijard USD izgube na leto zaradi delovne odsotnosti (4), ugotovimo, da je migrena velik javnozdravstveni problem, katerega bi morali družinski zdravniki, ki smo prvi stik z bolniki, obravnavati načrtneje in

bolj sistematično. V Sloveniji doslej nismo opravili nobene epidemiološke študije o tem, koliko je ljudi z migreno in kakšna je njihova zdravstvena oskrba; verjetno pa bi bili rezultati podobni tujim dognanjem.

Navkljub hitremu razvoju medicine ostaja pri odkrivanju migrene še vedno zlati standard anamneza. Bolnika vprašamo o pogostnosti in trajanju napadov, jakosti bolečine, predhodnih glavobolih in uporabi zdravil, sprožilnih dejavnikov za migrenski glavobol, predhodnih in spremljajočih simptomih. Za ločevanje migrenskega od drugih glavobolov je bil letos objavljen vprašalnik ID Migrain (5), pri čemer je potrebno poudariti, da gre za presejalni in ne diagnostični vprašalnik. Za pomoč pri ugotavljanju vpliva glavobola na dnevne dejavnosti imamo prevedeni vprašalnik HIT-6 (GlaxoSmithKline), v angleščini pa obstajajo še MIDAS (AstraZeneca), Headache Profiler in Headache History (Merck).

Načrt obravnavanja bolnika z migreno obsega poleg predpisanega ustreznega zdravljenja še terapevtske cilje in poučevanje. Najbolj idealno zdravljenje bi bila seveda ozdravitev migrene, vendar danes še ne poznamo etiologije in vzročnega zdravljenja. Velik dosežek bi bil, če bi nam pri bolniku uspelo prekiniti akutni napad migrene in mu tako omogočili vrnitev k dnevnim dejavnostim v dveh urah (6). Ob zmernem migrenskem napadu predpisujemo Aspirin v velikih odmerkih (Aspirin migran), paracetamol in nesteroidne antirevmatike samostojno ali v kombinaciji z antiemetiki, ob hudem napadu pa agoniste serotonina - triptane (7). V Sloveniji so na voljo sumatriptan (Imigran) v različnih oblikah in jakostih, najnovejši eletriptan (Relpax) v različnih jakostih, zolmitriptan (Zomig) v dveh jakostih in naratripen (Naramig). Če ima bolnik več kot 4 napade na mesec ali manjše število hudih napadov, ki dolgo trajajo in ga močno ovirajo pri normalnih dnevnih dejavnostih, je potrebno razmisliti o profilaktičnem zdravljenju. Najpogosteje predpisujemo profilaktično zdravljenje s propranololom, valproatom ali amitriptilinom (8). Pri predpisovanju terapije velikokrat kar pozabimo razlogov poučiti bolnika o pravilnem jemanju zdravila.

To pa je za migrenski glavobol bistveno, saj se vsi srečujemo v svojih ambulantah z bolniki, ki jemljejo predozirane analgetike in imajo zato številne težave: glavobole, ledvično odpoved... Poučevanje bolnikov z migreno je zahtevno, saj imajo vsi svoje izkušnje in ravnanja pri odpravljanju napadov. Toda bolnika moramo opozoriti na odpravljanje ali vsaj izogibanje sprožilnih dejavnikov za migrenski napad, zdrav način življenja z dovolj spanja in na ne pretirano delovno obremenitev.

Spremljanje bolnika zajema pogovor o učinkovitosti in morebitnih stranskih učinkih predpisanega zdravljenja, o številu, trajanju in stopnji napadov, dodatnih terapevtskih dejavnostih (komplementarnih metodah) ter morebitni uvedbi profilaktičnega zdravila. Kot pomoč za spremljanje bolnikov so na voljo dnevniki, ki jih vodijo bolniki, in že omenjen vprašalnik HIT. S spremljanjem in ustreznim popravkom zdravljenja se bodo naši bolniki približali zastavljenim terapevtskim ciljem v svoje in naše zadovoljstvo.

Kot velik javnozdravstveni problem pomeni migrena nov izziv za slovenske družinske zdravnike. Pri Združenju zdravnikov družinske medicine je bila ustanovljena delovna skupina za migreno z namenom, da bi družinski zdravniki v Sloveniji dobili ustrezne smernice za obravnavo bolnikov z migreno, se povezovali z drugimi strokovnjaki, ki se z njo ukvarjajo tako na primarni kot na sekundarni ravni doma in v tujini, in tako omogočili boljšo zdravstveno oskrbo našim bolnikom.

Spoštovane kolegice in kolegi! Vsi, ki vas zanima delo v delovni skupini za migreno, ste lepo povabljeni k sodelovanju.

Kontaktna oseba: Mihaela Strgar-Hladnik, spec. spl. med., ZD Ljubljana Bežigrad, telefon: 01/300 33 32.

Mihaela Strgar-Hladnik, spec. spl. med.

LITERATURA

1. *International Classification of Headache Disorders. Cephalgia, 2004; 24 (priloga 7): 24-36.*
2. *Lipton RB, Stewart WF, Simon D. Medical consultation for migraine: results from american migraine study. Headache, 1998; 38: 87-96.*
3. *Lipton RB, Diamond S, Read ML, Stewart WF: Migraine diagnosis and treatment: results from American Study II. Headache, 2001; 7 (5): 638-45.*
4. *Osterhaus JT, Gutterman DL, Plachetka JR. Healthcare resources and lost labour costs of migraine in the U.S. Pharmacoeconomic, 1992; 2: 67-76.*
5. *Lipton RB, Dodick D, Kolodner K in sod. A self-administered screener for migraine in primary care. Neurology, 2003; 3 (61): 375-82.*
6. *Dowson AJ. Migraine and other headaches: your questions answered. 2003 (v tisku).*
7. *Snow V, Weiss K, Wall EM, Mottur-Pilson C. Pharmacologic management of acute attack of migraine and prevention of headache. Ann Intern Med, 2002; 10 (137): 840-852.*
8. *Silberstein SD, Goadsby PJ. Migraine: preventive treatment. Cephalgia, 2002; 22: 491-512.*

OBISK PRI “LETEČIH ZDRAVNIKI” V AVSTRALIJI

Osrednji del Avstralije je eden izmed najbolj redko poseljenih predelov najmanjše celine. Kljub temu je zaradi številnih naravnih znamenitosti in možnosti pristnega stika z avtohtonim prebivalstvom Aborigini turistično zelo zanimiva.

Ena izmed posebnosti Avstralije je tudi Služba avstralskih tako imenovanih “letečih zdravnikov” (**Royal flying doctor service-RFSD**), ki skrbi za zdravje in nujno medicinsko pomoč v oddaljenih avstralskih pokrajinah Avstralije. Julija letos sem imel možnost obiskati in za krajši čas delati v dveh njihovih enotah v Cairnsu (Queensland) in Alice Springsu (Northern Territory).

Pred letom 1920 so imeli prebivalci oddaljenih krajev Avstralije le malo možnosti za zdravniško pomoč ob resnih težavah. Mladi prezbiterjanec John Flynn je tega leta ustanovil prvo bolnišnico v osrednji Avstraliji. Kljub temu je veliko kmetij ostalo brez povezave s sodobnim svetom. Flynn je ugotovil, da bi z moderno tehniko, radijsko povezavo in letali lahko vzpostavil enotno in kakovostno mrežo medicinske oskrbe po vsej Avstraliji. Leta 1928 so v Queenslandu ustanovili prvo letalsko postojanko z medicinsko ekipo, ki je zdravstveno delovala v radiusu 500 kilometrov. Ker prezbiterjanci niso imeli dovolj finančnih sredstev, je

pet let pozneje država ustanovila RFDS kot organizacijo posebnega nacionalnega pomena. Razvoj te službe je v 75 letih doživel nesluten razvoj tako v strokovnomedicinskem kot tehničnem smislu. Trenutno RFDS premore 21 baz po vsej Avstraliji, ki pokrivajo območje 7 milijonov kvadratnih kilometrov. Tujci večinoma mislijo, da ta služba v bistvu opravlja nujno medicinsko pomoč oziroma prevoz hudo poškodovanih ali zbolelih v bolnišnice večjih mest, vendar





IMPRESSUM

DRUŽINSKA MEDICINA,
Strokovna revija,

A professional public journal. Mednarodna standardna
serijska številka: ISSN 1581-6605.

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK, PUBLISHED BY:

Zavod za razvoj družinske medicine v sodelovanju s
Katedro za družinsko medicino, Poljanski nasip 58,
1000 Ljubljana,

Združenjem zdravnikov družinske medicine in Servier
Pharma, d.o.o., Tolstojeva 8, 1000 Ljubljana.,
tel.: 01/4386915, faks: 01/4386910,
e-pošta: kdmed@mf.uni-lj.si

GLAVNI IN ODGOVORNI UREDNICI, EDITORS IN CHIEF
AND RESPONSIBLE EDITORS:

asist. Tonka Poplas Susič, dr. med.,
asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

UREDNIŠKI ODBOR:

prof. dr. sci. Igor Švab, dr. med.,
doc. dr. sci. Janko Kersnik, dr. med.,
doc. dr. sci. Marko Kolšek, dr. med.,
asist. Dean Klančič, dr. med.,
asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med.,
Davorina Petek, dr. med.

TEHNIČNA UREDNICA, TECHNICAL EDITOR:
Nataša Iljaž, mag. farm.

LEKTORICA, READER FOR SLOVENIAN:
Lidija Kuhar

TISK, PRINTED BY: Tiskarna Oman, Kranj

je njen delež le približno 40 odstotkov dela "letečih zdravnikov" in njihovih sodelavcev. Zdravnik, pilot in medicinska sestra, ki sestavljajo ekipo, so za področje nujne medicinske pomoči na voljo ves dan (24 ur) sedem dni v tednu. Najpogostejši primeri so posledica prometnih nesreč, ugrizov in pikov nevarnih živali, poškodbe turistov na trekingih, med boleznimi pa miokardni infarkt. Za tisoče prebivalcev, ki živijo v oddaljenih območjih pa letеči zdravniki pomenijo tudi njihove družinske zdravnike. V ta namen po točno določenem tedenskem razporedu priletijo na improvizirana letališča, kjer v preprostih objektih ali pa kar na večjih kmetijah izvajajo svoje poslanstvo. Delo v ambulanti traja tri do štiri ure, nato ekipa odleti v naslednji kraj. Medicinsko dokumentacijo ponavadi pripeljejo z letalom, le v večjih krajih je zaupana v hrambo posebnemu administratorju, ki ga določi lokalna oblast. Posebno skrb namenjajo tudi aboriginskim skupnostim, v katerih je alkoholizem velik problem. Zato se ekipi velikokrat pridruži psiholog in socialni delavec. V naslednjem letu se bo RFDS priključil prvi zdravnik, po poreklu Aborigin. Delo letеčih zdravnikov opravljajo specialisti splošne medicine s poglobljenim znanjem s področja pediatrije in epidemiologije. Ekipa izvaja tudi vsa predpisana cepljenja za otroke in odrasle. Kandidati za vstop v RFDS morajo pred začetkom svojega dela v ekipi opraviti dodaten tečaj iz nujne medicinske pomoči, upravljanje radijske postaje, poznavanja strupenih živali ter orientacije in preživetja v naravi. Posebnost pri njihovem delu so tudi tako imenovani zabojniki z zdravili, ki so shranjeni na posameznih kmetijah, če so oddaljene do najbližjega zdravnika več kot 400 kilometrov. Bolniki ali svojci ob zdravstvenih težavah po mobilnem telefonu ali radijski postaji pokličejo zdravnika, ki jim glede na opisane težave svetuje ustrezno zdravlilo, dosegljivo iz takega zabojnika. Ta zabojnik je zapečaten in zanj uradno skrbi točno določena oseba, ki tudi izpolnjuje obrazec o porabljenih zdravilih. Vsebina zabojnika je standardizirana in poleg 90 zdravil vsebuje tudi sanitetni material in nekatere medicinske instrumente, ki jih je mogoče uporabiti po zdravnikovih navodilih. Druga posebnost so triažne tabele, na katerih je človeško telo razdeljeno na segmente, označene s številkami (sprednja stran prsnega koša) in črkami (hrbet). Bolnik ali svojec po telefonu ali radiu zdravniku ali sestri opiše začetek, potek in jakost bolečine in jo označi z ustrezno črko ali številko segmenta, kjer je prisotna. Triažno tabelo ima vsako gospodinjstvo.

Triažna tabela in letalo RFDS sta v čast avstralskim letеčim zdravnikom prikazana na bankovcu za 20 avstralskih dolarjev. V Queenslandu, kjer sem preživel največ časa, v sedmih bazah dela 18 zdravnikov, 30 medicinskih sester in 28 pilotov. Imajo deset letal: 3 letala Pilatus PC 12s in 7 letal Super Kings airs. Slednja so namenjena predvsem nujni medicinski pomoči; imajo hitrost okoli 500 kilometrov na uro, preletijo do 1500 kilometrov, poleg ekipe pa je prostor za dva bolnika. Pilatusi so manjši in predvsem namenjeni za delo ambulant na terenu. V letu 2002 so imeli na terenu skupaj z ambulantnim delom okoli 23.000 bolnikov, od tega 1580 prevozov ogroženih bolnikov v skupaj 4200 urah letenja. RFDS je neprofitna organizacija, večino sredstev za svoje delo dobi iz državne blagajne in s prostovoljnimi prispevki. Večje baze imajo tudi tako imenovane ogledne (visitor) centre, kjer se lahko turisti in obiskovalci ob plačilu skromne vstopnine seznanijo z delom te humanitarne organizacije.

Milan Rajtmajer, spec. spl. med.