Prva stran

Andrej Bručan

Spoštovani gostje, kolegice in kolegi!

Pred vami sta dva zanimiva dneva predstavitev in diskusij v okviru Schrottovih dni, ko si boste prizadevali nadgraditi svoja znanja in s tem prispevati k zagotavljanju boljšega zdravja prebivalstva in celovite ter kakovostne obravnave posameznika in družine na poti skozi zdravstveni sistem.

Kakovostno in dostopno primarno zdravstveno varstvo je ključni pogoj za učinkovitost celotnega sistema zdravstvenega varstva. Ob dobri strokovni usposobljenosti in nenehnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev zahteva še zagotavljanje ustreznih organizacijskih in finančnih pogojev. Vlada se je v koalicijski pogodbi zavezala, da bo na novo uredila organizacijo javne zdravstvene službe in določila mrežo za doseganja kakovostne, racionalne in pravočasne oskrbe bolnikov, in da bo to storila v soglasju tako s socialnimi partnerji kot s stroko in civilno družbo. Predlagali smo ukrepe za večjo odgovornost, pravičnost in dostopnost prebivalcev do zdravstvenih programov, za prilagoditev sistema zdravstvenega varstva evropskim standardom, zagotovitev dolgoročne ekonomske vzdržnosti, učinkovitejše upravljanje z razpoložljivimi viri in dvig učinkovitosti. Predlagane izboljšave v delovanju zdravstvenega sistema smo strnili v štiri glavne cilje, ki so predvsem boljša dostopnost za vse državljane do zdravstvenih programov: stroškovna učinkovitost celotnega sistema zdravstvenega varstva, celovita kakovost zdravstvenih storitev, dolgoročna finančna vzdržnost in stabilnost sistema zdravstvenega varstva. Predlagane spremembe so usmerjene v zagotavljanje večje učinkovitosti, produktivnosti in kakovosti celotnega zdravstvenega sistema. Za uresničevanje teh ciljev pa je potrebno zagotoviti tudi učinkovito upravljanje zdravstvenega sistema, od predpisanih pogojev za zasedbo vodstvenih delovnih mest do dokazil o ekonomski uspešnosti poslovanja na podlagi predpisanih standardov in merljivih kazalcev.

Nekatere načrte smo v celoti ali deloma uresničili, pri drugih pa smo na dobri poti, da jih v pripravi nove zdravstvene zakonodaje dokončno dogovorimo, na primer ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu ter reorganizacija javne zdravstvene službe in določitev njene mreže. Zaključujemo z novo opredelitvijo pogojev za pridobivanje koncesij za zasebno delo v okviru javne zdravstvene mreže in s tem pregledno uvajanje zasebnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu v okviru obstoječih zmogljivosti zdravstvene službe. Na področju primarnega zdravstvenega varstva bomo tudi v prihodnje nadaljevali s spodbujanjem koncesionarstva in povezovanja v skupinske prakse s ciljem doseči vsaj 50 % delež. K izboljšanju pogojev dela na vašem področju pa bo zagotovo prispevala tudi vzpostavitev informacijske podpore za delovanje in načrtovanje sistema zdravstvenega varstva, ki je v teku. Prizadevamo si tudi odpraviti uravnilovko v plačni politiki, ki zavira učinkovitejšo motivacijo zaposlenih ter plače neposredno povezati s storilnostjo in kakovostjo opravljenega dela.

Pomemben cilj je še vedno vpeljava kakovosti v zdravstvo. Uveljavitev sistema kakovosti mora biti strateška odločitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na raven zdravstvenega varstva in na to, kako so organizirani. Na Ministrstvu smo izdali »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu«, s katerimi smo podali smernice za vpeljavo kakovosti in varnosti v prakso. V lanskem letu smo v okviru področnega dogovora za splošne in družinske zdravnike dogovorili merjenje samo enega kazalnika kakovosti v letu 2005, ki se nanaša na urejenost krvnega tlaka pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo. Gre za kazalnik, ki je v programu »Kakovost v zdravstvu« in v pristojnosti Zdravniške zbornice Slovenije. Do predvidenega roka smo prejeli zahtevane podatke le od okoli 10 % zdravnikov. Zagotavljanje kakovosti je bistven element razvoja zdravstvenega sistema, ki pa ob ukrepih države zahteva tudi poznavanje in sprejetje koncepta celovite kakovosti pri zdravstvenih delavcih, če naj v praksi zaživi.

Mislim, da nam je zaenkrat uspelo držati smer k zastavljenim ciljem. Načrti so obsežni in posegajo na vsa ključna področja organoizacije zdravstvenega varstva. Zavedam se, da so za nas pri njihovem uresničevanju še posebej pomemben partner zdravstveni delavci. Strateški predlogi, ki ste jih na področju primarnega zdravstvenega varstva pripravljali v lanskem letu, mi še niso bili uradno predstavljeni, vendar ne dvomim, da bodo v končni obliki lahko pomembno prispevali pri oblikovanju ustreznih reformnih predlogov. Želim vam uspešne Schrottove dneve in plodno diskusijo. Hvala!

Govor ministra za zdravje, Andreja Bručana na Schrottovih dnevih v petek, 17. marca 2006

Družinska medicina

Bobu bob

3 Polemični komentarji • **Marko Kolšek**

Poročila

6 Ko ti otrok umre na rokah • **Janko Kersnik**

6 Ali cepljenja proti gripi res ne cenimo? • **Nena Kopčavar-Guček**

7 Medkulturno sporazumevanje v družinski medicini • **Majda Brovč, Danica Rotar-Pavlič**

9 Slovnične in slogovne cvetke medicinskega pisanja • **Zdenka Kersnik, Janko Kersnik**

11 Pogled z druge strani • **Andrej Bergauer**

14 Schrottovi dnevi kot pogled v prihodnost • **Nena Kopčavar-Guček**

15 Glavne spremembe v TPO odraslih in otrok • **Lili Žura**

16 6. Kokaljevi dnevi • **Helena Turk**

18 Višegrajski forum in višegrajska deklaracija • **Jana Govc-Eržen**

19 Vaše mnenje o novi podobi časopisa Družinska medicina • **Janko Kersnik**

Strokovne teme

20 Antitrombotično zdravljenje • **Primož Kušar**

21 Uporaba kortikosteroidov in bolečina v križu • **Irena Bajc, Estera Podgoršek**

Naše ambulante

22 Delovni dan s Francem Božičkom, zdravnikom družinske medicine • **Helena Skačej, Tomaž Friedrich**

Zanimivosti

24 Zanimive spletne strani • **Igor Čabrian**

26 Program strokovnih srečanj

28 Strani za sprostitev

Družinska medicina

Strokovna revija / *A professional public journal*
ISSN 1581-6605

Izdajatelj in založnik / *Published by*
Zavod za razvoj družinske medicine
v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino in
z Združenjem zdravnikov družinske medicine

Naslov / *Address*
Zavod za razvoj družinske medicine
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Tel.: 01/438 69 13, Faks: 01/438 69 10
e-pošta: info@zdrm-idfm.si

Glavni in odgovorni urednici /
Editors in chief and responsible editors
Tonka Poplas-Susič
Danica Rotar-Pavlič

Uredniški odbor / *Members of the editorial board*
Igor Švab, Janko Kersnik, Marko Kolšek,
Dean Klančič, Nena Kopčavar-Guček,
Davorina Petek, Rajko Vajd, Maja Pelcl

Tehnični urednik / *Production editor*
Rajko Vajd

Oblika / *Design*
Pavla Bonča

Lektorica / *Reader for Slovenian*
Zdenka Kersnik

Prelom / *D.T.P.*
SYNCOMP d. o. o.

Fotografija na naslovnici / *Front cover*
Špela Trunk

Tisk / *Printed by*
Tiskarna Pleško
Rožna dolina c. IV/32–34, 1000 Ljubljana

Bobu bob

Marko Kolšek

Z Ministrstva za zdravje je v marcu direktorjem vseh zdravstvenih domov prispel dopis oz. zahteva, da morajo vsi zdravniki izpolniti posebne vprašalnike za 50 svojih bolnikov z arterijsko hipertenzijo do konca aprila letos, kar bi sicer morali opraviti že do konca leta 2005 (v skladu s Področnim dogovorom za leto 2005). Ti vprašalniki so del projekta za področje kakovosti za celo vrsto različnih specialnosti, ki ga je že leta 2001 pripravilo Ministrstvo, izvaja pa ga Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS).

Ko so pred leti pripravljali ta projekt, so našemu kolegu (ki se je posebej ukvarjal s področjem kakovosti) na kratek rok »naložili«, naj na hitro nekaj pripravi za področje družinske medicine. Prevedel je angleški vprašalnik za spremljanje kakovosti vodenja arterijske hipertenzije na osnovni ravni. Spominjam se, da nas je kar nekaj takrat sodelovalo pri prilagajanju tega vprašalnika – predvsem smo ga krajšali in skušali preoblikovati nekatera vprašanja. Pri tem delu zaradi časovne stiske nismo bili najbolj uspešni in tudi ne najbolj zadovoljni. Pa vendar, vprašalnik je »prišel na svitlo« oz. na spletno stran.

Prav tako se spominjam, da smo bili vsi zdravniki naše stroke (v več skupinah) povabljeni na sestanek ali predstavitev tega projekta v predavalnico KC, kjer je vodja projekta iz ZZS predstavil to zadevo precej direktivno, česar nekateri niso prav mirno sprejeli. Takrat je bil na tem srečanju velik revolt zaradi še ene »nove« obrementive, zaradi samega načina predstavitve in tudi »Kako naj to delamo, ko nimamo računalnikov?« Žal so bili takrat mnogi komentarji kolegov na ravni, ki nam ni bila najbolj v ponos. Izpadlo je bolj kot odpor zaradi odpora, kot pa strokovno utemeljeno oporekanje, še manj pa konstruktivni predlogi za izboljšanje – bilo je bolj kot »kokodakanje«. Res pa je, da tudi pristop do nas ni bil najbolj primeren.

Od takrat je minilo že nekaj let, malo zdravnikov je izpolnilo nalogo (izpolniti vprašalnik s 7 vprašanji za zaporednih 50 bolnikov z arterijsko hipertenzijo, ki pridejo v ambulanto). Čeprav nismo bili zadovoljni s sprejetim vprašalnikom, v vsem tem času od takrat nismo pripravili nič boljšega. Očitno ni bilo nikogar, ki bi bil pripravljen vložiti veliko svojega časa in dela v nek tak projekt, pridobiti sodelavce, pripraviti strokovno sprejemljivo osnovo, zagotoviti ustrezno izvedljivost, po možnosti mednarodno primerljivost in seveda iti v akcijo za zagotovitev denarja. Izgleda, da smo »vsi« imeli druge prioritete. Povedati je treba, da je naša kolegica, ki je aktivna v CINDI Slovenija in tudi na ZZS, kljub vsemu v tem času pripomogla, da se mladi zdravniki – specializanti družinske medicine naučijo, kako je potrebno voditi bolnike s kronično boleznijo (na primeru arterijske hipertenzije), in da je oblikovana skupina, ki bo pripravila kazalnike kakovosti za arterijsko hipertenzijo.

Kako pa vsak od nas sicer spremlja kakovost obravnave in ustrezno vodene dokumentacije svojih bolnikov (npr. hipertonikov) v resničnem življenju, naj si vsak odgovori sam. Ko sem hodil po mnogih strokovnih nadzorih, sem videl vse mogoče – vendar kakšnega spremljanja kakovosti lastnega dela pač ne, že sama kakovost vodenja dokumentacije je bila večinoma slaba. Bojim se pa, da tudi samo vodenje ni bilo najboljše. Morda sem imel smolo, da sem bil pri kolegih, ki ne dajo dovolj na to plat našega dela. Ne smemo pozabiti, da je spremljanje kakovosti lastnega dela sestavni del zdravnikovanja. To ni nekaj »od zgoraj dodanega ali vsiljenega«, ampak je nekaj takega kot redno spremljanje novih strokovnih spoznanj. Čas, porabljen za spremljanje svojega dela, ni izgubljen čas, ampak je lahko dragoceno spoznanje ali izkušnja – lahko je nenadomestljiva potrditev dobrega dela, lahko je spodbuda za izboljšanje ali pa opozorilo. Res je, da smo vse bolj obremenjeni, mnogi od nas preobremenjeni, kar pa žal ne more opravičiti vseh pomislekov.

Moram reči, da tudi sam nisem ravno vzor rednega sistematičnega spremljanja kakovosti svojega dela npr. s spremljanjem in z analizo določenih kazalcev pri posameznih skupinah bolnikov, najbrž pa tudi nisem med najslabšimi. Upam, da ste med nami kolegi, ki ste bolj pridni na tem področju. Ta projekt za hipertenzijo (predvsem vprašalnik), kakor je pripravljen, zagotovo ni dober. Kdo ima v tem trenutku in ob teh pogojih dela

boljšega? Daj nam ga, pokaži ga in ga bomo uporabljali! Samo kritiziranje brez ponudbe boljšega in/ali lažje izvedljivega ni resno.

Morda je ta projekt kljub mnogim slabostim le spodbudil koga, da se je malo zamislil nad vodenjem svojih hipertonikov, pa čeprav je vnašal »prirejene« podatke – sam je zagotovo videl prave. Še vedno upam in nekako verjamem, da smo zdravniki pošteni in spoštujemo etična načela. Saj tudi za naš specialistični izpit od kandidatov zahtevamo analizo npr. predpisovanja receptov – v poročilo sami zapišejo podatke, in ne preverjamo njihove resničnosti. Upamo pa, da se nad njimi malo zamislijo in morda celo spremenijo morebitni slabši del navad. Na to temo smo ZZZS celo predlagali raziskavo (ali se kaj spremeni predpisovanje pri specializantih). Če mislite, da specializanti pripravijo »prirejene« podatke, sporočite to na ustrezno mesto in kaj se bo spremenilo.

Nekateri se pritožujejo, zakaj moramo podatke za ta projekt v računalniški dobi spremljati »peš«. Res je, da mnogi zdravniki v svojih ambulantah nimajo računalnika, še manj jih ima dostop do interneta v ambulanti, še manj (če sploh kdo) pa jih ima ustrezen zdravniku prijazen računalniški program, ki bi mu pomagal pri vodenju kroničnih bolnikov in pri odločitvah za različna ukrepanja. Menda se na to temo pripravlja mednarodni projekt, ki bo izpolnil to vrzel. V čem je vzrok, zakaj nimamo vsi računalnikov v ambulantah, pozna odgovor kdo drug, vendar to v bistvu ni tema tegale zapisa. Najbrž nikomur ne pride na misel, da bi rekel, da ne bo pisal receptov »na roko«, ker mu direktor ni zagotovil računalnika v ambulanti, tako kot so nekateri sedaj komentirali, da pač ne bodo spremljali svojega dela v okviru tega projekta. Takšen odločen odpor bi bil povsem upravičen, če bi na kak drug (po možnosti boljši) način spremljali svoje delo s hipertoniki. V okviru naše stroke je kar nekaj možnosti (npr. v delovni skupini pri Združenju zdravnikov družinske medicine in še kje) za vse kolege, ki so pripravljeni aktivno sodelovati pri oblikovanju boljših kazalcev in boljših načinov za spremljanje kakovosti svojega dela.

Ko sem jaz zbiral podatke za ta projekt za hipertenzijo, sem to delal peš: medicinska sestra mi je skopirala 50 obrazcev za vnos, na koncu ambulante sem poiskal podatke v kartonih, kar mi je vzelo za vsakega pribl. 1,5–2 minuti in jih v manj kot eni minuti/obrazec zapisal na obrazec. Nekatera vprašanja so se mi večkrat zdela nemogoča za izpolnitev, zato sem tam pustil prazno. Osnovni podatki o meni so se tako ali tako ponavljali in jih nisem zapisoval. Na koncu sem obrazce odnesel administratorki v pisarni, da jih je vnesla v računalnik. Ker je zajamrala, da tega že ne bo počela, sem pač povedal direktorju, da jaz tega ne bom delal, prvič ker v ambulanti nimam računalnika, še manj internet, drugič pa za prepisovanje res ne potrebuješ medicinske izobrazbe. In zadeva je stekla.

Naj se vrnem na začetek – k pismu, ki je prišlo z Ministrstva za zdravje. Način, kako smo v njem opisani zdravniki družinske medicine, je milo rečeno neprimeren. Verjetno je slog pisanja glavni razlog za tolikšen odpor proti temu projektu, saj ne morem verjeti, da nas kakovost našega dela ne zanima. Morda smo malo pozabili ali odložili redno spremljanje kakovosti, kar pa še ne pomeni, da nas ne zanima, kako zdravimo svoje bolnike in da je naša odgovornost zaradi tega tako vprašljiva. Pristop v tem pismu do nas je na ravni odnosa starši – otrok. Če bomo odgovorili kot otrok, kot majhen deček, ki »v peskovniku vzame svojo kanglico in se ne gre več«, ker ga je drugi užalil, bomo pokazali, da je z nami res treba delati kot z otroki.

Mislim, da bomo svojo zrelost – »odraslost« pokazali z odraslo reakcijo, ne pa z užaljenostjo. Povejmo, da za področje spremljanja kakovosti našega dela nismo vložili dovolj, razložimo ovire, naredimo najnujnejše, da to izvedemo sedaj v tej obliki, povejmo, kaj na tem področju že delamo, da bo boljše, predlagajmo spremembe in zahtevajmo podporo za projekte, ki bodo sprejemljivi za nas, izvedljivi in bodo v praksi prinesli resničen napredek v kakovosti.

Za zaključek

Dobro je, da si povemo, kaj mislimo. V tem zapisu je moje osebno mnenje, za njim ni nobene institucije. Če bomo na ta način vztrajali, vidim dobro prihodnost za našo stroko in tudi za naše odnose, da ne bi postali preveč formalni ter da ne bi govorili in pisali samo tisto, kar se nam zdi všečno po možnosti vsem. Izmenjujmo mnenja, čeprav niso vedno potrjevanje, ampak tudi nasprotja, drugačen pogled. Teorija sistemov nas sili v ohranjanje status quo, poskušajmo ga nadgrajevati, ne le ohranjati.

Enakomeren in stalen antihipertenzivni učinek doseže pri 86 % bolnikov.[1]

1. Kaplan NM. The CARE Study: a postmarketing evaluation of ramipril in 11,100 patients. The Clinical Altace Real-World Efficacy (CARE) Investigators. Clin Ther. 1996 Jul–Aug; 18(4): 658–70.

POVZETEK TEMELJNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Piramil® 1,25 mg tablete, Piramil® 2,5 mg tablete, Piramil® 5 mg tablete, Piramil® 10 mg tablete

SESTAVA: 1 tableta vsebuje 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg ali 10 mg ramiprila.

INDIKACIJE: Zmanjšanje srčno-žilne umrljivosti in zbolevnosti pri bolnikih s srčno-žilno boleznijo ali sladkorno boleznijo tipa 2 z dodatnimi dejavniki tveganja; arterijska hipertenzija; zmanjšanje srčno-žilne umrljivosti pri bolnikih s srčnim popuščanjem po akutnem miokardnem infarktu; zdravljenje nediabetične glomerularne nefropatije, zdravljenje grozeče diabetične nefropatije (mikroalbuminurije) pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 in hipertenzijo.

ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:

Indikacija	Začetni odmerek	Vzdrževalni odmerek	Največji odmerek
arterijska hipertenzija	2,5 mg	2,5–5 mg	10 mg
zmanjšanje srčno-žilne umrljivosti in zbolevnosti pri bolnikih z velikim tveganjem	2,5 mg	10 mg	10 mg
zmanjšanje srčn-ožilne umrljivosti pri srčnem popuščanju po akutnem MI	2x na dan 1,25–2,5 mg	2x na dan 2,5–5 mg	2x na dan 5 mg
diabetična in nediabetična nefropatija	1,25 mg	5 mg	10 mg

Pri *bolnikih z zmanjšanim delovanjem ledvic:* očistek kreatinina med 0,3 in 0,8 ml/s – začetni odmerek 1,25 mg, največji dnevni odmerek 5 mg; očistek kreatinina pod 0,3 ml/s – začetni odmerek 1,25 mg, največji dnevni odmerek 2,5 mg.

KONTRAINDIKACIJE: Preobčutljivost za ramipril, katero od pomožnih snovi ali drug zaviralec ACE, angioedem v anamnezi, hemodinamsko pomembna zožitev ledvične arterije, nosečnost in dojenje.

POSEBNA OPOZORILA IN PREVIDNOSTNI UKREPI: Po začetnem odmerku lahko pride do simptomatske hipotenzije. Ramipril je treba previdno dajati: bolnikom s stenozo mitralne zaklopke in obstrukcijo iztočnega trakta levega ventrikla; dializnim bolnikom; tistim s srčnim popuščanjem, primarnim hiperaldosteronizmom, kolagenskimi žilnimi boleznimi. Tveganje za hiperkaliemijo je večje pri bolnikih z ledvično insuficienco, sladkorno boleznijo in tistih, ki sočasno jemljejo diuretike, ki varčujejo s kalijem, dodatke kalija ali nadomestke soli, ki vsebujejo kalij.

MEDSEBOJNA UČINKOVANJA ZDRAVIL IN DRUGE OBLIKE INTERAKCIJ: Drugi antihipertenzivi, diuretiki, ki varčujejo s kalijem, dodatki kalijevih soli, anestetiki, triciklični antidepresivi, antipsihotiki, litij, nesteroidni antirevmatiki, simpatikomimetiki, zdravila proti sladkorni bolezni (peroralni hipoglikemiki ali inzulin), alopurinol, prokainamid, citostatiki ali imunosupresivi.

NEŽELENI ŠKODLJIVI UČINKI: Pogosti (< 1/10): omotica, glavobol, ortostatski učinki (tudi hipotenzija), kašelj, driska, bruhanje, motnje delovanja ledvic. Občasni (< 1/100): spremembe razpoloženja, parestezije, vrtoglavica, motnje okusa, motnje spanja, miokardni infarkt ali cerebrovaskularni inzult, palpitacije, tahikardija, Raynaudov fenomen, dispneja, rinitis, navzeja, trebušne bolečine in slaba prebava, anoreksija, izpuščaj, pruritus, impotenca, utrujenost in astenija, zvečanje ravni sečnine v krvi, zvečanje vrednosti kreatinina v serumu, zvečanje vrednosti jetrnih encimov, hiperkaliemija.

NAČIN IZDAJE ZDRAVILA: Na zdravniški recept.

OPREMA: 28 in 100 tablet Piramil po 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg ali 10 mg.

IME IN NASLOV IMETNIKA DOVOLJENJA ZA PROMET: Lek farmacevtska družba d. d., Verovškova 57, Ljubljana, Slovenija.

INFORMACIJA PRIPRAVLJENA: oktober 2005.

lek

član skupine Sandoz

Lek farmacevtska družba d.d. Verovškova 57, 1526 Ljubljana, Slovenija • www.lek.si

Ko ti otrok umre na rokah

Janko Kersnik

Bil je večer, podoben drugim novembrskim večerom, ko je okoli pol enajstih potrkalo na vrata. Odprl sem in pred vrati je stala vidno vznemirjena soseda. »Naša Kristina je v šoku,« je vzkliknila. »Prinesite jo v ambulanto,« sem se v naglici odločil in pograbil ključe, saj smo v tem času stanovali v stanovanju nad ambulanto. Tam je bila tudi vsa potrebna oprema, ki bi utegnila priti prav za ustrezno ukrepanje. Stekla sva po stopnicah in od devetletnega dekletca so roke in noge mlahavo visele iz materinega naročja. Ne spominjam se več, ali je bil takrat hujši ta pogled ali skrb, kaj lahko ukrenem ob tem, da se je dekletce nenadoma zrušilo pred svojo posteljo in ni bilo mogoče niti slutiti, za kaj pravzaprav gre. Položili smo jo na preiskovalno mizo. Ni se odzivala, plitko je dihala in bila brez pulza. Začel sem z masažo srca in mamici naročil, da je poklicala našo medicinsko sestro, ki je stanovala blizu ambulante. Ko je prenehala dihati sama od sebe, sem jo intubiral, masirali smo naprej in ji dali injekcijo adrenalina, da bi mogoče zbudili srce. Tudi v reševalnem vozilu nam je uspevalo masirati in napihovati malo telesce tako dobro, da so bile zenice ves čas srednje široke. Kljub vsem ukrepom smo v bolnišnici lahko le še potrdili smrt. Kake tri ure pred tem sem dekletce še videl čilo in zdravo ter govoril z njo, sedaj pa mi je izpuhtela iz rok.

Čeprav je smrt del poklica in nas preseneča na vsakem koraku v najrazličnejših oblikah, me je ta od vseh doslej najbolj pretresla. Kako neizmerno težko je bilo novico povedati mamici in s kako težkim srcem sem jo srečeval in jo srečam še danes. Oče je bil popolnoma skrušen in izgubljen ob izgubi svojega največjega zaklada. Neutolažljive solze so nam tekle dneve po tem ob vsakem drobcenem spominu na to drobno bitjece, ki nas je razveseljevalo s svojim čebljanjem in s številnimi domislicami. Leta po tem se nisem mogel znebiti občutka, da je bila mogoče še kakšna pomoč, pa se je v tistem trenutku nisem domislil. Pravega vzroka smrti niso nikoli uspeli ugotoviti, zato je dogodek še toliko bolj boleč spomin, pa čeprav je tega že več kot deset let. Vsakokrat, ko umre kak otrok v bližnji ali daljni okolici, me prav zaradi tega doživetja, tak dogodek še veliko bolj pretrese in spomini se vrnejo v tisti hladni, temni in deževni novembrski čas pred leti, ko mi je Kristina dobesedno umrla v rokah.

Ali cepljenja proti gripi res ne cenimo?

Nena Kopčavar-Guček

(Predstavitev magistrske naloge: ODNOSI; STALIŠČA IN OVIRE CEPEČIH ZDRAVNIKOV V SLOVENIJI DO CEPLJENJA PROTI GRIPI)

Za začetek raziskovanja je vedno in neogibno potrebna radovednost. Zakaj se Slovenci cepimo proti gripi bistveno redkeje kot drugje po svetu? Zanimanje se stopnjuje v raziskovalni načrt, ta v pilotsko študijo in počasi se oblikuje protokol raziskave. Tudi v svetu zanimanje za gripo ni zamrlo. Aktualnost okužb z virusom gripe se je v zadnjih letih samo še stopnjevala: »pobeg« virusa H2N2 iz ameriških laboratorijev, zagonetno širjenje ptičje gripe, ugibanja o možnosti pandemije …

Gripa povzroča resne, tudi življenjsko nevarne zaplete pri starejših, v aktivni populaciji pa zvišuje zbolevnost, odsotnost z delovnega mesta in hromitev javnega življenja. Četudi se zdimo pri zdravljenju gripe nemočni, nismo povsem brez zaščite. Proti gripi imamo varno in učinkovito orožje: cepljenje. Za razliko od AIDSa torej lahko to bolezen preprečimo ali vsaj ublažimo z zdravili … Številne raziskave o učinkovitosti cepljenja (v uvodu naloge sem jih analizirala 27) dokazujejo upravičenost cepljenja, ob minimalnih sopojavih. Incidenca Guillan Barrejevega sindroma po cepljenju je v zadnjih 12 letih padla na 0,04. Cepljenje naj bi po podatkih raziskovalcev preprečilo bolezen pri 70 do 90 % zdravih, mlajših od 65 let. Pri starejših in oskrbovancih domov naj bi v 50 do 60 % uspešno preprečilo hospitalizacijo in v 80 % zmanjšalo smrtnost.

Pa vendar je precepljenost v Sloveniji relativno nizka (8,4 % vse populacije in 34,7 % populacije starejše od 65 let). Na Nizozemskem se npr. cepi 20 % vse populacije in 81 % starejših. Na precepljenost najbolj odločilno vplivajo stališča osebnih izbranih zdravnikov, tako dokazujejo zanesljivi podatki velikih raziskav, zato sem želela raziskati stališča slovenskih cepečih zdravnikov do cepljenja proti gripi.

Izkazalo se je, da se proti gripi cepi le polovica od sodelujočih 175 slučajno izbranih cepečih zdravnikov. Korelacija med drugimi preventivnimi metodami (uporabljen je bil validiran vprašalnik o splošni naravnanosti do preventive) in cepljenju proti gripi ni pokazala statističnih

povezav. Torej slovenski zdravniki cepljenja proti gripi ne uvrščamo med preventivne metode? Večina sodelujočih (70,3 %) je menila, da bi morala biti vloga družinskih zdravnikov v preventivi večja. Glavna ovira za večjo precepljenost naj bi bila preobremenjenost zdravnikov. O bolnikih pa so menili, da so nezainteresirani za cepljenje. 78,9 % sodelujočih zdravnikov je menilo, da so dovolj informirani o cepljenju.

Opaziti je tudi, da podatki o precepljenosti in učinkovitosti cepljenja pri nas niso prosto dostopni izvajalcem, četudi morajo ti o cepljenju redno,vsakoletno in natančno poročati IVZ … Morda tudi to zmanjšuje motiviranost zdravnikov za cepljenje?

Torej – gripa ostaja izziv današnjega časa. Vsako leto vzame več življenj kot AIDS. A za razliko od AIDSa imamo proti gripi učinkovito orožje, le uporabiti ga je treba. S cepljenjem se zmanjša zbolevnost, s tem pa tudi obremenjenost naših ambulant med epidemijo … vredno razmisleka.

Ob tej priložnosti naj se še enkrat zahvalim vsem kolegom, ki so po metodi slučajne izbire prijazno sodelovali v raziskavi in s tem omogočili njeno izvedbo. Hvala za vaš dragoceni čas in podatke …

Medkulturno sporazumevanje v družinski medicini

Majda Brovč, Danica Rotar-Pavlič

V današnji multikulturni družbi se zdravnik vsakodnevno srečuje z bolniki z različnim kulturnim ozadjem in socioekonomskim statusom. Vsak izmed teh bolnikov je edinstven – v ambulanto vstopi s sebi lastnim razumevanjem zdravja in bolezni, ki temelji na vrednotah in prepričanjih kulturnega okolja, iz katerega izhaja, in osebnih izkušnjah. Vsak zdravnik ima tudi svoja prepričanja in predstave, ki so kulturno pogojene. V teh medkulturnih kliničnih srečanjih je obojestransko spoštovanje in razumevanje ključnega pomena. Za zdravnika je pomembno zavedanje in sprejemanje kulturnih razlik, samozavedanje pripadnosti lastni kulturi (tudi zdravniški!), poznavanje bolnikove kulture in prilagoditev kliničnih veščin. Le tako lahko dosežemo učinkovito medkulturno komunikacijo, s tem pa bolnikovo zadovoljstvo in zavzetost za zdravljenje. Dokazano je, da lahko s kulturno ustrezno zdravstveno oskrbo pomembno izboljšamo izid zdravljenja.

Nerealno je pričakovati, da bomo zdravniki poznali značilnosti vseh kultur, s katerimi se soočamo. Treba pa je vedeti, da obstaja več tehnik vodenja medkulturnega pogovora med zdravnikom in bolnikom. Levin, Like, R. C. in Gottlieb so leta 2000 objavili ETHNIC.

Anamnestično vodilo ETHNIC

Je anamnestično vodilo, ki premošča medkulturne razlike v pogovoru med zdravnikom in bolnikom ter pomaga doseči večjo zavzetost za zdravljenje. ETHNIC pomeni okrajšavo za Explanation (razlaga), Treatment (dosedanje zdravljenje, samozdravljenje), Healers (zdravilci), Negotiation (pogajanje), Intervention (intervencija – dogovorjen način zdravljenja), Collaboration (sodelovanje). Vsaka črka se nanaša na kulturno specifično področje razumevanja zdravja in bolezni, katerega mora zdravnik raziskati, zato da doseže čim boljšo zavzetost za zdravljenje. Vodilo je sestavljeno iz neposrednih vprašanj in zasnovano za uporabo v približno petnajstminutnem razgovoru. Vrstni red vprašanj ni pomemben.

Vprašanja – stališča o zdravstvenih težavah

1. **Kaj je po Vašem mnenju razlog za Vaše zdravstvene težave?**
2. **Kaj Vaši prijatelji, družina in drugi menijo o teh zdravstvenih težavah?**
3. **Ali poznate koga drugega, ki ima / je imel take zdravstvene težave?**
4. **Ali ste slišali / brali / videli na TV / slišali na radiu o takih zdravstvenih težavah?**
   - **Če na zgornja vprašanja ne ponudi razlage, vprašaj, kaj ga najbolj skrbi glede njegovih zdravstvenih težav.**

Z vprašanji o tem, kako si on sam in njegova okolica razlaga zdravstvene težave, dobimo vpogled v bolnikova stališča o izvoru bolezni, obenem pa ga spodbudimo k aktivnemu sodelovanju in preprečimo ali vsaj zmanjšamo njegovo pasivno vlogo, ki velikokrat ovira medkulturno sporazumevanje.

Dosedanje zdravljenje, samozdravljenje

1. **Katera zdravila, domače pripravke ali kakšne druge metode zdravljenja ste že poskusili?**
2. **Ali kaj posebnega jeste, pijete, se čemu izogibate tudi sicer, da bi ostali zdravi?**
3. **Kakšne ukrepe pričakujete od mene?**

Zdravilci

Ali ste se za nasvet obrnili na ljudskega zdravilca / alternativno medicino / kakšno drugo osebo izven zdravstva?

Gre za radovedno poizvedovanje o kakršnemkoli dosedanjem zdravljenju, ne le o tistem, za katerega bolnik meni, da je sprejemljivo za zdravnika. Ljudje pogosto ne povedo tistega, kar bi sprožilo neodobravanje, vendar v drugih kulturah tradicionalno uporabljajo alternativne metode zdravljenja. Ti podatki so za zdravnika pomembni zaradi potencialnih interakcij in škodljivih učinkov. Na le-te je potrebno bolnika opozoriti in odsvetovati tovrstno zdravljenje. Če gre za neškodljive načine tradicionalnega zdravljenja, bolniku ne nasprotujmo in se ne postavljajmo v vlogo sodniške avtoritete.

Pogovor o drugih, tradicionalnih virih zdravljenja ustvari ozračje zaupnosti, ki olajša nadaljnje sporazumevanje.

Pogajanje

Kateri izmed predlaganih ukrepov zdravljenja se Vam zdi težje izvedljiv ali neizvedljiv? Zakaj?

S tem bolnika povabimo k aktivnemu iskanju rešitve in obenem izvemo, kako uspešni smo bili do zdaj – ali je bolnik pripravljen sodelovati in skupaj z nami poiskati način intervencije, ki bo sprejemljiv zanj in za nas. Na tej stopnji povzamemo bolnikov pogled na bolezen in predstavimo razlike med njegovim in našim mnenjem. Poudarek je na zaznavanju nesoglasij in sklepanju kompromisov.

Ukrepanje

Kako bo torej potekalo zdravljenje?

Bolnik sam predlaga način ukrepanja glede na že prej ugotovljene potrebe (diagnostično, farmakološko, psihosocialno, zdravstvenovzgojno ukrepanje). Vključi lahko tudi druge tehnike zdravljenja (če niso škodljive), katerih se že poslužuje. Ukrepanje je spoj zdravnikove in bolnikove odločitve ter zagotavlja premostitev med zdravnikovim znanstvenim in bolnikovim kulturno pogojenim razumevanjem zdravja in bolezni.

Sodelovanje

1. **Ali imate sorodnike / prijatelje / druge osebe, ki Vam bodo pomagale med zdravljenjem?**
2. **Kako bo zdravljenje vplivalo na Vaše finančno stanje?**
3. **Kako bo zdravljenje vplivalo na Vašo zaposlitev?**

Gre za razpravo in izmenjavo podatkov, ki so pomembni za potek zdravljenja in vzpostavljanje terapevtskega zavezništva glede na okolje, v katerem bolnik živi. Poznati in sodelovati je treba z bolnikovim socialnim in ekonomskim okoljem, ki vključuje podporne člane (družinski člani, prijatelji, sodelavci, delodajalci), ekonomske in zaposlitvene razmere.

Priporočila za obravnavo delavcev z začasnim delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije v ambulanti zdravnika družinske medicine

- V nebesednem sporazumevanju uporabljaj očesni stik, ob začetku srečanja je umesten stisk roke, uporabljaj gestikulacijo.
- Govori (ali se potrudi govoriti) v njihovem jeziku. Če obstaja jezikovna ovira, uporabi tolmača, ki naj ne bo član družine.
- Govori počasneje – ne glasneje, aktivno poslušaj in ga ne prekinjaj. Preveri, če je razumel navodila, tako da jih sam ponovi. Morda ne zastavlja vprašanj zato, ker se mu to ne zdi vljudno, zato ga spodbujaj k temu.
- Izogibaj se stereotipom in predsodkom, vsak posameznik je svet zase.
- Ob vsakem obisku nevsiljivo, a jasno svetuj zdrav način življenja z opuščanjem alkohola in kajenja.

- Preveri (ne sprašuj), če zna brati. Napiši telefonske številke, naslove, ob napotitvah skiciraj poti, daj pisna navodila (sheme zdravil, dietna navodila …).
- Ne obremenjuj ga z nebistvenimi strokovnimi podatki, na razumljiv in poljuden način mu zagotovi pravico do obveščenosti.
- Nikoli ne presliši ali zmanjšuj pomena bolnikovim skrbem in bojaznim, ker naslednjič o tem ne bo hotel več govoriti. Na izraženo skrb se odzovi takoj s pravilnim in pomirjujočim sporočilom.
- Izboljšaj zavzetost za zdravljenje z vključitvijo podpornega okolja – pomembno je ugotoviti, kdo je ob bolniku vključen v proces odločanja o zdravljenju (člani družine, sodelavci). Na ta način lahko dobiš koristne podatke glede načina prehrane, vedenja, dnevnih aktivnosti, alternativnih virov zdravljenja …
- Bodi pripravljen sprejeti bolnikov kulturno pogojen odnos do tradicionalnih načinov zdravljenja, razen če niso škodljivi.
- Če obstajajo finančni problemi, razmisli o za bolnika cenovno dostopnejših, a enakovrednih načinih zdravljenja. Skupaj se dogovorita za kontrolne preglede.
- Postavi realne cilje svetovanja glede spremembe vedenja. Najtežje je spremeniti način prehranjevanja, ki je tesno povezan s kulturo in socioekonomskim statusom. Uporabi tehniko majhnih korakov za postopno spreminjanje prehranjevalnih navad.
- Glede zdravljenja je potrebno dati jasna navodila: zakaj je potrebno zdravljenje, pomembnost rednega jemanja zdravil, vpliv škodljivih dejavnikov iz okolja na potek zdravljenja, vpliv zdravljenja na dnevne aktivnosti, stalež, pomembnost kontrolnih pregledov zaradi spremljanja učinkov zdravljenja, pomembnost cepljenja.
- V zdravstveni karton je potrebno zabeležiti nepismenost, poznavanje slovenskega jezika, eventualno potrebo po tolmaču in specifična prepričanja ter obnašanja, ki so povezana z zdravjem in pomembna za vodenje bolnika.
- V učinkovito sporazumevanje je potrebno vključiti medicinsko sestro, patronažno službo, Center za socialno delo, Zavod za zaposlovanje in delodajalca.
- Brez razumevajočega, spoštljivega, empatičnega in potrpežljivega odnosa z bolnikom vsa zgornja priporočila izgubijo svoj pomen.

Slovnične in slogovne cvetke medicinskega pisanja

Zdenka Kersnik, Janko Kersnik

Kdor piše, dela napake. Kljub temu smo pri javnem pisanju dolžni skrbeti za kleno in slovnično pravilno izražanje. Jezik je živa reka, v kateri naj bi vsi plavali z njenim tokom. S prebiranjem različnih besedil se navzamemo tudi njihovih slogovnih lastnosti. Če so neoporečna, smo svoje besedišče in slog pisanja obogatili, sicer skvarili. Vsak urednik seveda pričakuje, da bodo odstavki resnično odstavki, da bodo med besedami enojni razmiki, da bo razmik za ločilom in ne pred njim, da med oklepajem in besedilom ne bo razmika itn. Zavedati se moramo, da si pri marsikateri slogovni rešitvi tudi slavisti niso popolnoma enotni. Pripravila sva le nekaj zanimivejših cvetk, ki naj jih odneseta jesenska slana in sneg, pa bo naše pisanje v prihodnje še lepše.

Še vedno najdemo navedbe, da je tudi predmet pismen. Pismenost pripada človeku, izpit je lahko le pisni.
Pis~~m~~eni del izpita je prvo opravilo za kandidata na dan izpita.

Žargonsko izražanje si včasih utre pot tudi v resne tekste. V slovenščini je par natanko dva. Kadar mislimo na ne popolnoma določeno večje število, zapišemo nekaj.
… je kandidat ~~par~~ nekaj dni pred izpitom poklical …

Deloma pod vplivom gorenjskega narečja deloma pa v zagonu dodatnega poudarka se nam zapiše odvečni kazalni zaimek. Le-ta lahko stoji samostojno, nikakor pa ne pred določno obliko pridevnika.
… so si želeli videti, kakšen je ~~ta~~ novi zdravnik.

Organi in deli človeškega telesa so del besedišča, ki predstavlja težave mnogim piscem. Sence na glavi je srednjega spola. Ob najpogostejši množinski rabi moramo biti pozorni, da sklonov v srednjem spolu ne zamenjujemo s podobno besedo »senco«, ki je ženskega spola in pogosteje v rabi.
… izvabljalo prve kaplje na mojih ~~sencah~~ sencih …

Pisci pogosto uporabljajo »s« v tujkah na mestu, kjer je pravilen »z«.
~~konsultaicja~~ → konzultacija, ~~insulin~~ → inzulin

Zelo popularna je uporaba veznika zato. Pisci se pogosto po daljšem podredju nepravilno odločijo, da »zato« postavijo na začetek nove povedi.
Histološki vzorci kažejo na to, da zgodnja rehabilitacija izboljša funkcionalno zgradbo novonastalega kolagena~~.~~, ~~Zato~~ zato bi bolniki morali vaditi neprekinjeno, tudi doma.

Raba predlogov je praviloma preprosta, če si zapomnimo dve vodili. Pri predlogih, ki so vselej enaki, le-teh pri naštevanju ne ponavljamo. Edini primer, kjer pa predlog moramo ponoviti, je naštevanje, kjer se izmenjujeta »s« in »z«. Če shajamo samo z enim od njiju, potem tudi v tem primeru naštevanje odpade.
… ohraniti samostojnost pri dnevnih aktivnostih, ~~pri~~ osebni in ~~pri~~ intimni negi.

Pisanje dvojnih priimkov sicer ni strogo določeno, vendar je iz praktičnih razlogov primernejša pisava s stičnim vezajem, tj. z vezajem brez razmika med obema priimkoma. Takšen način predvsem omogoča boljšo preglednost, kateri del predstavlja priimek in olajša računalniško obdelavo različnih seznamov.
~~Nena Kopčavar Guček~~ → Nena Kopčavar-Guček
~~Nena Kopčavar - Guček~~ → Nena Kopčavar-Guček

Slovenski pravopis predvideva pisanje imena pred priimkom. Iz praktičnih razlogov je pogosto potrebno navajati priimek pred imenom. Takšna oblika zapisa je dopustna z uporabo vejice za priimkom. To si razložimo s tem, da ime za priimkom pojasnjuje, kateri Kovač je to, in je ime zgolj krajši zapis odvisnika, ki bi se v celoti glasil: Kovač, ki mu je ime Janez.
~~Kovač Janez~~ → Kovač, Janez

Velika začetnica dela težave predvsem pri poimenovanju institucij ali poimenovanju projektov. Kadar govorimo o Katedri kot prostorih ali instituciji Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, potem je potrebno »katedro« zapisati z veliko začetnico.
S tem bi njeni člani postali sodelavci ~~katedre~~ Katedre oziroma pridobili status raziskovalnih sodelavcev.

Prilastkov odvisnik je lepše izraziti z osebkovim.
~~Vsak, ki se želi prijaviti …~~ → Kdor se želi prijaviti, …

Slogovne nerodnosti se pojavijo, ko pojmom pripišemo fizične razsežnosti. Voditi skozi dva prostora galerije ni enako kot »skozi« dve časovni obdobji.
~~… ki je skozi dva mandata~~ → … ki je v dveh mandatih uspešno

Pri uporabi predloga »iz« in »s« si pomagamo, ali je bilo tisto nekaj pred tem »v« ali »na«.
Prisotni so najprej potrdili zapisnik ~~iz~~ s prejšnje seje.

Časovni prislov je lepši v krajši obliki.
~~V oktobru 2006~~ Oktobra 2006

Pisanje števila ob besedicah -krat, -letnik, -letnica večini dela težave. Pravilna je uporaba stičnega vezaja, tj. kratkega vezaja brez razmikov.
~~… bo ZZDM praznovalo 40- letnico.~~ → … bo ZZDM praznovalo 40-letnico.
~~… bo ZZDM praznovalo 40. letnico.~~ → … bo ZZDM praznovalo 40-letnico.
~~… bo ZZDM praznovalo 40 – letnico.~~ → … bo ZZDM praznovalo 40-letnico.

Uporaba žargonskih izrazov uide tudi v uradni dopis.
se pojavljajo ~~tekom~~ specializacije → se pojavljajo med potekom specializacije ali se pojavljajo med specializacijo

Kazalni zaimek le-ta ima vedno stični vezaj.
… prenos ~~le te~~ le-te na občino …

Pri pisanju naslova nam konca vrstic ni potrebno končevati z ločili.
Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino
p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana

Izjemno se je uveljavil slogovno napačen način naštevanja.
Kljub temu sta obiskanost strani ~~tako kot~~ in število registriranih uporabnikov

O naštevanju pa kdaj drugič.

Pogled z druge strani

Andrej Bergauer

Uvodoma bi se želel vsem najprej iskreno zahvaliti za povabilo. Zapis, ki sem ga sestavil maja 2005, neposredno po zaključku vaj iz Družinske medicine in po opravljenem izpitu, je nosil naslov Kratka analiza vaj in izpita. Nastal je izven obveznosti, ki jih predpisuje Katedra, njegov namen pa je bil podati povratno informacijo mentorici o vajah in poteku preverjanja znanja skozi optiko opravljenih vaj.

Odločitvi, da sploh podam povratno informacijo, pa je botrovalo to, da sem med predavanji na Katedri in med vajami pri asist. Kseniji Tušek-Bunc, dr. med. opazil, da naše mnenje (mnenje študentov) pravzaprav šteje, je zaželeno in mu ustvarjalci pouka tudi prisluhnejo. Na samih vajah me je mentorica velikokrat spodbudila, da sproti povem, če me kaj moti, če česa ne razumem in če se mi zdi, da se morava kakšnemu problemu še posebej posvetiti.

Takrat sem zapisal …

Vaje pri asist. Kseniji Tušek-Bunc, dr. med. te kot celota zelo dobro pripravijo na izpit. Sam sem imel v tednu neposredno pred izpitom kar nekaj dogodkov, ki so mojo sposobnost koncentriranega in intenzivnega učenja precej ohromili, a sem na samem izpitu črpal večinoma iz fonda znanja, ki sem si ga pridobil med samimi vajami. S tem znanjem mi je uspelo opraviti pisni, praktični in ustni izpit. Če ob tem še upoštevam, da vaj in izpita iz Interne medicine še nisem opravljal, je moč objektivno zapisati, da sem se veliko naučil. Zelo je koristno biti čimbolj aktiven med vajami v ambulanti, poslušati, na kakšen način mentorica razmišlja, in slediti terapevtskim odločitvam. Splača se tudi sproti pobrskati po literaturi o obolenjih, s katerimi si se srečal v ambulanti.

Sicer na izpitu ni bilo ničesar takega, kar v ambulanti ne bi že videl ali pa se o tem pogovarjal. Zelo koristne so tudi informacije o primerih, ki jih je mentorica obravnavala v svoji praksi in jim je moč prisluhniti v času malice ali v presledkih med bolniki. Vsem kadilcem, ki bi čas malice izkoristili za kako cigareto, svetujem, da vsaj za čas vaj opustijo kajenje in raje prisluhnejo pogovoru. Na nekaj vprašanj mi je uspelo odgovoriti izključno s pomočjo informacij iz teh pogovorov.

Precej veščin, ki jih je sicer težko verbalizirati, se naučiš z opazovanjem dela, med drugim tudi kako smiselno in nežaljivo prekiniti nesmiseln pogovor. To je ena izmed veščin, ki tudi sicer, ne zgolj med delom v ambulanti, pride prav. Sam tega nisem nikoli prav zares znal, pa se mi zdi, da sem se kar precej naučil.

Zelo koristen se mi zdi stopenjski pristop mentorice, ki tvoje delo v ambulanti počasi, skozi tedne nadgrajuje proti samostojnemu oz. čim bolj samostojnemu delu. Še tako preprosta odločitev, kot kdaj predpisati Lekadol, postane dosti težja, ko se moraš o tem dejansko odločiti sam.

Zelo dobro je, da mentorica dejansko pohvali in pograja. Skozi prvo si pridobiš nekaj zdrave samozavesti, skozi drugo pa dobiš uporabno povratno informacijo, kaj moraš še izboljšati, si pogledati in se naučiti. Kdor je nagnjen k temu, da konstruktivno kritiko jemlje preveč osebno, bo izgubil precej priložnosti naučiti se dejansko nekaj novega. (To ne velja zgolj za vaje družinske medicine, marveč, po mojem mnenju, tudi sicer v življenju.)

Vaje so v precej pogledih spremenile moj pogled na klinično medicino. Tudi sedaj, ko se lotevam študija drugih predmetov, si poskušam snov urediti nekako na tak način, kakor mi jo je pri predmetu družinska medicina prikazala asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.

Vaje so bile izjemno kvalitetne v več pogledih. Moje osebno mnenje je, da bi morale biti uvrščene v študij veliko prej, na sam začetek klinične medicine in se raztezati skozi vsa leta klinike. Zdi se mi, da bi mi pomagale ohraniti bolj kritičen odnos do obilice snovi.

Moja pričakovanja v zvezi s poukom družinske medicine so bila iskreno povedano dokaj skromna. Od Družinske medicine sem pričakoval predvsem to, da je bo čez nekaj tednov konec. Že po samih vajah, še bolj pa sedaj, opažam, da se velikokrat vračam k lekcijam, ki sem jih obdelal v ambulanti družinske medicine. Če bi jih moral poimenovati, bi jih najlažje strnil v dva velika naslova: Lekcija o zdravem razumu oz. praktična uporaba koncepta Occamove britve in Lekcija o stiku s človekom.

Lekcij je bilo še več, vendar se k tema dvema vračam najpogosteje, tako ob bolniški postelji na vajah drugih kliničnih predmetov, kakor tudi velikokrat v vsakdanjem življenju.

Hvala!

REKLAMNO SPOROČILO

"Glej, glej, tole je pa učinkovito proti težavam z erekcijo!"

Pred kratkim je Slovenijo obiskal dr. Chris Wayman, vodja oddelka za spolno zdravje moških in žensk iz raziskovalnega centra v mestu Sandwich. Ta raziskovalni center v Veliki Britaniji je eden od številnih centrov, kjer opravljajo raziskave in razvoj zdravil podjetja Pfizer. Vendar pa se je Sandwich v zgodovino zapisal po odkritju, ki ga primerjajo z iskanjem Kolumbove Amerike, po majhni modri tabletki, ki je spremenila marsikaj, ne le počutja mnogih moških. Odkrivanje potencialov modre tabletke, pa sodeč po dr. Waymanovem pripovedovanju, še zaleč ni zaključeno.

Sodelovali ste bili pri odkritju prvega zdravila za motnje erekcije. Menda naj bi do odkritja prišlo po naključju?

Pravzaprav smo poskušali razviti zdravilo za srčnožilne bolezni, natančneje za visok krvni tlak in angino pektoris. Bolniki so Viagro dobro prenašali in niso imeli nobenih pomembnih stranskih učinkov. Toda hemodinamski učinki zdravilne učinkovine so bili skromni. Med preskušanjem zdravila pri mladih zdravih prostovoljcih so ti navajali spontane in boljše erekcije. Zanimivo pa je, da imajo moški s srčnožilnimi boleznimi pogosto težave z erekcijo. Takšnega učinka od zdravila, ki je bil namenjen zdravljenju srčnožilnih bolezni nismo pričakovali. Zdravnik, ki je vodil raziskavo, si je rekel: "Glej, glej, tole je pa učinkovito proti težavam z erekcijo!"

Je s tableto dejansko mogoče ozdraviti težave z erekcijo?

Lani so na letnem srečanju Ameriškega urološkega združenja predstavili študijo o vplivu sildenafila pri moških po radikalni kirurški prostatektomiji. Ta operacija ponavadi poškoduje živce, tako da imajo po njej številni bolniki motnje erekcije. Bolniki so po operaciji vsak dan dobivali sildenafil. Izkazalo se je, da se je erektilna funkcija obnovila pri 27 odstotkih moških; med moškimi, ki so dobivali neaktivni placebo, je bil ta delež le 2 odstoten. To pomeni, da lahko Viagra zares znova vzpostavi sposobnost za erekcijo, kajti študija ni zajela moških z običajnimi težavami, temveč le tiste, ki bi lahko vse življenje ostali impotentni. Tako pa so lahko znova dosegli erekcijo – izredno odkritje, katerega proučevanje ta trenutek še poteka. Besedi "ozdraviti" bi se rajši izognil, a na podlagi omenjene študije je mogoče reči, da lahko sildenafil "popravi" erektilno funkcijo pri moških z boleznijo, ki povzroča tudi impotenco.

Kako ste se lotevali ženskih težav?

Bil sem član skupine, vključene v raziskovanje ženskih spolnih motenj, in proučevali smo tudi morebitno vlogo sildenafila pri zdravljenju teh motenj. Osredotočili smo se predvsem na nezmožnost za zadostno spolno vzburjenje (to imenujemo "motnja spolnega vzburjenja pri ženskah"). Želeli smo ugotoviti, ali sildenafil podobno ugodno učinkuje na ženske.
Pri ženskah so spolne motnje pogosteje povezane z boleznimi osrednjega živčevja, npr. z depresijo, ali hormonskimi spremembami, kot je menopavza. V nekaterih študijah, v katerih so imele ženske normalno spolno poželenje – kar pomeni, da so imele enako številne spolne misli kot ženske brez spolnih motenj– je sildenafil učinkovito obnovil vzburjenje. Zanimivo je, da sta v nekaterih študijah delovala tako zdravilo kot neaktivni placebo in tako ni bilo mogoče razbrati ugodnih učinkov. To kaže, kako zapletene so spolne težave pri ženskah. Prav tako kaže, da bi Viagra lahko koristila nekaterim specifičnim skupinam bolnic, ni pa primarno sredstvo za zdravljenje spolnih motenj pri ženskah. Ugotovili smo, da so bili ugodni učinki sildenafila odvisni od koncentracije testosterona, se pravi hormona, ki ga ponavadi povezujemo z moškimi. Ta študija nas je naučila marsičesa o ženski spolnosti, kjer ni preprostih rešitev za težave. Nemara so vzrok težav pri ženskah negativne informacije, ki se prenašajo med možgani in spolnimi organi. Morda bi te signale lahko preobrnili, če bi povečali koncentracijo testosterona – toda zavedamo se, da so vsa hormonska zdravljenja lahko zelo tvegana. Iskanje novih zdravil za spolne težave pri ženskah je mogoče zasnovati na novih odkritjih o razlikah med moškimi in ženskami. Predvsem nas zanima, kako ugotoviti raven vzburjenosti. Še vedno delamo na področju spolnih motenj pri ženskah in se, seveda, učimo od modre tabletke.

Ali je res sildenafil po novem namenjena tudi zdravljenju arterijske pljučne hipertenzije?

Sildenafil razširi tudi pljučne žile in nedavno se je izkazalo, da učinkovito pomaga pri arterijski pljučni hipertenziji. Med žilami v penisu in pljučih je mogoče potegniti določene vzporednice in najti podobnosti, ki pojasnjujejo, zakaj je zdravilo učinkovito pri arterijski pljučni hipertenziji. Pred kratkim so v samostojni študiji arterijske pljučne hipertenzije preskusili vsa zdravila za motnje erekcije. Zdravilna učinkovina sildenafil in še eno od teh zdravil sta delovala ciljno na pljučno žilje, zanimivo pa je, da je le Viagra zvečala količino kisika v telesu, kar kaže, da si zdravila niso enaka. Drug zgled, kako se zdravila iz te skupine razlikujejo, je bil pred kratkim predstavljen v Londonu pod okriljem Mednarodnega združenja za raziskovanje spolnosti in impotence. Izsledki neodvisne študije, v kateri so pri sterilnih moških primerjali sildenafil in tadalafil, so pokazali, da je le sildenafil ugodno vplival na gibanje semenčic. Gre za še en dokaz, da zdravila niso enaka zgolj zato, ker jih uporabljamo za isto bolezen. Morda so resnične tudi anekdotične navedbe o njegovih močnejših erekcijah.

Snovalnica / foto: Miran Kambič

* Gil A et al. Erectile dysfunction in a primary care setting. Int J Impot Res 2001;13:338-347.

BISTVENE INFORMACIJE IZ POVZETKA GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

VIAGRA® 25/50/100 mg filmsko obložene tablete

VIAGRA® (sildenafil)

25mg, 50mg, 100mg

Sestava in oblika: filmsko obložena tableta vsebuje 25, 50 ali 100 mg sildenafila. Indikacije in odmerjanje: erektilna disfunkcija. Priporočeni odmerek pri odraslih je 50 mg, približno eno uro pred spolno dejavnostjo. Mogoče ga je zvečati na 100 mg ali zmanjšati na 25 mg. Največji priporočeni odmerek je 100 mg. Največja priporočena pogostnost odmerjanja je enkrat na dan. Zaužit s hrano, lahko začne delovati pozneje. Pri starejših odmerka ni potrebno prilagajati. Kontraindikacije: preobčutljivost za zdravilno učinkovino ali katerokoli pomožno snov. Sočasna uporaba z donorji dušikovega oksida ali nitrati v kakršnikoli obliki. Zdravila ne smejo uporabljati moški, za katere spolna dejavnost ni priporočljiva. Huda okvara jeter, hipotenzija, nedavna možganska kap ali miokardni infarkt in znane dedne degenerativne bolezni mrežnice. Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: predhodno je potrebno preveriti kardiovaskularno stanje bolnika. Povzroči blago in prehodno znižanje krvnega tlaka zato previdnost pri bolniki z obstrukcijo iztoka iz levega prekata ali s sindromom multiple sistemske atrofije. Okrepi hipotenzivni učinek nitratov. Previdnost pri bolnikih z anatomskimi deformacijami penisa in bolnikih z določenimi boleznimi, ki povzročajo nagnjenost k priapizmu. Uporaba kombinacije sildenafila z drugimi zdravili za zdravljenje erektilne disfunkcije ni priporočljiva. Uporaba ni priporočljiva pri bolnikih, ki so v preteklosti imeli nearteriitično anteriorno ishemično optično nevropatijo (NAION). Sočasna uporaba z ritonavirjem ni priporočljiva. Previdnost je potrebna pri bolnikih, ki jemljejo zaviralce adrenergičnih receptrojev alfa. Pri bolnikih z motnjami strjevanja krvi ali z aktivno peptično razjedo se sme uporabiti le po skrbnem pretehtanju koristi in tveganj. Ne sme se uporabiti pri bolnikih z redko dedno intoleranco za galaktozo, laponsko obliko zmanjšane aktivnosti laktaze ali malabsorpcijo glukoze/galaktoze. Ni indicirano za uporabo pri ženskah. Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij: Učinki drugih zdravil na sildenafil: zaviralci CYP3A4, ritonavir, sakvinavir, eritromicin, cimetidin, sok grenivke, nikorandil. Učinki sildenafila na druga zdravila: nitrati, zaviralci adrenergičnih receptorjev alfa. Neželeni učinki: v kliničnih študijah so bili blagi do zmerni, njihova incidenca in izrazitost pa je naraščala z odmerkom. Zelo pogosti (≥1/10): glavobol, zardevanje. Pogosti (≥ 1/100 in < 1/10): omotica, spremembe vida, kromatopsija, palpitacije, zamašenost nosu, dispepsija. Če je bil uporabljen pogosteje, kot je priporočeno, so poročali o primerih bolečin v mišicah. Oprema: škatla s 4 tabletami. Način izdajanja zdravila: Na zdravniški recept. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom: Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velika Britanija. Datum zadnje revizije besedila: 15. november 2005.

Pred predpisovanjem se seznanite s celotnim povzetkom glavnih značilnosti zdravila.

www.za-naju.si

Brezplačno urološko svetovanje
na tel. št. **041 30 30 40** vsak **torek** in **četrtek** od **17.-19.** ure

Podrobnejše informacije so na voljo pri:
Pfizer Luxembourg SARL, 283 Route D'Arlon,
L-8011 STRASSEN LUXEMBURG,
Pfizer, podružnica Ljubljana, Letališka cesta 3c,
Ljubljana, tel.: 01 52 11 400, www.pfizer.si

VIA-04-06

Schrottovi dnevi kot pogled v prihodnost

Nena Kopčavar-Guček

Med strokovnimi srečanji, ki jih Katedra za družinsko medicino, kot akademska, in Združenje za družinsko medicino, kot strokovna organizacija, vsakoletno prirejata, so Schrottovi dnevi zagotovo najbolje obiskani. Skupaj s soorganizatorjem Cankarjevim domom je letos srečanju, ki se ponaša predvsem s predstavitvijo novosti v medicini, uspelo privabiti 411 udeležencev.

17. in 18. marca je bilo v Linhartovi dvorani toliko zdravnikov z osnovne ravni, da je vsakdanje delo komajda še teklo normalno, kot je nekdo v šali pripomnil … Niso pa bili udeleženci le zdravniki, temveč tudi farmacevti. Srečanje je interdisciplinarno, zato v vsakem sklopu predstavijo svoje gledišče tudi specialisti posameznih strok. Večino sklopov uvede video posnetek pogovora z bolnikom.

Ton svežine, energije in optimizma je srečanju vlil uvodni nastop vokalne skupine Perpetuum Jazzile. Mladi pevci so se spoprijeli tako s temami iz mjuziklov kot s klasičnim jazzom, v veliko navdušenje poslušalstva. Navdušili so tudi uvodni govorci: minister za zdravje dr. Andrej Bručan, predstojnik Katedre prof. Igor Švab, in častni gost, evropski poslanec Lojze Peterle. Z njegovim nagovorom se je uvodni del lepo prelil v prvi sklop, ki je bil namenjen novostim v zdravljenju rakavih obolenj. Tik po otvoritvi se je odvila tudi novinarska konferenca, srečanje je bilo obeleženo tudi na televiziji, najavljeno po radiu in zaznamovano v dnevnem tisku.

Pogled in vloga družinskega zdravnika pri zgodnjem odkrivanju raka dojke, psihoonkološka obravnava, predstavitev združevanja bolnic z rakom dojke in algoritmi ter novosti pri zdravljenju raka dojke so zaokrožili prvi sklop predavanj. Depresija, ki jo še zmeraj premalokrat diagnosticiramo, preredko zdravimo in se o njej z bolniki premalokrat pogovarjamo, je bila druga glavna tema. Bolezen kot vsaka druga, kot je poudaril doc. dr. Marušič. Zanimiva je bila predstavitev napovednih dejavnikov depresije. V tujini so podatki še bolj dorečeni kot pri nas: v Veliki Britaniji naj bi do 40 % bolnikov v ambulantah družinske medicine trpelo zaradi depresije in anksioznosti. Migrena in panična motnja kot ena od komorbidnosti oziroma pojavnih oblik depresije sta pogosti v naših ambulantah … Predvsem panično motnjo, tako bolniki kot zdravniki, prevečkrat zamenjamo z organskimi motnjami. Zdravljene t.i. somatizacije je sicer dolgotrajno, a najbolj uspešno s kombinacijo kognitivne in medikamentozne terapije.

Okužbe dihal so med vsemi infekcijskimi boleznimi najpogostejše. Sklop predavanj o zdravljenju pljučnic, ki ne potrebujejo bolnišničnega zdravljenja, o sodobnih načelih antibiotičnega zdravljenja eksacerbacije KOPB in akutnega ter kroničnega bronhitisa je vzbudil veliko zanimanje. Podobno tudi predavanji o okužbi mehkih tkiv in o sindromu nemirnih nog, ki ga je v populaciji 3 do 10 % in se uspešno zdravi z dopaminskimi agonisti, gabapentinom, benzodiazepini in opiati.

Vse pomembnejše postaja nemedikamentozno zdravljenje presnovnega sindroma. To pa neogibno pomeni aktivno sodelovanje bolnika pri zdravljenju. S tem povezana pričakovanja morajo biti realna. Ne glede na naraščanje prevalence presnovnega sindroma po vsem svetu je realna pričakovana letna izguba teže le 10 do 15 %.

Prvi večer je prijetno zaokrožil kvartet klarinetov in zanimiva osvežitev v preddverju. Vsi prigrizki so bili pripravljeni v smislu biohrane. Da o klepetu, ki se je v tako prijaznem okolju živahno razžuboril, sploh ne govorimo …

Novosti v zdravljenju so tudi na področju osteoporoze. Vse večja izbira zdravil omogoča vse manj stranskih učinkov in zdravljenje po meri bolnice. Na odločitev, katero zdravilo uporabimo pri bolniku, vplivajo tudi ogroženost bolnika, cena zdravila, način uporabe, sopojavi in možni zapleti.

Srečanje poteka v petek in v soboto, in treba je priznati, da je sobotno popoldne kar znatno razredčilo poslušalstvo. To je bilo deležno še sklopa o erektilni disfunkciji, zadnja tema pa je bila KOPB. Ta sklop je doživel prav živahno diskusijo, predvsem v zvezi z izvajanjem in vrednotenjem spirometrije v ambulanti družinske medicine. Četudi bi bila zavarovalnica (npr. teoretično) pripravljena plačati to dodatno diagnostiko, bi bilo beleženje količnikov verjetno Sizifovo delo. Malodane vsi namreč že prekoračujemo predpisano število količnikov, zato bi vsi dodatni količniki pomenili le beleženje, realizacije plačila pa ne …

Vsi, ki sodelujemo pri organizaciji srečanja, bomo veseli kakršnihkoli pripomb, predlogov, želja … Največja želja je zagotovo izpolniti pričakovanja udeležencev. Pri tem nam lahko prav vi največ pomagate.

Glavne spremembe v TPO odraslih in otrok

Lili Žura

TPO odrasli

Izvajanje oživljanja, če se bolnik ali poškodovanec ne odziva ali ne diha normalno.
Pri masaži srca je položaj rok na sredini prsnice.
Pri umetnem dihanju vpih traja vsaj 1 s ali bolje 2 s.
Razmerje kompresije: umetnem dihanju je **30 : 2**.
Oživljanje pričnemo s 30 kompresijami, opuščata se dva začetna vpiha.

Spremembe pri avtomatski defibrilaciji

Uporablja se le en električni šok (150 J pri bifazičnem in 360 J pri monofaznem) in potem takoj nadaljuje z 2 minutama oživljanja (približno 5 ciklusov).

Spremembe pri oživljanju odraslih – dodatni postopki oživljanja

Pri zastoju srca na terenu ekipa **2 minuti** izvaja postopke oživljanja **30 : 2** (5 ciklusov) pred izvedbo defibrilacije.

Defibrilacija – strategija

VF ali VT brez tipnih pulzov se zdravi z defibrilacijo.
TPO izvajamo **razmerju 2 : 30, dokler ne dobimo defibrilatorja**. Takoj po defibrilaciji ne preverjamo ritma ali pulza, ampak mu dajemo **2 minuti** vpihe in kompresije v razmerju 2 : 30. Če nastane zastoj pred nami, mu damo takoj prekordialni udarec.
Priporočene energije za prvo defibrilacijo so **150–200 J** za bifazične defibrilatorje in **360 J za monofazne** defibrilatorje.
Naslednje defibrilacije so pri bifaznem 150–360 J, pri monofaznem pa 360 J.

Fina VF

Če je dvom, ali je fina fibrilacija ali asistolija, ne defibriliramo, temveč izvajamo osnovne postopke oživljanja.

Adrenalin

VF/VT brez tipnih pulzov.
Dodamo adrenalin 1 mg i. v. in 3 mg v 10 ml fiziološke raztopine v tubus po drugi defbrilaciji.
Ponavljamo na 3–5 minut.
PEA
Čimprej dodamo 1 mg adrenalina i. v. in ga ponavljamo na 3–5 minut.

Antiaritmična zdravila

Če je VF ali VT prisotna še po tretji defibrilaciji, pa dodamo amjodaron 300 mg v bolusu, naslednje doze pa so 150 mg i. v.
Če amjodarona nimamo, je alternativa xilocain 1 mg/kg, vendar ne dajemo, če je že dobil amjodaron (ne presezi doze 3 mg/kg).

Spremembe pri temeljnih postopkih oživljanja pri otrocih

Razdelitev otrok:
Novorojenček: nekaj ur po rojstvu.
Dojenček: nekaj ur po rojstvu do 1 leta.
Otrok: 1 leto – do mladostnika (približno 8–10 let).
Odrasli = mladostnik.
V začetku damo **5 vpihov** in nato oživljamo v razmerju **30 kompresij : 2 vpiha**.
Če sta dva reševalca, 15 : 2.
Tehnika kompresij:
Dojenček: dva prsta na spodnji tretjini prsnice.
Otrok: dlan v spodnji tretjini prsnice.
Avtomatski defibrilator se uporablja po prvem letu starosti.

Dodatni postopki oživljanja

Laringealna maska je sprejemljiva začetna dihalna pot.
Intubacija.
Hypeventilacija je škodljiva pri srčnem zastoju.
Defibrilator uporabljamo 4 J/kg (bifazni ali monofazni).
Asistolija ali PEA.
Adrenalin i. v. ali i. o. 10 mcg/kg ter ponavljamo na 3–5 minut.
IT pa damo 100 mcg/kg.

Defibrilacija

VT/VF zdravimo z defibrilacijo, ki ji sledijo kompresije in vpihovanje v razmerju 30 : 2 pri enem ali 15 : 2 pri dveh reševalcih.
Adrenalin 10 mcg/kg dodamo po drugi defibrilaciji.
Ponavljamo ga na 3–5 minut.

6. Kokaljevi dnevi

Helena Turk

V začetku aprila 2006 je bilo v Kranjski Gori živahno.

V Kranjski Gori je od 6. do 8. aprila 2006 potekalo tridnevno srečanje zdravnikov in zdravstvenih delavcev. Zbrali smo se na šestem spominskem srečanju dr. Janija Kokalja, ki nosi ime po zdravniku, ki je pred slabim desetletjem tragično preminul v helikopterski reševalni vaji.

Letošnje Kokaljeve dneve je organiziralo Združenje zdravnikov družinske medicine, v sodelovanju z Osnovnim zdravstvom Gorenjske – ZD Jesenice, Katedro za družinsko medicino MF v Mariboru, Katedro za družinsko medicino MF v Ljubljani in Zavodom za razvoj družinske medicine. Srečanje je podprlo tudi več podjetij, generalni sponzor letošnjega srečanja pa je bil Boehringer-Lilly, zato smo tudi letos večjemu številu študentov medicine, sekundarijem in specializantom omogočili udeležbo na strokovnem delu srečanja brez plačila kotizacije.

Čeprav nas je Kranjska Gora pričakala v snegu, to ni pokvarilo razpoloženja. Hotel Larix je napolnilo več kot 200 udeležencev, željnih združevanja prijetnega s koristnim. Organizatorji so napovedali številne zanimive teme, kot npr. poškodbe rame, tendinitisi, hude poškodbe na terenu, anksiozno-depresivne motnje, epilepsija, bolezni ščitnice in druge, poleg tega pa tudi možnost praktičnega dela v skupinah. Ob srečanju je izšel tudi zbornik, ki so ga udeleženci prejeli na samem srečanju, ostali pa si ga lahko kupijo na Katedri za družinsko medicino.

Prvi dan smo poslušali dva sklopa. V prvem smo se seznanili s prepoznavanjem in z diagnostiko poškodb in boleče rame. S pomočjo asist. mag. Janeza Podobnika, dr. med., smo ponovili anatomijo tega sklepa, nato pa nam je Marjeta Zupančič, dr. med., predstavila pregled možnih poškodb rame, njihovo diagnostiko in vlogo zdravnika družinske medicine pri njihovi obravnavi. Janko Čakš, dr. med., nam je prikazal nekaj primerov boleče rame. V zaključku sklopa nas je prim. mag. Aleš Demšar, dr. med., seznanil z metodami rehabilitacije bolnikov z bolečo ramo in ponudil protokol rehabilitacije. Opozoril je na (pre)majhno poznavanje metod fizioterapije s strani družinskih zdravnikov, kar lahko zmanjšuje učinek zdravljenja naših bolnikov.

Drugi sklop je bil nadaljevanje prvega. Mag. Drago Brilej, dr. med., je v prispevku o poškodbah mehkih tkiv ramenskega obroča izpostavil izpah nadlaktnice, poškodbo akromioklavikularnega sklepa in rotatorne manšete. O zlomih proksimalnega humerusa in ključnice ter o balonski kifoplastiki kot novi metodi zdravljenja kompresijskih zlomov vretenc nam je predaval prim. Miodrag Vlaović, dr. med.. Asist. Lidija Plaskan, dr. med., pa je predstavila principe rehabilitacije pri bolnikih po poškodbi rame.

Tretji sklop je obravnaval tendinitise in nevropatsko bolečino. Utesnitvene sindrome in tendinopatije je predstavila Alenka Nadler-Žagar, dr. med., Mihael Kovač, dr. med., pa je opozoril na številne možne tendinitise roke in podlakti. Z utesnitvenimi sindromi perifernih živcev roke nas je seznanil Janez Pšenica, dr. med.. Asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., nam je nazorno predstavil nevropatsko bolečino in predstavil možnosti zdravljenja le-te. S sodobnim pristopom k diagnosticiranju in zdravljenju nevropatske bolečine nas je seznanil doc. dr. Marjan Zaletel, dr. med.

Hude poškodbe na terenu so bile tema četrtega sklopa. Doc. dr. Štefek Grmec, dr. med., nam je predstavil potencialne prednosti uporabe vazopresina pri srčnem zastoju, v nadaljevanju pa opozoril na (pre)veliko število spregledanih hudih poškodb na terenu. Sklop je sklenil Štefan Mally, dr. med., s prispevkom o poškodbah sečil in spolovil.

Udeleženci Kokaljevih dnevov

Učne delavnice

V nadaljevanju srečanja so potekale vaje po skupinah; verjetno del srečanja, ki ga se udeleženci najbolj veselijo. Priložnosti za pridobivanje praktičnih znanj je verjetno manj, kot bi si želeli. V trenutkih, ko časa ni na pretek, pa naše neznanje praktičnih veščin ne bi smelo biti dejavnik, ki bi omejeval našo uspešnost. Udeleženci so tako vadili temeljne in dodatne postopke oživljanja odraslih in otrok, se seznanili z vzpostavitvijo periferne venske poti, uporabo opornic PEDIPAC, zajemalnih nosil, opornic KED in vakuumskih opornic ter vadili obvladovanje stresa.

Zadnji dan srečanja sta bila na sporedu dva tematska sklopa. V sklopu z naslovom anksiozno-depresivne motnje nam je Vojislav Ivetić, dr. med., pripravil nazoren in duhovit pregled medicinsko nepojasnjenih stanj in anksiozno-depresivnih motenj. Prof. dr. Marga Kocmur, dr. med., je nadaljevala s prispevkom o povezavi med depresijo, anksioznostjo in bolečino. Splošna načela zdravljenja z antidepresivi nam je osvežil prim. Andrej Žmitek, dr. med. V prispevku Katje Lah, dr. med., smo izvedeli, da je obravnava bolnika z anksiozno-depresivno motnjo v urgentni ambulanti specifična.

Zadnji sklop je obravnaval bolezni ščitnice, epilepsijo in motnje razpoloženja. Marko Drešček, dr. med., nam je prikazal dva zanimiva primera bolnikov z boleznijo ščitnice, dr. Katja Zaletel, dr. med., pa nazorno predstavila bazedovko. Prim. mag. Boštjan Čebular, dr. med., je poudaril pomen ustreznega zdravljenja epilepsije pri ženskah v rodni dobi. Srečanje je sklenila doc. dr. Mojca Z. Dernovšek, dr. med., s prispevkom o protiepileptičnih zdravilih in njihovim učinkom na stabilizacijo razpoloženja.

Poleg resnega dela so organizatorji poskrbeli tudi za sprostitev. Prvi dan smo preizkušali svojo srečo v casinu, drugega pa zaključili s svečano večerjo in plesom ob živi glasbi v hotelu Prisank. Med odmori smo ob sproščenem klepetu »konzumirali« dobrote, ki so čakale na naše želodce, tisti najbolj neutrudni so se lotili še nabiranja raznega farmacevtskega materiala, ki so ga prijazno ponujali predstavniki farmacevtskih podjetij. Nekateri pa so se celo podali na testne vožnje z različnimi Toyotinimi modeli.

Čeprav se je Kranjska Gora kopala v soncu in vabila na prosto, je udeležba vse tri dni ostala na visokem nivoju. Gotovo je k temu pripomoglo sproščeno vzdušje, ki ga je bilo čutiti vsepovsod. Kakovostna predavanja, praktično delo, visok nivo komunikacije med predavatelji in udeleženci ter nenazadnje idilično okolje so vsekakor tisto, kar udeležence vsako leto znova privabi v Kranjsko Goro.

Augmentin® SR

Doseže to, za kar so drugi prekratki

IME ZDRAVILA

Augmentin® SR 1000 mg/62,5 mg filmsko obložene tablete s podaljšanim sproščanjem.

KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA

Ena filmsko obložena tableta s podaljšanim sproščanjem Augmentin SR 1062,5 mg vsebuje 562,5 mg amoksicilina v obliki amoksicilin trihidrata, 437,5 mg amoksicilina v obliki natrijevega amoksicilinata in 62,5 mg klavulanske kisline v obliki kalijevega klavulanata. Razmerje amoksicilin/klavulanska kislina je 16 : 1.

TERAPVETSKE INDIKACIJE

Augmentin SR je indiciran za okužbe dihal, npr. pljučnica domačega okolja, akutna poslabšanja kroničnega bronhitisa in akutni bakterijski sinuzitis, ki jih tipično povzročajo *Streptococcus pneumoniae* (vključno s proti penicilinu odpornimi sevi *S. pneumoniae* - PRSP), *Haemophilus influenzae*[a], *Moraxella catarrhalis*[a] in *Streptococcus pyogenes*. Ker se na zdravljenje z zdravilom Augmentin SR odzovejo tudi okužbe z mikroorganizmi, ki so občutljivi samo za amoksicilin, se Augmentin SR lahko uporablja tudi v primeru mešanih okužb, ki jih skupaj povzročajo za amoksicilin občutljivi mikroorganizmi in za kombinacijo amoksicilin/klavulanska kislina občutljivi mikroorganizmi, ki izločajo laktamaze beta.

ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE

Odrasli (stari 16 let ali starejši) dve tableti dvakrat dnevno v trajanju od sedem do deset dni za okužbe dihal. Uporaba zdravila Augmentin SR je indicirana le pri odraslih, starejših od 16 let.

KONTRAINDIKACIJE

Augmentin SR je kontraindiciran pri bolnikih, ki so preobčutljivi za amoksicilin, klavulansko kislino ali katero koli pomožno snov zdravila Augmentin SR; pri bolnikih s preobčutljivostjo za betalaktamske antibiotike, npr. peniciline in cefalosporine v anamnezi; pri bolnikih, pri katerih se je predhodno v povezavi s kombinacijo amoksicilin/klavulanska kislina pojavila zlatenica/jetrna disfunkcija.

POSEBNA OPOZORILA IN PREVIDNOSTNI UKREPI

Preden se uvede zdravljenje z zdravilom Augmentin SR, je potrebno natančno preveriti predhodne preobčutljivostne reakcije na peniciline ali cefalosporine.V primeru pojava alergijske reakcije je potrebno zdravljenje z zdravilom Augmentin SR opustiti in uvesti primerno alternativno zdravljenje. Resne anafilaktoidne reakcije zahtevajo takojšnje urgentno zdravljenje z adrenalinom. Morda bodo potrebni tudi kisik, intravenski kortikosteroidi in sprostitev dihalnih poti (vključno z intubacijo). Zdravila Augmentin SR se je potrebno izogibati v primeru suma na infekcijsko mononukleozo, ker je v povezavi s to boleznijo po uporabi amoksicilina prihajalo do morbiliformnega izpuščaja. Posledica dolgotrajne uporabe je občasno lahko tudi prekomerno razmnoževanje neobčutljivih mikroorganizmov. Pri bolnikih, ki so se zdravili s kombinacijo amoksicilin/klavulanska kislina, so redko poročali o podaljšanju protrombinskega časa. V primeru sočasnega predpisovanja antikoagulansov je potrebno poskrbeti za ustrezen nadzor. Pri bolnikih s kreatininskim očistkom 30 ml/min (0,5 ml/s) ali večjim prilagajanje odmerka zdravila Augmentin SR ni potrebno. Pri bolnikih s kreatininskim očistkom manjšim od 30 ml/min (0,5 ml/s) uporabe zdravila Augmentin SR ne priporočamo. Pri bolnikih z zmanjšanim izločanjem urina je bila zelo redko opažena kristalurija, predvsem pri parenteralnem zdravljenju. Med dajanjem visokih odmerkov amoksicilina je priporočljivo skrbeti za zadosten vnos tekočine in izločanje urina, da bi se tako zmanjšala možnost amoksicilinske kristalurije. Pri bolnikih z znaki jetrne disfunkcije je potrebno zdravilo Augmentin SR uporabljati previdno.

Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij

Sočasne uporabe probenecida ne priporočamo. Probenecid zmanjšuje ledvično tubulno sekrecijo amoksicilina. Posledica sočasne uporaba probenecida in kombinacije amoksicilin/klavulanska kislina so lahko zvišane in dolgotrajnejše vrednosti amoksicilina v krvi, vendar pa ne klavulanske kisline.Sočasna uporaba alopurinola med zdravljenjem z amoksicilinom lahko poveča verjetnost alergijskih kožnih reakcij. O sočasni uporabi kombinacije amoksicilin/klavulanska kislina in alopurinola ni podatkov. Tako kot drugi širokospektralni antibiotiki lahko tudi kombinacija amoksicilin/klavulanska kislina zmanjša učinkovitost peroralnih kontraceptivov. Bolnike je na to potrebno opozoriti.

Nosečnost in dojenje

Študije razmnoževanja na živalih (miši in podgane pri odmerkih, ki so bili do 10-krat večji od odmerkov, ki se uporabljajo pri človeku) s peroralno in parenteralno dano kombinacijo amoksicilin/klavulanska kislina niso pokazale teratogenih učinkov. V eni sami študiji so pri ženski s prezgodnjim, predčasnim razpokom amnijske ovojnice poročali, da bi bilo profilaktično zdravljenje s kombinacijo amoksicilin/klavulanska kislina lahko povezano s povečanim tveganjem za nekrotizirajoči enterokolitis pri novorojencih. Tako kot velja za vsa zdravila se je uporabi med nosečnostjo potrebno izogibati, razen če zdravnik meni, da je uporaba nujna. Kombinacija amoksicilin/klavulanska kislina se lahko uporablja med dojenjem. Z izjemo tveganja za senzibilizacijo, ki je povezano z izločanjem zdravila v sledeh z materinim mlekom, drugih poznanih škodljivih vplivov na dojene otroke ni.

Neželeni učinki

Za določitev pogostnosti zelo pogostih do redkih neželenih učinkov so bili uporabljeni podatki iz obsežnih kliničnih raziskav. Za določitev pogostnosti vseh ostalih neželenih učinkov (npr. tistih, ki se pojavijo pri < 1/10.000) pa so bili v glavnem uporabljeni podatki postmarketinških poročil in se bolj nanašajo na odstotek poročil kot pa na pravo pogostnost. Za razvrstitev pogostnosti je bil uporabljen naslednji dogovor: zelo pogosti > 1/10, pogosti > 1/100 in < 1/10, občasni > 1/1.000 in < 1/100, redki > 1/10.000 in < 1/1.000, zelo redki < 1/10.000.

Infekcijske in parazitske bolezni

Pogosti: Genitalna kandidoza, mukokutana kandidoza. Bolezni krvi in limfatičnega sistema; Redki: Reverzibilna levkopenija (vključno z nevtropenijo) in trombocitopenija; Zelo redki: Reverzibilna agranulocitoza in hemolitična anemija. Podaljšan čas krvavitve in protrombinski čas.

Bolezni imunskega sistema

Zelo redki: Angionevrotični edem, anafilaksija, serumski bolezni podoben sindrom, alergijski vaskulitis.

Bolezni živčevja

Občasni: Omotica, glavobol; Zelo redki: Reverzibilna hiperaktivnost, konvulzije.

Bolezni prebavil

Zelo pogosti: Driska; Pogosti: Navzea, abdominalne bolečine; Občasni: Bruhanje, prebavne težave; Zelo redki: Antibiotični kolitis (vključno s psevdomembranskim in hemoragičnim kolitisom).

Bolezni jeter, žolčnika in žolčevodov

Občasni: Pri bolnikih, ki so se zdravili z betalaktamskimi antibiotiki, je bila opažena zmerno zvečana aktivnost AST in/ali ALT, vendar pa je pomen teh ugotovitev neznan; Zelo redki: Hepatitis in holestatska zlatenica. Ti dogodki so bili opaženi pri uporabi drugih penicilinov in cefalosporinov. O jetrnih dogodki so poročali predvsem pri bolnikih moškega spola in starostnikih. Možno je, da so bili povezani z dolgotrajnejšim zdravljenjem. Znaki in simptomi se običajno pojavijo med zdravljenjem ali v kratkem po njem, v nekaterih primerih pa se lahko pokažejo šele več tednov po prekinitvi zdravljenja. Običajno so reverzibilni. Jetrni dogodki so lahko resni, v skrajno redkih primerih so poročali tudi o smrtnih primerih. Do smrtnih primerov je skoraj vedno prihajalo le pri bolnikih s hudimi osnovnimi boleznimi ali pri sočasnem jemanju zdravil za katere je znano, da imajo lahko jetrne učinke.

Bolezni kože in podkožja

Občasni: Kožni izpuščaj, srbenje, urtikarija; Redki: Multiformni eritem; Zelo redki: Stevens-Johnsonov sindrom, toksična epidermalna nekroliza, bulozni eksfoliativni dermatitis, akutna generalizirana eksantemska pustuloza (AGEP). Če se pojavi katera koli reakcija v obliki alergijskega dermatitisa, je potrebno zdravljenje prekiniti.

Bolezni sečil

Zelo redki: Intersticijski nefritis, kristalurija.

NAČIN IZDAJANJA ZDRAVILA

Zdravilo se izdaja samo na recept

IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET

GSK d.o.o., Ljubljana, Knezov štradon 90, 1000 Ljubljana, Slovenija.

Popolne informacije so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom.

GlaxoSmithKline

GSK d.o.o., Ljubljana
Knezov štradon 90
1001 Ljubljana

Tel. (386 1) 28 02 500
Faks (386 1) 28 02 550
www.gsk.com

Datum priprave informacije: maj 2006.

Višegrajski forum in višegrajska deklaracija

Jana Govc-Eržen

Od 2. 12. do 3. 12. 2005 je potekalo v Višegradu, idiličnem in zgodovinskem madžarskem mestecu ob Donavi, srečanje predstavnikov držav osrednje in vzhodne Evrope, ki se združujejo zaradi sodelovanja na področju preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu.

V Budimpešti so leta 2002 predstavniki šestih držav (Avstrija, Hrvaška, Madžarska, Romunija, Srbija in Črna gora, Slovaška in Slovenija) sprejeli Budimpeštansko deklaracijo, s katero so želeli izboljšati sodelovanje teh držav na področju preventivnih dejavnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu ter poudariti pomen in vlogo zdravnikov družinske medicine. Primarno zdravstveno varstvo ima zaradi svojih značilnosti enkratne in najboljše možnosti, da vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalcev, vpliva lahko na posameznika, družino, skupnost, na zdravstvene probleme in na posledice, povezane z zdravjem in boleznijo.

Tokratnega srečanja v Višegradu sva se udeležili s prim. asist. Matejo Bulc, ki je predstavila slovenski nacionalni program primarne preventive na področju bolezni srca in ožilja. Program predstavlja za državo izjemen dosežek in je primer dobre prakse, kako pristopiti k problematiki obvladovanja dejavnikov tveganja za nastanek srčnožilnih bolezni.

Pokrovitelj srečanja je bil Nacionalni inštitut za varovanje zdravja Madžarske, ki ima sedež v Budimpešti. Direktor inštituta, Sandor Balogh, je v pozdravnem nagovoru seznanil udeležence z vlogo inštituta na področju znanstveno raziskovalnega dela v osnovnem zdravstvu in poudaril, kako velika in pomembna je njihova vloga v času, ko se v državi dogajajo številne reforme na področju zdravstva nasploh.

John Leahy, računalniški programer z Irske, je predstavil Heartwatch program, ki so ga na Irskem vpeljali leta 2003, zaradi izjemno visokega deleža smrti zaradi srčnožilnih bolezni pri osebah, mlajših od 65 let. V njihovem programu sodeluje le 470 zdravnikov splošne medicine, kar predstavlja 20 % vseh irskih zdravnikov splošne medicine.

Na pomembnost sodelovanja, povezovanja in izmenjave izkušenj na področju primarnega zdravstvenega varstva je opozoril v svojem predavanju tudi prof. Christos Lionis, član izvršilnega odbora WONCA Europe, ki vidi številne izzive vseh vključenih držav pri sodelovanju v raziskovalnih projektih.

Mateja Bulc pri predstavitvi Nacionalnega programa primarne preventive.

Na Višegrajskem forumu so države članice ustanovile t. i. RENECOP (Regional Network of Collaboration in Primary Care) in sprejele ključne cilje v obliki Višegrajske deklaracije. Naj povzamem samo glavne elemente Višegrajske deklaracije: oblikovanje prioritet pri promociji zdravja in prevenciji bolezni, multidisciplinarnost, vpliv na oblikovanje ustreznih politik na področju javnega zdravja, vključujoč raziskovanje in edukacijo, spodbujanje ljudi, da bodo prevzeli skrb za lastno zdravje.

Največje težave pri zagotavljanju ustreznega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju imajo tranzicijske države, saj jim ni uspelo vzpostaviti ustreznega sistema za organizirano in sistematično preventivno varstvo odraslih. Slovenija je v tem pogledu vsekakor naredila izjemen korak naprej in prav zato sva s prim. Bulčevo zadovoljni sedli v avto in se odpeljali nazaj proti domu, ponosni na vse slovenske zdravnike splošne medicine, ki so opravili tako izjemno delo na področju primarne preventive bolezni srca in žilja.

Vaše mnenje o novi podobi časopisa Družinska medicina

Janko Kersnik

Kar nekako nujno je postalo, da »uporabnike« sprašujemo po mnenju o naših »storitvah«. Spletna stran www.drmed.org ponuja strašno prikladno bližnjico do povratnih podatkov, zato smo vam ob izidu zadnje številke Družinske medicine, ki je izšla v prenovljeni podobi, zastavili vprašanje »Kaj menite o novi podobi časopisa Družinska medicina« in ponudili odgovore Še nekaj, česar nihče ne bere, Zanimivo branje in podoba, Dolgočasno branje in podoba, Prijetno presenečenje glede vsebine in podobe in Z veselјem bi tudi sam napisal kakšen prispevek.

Prednost ankete na spletni strani je, da so odgovori hitri in izpolnjevanje ankete ne vzame veliko časa. Slabost je nereprezentativnost vzorca, saj ne vemo, kateri obiskovalci spletne strani so odgovarjali na anketo, in možnost večkratnega odgovarjanja istega anketiranca. Kljub temu sem z zanimanjem redno spremljal odgovore, ki so postopno prihajali. Najprej so anketo izpolnili tisti, ki so bili navdušeni nad spremenjeno podobo in številni so izrazili pripravljenost, da bi za časopis napisali tudi kakšen prispevek. Iz praktičnih razlogov sem čakal, da se nabere 100 odgovorov, ker je potem o odgovorih laže govoriti v odstotkih. Med prvimi odgovori je bil le tu in tam kakšen, ki je časopis označil kot dolgočasen. Prvim navdušenim odgovorom pa je sledilo vedno več tistih, da tovrstnih materialov nihče ne bere. Končni rezultat je bil 45 % negativnih mnenj proti 55 % pozitivnih mnenj. Podrobnosti si lahko ogledate na spletni strani v arhivu anket.

Seveda na rezultate lahko gledamo skozi različna očala. Na demokratičnih volitvah bi take referendumske izide povzdignili kot prepričljivo podporo časopisu Družinska medicina, opozicija pa bi mahala z zastavo o nepotrebnosti projekta in o zapravljanju sredstev. V raziskovalnih krogih bi ugotavljali, da kljub statistično pomembni razliki, ta v praktičnem pogledu ni tako bistvena, da bi opravičevala nadaljnji obstoj časopisa. Optimisti v uredništvu pa smo nad odgovori zelo zadovoljni, saj nas preseneča velik odstotek tistih, ki bi bili pripravljeni aktivno prispevati k vsebini. Zaradi njih in vseh tistih, ki z zanimanjem prelistate Družinsko medicino, bo časopis prihajal vsake pol leta na vaše naslove. Toplo povabljeni, da svoje prispevke pošljete v uredništvo na naslov Časopis Družinska medicina, Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana ali na vajd@mf.uni-lj.si. Časopis bo imel tudi 4 suplemente, zbornike s strokovnih srečanj Kokaljevi dnevi, Srečanje delovnih skupin, Fajdigove dneve in Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Te boste lahko dobili kot udeleženci omenjenih srečanj ali v prosti prodaji.

Antitrombotično zdravljenje periferne arterijske bolezni

Primož Kušar

»Prispevek specializantov DM: Na izsledkih temelječa medicina«

Periferna arterijska bolezen (PAB) je kronična obstrukcija arterij spodnjih okončin kot posledica napredovale ateroskleroze. Njen najpogostejši simptom je intermitentna klavdikacija, ki se kaže s pekočo bolečino, z utrujenostjo in s krči v mišicah prizadete okončine. Bolečina se pojavlja najpogosteje v mečih, lahko pa tudi v stegnu, predelu gležnja in stopala. Simptome sproži hoja ali napor in jih olajša počitek. Klinični sum na PAB potrdimo z doplerskim merjenjem perfuzijskih tlakov v gležnju in na nadlahti ter izračunom gleženjskega indeksa – GI. GI med 0,91 in 1,3 je normalen, GI med 0,41 in 0,90 kaže na blago do zmerno bolezen, GI 0,4 ali manj nakazuje hudo PAB (1).
PAB s simptomi intermitentne klavdikacije je prisotna pri 2–3 % moških in 1–2 % žensk, starejših od 60 let. Ocenjena prevalenca asimptomatske bolezni, ugotovljene z merjenjem GI, je 3–4-krat večja kot simptomatska PAB. Po 5 do 10 letih 70–80 % bolnikov ostane z nespremenjenim ali izboljšanim kliničnim stanjem, pri 20–30 % bolnikov pride do poslabšanja simptomov ali potrebujejo intervencije in 10 % bolnikov potrebuje amputacijo. Napredovanje bolezni je hitrejše pri bolnikih s prizadetostjo arterij na več nivojih, z nizkim GI, s kronično ledvično insuficienco, s sladkorno boleznijo in pri kadilcih (2).
Zaradi velikega števila bolnikov z razvito in še večjega števila bolnikov z asimptomatsko PAB v naših ambulantah je nujno vedeti, kakšno zdravljenje je za te bolnike priporočljivo in kakšna je pričakovana korist posameznih zdravil. Poleg uporabe zdravil je pri bolnikih z razvito PAB nujno potrebno zmanjševati dejavnike tveganja, predvsem kajenja, in stimulirati izvajanje rednega intervalnega mišičnega treninga. Intervalni mišični trening pomeni hoja do zmerne bolečine v mečih z intervalnimi počitki. Tak trening naj bi bolniki izvajali najmanj 3–5 krat tedensko od 35–50 min. Na tak način lahko bolnik poveča klavdikacijsko razdaljo tudi od 100 do 150 % (4).
V nadaljevanju so opisana antitrombotična zdravila, njihova učinkovitost ter priporočila za uporabo pri bolnikih s PAB. Učinkovitost zdravil je glede na z dokazi podprto medicino razdeljena v naslednje stopnje:
Stopnja A: Močna priporočila, ker je korist lahko večja od škode, temelji na dobrih kontroliranih randomiziranih študijah (RKŠ) in metaanalizah z majhno stopnjo pristranosti.
Stopnja B: Individualno odločanje zaradi morebitne koristi posameznika temelji na RKŠ slabše metodologije in kakovostnih primerjalnih raziskavah (ni nujna randomizacija).
Stopnja C: Manjše kakovostne primerjalne raziskave ali ekstrapoliranih dokazih.
Stopnja Č: Študije zaporednih primerov ali priporočila strokovnjakov.

Acetilsalicilna kislina

Za acetilsalicilno kislino je sicer dokazano, da ne vpliva na klavdikacijsko razdaljo pri bolnikih s PAB, vendar zmanjša potrebo po kirurških posegih in amputacijah. Metaanalize so pokazale, da acetilsalicilna kislina v sekundarni preventivi ateroskleroze zmanjša tveganje za nastanek miokardnega infarkta, ishemične možganske kapi in smrti zaradi srčnožilnih bolezni (3). Nedvomno obstaja pogosta povezava med PAB in klinično razvito ali okultno koronarno in cerebrovaskularno boleznijo (2).
V zdravljenju PAB je acetolsalicilna kislina priporočen kot dosmrtno zdravljenje v odmerku 75–325 mg/dan pri vseh bolnikih s PAB, razen če obstaja izrecna kontraindikacija (stopnja A) (2, 4).

Tiklopidin

Tudi tiklopidin ne vpliva na klavdikacijsko razdaljo, zmanjša pa obolevnost in umrljivost bolnikov s PAB, ker zmanjša tveganje za CVI in MI (1). Med resnejšimi zapleti, ki se lahko pojavijo pri njegovi uporabi, je nevtropenija, ki se pojavlja pri 2–3 % bolnikov, in trombotična trombocitopenična purpura (TTP), ki so jo opisali pri 1 od 1600–4800 bolnikov. Uvedba tiklopidina zato zahteva poostren nadzor in pregled krvne slike vsaj na 14 dni prve tri mesece (3).
Tiklopidin je sicer učinkovito antiagregacijsko zdravilo, vendar ni priporočen kot prvo zdravilo za zdravljenje simptomatske PAB (stopnja A) (2).

Klopidogrel

Je učinkovito antiagregacijsko zdravilo, ki ima le malo stranskih učinkov. V študiji CAPRIE je v sekundarni preventivi v primerjavi z Aspirinom zmanjšal relativno tveganje za ishemične dogodke (ICV, MI) pri bolnikih s PAOB za 23,8 % (1, 3).
Indiciran je za sekundarno preventivo ishemičnih dogodkov pri bolnikih, ki so nedavno imeli MI, ICV ali simptomatsko PAOB. Opisujejo, da je povezan s povečanim tveganjem za TTP (1), vendar so ta zaplet opisali le v nekaj primerih (3).
Glede na strokovna priporočila klopidogrel ni indiciran kot prvo antiagregacijsko zdravilo za zdravljenje simptomatske PAOB, prednost pred njim ima acetilsalicilna kislina (Stopnja A) (1, 2).

Pentoksifilin

Zdravilo ima slab antitrombotični učinek. Njegovo delovanje je vezano predvsem na zmanjševanje viskoznosti krvi.
Do nedavnega je bilo edino zdravilo, ki je bilo s strani FDA odobreno za zdravljenje intermitentne klavdikacije. Metaanalize in sistematičen pregled baze Medline

od leta 1970 ugotavljajo, da so številni nasprotujoči si dokazi o učinkovitosti zdravila. Ima sicer statistično značilne, vendar skromne učinke na klavdikacijsko razdaljo.
Strokovna priporočila pentoksifilina ne priporočajo za zdravljenje simptomatske PAOB, ker ni zadostnih dokazov o njegovi učinkovitosti (Stopnja B) (1, 2).
Zdravilo je indicirano le pri tistih bolnikih, ki ne morejo učinkovito izvajati intervalnega mišičnega treninga (2, 4).

Cilostazol

Novejše zdravilo, ki se uporablja za zdravljenje simptomatske PAB, je cilostazol. Zdravilo deluje kot arterijski vazodilatator in dokazano podaljšuje klavdikacijsko razdaljo. Antiagregacijski učinek cilostazola ni boljši od acetilsalicine kisline. Zdravilo pri nas ni registrirano, v tujini pa je indicirano za zdravljenje izbranih skupin bolnikov (1, 2).

Antikoagulanti (nizkomolekularni heparin, varfarini)

Strokovna priporočila govorijo zoper uporabo antikoagulantov za bolnike s PAB, saj ne vplivajo na klavdikacijsko razdaljo, njihovo jemanje pa je povezano z večjim tveganjem za zaplete (2).

Priporočila za zdravljenje bolnikov s PAB

Pri vseh bolnikih s PAB je potrebno zdraviti dejavnike tveganja in bolnike stimulirati k izvajanju rednega intervalnega mišičnega treninga. Poleg nefarmakoloških ukrepov bolnikom, pri katerih skupni holesterol presega 4,5 mmol/l ali LDL, ki presega 2,5 mmol/l, koristi zdravljenje s statinom. Vsi bolniki s PAB potrebujejo Aspirin ali drugo antiagragacijsko zdravilo, če ne obstaja izrecna kontraindikacija. Pentoksifilin je indiciran le pri bolnikih s PAB z intermitentno klavdikacijo, vendar le izjemoma, kadar bolnik ne more učinkovito izvajati intervalnega mišičnega treninga (1, 2, 4).

Literatura:

1. Schainfeld R.M. Management of peripheral arterial disease and intermitent claudication. J Am Board Fam Pract 2001; 14: 443–50.
2. Clagett G.P, Sobel M, Jacksom M.R, Lip G.Y.H, Tangelder M, Verhaeghe R. Antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive diseas. Chest 2004; 126: 609S–626S.
3. Blinc A. Antiagregacijsko zdravljenje – indikacije, učinkovitost in zapleti. Med razgl 2001; 40: 125–30.
4. Blinc A. Priporočila za odkrivanje in zdravljenje PAOB. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini. Združenje zdravnikov družinske medicine; 2005: 73–80.

Uredništvo se zahvaljuje za recenzijo članka asist. mag. Andreju Kravosu.

Uporaba kortikosteroidov in bolečina v križu

Irena Bajc, Estera Podgoršek

»Prispevek specializantov DM: Na izsledkih temelječa medicina«

Zdi se, da je uporaba kortikosteroidov, zlasti deksametazona v obliki intramuskularnih injekcij med zdravniki splošne in družinske še vedno dokaj razširjena. Zaupajo mu zlasti starejši kolegi, ki se sklicujejo na njegovo izkustveno učinkovitost. Mlajši jim pri tem pogosto sledimo, čeprav se v času študija s tem nismo seznanili, pa saj je še marsikje ostala praznina.
V okviru modularnega dela specializacije z naslovom »Na izsledkih temelječa medicina« se je ponudila prilika , da preko spleta raziščemo dostopno literaturo in predstavimo dokaze o smiselnosti uporabe kortikosteroidov. Naloga, ki se je na prvi pogled zdela enostavna, se je kmalu izkazala za trd oreh. Člankov na to temo je bore malo, večina starejšega datuma.Vsi opisujejo, da je uporaba uporaba verjetno smiselna pri znakih radikulopatije, saj kortikosteroidi zmanjšajo vnetje ob korenini ter posledično bolečino. V novejših člankih zasledimo, da so študije na to temo slabe kvalitete, saj je težko postaviti vključitvene kriterije, opisati potek in rezultate, ker gre pri bolečini v križu za simptom, katerega naravni potek je ugoden, placebo efekt velik. Ne glede na način aplikacije teh učinkovin se premalo zavedamo stranskih učinkov, do katerih lahko privede že enkratna aplikacija in so nam manj poznani kot kronični. Najpogosteje je omenjena steroidna psihoza, lahko pride do moipatije, avaskularne nekroza femorja, nekroze tkiva pri dajanju v mišico.
S stališča zadnjega je vnos per os ali intravenozno varnejši. Glede na podatke z zbirke Cochrane navajamo, da se uporaba kortikosteroidov ne priporoča pri akutni ali kronični bolečini v križu (dokaz C). Stranski učinki so bolj verjetni, če se jih uporablja dalj časa in v večjih odmerkih (dokaz D)
Veliko pametnejša, nenazadnje tudi cenejša, je uporaba NSAR ali paracetamola, saj do nadaljnega kortikosteroidi ostajajo brez dokazane učinkovitosti.

Delovni dan s Francem Božičkom, zdravnikom družinske medicine

Helena Skačej,

Tomaž Friedrich

Kot študenta sva vaje iz družinske medicine opravljala v ambulanti v Ljubljani, kjer sva spoznavala, kako poteka delo družinskega zdravnika v večjem mestu. V tem času se nama je ponudila priložnost, da obiščeva ambulanto zdravnika družinske medicine, ki je deloval v nekoliko drugačnem okolju, kot sva ga bila do tedaj vajena.

Tako sva se nekega jesenskega jutra podala proti Bistrici ob Sotli, majhnemu kraju z manj kot 1500 prebivalci, k dr. Francu Božičku, edinemu zdravniku družinske medicine na tem območju. Med potjo so se nama pred očmi odvijali razni prizori iz televizijskih serij o podeželskih zdravnikih. V skladu s tem so se oblikovala tudi najina pričakovanja: vasica v slikovitem okolju, dostopen in spoštovan zdravnik, preprosti, med seboj povezani ljudje.

»Zakaj prihajate? Kaj pričakujete od mene?« so bile prve besede iz ust dr. Božička, ki so naju rahlo presenetile. Razložil nama je, da tako začne pogovor z vsakim bolnikom, saj ti dve vprašanji predstavljata temelj za njegovo nadaljnjo obravnavo.

Nato naju je povabil v svojo ambulanto. Še nekoliko pretresen je povedal, da je pred kratkim prišel z obiska na domu, kjer je ugotovil smrt enega izmed svojih bolnikov. Sledili so pregledi mlajšega moškega z bolečinami v križu, starejše gospe s prebavnimi motnjami, treh mladeničev z bolečinami v vratnem predelu po prometni nesreči ter deklice z bolečim žrelom. Težave teh ljudi se niso dosti razlikovale od tistih, ki sva jih videla v ambulantah najinih mentorjev v Ljubljani. Nekoliko drugačen pa je bil odnos med zdravnikom in bolniki. Dr. Božiček namreč že od rojstva naprej prebiva v Bistrici ob Sotli ter večino svojih bolnikov in njihovih družin pozna še iz svoje mladosti. Z njimi ga povezujejo marsikatere skupne izkušnje. Iz tega izhaja poseben, topel in pristen, pogosto zelo prijateljski odnos med zdravnikom in njegovimi varovanci. Obenem pa je bilo čutiti, da bolniki dr. Božička zelo cenijo in spoštujejo.

Po nekaj pregledih nama je dr. Božiček predlagal, da se pridruživa patronažni sestri ter spoznava njeno delo na terenu. S terenskim vozilom smo se tako podali na bližnji grič. »Ali imata dober želodec?« naju je sestra med potjo nepričakovano vprašala. »Tega, kar bosta sedaj videla, ne vidita vsak dan,« je še pristavila. Ustavili smo se pred staro, na videz zapuščeno hišo, kjer sta nas pričakala starejši suhljati moški in sključena ženska, ki ji je bilo potrebno narediti prevezo ulkusa na goleni. Takoj ko smo prestopili prag hiše, nama je postalo jasno, kaj je mislila sestra s svojim vprašanjem. Bivalne razmere so bile namreč zelo neprimerne, v njih se je zrcalila velika revščina.

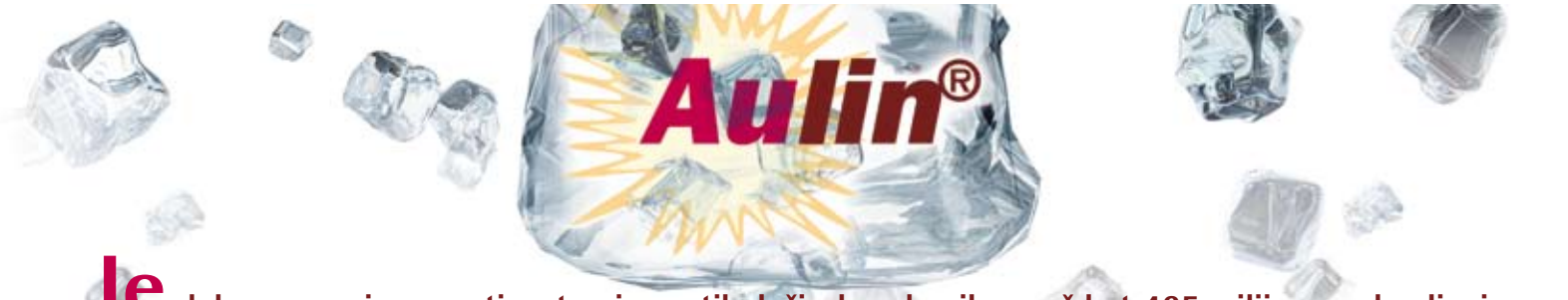
Nato smo se podali proti naši naslednji postaji. Med potjo sva se z navdušenjem predajala idiličnemu pogledu na vinorodna pobočja. Opazila sva tudi, da so nekatere hiše med seboj precej oddaljene in težko dostopne. Po približno dvajsetih minutah vožnje smo prispeli do novejše hiše, kjer nas je čakal pregled novorojenčka. Čisto, toplo in urejeno stanovanje je bilo pravo nasprotje prejšnjemu.

Nazadnje smo obiskali starejšo gospo, ki smo ji dostavili potrebna zdravila. Sama namreč zaradi oddaljenosti in nedostopnosti ni bila zmožna prihajati po njih v lekarno.

Ko smo se vrnili, je dr. Božiček ravno zaključeval s svojim delom v ambulanti, vendar to še ni bil konec njegovega delavnika. Povedal nama je, da bomo opravili še hišni obisk pri 90-letni starki, ki si je želela predvsem pogovora z njim. Tukaj sva videla, kako velik pomen ima zdravnikova pozornost in nekaj prijaznih besed.

Dr. Božiček naju je nato ljubeznivo povabil v svoje domače okolje, kjer smo ob sproščenem klepetu preživeli še nekaj prijetnih uric.

Bistrico ob Sotli sva zapuščala z novo, bogato izkušnjo. V tem dnevu sva dobila vpogled v življenje in delo zdravnika družinske medicine v majhnem kraju. Predvsem so se nama v spomin vtisnili pristen, prijateljski odnos med zdravnikom in bolniki ter obsežnost in raznolikost njegovega dela. Najina začetna pričakovanja o vasici v slikovitem okolju, dostopnem in spoštovanem zdravniku ter preprostih, med seboj povezanih ljudeh, so se v veliki meri izpolnila. Obenem pa sva spoznala, da je lahko delo družinskega zdravnika na podeželju marsikdaj še zahtevnejše kot v mestu: v vseh, tudi najbolj nujnih primerih, je prepuščen samemu sebi ter razpoložljivi opremi; skrbeti mora za zdravstvene težave tako novorojenčkov kot tudi starih ljudi na širokem, pogosto težko dostopnem področju. Najina predstava o delu zdravnika družinske medicine se je tako z obiskom dr. Božička razširila in oplemenitila. Meniva, da bi bila podobna izkušnja zanimiva in dragocena tudi za ostale študente medicine.



Je dobro preverjeno protivnetno in protibolečinsko zdravilo z več kot 465 milijonov zdravljenj, saj je na Evropskem trgu ponekod že 20 let. Zaradi svojega preverjenega varnostnega profila in učinkovitosti je v mnogih deželah najbolj predpisovan nesteroidni antirevmatik.

Učinkovito pomaga pri:

- **Akutnih bolečinah, npr. po operacijah, posegih v ustih, bolečinah po poškodbi, izvensklepni bolečini, infekcijah ust, žrela in grla**
- **Težavah pri artrozah, npr. kolena, kolka, hrbteničnih vretenc**
- **Bolečih menstruacijah**

Delovati prične že po 15 minutah, po potrebi se lahko vzame dvakrat dnevno eno tableto.

Zaradi načina delovanja je bolj varen za prebavila kot mnogi drugi nesteroidni antirevmatiki v množični uporabi.
Aulin se izdaja na zdravniški recept brez doplačila.
Pred uporabo zdravila se obvezno posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom.

Imetnik dovoljenja za promet:
CSC Pharma, d.o.o.
Jana Husa 1a
Ljubljana
www.csc-pharma.si

ZANIMIVE SPLETNE STRANI

Igor Čabrian

»urednik www.jupsline.net«

Spletne izdaje nekaterih revij s področja družinske medicine še vedno prosto dostopne v celoti

Septembra 1999, ko sem se udeležil 4. svetovnega kongresa o internetu v medicini v Heidelbergu (http://www.mednetcongress.org/), se je zdelo, da bo z uveljavitvijo svetovnega spleta kot medija za izmenjavo strokovnih informacij konec medicinskega strokovnega založništva, kot smo ga poznali dotlej. Številne strokovne revije, tudi nekatere zelo vplivne, so bile prosto dostopne v celoti, njihovi izdajatelji so z lastnimi rešitvami na spletu prehitevali založnike, pojavljali so se novi spletni založniki, ki so izhajali iz akademskega okolja (http://highwire.stanford.edu/) in so ogrožali monopol velikih klasičnih založnikov. Pogovor s Tonyjem Delamothom, takratnim urednikom spletne izdaje revije *British Medical Journal* (http://bmj.bmjjournals.com/), pa me je prepričal, da razvoj ne bo šel v to smer. Nekateri kolegi se gotovo še spomnijo moje izjave po vrnitvi iz Heidelberga, da čez 5 let ne bo več prosto dostopna niti revija *British Medical Journal*, čeprav je bilo njeno uredništvo takrat med vodilnimi zagovorniki prostega dostopa do medicinske strokovne periodike. Uštel sem se le za kako leto …

Danes velika večina strokovnih revij ne omogoča več prostega dostopa do celotne vsebine. Že omenjeni *British Medical Journal* je ohranil prost dostop do primarnih raziskovalnih člankov, revija *The New England Journal of Medicine* (http://content.nejm.org) omogoča prost dostop do primarnih raziskovalnih člankov 6 mesecev po objavi, nekatere revije, kot so *Annals of Internal Medicine* (http://www.annals.org/) ali revije Ameriškega medicinskega združenja *JAMA in Archives* (http://pubs.ama-assn.org/), pa omogočajo 6 oziroma 12 mesecev po objavi prost dostop do celotne vsebine, vključno s preglednimi članki. Za družinskega zdravnika pa je gotovo razveseljivo, da je med redkimi izjemami, ki še vedno omogočajo prost dostop do celotne vsebine, tudi nekaj vplivnih revij s področja družinske medicine.

Revija *American Family Physician* (http://www.aafp.org/afp.xml) izhaja 2-krat mesečno in v vsaki številki objavi 4–5 izčrpnih preglednih člankov z različnih področij medicine, ki jih pokrivajo zdravniki družinske medicine v ZDA. Revija, ki jo izdaja združenje *American Academy of Family Physicians* (http://www.aafp.org/) pogosto objavlja tudi komentarje smernic ameriških državnih zdravstvenih ustanov ali strokovnih združenj in z dokazi podprte povzetke raziskav, objavljenih v drugih revijah. Vsa vsebina je na spletu dostopna v nekaj dneh po izidu tiskane izdaje.

V celoti je prosto dostopna tudi revija *The Journal of the American Board of Family Medicine* (http://www.jabfm.org/), ki jo izdaja istoimensko združenje (http://www.theabfm.org/). Revija je dvomesečnik, prinaša pa primarne raziskovalne članke s področja družinske medicine, klinične pregledne članke in pregledne članke, zasnovane po načelih z dokazi podprte medicine. Dvomesečnik je tudi revija *Annals of Family Medicine* (http://www.annfammed.org/), ki izhaja od leta 2003, objavlja pa pretežno primarne raziskovalne članke s področja družinske medicine. Omeniti velja tudi prosto dostopen arhiv revije *Archives of Family Medicine* (http://archfami.ama-assn.org/), ki jo je Ameriško medicinsko združenje prenehalo izdajati leta 2000.

Startajte na ciljne vrednosti

EZETROL®†
(ezetimib)
in statin

BOLJŠA V DVOJE!

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA EZE-EE/SVN-20052202
Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila, ki ga dobite pri naših strokovnih sodelavcih! • **Sestava** Vsaka tableta vsebuje 10 mg ezetimiba. • **Terapevtske indikacije** Primarna hiperholesterolemija: EZETROL® je v kombinaciji z inhibitorjem HMG-CoA reduktaze (statinom) indiciran kot dodatno zdravljenje ob dieti pri bolnikih s primarno (heterozigotno družinsko ali nedružinsko) hiperholesterolemijo, kadar zdravljenje s samim statinom ne zadostuje. Samostojno zdravljenje z EZETROL®-om je indicirano kot dodatno zdravljenje ob dieti pri bolnikih s primarno (heterozigotno družinsko ali nedružinsko) hiperholesterolemijo, kadar uporaba statina ni primerna ali bolnik statina ne prenaša. *Homozigotna družinska hiperholesterolemija:* EZETROL® je v kombinaciji s statinom indiciran kot dodatno zdravljenje ob dieti pri bolnikih s homozigotno družinsko hiperholesterolemijo. Bolniki lahko prejemajo tudi dodatno zdravljenje (npr. LDL afereza). *Homozigotna sitosterolemija (fitosterolemija):* EZETROL® je indiciran kot dodatno zdravljenje ob dieti pri bolnikih s homozigotno družinsko sitosterolemijo. • **Odmerjanje in način uporabe** Zdravilo se jemlje peroralno. Priporočen odmerek je ena EZETROL® 10 mg tableta na dan, ki se lahko jemlje ob kateremkoli času dneva, s hrano ali brez nje. Ko dodamo EZETROL® statinu, moramo uporabiti predpisan običajni začetni odmerek ustreznega statina ali pa nadaljevati z že določenim večjim odmerkom statina. Pri tem je potrebno upoštevati navodila za odmerjanje za ustrezni statin. EZETROL® je potrebno vzeti najmanj dve uri pred ali najmanj 4 ure po aplikaciji izmenjevalcev žolčnih kislin. Prilagajanje odmerka pri starejših bolnikih, pri bolnikih z okvaro ledvic ter pri bolnikih z blago jetrno okvaro (lestvica po Child-Pugh-u 5 do 6, ni potrebno. Pri bolnikih z zmerno (lestvica p o Child-Pugh-u 7 do 9) ali hudo (lestvica po Child-Pugh-u > 9) motnjo delovanja jeter zdravljenja z EZETROL®-om ne priporočamo. Pri otrocih in mladostnikih ≥ 10 let prilagajanje odmerka ni potrebno čeprav zaenkrat obstajajo le omejene klinične izkušnje pri pediatričnih in mladoletnih bolnikih (starih 9 do 17 let). Za otroke <10 let zadostnih kliničnih podatkov ni na voljo, zato zdravljenja z EZETROL®-om ne priporočamo. • **Kontraindikacije** Preobčutljivost za zdravilno učinkovino ali za katerokoli pomožno snov. V primerih sočasne uporabe EZETROL®-a in statina vas prosimo, da preberete Povzetek glavnih značilnosti zdravila za ustrezni statin. Med nosečnostjo in v času dojenja je sočasno zdravljenje z EZETROL®-om in s statinom kontraindicirano. Sočasna uporaba EZETROL®-a in statina je kontraindicirana pri bolnikih z aktivno boleznijo jeter ali nepojasnjenim trajnim povečanjem serumskih transaminaz. • **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi** V primerih sočasne uporabe EZETROL®-a in statina vas prosimo, da preberete Povzetek glavnih značilnosti zdravila za ustrezni statin. V raziskavah s kontrolno skupino pri bolnikih, ki so hkrati prejemali EZETROL® in statin, so večkrat zapored zabeležili porast vrednosti transaminaz (≥ 3-kratno zgornjo mejo normalnih vrednosti). Pri uporabi EZETROL®-a skupaj s statinom je treba opraviti teste jetrne funkcije ob začetku zdravljenja in nato v skladu s priporočili za ustrezni statin. S tržišča so poročali o primerih miopatije in rabdomiolize. Večina bolnikov, pri katerih je prišlo do rabdomiolize, je jemala statin sočasno z EZETROL®-om. Vendar pa so o rabdomiolizi zelo redko poročali pri zdravljenju samo z EZETROL®-om in zelo redko v primerih, ko so EZETROL® dodali drugim zdravilom z znanim večjim tveganjem za rabdomiolizo. Če glede na mišične simptome sumimo na miopatijo ali če jo dokažemo z ravnjo kreatin fosfokinaze (CPK) >10-kratno zgornjo mejo normalne vrednosti (ZMN), je treba takoj prekiniti zdravljenje z EZETROL®-om, s katerimkoli statinom ali s katerimkoli teh drugih zdravil, ki jih je bolnik sočasno jemal. Vse bolnike, ki jim uvedemo zdravljenje z EZETROL®-om, je treba seznaniti s tveganjem miopatije in jim dati navodilo, naj nemudoma sporočijo kakršnekoli nepojasnjene bolečine v mišicah, bolečnost ali mišično oslabelost. Varnost in učinkovitost sočasne uporabe ezetimiba in fibratov še nista raziskani, zato sočasne uporabe EZETROL-a in fibratov ne priporočamo. Pri bolnikih, ki dobivajo EZETROL® in ciklosporin, je treba nadzorovati koncentracije ciklosporina. Če EZETROL® dodamo varfarinu ali drugemu kumarinskemu antikoagulantu, je treba ustrezno spremljati vrednost INR (International Normalised Ratio - mednarodno umerjeno razmerje). Tega zdravila ne smejo jemati bolniki z naslednjimi redkimi dednimi boleznimi: intoleranco na galaktozo, laponskim pomanjkanjem laktaze ali malabsorpcijo glukoze-galaktoze. • **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij** V predkliničnih raziskavah se je pokazalo, da ezetimib ne inducira encimov citokroma P450 za presnovo zdravil. Med ezetimibom in zdravili, ki jih presnavljajo citokromi P450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9 in 3A4 ali N-acetiltransferaza, niso ugotovili nobenih klinično pomembnih farmakokinetičnih interakcij. Sočasna uporaba z antacidi je zmanjšala hitrost absorpcije ezetimiba, vendar ni vplivala na biološko uporabnost ezetimiba. Zmanjšana hitrost absorpcije ni bila klinično pomembna. Sočasna uporaba s *holestiraminom* je zmanjšala povprečno vrednost površine pod krivuljo (AUC) celokupnega ezetimiba (ezetimib + ezetimib glukoronid) za približno 55 %. Ta interakcija verjetno zmanjšuje učinek dodatnega znižanja holesterola v lipoproteinih z nizko gostoto (LDL-holesterol), do katerega naj bi prišlo ob dodajanju ezetimiba holestiraminu Pri sočasni uporabi s *fenofibratom oz. gemfibrozilom* so se koncentracije celokupnega ezetimiba povečale za približno 1,5-krat oz. 1,7-krat, vendar povečanje ni bilo klinično pomembno. Pri sočasni uporabi ezetimiba in *atorvastatina, simvastatina, pravastatina, lovastatina, fluvastatina ali rosuvastatina* niso opazili nobenih klinično pomembnih farmakokinetičnih interakcij. Pri uvedbi EZETROL-a k zdravljenju s ciklosporinom je potrebna previdnost. Pri bolnikih, ki prejemajo EZETROL® in *ciklosporin*, je treba spremljati koncentracije ciklosporina. Sočasno jemanje ezetimiba (10 mg enkrat na dan) ni imelo pomembnega vpliva na biološko uporabnost *varfarina* in na protrombinski čas v raziskavi pri dvanajstih zdravih odraslih moških. S tržišča pa so poročali o povečanih vrednostih INR (International Normalised Ratio - mednarodno umerjeno razmerje) pri bolnikih, pri katerih so EZETROL® dodali varfarinu. Če EZETROL® dodamo varfarinu ali drugemu kumarinskemu antikoagulantu, je treba ustrezno spremljati vrednost INR. • **Neželeni učinki** *V kliničnih raziskavah* pri 3.366 bolnikih, ki so trajale od 8 do 14 tednov, so bolniki dnevno prejemali 10 mg EZETROL®-a samostojno ali skupaj s statinom. Neželeni učinki so bili običajno blagi in prehodni. Skupna pojavnost zabeleženih neželenih učinkov EZETROL®-a je bila podobna pri EZETROL®-u in placebu. Podobno je bila pogostost prenehanja zdravljenja zaradi neželenih učinkov v skupini z EZETROL®-om in placebom primerljiva. Pri bolnikih, ki so jemali samo EZETROL® (n=1.691) ali EZETROL® v kombinaciji s statinom (n=1.675), so poročali o naslednjih pogostih (≥ 1/100, < 1/10) neželenih učinkih, povezanih z zdravilom: *EZETROL® samostojno:* glavobol, bolečine v trebuhu in driska; *EZETROL® v kombinaciji s statinom:* glavobol in utrujenost, bolečine v trebuhu, zaprtje, driska, vetrovi in navzeja, mialgija; *Laboratorijske vrednosti:* V raziskavah s kontrolno skupino, v katerih so preiskovanci prejemali samo eno zdravilo, je bila pojavnost klinično pomembnih povišanj vrednosti serumskih transaminaz (ALT in/ali AST ≥ 3-krat višji od zgornje meje normalnih vrednosti, zaporedoma) podobna pri EZETROL®-u (0,5 %) in placebu (0,3 %). V raziskavah sočasne uporabe zdravil je pojavnost znašala 1,3 % pri bolnikih, ki so prejemali EZETROL® v kombinaciji s statinom, in 0,4 % pri bolnikih, ki so prejemali samo statin. Tovrstna povišanja so bila v splošnem asimptomatska, niso bila povezana s holestazo, vrednosti pa so se po prenehanju zdravljenja ali ob trajnem zdravljenju vrnile na izhodiščno raven. V kliničnih raziskavah so o vrednosti CPK >10 x ZMN poročali pri 4 od 1.674 (0,2 %) bolnikov, ki so jemali samo EZETROL®, v primerjavi z 1 od 786 (0,1 %) bolnikov, ki so jemali placebo, ter pri 1 od 917 (0,1 %) bolnikov, ki so sočasno jemali EZETROL® in statin, v primerjavi s 4 od 929 (0,4 %) bolnikov, ki so jemali samo statin. V povezavi z EZETROL®-om ni bilo več primerov miopatije ali rabdomiolize kot v ustreznih kontrolnih krakih (placebo ali samo statin). *V obdobju trženja* so poročali o naslednjih dodatnih redkih (≥ 1/10.000, < 1/1.000) ali zelo redkih (< 1/10.000) neželenih učinkih: trombocitopenija, preobčutljivost, vključno z izpuščajem, koprivnico in angioedemom, navzeja, pankreatitis, hepatitis, holelitiaza, holecistitis, artralgija, mialgija, miopatija/rabdomioliza, povišane vrednosti transaminaz, zvišanje CPK. • **Način in režim izdaje zdravila:** Zdravilo se izdaja le na zdravniški recept. • **Imetnik dovoljenja za promet:** MSD-SP Ltd., Hertford Road, UK-Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velika Britanija, tel.: +44 1992 452206, faks: +44 1992 479191 • **Datum zadnje revizije besedila:** Oktober 2005. ABI-EZE-004

Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o. Šmartinska cesta 140, 1000 Ljubljana; telefon: 01/ 5204 201, faks: 01/ 5204 349 • **Schering - Plough CE AG** Dunajska 22, 1000 Ljubljana; telefon: 01/ 300 10 70, faks: 01/ 300 10 80 • † Zaščitena blagovna znamka; MSP Singapore Company, LLC; Avtorske pravice © MSP Singapore Company, 2002. Vse pravice pridržane. • Priprava informacije: april 2006; Oblikovanje: Klemen Lavrih

MSD Schering-Plough

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila, ki ga dobite pri naših strokovnih sodelavcih! Zdravilo se izdaja le na zdravniški recept.

Program strokovnih srečanj Združenja zdravnikov družinske medicine v letu 2006

Maj 2006

KAJ **32. Srečanje delovnih skupin v osnovnem zdravstvu**
KDAJ 26.–27. 5. 2006
KJE Ljubljana, Poslovna stavba GIVO/ bivši Smelt, konferenčna dvorana, Dunajska 160
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre in fizioterapevte
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
asist. mag. Nena Kopčavar-Guček, dr. med.,
asist. mag. Davorina Petek, dr. med.
KONTAKTI Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915
faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si
http://www.drmed.org/novica.php?id=8242
KANDIDATI **200**
KOTIZACIJA **40.000 SIT**

September 2006

KAJ **15. Mednarodni tečaj – Učenje in poučevanje v družinski medicini: Družinska medicina v skupnosti**
KDAJ 19.–23. 9. 2005
KJE Bled, Hotel Jelovica
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
KAKO V angleškem jeziku
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.,
asist. dr. Marija Petek-Šter, dr. med.,
asist. Nana Kopčavar-Guček, dr. med.,
mag. Leopold Zonik, dr. med.,
Katja Pesjak, univ. dipl. soc.,
vodje Manfred Maier, Avstrija, Justin Allen, Velika Britanija, Jaime Correia de Sousa, Portugalska, Yonah Yaphe, Izrael.
KONTAKTI Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910
kdrmed@mf.uni-lj.si
http://www.drmed.org/novica.php?id=8649
KANDIDATI **35**
KOTIZACIJA **Ni**

Oktober 2006

KAJ **Svečana akademija ob 40. letnici Združenja zdravnikov družinske medicine**
KDAJ 7. 10. 2006
KJE Maribor, Hotel Habakuk
KOMU Proslava ob 40-letnici delovanja združenja zdravnikov družinske medicine
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Branko Košir, dr. med.,
Marko Dreščak, dr. med.,
Tonka Poplas-Susič, dr. med.
KONTAKTI Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915
faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si
http://www.drmed.org
KANDIDATI **Ni omejeno**
KOTIZACIJA **Ni**

KAJ **8. Fajdigovi dnevi**
KDAJ 20.–21. 10. 2006
KJE Kranjska Gora, Hotel Kompas
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.,
asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.,
asist. Sašo Stepanović, dr. med.
KONTAKTI Jožica Krevh
Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske
Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523
faks: 04 20 26 718, jozica.krevh@ozg-kranj.si
janko.kersnik@s5.net
http://www.drmed.org/novica.php?id=8241.
KANDIDATI **150**
KOTIZACIJA **36.000 SIT**

November 2006

KAJ **23. Učne delavnice za mentorje družinske medicine: Družinska medicina v skupnosti**
KDAJ 9.–11. 11. 2006
KJE Nova Gorica
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Irena Vatovec-Progar, dr. med.,
doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.,
vodje prim. asist. Mateja Bulc,
asist. mag. Danica Rotar-Pavlič,
Marko Kocijan, dr. med.,
Miha Demšar, dr. med.
KONTAKTI Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915
faks: 01 43 86 910
kdrmed@mf.uni-lj.si
http://www.drmed.org/novica.php?id=9506
KANDIDATI **35**
KOTIZACIJA **Ni**

KAJ **4. Mariborski kongres družinske medicine**
KDAJ 24.–25. 11. 2006
KJE Kongresni center Habakuk
Pohorska ulica 59, 2000 Maribor

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Majda Masten, dr. med.,
asist. Suzana Židanik, dr. med.
KONTAKTI Majda Masten, dr. med.
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 5
2000 Maribor, tel.: 02 228 63 67
majda.masten@zd-mb.si
http://www.drmed.org/novica.php?id=8240
KANDIDATI **200**
KOTIZACIJA **40.000 SIT**

December 2006

KAJ **23. Učne delavnice za mentorje družinske medicine: Družinska medicina v skupnosti**
KDAJ 8.–9. 12. 2006
KJE Terme Zreče
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Irena Vatovec-Progar, dr. med.,
doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.,
vodje asist. Davorina Petek, dr. med.,
Nadja Pfajfar-Križnič, dr. med.,
Nevenka Šečer-Dolenc, asist. mag.
Andrej Kravos, dr. med.,
Jana Govc-Eržen, dr. med.
KONTAKTI Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915
faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si
http://www.drmed.org/novica.php?id=9506
KANDIDATI **35**
KOTIZACIJA **Ni**

Januar 2007

KAJ **23. Učne delavnice za mentorje družinske medicine: Družinska medicina v skupnosti**
KDAJ 19.–20. 1. 2007
KJE Katedra za družinsko medicino Ljubljana
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Irena Vatovec-Progar, dr. med.,
doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.,
vodje asist. dr. Marija Petek-Šter, dr. med.,
Tamara Fras-Stefan, dr. med.,
Tadeja Čerin, dr. med.,
asist. Dean Klančič, dr. med.
KONTAKTI Ana Artnak
Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, p. p. 2218, Poljanski nasip 58
1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915
faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si
http://www.drmed.org/novica.php?id=9506
KANDIDATI **35**
KOTIZACIJA **Ni**

Informacije o strokovnih srečanjih v organizaciji Združenja zdravnikov družinske medicine najdete na spletni strani http://www.drmed.org/index.php?podkat=20, kjer so objavljeni programi in sprotne spremembe.

PARTNERSKA TERAPIJA

Samo par let sta bila poročena in zgodilo se jima je tisto, čemur se uspejo izogniti le redki … samo kregala sta se še. Skregala sta se okoli najbolj banalnih vsakdanjih stvari in potem sta oba dolgo kuhala mulo in na koncu sta oba spoznala, da tako več ne bo šlo.

In zavila sta v svetovalnico k zakonskemu terapevtu. Ko sta stopila v ordinacijo, ju je psihiater prijazno sprejel. Ponudil jima je dva mehka udobna naslonjača, sedel je nasproti njiju in ju vprašal, kaj je problem?

Mož je žalostno sklonil glavo. Ni vedel, kaj naj reče …

Potem se je usulo. Kot bi se ulila najhujša poletna ploha s točo in grmenjem. Žena je naštevala na dolgo in široko, kaj vse je narobe z njunim zakonom, zakaj se ona ne počuti dobro v njem, kako je ona njemu podarila svoja najlepša leta, on pa tam sedi kot klada in nič ne reče. Kakšnih dobrih pet do deset minut je trajalo vse skupaj in drlo je kot plaz.

In potem je zakonski svetovalec čisto počasi vstal. Ležerno je prehodil tiste tri, štiri korake do nje. Spustil je roke na njena ramena in jo privzdignil, da je vstala. Nežno jo je začel poljubljati na usta in po vratu in spet na usta in potem jo je narahlo potisnil nazaj na njen sedež.

Žena je obsedela tam. Brez besed.

Svetovalec je strmo pogledal moža, ki je sedel tam in ni mogel verjeti, kaj se je zgodilo. Da je ona tiho. Da se je nehala kregati.

Potem je svetovalec pogledal moža v oči in rekel, poudarjajoč vsako besedo posebej: VAŠA ŽENA POTREBUJE TO VSAJ DVAKRAT NA TEDEN …

Mož je nebogljeno prikimal in odgovoril: »Lahko vam jo pripeljem ob torkih in sredah … Ob petkih ne utegnem, imam tenis.«

KAKO PRITI NA PSIHIATRIČNO KLINIKO …

Med obiskom na psihiatrični kliniki vpraša eden od obiskovalcev direktorja klinike, na osnovi česa se odločijo, koga bodo sprejeli na zdravljenje.

»Zelo enostavno je,« pravi direktor. »Postavimo ga pred kad polno vode in mu damo čajno žličko, skodelico in vedro ter naročimo, naj kar najhitreje izprazni banjo.«

»Že razumem,« pravi obiskovalec. »Tisti, ki je normalen, začne zajemati vodo z vedrom …«

»Ne,« pravi direktor. »Tisti, ki je normalen, izvleče zamašek z dna kadi.«

»Želite sobo z balkonom ali brez???«

ZANIMIVOSTI IZ ŠOLSKIH SPISOV, 2. RAZRED OSNOVNE ŠOLE

- *V Franciji so nekoč izvajali usmrtitev zločincev z želatino …*
- *Muslimanska Biblija se imenuje Kodak …*
- *Papež živi v Vakuumu …*
- *Vrtni palčki imajo rdeče kape zato, da se jih opazi pri košnji trave …*
- *Življenjsko zavarovanje dobi tisti, ki preživi smrtno nesrečo …*
- *Moji starši kupujejo le recikliran toaletni papir, ker je bil že enkrat uporabljen in manj škoduje okolju …*
- *Pravzaprav je posvojitev boljša možnost, saj si lahko starši izberejo svojega otroka. Enako je pri hišnih ljubljenčkih …*
- *Severni pol se obrača v nasprotni smeri od južnega …*
- *Adam in Eva sta živela v Parizu.*
- *Krave ne smejo teči hitro, da ne razlijejo mleka.*
- *Deževniki ne grizejo, saj imajo spredaj in zadaj rep.*
- *Breskev je kot jabolko s tepihom.*
- *Če jemo bolne krave, dobimo ISDN.*
- *Ribje paličice so že zelo dolgo mrtve. Ne morejo več plavati.*
- *Nisem krščen, sem pa zato cepljen.*
- *Potem ko so ljudje prenehali biti opice, so postali Egipčani.*
- *Pomlad je prvi letni čas. Spomladi kokoši valijo jajca, kmetje pa krompir.*
- *Krog je okrogel kvadrat.*
- *Zemlja se vrti 356 dni na leto. Vsako leto za to potrebuje en dan več, in to se obračuna v februarju. Zakaj takrat ne vem, mogoče zato, ker je takrat zima in gre malo bolj na trdo.*
- *Moja sestra je zelo bolna. Vsak dan vzame eno tabletko. In to na skrivaj, da si moji starši ne bi delali skrbi.*
- *Ena najbolj koristnih živali je prašič. Od njega lahko uporabimo vse, meso od spredaj do zadaj, kožo za usnje, ščetine za ščetke in ime za žaljivko.*
- *Veliko psov ima rado vodo, nekateri celo tako, da v njej živijo, imenujejo se morski psi.*
- *Vse ribe izlegajo jajčeca, ruske pa tudi kaviar.*
- *Živalski vrt je super. Tam lahko vidiš živali, ki sploh ne obstajajo.*