

Družinska medicina



3 str. Poziv za nominacijo za specialista družinske medicine leta 2024

5 str. 28. Schrottovi dnevi, 14. in 15. marec 2025

16 str. Ali smo pripravljeni na novo ero v zdravljenju debelosti?

33 str. Neizmerno veselje z milijardami oblik življenja

Prva stran

Igor Mužević

Za slovenskim zdravstvom je precej razburljivo leto, v katerem smo bili deležni prav posebno nesimpatične medijske manifestacije posledic razklanosti zdravstvenega trga, kjer se srečujeta brezmejno povpraševanje pacientovih potreb in pravic z omejeno ponudbo zdravstvenih storitev. Gre za kompleksno problematiko, s katero se srečujejo vse države sveta, saj že dolgo časa vemo, da nobena država ni dovolj bogata, da bi zadovoljila vse zdravstvene potrebe ljudi.

Od modrosti in spretnosti politike je odvisno, ali bo znala gospodarno razporediti omejene vire v zdravstvu in postaviti infrastrukturo, kjer bodo neželene posledice vrzeli omenjenega trga čim manjše. Ali bo politika prepoznala najbolj kritične storitve in zagotovila pogoje, da se te storitve izvajajo strokovno in v zadovoljivem obsegu, ali pa se bo po liniji najmanjšega odpora sklicevala na starega dobrega Hipokrata in s prstom pokazala na iztrošenega dežurnega grešnega kozla, ki pokonci drži zadnje izdihljaje iluzije dostopnega javnega zdravstva?

Za družinsko medicino je bilo leto 2024 na videz bistveno manj razburljivo kot za številne druge veje medicine. V primerjavi s kolegi na sekundarni ravni se nas je medijski in politični pogrom pretežno izognil kljub precej agresivnim poskusom, da bi se zdravnike družinske medicine z neresničnimi in iz konteksta vzetimi podatki prikazalo kot varuhe praznih čakalnic, ki jim brezdelje zavidajo kolegi iz drugih držav.

Omenjeni svojevrstni »uspeh« se ni zgodil sam od sebe. V družinski medicini se je v zadnjem desetletju oplemenitila zavidljiva stopnja enotnosti med različnimi stanovskimi organizacijami, kjer različni akterji oglušujoče trobimo v isti rog, kar vztrajno preprečuje pomembnemu deležu politikov, da reši vse probleme z dekretom, ki bi zapovedal, da težav v osnovnem zdravstvu ni, dokler zakoni matematike dovoljujejo izračun ulomka, kjer števec predstavlja število prebivalcev Slovenije, imenovalc pa število zdravnikov družinske medicine.

Tudi novi obračunski model v družinski medicini, ki ga dobivamo v letu 2025, upošteva fizikalno zakonitost, da v litrsko steklenico ni mogoče naliti dveh litrov tekočine, kljub temu, da ni bil vpeljan s sodelovanjem in podporo zdravniških organizacij. Smo pa zdravniške organizacije tik pred ciljno črto ponovno uspešno »zatrobile« in vsaj za nekaj časa razblinile upe politike, da bi novi glavarinski količniki obveljali kot realni pokazatelj potreb različnih skupin prebivalstva. Posnetek stanja dela v razmerah, kjer smo zdravniki prepogosto prisiljeni izbrati najmanj slabo možnost za razrešitev konkretnih težav ljudi, pač ne more predstavljati modela, h kateremu je potrebno stremeti. Takšen model tudi ni združljiv s Hipokratovo prisego, ki nas zavezuje k profesionalnem odnosu do vsakega posameznega bolnika in ne k reševanju medijske podobe vsakokratne politične oblasti, ki se vsakič znova čudi, kako ni mogoče zadovoljiti vseh potreb bolnikov, četudi zdravnik obravnava večkratnik števila bolnikov, kot je strokovno vzdržno (in zakonito!) v posameznem dnevu.

Naj nam vsem kolegicam in kolegom za zaključek ali namesto njega zaželim strogo spoštovanje ene najpomembnejših zapovedi zdravniške zaobljube v okviru ženevske deklaracije: »Skrbel/-a bom za lastno zdravje, dobro počutje in sposobnosti z namenom zagotavljanja oskrbe po najvišjih standardih.«

Torej, veliko dobrega počutja v letu 2025!

Poročila

- 3 Poziv za nominacijo za specialista družinske medicine leta 2024 • **Aleksander Stepanović**
- 3 Sklad Janka Kersnika za sofinanciranje doktorskih študijev – Razpis za šolsko leto 2024/2025 • **Marija Petek Šter, Klemen Pašič, Dean Klančič, Aleksander Stepanović**
- 5 28. Schrottovi dnevi, 14. in 15. marec 2025 • **Špela Tevžič, Mateja Kokalj Kokot**
- 7 Prikaz primera kot nova oblika specialistične naloge • **Zalika Klemenc Ketiš**
- 8 Protokol za odkrivanje in obravnavo oseb z osteoporozo • **Tomaž Kocjan, Jana Govc Eržen**
- 8 Modeli za ocenjevanje srčno-žilne ogroženosti SCORE2, SCORE2 OP in SCORE2-Diabetes • **Jana Govc Eržen**
- 9 Poročilo s strokovnega srečanja – 26. Fajdigovi dnevi, 25. in 26. oktober 2024 • **Aleksander Stepanović**
- 12 12. Mariborski kongres družinske medicine skozi drugačne oči • **Ksenija Tušek-Bunc**
- 14 Specialistične naloge iz družinske medicine v letu 2024 • **Zalika Klemenc Ketiš**

Strokovne teme

- 16 Ali smo pripravljeni na novo ero v zdravljenju debelosti? • **Ana Ogrič Lapajne**
- 19 Obravnava bolnikov s sumljivimi kožnimi lezijami v družinski medicini • **Danica Rotar Pavlič**
- 24 Pnevmonokna cepiva in kaj se nam obeta • **Danica Rotar Pavlič**

Naše ambulante

- 26 Smernice: srčno popuščanje
- 28 Hematurija
- 30 Delavnice in svetovanja v Centru za krepitev zdravja

Zanimivosti

- 32 Esez: Refleksija na predmet Družinska medicina • **Janina Simončič**
- 33 Neizmerno veselje z milijardami oblikami življenja • **Emilijana Crgol**
- 34 Strokovna srečanja – koledar dogodkov 2025



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, Marko Kolšek, Dean Klančič,
Nena Kopčavar-Guček,
Davorina Petek, Rajko Vajd

Tehnični urednik / Production editor
Rajko Vajd

Oblika / Design
Pavla Bonča

Lektorica / Reader for Slovenian
Vesna Tlaker

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

Tisk / Printed by
Collegium Graphicum d. o. o.

Izvodov / Copies
1400

Poziv za nominacijo za Specialista družinske medicine leta 2024

Aleksander Stepanović

Spoštovane bralke in bralci časopisa Družinska medicina, vabimo vas, da sodelujete v postopku za nominacijo »Specialist družinske medicine leta 2024«.

Ta naziv je namenjen zdravnicam in zdravnikom, ki so skozi svoje strokovno delo, predanost pacientom, inovativnost in človeški pristop pustili neizbrisni pečat v naši stroki. Specialist družinske medicine leta 2024 bo izbran/a na podlagi prejetih nominacij, strokovnih dosežkov in prispevka k ugledu in razvoju družinske medicine.

Podatke o nominirancu ali nominiranki skupaj s kratkim opisom dosežkov pošljite najkasneje do **31. 1. 2025** na elektronski naslov: info@drmed.org.

Veselim se vaših predlogov in sodelovanja pri izboru kolegice ali kolega, ki bo za svoje dosežke prejel(a) naziv »Specialist družinske medicine leta 2024«.

Aleksander Stepanović
predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine

Sklad Janka Kersnika za sofinanciranje doktorskih študijev

Razpis za šolsko leto 2024/2025

Marija Petek Šter, Klemen Pašič, Dean Klančič,
Aleksander Stepanović

Družinska medicina v Sloveniji je v zadnjih dveh desetletjih tudi po zaslugi nekaterih izjemnih posameznikov dosegla strokovni in akademski razvoj ter mednarodno prepoznavnost in si pridobila ugled tako v strokovnih kot laičnih krogih. Nadaljnji razvoj stroke pa zahteva vlaganje v izobraževanje kolegov, ki bodo v prihodnjih letih in desetletjih prevzeli ključna mesta v stroki. Doktorski študij predstavlja dobro izhodišče za strokovni razvoj, zato sta organizaciji s področja družinske medicine (Združenje zdravnikov družinske medicine in Zavod za razvoj družinske medicine) ustanovili sklad, namenjen sofinanciranju doktorskega študija, ki smo ga poimenovali po pokojnem profesorju Janku Kersniku.

Vlogo za sofinanciranje doktorskega študija lahko podajo vsi specializanti in specialisti družinske medicine, ki so redno vpisani na doktorski študij, praviloma doktorski študij biomedicine. Od kandidatov za štipendijo poleg formalnih pogojev pričakujemo, da se bodo aktivno vključili v pedagoško in raziskovalno delo v okviru kateder in raziskovalnih skupin za družinsko medicino in študij zaključili v šestih letih od vpisa.

Sklad Janka Kersnika bo doktorski študij sofinanciral kandidatom v študijskem letu 2024/25. Vloge za sofinanciranje doktorskega študija pričakujemo do **28. 2. 2025**.

POSTOPEK ZA PRIDOBITEV ŠTIPENDIJE IZ SKLADA JANKA KERSNIKA IN OBVEZNOSTI ŠTIPENDISTA

1. Za 1. leto študija mora kandidat vložiti vlogo za sofinanciranje, ki ji priloži potrdilo o vpisu, kratek življenjepis, bibliografijo in kratek opis doktorske teme.
2. Za 2. in 3. leto študija mora kandidat vložiti vlogo za sofinanciranje, ki ji priloži potrdilo o vpisu in dosedanje dosežke (članki, udeležbe na strokovnih srečanjih, pedagoško delo, mnenje fakultetnega učitelja o delu itd.).

3. Kandidat mora zaključiti doktorski študij z zagovorom doktorske naloge v šestih letih.
4. Obveznosti štipendista so:
 - da se vpiše v letnik izobraževalnega programa, za katerega je prejel štipendijo,
 - da uspešno zaključi izobraževalni program za katerega prejema štipendijo,
 - da v primeru spremembe izobraževanja predhodno pridobi soglasje sklada k spremembi,
 - da skrbi za točnost in ažurnost vseh podatkov, ki so pomembni za izvajanje pogodbe o štipendiranju.
5. Vračilo štipendije:

Štipendist izgubi pravico do štipendije in mora vrniti prejeti znesek štipendije za zadnje šolsko/študijsko leto oziroma za letnik, ki ga štipendist ni uspešno opravil, če:

 - štipendist letnika, za katerega je prejel štipendijo, ni uspešno končal in ni izpolnil pogojev za vpis v višji letnik,

- ne dokonča izobraževalnega programa v okviru trajanja programa,
- spremeni izobraževalni program brez predhodnega soglasja sklada,
- se izpiše iz izobraževalnega programa, za katerega je pridobil štipendijo.

Morebitne vloge za podaljšanje oziroma vračilo štipendije bo obravnavala komisija odbora sklada Janka Kersnika.

Za podrobnejše informacije o pridobitvi štipendije iz sklada Janka Kersnika in oddajo vloge se obrnite na gospo Barbaro Toplek: barbara.toplek@mf.uni-lj.si.

Odbor sklada Janka Kersnika:
Marija Petek Šter, Klemen Pašič, Dean Klančič, Aleksander Štepanović



28. Schrottovi dnevi

Špela Tevžič, Mateja Kokalj Kokot

Spoštovane kolegice in kolegi, z veseljem vas vabimo na **28. Schrottove dneve**, ki bodo potekali **14. in 15. marca 2025 v Cankarjevem domu v Ljubljani**.

Schrottovi dnevi ostajajo osrednje srečanje družinske medicine v Sloveniji, kjer združujemo najnovejša znanstvena spoznanja in klinično prakso ter ustvarjamo priložnosti za strokovno rast, medsebojno povezovanje in izmenjavo izkušenj.

Družinski zdravniki se v vsakodnevem delu srečujemo z izzivi, ki presegajo zgolj klinično prakso. Na temo nasilja v zdravstvu bomo spregovorili o prepoznavanju, preprečevanju in ukrepanju v takšnih situacijah. Razpravljali bomo o Zakonu o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja ter njegovih etičnih in pravnih posledicah.

Spoznali bomo, kako pravilno uporabljati intravenozno železo v ambulanti ter pripraviti pacienta na načrtovani kirurški poseg za boljše izide zdravljenja. Poudarek bo na optimalni predoperativni pripravi pacientov, obravnavi odtegnitvenih simptomov pri ukinjanju antidepresivov in racionalnem predpisovanju antibiotikov na osnovi študije Imagine. Dodatno bomo raziskali magistralne dermatične pripravke s kortikosteroidi ter njihovo mesto v klinični praksi.

Kronične bolezni so pomemben del obravnave v družinski medicini, zato bomo naslovili ključne izzive na področju srčno-žilne preventive. Poudarili bomo tudi debelost kot kronično bolezen ter pregledali znanstvena spoznanja in možnosti zdravljenja v Sloveniji. Predstavili bomo vpliv pomanjkanja železa in močnih menstrualnih krvavitev na zdravje žensk ter ustrezne ukrepe.

Pri obravnavi redkih bolezni se bomo osredotočili na njihovo prepoznavanje in specifične pristope zdravljenja. Pogledali bomo, kako zgodaj ukrepati pri bolnikih z rakom prostate in kako lahko družinski zdravnik prispeva k boljši obravnavi. Predstavili bomo sodobna zdravljenja diseminiranega plazmocitoma z biospecifičnimi zdravili ter prepoznavanje aksialnega spondiloartritisa.

Obravnavali bomo prehrano in prehranska dopolnila v nosečnosti. Predstavili bomo nove možnosti zdravljenja fekalne inkontinence in težav z mehurjem, ki so pomembne za kakovost življenja bolnikov. Alopecija areata

bo v ospredju kot dermatološki izziv, ki zahteva celostni pristop.

Govorili bomo o pomenu inovacij pri zdravljenju kroničnih bolezni in njihovi vključitvi v prakso družinske medicine. Razpravljali bomo, kako najnovejše terapije izboljšujejo kakovost življenja pacientov.

Srečanje bomo v petek zaključili s tradicionalnim predavanjem, ki vedno prinese navdihujoče vpogleda in poveže udeležence. Motivacijsko predavanje v soboto popoldne bo skrito presenečenje, ki vas bo navdihnilo in okrepilo vašo energijo za delo v praksi. Ne zamudite edinstvenega zaključka Schrottovih dni!

Rezervirajte si datum in se nam pridružite!

Toplo vabljeni,
Organizacijski odbor Schrottovih dnevov

Katedra za družinsko medicino
Združenje zdravnikov družinske medicine
Zavod za razvoj družinske medicine

organizirajo

28. SCHROTTOVE DNI

Novosti v zdravljenju

14. – 15. marec 2025
Cankarjev dom – Linhartova dvorana



tehnični soorganizator Cankarjev dom

Prikaz primera kot nova oblika specialistične naloge

Zalika Klemenc Ketiš

Z decembrom 2024 se v okviru modula Znanstveno raziskovalno delo (ZRD) uvajajo pomembne spremembe, ki so rezultat tehtnega premisleka in vključevanja predlogov specializantk in specializantov. Ključna novost je uvedba prikaza primera (ang. *case report*) kot osrednje oblike specialistične naloge. Namen te spremembe je izboljšati povezanost izobraževanja z vsakodnevno klinično prakso ter omogočiti specializantom pridobivanje poglobljenih znanj in veščin, potrebnih za reševanje kompleksnih kliničnih izzivov.

Specialistična naloga bo po novem temeljila na natančnem opisu in analizi posameznega kliničnega primera. Takšen pristop omogoča obravnavo kliničnih situacij, ki jih pogosto ni mogoče vključiti v večje raziskave, a so kljub temu izjemno dragocene za klinično prakso. Prikazi primerov ne le bogatijo strokovno literaturo, temveč tudi prispevajo k zgodnjemu prepoznavanju novih pojavov v medicini ter spodbujajo širšo razpravo o njihovi obravnavi.

Modul ZRD bo prilagojen tako, da bodo specializanti opolnomočeni za pripravo kakovostnega prikaza primera. Čas trajanja modula je skrajšan, saj bo izveden v trajanju enega celotnega dneva in enega dopoldneva, medtem ko bodo mesečne predstavitve nalog potekale kot doslej. Poleg tega bodo specializanti, ki so že pričeli s svojimi nalogami, lahko spremenili temo in izbrali prikaz primera, kar jim bo omogočilo, da prilagodijo svoje delo novim smernicam. Mentorji za naloge ostajajo isti, kar zagotavlja kontinuiteto podpore in usmerjanja.

Prikaz primera kot oblika naloge omogoča osredotočanje na specifičnost in podrobnosti posameznega primera, kar je izjemnega pomena za poglobljeno klinično učenje. Skozi proces priprave se specializanti učijo analizirati podatke, razpravljati o kliničnih odločitvah in rezultate postaviti v širši kontekst strokovne literature. Hkrati se seznanijo z raziskovalnim delom, kar jim omogoča boljše presojo pomena in kakovosti raziskav v njihovi vsakodnevni praksi.

Nova usmeritev pri modulu ZRD poudarja tudi visoke etične standarde, ki jih morajo specializanti upoštevati pri pripravi prikaza primera. To vključuje anonimizacijo pacientovih podatkov, pridobitev soglasja za obdelavo podatkov ter spoštovanje pacientovega dostojanstva. Takšen pristop ne prispeva le k profesionalnosti in kakovosti njihovega dela, temveč tudi k večjemu zaupanju v klinične in raziskovalne procese.

Verjamemo, da bodo te spremembe pripomogle k večji kakovosti izobraževanja, saj omogočajo prepletanje raziskovalnega in kliničnega dela ter boljšo pripravo specializantov na izzive, s katerimi se bodo srečevali v vsakodnevni praksi. Z novim pristopom k pripravi specialističnih nalog si želimo okrepiti povezovanje teoretičnega znanja z reševanjem praktičnih kliničnih situacij, kar bo dolgoročno koristilo tako stroki kot bolnikom.

Protokol za odkrivanje in obravnavo oseb z osteoporozo

Tomaž Kocjan, Jana Govc Eržen

Število bolnikov z osteoporozo v Sloveniji iz leta v leto narašča. Po oceni Mednarodne fundacije za osteoporozo je bilo leta 2019 v Sloveniji 100.000 bolnic in 25.000 bolnikov z osteoporozo, kar predstavlja 5,4 % vseh prebivalcev v Sloveniji.

Bolezen bo mogoče uspešno obvladovati z zgodnjim odkrivanjem oseb z velikim tveganjem za osteoporozne zlome in z učinkovitim zdravljenjem bolnikov ter s sodelovanjem med strokovnjaki primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja.

Avtorja sva v tretji izdaji Protokola za odkrivanje in obravnavo bolnikov z osteoporozo na novo opredelila vključitveni kriterij za presejanje populacije na osteoporozni zlom. V presejanje vključujemo ženske, starejše od 65 let, in moške, ki so starejši od 70 let. Posodobljeni so podatki o terapevtskih postopkih pri zdravljenju osteoporozne, dodana je vsebina o zdravljenju za osteoporozo in ustnem zdravju.

Avtorja upava, da bo Protokol za odkrivanje in obravnavo bolnikov z osteoporozo koristen pripomoček in da ga boste pri vsakdanjem delu uporabljali v dobro bolnikov z osteoporozo.

Modeli za ocenjevanje srčno-žilne ogroženosti SCORE2, SCORE2 OP in SCORE2-Diabetes

Jana Govc Eržen

Po vzoru najnovejših smernic Evropskega kardiološkega združenja (ESC) za preventivo srčno-žilnih bolezni v Sloveniji prehajamo na uporabo novih modelov za ocenjevanje absolutne srčno-žilne ogroženosti pri odraslih. Z modelom SCORE2 ocenjujemo 10-letno ogroženost za usodni ali neusodni srčno-žilni dogodek (miokardni infarkt, možganska kap) pri navidezno zdravih osebah, starih od 40 do 69 let. Z modelom SCORE2-OP ocenjujemo 10-letno ogroženost pri navidezno zdravih osebah, starih med 70 in 89 let. Model SCORE2-Diabetes lahko uporabljamo za oceno srčno-žilne ogroženosti pri večini bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, primeren je za osebe v starosti od 40 do 69 let brez prisotne aterosklerotične srčno-žilne bolezni in brez prisotne hude okvare tarčnih organov.

Sklep o sprejetju in implementaciji evropskih smernic za srčno-žilno preventivo sta leta 2022 sprejela Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino in Slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja.

Navodila za uporabo SCORE2/SCORE2 OP/SCORE2-Diabetes v ambulantah družinske medicine so predstavljeni v posnetkih, ki so jih pripravili prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., izr. prof. dr. Borut Jug, dr. med., doc. dr. Mojca Lunder, dr. med., in prim. Jana Govc Eržen.

Objavljeni so na spletnih straneh Združenja zdravnikov družinske medicine v zavihku Koristne vsebine – Priporočila in smernice ter dostopni na povezavi: <https://drmed.org/priporocila-in-smernice/#SCORE2>

Literatura

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. Dostopno 26.10.2024 na URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713?login=false>
2. Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023; 44(39):4043-4140. Dostopno 26.10.2024 na URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false>

Poročilo s strokovnega srečanja – 26. Fajdigovi dnevi, 25. in 26. oktober 2024

Aleksander Stepanović

Letos je potekalo že 26. tradicionalno strokovno srečanje Fajdigovi dnevi, ki je ponovno združilo strokovnjake z različnih področij medicine. Srečanje, poimenovano po znamenitem gorenjskem družinskem zdravniku Božidarju Fajdigi, je s svojo dolgoletno tradicijo postalo eden najpomembnejših strokovnih dogodkov na področju družinske medicine v Sloveniji. Tudi tokrat smo se srečali v sproščenem vzdušju, ki ga ob napetem vsakdanjku v ambulantah močno pogrešamo.

Strokovno srečanje je bilo razdeljeno na dva dni. Obravnavalo je pomembne in hkrati aktualne vidiki družinske medicine ter novosti na različnih področjih zdravstva. Program je obsegal predavanja, simpozije in razprave, ki so udeležencem omogočile poglobljeno izmenjavo izkušenj in znanja.

Srečanje se je začelo zjutraj z registracijo in pozdravnimi nagovori. Po uvodu je sledil satelitski simpozij, ki je obravnaval nevarne glavobole in sodobno zdravljenje migrene. Predavatelj Igor Rigler je predstavil problematiko nevarnih glavobolov, Mihaela Strgar Hladnik pa je obravnavala tako akutno kot preventivno zdravljenje migrene, vključno z novimi možnostmi zdravljenja z zdravilom rimegepant.

V dopoldanskem delu smo se posvetili temam, ki so ključne za zdravje pljuč in obravnavo bolnikov z boleznimi dihal. Katarina Osolnik je predstavila diferencialno diagnozo intersticijskih pljučnih bolezni, Katja Perdan Pirkmajer pa je spregovorila o pljučni prizadetosti pri revmatskih obolenjih. Razprava se je osredotočila na vodenje bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) v ambulantah družinskih zdravnikov.

Po odmoru so sledila satelitska predavanja o temah, ki so v naših ambulantah izjemno pogoste, kot so hipertenzija, tabele SCORE 2 ter kombinirano zdravljenje povišanega LDL-holesterola, ki so jih predstavili Mateja Kokalj Kokot, Barbara Krevcl in Nina Božič.

Popoldne smo se osredotočili na prenose kompetenc med različnimi strokovnjaki v timu družinske medicine.

Po živahni razpravi smo obravnavali teme s področja urologije in okužb sečil, kjer sta Tjaša Gortnar Cepeda in Bojana Beović predstavili aktualne pristope k zdravljenju in preventivi.

Prvi dan smo zaključili s satelitskimi simpoziji o zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2, srčnega popuščanja in kronične ledvične bolezni, kjer smo obravnavali aktualne smernice zdravljenja teh bolezni.

Sobota se je začela s predavanjem o prepoznavanju in zdravljenju malignih utesnitev hrbtenjače v ambulantah družinskih zdravnikov, ki sta ga predstavili Maja Kolšek Šušteršič in Barbara Šegedin. Predstavljen je bil tudi kirurški pristop k zdravljenju zasevkov v hrbtenici, ki ga je predstavil Said Al Mawed. Po tem predavanju smo se podali v tematiko obvladovanja bolečine v ambulantah družinskih zdravnikov, ki jo je predstavila Jasmina Markovič Božič.

Naslednji sklop predavanj je obravnaval dermatologijo, kjer so se udeleženci seznanili z novimi pristopi k zdravljenju kožnih bolezni, kot so onihomikoza, srbečica kože in kronična venska bolezen. Tematika ortopedije in travmatologije, ki je sledila, je obravnavala bolečine v stopalu, ki se pogosto pojavljajo pri pacientih, zlasti pri starejših. Predstavili so jo Andrej Prlja, Matej Andoljšek in Andrej Pangerc.

Popoldanski del je bil posvečen prehranskim omejitvam, kot sta gluten in laktoza, kjer sta Polona Kern in Jasna Volfand predstavili klinične primere in prehranske izzive, s katerimi se srečujemo pri vsakodnevem delu.

Strokovno srečanje Fajdigovi dnevi 2024 je bilo izjemno uspešno, saj je ponovno omogočilo udeležencem, da se seznanijo z najnovejšimi dognanji in smernicami v medicini. Hkrati pa je bil to tudi pomemben trenutek za druženje, izmenjavo izkušenj in nadgradnjo profesionalnih veščin.

Za zaključek srečanja je bil pripravljen prijeten zaključni obrok, kjer so se udeleženci še dodatno povezali in izmenjali izkušnje o novih pristopih v vsakodnevem delu ter o tem, kako bodo nova spoznanja vključili v svojo prakso.



Udeleženci 26. Fajdigovih dnevov.

Borimo se proti najtežjim boleznim sveta

ČRPAMO NAJBOLJŠE S PODROČIJ BIOLOGIJE IN TEHNOLOGIJE

Družba Amgen uporablja le najboljše s področij biologije in tehnologije v želji ljudem omogočiti preprostejše, polnejše in daljše življenje. Izhajamo iz našega poglobljenega poznavanja znanosti, da bi premikali meje znanega. Smo eno vodilnih svetovnih neodvisnih biotehnoloških podjetij, z začetki v biotehnološki revoluciji. Borimo se proti najtežjim boleznim in pomagamo milijonom ljudi po vsem svetu.

AMGEN



Amgen zdravila d.o.o., Ameriška ulica 2, Ljubljana. SVN-NP-0224-80002

ZA ŽENSKO PO MENOPAVZI Z VISOKIM TVEGANJEM ZA ZLOME

IZBOLJŠAJTE MOČ NJENIH KOSTI Z ZDRAVILOM PROLIA®

za zmanjšanje tveganja za zlome in stalno povečevanje mineralne kostne gostote¹⁻³



Pri bolnicah z visokim tveganjem za zlome začnite zdravljenje z zdravilom Prolia® in okrepite njene kosti.

1. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Prolia; 2. Bone HG et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5:513-523; 3. Bone HG et al. Presented at: American Society of Bone and Mineral Research; October 9-12, 2015; Seattle, WA.

prolia
denosumab

Prolia® 60 mg raztopina za injiciranje v napolnjeni injektorski brtzi (denosumab)
SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA
Samo za strokovno javnost. Pred predpisovanjem si preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila (SmPC).
SESTAVA ZDRAVILA: Ena napolnjena injektorska brtza vsebuje 60 mg denosumaba v 1 ml raztopine (60 mg/ml). **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravljenje osteoporoze pri ženskah po menopavzi in pri moških z večjim tveganjem zlomov. Pri ženskah po menopavzi zdravilo Prolia znatno zmanjša tveganje zlomov vrtenec, nevretenčnih zlomov in zlomov kolka. Zdravljenje izgubljanja kostne mase, povezanega z ablacijo hormonov pri moških z rakom na prostati, ki imajo večje tveganje zlomov. Pri moških z rakom na prostati, ki prejemajo zdravljenje z ablacijo hormonov, zdravilo Prolia znatno zmanjša tveganje zlomov vrtenec. Zdravljenje izgubljanja kostne mase, povezanega z dolgotrajnim sistemskim glukokortikoidnim zdravljenjem pri odraslih bolnikih, ki imajo večje tveganje zlomov. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Priporočeni odmerek je 60 mg denosumaba enkrat na 6 mesecev v enkratni subkutani injekciji v stegno, trebuh ali zgornji del roke. Bolniki morajo dobiti zadostne dodatke kalcija in vitamina D. Bolniki, zdravljeni z zdravilom Prolia, morajo dobiti navodilo za uporabo in opozorilo kartico za bolnika. Optimalno trajanje antiresorpcijskega zdravljenja osteoporoze (vključno z denosumabom in bisfosfonati) še ni bilo potrjeno. Priporočljivo je, da se potreba po nadaljnjem zdravljenju občasno ponovno oceni na podlagi koristi in možnih tveganj denosumaba pri individualnem bolniku, posebno po 5 ali več letih uporabe. Starejši (stari > 65 let): Prilagoditev odmerka ni potrebna. Okvara ledvic: Prilagoditev odmerka ni potrebna. Za bolnike, ki prejemajo dolgotrajno sistemsko glukokortikoidno zdravljenje in imajo hudo okvaro ledvic (GFR < 30 ml/min), podatki niso na voljo. Okvara jeter: Varnost in učinkovitost denosumaba pri bolnikih z okvaro jeter nista raziskani. **Pediatrična populacija:** Zdravilo Prolia se ne sme uporabljati pri otrocih, starih < 18 let, zaradi pomenilnega tveganja za razvojne učinke zaradi resne hiperkalcemije in morebitnega zaviranja rasti kosti in neizražanja zob. Zdravilo mora aplicirati oseba, ki se je za injiciranje ustrezno usposobila. **KONTRAINDIKACIJE:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. Hipokalcemija. **POSEBNA OPOZORILO IN PREDVIDENOSTNI UKREPI:** Za vse bolnike je pomembno, da uživajo dovolj kalcija in vitamina D. Hipokalcemija: Pomembno je, da identificirate bolnike s tveganjem za hipokalcemijo. Hipokalcemijo je treba še pred začetkom zdravljenja okrepiti z zadostnim uživanjem kalcija in vitamina D. Priporočljivo je klinično spremljanje koncentracije kalcija pri vsakih odmerkih, pri bolnikih, ki so nagnjeni k hipokalcemiji, pa tudi v dveh tednih po prvem odmerku. Če se med zdravljenjem kateremu koli bolniku pojavijo simptomi, ki so sumljivi za hipokalcemijo, je treba izmeriti koncentracijo kalcija. Bolnikom je treba naročiti, naj zdravnika obvestijo o simptomih, ki kažejo na hipokalcemijo. V obdobju trženja zdravila so poročali o hudi simptomatski hipokalcemiji (ki je povzročila hospitalizacijo, življenjsko ogrožajoče učinke in smrtne primere). Večina primerov se je pojavila v prvih nekaj tednih po začetku zdravljenja, nekateri pa tudi pozneje. Sočasno glukokortikoidno zdravljenje je dodaten dejavnik tveganja za hipokalcemijo. Okvara ledvic: Bolniki s hudo okvaro ledvic (očistek kreatinina < 30 ml/min) ali bolniki na dializi imajo večje tveganje za nastanek hipokalcemije. Tveganje za pojav hipokalcemije in za spremljajoča zvišanja običajnega hormona se povečuje s povečano stopnjo okvare ledvic. Poročali so o hudih in smrtih primerih. Pri takšnih bolnikih so posebno pomembni ustrezno uživanje kalcija in vitamina D ter redne kontrole kalcija. **Okužbe kože:** Pri bolnikih, ki doživljajo denosumab, se lahko pojavijo okužbe kože (predvsem celulitisi), ki zahtevajo bolnišnično zdravljenje. Ob pojavu znakov ali simptomov celulitisa na bolnikih takoj poiščite zdravniško pomoč. **Osteonekroza čeljustnice:** Pri bolnikih, ki imajo odprte lezije mehkih tkiv v ustih, je treba začeti zdravljenje/nov cikel zdravljenja odločiti. Za bolnike s sočasnimi dejavniki tveganja je pred zdravljenjem z denosumabom priporočljivo zobozdravstveni pregled, vključno s preventivno zobozdravstveno oskrbo ter individualno oceno koristi in tveganja. Pri ocenjevanju bolnikovega tveganja za nastanek osteonekroze čeljustnice je treba upoštevati naslednje dejavnike tveganja: Moč zdravila, ki zavira resorpcijo kosti (tveganje je večje z zelo močnimi spojinami), pot uporabe (tveganje je večje v primeru parenteralne uporabe) in kumulativni odmerek zdravila, uporabljenega za zdravljenje resorpcije kosti, rak, sočasne bolezni (npr. anemijo, koagulopatije, okužbo), kajenje, sočasna zdravljenja (kortikosteroidi, kemoterapija, zaviralce angiogeneze, radioterapija glave in vratu), slabo ustno higieno, periodontalna bolezen, slabo prilagajajoče se zobne proteze, že obstoječo zobno bolezen, invazivne zobozdravstvene posege (npr. ekstrakcijo zob). Vsem bolnikom je treba naročiti, da morajo vzdrževati dobro ustno higieno, redno opravljati zobozdravniške preglede in med zdravljenjem z denosumabom nemudoma obvestiti zdravnika, če se pojavi kakršen koli simptom v ustih, npr. majanje zob, bolečina ali oteklina, rana, ki se ne celi, ali izcedek. Med zdravljenjem je izvajanje invazivnih zobozdravstvenih posegov dovoljeno le po skrbnem razmisleku in se jim je treba izogniti v bližini termina za odmerjanje denosumaba. Načrt vodenja bolnikov, ki se jim pojavi osteonekroza čeljustnice, je treba obkroževati na podlagi tesnega sodelovanja med lečečim zdravnikom in zobozdravnikom ali ustnim kirurgom, ki ima izkušnje z osteonekrozo čeljustnice. Razmisliti je treba očasnem prenehanju zdravljenja, dokler se to stanje ne razreši in se sovpadni dejavniki tveganja ublažijo, če je mogoče. **Osteonekroza zunanjega slušnega kanala:** Med možne dejavnike tveganja za osteonekrozo zunanjega slušnega kanala spadajo uporaba steroidov in kemoterapija in/ali lokalni dejavniki tveganja, kot sta okužba ali poškodba. Na možnost osteonekroze zunanjega slušnega kanala je potrebno pomisliti pri bolnikih, ki prejemajo denosumab in pri katerih se pojavijo simptomi bolezni ušes, vključno s kroničnimi vnetji ušes. **Atipični zlomi stegenice:** Pojavijo se lahko že ob majni poškodbi ali celo brez poškodbe, in sicer v subtrohanterem in diafuznem predelu stegenice. Za te dogodke so značilni specifični radiografski izvidi. Podobni zlomi, opisani v zvezi z bisfosfonati, so pogosto obojestranski, zato je treba pri bolnikih, ki se zdravijo z denosumabom in so imeli zlom srednjega dela stegenice, opraviti tudi pregled druge stegenice. Pri bolnikih, pri katerih obstaja sum na atipični zlom stegenice, je treba razmisliti o prenehanju uporabe denosumaba ob vrednotenju bolnika glede na individualno oceno koristi in tveganja. Bolnikom je treba naročiti, da morajo med zdravljenjem z denosumabom zdravniku poročati o novi ali nenavadni bolečini v stegni, kolku ali dimljah. Bolnike s takšnimi simptomi je treba preiskati glede nepopolnega zloma stegenice. **Dolgotrajno antiresorpcijsko zdravljenje:** Dolgotrajno antiresorpcijsko zdravljenje (vključno z denosumabom in bisfosfonati) lahko prispeva k povečanemu tveganju za neželene izide, kot na primer osteonekrozo čeljustnice in atipični zlomi stegenice kot posledica signifikantnega zmanjšanja remodeliranja kosti. Sočasno zdravljenje z drugimi zdravili, ki vsebujejo denosumab: Bolnikom, zdravljenim z denosumabom, sočasno ne smete zdraviti z drugimi zdravili, ki vsebujejo denosumab (za preprečevanje skeletnih dogodkov pri odraslih s kostnimi metastazami solidnih tumorjev). **Hiperkalcemija pri pediatričnih bolnikih:** Zdravilo Prolia se ne sme uporabljati pri pediatričnih bolnikih (starih < 18 let). Poročali so o resni hiperkalcemiji. Pri nekaterih primerih v kliničnem preskušanju je prišlo do zapletov zaradi akutne okvare ledvic. **Opozorila glede pomožnih snovi:** To zdravilo vsebuje 47 mg sorbitola v enem ml raztopine. Upoštevati je treba aditivni učinek sočasne dajanja zdravil, ki vsebujejo sorbitol (ali fruktozo), in prehranskega vnosa sorbitola ali 1 mmol (23 mg) natrija na 60 mg, kar v bistvu pomeni „brez natrija“. **INTERAKCIJE:** V študiji medsebojnega delovanja denosumab ni vplival na farmakokinetiko midazolama, ki se presnavlja s citokromom P450 3A4 (CYP3A4). To kaže, da denosumab ne bi spremenil farmakokinetike zdravil, ki se presnavljajo s CYP3A4. **Kliničnih podatkov o sočasni uporabi denosumaba in hormonskega nadomestnega zdravljenja (estrogena) ni, vendar je možnost farmakodinamičnih medsebojnih delovanj predvidoma majhna. Po izsledkih študij, opravljene pri prehodu z alendronatom na denosumab, predhodno zdravljenje z alendronatom pri ženskah po menopavzi z osteoporozo ni spremenilo farmakokinetike in farmakodinamike denosumaba. **NEŽELJENI UČINKI:** Zelo pogosti: bolečina v okolišnji mišičnoskeletni bolečina. Pogosti: okužba zgornjih dihal, šišec, zaprtost, nelagodje v trebuhu, izgubljanje telesne teže, alopecija. Občasni: divertikulitis, celulitis, okužba ušesa, z zdravilom povezana lichenoidna erucija. Redki: preobčutljivost na zdravilo, anafilaktična reakcija, hipokalcemija, osteonekroza čeljustnice, atipični zlomi stegenice. Zelo redki: preobčutljivostni vaskulitis. Pogostost neznan: osteonekroza zunanjega slušnega kanala. **REŽIM IZDAJE:** Rp. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Nizozemska. **Dodatne informacije:** Amgen zdravila d.o.o., Ameriška ulica 2, 1000 Ljubljana. **DATUM ZADNJE REVIZIJE BESEDILO:** Januar 2024. **DATUM PRIPRAVE INFORMACIJE:** September 2024.**

AMGEN®

12. Mariborski kongres družinske medicine skozi drugačne oči

Ksenija Tušek-Bunc

12

Nasmehnila sem se, ko me je moja pacientka, vedoželjna, široko izobrazena in kultivirana gospa prosila, če bi se smela udeležiti našega kongresa. Moja prva misel je bila, pa kaj ji bo to. Ampak, zakaj pa ne, tako ali tako si bo zadnji trenutek premislila. Pa si ni in to pot namesto svojega videnja kongresa, ki ga z veliko ljubeznijo in predanostjo organiziram in vodim že vrsto let, predstavljam naš kongres tako, kot ga je doživela omenjena gospa.

Draga moja zdravnica, iskrene čestitke za odlično organizacijo in vodenje kongresa! Iskrene čestitke za dobro premišljen, širok izbor strokovnih tem z izjemnimi strokovnjaki – predavateljicami in predavatelji!



Svetovno znana klimatologinja Lučka Kajfež Bogataj.

Iskrene čestitke za perfekten zbornik predstavljenih tem! Opravili ste ogromno – veliko delo! Globok poklon!

Odzivi vaših stanovskih kolegic in kolegov so izražali spoštovanje in hvaležnost za izjemen angažma, ki ste ga vložili ter zadovoljstvo nad temami in predlogi konkretnih rešitev, ki jim bodo koristile pri njihovem delu. Verjamem tudi, da bodo učno gradivo s spoštovanjem in hvaležnostjo uporabljali tudi zdravniki drugih specialnosti in predvsem študentje. In verjamem tudi, da tak kongres zdravniki družinske medicine potrebujejo in da se zato 13. Mariborski kongres družinske medicine mora zgoditi:

- Ker so zdravniki družinske medicine temeljni kamen medicine! Ker so prvi, ki obravnavajo človeka celostno in se prvi odločajo o njegovem poteku zdravljenja. In ker se zgodbe bolnikov zaokrožijo pri njihovih izbranih zdravnikih, ker zdravniki svoje bolnike poznajo, ker so jim dosegljivi in na razpolago brez odloga ali napotnic takrat, ko jih najbolj potrebujejo.
- Ker na takšnem kongresu, ki zasleduje premišljen multidisciplinarni pristop, dobijo zdravniki družinske medicine v najkrajšem možnem času in na enem mestu potrebne informacije, ki jih morajo sicer nujno iskati z zamudo in na različnih mestih.
- Ker ima takšen kongres dvojno korist, saj je povezovalni člen med zdravniki kliničnih specialnosti in zdravniki družinske medicine. Na njem zdravniki specialisti lahko na enem mestu izvedo za dileme, s katerimi se zdravniki družinske medicine dnevno soočajo.



Letošnje leto je kongres podprlo zares veliko razstavljalcev.

In kaj je pomenil kongres meni kot laiku, človeku z druge galaksije?

- Privilegij in hvaležnost, da sem lahko bila zraven. Hvala vam, draga moja zdravnica, izjemna, močna in vsega spoštovanja vredna profesorica!

Teme so mi postajale z vsakim naslednjim vsebinskim sklopom vse bolj zanimive, tako da sem vse z radovednostjo in veseljem spremljala do konca. Resda nisem razumela vseh strokovnih izrazov, a bistvo sem razumela! Imam pa učno gradivo in si bom gotovo vse prebrala in neznane izraze poguglala. Ker me enostavno zanima!

- Veliko novega in zanimivega sem izvedela!
- Opazovala sem ljudi in njihove reakcije. Krasni ljudje! Opazovala sem, seveda, tudi vas. Razen na začetku, ko ste zares brez vsake potrebe pokazali svojo notranjo krhkost, ste delovali močno, strokovno, samozavestno. Hkrati ste delovali tudi optimistično, srčno, lepo ste pohvalili izvajalce. Občudovanja vredno! In ja, bili ste tudi vrhunsko urejeni, lepi in mladi!
- Na tem kongresu sem se tudi do kraja zavedla, kako ključno je imeti kompetentnega osebnega zdravnika in kako privi-legirana in hvaležna sem, ker jaz takega zares imam!
- Ob naštevanju kritičnih primerov in možnosti tragičnih izhodov, posebej pri rizičnih skupinah nad 60 let, pa sem se počutila prav srečno in blagoslovljeno, da se meni (še) ni treba ubadati z resnimi zdravstvenimi težavami. Hvala, hvala, veselje – božanska energija in moja zdravnica, da bdite nad mano!

13



Skupinska slika s študentkami MFUM od leve proti desni: Nuša Lukinovič, Mirjam Grebenc, Ksenija Tušek Bunc, Julija Kandler (Medicinska fakulteta Univerze Split).

- Omemba možnosti klinike družinske medicine me je tudi prevzela. Res si ne predstavljam, kakšna konkretno naj bi bila njena funkcija, a kot laiku na tem področju se mi zdi, da bi bila klinika med drugim tudi povezovalni člen med zdravniki družinske medicine, zdravniki specialisti drugih kliničnih usmeritev, da bi omogočala tekoče seznanjanje družinskih zdravnikov z novostmi v diagnostiki in zdravljenju ter reševala dileme, s katerimi se soočajo zdravniki specialisti družinske medicine pri vsakdanji praksi.
- V zvezi z vašo odlično predstavitvijo Zakona o dolgotrajni oskrbi ter dilemah v zvezi z njim se sprašujem, ali je možno določena odprta vprašanja še zapreti do končne uveljavitve pravic, t. j. do 1. decembra 2025. In ali niste ravno vi prava oseba, ki bi zakonodajalcu razjasnili te dileme in na ta način pomagali izboljšati ZDOsk-1?

Pa še to: opazila sem tudi nedosledno pisanje naziva kongresa: 12. mariborski kongres družinske medicine vs. 12. Mariborski kongres družinske medicine. Pravilno je 12. Mariborski kongres družinske medicine, ker gre v tem primeru za lastno in ne za obče ime. Mariborski kongres družinske medicine je namreč samo eden: točno se ve, za kateri kongres gre, kdo ga je ustanovil, kje, kdaj, kdo ga vodi.

Draga moja zdravnica, hvala še enkrat za ta uvid in priložnost biti zraven. Bodite dobro.

Zvezdana Marija Kompara

Kaj naj dodam k temu? Ali je sploh treba kaj dodati? Tudi zaradi vsega zapisanega velja vztrajati, vsemu navkljub ... Na svidenje torej v letu 2026!

Specialistične naloge iz družinske medicine v letu 2024

Zalika Klemenc Ketiš

Specialistična naloga je zaključno delo specializantov in specializantk družinske medicine, ki predstavlja pomemben del njihovega strokovnega izobraževanja in usposabljanja. Gre za nalogo, ki omogoča poglobljeno raziskovanje specifičnih tem znotraj področja družinske medicine, s čimer specializanti razvijajo strokovno znanje in sposobnosti za samostojno in kakovostno obravnavo pacientov.

V letu 2024 je specialistično nalogo uspešno zaključilo in predstavilo 36 specializantk in specializantov družinske medicine. Med njimi so številni, ki so že opravili specialistični izpit in se tako podajajo na pot samostojnega dela v praksi. Teme nalog še vedno pokrivajo širok spekter področij, ki so ključna za sodobno družinsko medicino.

Spodaj so prikazane teme specialističnih nalog in njihovi mentorji. Ta pregled jasno kaže, kako raznolika in široka je obravnava pacientov v družinski medicini, ki vključuje tako fizične kot tudi duševne vidike zdravja, pa tudi pomembne družbene in etične izzive, s katerimi se zdravniki srečujejo v vsakdanji praksi.

Avtoricam in avtorjem nalog ter njihovim mentoricam in mentorjem ob tej priložnosti iskreno čestitamo za dosežke in uspešno zaključene naloge, ki so temelj za njihov nadaljnji razvoj kot strokovnjakov na področju družinske medicine.

Specialistične naloge v letu 2024:

Validacija slovenske verzije vprašalnika patient-practitioner orientation scale – PPOS

Aljaž Gostinčar, mentorica: Davorina Petek

Dostopnost družinskih zdravnikov v Zdravstvenem domu Slovenske Konjice v času epidemije COVID-19

Primož Plohl, mentorica: Staša Vodička

Ocena kakovosti pisnih zdravstvenih informacij za paciente na primeru platforme in sieme

Miha Mužič, mentorica: Zalika Klemenc Ketiš

Samozdravljenje simptomov okužbe spodnjih sečil pri bolnicah v družinski medicini

Darja Pušnik, mentorica: Suzana Kert

Trajanje bolniške odsotnosti zaradi bolečine v križu v ambulantah družinske medicine ZD Adolfa Drolca Maribor

Veronika Žganec Hrženjak, mentorica: Zalika Klemenc Ketiš

Neželeni učinki po cepljenju proti gripi – razlike med pričakovanimi in dejanskimi neželenimi učinki

Nina Kardoš Horvat, mentorica: Tonka Poplas Susič

Doseganje ciljnih vrednosti LDL-holesterola pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 v ambulanti družinske medicine v Zdravstvenem domu Ajdovščina

Manca Opeka, mentorica: Staša Vodička

Zdravila pri bolnikih s kroničnimi boleznimi

Laura Štefanič, mentorica: Eva Cedilnik Gorup

Primerjava obiska NMP pred in po razglasitvi epidemije Covid v ambulanti NMP ZD Izola

Julija Henigman, mentor: Rajko Vajd

Vpliv procesa deinstitucionalizacije uporabnikov centra za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) Črna na Koroškem na pogostost obiskov v splošni ambulanti CUDV Črna na Koroškem

Urška Plemen, mentorica: Tina Vrtič

Koliko informacij si pacienti zapomnijo in ali opolnomočenje pacienta prispeva k večji količini zapomnjenih informacij

Aljaž Vesenjaj, mentorica: Eva Cedilnik Gorup

Validacija vprašalnika OAB-V3 v slovenščini in prevalenca sindroma prekomerno aktivnega sečnega mehurja na območju Šaleške doline

Nejc Jemec, mentorica: Eva Cedilnik Gorup

Povezanost med osebnim odnosom zdravnika družinske medicine do jemanja protibolečinskih zdravil in pogostostjo predpisovanja pacientom

Bernarda Javornik, mentor: Aleksander Stepanović

Življenjski slog in identifikacija dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni med mladostniki v Koroški regiji

Maša Bohinec Krevh, mentorica: Tina Vrtič

Prepoznava in vodenje bolnikov z arterijsko hipertenzijo ter srčnim popuščanjem v ambulanti družinske medicine

Sanja Žašler Puconja, mentorica: Marija Petek Šter

Vpliv epidemije COVID-19 na urejenost krvnega tlaka pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo

Manca Bergant Baškovec, mentorica: Marija Petek Šter

Stališča študentov 6. letnika Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani o sprejemljivosti in izvajanju evtanazije

Klementina Bedenik, mentor: Janez Rifel

Uporaba e-kartona v Zdravstvenem domu Domžale

Karin Kregar, mentorica: Staša Vodička

Vpliv vključitve ZD Ormož v dispečersko službo zdravstva slovenije na naporitve na sekundarni nivo

Mateja Filipič, mentor: Matej Strnad

Pregled urejenosti sladkorne bolezni tipa 2 pri pacientih Zavoda RR med leti 2018-2021

Mojca Hafner Bizjak, mentorica: Nena Kopčavar Guček

Analiza dostopnosti do ambulante družinske medicine: presečna raziskava pilotskega vprašalnika za paciente

Polona Dolinar, mentorica: Davorina Petek

Obravnava odraslih oseb z zunajbolnišnično pljučnico v ambulanti zdravnika družinske medicine

Jelena Marin, mentorica: Suzana Kert

Obravnava bolnika s KOPB v ambulanti družinske medicine

Lea Šemrl, mentorica: Davorina Petek

Izvajanje družinskih sestankov v okviru paliativne oskrbe na primarnem nivoju

Mirjam Bajt, mentorica: Erika Zelko

Prevalenca sarkopenije pri starostnikih, zdravljenih v Zdravstvenem domu Medvode

Alenka Bahovec, mentorica: Milena Kovač Blaž

Izkušnje bolnikov s posvetom v ambulanti družinske medicine

Matija Novak, mentorica: Zalika Klemenc Ketiš

Fitoterapija v ambulanti zdravnika družinske medicine

Tina Klinar, mentor: Vojislav Ivetič

Presejanje anevrizme abdominalne aorte v ambulanti družinske medicine z uporabo obposteljne ultrasonografije

Andraž Arzenšek, mentorica: Vesna Homar

Prehranjevalne navade zaposlenih v ZD Škofja Loka

Ema Pintar, mentorica: Milena Kovač Blaž

Neodkrita osteoporoza pri bolnikih starih med 70 in 80 let v ambulanti družinske medicine

Nina Lorber, mentor: Dejan Kupnik

Vloga psihološke podpore pri zdravljenju bolnikov z depresijo

Mojca Novak, mentorica: Špela Mirošević

Analiza uporabe vrst zdravstvenih storitev v praksi zdravnikov družinske medicine

Marič Rem, mentorica: Tonka Poplas Susič

Astma in sočasne kronične bolezni v ambulantah družinske medicine

Aneta Nikolova, mentorica: Danica Rotar Pavlič

Stališča zdravnikov družinske medicine do dolgotrajnega bolniškega staleža

Mina Pirih, mentorica: Marija Petek Šter

Organizacija dela v ambulantah družinske medicine v zdravstvenih domovih v sloveniji času epidemije COVID-19

Alma Ibrakić, mentorica: Tonka Poplas Susič

Vpliv epidemije COVID-19 na predpisovanje sistemskih peroralnih antibiotikov v ambulantah družinske medicine v ZD Šiška

Ela Peterlin Horvat, mentorica: Milena Kovač Blaž

Ali smo pripravljeni na novo ero v zdravljenju debelosti?

Ana Ogrič Lapajne

Uvod

Debelost je kronična, prevalentna, kompleksna, progresivna in relapsirajoča bolezen, za katero je značilna abnormalna ali prekomerna telesna maščoba, ki škoduje zdravju. Priznavanje debelosti kot kronične bolezni je ključno za zagotavljanje ustrezne obravnave in zdravljenja. Bolezen je posledica kombinacije genetskih, presnovnih, nevrogenetskih in okoljskih dejavnikov (1).

Debelost je bolezen z veliko prevalenco v svetu in pri nas. Glede na Zdravstveni statistični letopis 2022, kjer je debelost vodena kot dejavnik tveganja, smo imeli v Sloveniji v letu 2020 prevalenco prekomerne telesne mase 39,2% (0,7% več kot leta 2016) in debelosti 19,5% (1% več kot leta 2016). Pri osebah s sladkorno boleznijo tipa 2 ima prekomerno telesno maso 43,3% oseb, debelost pa 38,6% oseb (2). Diagnozo debelosti ne postavimo več zgolj z antropometričnimi meritvami (indeks telesne mase (ITM), obseg pasu, razmerje med obsegom pasu in višino), ampak je potrebna tudi klinična ocena, ki upošteva trenutne in potencialne vplive na zdravje (zdravstvene, mehanske in psihološke) (3). Za natančnejšo klasifikacijo uporabljamo Edmontonsko lestvico debelosti, ki že upošteva tudi klinično oceno in je boljši napovednik za umrljivost v primerjavi z ITM ali obsegom pasu (1).

Obravnava

Obravnavo debelosti bi lahko razdelili na pet praktičnih korakov (1):

1. **Priznanje debelosti kot bolezni** s strani zdravstvenega delavca, ki naj

pridobi soglasje osebe z debelostjo, da ponudi nasvet in pomoč pri zdravljenju brez pristranosti. Ključno za zmanjšanje pristranosti, stigme in diskriminacije v zdravstvu je zavedanje zdravstvenih delavcev o svojem odnosu in vedenju do oseb z debelostjo. Zdravstveni delavci ne smemo domnevati, da so vse osebe z debelostjo pripravljene začeti zdravljenje. Pred pričetkom pogovora o zdravljenju debelosti je potrebno pridobiti soglasje osebe z debelostjo.

2. **Ocena** osebe z debelostjo z ustreznimi orodji ter identifikacija vzrokov, zapletov in ovir pri zdravljenju. Pri vseh odraslih osebah rutinsko merimo telesno višino, telesno maso in obseg pasu ter določimo ITM. Kljub omejitvam ITM ostaja uporabno presejalno orodje. Pri osebah z ITM med 25 in 30 kg/m² je pomembna tudi meritev obsega pasu, da določimo visceralno adipoznost. Za oceno vzrokov pridobivanja telesne mase je pomembna natančna anamneza in ocena fizičnih, duševnih in psihosocialnih ovir. V sklop ocene sodijo tudi klinični pregled, laboratorijska in slikovna diagnostika.

3. **Razgovor o načinu zdravljenja:** prehranska terapija in telesna aktivnost ter možnost psiholoških intervencij, farmakoterapije in metabolne kirurgije. Načrt zdravljenja mora biti individualiziran in naj naslovi vzroke ter podpre spremembo vedenja in ostale intervencije. Vse osebe, neodvisno od velikosti in sestave telesa, bi morale biti telesno aktivne. Izguba telesne mase in nato njeno vzdrževanje zahteva dolgoročno

zmanjšanje vnosa kalorij s hrano. Dolgoročna aderenza pri vzdrževanju zdravih prehranskih vzorcev temelji na prepoznavanju osebnih preferenc in vrednot in hkrati zadovoljuje prehranske potrebe posameznika ter sledi zastavljenim ciljem. Ob prehranskih spremembah so potrebne tudi druge terapevtske intervencije (psihološke, farmakoterapija, metabolna kirurgija), saj pride sicer zaradi prilagoditvenih mehanizmov v možganih, ki povečujejo apetit in lakoto, do ponovnega porasta telesne mase.

4. **Sprejetje dogovora glede ciljev zdravljenja,** predvsem glede na vrednost zdravstvenih intervencij za osebo z debelostjo.

Ker je debelost kronična bolezen, dolgoročno vodenje zahteva sodelovanje med osebo z debelostjo in zdravstvenim delavcem. Cilji morajo biti postavljeni z dogovorom in realistično, osredotočeni na osebo in trajnostni. Potrebno je nasloviti stigmato in stereotipe, ki telesno maso povezujejo z osebnim neuspehom ali uspehom in se osredotočiti na vedenjske spremembe, ki krepijo zdravje. Uspeh je potrebno definirati kot pozitivno spremembo vedenja, ki je neodvisna od velikosti ali telesne mase.

5. **Zavezanost** zdravstvenega delavca h kontinuiranemu sledenju, ponovnemu ocenjevanju in spodbujanju k zagovorništvu za zagotavljanje ustrezne oskrbe.

Za izboljševanje oskrbe oseb z debelostjo potrebujemo zagovorništvost. To vključuje izobraževanje zdravstvenih delavcev,

enkrat tedensko
mounjaro[®]
injekcija tirzepatida

ZDRAVILO MOUNJARO ZA OBVLADOVANJE TELESNE MASE

Pomagajte vašim bolnikom zmanjšati telesno maso v povprečju za 23,6 kg (22,5 %) z odmerkom 15 mg.^{1,*,†}



Inovativni mehanizem delovanja.^{1, 3, 4}



Izboljšanje kardiometaboličnih parametrov.²

Zdravilo Mounjaro ni indicirano za izboljšanje kardiometaboličnih dejavnikov tveganja. Kardiometabolični parametri so bili sekundarni opazovani dogodek kliničnega preskušanja SURMOUNT-1.



Dokazana učinkovitost na najnižjem vzdrževalnem 5 mg odmerku.¹



Znatno zmanjšanje telesne mase.¹

Izvedite več o zdravilu Mounjaro

SKENIRAJTE KODO



SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

▼ Za to zdravilo se izvaja dodatno spremljanje varnosti. Tako bodo hitreje na voljo nove informacije o njegovi varnosti. Zdravstvene delavce naprošamo, da poročajo o katerem koli domnevnem neželenem učinku zdravila. Glejte poglavje 4.8, kako poročati o neželenih učinkih. **IME ZDRAVILA:** Mounjaro 2,5 mg/5 mg/7,5 mg/10 mg/12,5 mg/15 mg raztopina za injiciranje v vialo; Mounjaro 2,5 mg/5 mg/7,5 mg/10 mg/12,5 mg/15 mg /odmerek KwikPen raztopina za injiciranje v napolnjenem injekcijskem peresniku. **Kakovostna in količinska sestava:** En napolnjen injekcijski peresnik vsebuje 2,5 mg/5 mg/7,5 mg/10 mg/12,5 mg/15 mg tirzepatida v 0,5 ml raztopine. Ena viala vsebuje 2,5 mg/5 mg/7,5 mg/10 mg/12,5 mg/15 mg tirzepatida v 0,5 ml raztopine. En injekcijski peresnik dostavi 4 odmerke po 2,5 mg/5 mg/7,5 mg/10 mg/12,5 mg/15 mg. **Terapevtske indikacije:** **Sladkorna bolezen tipa 2:** Zdravilo Mounjaro je indicirano za zdravljenje odraslih z nezadostno nadzorovano sladkorno boleznijo tipa 2 kot dodatek k prehrani in vadbi • kot monoterapija, kadar je metformin neprimeren zaradi intolerance ali kontraindikacij, • kot dodatek drugim zdravilom za zdravljenje sladkorne bolezni. **Obvladovanje telesne mase:** Zdravilo Mounjaro je indicirano kot dodatek k prehrani z zmanjšano kalorično vrednostjo in povečani telesni aktivnostjo za obvladovanje telesne mase, vključno z zmanjšanjem telesne mase in vzdrževanjem telesne mase, pri odraslih z začetnim indeksom telesne mase (ITM) ≥ 30 kg/m² (debelost) ali ≥ 27 kg/m² do < 30 kg/m² (čezmerna telesna masa) v prisotnosti vsaj ene pridružene bolezni, povezane s telesno maso (npr. hipertenzija, dislipidemija, obstruktivna spalna apneja, srčno-žilna bolezen, predstopnja sladkorne bolezni ali sladkorna bolezen tipa 2). **Odmerjanje in način uporabe:** **Odmerjanje:** Začetni odmerek tirzepatida je 2,5 mg enkrat na teden. Po 4 tednih je treba odmerek povečati na 5 mg enkrat na teden. Po potrebi se odmerek lahko povečuje v korakih po 2,5 mg po vsaj 4 tednih na določenem odmerku. Priporočeni vzdrževalni odmerki so 5 mg, 10 mg in 15 mg. Največji odmerek je 15 mg enkrat na teden. Prilagajanje odmerka a podlagi starosti, spola, rase, etnične pripadnosti ali telesne mase, pri bolnikih z okvaro ledvic, vključno s končno ledvično odpovedjo (ESRD – End-Stage Renal Disease) in pri bolnikih z okvaro jeter ni potrebno. **Način uporabe:** Zdravilo Mounjaro se injicira subkutano v trebuh, stegno ali nadlaket. Odmerek se lahko aplicira kadar koli čez dan, z obrokom ali brez njega. Mesto injiciranja je treba pri vsakem odmerku zamenjati. Če si bolnik injicira tudi insulin, si mora zdravilo Mounjaro injicirati na drugo mesto injiciranja. **Važna:** Bolniki in njihovi skrbniki morajo biti pred uporabo zdravila Mounjaro usposobljeni glede tehnik subkutane injiciranja. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** **Akutni pankreatitis:** Tirzepatida niso preučevali pri bolnikih z anamnezo pankreatitisa in ga je treba pri takih bolnikih uporabljati previdno. Pri bolnikih, zdravljenih s tirzepatidom, so poročali o akutnem pankreatitisu. Bolnike je treba seznaniti s simptomi akutnega pankreatitisa. **Hipoglikemija:** Pri bolnikih, ki prejemajo tirzepatid v kombinaciji s sekretagogom insulina (npr. sulfonilsečnino) ali insulinom, lahko obstaja povečano tveganje za hipoglikemijo. **Gastrointestinalni učinki:** Tirzepatid je povezan z gastrointestinalnimi neželenimi učinki, ki vključujejo navzeo, bruhanje in drisko. Ti neželeni učinki lahko privedejo do dehidracije, ta pa do poslabšanja delovanja ledvic, vključno z akutno ledvično odpovedjo. Bolnike, zdravljene s tirzepatidom, je treba seznaniti z morebitnim tveganjem za dehidracijo zaradi gastrointestinalnih neželenih učinkov in ukrepati v smislu preprečevanja izgube tekočine in motenj elektrolitov. **Huda gastrointestinalna bolezen:** Tirzepatida niso preučevali pri bolnikih s hudo gastrointestinalno boleznijo, vključno s hudo gastroparezo, in ga je treba pri takih bolnikih uporabljati previdno. **Diabetična retinopatija:** Tirzepatida niso preučevali pri bolnikih z proliferativno diabetično retinopatijo, ki zahteva akutno zdravljenje, proliferativno diabetično retinopatijo ali diabetičnim makularnim edemom in ga je treba pri takih bolnikih uporabljati previdno in v ustreznim spremljanjem. **Aspiracija v povezavi s splošno anestezijo ali globoko sedacijo:** Pri bolnikih, ki so prejeli agoniste receptorja GLP-1, ki so bili izpostavljeni splošni anesteziji ali globoki sedaciji, so poročali o primerih pljučne aspiracije. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij:** Tirzepatid upočasni praznjenje želodca, zato bi lahko vplival na hitrost absorpcije sočasno danih peroralnih zdravil. Na podlagi rezultatov študije s paracetamolom, ki je bil uporabljen kot modelno zdravilo za ovrednotenje učinka tirzepatida na praznjenje želodca, se ne pričakuje, da bi bilo treba prilagoditi odmerek večine sočasno danih peroralnih zdravil. Priporočljivo pa je spremljanje bolnikov, ki prejemajo peroralna zdravila z ozkim terapevtskim indeksom (npr. varfarin, digoksin), zlasti ob uvedbi zdravljenja s tirzepatidom in po povečanju odmerka. **Neželeni učinki:** Zelo pogosti hipoglikemija ob uporabi skupaj s sulfonilsečnino ali insulinom, navzea, driska, bolečina v trebuhu, bruhanje, zaprtje. **Pogosti preobčutljivostne reakcije,** hipoglikemija ob uporabi skupaj z metforminom in SGLT2i, pomanjkanje apetita, omotica, hipotenzija, dispepsija, napihnjost trebuha, spahovanje, flatulenca, gastroezofagealna refluksna bolezen, izpadanje las, utrujenost, reakcije na mestu injiciranja, zvišanje srčnega utripa, zvišana vrednost lipaze, zvišana vrednost amilaze, zvišana vrednost kalcitonina v krvi. **Občasni hipoglikemija** ob uporabi skupaj z metforminom, zmanjšana telesna masa, holelitiaza, holecistitis, akutni pankreatitis, bolečina na mestu injiciranja, disgevizija. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Nizozemska **Datum zadnje revizije besedila:** 01.09.2024 **Režim izdaje:** Rp – Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. Samo za strokovno javnost.

*15 mg odmerek v primerjavi z -2,4 kg (-2,4 %) pri placebo, vključno z dieto z zmanjšanim vnosom kalorij in povečano telesno aktivnostjo.¹

[†]Efficacy estimand, MMRM analiza, mITT populacija (nabor za analizo učinkovitosti).²

GIP = od glukoze odvisni inzulintropni polipeptid; GLP-1 = glukagonu podoben peptid-1; mITT = modified intent-to-treat; MMRM = mixed model for repeated measures.

Prosimo, preberite si celotni povzetek glavnih značilnosti zdravila Mounjaro.

Reference: 1. Zadnji odobreni povzetek glavnih značilnosti zdravila Mounjaro. 2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038. 3. SF Alqifari et al. Practical guide: Glucagon-like peptide-1 and dual glucose dependent insulinotropic polypeptide and glucagon-like peptide-1 receptor agonists in diabetes mellitus. *World J Diabetes* 2024 March 15; 15(3): 331-34. 4. ATC/DDD Index, dostopano 24.9.2024.

Lilly A MEDICINE COMPANY

Eli Lilly farmacevtska družba, d.o.o., Dunajska cesta 167, 1000 Ljubljana, telefon 01 / 580 00 10, faks 01 / 569 17 05
PP-TR-SI-0113, 20.12.2024, samo za strokovno javnost.

da lahko nudimo učinkovito, na dokazih temelječe zdravljenje. Potrebno je podpreti tudi določitev ustreznih virov za izboljšanje dostopnosti do vseh intervencij zdravljenja.

Stigma kot (sistemska) ovira pri zagotavljanju oskrbe

Osebe, ki živijo z debelostjo, se tako v vsak-danjem življenju kot pri stiku z zdravstveno službo srečujejo s stigmatom, pristranostjo in diskriminacijo. Stigma debelosti predstavlja napačna prepričanja in stereotipe, povezane s povečano telesno maso, na primer prepričanje, da so osebe z debelostjo nekompliantne in torej strategije zdravljenja ne bodo uspešne. To prepričanje lahko vodi k temu, da se osebi zdravljenja niti ne ponudi, kar pa že lahko predstavlja diskriminacijo (4). Zunanja stigma lahko preko ponotranjene stigme ali pa direktno vpliva na biopsihosocialne izide zdravljenja, kot sta povečano tveganje za motnje hranjenja in slabša samopodoba. Posledično se poveča tudi tveganje za fiziološko disregulacijo (povišani hormoni stresa in vnetje), prisotnih je več simptomov depresije, anksioznosti, samomorilnih ideacij ter izogibanja telesni vadbi (5).

Posledice stigme so poleg slabših zdravstvenih izidov (neodvisno od indeksa telesne mase) še neenakosti v razmerjih in manj priložnosti v izobraževanju in zaposlitvi (slabše plačilo, manj možnosti za napredovanje, negativni stereotipi o lenobi, nesposobnosti itd.) (4). Osebe z debelostjo pri stiku z zdravstvom poročajo o doživljanju stigme pri verbalni in neverbalni komunikaciji in imajo težave z zagotavljanjem ustrezne oskrbe. Njihovih težav ne obravnavamo resno oz. vse težave pripisujemo debelosti, ocenjujemo jih le na podlagi biometričnih meritev. Opisujejo pa tudi sistemske ovire, ki preprečujejo dostopnost do ustrezne oskrbe (6). Za zdravstvene delavce je pomembno, da se zavedamo lastnega odnosa in vedenja do oseb z debelostjo, da se izobražujemo, saj se prepričanja največkrat vzpostavijo že pred vstopom v poklic. Med obravnavo oseb z debelostjo je pomembna tudi ocena njihove ponotranjene stigme in priprava ustrezne strategije za spopadanje z njo (to je lahko del vedenjskih ukrepov pri vedenjsko-kognitivni terapiji). Tudi odločevalci o zdravstvenih politikah morajo oceniti svoj lastni odnos in prepričanja o debelosti, izogibati se morajo uporabi

stigmatizirajočega jezika in slik ter sklepanju, da bo ali da mora zdravo vedenje voditi v spremembo telesne mase. (4)

Za zaključek

Zdravniki govorimo o debelosti zaradi velike neizpolnjene potrebe pri zdravljenju in v preteklih letih velikokrat tudi zaradi občutka nemoči, ker svojim pacientom nismo mogli učinkovito in dolgoročno pomagati (razen z metabolno kirurgijo). V zadnjih letih pa postajamo zdravniki vseh ravni in specialnosti vse bolj tudi zagovorniki oseb, ki imajo bolezen debelost in potrebujejo dostopnost do intervencij, ki temeljijo na medicinskih dokazih.

Ana Ogrič Lapajne, dr. med., spec. int. med., Internistična ambulanta, ZD Idrija

Članek je omogočilo podjetje Eli Lilly d.o.o., PP-TR-SI-0104, datum priprave informacije 11. 12. 2024, samo za strokovno javnost.

Obravnava bolnikov s sumljivimi kožnimi lezijami v družinski medicini

Danica Rotar Pavlič

Uvod

V družinski medicini je v okviru obravnav potrebno najprej poudariti vlogo preprečevanja kožnega raka in pomen zdravstvene vzgoje, ki temelji na izogibanju soncu in drugih ukrepih. Druga, pomembna vloga zdravnika družinske medicine, je zgodnje obvladovanje kožnega raka, ki je povezana z zgodnjo diagnozo. Ključna vloga tiči vdejstvu, da večina pacientov ne bo sama začela samoplačniškega posveta v dermatološki ambulanti. Po drugi strani je literatura o tem, kako zdravniki družinske medicine obravnavajo bolnike s sumljivo kožno spremembo ter jih napotijo k specialistom dermatologom, pičila (1). Podatke o tem, kakšen je delež oseb s sumljivimi kožnimi lezijami, ki obiščejo zdravnike družinske medicine, je v Sloveniji težko vrednotiti, saj se »skrivajo« med diagnozami skupine L (bolezni kože in podkožja), C (neoplazme) in R (simptomi, znaki ter nenormalni izvidi, neuvrščeni drugje). Kožne bolezni so v raziskavi Verhoevena in sodelavcev predstavljale 12,4 % vseh bolezni, ki so jih obravnavali zdravniki družinske medicine. Bolniki z obsežnejšo kožno boleznijo, večjo srbečico in slabšo kakovostjo življenja, povezano z boleznijo, so največkrat uporabljali zdravstvene storitve. Te ugotovitve so v skladu z ugotovitvami, ki veljajo za druge kronične bolezni (2). V francoski raziskavi so ugotovili, da je bil delež obravnav oseb s kožnim rakom le 0,7 % vseh zdravstvenih obiskov. Kadar so bolniki potrebovali obravnavo težave, povezane s kožnim rakom, je to bolj verjetno sprožil zdravnik kot bolnik (70,7 % v primerjavi z 29,3 %; $p < 0,001$).

V primerjavi z obiski, ki obravnavajo druge zdravstvene težave, so težave s kožnim rakom zahtevale pomembno več postopkov (3,7 proti 2,5; $p < 0,001$). Obravnave so trajale 1 minuto in 20 sekund dlje v primerjavi z ostalimi. Bolniki s težavami zaradi kožnega raka so bili pogosteje napoteni k specialistu kot bolniki, ki so se posvetovali zaradi drugih zdravstvenih težav (39,0 % proti 12,1 %; $p < 0,001$). Raziskava je pokazala diskrepanco med veliko razširjenostjo kožnega raka in nizko stopnjo obiskov v družinski medicini (1).

KLINIČNA POT

Za področje družinske medicine pogrešamo priporočila za obravnavo oseb s sumom na kožnega raka, ki bi vodila in opredeljevala postopke obravnave pri izbranih zdravnikih, opredelila kriterije napotitev in kontrolnih pregledov, opredeljevala področje bolniškega staleža ter dolgotrajne oskrbe po zazdravitvi. Primarna raven ima zagotovo pomembno vlogo v prosvetljevanju in preventivnih ukrepih. Med preventivne ukrepe za preprečevanje melanoma uvrščamo zaščito kože pred UV-sevanjem (ustrezna oblačila, pokrivala, sončna očala, nanos zaščitnih krem, ki ščitijo pred UV-žarki A in B, izogibanje soncu med 10. in 16. uro), neuporaba solarijev in redno (samo) pregledovanje kože. Tudi samopregledovanje je izjemnega pomena, saj približno 75 % primerov melanoma odkrijejo bolniki sami ali njihovi bližnji. Ljudje, ki imajo več kot 50 melanocitnih nevusov oz. ljudje, pri katerih smo odkrili atipične melanocitne nevuse, potrebujejo redne

letne kontrolne preglede pri dermatologu. Zgodnje prepoznavanje melanoma je ključni dejavnik za boljši izid zdravljenja in zmanjšanje umrljivosti zaradi melanoma. V primerjavi z drugimi raki lahko melanom na koži prepoznamo oz. nanj posumimo s popolnoma neinvazivnim pristopom. Diagnozo melanoma postavimo na osnovi anamneze, kliničnega ter dermatoskopskega pregleda in histopatološke preiskave. Fenomen »grde račke« uporabljamo za vrednotenje tvorbe na koži, ki se po lastnostih (barva, oblika, robovi, velikost) pomembno razlikuje od ostalih sprememb na koži (3). Leta 2010 smo v slovenščini dobili Smernice in klinično pot za obravnavo bolnikov z melanomom, ki so jih objavili Hočevar in sodelavci. V diagnostičnem postopku za suspektno pigmentno lezijo je svetovana diagnostična ekscizija (2–5 mm), ki jo lahko opravi dermatolog, splošni kirurg, plastični kirurg ali kirurg onkolog (4). Leta 2024 so bila drugič objavljena Priporočila za obravnavo bolnikov z melanomom kože, ki izpostavijo vlogo zgodnjega prepoznavanja melanoma, kar je ključni dejavnik za boljši izid zdravljenja in zmanjšanje umrljivosti zaradi kožnega melanoma. V primerjavi z drugimi raki lahko melanom na koži prepoznamo oz. nanj posumimo s povsem neinvazivnim pristopom. Diagnozo melanoma postavimo na osnovi anamneze, kliničnega ter dermatoskopskega pregleda in histopatološke preiskave. Pri kliničnem pregledu iskanja sumljivih lezij si pomagamo s pregledom kože celega telesa in medsebojno primerjavo različnih lezij (5).

Literatura

- Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020;192(31):E875-E891. doi:10.1503/cmaj.191707
- <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022>
- Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med*. 2024;30(9):2395-2399. doi:10.1038/s41591-024-03095-3
- Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020;192(31):E875-E891. doi:10.1503/cmaj.191707 Dostopno na: <https://obesitycanada.ca/guidelines/>
- Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, de la Piedad Garcia X. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2022;46(1):1-9. doi:10.1038/s41366-021-00982-4
- Ryan L, Coyne R, Heary C, et al. Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: A qualitative evidence synthesis. *Obes Rev*. 2023;24(10):e13606. doi:10.1111/obr.13606

Na področju izobraževanja je za zdravnike na primarni ravni izjemnega pomena takoimenovana Melanomska šola (6). Za zdravnike družinske medicine je pomembno, da poznamo glavne razloge zakasnelega prepoznavanja, in sicer:

- neprepoznavanje suspektne vzbrsti na koži (melanom je v zgodnjem stadiju bolezni pogostokrat podoben melanocitnemu nevasu ali drugi benigni kožni vzbrsti);
- zanikanje sicer opažene suspektne vzbrsti s strani bolnika;
- genetska heterogenost melanomov narekuje tudi pojav redkejša, a hitro rastoča (do 0,5 mm na mesec) nodularne oblike melanoma;
- nezadostna in nepravilna zdravstvena oskrba.

Pri oceni tveganja za kožni melanom naj bo izbrani zdravnik posebej pozoren na starost bolnika, anamnezo predhodnega melanoma ali nemelanomskega raka kože, število, videz in velikost melanocitnih nevasov (»navadnih« in atipičnih), podatkih o melanomu, raku trebušne slinavke v družini, pigmentaciji kože in las, reakciji kože na sončne žarke (sončna opekline),

prisotnost znakov kronične aktinične poškodbe kože (solarni lentigo, aktinične keratoze), imunosupresiji. Po mednarodnih priporočilih sum na melanom kože predstavljajo pigmentirana ali nepigmentirana hitro rastoča vzbrst na koži (npr. novonastala papula, nodus ali razjeda, ki se ne zaceli v nekaj tednih), prepoznavanje suspektne kožne vzbrsti na podlagi atipičnih kliničnih znakov po pravilu ABCD. Melanom je navadno nesimetričen (A), neostro omejen (B), večih, nehomogenih barv (C) in v premeru večji od 6 mm (D). Pri osebah z večjim številom melanocitnih nevasov priporočajo uporabo pravila »znak grdega račka«, kjer za melanom sumljivo vzbrst opredelimo najbolj izstopajočo vzbrst, ki se razlikuje od drugih vidnih vzbrsti na koži.

Po priporočilu Razširjenega konzilija za dermatovenerologijo je pri sumu na melanom potrebno zagotoviti nadaljnjo diagnostiko (s strani dermatologa) v 14 dneh (stopnja nujnosti 1 ali 4 se določi glede na dolžino čakalne dobe v regiji), pri klinično ali dermoskopsko potrjenem melanomu se izvede celoten izrez suspektne vzbrsti najkasneje v 4 tednih.

V skupini nemelanomskega kožnega raka je bazalnocelični karcinom pri svetlopoltem prebivalstvu najpogostejši in obenem tudi najpogostejši med vsemi vrstami raka tako po svetu kot v Sloveniji. Njegova incidenca raste. V skupini kožnih rakov predstavlja bazalnocelični karcinom približno 75 % delež. Priporočila za obravnavo bolnika z bazalnoceličnim karcinomom omenjajo tudi izbranega zdravnika, in sicer: »Ob imunski oslabeledosti in dednih sindromih z bazalnoceličnim karcinomom je potrebno spremljanje na 3–6 mesecev vse življenje, ki ga izvaja dermatovenerolog ali izbrani zdravnik, za kar se odločamo individualno. Bolnike po zaključenem zdravljenju bazalnoceličnega karcinoma spremljata dermatolog ali izbrani zdravnik. Kadar je tveganje za lokalno ponovitev in nastanek novega primarnega bazalnoceličnega karcinoma majhno, bolnika lahko spremlja tudi izbrani zdravnik vsaj enkrat na leto 3–5 let. Pri lokalno napredovali in metastatski bolezni mora biti sledenje bolnika multidisciplinarno in časovno prilagojeno posamezniku« (7).

Ploščatocelični rak kože je pogosta oblika nemelanomskega kožnega raka, za katerega je značilna maligna proliferacija epidermalnih keratinocitov. Ločimo *in situ* obliko bolezni (Mb. Bowen) ter invazivne tumorje. Vemo, da je v Sloveniji nemelanomski kožni rak najpogostejši med vsemi raki. Število obolelih se vsako leto poveča za 3 %. Zbolijo predvsem starejši. V skupini starejših od 80 let zbolijo za tem rakom 650 oseb na 100.000 prebivalcev. Dejstvo je, da so starejši bolniki največkrat obravnavani prav v družinski medicini, zato bi bilo smiselno tudi za ta nivo zdravstvene obravnave sprejeti priporočila. Zdravnik družinske medicine je v dokumentu Ploščatocelični rak kože, priporočila za zdravljenje, omejen enkrat, in sicer: »Kirurško zdravljenje omejenega cSCC lahko opravi družinski zdravnik, dermatolog, kirurg, otorinolaringolog, oftalmolog. V primeru lokalno, loko-regionalno in metastatsko napredovale bolezni pa je potrebno bolnika predstaviti na multidisciplinarnem Konziliju za kožne rake« (6).



Slika 2. Bazalnocelični karcinom na obrazu.

Tudi pri obravnavi bolnikov z nemelanomskim kožnim rakom se je izvrstno izkazala Šola o melanomu, v okviru katere so predstavljeni tudi nasveti za nemelanomski kožni rak (8). Kot je priporočeno, naj bodo zdravniki družinske medicine in njihovi pacienti posebej pozorni na nekaj mesecev prisoten eritroskvamozni plak, ki se počasi veča, več mesecev prisotna razjeda, ki se ne celi, hiperkeratotične lezije z infiltriranimi robovi na aktinično okvarjeni koži, verukoidno, hitro rastočo lezijo na kronično vneti koži, kronični rani ali sluznicah, solitarno, nodularno, rožnato biserno lezijo. Pred napotitvijo laboratorijske preiskave niso potrebne. Zgodnje zdravljenje zajema lokalne načine zdravljenja – operacijo, obsevanje, zmrzovanje, lasersko ablacijo ... Vse bolnike po diagnosticiranem nemelanomskem kožnem raku je smiselno pregledati vsaj enkrat v obdobju 3 do 6 mesecev po zdravljenju. Ob pregledu ocenimo pooperativno rano, tipamo regionalne bezgavke in opravimo celotni pregled kože telesa. Doživljenjsko spremljanje bolnikov v večini zdravstvenih sistemov ni mogoče, zato je priporočljivo individualno spremljanje zgolj visokorizičnih bolnikov (pri dermatologu) na 6 do 12 mesecev prvih 3 do 5 let.

PRAKSA

Omenili smo že različne metode za izboljšanje sposobnosti zdravnikov za diagnosticiranje melanoma, vključno z uporabo diagnostičnih kontrolnih seznamov, kot je

ABCD. Nedvoumno je, da izbrani zdravniki v zvezi z zgodnjim odkrivanjem, napotovanjem in zdravljenjem kožnih rakov niso homogena skupina. Več dejavnikov vpliva na odločitve. Dejavniki na ravni zdravstvenega sistema vključujejo dostopnost do izbranega zdravnika, do diagnostičnih metod in razpoložljivosti specialistov dermatologov ter ostalih vključenih specialistov. Dejavniki na ravni izobraževanja so povezani tudi s spodbudami lokalnih ustanov in z zanimanjem za posebna znanja s področja kožnega raka. Pri nekaterih zdravnikih se pojavljajo pomisleki glede morebitne napačne diagnoze (9). Izbrani zdravniki poročajo o izzivih pri določanju praga za veliko tveganje melanoma. Nekateri pri tem uporabljajo predvsem intuitivne procese, drugi analitične postopke za prepoznavanje glavnih dejavnikov tveganja melanoma ali skupnega števila dejavnikov tveganja melanoma z moderiranjem z zaščitnimi faktorji. Veliko zdravnikov uporablja subjektivno klinično presojo za oceno tveganja bolezni (10). Metzger je že leta 1998 opisal, da je bila diagnostična zamuda pri polovici bolnikov zdiagnozo melanom posledica začetnih diagnostičnih napak. V večini primerov so napačno klinično diagnozo postavili nedermatologi. V študiji Gillijeve in sodelavcev je bil povprečni čas za obisk pri zdravniku od pojava simptomov dalje 29,54 meseca. Povprečni čas za napotitev s primarne ravni h kliničnemu specialistu je znašal 1,35 meseca. Dejavniki, ki so pripomogli k hitrejši diagnozi, pa so bili lezija po Breslowu (>1 mm), rast lezije, razpon dohodka ($\leq 1,5$ minimalne plače), poklic in kajenje (11).

V nemški študiji je bil glavni dejavnik zamude na strani pacientov. Skoraj tretjina (29,2 %) vseh bolnikov je poročala o časovnem presledku, daljšem od 12 mesecev, od začetka opazovane spremembe pigmentne lezije ali prvega odkritja pigmentne lezije do prvega obiska pri zdravniku. Čas od prvega obiska zdravnika do kirurškega zdravljenja je bil pri večini naših bolnikov (74,7 %) krajši od

enega mesca. Prevladujoči znaki melanoma, ki so jih odkrili bolniki, so bili sprememba barve in povečanje velikosti ali višine lezije. Večina bolnikov je o kožnih melanomih izvedela iz televizije in revij. Zamuda pri diagnozi in zgodovina številnih sončnih opeklin ter aktivnosti v prostem času na prostem niso bile povezane z večjo debelino tumorja. Vendar so bili svetlejši tipi kože, nižja stopnja izobrazbe in pomanjkanje znanja o kožnem melanomu povezani z večjo debelino tumorja (12).

V Sloveniji bolniki prihajajo k izbranim zdravnikom na pregled kože takrat, ko na koži opazijo sumljivo znamenje. Rednih presejalnih pregledov kože v ambulantah družinske medicine ne opravljamo. Bolniki, ki precenijo, da potrebujejo pregled kože, so pogosto izpostavljeni velikemu tveganju in imajo sumljivo kožno spremembo. Vse več pa je tudi tistih, ki so zaskrbljeni zaradi objav v medijih in želijo splošni pregled znamenj ter napotitev k dermatologu, kljub temu, da nimajo suspektnih sprememb. Velikokrat se zgodi, da izbrani zdravnik v okviru pregleda zaradi drugih simptomov (na primer pri avskultaciji pljuč) opazi sumljivo kožno spremembo. Pri napotitvah so še vedno največje ovire dolge čakalne dobe, ki pogosto presegajo najdaljši dovoljeni čas do pregleda. Nekaj zamud pa je tudi na strani pacientov, ki npr. na napotnico ali termin obravnave pozabijo in pridejo po novo. Med čakanjem na poseg (ekscizijo) nekateri bolniki izvajajo samozdravljenje z različnimi pripravki in si s tem lahko poslabšajo stanje. S težavami se srečujemo tudi na prevezah ran po eksciziji, saj se nekateri bolniki ne držijo priporočil operaterja in pri njih prihaja do pogostejših zapletov. Mnogi bolniki potrebujejo interpretacijo izvida histopatologije in ponovno razlago navodil kirurga. Po zdravljenju pa nekateri pozabijo, da si je potrebno kožo tudi naprej pregledovati. Če tim na primarni ravni nima dobro urejenih evidenc in bolnika ne opozarja na redno pregledovanje, se zgodi, da je rednih kontrol konec. Vse to bi morali poleg ožje



Slika 1. Maligni melanom na stegnu.

stroke opredeliti v priporočilih za primarno raven.

KOMUNIKACIJA

Komunikacija je en od ključnih načinov, s katerim pacienta pridobimo za preventivne ukrepe, samopregledovanje kože in zgodnje intervencije v družinski medicini. Izbrani zdravnik naj si prizadeva, da poišče primerne »učne trenutke«. Ti trenutki so, kadar se pacientov obisk nanaša na sorodno težavo (sončne opekline, madeži itd.) in med rutinskimi pregledi. V čakalnicah imejmo na voljo informativno gradivo o preventivi. V komunikaciji izbrani zdravnik uporablja odprta vprašanja (učinkoviti sta vprašalnici »kaj« in »kako«). Izogiba se vprašalnici »zakaj«, ki izzove obrambno držo. Zdravnik uporablja spretnosti aktivnega poslušanja in pokaže zanimanje za pacientov odziv (očesni stik,

ustrezna govorica telesa, nemotenje). Uporablja empatične odgovore. Priznava pacientovo pravico do samostojnih odločitev. Ocenjuje pacientovo pripravljenost za ukrepanje po preventivnih nasvetih. Določi stopnjo zavedanja tveganja. Odkriva in razpravlja o tem, kako pomembno je to za bolnika. Omeji svoj nasvet na nekaj ključnih točk. Za podporo svojih besed uporabi vizualne pripomočke in predstavitev. Prilagodi sporočilo, da bo ustrezalo pacientovemu kontekstu.

ZAKLJUČEK

Poznavanje dejavnikov, povezanih z nastankom kožnih rakov in razlogov za zamudo pri diagnosticiranju, je bistvena pomena za izboljšanje preventive in zdravljenja kožnega raka. Še vedno obstajajo številne ovire, ki preprečujejo izvajanje dobrih praks zgodnjega

odkrivanja in zdravljenja kožnega raka v klinični praksi. Potrebna so nadaljnja prizadevanja za izboljšanje javnega in zdravstvenega izobraževanja o preventivi pred kožnim rakom in o pomenu in načinu zgodnjega odkrivanja kožnega raka. Standardna in najbolj sprejeta metoda za odkrivanje kožnega raka je pregled kože celega telesa. Ta neinvazivna metoda se izvaja veliko manj sistematično kot presejalni pregledi za raka debelega črevesa in danke, dojke, prostate, materničnega vratu in endometrija (13). V naslem koraku pa je pomemben čim krajši časovni interval med odkritjem suspektne spremembe in obravnavo pri dermatologu in/ali plastičnem kirurgu. Menimo, da je treba tudi za primarno raven natančneje opredeliti klinična priporočila ter pot interdisciplinarnega sodelovanja.

Literatura

1. Rat C, Houd S, Gaultier A, Grimault C, Quereux G, Mercier A, Letrilliart L, Dreno B, Nguyen JM. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. *BMJ Open*. 2017;30;7(1):e013033. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013033.
2. Verhoeven EW, Kraaimaat FW, van Weel C, van de Kerkhof PC, Duller P, van der Valk PG, van den Hoogen HJ, Bor JH, Schers HJ, Evers AW. Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use. *Ann Fam Med*. 2008, 6(4):349-54. doi: 10.1370/afm.861.
3. Hočevar M, Strojjan P, Ocvirk J, Reberšek M, Boc M, Perič B, Luzar B, Pižem J, Blatnik O, Karner, K.B., Bremec T, Planinšek Ručigaj T. Priporočila za obravnavo bolnikov s kožnim melanomom. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2018. <https://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena-dejavnost/priporocila-in-klinicne-poti/priporocila/arhiv-smernic>.
4. Hočevar M. Klinična pot za obravnavo bolnikov s kožnim melanomom. V: Novaković S(ur.), Zakotnik B(ur.), Žgajnar J(ur.). Kakovost obravnave bolnikov na Onkološkem inštitutu Ljubljana : usmeritve za prihodnost : zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut, 2010: 66-75.
5. Ocvirk J, Trčko K, Reberšek M (urednik, avtor), Strojjan P, Perič B, Hočevar M, Šmuc Berger K, Zadnik V, Blatnik O, Zevnik K, Boc N, Hribernik N, Mesti T, Berlec K, Rotovnik-Kozjek N, Ebert Moltara M, Benedik J, Luzar B, Pižem J, Boc M, Ignjatović M, Karner K.B., Plavc G, Kokalj M, Snoj M, et al. Priporočila za obravnavo bolnikov z melanomom kože. *Elektronska, 2. izd.* Ljubljana: Onkološki inštitut, 2024.
6. Perič B, Blatnik O, Luzar B, Pižem J, Ocvirk J, Hočevar M, Strojjan P, Bremec T, Reberšek M. Priporočila za zdravljenje bolnikov s ploščatoceličnim rakom kože = Recommendations for the treatment of patients with planocellular skin cancer. *Onkologija*. [Tiskana izd.]. dec. 2020, leto 24, št. 2, str. 34-43.
7. Ahčan U, Bartenjev I, Benedičič A, Bremec T, Vučinič Dugonik A, Grošelj A, Grebenšek N, Hočevar M, Jančar B, Luzar B, Mervic L, Ocvirk J, Pižem J, Rogl-Butina M, Planinšek Ručigaj T, Serša G, Stojanovič L, Stropnik N, Strojjan P, Tlaker Žunter V, Žgavec B. Priporočila za obravnavo bolnikov z bazalnoceličnim karcinomom = Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of patients with basal cell carcinoma. *Onkologija*. [Tiskana izd.]. jun. 2019, leto 23, št. 1, str. 74-94.
8. Boc M (ur.), Reberšek M (ur.), Ocvirk J (ur.), Mesti T (ur.). Melanom in nemelanomski kožni raki . Ljubljana: Onkološki inštitut: Sekcija za internistično onkologijo: Katedra za onkologijo, 2022. 142 str. https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/strokovni_dogodki_OI/18_sola_melanoma_2022.pdf
9. Smith AL, Watts CG, Robinson S, Schmid H, Chang C-H, Thompson JF, Rapport F, Cust AE, Australian Melanoma Centre of Research Excellence Study Group. GPs' involvement in diagnosing, treating, and referring patients with suspected or confirmed primary cutaneous melanoma: a qualitative study *A BJGP Open* 2020; 4 (2): bjgpopen20X101028. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101028
10. Anandasivam B, Tam CWM, McGeehan K, Price K, McLean K, Tracy M, Hall J, Knight A, Vuong K. Melanoma risk assessment and management: a qualitative study among Australian GPs. *BJGP*. 2022; 72 (723): e737-e746. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0668
11. Gilli IO, Zaroni AC, Andrade DP, Andrade DAS. Cutaneous melanoma diagnosis delay: socioeconomic and demographic factors influence. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2022, 21;68(10):1405-1409. doi: 10.1590/1806-9282.20220369.
12. Schmid-Wendtner MH, Baumert J, Stange J, Volkenandt M.. Delay in the diagnosis of cutaneous melanoma: an analysis of 233 patients. *Melanoma Research*. 2002, 12(4):p 389-394.
13. Shellenberger R, Nabhan M, Kakaraparthi S. Melanoma screening: A plan for improving early detection. *Annals of Medicine*. 2016, 48(3), 142-148. <https://doi.org/10.3109/07853890.2016.1145795>



Vabljeni na 5. strateško konferenco ŽIVLJENJE Z RAKOM

IZZIVI BOLNIKOV Z RAKOM IN SLEDENJE POZNIH POSLEDIC ZDRAVLJENJA

TOREK, 4. FEBRUAR 2025, OB 14. URI, ZOOM

- Panelna predavanja o izzivih bolnikov na poti spoprijemanja z rakom ter sledenju poznih posledic onkološkega zdravljenja na različnih ravneh zdravstvenega varstva,
- pogovori z bolniki,
- okrogla miza o nujnosti sistemske ureditve sledenja poznih posledic zdravljenja raka.

PRIJAVA



PROGRAM



ORGANIZATORJI:

MEDNARODNI FORUM
ZNANSTVENORAZISKOVALNIH
FARMACEVTSKIH DRUŽB, GIZ

ONONET
ZDRUŽENJE SLOVENSKEH ORGANIZACIJ
BOLNIKOV Z RAKOM



Kotizacije ni! Podeljene bodo kreditne točke!
Informacije na info@simpozija.si, 051 687 117 in 040 555 835

Pnevmokokna cepiva in kaj se nam obeta

Danica Rotar Pavlič

S*treptococcus pneumoniae* je vodilni vzrok za boleznost in umrljivost zaradi pljučnice in invazivne pnevmokokne bolezni, ki vključuje bakteriemijo in meningitis. Pnevnmokokne okužbe najpogosteje prizadenejo otroke mlajše od 5 let, odrasle, starejše od 65 let, kronične bolnike vseh starosti in imunokomprimirane bolnike. Zaradi dolgotrajnega poteka in pogosto hude prizadetosti povzročajo tudi veliko družbeno breme. Cepljenje proti pnevmokoknim okužbam izboljšuje kvaliteto življenja in prepreči marsikatero prezgodnjo smrt (1). Slovenija ima nacionalni program cepljenja proti pnevmokoku za otroke od leta 2015, precepljenost pa se giblje okrog 60%. Za odrasle je bil program cepljenja proti pnevmokoku na pobudo zdravnikov družinske medicine objavljen leta 2022. V zadnjih dveh letih so se bolniki brezplačno cepili proti pnevmokoku s polisaharidnim cepivom pri svojih izbranih družinskih zdravnikih ali v cepilnih ambulantah zdravstvenega doma (2). Morda je zdaj čas, da Slovenija naredi še korak naprej in se tudi pri odraslih in kroničnih bolnikih odloči ter zaščiti te bolnike s konjugiranim cepivom proti pnevmokoku, kar je jeseni predlagala tudi že posvetovalna skupina za cepljenje. Pnevnmokokna konjugirana cepiva so v uporabi že več kot 20 let za preprečevanje okužb, ki jih povzroča bakterija *Streptococcus pneumoniae*. Obstaja vsaj 100 različnih serotipov *S. pneumoniae*, vendar relativno

majhno število le-teh (cca 30) povzroča večino invazivnih bolezni. Prva generacija pnevmokoknih konjugiranih cepiv je v zgodnjih letih 21. stoletja pri otrocih povzročila pravo revolucijo pri obvladovanju pnevmokoknih okužb. 7-valentno konjugirano cepivo PCV7 ni le zmanjšalo incidence invazivne in neinvazivne pnevmokokne bolezni pri otrocih in hkrati tudi pri odraslih zaradi čredne imunosti, ampak je tudi zmanjšalo odpornost na antibiotike. Toda nadomeščanje serotipov oz. porast serotipov, na katere PCV7 ni bil ciljno usmerjen (e.g. 19A), je sčasoma zmanjšalo pričakovani učinek cepiva (3). 10 let kasneje so na tržišče prišla pnevmokokna konjugirana cepiva druge generacije, ki so vključevala več serotipov, 10-valentno konjugirano cepivo PCV10 in 13-valentno konjugirano cepivo PCV13. Iz razlogov, ki niso povsem jasni, učinkovitost cepiv druge generacije ni bila tako dramatična kot učinkovitost cepiva PCV7, zlasti za dodatne serotipe. Študije so pokazale majhen učinek cepiva PCV13 za serotip 3 v vseh starostnih skupinah in pomanjkljiv padec incidence invazivne bolezni zaradi serotipa 19A, predvsem pri odraslih, starih 65 let ali več (3–5). Čeprav so konjugirana cepiva druge generacije izboljšala zaščito pred invazivno pnevmokokno boleznijo zaradi večjega razpona serotipov, se nadomeščanje serotipov nadaljuje. Študije so pokazale, da nekateri serotipi preferenčno povzročajo invazivno pnevmokokno bolezen, medtem ko so drugi

bolj povezani z neinvazivno pnevmokokno boleznijo in da je odpornosti na antibiotike višja pri sevih, ki izvirajo iz neinvazivnih izolatov. Nadomeščanja serotipov in večje število odpornih sevov je sprožilo potrebo po razvoju novih pnevmokoknih cepiv (4–6). Pnevnmokokna konjugirana cepiva tretje generacije so 15-valentno konjugirano cepivo PCV15, 20-valentno konjugirano cepivo PCV20 in 21-valentno konjugirano cepivo PCV21. PCV15 in PCV20 sta obstoječim 13 serotipom v PCV13 dodala dva oz. sedem novih serotipov, medtem ko se PCV21 usmerja proti serotipom, ki se na novo pojavljajo v odrasli populaciji. Vsebuje namreč osem serotipov, ki niso vključeni v nobeno drugo pnevmokokno cepivo (serotip 15A, 15B/C, 16F, 23A, 23B, 24F, 31 in 35B). To cepivo izkorišča posredno zaščito pediatričnega cepljenja in hkrati cilja na najbolj razširjene serotipe pri odraslih. Lahko bi rekli, da je cepivo specifično zasnovano le za odraslo populacijo (7). Za izvajanje rednega programa cepljenja otrok proti pnevmokoknim okužbam v Sloveniji je na voljo PCV20 (po shemi 3 + 1), ki bo postopoma zamenjalo PCV13 (po shemi 2 + 1), ki je bilo v uporabi do sedaj (8). V odrasli populaciji pa bi bila zamenjava polisaharidnega cepiva z novim 21-valentnim konjugiranim cepivom, ki vključuje veliko serotipov, ki niso prisotni v PCV20, morda najprimernejša strategija za doseganje maksimalnega vpliva cepljenja proti pnevmokoknim okužbam za javno zdravje (6, 7).

Literatura

1. Lejko Zupanc T. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini, 46. srečanje timov v osnovnem zdravstvu, maj 2021 (Rotar Pavlič D);129
2. NIJZ. Priporočila za cepljenje odraslih in otrok, starih 5 let in več, proti pnevmokoknim okužbam 30.9.2024; Dostopno na: Priporočila-za-cepljenje-odraslih-in-otrok-starih-5-let-in-vec-proti-pnevnmokoknim-okužbam-2.pdf
3. Mungall et al., A systematic review of invasive pneumococcal disease vaccine failures and breakthrough with higher-valency pneumococcal conjugate vaccines in children. *Expert Rev Vaccines* 2022;21(2):201-214
4. Levy et al. Diversity of Serotype Replacement After Pneumococcal Conjugate Vaccine Implementation in Europe. *J Pediatr* 2019;213:252-253
5. Weinberger et al., Serotype replacement in disease following pneumococcal vaccination: A discussion of the evidence. *Lancet* 2011; 378(9807):1962-1973
6. De Wals. New-generation pneumococcal vaccines for children. *Lancet Public Health* 2024 Sep;9(9):e638-e639
7. Cohen et al., The latest news in France before distribution of third-generation pneumococcal conjugate vaccines. *Infect Dis Now* 2024;54(5):104937
8. NIJZ. Navodila za izvajanje rednega cepljenja otrok proti pnevmokoknim okužbam ob zamenjavi 13-valentnega konjugiranega cepiva z 20-valentnim in priporočila za cepljenje otrok do 5. leta starosti z 20-valentnim konjugiranim pnevmokoknim cepivom 10.12.2024; Dostopno na: Cepljenje-s-konj-pnevmo-za-otroke-fin.pdf

Concor®

Concor® COR

Istega izvora Različna vrednost¹ Drugačen zaviralec receptorjev beta¹

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA:

Concor COR 1,25 mg/ 2,5 mg/ 5 mg/ 7,5 mg/ 10 mg filmsko obložene tablete

Sestava: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 1,25 mg/ 2,5 mg/ 5 mg/ 7,5 mg/ 10 mg bisoprololijevoga fumarata in pomožne snovi. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje stabilnega kroničnega srčnega popuščanja z zmanjšano sistolično funkcijo ventriklov. **Odermanje in način uporabe:** Bolniki naj bi bili stabilni (brez akutnega srčnega popuščanja), ko uvedemo terapijo z bisoprololijevim fumaratom. Predlagani začetni odmerek je 1,25 mg bisoprololijevoga fumarata enkrat na dan. Če bolnik to dobro prenaša, odmerek povečajte na 2,5 mg, 3,75 mg, 5 mg, 7,5 mg in 10 mg enkrat na dan, v intervalu dveh ali več tednov. Največji priporočeni odmerek je 10 mg enkrat na dan. Tablete bisoprololijevoga fumarata naj bolniki jemljejo zjutraj, lahko skupaj s hrano. Pogoltnite naj jih s tekočino, ne smejo pa jih žvečiti. **Pediatrična populacija:** Ni izkušenj z uporabo bisoprololijevoga fumarata v pediatriji, zato njegove uporabe ni mogoče priporočati pri otrocih. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. Bisoprolol je kontraindiciran pri bolnikih, ki imajo: akutno srčno popuščanje ali v času epizod dekompenzacije srčnega popuščanja, ko je potrebno zdravljenje z i.v. inotropnimi zdravili, kardiogeni šok, AV blok druge ali tretje stopnje (brez srčnega spodbujevalnika), bolezen sinusnega vozla, sinoatrialni blok, simptomatsko bradikardijo, simptomatsko hipotenzijo, hudo bronhialno astmo, hude oblike perifere arterijske okluzivne bolezni ali hude oblike Raynaudovega sindroma, nezdravljen feokromocitom, metabolno acidozo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Bisoprolol morate uporabljati previdno pri sladkorni bolezni z velikimi nihanjem vrednosti glukoze v krvi, strogem postu, sočasnem desenzibilizacijskem zdravljenju, AV bloku prve stopnje, Prinzmetalovi angini pectoris; Poročali so o primerih koronarne vazospazma. Kljub visoki beta 1 selektivnosti, ni možno povsem izključiti napade angine pectoris, kadar se bisoprolol daje bolnikom s Prinzmetalovo angino; periferni arterijski okluzivni bolezni. Anesteziolog mora upoštevati blokado beta adrenergičnih receptorjev. Pri bolnikih z obstruktivnimi boleznimi pljuč je treba zdravljenje z bisoprololom začeti z najmanjšim možnim odmerkom in jih skrbno spremljati, če se pri njih pojavijo novi simptomi (npr. dispneja, nezmožnost telovadbe, kašelj). Pri bronhialni astmi ali drugih kroničnih obstruktivnih pljučnih boleznih, ki lahko povzročijo simptome, je priporočljivo bolniku hkrati predpisati tudi bronhodilatatorje. Bolnikom s psoriazo ali psoriazo v anamnezi smete dajati antagonist beta adrenergičnih receptorjev (npr. bisoprolol), šele po skrbnem pretehtanju koristi in tveganju uporabe tega zdravila. Pri bolnikih s feokromocitomom se lahko bisoprolol uporablja šele po predhodni blokadi receptorjev alfa. **Zdravljenje z bisoprololom lahko prikrije simptome tirotoksikoze. Interakcije: Kombinacije, ki niso priporočljive:** Kalcijevi antagonisti-verapamilskega tipa in v manjši meri tudi diltiazemskega tipa, antiaritmiki 1. skupine, antihipertenzivi, ki delujejo na osrednje živčevje. **Kombinacije, ki jih je treba uporabljati previdno:** Kalcijevi antagonisti dihidropiridinskega tipa, antiaritmiki razreda III, topikalni antagonisti beta adrenergičnih receptorjev (npr. kapljice za oko za zdravljenje glavkoma), parasimpatomimetiki, inzulin in peroralni antiidiabetiki, anestetiki, digitalisovi glikozidi, nesteroidni antirevmatiki (NSAR), beta-simpatomimetiki, simpatomimetiki. Sočasna uporaba z antihipertenzivi in tudi z drugimi zdravili, ki lahko znižajo krvni tlak lahko poveča tveganje za hipotenzijo. **Neželene učinke:** Omotica, glavobol, bradikardija, poslabšanje obstoječega srčnega popuščanja, občutek hladnosti ali odreenosti udov, hipotenzija, gastrointestinalne težave, astenija, utrujenost. **Pakiranje:** Concor COR 1,25 mg; škatla z 20 filmsko obloženimi tabletami, Concor COR 2,5 mg/ 5 mg/ 7,5 mg/ 10 mg; škatla s 30 filmsko obloženimi tabletami. **Način in režim izdaje zdravila:** Rp-Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:** Merck d.o.o., Letališka cesta 29c, Ljubljana. **Datum zadnje revizije besedila:** november 2020

Concor 5 mg/ 10 mg filmsko obložene tablete

Sestava: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 5 mg / 10 mg bisoprololijevoga fumarata in pomožne snovi. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje hipertenzije in koronarne srčne bolezni (angine pectoris). **Odermanje in način uporabe:** Odrasli: Za zdravljenje obeh indikacij je odmerek 5 mg bisoprololijevoga fumarata enkrat na dan. Če je potrebno, odmerek lahko zvečamo na 10 mg bisoprololijevoga fumarata enkrat na dan. Maksimalni priporočeni odmerek bisoprololijevoga fumarata je 20 mg na dan. V vseh primerih je potrebno odmerek prilagoditi individualno, zlasti glede na srčno frekvenco in uspeh zdravljenja. **Pediatrična populacija:** Ker ni izkušenj pri zdravljenju otrok z bisoprololijevim fumaratom, njegova uporaba pri otrocih ni priporočljiva. **Zdravilo Concor jemljemo zjutraj, z ali brez hrane. Tablete pogoltnite s tekočino, ne smemo jih žvečiti. Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. Bisoprolol je kontraindiciran pri bolnikih z akutnim srčnim popuščanjem ali v času epizod dekompenzacije srčnega popuščanja, ko je potrebno zdravljenje z i.v. inotropnimi zdravili, kardiogenim šokom, atrioventrikularnim blokom druge ali tretje stopnje (brez srčnega spodbujevalnika), boleznijo sinusnega vozla, sinoatrialnim blokom, simptomatsko bradikardijo, simptomatsko hipotenzijo, hudo bronhialno astmo, hudo obliko perifere arterijske okluzivne bolezni ali hudo obliko Raynaudovega sindroma, nezdravljen feokromocitomom, metabolno acidozo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Zlasti pri bolnikih z ishemično srčno popuščanjem z bisoprololom ne smemo prekiniti naenkrat, razen če to ni nujno potrebno, saj lahko to povzroči prehodno poslabšanje srčne bolezni. Bisoprolol moramo uporabljati previdno pri bolnikih, ki imajo povišan krvni tlak ali angino pectoris ter sočasno popuščanje srca, pri sladkorni bolezni z velikimi nihanjem vrednosti glukoze v krvi, strogem postu, sočasnem desenzibilizacijskem zdravljenju, atrioventrikularnem bloku prve stopnje, Prinzmetalovi angini: poročali so o primerih koronarne vazospazma. Kljub visoki beta 1 selektivnosti, ni možno povsem izključiti napade angine pectoris, kadar se bisoprolol daje bolnikom s Prinzmetalovo angino; periferni arterijski okluzivni bolezni. Bolnikom s psoriazo ali psoriazo v anamnezi lahko dajemo antagonist beta adrenergičnih receptorjev (npr. bisoprolol) šele po skrbnem pretehtanju koristi in tveganju uporabe tega zdravila. Zdravljenje z bisoprololom lahko prikrije simptome tirotoksikoze. Bolniki s feokromocitomom lahko jemljejo bisoprolol šele po predhodni uporabi antagonistov alfa adrenergičnih receptorjev. Pri bolnikih v splošni anesteziji zaviranje beta adrenergičnih receptorjev zmanjšuje incidenco aritmij in ishemijske miokardne med uvajanjem anestezije ter ob intubaciji, pa tudi v pooperativnem obdobju. Trenutno priporočajo, da v perioperativnem obdobju vzdržujete blokado beta adrenergičnih receptorjev. Anesteziolog mora upoštevati blokado beta adrenergičnih receptorjev zaradi nevarnosti medsebojnega delovanja z drugimi zdravili. Če menite, da je treba pred kirurškim posegom ukiniti terapijo z antagonisti beta adrenergičnih receptorjev, morate to storiti postopoma in postopek ukinitja zdravila zaključiti približno 48 ur pred anestezijo. Pri bolnikih z obstruktivnimi boleznimi pljuč je treba zdravljenje z bisoprololom začeti z najmanjšim možnim odmerkom in jih skrbno spremljati, če se pri njih pojavijo novi simptomi (npr. dispneja, nezmožnost telovadbe, kašelj). Pri bronhialni astmi ali drugih kroničnih obstruktivnih boleznih pljuč, z izraženo simptomatiko, je potrebno sočasno dajati bronhodilatatorje. **Interakcije: Kombinacije, ki niso priporočljive:** Kalcijevi antagonisti verapamilskega tipa, v manjši meri tudi diltiazemskega tipa, centralno delujoča antihipertenzivna zdravila. **Kombinacije, ki jih je treba uporabljati previdno:** Kalcijevi antagonisti dihidropiridinskega tipa, antiaritmiki razreda I in III, parasimpatomimetiki, topikalni antagonisti beta adrenergičnih receptorjev (npr. kapljice za oči za zdravljenje glavkoma), lahko prispevajo k sistemskemu učinkom bisoprolola, inzulin in peroralni antiidiabetiki, anestetiki, digitalisovi glikozidi, nesteroidna protivnetna zdravila (NSAID), beta-simpatomimetiki, simpatomimetiki, ki delujejo na adrenergične receptorje beta in alfa. Sočasna uporaba z antihipertenzivi, kot tudi z drugimi zdravili, ki potencialno znižujejo krvni tlak, lahko poveča tveganje za hipotenzijo. **Neželene učinke:** Vrtoglavica, glavobol, gastrointestinalne težave, utrujenost, občutek hladnosti ali odreenosti udov. **Pakiranje:** Škatla s 30 tabletami. **Način in režim izdaje zdravila:** Rp-Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Imetnik dovoljenja za promet:** Merck d.o.o., Letališka cesta 29c, Ljubljana. **Datum zadnje revizije besedila:** november 2020

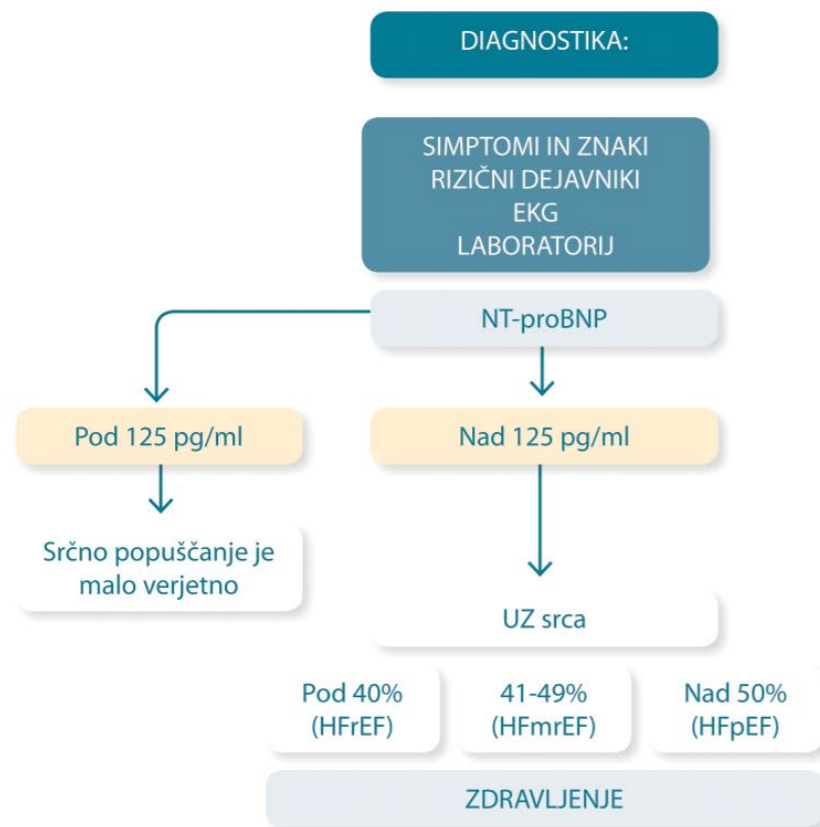
Samo za strokovno javnost.

Pred predpisovanjem zdravila natančno preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila. O domnevnem neželenem učinku lahko poročate neposredno nacionalnemu centru za farmakovigilanco, na način, kot je objavljeno na spletni strani www.jazmp.si ali na drug.safety.easternurope@merckgroup.com. Podrobnejše informacije so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom: Merck d.o.o., Letališka cesta 29 c, Ljubljana, tel.: 01 5603 810; faks: 01 5603 830; e-pošta: info@merck.si

1. Smith and Teitler. *Cardiovasc Drugs Ther.* 1999 Apr;13(2):123-6.
SI-CONCO-00037; 10/2022

MERCK

Smernice: srčno popuščanje

**DIAGNOSTIKA:**

1. EKG
2. NT-pro BNP
3. Osnovne laboratorijske preiskave: hemogram, sečnina, kreatinin, TSH, elektroliti, jetrni testi, krvni sladkor, lipidogram, zaloge železa (ferritin, nasičenost transferina)
4. RTG pc
5. Ehokardiografija: je nujna za potrditev diagnoze.

SRČNO POPUŠČANJE GLEDE NA FENOTIP

- Srčno popuščanje z zmanjšanim iztisnim deležem (EF-ejection fraction): ko je iztisni delež pod 40% (HFrEF)
- Srčno popuščanje z blago zmanjšanim iztisnim deležem: iztisni delež je med 49% in 41% in se večinoma dobro odzove na enako terapijo kot bolniki z zmanjšanim iztisnim deležem (HFmrEF)
- Srčno popuščanje z ohranjenim iztisnim deležem: imajo znake in simptome srčnega popuščanja ter funkcijske ali strukturne abnormalnosti na srcu, a ohranjen iztisni delež (HFpEF)

NYHA I	Brez omejitev; običajna telesna aktivnost ne povzroča utrujenosti, dispneje ali palpitacij.
NYHA II	Blaga omejitev telesne zmogljivosti; brez težav v mirovanju, običajna telesna aktivnost izzove utrujenost, dispnejo ali palpitacije.
NYHA III	Znatna omejitev telesne zmogljivosti; brez težav v mirovanju, manj kot običajna telesna aktivnost izzove utrujenost, dispnejo ali palpitacije.
NYHA IV	Vsaka telesna aktivnost povzroča težave; utrujenost, dispneja ali palpitacije so prisotni v mirovanju in se ob vsaki telesni aktivnosti stopnjujejo.

ZDRAVLJENJE:

ARNI: Uporablja se namesto ACEi in kot prva terapija, če jo bolnik prenaša in nima kontraindikacij (ni hipotenziven (RR pod 90 mmHg), oGF nad 30 mL/min, ACEi morajo biti ukinjeni 36 h prej). Začetna doza je 49/51 mg, tarčna 97/103 mg. ARNi se lahko uvaja v začetnem nižjem odmerku (24/26 mg) v primeru znane hipotenzije (RR 110-100 mmHg), ACEi naivni bolniki, oGF med 30 in 60 ml/min in pri starejših bolnikih. Če bolniki ne prenašajo ARNi, se lahko uvedejo ACEi.

Blokatorji receptorjev beta: Uvajamo jih pri klinično stabilnih, euvolemičnih bolnikih v nizki dozi in počasi titriramo. Odmerek podvojimo na 2 tedenske intervale.

MRA (spironolakton ali eplerenon): Eplerenon povzroča manj ginekostije. Kontraindicirani pri oGF pod 30 mL/min in pri hiperkaliemiji K nad 5 mmol/l. Začetni odmerek je 25 mg, tarčni 50 mg-titriramo na 1-2 meseca.

SGLT 2 inhibitorji (dapagliflozin in empagliflozin): Odmerek je 10 mg in se lahko uporablja pri vseh oblikah srčnega popuščanja. Kontraindicirani pri oGF pod 20 ml/min. Pozorni smo na možnost hipoglikemije pri diabetikih, na glivične okužbe in hipotenzijo. Povečajo diurezo, zato je lahko potrebna prilagoditev ostalih diuretikov.

Diuretiki: Uporaba ob znakih in simptomih zastoja tekočine. Tiazidni diuretiki se lahko uporabljajo pri blagih znakih zastoja in ohranjeni ledvični funkciji. Učinkovitejši so diuretiki zanke, lahko pa se uporabljajo oboji v kombinaciji (pozor - hipovolemija, hipokaliemija).

HFrEF: SGLT2 inhibitorji, MRA; ARNi (ali ACEi), blokatorji receptorjev beta

HFmrEF: SGLT2 inhibitorji, (MRA, ARNi (ali ACEi), blokatorji receptorjev beta so lahko učinkoviti)

HFpEF: SGLT2 inhibitorji, zdravljenje komorbidnosti in osnovne etiologije srčnega popuščanja

Prehodni padec ledvične funkcije se pojavi pri zaviralcih RAAS, ARNi in SGLT2 inhibitorjih. Sprejemljiv je padec oGF do 10 %, ob tem mora oGF ostajati nad 25 ml/min ali porast kreatinina do 50 %, mora pa ostajati pod 266 umol/l. Porast K do 5,5 mmol/l je sprejemljiv.

Kontrolni laboratorij se opravi pred uvedbo terapije, 1-2 tedna po uvedbi, ter 1-2 tedna po titraciji do maksimalnega odmerka.

Intravensko nadomeščanje železa se priporoča pri simptomatskih bolnikih s srčnim popuščanjem in pomanjkanjem železa, definiranim s ferritinom pod 100 ng/mL, ali ferritinom med 100-299 ng/mL in nasičenostjo transferina pod 20 %.

VIRI:

1. Theresa A McDonagh, et.al. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, European Heart Journal, Volume 42, Issue 36, 21 September 2021

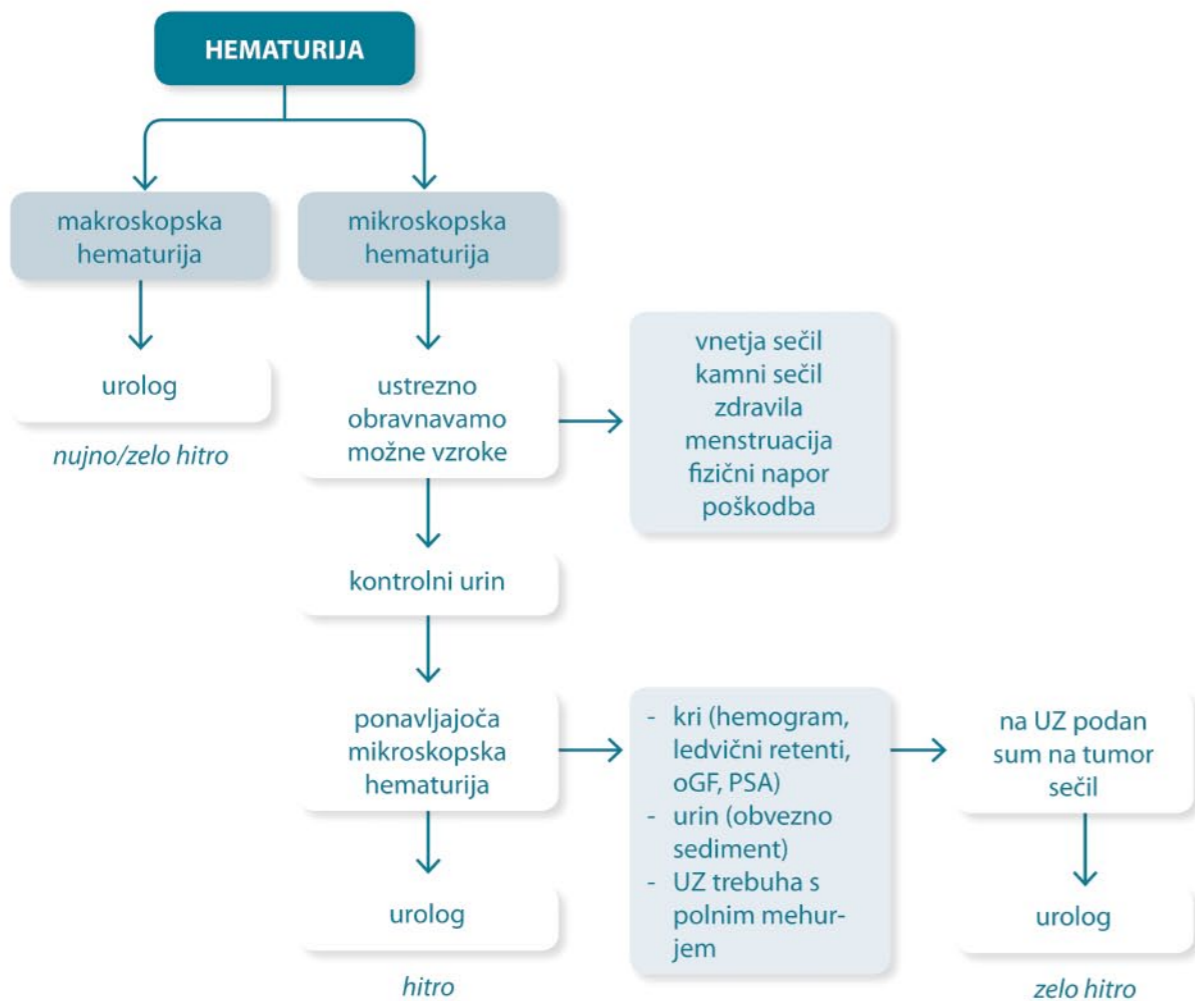
2. Theresa A McDonagh, et.al. ESC Scientific Document Group, 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, European Heart Journal, Volume 44, Issue 37, 1 October 2023, Pages 3627–3639

ARNI: sakubitril/valsartan
ACEi: zaviralci angiotenzin konvertaze
oGF: ocenjena glomerulna filtracija
MRA: antagonisti mineralokortikoidnih receptorjev
RAAS: renin-angiotenzin-aldosteronski sistem
RR: krvni tlak

Mateja Kokalj Kokot,
dr. med.

STROKOVNO
SREČANJE
TIMOV

Hematurija



- starejši od 40 let
- kadičci
- predhodna hematurija, urološka bolezen, rak
- simptomi spodnjih sečil (LUTS) po ovrženi ali zdravljeni okužbi sečil
- poklicna izpostavljenost kemikalijam ali barvilom (benzeni ali aromatski amini)
- pomembna je enakovredna obravnava obeh spolov

kompleks železa(III)
s karboksimaltozo

Xabogard



**Močni smo.
To je v naši krvi.**

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA
Xabogard 50 mg/ml disperzija za injiciranje/infundiranje

SESTAVA: En ml disperzije vsebuje 50 mg železa (v obliki kompleksa železa (III) s karboksimaltozo). Ena 10/20-mililitrska viala vsebuje 500 mg/1.000 mg železa (v obliki kompleksa železa (III) s karboksimaltozo). **Pomožna snov z znanimi učinki:** En ml disperzije vsebuje do 5,9 mg (0,26 mmol) natrija, glejte poglavje 4.4 SmPC. Za celoten seznam pomožnih snovi, glejte poglavje 6.1 SmPC. **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravilo Xabogard je indicirano za zdravljenje bolnikov s pomanjkanjem železa, kadar peroralni pripravki železa niso učinkoviti, peroralnih pripravkov železa ni mogoče uporabiti ali obstaja klinična potreba po hitrem vnosu železa. Diagnoza pomanjkanja železa mora temeljiti na izvidih laboratorijskih testov. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Med in po vsakem injiciranju zdravila Xabogard bolnike pazljivo spremljajte glede pojavnosti znakov in simptomov preobčutljivostnih reakcij. Zdravilo Xabogard se lahko uporablja le, če je takoj na voljo osebje, ki je usposobljeno za prepoznavanje anafilaktičnih reakcij in zna ustrezno ukrepati v okolju, kjer je zagotovljena vsa oprema za oživljanje. Po vsaki aplikaciji zdravila Xabogard je treba bolnika opazovati vsaj 30 minut, zaradi morebitnega pojava neželenih učinkov. Zdravilo Xabogard se odmerja postopoma: **1. korak: določanje potrebe po železu:** Individualno potrebo po zapolnitvi zaloga železa z uporabo zdravila Xabogard določimo na podlagi bolnikove telesne mase in koncentracije hemoglobina (Hb). Za zapolnitev celokupne potrebe po železu bosta morda potrebna 2 odmerka.

Hb	g/l	mmol/l	Bolnikova telesna masa		
			pod 35 kg	35 kg do < 70 kg	70 kg in več
< 100	< 6,2		30 mg/kg telesne mase	1.500 mg	2.000 mg
100 do < 140	6,2 do < 8,7		15 mg/kg telesne mase	1.000 mg	1.500 mg
≥ 140	≥ 8,7		15 mg/kg telesne mase	500 mg	500 mg

2. korak: izračun in aplikacija največjega individualnega odmerka (odmerkov) železa: Na podlagi celokupne potrebe po železu, se ustrezen odmerek (odmerki) zdravila Xabogard uporabijo z upoštevanjem sledečega: **Odrasli in mladostniki, starejši od 14 let:** Enkratni odmerki zdravila Xabogard ne sme preseči 15 mg železa/kg telesne mase (za intravensko injiciranje) ali 20 mg železa/kg telesne mase (za intravensko infundiranje) ali 1.000 mg železa (20 ml zdravila Xabogard). Največji priporočeni kumulativni odmerki zdravila Xabogard je 1.000 mg železa (20 ml zdravila Xabogard) na teden. Če je celokupna potreba po železu večja, mora pred aplikacijo dodatnega odmerka miniti vsaj 7 dni od prvega odmerka. **Otroci in mladostniki, stari od 1 do 13 let:** Enkratni odmerki zdravila Xabogard ne sme preseči: 15 mg železa/kg telesne mase ali 750 mg železa (15 ml zdravila Xabogard). Največji priporočeni kumulativni odmerki zdravila Xabogard je 750 mg železa (15 ml zdravila Xabogard) na teden. Če je celokupna potreba po železu večja, mora pred aplikacijo dodatnega odmerka miniti vsaj 7 dni od prvega odmerka. **3. korak: ocena po zapolnitvi zaloga železa:** Ponovno oceno mora opraviti zdravnik na podlagi stanja posameznega bolnika. Koncentracija hemoglobina (Hb) se lahko ponovno oceni šele po 4 tednih od zadnje aplikacije zdravila Xabogard, da se zagotovi dovolj časa za eritropoezo in izraba železa. Če ima bolnik še vedno potrebo po zapolnitvi zaloga železa, je treba te potrebe znova izračunati (glejte 1. korak). **Posebna populacija - otroci, mlajši od 1 leta:** Pri otrocih, mlajših od 1 leta, uporaba zdravila Xabogard ni priporočljiva. **Bolniki s kronično ledvično boleznijo, ki se zdravijo s hemodializo:** Pri odraslih bolnikih in mladostnikih, starejših od 14 let, s kronično ledvično boleznijo, ki se zdravijo s hemodializo, enkratnega največjega dnevnega odmerka 200 mg železa ni dovoljeno preseči. Pri otrocih, starih od 1 do 13 let, s kronično ledvično boleznijo, ki se zdravijo s hemodializo, uporaba zdravila Xabogard ni priporočljiva. **Način uporabe:** Zdravilo Xabogard se sme aplicirati samo po intravenski poti: z injiciranjem ali z infuzijo ali med hemodializo, ko apliciramo nerazredčeno zdravilo neposredno v venski krak dializatorja. Zdravila Xabogard ni dovoljeno aplicirati subkutano ali intramuskularno. **Intravenska injicirana:** Zdravilo Xabogard se lahko aplicira v obliki nerazredčene disperzije z intravensko injiciranjem. Pri odraslih in mladostnikih, starejših od 14 let, je največji enkratni odmerek 15 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 1.000 mg železa. Pri otrocih, starih od 1 do 13 let, je največji enkratni odmerek 15 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 750 mg železa. Čas aplikacije je prikazan v preglednici 2:

Potrebni volumen zdravila Xabogard	Enakovredni odmerek železa	Čas aplikacije / najkrajši čas aplikacije zdravila
2 do 4 ml	100 do 200 mg	Najkrajši čas ni določen.
> 4 do 10 ml	> 200 do 500 mg	100 mg železa/min
> 10 do 20 ml	> 500 do 1.000 mg	15 minut

Intravenska infuzija: Zdravilo Xabogard se lahko aplicira v obliki intravenske infuzije; v tem primeru mora biti razredčeno. Pri odraslih in mladostnikih, starejših od 14 let, je največji enkratni odmerek 20 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 1.000 mg železa. Pri otrocih, starih od 1 do 13 let, je največji enkratni odmerek 15 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme

preseči 750 mg železa. Za infuzijo se sme zdravilo Xabogard razredčiti le s sterilno 0,9 % (m/v) raztopino natrijevega klorida, kot je prikazano v preglednici 3. Opozorilo: razredčitve zdravila Xabogard do koncentracij, manjših od 2 mg železa/ml, zaradi spremenjene stabilnosti niso dovoljene (kar ne vključuje volumna disperzije kompleksa železa (III) s karboksimaltozo).

Potrebni volumen zdravila Xabogard	Enakovredni odmerek železa	Največji volumen sterilne 0,9 % (m/v) raztopine natrijevega klorida	Najkrajši čas aplikacije zdravila
2 do 4 ml	100 do 200 mg	50 ml	Najkrajši čas ni določen.
> 4 do 10 ml	> 200 do 500 mg	100 ml	6 minut
> 10 do 20 ml	> 500 do 1.000 mg	250 ml	15 minut

KONTRAINDIKACIJE: Preobčutljivost na učinkovino, zdravilo Xabogard ali katero koli pomožno snov, znana huda preobčutljivost na druga parenteralna zdravila, ki vsebujejo železo, anemije, ki jih ne pripisujemo pomanjkanju železa, npr. druge mikrocinne anemije in znaki preobremenitve z železom ali motene izrabe železa. **POSEBNA OPOZORILO IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Parenteralno dana zdravila, ki vsebujejo železo, lahko povzročijo preobčutljivostne reakcije, vključno s hudimi anafilaktičnimi reakcijami, ki so lahko smrtno ali napredujejo do Kounisovega sindroma (akutnega alergijskega koronarnega arteriospazma, ki lahko privede do miokardnega infarkta). Če se med injiciranjem pojavijo preobčutljivostne reakcije ali znaki intolerance, je potrebno z zdravljenjem takoj prenehati. Na voljo mora biti oprema za kardiopulmonalno oživljanje in ravnanje z akutnimi anafilaktičnimi reakcijami, vključno z injiciranjem raztopine adrenalina v razmerju 1:1.000. Po potrebi je treba izvesti dodatno zdravljenje z antihistaminiki in/ali kortikosteroidi. O simptomatski hipofosfatemiji, ki vodi do osteomalacije in zlomov, ki zahtevajo klinično intervencijo, vključno z operativnim posegom, so poročali po začetku trženja zdravila. Bolnikom je treba svetovati, naj poiskajo zdravniško pomoč, če opazijo vse večjo utrujenost z mišljami ali z bolečinami v kosteh. Pri bolnikih, ki prejemale večkratne velike odmerke, ali pri dolgotrajnem zdravljenju in pri bolnikih z obstoječimi dejavniki tveganja za hipofosfatemijo, je potrebno spremljati koncentracijo fosfatov v serumu. Pri bolnikih z motenim delovanjem jeter smemo parenteralno železo dati le po skrbni oceni razmerja med tveganjem in koristjo. Parenteralni uporabi železa se je potrebno pri bolnikih z motenim delovanjem jeter, pri katerem je sprožitni dejavnik preobremenitev z železom, izogibati, posebej pri *Porphyria Cutanea Tarda* (PCT). Priporočena se skrbno spremljanje statusa železa, da se izognemo preobremenitvi z železom. Parenteralno železo se mora v primeru akutnih ali kroničnih okužb, astme, ekcemov ali atopičnih alergij uporabljati previdno. Pri bolnikih s prisotno bakteriemijo je zdravljenje z zdravilom Xabogard priporočljivo prekiniti. Pri aplikaciji zdravila Xabogard je potrebna previdnost, da se izognemo paravenskemu izlivu zdravila, ki lahko povzroči draženje kože in potencialno dolgotrajno rjavo obarvanje kože na mestu aplikacije. V primeru paravenskega izliva moramo apliciranje zdravila Xabogard nemudoma prekiniti. **MEDSEBOJNO DELOVANJE Z DRUGIMI ZDRAVILI IN DRUGE OBLIKE INTERAKCIJ:** Absorpcija peroralno zaužitega železa se ob sočasnem apliciranju parenteralnih železovih pripravkov zmanjša, zato se peroralno zdravljenje z železom, če je to še potrebno, ne sme pričeti prej, kot vsaj 5 dni po zadnji aplikaciji zdravila Xabogard. **NEZELENI UČINKI:** Najpogostejše poročajo o slabosti, reakcijah na mestu injiciranja/infundiranja, hipofosfatemiji, glavobolu, zardevanju, omotici in hipertenziji. Reakcije na mestu injiciranja/infundiranja vključujejo več neželenih učinkov, ki so posamezno občasni ali redki. Najresnejši neželeni učinek so anafilaktične reakcije (redke), poročali so o smrtnih izidih. Drugi manj pogosti neželeni učinki so navedeni v SmPC. **Pediatrična populacija:** Varnostni profil za otroke in mladostnike, stare od 1 do 17 let, je primerljiv s profilom pri odraslih. V 7 kliničnih študijah je kompleks železa (III) s karboksimaltozo prejel 110 pediatričnih bolnikov. O resnih neželenih učinkih niso poročali. Manj resni neželeni učinki, o katerih so poročali, so bili hipofosfatemija, urtikarija, reakcije na mestu injiciranja/infundiranja, bolečine v trebuhu, zardevanje, glavobol, pireksija, povečana aktivnost jetrnih encimov in izpuščaji. **NAČIN IN REŽIM IZDAJE ZDRAVILA:** ZZ - Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept, zdravilo pa se uporablja samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. **OPREMA:** Škatla s 5 vialami iz 10 ml disperzije in škatla z 1 vialo z 20 ml disperzije. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET Z ZDRAVILOM:** Sandoz farmacevtska družba d.d., Verovškova ulica 57, 1000 Ljubljana, Slovenija. **DATUM ZADNJE REVIZIJE BESEDILA:** 14.6.2024.

Pred predpisovanjem ali izdajanjem zdravila, prosimo, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila (SmPC), ki je na voljo na www.lek.si/vademekum.

SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST | Informacija pripravljena: november 2024 | SI2411073772
www.lek.si | Lek farmacevtska družba d.d., Verovškova 57, 1526 Ljubljana, Slovenija

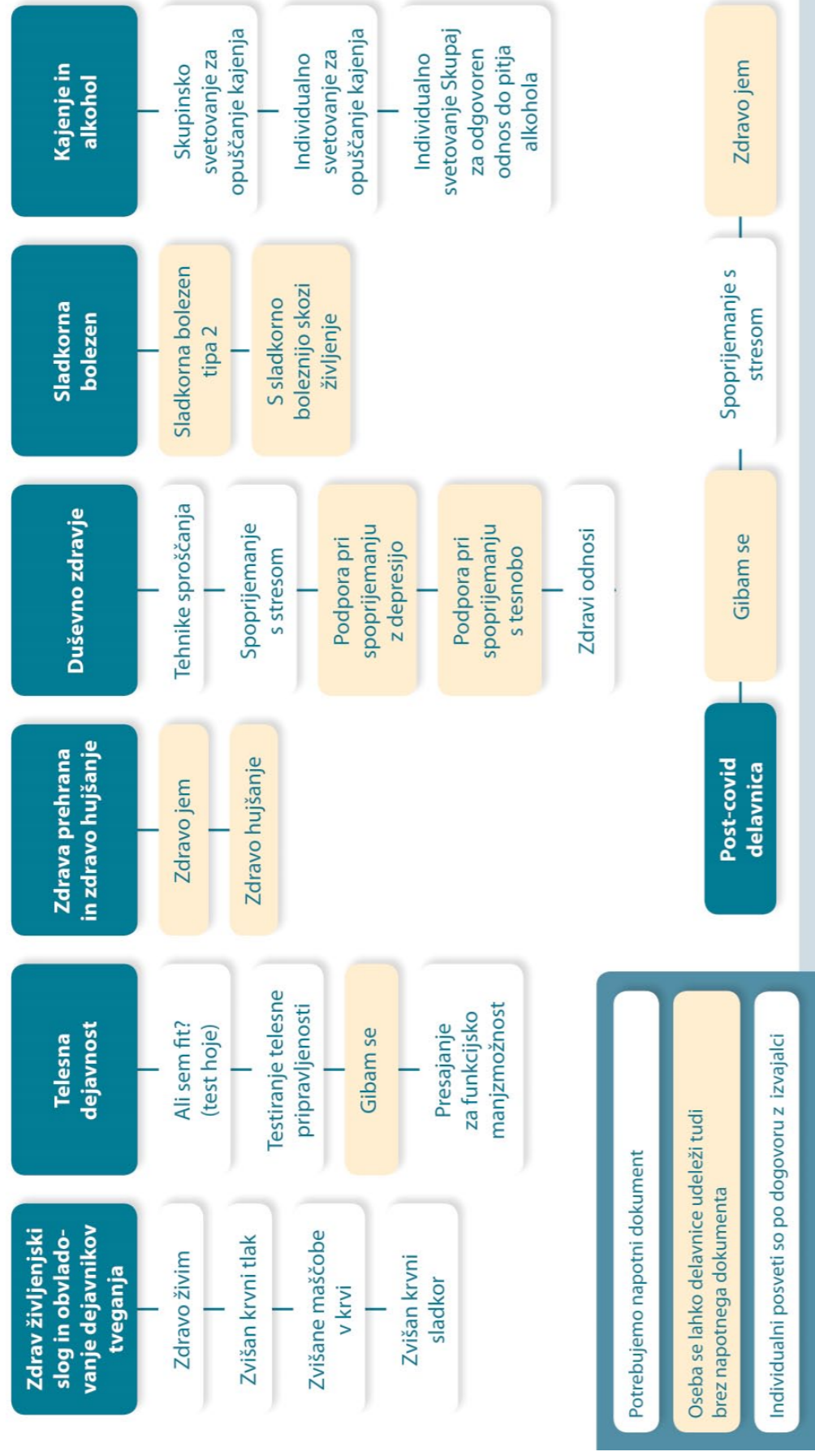
SANDOZ | Lek



STROKOVNO SREČANJE TIMOV

Jana Lavtižar, dipl. m. s.

Delavnice in svetovanja v Centru za krepitev zdravlja



DELAVNICA	IZVAJALEC	NAPOTITEV koga in kdaj	Časovni obseg srečanja	TRAJANJE delavnice
ZDRAVO ŽIVIM	dipl. m. s.	vsi pacienti	90 min	1 srečanje
TEHNIKE SPROŠČANJA	psiholog	vsi pacienti	90 min	1 srečanje
ZVIŠAN KRVNI SLADKOR	dipl. m. s.	po presejanju + vsi pacienti	90 min	1 srečanje
ZVIŠANE MAŠČOBE V KRVI	dipl. m. s.	po presejanju + vsi pacienti	90 min	1 srečanje
ZVIŠAN KRVNI TLAK	dipl. m. s.	po presejanju + vsi pacienti	90 min	1 srečanje
ALI SEM FIT?	fizioterapevt in kineziolog	vsi pacienti	120 min	1 srečanje - test hoje
TEST TELESNE PRIPRAVLJENOSTI ZA ODRASLE IN STAREJŠE	fizioterapevt	vsi pacienti	120 min	1 srečanje - testiranje
PRESEJANJE ZA FUNKCIJSKO MANJZMOŽNOST	fizioterapevt	starost udeleženca nad 65 let	30 min	1 srečanje - testiranje
SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	dipl. m. s. in dietetik	NAPOTNICA: dg. SB2	90 min	1 srečanje
S SLADKORNO BOLEZNIJO SKOZI ŽIVLJENJE	dipl. m. s. in dietetik	NAPOTNICA: dg. SB2	90 min	5 srečanj
ZDRAVO JEM	dipl. m. s.	NAPOTNICA: SŽO nad 20%	120 min	6 srečanj
ZDRAVO HUJŠANJE temeljni del in vzdrževalni del	dipl. m. s. in fizioterapevt in dietetik in psiholog in kineziolog	NAPOTNICA: ITM nad 30, ali ITM nad 27,5 in SŽO nad 20%, ali ITM nad 27,5 in KNB	60 min vadbe in 60 min predavanja	16 srečanj telovadbe; 15 srečanj skupine 1 leto spremljanja (3 srečanja, testiranje)
GIBAM SE	fizioterapevt	NAPOTNICA (telesna nedejavnost)	60 min	14 srečanj
SPOPRIJEMANJE S STRESOM	psiholog	po presejanju	90 min	4 srečanja
PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z DEPRESIJO	psiholog	NAPOTNICA: po presejanju, ne akutni	90 min	4 srečanja
PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU S TESNOBO	psiholog	NAPOTNICA: po presejanju	90 min	4 srečanja
ZDRAVI ODNOSI	dipl. m. s. in psiholog	vsi pacienti	120 min	4 srečanja
INDIVIDUALNO SVETOVANJE ZA OPUŠČANJE KAJENJA	dipl. m. s. in psiholog	po presejanju	20 min	6 srečanj po 20 min
SKUPINSKO SVETOVANJE ZA OPUŠČANJE KAJENJA	dipl. m. s. in psiholog	po presejanju	90 min	6 srečanj
INDIVIDUALNO SVETOVANJE ZA OPUŠČANJE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA	dipl. m. s. in psiholog	po presejanju	20 min	5 srečanj + 2 motivacijska
POST COVID – 19 OBRAVNAVA	dipl. m. s. in fizioterapevt in dietetik in psiholog in kineziolog	NAPOTNICA 3x: za Zdravo jem, Gibam se, Stres; Pogoj: potrjen Covid	60 min vadbe in 60 min predavanja	15 srečanj po 120 min

Poglabljene delavnice in svetovanja

Temeljne delavnice

Esej: refleksija na predmet Družinska medicina

Janina Simončič

Na našem prvem srečanju smo morali razmisliti o svojih pričakovanjih, ki jih imamo za predmet. Lahko rečem, da je predmet presegel moja pričakovanja in mi odprl nove poglede na delo v tej široki medicinski specializaciji. Družinsko medicino sem si prej predstavljala bolj kot predvsem osnovno oskrbo bolnika, ki zaradi raznovrstnih težav obišče ambulanto, vendar sem tekom predmeta spoznala, kako pomembno vlogo ima zdravnik družinske medicine. Od reševanja težav popolnoma fizične narave do svetovanja in naslavljanja tudi psihičnih stisk in globljih problematik, s katerimi se bolniki obrnejo na svojega zdravnika po pomoč. Tekom predmeta se je potrdilo moje izvorno prepričanje, da je družinski zdravnik zares tisti 'ta pravi' zdravnik, od ljudi za ljudi, ki lahko naredi največjo razliko v življenju posameznika. Poleg osvojenega znanja o diagnostiki in zdravljenju z veseljem opažam, da sem se naučila postopati v različnih situacijah, ki se v ambulanti lahko zgodijo nepričakovano in kjer je hitra prilagoditev ključna. Kot študentka medicine se tudi sama v življenju srečujem z vprašanji s strani družine in prijateljev, kot so: »Koliko Lekadola lahko vzamem na dan?« ali »Kaj je ta rdeča pika na nogi, kaj naj naredim?«, poleg tega sedaj lahko tudi strokovno ocenim, kdaj prijatelji manj tvegano oziroma tvegano pijejo alkohol (in jih ob tem nagovarjam v nasprotno). Zdaj se počutim bolj suvereno v nujenju prve pomoči in svetovanju pri različnih

vprašanjih. Tudi neskončna vrsta imen zdravlil, ki so mi bila prej zastrašujoča, se zdaj zdi bolj obvladljiva tema. Delo v družinski medicini mi je še posebej všeč zaradi poglobljenega stika s pacienti, ki ga omogoča ta specializacija. Presenetila me je velika mera moralnih vprašanj in dilem, ki se pojavljajo znotraj poklica, o katerih bi se gotovo moral vprašati vsak bodoči (in tudi sedanji) zdravnik. Med predavanji in kliničnimi vajami, predvsem pa na hišnem obisku sem opazila, kako lahko en zdravnik dolgoletno spremlja posameznega pacienta, pozna njegovo zdravstveno zgodovino, življenjski slog ter vse okoliščine, ki vplivajo na njegovo zdravje. Ta stik z ljudmi, ki je veliko bolj oseben kot v mnogih drugih vejah medicine, me izjemno privlači, saj omogoča vzpostavitev trdnega zaupanja, ki ga pacient in zdravnik gradita skozi leta. Menim, da ni lepše aktualizacije na svetu kot ta, da gradiš trdne odnose v vseh aspektih svojega življenja – tako osebno kot tudi profesionalno v poklicu. Tekom predmeta sem si odgovorila na vprašanje, ki sem ga imela na začetku: ali me specializacija iz družinske medicine zanima? Zagotovo. Spoznala sem, da je to področje, kjer bi lahko uporabila zelo široko znanje in ga tudi gradila skozi celotno kariero, kjer lahko pacientu stojim ob strani v vseh fazah življenja, kar me izredno veseli in je v skladu z mojim občutkom poslanstva. Izkušnje, ki sem jih pridobila, so mi dale veliko mero

samozavesti in prepričanja, da lahko s tem znanjem pripomorem k zdravju in dobremu počutju ljudi v moji okolici. Upam, da bom lahko nadaljevala to pot in nadgrajevala znanje, ki sem ga pridobila. Predmet mi je omogočil vpogled v poklic, ki se zdi, da bi lahko postal tudi moje poslanstvo.

Janina Simončič,
študentka 6. letnika medicine

Neizmerno veselje z milijardami oblik življenja

Emilijana Crgol

Neizmerno veselje, ne vemo, kje je začetek, konca pa tako ni, posejano z milijardami oblik živih in neživih oblik. Ustavimo se pri majhni pikici živega organizma, pri planetu Zemlja, ki kar vrvi od živih oblik in kar edina redkih, mogoče celo edina v vsem vesolju, ki doživlja spremembe in kljub vsemu ostaja vedno živa. Na začetku je bila žareča gmota z vulkani, ki so jo cefrali s svojo ogromno močjo, pa spet vkovali v kilometre debelega ledu, vendar je niso uničili, le spreminjali so ji obliko, in tisto nekaj živega je vedno ostajalo in se spreminjalo, dokler, lahko bi rekli, se ni dokončno umirilo. Še vedno so bile velike spremembe, na milijarde let so bile ledene dobe, pa spet strahotne poplave, vulkani niso mirovali, a živa bitja so ostajala in se prilagajala tem spremembam. Iz neizobličnih gmot vsako milijardo let so nastale nove oblike življenja, pametnejše, lepše. In glej nas, tukaj smo, poimenovali smo se ljudje. Ustvarili smo si prijetno bivanje, hrana je vedno boljša, naši potomci vedno pametnejši. Le nečesa ne znamo rešiti. Za vsakega od nas pride čas, ko se spremeni nazaj v gmoto, kakršna je bila nekoč. Naše življenjske moči začnejo pešati, sami nismo več sposobni živeti, potrebujemo nekoga, da nam zadnje dni pomaga. Bili smo toliko pametni, da smo ustanovili posebne domove, kjer nas nekdo gleda in čuva. In tako je prišel čas tudi za mene. Noge me ne nosijo več, omotica mi nagaja, da

vsak dan padem in si s podplutbami lepšam dele svojega telesa, malo že pozabljam, pa še bi lahko kaj naštela, vsega vam pa tudi ni treba vedeti. Po pogovorih z mojo družino sem se odločila, da grem v dom starejših občanov, kjer me bodo stregli z vseh strani. Nikar ne mislite, da je to lahek pogovor ali lahka odločitev. Nikakor, težko je, ko moraš zapustiti svoj dom, kjer si živel, imel otroka in po mnogih letih začel uživati v penziji. Toda samota naredi svoje, postaneš izgubljen, nisi več član družbe, zaprt si v svojem svetišču in vegetiraš. Celotno otroke nekako prisiljuješ, da nimajo več svojega življenja, ampak se morajo prilagajati tebi. Po dolgem razmisleku vidiš, da tako ne gre. Pusti ptičke, naj svobodno odletijo iz gnezda, sama pa si najdi drugo staro vrano in skupaj krakajta svoje modrosti. Nemirna noč brez spanja, še vedno razmišljanje, ali sem storila prav ali ne, toda kar je, je. Oblečem se in sin me kakor nevesto pod roko odpelje v dom. Dobrodošlice, nekaj spoznavanj, za kaj več ni bilo časa. Kar s strahom sem se zaprla v sobo in mislila, da do drugega dne ne pridem na svetlo. Trkanje na vrata, sostanovalko želijo, da pridem ven, na kavico in klepet. Vsa prestrašena jim ustrezem in glej pred večerjo sem se vključila, kakor da sem tam že celo leto. Le tu pa tam mi spolzi še kakšna solzica. Drage moje ženske, težka je ta pot, ki sem jo prehodila, pa vseeno vam

priporočam, odločite se, in to same, ne na pritiske družine, sorodnikov. Če pa čutite, da to ni za vas, ne hodite na silo, našle boste drug način, da oživite.

Program strokovnih srečanj Združenja zdravnikov družinske medicine v letu 2025

Najnovije programe in sporočila v zvezi s strokovnimi srečanji, ki jih organizira ali priporoča Združenje zdravnikov družinske medicine, najdete na spletni strani <http://www.drmed.org/index.php?k=5> v rubriki Koledar srečanj.

Januar 2025

KAJ 41. Delavnice za mentorje v družinski medicine

KDAJ 10.–11. 1. 2025

KJE Ljubljana

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine

KONTAKTI Lea Vilman

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 50

KOTIZACIJA Ni

Marec 2025

KAJ 41. Delavnice za mentorje v družinski medicine

KDAJ 06.–08. 3. 2025

KJE Moravske Toplice, Terme Moravske Toplice

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine
Prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.

KONTAKTI Lea Vilman

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 50

KOTIZACIJA Ni

KAJ 28. Schrottovi dnevi – Novosti v zdravljenju

KDAJ 14.–15. 3. 2025

KJE Ljubljana, Cankarjev dom

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in farmacevte

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine

Asist. Mateja Kokalj Kokot, dr. med.

Špela Tevžič, dr. med.

Prim. mag. Rajko Vajd, dr. med.

Prim. Dean Klančič, dr. med.

Barbara Toplek

KONTAKTI Barbara Toplek

Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Tel.: 01 438 69 14,

info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 220 € (DDV ni vključen)

April 2025

KAJ 41. Delavnice za mentorje v družinski medicine

KDAJ 04.–05. 4. 2025

KJE Ankaran

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine

KONTAKTI Lea Vilman

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 50

KOTIZACIJA Ni

KAJ 24. Kokaljevi dnevi

KDAJ 11.–12. 4. 2025

KJE Laško, Kongresni center Park Laško

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, patronažne sestre, reševalce in farmacevte

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Zdravstveni dom Celje

Organizacijski odbor:

Klemen Pašič, dr. med.

Andrej Pangerc, dr. med.

Mateja Pišljar, dr. med.

Tina Klinar, dr. med.

Filip Veličkovič, dr. med.

Rok Repas, DMS

Maja Drešček Dolinar, DMS

Marko Drešček, dr. med.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 438 69 14, nina.stojs@gmail.com,

www.facebook.com/kokaljevi.dnevi,

<http://www.drmed.org/kokaljevi-dnevi/>,

<https://www.e-medicina.si/kokaljevi-dnevi/>

KANDIDATI 200

KOTIZACIJA Strokovna javnost 170 € (DDV ni vključen), enodnevna kotizacija (petek/sobota) 120 € (DDV ni vključen)

Junij 2025

KAJ 50. Strokovno srečanje timov 2025

KDAJ 06.–07. 6. 2025

KJE Cankarjev dom, Ljubljana

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in za medicinske sestre o smernicah za družinsko medicino, s posebnim poudarkom na timskem delu in na vsebinah, pomembnih za delo v ambulanti družinske medicine.

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v DM

Organizacijski odbor:

asist. Ana Perdih, dr. med.

asist. Žan Trontelj, dr. med.

asist. Veronika Vežjak, dr. med.

Barbara Bukovnik, dipl. m.s.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Telefon: 01 438 69 14, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 200

KOTIZACIJA

175 € za 2 dni in 130 € za 1 dan, 140 € – za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, tim DR + MS/ZT 220 €, tim DR+SMS+DMS 280 €, specializanti, upokojeni zdravniki in študentje zdravstvene nege in medicine na vseh stopnjah so brez kotizacije

September 2025

KAJ 34. mednarodni Janko Kersnik EURACT tečaj na Bledu: DRUŽINSKA MEDICINA: KOMPLEKSNOŠT IN NAVDIH (Complexity and Inspiration in Family medicine and General practice)

KDAJ 10.–13. 9. 2025

KJE Bled, Ribno

KOMU Strokovno izobraževanje za učitelje in klinične mentorje družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Katedra za družinsko medicino Medicinske

fakultete Univerze v Ljubljani

Zavod za razvoj družinske medicine

OZG – Zdravstveni dom Bled

Evropska akademija učiteljev v družinski medicini (EURACT)

Doc. dr. Vesna Homar, dr. med.

Prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.

KONTAKTI Katedra za družinsko medicino,

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani,

Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana,

tel.: 01 438 69 15, info@zrdm-idfm.si

<http://www.bled-course.org/lang/>

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA Za slovenske udeležence kotizacije ni

KAJ 18. Zdravčevi dnevi

KDAJ 26.–27. 9. 2025

KJE Hotel VIVAT, Moravske Toplice

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine

doc. dr. Staša Vodička, dr. med.

Jana Podojsteršek, dr. med.

Leon Köveš, dr. med.

Sašo Duh, dr. med.

Nina Cvek, dr. med.

KONTAKTI Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA 100 € (DDV ni vključen)

Oktober 2025

KAJ 27. Fajdigovi dnevi

KDAJ 17.–18. 10. 2025

KJE Kranjska Gora, Hotel Kompas

KOMU Strokovni javnosti

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Osnovno zdravstvo Gorenjske

prim. dr. Aleksander Stepanović, dr. med.

prim. prof. dr. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.

Marko Drešček, dr. med.

Mihaela Strgar Hladnik, dr. med.

Nataša Kern, dr. med.

Vida Šet, dr. med.

Luka Velej, dr. med.

Maja Logar Polajnar, dr. med.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine,

Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Telefon:

01 438 69 14, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 170 €, enodnevna kotizacija 125 € petek in 65 € sobota (DDV ni vključen).

Ob zgodnji prijavi do 1. 9. 2025 priznamo na navedene cene 10 % popust.

November 2025

KAJ 11. Majhnov dan – Celjski dan družinske medicine

KDAJ 20. 11. 2025

KJE Narodni dom, Trg celjskih knezov 9, Celje

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine in njihove sodelavce

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Prim. Jana Govc-Eržen, dr. med.

KONTAKTI

Nina Gerdina, Zavod za razvoj družinske

medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana,

Tel: 01 438 69 14, fax: 01 438 69 10,

nina.stojs@gmail.com

KANDIDATI 150

KOTIZACIJA za strokovno javnost: 100 € (DDV ni vključen); študenti, pripravniki,

specializanti, upokojeni zdravniki,

upokojene medicinske sestre: brezplačno

34. Janko Kersnik EURACT tečaj

Družinska medicina: kompleksnost in navdih

10. – 13. september 2025 Bled, Slovenija



ZDRUŽENJE
ZDRAVNIKOV
DRUŽINSKE
MEDICINE
SLOVENIJE

