

- 3 str. Novi upravni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine
- 8 str. Strokovno srečanje timov
- 13 str. Kako čustva vplivajo na naše zdravje
- 24 str. Kaj nam pove albuminurija in kako jo določamo?

Družinska medicina





POSKRIBITE, DA BO ZAŠČITA NJENA DODATNA MOČ

Zdravilo JARDIANCE zaščiti, saj pri odraslih bolnikih s

KLB – zmanjša tveganje za SŽ umrljivost ali napredovanja ledvične bolezni^{1,2}

SP – zmanjša tveganje za SŽ umrljivost ali hospitalizacije zaradi SP^{1,3,4}

SB tipa 2 + SŽB – zmanjša tveganje za SŽ umrljivost⁵

Jardiance®
(empagliflozin)

Za podrobnosti glede preskušanj in posameznih kliničnih izidov glejte povzetek glavnih značilnosti zdravila.

KLB = kronična ledvična bolezen; SŽ = srčno-žilno; SŽB = srčnožilna bolezen; SP = srčno popuščanje; SB tipa 2 = sladkorna bolezen tipa 2

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Jardiance® 10 mg filmsko obložene tablete, Jardiance® 25 mg filmsko obložene tablete

Kakovostna in količinska sestava: ena tableta vsebuje 10 mg ali 25 mg empagliflozina. Vsebuje laktozo monohidrat. Ena tableta vsebuje 154,3 mg (Jardiance 10 mg) ali 1074 mg (Jardiance 25 mg) brezvodne laktoze. **Terapevtske indikacije:** *Sladkorna bolezen tipa 2*, pri odraslih bolnikih in otrocih, starih 10 let in več, za zdravljenje neustrezno urejene sladkorne bolezni tipa 2 kot dodatek k dieti in telesni aktivnosti za: **samostojno zdravljenje**, kadar metformin ni primerno zdravilo, ker ga bolniki ne prenašajo in v kombinaciji z drugimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. **Srčno popuščanje:** za zdravljenje odraslih bolnikov s simptomatskim kroničnim srčnim popuščanjem. **Kronična ledvična bolezen:** za zdravljenje odraslih bolnikov s kronično ledvično boleznijo. **Odmernjevanje in način uporabe:** *Sladkorna bolezen tipa 2*, priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan kot samostojno zdravljenje in kot dodatno kombinirano zdravljenje z drugimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. Pri bolnikih, ki prenašajo empagliflozin 10 mg enkrat na dan, z oGF > 60 ml/min/1,73 m² in pri katerih je potrebna boljša urejenost glikemije, lahko odmerek povečamo na 25 mg enkrat na dan. Največji dnevni odmerek je 25 mg. **Srčno popuščanje:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Kronična ledvična bolezen:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Vse indikacije:** Če se empagliflozin uporablja v kombinaciji s sulfonilsečninami ali insulinom, bo morda potrebno zmanjšati odmerka sulfonilsečnin ali insulina, da bi zmanjšali tveganje hipoglikemije. Če bolnik odmerek izpusti, ga mora vzeti takoj, ko se spomni, vendar v istem dnevu ne sme vzeti dvojnega odmerka. Tablete se lahko jemljejo s hrano ali brez nje; pogotje se se lez vodo. **Ledvična okvara:** Zaradi omejenih izkušenj, zdravljenja z empagliflozinom ni priporočljivo uvesti pri bolnikih z oGF < 20 ml/min/1,73 m². Pri bolnikih z oGF < 60 ml/min/1,73 m² je dnevni odmerek empagliflozina 10 mg. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 z oGF < 45 ml/min/1,73 m² je učinkovitost empagliflozina pri zniževanju ravni glukoze zmanjšana, pri tistih z oGF < 30 ml/min/1,73 m² pa verjetno odsotna. Zato je v primeru, da oGF pade pod 45 ml/min/1,73 m², treba razmisliti o dodatnem zdravljenju za zniževanje ravni glukoze, v kolikor je to potrebno. **Jetna okvara:** Prilagoditev odmerka pri bolnikih z jetrno okvaro ni potrebna. Izpostavljenost empagliflozinu je pri bolnikih s hudo jetrno okvaro povečana. **Starejši:** Prilagoditev odmerka glede na starost ni potrebna. Pri bolnikih, starih 75 let in več, je treba upoštevati večje tveganje za zmanjšanje volumna. **Pediatrična populacija:** priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. Pri bolnikih, ki prenašajo 10 mg empagliflozina enkrat na dan in potrebujejo dodatno urejenost glikemije, je odmerek mogoče povečati na 25 mg enkrat na dan. Za otroke z eGR < 60 ml/min/1,73 m² in otroke, mlajše od 10 let, podatkov ni na voljo. **Varnost in učinkovitost empagliflozina za zdravljenje srčnega popuščanja ali kronične ledvične bolezni pri otrocih, mlajših od 18, let nista bili dokazani. Za natančnejša navodila glede odmerjanja in načina uporabe:** *Sladkorna bolezen tipa 2*, priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan kot samostojno zdravljenje in kot dodatno kombinirano zdravljenje z drugimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. Pri bolnikih, ki prenašajo empagliflozin 10 mg enkrat na dan, z oGF > 60 ml/min/1,73 m² in pri katerih je potrebna boljša urejenost glikemije, lahko odmerek povečamo na 25 mg enkrat na dan. Največji dnevni odmerek je 25 mg. **Srčno popuščanje:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Kronična ledvična bolezen:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Vse indikacije:** Če se empagliflozin uporablja v kombinaciji s sulfonilsečninami ali insulinom, bo morda potrebno zmanjšati odmerka sulfonilsečnin ali insulina, da bi zmanjšali tveganje hipoglikemije. Če bolnik odmerek izpusti, ga mora vzeti takoj, ko se spomni, vendar v istem dnevu ne sme vzeti dvojnega odmerka. Tablete se lahko jemljejo s hrano ali brez nje; pogotje se se lez vodo. **Ledvična okvara:** Zaradi omejenih izkušenj, zdravljenja z empagliflozinom ni priporočljivo uvesti pri bolnikih z oGF < 20 ml/min/1,73 m². Pri bolnikih z oGF < 60 ml/min/1,73 m² je dnevni odmerek empagliflozina 10 mg. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 z oGF < 45 ml/min/1,73 m² je učinkovitost empagliflozina pri zniževanju ravni glukoze zmanjšana, pri tistih z oGF < 30 ml/min/1,73 m² pa verjetno odsotna. Zato je v primeru, da oGF pade pod 45 ml/min/1,73 m², treba razmisliti o dodatnem zdravljenju za zniževanje ravni glukoze, v kolikor je to potrebno. **Jetna okvara:** Prilagoditev odmerka pri bolnikih z jetrno okvaro ni potrebna. Izpostavljenost empagliflozinu je pri bolnikih s hudo jetrno okvaro povečana. **Starejši:** Prilagoditev odmerka glede na starost ni potrebna. Pri bolnikih, starih 75 let in več, je treba upoštevati večje tveganje za zmanjšanje volumna. **Pediatrična populacija:** priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. Pri bolnikih, ki prenašajo 10 mg empagliflozina enkrat na dan in potrebujejo dodatno urejenost glikemije, je odmerek mogoče povečati na 25 mg enkrat na dan. Za otroke z eGR < 60 ml/min/1,73 m² in otroke, mlajše od 10 let, podatkov ni na voljo. **Varnost in učinkovitost empagliflozina za zdravljenje srčnega popuščanja ali kronične ledvične bolezni pri otrocih, mlajših od 18, let nista bili dokazani. Za natančnejša navodila glede odmerjanja in načina uporabe:** *Sladkorna bolezen tipa 2*, priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan kot samostojno zdravljenje in kot dodatno kombinirano zdravljenje z drugimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. Pri bolnikih, ki prenašajo empagliflozin 10 mg enkrat na dan, z oGF > 60 ml/min/1,73 m² in pri katerih je potrebna boljša urejenost glikemije, lahko odmerek povečamo na 25 mg enkrat na dan. Največji dnevni odmerek je 25 mg. **Srčno popuščanje:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Kronična ledvična bolezen:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Vse indikacije:** Če se empagliflozin uporablja v kombinaciji s sulfonilsečninami ali insulinom, bo morda potrebno zmanjšati odmerka sulfonilsečnin ali insulina, da bi zmanjšali tveganje hipoglikemije. Če bolnik odmerek izpusti, ga mora vzeti takoj, ko se spomni, vendar v istem dnevu ne sme vzeti dvojnega odmerka. Tablete se lahko jemljejo s hrano ali brez nje; pogotje se se lez vodo. **Ledvična okvara:** Zaradi omejenih izkušenj, zdravljenja z empagliflozinom ni priporočljivo uvesti pri bolnikih z oGF < 20 ml/min/1,73 m². Pri bolnikih z oGF < 60 ml/min/1,73 m² je dnevni odmerek empagliflozina 10 mg. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 z oGF < 45 ml/min/1,73 m² je učinkovitost empagliflozina pri zniževanju ravni glukoze zmanjšana, pri tistih z oGF < 30 ml/min/1,73 m² pa verjetno odsotna. Zato je v primeru, da oGF pade pod 45 ml/min/1,73 m², treba razmisliti o dodatnem zdravljenju za zniževanje ravni glukoze, v kolikor je to potrebno. **Jetna okvara:** Prilagoditev odmerka pri bolnikih z jetrno okvaro ni potrebna. Izpostavljenost empagliflozinu je pri bolnikih s hudo jetrno okvaro povečana. **Starejši:** Prilagoditev odmerka glede na starost ni potrebna. Pri bolnikih, starih 75 let in več, je treba upoštevati večje tveganje za zmanjšanje volumna. **Pediatrična populacija:** priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. Pri bolnikih, ki prenašajo 10 mg empagliflozina enkrat na dan in potrebujejo dodatno urejenost glikemije, je odmerek mogoče povečati na 25 mg enkrat na dan. Za otroke z eGR < 60 ml/min/1,73 m² in otroke, mlajše od 10 let, podatkov ni na voljo. **Varnost in učinkovitost empagliflozina za zdravljenje srčnega popuščanja ali kronične ledvične bolezni pri otrocih, mlajših od 18, let nista bili dokazani. Za natančnejša navodila glede odmerjanja in načina uporabe:** *Sladkorna bolezen tipa 2*, priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan kot samostojno zdravljenje in kot dodatno kombinirano zdravljenje z drugimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. Pri bolnikih, ki prenašajo empagliflozin 10 mg enkrat na dan, z oGF > 60 ml/min/1,73 m² in pri katerih je potrebna boljša urejenost glikemije, lahko odmerek povečamo na 25 mg enkrat na dan. Največji dnevni odmerek je 25 mg. **Srčno popuščanje:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Kronična ledvična bolezen:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Vse indikacije:** Če se empagliflozin uporablja v kombinaciji s sulfonilsečninami ali insulinom, bo morda potrebno zmanjšati odmerka sulfonilsečnin ali insulina, da bi zmanjšali tveganje hipoglikemije. Če bolnik odmerek izpusti, ga mora vzeti takoj, ko se spomni, vendar v istem dnevu ne sme vzeti dvojnega odmerka. Tablete se lahko jemljejo s hrano ali brez nje; pogotje se se lez vodo. **Ledvična okvara:** Zaradi omejenih izkušenj, zdravljenja z empagliflozinom ni priporočljivo uvesti pri bolnikih z oGF < 20 ml/min/1,73 m². Pri bolnikih z oGF < 60 ml/min/1,73 m² je dnevni odmerek empagliflozina 10 mg. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 z oGF < 45 ml/min/1,73 m² je učinkovitost empagliflozina pri zniževanju ravni glukoze zmanjšana, pri tistih z oGF < 30 ml/min/1,73 m² pa verjetno odsotna. Zato je v primeru, da oGF pade pod 45 ml/min/1,73 m², treba razmisliti o dodatnem zdravljenju za zniževanje ravni glukoze, v kolikor je to potrebno. **Jetna okvara:** Prilagoditev odmerka pri bolnikih z jetrno okvaro ni potrebna. Izpostavljenost empagliflozinu je pri bolnikih s hudo jetrno okvaro povečana. **Starejši:** Prilagoditev odmerka glede na starost ni potrebna. Pri bolnikih, starih 75 let in več, je treba upoštevati večje tveganje za zmanjšanje volumna. **Pediatrična populacija:** priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. Pri bolnikih, ki prenašajo 10 mg empagliflozina enkrat na dan in potrebujejo dodatno urejenost glikemije, je odmerek mogoče povečati na 25 mg enkrat na dan. Za otroke z eGR < 60 ml/min/1,73 m² in otroke, mlajše od 10 let, podatkov ni na voljo. **Varnost in učinkovitost empagliflozina za zdravljenje srčnega popuščanja ali kronične ledvične bolezni pri otrocih, mlajših od 18, let nista bili dokazani. Za natančnejša navodila glede odmerjanja in načina uporabe:** *Sladkorna bolezen tipa 2*, priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan kot samostojno zdravljenje in kot dodatno kombinirano zdravljenje z drugimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. Pri bolnikih, ki prenašajo empagliflozin 10 mg enkrat na dan, z oGF > 60 ml/min/1,73 m² in pri katerih je potrebna boljša urejenost glikemije, lahko odmerek povečamo na 25 mg enkrat na dan. Največji dnevni odmerek je 25 mg. **Srčno popuščanje:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Kronična ledvična bolezen:** Priporočeni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. **Vse indikacije:** Če se empagliflozin uporablja v kombinaciji s sulfonilsečninami ali insulinom, bo morda potrebno zmanjšati odmerka sulfonilsečnin ali insulina, da bi zmanjšali tveganje hipoglikemije. Če bolnik odmerek izpusti, ga mora vzeti takoj, ko se spomni, vendar v istem dnevu ne sme vzeti dvojnega odmerka. Tablete se lahko jemljejo s hrano ali brez nje; pogotje se se lez vodo. **Ledvična okvara:** Zaradi omejenih izkušenj, zdravljenja z empagliflozinom ni priporočljivo uvesti pri bolnikih z oGF < 20 ml/min/1,73 m². Pri bolnikih z oGF < 60 ml/min/1,73 m² je dnevni odmerek empagliflozina 10 mg. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 z oGF < 45 ml/min/1,73 m² je učinkovitost empagliflozina pri zniževanju ravni glukoze zmanjšana, pri tistih z oGF < 30 ml/min/1,73 m² pa verjetno odsotna. Zato je v primeru, da oGF pade pod 45 ml/min/1,73 m², treba razmisliti o dodatnem zdravljenju za zniževanje ravni glukoze, v kolikor je to potrebno. **Jetna okvara:** Prilagoditev odmerka pri bolnikih z jetrno okvaro ni potrebna. Izpostavljenost empagliflozinu je pri bolnikih s hudo jetrno okvaro povečana. **Starejši:** Prilagoditev odmerka glede na starost ni potrebna. Pri bolnikih, starih 75 let in več, je treba upoštevati večje tveganje za zmanjšanje volumna. **Pediatrična populacija:** priporočeni začetni odmerek je 10 mg empagliflozina enkrat na dan. Pri bolnikih, ki prenašajo 10 mg empagliflozina enkrat na dan in potrebujejo dodatno urejenost glikemije, je odmerek mogoče povečati na 25 mg enkrat na dan. Za otroke z eGR < 60 ml/min/1,73 m² in otroke, mlajše od 10 let, podatkov ni na voljo. **Varnost in učinkovitost empagliflozina za zdravljenje srčnega popuščanja ali kronične ledvične bolezni pri otrocih, mlajših od 18, let nista bili dokazani. Za natančnejša navodila glede odmerjanja in načina uporabe:**

LITERATURA: 1. Povzetek glavnih značilnosti zdravila JARDIANCE [februar 2025]; 2. Herrington WG, Staplin N, Warner C, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix.); 3. Packer M, Anker SD, Butler J, et al. EMPEROR-Reduced Trial Investigators Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.); 4. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.); 5. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. (EMPA-REG OUTCOME® results and the publication's Supplementary Appendix.)

V kolikor imate medicinsko vprašanje v povezavi z zdravilom podjetja Boehringer Ingelheim, Podružnica Ljubljana, Vas prosimo, da pokličete na telefonsko številko 01/5864-000 ali pošljete vaše vprašanje na elektronski naslov: medinfo@boehringer-ingelheim.com.

Samo za strokovno javnost • PCSL-101445 • Datum priprave informacije: februar 2025



Boehringer Ingelheim RCV,
Podružnica Ljubljana,
Šlandrova 4b, 1231 Ljubljana - Črnuče



Prva stran

Žan Trontelj

Dr. Špela Miroševič – srce, znanje in pogum v službi življenja

Ko razmišljam o Špeli (dr. Špeli Miroševič za tiste bolj uradne), moji kolegici s Katedre za družinsko medicino, se mi pred očmi izriše podoba človeka, ki presega meje običajnega. Ne le kot strokovnjakinja, znanstvenica in raziskovalka, temveč kot oseba, ki s svojo predanostjo, srčnostjo in neomajno voljo spreminja svet – za svojega sina, za bolnike, za vse nas.

Letos je Špela prejela priznanje Ona 365, ki ga podeljuje revija OnaPlus posameznicam, ki s svojim delom pomembno zaznamujejo družbo. In če kdo pooseblja vrednote tega priznanja (vsaj po piščevem, precej omejenem in nedavno priučenem razumevanju teh vrednot), je to prav ona. Njena zgodba ni le zgodba o znanstvenem uspehu, temveč predvsem zgodba o ljubezni, ki je postala gonilo sprememb.

Ko se je njen sin Urban rodil z redko genetsko motnjo CTNNB1, se je Špela odločila, da ne bo zgolj opazovalka. Kot raziskovalka na Medicinski fakulteti v Ljubljani je združila svoje znanje in osebno izkušnjo ter ustanovila fundacijo CTNNB1. Njeno poslanstvo: razviti zdravilo za sina – in za vse otroke s to boleznijo. Danes, le nekaj let kasneje, je zdravilo že v klinični fazi – v Sloveniji. To je dosežek, ki ga lahko primerjamo z največjimi preboji v medicini, a za Špelo je to le začetek.

Ob tem pa ostaja tudi naša kolegica, vedno pripravljena pomagati, svetovati, priskočiti na pomoč. Njena prisotnost na katedri je neprecenljiva – ne le zaradi strokovnosti, temveč zaradi topline, ki jo prinaša v vsak pogovor, vsako sodelovanje. Ko se znajdemo pred izzivom, je Špela tista, ki bo prva ponudila roko. Ko iščemo navdih, je njena zgodba tista, ki nas opomni, zakaj smo izbrali to pot.

Meni osebno se pred očmi najprej izriše druga Špela. Mama v civilu, ki kot Hekatonhejri skrbi za svoje tri otroke. In vmes uspe še izmenjati nekaj vlnudnosti s kolegom. Kot starš, kot prijateljica. Naj bo Tivoli ali Center, igrišče ali sladoleđ, ji kljub zdaj že zavidanja vredni kilometrini javnega nastopanja, ta družinska, osebna, človeška vloga, še najbolj pristoji.

Občudujem njeno sposobnost, da kljub neprespanim nočem, kljub skrbi za otroke in vodenju fundacije, ostaja aktivna na vseh frontah: v raziskovanju, izobraževanju, kliničnem delu. Njena energija in optimizem sta nalezljiva, njena odločnost in vztrajnost pa zgled vsem nam.

Špela nas uči, da je medicina več kot znanost – je umetnost človečnosti. Da je raziskovanje več kot zbiranje podatkov – je iskanje rešitev za resnične ljudi. Da biti starš ni le biološka vloga – je življenjsko poslanstvo.

Draga Špela, hvala ti. Za tvojo požrtvovalnost, za tvojo vztrajnost, za tvojo moč. In predvsem – za to, da si Človek.

Poročila

- 3 Novi upravni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine • **Aleksander Stepanović**
- 4 Specialist družinske medicine leta 2024 • **Aleksander Stepanović**
- 4 Delavnice in seminarji za mentorje v družinski medicini v letu 2025/26 • **Marija Petek Šter**
- 5 Od znanstvene fantastike do resničnosti: tehnologija in človečnost z roko v roki • **Aleksander Stepanović**
- 8 Strokovno srečanje timov • **Ana Perdih**
- 12 Novi člani izvršilnega odbora in nadzornega odbora iz vrst zdravnikov družinske medicine • **Rajko Vajd, Marko Zelinka**
- 13 Kako čustva vplivajo na naše zdravje • **Uroš Brezavšček**
- 16 Študentsko raziskovanje kot del poti v družinski medicini • **Leon Redek**
- 19 Vpliv psiholoških dejavnikov pri obravnavi bolnikov v ambulanti družinske medicine • **Janez Svoljšak**
- 20 Smjernice u praksi obiteljskog liječnika – univerzitetni učbenik Univerze v Zagrebu • **Danica Rotar Pavlič**
- 21 Obisk bolnika na domu – kako se obravnave starejših učimo v družinski medicini • **Mihaela Šuštar, Angelika Kirar**
- 23 Komunikacija z gluho osebo v ambulanti • **Ana Koprivnikar**

Strokovne teme

- 24 Kaj nam pove albuminurija in kako jo določamo • **Marija Petek Šter, Jernej Pajek**
- 28 Epidemija eozinofilnega ezofagitisa: zakaj številni naši bolniki s to boleznijo niso ustrezno zdravljeni • **Rok Orel**
- 32 Prizadevanja zdravnikov družinske medicine za ozaveščanje in večjo precepljenost proti pnevmokoku • **Danica Rotar Pavlič**

Naše ambulante

- 34 Referenčne ambulante – ambulante družinske medicine – kako naprej • **Darinka Klančar**

Zanimivosti

- 36 Izkušnje s tujejezičnimi zdravstvenimi delavci v Kazahstanu • **Kristina Brečko, Martin Štrumbelj**
- 38 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

Novi upravni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine

Aleksander Stepanović

V skladu s statutom Združenja zdravnikov družinske medicine so letos spomladi potekale volitve članov upravnega odbora Združenja za obdobje 2025–2028. Glasovnice s predlaganimi kandidati so bile poslone vsem članom Združenja po pošti s priloženo kuverto za odgovor. Tričlanska komisija je 2. 6. 2025 preštela prejete glasove.

V novi upravni odbor so bili izvoljeni naslednji dosedanji člani (po abecednem redu): Eva Cedilnik Gorup, Vesna Homar, Mateja Kokalj Kokot, Nena Kopčavar Guček, Danica Rotar Pavlič, Aleksander Stepanović, Žan Trontelj in Rajko Vajd. Izvoljeni so bili naslednji novi člani: Maja Arzenšek, Polona Campolunghi Pegan in Mojca Žerdin.

Upravni odbor se je v petek, 6. 6. 2025, ob 18.30 v Ljubljani sestel na ustanovni seji, na kateri se izvoli izvršni odbor. Sestavljajo ga predsednik, podpredsednik, tajnik, blagajnik in referent za izobraževanje. Referentka za izobraževanje bo Vesna Homar, blagajnik Mateja Kokalj Kokot, tajnica Eva Cedilnik Gorup, podpredsednica Nena Kopčavar Guček in predsednik Aleksander Stepanović.

Čestitam vsem izvoljenim in jim želim uspešno delo!



Udeleženci sestanka izvršilnega odbora združenja.

Specialist družinske medicine leta 2024

Aleksander Stepanović

Nena Kopčavar Guček je ena najbolj znanih zdravnic družinske medicine v Sloveniji. Je oseba mnogih sposobnosti in talentov. Njena usmerjenost v ljudi, povezovalnost, dobronamernost in pripravljenost pomagati drugim, so razlog za tako uspešno delo v stroki.

Za zdravnico leta 2024 je bila izbrana iz dveh razlogov:

- **Delo na področju preprečevanja nasilja v lanskem letu.** V okviru njenega medijsko podprtega izobraževalnega in raziskovalnega ukvarjanja z nasiljem je postala zaupnica žrtev kakršnega koli nasilja. Nanjo se lahko obrnejo študenti ali zaposleni na MF.

Ob tem je tudi vodja skupine Ne dopuščajmo nasilja pri Zdravniški zbornici Slovenije, ki nudi pomoč in podporo žrtvam nasilja, odgovarja na prijave in prošnje zdravnikov, ki so žrtve nasilja, in podaja pobude za spremembe na zakonodajnem področju. V sklopu tega je lani skupaj s predsednico Zdravniške zbornice Slovenije podala v parlament predlog za spremembo zakonodaje, kjer bi zaposlene v javnem zdravstvu izenačili z uradnimi osebami, in s tem pripomogli k večji varnosti zaposlenih v zdravstvu. Predlog je temeljil na več kot 7500 zbranih podpisih.

Nena Kopčavar Guček je članica in bivša vodja Posebne skupine za obravnavo družinskega nasilja pri WONCA. Sodeluje pri izobraževanju o nasilju na dodiplomskem in podiplomskem pouku in tako zaokroža svojo aktivnost na tem profesionalnem področju.

- **Vodenje Ambulante s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja.**

Pred tem je veliko let v njej občasno delala kot prostovoljka. Gre za posebej ranljivo populacijo, ki jim ambulanta omogoča brezplačno zdravstveno in socialno pomoč ali nasvet.

Zaradi strokovnega doprinosa k napredku družinske medicine ter širšega javnega in dobrodelnega delovanja je zaslužen prejel laskavi naziv »Specialist družinske medicine leta 2024«.

Delavnice in seminarji za mentorje v družinski medicini v letu 2025/26

Marija Petek Šter

Seminarji in delavnice za mentorje so dogodek, kjer poleg strokovnih vsebin lahko izmenjamo naša stališča in dobre prakse pri delu in poučevanju. Tudi za akademsko leto 2025/26 pripravljamo pester sklop dogodkov.

34. Mednarodni tečaj Janka Kersnika

Potekal bo v **Ribnem pri Bledu od 10. do 13. septembra 2025**. Naslov letošnjega tečaja bo Complexity and Inspiration in Family medicine. Gre za mednarodni tečaj, ki poteka v angleščini in je namenjen učiteljem družinske medicine tako v akademskem kot v kliničnem okolju.

Delavnica za nove mentorje

Delavnico načrtujemo za **mesec oktober 2025**, točen datum in kraj dogodka sledita.

Delavnica za nove mentorje je nastala na osnovi delavnice akademije učiteljev družinske medicine EURACT. Dvodnevna delavnica je namenjena vsem novim mentorjem in tistim, ki želijo svoje znanje iz osnovnih tehnik poučevanja in ocenjevanja v ambulanti ponoviti oz. nadgraditi.

Seminar za glavne mentorje

Seminar za glavne mentorje bo **14. novembra 2025** na Zdravniški zbornici Slovenije. Seminar bo poleg novosti v poteku specializacije predstavil pomen **vključevanja novih tehnologij v delo v družinski medicini s poudarkom na uporabi obposteljnega ultrazvoka**. V sklopu seminarja načrtujemo tudi krajše delavnice za tiste, ki bi se želeli preskusiti v praktični uporabi obposteljnega ultrazvoka.

Vabljeni ste vsi sedanji in bodoči mentorji družinske medicine kot ključni sodelavci pri izvajanju dodiplomskega pouka in specializacije.

42. Učne delavnice za mentorje

Tudi v akademskem letu 2025/26 načrtujemo štiri učne delavnice za mentorje, ki bodo tematsko sledile temi mednarodnega tečaja na Bledu - **Kompleksnost in navdih v družinski medicini**.

Termini delavnic in lokacije bodo:

12.–13. december 2025 – Zreče

9.–10. januar 2026 – Ljubljana, Katedra za družinsko medicino

5.–7. marec 2026 – Moravske toplice

10.–11. april 2026 – Ankaran

Vse zainteresirane prosimo, da se čim prej sporočijo svoj interes oz. interes mlajših kolegov, ki bi želeli postati mentorji. Udeležba na vseh seminarjih in delavnicah za mentorje je za udeležence brezplačna.

Za podrobnejše informacije o delavnicah in prijave se javite g. Lei Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, mob.: 041 375 313, elektronska pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si.

Od znanstvene fantastike do resničnosti: tehnologija in človečnost z roko v roki

9. konferenca A GP/FM SEE, 5.–8. junij 2025, Cankarjev dom, Ljubljana

Aleksander Stepanović

V začetku junija smo v Sloveniji gostili 9. mednarodno konferenco mreže A GP/FM SEE (Association of General Practice/Family Medicine of South-East Europe) z naslovom From Science Fiction to Reality: Bridging Technology and Humanity. Dogodek, ki se je odvijal med 5. in 8. junijem 2025, je v središče postavil preplet tehnologije, inovacij in človeškega pristopa v sodobni družinski medicini.

Konferenco je s pozdravnim nagovorom odprla predsednica Republike Slovenije Nataša Pirc Musar, ki je izpostavila pomen primarnega zdravstva za vzdržnost zdravstvenega sistema. Ob njej so zbrane nagovorili tudi Shlomo Vinker, predsednik WONCA Europe, Ljubin Šukriev, predsednik A GP/FM SE in Aleksander Stepanović, predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine Slovenije. Uvodno predavanje je imel dekan Medicinske fakultet v Ljubljani prof. dr. Igor Švab, ki je orisal štiri desetletja razvoja družinske medicine in svojo osebno poklicno pot.

Petkovo dopoldne je bilo namenjeno temam o napredku tehnologije v zdravstvu – od umetne inteligence za zdravniške in obposteljne ultrazvočne diagnostike do uporabe nanomedicine in virtualnih kliničnih izkušenj. Vzporedno so potekale predstavitve o spanju, prehrani ter vlogi družinskih zdravnikov pri zgodnjem prepoznavanju dednih bolezni, kot je družinska hiperholesterolemija.

Po kosilu smo z zanimanjem prisluhnili Rebeci Payne, zdravnici iz Škotske, ki dela na oddaljenem otoku in nudi zdravstveno oskrbo nekaterim najbolj oddaljenim prebivalcem, pri čemer doživlja tudi »čarobne trenutke« – od srečanj z mladiči tjulnjev in kraljevimi pingvini do opazovanja severnega sija.



Sprejem udeležencev na otvoritvi.



Dekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Igor Švab.



Big band Medicinske fakultete v Ljubljani.



Marta Tundževa, Draško Kuprešak, Dragana Balanović, Ljubin Šukriev, Zalika Klemenc Ketiš, Igor Švab.

Strokovno srečanje timov

Ana Perdih

Popoldanski sklopi so se osredotočili na paliativno oskrbo ter medpoklicno sodelovanje. Posebno pozornost so pritegnile praktične delavnice, vključno s simulacijami nujnih stanj in pediatrične podpore ter plesno-komunikacijskimi pristopi. Sledila je okrogla miza o projektu Transsimed. Med tem dogodkom so udeleženci, vključeni v projekt, predstavili rezultate in dosežke s pomočjo različnih zanimivih dejavnosti in predstavitev. Konferenca je bila namenjena poudarjanju vpliva projekta na izboljšanje prakse v osnovnem zdravstvu ter spodbujanju sodelovanja po regiji.

Dan smo zaključili z dvema satelitskima simpozijema. V prvem je prof. dr. Janez Tomažič predstavil inovativno razmišljanje pri razvoju cepiva proti pnevmokoku: kako cepljenje otrok vpliva na breme pnevmokoknih bolezni pri odraslih in kako jih lahko novo cepivo, posebej zasnovano za odrasle, zaščiti. V drugem satelitskem simpoziju pa je prof.dr. Danica Rotar Pavlič prikazala uporabo probiotikov v vsakodnevnih kliničnih situacijah, vključno z zdravjem prebavil in imunskega sistema.

Sobota se je začela z uvodnim predavanjem dr. Harrisa Lygidakisa, sledile pa so predstavitve na temo izboljševanja komunikacijskih spretnosti v družinski medicini, vključno z obravnavo nasilja, uporabo videoposvetov ter vloge motivacijskih intervjujev.

Drugi sklop je obravnaval odziv primarnega zdravstva v kriznih razmerah – od projekta RAPIDE do pripravljenosti mest na izredne razmere.

Posebno mesto so imele tudi klinične predstavitve in posterji, kjer so sodelovali številni mladi raziskovalci in strokovnjaki iz regije. Popoldne se je zaključilo s sklopoma o digitalizaciji in profesionalizmu v družinski medicini ter številnimi praktičnimi delavicami, vključno z uporabo navidezne resničnosti in digitalnih orodij za podporo doječim materam.

Po podelitvi nagrade za najboljši poster in uradnem zaključku je potekalo še srečanje upravnega odbora A GP/FM SEE, namenjeno analizi rezultatov konference in načrtovanju prihodnjih dejavnosti.

Konferenca v Ljubljani je znova dokazala, da sta tehnologija in humanost lahko zaveznici – ne le v znanstveni fantastiki, temveč predvsem v sodobni, usmerjeni in povezani primarni zdravstveni oskrbi.

Skom preživimo največji del svojega dne? Kdo nas spremlja in podpira, ko obravnavamo težkega pacienta? Kdo skupaj z nami išče najboljše rešitve za naše paciente? Naš tim!

Skupaj smo v vseh mogočih (in nemogočih) situacijah – čudovita možnost je tudi skupno izobraževanje. Tako se lahko družimo tudi bolj neformalno, brez pritiska ambulate, in vsi skupaj nabiramo novo znanje.

Strokovno srečanje timov že petdeset (50!) let to omogoča timom v osnovnem zdravstvu. Letos so Timi potekali 6. in 7. junija. V Cankarjevem domu je vzporedno potekala tudi IX. Konferenca Združenja zdravnikov splošne in družinske medicine jugovzhodne Evrope – kakovostnih vsebin v teh dneh ni manjkalo. Strokovni srečanja smo začeli v Gallusovi dvorani, kjer je uvodne besede spremljal Big Band Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Srečanje timov ima tri različne vsebinske sklope: strokovne vsebine, ki so namenjene vsem članom tima, ADM-teme ter praktične delavnice.

Pod naslovom ADM-teme osvežimo znanje smernic za vodenje pogostejših bolezni v naših ambulantah, predvsem tistih, ki jih samostojno obravnavajo tudi diplomirane sestre ADM. Letos smo tako govorili o osteoporozi, prostati, depresiji ter arterijski hipertenziji.



Letos prvič »stopenjska obravnava« – o bolečini v stopalu so govorili družinska zdravnica, ortoped in fizioterapevtka.



Imitator Jure Mastnak je poskrbel, da smo se pred kosilom pošteno nasmejali.



Med predavanji smo s timom programa *Pokončna drža, dobra drža* skrbeli tudi za razgibanje.

Praktične delavnice so namenjene temu, da vsebin ne pridobivamo samo preko teoretičnih predavanj, pač pa aktivno, na praktičnih primerih, s pravimi materiali. Letos smo na delavnicah spoznavali možnosti za obravnavo kroničnih ran; se učili uporabe protokola za prepoznavanje kronične ledvične bolezni na resničnih primerih in ugotavljali stopnjo nujnosti napotitve k nefrologu; učili smo se tehnike, kako pacienta naučimo pokončne drže, da jo lahko začuti in ozavesti; ocenjevali smo srčno-žilno ogroženost na pravih primerih iz prakse ter spoznavali tehnike in materiale za nego stalnega urinskega katetra na domu.

V petkovem dopoldanskem sklopu so nam predavatelj v slogu »TED talk« – brez zaslona in prezentacij – predstavili teme zdravega življenjskega sloga, prehrane, gibanja, spoznali smo Recept za gibanje ter se pogovarjali o pomenu varovanja podatkov v analognem in digitalnem svetu. Zdravnik in srednja medicinska sestra sta nam predstavila pomembne vrednote za sodelovanje v timu. Potem pa nas je Jure Mastnak z Radia Ga-Ga nasmejal z imitacijami znanih Slovencev na temo Srečanja timov.

Letos smo imeli prvič predstavljeno »stopensko obravnavo«: v družinski medicini smo zdravniki skupaj z bolnikom v centru obravnave, v kateri sodelujejo tudi strokovnjaki drugih področij. Temo bolečine v stopalu so nam predstavili družinska zdravnica, ortoped in fizioterapevtka.

Vse, ki so si od študija zapomnili, da bolniki s fenilketonurijo sodijo samo na pediatrijo, je presenetil endokrinolog, ki nam je predstavil, kako za te osebe skrbijo v odrasli dobi, ter povedal, da imamo tudi zdravilo, ki bistveno olajša življenje.

Velik del delovnega dne sestavljajo telefonski pogovori, v okviru katerih moramo (običajno je ob telefonu medicinska sestra) presoditi, kakšno (in kako hitro) obravnavo potrebuje bolnik. Poslušali smo odlično predavanje o osnovah triaže ter o tem, kaj lahko že po telefonu svetujemo ob različnih simptomih, s katerimi kliče naš bolnik, pa tudi, kakšen režim staleža je primeren za določeno bolezensko stanje.

Poslušali smo o tem, kako lahko ukrepa zdravnik družinske medicine ob migreni in katera preventivna zdravila lahko predpisujemo. Slišali smo rezultate raziskave o urejenosti dejavnikov tveganja 5 let po prebolelem miokardnem infarktu – tudi po takem dogodku zelo velik odstotek bolnikov nima primernih vrednosti spremljanih parametrov. Vsekakor je to področje, na katerem nas čaka še veliko dela. Kirurg, ki se ukvarja s kroničnimi ranami, nam je predstavil svoje delo – in tudi, kaj lahko v svojih

ambulantah z ranami delamo mi. Stavek, ki je mnogim ostal v spominu: »Meni ni problem odrezati noge, 20 minut, pa smo – ampak če se z rano ukvarjam, lahko pacientu pridobim še pet let, ko hodi...«

Srečanje smo zaključili v klubu Cankarjevega doma, v šestem nadstropju, z razgledom na ljubljanski grad. Dvema predavanjema o ledvicah in analizi urina je sledila predstavitev staleža in vračanja na delo. Vsak stalež, ki traja več kot tri mesece, s seboj prinaša večjo verjetnost, da se oseba ne bo več dobro vrnila na delo. Bolniška odsotnost z dela je nevarno zdravilo... Zadnji predavatelj je bil mlad specialist družinske medicine, ki nas je navdušil s predavanjem z naslovom »Sem res tu zaradi zatrganih nohtov in različnih potrdil? Kako najti smisel v svojem poklicu.«

Predavatelji so se potrudili, da so pripravili prispevke za odličen zbornik – vsebine, ki smo jih poslušali, so predstavili na pregleden način, z malo besedila in veliko vsebine. Zbornik bo v elektronski obliki objavljen na spletni strani drmed.org, da bodo vsebine dostopne vsem.

Seveda 50. Srečanje timov ni zadnje po vrsti – lepo vabljeni, da se nam pridružite 30. in 31. maja 2026! :)



FORXIGA

je edini SGLT2i, ki
ZMANJŠA UMRLJIVOST bolnikov s KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO, s SB2 ali brez.^{1, 5-7}

Prvo zdravilo v zadnjih 20. letih, ki **PODALJŠA ŽIVLJENJE BOLNIKOM s KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO, s SB2 ali brez.**¹⁻⁴

Smrt zaradi vseh vzrokov*²
31% RRR
2,1% ARR
ROG 0,69
(95 % IZ 0,53-0,88)

* Raziskava DAPA-CKD je bila zaradi učinkovitosti ustavljena pred načrtovano analizo. Zaradi nenačrtovane predčasne ustavitve so sekundarni izidi upoštevajo kot nominalni.
Slovarček: **ARR**: zmanjšanje absolutnega tveganja; **DAPA-CKD**: Dapagliflozin And Prevention of Adverse Outcomes in Chronic Kidney Disease; **IZ**: interval zaupanja; **KLB**: kronična ledvična bolezen; **ROG**: razmerje ogroženosti; **RRR**: zmanjšanje relativnega tveganja; **SB2**: sladkorna bolezen tipa 2; **SGLT2i**: zaviralec natrij-glukoznega soprenašalca 2.

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Forxiga 5 mg filmsko obložene tablete, Forxiga 10 mg filmsko obložene tablete
Sestava: Ena tableta vsebuje 5 mg ali 10 mg dapagliflozina. **Farmacevtska oblika:** filmsko obložena tableta. **Indikacije:** Zdravilo Forxiga je indicirano pri odraslih in otrocih starih 10 let in več za zdravljenje nezadostno urejene sladkorne bolezni tipa 2 kot dodatek dieti in telesni dejavnosti ali kot samostojno zdravljenje (monoterapija), če metformin zaradi intolerance ni primeren ali kot dodatek drugim zdravilom za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. Zdravilo Forxiga je indicirano pri odraslih za zdravljenje simptomatskega kroničnega srčnega popuščanja. Zdravilo Forxiga je indicirano pri odraslih za zdravljenje kronične ledvične bolezni. **Odmerjanje in način uporabe:** Sladkorna bolezen tipa 2: Priporočeni odmerek je 10 mg dapagliflozina enkrat na dan. Kadar se dapagliflozin uporablja v kombinaciji z insulinom ali z zdravili, ki spodbujajo izločanje insulina, kot so sulfonilsečnine, je za zmanjšanje tveganja za pojav hipoglikemije treba razmisliti o manjšem odmerku insulina oziroma zdravila, ki spodbujajo izločanje insulina. **Srčno popuščanje:** Priporočeni odmerek je 10 mg dapagliflozina enkrat na dan. **Kronična ledvična bolezen:** Priporočeni odmerek je 10 mg dapagliflozina enkrat na dan. **Pediatrična populacija:** Za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 pri otrocih, starih 10 let in več, prilagoditev odmerka ni potrebna. Za otroke mlajše od 10 let podatkov ni na voljo. Varnost in učinkovitost dapagliflozina za zdravljenje srčnega popuščanja ali za zdravljenje kronične ledvične bolezni pri otrocih, starih < 18 let še nista bili dokazani. Zdravilo Forxiga se jemlje peroralno, enkrat na dan, kadarkoli tekom dneva, s hrano ali brez nje. Tablete je treba zaužiti cele. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo učinkovino ali katerokoli pomožno snov. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Splošno: Dapagliflozina se ne sme uporabljati pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 1. **Okvara ledvic:** Zaradi omejenih izkušenj zdravljenja z dapagliflozinom pri bolnikih z GFR < 25 ml/min. Učinkovitost dapagliflozina pri zniževanju glukoze je odvisna od delovanja ledvic in je pri bolnikih z GFR < 45 ml/min zmanjšana, pri bolnikih s hudo okvaro ledvic pa je učinkovitost verjetno odsotna. **Okvara jeter:** Izkušnje iz kliničnih študij pri bolnikih z okvaro jeter je malo. Izpostavljenost dapagliflozinu je povečana pri bolnikih s hudo okvaro jeter. **Uporaba pri bolnikih s tveganjem za zmanjšanje volumna in/ali hipotenzijo:** Dapagliflozin, zaradi mehanizma delovanja, poveča diurezo; to lahko povzroči zmerno znižanje krvnega tlaka, opaženo v kliničnih študijah. To je lahko bolj izraženo pri bolnikih z zelo velikimi koncentracijami glukoze v krvi. Previdnost je potrebna pri bolnikih, pri katerih bi z dapagliflozinom povzročen padec krvnega tlaka lahko pomenil tveganje, npr. pri bolnikih, ki se zdravijo z antihipertenzivi in imajo hipotenzijo v anamnezi ali pri starejših bolnikih. **Diabetična ketoacidoza:** Pri bolnikih, zdravljenih z zaviralci natrij-glukoznega soprenašalca 2 (SGLT2 - sodium-glucose co-transporter 2), tudi z dapagliflozinom, so poročali o redkih primerih diabetične ketoacidoze (DKA), vključno s smrtno nevarnimi primeri in primeri s smrtnim izidom. V številnih primerih je bila klinična slika te motnje neznatna, koncentracija glukoze v krvi pa je bila le zmerno zvišana, pod 14 mmol/l (250 mg/dl). V primeru suma na DKA ali diagnosticirane DKA je treba zdravljenje z dapagliflozinom takoj prenehati. Zdravljenje je treba prekiniti pri bolnikih, sprejetih v bolnišnico zaradi večjega kirurškega posega ali akutne resne bolezni. Pri teh bolnikih se priporoča spremljanje ketonov. Ravni ketonov je bolj priporočljivo meriti v krvi kot urinu. Zdravljenje z dapagliflozinom je mogoče znova uvesti, ko so vrednosti ketonov normalne in se bolnikovo stanje stabilizira. **Nekrotizirajoči fasciitis presredka:** Po začetku trženja so poročali o primerih nekrotizirajočega fasciitisa presredka (znan tudi kot Fournierjeva gangrena) pri bolnikih in bolnicah, ki so jemali zaviralce SGLT2. To je redek, vendar resen zaplet, ki je lahko življenjsko nevaren ter zahteva nujen kirurški poseg in zdravljenje z antibiotiki. Če obstaja sum na Fournierjevo gangreno, je treba zdravilo Forxiga ukiniti in uvesti takojšnje zdravljenje (vključno z antibiotiki in kirurško odstranitvijo prizadetega tkiva). **Okužbe sečil:** Izločanje glukoze z urinom je lahko povezano s povečanjem tveganja za okužbe sečil, zato je med zdravljenjem pielonefritisa ali urosepse treba razmisliti o začasnem prenehanju uporabe dapagliflozina. **Starejši (> 65 let):** Pri starejših bolnikih obstaja večje tveganje za zmanjšanje volumna in večja verjetnost, da se zdravilo z diuretiki. **Srčno popuščanje:** Izkušnje z dapagliflozinom v razredu IV po NYHA je malo. **Kronična ledvična bolezen:** Izkušnje z uporabo dapagliflozina za zdravljenje kronične ledvične bolezni pri bolnikih brez sladkorne bolezni, ki nimajo albuminurije, ni. Bolniki z albuminurijo bodo morda imeli več koristi od zdravljenja z dapagliflozinom. **Zvišane vrednosti hematokrita:** Pri zdravljenju z dapagliflozinom so opazili zvišane vrednosti hematokrita. Bolnike z izrazito zvišanimi vrednostmi hematokrita je treba spremljati in jih preiskati glede osnovne hematološke bolezni. **Amputacije na spodnjih okončinah:** V dolgoročnih kliničnih študijah pri sladkorni bolezni z zaviralci SGLT2 so opazili povečano število primerov amputacij na spodnjih okončinah (predvsem prstov na nogah). Ni znano, ali gre za učinek, ki je značilen za celo skupino zdravil. Pomembno je, da bolnike s sladkorno boleznijo podučimo o rutinski preventivni negi stopal. **Laboratorijske preiskave urina:** Bolniki, ki jemljejo zdravilo Forxiga, bodo zaradi njegovega mehanizma delovanja pozitivni na preiskavi za prisotnost glukoze v urinu. **Laktaza:** Tablete vsebujejo laktazo. Bolniki z redko dedno intoleranco za galaktozo, odsotnostjo encima laktaze ali malabsorbcijo glukoze/galaktoze ne smejo jemati tega zdravila. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili:** Dapagliflozin lahko prispeva k diuretičnemu učinku tiazidnih diuretikov ter diuretikov zanke in lahko poveča tveganje za pojav dehidracije ter hipotenzije. V kombinaciji z dapagliflozinom bo morda potreben manjši odmerek insulina ali zdravila, ki spodbujajo izločanje insulina, da bi zmanjšali tveganje za pojav hipoglikemije pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2. Dapagliflozin lahko poveča izločanje litija skozi ledvice, zato se lahko koncentracija litija v krvi zmanjša. Po uvedbi dapagliflozina in spremembi njegovega odmerka je treba koncentracijo litija v serumu pogosteje spremljati. **Neželeni učinki:** Kot zelo pogosti neželeni učinek se je pojavila hipoglikemija (pri sočasni uporabi s SU ali insulinom). Kot pogosti neželeni učinki so se pojavili: okužba sečil, vulvovaginitis, balanitis in sorodne okužbe spolovil, izpuščaji, omotica, bolečine v hrbtu, disurija, polurija, dislipidemija, povečan hematokrit in zmanjšan ledvični očistek kreatinina med uvodnim zdravljenjem. **Režim predpisovanja in izdaja zdravila:** Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Datum zadnje revizije besedila:** 09.08.2024(SI-4321) **Imetnik dovoljenja za promet:** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Švedska **Dodatne informacije so na voljo pri:** AstraZeneca UK Limited, Podružnica v Sloveniji, Verovškova 55, 1000 Ljubljana, telefon: 01/51 35 600. **Prosimo, da pred predpisovanjem preberete celoten podatek glavnih značilnosti zdravila.**

LITERATURA: 1. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Forxiga, avgust 2024. 2. Heerspink HJL et al. N Engl J Med. 2020;383(15):1436–1446. 3. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Kerendia. 4. Mende C.W. Adv. Ther. 2022;39:148–164. 5. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Invokana. 6. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Jardiance. 7. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Steglatro.

AstraZeneca

Datum priprave informacije: september 2024. Samo za strokovno javnost. Koda: SI-3840.

forxiga
(dapagliflozin)

Novi člani izvršilnega odbora in nadzornega odbora iz vrst zdravnikov družinske medicine

Rajko Vajd, Marko Zelinka

Na volilni skupščini **Slovenskega združenja za urgentno medicino (SZUM)**, ki je potekala 13. junija 2025 v Portorožu, so bili izvoljeni novi člani izvršilnega in nadzornega odbora združenja. Posebej velja izpostaviti sodelovanje in aktivno vlogo zdravnikov družinske medicine, ki ostajajo pomemben del vodstvenih struktur SZUM.



Novo izvoljeni Izvršilni odbor SZUM (z leve proti desni): Tine Pelc, Aleksandra Mohar, Kristjan D. Sancin, Mojca Grošelj Grenc, Marko Zelinka, Jelena Vilman, Petra Kaplan, Uroš Tominc, Anita Mrvar Brečko, Andrej Žmavc, manjkajoča Alenka Strdin Košir.

Med člane novega izvršilnega odbora sta bila izvoljena **Marko Zelinka** in **Andrej Žmavc**, oba iz vrst zdravnikov družinske medicine. Marko Zelinka, dosedanji predsednik, bo v novem mandatu opravljal funkcijo blagajnika združenja, kar je pomembno priznanje za njegovo dosedanje delo. Oba zdravnika imata dolgoletne izkušnje z delom na področju družinske medicine in nujne medicinske pomoči ter sta prepoznana kot pomembna strokovna glasova na presečišču družinske in urgentne medicine.

Tudi v nadzornem odboru bosta zdravnika družinske medicine aktivno prispevala k delovanju združenja – **Milan Žnidaršič** in **Rajko Vajd**. Skupaj bosta s travmatologom Simonom Hermanom bdela nad transparentnostjo in zakonitostjo delovanja SZUM. En od treh članov častnega razsodišča združenja pe je družinski in urgentni zdravnik **Miha Kovač**.

Volilna skupščina je potekala ob prisotnosti članov SZUM, takrat prisotnih tudi na 31. simpoziju o urgentni medicini, ki je ravno v tistem času potekal v Portorožu. Prisotni so v demokratičnem postopku, volitvah, potrdili predlagane kandidate. Pri sestavi novega izvršilnega odbora je ostalo nespremenjeno tudi razmerje med predstavniki različnih strok, pri čemer zdravniki družinske medicine še naprej ohranjajo dve od 11 mest. Ostale stroke prispevajo različno število članov, urgentna medicina 3, anestezija 2, interna medicina 2, pediatrija 1 in kirurgija/travmatologija 1 člana. Opisana struktura potrjuje pomen zastopanosti družinske medicine v SZUM.

Novoizvoljena predsednica SZUM je postala **Mojca Grošelj Grenc**, podpredsednik **Kristjan D. Sancin** in tajnik združenja **Jelena Vilman**.

Aktivna prisotnost zdravnikov družinske medicine v organih SZUM predstavlja pomembno povezovalno nit med primarno in urgentno ravno zdravstvene oskrbe ter dodatno potrjuje pomen sodelovanja in multidisciplinarnosti pri zagotavljanju kakovostne urgentne oskrbe po vsej Sloveniji.

Kako čustva vplivajo na naše zdravje

Uroš Brezavšček

Krvni bratje smo se v soboto, 12. aprila, zbrali v Ljubljani, da bi počastili svetovni dan hemofilije, ki ga vsako leto obeležujemo 17. aprila. Gostila nas je prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med, na Katedri za družinsko medicino UL MF. Letošnja tema svetovnega dneva je bila »Dostop za vse: tudi ženske in dekleta krvavijo«, s čimer se opozarja na pomembnost enake dostopnosti do diagnoze in oskrbe tako za moške kot za ženske. Zbralo se nas je 40 članic in članov.

Uvodno besedo je imel predsednik društva Dominik Zver, ki spregovoril o aktualnih temah in projektih društva. Pomembna je podpora NSIOS-a pri prizadevanjih za ureditev odškodnin bolnikom s hemofilijo, ki so bili okuženi pri zdravljenju s transfuzijami s HCV. Društvo si prizadeva za vključitev diagnoze hemofilija v načrt redne letne rehabilitacije. Predsednik je predstavil akcijo revije Viva »Moj zdravnik«, v kateri sodeluje naše društvo, ter predstavil še druge programe, ki jih lahko koristijo naši uporabniki – bolniki s hemofilijo.

Ob tej priložnosti smo se posvetili še eni pomembni temi – čustvom, o katerih veliko premalokrat govorimo, pa čeprav so izjemnega pomena za naše zdravje. Zato je prim. prof. dr. Rotar Pavlič v svojem predavanju govorila o bolnikovih čustvih, Uroš Brezavšček pa o tem, kako čustva vplivajo na življenje s hemofilijo.

Prim. prof. dr. Rotar Pavlič je predavanje začela z mislijo, da so čustva, ki so sicer neločljiv del človekovega vsakdana, v medicinskem okolju pogosto zanemarjena. Temu je tako, ker je fokus sodobne medicine predvsem na diagnostičnih postopkih in preiskavah, zaradi česar so čustveni odzivi bolnikov pogosto spregledani. A vsakdo se ob novici o bolezni najprej odzove čustveno – s strahom, žalostjo ali jezo. In prav ta čustva imajo velik vpliv na fizično zdravje.

Predavateljica je poudarila, da so bila čustva ključna za preživetje človeške vrste, strah nas je namreč reševal pred nevarnostmi. Danes pa nas ogrožajo drugačni stresorji, kot so vsakodnevna naglica, zamujanje, napetosti v službi. Ti sodobni viri stresa vplivajo na celotno telo, od imunskega sistema, srca in ožilja do dihal, kože ter presnove. Prav



stres se pogosto skriva v ozadju vse pogostejših bolezni, kot so sladkorna bolezen, avtoimunske bolezni in tudi rakava obolenja.

V svoji klinični praksi je opazila, da ljudje, ki se upokojijo in s tem odstranijo iz svojega življenja stres, pogosto skoraj ne potrebujejo več zdravil. Izpostavila je, da imamo danes o vplivu stresa in čustev vedno več znanja. Tako vemo, da stresorji poslabšajo vnetne bolezni, ter da je jeza eno izmed čustev, ki pogosto vodi do poslabšanja zdravja. To je najbolj vidno še posebej pri podjetnikih, ki velikokrat zbolijo za rakom. Ti so neprestano napeti in na koga jezni. Zato bi se bilo dobro naučiti odpuščati in ne držati zamer. Narejene so bile tudi študije, ki kažejo na povezavo med stresom in malignimi obolenji. Tako je dokazano, da pljučnega raka lahko dobijo tudi ljudje, ki niso nikoli kadili. Stres je krivec tudi za raka na črevesju, trebušni slinavki, ščitnici in drugod. Organ, ki najbolj trpi ob občutku krivde, pa je slinavka. Na bolnikova čustva vplivajo tudi predhodne izkušnje z zdravstvenimi ustanovami, delovno okolje, krizni trenutki v življenju in družina. Zato bi morali biti zdravniki previdni, da ne postanejo še en dejavnik strahu in stresa, ki ga bolnik tako ali tako občuti ob obisku zdravstvenih ustanov.

Dr. Rotar Pavlič je opozorila tudi na čedalje bolj razširjeno osamljenost, ki obremenjujejo zlasti starejše. Poudarila je pomen človeške bližine, saj včasih bolniku največ pomeni prav ta občutek, da ni sam. Zato so ji hišni obiski pri starejših pacientih izjemno pomembni. Ti ji namreč, ko jih obiše, velikokrat odkrito povedo, da jim je pomembno samo to, da je prišla.

Poudarila je tudi pomen telesnega stika in topline, ki ju sodobna tehnologija pogosto odvzema. »Ko obiščem bolnika na domu, ga objamem. Včasih to pomeni več kot katerakoli terapija«. V tem kontekstu je omenila tudi Hipokratovo misel, ki pravi: »Pozdraviš včasih, zdraviš pogosto, skrbiš vedno.«

Ključno orodje, ki ga sama uporablja pri delu z bolniki, je metoda BATHE. Ta zdravnikom s pomočjo izbranih vprašanj v zelo kratkem času, pomaga oceniti bolnikovo čustveno plat:

- B** (Background): Kaj se je spremenilo, odkar sva se nazadnje videla?
- A** (Affect): Kako to vpliva na vaše počutje?
- T** (Trouble): Kaj vas pri tem najbolj teži?
- H** (Handling): Kako se s tem spoprijemate?
- E** (Empathy): Zaključek z izrazom razumevanja.

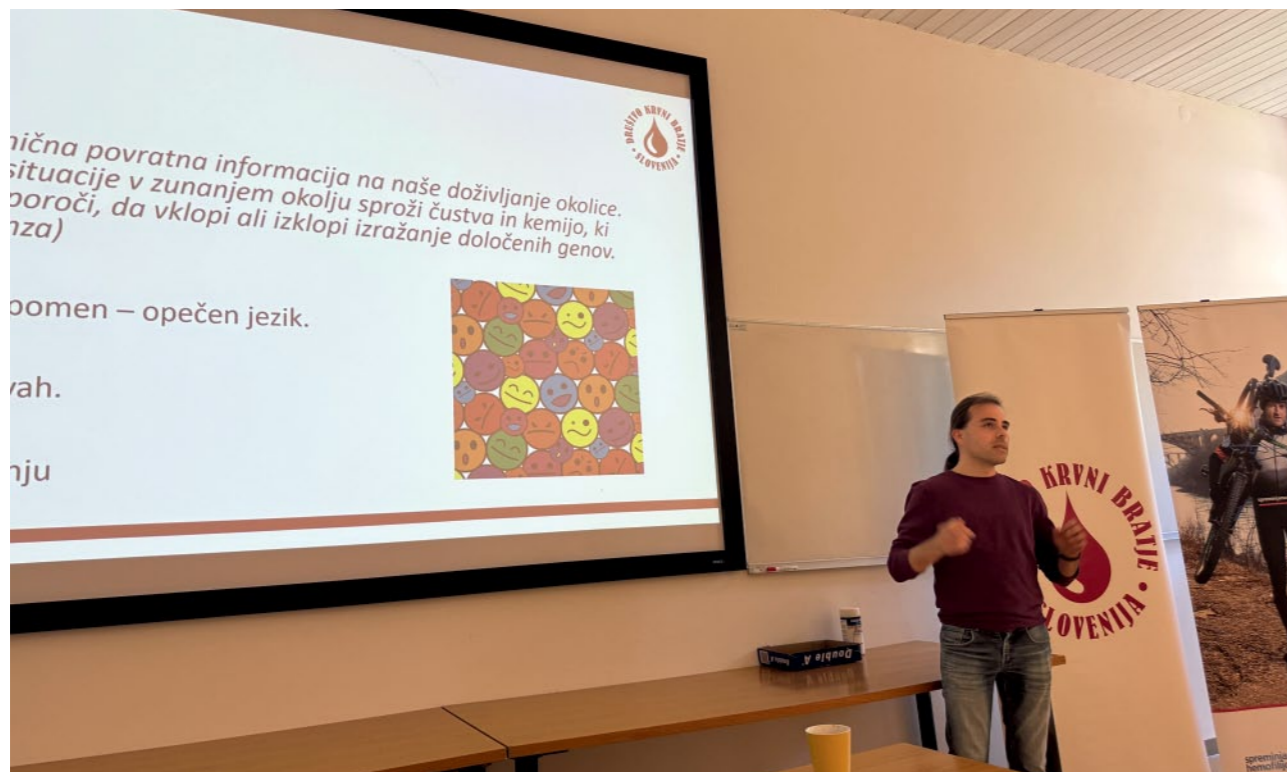
Svoje predavanje je zaključila s sporočilom, da čustva, stres in psihološki dejavniki močno vplivajo na bolnikovo zdravje in potek zdravljenja. Zdravniki bi morali več pozornosti nameniti pogovoru o čustvenem počutju bolnikov. S pristno človeško prisotnostjo lahko namreč naredijo več kot s tisoč tabletami. Najpomembneje pa je, da bolniku nikoli ne vzamemo upanja.

Nato je svoj pogled o vplivu čustev na življenje z boleznijo predstavil Uroš Brezavšček. Uroš na teme, ki jih obravnava, vedno poskuša pogledati iz perspektiv, ki bolnika opolnomočijo. Zato je tokrat na bolnika in bolezen pogledal iz stališča računalniškega hekerja in se vprašal: »Kaj če je bolezen ranljivost telesa in bolnik heker, ki mu je bolezen ponudila priložnost, da lahko izkoristi ranljivost svojega sistema za to, da dobi globlji uvid v njegovo delovanje?« Do te ideje je prišel zahvaljujoč bolezni, saj je zaradi poslabšanja simptomov opazil povezavo med svojim

doživljanjem okolja in poslabšanjem ali izboljšanjem zdravja. Danes imajo bolniki s hemofilijo v Sloveniji sicer na voljo vrhunsko zdravljenje, zaradi česar vse redkeje krvavijo, a v preteklosti temu ni bilo tako. To je Urošu omogočilo, da je na lastni koži izkusil, kako zelo velik vpliv imajo lahko čustva na pogostost krvavitev.

Na splošno čustva življenju dajo pomen in nam omogočajo, da ga vidimo v barvah. Fiziološko gledano pa so čustva kemična povratna informacija na naše doživljanje okolice. Naš odziv na situacije v zunanjem okolju sproži čustva in kemijo, ki lahko med drugim vplivajo na živčni sistem, ustvarijo stres ter tudi vklopijo ali izklopijo izražanje določenih genov. Kronično doživljanje »negativnih« čustev lahko tako vodi tudi do zdravstvenih težav. Z drugimi besedami, čustva imajo moč, da nas lahko ozdravijo in obogatijo ali oslabijo in uničijo.

Ne glede na to, ali bolehamo za kronično boleznijo ali smo zdravi, intenzivno doživljanje negativnih čustev vpliva na vsakogar. Pri bolniku z motnjo strjevanja krvi se to lahko pokaže zelo hitro v obliki krvavitev. Po Uroševih izkušnjah pride lahko tako do spontanih krvavitev kot tistih, ki nastopijo zaradi poškodbe. Svoje stališče je podkrepil z dvema zgodbama iz svojega odraščanja.



Gospod Uroš Brezavšček je opisal pot pacienta s hemofilijo in pomen čustev.

Do prve zanimive izkušnje povezave med čustvi in zdravjem je prišlo, ko je bil kot otrok vpisan v glasbeno šolo. Tam je bil primoran igrati klavirsko harmoniko, čeprav si je sam želel diatonične. Posledično v glasbeno ni hodil rad, kar se je med drugim odražalo tudi pri ocenah. Zato ga je bila mama primorana peljati k sošolcu na inštrukcije. Ko ga je prvič peljala tja, se je, ko je izstopil iz avtomobila, udaril v komolec. Ker se še ni preventivno zdravil, je nastopila huda krvavitev, ki pa je bila le prva v nizu krvavitev v ta sklep, ki je čez noč postal tarčni sklep. Zaradi mnogih krvavitev in zmanjšane gibljivosti komolca je hematologinja nazadnje odredila, da mora prenehati z igranjem harmonike. S tem, ko se je izpisal iz glasbene šole, pa so se prenehale tudi krvavitve v komolec. Drugače povedano, njegovo počutje je vodilo do poškodbe, ki je na koncu omogočila, da je prenehal početi to, česar si ni želel. Ko gleda sedaj nazaj, vidi, da so bile vse nesreče, ki jih je doživel do danes, povezane z njegovim počutjem. Enkrat je prišlo celo do slabokrvnosti, ki pa se je odpravila sama od sebe, takoj ko je dal odpoved v službi, v kateri je bil nesrečen.

Zelo velik vpliv nanj pa je imela spontana krvavitev, do katere je prišlo v njegovih študentskih letih, ko je sicer že bil na preventivnem zdravljenju. Takrat se je za valentinovo dogovoril za zmenek s svojo simpatijo. Ko je bil na dogovorjenem mestu, jo je poklical. Dekleta kljub polurnemu poskušanju ni uspel doklicati, kar ga je prizadelo bolj, kot si je sam dovolil priznati. Da bi mu bilo lažje in bi pozabil na dogodek, je šel nato v kino. Med filmom pa je kar naenkrat v desnem gležnju začutil srčni utrip, kar je lahko pomenilo samo eno – veliko krvavitev. Po koncu filma je stežka stopil na bolečo nogo, gleženj je bil že



Društvo Krvni bratje je 12. aprila 2025 na Katedri z družinsko medicino obeležilo svetovni dan hemofilije.

povsem negibljiv. Stežka se je potem pripeljal domov, kjer si je takoj intravenozno apliciral dodaten odmerek faktorja VIII, da bi si zaustavil krvavitev.

Potem pa je čez kakšen teden doma naključno našel na eno izmed knjig avtorice Louise L. Hay, ki mu je dala precej misliti. V knjigi z naslovom Telo je tvoje in v kateri so opisane zdravstvene težave in možni vzroki zanje, je namreč prebral, da je možni vzrok za krvavitev »Odtokanje radosti. Jeza. Toda kje?« In točno to je doživljal za valentinovo, ko je bil puščen na cedilu! Ta punca mu je potem služila še dvakrat. Ko sta se naslednjič poskušala dobiti, je zmenek malo pred dogovorjenim časom preklicala in Uroš je ponovno spontano zakrvel v gleženj. Tretji zmenek pa je potekal nekoliko drugače. Pet minut preden bi se morala dobiti, ga je poklicala. Povedala mu je, da je avtobusu počila guma in da morajo čakati na nadomestnega, zaradi česar ne bo uspela priti. Kljub temu, da je ponovno začutil neprijetna čustva, pa je tokrat ravnal drugače. Osredotočil se je na okolico ter zavestno dihanje, zaradi česar so se čustva pomirila in od takrat »zaradi nje« ni več spontano zakrvel.

Ker pa so čustva del življenja in imajo svoj namen, je Uroš predstavil tudi lestvico čustev, ki jo je sestavil svetovno znani ameriški psihiater dr. David R. Hawkins. Ta nam kaže, kakšen vpliv na naše telo ima posamezno čustvo, seveda če v njem vztrajamo. Čustva z najnižjo energijo so apatija, krivda in sram, medtem ko na nas najbolj blagodejno vplivajo čustva ljubezni, veselja in miru.

Predstavljene sta bili tudi dve študiji vpliva čustev na splošno zdravje, in sicer iz perspektive imunskega sistema. Pri obeh so merili raven imunoglobulina A (IgA), ki so ga pridobili iz vzorcev sline. Prva je bila izvedena leta 1995 na

Študentsko raziskovanje kot del poti v družinski medicini

Leon Redek

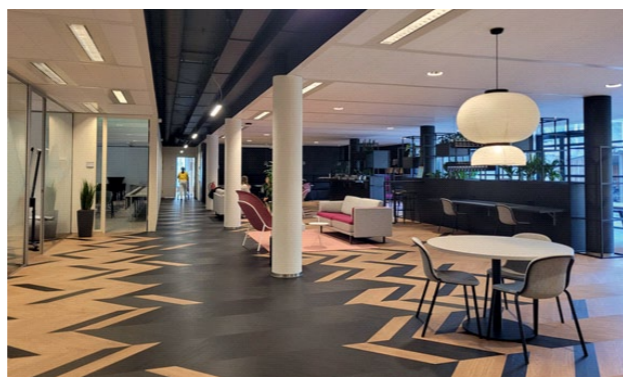
inštitutu HeartMath. Ena skupina sodelujočih je imela navodilo, da pet minut doživlja občutek ljubezni, predstavniki druge skupine pa so se morali osredotočiti na jezo. Rezultat je bil izjemno zanimiv, in sicer je pri obeh skupinah vpliv čustva trajal več kot 6 ur. V tem času je bila pri skupini s pozitivnim čustvom raven IgA višja kot na začetku. Pri skupini z negativnim čustvom pa je bilo delovanje imunskega sistema oslabiljeno in raven IgA nižja kot pred začetkom eksperimenta, in to za več kot šest ur! Podobna študija je bila izvedena leta 2016 na seminarju dr. Joe Dispenza. Pri njem so udeležence prosili, naj 4 dni, 3-krat na dan po 10 minut občutijo pozitivna čustva, kot so ljubezen, radost, navdih ali hvaležnost. Rezultati so bili navdušujoči! V povprečju se je vsem 117 udeležencem študije raven IgA dvignila za 49,5 %.

Svoje predavanje pa je Uroš zaključil z mislijo, da s čustvi, negativnimi ali pozitivnimi, ni nič narobe, kajti ključna so, da ima življenje smisel. Še več, narejeni smo, da doživljamo njihov celoten spekter. Problem nastane le ob vztrajanju v čustvih oz. mislih, ob katerih se počutimo neprijetno, saj to v našem telesu ustvarja stres, ki dokazano vodi v mnoge zdravstvene težave.

Izobraževalni del srečanja, ki mu je sledila vožnja po Ljubljani, smo zaključili s pogovorom o izkušnjah, ki jih imajo s čustvi ostali bolniki. Uroš pa je demonstriral kratko vajo, s katero lahko v le nekaj minutah, ne da bi kdorkoli karkoli opazil, izničimo ves stres.

Kot absolvent 6. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani sem imel veliko srečo, da sem se lahko novembra 2024 pridružil zanimivi raziskavi o obposteljnih raziskavah pod mentorstvom doc. dr. Vesne Homar. S študijo smo s pomočjo strukturiranega postopka pridobivanja strokovnega soglasja v več evropskih državah poskušali ugotoviti, kateri hitri diagnostični testi (POCT) so najpomembnejši v primarni zdravstveni oskrbi zunaj rednega delovnega časa oz. v dežurni službi. Po večmesečnem delu smo raziskavo predstavili na konferenci v Utrechtu na Nizozemskem na inštitutu Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research) pod okriljem evropske organizacije o dežurni službi, EurOOHnet. Sočasno s predstavitvijo smo izvedli še zaključno fazo raziskave z udeleženci, trenutno pa na podlagi zbranih rezultatov pripravljamo članek.

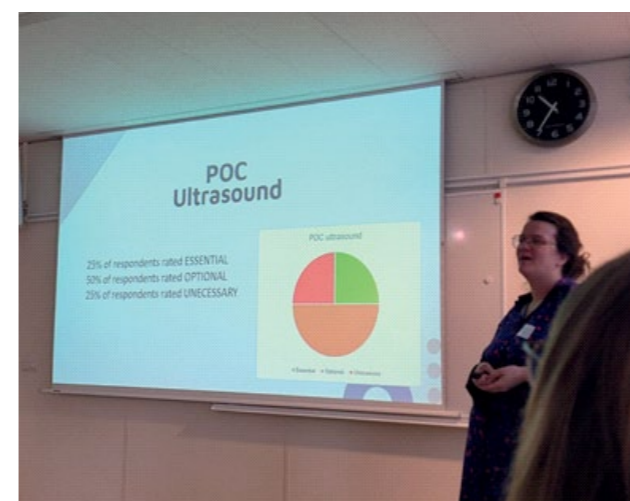
Konference se je udeležilo veliko predstavnikov iz različnih držav, med njimi tudi nekaj študentov. Vsem udeležencem je bilo skupno znanje ter izkušnje s področja primarnega zdravstvenega varstva ter dežurne službe. Njihovo strokovno znanje in želja po izboljšanju zdravstva, skupaj z lastnimi zanimivimi raziskavami, so mi ponudili



Funkcionalni in estetski konferenčni prostori na inštitutu Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research).

edinstveno priložnost za vpogled v razmišljanje svojih bodočih kolegov. Ob tem sem se lahko učil tudi o delovanju sistema dežurne službe v različnih državah ter njegovih pomanjkljivosti in prednostih. Teme predstavljenih raziskav so variirale od področja triaže in njene optimizacije do uporabe diagostičnih sredstev in antibiotikov ter njihovega učinka/uporabnosti. Po vsaki predstavljeni raziskavi je potekala razprava, ki je predstavljala pomemben vir povratnih informacij za vse prisotne. Naša raziskovalna skupinica (Leon Redek, Vesna Homar, Rebecca Payne in Rachel Brettel) je na konferenci predstavila trenutne rezultate raziskave o uporabi obposteljne diagnostike v dežurni službi. V živo smo izvedli tretji usklajevalni krog po delfski metodologiji in dosegli konsenz za evropska priporočila.

Organiziran smo imeli tudi ogled različnih centrov dežurne zdravstvene službe, katerih namen je preprečiti nepotrebne obiske urgentnih služb in omogočiti varno obravnavo primarnih zdravstvenih težav zunaj rednega delovnega časa (popoldne, zvečer, vikendi in prazniki). V teh centrih so zaposleni splošni zdravniki, medicinske sestre ali drugi izvajalci primarne zdravstvene oskrbe, ki jo nudijo za nenujna stanja, kot so manjše okužbe, vročina, blaga bolečina, podaljšanje receptov ipd. Triaža je ponavadi telefonska, včasih je pacientu tudi naročeno, naj osebno pride na pregled. Osebe v centrih nam je razkazalo in razložilo njihovo organizacijo dela ter z veseljem odgovarjalo na vsa vprašanja. Ideja takih centrov je po mojem mnenju odlična, saj razbremenjuje že tako preobremenjene urgentne službe, kjer pomanjkanje kadra otežuje celostno in kakovostno zdravstveno oskrbo. Ideja je sicer zelo dobra in obeta pozitivne spremembe, vendar pa je njena izvedba



Usklajevanje mnenj, katere preiskave naj bodo dostopne v dežurni službi.

zahtevna, predvsem zaradi kroničnega pomanjkanja splošnih zdravnikov ter nizke motiviranosti zdravstvenih delavcev za delo na tem področju, kar so potrdili tudi ostali udeleženci konference. Ti izzivi močno vplivajo na zmožnost učinkovitega uvajanja in vzdrževanja tovrstnih rešitev v praksi.

Udeležba pri raziskavi in na konferenci v Utrechtu je bila zame dragocena izkušnja, ki mi je omogočila poglobljen vpogled v delovanje primarne zdravstvene oskrbe zunaj rednega delovnega časa v različnih evropskih državah. Poleg pridobivanja znanja sem imel priložnost sodelovati v strokovnih razpravah, spoznavati inovativne pristope ter izmenjati mnenja s kolegi in strokovnjaki iz tujine. Raziskava in srečanje strokovnjakov iz različnih držav sta mi utrdila prepričanje, da so povezovanje, izmenjava izkušenj ter iskanje skupnih rešitev ključnega pomena za prihodnost primarne zdravstvene oskrbe. Kljub številnim izzivom, kot so pomanjkanje kadra in omejena motivacija za delo v dežurnih službah, sem se vrnil z občutkom optimizma in večjo zavzetostjo za nadaljnje delo na tem pomembnem področju.



Na Nizozemskem se gre povsod s kolesom – tudi na ogled dežurnih ambulant ali na hišni obisk.

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 bisoprololijevga fumarata in pomožne snovi. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje stabilnega kroničnega srčnega popuščanja z zmanjšano sistolično funkcijo ventriklov. **Odmerjanje 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 bisoprololijevga 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 bisoprololijevga fumarata naj bolniki jemljejo zjutraj, lahko skupaj s hrano. Pogoltnite jih s tekočino, ne smejo pa jih žvečiti. **Pediatrična populacija:** Ni izkušenj z uporabo bisoprololijevga 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 periferne 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, sočasnim desenzibilizacijskem zdravljenju, AV bloku prve stopnje, Prinzmetalovi angini pectoris; Poročali so o primerih koronarnega 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 tveganj uporabe tega zdravila. Pri bolnikih s feokromocitomom se lahko bisoprolol uporablja šele po predhodni blokadi receptorjev alfa. Zdravljenje z bisoprololom lahko prikrije simptome tirotskikoze. **Interakcije:** **Kombinacije, ki niso priporočljive:** Kalcijevi antagonist-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 antagonist dihidropiridinskega tipa, antiaritmiki razreda III, topikalni antagonist beta adrenergičnih receptorjev (npr. kapljice za oko za zdravljenje glavkoma), parasimpatomimetiki, inzulini in peroralni antidiabetiki, 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. **Neželeni učinki:** Omotica, glavobol, bradikardija, poslabšanje obstoječega srčnega popuščanja, občutek hladnosti ali odrevenelosti 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 bisoprololijevga fumarata in pomožne snovi. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje hipertenzije in koronarne srčne bolezni (angine pectoris). **Odmerjanje in način uporabe:** *Odrazili: Za zdravljenje obeh indikacij je odmerek 5 mg bisoprololijevga fumarata enkrat na dan. Če je potrebno, odmerek lahko zvečamo na 10 mg bisoprololijevga fumarata enkrat na dan. Maksimalni priporočen odmerek bisoprololijevga 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 smejo 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 periferne arterijske okluzivne bolezni ali hudo obliko Raynaudovega sindroma, nezdravljenim feokromocitomom, metabolno acidozo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Zlasti pri bolnikih z ishemično srčno boleznijo zdravljenja 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, sočasnim desenzibilizacijskem zdravljenju, atrioventrikularnem bloku prve stopnje, Prinzmetalovi angini; poročali so o primerih koronarnega 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 tveganj uporabe tega zdravila. Zdravljenje z bisoprololom lahko prikrije simptome tirotskikoze. Bolniki s feokromocitomom lahko jemljejo bisoprolol šele po predhodni uporabi antagonistov alfa adrenergičnih receptorjev. Pri bolnikih v splošni anesteziji zavirajo beta adrenergičnih receptorjev zmanjšujejo incidenco aritmij in ishemijske miokardne med uvajanjem anestezije ter ob intubaciji, pa tudi v kooperativnem 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 antagonist 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 izrazno simptomatiko, je potrebno sočasno dajati bronhodilatatorje. **Interakcije:** **Kombinacije, ki niso priporočljive:** Kalcijevi antagonist verapamilskega tipa, in v manjši meri tudi diltiazemskega tipa, centralno delujoča antihipertenzivna zdravila. **Kombinacije, ki jih je treba uporabljati previdno:** Kalcijevi antagonist dihidropiridinskega tipa, antiaritmiki razreda I in III, parasimpatomimetiki, topikalni antagonist beta adrenergičnih receptorjev (npr. kapljice za oči za zdravljenje glavkoma), lahko prispevajo k sistemskemu učinkom bisoprolola, inzulini in peroralni antidiabetiki, 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. **Neželeni učinki:** Vrtoglavica, glavobol, gastrointestinalne težave, utrujenost, občutek hladnosti ali odrevenelosti 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.easterneurope@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

Vpliv psiholoških dejavnikov pri obravnavi bolnikov v ambulanti družinske medicine

Janez Svolfjšak

Delo v ambulanti družinske medicine je za razliko od mnogih specialističnih ambulant kompleksno, ker lahko oziroma mora upoštevati različne psihofizične in socialne dejavnike, ki vplivajo na bolnika.

Pogosto se v tej ambulanti bolnik prvič seznanja z diagnozo (bolj ali manj težko) in si ustvari predstav o svojem stanju in perspektivah. Podobno kot prvi vtis o človeku, ki ga na novo spoznamo za dolgo ali tudi za stalno, oblikuje našo predstav o tem človeku in s tem tudi odnos do njega. Znano je, da nas vodijo predstave. Pravilne predstave (pozitivne ali negativne) zavestno in podzavestno vplivajo na naše delovanje oziroma v našem primeru na zdravljenje.

V svoji dolgoletni praksi sem opazoval zelo različne poteke bolezni v odvisnosti od pozitivne ali negativne naravnosti oziroma predstave bolnika o svoji bolezni in iz tega izvirajoče motivacije.

Poskušal sem realistično pozitivno informirati bolnike, jim čim bolj zmanjšati anksioznost in jim vzbuditi upanje v ugoden potek zdravljenja. Človekova psiha je na nek način podobna računalniku. Kakršen program vstavimo vanjo (pozitiven ali negativen), tako bo delovala oziroma vplivala na bolezen. Pozitivne predstave mobilizirajo zavestno ravnanje bolnikov in podzavestne obrambne reakcije. Ugotovil sem, da je vsaj minimalno pozitivno naravnana »psihoterapija« pri vsakem bolniku učinkovita v smislu boljšega bolnikovega obvladovanja bolezni (samozdravljenje). Zmanjšanje anksioznosti in predstava o ugodnem poteku bolezni omogoči boljši (ugodnejši) potek zdravljenja. Bolnik je iz ordinacije moral oditi manj zaskrbljen, dobro obveščen in po možnosti z nasmehom. Smeh, dobra volja in optimizem se vsaj po moji oceni bistveno premalo oziroma skoraj nič ne uporabljajo v terapiji na vseh nivojih zdravljenja.

PASM – problem v mehurju ali v glavi?

Kako pomembna je psiha v poteku bolezni in zdravljenja, bom ilustriral na primeru samopomoči pri prekomerno aktivnem sečnem mehurju (PASM) in urgentni inkontinenci (UI).

V letu 2018 sem razvil metodo Inhibicija detruzorja (ID). S pomočjo manevra ID lahko začasno ustavimo krčenje detruzorja in umirimo nujno za uriniranjem.

PASM je motnja v delovanju mehurja. Ima dve značilnosti:

- Mehur se začne krčiti (nuja za uriniranjem) avtomatsko brez naše zavestne volje, še preden je v njem običajna količina urina. Najboljša je primerjava s težavami, ki nastanejo pri okužbi mehurja, le da mikcije niso pekoče.
- Krčenja mehurja (nuje za uriniranjem) ne moremo z voljo (zavestno) ustaviti. Če nimamo na razpolago stranišča, nekaj urina običajno uide (urgentna inkontinenca). Glavni problem je, kako pravočasno priti do stranišča, predvsem pri ženskah.

Metodo ID smo kljub težavam z epidemijo COVID-19 testirali v ginekoloških ambulantah in ordinacijah družinske medicine. Izkazala se je za uspešno v več kot 90 % v smislu, da so bolniki s PASM z uporabo metode ID za nekaj minut ustavili krčenje mehurja in potem normalno odvajali urin na stranišču.

Metodo uporablja več kot 180 bolnikov. V anketi o dolgotrajni uspešnosti metode je bil učinek pri moških in ženskah več kot 90 %.

V anketah z uporabniki metode ID sem pogosto zasledil podatek (fenomen), da se jim nuja pojavi, ko se vrnejo domov. Začne jih tiščati na vodo, ko pridejo na dvorišče ali na hodnik pred stanovanjem. Tako zelo, da morajo zelo pohiteti do stranišča. V anketi, v kateri sem jih spraševal prav po tem pojavu, se je izkazalo, da ima to težavo več kot 85 % bolnikov.

Iz tega podatka lahko sklepamo, da je sprožitev krčenja mehurja pri bolniku s PASM v veliki meri (podzavestno) psihično pogojena. Pacienti pogosto navajajo paniko oziroma strah, da se bo to zgodilo, kar seveda sproži nujno.

Nekaj pacientov je z uporabo metode ID strah izgubilo, ker so vedeli, da lahko obvladajo situacijo in so napad nuje v taki situaciji ustavili že z mislimi oziroma s preusmeritvijo pozornosti in se s tem izognili paniki.

To je še en dokaz o povezanosti psihe in telesa. In to pri bolezni, ki ji do sedaj pri razlagi (patofiziologiji) in obravnavi niso pripisovali posebne pozornosti.

Možgani – psiha – vplivajo na vsa dogajanja v telesu preko somatskega in avtonomnega živčevja, hormonov,

neuropeptidov in lokalnih hormonov. Skratka, vse dogajanje v telesu je regulirano s psiho (možgani). Zato je pravilna pozitivna predstava (zavestna in podzavestna) nujna za optimalno (zdravo) delovanje organizma.

Družinski zdravnik ima možnost, da s pravilno izbranimi, realistično bodrilnimi besedami vsakega bolnika opremi z ustrežno (optimistično) predstavo (programom) za obvladovanje bolezni.

Z zmanjšanjem anksioznosti, stresa in s pozitivno naravnostjo lahko bistveno izboljšamo rezultate zdravljenja. To velja tudi za razne specialiste, ki (vsaj po mojih izkušnjah) še manj upoštevajo to dejstvo.

Menim, da je tej obliki »zdravljenja« nujno potrebno posvetiti več pozornosti.

Smjernice u praksi obiteljskog liječnika - univerzitetni učbenik Univerze v Zagrebu

Danica Rotar Pavlič

Knjiga *Smjernice u praksi obiteljskog liječnika* urednic in avtoric Biserke Bergman Marković, Ines Diminić Lisica in Milice Katić ter soavtorjev je namenjena oblikovanju smernic skladno s specifičnostmi dela zdravnikov družinske medicine in oskrbe bolnikov v družinski medicini. Ponosna sem, da sem bila skupaj s prof. dr. Rukavino povabljena k recenziji te pomembne publikacije, ki je izšla pri založbi Medicinska naklada. Delo je umeščeno med univerzitetne učbenike Univerze v Zagrebu. Knjiga vsebuje 28 poglavij, ki podrobno obravnavajo smernice, oblikovane glede na specifičnosti dela družinskih zdravnikov in potrebe oskrbe bolnikov.

Avtorice so se pri pisanju soočile z izzivom oblikovanja smernic na način, ki ustreza izbiri najboljšega pristopa k bolniku v praksi družinske medicine. Znano je, da se zdravniki družinske medicine v svojem delu med seboj izrazito razlikujejo, kar je posledica značilnosti zdravstvenega sistema, populacije v oskrbi ter lastnosti samih zdravnikov. Zmanjšanje neupravičenih razlik v delu zdravnikov je mogoče doseči le s prenosom znanja, utemeljenega na znanstvenih dokazih, in z uporabo usklajenih smernic.

Vendar pa raziskave kažejo, da je uporaba smernic v družinski medicini, pa tudi v drugih vejah medicine, še vedno nezadostna. Poseben problem nastane v družinski medicini, ker so smernice oblikovane za določeno bolezen, redko pa dovolj obsegajo nujne komponente celovite oskrbe bolnika, zlasti kompleksne potrebe oskrbe bolnikov z več sočasnimi boleznimi. Zato se pojavlja potreba po razvoju smernic, ki bi morale vsebovati priporočila za intervencije pri bolnikih z multimorbidnostjo ter informacije o tveganjih posameznih intervencij.

Publikacija vsebuje predloge ukrepov, ki jih je potrebno izvesti, če želimo, da se zdravstvo na področju družinske medicine izvaja kakovostno. Na podlagi raziskav nadgrajuje in dopolnjuje prejšnje izdaje. Napisana je v skladu

s terminologijo in enotami mednarodnih standardov in meroslovnih predpisov ter v skladu s hrvaškim pravilnikom o pisanju merskih enot. Publikacija predstavlja bogat prispevek k optimizaciji zdravljenja na Hrvaškem.

Nova izdaja vsebuje pomembne dopolnitve poglavij, predvsem glede novih raziskovalnih izsledkov. Dopolnjena je s poglavji Smernice za predpisovanje zdravil, Smernice za preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka, Anemija, Akutni miokarditis/perikarditis, Glavoboli, Vrtoglavice, Spremljanje bolnikov z rakom dojke, materničnega vratu, debelega črevesa in pljuč. Smernice in priporočila se v Evropi in svetu hitro spreminjajo, čemur so avtorji sledili tudi v novi izdaji. Nove vsebine je več kot 40 % v primerjavi s prejšnjo izdajo.

Predstavljena publikacija zaradi natančno opredeljene specifične vsebine in poudarka na specifični dela v družinski medicini v celoti dosega izobraževalne cilje. Avtorice upajo, da bodo družinski zdravniki v svoji praksi pogosto uporabljali priporočila, ki jih vsebuje, in da bo knjiga spodbudila razmišljanja o vsebini in uporabi smernic v družinski medicini.

Ta publikacija predstavlja pomemben prispevek k standardizaciji in izboljšanju kakovosti oskrbe v družinski medicini, saj ponuja praktična in prilagojena priporočila za vsakodnevno klinično prakso. Pričakujem, da bo publikacija pomembno prispevala k boljši obravnavi bolnikov na Hrvaškem. Ocenjujem, da bodo bolniki izpostavljeni manjšim tveganjem, v skladu s smernicami, objavljenimi v novi, posodobljeni publikaciji.

Obisk bolnika na domu – kako se obravnave starejših učimo v družinski medicini

Mihaela Šuštar, Angelika Kirar

V sklopu vaj predmeta Geriatrija v šestem letniku sva pod mentorstvom prof. dr. Danice Rotar Pavlič obiskali starostnika na domu. Glavni namen obiska je bil, da kot študentki medicine spoznava pomen celostne obravnave starostnika. Le na tak način lahko bolje razumemo težave in vsakodnevene omejitve, s katerimi se pacient srečuje, in poskrbimo za čimbolj celovito in optimalno oskrbo bolnika ter prispevamo k čim boljšim izidom zdravljenja.

Petega februarja sva se odpravili v zdravstveni dom Brezovica pri Ljubljani, kjer sva se najprej z mentorico pogovorili o pacientovih težavah in razlogih za hišni obisk. Gospod je imel namreč v zadnjih izvidih nekaj odstopanj od normalnih vrednosti, zaradi česar se je bilo potrebno s pacientom pogovoriti, pa tudi hči je imela nekaj vprašanj glede oskrbe očeta. Tako bi s hišnim obiskom pridobili boljši vpogled v njegovo vsakodnevno življenje in optimalno prilagodili zdravstveno oskrbo. Ko smo pregledale njegovo medicinsko dokumentacijo, smo se skupaj odpravile na dom pacienta, upokojenega zdravnika.

Ob prihodu nas je pri vratih pričakala njegova hči in nas pospremila k očetu. Najprej nam je na kratko razložila, kako imajo doma organizirano skrb zanj ter s kakšnimi težavami se srečujejo. Nato smo se pogovorile še z gospodom. Opravili sva celoviti geriatrični pregled, in sicer medicinsko, funkcionalno, psihološko in socialno oceno stanja bolnika.

Medicinska ocena

Gospod je povedal, da se počuti dobro in ne opaža večjih sprememb v svojem zdravstvenem stanju. Najbolj ga motijo težave s spominom, saj opaža, da ima vedno večje težave s priklicem, na primer imen vnukov in posameznih besed. Občasno občuti bolečino v prsnem košu, ki se pojavi predvsem pri telesni aktivnosti, zaradi česar je sedaj manj

aktiven. Še vedno gre večkrat tedensko na sprehod s hojico, vendar se mu je v zadnjih mesecih nekajkrat zgodilo, da je izgubil ravnotežje in zaradi tega padel, kar je kasneje potrdila tudi njegova hči. Drugih težav ni navajal. Tudi telesni pregled ni odstopal od normalnega. Ocena prehranjenosti je pokazala, da je gospod normalno prehranjen. Po najini oceni spada gospod v skupino ljudi z zmerno krhkostjo, kar pomeni, da potrebuje pomoč pri vseh zunanjih aktivnostih in hišnih opravilih. V stanovanju ima pogosto težave s stopnicami in potrebuje pomoč pri kopanju ter minimalno pomoč pri oblačenju.

Funkcionalna ocena

Nato sva opravili še funkcionalno oceno stanja s pomočjo kazalnika temeljnih dnevnih aktivnosti Barthelove lestvice in lestvice instrumentalne dnevne dejavnosti Lawton-Brody. Ugotovili sva, da je gospod samostojen pri temeljnih dnevnih aktivnostih, pri zahtevnih aktivnostih pa je manj samostojen in potrebuje stalno pomoč. Testa vstani in pojdi ter hitrost hoje na razdalji 4 metrov pa sta pokazala, da spada med osebe, ki potrebujejo spremstvo ali gibalni pripomoček, kar ga uvršča v skupino z večjim tveganjem za slabe izide, kot so padci, odvisnost, krhkost, hospitalizacija in smrtnost.

Psihološka ocena

Ob zadnjem pregledu novembra 2024 je gospod v ambulanti že opravil testiranje KPSS, na katerem je dobil 28 točk. Ko sva test opravili ponovno, je dosegel 23 točk, kar kaže, da se mu je kognitivno stanje v zadnjih treh mesecih dokaj poslabšalo in že kaže znake začetne demence. Rezultat je potrdil tudi MiniCog test. Opravili sva še CAM-test zmedenosti in oceno depresije po geriatrični lestvici depresije, ki sta pokazala, da gospod ni zmeden in ima majhno verjetnost depresije.

Socialna ocena

Pri tej oceni sva se osredotočili na pacientovo bivalno okolje (kje živi, ali ima pomoč na domu, ali je nega zagotovljena, če je potrebna), socialno mrežo ter oceno finančne preskrbljenosti. Socialna ocena nam omogoči boljši vpogled v pacientove okoliščine, ki lahko vplivajo na kakovost obravnave, saj so pogosto ravno socialni dejavniki tisti, ki onemogočajo, da bi pacient optimalno nadzoroval svoje bolezni.

Med obiskom je gospod postal zgovornejši in zaupljivejši in nam povedal veliko informacij, ki so nam dale boljši vpogled v njegovo funkcioniranje doma in boljše razumevanje razmer. Ob vprašanih, ki so bile sicer del

strukturirane geriatricne ocene, je pogosto govoril tudi o drugih stvareh, ki ga zanimajo, o svojih izkušnjah, ki jih je pridobil, ko je delal kot zdravnik, o svojih najbližjih.

Potožil je tudi, da je veliko njegovih prijateljev že umrlo, ter da se njegov socialni krog čedalje bolj oži. Trudi se, da bi bil bolj vključen v lokalno skupnost n kljub svoji visoki starosti še vedno prime za harmoniko. Tudi nam je ob odhodu zaigral nekaj najljubših skladb in tako smo prijeto zaključili obisk.

Obisk na domu se nama je zdel zelo zanimiv in poučen. V praksi sva lahko spoznali, kako pomembno si je vzeti čas za posameznika in bolje spoznati njegov način življenja, saj iz medicinske dokumentacije pogosto ne moremo dobiti realne slike o njegovem stanju in težavah, ki mu predstavljajo največjo oviro v življenju. Obiski na domu pa niso pomembni samo za zdravnika, ki skrbi za primerno obravnavo, ampak tudi za pacienta samega. Tako namreč dobi občutek, da je vključen v obravnavo bolezni in da je zdravniku pomembna njegova dobrobit. Lažje tudi izrazi svoje stiske in probleme, ki jih ima pri skrbi za svoje zdravje. Tako se vzpostavi tudi boljše zaupanje med pacientom in zdravnikom, kar še poveča verjetnost dobrega vodenja zdravstvenega stanja.

Na tem mestu bi se radi zahvalili tudi najini mentorici, ki nama je omogočila obisk na domu ter nama pomagala pri vodenju obiska na domu.

Komunikacija z gluho osebo v ambulanti

Izbirni predmet Zdravnik in družba

Ana Koprivnikar

Med vajami iz družinske medicine sem se v ambulanti srečala z gluhim parom, ki je prišel na obisk k svoji izbrani zdravnici. Pacientka je bila žena, ki je popolnoma gluha, mož, ki ima še malo ostanka sluha, pa jo je spremljal. Sicer sta bila dogovorjena, da na obisk prideta s svojo tolmačko, ki pa je zamujala zaradi prometa. Na obisk sta prišla zaradi neželjenih učinkov zdravlil proti Parkinsonovi bolezni, ki jih ima žena.

Oba zakonca sta uporabljala slovenski znakovni jezik, ki ga jaz znam zelo malo, moja takratna mentorica pa čisto nič. Zato sva morali komunicirati precej iznajdljivo. Sama sem ju uspela pozdraviti in se predstaviti kot študentka medicine. Poskusili smo komunicirati s pisanjem na papir, kretnjami in obrazno mimiko, a je bilo to zelo omejeno in zamudno. Nemogoče je bilo razložiti zapletene medicinske izraze in nisem bila prepričana, ali je pacientka pravilno razumela navodila glede zdravljenja.

Med pisanjem sva z mentorico ugotovili, da sta mož in žena slabše pismena in verjetno nista razumela niti navodil, ki sta jih glede ženine terapije prejela v brošurah. Pozneje je tolmačka pojasnila, da marsikateri starejši gluhi ljudje slabše berejo in pišejo, ker jih tega nihče ni naučil. Vsi smo bili pod stresom in v nelagodnem položaju. Vzdušje je vse skupaj poslabšalo še to, da je gospa prišla na obisk prepričana, da bo zdravila opustila. Ko je tolmačka naposled le prišla v ambulanto, je imela komunikacija že nekakšen grenek priokus. Zdravnica je morala preudarno sodelovati s tolmačko in obema zakoncema, da so skupaj sestavili načrt zdravljenja, s katerim so bili vsi zadovoljni.

Na koncu obiska sta zakonca ambulanto zapustila seznanjena z resnostjo Parkinsonove bolezni in pomembnostjo rednega jemanja zdravlil. Gospa se je odločila, da bo z zdravljenjem nadaljevala. Spodbujevalni dejavnik v tem primeru je bila zagotovo potrpežljivost in prilagodljivost zdravnice. S svojo strpnostjo je ohranjala kar se da mirno vzdušje v ambulanti, kljub zelo neprijetni situaciji. Prav tako je ohranjala očesni stik s sogovorncem ter govorila

razločno in počasi. To je omogočalo branje z ustnic in uporabo preostanka sluha. Tudi uporaba pisne komunikacije je do neke mere pripomogla, čeprav manj, kot sva na začetku upali. Pomagalo je tudi, da sem kljub odsotnosti tolmača uspela par vsaj pozdraviti v znakovnem jeziku in se predstaviti kot študentka medicine. Zaviralni dejavniki so bili pomanjkanje znanja znakovnega jezika pri zdravstvenem osebju. Menim, da je to že od samega začetka povročalo stres tako pacientoma kot tudi zdravnici, sestri in meni.

Prav tako nismo imeli protokola, kako se sporazumevati v takem primeru. Situacijo je oteževala tudi slabša pismenost obeh zakoncev, na katero nismo bili pripravljene. Poleg vsega pa je seveda tudi časovna stiska v ambulanti oteževala dolgotrajno pisno komunikacijo. Kretnje, mimika in očesni stik so bili ključni za uspešno komunikacijo. Zdravnica je poskušala s telesno govorico nakazati vprašanja in občutke (npr. z dvignjenimi obrvmi, nakazovanjem na roke, merjenje pritiska z ročnim aparatom). Uporaba telefonskega prevajalnika za znakovni jezik bi bila izjemno koristna, a takšnega orodja ambulanta ni imela na voljo.

Pogovor bi lahko potekal veliko učinkoviteje, če bi imeli na voljo videoprevajalnik ali če bi bila sama boljše usposobljena za delo z gluhihimi pacienti. Med študijem ali kariernim izobraževanjem bi se z veseljem udeležila tečaja slovenskega znakovnega jezika. Ta izkušnja mi je jasno pokazala, kako pomembno je, da v zdravstvenem sistemu zagotovimo boljše pogoje za enakopravno obravnavo vseh pacientov, ne glede na njihove komunikacijske zmožnosti.

Kaj nam pove albuminurija in kako jo določamo

Marija Petek Šter, Jernej Pajek

Opredelitev

Albuminurija pomeni prisotnost povečane količine albumina v urinu, kar kaže na moteno glomerularno filtracijsko pregrado. V zdravih ledvicah je filtracija albumina minimalna in v tubulih prihaja

še do reabsorpcije filtriranega albumina, zaradi česar so koncentracije albumina v urinu običajno zelo majhne (<30 mg/dan). Do albuminurije pride, kadar se poveča prehod albumina skozi glomerularno membrano, bodisi zaradi povečane

permeabilnosti bodisi zaradi zmanjšane reabsorpcije v proksimalnem tubulu. V tabeli 1 so predstavljene stopnje albuminurije in primerljive vrednosti proteinurije.

Tabela 1. Meje in primerljive vrednosti U-beljakovine/kreatinin in U-albumini/kreatinin v vzorcu urina in v 24-urnem urinu glede na stopnjo albuminurije (KDIGO 2024).

Stopnja proteinurije	U-albumin/ kreatinin (UACR)	U-beljakovine/kreatinin (UPCR)	24-urna proteinurija
	g/mol	g/mol	g/dan
A1	<3*	<20*	<0,15*
A2	3–30	20–50	0,15–0,5
A3	>30	>50	>0,5

*normalne vrednosti

Pomen albuminurije

Albuminurija je zgodnji in občutljivi pokazatelj ledvične okvare in predstavlja pomemben kriterij za opredelitev in razvrščanje stopnje KLB v kombinaciji z ocenjeno glomerulno filtracijo (oGF). Merjenje albuminurije v zadnjem času nadomešča merjenje celokupne proteinurije, ker je pri nekaterih boleznih merjenje albuminurije bolj občutljivo za zgodnje spremembe, je bolj standardizirano in albumin predstavlja glavnino beljakovin v urinu pri veliki večini KLB. Albuminurijo pogosto zasledimo pri naslednjih boleznih in stanjih:

- Diabetična ledvična bolezen – albuminurija pogosto predstavlja prvi znak ledvične prizadetosti pri sladkorni bolezni tipa 1 in 2, več let pred spremembami glomerularne filtracije (oGF).

- Hipertenzivna ledvična bolezen – prisotnost albuminurije odraža endotelijsko disfunkcijo in napoveduje večje srčno-žilno tveganje in s tem slabšo napoved.
- Srčno-žilne bolezni – albuminurija velja za neodvisni napovedni dejavnik srčno-žilnih zapletov, srčnega popuščanja in celokupne umrljivosti.

Albuminurija ima tako diagnostično kot napovedno vrednost, saj odraža tako stopnjo okvare ledvične funkcije kot sistemsko žilno (endotelijsko) disfunkcijo.

Določanje albuminurije

Albuminurijo lahko določamo na več načinov:

Albumin v zbranem 24-urnem urinu
Predstavlja zlati standard, vendar je ta način nepraktičen in se uporablja pred-

vsem v specifičnih primerih (npr. netipične oblike proteinurije, ocena natančne dnevne izgube beljakovin). Kot zlati standard lahko to meritev vrednotimo le, če je urin v 24 urah zbran brez napak.

Kvantitativna meritev razmerja koncentracij albumin/kreatinin (UACR)

Je priporočena metoda presejanja in spremljanja kroničnih ledvičnih bolezni. Ko koncentracijo albumina v urinu delimo s koncentracijo kreatinina, izvedemo normalizacijo glede na koncentracijo urina. Dodatna prednost je v tem, da UACR, izražena v mg/g dobro korelira s 24-urno proteinurijo (če ta ni nefrotska), ker je povprečno dnevno izločanje kreatinina ravno približno 1 g/dan in je to izločanje skozi dan dokaj konstantno. Analiza poteka na urinskem analizatorju in predstavlja kvantitativno metodo.

Zdravilo Kerendia je znatno zmanjšalo:



albuminurijo¹
(RRR)

-32 %[#]



celokupno umrljivost^{2,†}
(RRR)

-18 %



tveganje za dializo^{1,*}
(RRR)

-20 %



hospitalizacijo zaradi srčnega popuščanja^{1,**}
(RRR)

-22 %



Albuminurija poveča tveganje za srčno-žilne zaplete⁴

INDIKACIJA:

Zdravilo Kerendia je indicirano za zdravljenje kronične ledvične bolezni (z albuminurijo), povezane s sladkorno boleznijo tipa 2, pri odraslih.³

*HR = 0,80 (95 % IZ: 0,64–0,99); p = 0,040

**HR = 0,78 (95 % IZ: 0,66–0,92); p = 0,030

[†]on-treatment analiza HR = 0,82 (95 % IZ 0,70–0,96); p = 0,014; celokupna umrljivost v intention-to-treat primarni analizi: HR = 0,89 (95 % IZ 0,79 ->1,00); p = 0,051.

[#]Primerjano s placebom po 4 mesecih¹

RRR, relativno zmanjšanje tveganja.

Reference: 1. Agarwal R, et al. Eur Heart J 2022;43:474–483. 2. Filippatos G et al. EHJ-CVP 2023; doi: 10.1093/ehjcvp/pvad001. 3. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Kerendia (februar 2023).

4. Rossing P, et al. Am J Med. 2022;135(5):576–580. doi:10.1016/j.amjmed.2021.11.019

Kerendia 10 mg / 20 mg filmsko obložene tablete

Prosimo, da pred predpisovanjem preberete celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila!

▼ Za to zdravilo se izvaja dodatno spremljanje varnosti. Prosimo, da o domnevnih neželenih učinkih, ki jih opazite pri zdravljenju z zdravilom Kerendia poročate Nacionalnemu centru za farmakovigilanco prek spletnega obrazca ali na drug način naveden na spletni strani JAZMP (<http://www.jazmp.si/humana-zdravila/farmakovigilanca/poročanje-o-nezelenih-ucinkih-zdravil/>). Poročate lahko tudi podjetju Bayer d.o.o. preko e-pošte pv.see@bayer.com.

KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 10 mg / 20 mg finerenona. Pomožne snovi: mikrokristalna celuloza, premreženi natrijev karmelozat, hipromeloza 2910, laktoza monohidrat, magnezijev stearat, natrijev lavrilsulfat, smukec, titanov dioksid, rdeči železov oksid (E 172) (samo Kerendia 10 mg), rumeni železov oksid (E 172) (samo Kerendia 20 mg). **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravilo Kerendia je indicirano za zdravljenje kronične ledvične bolezni (z albuminurijo), povezane s sladkorno boleznijo tipa 2, pri odraslih. Za rezultate študije glede pojava ledvičnih in srčno-žilnih dogodkov, glejte poglavje 5.1 v Povzetku glavnih značilnosti zdravila. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Peroralna uporaba. Priporočeni ciljni odmerek je 20 mg finerenona enkrat na dan. Največji priporočeni odmerek je 20 mg finerenona enkrat na dan. Da se ugotovi, ali se zdravljenje s finerenonom lahko uvede, in za določitev začetnega odmerka je treba izmeriti vrednost kalija v serumu in oceniti glomerularno filtracijo (oGF, ocena glomerularne filtracije). Za informacije o priporočenem začetnem odmerku finerenona ter nadaljevanju zdravljenja s finerenonom in prilagajanju odmerka glejte Povzetek glavnih značilnosti zdravila. **KONTRAINDIKACIJE:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov; sočasno zdravljenje z močnimi zaviralci CYP3A4; Addisonova bolezen. **POSEBNA OPOZORILO IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Pri bolnikih, zdravljenih s finerenonom, so opazili hiperkaliemijo. Dejavniki tveganja vključujejo nizko oGF, večjo vrednost kalija v serumu in predhodne hiperkaliemije. Pri teh bolnikih je treba razmisliti o pogostejšem spremljanju vrednosti kalija v serumu. Pri bolnikih z vrednostjo kalija v serumu > 5,0 mmol/l ali z oF < 25 ml/min/1,73 m² ali s hudo okvaro jeter se zdravljenja s finerenonom ne sme uvesti. Če je vrednost kalija v serumu > 5,5 mmol/l, je treba zdravljenje s finerenonom začasno prekiniti. Ko je vrednost kalija v serumu ≤ 5,0 mmol/l, je mogoče zdravljenje s finerenonom ponovno začeti z odmerkom 10 mg enkrat na dan. Vrednost kalija v serumu in oGF je treba pri vseh bolnikih ponovno izmeriti 4 tedne po uvedbi zdravljenja, ponovnem začetku zdravljenja ali povečanju odmerka finerenona. Finerenona se ne sme uporabljati skupaj z diuretiki, ki varčujejo s kalijem in drugimi antagonistmi mineralokortikoidnih receptorjev ter z močnimi ali zmernimi induktorji CYP3A4. Med zdravljenjem s finerenonom se ne sme uživati grenivk ali soka grenivk. Finerenon je treba uporabljati previdno in spremljati vrednost kalija v serumu pri sočasnem jemanju s pripravki, ki vsebujejo kalij, s trimetoprimom ali kombinacijo trimetoprimoma in sulfametoksazola, z zmernimi ali s šibkimi zaviralci CYP3A4 in pri bolnikih z zmerno okvaro jeter. Zaradi omejenih kliničnih podatkov, je treba zdravljenje s finerenonom prekiniti pri bolnikih, pri katerih je bolezen napredovala v končno ledvično odpoved (oGF < 15 ml/min/1,73 m²). Finerenona se med nosečnostjo ne sme uporabljati, razen ob skrbni oceni koristi za mater in tveganja za plod. Ženskam je treba svetovati, naj med zdravljenjem s finerenonom ne dojejo. Zdravilo Kerendia vsebuje laktozo. **NEŽELENI UČINKI:** zelo pogosti: hiperkaliemija; pogosti: hiponatremija, hiperurikemija, hipotenzija, pruritus, zmanjšana hitrost glomerularne filtracije; občasni: zmanjšana vrednost hemoglobina. **Način in režim predpisovanja ter izdaje zdravila:** Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Imetnik dovoljenja za promet:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Nemčija. Za nadaljnje informacije o zdravilu Kerendia se lahko obrnete na: Bayer d.o.o., Bravničarjeva 13, 1000 Ljubljana / mi.slovenia@bayer.com. Datum zadnje revizije besedila: 6. 2. 2023 Verzija dokumenta: EU/2 MA-M_FIN-SI-0044-2 27. 01. 2025

 **Kerendia**
finerenon

Samo za strokovno javnost.
PP-KER-SI-0548-1 05.2025



Testni lističi (dipstick)

S testnim lističem na semikvantitativni način ugotavljamo prisotnost beljakovin v urinu, med katerimi albumini predstavljajo najpomembnejši delež. Metoda ima sprejemljivo občutljivost za prisotnost albuminov, vendar ni primerna za presejanje v populaciji s povečanim tveganjem za KLB.

V preteklosti smo za majhne, vendar že bolezenske stopnje albuminurije, ki jih testni listič ni zaznal (albuminurija stopnje pod 300 mg/l), uporabljali izraz mikroalbuminurija. Sedaj tega izraza ne uporabljamo več.

Upoštevamo tudi, da testni lističi ne zaznajo tubulne ali prelivne proteinurije in nas na možnost tubulne prizadetosti ali monoklonske gamopatije opozori

neskladje med negativnim izvidom albuminurije na testnem lističu in večjo izmerjeno proteinurijo s kvantitativno metodo.

Če v klinični praksi nimamo na voljo kvantitativnega določanja albuminurije in UACR, potem si pri vrednotenju preiskav s testnim lističem pomagamo s semikvantitativnim vrednotenjem, kot ga kaže tabela 2.

povečajo albuminurijo v odsotnosti KLB (menstruacija ali urološka hematurija, intenzivna telesna vadba, okužba sečil ali vročinsko obolenje).

V primeru potrjene albuminurije je nujna optimizacija krvnega tlaka (ciljno <130/

80 mmHg) z vključitvijo zaviralcev renin-angiotenzinskega sistema (zaviralci RAAS) ter uvedba specifičnih zdravil, ki zmanjšujejo glomerulno preobremenitev in albuminurijo, kot so zaviralci natrij-glu-koznega prenašalnega sistema 2 (zaviralci

SGLT 2) ter pri bolnikih s sladkorno boleznijo v primeru vztrajanja albuminurije tudi fineron, ki je nesteroidni zaviralec mineralokortikoidnih receptorjev.

Tabela 2. Semikvantitativna ocena albuminurije s testnim lističem*

Rezultat	Ocenjena koncentracija beljakovin v urinu
0	0 g/l
1 (+)	0,3 g/l
2 (++)	1 g/l
3 (+++)	3 g/l
4 (++++)	>3g/l

*Rezultat je lahko lažno pozitiven oziroma povečan pri koncentriranem urinu, kjer je koncentracija albumina zaradi koncentriranosti urina večja, in obratno – lažno negativen pri razredčenem urinu. Lažno pozitiven rezultat je možen tudi pri prisotnosti rentgenskih kontrastnih sredstev in alkalnem pH urina.

Imunokemijske metode

Imunoturbidimetrija omogoča natančno določanje albumina. Metoda omogoča

določanje celokupnih proteinov v urinu, albuminov v urinu ter kreatinina v urinu in izračun razmerij UACR in UPCR in

poteka na biokemičnem analizatorju. Je metoda, ki najbolj priporočena za določanje albuminov in proteinov v urinu.

POMEMBNO

- Za potrditev albuminurije sta potrebni vsaj dve pozitivni meritvi od treh v obdobju 3 mesecev.
- Zaradi dnevne variabilnosti in variabilnosti metod določanja so odstopanja pri določanju albuminurije ali proteinurije kar 20–30 %, zato jo je še posebej pri majhnih vrednosti treba določiti večkrat.
- Na izvid lahko vplivajo dehidracija, fizična aktivnost, okužbe sečil, visoka telesna temperatura ali menstruacija.

Priporočila za klinično prakso

Presejalni program za odkrivanje KLB je usmerjen v zgodnje odkrivanje KLB zaradi najpogostejših bolezni in stanj, ki jo povzročajo (sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija, srčno-žilne bolezni, ponavljajoči se ledvični kamni, debelost).

Presejalna metoda za ugotavljanje albuminurije je ugotavljanje razmerja albumin/kreatinin (UACR) v urinu. Smernice KDIGO priporočajo merjenje albuminurije

v prvem jutranjem urinu, vendar je v presejalne namene uporaben tudi kasnejši vzorec (drugi jutranji urin ali naključni vzorec, ki ga poskušamo v dvomljivih primerih potrditi v prvem jutranjem urinu. Primer: mejno pozitivno albuminurijo pri preiskovancu brez dejavnikov tveganja za KLB v naključnem vzorcu urina potrdimo z merjenjem v prvem jutranjem vzorcu, tako da bolnik prinese pravilno odvzet vzorec prvega jutranjega urina od doma v laboratorij).

Imunoturbidimetrija omogoča najbolj natančno določanje albumina v urinu. Bolnike s sladkorno boleznijo tipa 1 (≥5let trajanja), vse s sladkorno boleznijo tipa 2, hipertenzijo ter srčno-žilnimi boleznimi je potrebno enkrat letno povabiti na merjenje albuminurije in oGF. Vsi bolniki s prisotno albuminurijo, ne glede na vrednost oGF, imajo kronično ledvično bolezen (KLB). Pri tem smo pozorni na moteči vpliv nekaterih drugih vzrokov albuminurije, ki lahko prehodno

Literatura

1. Škoberne A, Petek Šter M, Stepanović A, Rotar Pavlič, Lindič J, Marn Pernat A. Algoritem za obravnavo kronične ledvične bolezni v timu ambulantne družinske medicine Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2024.
2. Lindič J, Vatovec I, Mihevc M, Medved N, Bukovnik B, Hojs R, Kokelj Jeršin T, Rotar Pavlič D, Stepanović A, Škoberne A, Petek Šter M. PROTOKOL ZA PRESEJANJE IN OBRAVNAVO KRONIČNE LEDVIČNE BOLEZNI (KLB) V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE 2024.
3. KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE. KIDNEY INTERNATIONAL; 2024:105 (SUPPL 4S), S117–S314.
4. Lindič J, Škoberne A. Preiskave seča. V: Lindič J, Kovač D, Kveder R, Malovrh M, Pajek J, Aleš Rigler A, Škoberne A, uredniki. Bolezni ledvic. 3. izd. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo; 2014. str. 43–63.

Strokovni članek je podprlo podjetje Bayer d. o. o. Št. odobritve: PP-KER-SI-0550-1 05.2025

Epidemija eozinofilnega ezofagitisa: zakaj številni naši bolniki s to boleznijo niso ustrezno zdravljeni

Rok Orel

Osebnostna izkaznica eozinofilnega ezofagitisa

Eozinofilni ezofagitis (EoE) je bolezen, ki jo definirata navzočnost simptomov s strani požiralnika in vnetja požiralnične sluznice z masivno infiltracijo z eozinofilnimi granulociti. Najbolj značilni so simptomi motene motorike požiralnika s težavami pri požiranju hrane (disfagijo) in zatikanjem hrane v požiralniku. Zlasti pri mladih bolnikih pa bolezen lahko povzroča le netipične simptome, kot so bolečine v žlički in za prsnico, regurgitacija, bruhanje itd. in takrat klinično spominja na gastroezofagealno refluksno bolezen.

Ob sumu na EoE je treba narediti gastrokopijo, kjer običajno lahko vidimo značilne spremembe požiralnika. Treba pa se je zavedati, da je pri 10 % do 15 % bolnikov požiralnik videti normalno. Za postavitev diagnoze je treba odvzeti več biopsijskih vzorcev. Bolezen potrди pregled vzorcev, kjer mora biti prisotnih vsaj 15 eozinofilnih granulocitov na polje velike povečave.

Naravni potek nezdravljenega EoE je neugoden. Kronično vnetje vodi v t. i. preoblikovanje z masivnim razraščanjem veziva. To ima za posledico vedno bolj tog, neraztegljiv in negibljiv požiralnik in stenoze. Čeprav lahko stenoze mehansko širimo, gibljivost požiralnika v poznejših stopnjah napredovale boleznijo ne moremo več povrniti. Zato sta pomembna tako pravočasna prepoznavna kot ustrezno zdravljenje.

Zakaj govorimo o epidemiji eozinofilnega ezofagitisa?

Ko je bila bolezen prvič opisana kot nova bolezenska entiteta sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja, je šlo za izredno redko bolezen. V naslednjih desetletjih pa je postala diagnoza EoE vse bolj pogosta. Kljub temu, da bi lahko deloma to pripisali boljši prepoznavi prej neznanе bolezni, epidemiološke študije po vsem svetu kažejo na strmo rast pogostnosti te, zdaj že dobro znane bolezni. Kakšni so vzroki za nastanek EoE in še posebno za eksponentno rast njegove pogostnosti, ne vemo. Kljub temu, da je pomembna genetska predispozicija, saj zbolevalo predvsem osebe z osebno ali družinsko anamnezo različnih alergijskih bolezni, so za rast incidence nedvomno krivi še nejasni dejavniki okolja.

Zdravljenje eozinofilnega ezofagitisa

Ker je EoE kronična bolezen, zdravljenje poteka v več fazah. Najprej je treba doseči popolno umiritev vnetja, nato pa z ustreznim zdravljenjem vzdrževati mirno stanje, saj ob prenehanju zdravljenja pri veliki večini bolnikov že v nekaj tednih ali mesecih pride do ponovnega zagona aktivnega vnetja. Smernice za zdravljenje aktivnega eozinofilnega vnetja kot prvo izbiro priporočajo eno od treh možnosti: eliminacijsko dieto, lokalno delujoče kortikosteroide ali zaviralce protonske črpalke (ZPČ). Glede na to, da gre verjetno v večini primerov za škodljiv odziv na prehranske

antigene, se zdi izbor zdravljenja z dieto logičen. Problem pa je v dejstvu, da z alergološkimi testi ne moremo ugotoviti, na katere vrste hrane je posameznik preobčutljiv. Običajno iz prehrane odstranimo tista živila, ki najpogosteje povzročajo neželene imunске reakcije, se pravi beljakovine mleka, jajca, pšenico, sojo, lahko tudi morsko hrano in vse vrste oreščkov. Na kaj je posameznik preobčutljiv, lahko ugotovimo le s poskušanjem odstranjevanja in ponovnega vračanja posameznih živil iz prehrane in kontrolami, ki vselej vključujejo tudi gastrokopijo.

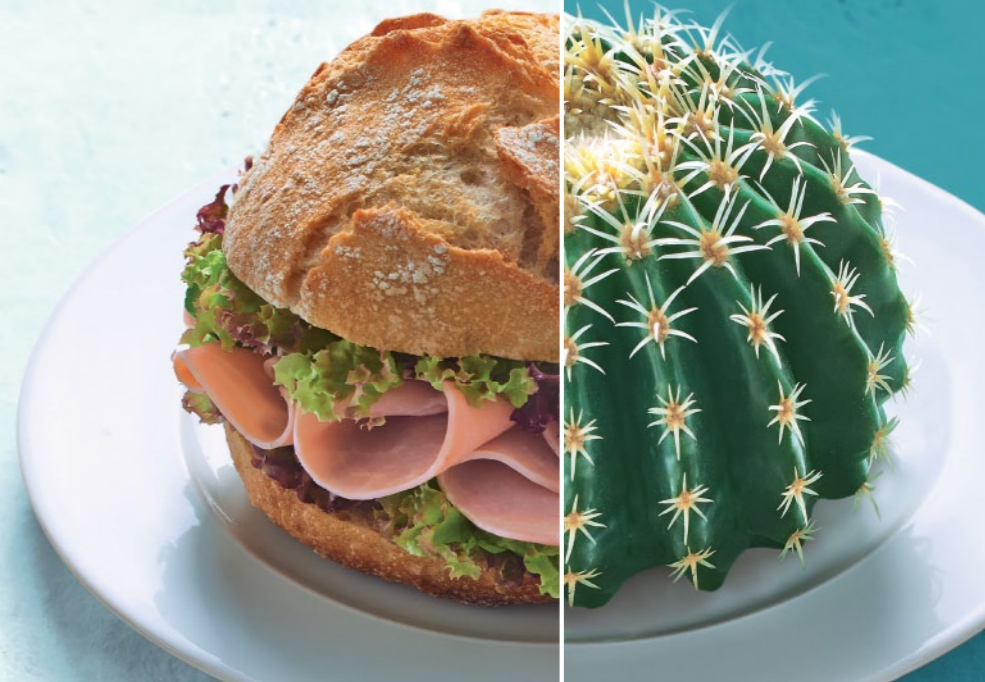
Diete, še posebej ko zajemajo nekaj najpogostejših živil, močno slabšajo kvaliteto življenja bolnikov in so dolgoročno težko sprejemljive. Ne le, da je odstotek uspešnosti zdravljenja z zaviralci protonske črpalke občutno nižji od odstotka uspešnosti zdravljenja z lokalno delujočimi kortikosteroidi, ampak, kot se vedno bolj zavedamo, dolgotrajno zdravljenje ZPČ lahko povzroča vrsto neželenih učinkov. ZPČ povzročajo zmanjšanje odpornosti na okužbe, slabšo absorpcijo nekaterih vitaminov in mineralov z nastankom osteoporoze, zveča se tveganje za nekatere bolezni ledvic, srca in ožilja, osrednjega živčevja in celo za nekatere vrste rakov. ZPČ tudi zvečujejo možnost senzibilizacije imunskega sistema na prehranske alergene. Se pravi, da ko zdravimo EoE z ZPČ, zlasti ker gre večinoma za ljudi z genskim nagnjenjem k nenormalnemu imunskemu reagiranju, hkrati povečujemo možnost za poslabšanje te in pojav novih imunsko pogojenih bolezni.

OTEŽENO POŽIRANJE

zaradi eozinofilnega ezofagitisa

- ▶ Priročne orodisperzibilne tablete s preizkušeno aktivno sestavino budezonid.¹
- ▶ Inovativna formulacija, ki usmerjeno dostavi budezonid do požiralnika.²
- ▶ Klinična in histološka remisija pri 85 % bolnikov po 12 tednih.³

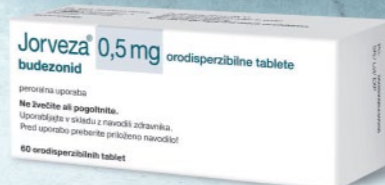
1. Jorveza, Povzetek glavnih značilnosti zdravila, do septembra 2023.
2. Miehle et al., Gut. 2016; 65:390-399.
3. Straumann A et al. United European Gastroenterol. 2017;5(55):OP348.



Jorveza® - prvo odobreno zdravilo za eozinofilni ezofagitis.



BUDEZONID
Jorveza® 1 mg
ORODISPERZIBILNE TABLETE



BUDEZONID
Jorveza® 0,5 mg
ORODISPERZIBILNE TABLETE

Jorveza 0,5 mg orodisperzibilne tablete | Jorveza 1 mg orodisperzibilne tablete

Sestava: Ena orodisperzibilna tableta vsebuje 1 mg oz. 0,5 mg budezonida in 26 mg natrija. **Terapevtske indikacije:** Za zdravljenje eozinofilnega ezofagitisa (EoE) pri odraslih (starejših od 18 let). **Odmerjanje in način uporabe:** Zdravljenje s tem zdravilom mora začeti gastroenterolog ali zdravnik z izkušnjami v diagnosticiranju in zdravljenju eozinofilnega ezofagitisa. **Indukcija remisije:** Priporočeni dnevni odmerek je 2 mg budezonida v obliki ene 1 mg tablete zjutraj in ene 1 mg tablete zvečer. Indukcijsko zdravljenje običajno traja 6 tednov. Za bolnike, ki se v teh 6 tednih ne odzivajo pozitivno, se zdravljenje lahko podaljša do največ 12 tednov. **Vzdrževanje remisije:** Priporočeni dnevni odmerek je 1 mg budezonida v obliki ene 0,5 mg tablete zjutraj in ene 0,5 mg tablete zvečer ali 2 mg budezonida v obliki ene 1 mg tablete zjutraj in ene 1 mg tablete zvečer, odvisno od kliničnih zahtev posameznega bolnika. **Vzdrževalni odmerek 1 mg budezonida dvakrat na dan je priporočljiv pri bolnikih z anamnezo dolgotrajne bolezni in/ali obsežnim vnetjem požiralnika v akutni fazi bolezni. Trajanje vzdrževalnega zdravljenja določijo lečeči zdravniki. **Posebne populacije:** Okvara ledvic: Trenutno ni na voljo podatkov za bolnike z okvaro ledvic. Ker se budezonid ne izloča skozi ledvice, je pri bolnikih z blago do zmerno okvaro morda potrebna previdnost pri zdravljenju z enakimi odmerki kot pri bolnikih brez okvare ledvic. **Okvara jeter:** Med zdravljenjem bolnikov z okvaro jeter z drugimi zdravili, ki vsebujejo budezonid, so bile ravni budezonida povečane. Vendar pa sistematične študije za preučitev različnih ravni okvare jeter niso na voljo. Bolnikov z okvaro jeter se ne sme zdraviti. **Redna zdravila:** Varnost in učinkovitost zdravila Jorveza pri otrocih in mladostnikih, starih manj kot 18 let, nista bili dokazani. Podatkov ni na voljo. **Način uporabe:** Peroralna uporaba. Orodisperzibilno tableto je treba uporabiti takoj, ko se jo vzame iz pretisnega omota. Orodisperzibilno tableto je treba vzeti po obroku. Treba jo je položiti na konico jezika in jo nežno pritisniti ob ustno nebo, kjer razpade. To običajno traja vsaj dve minuti, lahko pa tudi do 20 minut. Tableta se začne peniti, ko zdravilo Jorveza pride v stik s slino in spodbudi nadaljnje izločanje sline. Medtem ko orodisperzibilna tableta razpade, je treba z budezonidom pomešano slino postopno požirati. Orodisperzibilne tablete se ne sme vzeti s tekočino ali hrano. Vzeti jo je treba najmanj 30 minut pred obrokom ali pijatjo oziroma opravljanjem ustne higijene. Vse peroralne raztopine, pršila ali žvečilne tablete je treba uporabiti vsaj 30 minut pred uporabo zdravila Jorveza. Orodisperzibilne tablete se ne sme žvečiti ali pogoltniti neraztopljene. Ti ukrepi zagotavljajo optimalno izpostavljenost ezofagealne sluznice učinkovini z uporabo adhezivnih lastnosti mucinov v sli. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. **Povzetek posebnih opozoril in previdnostnih ukrepov:** Okužbe: Zavarjevanje vnetnega odziva in delovanja imunskega sistema poveča tako bolnikovo dovzetnost za okužbe kot resnost okužb. Simptomi okužb so lahko atipični ali prikriti. V kliničnih študijah z zdravilom Jorveza so opazili oralne, orofaringealne in ezofagealne okužbe s kandido z veliko pogostnostjo. Če je indicirano, se simptomatska kandidaza ust in žrela lahko zdravi z lokalno ali sistemsko antimikotično terapijo, medtem ko se zdravljenje z zdravilom Jorveza nadaljuje. **Notice, herpes zoster in ošpice** imajo lahko resnejši potek pri bolnikih, zdravljenih z glukokortikosteroidi. Pri bolnikih, ki teh bolezni še niso imeli, je treba preveriti stanje cepilnosti in posvetiti posebno pozornost, da ne pride do izpostavljenosti. **Cepiva:** Izogibati se je treba sočasni uporabi živih cepiv in glukokortikosteroidov, saj je verjetno, da se bo imunski odziv na cepiva zmanjšal. **Odziv protiteles na druga cepiva** je morda zmanjšal. **Posebne populacije:** Pri bolnikih s tuberkulozo, hipertenzijo, sladkorno boleznijo, osteoporozo, peptičnim ulkusom, glavkomom, kataraktom, sladkorno boleznijo in družinski anamnezi ali glavkomom v družinski anamnezi je morda tveganje za sistemske neželene učinke glukokortikosteroidov večje, zato jih je treba spremljati glede morebitnega pojava teh učinkov. **Zmanjšano delovanje jeter** lahko vpliva na izločanje budezonida, kar povzroča večjo sistemske izpostavljenosti. Tveganje za neželene učinke (sistemski učinki glukokortikosteroidov) bo večje. Bolnikov z okvaro jeter se zato ne sme zdraviti. **Sistemski učinki glukokortikosteroidov:** lahko se pojavijo sistemski učinki glukokortikosteroidov (npr. Cushingov sindrom, adrenalna supresija, zastoj rasti, katarakta, glavkom, zmanjšana mineralna gostota kosti in širok razpon psihiatričnih učinkov). Ti neželeni učinki so odvisni od trajanja zdravljenja, sočasne in predhodne zdravljenja z glukokortikosteroidi in občutljivosti posameznika. **Angioedem:** Pri uporabi zdravila Jorveza so poročali o angioedemu, večinoma kot del alergijske reakcije, ki so vključevale izpuščaj in srbenje. Če opazite znake angioedema, je treba z zdravljenjem prenehati. **Ustna suha:** Pri sistemski in lokalni uporabi kortikosteroidov lahko poročajo o ustnih motnjah vida. Če se pri bolniku pojavijo simptomi, kot so zamegljen vid ali druge motnje vida, je potrebno razmisлити o napotitvi k oftalmologu zaradi ovrednotenja možnih vzrokov, ki lahko vključujejo katarakta, glavkom ali redke bolezni, kot je centralna serozna horioretinopatija, o katerih so poročali po sistemski in lokalni uporabi kortikosteroidov. **Druga:** Glukokortikosteroidi lahko povzročijo zavoro osi hipotalamus-hipofiza-nadledvične žleze (HPA, hypothalamus-hypophysis-adrenal axis) in zmanjšajo telesni odziv na stres. Če so bolniki izpostavljeni kirurškemu posegu ali drugim stresnim dejavnikom, je zato priporočljivo dodatno sistemsko glukokortikosteroidno zdravljenje. Izogibajte se sočasnemu zdravljenju s ketokonazolom ali drugimi zaviralci CYP3A4. **Veliki na serološko testiranje:** Ker zdravljenje z budezonidom lahko zavira delovanje nadledvične žleze, lahko stimulacijski test z ACTH za diagnostiko insuficience hipofize pokaže napačne rezultate (nizke vrednosti). **Vsebnost natrija:** Zdravilo Jorveza 0,5 mg orodisperzibilne tablete in Jorveza 1 mg orodisperzibilne tablete vsebujeta 52 mg natrija na dnevni odmerek, kar je enako 2,6 % največjega dnevnega vnosa natrija za odrasle osebe, ki ga priporoča SZO in znaša 2g. **Povzetek interakcij:** **Zaviralci CYP3A4:** Močni zaviralci CYP3A4, kot so ketokonazol, ritonavir, itraconazol, klaritromicin kobicistat in sok grenivke, lahko povzročijo izrazito povečanje koncentracije budezonida v plazmi in pričakuje se povečano tveganje za sistemske neželene učinke. Zato se je treba sočasni uporabi izogibati. Med sočasno uporabo peroralnega ketokonazola 200 mg enkrat dnevno in budezonida (3 mg enkratni odmerek) se je plazemska koncentracija budezonida povečala za približno 6-krat. Ob dajanju ketokonazola približno 12 ur za budezonidom se je plazemska koncentracija budezonida povečala za približno 3-krat. **Estrogeni, neracionalni kontraceptivi:** Pri ženskah, ki so hkrati jemale tudi estrogene ali peroralne kontraceptive, so poročali o zvišanih plazemskih koncentracijah in o okrepljenih učinkih glukokortikosteroidov. Pri jemanju budezonida in sočasnem jemanju peroralnih nizkoindolnih kombiniranih kontraceptivov tega učinka niso opazili. **Slani glikozidi:** Pomankanje kalija lahko poveča učinek glikozidov. **Saluretiki:** Izločanje kalija je lahko povečano. **Plošnost, nosečnost in dojenje:** Če zdravljenje z zdravilom Jorveza ni res nujno, se morate njegovi uporabi v času nosečnosti izogibati. Budezonid se izloča v materino mleko. Treba je pretehtati prednosti dojenja za otroka in prednosti zdravljenja za mater. Ni podatkov o vplivu budezonida na plodnost pri človeku. **Povzetek neželenih učinkov:** **Zelo pogosti (> 1/10):** ezofagealna kandidaza, oralna in/ali orofaringealna kandidaza. **Pogosti (> 1/100 do < 1/10):** motnje spanja, glavobol, disgeuzija, suhe oči, gastroezofagealna refluksna bolezen, bolezen, navzea, oralna parestezija, dispneja, bolečine v zgornjem delu trebuha, suha usta, glagostodija, motnja jezika, oralni herpes, utrujenost, znižanje ravni kortizola v krvi. **Zredni (> 1/1.000 do < 1/100):** nazofarinitis, faringitis, angioedem, anksioznost, vznemirljivost, omotica, hipertenzija, kašelj, suho grlo, bolečina v ustih in žrelu, bolečina v trebuhu, distenzija trebuha, disfagija, erozivni gastritis, razjede želodca, edem ustnic, bolečine v desni, izpuščaj, urtikarija, okužanje tulja, znižanje ravni osteokalcina, povijana telesna masa. **Redki (> 1/10.000 do < 1/100):** povečano tveganje za okužbe: Cushingov sindrom, zmanjšano delovanje nadledvične žleze, zastoj rasti pri otrocih; hipokalēmija, hiperglikemija, depresija, razdražljivost, evforija, psihomotorična hiperaktivnost, agresija; cerebralni psevdotumor, vključno z edemom papile pri mladostnikih; glavkom, katarakta (vključno s subkapsularno kataraktom), zamegljen vid, centralna serozna horioretinopatija; povečano tveganje za trombozo, vaskulitis (odtegnjeni sindrom po dolgotrajnem zdravljenju); razjeda dvanajstnika, pankreatitis, zaprtje; alergijski ekspanem, ptehanje, upočasnjeno celjenje ran, kontaktni dermatitis, ekhimoza; bolečina v mišicah in sklepih, mišična šibkost in trzanje, osteoporoza, osteonekroza; slabo počutje. **Preveliko odmerjanje:** V primeru kratkotrajnega prevelikega odmerka ni potrebno nujno zdravljenje. **Režim izdaje:** Rp Lista: P70. I.METNIK DOVOLJENJA ZA PROMET: Dr. Falk Pharma GmbH; Leinenweberstr. 5, 79108 Freiburg, Nemčija. **Pred predpisovanjem prosimo preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila.****

SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST.



Ewopharma d.o.o.
Cesta 24. junija 23 | 1231 Ljubljana - Črnuče
T: +386 (0) 590 848 40 | info@ewopharma.si

DR. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

www.dr-falkpharma.com

Zdravljenje z lokalno delujočimi kortikosteroidi, kot sta budezonid in flutikazon, se je doslej izkazalo za najučinkovitejše. Odvisno od formulacije – ključno je, da zdravilo, ki deluje lokalno, ostane v stiku s sluznico požiralnika dovolj dolgo – je uspešnost tudi več kot 90-odstotna. Za razliko od zdravljenja s sistemskimi kortikosteroidi so neželeni učinki redki. Razmeroma pogosta je le kandidiaza ustne votline, žrela ali požiralnika. Ker je absorpcija lokalno delujočih kortikosteroidov v kri majhna, o klinično pomembnih vplivih na sistemsko odpornost, delovanje nadledvičnice, metabolizem sladkorja in mineralizacijo kosti, ki so pri sistemskih steroidih pogosti, ne poročajo.

Ne glede na to, za kakšno obliko zdravljenja se skupaj z bolnikom odločimo, moramo njegovo uspešnost vselej preveriti ne le na podlagi izboljšanja kliničnih simptomov, ampak tudi z endoskopijo in patohistologijo. Le umiritev vnetja prepreči nadaljnji razvoj preoblikovanja in fibroze požiralnika. Ko enkrat dosežemo remisijo, jo moramo vzdrževati. Če gre za zdravljenje z zdravili, ponavadi zmanjšamo njihov odmerek na polovico. Vsaka sprememba zdravljenja, tudi znižanje odmerka, lahko povzroči ponovni zagon aktivnega vnetja. Zato moramo po vseh spremembah čez nekaj mesecev narediti tudi endoskopsko/patohistološko kontrolo. Pri bolnikih, kjer nobeno od omenjenih zdravljenj ni učinkovito, različne načine zdravljenja kombiniramo. Za take primere je na voljo tudi biološko zdravilo dupilumab.

Zakaj številni naši bolniki niso ustrezno zdravljeni?

Napake lahko razdelimo na tiste pri diagnostiki in tiste pri zdravljenju. Pri diagnostiki je pomembno, da bolnike s simptomi, ki so sumljivi za EoE, napotimo na hitro endoskopsko diagnostiko. Druga najpogostejša napaka pri diagnostiki pa je, da bolnik pride na gastroskopijo ob tem,

da že nekaj časa uživa ZPČ ali pa jih je prenehal uživati le par dni pred preiskavo. ZPČ v slabi polovici primerov izboljšajo EoE, zato ga ob gastroskopiji ne diagnosticiramo, se pa ta ponovi, ko bolnik neha jemati zdravila.

Najpogostejša napaka pri zdravljenju je ta, da gastroenterolog bolniku sicer predpiše terapijo, ne naroči pa ga na kontrolni pregled in endoskopijo ob zdravljenju čez 8 do 12 tednov, da bi preveril uspeh zdravljenja, po potrebi terapijo zamenjal, ob uspešno doseženi remisiji pa uvedel vzdrževalno zdravljenje. Tako bolniki pogosto nekaj mesecev jemljejo zdravila, ob tem pride do kliničnega izboljšanja simptomov, nato z zdravljenjem prenehajo in čez nekaj mesecev se spet pojavijo simptomi.

Kljub temu, da naj bi bolnike z EoE spremljali gastroenterologi, je pomembna naloga družinskega zdravnika, da preverja, ali bolnik pravilno jemlje predpisana zdravila in ali je naročen na ustrezne kontrolne preglede pri gastroenterologu. Poleg tega je družinski zdravnik tisti, ki bo bolnikom najbolje razložil, kako naj se pravilno zdravijo. Pri jemanju lokalno delujočih kortikosteroidov je npr. pomembno, da jih bolnikih zaužijejo počasi (npr. pri orodisperzibilnih tabletah) in da po njih vsaj eno uro ne pijejo ali jejo, saj je njihovo delovanje lokalno, kontaktno. Pri eliminacijskih dietah je pomembna striktnost, saj že minimalne količine antigenov, skritih v drugih živilih, lahko povzročajo aktivnost imunske pogojenega vnetja. Vzdrževalna terapija EoE se načeloma poskusno prekine le po dolgoročni popolni klinični in histološki remisiji in to vselej le v soglasju z gastroenterologom. Bolniki, ki so prenehali z zdravljenjem, potrebujejo kontrolni klinični in endoskopski pregled nekaj mesecev po prekinitvi zdravljenja in nato vsaj še enkrat po daljšem času, saj se bolezen v velikem deležu brez terapije ponovi. Tudi oblika zdravljenja, ki je nekaj časa uspešna, lahko postane neučinkovita. Zato tudi bolniki na uspešnem vzdrževal-

nem zdravljenju potrebujejo redne preglede pri gastroenterologu.

Avtor vsebine tega članka je prof. dr. Rok Orel, dr. med. Objavo članka je financiralo podjetje Ewopharma d.o.o. Čeprav je bil članek pregledan s strani podjetja Ewopharma d.o.o. glede točnosti informacij, pregled ni vplival na vsebino, ki temelji izključno na izkušnjah prof. dr. Roka Orela, dr. med. Odgovornost za način zdravljenja ostaja le pri zdravstvenem delavcu, ki izvaja zdravljenje. Zapis je zgolj informativne narave in ne nadomešča obiska ali posveta pri zdravniku ali farmacevtu.

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

organizirajo

29. SCHROTTOVE DNI

Novosti v zdravljenju

20. – 21. marec 2026
Cankarjev dom – Linhartova dvorana



tehnični soorganizator Cankarjev dom

Prizadevanja zdravnikov družinske medicine za ozaveščanje in večjo precepljenost proti pnevmokoku

Danica Rotar Pavlič

V torek, 6. maja 2025, sem bila kot predsednica RSK za družinsko medicino povabljena na redni sestanek posvetovalne skupine. Navezujoč se na vprašanja, ki so se zastavljala tekom razprave, sem na kratko strnila nekaj pomembnih dogodkov, ki smo jih organizirali in vodili zdravniki v Združenju zdravnikov družinske medicine ter na RKS za družinsko medicino.

Po objavi programa cepljenja in zaščite z zdravili proti pnevmokoknim okužbam s polisaharidnim cepivom (PPV23) pri odraslih kroničnih bolnikih, starih od 26 do 64 let, ter osebah, starih 65 let in več, so se naša prizadevanja osredotočila na ozaveščanje in izobraževanje zdravstvenega kadra in aktivno nagovarjanje bolnikov k cepljenju, kar je privedlo do pomembnih rezultatov.

1. Uvedba cepljenja proti pnevmokoku

Cepljenje proti pnevmokoku je z uvedbo brezplačnega programa omogočilo dostopnost in sistematično izvajanje cepljenja za ranljive skupine, zlasti starejše osebe in kronične bolnike. Ta odločitev je bila ključna, saj so pnevmokokne okužbe, s katerimi se srečujemo v vsakdanji praksi, lahko zelo resne bolezni in pogosto vodijo do hospitalizacij ter povečane smrtnosti v tej populaciji.

2. Ozaveščanje o bolezni

V okviru ozaveščanja o pnevmokoknih okužbah in posledicah smo v letih od

vedbe brezplačnega cepljenja leta 2022 do danes izvedli več aktivnosti:

- Televizijske oddaje ob uvedbi brezplačnega cepljenja, november 2022: oddaja Dobro Jutro, oddaja Planet TV. V oddajo, ki jo organizira nacionalna televizija, so povabili strokovnjaka, zdravnika družinske medicine, ki je preprosto poudaril prednosti zaščite in brezplačno možnost cepljenja za bolnike s kroničnimi boleznimi in vse, stare 65 let ali več. Enako so strokovnjaka povabili v jutranjo oddajo tudi na komercialni televiziji. Prav tako je nacionalna televizija povabila zdravnika družinske medicine in infektologa v oddajo Panorama ob začetku izvajanja programa cepljenja. Ob ozaveščanju o novem programu smo seveda nagovarjali tudi k cepljenju proti ostalim boleznim, ki se pojavljajo v jesensko-zimskem času.
- Zdravniki družinske medicine in infektologi smo sodelovali tudi na več radijskih prispevkih v začetku leta 2023 in nagovarjali tarčno skupino pacientov k cepljenju: Radio Kranj, Radio Krka, Štajerski val, Murski val, Radio Ognjišče itd.
- Objavljali smo prispevke v tiskanih in digitalnih medijih: Nedeljski dnevnik, Delo, Vzajemna, Bogastvo zdravja, Zdrave novice, MedOverNet, STA, mojaobcina.si itd.
- Sodelovali smo na tiskovni konferenci novembra 2023 in ponovno pozvali k brezplačnemu cepljenju proti pnevmokoku ob začetku zimske sezone ter sočasnemu cepljenju proti gripi. Organizirali smo dogodek, na katerem so sode-

lovali zdravnik družinske medicine, specialist infektolog, medicinska sestra in višja medicinska sestra iz tima družinskega zdravnika. Na dogodku smo predstavili pomembnost cepljenja za odrasle, epidemiološke podatke in posledice okužbe. S sodelovanjem strokovnjakov in medijev smo dosegli široko javnost ter povečali ozaveščanje o novem programu za odrasle.

- Izobraževalni nacionalni dogodki. Na dogodkih smo zdravniki izmenjali znanja in izkušnje ter okrepili sodelovanje med zdravstvenimi delavci: Fajdigovi dnevi, Schrottovi dnevi, Srečanje timov itd. Ti dogodki so bili priložnost za razpravo o najboljših praksah in tudi o izzivih, s katerimi se srečujemo pri cepljenju.
- Distribucija informativnih materialov. Skupaj s Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v družinski medicini smo pripravili letake, ki smo jih razdelili po zdravstvenih domovih. Ti materiali so vsebovali informacije o pnevmokoknih okužbah, simptomih, posledicah in pomembnosti cepljenja.
- Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v družinski medicini je marca leta 2023 organizirala dogodek »Pnevmokokne okužbe in gripa – promocija preventive v ambulanti družinske medicine«, na katerem so svoje strokovno znanje podali tako infektologi kot tudi epidemiologi z NIJZ.

3. Aktivno nagovarjanje bolnikov

Veliko zdravnikov družinske medicine aktivno vabi bolnike k cepljenju.

- **Individualni pristop.** Zdravniki in medicinske sestre so se osredotočili na osebne pogovore z bolniki, kar je povečalo zaupanje in pripravljenost na cepljenje. Osebni pristop je bil ključen pri razumevanju pomislekov bolnikov in nudenju ustreznih informacij.
- **Sistematično izvajanje cepljenja.** Cepljenje je v mnogih zdravstvenih domovih postalo del organiziranih cepilnih dni, kar je omogočilo enostavnejši dostop do cepljenja. S tem smo zmanjšali še eno oviro v procesu določanja za cepljenje. Začele so se odpirati t. i. cepilne ambulante.
- **Sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci.** Aktivno smo sodelovali z drugimi člani zdravstvenega tima, s sestrami in tudi ostalimi specialisti, da bi zagotovili celovito obravnavo bolnikov in spodbujali k cepljenju.
- **Opomnik za zdravnika.** Približno 40 % ambulant družinske medicine ima možnost digitalnega opomnika za cepljenje proti pnevmokoknim okužbam po programu cepljenja. Opomnik se pojavi pri vsakem bolniku, ki mu pripada cepljenje in se še ni cepil. Tako ga lahko zdravnik opomni in opolnomoči. S tem načinom opominjanja smo odprli novo možnost in orodje v rokah zdrav-

nika družinske medicine za ozaveščanje tudi o drugih cepljenjih.

4. Rezultati in prihodnji koraki

Z uvedbo teh aktivnosti smo opazili povečanje števila cepljenih oseb, kar je pozitivno vplivalo na zmanjšanje obolevnosti zaradi pnevmokoknih okužb. Naša prizadevanja so privedla do:

- **Povečanja precepljenosti.** Podatki o izvajanju cepljenja kažejo, da se je število cepljenih proti pnevmokoknim okužbam v skupini starih več kot 19 let s **4.048 oseb cepljenih v letu 2021 povečalo na 13.822 cepljenih oseb v letu 2024. Podatki so vzeti iz Elektronskega registra cepljenih oseb (e-RCO).** V ciljni skupini oseb, starih več kot 65 let, se je povečalo število cepljenih oseb z **2411** cepljenih v letu 2021 na **11.273** cepljenih v letu 2024, kar nakazuje na dvig ozaveščenosti in kaže učinke naših aktivnosti. Zavedati se moramo, da imamo še veliko prostora tako za ozaveščanje preko dostopnih medijev kot za vključitev aktivnega nagovarjanja k cepljenju v timu zdravnika družinske medicine. Nekaj možnosti smo že omenili, predvsem bi bilo treba razmisliti o sistematičnem ozaveščanju vseh bolnikov

s kroničnimi boleznimi, ki prihajajo na pregled v ambulanto družinske medicine.

- **Zmanjšanja hospitalizacij.** V letu 2025 si bomo prizadevali pridobiti tudi te podatke, saj so neposreden rezultat cepljenja in ozaveščanja.

V prihodnje si želimo nadaljevati naše delo, povezovanje znotraj tima ter z vsemi deležniki in institucijami, ki pomagajo izboljševati obravnavo naših bolnikov in podpirajo ozaveščanje o cepljenju pri odraslih. Verjamemo, da lahko z nadaljnjim izobraževanjem in ozaveščanjem skupaj dosežemo še boljše rezultate.

Avtorica Darinka Klančar v prispevku »Referenčne ambulante – ambulante družinske medicine – kako naprej« obravnava dodano vrednost vključitve diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v delo ambulant družinske medicine (ADM). Predstavlja analizo dela ADM, ki jo je objavilo Ministrstvo za zdravje leta 2019, ter lastno analizo dela svoje referenčne ambulante, ki deluje od leta 2011.

Kratka zgodovina in definicija referenčnih ambulant v Sloveniji

Projekt Referenčne ambulante (RA) se je začel januarja 2011, s ciljem, da bi do konca leta 2017 vse ambulante družinske/splošne medicine postale referenčne. Od leta 2018 so se preimenovali v ambulante družinske medicine (ADM). Koncept je vključeval uvedbo dispanzerske metode dela za učinkovitejšo in celostno obravnavo odraslih pacientov, s poudarkom na preventivnih pregledih, vodenju kroničnih nenalezljivih boleznih in zdravstveni vzgoji. K obstoječemu timu zdravnika in zdravstvenega tehnika se je pridružila diplomirana medicinska sestra (DMS) za polovični delovni čas.

Izboljšanje kakovosti dela v ADM temelji na modelu, ki opredeljuje vsebino dela (protokoli, registri, preventiva), organizacijo dela (delitev aktivnosti in kompetenc), kadrovska strategijo (nadgrajen tim) in model plačevanja. Pri Zdravniški zbornici Slovenije so leta 2009 zasnovali projekt »Protokoli obravnav kroničnih pacientov« za enotne protokole pri vodenju bolezni, kot so astma, sladkorna bolezen in hipertenzija. Ti protokoli služijo kot strokovna priporočila in osnova za strokovno in finančno ovrednotenje.

Vloga diplomirane medicinske sestre (DMS)

DMS je ključna oseba pri skrbi za pacienta s kronično boleznijo. Njene naloge vključujejo zdravstveno nego, zdravstveno vzgojo, pomoč v ordinaciji, sodelovanje pri posegih in psihosocialno pomoč. DMS samostojno in avtonomno izvaja delo v skladu z veljavnimi strokovnimi načeli. Ima specifična znanja, pridobljena v podiplomskem izobraževanju, kar ji omogoča samostojno delo na področju preventive, presejanja in vodenja bolnikov z urejeno kronično boleznijo.

Informacijska rešitev in analiza učinkovitosti

Nacionalna spletna rešitev na NIJZ zbira kazalnike kakovosti iz ADM, ki mesečno poročajo podatke. Od leta 2020 je uvedeno tudi letno poročanje o preventivi. Ti podatki so pomemben vir za javno zdravje in zdravstvene politike. Analiza Ministrstva za zdravje iz leta 2019 kaže, da je bilo pri preventivnem presejanju v letu 2018 najdenih 23% kroničnih bolnikov in 68% pacientov z ugotovljenimi dejavniki tveganja. Ugotovljene so bile tudi velike razlike v številu opravljenih storitev med izvajalci. Koncesijske ADM so v prvi polovici leta 2018 opravile več storitev kot ADM v zdravstvenih domovih.

SWOT analiza delovanja ADM

Avtorica predlaga metodo SWOT analize za samoevalvacijo delovanja ADM.

- **Prednosti in priložnosti:** Kadrovska okrepitev in nov koncept dispanzerskega timskega dela izboljšujeta kakovost oskrbe. Povečuje se preglednost in omogoča se samokontrola kakovosti. Podatki o kazalnikih kakovosti so pomemben vir za oblikovalce zdravstvene politike.
- **Slabosti in nevarnosti:** Timi se srečujejo s težavami, kot so neosveženost in neustrezno znanje zdravnikov o konceptu RA. Nekateri zdravniki se distancirajo

od dela DMS. Pogoste so tudi težave z neprimernim prostorskim konceptom, ki onemogoča sodelovanje, in neupoštevanjem hierarhije v timu, kar vodi v nemotiviranost. Organizacija dela brez jasne vizije in ciljev prav tako povzroča neučinkovitost.

Predlogi rešitev

Za nadaljnji razvoj je potrebno raziskati priložnosti, kot so uporaba informacijskih tehnologij in izobraževanje kadrov. Potrebno bo oblikovati nov predlog financiranja dela ambulant z okrepljenim timom. Vzpostaviti je treba izmenjavno podatkov in paketov celovite obravnave kroničnih nenalezljivih boleznih med sekundarnim in primarnim nivojem. Nujno je odpraviti neuravnoteženo seznanitev vseh članov tima ADM s cilji in namenom novega standarda dela, z neprestanim izobraževanjem in komunikacijo. Na nacionalni ravni je treba vzpostaviti mehanizem enostavnega, rednega informiranja o doseganju kakovosti in primerjave med izvajalci ADM.

Viri Literatura:

1. Učinkovitost dela ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre; Ministrstvo za zdravje januar 2019
2. Kersnik, J. (1998). Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
3. Kersnik, J. (2003). Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
4. Poplas-Susič, T., Kersnik, J. in Švab, I. (2013). Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Zdravniški vestnik, 82(10), 635–647.
5. Govc Eržen, J., Čuš, B. in Vračko, P. (2017). Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih boleznih v referenčnih ambulantah družinske medicine. V Govc Eržen, J. In Petek-Šter, M. (ur). Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta (str. 26–30). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
6. Kramar, Z. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. The Unlimited World Of Microbes, 45(3), 169–171.
7. Učinkovitost dela ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre(MZ,2019)
8. Govc Eržen, J., Čuš, B. in Vračko, P. (2017). Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih boleznih v referenčnih ambulantah družinske medicine. V Govc Eržen, J. In Petek-Šter, M. (ur). Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta (str. 26–30). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
9. Klančar, D. (2005). Register kroničnih bolnikov kot orodje za izboljšanje kakovosti zdravnikovega dela. V J. Kersnik (ur.), Kronična bolečina, hiperlipidemije, 30 menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje: zbornik predavanj / VII. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 14.–15. oktober. 2005 (str. 57–61). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD
10. Mitrović S. Zdravstveno negovalna obravnava pacienta z arterijsko hipertenzijo v ambulanti družinske medicine Diplomatska naloga, Zdravstvena nega, UP Fakulteta za vede o zdravju, 2018
11. Vodopivec Jamšek, V. (2013). Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. Zdravniški vestnik, 82(11), 711–717.
12. Trobec, I. (2010). Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. Obzornik zdravstvene nege, 44(1), 1–2.
13. International Council of Nursing (ICN). (2008). Promoting Health: Advocacy Guide For Health Professionals. Pridobljeno 27.12.2024 s http://www.whpa.org/PPE_Advocacy_Guide.
14. Car, J. in Švab, I. (1998). Medicinska sestra v družinski medicini. Obzornik zdravstvene nege, 32(1/2), 47–49.
15. Maze, H. (2012). Zdravstvena nega in raziskovanje. Skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
16. Učinkovitost dela ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre; Ministrstvo za zdravje januar 2019
17. Kafel Jere, N. Obravnava bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 referenčni ambulanti: specialistična naloga,2013

Izkušnje s tujejezičnimi zdravstvenimi delavci v Kazahstanu

Seminarska naloga pri predmetu Zdravnik in družba

Kristina Brečko, Martin Štrumbelj

36

V mesecu juliju 2024 sva študenta medicine po zaključenem petem letniku opravljala študijsko izmenjavo v Kazahstanu. Izmenjava v oddaljenem mestu Karaganda v središču države, v manjši javni univerzitetni bolnišnici Karaganda State University na oddelku za splošno kirurgijo, je trajala mesec dni. Na izkušnjo sva se, kar se tiče sporazumevalnega vidika, podala opremljena zgolj s tekočim znanjem angleščine in Google prevajalnikom. Zavedala sva se, da bo zelo verjetno v mnogih situacijah pri sporazumevanju potrebne kar nekaj spretnosti in iznajdljivosti. Najpogostejša jezika, s katerima se prebivalci Karagande sicer sporazumevajo, sta kazaščina in ruščina, ki ju izmenično uporabljajo v vsakdanjem in službenem okolju. Na ruščino sva se poskusila pripraviti z učenjem cirilice, kar se je izkazalo kot zelo dobrodošlo, nad kazaščino pa sva obupala ob prvem hitrem internetnem iskanju osnovnih značilnosti jezika. Vedela sva, da naju čaka zanimiva izkušnja in odlična vaja sporazumevanja, kljub temu pa takšne in podobne dogodivščine vedno znova presenetijo z zabavnimi situacijami, zanimivimi razmisleki in življenjskimi nauki, ki so neprecenljivi za študenta medicine in bodočega zdravnika.

Anekdota 1

Naš mentor v bolnišnici je bil vodja oddelka, sicer po naših standardih zelo mlad kirurg, specialist splošne kirurgije,

ki se je šolal v tujini in praktično edini v celotni bolnišnici govoril tekoče angleško. Poleg naju sta izmenjavo opravljala še študenta iz Rusije in iz Turčije, oba jezikovno bistveno bolj pripravljena na razmere v Karagandi, kljub temu pa so jezikoslovne posebnosti kazaščine največkrat predstavljaše previsoko oviro tudi za njiju. Tisti dan je bil naš mentor odsoten, kar je pomenilo, da smo bili v večji meri prepuščeni sami sebi in prijetni nevednosti o dogajanju okoli sebe, ki jo lahko izkusi le študent na izmenjavi v okolju, katerega jezika ni več. Odpravili smo se iz čajne sobe proti oddelku, kjer naj bi v bližnji prihodnosti potekala diagnostična laparatomija, pravi kirurški posladek za sicer precej obubožani julijski program bolnišnice. Na poti smo srečali specializanta kirurgije, mentoriranca našega mentorja, ki nas je toplo pozdravil – Kazahstanci so izjemno topli in prijetni ljudje – in sledila je klasična večkrat dnevno izvedena procedura pozdravljanja, kjer je specializant najprej močno in navdušeno stisnil roko ruskemu študentu, nato turškemu, nato Martinu, ki je bil izmed družine najvišji in si je zato zaslužil najbolj navdušen stisk, ter na koncu s prijetnim, rahlo odsotnim pogledom predse nadaljeval svojo pot mimo Kristine, ki na tej točki po kakšnem tednu v Karagandi niti refleksno ni več dvignila roke.

Na oddelku nas je v posebni sobi, mešanici prebujevalnice in sobe intenzivne nege, res pričakal pacient, krhek produkt kazahstanskega pomanjkanja primarne

in preventivne medicine, ki je v zadnjem mesecu doživel pet trombemboličnih zapletov. Zadnji od njih je bila embolija tankega črevesa, kar je bil tudi razlog za napovedano diagnostično laparatomijo, da bi ocenili stopnjo ishemije in morebitne nekroze.

S kolegi smo se postavili v kot sobe, da bi pričakali osebje, ki bo bolnika odpeljalo v operacijsko dvorano, ki je do tedaj še nismo videli in posledično nismo vedeli, kam in kako. V sobo je vstopila medicinska sestra, ki nam je začela nekaj še kar grobo razlagati in dopovedovati. Po naših debelih in praznih pogledih se je lotila telesne mimike, s katero nas je hotela spraviti iz sobe in nam – zelo učinkovito, to morava priznati – začela kazati, naj se oblečemo v sterilne plašče, kape in maske. Navdušeno smo prikimavali in začeli s kombinacijo ruščine in malo slabše mimike razlagati, da čakamo na operacijo oziroma da pacienta odpeljejo. Medicinska sestra oziroma inštrumentarka, kot smo počasi začeli dojemati, saj je bila sterilno oblečena od glave do pet, je nadaljevala s še bolj vztrajnim dopovedovanjem in še bujnejšo telesno mimiko, da naj se oblečemo, pri čemer smo na tej točki vsi pridno zapustili prostor in se v predprostoru oblekli. V tem trenutku se je tudi specializant vrnil in skupaj smo se odpravili v sobo, ki je z vsakim trenutkom vsebovala več in več elementov operacijske dvorane, vključno s kirurškimi inštrumenti, ki jih je inštrumentarka pričela pripravljati ob

bolnikovi postelji. Da seminarska naloga ne bo predolga, bova anekdoto na kratko zaključila s tem, da je naš bolnik diagnostično laparatomijo na naše nepopisno začudenje in presenečenje preživel kar na svoji bolniški postelji, brez oskrbe dihalne poti, z močno dozo anestetika in analgetika ter namesto luči operacijske dvorane za prikaz dvanajstnika uporabljeno kar lučko na mobilnem telefonu prisostvujočega specializanta številka dve. Kot zaključek in nauk anekdote 1 bi rada izpostavila pomen kulturnih razlik in predvsem pomen njihovega zavedanja. Izkušnja je bila od vseh v Kazahstanu najbolj presenetljiva, morda celo bizarna. Vendar se je zaradi primernega in spoštljivega občutka za kulturne razlike hitro razrešila situacija, ki bi lahko bila ob nezavedanju in nespoštovanju precej bolj neprijetna in nerodna za vse vpletene. Rada bi poudarila, kako pomembno je, da se v okoliščinah, kjer je razumevanje jezika postavljeno v ozadje, zavedamo teh pomakljivosti in smo pripravljeni na natančno opazovanje in ocenjevanje vsake situacije, da lahko primerno reagiramo ne glede na dogajanje. Poleg tega vsaki nepredvideni situaciji močno pomaga zavedanje konteksta in okoliščin potekajoče situacije – tako kot je bila mimika oblačenja v sterilne plašče in kape precej predvidljiva v dani situaciji, bi si zelo verjetno na večerji ob fantastični kazahstanski hrani in omamnem tradicionalnem čaju bolj težko predstavljala, kaj nama »pantomimirajoči« človek ob najini mizi s temi gibi želi povedati.

Anekdota 2

Vsak petek je v bolnišnici potekal »Mortality & Morbidity« seminar, ki je bil za najin oddelek zelo pomembna zadeva in je pomenil, da na ta dan na programu ni bilo razpisanih operacij. V prostorni seminarski sobi so se zbrali direktor bolnišnice, vodja kirurškega oddelka (naš prej omenjeni mentor), vodja patologije, vodja radiologije (sicer edini zaposlen

radiolog v bolnišnici), specializant splošne kirurgije (specializant številka dve iz anekdote 1), nekaj starejših specialistov interne medicine, ki jih nismo poznali, naš specializant in mi štirje, tuji študentje medicine. Že na začetku nam je mentor povedal, da bo seminar žal potekal v njihovem jeziku (ruščina/kazaščina, z bistveno prevladujočo ruščino, ki je na severu Kazahstana med starejšimi še zmeraj pogosteje uporabljan jezik) in da poskusimo slediti, kakor bomo lahko, kasneje pa se bomo skupaj pogovorili. Seminar je začel specializant številka dve, ki je predstavil bolnico in njeno več tednov trajajočo obravnavo na oddelku, ki se je na žalost končala s smrtjo. Zelo kmalu sva ugotovila, da sva lahko s kombinacijo slik na drsnicah, medicinskih besed v ruščini in pridno naštudirane cirilice v preteklih mesecih precej učinkovito sledila predstavitvi in imela kar dober občutek, kaj vse se je z bolnico dogajalo. Predvsem pa sva prepoznala pomen univerzalnega medicinskega izobraževanja po specializantovi predstavitvi, ko je prejel grobo kritiko o neustreznem poročanju, površni časovnici in slabo pripravljenih drsnicah od direktorja bolnišnice, po čemer sva si prvič na izmenjavi zaželela malo manj razumevanja tujegovorečih. Sledila je predstavitev internistke, ki se je dotaknila določenih zdravil, posegov in smernic – to predstavitev sva razumela slabše, kar je vodilo v rahlo apatijo do povedanega in tipično študentsko bojevanje s težkimi vekami na petkovo dopoldne. Kot tretjo predstavitev je direktor pred tablo povabil specialistko patologinjo, kar je (tukaj bova morda preveč iskrena, vendar je za namen anekdote to nujno) scenarij, ko velika večina študentov medicine zavije z očmi in izklopi možgane. Na najino veliko presenečenje pa se je s trenutkom, ko je specialistka patologinja pričela govoriti, zavesa jezikovne pregrade dvignila in prvič po kar nekaj

časa je najino izobraževanje potekalo razumljivo in tekoče, medicinsko strokovno izrazoslovje in žargon sta v vsem svojem čaru zasijala in navdušeno sva se na svojih sedežih nagnila naprej ter z zanimanjem poslušala celotno enourno predavanje kazahstanske patologinje. Po koncu predavanja je bila na mestu le ena pripomba: »Mogoče bi morala celotno pato študirati v Kazahstanu.« Za zaključek anekdote 2 bi rada izpostavila pomen in privilegij strokovnega besedišča pri strokovnem udejstvovanju v tujini. Prav je, da negujemo tako slovensko strokovno izrazoslovje kot tudi anglosaksonsko in glede na zmožnosti drugo tuje strokovno besedišče, saj je to neprecenljivo v situacijah, kot je zgoraj opisana. Medicina je univerzalna veda, ki ima ne glede na različne zmožnosti in omejitve po svetu precej univerzalnih elementov, in pomembno je, da se jih zavedamo in jih uporabljamo za kakovostnejše in učinkovitejše izobraževanje ter skrb za bolnike. Predvsem pa je pomembno, da se izobraževanja v tujini in tujejezičnih izkušenj lotimo s pozornostjo, spoštljivostjo ter odprtimi glavami, saj bomo v tem primeru hitro ugotovili, da smo kar dobro opremljeni za sporazumevanje kljub pomanjkanju znanja jezika, predvsem pa bomo znali prositi za pomoč v situacijah, ki bodo presegle tudi našo iznajdljivost.

37

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.

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 Koveš, 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.stojis@gmail.com

KANDIDATI 150

KOTIZACIJA za strokovno javnost: 100 € (DDV ni vključen); študenti, pripravniki, specializanti, upokojeni zdravniki, upokojene medicinske sestre: brezplačno

December 2025

KAJ 42. Delavnice za mentorje v družinski medicini

KDAJ 12.–13. 12. 2025

KJE Zreče

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. dr. Darinka Klančar, dr. med., spec.

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



ZDRUŽENJE
ZDRAVNIKOV
DRUŽINSKE
MEDICINE
SLOVENIJE

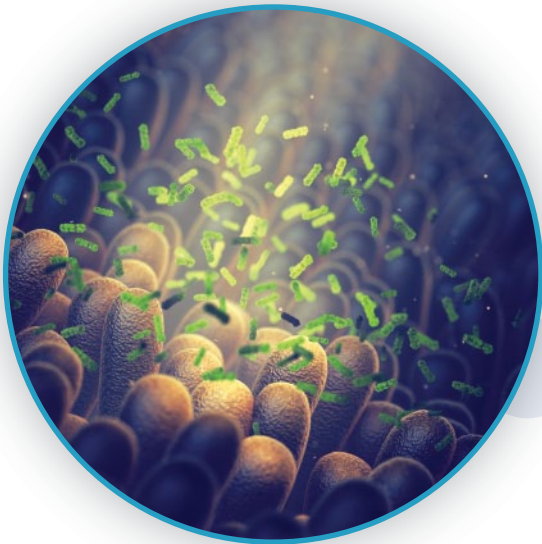


ZNANSTVENI PRISTOP K NARAVNI PODPORI ZDRAVJU

Sun Wave Pharma deluje na presečišču znanosti in narave, kjer razvijamo nutracevtike, zasnovane na najnovejših znanstvenih dognanjih in tradicionalni modrosti. Naš cilj je podpreti zdravstvene strokovnjake in uporabnike pri iskanju učinkovitih, varnih in naravnih rešitev za vsakodnevne izzive sodobnega življenja. Sun Wave Pharma- Skupaj za zdrav jutri.



**Edinstvena kombinacija
treh dobrih bakterij,
prebiotikov in dveh
rastlinskih izvlečkov:**



- ✓ **Saccharomyces boulardi SB01**
- ✓ **Lactobacillus bulgicus LB42**
- ✓ **Lactobacillus rhamnosus LRa05**
- ✓ **FOR / fruktooligosaharidi**
- ✓ **Terminalia chebula suhi izvleček**
- ✓ **Mentha piperita suhi izvleček**

Odmerjanje: zaužite 1-2 kapsuli dnevno.
Neto količina: 15 gastrorezistentnih kapsul



NOVO

Edinstvena kombinirana tableta s telmisartanom in indapamidom

Tolupind[®] Za stabilen 24-urni nadzor hipertenzije

tablete s prirejenim sproščanjem *telmisartan in indapamid*
40 mg/1,5 mg
80 mg/1,5 mg

Sestava Ena tableta s prirejenim sproščanjem vsebuje 40 mg ali 80 mg telmisartana in 1,5 mg indapamida. **Terapevtske indikacije** Nadomestna terapija za zdravljenje esencialne hipertenzije pri odraslih bolnikih, pri katerih je krvni tlak že ustrezno urejen s sočasnim jemanjem telmisartana in indapamida v odmerkih, ki so enaki kot v kombinaciji, vendar v ločenih tabletah. **Odmerjanje in način uporabe** *Odmerjanje* Priporočeni odmerek je ena tableta na dan. Kombinacija fiksnih odmerkov ni primerna za začetno zdravljenje. Preden bolnik začne jemati Tolupind, mora biti njegovo stanje nadzorovano s sočasnim jemanjem ustaljenih odmerkov posamezne učinkovine. Odmerek učinkovin v zdravilu Tolupind mora ob prehodu ustrežati odmerkom učinkovin, ki ju je bolnik prej jemal ločeno. Če je treba odmerek spremeniti, je treba titracijo izvesti s posameznima učinkovinama. **Posebne skupine bolnikov** Pri bolnikih s hudo okvarjenim ledvičnim delovanjem (kreatininski očistek < 30 ml/min) je zdravljenje kontraindicirano. Pri bolnikih z blago do zmerno okvarjenim ledvičnim delovanjem odmerka ni treba prilagajati, vendar so tiazidni in sorodni diuretiki v celoti učinkoviti le, če ima bolnik normalno ali le rahlo zmanjšano ledvično delovanje. Pri bolnikih s hudo okvarjenim jetrnim delovanjem je zdravilo kontraindicirano. Odmerek za bolnike z blago do zmerno okvarjenim jetrnim delovanjem ne sme biti večji od 40 mg/1,5 mg. Starejšim bolnikom odmerka ni treba prilagajati, vrednost kreatinina v plazmi pa je treba preračunati glede na starost, telesno maso in spol. Pri otrocih in mladostnikih, starih manj kot 18 let, zdravilo ni priporočljivo, saj pri teh populacijah njegova varnost in učinkovitost nista bili dokazani. **Način uporabe** Zdravilo se jemlje peroralno, enkrat na dan, najbolje zjutraj. Tablete je treba pogoltniti cele, s tekočino, s hrano ali brez nje. **Kontraindikacije** Preobčutljivost za učinkovini, druge sulfonamide ali katerokoli pomožno snov v zdravilu. Drugo in tretje trimesečje nosečnosti. Hudo okvarjeno jetrno delovanje ali jetrna encefalopatija. Hudo okvarjeno ledvično delovanje. Hipokaliemija. Obolenja z zaporo žolčevoda. Sočasno jemanje s telmisartanom in zdravili, ki vsebujejo aliskiren, je kontraindicirano pri bolnikih s sladkorno boleznijo ali okvarjenim ledvičnim delovanjem (hitrost glomerulne filtracije < 60 ml/min/1,73 m²). **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi** Pri bolnikih z okvarjenim jetrnim delovanjem, zlasti v primeru neravnovesja elektrolitov, lahko tiazidom sorodni diuretiki povzročijo jetrno encefalopatijo, ki lahko napreduje v hepatično komo. Pri bolnikih z obojestransko zožitvijo ledvične arterije ali zožitvijo arterije samo ene delujoče ledvice je pri zdravljenju z zdravili, ki delujejo po renin-angiotenzin-aldosteronskem sistemu, povečano tveganje za hudo hipertenzijo in zmanjšanje ledvičnega delovanja. Pri bolnikih z zmanjšanim volumnom krvi in/ali zmanjšano količino natrija zaradi intenzivnega diuretičnega zdravljenja, omejitve količine soli v hrani, driske ali bruhanja se lahko zlasti po prvem odmerku telmisartana pojavi simptomatska hipertenzija. Kadar telmisartan jemljejo bolniki z okvarjenim ledvičnim delovanjem, se priporoča periodično spremljanje ravnih kalija in kreatinina v serumu. Pri bolnikih z nedavno presajeno ledvico ni izkušenj z jemanjem kombinacije telmisartana in indapamida. Pri bolnikih, ki so se zdravili z blokatorji receptorjev za angiotenzin II, so poročali o intestinalnem angioedemu. Obstajajo dokazi, da sočasno jemanje z zaviralci angiotenzinske konvertaze (zaviralci ACE), blokatorji receptorjev za angiotenzin II ali aliskirenom poveča tveganje za hipertenzijo, hiperkaliemijo in zmanjšano ledvično delovanje, vključno z akutno ledvično odpovedjo. Dvojna blokada sistema RAAS s hkratnim jemanjem zaviralcev ACE, blokatorjev receptorjev za angiotenzin II ali aliskirena zato ni priporočljiva. Kot pri drugih vazodilatatorjih je pri bolnikih s stenozo aortne ali mitralne zaklopke ali z obstruktivno hipertrofično kardiomiopatijo potrebna posebna previdnost. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo, ki se zdravijo z inzulinom ali antiadiabetiki, se pri zdravljenju s telmisartanom lahko pojavi hipoglikemija.

Pri jemanju tiazidnih in sorodnih diuretikov so poročali o primerih fotosenzibilnih reakcij. Vsako zdravljenje z diuretikom lahko povzroči hiponatremijo, včasih z zelo resnimi posledicami. Zdravila, ki vplivajo na renin-angiotenzin-aldosteronski sistem, lahko povzročijo hiperkaliemijo. Za starejše, bolnike z zmanjšanim ledvičnim delovanjem, sladkorno boleznijo, tiste, ki se sočasno zdravijo z drugimi zdravili, ki lahko zvišajo raven kalija, in/ali bolnike s sočasnimi dogodki je hiperkaliemija lahko usodna. Pri bolnikih s povečanim tveganjem je priporočljivo natančno spremljati raven kalija v serumu. Največje tveganje, ki nastane pri zdravljenju s tiazidnimi in sorodnimi diuretiki, je čezmerna izguba kalija in hipokaliemija. Tveganje za hipokaliemijo je treba preprečiti pri določenih visokorizičnih skupinah, in sicer pri starejših, pri bolnikih, ki so podhranjeni in/ali sočasno jemljejo več zdravil, pri bolnikih s cirozo, edemom in ascitesom, pri bolnikih s koronarno arterijsko boleznijo in srčnim popuščanjem ter pri bolnikih s podaljšanim intervalom QT. Pri bolnikih s hiperurikemijo se lahko poveča nagnjenost k napadom protina. Sulfonamidi ali zdravila z derivati sulfonamida lahko povzročijo idiosinkratično reakcijo, ki povzroči odstop žilnice in okvaro vidnega polja, prehodno miopijo in akutni glavkom zaprtega zakotja. To zdravilo vsebuje laktozo. Bolniki z redko dedno intoleranco za galaktozo, z odsotnostjo encima laktaze ali malabsorpcijo glukoze in galaktoze ne smejo jemati tega zdravila. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij** *Povezano s telmisartanom* Sočasno jemanje ni priporočljivo Diuretiki, ki zadržujejo kalij, ali dodatki kalija. Litij. *Sočasno jemanje, ki zahteva previdnost* Nesteroidna protivnetna zdravila. Tiazidni diuretiki ali diuretiki Henlejeve zanke. *Sočasno jemanje, ki ga je treba upoštevati* Drugi antihipertenzivi. Sistemski kortikosteroidi. *Povezano z indapamidom* Sočasno jemanje ni priporočljivo Litij. *Sočasno jemanje, pri katerem je potrebna previdnost* Zdravila, ki povzročajo torsades de pointes (npr. antiaritmiki skupin IA in III, nekateri antipsihotiki, eritromicin (i. v.), halofantrin, mizolastin, moksifloksacin, metadon, astemizol, terfenadin). Nesteroidna protivnetna zdravila, vključno s selektivnimi zaviralci COX-2 in acetylsalicilno kislino v velikih odmerkih (≥ 3 g/dan). Zaviralci ACE. Druge učinkovine, ki povzročajo hipokaliemijo (npr. amfotericin B (i. v.), sistemski glukokortikoidi in mineralokortikoidi, tetrakozaktid, stimulantna odvajala). Baklofen. Izdelki z digitalisom. *Sočasno jemanje, ki zahteva posebno pozornost* Alopurinol. *Sočasno jemanje, ki ga je treba upoštevati* Diuretiki, ki zadržujejo kalij (amilorid, spironolakton, triamteren). Metformin. Jodirana kontrastna sredstva. Imipramin podobni antidepressivi, nevroleptiki. Kalcij (soli). Ciklosporin, takrolimus. Sistemski kortikosteroidi, tetrakozaktid. **Plodnost, nosečnost in dojenje** Jemanje blokatorjev receptorjev za angiotenzin II v prvem trimesečju nosečnosti ni priporočljivo, v drugem in tretjem trimesečju je kontraindicirano. Podatkov o jemanju indapamida pri nosečnicah ni oziroma so omejeni. Iz previdnostnih razlogov se je med nosečnostjo jemanju indapamida bolje izogibati. Jemanja zdravila Tolupind med dojenjem ne priporočamo. **Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji** Zdravilo lahko vpliva na sposobnost za vožnjo in upravljanje strojev, saj lahko včasih povzroči omotico ali občutek utrujenosti. **Neželeni učinki** Redki resni neželeni učinki, ki so povezani s telmisartanom, so anafilaktična reakcija, angioedem in akutna ledvična odpoved. Pogosti neželeni učinki so hipokaliemija, makulopapulozni izpuščaji in preobčutljivostne reakcije. Drugi neželeni učinki so občasn, redki, zelo redki ali neznane pogostosti. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravili** Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija. **Način izdajanja zdravila** Samo na zdravniški recept. **Oprema** 30 tablet s prirejenim sproščanjem po 40 mg/1,5 mg ali 80 mg/1,5 mg telmisartana in indapamida. **Datum zadnje revizije besedila** 24. 1. 2025.

Samo za strokovno javnost. Celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila je objavljen na www.krka.si.

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

