

Nakladnik
Redak

Glavna urednica
Biserka Bergman Marković

Tehničke urednice
Valerija Bralić Lang
Ksenija Kranjčević
Stanka Stojanović Špehar

Lektorice
Jadranka Nemeth-Jajić (hrvatski)
Asenka Kramer (engleski)

Grafička priprema i tisak
Redak

Knjiga je tiskana u ožujku 2018. godine.



www.webknjizara.hr

Copyright © 2018. Sva autorska prava pridržana. Nijedan dio ove knjige ne smije se reproducirati ni prenositi ni u kakvu obliku niti ikakvim sredstvima elektroničkim ili mehaničkim, fotokopiranjem, snimanjem ili umnažanjem u bilo kojem informatičkom sustavu za pohranjivanje i korištenje bez prethodne suglasnosti vlasnika prava.

IX. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)

SUVREMENI IZAZOVI U SKRBI BOLESNIKA S MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI

Međunarodni kongres
Zagreb
Hotel Antunović

Pod visokim pokroviteljstvom
predsjednice Republike Hrvatske Kolinde Grabar Kitarović
gradonačelnika Grada Zagreba Milana Bandića
Ministarstva zdravstva
Hrvatske liječničke komore
Hrvatske komore medicinskih sestra

15. 3. – 18. 3. 2018. godine

Svečano otvorenje kongresa

Pozivamo Vas na svečano otvorenje kongresa u četvrtak 15. ožujka 2018. godine u 19:30 sati u Hotelu Antunović.

Uz zabavni program i domjenak veselimo se zajedničkom druženju!

Svim registriranim sudionicima kongresa ulaz je slobodan.



POZDRAVNA RIJEČ

Poštovani kolege, dragi prijatelji,

evo nas opet zajedno. Znanstveni i organizacijski odbor konгресa ove je godine uložio poseban napor da kongres bude još bolji. Kvaliteta sekcija stalno se poboljšava dajući pojedinim osobama, koje su razvile svoju stručnost iz pojedinih područja, vođenje pojedinih sekcija. Njihov je zadatak na kraju svake sekcije donijeti glavne poruke i zaključak koje ćemo kao i uvijek objaviti. Voditelji sekcije bit će i voditelji radnog predsjedništva tako da će i rasprava nakon sekcije biti stručno vođena. Imat ćete priliku postaviti pitanja i predavačima i voditeljima sekcija o poruci koju su svojim predavanjem htjeli prenijeti.

Svake godine imamo sve debata, koje su uvijek intrigantne, imamo i više predavanja uvaženih eksperata, panela, mini simpozija. Ali posebna novost zajednički je nastup u istom predavanju specijalista obiteljske medicine i specijalista kliničara. I jedni i drugi orientirani smo na bolesnika, on je uvijek u središtu svega u medicini, ali su pristup i način rješavanja problema različiti.

Kao i uvijek cijeli četvrtak posvećen je vama i vašim prikazima slučajeva. Želimo da s nama podijelite svoje najzanimljivije slučajeve i da o njima razgovaramo.

Tradicionalno DNOOM ima svoj panel u kojem će se ove godine voditi rasprava o načinu zbrinjavanja pacijenta s dvjema primarnim malignim bolestima i ostalim pridruženim kroničnim bolestima (zatajivanjem bubrežne funkcije i funkcije srca u bolesnika, fibrilacijom atrija, benignom hiperplazijom prostate), uz kardiotoksičnost kemoterapije.

Posebno je važna sekcija o kontinuiranoj medicinskoj edukaciji (KME) koju radi DNOOM i Hrvatska liječnička komora (HLK) zajedno sa zemljama okupljenima u Asocijaciji liječnika opće/obiteljske medicine jugoistočne Europe. Kvalitetan KME rezultira većom kvalitetom rada, što vodi do većeg i boljeg razvoja obiteljske medicine kao struke.

Važno je posjetiti okrugli stol svih profesionalnih udruga obiteljske medicine posvećen Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ) i Zakonu o osnovnom zdravstvenom osiguranju (ZOZO). ZZZ je naročito značajan za budućnost obiteljske medicine kao specifične struke, a ZOZO radi transparentnosti prava pacijenata koji su pokriveni osnovnim osiguranjem.

Na kraju nastojimo uvijek imati vrlo praktične radionice, koje su dobro primljene i posjećene, ponajprije radi iskustva što ga sudionici steknu takvim praktičnim načinom rada.

Veselim se druženju s vama,
prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković

SADRŽAJ

SVEČANO OTVORENJE KONGRESA.....	5
POZDRAVNA RIJEČ.....	7
SADRŽAJ.....	9
KONGRESNI ODBORI	17
VODIČ ZA PREDAVAČE.....	19
ZNANSTVENI PROGRAM / PREGLED	21
IX. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)	
SUVREMENI IZAZOVI U SKRBI BOLESNIKA S	
MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI	
TRAJNA MEDICINSKA EDUKACIJA: OMOGUĆAVANJE OBITELJSKIM LIJEĆNICIMA DA TRAJNO BUDU UČINKOVITI I ANGAŽIRANI.....	37
Jo Buchanan	
FARMACEUTSKA INDUSTRIJA I OBITELJSKA MEDICINA: TEŠKO PARTNERSTVO.....	38
Igor Švab	
STAVOVI, PRAKSA I ZNANJE O KONTINUIRANOJ MEDICINSKOJ EDUKACIJI INSTITUCIJA ZDRAVSTVA I LJEKARA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....	39
Zaim Jatić, Olivera Batić Mujanović, Bakir Mehić	
KRHKOST I/ILI KOMORBIDITETI KOD STARIJIH OSOBA S AORTNOM STENOZOM	41
Dimitra Kalimanovska-Oštrić	
MULTIMORBIDITY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD).....	42
Jaime Correia de Sousa	
ZDRAVSTVENA PISMENOST.....	43
Danica Rotar Pavlič	
ŠTO MULTIMORBIDNOST DOISTA ZNAČI LIJEĆNIKU OBITELJSKE MEDICINE? EGPRN DEFINICIJA KONCEPTA MULTIMORBIDNOSTI.....	44
Đurđica Kašuba Lazić	
ORGANIZACIJA SKRBI ZA BOLESNIKE S MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI.....	45
Milica Katić	
MOŽEMO LI MJERENJEM MULTIMORBIDITETA PREDVIDJETI DEKOMPENZACIJU ZDRAVSTVENOG STANJA BOLESNIKA?	46
Vanja Lazić, Milica Katić, Jean Yves Le Reste	

IZAZOVI RACIONALNE FAMAKOTERAPIJE U SKRBI ZA BOLESNIKE S MULTIMORBIDITETOM.....	47
Ana Nedić, Đurđica Kašuba Lazić	
ZATAJIVANJE RADA SRCA I BUBREGA.....	49
Biserka Bergman Marković, Ingrid Prkačin	
AKUTNO ZATAJIVANJE SRCA U BOLESNIKA S MULTIMORBIDITETOM.....	50
Ksenija Kranjčević, Nikola Bulj	
BOLESTI ŠITNJAČE I POREMEĆAJ RADA SRCA.....	51
Vjekoslav Radeljić, Biserka Bergman Marković	
KARDIOVASKULARNE BOLESTI I KOPB	52
Ksenija Kranjčević, Jelena Ostojić	
MULTIPLA KOMORBIDNA STANJA U OBOLJELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI	53
Dragan Soldo, Valerija Bralić Lang	
PROBIR KOMORBIDITETA U OBOLJELIH OD DIJABETESA.....	54
Karmela Bonassin, Valerija Bralić Lang	
UMIJEĆE PRAĆENJA OBOLJELOGA OD ŠEĆERNE BOLESTI S MULTIMORBIDITETOM I KOMPLIKACIJAMA ŠEĆERNE BOLESTI	55
Valerija Bralić Lang	
FAMAKOTERAPIJSKI IZAZOVI U LIJEĆENJU OBOLJELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI S KOMORBIDITETIMA	56
Maja Cigrovski Berković	
REZISTENCIJA BAKTERIJA NA ANTIBIOTIKE – GDJE SMO DANAS?	57
Arjana Tambić Andrašević	
UPOTREBA ANTIBIOTIKA U OBITELJSKOJ MEDICINI	58
Maja Račić, Tanja Pekez-Pavliško	
KAKO PERSONALIZIRANA MEDICINA MOŽE DJELOVATI NA RAZVOJ OBITELJSKE MEDICINE?	59
Tanja Pekez-Pavliško, Maja Račić	
OPĆA SLABOST I SMANJENA FUNKCIONALNA SPOSOBNOST – KONCEPTI U INTEGRIRANOM PRISTUPU MULTIMORBIDNOSTI	60
Ljiljana Majnarić Trtica	
SINDROM NEMOĆI (<i>FRAILTY</i>) ILI <i>OBESITY PARADOX</i> KOD BOLESNIKA S KRONIČNIM SRČANIM I RENALNIM POPUŠTANJEM	61
Sanja Bekić, Vjenceslav Martinek	
POREMEĆAJI SPAVANJA U OSOBA STARIJE DOBI I IZAZOVI FAMAKOLOŠKOG LIJEĆENJA.....	62
Željko Vojvodić	

GERIJATRIJSKI SINDROMI	63
Šefket Šabanović, Ljiljana Majnarić Trtica, Ivon Matić	
PRETILOST KAO ČIMBENIK KOMORBIDITETA U ŠKOLSKE DJECE	64
Rudika Gmajnić	
SUVREMENE METODE LIJEČENJA PRETILOSTI	65
Tatjana Bačun, Sanda Pribić	
BUBREZI I DEBLJINA – FOKALNA SEGMENTALNA GLOMERULOSKLOEROZA.....	66
Lada Zibar	
OBRASCI MULTIMORBIDITETA REUMATOLOŠKIH I MUSKULOSKELETNIH BOLESTI	67
Marion Tomičić	
LIJEČENJE BOLESNIKA S MUSKULOSKELETNIM BOlestima I MULTIMORBIDitetom NEFARMAKOLOŠKIM MJERAMA	68
Marina Šabić, Jasna Vučak	
RACIONALNA FARMAKOTERAPIJA BOLESNIKA S MUSKULOSKELETNIM BOlestima I MULTIMORBIDitetom	69
Davorka Vrdoljak	
UČINCI MULTIMORBIDITETA MUSKULOSKELETNIH BOLESTI: EKONOMSKO BREME (KORIŠTENJE ZZ-A, RADNA SPOSOBNOST, ONESPOSOBLJENOST, INVALIDNOST) I UTJECAJ NA KVALitetu ŽIVOTA.....	70
Marko Rađa	
KVARTARNA PREVENCIJA KOD MULTIMORBIDNOG PACIJENTA.....	71
Marija Vrca Botica	
KVARTARNA PREVENCIJA KAO NUŽNOST U SKRBI O PACIJENTIMA S MEDICINSKI NEOBJAŠNJIVIM SIMPTOMIMA	72
Ines Zelić	
OBITELJSKI LIJEČNIK I SMJERNICE KOD MULTIMORBIDNOG PACIJENTA	73
Andrea Horvat Hodžić	
SKRB STARIJIH OSOBA S MULTIMORBIDitetom I OŠTEĆENOM BUBREŽNOM FUNKCIJOM.....	74
Leonardo Bukmir, Tina Zavidić, Martina Fišić	
NEPRIMJERENO PROPISIVANJE LIJEKOVA STARIJIM OSOBAMA	75
Branislava Popović	
MATIČNA MLJEČ U ZAŠTITI I UNAPRJEĐENJU ZDRAVLJA KRONIČNIH BOLESNIKA.....	76
Josip Lončar	

BREME LIJEČENJA MULTIMORBIDNIH BOLESNIKA – PILOT-ISTRAŽIVANJE U OBITELJSKOJ MEDICINI	77
Vedran Karabeg, Stanislava Stojanović-Špehar, Ivana Kelava, Tamara Kovačić	
PREPORUKE ZA TJELESNU AKTIVNOST KOD PACIJENATA S MULTIMORBIDITETIMA	78
Jasna Vučak	
DIJAGNOSTIKA I LIJEČENJE MULTIMORBIDNOSTI – ŠTO KAŽU SMJERNICE?	79
Jasna Vučak	
LIJEČENJE BOLESNIKA S MENTALnim POREMEĆAJIMA I NAJČEŠĆIM SRČANOŽILnim BOLESTIMA U OBITELJSKOJ MEDICINI	80
Ines Diminić Lisica, Nina Bašić Marković, Iva Lisica	
LIJEČENJE BOLESNIKA S MENTALnim POREMEĆAJIMA I NAJČEŠĆIM NEUROLOŠKIM BOLESTIMA U OBITELJSKOJ MEDICINI	81
Nina Bašić Marković, Roberta Marković	
DVOSTRUKA DIJAGNOZA U PSIHIJATRIJI – IZAZOV U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU	82
Hrvoje Tiljak	
PROBIR MENTALnih POREMEĆAJA U OBITELJSKOJ MEDICINI – U ČEMU JE PROBLEM?	83
Hrvoje Tiljak, Tea Vukušić Rukavina	
SEKSUALNA TERAPIJA U OSOBA S MULTIMORBIDitetOM – VAŽNOST BIOPSIHOSOCIJALNOG PRISTUPA	84
Goran Arbanas	
„JUTRO POČINJE SA ŠARENIM BOMBONIMA”: POLIMEDIKACIJA/ POLIPRAGMAZIJA I SEKSUALNA FUNKCIJA U OSOBA S MULTIMORBIDitetOM	85
Nataša Mrduljaš-Đujić	
SALUTOGENEZA	86
Stanka Stojanović Špehar	
PROCJENA KVALITETE ŽIVOTA HIPERTENZIVNIH BOLESNIKA S MULTIMORBIDitetOM WHOQOL-BREF UPITNIKOM	87
Ivana Kelava, Vedran Karabeg, Tamara Kovačić, Stanislava Stojanović Špehar	
MALIGNI NEUROLEPTički SINDROM	89
Svetlana Šupe	
DOCENDO DICSIMUS	90
Continuing Medical Education for GPs: challenges and experience	
Lyubima Despotova-Toleva, Lyubomir Kirov	

SMOKE FREE BRAIN: BULGARIAN PILOT STUDY	91
L Despotova-Toleva, L Kirov, M Orbetzova, E Mushanov, L Toneva, Hristos Dimitrov	
CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION IN THE FIELD OF FAMILY MEDICINE IN SLOVENIA.....	92
Danica Rotar Pavlič	
KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA IZ OBITELJSKE MEDICINE U TUZLANSKOM KANTONU	93
Olivera Batić-Mujanović	
KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA U PORODIČNOJ MEDICINI.....	94
Maja Račić	
KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA U CRNOJ GORI	95
Milena Cojić, Draginja Radunović	
KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA U SRBIJI	96
Slavoljub Živanović, Suzana Stanković, Dragana Trifunović Balanović	
CONTINUING MEDICAL EDUCATION IN PORTUGAL	97
Jaime Correia de Sousa	
ACTIVITY OF THE DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE, CAROL DAVILA – UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY	98
Gabriel Cristian Bejan, Mihaela Adela Iancu, Dumitru Matei	
PRIKAZI SLUČAJA	
BOLESNICA SA SISTEMSKIM ERITEMATOZNIM LUPUSOM, PRIMARNOM HIPERTENZIJOM, HIPERLIPIDEMIJOM I EPILEPSIJOM.....	101
Ivan Banovac, Ivančica Peček	
BOLESTAN I ZADOVOLJAN	102
Tamara Kovačić	
MULTIMORBIDNOST I OPSTRUKTIVNA APNEJA U SNU.....	103
Jelena Lucijanić, Rajka Šimunović	
PACIJENTICA S HIPOTIREOZOM I PRIMARNOM BILIJARNOM CIROZOM U ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA.....	104
Loris Ćurt, Petra Jezernik, Tamara Kovačić	
KOMORBIDITET, PREKLAPANJE KLINIČKE SLIKE	105
Josipa Rodić	
BOLESNIK S MULTIMORBIDITETOM I KRONIČNOM RANOM	106
Tamara Sinožić, Ksenija Baždarić, Jadranka Kovačević, Tamara Zibar Abramović	
SKRB ZA BOLESNIKA S MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI S DOMINANTNOM DEMENCIJOM	108
Šefket Šabanović, Ivon Matić, Ljiljana Majnarić Trtica	

ŠTO SE KRIJE POD NAZIVOM REZISTENTNA HIPERTENZIJA?.....	109
Mirjana Resanović, Biserka-Bergman Marković, Ingrid Prkačin	
TREATMENT OF ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS-INDIVIDUAL APPROACH.....	110
Katerina Kovachevikj, Lj Sukriev, K Stavric, M Tundzeva, S Janevska, E Kostovska-Prilepcanska, K Kikerkovska	
NEPREPOZNATA REZISTENTNA HIPERTENZIJA	
I SINDROM OPSTRUKTIVNE APNEJE U SNU	111
Ivana Jakupec Kopljarić, Ingrid Prkačin, Biserka Bergman-Marković	
POSTERI	
SVAKA BOL U LEĐIMA NIJE LUMBOISHIALGIJA.....	115
Terezija Berlančić, Mario Ćurković	
KRVARENJE IZ REKTUMA – HEMOROID ILI IPAK KARCINOM?.....	116
Zrinka Čižmešija, Lana Jaram, Ksenija Kranjčević	
INFEKCIJA U DIJABETIČARA – POTENCIJALNA ZAMKA	117
Koraljka Čop, Lea Tripar, Tajana Katinić Zorić, Leonardo Bukmir	
MALARIJA – JESU LI KOMARCI SAMO DOSADNI?	118
Slavica Đurić, Sanda Miholek Brkić, Ljiljana Trtica Majnarić	
CRAB?.....	119
Svetlana Grga Jordan, Tamara Drča, Mia Bajković, Klaudija Gospić, Anica Bašić	
BOLESNICA KOJA BOLUJE OD ALKOHOLIZMA U ORDINACIJI	
OBITELJSKE MEDICINE	120
Lucija Klobučar, Dragan Soldo	
ZLO NIKADA NE DOLAZI SAMO	121
Antonija Matić, Maja Andrašek, Rudika R. Gmajnić	
DIJABETES U TEORIJI I PRAKSI.....	122
Jelena Rnjak, Dino Hardi, Robert Rončević, Matea Matić Ličanin, Rudika Gmajnić	
„DOSIS SOLA FACIT VENENUM”	123
Mirna Rozić, Anja Tomić, Matea Matić Ličanin, Rudika Gmajnić	
PCELINJI PSIHOSUPPORT	124
Jelena Šakić Radetić, Anita Brandalik, Helena Hrkač, Rudika Gmajnić	
PRIKAZ PACIJENTICA S CEREBROVASKULARnim INZULTOM I PERKUTANOM ENDOSKOPSKOM GASTROSTOMOM.....	125
Bojana Vakanjac, Dunja Stolnik, Sanda Pribić	
NEFUNKCIONALNOST OBITELJI – OKIDAČ SHIZOFRENije?	126
Ivana Tovilo, Barbara Likar, Matea Matić Ličanin, Sanda Pribić	

KADA POMISLITI NA RIJETKE BOLESTI	
KAO ŠTO JE MANJAK ALFA-1-ANTITRIPSINA.....	127
Mila Vasilj Mihaljević, Sanja Bekić, Ljiljana Trtica Majnarić	
LJEKOVIT RAZGOVOR.....	128
Ivan Vurnek, Lucija Šenjug, Ivana Kelava	
EHINOKOKNA CISTA JETRE	129
Branka Živković Duvnjak, Vesna Tabak	
PRIKAZ RADA U DEŽURNOJ AMBULANTI DOMA ZDRAVLJA	
ZAGREBAČKE ŽUPANIJE	130
Boris Medić, Miro Benčić	
 II. Kongres sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	
SPECIFIČNOSTI SESTRINSKE SKRBI USMJERENE BOLESNICIMA S	
KRONIČNIM BOLESTIMA	
STUPANJ ZDRAVSTVENE NJEGE U SKRBI BOLESNIKA U KUĆI	133
Dijana Ban	
ŠTO JE SESTRINSKA DIJAGNOZA?.....	134
Slađana Režić	
POSTOJI LI POVEZNICA IZMEĐU OPSTRUKTIVNE APNEJE ZA	
VRIJEME SPAVANJA I ODREĐENIH KARDIOVASKULARNIH ISHODA?	135
Andreja Šajnić, Aleksandra Trupković, Ivana Lalić,	
Sandra Karabatić, Tanja Zovko, Miroslav Samaržija	
PARTNERSKI ODNOS I SURADNJA IZMEĐU PRIMARNE,	
SEKUNDARNE I TERCIJARNE RAZINE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U	
SESTRINSKOJ PROFESIJI.....	136
Kristina Hanžek	
PATRONAŽNA SKRB OBITELJI I OSOBI KOJA BOLUJE OD	
ALZHEIMEROVE BOLESTI	137
Jasmina Nemeć	
NARATIV ALKOHOLIZMA U ŽENA	138
Tatjana Horčićka	
SESTRINSKA SKRB ZA KRONIČNOG BOLESNIKA –	
ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U PREVENCIJI I LIJEČENJU	
ŠEĆERNE BOLESTI	139
Suza Valenčak	

PATRONAŽNE SESTRE KAO TEMELJ PREVENCIJE I REHABILITACIJE KARDIOVASKULARNIH BOLESTI	
U ZAJEDNICI – ISKUSTVO ISTARSKIH DOMOVA ZDRAVLJA.....	141
Davorka Rakić, Darinka Jurcan, Branka Mrzlić, Marina Lovrinić, Tanja Mihelič, Suzana Forlani, Dragica Dolenec, Maja Rasnek, Ante Ivančić	
PRISUTNOST STRESA KOD MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA.....	143
Ljubica Mišković	
MEDIKACIJSKA POGREŠKA	144
Josipa Bišćan, Slađana Režić	
SPOZNAJE MEDICINSKIH SESTARA U BOLNICI O	
PALIJATIVNOJ SKRBI	145
Sandra Lovrić	
PREHRANA HEMODIJALIZIRANIH BOLESNIKA.....	146
Božana Ilić	
MOGUĆNOST INTERVENCIJA PATRONAŽNE SLUŽBE U POBOLJŠANJU ODAZIVA NA PROVEDBU PROBIRA NA RAK DEBELOG CRIJAVA	147
Sanja Kanisek, Verica Voloder, Rudika Gmajnić	
IZVANBOLNIČKA PALIJATIVNA SKRB U DOMU ZDRAVLJA	
PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE.....	148
Rozmari Tusić	
KAKO I KADA UKLJUČITI PACIJENTA U PALIJATIVNU SKRB	149
Ahnetka Stjepanović	
DEKUBITALNE LEZIJE KAO POSLJEDICA HIPOPERFUZIJE TKIVA – PREVENCIJA I LIJEČENJE.....	150
Marina Ahmetbegović	
SURADNJA S DRUGIM ORGANIZACIJAMA OBITELJSKE MEDICINE	158
LISTA PREDAVAČA.....	160
POPIS IZLAGAČA	162
TLOCRT HOTELA 1. KAT	163
TLOCRT HOTELA 2. KAT	164
JAVNI PRIJEVOZ GRADA ZAGREBA	165

KONGRESNI ODBORI

ORGANIZATOR KONGRESA

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)

Predsjednica DNOOM-a: *prof. dr. sc. prim. Biserka Bergman Marković*

Dopredsjednica DNOOM-a: *prof. dr. sc. Milica Katić*

Tajnica DNOOM-a i urednica web-stranice: *dr. sc. Valerija Bralić Lang*

Pomoćnica tajnice DNOOM-a: *dr. sc. Ksenija Kranjčević*

Rizničarka DNOOM-a: *Vérica Blaževac*

IZVRŠNI ODBOR DNOOM-a

prof. dr. sc. prim. Bergman Marković, Biserka, prof. dr. sc. Katić, Milica, dr. sc. Bralić Lang, Valerija, prim. mr. sc. Lončar, Josip, doc. dr. sc. Stojanović Špehar, Stanislava, dr. sc. Kranjčević, Ksenija, doc. dr. sc. Vučak, Jasna, doc. dr. sc. Vrdoljak, Davorka, prof. dr. sc. Diminić Lisica, Ines

KONGRES DNOOM

Predsjednica kongresa: *prof. dr. sc. prim. Biserka Bergman Marković / bbergmanmarkovic@gmail.com*

Tajnica kongresa: *doc. dr. sc. Jasna Vučak / jasna.vuchak@zd.t-com.hr*

Kontakt za prezentacije: <http://dedal.hr/dnoom-predaja-prezentacija/>

Kontakt osoba za međunarodnu suradnju: *prof. dr. sc. Ines Diminić Lisica /ines.diminic.lisica@medri.unri.hr*

Kontakt osoba za poster sekciju: *doc. dr. sc. Stanislava Stojanović Špehar / ssspehar1@inet.hr*

Kontakt osoba za prikaze slučajeva: *dr. sc. Ksenija Kranjčević / ksenkran@inet.hr*

Tehničke urednice Knjige sažetaka: *dr. sc. Valerija Bralić Lang, dr. sc. Ksenija Kranjčević*

Lektorica za hrvatski jezik: *izv. prof. dr. sc. Jadranka Nemeth-Jajić*

Lektorica za engleski jezik: *Asenka Kramer, prof.*

ORGANIZACIJSKI ODBOR KONGRESA

prof. dr. sc. prim. Bergman Marković, Biserka, doc. dr. sc. Vučak, Jasna, dr. sc. Bralić Lang, Valerija, prof. dr. sc. Diminić Lisica, Ines, dr. sc. Ivezic Lalić, Dragica, dr. sc. Kranjčević, Ksenija, prim. mr. sc. Lončar, Josip, Pekez Pavliško, Tanja, doc. Soldo, Dragan, dr. med., dr. sc. Stojanović Špehar, Stanislava, doc. dr. sc. Vrdoljak, Davorka

ZNANSTVENI ODBOR KONGRESA

prof. dr. sc. prim. Bergman Marković, Biserka, doc. dr. sc. Bokmir Leonard, prof. dr. sc. Diminić Lisica, Ines, prof. dr. sc. prim. Gmajnić, Rudika, prof. dr. sc. prim. Kašuba Lazić, Đurđica, prof. dr. sc. Katić, Milica, doc. dr. sc. Majnarić Trtica, Ljiljana, dr. sc. Mrduljaš-Dujić, Nataša, prof. dr. sc. Pribić, Sanda, doc. dr. sc. Stojanović Špehar, Stanislava, prof. dr. sc. Tiljak, Hrvoje, prof. dr. sc. Vreća Botica, Marija, doc. dr. sc. Vrdoljak, Davorka

POČASNI ZNANSTVENI ODBOR KONGRESA

doc. dr. sc. Balenović, Antonija, prof. dr. sc. Batić Mujanović, Olivera /Tuzla, Federacija BiH/, prof. dr. sc. Blažeković Milaković, Sanja, prof. Busneag, Carmen /Bukurešt, Rumunjska/, prof. dr. sc. Kalimanovska Oštrić, Dimitra /Beograd, Srbija/, doc. dr. sc. Ongel, Kurtulus /Izmir, Turska/, prim. Šukriev, Ljubin, dr. med. /Skopje, Makedonija/, prof. dr. sc. Račić, Maja /Foča, Bosna i Hercegovina/, prof. dr. sc. Stavrić, Katerina /Skopje, Makedonija/, prof. dr. sc. Švab, Igor /Ljubljana, Slovenija/, prim. Ljubin Šukriev /Skopje, Makedonija/, prof. dr. sc. Zaim Jatić /Sarajevo, Bosna i Hercegovina/

KONGRES MEDICINSKIH SESTARA

Predsjednik kongresa: *prof. dr. sc. prim. Rudika Gmajnić, dr. med., spec. obiteljske med./rudika.gmajnic01@gmail.com*

Tajnica kongresa: *dr. sc. Dragica Ivezić Lalić, dr. med., spec. obiteljske med.*

Organizacijski odbor: *prof. dr. sc. prim. Rudika Gmajnić, prof. dr. sc. Milica Katić, prof. dr. sc. prim. Đurđica Kašuba Lazić, prof. dr. sc. prim. Biserka Bergman Marković.*

Znanstveni odbor kongresa: *prof. dr. sc. prim. Rudika Gmajnić, prof. dr. sc. prim. Milica Katić, prof. dr. sc. prim. Đurđica Kašuba Lazić, Slava Šepc, dipl. ms., Tanja Lupieri, mag. sestrinstva, Draženka Tenšek, dipl. med. techn.*

VODIČ ZA PREDAVAČE

Servisni centar za predavače smješten je u Dvorani Vip A Salonu u, nadamo se, ugodnoj i opuštenoj atmosferi, svaki dan za trajanja kongresa od 9 do 17 sati. Svoja predavanja, molimo Vas, predajte do 10. 3. 2018. na adresu: <http://dedal.hr/dnoom-predaja-prezentacija/>. Na kongresu ćete moći prekontrolirati svoje predavanje te Vas molimo da ga predate stručnom osoblju. Time ćete osobno potvrditi svoju prezentaciju. U servisnom centru nalazit će se demo računalo kako bi predavač mogli isprobati korištenje daljinskog upravljača. Računalo će imati Windows 7 i Office 2010. Za sva tehnička pitanja bit će Vam na raspolaganju tehničko osoblje. Molimo Vas da se držite vremenskog okvira (sat će odbrojavati minute u desnom gornjem kvadrantu monitora). Posljednju minutu radno predsjedništvo upozorit će Vas da iznesete zaključak.

Izjava o interesu

Postojanje mogućeg sukoba interesa ne znači nužno pogrešku. Međutim, etička je obveza DNOOM-a obavijestiti sudionike kako pojedini odnosi ne bi izazvali moguću nemajernu pogrešku. Stoga će Znanstveni odbor u ime DNOOM-a objaviti mogući sukob interesa za predavače, predsjednike radnog predsjedništva i izlagače postera. Svi su oni zamoljeni da dostave izjavu o sukobu interesa Znanstvenom odboru kongresa DNOOM-a.

VODIČ ZA SUDIONIKE

Promjene programa

DNOOM ne može preuzeti odgovornost za promjene programa koje bi mogle nastati zbog vanjskih ili nepredviđenih okolnosti.

Akreditacija

Sudionici su zamoljeni da nose svoje autorizacije cijelo vrijeme odvijanja kongresa. Boje imaju sljedeće značenje:

- **Predavači**
- **Sudionici**
- **Sestre (jednodnevna karta)**
- **Izlagači**
- **Kongresno osoblje**

Poster sekcija

Poster sesija imat će svoj prostor, otvoren tijekom trajanja kongresa. Posteri moraju biti napravljeni prema propozicijama objavljenima na našoj web-stranici. Sažetci postera bit će objavljeni u Knjizi sažetaka kongresa. Autori postera mogu postere postaviti na za to predviđene panele tijekom jutra u subotu, a molimo ih da usmeno prezentiraju svoj uradak za trajanja ocjenjivanja postera, koje će biti u subotu 17. ožujka od 15:00 do 17:00 sati.

Prikazi slučajeva

Cijeli četvrtak poslijepodne od 14:00 do 18:00 sati posvećen je prikazima slučajeva. Držimo da se sekcija o prikazima slučajeva razvila u vrlo popularno okupljalište liječnika obiteljske medicine i specijalista kliničara. Taj dio programa postao je mjesto razgovora i debata oko načina zbrinjavanja pojedinih slučajeva, nevezano je li slučaj vrlo rijedak ili svakodnevni problem. U debati će sudjelovati interaktivno sa sudionicima i specijalisti kliničari i specijalisti obiteljske medicine. Ovaj put s nama će biti nefrolog.

ZNANSTVENI PROGRAM / PREGLED

Četvrtak, 15. 3. 2018.

13:00 – 14:00 REGISTRACIJA

**14:00 – 17:45 Pre-conference workshop
(DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 3 i 4)**

PRIKAZI SLUČAJEVA

Voditelji: Vučak, J., Kranjčević, K., Prkačin, I.

Bolesnica sa sistemskim eritematoznim lupusom, primarnom hipertenzijom, hiperlipidemijom i epilepsijom – *Banovac, I., Peček, I.* PSO1

Bolestan i zadovoljan – *Kovačić, T., Lucijanić, J., Šimunović, R.* PSO2

Multimorbiditet i opstruktivna apnea u snu – *Lucijanić, J., Šimunović, R.* PSO3

Pacijentica s hipotireozom i primarnom bilijarnom cirozom u ordinaciji obiteljskog liječnika – *Ćurt, L., Jezernik, P., Kovačić, T.* PSO4

Komorbiditet, preklapanje kliničke slike – *Rodić, J.* PSO5

Bolesnik s multimorbiditetom i kroničnom ranom – *Sinožić, T., Baždarić, K., Kovačević, J., Zibar Abramović, T.* PSO6

Što se krije pod nazivom rezistentna hipertenzija? – *Resanović, M., Bergman Marković, B., Prkačin, I.* PSO7

Skrb za bolesnika s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini s dominantnom demencijom – *Šabanović, Š., Matić, I., Majnarić Trtica, Lj.* PSO8

Skrb za starije osobe oboljele od šećerne bolesti tipa 2 – individualni pristup – *Kovačević, K., Šukriev, Lj., Stavrić, K., Tundzeva, M., Janevska, S., Kostovska-Prilepcanska, E., Kikerovska, K.* PSO9

Neprepoznata rezistentna hipertenzija i OSA sidrom – *Jakupec, I., Prkačin, I., Bergman Marković, B.* PSO10

19:30 – 21:00 SVEČANOST OTVORENJA (DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 5 – 8)

Pozdrav počasnim gostima, aktivnim sudionicima kongresa, kolegama liječnicima, medicinskim sestrama i svima ostalim dragim gostima

Glazbena točka

Pozdravni govorovi uzvanika

Glazbena točka

Predstavljanje laureata godine: prim. Slavko Lovasić, dr. med., spec. obiteljske med. (laudator – prof. dr. sc. Marija Vrca Botica, dr. med., spec. obiteljske med.)

Glazbena točka

DOMJENAK DOBRODOŠLICE (DVORANA BEETHOVEN)

Petak, 16. 3. 2018.

(DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 5 – 8)

- 09:00 – 10:00 Skrb za bolesnika s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini: prošlost, sadašnjost i budućnost – Kašuba Lazić, D.**
Radno predsjedništvo: *Kašuba Lazić, D., Katić, M., Rotar Pavlič, D.*
Što multimorbidnost doista znači liječniku obiteljske medicine?
EGPRN definicija koncepta multimorbidnosti – *Kašuba Lazić, D.*
Organizacija skrbi za bolesnike s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini – *Katić, M.*
Možemo li mjerenjem multimorbiditeta predvidjeti dekompenzaciju zdravstvenog stanja bolesnika? – *Lazić, V., Katić, M.*
Izazovi racionalne farmakoterapije u skrbi za bolesnike s multimorbiditetom – *Nedić, A., Kašuba Lazić, D.*
- 10:00 – 10:10 Rasprava**
- 10:10 – 11:10 Multimorbiditet u bolesnika s kardiovaskularnom bolesti – Bergman Marković, B., Kranjčević, K.**
Radno predsjedništvo: *Bergman Marković, B., Kranjčević, K., Kalimanovska Oštrić, D.*
Zatajivanje srca i bubrega – multiprofesionalni pristup – *Bergman Marković, B., Prkačin, I.*
Akutno zatajivanje srca u bolesnika s multimorbiditetom – *Kranjčević, K., Bulj, N.*
Bolesti štitnjače i poremećaj rada srca – *Radeljić, V., Bergman Marković, B.*
Kardiovaskularne bolesti i KOPB – *Kranjčević, K., Ostojić, J.*
- 11:10 – 11:20 Rasprava**
- 11:20 – 11:35 STANKA ZA OSVJEŽENJE**
Radno predsjedništvo: *Bergman Marković, B., Kranjčević, K., Rotar Pavlič, D.*
- 11:35 – 12:05 MEET THE EXPERT: Važnost ustrajnosti u svakodnevnom liječenju bolesnika – Hadžibegović, I.**
/SPONZORIRA SERVIER/
- 12:05 – 13:05 MINI SIMPOZIJ: Dijabetes, KOPB i antikoagulacija u fokusu**
Moderni pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2 – *Mirošević, G.*
NOAK s antidotom – kompletna klinička sigurnost – *Štambuk, K.*
Novosti u liječenju KOPB-a – *Ostojić, J.*
/SPONZORIRA BOERHINGER/
- 13:00 – 14:00 STANKA ZA RUČAK**

- Radno predsjedništvo: *Vučak, J., Mrduljaš Đujić, N., Pavliško Pekez, T.*
- 14:00 – 14:20** **MEET THE EXPERT:** Novosti u liječenju psorijaze – Daivobet gel, prvi odobreni lokalni antipsorijatik u RH – *Čeović, R., Soldo, D.* /SPONZORIRA REMEDIA/
- 14:20 – 14:40** **MEET THE EXPERT:** Možemo li biti uspješniji u liječenju KOPB bolesnika u ordinaciji obiteljske medicine? – *Skoblar, A.* /SPONZORIRA GSK/
- 14:40 – 15:40** **PANEL:** Anemija – multidisciplinarni pristup
Voditelj: *Bergman Marković, B.*
Sudionici: *Mandac Rogulj, I.* (hematolog), *Gabrić, I. D.* (kardiolog), *Nikolić, M.* (gastroenterolog), *Crnogorac, M.* (nefrolog), *Kranjčević, K.* (obiteljska medicina)
Prikaz slučaja: *Sabljak Malkoč, D.*
/SPONZORIRA SANDOZ/
- 15:40 – 16:10** **MEET THE EXPERT:** Entresto: značajan iskorak u liječenju kroničnog srčanog zatajivanja – *Skorić, B.*
Menadžment KOPB-a u kliničkoj praksi, prikazi bolesnika – *Miculinić, N.*
/SPONZORIRA NOVARTIS/
- 16:10 – 16:30** **MEET THE EXPERT:** Farmakonutrijenti u kliničkoj prehrani i njihova uloga (televouting) – *Pavić, T.* (gastroenterolog)
Nagradna igra – tri nagrade sudjelovanja na kongresu DNOOM 2019.
/SPONZORIRA OKTAL PHARMA/
- 16:30 – 17:00** **DEBATA:** Manje je više – fenofibrat – *Počanić, D.* (kardiolog)
Voditelj: *Vučak, J.*
PRO – monoterapija - *Počanić, D.* (5 min)
CONTRA – *Bralić Lang, V.* (5 min)
Replika na CONTRA – *Počanić, D.* (5 min)
Replika na PRO – *Bralić Lang, V.* (5 min)
Zaključak
/SPONZORIRA ALKALOID/
- 17:00 – 17:15** **STANKA ZA OSVJEŽENJE**
Radno predsjedništvo: *Popović, B., Batić Mujanović, O., Stavrić, K.*
- 17:15 – 17:35** **MEET THE EXPERT:** Bolesnik s gegavim hodom u ordinaciji obiteljske medicine – *Bilić, E.* (neurolog)
/SPONZORIRA SANOFI/
- 17:35 – 17:55** **MEET THE EXPERT:** Upotreba fosfomicina u obiteljskoj medicini – *Mrduljaš-Đujić, N.*
/SPONZORIRA JGL/

17:55 – 18:55	Skrb za oboljelog od šećerne bolesti s komorbiditetom – Bralić Lang, V. Radno predsjedništvo: <i>Bralić Lang, V., Bonassim, K., Soldo, D.</i> 1. Multipla komorbidna stanja u oboljelih od šećerne bolesti – <i>Soldo, D.</i> 2. Probir komorbiditeta u oboljelih od šećerne bolesti – <i>Bonassim, K.</i> 3. Umijeće praćenja oboljelog od šećerne bolesti s multimirbiditetom i komplikacijama šećerne bolesti – <i>Bralić Lang, V.</i> 4. Farmakoterapijski izazovi u liječenju oboljelih od šećerne bolesti s komorbiditetima – <i>Berković Cigrovski, M.</i>
18:55 – 19:05	Rasprava

Petak, 16. 3. 2018.

(DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 3 i 4)

09:00 – 10:00	Racionalno propisivanje antimikrobnih lijekova u obiteljskoj medicini – Mrduljaš Đujić, N. Radno predsjedništvo: <i>Mrduljaš Đujić, N., Račić, M., Šukriev, Lj.</i> 1. Racionalna upotreba antibiotika u bolesnika s multimorbiditetom – <i>Nazlić, J. (farmakolog)</i> 2. Rezistencija bakterija na antibiotike – gdje smo danas? – <i>Tambić Andrasević, A. (mikrobiolog)</i> 3. Propisivanje antibiotika u obiteljskoj medicini – <i>Račić, M.</i>
10:00 – 10:15	Prescribing Antibiotics for Acute respiratory Infections in Primary Health Care in Macedonia - <i>Stavrić K.</i>
10:15 – 10:30	Antiagregokoagulacija – <i>Radeljić, V.</i>
10:30 - 10:45	Personalizirana medicina – <i>Pekez Pavliško, T.</i>
10:45 – 11:05	KEY NOTE SPEAKER – Correia de Sousa, J. (Portugal). Multimorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
11:05 – 11:20	Gojaznost u Makedoniji i uloga obiteljskog liječnika – <i>Šukriev, Lj.</i>
11:20 – 11:35	STANKA ZA OSVJEŽENJE
	Radno predsjedništvo: <i>Stojanović Špehar, S., Despotova Toleva, L., Stanković, S., Lončar, J.</i>
11:35 – 12:35	OKRUGLI STOL /DNOOM/ - Zakon o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ) i Zakon o osnovnom osiguranju (ZOZO) Voditelj: <i>Diminić Lisica, I.</i> Sudionici: HDOD – HLZ – <i>Soldo, D., KOHOM – Krolo, V., HUOM – Rađa, M., HUKPZZ – Rodić, J., HUP – Bakar, Ž., Tiljak, H.</i>

- 12:35 – 13:00** **KEY NOTE SPEAKER - Rotar Pavlič, D. (Slovenija) - Healthy literacy**
- 13:00 – 14:00** **STANKA ZA RUČAK**
- 14:00 – 17:00** **ZAJEDNIČKI MEĐUNARODNI SIMPOZIJ**
(DVORANA TOMISAV SEKCIJE 3 i 4)
Association of General Practice / Family Medicine South East Europe (AGP/FM SEE) i Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
„KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA“
Moderatori: *Sukriev, Lj., Bergman Marković, B., Katić, M.*
- 14:00 – 14:15** **MEET THE EXPERT: Jo Buchanan (United Kingdom) - Continuing Medical Education: Enabling Family Doctors to remain Effective and Engaged United Kingdom**
- 14:15 – 15:15** Izlaganja pozvanih zemalja (Bosna i Hercegovina, Bugarska, Crna Gora, Hrvatska, Makedonija, Portugal, Rumunjska, Slovenija, Srbija, Turska – 5-minutna izlaganja)
KME u Bosni i Hercegovini – *Račić, M.*
KME u Bosni i Hercegovini (Tuzlanski kanton) – *Batić Mujanović, O.*
KME u Bugarskoj – *Despotova Toleva, L.*
KME u Crnoj Gori – *Radunović, D.*
KME u Makedoniji – *Stavrić, K.*
KME u Portugalu – *Correia de Sousa, J.*
KME u Rumunjskoj – *Matei, D., Bejan, G., C., Lancu, M. A.*
KME u Sloveniji – *Rotar Pavlič, D.*
KME u Srbiji – *Stanković, S.*
KME u Turskoj – *Caylan, A.*
KME u Hrvatskoj – *Soldo, D.*
- 15:15 – 15:40** **KEY NOTE SPEAKER: Švab, I. (Slovenija) - Utjecaj farmaceutske industrije na propisivanje lijekova**
- 15:40 – 16:00** **KEY NOTE SPEAKER: Jatić, Z. (Bosna i Hercegovina) – Stavovi, praksa i znanje o kontinuiranoj medicinskoj edukaciji institucija zdravstva i ljekara primarne zdravstvene zaštite**
- 16:00 – 17:00** **OKRUGI STOL - Kontinuirana medicinska edukacija zajednička organizacija Asocijacije liječnika opće/obiteljske medinice jugoistočne Europe i Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)**
Voditelji: *Šukriev, Lj., Bergman Marković, B., Katić, M.*
Sudionici: *Buchanan, J., Correia de Sousa, J., Goluža, T., Tomašić, V., Švab, I., Katić, M., Stavrić, K., Caylan, A., Matei, D., Rotar Pavlič, D., Despotova Toleva, L., Stanković, S., Soldo, D.*

17:00 – 17:15	STANKA ZA OSVJEŽENJE
17:15 – 17:35	KEYNOTE SPEAKER: Tiljak, H. - Područje ekspertize liječnika obiteljske medicine - što liječnici obiteljske medicine znaju bolje nego bilo koja druga medicinska specijalnost
17:35 – 18:35	Sindrom nemoći – <i>Trtica Majnarić, Lj.</i> Radno predsjedništvo: <i>Trtica Majnarić, Lj., Bekić, S., Ljubotina, A.</i> 1. Što je sindrom slabosti/nemoći (<i>frailty</i>)? – <i>Trtica Majnarić, Lj.</i> 2. Sindrom nemoći (<i>frailty</i>) (ili <i>obesity paradox</i>) kod pacijenata s kroničnim srčanim i renalnim popuštanjem – <i>Bekić, S., Trtica Majnarić, Lj.</i> 3. Poremećaji spavanja u osoba starije dobi i izazovi farmakološkog liječenja – <i>Vojvodić, Ž.</i> 4. Gerijatrijski sindromi – <i>Šabanović, Š., Trtica Majnarić, Lj.</i>
18:35 – 18:45	Rasprava

Subota, 17. 3. 2018.

(DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 5 – 8)

09:00 – 10:00 Pretilost i komorbiditet – *Pribić, S., Gmajnić, R.*

Radno predsjedništvo: *Pribić, S., Gmajnić, R., Vinter Repalust, N.*

1. Pretilost kao čimbenik komorbiditeta u školske djece – *Gmajnić, R.*
2. Suvremene metode liječenja pretilosti – *Pribić, S., Bačun, T.*
3. Bubrezi i debljina – fokalna segmentalna glomeruloskleroza – *Zibar, L.*
4. Uloga leptina u kontroli pretilosti – *Radić, R.*

10:00 – 10:10 Rasprava

10:10 – 11:10 Multimorbiditet bolesnika s reumatološkim i muskuloskeletalnim bolestima – *Vučak, J., Vrdoljak, D.*

Radno predsjedništvo: *Vučak, J., Vrdoljak, D., Jurković, Lj.*

1. Obrasci multimorbiditeta reumatoloških i muskuloskeletalnih bolesti (KV, dijabetes, respiratorne i mentalne bolesti) – *Tomićić, M.*
2. Suradnja fizijatra i obiteljskog liječnika u liječenju pacijenata s reumatološkim bolestima i multimorbiditetom – *Vučak, J., Šabić, M.*
3. Racionalna farmakoterapija bolesnika s muskuloskeletalnim bolestima i multimorbiditetom – *Vrdoljak, D.*
4. Učinci multimorbiditeta muskuloskeletalnih bolesti: ekonomsko breme (korištenje ZZ-a, radna sposobnost, onesposobljenost, invalidnost) i utjecaj na kvalitetu života – *Rađa, M.*

11:10 – 11:20 Rasprava

11:20 – 11:35 STANKA ZA OSVJEŽENJE

Radno predsjedništvo: *Vučak, J., Vrdoljak, D., Jurković, L.J.*

11:35 – 12:05 MEET THE EXPERT: Hipertenzija i dijabetes. Slučajni partneri? – *Vrsalović, M.*

/SPONZORIRA BELUPO/

12:05 – 13:05 TELEVENTING: Fiksna trojna kombinacija u liječenju hipertenzije“

Voditelj: *Bergman Marković, B.*

Sudionici: *Bralić Lang, V. (obiteljska medicina), Bulj, N. (kardiolog), Fodor, Lj. (nefrolog), Kranjčević, K. (obiteljska medicina)*

Prikaz slučaja: *Resanović, M. (specijalizantica obiteljske medicine) i Jakupec, I. (specijalizantica obiteljske medicine)*

/SPONZORIRA KRKA/

13.00 – 14:00 STANKA ZA RUČAK

14:00 – 14:15	MINISTARSTVO ZDRAVSTVA: Prikaz Nacionalnih smjernica za obradu i odabir primatelja i darivatelja bubrega – <i>Sabljar Matutinović, M., Gusić, I.</i>
14:15 – 15:15	MEET THE EXPERT: Kronična venska bolest kao izazov u ordinaciji obiteljske medicine Voditelj: <i>Bergman Marković, B.</i> Izvanredne vijesti u farmakoterapiji kronične venske bolesti – <i>Soldo, D.</i> Farmakoterapija i endovenски zahvati – primjeri iz prakse – <i>Sinožić, T.</i> /SPONZORIRA SERVIER/
15:15 – 15:35	MEET THE EXPERT: Antikoagulacija od A do X – <i>Galić, E. (kardiolog)</i> /SPONZORIRA BAYER/
15:35 - 15:50	MINISTARSTVO ZDRAVSTVA: Nacionalni program prevencije kolorektalnog karcinoma – <i>Ljubičić, N.</i>
15:50 – 16:50	PANEL: Racionalno liječenje bolesti srca u bolesnika s pridruženim bolestima Voditelj: <i>Bergman Marković, B.</i> Sudionici: prikaz slučaja: <i>Jakupec, I., Resanović, M.</i> Sudionici u raspravi: <i>Delić Brklačić, D. (kardiolog), Manola, Š. (kardiolog), Prkačin, I. (nefrolog), Tomašković, I. (urolog), Lerotic, I. (gastroenterolog), Diminić Lisica, I. (obiteljska medicina)</i> /SPONZORIRA I ORGANIZIRA DNOOM/
16:50 – 17:10	MEET THE EXPERT: Maligni neuroleptički sindrom (MNS) – <i>Šupe, S.</i> /SPONZORIRA DNOOM/
17:10 – 17:35	STANKA ZA OSVJEŽENJE
17:35 – 17:55	KEY NOTE SPEAKER: <i>Kalimanovska, D. (Srbija) – Frailty and/or comorbidities in elderly with aortic stenosis</i>
17:55– 18:40	Kvartarna prevencija bolesnika s multimorbiditetom – <i>Vrca Botica, M.</i> Radno predsjedništvo: <i>Vrca Botica, M., Zelić, I., Bašić Marković, N.</i> 1. Kvartarna prevencija kod multimorbidnog pacijenta – <i>Vrca Botica, M.</i> 2. Kvartarna prevencija u medicinski neobjasnjivim simptomima – <i>Zelić, I.</i> 3. Obiteljski liječnik i smjernice kod multimorbidnog pacijenta – <i>Horvat Hodžić, A., Vrca Botica, M.</i>
18:40 – 18:50	Rasprava
20:30	SVEČANA VEĆERA

Subota, 17. 3. 2018.

(DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 3 i 4)

**II. KONGRES MEDICINSKIH SESTARA U PRIMARNOJ
ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Specifičnosti sestrinske skrb u smjerene bolesnicima s kroničnim bolestima

Teme:

- **Edukacija bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti**
- **Kućno liječenje kroničnih bolesnika**
- **Palijativna skrb**
- **Timski rad**

8:30 – 9:30 I. Edukacija bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti

Radno predsjedništvo: *Gmajnić, R., Lupieri, T.*

1. Utjecaj edukacije na provedbu Nacionalnog programa prevencije raka debelog crijeva – *Kanisek, S.*
2. Medikacijska pogreška – *Bišćan, J.*
3. Uloga patronažne sestre u prevenciji i liječenju šećerne bolesti – *Valenščak, S.*
4. Narativ alkoholizma u žena – *Horčićka, T.*

9:30 – 10:30 II. Kućno liječenje kroničnih bolesnika

Radno predsjedništvo: *Kašuba Lazić, D., Tenšek, D.*

1. Prehrana hemodializiranih bolesnika – *Ilić, B.*
2. Postoji li poveznica između opstruktivne apneje za vrijeme spavanja i određenih kardiovaskularnih ishoda – *Šajnić, A.*
3. Dekubitalne lezije kao posljedica hipoperfuzije tkiva – prevencija i liječenje – *Ahmetbegović, M. /Tuzla, BIH/*
4. Što je sestrinska dijagnoza – *Režić, S.*
5. Stupanj zdravstvene njege u skrbi bolesnika u kući – *Ban, D.*

10:30 – 11:30 III. Palijativna skrb

Radno predsjedništvo: *Hanževački, M., Lovrić, S.*

1. Izvanbolnička palijativna skrb u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije – *Tusić, R.*
2. Kako patronažna sestra može pomoći obitelji i osobi koja boluje od Alzheimerove bolesti – *Nemec, J.*
3. Znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi – *Lovrić, S.*
4. Kako i kada uključiti pacijenta u palijativnu skrb – *Stjepanović, A.*

11:30 – 12:00 STANKA ZA OSVJEŽENJE

12:00 – 13:00 IV. Timski rad u skrbi bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti

Radno predsjedništvo: *Ivezić Lalić, D., Ivančić, A.*

1. Medicinska sestra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Sloveniji – *Brudar, D. /Slovenija/*

		2. Prisutnost stresa kod medicinskih sestara-tehničara – <i>Mišković, Lj.</i> 3. Partnerski odnos i suradnja između primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite u sestrinskoj profesiji – <i>Hanžek, K.</i> 4. Patronažne sestre kao temelj prevencije i rehabilitacije kardiovaskularnih bolesti u zajednici – iskustvo Istarskih domova zdravlja – <i>Rakić, D.</i>
13:00 – 14:00	STANKA ZA RUČAK	
14:00 – 15:30	OKRUGLI STOL Unaprjeđenje timskog rada u PZZ-u u skrbi bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti Voditelj: <i>Katić, M.</i> Sudionici: <i>Gmajnić, R., Lupieri, T., Šepet, S., Kašuba Lazić, D., Tenšek, D., Jureša, V., Ivančić, A., Hanževački, M., Brkić, M.</i>	
15:30 – 16:30	Radionica: Briga o kroničnoj rani – Sinožić, T., Soldo, D. (Dvorana Bach)	Starije osobe s multimorbiditetom – <i>Bukmir, L.</i> Radno predsjedništvo: <i>Bukmir, L., Popović, B., Pekez Pavliško, T.</i> Skrb starijih osoba s multimorbiditetom i oštećenom bubrežnom funkcijom – <i>Bukmir, L.</i> Neodgovarajuće propisivanje lijekova osobama starije životne dobi – <i>Popović, B.</i>
15:30 – 16:00		
16:00 - 16:05	Rasprava	
16:05 - 16:25	MEET THE EXPERT: Pristup bolesniku s upalnim bolestima crijeva – Ćuković Čavka, S. /SPONZIRIRA WURTH/	
16:25 – 17:10	PANEL: Uloga obiteljske medicine u farmakoekonomici zemalja s ograničenim financijskim resursima Voditelj: <i>Pekez Pavliško, T.</i> Sudionici: <i>Račić, M. (Bosna i Hercegovina), Rančić, N. (Srbija), Erdeljić-Turk, V. (Hrvatsko društvo za kliničku farmakologiju)</i> /Sponzorira i organizira DNOOM/	
17:10 – 17:35	STANKA ZA OSVJEŽENJE	
17:35 – 17:50	Uloga matične mlječni u zaštiti i unaprjeđenju zdravlja kroničnih bolesnika – <i>Lončar, J.</i>	
17:50 – 18:05	Breme liječenja multimorbidnih bolesnika – pilot-istraživanje u obiteljskoj medicini – <i>Karabeg, V.</i>	
18:05 – 18:20	Preporuke za tjelesnu aktivnost kod pacijenta s multimorbiditetima – <i>Vučak, J.</i>	

Nedjelja, 18. 3. 2018.

(DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 4 – 8)

09:00 – 10:00	Liječenje bolesnika s mentalnim bolestima i komorbidnim stanjima – <i>Diminić Lisica, I., Tiljak, H.</i> Radno predsjedništvo: <i>Diminić Lisica, I., Tiljak, H., Bekić, S.</i> 1. Liječenje bolesnika s mentalnim poremećajima i najčešćim srčanožilnim bolestima u obiteljskoj medicini – <i>Diminić Lisica, I.</i> 2. Liječenje bolesnika s mentalnim poremećajima i najčešćim neurološkim bolestima u obiteljskoj medicini – <i>Bašić Marković, N.</i> 3. Dvostruka dijagnoza u psihijatriji – izazov u dijagnostici i liječenju – <i>Tiljak, H.</i> 4. Probir mentalnih poremećaja u obiteljskoj medicini – u čemu je problem? – <i>Tiljak, H., Vukušić Rukavina, T.</i>
10:00 – 10:10	Rasprava
10:10 – 10:30	DEBATA: DPP4 inhibitori vs. sulfonilureje Voditelj: <i>Bergman Marković, B.</i> PRO – DPP4 – <i>Božek, T.</i> (dijabetolog) (5 min) CONTRA – <i>Herman Mahećić, D.</i> (dijabetolog) (5 min) Replika na PRO – <i>Herman Mahećić, D.</i> (dijabetolog) (5 min) Replika na CONTRA – <i>Božek, T.</i> (dijabetolog) (5 min) Zaključak /SPONZORIRA SANDOZ/
10:30 – 11:30	Kvaliteta života u bolesnika s multimorbiditetom – <i>Stojanović Špehar, S., Mrduljaš Đujić, N.</i> Radno predsjedništvo: <i>Stojanović Špehar, S., Mrduljaš Đujić, N., Šimunović, R.</i> 1. Seksualna terapija u osoba s multimorbiditetom – važnost biopsihosocijalnog pristupa – <i>Arbanas, G.</i> 2. „Jutro počinje sa šarenim bombonima“: polimedikacija/ polipragmazija i seksualna funkcija u osoba s multimorbiditetom – <i>Mrduljaš-Đujić, N.</i> 3. Salutogeneza – <i>Stojanović Špehar, S.</i> 4. Procjena kvalitete života bolesnika s multimorbiditetom WHOQOL-BREF upitnikom – <i>Kelava, I., Karabeg, V., Kovačić, T., Stojanović Špehar, S.</i>
11:30 – 11:40	Rasprava
11:40 – 12:00	STANKA ZA OSVJEŽENJE
12:00 – 12:30	MEET THE EXPERT: Je li naša razina znanja dovoljna da se uspješno možemo suočiti s prediabetesom? – <i>Kokić, S.</i> (dijabetolog)
12:30 – 13:00	ZATVARANJE KONGRESA

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
The Association of Teachers in General Practice/Family Medicine

**IX. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
SUVREMENI IZAZOVI U SKRBI BOLESNIKA S
MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI**

**II. Kongres sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
SPECIFIČNOSTI SESTRINSKE SKRBI USMJERENE
BOLESNICIMA S KRONIČNIM BOLESTIMA**

**9th Congress of The Association of Teachers in
General Practice/Family Medicine (ATGP/FM)
CHALLENGES IN MANAGING PATIENTS WITH
MULTIMORBIDITY IN FAMILY MEDICINE**

**2nd Congress of nurses in primary health care
SPECIFICITY OF NURSING CARE FOR PATIENTS
WITH CHRONIC DISEASES**

Knjiga sažetaka/Abstract book



Zagreb, 15. do 18. ožujka 2018. godine
Zagreb, 15 – 18 March 2018

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
The Association of Teachers in General Practice/Family Medicine

IX. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
SUVREMENI IZAZOVI U SKRBI BOLESNIKA S
MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI

9th Congress of The Association of Teachers in
General Practice/Family Medicine (ATGP/FM)
CHALLENGES IN MANAGING PATIENTS WITH
MULTIMORBIDITY IN FAMILY MEDICINE

Knjiga sažetaka/Abstract book

Izvršne urednice

dr. sc. Valerija Bralić Lang
dr. sc. Ksenija Kranjčević
doc. dr. sc. Stanka Stojanović Špehar

Glavna urednica

prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković

Zagreb, 15. do 18. ožujka 2018. godine
Zagreb, 15 – 18 March 2018



TRAJNA MEDICINSKA EDUKACIJA: OMOGUĆAVANJE OBITELJSKIM LIJEĆNICIMA DA TRAJNO BUDU UČINKOVITI I ANGAŽIRANI

Jo Buchanan¹

Edukacija liječnika nakon završetka studija, u konačnici je najvažnija od njegovih diploma.

John Shaw Billings, 1894.

SAŽETAK

Jasno je da, nakon što liječnik završi medicinski fakultet i počne raditi, još uvijek ima puno učiti. Bitno je da se taj proces učenja nastavi tijekom cijele karijere liječnika. Kontinuirana medicinska edukacija (KME) treba liječniku omogućiti održavanje i poboljšanje standarda prakse tijekom karijere. To se učenje ne odnosi samo na znanje – postoje dokazi da učenje u području komunikacije, donošenja odluka i vještina upravljanja poboljšava ishode u pacijenata.

Jasno je da se pritom može korisiti puno različitih strategija učenja. Učenje zahtijeva vrijeme da se zastane, promisli i razmotri vlastiti rad. Nedostatak vremena uz veliko radno opterećenje može to ometati. Postoje brojni dokazi o sve većem stresu i izgaranju u medicinskom zvanju te oni koji upravljaju zdravstvenom skrbi i stručne organizacije trebaju biti svjesni važnosti trajne medicinske edukacije i osigurati vrijeme tijekom kojega će liječnici pohađati edukativne aktivnosti. Te im aktivnosti trebaju omogućiti ne samo da istraže pitanja povezana sa skrbi o pacijentu već također da promišljaju o skrbi o sebi.

Koje god strategije upotrijebili, važno je imati na umu da je krajnji cilj zadržati znatiželju liječnika za medicinu i interes za pacijente tijekom cijele karijere.

¹ The European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine — EURACT, predsjednica E-adresa: euract@woncaeurope.org.



FARMACEUTSKA INDUSTRIJA I OBITELJSKA MEDICINA: TEŠKO PARTNERSTVO

Igor Švab¹

SAŽETAK

U Europi je marketing lijekova koji se mogu prepisati na recept strogo reguliran, a ti se lijekovi ne smiju izravno reklamirati korisnicima. Farmaceutske proizvode na recept najčešće prepisuju liječnici i očito je da je ova djelatnost zainteresirana za utjecaj na njihovu praksu prepisivanja lijekova. To je partnerstvo uvijek potencijalno problematično, zato što može uključivati probleme etičnosti i profesionalizma. Pri suradnji, bitno je da je obiteljski liječnik svjestan zamki i pravila koja su postavljena i koja postoje. Prijavljanje nekih ponuda može čak biti protuzakonito. Farmaceutska djelatnost i obiteljski liječnici najčešće se susreću prilikom posjeta predstavnika te djelatnosti u ordinaciji liječnika. Posjeti uključuju informacije o novim proizvodima, a obično ih prate manji pokloni. Ponekad se pri posjetima nudi sudjelovanje u poslijemarketiškim aktivnostima, obično u poslijemarketiškim studijama. Sve je to dopušteno, ali može biti uzrok etičkih i profesionalnih problema. Farmaceutska djelatnost, koja troši velike svote novca na marketinške strategije, sve to također pomno planira. Drugo vrlo važno područje jest područje trajne izobrazbe liječnika. Danas je praktički nemoguće organizirati liječnički skup bez sponzorstva farmaceutske industrije. Takav skup može biti u rangu susreta radi promocije nekog proizvoda ili veliki znanstveni kongres. Većina stručnih organizacija, a i sama farmaceutska industrija, imaju pravila po kojima se takvi skupovi smiju održavati. Nažalost, moguće je ne držati se tih pravila, što rezultira neprofesionalnim postupcima. U prezentaciji opisujem neke od najčešćih dilema s kojima se obiteljski liječnici suočavaju u praksi u vezi s ponudama farmaceutske industrije. Iznijet ću neke činjenice o iznosima koji se troše na marketing. Prezentaciju ću završiti primjerima o tome kako liječnik ili stručna organizacija mogu uspješno rješavati takve dileme.

¹ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Ljubljani



STAVOVI, PRAKSA I ZNANJE O KONTINUIRANOJ MEDICINSKOJ EDUKACIJI INSTITUCIJA ZDRAVSTVA I LJEKARA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zaim Jatić,¹ Olivera Batić Mujanović,¹
Bakir Mehić¹

* Tekst je donesen u izvorniku.

SAŽETAK

Cilj: Analiza zastupljenosti KME aktivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) domova zdravlja, ljekarskim komorama i medicinskim fakultetima u Federaciji BiH. Također se žele ispitati i usporediti stavovi, prakse i znanja o kontinuiranoj medicinskoj edukaciji između ljekara porodične medicine i drugih ljekara iz primarne zdravstvene zaštite.

Učesnici i metode istraživanja: Miješani istraživački metod (kvalitativno i kvantitativno istraživanje) sa upotrebljom konkurentne triangulacione strategije. Kvantitativno istraživanje je u vidu ankete i to: a) anketa ljekara iz primarne zdravstvene zaštite, b) anketa za domove zdravlja, c) anketa za ljekarske komore i d) anketa za medicinske fakultete. Kvalitativni dio istraživanja je sproveden u vidu semistrukturiranog intervjua ljekara iz PZZ.

Rezultati: Ukupno je anketirano n = 371 ljekar, intervjuirano je n = 37 ljekara primarne zdravstvene zaštite, anketirano je n = 45 domova zdravlja, n = 5 ljekarskih komora i n = 3 medicinska fakulteta. Sadržaj KME se najviše odnosio na teorijska znanja (88%) koja su najčešće bila prezentirana u vidu predavanja za veliku grupu. Visok procenat (90%) ljekara je izjavio da je prisustvo na KME dovelo do njihovog sveukupnog poboljšanja. Porodični ljekari su, statistički, značajno više imali edukacije iz timskog rada (69%), komunikacionih vještina (79%) i vještina upravljanjem ambulantom (68%), u odnosu na doktore medicine i, naročito, specijaliste. Ljekari iz gradova s medicinskim fakultetima statistički signifikantno više izjavljaju da su teme na KME bile njihov lični izbor (60%), za razliku ostalih kolega (47%) ($p = 0,013$). Porodični ljekari su statistički signifikantno više zadovoljni temama na KME u odnosu na specijaliste ($p = 0,006$). Ljekari smatraju da su najefikasnije metode za KME učenje na slučaju (95%) i stručne radionice (92%). Statistički signifikantno manji procenat malih (19%) i srednje velikih domova zdravlja (29%) u svom sastavu imaju prostore za edukativni centar u odnosu na velike domove zdravlja (73%) ($p = 0,005$). Domovi zdravlja u veoma malim procentima posjeduju neophodnu opremu za održavanje KME. Najčešće priznate i bodovane KME aktivnosti su predavanja i seminarji u organizaciji ljekarskih komora, stručni sastanci i seminari u organizaciji farmaceutskih kuća.

Zaključci: KME je najviše bazirana na teorijske sadržaje, a najmanje na timski rad i praktične vještine. Shodno tome, najmanji utjecaj KME je na unaprijeđenje praktičnih vještina. Porodični ljekari su imali više edukacija s praktičnim vještinama, vjerovatno zbog utjecaja Programa dodatne obuke iz porodične medicine. Predavanja za veliku grupu su najčešći oblik KME. Ljekari preferiraju interaktivne metode učenja kao što je učenje na problemu i stručne radionice. Dom zdravlja je označen kao najbolje mjesto za organiziranje KME. Međutim većina domova zdravlja nemaju prostorne, materijalne i ljudske potencijale da organiziraju dobru KME.

¹ Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu

Ključne riječi: kontinuirana medicinska edukacija, primarna zdravstvena zaštita, porodična medicina, medicinski fakultet, ljekarska komora

LITERATURA

1. Davis D, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrie L. Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence: A Systematic Review. *JAMA*, 2006; 296: 1094 – 1102.
2. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N et al. Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment No. 149 (Prepared by the Johns Hopkins Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0018. AHRQ Publication No.07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2007.
3. Cervero RM, Gaines JK. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *J Contin Educ Health Prof*. 2015 Spring;35(2):131-8. doi: 10.1002/chp.21290. Review. PubMed PMID:26115113.



KRHKOST I/ILI KOMORBIDITETI KOD STARIJIH OSOBA S AORTNOM STENOZOM

Dimitra Kalimanovska-Oštrić¹

SAŽETAK

Aortna stenoza (AS) kod starijih osoba često postoji s komorbidnim stanjima, invaliditetom, polifarmom, rizikom pada i drugim promjenama u tijelu zbog starenja koje imaju složen i pretežno negativan utjecaj na pobil i smrtnost. Odluke o liječenju, posebice prikladnosti zamjene aortnog zalistka, bilo kirur-

ške ili transkaterne, temelje se na kompletnoj kliničkoj procjeni, ozbiljnosti bolesti i bodovnim sustavima koji se rabe za predviđanje rizika za intervenciju prema očekivanoj prirodnjoj povijesti AS-a. Kako bi se povećala točnost stratifikacije i prognoze rizika, smjernice Europskoga kardiološkog društva (ESC) iz 2017. godine za bolesti srčanih zalistaka uključile su procjenu krhkosti kao dodatni i važni čimbenik rizika (1). Krhkost je definirana kao sindrom smanjene fiziološke priče da osoba može tolerirati stres povezan sa starenjem, bolesti i čak terapijom (2). Prevalencija krhkosti kreće se od 10 do 60 % kod starijih bolesnika. Kao cjelokupan marker za oštećeni funkcionalni, kognitivni i nutritivni status, krhkost je povezana s trostrukim porastom postoperativne smrtnosti ili većeg morbiditeta nakon valvularne operacije (3). Procjena krhkosti ne bi trebala biti subjektivna, već se treba oslanjati na kombinaciju objektivnih markera. Najčešće je citirana Friedova ljestvica krhkosti koja obuhvaća sporost, slabost, nisku tjelesnu aktivnost, iscrpljenost i smanjenje (nenamjerni gubitak težine). Dijagnoza krhkosti temelji se na prisutnosti ≥ 3 od 5 kriterija. Za razliku od bilo kojeg dugotrajnog upitnika s mnoštvom stavki, zagovarano je određivanje brzine kretanja na 5 metara kao jedinstvene, jednostavne, ali moćne mjere krhkosti. Nepostojanje optimalnog mjerila krhkosti u kliničkom okruženju može se prevladati sveobuhvatnom procjenom krhkosti koju provodi obiteljski liječnik. Informacije o brzini nastanka i stupnju iscrpljenosti i neuhranjenosti, slabosti, sporosti i neaktivnosti pacijenata, kao i podrške njihovih obitelji, životnih uvjeta i lokalnog okruženja važni su prediktori rizika i prognoze u ovoj rastućoj populaciji pacijenata. Krhkost se ne smije smatrati razlogom za uskraćivanje suvremenog liječenja i njege, već kao argument za njihovu veću prilagođenost pacijentu (4). Multidisciplinarni pristup s obveznim uključenjem gerijatara od velike je važnosti pri vaganju rizika i prednosti kardijalnih intervencija u odnosu na konzervativno liječenje. Ishodi kod starijih osoba s AS-om mogu se poboljšati optimalnim liječenjem komorbiditeta i krhkosti. Intervencije za umanjenje krhkosti uključuju vježbanje (rezistentno i aerobno tjelovježbanje), dijetu (podršku kalorija i proteina), dopunu vitamina D i modifikaciju polifarme (4).

LITERATURA

1. Helmut Baumgartner, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal 2017; 38: 2739–91.
2. Forman DE, Alexander KP. Frailty: A vital sign for older adults with cardiovascular disease. Can J Cardiol 2016; 32(9): 1082–7.
3. Afilalo J, et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 747–62.
4. Shimura K. Cardiac senescence, heart failure and frailty: A triangle in elderly people. Keio J Med 2016; 65: 25–32.

¹ Sveučilište u Beogradu – Medicinski fakultet, Beograd, Srbija
E-adresa: kalimdim@gmail.com



MULTIMORBIDITY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Jaime Correia de Sousa^{1, 2, 3}

ABSTRACT

COPD is very frequent in the community. It affects millions of people of all parts of the world causing substantial burden, a reduced quality of life, increased mortality, high absenteeism and presenteeism and huge costs for patients and health services.

For most patients at the less severe stages of COPD, it should be diagnosed and managed in PHC. Some patients may require to be referred to secondary care for specific diagnosis or treatment procedures. Most of the care will remain the task of PHC teams during and after the care provided in secondary care settings.

Some clinical and management problems exist regarding diagnosis, treatment, follow-up, team work and referral

Most patients with chronic illnesses (including COPD) do not have a single, predominant condition. Most have multimorbidity, a simultaneous presence of multiple chronic conditions. Patients seek care for all of their co-morbidities, not just for a solitary condition. COPD comorbid conditions may influence mortality and hospitalisations. They should be looked for routinely and treated appropriately.

The case of a patient with breathlessness will be presented and discussed. We will consider what we can offer to the patient, the most important tasks required to promote a better care, our aims, who should be involved in care and how to design a care package for this patient, considering the aims of care and the resources needed.

A short review of stepped care for chronic diseases will be presented. The main obstacles to COPD management in PHC will be discussed followed by a short introduction to the National Institute for Health and Care Excellence guidance for dealing with multimorbidity..

¹ President of the International Primary Care Respiratory Group

² Associate Professor, School of Health Sciences University of Minho, Portugal

³ Family Physician, Horizonte Family Health Unit, Matosinhos Health Centre - Porto, Portugal



ZDRAVSTVENA PISMENOST

Danica Rotar Pavlič¹

SAŽETAK

Zdravstvena pismenost jest razina sposobnosti pacijenta u čitanju i razumijevanju zdravstvenih uputa te ponašanju prema tim uputama. Ona uključuje komunikaciju, kognitivne i socijalne vještine i motivaciju. Ona također uključuje sposobnost pristupanja podatcima o zdravlju. Pacijenti se njom koriste da bi sačuvali i poboljšali svoje zdravlje. Povezana je s formalnom pismenosti i uključuje ne samo razumijevanje nego i procjenu i korištenje informacija pri donošenju odluka. Ona dugoročno poboljšava kvalitetu života. Zdravstvena pismenost podrazumijeva sposobnost funkciranja u okruženju brige o zdravlju te pritom ovisi o karakteristikama pojedinca i zdravstvenog sustava. Niska se zdravstvena pismenost povezuje s lošijim ishodima liječenja, nižom razinom znanja o zdravstvenom stanju, manjim brojem preventivnih pregleda, nereditivijim uzimanjem propisanih lijekova, višim stopama hospitalizacije i lošijom percepcijom vlastitog zdravlja. Sustavni pregled 96 relevantnih studija i 111 pregleda pokazao je da se niska zdravstvena pismenost povezuje s više hospitalizacija, većim korištenjem hitnih služba, nižim stopama sudjelovanja u preventivnoj mamografiji, manjim brojem cijepljenih protiv gripe, nereditivijim uzimanjem propisanih lijekova, slabijom sposobnosti tumačenja poruka o zdravlju, lošijim zdravstvenim stanjem starijih osoba i višom stopom smrtnosti. Usko je povezana s ishodima liječenja mnogih kroničnih bolesti, poput mentalnih oboljenja ili dijabetesa. Može predstavljati važnu varijablu u većoj prevalenciji loših ishoda u pacijenata s dijabetesom tipa 2, kao i u tim povezanim socioekonomskim, rasnim i etničkim razlikama. Cilj: Procijeniti i ispitati razlike u zdravstvenoj pismenosti u općoj populaciji Slovenije pomoću percipiranih poteškoća u vezi sa zdravstvenim informacijama. Glavni bi zaključci mogli poslužiti kao osnova za poboljšanja u promoviranju zdravlja. Metode: Analizirani su podaci slovenske studije o zdravstvenoj pismenosti. Korištena je modificirana verzija upitnika *European Health Literacy Survey*, koji se sastoji od 25 zadataka povezanih sa zdravljem te ocijenjenih prema četirima stupnjevima Likertove ljestvice i pet posebnih stavki o izrazima povezanim sa zdravstvenom skrbu. Četiri indeksa zdravstvene pismenosti određena su u skladu s HLS-EU konceptom. Ispitani su spol, dob, obrazovanje i regionalne razlike. Rezultati: Studija je obuhvatila 445 odraslih u Sloveniji. Promjenu odabranog liječnika ili specijalista i ocjenu pouzdanosti informacija o bolesti u medijima ocijenili su kao najteže zadatke, a najviše su poteškoća imali s razumijevanjem izraza trauma. Nadene su značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti prema spolu, dobi i obrazovanju. Regionalne su se razlike jedino pokazale značajnima u smislu prevencije bolesti.

Zaključci: Naši rezultati upućuju na to da je Slovenija država s nižom razinom zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost u vezi s prevencijom bolesti viša je nego u vezi sa zdravstvenom skrbu ili poboljšanjem zdravlja. Buduće studije trebale bi se koristiti originalnim HLS-EU instrumentom da bi se dobili rezultati koji su usporedivi na međunarodnoj razini.

¹ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Ljubljani
E-adresa: danica.rotar@gmail.com

ŠTO MULTIMORBIDNOST DOISTA ZNAČI LIJEĆNIKU OBITELJSKE MEDICINE? EGPRN DEFINICIJA KONCEPTA MULTIMORBIDNOSTI

Durđica Kašuba Lazić^{1,2}

SAŽETAK

Uvod: Obiteljska medicina (OM) danas je u medicinskom svijetu prepoznata i potvrđena kao disciplina s golemlim znanstvenim potencijalom. Svjetska organizacija nacionalnih koledža, akademija i akademskih udruženja liječnika opće/obiteljske medicine (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners (GP)/Family Physicians (FP) - WONCA) oblikovanjem definicije OM-a uputila je na sve glavne postavke i specifičnosti struke, a posebice na važnost sveobuhvatnog i holističkog pristupa. Istraživači iz Europske mreže istraživača iz obiteljske medicine (European General Practice Research Network - EGPRN) posebno su se založili da novim konceptom multimorbidnosti (MM), vrlo bliskom WONCA definiciji holističkog pristupa bolesniku, pridonesu istraživanjima MM-a u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Cilj je rada prikazati faze u razvoju definicije MM-a od istraživanja atributa sadržanih u različitim već postojećim definicijama MM-a do oblikovanja nove, sveobuhvatne definicije (koncepta) MM-a, te potvrde značenja toga koncepta u svakodnevnoj praksi LOM-a. Metode: sistematsko pretraživanje literature za publikacije koje sadrže opis kriterija MM-a, oblikovanje definicije (koncepta) MM-a koja uvažava sveobuhvatni pristup bolesniku, prijevod definicije "naprijed-nazad" na osam europskih jezika, kulturna provjera i validacija prijevoda, kvalitativno istraživanje - LOM-ovo prepoznavanje koncepta MM-a te istraživanje dodanih vrijednosti konceptu. Rezultati: Definicija glasi: "Multimorbidnost označava bilo koju kombinaciju kronične bolesti s barem još jednom bolesti (akutnom ili kroničnom), ili s biopsihosocijalnim čimbenikom (pridruženim ili nepridruženim) ili sa somatskim čimbenikom rizika. Bilo koji biopsihosocijalni čimbenik, bilo koji čimbenik rizika, društveno okruženje, teret bolesti, korištenje zdravstvene zaštite te načini bolesnikova nošenja s bolešću, mogu djelovati kao modifikatori (na učinke multimorbiditeta). Multimorbidnost može utjecati na zdravstvene ishode te dovesti do povećanja nesposobnosti, ili do smanjenja kvalitete života ili do nemoci." Otkrivene dodane vrijednosti definiciji jesu: "dynamika odnosa liječnika i bolesnika" i "ekspertiza LOM-a u otkrivanju i praćenju bolesnika s MM-om". Zaključak: Liječnici OM-a iz devet europskih nacionalnih timova prepoznali su sve elemente sadržane u definiciji koncepta MM-a, te je tako postavljen temelj budućim kolaborativnim istraživanjima problema multimorbidnosti u OM-u.

Ključne riječi: kronične bolesti, multimorbidnost, kvalitativno istraživanje, WONCA, EGPRN

LITERATURA

1. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, Lingner H, et. al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One* 2015; 10(1): e0115796.
2. Lazić ĐK, Le Reste JY, Murgić L, Petrićek G, Katić M, Ožvačić-Adžić Z, et al. Say it in Croatian - Croatian translation of the EGPRN definition of multimorbidity using a Delphi consensus technique. *Coll Antropol* 2014; 38(3): 1027-32.
3. Le Reste JY, Nabbe P, Lingner H, Kašuba Lazić Đ, Assenova R, Munoz M, et al. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? *BMC Fam Pract* 2015; 16: 125.

¹ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

² Dom zdravlja Zagreb-Centar, e-adresa: djlazic@gmail.com

ORCID: Đurđica Kašuba Lazić, <http://orcid.org/0000-0002-4091-8313>

ORGANIZACIJA SKRBI ZA BOLESNIKE S MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI

Milica Katić¹

SAŽETAK

Razvoj medicine utječe na sve dulje preživljenje bolesnika koji boluju od jedne ili više kroničnih nezaraznih bolesti. Multimorbidnost postavlja nove izazove za sustav zdravstvene zaštite koji je tradicionalno bio usmjeren na pojedinačne bolesti s nedostatno razvijenom suradnjom između primarne i sekundarne zaštite. Bolesnici s multimorbiditetom imaju brojne i kompleksne zdravstvene potrebe, pa im stoga treba osigurati skrb utemeljenu na komprehenzivnom pristupu, modelu bolesniku usmjerene skrbi, dugotrajnom osobnom odnosu liječnika i bolesnika te na kontinuitetu i učinkovitoj koordinaciji zdravstvene zaštite.

Liječnik obiteljske medicine svojim je položajem u sustavu te kompetencijama koje posjeduje usmjereno prema ukupnim zdravstvenim potrebama bolesnika i temeljni je nositelj zdravstvene skrbi za bolesnika s multimorbiditetom. Svrha je rada prikazati sastavnice primjerene organizacije skrbi za bolesnike s multimorbiditeom u obiteljskoj medicini. Model programirane skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti obuhvaća šest bitnih sastavnica koje omogućuju provođenje primjerene kvalitete skrbi. To su zajednica, odnosno zdravstvena politika, ustrojstvo zdravstvenog sustava, način na koji se pruža skrb, potpora učinkovitom samozbrinjavanju i samokontroli, dostupan i efikasan sustav koji pomaže u kliničkom odlučivanju te primjereno informacijski sustav. U tom modelu sadržani su multidisciplinarni, timski način rada, aktivni dispanzerski pristup te planirana i programirana skrb, koji predstavljaju okosnicu organizacije skrbi za bolesnike s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini. Liječnik obiteljske medicine najveći dio svog rada posvećuje kroničnim bolesnicima. Posjeti bolesnika s multimorbiditetom vrlo su složeni i zahtjevni. Liječnik obiteljske medicine provodi postupke unaprijeđenja zdravlja, probir rizičnih čimbenika i/ili simptoma bolesti, vodi kronične bolesti te razmatra i rješava bolesnikove aktualne tegobe. Stoga posjet bolesnika s multimorbiditetom kroničnih bolesti može zahtijevati razmatranje širokog spektra problema, nekih koje identificira i definira bolesnik i onih koje identificira liječnik. Nije moguće istodobno i adekvatno rješavati sve probleme koji se identificiraju u jednom posjetu, te je nužno usvojiti vještinsku odabira prioriteta i postupnog rješavanja problema tijekom više planiranih posjeta. Odabir prioriteta treba biti u suglasju s bolesnikovim željama i očekivanjima glede ishoda, najboljih opcija u dijagnostici i liječenju te postizanju ciljeva skrbi. Zajedništvo bolesnika i liječnika u postavljanju realističnih ciljeva liječenja temelj je primjerene organizacije skrbi bolesnika s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini.

Ključne riječi: multimorbidnost, model programirane skrbi, prioriteti, ciljevi skrbi, zajedništvo bolesnika i liječnika, obiteljska medicina

LITERATURA

1. Kašuba Lazić D. Intervencije i ishodi skrbi u bolesnika s multimorbiditetom kroničnih bolesti u obiteljskoj medicini. U: Soldo D, ur. Zbornik radova XV. Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskoga liječničkog zbora. Vodice, 2015./Zagreb/:Redak, 2015. Str. 33–46.
2. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 14; 3: CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3.
3. Katić M. Prevencija i programirana skrb bolesnika koji boluje od kroničnih bolesti u obiteljskoj medicini. HDOD-2013. Dostupno na http://www.hdod.net/rad_drustva/Prev_i_prog_skrb_kron_bol_u_OM_2013.pdf (pristupljeno 15. 12. 2017.).

¹ Dom zdravlja Zagreb-Centar, Runjaninova 4, 10000 Zagreb, e-adresa: mkatic@snz.hr
ORCID: Milica Katić, <http://orcid.org/0000-0001-8496-5165>

MOŽEMO LI MJERENJEM MULTIMORBIDITETA PREDVIDJETI DEKOMPENZACIJU ZDRAVSTVENOG STANJA BOLESNIKA?

Vanja Lazić,¹ Milica Katić,^{1,2} Jean Yves Le Reste

SAŽETAK

Uvod: Epidemija multimorbiditeta jedna je od najvećih prijetnji održivosti zdravstvenih sustava širom svijeta. Liječnik obiteljske medicine (LOM) pruža sveobuhvatnu skrb bolesniku s multimorbiditetom. Radna skupina Europske mreže istraživača iz obiteljske medicine (engl. *European General Practice Research Network – EGPRN*) oblikovala je novu, sveobuhvatniju definiciju multimorbidnosti koja pruža mogućnost „mjerjenja“ multimorbiditeta, a prevedena je na hrvatski jezik. Koncept multimorbidnosti EGPRN-a utemeljen je na biopsihosocijalnom modelu zdravlja, te obuhvaća sve biopsihosocijalne značajke bolesnika, a ne samo istodobnu pojavnost dviju ili više kroničnih bolesti, kako se multimorbidnost definirala tradicionalno. Multimorbidnost prema EGPRN definiciji opisuje 13 različitih varijabla sa 60 dodatnih podvarijabla koje su različitim metodama mjerljive u praksi liječnika. Te varijable uključuju prisutnost akutne ili kronične bolesti, biopsihosocijalne varijable (sociodemografski čimbenici rizika, stil života, rizično ponašanje...), pacijentovu sposobnost nošenja s bolešću, opterećenje bolešću (broj bolesti, komplikacije bolesti...), parametre korištenja zdravstvene zaštite (sadašnje i prošlo, promjene učestalosti), karakteristike socijalne mreže pacijenta, kompetencije LOM-a, odnos bolesnik-liječnik itd. Neke od tih varijabla mogile bi biti prediktivne za dekompenzaciju zdravstvenog stanja.

Cilj: Odrediti koje od varijabla EGPRN koncepta multimorbidnosti utječu na pojavnost dekompenzacije zdravstvenog stanja u bolesnika s multimorbiditetom.

Metode: U kohorti pacijenata s multimorbiditetom, korištenjem sveobuhvatnog upitnika koji sadržava varijable iz EGPRN definicije multimorbidnosti, prikupiti će se podaci o zdravstvenom stanju pacijenata. Pacijenti će biti praćeni 12 mjeseci te će se bilježiti pojava dekompenzacije. Analizirat će se povezanost ispitivanih varijabla s pojmom dekompenzacije.

Zaključak: Predikcija dekompenzacije omogućila bi pravovremenu prevenciju, poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi, smanjenje troškova liječenja i opterećenja zdravstvenog sustava. Također, predikcija dekompenzacije pruža mogućnost za bolju organizaciju zdravstvene skrbi, i kurativne i palijativne. Promjena paradigme pristupa pacijentu s multimorbiditetom predstavlja novi smjer istraživanja i inovacija u obiteljskoj medicini koji pokazuje značajan potencijal za poboljšanje ishoda pružanja zdravstvene skrbi u obiteljskoj medicini.

LITERATURA

1. Le Reste JY, Nabbe P, Lazic D, Assenova R, Lingner H, Czachowski S, et al. How do general practitioners recognize the definition of multimorbidity? A European qualitative study. Eur J Gen Pract 2016 Sep; 22(3): 159–68. doi: 10.3109/13814788.2015.1136619.
2. Le Reste JY, Nabbe P, Lingner H, Kasuba Lazic D, Assenova R, Munoz M, et al. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? BMC Fam Pract 2015 Sep 17; 16: 125. doi: 10.1186/s12875-015-0337-3.
3. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. PLoS One 2015 Jan 21; 10(1): e0115796

¹ Dom zdravlja Zagreb-Centar

² Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, e-adresa: vanjlaz@gmail.com; ORCID: Vanja Lazić, <http://orcid.org/0000-0002-9336-3534>

IZAZOVI RACIONALNE FARMAKOTERAPIJE U SKRBI ZA BOLESNIKE S MULTIMORBIDITETOM

Ana Nedić,¹ Đurđica Kašuba Lazić^{2,3}

SAŽETAK

Uvod: Multimorbidnost i pridružena upotreba više lijekova (polifarmacija) česta je pojava u osoba starije dobi. Prema definiciji WHO-a multimorbidnost označava prisutnost dvije ili više kroničnih bolesti u pojedinca, dok akademska definicija Europske mreže istraživača iz obiteljske medicine upućuje na važnost razmatranja kompleksnih varijabla i njihovih interakcija u multimorbiditetu.

Polifarmacija se najčešće definira kao istovremena primjena pet i više različitih lijekova u bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti, no postoje i druge definicije polifarmacije koje osim broja lijekova uzimaju u obzir i duljinu trajanja primjene lijeka te prikladnost propisane terapije. Ipak, brojne definicije polifarmacije ne razmatraju specifičan multimorbiditet u pojedinca, stoga otežavaju procjenu sigurnosti i prikladnosti farmakoterapije u kliničkoj praksi. Takva varijabilnost definicija u provedenim istraživanjima otežava usporedivost rezultata istraživanja. Pružanje zdravstvene skrbi usmjerene pojedinačnoj bolesti, a ne pojedincu, povećava problem polifarmacije, povećava rizik razvoja nepoželjnih nuspojava i interakcija, a ponekad potiče razvoj drugih bolesti, čime omjer koristi i rizika pri korištenju nekih lijekova s dobi postaje negativan. Većina dosadašnjih istraživanja odnosi se na prevalenciju multimorbidnosti i analizu povezanosti pojedinih bolesti, a polifarmacija se često spominje „u sjeni” multimorbiditeta kao jedna od „nuspojava”. Porast multimorbiditeta u populaciji tijekom vremena zahtijeva specifična istraživanja poput analize profila multimorbiditeta, dok polifarmacija zahtijeva, osim numeričke, i kliničku analizu u kontekstu bolesti i zdravstvenog okruženja. Stoga je cilj istražiti dinamiku razvoja multimorbiditeta na kohorti populacije kroničnih bolesnika u dvadesetogodišnjem razdoblju, analizirati profil multimorbiditeta analizom tzv. latentnih klasa, te posebno istražiti značajke i promjene polifarmacije tijekom razdoblja istraživanja, osobito u kontekstu tzv. prikladne polifarmacije.

Ispitanici i metode: Provedeno je longitudinalno retrospektivno istraživanje zatvorene kohorte kroničnih bolesnika (ukupno njih 1313) za koju skrbe liječnici obiteljske medicine u razdoblju od dvadeset godina (od 1994. do 2013.).

Zaključak: Očekuje se da će se dobiti podatci o razlikama u profilima multimorbiditeta prema spolu, povezanosti profila multimorbiditeta s dobi te interakciji dobi i spola s profilom multimorbiditeta. Informacije o latentnim klasama moguće bi biti osnova za izradu preporuka/smjernica vezanih za racionalnu polifarmaciju u multimorbidnog bolesnika, što je od posebnog značaja za LOM-a koji trajno skrbi za bolesnika i odgovoran je za racionalno propisivanje svih lijekova nužnih za liječenje bolesnika s multimorbiditetom.

Ključne riječi: multimorbidnost, polifarmacija, propisivanje lijekova, neprimjereno propisivanje lijekova

¹ Opća bolnica Virovitica, Služba internističkih djelatnosti, Gajeva 21, 33000 Virovitica

² Ordinacija obiteljske medicine, Dom zdravlja Zagreb-Centar, Karamanov prilaz 4, 10000 Zagreb,

³ Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar”, Katedra za obiteljsku medicinu, Rockefellerova 4, 10000 Zagreb

E-adresa: ana.nedic25@gmail.com,

ORCID: Ana Nedić, <http://orcid.org/0000-0002-7585-3249>

E-adresa: djlazic@gmail.com,

ORCID: Đurđica Kašuba Lazić, <http://orcid.org/0000-0002-4091-8313>

LITERATURA

4. Lazić ĐK, Le Reste JY, Murgić L, Petriček G, Katić M, Ožvačić-Adžić Z, et al. Say it in Croatian – Croatian translation of the EGPRN definition of multimorbidity using a Delphi consensus technique. Coll Antropol 2014; 38(3): 1027–32.
5. Le Reste JY, Nabbe P, Lingner H, Kasuba Lazic D, Assenova R, Munoz M, et al. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? BMC Fam Pract 2015; 16: 125. doi: 10.1186/s12875-015-0337-3.
6. Kašuba Lazić Đ, Cedilnik Gorup E. Bolesnik s istodobnim bolestima u obiteljskoj medicini. Udž: Obiteljska medicina, Alfa Zagreb 2013; 391–9.

ZATAJVANJE RADA SRCA I BUBREGA

Biserka Bergman Marković,¹ Ingrid Prkačin²

SAŽETAK

Međuzavisnost oštećenja organskih sustava srca i bubrega definirana je kao kardiorenalni sindrom (KRS), složeni patofiziološki poremećaj i srca i bubrega u kojem akutna ili kronična disfunkcija jednog organa može dovesti do akutnog ili kroničnog oštećenja drugog organa. Prepoznavanje i pravovremena dijagnostika nekih od podtipova KRS-a vrlo često počinje u ordinaciji obiteljskog liječnika. Uloga liječnika obiteljske medicine (LOM) u prepoznavanju čimbenika rizika za kardiovaskularnu bolest (KVB) i kroničnu bubrežnu bolest (KBB) te njihovu ranom otkrivanju popuštanja njihova rada prepoznata je i od kardioloških i nefroloških stručnih društava te profesionalnih stručnih društava obiteljske medicine u svijetu. Zanimljivo je da žene umiru češće od srčanog popuštanja, kao i to da je prevalencija KBB-a u žena češća no u muškaraca (14 u žena u odnosu na 12 % u muškaraca). Upotreba jednostavnih i pouzdanih dijagnostičkih postupaka, primjerice MICE (engl. *Male, Infarction, Crepitations, Edema*) score uz upotrebu EKG-a i biomarkera, nije u potpunosti zaživjela. Racionalnom primjenom dijagnostičkog postupka pri sumnji na zatajivanje srca (ZS) u obiteljskoj medicini trebalo bi uključiti određivanje biomarkera (moždani natriuretski peptid, engl. *brain natriuretic peptide* – BNP i/ili N-terminalni pro-moždani natriuretski peptid, engl. *N-terminal pro-brain natriuretic peptide*, NT – pro BNP) prije dodatne obrade poput ultrazvuka srca zbog relativne nedostupnosti te pretrage, a posebno u slučaju popuštanja srca zbog dijastoličke disfunkcije, što je češće u žena. Za dijagnostiku oštećenja bubrega još uvijek se upotrebjava određivanje razine kreatinina. Nužna je međutim i procijenjena stopa glomerularne filtracije – pGFR (engl. *estimated glomerular filtration rate*, eGFR), ali ne i cistatin C i lipokalin povezan s neutrofilnom gelatinazom (engl. *neutrophil gelatinase-associated lipocalin*, NGAL). Uz pGFR nužna je i procjena albuminurije jednostavnim testom u jednokratnom uzorku urina (albumin/kreatinin odnos). Posebnu pažnju treba posvetiti anemiji u dijagnostičkom i terapijskom smislu jer pravilnim liječenjem anemije (kronične bubrežne bolesti eritropoetinom i/ili sideropenične anemije preparatima željeza) utječemo na poboljšanje KZS-a i usporavanje progresije KBB-a. U ordinaciji LOM-a prilikom sumnje na zatajivanje srčane funkcije u dijagnostičkom postupku uvijek je potrebno obuhvati i procjenu funkcije bubrega, kao i obratno. Multidisciplinarni pristup liječenju KRS-a jest nužan, ali u praksi još uvijek izostaje.

LITERATURA

1. Ronco C, Haapio M, House AA i sur. Cardiorenal Syndrome. J Am Coll Cardiol 2008; 52(19): 1527–39.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B i sur. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation 2013; 128(16): 1810–52.
3. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 33(14): 1787–847.

¹ Ordinacija opće medicine „prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković, dr. med., spec. obiteljske medicine”

² Klinička bolnica Merkur, pročelnica Poliklinike i Hitne interne, I. Zajca 19, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: bbergmanmarkovic@gmail.com

AKUTNO ZATAJIVANJE SRCA U BOLESNIKA S MULTIMORBIDITETOM

Ksenija Kranjčević,^{1,2} Nikola Bulj³

SAŽETAK

Akutno zatajivanje srca (AZS) definira se kao klinički sindrom koji nastupa iznenada, a zbog promjena funkcije srca koje ne zadovoljava osnovne metaboličke potrebe organizma. To je za život opasno stanje koje zahtijeva žurnu dijagnostiku, liječenje i hospitalizaciju. Nastaje *de novo* ili kao pogoršanje kroničnog zatajivanja srca, a može biti uzrokovano primarnom srčanom disfunkcijom ili precipitirajućim čimbenicima poput infekcije, nekontrolirane hipertenzije, poremećaja ritma, neadekvatnog uzimanja lijekova ili hrane. Danas je najčešći uzrok AZS-a akutni koronarni sindrom, potom srčane aritmije, bolesti srčanih zalistaka i upalne bolesti srca. Klinička slika temelji se na simptomima i znakovima kongestije („vlažno”/„suhu” stanje; da/ne) i hipoperfuzije („hladno”/„toplo” stanje; da/ne). Njihovom kombinacijom prepoznajemo četiri skupine: topla i vlažna (dobra perfuzija i kongestija), hladna i vlažna (hipoperfuzija i kongresija), hladna i suha (hipoperfuzija bez kongestije) te topla i suha (dobra perfuzija bez kongestije). Najčešći simptomi kongestije lijevog AZS-a su ortopneja, paroksizmalna noćna dispneja, auskultatorno obostrano krepitacije pluća, obostrani periferni edemi, a desnog dilatacija jugularne vene, hepatomegalija, periferni edemi, hepatojugularni refluksi i ascites. Simptomi hipoperfuzije manifestiraju se kao hladni ekstremiteti, oligurija, vrtoglavica, mentalna konfuzija i umor. Od ostalih simptoma valja spomenuti moguću hipotenziju, sistolički krvni tlak (SRR) $< 90 \text{ mmHg}$ (5-8 % bolesnika), bradikardiju $< 40/\text{min}$ ili tahikardiju $> 120/\text{min}$, ubrzenu frekvenciju disanja, $> 25/\text{min}$ uz upotrebu pomoćnih respiratornih mišića, ili usporenju, $< 8/\text{min}$ unatoč zaduhi, te $\text{SaO}_2 < 90\%$. Liječenje ovisi o vrsti AZS-a, a u ordinaciji obiteljske medicine može se primijeniti intravenski furosemid i vazodilatator ako nije kontraindicirano (SRR $< 90 \text{ mmHg}$). Prisutnost komorbiditeta u bolesnika svakako otežava liječenje kako zbog otežane dijagnoze, npr. dispneja može biti prisutna i u KOPB-u, tako i mogućeg izbora lijekova. Lijekovi za liječenje drugih prisutnih bolesti mogu pogoršati zatajivanje srca, npr. nesteroidni antireumatici, glitazoni, citostatiki, antidepresivi, kao i prisutne bolesti poput amilidoze, sarkoidoze, neregulirane hipertenzije, bolesti štitnjače, šećerne bolesti, anemije, alkoholizma, egzacerbacija KOPB-a (1). Zaključak: S obzirom na to da se radi o životno ugrožavajućem stanju, liječnik obiteljske medicine mora prepoznati pojavu AZS-a u pacijenta temeljem anamneze i kliničke slike, učiniti EKG, intravenozno primijeniti terapiju i uputiti ga u bolnicu.

Ključne riječi: akutno zatajivanje srca, komorbiditeti, liječnik obiteljske medicine

LITERATURA

1. Ponikowski P, Voors A, Anker A, Bueno H, Cleland J, Coats A, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2016; 37: 2129–200.
2. Rutten FH, Gallagher J. What the General Practitioner Needs to Know About Their Chronic Heart Failure Patient. *Card Fail Rev* 2016; 2: 79–84.

¹ Katedra za obiteljsku medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. sc. Ksenija Kranjčević, dr. med., spec. obiteljske medicine, Zagreb

³ KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za bolesti srca i krvnih žila
E-adresa: ksenija.kranjcevic@inet.hr

BOLESTI ŠITINJAČE I POREMEĆAJ RADA SRCA

Vjekoslav Radeljić,¹ Biserka Bergman Marković^{2,3}

SAŽETAK

Odavno je poznato da se manifestacije poremećaja razine hormona štitnjače očituju kroz simptome kardiovaskularnog sustava. Štitnjača je glavna „energetska žljezda“ tijela, regulator rada svih tjelesnih stanica. Njezini hormoni direktno utiču na stanični metabolizam, metabolizam masti i ugljikohidrata, te sintezu ali i razgradnju bjelančevina. Štitnjača luči dva hormona: tiroksin (T4, fT4) i trijodtironin (T3, fT3), a povratnom spregom njome upravlja hipofiza, TSH hormon. Manjak hormona štitnjače (hipotireoza) usporava cjelokupni metabolizam do 40 % sa pratećim simptomima. Povećava se periferni vaskularni otpor s posljedičnim povišenjem dijastoličkog krvnog tlaka, dok se minutni volumen smanjuje za 30% do 50 %. Kontraktilnost miokarda i vrijednosti lipida se povećavaju, akcelerirajući tako aterosklerozu, odnosno koronarnu bolest. Manje je poznato da hipotireoza može izazvati ventrikulske poremećaje srčanog ritma, radi produženja QT intervala stvarajući električnu nestabilnost. Pri kroničnom povećanom radu štitnjače organizam pokreće autoimuni odgovor (Mb. Hashimoto) protiv hiperaktivne štitnjače, žljezdano tkivo se uništava i zamjenjuje ga vezivo. Posljedično smanjuje se razina hormona (hipotireoza) sa usporavanjem rada srca ali i osjećajem preskakanja. Stanje hipotireoze liječi se nadomjesnom hormonskom terapijom. Dugogodišnjim pojačanim stresom pojačava se i rad štitnjače umnožavanjem stanica, stvara se veća štitnjača s većim lučenjem hormona neovisno o djelu dana i godišnjoj dobi (hypertireoza). Metabolizam se ubrzava za 60 – 100%. Srce pumpa jače, brže, često prebrzo i nepravilno, što rezultira različitim aritmijama srca, smanjenjem tjelesne težine, a povećanjem AT. Smanjenjem perifernog vaskularnog otpora aktivira se renin angiotenzinski sustav koji volumno opterećuje srce s posljedičnim povećanjem minutnog volumena za 50% do 300%. Najčešća aritmija je fibrilacija atrija (FA) s incidencijom i do 20%. Prema velikom istraživanju subklinička (blaga) hypertireoza nosi podjednak rizik za FA kao i teži oblici. Smatralo se da je hypertireoza preslika hiperadrenergičnog stanja zbog sinusne tahikardije ili drugih oblika tahikardija udruženih s hypertireozom. Međutim pokazano je da su razine kateholamina normalne ili čak snižene, a nema dokaza niti za povećanu osjetljivost na kateholamine. Ipak, beta blokatori uspješno kupiraju većinu, ako ne i sve kardiovaskularne manifestacije hypertireoze. Liječi se lijekovima, operacijom ili radiojodnom terapijom. U gotovo svim slučajevima promjene kardiovaskularnog sistema su reverzibilne u slučaju da se na vrijeme prepozna i adekvatno liječe.

LITERATURA

1. Kahaly GJ, Dillmann WH. Thyroid hormone action in the heart. *Endocrine Rev.* 2005; 26: 704–728. CrossRefPubMedGoogle Scholar
2. Klein I. Endocrine disorders and cardiovascular disease. In: Zipes DP, Libby P, Bonow R, Braunwald E, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 7th ed. Philadelphia, Pa. W.B. Saunders; 2005: 2051–2065. Google Scholar
3. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, i sur. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 197(8):2543–65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22869843>. Pristupljeno 8. 2.2018.

¹ KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za bolesti srca i krvnih žila

² Ordinacija opće medicine „prof. dr. sc. prim. Biserka Bergman Marković, spec. obiteljske med.“

³ Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: bbergmanmarkovic@gmail.com

KARDIOVASKULARNE BOLESTI I KOPB

Ksenija Kranjčević,^{1,2} Jelena Ostojić³

SAŽETAK

Kardiovaskularne bolesti (KVB) najčešći su i vjerojatno najvažniji komorbiditet u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti (KOPB). Dokazano povećavaju broj hospitalizacija i smrtnost bolesnika s KOPB-om, a u različitoj mjeri smanjuju i njihovu kvalitetu života. Ne postoje znanstveni dokazi da bi njihovo liječenje zahtijevalo odstupanja od postojećih smjernica liječenja KVB-a. Najčešće su prisutni ishemična bolest srca, zatajivanje srca, aritmije, periferna vaskularna bolest i hipertenzija. Zatajivanje srca je nezavisni čimbenik rizika smrtnosti oboljelih od KOPB-a s prevalencijom od 20 do 70 %, a ta je bolest često neprepoznata zbog preklapanja simptoma poput zaduhe i kašla. Terapija β-blokatorima nije kontraindicirana, no preporučuje se primjena selektivnih β-blokatora. Akutno zatajivanje srca, čiji jedan od uzroka može biti egzacerbacija KOPB-a, također se liječi prema smjernicama Europskoga kardiološkog društva (ESC). U svakog oboljelog od KOPB-a potrebno je procijeniti rizik obolijevanja od ishemične bolesti srca korištenjem neke od postojećih tablica procjene rizika preporučene od stručnih društava. Važno je imati na umu da tijekom egzacerbacije KOPB-a dolazi do povećanog oštećenja miokarda uz porast vrijednosti kardijalnog troponina u krvi. Od aritmija u oboljelih od KOPB-a najčešće je prisutna fibrilacija atrija (FA), čija se učestalost direktno povećava sa smanjenjem FEV1. Iako su prijašnjih godina bronhodilatatori opisivani kao proaritmogeni, to ne utječe na izbor njihove primjene u oboljelih od KOPB-a, pa se tako osim antikolinergika i inhalacijskih kortikosteroida mogu primjenjivati i dugodjelujući β2 agonisti. Ipak, oprez mora biti prisutan u primjeni kratkodjelujućih β2 agonista i teofilina, koji mogu otežavati kontrolu ventrikularne frekvencije u oboljelih od KOPB-a i fibrilacije atrija. Prisutnost periferne vaskularne bolesti češća je u oboljelih od KOPB-a (8,8 % vsr. 1,8 %) i može značajno utjecati na funkcionalnu aktivnost i kvalitetu života oboljelih. Hipertenzija je najčešće prisutan komorbiditet u oboljelih od KOPB-a i može imati velik utjecaj na prognozu bolesti. Dijastolička disfunkcija može biti udružena sa smanjenom tolerancijom napora i prikriti simptome akutne egzacerbacije, što dovodi do spoznaje o važnosti optimalnog reguliranja hipertenzije u oboljelih od KOPB-a. Hipertenzija se liječi prema smjernicama ESC i ne postoje dokazi za izuzećem primjene bilo koje skupine antihipertenziva.

Zaključak: Kardiovaskularne bolesti i KOPB vodeći su uzrok smrtnosti u svijetu, pa su preventija, liječenje i pravilno praćenje tih bolesnika izuzetno važni.

Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, KOPB

LITERATURA

4. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018. Dostupno na: <http://goldcopd.org>.
5. Piepoli M, Hoes A, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano A, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *EJH* 2016; 37: 2315–81.

¹ Katedra za obiteljsku medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. sc. Ksenija Kranjčević, dr. med., spec. obiteljske medicine, Zagreb

³ Specijalna bolnica za plućne bolesti
E-adresa: ksenija.kranjcevic@inet.hr

MULTIPLA KOMORBIDNA STANJA U OBOLJELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI

Dragan Soldo,^{1, 2} Valerija Bralić Lang^{2, 3}

SAŽETAK

Uvod: Bolesnici oboljeli od šećerne bolesti iznimno rijetko nemaju komorbiditeta i u pravilu se radi o bolesnicima koji najčešće bolju od više kroničnih bolesti. U vremenu vrlo uznapredovanih mogućnosti u liječenju šećerne bolesti dodatni izazov za liječnika obiteljske medicine svakako je i prepoznavanje komorbiditeta kod bolesnika i usklađivanje terapije sukladno individualnim potrebama bolesnika.

Cilj je ovog preglednog rada upozoriti na najčešće komorbidite u oboljelih od šećerne bolesti tipa II te prikazati izazove u liječenju bolesnika vezane uz multimorbidnost.

Metode: Pretraživane su baze podataka PubMed, Medline i UpToDate prema ključnim riječima *obiteljska medicina, šećerna bolest tipa II, multimorbidnost, komplikacije i terapija*.

Rezultati: Najčešći komorbiditeti koji se javljaju kod bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tipa II jesu kardiovaskularne bolesti, dislipidemija, nealkoholna bolest jetre, pretlost i psihiatrijski poremećaji. Međutim, neovisno o najčešćim komorbiditetima bolesnik sa šećernom bolesti može paralelno razviti bilo koju bolest uključujući kronične upalne bolesti, autoimune bolesti i degenerativne bolesti. Svaki komorbiditet kod bolesnika može utjecati na brzinu progresije i razvoj komplikacija same šećerne bolesti i upravo je iz tih razloga nužno optimalno uskladiti terapiju bolesnika sukladno njegovim individualnim potrebama. Liječnik obiteljske medicine zbog svog položaja u zdravstvenom sustavu ključna je osoba u zbrinjavanju ovakva bolesnika, koji u suradnji s liječnicima konzultantima, a nerijetko i kliničkim farmakolozima, provodi liječenje na principima holističkog pristupa.

Zaključak: Bolesnici sa šećernom bolesti tipa II s brojnim komorbidnim stanjima vrlo su zahtjevni bolesnici i predstavljaju izazov u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine. Jedna od najvažnijih zadaća liječnika jest aktivno traženje najčešćih komorbiditeta i prilagodavanje terapije ovih bolesnika u skladu s njihovim komorbiditetima u cilju postizanja optimalne kvalitete života.

Ključne riječi: liječnik obiteljske medicine, šećerna bolest tipa II, multimorbidnost

LITERATURA

1. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e6341.
2. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet* 2012;380(9836):7–9.
3. Gress S, Baan CA, Calnan M, et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: The role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* 2009;17(1):75–86.

¹ Dom zdravlja Zagreb-Centar

² Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. sc. Valerija Bralić Lang, dr. med., spec. obiteljske medicine, Zagreb

E-adresa: drsoldo@yahoo.com

ORCID: Dragan Soldo, <https://orcid.org/0000-0003-2186-3107>

E-adresa: valerija.bralic.lang@gmail.com

ORCID: Valerija Bralić Lang, <http://orcid.org/0000-0002-9142-1569>

PROBIR KOMORBIDITETA U OBOLJELIH OD DIJABETESA

Karmela Bonasssin,¹ Valerija Bralić Lang^{2, 3}

SAŽETAK

Uvod: Prema preporukama svih stručnih društava, nakon potvrde dijagnoze dijabetesa sljedeći korak u skrbi za bolesnika jest rano otkrivanje komplikacija dijabetesa i otkrivanje komorbiditya kako bi se dobila cjelovita slika o bolesniku i odredilo optimalno liječenje i praćenje.

Cilj: je ovoga preglednog rada odrediti komorbidite u oboljelih od dijabetesa koje se preporuča tražiti i odrediti optimalne načine probira.

Metoda: Pregledani su članci PubMed i Medline baze podataka objavljeni u posljednjih petnaest godina prema ključnim riječima *komorbiditeti i dijabetes*.

Rezultat: Više je komorbiditeta uz dijabetes osim kardiovaskularnih bolesti. To su demencija, depresija, poremećaj prehrane, anksiozni poremećaj, psihoze, autoimune bolesti, poremećaj sluh-a, poremećaj disanja u snu, tumori, nealkoholna bolest jetre, prijelomi. Neke od njih treba aktivno tražiti alatima za probir specifično za dob i bolest. To su celijakija i autoimuni tireoiditis kod dijabetesa tipa 1, a kod dijabetesa tipa 2 demencija u starijih od 65 godina, depresija, poremećaj prehrane kod mladih ljudi te dijabetes „distress“ kao stanje anksioznosti vezano posebno za dijabetes. Sva nabrojena stanja utječe na regulaciju glikemije bilo metabolički, bilo zbog adherencije na terapiju. Istraživanja potvrđuju da se otkrivanjem komorbiditeta i njihovim liječenjem utječe na regulaciju dijabetesa i na kvalitetu života. Za oboljele od dijabetesa tipa 1 optimalan način probira je određivanje antitijela na tkivnu transglutaminazu i peroksidazu te antitireoglobulinskih antitijela, dok za demenciju u starijih od 65 godina, depresiju, „distres“ kod oboljelih od dijabetesa i za otkrivanje poremećaja prehrane kod adolescenata i mladih ljudi postoje specifični upitnici.

Zaključak: Određivanjem specifičnih antitijela kod oboljelih od dijabetesa tipa 1 i korištenjem specifičnih upitnika kod oboljelih od dijabetesa tipa 2 može se pravovremeno utvrditi postojanje specifičnih komorbiditeta i time utjecati na njihovo aktivno liječenje, što može poboljšati ishode i kvalitetu života u osoba oboljelih od dijabetesa.

Ključne riječi: komorbiditeti, dijabetes

LITERATURA

5. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017: Summary of Revisions. Diabetes Care 2017 Jan; 40 (Supplement 1): S4–S5. Dostupno na: <https://doi.org/10.2337/dc17-S003>
6. Nasreddine ZS, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 695–9.
7. Hermanns N, Caputo S, Dzida G, Khunti K, Meneghini LF, Snoek F. Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. Prim Care Diabetes 2013; 7(1): 1–10.

¹ Istarski domovi zdravlja, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Karmela Bonasssin, dr. med., spec. obiteljske medicine

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. sc. Valerija Bralić Lang, dr. med., spec. obiteljske medicine, Zagreb

³ Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: karmela.bonasssin@idz.hr

ORCID: Karmela Bonasssin, <https://orcid.org/0000-0002-7474-7321>

E-adresa: valerija.bralic.lang@gmail.com

ORCID: Valerija Bralić Lang, <http://orcid.org/0000-0002-9142-1569>

UMIJEĆE PRAĆENJA OBOLJELOGA OD ŠEĆERNE BOLESTI S MULTIMORBIDITETOM I KOMPLIKACIJAMA ŠEĆERNE BOLESTI

Valerija Bralić Lang^{1, 2}

SAŽETAK

Zdravstveni sustavi širom svijeta suočeni su s rastućim izazovom skrbi za pacijente s multimorbiditetom, uključujući šećernu bolest. Troje od četiriju oboljelih od šećerne bolesti ima bar još jednu komorbidnu kroničnu bolest, a 40 % ih ima najmanje tri. Komorbiditeti mogu i ne moraju biti povezani sa šećernom bolesti, a svjesnost o njihovu postojanju i njihova dobra kontrola povezana je s boljom kontrolom glikemije. Komorbiditeti povezani sa šećernom bolesti mogu se grupirati u makrovaskularne, mikrovaskularne, metaboličke, probleme povezane s pretilosti, psihološke i ostale. Pred liječnika obiteljske medicine, koji ima središnju ulogu unutar sustava, postavljen je poseban izazov optimiziranja skrbi za ove bolesnike. Potreba stalnog nadzora postojanja komplikacija i kontrola glikemije dovele je do koncepta godišnje kontrole kao prikladnog modela koji osigurava da se različiti elementi koje je neophodno kontrolirati ne propuste. Glavni elementi praćenja mogu se grupirati u obvezna mjerena (tjelesna težina/indeks tjelesne mase, opseg struka, arterijski tlak, HbA1c, lipidogram, serumski kreatinin/procijenjena glomerularna filtracija, mikroalbuminurija), pregled (stopala, očna pozadina, mjesto injiciranja inzulina), raspravu i edukaciju (teme koje otvara pacijent, revizija postignutih, prethodno dogovorenih ciljeva, kontrola suradljivosti uzimanja terapije, dijeta i tjelovježba, analiza nalaza, pušenje/alkohol, upredjene edukacije), postavljanje ciljeva i aktivno praćenje (procjena nalaza te godišnje kontrole i usporedba osobnog ranije postavljenog plana s aktualnim smjernicama, novi prioriteti i ciljevi, revizija terapije), planiranje posjeta (postavljeni ciljevi vjerojatno trebaju titraciju i određuju način i vrijeme budućih planiranih kontrola). U svakodnevnom radu potrebno je prepoznati klinički kontekst i prognozu imajući na umu rizike i koristi za pacijenta s obzirom na njegovu dob. Prioritete liječenja treba postaviti u suradnji s pacijentom i biti svjestan ograničenja medicine temeljene na dokazima, pri čemu je često potrebna upravo „najbolja skrb u danim okvirima“. Cijena uspjeha učinkovitog tretmana ovih bolesnika je polifarmacija, ali se ne smije zaboraviti da ona sa sobom nosi veći broj neželjenih nuspojava i hospitalizacija, a posebno je problematična kod bolesnika koji su fragilni ili imaju kognitivno oštećenje. Na pojedinačnoj, bolesnikovoj razini, multimorbiditet može imati značajan utjecaj na sposobnost samozbrinjavanja, ali i na mogućnost balansiranja između modaliteta liječenja sukladno različitim bolestima.

Ključne riječi: šećerna bolest, multimorbidnost, liječnik obiteljske medicine

LITERATURA

1. The Royal Australian College of General Practitioners. General practice management of type 2 diabetes: 2016–18. East Melbourne, Vic: RACGP, 2016.
2. SB Harris, et al. Organization of Diabetes Care. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Can J Diabetes 37; 2013: S20–S25.
3. SB Harris, et al. Sample Diabetes Patient Care Flow Sheet for Adults. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Can J Diabetes 37; 2013: S197–S212.

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. sc. Valerija Bralić Lang, dr. med., spec. obiteljske medicine, Zagreb

² Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: valerija.bralic.lang@gmail.com

ORCID: Valerija Bralić Lang, <http://orcid.org/0000-0002-9142-1569>

FARMAKOTERAPIJSKI IZAZOVI U LIJEČENJU OBOLJELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI S KOMORBIDITETIMA

Maja Cigrovski Berković¹

SAŽETAK

Farmakoterapija šećerne bolesti u svakodnevnoj kliničkoj praksi, s obzirom na sve veći broj oboljelih, njihove fenotipske različitosti, pridružene komorbiditete i komplikacije bolesti te današnje mogućnosti liječenja, često je vrlo zahtjevna. U borbi protiv šećerne bolesti trenutačno je dostupno više od deset različitih skupina lijekova, a svaka od njih iz perspektive učinkovitosti i sigurnosti nosi određene prednosti odnosno nedostatke. Kako bi se postigla optimalna regulacija bolesti, vrlo često je potrebno kombinirati peroralne i injektibilne antidiabetike, a dodatno, dostupni su i različiti lijekovi za kontrolu dislipidemije odnosno povišenih vrijednosti krvnoga tlaka, što su uz debljinu najčešći pridruženi komorbiditeti šećernoj bolesti. Stoga treba voditi računa i o njihovim potencijalnim interakcijama, a kako bi se postigli individualno postavljeni ciljevi liječenja. Današnja farmakoterapija dijabetesa izložena je i strogim studijama kojima se procjenjuje kardiovaskularna sigurnost lijekova, pa rezultati generirani iz ovakvih randomiziranih studija, u koje su uključeni najvulnerabilniji bolesnici, dodatno pomažu pri odabiru lijekova kod bolesnika sa šećernom bolesti i visokim kardiovaskularnim rizikom.

Ključne riječi: farmakoterapija, šećerna bolest

¹ Zavod za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma KBC Sestre milosrdnice
E-adresa: maja.cigrovskiberkovic@gmail.com
ORCID: Maja Berković, <https://orcid.org/0000-0003-0750-9785>

REZISTENCIJA BAKTERIJA NA ANTIBIOTIKE – GDJE SMO DANAS?

Arjana Tambić Andrašević¹

SAŽETAK

Uvod: Već je sir Alexander Fleming predvidio da će nepravilna uporaba penicilina dovesti do pojavе rezistencije bakterija na penicilin. Posljednja dva desetljeća svjedočimo ubrzanu širenju rezistencije na antibiotike i istovremeno sve oskudnijem priljevu novih antibiotika. Racionalizacija primjene postojećih antibiotika nameće se kao nužnost i postaje stručni, društveni i politički prioritet u Europi, ali i u mnogim zemljama svijeta.

Metode: Hrvatska već dvadeset godina prati rezistenciju bakterija na antibiotike na nacionalnoj i regionalnoj razini prema metodologiji Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike pri Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske. U sklopu europskih projekata koji su prerasli u obvezne programe Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti, Hrvatska surađuje s drugim zemljama Europe na području praćenja rezistencije i potrošnje antibiotika te primjenjuje metodologiju *European Antimicrobial Resistance Surveillance* (EARS-Net) i *European Surveillance of Antimicrobial Consumption* (ESAC-Net) programa.

Rezultati: Potrošnja antibiotika u Hrvatskoj 2016. godine iznosila je 1,7 definiranih dnevnih doza na tisuću stanovnika dnevno (DDD/TID) u bolničkom i 21,7 DDD/TID u ambulantnom sektoru, što je blizu europskog prosjeka. Hrvatska, međutim, pokazuje iznadprosječne stope rezistencije. Rezistencija invazivnih izolata *Escherichia coli* iznosi 15 % na cefalosporine treće generacije i 28 % na kinolone. Rezistencija streptokoka grupe A na penicilin nije opisana, a na makrolide iznosi manje od 10 %. Kod pneumokoka, međutim, rezistencija na makrolide iznosi više od 30 %. Rezistencija pneumokoka na penicilin manja je od 5 %, no smanjena osjetljivost viša je od 20 %. Stope rezistencije vrlo su visoke u bakterijskih vrsta koje uzrokuju bolničke infekcije. Stope meticilin rezistentnog *Staphylococcus aureus* (MRSA) u blagom su padu od 2010., ali još uvijek visoke (25 % u invazivnih izolata). Poseban problem predstavljaju gram-negativne bakterije rezistentne na karbapeneme. Rezistencija na karbapeneme dugo je prisutna među izolatima *Pseudomonas aeruginosa* i među invazivnim izolatima (iznosi 42 %), no među izolatima *Acinetobacter baumannii* naglo je skočila u razdoblju od 2008. do 2010. i danas iznosi oko 90 %. Rezistencija na karbapeneme među enterobakterijama u početnoj je fazi širenja, a poseban problem predstavlja širenje izolata *Klebsiella pneumoniae* koji pokazuju rezistenciju na karbapeneme zbog posjedovanja OXA-48 enzima.

Zaključak: Ako se primjena antibiotika znatno ne racionalizira, očekuje se da će 2050. godine više od 10 milijuna ljudi godišnje umirati od infekcija uzrokovanih multiplerezistentnim bakterijama.

LITERATURA

1. Tambić Andrašević A, Tambić T. Osjetljivost i rezistencija bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj u 2016. g. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2017.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2016. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2017.

¹ Klinika za infektivne bolesti, Zagreb
E-adresa: arjana.tambic@bfm.hr

UPOTREBA ANTIBIOTIKA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Maja Račić,¹ Tanja Pekez-Pavliško²

SAŽETAK

Uvod: Kako se veoma često provodi neodgovarajuće liječenje infektivnih bolesti, WONCA potiče svoje članove da budu odgovorni pri propisivanju antibiotika i provode smjernice zasnovane na dokazima. Obiteljski liječnici su prvi u borbi protiv otpornosti na antibiotike.

Rasprrava: Studije su pokazale da u zemljama s visokom stopom propisivanja antibiotika također postoji veća prevalencija rezistentnih infekcija. Prevelik broj pacijenata, naročito roditelja, očekuje da im se propiše antibiotik pri pojavi najmanjih tegoba. Općenito, liječnici su spremniji propisati antibiotik tada kada misle da se to od njih očekuje. Obiteljski liječnici su ospozobljeni da minimiziraju širenje otpornosti na antibiotike prakticiranjem odgovarajućih vještina. Prvi korak je korištenje trenutačnih kliničkih smjernica za podršku racionalnom i odgovarajućem propisivanju antibiotika, posebno za ubičajene virusne infekcije, otitise i sinusitise. Drugo, pacijente je neophodno educirati o tome zašto antibiotici možda nisu neophodni te provesti obrazovanje opće populacije. Simptomatska terapija i odgovarajući kontrolni pregledi, ako simptomi perzistiraju, mogu biti od značaja. Iako pojedini liječnici smatraju da jedan nepotreban recept nije važan, i taj recept može utjecati na rezistenciju na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini. Treće, ako je potreban antibiotik, ohrabrvanje adherentnosti i razmatranje potencijalnih štetnih djelovanja može pomoći pri edukaciji i osnaživanju pacijenata.

Zaključak: Udružene aktivnosti i liječnika i pacijenta mogu napraviti razliku i prevenirati rezistenciju na antibiotik.

LITERATURA

1. Zoorob R, Sidani MA, Fremont RD, et al. Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. *Am Fam Physician* 2012; 86(9): 817–22.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Office-related antibiotic prescribing for persons aged ≤ 14 years – United States, 1993–1994 to 2007–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60(34): 1153–6.
3. Gonzales R, Malone DC, Maselli JH, et al. Excessive antibiotic use for acute respiratory infections in the United States. *Clin Infect Dis* 2001; 33(6): 757–62.

¹ Katedra za primarnu zdravstvenu zaštitu i javno zdravlje, Univerzitet u Istočnom Sarajevu

² Ambulanta obiteljske medicine, Kutina

E-adresa: maja.racic@ues.rs.ba

ORCID: Maja Račić, <http://orcid.org/0000-0001-6165-9130>

KAKO PERSONALIZIRANA MEDICINA MOŽE DJELOVATI NA RAZVOJ OBITELJSKE MEDICINE?

Tanja Pekez-Pavliško,¹ Maja Račić²

SAŽETAK

Čovječanstvo se od svog početka bori s bolestima i smrti. S napretkom znanosti dolazi do pročišćenja ljudskog vijeka. Provođenjem deklaracije iz Alma Ate od prije četrdeset godina, unaprijeđenjem infrastrukture (vodovod, struja, izgradnja putova) te upućivanjem na značaj primarne zdravstvene zaštite dolazi do daljnog pročišćenja životnog vijeka i poboljšanja kvalitete života. Danas se i manje razvijene zemlje sve više bore s kroničnim nezaraznim bolestima nego zaraznim. Zahvaljujući farmaceutima dostupan nam je velik broj lijekova kojima liječimo najčešće kronične nezarazne bolesti (hipertenzija, *diabetes mellitus*, astma, kronična opstruktivna plućna bolest). I dalje postoji određeni broj pacijenata kod kojih unatoč pridržavanju svih savjeta teško postižemo optimalnu kontrolu njihove kronične bolesti ili smo u nemogućnosti predviđjeti rijetku nuspojavu na određeni lijek. Personalizirana medicina sve se više s genetski uvjetovanih bolesti, karcinoma i rijetkih bolesti okreće bolesnicima s kroničnim nezaraznim bolestima. Koliko su ovog trenutka liječnici obiteljske medicine upoznati s najnovijim trendovima personalizirane medicine, postoji li o tome dovoljno istraživanja? Jesu li liječnici obiteljske medicine spremni prihvati izazove personalizirane medicine? Gubi li se napretkom personalizirane medicine onaj specifični odnos obiteljski liječnik – pacijent? Koliko zdravstvenih sustava i u kojoj mjeri mogu pratiti razvoj personalizirane medicine? Hoće li se s razvojem personalizirane medicine povećati razliku između siromašnih i bogatih ne samo u svijetu nego i unutar određene zemlje, regije? Ovim radom pokušavamo pojavu personalizirane medicine postaviti kao jednu od bitnih tema za budući razvoj obiteljske medicine.

¹ Tanja Pekez-Pavliško, dr. med., Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Kutina, Hrvatska

² Maja Račić, prof. dr., Medicinski fakultet Istočno Sarajevo, Bosna i Hercegovina

E-adresa: tanja.pekez-pavlisko2@zg.t-com.hr

OPĆA SLABOST I SMANJENA FUNKCIONALNA SPOSOBNOST – KONCEPTI U INTEGRIRANOM PRISTUPU MULTIMORBIDNOSTI

Ljiljana Majnarić Trtica¹

SAŽETAK

Termini „disabilitet“ (ovisnost o drugim osobama u obavljanju aktivnosti neophodnih za samostalan život) i „frailty“ (opća slabost, nemoć) često su se primjenjivali kao sinonimi kako bi se opisala najosjetljivija podskupina starijih pacijenata s multimorbiditetom, koja ujedno ima i najkompleksnije zdravstvene potrebe. Novija istraživanja govore u prilog shvaćanju da se radi o dva različita iako međusobno strogo povezana klinička entiteta. Sretna okolnost je što su ta stanja u velikoj mjeri reverzibilna. Te spoznaje čine osnovu za planiranje učinkovitijih intervencija za tu posebno zahtjevnu skupinu pacijenata. U ovoj prezentaciji naglasak je posebno stavljen na novi i još nepotpuno shvaćen koncept opće slabosti.

Ključne riječi: opća slabost, smanjena funkcionalna sposobnost, multimorbidnost, integrirani pristupi zdravstvenim problemima starenja

LITERATURA

1. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol* 2004;59:255-63.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol* 2001;56:146-56.
3. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview. *Clin Interv Ageing* 2014;9: 433-41.

¹ Medicinski fakultet Osijek, Katedra za internu medicinu, povijest medicine i obiteljsku medicinu
E-adresa: ljiljana.majnaric@gmail.com

SINDROM NEMOĆI (*FRAILTY*) ILI *OBESITY PARADOX* KOD BOLESNIKA S KRONIČNIM SRČANIM I RENALNIM POPUŠTANJEM

Sanja Bekić,^{1,2} Vjenceslav Martinek¹

SAŽETAK

Sindrom nemoći (engl. *frailty*) gerijatrijski je sindrom obilježen padom fizioloških rezervi i funkcija više organskih sustava što rezultira većom vulnerabilnosti i neodgovarajućim odgovorom na svakodnevne stresne čimbenike. Kronična upala i proteinsko-energetska pothranjenost (engl. *Protein-Energy Malnutrition – PEM*) zajednički su patofiziološki mehanizmi sindroma nemoći te kroničnog srčanog i bubrežnog popuštanja. Povećana tjelesna masa, hiperkolesterolemija i arterijska hipertenzija poznati su čimbenici rizika na tijek i ishod kardiovaskularnih bolesti u općoj populaciji, ali kod bolesnika sa srčanim i bubrežnim popuštanjem imaju suprotan učinak te produžuju život i povećavaju preživljjenje. Zaštitnu ulogu imaju još i povišena vrijednost kreatinina i homocisteina u krvi. Povezanost kardiovaskularnih čimbenika rizika s lošijim kliničkim ishodom bolesnika sa sindromom nemoći i bubrežnim i srčanim popuštanjem predstavlja sindrom paradoksa debljine (engl. *obesity paradox*). Indeks tjelesne mase značajan je prediktor smrtnosti bolesnika liječenih dijalizom, neovisno o razini albumina u serumu i nutričijskom statusu. Hipotenzija kod tih bolesnika povezana je s pothranjenosću i niskom razinom albumina u krvi, uremijom te posljedičnom autonomnom neuropatijom. Srčani bolesnici s povišenom vrijednosti kreatinina u općoj populaciji imaju lošu prognozu, za razliku od bolesnika sa sindromom nemoći te srčanim i bubrežnim popuštanjem, kojima je povišena vrijednost kreatinina poželjna jer je pokazatelj dobrog nutričijskog statusa, unosa proteina i uspješnosti dijalize. Etiologija sindroma paradoksa debljine nije jasna. Jedno od mogućih objašnjenja je kraći život zbog visoke smrtnosti tih bolesnika, te se štetni učinak rizičnih čimbenika ne stigne pokazati (engl. *survival bias*). U etiopatogenezi najviše se pridaje značenje PEM-u i upali, odnosno sindromu malnutričijsko-upalnog kompleksa (engl. *Malnutrition-Inflammation Complex Sindrom – MISC*). MISC kod tih bolesnika vodi srčanoj kaheksiji, koja povećava smrtnost, a odgovoran je i za aterosklerozu zbog kronične upale potaknute translokacijom bakterije ili endotoksina (lipopolisaharid), koji se oslobođa kroz edematoznu sluznicu crijeva zbog niske razine kolesterola i lipoproteina koji ga vežu. Povišena razina lipopolisaharda ili njegovo smanjeno izlučivanje potiče MISC s posljedičnom hipoalbuminemijom i srčanom kaheksijom, što povećava smrtnost tih bolesnika. S dužim životnim vijekom *obesity paradox* gubi svoju zaštitnu ulogu, te poznati čimbenici kardiovaskularnog rizika ponovno imaju štetan učinak.

Ključne riječi: *frailty, obesity paradox, srčano popuštanje, bubrežno popuštanje*

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. Sanja Bekić, Višnjevac

² Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
E-adresa: sanja.bekic1@gmail.com
ORCID: Sanja Bekić, <http://orcid.org/0000-0002-4416-4862>

POREMEĆAJI SPAVANJA U OSOBA STARIJE DOBI I IZAZOVI FARMAKOLOŠKOG LIJEĆENJA

Željko Vojvodić¹

SAŽETAK

Prevalencija poremećaja spavanja vrlo je velika, posebno u starijoj populaciji. Poremećaji ciklusa „budnost-spavanje“ susreću se u oko 35–45 % opće populacije, što upućuje na ozbiljan javnozdravstveni problem koji zahtijeva standardizirani i koordinirani pristup svih segmenta zdravstvenog sustava, a ponajprije obiteljske medicine. San je genetički programiran fiziološki proces i jedan od temeljnih oblika čovjekove psihičke aktivnosti. Epidemiološke studije pokazale su povezanost nesanice s očekivanim trajanjem života, promjenama u imunom sustavu, arterijskom hipertenzijom i dijabetesom tipa 2, što je čini čimbenikom kardiovaskularnog rizika. Međunarodna klasifikacija poremećaja spavanja (2014) navodi 60 poremećaja svrstanih u 7 skupina. Najčešći poremećaji su nesanica (primarna i sekundarna), opstruktivna apneja u snu i sindrom nemirnih nogu. Prevalencija nesanice je oko 33 %, opstruktivne apneje 26–32 %, a sindroma nemirnih nogu između 5 i 15 %. U kliničkoj praksi 80 % nesanica su sekundarne, od toga uz depresivni poremećaj u 15–25 % slučajeva, anksioznost u 10–15 % slučajeva te prekomjerni unos kofeina, alkohola ili određenih lijekova 5–10 %. Metode liječenja nesanice mogu biti farmakološke i nefarmakološke. Nefarmakološke uključuju opće preporuke za higijenu spavanja i bihevioralne tehnike: kognitivnu terapiju, terapiju ograničenjem sna, kontrolu stimulusa, relaksacijske tehnike, resetiranje cirkadijalnog ritma te kombinirane metode. U farmakološkom liječenju primjenjuju se nebenzodiazepinski i benzodiazepinski hipnotici te sedirajući antidepresivi. Cilj je osvrta prikazati pregled poremećaja spavanja prema trećoj reviziji međunarodne klasifikacije (ICSD, 2014), s posebnim naglaskom na najčešće poremećaje koji se susreću u obiteljskoj medicini, a s racionalnim pristupom dijagnostici i liječenju. Pretražene su baze podataka Pubmed/Medline i EBSCO po ključnim riječima: „sleep disorders“, „insomnia“, „obstructive sleep apnea“ i „restless leg syndrome“. Postavljena su ograničenja na istraživanja objavljena u posljednjih deset godina na engleskom jeziku i sustavni pregledni članci.

Zaključak: Obiteljski liječnici susreću se s problematikom spavanja gotovo svakodnevno, a kao liječnici prvog kontakta mogu, i terapijski i preventivno, utjecati na smanjivanje nepovoljnog javnozdravstvenog utjecaja poremećaja spavanja. Prvi je korak u pristupu utvrđivanje uzroka, jer ti poremećaji većinom nisu nastali samostalno, nego u sklopu drugih stanja poput kronične boli, psihičkih poremećaja, metaboličkog sindroma ili uzimanja lijekova koji interferiraju s fiziologijom spavanja. Većinu njih može liječiti obiteljski liječnik.

¹ Ordinacija obiteljske medicine „Željko Vojvodić, dr. med.“, Bijelo Brdo
E-adresa: vojvodic58@gmail.com
ORCID: Željko Vojvodić, <https://orcid.org/0000-0001-5215-1255>

GERIJATRIJSKI SINDROMI

Šefket Šabanović,¹ Ljiljana Majnarić Trtica,² Ivon Matić³

SAŽETAK

Starije osobe često boluju od više bolesti (multimorbiditet) što zahtijeva složene zahvate i potrebe. Multimorbiditet komplikira i dijagnostiku i liječenje. Vrlo česti simptomi u gerijatriji, kao što su omaglice, nesvjestice, padovi, nepokretnost, insuficijencija kognitivnih sposobnosti, gubitak tjelesne težine, zahtijevaju posebno poznавanje novijih spoznaja o gerijatrijskim bolestima jer one mogu biti posljedica oštećenja više organskih sustava. Anamneza, fizikalni pregled i jednostavna laboratorijska dijagnostika često su dostaune za dijagnozu bolesti starijih osoba. Pravovremena dijagnoza omogućuje ranu intervenciju, prevenciju pogoršanja i poboljšanje kvalitete života. Potpuna skrb za starije bolesnike često zahtijeva znatne dijagnostičke, analitičke i međuljudske sposobnosti. Ljudski vijek sve je duži što dovodi do velikog broja kroničnih bolesnika. Od ključne je važnosti pravovremeno prepoznavati gerijatrijske sindrome već u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Najvažniji gerijatrijski sindromi koji se prepoznavaju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su urinarna inkontinencija, padovi, slabost i kognitivno oštećenje. U našem radu bit će prezentirani najsvremeniji način pružanja potpune gerijatrijske skrbi i njezina organizacija.

Ključne riječi: gerijatrija, gerijatrijski sindromi, gerijatrijska skrb

LITERATURA

1. Charlotte Carlson, Susan E. Merel, Michi Yukawa. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Med Clin N Am* 2015; 263–79.
2. Hong-Phuc T. Tran, Susan D. Leonard. Geriatric Assessment for Primary Care Providers. *Prim Care Clin Office Pract* 2017; 399–411.
3. Concept Sharon K. Inouye, Stephanie Studenski, Mary E. Tinetti, George A. Kuchel. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core. *Geriatric J Am Geriatr Soc*. 2007; 55:780–91.

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Šabanović, Županja

² Medicinski fakultet Osijek, Katedra za internu medicinu, povijest medicine i obiteljsku medicinu

³ Dom zdravlja Županja
E-adresa: obiteljska6@gmail.com

PRETILOST KAO ČIMBENIK KOMORBIDITETA U ŠKOLSKE DJECE

Rudika Gmajnić^{1,2}

SAŽETAK

Prekomjerna tjelesna težina djece školske dobi ima razmjere pandemije. Prevalencija kontinuirano raste, posebice u razvijenim zemljama. U Hrvatskoj se u školskoj dobi od 7 do 14 godina bilježi 21,3 % djece s povišenom tjelesnom težinom, od čega je 8,9 % pretilih. Prehrambene navike obitelji i obiteljskog okruženja važne su za razvoj stavova i prehrambenih navika djece i dokazano utječu na razvoj pretilosti. Pretila djeca imaju izrazito povećanu vjerojatnost da budu pretila u odrasloj dobi, ali i da razviju komorbiditetne bolesti već u školskoj dobi. Komplikacije pretilosti u dječjoj dobi mogu biti somatske i psihičke. Ako se ne pojave u školskoj dobi, postaju vidljive u trećoj ili četvrtoj dekadi života. Najčešće komplikacije su ove: 1. koronarna bolest (8,5 puta češća hipertenzija, tri puta češći porast ukupnog kolesterolja, osam puta češća niska razina HDL kolesterola, dokazana povezanost s povećanim rizikom od duboke venske tromboze i tromboembolije), 2. metaboličke bolesti (metabolički sindrom, dislipoproteinemija), 3. šećerna bolest, 4. gastrointestinalne komplikacije (steatoza jetre, ulkusna bolest, kolelitijaza), 5. poremećaji mišićno-koštanog sustava, 6. maligne bolesti (procjenjuje se da bi se ukupan broj malignih bolesti smanjio za trećinu kada bi sve pretile osobe regulirale tjelesnu težinu), 7. respiratorne bolesti (incidencija apneje u snu među pretilim osobama kreće se u rasponu od 40 do 93 %). Takvo isprekidano spavanje rezultira trajnim umorom i pospanošću što može kod djece utjecati i na uspjeh u školi, astma.), 8. reproduktivno zdravlje (anovulacije, pretile trudnice imaju deset puta veći rizik za arterijsku hipertenziju, gestacijski dijabetes i fetalne malformacije, infertilitet, erektilna disfunkcija), 9. psihološke tegobe (stigmatizacija, depresija, vršnjačko zlostavljanje), 10. socijalno-psihološka komponenta (u modernom svijetu sposobnosti, kompetencije, pa čak i inteligencija, izjednačavaju se s mršavošću i atraktivnim izgledom).

Odnos između brojnih komplikacija i debljine je dvosmjeran: poremećaji zdravlja, stres i loše psihosocijalno funkcioniranje vode k sjedilačkom načinu života, neaktivnosti, lošim prehrambenim navikama, a zatim i povećanju ITM-a. Osoba ulazi u začarani krug iz kojega je teško izaći. Značajno je da se i manji gubitak od 10 % tjelesne težine smatra terapijskim uspjehom jer donosi dokazane zdravstvene prednosti.

¹ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine Rudika Gmajnić

² Katedra za javno zdravstvo i obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Osijek
E-adresa: rudika.gmajnic01@gmail.com

SUVREMENE METODE LIJEČENJA PRETILOSTI

Tatjana Bačun,^{1,2} Sanda Pribić^{2,3}

SAŽETAK

Uvod: Debljina je povezana sa značajnim porastom smrtnosti i zdravstvenim rizicima kao što su tip 2 šećerne bolesti, dislipidemija, arterijska hipertenzija i koronarna bolest srca. Smanjenjem tjelesne mase smanjuje se napredovanje od oštećene tolerancije glukoze do šećerne bolesti, krvni tlak u bolesnika s arterijskom hipertenzijom i koncentracija lipida u bolesnika s povećanim rizikom. Nadalje, dolazi i do smanjenja apneje u snu, urinarne inkontinencije, depresije, poboljšanja kvalitete života, tjelesnog funkcioniranja i pokretljivosti.

Sadržaj: Svi bolesnici s debljinom trebaju biti uključeni u savjetovanje o prehrani, tjelovježbi i promjeni ponašanja, te im trebaju biti predstavljeni ciljevi gubitka tjelesne mase i liječenja. Promjena životnog stila može dovesti do gubitka tjelesne mase za 5–10 %. Cilj dijetne prehrane jest smanjen unos ukupno unesenih kalorija i unošenje zdrave hrane (npr. mediteranska prehrana ili dijetni pristup za zaustavljanje hipertenzije – DASH). Tjelesna aktivnost ima skroman učinak na smanjenje tjelesne mase, ali je važna za održavanje smanjene tjelesne mase, za smanjenje gubitka mišićne mase, poboljšanje tjelesnog funkcioniranja i zdravlja kardiovaskularnog sustava. Preporuča se 30–60 minuta aerobne tjelesne aktivnosti i vježbe opterećenja mišića/vježbe snage 5–7 dana u tjednu. Promjena i praćenje ponašanja prema prehrani i tjelesnoj aktivnosti, kontroliranje znakova i podražaja u okolini koji na njih utječu i samokontrola važni su za dugoročne promjene tjelesne mase. Kandidati za farmakološku terapiju su odrasle osobe s indeksom tjelesne mase (ITM) $\geq 30 \text{ kgm}^2$ ili $27,0\text{--}29,9 \text{ kgm}^2$ s komorbiditetima koji nisu zadovoljili ciljeve gubitka tjelesne mase (5 % ukupne tjelesne mase za 3–6 mjeseci) uz promjene načina života. Dostupni su nam orlistat i naltreksolon/bupropion, a za bolesnike s tipom 2 šećerne bolesti i liraglutid. Kandidati za barijatričku kirurgiju su odrasle osobe s ITM-om $\geq 40 \text{ kgm}^2$ ili $35,0\text{--}39,9 \text{ kgm}^2$ s barem jednim ozbiljnim komorbiditetom koji nisu zadovoljili ciljeve gubitka tjelesne mase dijetom, vježbanjem i lijekovima.

Zaključak: Smanjenje tjelesne mase za 5–7 % povezano je sa zdravstvenim dobrobitima. Odluka o liječenju temelji se na početnoj procjeni rizika, ali je konačna odluka individualna s obzirom na procjenu rizika i prednosti svih opcija liječenja (način života, farmakološka i kirurška terapija).

Ključne riječi: liječenje debljine, niskokalorijska dijeta, tjelovježba, promjena ponašanja, medikamentno liječenje debljine, barijatrička kirurgija

LITERATURA

1. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation 2014; 129: 102–40.
2. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. Lancet 2016; 387: 1947–56.
3. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 2985–3030.

¹ Klinički bolnički centar Osijek, Osijek

² Medicinski fakultet Osijek, Osijek

³ Ordinacija obiteljske medicine, Osijek

E-adresa: tbacun@gmail.com

BUBREZI I DEBLJINA – FOKALNA SEGMENTALNA GLOMERULOSKLOEROZA

Lada Zibar¹

SAŽETAK

Uvod: Prekomjerna tjelesna masa negativno utječe na bubrežnu funkciju. Najčešći je utjecaj u vezi s negativnim međudjelovanjem debljine na arterijsku hipertenziju i šećernu bolest, danas gotovo epidemiske najčešće kronične bolesti. Posredne su i posljedice smanjene pokretljivosti pretilih, osobito u starijoj populaciji, a što pridonosi razvoju infekcija, pa i onih mokraćnog sustava. Manje se izvan strogo nefroloških krugova zna o obliku glomerulonefritisa povezanoga s debljinom, odnosno o specifičnom (ne i patognomoničnom) obliku fokalne segmentalne glomeruloskleroze (FSGS) za koju se drži da je uzročno povezana s prekomjernom tjelesnom masom.

Postupci: Pretražena je dostupna literatura u bazi PubMed i UpToDate pomoću ključnih riječi *bubreg, debljina i FSGS*.

Rezultati: FSGS nije bolest *per se*, nego patohistološki nalaz, raznolike, katkad preklapajuće etiologije, među kojima je i debljina (1). FSGS povezan s debljinom prepoznat je posljednjih desetljeća (2). Složene je patogeneze, vjerojatno povezane s poremećajem intrarenalne hemodinamike, glomerulskom hiperfiltracijom, aktivacijom reninskoangiotenzinskog sustava te inzulinskog rezistencijom i poremećajem hormona leptina i adiponektina (1, 3). Postoje dokazi i o povezanosti s apnejom u spavanju (3). Očituje se proteinurijom, subnefrotičke do nefrotičke razine, te azotemijom. U biptičkom bubrežnom uzorku potvrđuje se nalazom oligonefronije, zatim perihilarnog tipa FSGS, s manje zahvaćenih glomerula nego u primarnom FSGS-u, glomerulomegalijom i s manje od 50 % izravnanih nožica podocita viđeno elektronskim mikroskopom. Smanjenje tjelesne mase i inhibitori angiotenzina značajno smanjuju proteinuriju, kao i lijeчењe apnje u spavanju (1, 3). Bolest može napredovati do završnog stupnja kronične bubrežne bolesti u i do trećine ovih bolesnika (3).

Zaključak: FSGS povezan s debljinom, kao entitet bubrežnih posljedica pretilosti, još je jedan motiv za podršku bolesnicima pri nastojanjima u smanjenju tjelesne mase. Ujedno je i razlog više za probir i kontrolu bubrežnih funkcija u pretilih bolesnika, osobito onih s apnejom u spavanju. Nalaz proteinurije i azotemije moguća su indikacija za bubrežnu biopsiju u pretilog bolesnika, a FSGS je jedan od očekivanih histoloških nalaza.

Ključne riječi: bubreg, debljina, fokalna segmentalna glomerulosklerozna, proteinurija, kronična bubrežna bolest, apnea u spavanju

LITERATURA

1. Boss B, Cattran D. Glomerular Diseases: FSGS. Clin J Am Soc Nephrol 2014; 9(3): 626–32.
2. Verani RR. Obesity-associated focal segmental glomerulosclerosis: pathological features of the lesion and relationship with cardiomegaly and hyperlipidemia. Am J Kidney Dis 1992; 20(6): 629–34.
3. Epidemiology, classification, and pathogenesis of focal segmental glomerulosclerosis UpToDate (posljednji pristup 4. 1. 2018.)

¹ Katedra za patofiziologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; Zavod za nefrologiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

E-adresa: ladazibar@gmail.com

ORCID: Lada Zibar, <https://orcid.org/0000-0002-5454-2353>

OBRASCI MULTIMORBIDITETA REUMATOLOŠKIH I MUSKULOSKELETNIH BOLESTI

Marion Tomičić¹

SAŽETAK

Uvod: Multimorbidnost označava bilo koju kombinaciju kronične bolesti s barem još jednom bolesti, biopsihosocijalnim ili somatskim čimbenikom rizika. Prisutnost više bolesti utječe na zdravstvene ishode dovodeći do povećanja nesposobnosti, smanjenja kvalitete života ili nemoći. Broj oboljelih kontinuirano raste, naročito među bolesnicima starije životne dobi.

Upalne i degenerativne bolesti kostano-mišićnog sustava obuhvaćaju raznoliku skupinu bolesti, a prema podatcima Hrvatskoga zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2016. godinu nalaze se na drugom mjestu s udjelom od 11,73 % u ukupnom broju bolesti i stanja utvrđenih u obiteljskoj medicini. Na porast prevalencije utječe stareњe populacije te porast broja pretilih i tjelesno neaktivnih bolesnika. Visoka prevalencija ujedno znači i veliku vjerojatnost postojanja multimorbiditeta, pa ovi bolesnici najčešće imaju pridružene dvije ili više bolesti.

Cilj je ovoga članka prikazati obrasce multimorbiditeta reumatoloških i muskuloskeletnih bolesti sa srčano-žilnim, respiratornim i mentalnim bolestima te dijabetesom.

Ispitanici i metode: Pregledani su članci pronađeni pretraživanjem baze PubMed/Medline prema ključnim riječima *Rheumatological diseases; Musculoskeletal conditions; Multimorbidity; Cardiovascular diseases; Diabetes; Respiratory and mental diseases*.

Rezultati: Rezultati istraživanja govore da gotovo trećina bolesnika starijih od 45 i polovina starijih od 65 godina koji boluju od srčano-žilnih bolesti, dijabetesa, KOPB-a i mentalnih bolesti imaju pridružene upalne i/ili degenerativne muskuloskeletne bolesti. Vrijedi i obrnuto: ako je dijagnosticirana upalna i/ili degenerativna muskuloskeletna bolest, veća je vjerojatnost da će taj bolesnik razviti ili da ima neku drugu kroničnu bolest.

Zaključak: Rezultati istraživanja govore u prilog postojanju obrazaca klasteringa multimorbiditeta reumatoloških i muskuloskeletnih bolesti sa srčano-žilnim, respiratornim i mentalnim bolestima te dijabetesom. Mogući uzrok toga je činjenica da se mnogi važni promjenjivi i ne-promjenjivi čimbenici rizika za razvoj bolesti preklapaju, dok neke bolesti dijele slične etiološke i patofiziološke puteve. Ovi bolesnici pate od kroničnih bolova, progresija bolesti dovodi do smanjene pokretljivosti koja utječe na osobni i profesionalni život i vodi k značajnom smanjenju kvalitete života oboljelih koja je kod multimorbidnih bolesnika dodatno narušena.

Ključne riječi: reumatološke bolesti, muskuloskeletne bolesti, multimorbiditet, kardiovaskularne bolesti, dijabetes, respiratorne i mentalne bolesti

LITERATURA

1. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S i sur. The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. PLoS ONE 2015; 10(1): e0115796. doi:10.1371/journal.pone.0115796
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2016. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2018/01/Ljetopis_2016_IK.pdf
3. Duffield SJ, Ellis BM, Goodson N, Walker-Bone K, Conaghan PG, Margham T i sur. The contribution of musculoskeletal disorders in multimorbidity: Implications for practice and policy. Best Pract Res Clin Rheumatol 2017; 31(2): 129–144. doi: 0.1016/j.bepr.2017.09.004. Epub 2017 Nov 1.

¹ Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Katedra obiteljske medicine

E-adresa: marion.tomicic@gmail.com

ORCID: Marion Tomičić, <http://orcid.org/0000-0003-2148-3227>

LIJEČENJE BOLESNIKA S MUSKULOSKELETNIM BOLESTIMA I MULTIMORBIDITETOM NEFARMAKOLOŠKIM MJERAMA

Marina Šabić,¹ Jasna Vučak²

SAŽETAK

Muskuloskeletne bolesti su vodeći uzrok kronične, nemaligne boli te jedan od značajnijih uzroka nesposobnosti za rad i invalidnosti, dok su liječenje artritisa i posljedica traume vezane za najveće troškove u zdravstvu (1). Fiziološko starenje lokomotornog sustava odlikuje degeneracija zglobovine hrskavice, vezivnog tkiva, osteoporoza i generalizirana sarkopenija. S obzirom na aktuelne demografske trendove u svim razvijenim državama koji se očituju u produženom očekivanom trajanju života, prevalencija ovih bolesti u stalnom je porastu (2). U pacijenata s pridruženim muskuloskeletnim bolestima ovi su procesi ubrzani poglavito nedostatnom tjelesnom aktivnosti, a dijelom i agresivnom farmakoterapijom. Iako rezultati nisu konzistentni, sve je više dokaza utemeljenih na znanstvenim istraživanjima da su fizikalna terapija i rehabilitacijsko liječenje „conditio sine qua non“ pune i kvalitetne zdravstvene skrbi za ove pacijente (3). Nedvojbeno je dobrobit fizikalne terapije u modulaciji muskuloskeletne boli, kontroli upale i poboljšanju funkcije aficiranog dijela lokomotornog sustava. Ključan je pravilan odabir pacijenata za pojedinu terapiju kao i vrijeme s obzirom na fazu bolesti, a dobra suradnja primarne i sekundarne zaštite u tome će imati svoj puni značaj (4). U sklopu modaliteta fizikalne terapije koji su nepravedno podcijenjeni, a moguće ih je iskoristiti uz uputu liječnika obiteljske medicine kod kuće u akutnoj, odnosno kroničnoj fazi bolesti, samostalno ili uz farmakoterapiju, treba istaknuti krioterapiju, termoterapiju u užem smislu, kineziterapiju i hidroterapiju. Česte evaluacije povećavaju stopu uspješnosti liječenja. U sklopu holističkog pristupa koji zagovaramo i pozicioniranja pacijenta kao subjekta procesa (*Patient centered rehabilitation*) fizikalna i rehabilitacijska medicina etablirala se kao punovrijedan i nezaobilazan način liječenja ovih bolesti.

Ključne riječi: muskuloskeletne bolesti, modaliteti terapije, suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

LITERATURA

1. Woof A, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions: the burden is huge and not reflected in national health priorities. BMJ 2001; 322: 1079–80.
2. United States Bone and Joint Initiative: The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States (BMUS), Fourth Edition, forthcoming. Rosemont, IL. Dostupno na <http://www.boneandjointburden.org>. Pristupljeno 21. 12. 2017.
3. Nichols JJ. Physical modalities in rheumatological rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 994–1001.

¹ Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju „Biokovka“, Makarska
E-adresa: marina.sabic@gmail.com

² Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine Jasna Vučak, Sukošan

RACIONALNA FAMAKOTERAPIJA BOLESNIKA S MUSKULOSKELETNIM BOLESTIMA I MULTIMORBIDITETOM

Davorka Vrdoljak¹

SAŽETAK

Uvod: Nakon bolesti respiracijskog i kardovaskularnog sustava, bolesti koštano-mišićnog sustava treće su po učestalosti dijagnostike u obiteljskoj medicini s 11,3 %. Premda su najučestalije u dobi 65 i više godina, česte su i u radno aktivnih osoba: jedna od pet odraslih osoba te dobi boluje od koštano-mišićnih bolesti. Ove su bolesti rijetko samostalne, a često dio klastera multimorbiditeta: većina oboljelih istovremeno ima dvije ili više kroničnih bolesti uz koštano-mišićnu bolest. Ove bolesti zahtijevaju nefarmakološko i/ili farmakološko liječenje, a ono farmakološko puno je rizičnije u klasteru multimorbiditeta u odnosu na liječenje pojedinačne bolesti. U farmakoterapiji bolesti lokomotornog sustava na raspaganju su tradicionalni nesteroidni antireumatici (tNSAR) i koksibi. Ti lijekovi povećavaju rizik neželjenih gastrointestinalnih (GI) i kardiovaskularnih (KV) događaja.

Cilj je ovoga članka prikazati osnove racionalnog farmakološkog liječenja bolesnika s multimorbiditetom koji uključuje i bolesti koštano-mišićnog sustava.

Ispitanici i metode: Pregledani su članci baze podataka PubMed/Medline i Cochrane Library objavljeni u posljednjih deset godina, a prema ključnim riječima: *Musculoskeletal conditions, Pharmacotherapy, Adverse events, Family Medicine*.

Rezultati: U liječenju bolesti koštano-mišićnog sustava najčešće se rabe tNSAID i koksibi. tNSAID imaju izraženu GI toksičnost smanjivanjem lokalnih protektivnih mehanizama, pa time povećavaju učestalost GI krvarenja i ulkusa. Osim toga smanjuju bubrežnu perfuziju i glomerularnu filtraciju, povećavaju rizik neželjenih KV događaja (s izuzetkom naproksena), te reduciraju učinak antihipertenziva. Koksibi su manje GI toksični od tNSAID-a, ali njihova je KV toksičnost ipak usporediva s ne-naproksenskim tNSAID-om. Prema Lanzi i sur., pri svakom propisivanju farmakoterapije ovim skupinama lijekova valja procijeniti GI rizik (velik, srednji, malen) pojedinog bolesnika, propisati najsigurnije liječenje, uz gastroprotekciju (kada je indicirana) te eradicirati *H. pylori* (u svih onih kojima će biti potrebno dugotrajno liječenje). Prema Rostomu i sur., bolesnici s velikim KV rizikom koji uzimaju acetilsalicilnu kiselinu kao antiagregans, pri liječenju bolesti lokomotornog sustava ne bi smjeli dobiti tNSAID, nego nisko dozirani koksib s popratnim gastroprotektivom.

Zaključak:Liječenje bolesnika s multimorbiditetom izazov je u radu obiteljskog liječnika. Kad multimorbidnost uključuje i bolesti koštano-mišićnog sustava i zahtijeva farmakoterapiju, valja procijeniti profil GI i KV rizika bolesnika, odabratи tNSAID ili koksib, u najmanjoj mogućoj učinkovitoj dozi i kroz najkraće vrijeme, te razmotritи kopreskripciju gastroprotektivnog lijeka.

Ključne riječi: muskuloskeletne bolesti, multimorbidnost, farmakoterapija, neželjeni učinci

¹ Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Split

E-adresa: davorka.vrdoljak@mefst.hr

ORCID: Davorka Vrdoljak, <https://orcid.org/0000-0002-7907-7355>

UČINCI MULTIMORBIDITETA MUSKULOSKELETNIH BOLESTI: EKONOMSKO BREME (KORIŠTENJE ZZ-A, RADNA SPOSOBNOST, ONESPOSOBLJENOST, INVALIDNOST) I UTJECAJ NA KVALitetu ŽIVOTA

Marko Rađa^{1,2}

SAŽETAK

Bolesti mišićno-koštanoga sustava (BMKS) velika su i raznolika skupina bolesti s kroničnom boli kao najznačajnim simptomom. Osim što uzrokuju zdravstvene, fizičke i psihičke poteškoće, utječu i na ekonomske prilike pojedinca i društva u cjelini.

Na porast prevalencije utječe stareњe populacije te epidemija debljine i nekretanja. Najčešća posljedica je smanjenje pokretljivosti, sa značajnim učinkom na osobni i profesionalni život bolesnika (1). BKMS nalaze se na šestom mjestu prema broju godina u kojima bolesnici žive s poteškoćama (2).

Istraživanja pokazuju da oko 27 % populacije ima, povremeno ili trajno, simptome muskuloskeletalnih bolesti (3). Najčešće su križobolja i osteoartritis, slijedi upalni reumatizam.

Posljednji dostupni statistički pokazatelji u RH su za 2016. godinu, a tu se navodi da se bolesti MKS-a (MKB M00-M99) nalaze na drugom mjestu po ukupnom broju bolesti i stanja utvrđenih u obiteljskoj medicini, s udjelom od 11,73 % (4). To je prvi put da su bolesti MKS-a zastupljenije od bolesti srca i krvnih žila, a još je bitniji podatak da je više od polovice utvrđenih bolesti MKS-a utvrđeno u dobroj skupini 20–64 godine (u absolutnoj brojci 728.721 slučaj bolesti ili 7,32 % od svih utvrđenih bolesti i stanja).

Križobolje je jedan od najčešćih uzroka kronične boli, a kako se radi o bolesti koja je prisutna kod mlađe, radno aktivne populacije, predstavlja najčešći medicinski razlog odsutnosti s radnog mjeseta radno aktivnog stanovništva. Do 87 % radno aktivne populacije u RH ima napadaj križobolje tijekom radnog vijeka (5).

Prema izvješću HALMED-a za 2016. godinu ibuprofen je na drugom mjestu prema finansijskoj potrošnji za lijekove, a u izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti na prvom mjestu s potrošenih više od 83 milijuna kuna (od čega više od 50 milijuna kuna na teret HZZO-a) (6). Osim ibuprofena još su i paracetamol i tramadol među prvih trideset lijekova po finansijskoj potrošnji. Najučestaliji uzrok privremene nesposobnosti za rad u Hrvatskoj, s udjelom od 22 %, jesu mišićno-koštane bolesti (21,5 % na teret poslodavca i 27 % na teret HZZO-a) (7). BMKS se nalazi na četvrtom mjestu (psihičke bolesti 27 %, novotvorine 19 %, kardiovaskularne bolesti 16 %, BMKS 11 %) sveukupnih uzroka nesposobnosti za rad.

Ključne riječi: muskuloskeletne bolesti, korištenje zdravstvene zaštite, potrošnja lijekova, privremena nesposobnost za rad, trajna nesposobnost

LITERATURA

1. Babić-Naglić Đ. Dijagnostika kronične mišićno-koštane boli. Reumatizam 2007; 54(2): 32–6.
2. Smith E, Hoy DG, Cross M, Vos T, Naghavi M, Buchbinder R i sur. The global burden of other musculoskeletal disorders: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2014; 73: 1462–9.
3. Palazzo C, Ravaud JF, Papelard A, Ravaud P, Poiraudeau S. The burden of musculoskeletal conditions. PloS ONE [internet]. 2014; 9(3): e90633. Dostupno na <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090633> [2018 jan 12]

¹ Marko Rađa, dr. med., Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

² Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, A. G. Matoša 2, 21000 Split
E-adresa: markoradja@gmail.com, ORCID: Marko Rađa, <http://0000-0002-4706-6272>

KVARTARNA PREVENCIJA KOD MULTIMORBIDNOG PACIJENTA

Marija Vrca Botica¹

SAŽETAK

Kvartarna prevencija (P4) opisana je kao prepoznavanje pacijenta rizičnoga za nove dijagnostičke postupke, intervencije i tretmane koji su nesigurni za korist (benefit) pacijenta na individualnoj razini u pogledu morbiditeta i mortaliteta, a mogu prouzrokovati psihičko i fizičko oštećenje. Istovremeno takvu pacijentu treba ponuditi postupak koji je etički prihvatljiv. Primarno, kvartarna prevencija odvija se u susretu (konzultaciji) pacijent – liječnik u obiteljskoj medicini i na tome se temelji. Obiteljski liječnik u liječenju je obvezan slijediti na dokazima temeljenu medicinu (EBM), a isto tako i etičke principe liječenja „njaprije ne škodi“. P4 se prepoznaje i u sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji u procesu zaštite pacijenta. U sekundarnom probiru dvojbe nastaju kada se pacijent osjeća dobro, „nisam bolestan“, kada se pronađu novi rizici koji bi mogli u budućnosti razviti bolest, kada se „cut-off“ biometrijskih testova spusti u prethodno zdravo područje. Opasnost je generiranje novih dijagnoza i novog multimorbiditeta na epidemiološkoj razini u prethodno zdravih pacijenata. U tercijarnoj prevenciji bolest se izdvaja od pacijenta, kod multimorbidnog pacijenta analizira se pojedinačna bolest s pojedinačnim biomarkerima, za svaku bolest primjenjuje se pojedinačni terapeutski pristupak. Teži se visoko postavljenim nesigurnim ciljnim vrijednostima. Ne analiziraju se prioriteti pacijenta, ukupni klinički status, dominantni simptomi, mogući ukupni ishodi bolesti. Takav pristup multimorbidnom pacijentu može imati loše ishode za pacijenta i zdravstveni sustav u cjelini.

Zaključak: Obiteljski liječnik educirani je zdravstveni djelatnik u poziciji da kritički sagledava smjernice EBM-a. Sagledava pacijenta s njegovom bolesti u njegovu okruženju, u poziciji je ponuditi pacijentu etički prihvatljiv postupak. P4 nema jedinstvene definicije, nema sigurnih smjernica, „teren“ rada stalno je nesiguran. P4 zapravo je stil rada obiteljskog liječnika, unosi stalno preispitivanje je li dobro postupio, zahtijeva stalno obnavljanje znanja temeljena na EBM-u. Zahtijeva komunikacijske vještine jer nakon posjeta pacijent mora biti svjestan da je zajedno s obiteljskim liječnikom donio odluku o postupku. Obiteljski liječnik je svjestan da je kvartarna prevencija i kod pacijenta izazvala svojevrsne dvojbe i nesigurnost.

Ključne riječi: kvartarna prevencija, obiteljski liječnik

LITERATURA

1. Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. WICC annual workshop: Hongkong, Wonca congress proceedings;1995. Dostupno na <http://hdl.handle.net/2268/173994>.
2. Doust J, Vandvik PO, Qaseem A, Mustafa RA, Horvath AR, Frances A, et al. Guidance for modifying the definition diseases. JAMA Intern Med. Published online, 2017. doi:10.1001/jamainternmed.2017.1302
3. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag 2015; 4(2): 61–4. doi:10.1517/ijhpm.2015.24

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Katedra obiteljske medicine
E-adresa: vrcabotica@yahoo.com
ORCID: Marija Vrca Botica, <https://orcid.org/0000-002-6353-4646>

KVARTARNA PREVENCIJA KAO NUŽNOST U SKRBI O PACIJENTIMA S MEDICINSKI NEOBJAŠNJIVIM SIMPTOMIMA

Ines Zelić¹

SAŽETAK

Cilj je prezentacije istaknuti glavne karakteristike medicinski neobjašnjivih simptoma koji često ostaju neprepoznati ili se pripisuju mentalnim poremećajima te naglasiti važnost kvartarne prevencije u pristupu ovom neistraženom području svakodevnog rada u obiteljskoj medicini. Pacijenti se obraćaju liječniku sa simptomima koji se ponekad niti nakon opsežne obrade ne mogu pripisati određenoj bolesti. Tada se smatra da se radi o medicinski neobjašnjivim simptomima (MNS). Dijele se na blage, umjerene i teške ovisno o trajanju simptoma, broju simptoma i njihovu utjecaju na svakodnevni život. Kriteriji „više simptoma, više zahvaćenih sustava i višestruko obraćanje liječniku“ klasificiraju MNS na one s dobrom, osrednjom i lošom prognozom. U 50–75 % ljudi s MNS-om u tijeku 12–15 mjeseci simptomi će se smanjiti, ali u 10–30 % njih simptomi će se pojačati. MNS se često poistovjećuje sa psihičkim poremećajima, međutim nije potvrđena izravna veza sa psihičkim poremećajima. Kao mogući uzroci MNS-a navode se visoka razina somatosenzorne svjesnosti, atribucija (pripisivanje) i središnja senzitizacija. Robbins i suradnici predlažu grupiranje simptoma u pet sindroma: bol, umor, iritabilno crijevo, tjelesni simptomi anksioznosti i tjelesni simptomi depresije. Prema nizozemskim smjernicama postoji grupiranje MN simptoma u gastrointestinalne, kardiopulmonalne, koštanomišićne i nespecifične. Stone je predložio pet strategija za korištenje pri kontaktu s pacijentom s MNS-om: priznavanje pacijentove patnje zbog MNS-a te prihvatanje odgovornosti kao liječnika koji treba pomoći; toleriranje nesigurnosti situacije; priznavanje želje da se simptomima da ime i odredi liječenje; premještanje fokusa s liječenja na nošenje sa simptomima te davanje pacijentu bezuvjetne pozitivne podrške. MNS je dinamička kategorija – potrebno je stalno praćenje tijeka simptoma i reevaluacija uz uočavanje alarmantnih simptoma zbog mogućeg prelaska u tjelesnu bolest. Rasprava: Na nekoliko primjera pokazuje se težina i kompleksnost MNS-a. Zaključak: Skrb o ovoj skupini pacijenata vrlo je zahtjevna. Pacijenti s MNS-om često se osjećaju neshvaćenima, a liječnici se osjećaju bespomoćno i uznemireno zbog nemogućnosti nalaženja dijagnoze. Sve navedeno je predisponirajući faktor za bijeg u defanzivnu medicinu: prekomjernu medikalizaciju, upućivanje na dijagnostičke pretrage, dodavanje dijagnoza. Kvartarna prevencija je nužnost u radu obiteljskog liječnika na ovom još neistraženom području. Velika je vještina naći ravnotežu između zahtjeva pacijenata, nesigurnosti liječnika i stvarne potrebe za korištenjem resursa zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: medicinski neobjašnjivi simptomi, kvartarna prevencija, obiteljska medicina

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Bukovlje

E-adresa: ines.zelic@hi.t-com.hr

ORCID: Ines Zelić, <https://orcid.org/0000-0002-8043-192>

OBITELJSKI LIJEČNIK I SMJERNICE KOD MULTIMORBIDNOG PACIJENTA

Andrea Horvat Hodžić¹

SAŽETAK

Velik opseg rada obiteljskog liječnika (OL) čini sekundarna prevencija ili rano otkrivanje bolesti. Otkrivanjem novih biomarkera i smjernica za definiciju „bolest/nije bolest“ OL ulazi u dvojbeno nesigurno područje (prekomjerne) dijagnostike.

Primjer: Pacijentica u dobi od 65 godina, umirovljena profesorica, živi zdravo, osim što puši deset cigareta na dan petnaest godina. Sada u mirovini ima vremena i „dala bi se pregledat“. Obiteljska anamneza neupadna, nema zabilježenih kroničnih bolesti, ne troši lijekove. Prema preporukama stručnih društava pacijentici OL treba odrediti: plućnu funkciju, lipidogram, glukometriju, denzitometriju, 25-OH, TSH, mamografiju, visus, očni tlak, hemokult.

Primjer: Pacijentica u dobi od 50 godina donosi nalaz sa sistematskog pregleda. Do sada je bila zdrava, negira teže bolesti, ne uzima lijekove. Povremeno osjeća lupanje srca, negira anginozne smetnje, omaglice i gubitak svijesti. Obiteljska anamneza: majka ne-Hodgkinov limfom. Kompletan kardiovaskularni status i tlak uredni na sistematskom pregledu. UZV abdomena, ginekološki pregled, kolor dopler karotida i TCD, hemokult, hormoni štitnače i kompletan laboratorijski nalaz su uredni, osim kolesterola 6,2 i LDL 4,2, te u sedimentu urina 10 L uz negativne nitrite. Pacijentici je preporučeno učiniti urinokulturu, holter EKG-a i kardiološki pregled.

Zaključak: Prema definiciji kvartarne prevencije treba prepoznati pacijenta rizičnog za prekomjernu dijagnostiku (u našim primjerima) te ponuditi rješenje prema EBM-u i etičko rješenje prihvatljivo za pacijenta. Uvodimo li pacijenta u novu dijagnozu multimorbidnog pacijenta? Koja je razina edukacije OL-a potrebna za zbrinjavanje pacijenta: monitoriranje dijagnostike, EBM, suradnja s pacijentom?

Ključne riječi: kvartarna prevencija, multimorbidnost, sekundarna prevencija, obiteljski liječnik, preporuke stručnih društava

LITERATURA

1. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health policy Manag 2015; 2: 559–60.
2. Smjernice za prevenciju, prepoznavanje i liječenje nedostatka vitamina D u odraslih. Lječ Vjes 2016; 138: 121–32.

¹ Ordinacija opće medicine Andrea Horvat Hodžić
E-adresa: ordinacija.horvat.hodzic@gmail.com

SKRB STARIJIH OSOBA S MULTIMORBIDITETOM I OŠTEĆENOM BUBREŽNOM FUNKCIJOM

Leonardo Bukmir,^{1,3} Tina Zavidić,² Martina Fišić³

SAŽETAK

Producivanjem životnog vijeka dolazi do sve veće učestalosti kroničnih bolesti i prisutnosti multimorbiditeta među osobama starije životne dobi. Starenje obuhvaća promjene, anatomske i funkcionalne na brojnim sustavima, no najdramatičnije promjene događaju se s bubrežima. Promjene na bubrežima su strukturalne i funkcionalne prirode te bi ih liječnici raznih specijalnosti trebali dobro razumjeti kako bi shvatili promjene tekućina i elektrolita, ili pak doziranje lijekova u starijoj dobi. Svakog liječnika obiteljske medicine od bolničkih kolega razlikuje njegov biopsihosocijalni i holistički pristup prema svojim bolesnicima. Kod svih asimptomatskih i simptomskih bolesnika starije životne dobi potrebno je obratiti pažnju na bubrežno oštećenje, što podrazumijeva provođenje probira na proteinuriju i procjenu bubrežne funkcije, te liječenje drugih komorbiditetnih stanja. Kod oštećenja bubrežne funkcije bitno je poznavanje kinetike primijenjenog lijeka i mogućeg utjecaja bubrežnog zatajenja na farmakokinetičke pokazatelje. Bolesnike starije životne dobi potrebno je kontinuirano pratiti i revidirati terapiju te interdisciplinarnim pristupom voditi skrb o svakom pojedinačnom bolesniku. Skrb bolesnika s oštećenom bubrežnom funkcijom uključuje edukaciju bolesnika, liječenje čimbenika rizika kroničnog bubrežnog zatajenja i komplikacija kad one nastupe, te pravovremenu pripremu bolesnika na terminalnu fazu bubrežnog zatajenja.

Ključne riječi: starija životna dob, bubrežno oštećenje, multimorbidnost, obiteljska medicina

¹ Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu

² Istarski domovi zdravlja, Pazin

³ Specijalistička ordinacija opće medicine, Rijeka

E-adresa: leonardo.bukmir@gmail.com

NEPRIMJERENO PROPISIVANJE LIJEKOVA STARIJIM OSOBAMA

Branislava Popović¹

SAŽETAK

Starije osobe predstavljaju heterogenu skupinu populacije s izraženom multimorbidnosti i polifarmacijom. Odabir prikladnih lijekova starijim osobama predstavlja izazov u svakodnevnom radu liječniku obiteljske medicine s obzirom na to što fiziološke promjene u procesu starenja utječu na farmakokinetske i farmakodinamske osobine lijekova (apsorpciju, metabolizam, izlučivanje lijeka). Neprimjereni propisivanje povezano je s većim rizikom od razvoja neželjenih reakcija koje utječu na povećanje morbiditeta i mortaliteta te ukupnih troškova u zdravstvu. Ono obuhvaća: 1. neučinkovitost lijeka (engl. *ineffective*), 2. nepotrebno uzimanje lijeka, 3. nepropisivanje lijeka koji je prikladan (engl. *underprescribing* ili *underuse*), 4. povećanu dozu lijeka, prečesto ili predugo uzimanje lijeka (engl. *overprescribing*). Primjena propisanih lijekova utječe na kvalitetu i očekivano trajanje života, stoga je procjena propisivanja iznimno važna, a može se utvrditi primjenom validiranih protokola. Kvalitetu propisivanja lijekova možemo utvrditi uporabom implicitnih i eksplicitnih kriterija/protokola koji sadrže popise lijekova neprikladne za starije osobe. Navedene lijekove treba izbjegći u propisivanju jer češće mogu uzrokovati neželjene reakcije. Implicitne metode temelje se na kliničkoj procjeni bolesnika (primjer je „Indeks prikladnosti lijekova”, engl. *Medication Appropriateness Index – MAI*). Eksplicitni protokoli određuju neprimjerenost pomoći unaprijed definiranih kriterija temeljem dokaza i stručnog konsenzusa. Najčešće su korišteni Beers kriteriji, potom *Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment* (STOPP/START). Prevalencija potencijalno neprimjerenog propisivanja lijekova u starijih osoba je visoka. U većini istraživanja najčešći uzroci neprimjerenog propisivanja su terapijska duplicitacija, primjena benzodiazepina, antikoagulantnih lijekova i nesteroidnih protuupalnih lijekova. Protokoli za procjenu neprimjerenog propisivanja lijekova moraju se temeljiti na nacionalnoj listi lijekova. Kvalitativne studije o propisivanju lijekova na razini primarne zdravstvene zaštite nisu brojne. Rezultati ovakvih istraživanja na ciljnim skupinama liječnika opće medicine upućuju na to da liječnici iskazuju potrebu za eksplicitnim alatima koji će im pomoći u propisivanju, osobito kod bolesnika s multimorbiditetom, s obzirom na to što su smjernice za određene bolesti vezane isključivo za jednu bolest i ne razmatraju problem multimorbiditeta. Rad predstavlja kratak pregled preko dostupnih alata za procjenu kvalitete propisivanja lijekova starijim osobama.

Ključne riječi: indikator kvalitete, interakcije lijekova, neodgovarajuće propisivanje, starije osobe

LITERATURA

1. Galvin R, Moriarty F, Cousins G, Cahir C, Motterlini N, Bradley M. et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish adults: findings from The Irish LongituDinal Study on Ageing study (TILDA). *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70:599-606.
2. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update ExpertPanel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *JAm Geriatr Soc*. 2015;63:2227-46.
3. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44:213-8.

¹ Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci
E-adresa: branislava.popovic@ri.t-com.hr

MATIČNA MLIJEĆ U ZAŠTITI I UNAPRJEĐENJU ZDRAVLJA KRONIČNIH BOLESNIKA

Josip Lončar¹

SAŽETAK

Matična mliječ je najvrjedniji pčelinji proizvod. To je izlučevina ždrijelih žlijezda mladih pčela radilica u periodu od petog do petnaestog dana života. One od donesenog cvjetnog praha, nektara i vode radom svojih mandibularnih i supfaringealnih žlijezda proizvode mliječ. U svježem obliku vrlo je osjetljiva, a liofilizirane u prah aktivne tvari ostaju sačuvane tijekom duljeg razdoblja. Matična mliječ sadrži sve potrebne elemente za razvoj i normalno funkcioniranje ljudskog organizma: ugljikohidrate aminokiseline, oligopeptide, enzime, bjelančevine, masnoće, minerale, vitamine, antioksidanse, protubakterijske tvari, hormone, prirodne konzervante i fitosterole.

Jedna od brojnih visokovrijednih sastavnica iz skupine lipidnih spojeva je 10-hidroksi-2-decenska kiselina (10-HAD). To je nezasićena masna kiselina, u prirodi prisutna samo u matičnoj mliječi, koju nije moguće proizvesti umjetnim putem. Karakterizira je protubakterijsko, antivirušno, antiparazitsko i protuupalno djelovanje, regulacija imunološkog sustava i drugi važni biološki učinci. Matična mliječ pokazuje brojne fiziološke i farmakološke učinke: jača imunološki sustav i povećava otpornost organizma; sprječava respiratorne i urološke infekcije; povoljno utječe na krvni tlak, rad srca, arterosklerotske promjene i cirkulaciju; poboljšava psihičko stanje, raspoloženje, vraća snagu i dobar san, povećava koncentraciju i pridonosi boljem pamćenju; podiže razinu imuniteta i pomaže oboljelimu da lakše i sa što manje nuspojava podnose kemo- i radioterapiju; ubrzava zarastanje i obnovu kostiju nakon lomova ili ozljeda i održava zdravlje lokomotornog sustava; izuzetno dobro djeluje pri liječenju leukemije, regenerira jetru, slezenu, stanice krvi i koštane srži; pomaže u jačanju korijena kose, dlake, kožnog tonusa i noktiju; pomaže u endokriniim poremećajima, destikularnoj disfunkciji; povećava apetit – pomaže kod anemije, kaheksije, hipotrofije i distrofije. Matična mliječ najuspješnije se koristi u prevenciji i terapiji bolesti i stanjima kod kojih postoji kompleksno oštećenje regeneracijskih mehanizama i imunološkog sustava organizma i kao takva izvrsno djeluje u zaštiti zdravlja kroničnih bolesnika.

LITERATURA

1. Khazaie M, Ansarian A, Ghanbari E. New Findings on Biological Actions and Clinical Applications of Royal Jelly: A review, *Journal of Dietary Supplements* 2017;0: 1–19.
2. Pasupuleti VR, Sammugam L, Ramesh N, Gan SH. Honey, Propolis, and Royal Jelly: A Comprehensive Review of Their Biological Actions and Health Benefits. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* July 2017; Article ID 1259510: 1–21.
3. Bincoletto C, Eberlin S, Figueiredo CA, Luengo MB, Queiroz ML. Effects produced by Royal Jelly on haematopoiesis: relation with host resistance against Ehrlich ascites tumour challenge. *International Immunopharmacology* 2005;4: 679–88.

¹ prim. mr. sc. Josip Lončar, dr. med.
Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Srijemska 1, Bjelovar

BREME LIJEČENJA MULTIMORBIDNIH BOLESNIKA – PILOT-ISTRAŽIVANJE U OBITELJSKOJ MEDICINI

Vedran Karabeg,¹ Stanislava Stojanović-Špehar,^{2, 4} Ivana Kelava,^{3, 4}
Tamara Kovačić³

SAŽETAK

Uvod: Breme liječenja (engl. *Burden of treatment*) predstavlja bolesnikovo opterećenje nastalo kao posljedica farmakoloških i nefarmakoloških zahtjeva koje pred bolesnika postavljaju pružatelji zdravstvene skrbi te njegov utjecaj na funkcioniranje i blagostanje pacijenata u bihevioralnom, kognitivnom, fizičkom i psihosocijalnom pogledu. Bolesnici s multimorbiditetima su osjetljiviji i potrebno ih je uključiti u kompleksan niz aktivnosti kako bi održali zdravlje.

Cilj: Procijeniti breme liječenja u multimorbidnih pacijenata i njegov utjecaj na kvalitetu života.

Ispitanici i metode: Ispitivanje je provedeno u prosincu 2017., u osam ordinacija obiteljske medicine Doma zdravlja Zagreb-Centar i Zagreb-Zapad. Uzorak je činilo 154 bolesnika s multimorbiditetom. Ispitivanje je provedeno Upitnikom za procjenu opterećenja liječenja (*Burden of treatment Questionnaire – TBQ 2.0*), a kvaliteta života pojedinim česticama WHQOL-bref upitnika.

Rezultati: Od ukupno 154 bolesnika, uspješno popunjene ankete analizirane su kod 149 bolesnika s 613 kroničnih stanja. Prosječni ispitanik je udana (55,03 %) pacijentica (61,07 %) u dobi od 66,56 godina, srednjoškolske naobrazbe (63,76 %), u mirovini (75,17 %), a živi u kućanstvu s prosječnim primanjima (72,48 %). U jednom mjesecu ona za svoja četiri (4,12) kronična stanja, s kojima se nosi više od deset godina (55,03 %), poduzima: u peroralnoj terapiji uzima 6 tbl (5,94) dva puta na dan (2,42), a parenteralno primi jednu injekciju tjedno (1,01) i obavi dva posjeta liječniku (2,26), i to najviše svom obiteljskom liječniku (75,84 %). Prosječna pacijentica biva hospitalizirana svake dvije godine (0,58/godišnje). Ona ne zahtijeva pomoći drugih osoba (70,47 %), provede skoro pola sata tjedno (27,89 min) samokontrole svojih stanja, a za njezinu skrb kroničnih stanja još se brinu tri liječnika (3,37). Prosječni ukupni TBQ rezultat iznosio je 23,28. Najveće breme liječenja bili su finansijski izdatci liječenja (2,36), dok je najmanje bilo u samokontroliranju parametara svojih kroničnih stanja (0,89). Spearanova korelacija ($p < 0,00$) je pokazala odnos bremena liječenja i kvalitete života: što je veće breme liječenja, lošija je kvaliteta života ($rs -0,391$), manje je zadovoljstvo vlastitim zdravljem ($rs -0,368$), a raste depresivnost ($rs +0,279$).

Zaključak: Bolesnici s multimorbiditetom s visokim opterećenjem svog liječenja imaju slabiju kvalitetu života i zdravlja te veću depresivnost. Literatura prepoznaje značaj bremena opterećenja liječenjem i predlaže da ono bude dio procjene kvalitete života.

Ključne riječi: multimorbidnost, kronične bolesti, breme opterećenja liječenjem, kvaliteta života

LITERATURA

1. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009; 339: b2803.
2. May CR, Eton DT, Boehmer K, Gallacher K, Hunt KJ, MacDonald S, et al. Rethinking the patient: using burden of treatment theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 281.
3. Sav A, King MA, Whitty JA, Kendall E, McMillan SS, Kelly F, et al. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expect* 2013; 15: 351–9.

¹ Specijalistička ambulanta obiteljske medicine, Dom Zdravlja Zagreb-Centar

² Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine doc. dr. sc. Stanislava Stojanović-Špehar, Zagreb

³ Ordinacija opće medicine Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Prilaz baruna Filipovića 11, Zagreb

⁴ Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
E-adresa: vkarabeg@gmail.com, ORCID: Vedran Karabeg, <https://orcid.org/0000-0002-0134-5671>

PREPORUKE ZA TJELESNU AKTIVNOST KOD PACIJENATA S MULTIMORBIDITETIMA

Jasna Vučak¹

SAŽETAK

Unatoč činjenici da su tjelesna aktivnost i izabrane metode fizikalne terapije važan čimbenik u liječenju pacijenata s multimorbiditetima, oni ostaju nedovoljno prepoznati i primjenjivani u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine (LOM) (1). Razlog tomu leži u nedostatku vremena i nedovoljnom poznavanju smjernica. Široko su prihvaćene generalne smjernice koje uključuju minimalno 150 minuta umjerene ili 75 minuta intenzivne aerobne tjelesne aktivnosti tjedno i minimalno 2 dana na tjedan tjelesnu aktivnost anaerobnog tipa u smislu jačanja mišićne snage i to za gotovo sva kronična stanja i njihove kombinacije. Kada govorimo o reumatološkim oboljenjima i multimorbiditetima, najčešće su kombinacije osteoartritisa s debljinom, hipertenzijom, hiperlipidemijom, osteoporozom, dijabetesom i/ili depresijom (2). Generalno su smjernice o potrebi aerobne tjelesne aktivnosti – u prvom redu brzo hodanje – u trajanju od 150 do 300 minuta tjedno uz dodatak vježba snage – u prvom redu vježba s elastičnim trakama (jačina je označena bojom) i utezima (do 5 kg). Preporuka je da aerobni trening traje najmanje 30 minuta, a definira se kao 40–60 % maksimalnog utroška kisika ili u praktične svrhe kao 60–70 % maksimalno moguće frekvencije srca, koja se računa kao 220 - godine života = 100 %. Za vježbe snage preporuča se da traju minimalno 40 minuta 3 dana tjedno i da uključe sve veće mišićne skupine (gornji dio tijela – rameni obruč, ruke, torakalni mišići; donji dio tijela – noge, stražnjica, a posebno srednji dio tijela – trbušni i leđni mišići). Vježbanje mora sadržavati 5–10 vježba u setu za svaki dio tijela uz 8–15 ponavljanja, a preporučeni broj setova je 3–5, odnosno do pojave umora. Unatoč uvrježenom mišljenju ne postoji jači argumenti za provođenje tjelesne aktivnosti u vodi nasuprot vježbama koje se izvode na prostirkama. Sve vježbe snage trebaju uključivati vježbe za ravnotežu i vježbe istezanja, koje se pacijentima trebaju pokazati (pismene ili videoopute), a posebno se treba kontrolirati pravilnost izvođenja (3). Za kraj valja dati pacijentima jasne upute da je bilo koja aktivnost bolja od nikakve i da sedentarni način života – definiran kao više od 7 do 10 sati sjedenja na dan, predstavlja vrlo velik rizik za sva kronična stanja. U tom smislu preporuka za tjelesnu aktivnost potpuno je jednaka preporuci za lijekove.

Ključne riječi: tjelesna aktivnost, multimorbidnost, obiteljska medicina

LITERATURA

1. Khan KM, Weiler R, Blair SN. Prescribing exercise in primary care. BMJ 2011; 343: d4141.
2. Forouzanfar MH, Alexander L, GBD 2013 Risk Factors Collaborators, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden. Lancet 2015; 386 (10010): 2287–323.
3. National Clinical Guideline Center. Osteoarthritis: care and management. Dostupno na <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG177> (pristupljeno 1. 11. 2017.).

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Jasna Vučak, Hrvatskih branitelja 20, 23206 Sukošan
E-adresa: jasna.vucak@yahoo.com
ORCID: Jasna Vučak, <https://orcid.org/0000-0003-4328-531X>

DIJAGNOSTIKA I LIJEČENJE MULTIMORBIDNOSTI – ŠTO KAŽU SMJERNICE?

Jasna Vučak¹

SAŽETAK

Multimorbidnost se definira kao postojanje dvaju i više kroničnih stanja u istog pacijenta od kojih se niti jedno ne može smatrati važnijim od drugoga i ne mora postojati uzročna povezanost (npr. dijabetes, hipertenzija, glaukom). Komorbiditet se definira kao postojanje dvaju oboljenja u istog pacijenta koja su u pravilu uzročno povezana (npr. depresija, alkoholizam i ciroza jetre). U literaturi je često preklapanje obaju naziva, a nerijetko se upotrebljavaju i kao sinonimi. Prevalencija raste sa starenjem populacije, iznosi od 49 do 99 %, a prosječni broj oboljenja je 2,5 do 6,5 kod istog pacijenta. Važnost prepoznavanja entiteta jest u činjenici da je multimorbidnost povezana s kompleksnijim pristupom u liječenju, slabijim odgovorom na terapiju i povećanjem troškova liječenja. U Sjedinjenim Američkim Državama 80 % troškova liječenja odlazi na pacijente s četirima i više kroničnih oboljenja, stoga ne čudi interes zajednice usmjerena na što efikasnije liječenje takvih pacijenata. Iz svega navedenoga proizlazi da se današnji trendovi supspecijalističkog pristupa usmjereno na pojedine organe/bolesti moraju zamijeniti holističkim pristupom pacijentu. Imajući u vidu bazične principe rada liječnika opće/obiteljske medicine (LOM): usmjerost k pacijentu, dugotrajno pružanje skrbi u različitim fazama života, koje je kontinuirano i koordinirano, ne čudi da LOM zauzima središnje mjesto u pružanju zdravstvene skrbi pacijentima s multimorbiditetom i da su takvi pacijenti u svakodnevnom radu LOM-a prije pravilo nego izuzetak. Iako su istraživanja multimorbidnosti u početcima, jasno je da rješenje leži u razvijanju integrativnog pristupa i strategijama samopomoći. Plan zbrinjavanja mora imati ova četiri elementa: rješavanje aktualnog problema, rješavanje kroničnih problema, modifikaciju oblika traženja pomoći i oportunističku promociju zdravlja. Sukladno navedenomu Muth i suradnici su na osnovi konsenzusa eksperata postavili princip pristupa pacijentima s multimorbiditetom kroz koncept koji su nazvali Arijadin pristup. Osnovno je pratiti kvalitetu života pacijenta ne pokušavajući liječiti sva njegova stanja, provoditi trajnu reviziju stanja, lijekova i postupaka te se u prevenciji ograničiti na moguća i pacijentu prihvatljiva rješenja. U konačnici konzultacija mora sadržavati pacijentove odabire, potrebe i prioritete (pacijentov pogled na problem) te jasno definiranje rezultata pojedinih odabira s naglaskom na interakcije ne samo lijek–lijek nego i lijek–bolest. Također mora sadržavati interferencije s adherencijom (liječnikov pogled na problem), dok konačna odluka ostaje na pacijentu uz zadovoljavanje svih postulata podijeljene informirane odluke.

Ključne riječi: multimorbidnost, smjernice, obiteljska medicina

LITERATURA

1. Jakovljević M, Ostojić L. Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. Psychiatr Danub 2013; 25(Suppl 1): 18–28.
2. Boyd CM, McNabney MK, Brandt N, Correa-de-Araujo R, Daniel M, Epplin J, Fried TR, Goldstein MK, Holmes HM, Ritchie CS, Shega JW. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. J Am Geriatr Soc 2012, 60: E1–E25.
3. Schaefer I, von Leitner EC, Schoen G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, Kaduszkiewicz H, Wegscheider K, Glaeske G, van den Bussche H. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. PLoS ONE 2010, 5: e15941-10.1371/journal.pone.0015941.

1 Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Jasna Vučak, Hrvatskih branitelja 20, 23206 Sukošan
E-adresa: jasna.vucak@yahoo.com, ORCID: Jasna Vučak, <https://orcid.org/0000-0003-4328-531X>

LIJEČENJE BOLESNIKA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA I NAJČEŠĆIM SRČANOŽILNIM BOLESTIMA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Ines Diminić Lisica,^{1,2} Nina Bašić Marković,³ Iva Lisica⁴

SAŽETAK

Brojna istraživanja pokazuju da se vodeće bolesti današnjice, srčanožilne bolesti i mentalni poremećaji, često pojavljuju kao komorbidna stanja. Liječnik obiteljske medicine često skrbi za bolesnike s komorbiditetom srčanožilnih (SŽ) i mentalnih bolesti i poremećaja. Oko 8 % bolesnika koji posjećuju obiteljskog liječnika boluje od te vrste komorbiditeta. Najčešći mentalni poremećaji bolesnika sa SŽ bolestima su depresivni i anksiozni poremećaji. Ti poremećaji, osim što bitno utječu na oporavak i prognozu bolesti u srčanih bolesnika, važni su rizični čimbenici i pokretači drugih čimbenika rizika u nastanku SŽ bolesti. Rizik od iznenadne srčane smrti 4–6 puta je veći u osoba s fobičnom anksioznosti. Depresivni bolesnici imaju dvostruko veći rizik od razvoja srčanih bolesti u odnosu na one bez depresije, a rizik za infarkta miokarda veći je četiri puta. U srčanih bolesnika depresija je i prediktor više stope smrtnosti. Rizik od debljine, šećerne bolesti i SŽ bolesti u bolesnika sa shizofrenijom dvaput je veći u odnosu na osobe bez psihotičnih poremećaja. SŽ bolesti, s druge strane, važne su u nastanku pojedinih psihiatrijskih poremećaja. Veza između mentalnih poremećaja i srčanih bolesti može se promatrati kroz zajedničku gensku predispoziciju i zajedničke patofiziološke mehanizme te kroz interakciju lijekova koji se primjenjuju u bolesnika s objema bolestima. Prilikom liječenja ovih komorbidnih stanja valja imati na umu interakcije između pojedinih skupina lijekova i njihove nuspojave. Triciklički antidepresivi u bolesnika s ishemijskom bolesti srca kontraindicirani su. Antipsihotici druge generacije povećavaju metabolički rizik, pa se preporučuje kontrola glukoze i lipida u krvi sukladno smjernicama. Oprez je potreban i prilikom propisivanja nekih psihotropnih lijekova istodobno s lijekovima koji produljuju QT-interval. Primjena prikladnih antidepresiva i anksiolitika u bolesnika s komorbiditetom mentalne i srčanožilne bolesti može imati i izravni protektivni učinak na kardiovaskularni sustav. Primjenjujući specijalističko integrativno znanje, liječnik obiteljske medicine ima jedinstvenu priliku provoditi probir za komorbidna stanja te pravovremeno detektirati sve elemente prisutnih poremećaja i provoditi odgovarajuće cijelovito liječenje u ovih bolesnika.

Ključne riječi: srčanožilne bolesti, mentalni poremećaji, komorbiditet, obiteljska medicina

1 Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

2 Ustanova za zdravstvenu skrb dr. Ines Diminić-Lisica

3 Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Nina Bašić Marković

4 Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

E-adresa: ines.diminic.lisica@medri.uniri.hr

LIJEČENJE BOLESNIKA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA I NAJČEŠĆIM NEUROLOŠKIM BOLESTIMA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Nina Bašić Marković,¹ Roberta Marković²

SAŽETAK

Kronične neurološke bolesti kao što su multipla skleroza, epilepsija, Parkinsonova bolest te stanje nakon moždanog udara učestalo su povezani s mentalnim poremećajima i kognitivnim promjenama. Kod svih navedenih bolesti depresija kao psihička tegoba ima najveću prevalenciju te je kod multiple skleroze prisutna u 47 % slučajeva, kod Parkinsonove bolesti u 42 % oboljelih, dok se u stanjima nakon moždanog udara ponekad ne prepozna. Pacijent se često nalazi u začaranom krugu u kojem kronična neurološka bolest smanjuje kvalitetu života, otežava psihofizičku fleksibilnost i uzrokuje depresiju, a sama depresija uvelike pogoršava već narušeno neurološko zdravlje pojedinca. Isto tako, ne smije se zaboraviti ni depresivnost i sindrom iscrpljenosti koji se javljaju kod članova obitelji oboljelog ili njegovih njegovatelja/-ica. Lijekovi izbora u ovom slučaju su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotoninina (SSRI) i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotoninina i noradrenalina (SNRI). Kod kroničnih neuroloških bolesti, a izuzetak je stanje nakon preživjelog moždanog udara, uz farmakoterapiju preporuča se i psihoterapija te primjena metoda poput meditacije usmjerene svjesnosti (engl. *mindfulness*). Studije su pokazale povoljan učinak *mindfulness* tehnike uz primjenu laganih vježba joge u oboljelih od multiple skleroze, kao i za njihove njegovatelje, u obliku značajnog poboljšanja kvalitete života, smanjenja depresije, stresa i anksioznosti, poboljšanja elastičnosti, fizičke pokretljivosti te smanjenja boli. Recentne studije pokazale su povoljan učinak pojedinih sojeva probiotika koji se u ovom slučaju nazivaju „psiobioticima“. Preko povezanosti crijevne flore i mozga psihobiotici su potvrđili poboljšanje neuroplastičnosti mozga te smanjenje neuroloških, kognitivnih i mentalnih smetnja. Do 60 % oboljelih od Parkinsonove bolesti razvije psihotične smetnje koje se najčešće prezentiraju u obliku iluzija, deluzija i halucinacija. Lijek izbora je Klozapin, ali s obzirom na brojne nuspojave njegova primjena je ograničena. Kvetiapin ima manje nuspojava i povoljan učinak na san. Pravovremena komunikacija između liječnika obiteljske medicine, psihijatra i neurologa u ovih pacijenata je značajna za što bolju regulaciju bolesti.

Ključne riječi: kronične neurološke bolesti, psihičke smetnje, liječenje

LITERATURA

1. Lawrence BJ, Gasson N, Kane R, Bucks RS, Loftus AM. Activities of Daily Living, Depression, and Quality of Life in Parkinson's Disease. *PLOS ONE* 2014; 9(7): 1–5.
2. Petra AI, Panagiotidou S, Hatziagelaki E, Stewart JM, Conti P, Theoharides TC. Gut-microbiota-brain axis on neuropsychiatric disorders with suspected immune dysregulation. *Clin Ther* 2015; 37(5): 984–95.
3. Carletto S, et al. The efficacy of Mindfulness Based Intervention for depressive symptoms in patients with Multiple Sclerosis and their caregivers: study protocol for a randomized controlled clinical trial. *BMC Neurology* 2016; 16: 7.

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

² Klinički bolnički centar Rijeka

E-adresa: nina.basic@hi.t-com.hr

ORCID: Nina Bašić, <https://orcid.org/0000-0001-6296-6394>

DVOSTRUKA DIJAGNOZA U PSIHIJATRIJI – IZAZOV U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU

Hrvoje Tiljak¹

SAŽETAK

Dvostruka dijagnoza u psihijatriji se definira kao pojava dvaju razlicitih psihijatrijskih poremećaja kod jednog pacijenta. Najčešće se govori o razvijenoj bolesti ovisnosti o nekoj kemijskoj psihotaktivnoj supstanciji i istovremenom postojanju drugog poremećaja mentalnog zdravlja. Tipičan je primjer razvoj alkoholizma uz depresivni poremećaj, pri čemu se pojavnost alkoholizma može shvatiti kao pogrešan pokušaj automedikacije alkoholom. Već se iz tog primjera može shvatiti kompleksnost pristupa dvostrukoj dijagnozi. Otvara se pitanje koji je poremećaj nastao prvi i postoji li uopće uzročno-posljedična povezanost obaju poremećaja. Pitanje nije samo hipotetsko zbog važnosti terapijskog pristupa, odnosno izbora u kojem smjeru treba planirati liječenje. Istovrsna pitanja javljaju se kod drugih sličnih stanja. Somatoformni poremećaji i psihorganski poremećaji koji zadiru u neurološku i somatsku problematiku također predstavljaju dijagnostički i terapijski problem. Specifičan problem nastaje kada se poremećaji javljaju s odmakom, preklapaju se samo u određenom vremenskom periodu, izmjenjuju se tijekom vremena recidivirajući istovremeno ili nepredvidivim sljedom. Nadalje, problem čini ispreplitanje terapijskog pristupa, medikamentne intervencije ili psihoterapijskih intervencija koje mogu konkurirati jedna drugoj zbog različitosti poremećaja/dijagnoza koje se nastoje liječiti. Za obiteljskog liječnika osobit problem može nastati pri upitanju obiteljske problematike u psihijatrijski poremećaj. Kada terapijska jedinica postane par ili obitelj, dvostruka dijagnoza jednog pacijenta multiplicira se kako u dijagnostičkom, tako i u terapijskom pristupu. Zaključno se može reći da problematika dvostrukе dijagnoze predstavlja izazov u definiranju radi li se o komorbiditetu ili multimorbiditetu. Pristup dvostrukoj dijagnozi kao komorbiditetu traži izbor prioritetne bolesti i primarno usmjerjenje prema poremećaju/bolesti koju se smatra polaznom. Pristup dvostrukoj dijagnozi kao multimorbiditetu traži da se podjednaka pozornost usmjeri prema liječenju obiju bolesti/poremećaja s izborom prioriteta koji se s vremenom mogu mijenjati. Liječnik obiteljske medicine dobro je upućen u oba pristupa, ali se češće bavi pojavnosću dviju ili više organskih bolesti. Potrebno je uočiti da se istim principima treba voditi u pristupu dvostrukoj dijagnozi u psihijatriji.

Ključne riječi: dvostruka dijagnoza, obiteljska medicina, psihijatrija, dijagnostika, terapija

¹ Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

PROBIR MENTALNIH POREMEĆAJA U OBITELJSKOJ MEDICINI – U ČEMU JE PROBLEM?

Hrvoje Tiljak,¹ Tea Vukušić Rukavina²

SAŽETAK

Pristup moderne medicine u brojnim je bolestima usmjeren ka ranom otkrivanju poremećaja kako bi se pravovremenom intervencijom prevenirao puni razvoj bolesti i odgodio razvoj komplikacija bolesti. Tipičan primjer su kardiovaskularne bolesti: traganjem za rizičnim čimbenicima za razvoj bolesti u općoj populaciji dolazi se do ranog prepoznavanja rizika za zdravlje na koje je moguće djelovati. Djelovanjem na rizične čimbenike nastoji se spriječiti razvoj pune bolesti i odgoditi pretpostavljene teške posljedice bolesti. U kardiovaskularnim bolestima taj se princip pokazao djelotvornim i u potpunosti je izmjenio ulogu i djelovanje svih medicinskih profesionalaca, a posebice liječnika primarne zdravstvene zaštite. U psihijatriji takav princip još nije ušao u svakodnevnu praksu. Pomaci u modernoj psihijatriji su brojni. Razvoj potentne medikamentne terapije doveo je ne samo do ukidanja restriktivne psihijatrije nego i do osiguranja značajne funkcionalnosti za većinu psihijatrijskih bolesnika. Razvoj cijele palete psihoterapijskih nemedikamentnih intervencijskih mogućnosti doveo je do liječenja brojnih poremećaja psihološke i psihijatrijske prirode. S druge strane, moderna psihologija i psihijatrija sposobne su ponuditi različite oblike pomoći u očuvanju i unaprjeđenju mentalnog zdravlja namijenjene osobama koje nemaju poremećaja. Čini se da moderna psihijatrija zaostaje samo na jednom mjestu – ranom otkrivanju poremećaja koji potencijalno predstavljaju veliku opasnost za zdravlje osobe i njezine okoline. Problem nije jednostavan i nije isključivo u djelokrugu medicinske profesije. Pitanje ranog prepoznavanja rizika za zdravlje u psihijatriji usko je vezano za prepoznavanja stilova života koji uvode osobu u mogući razvoj bolesti. Vezano je i uz moguće ograničavanje slobode u ponašanju, govoru, radu, javnom djelovanju i slično. Zakonom zajamčene demokratske slobode, zaštita prava osoba s mentalnim poremećajima, općeprihváćena društvena tolerancija i solidarnost ograničavaju mogućnost djelovanja medicinskih profesionalaca u probiru rizičnih ponašanja i ranih znakova poremećaja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i psihijatara potrebno je tražiti nova rješenja, odnosno definirati osnovicu na kojoj će se u budućnosti moći djelovati pravovremeno i na pravi način.

Ključne riječi: psihijatrija, obiteljska medicina, mentalni poremećaji, rizici za zdravlje, probir

¹ Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Katedra za medicinsku sociologiju i ekonomiku zdravstva, Škola narodnog zdravlja „Andija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

SEKSUALNA TERAPIJA U OSOBA S MULTIMORBIDITETOM – VAŽNOST BIOPSIHOSOCIJALNOG PRISTUPA

Goran Arbanas¹

SAŽETAK

Osobe s multimorbiditetom imaju značajno veću prevalenciju seksualnih poremećaja od opće populacije. Uzroci su brojni: biološki (različite tjelesne i psihičke bolesti, kao i lijekovi i metode koje se primjenjuju u njihovu liječenju, povećavaju rizik od seksualnih problema), psihološki (stres nošenja s kroničnom bolesti, osobito multimorbiditetom; anksioznost kao pratitelj bolesti) i socijalno-kulturološki (uloga bolesnika, promijenjeni odnosi u partnerstvu i obitelji). Upravo zbog toga i postupanje i liječenje seksualnih problema osoba s multimorbiditetom treba uključivati sve navedene razine. Seksualno funkciranje osoba (s multimorbiditetom) možemo razumjeti kao (ne)ravnotežu ekscitirajućih i inhibirajućih čimbenika, od kojih obje skupine čimbenika mogu biti na biološkoj, psihološkoj i sociokulturalnoj razini. Stoga i postupanje i liječenje ovih osoba može uključivati različite tehnike (pojačanje eksitirajućih elemenata – npr. primjena testosterona ili utjecaj na dopamin, poticanje istraživanja i novena u seksualnom životu ili umanjivanje inhibirajućih elemenata – npr. blokada serotonina, umanjivanje ili uklanjanje anksioznosti, borba protiv dosade i rutine). Poboljšanje komunikacije partnera o seksualnim potrebama, željama i očekivanjima, kao i poticanje istraživanja novih oblika seksualnosti (uključujući i seksualne igračke), ima pozitivan učinak na zadovoljstvo seksualnim životom. Zbog socioekonomskih stavova i predrasuda prema različitim skupinama ljudi stručnjaci često zaboravljaju na seksualnost osoba s invaliditetom, starijih osoba, ali i osoba s multimorbiditetom. Liječnici često ne pitaju osobe koje boluju od više kroničnih bolesti o njihovoj seksualnosti. Tu je posebna uloga liječnika obiteljske medicine, koji je u prvom i najbljižem kontaktu s ovim ljudima, da otvorí temu seksualnosti te da iskoristi svoju poziciju i pomogne im korištenjem znanja iz seksualne medicine i savjetovanja. Producenje životnoga vijeka i sve veće mogućnosti liječenja različitih bolesti dovodi do sve većeg broja osoba s komorbiditetom, a sve je veće i očekivanje u pogledu očuvanja njihove seksualnosti i seksualnog života. Uloga je svakog liječnika da im u tome i pomogne.

LITERATURA

1. Hall KSK, Graham CY. *The cultural context of sexual pleasure and problems: psychotherapy with diverse clients*. Routledge, New York & London, 2013.
2. Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H. *The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology*. European Federation of Sexology, European Society for Sexual Medicine, Medix, Amsterdam, 2013.
3. Arbanas G, Brajković L, Jurin T, Buhač I, Jakševac Mikša M. *Ljekarnička skrb za pacijente s poremećajem seksualnog zdravlja*. Hrvatsko društvo za seksualnu terapiju, Zagreb, 2014.

¹ Klinika za psihijatriju Vrapče
E-adresa: goran.arbanas@bolnica-vrapce.hr
ORCID: Goran Arbanas, <https://orcid.org/0000-0002-2770-0942>

„JUTRO POČINJE SA ŠARENIM BOMBONIMA“: POLIMEDIKACIJA/POLIPRAGMAZIJA I SEKSUALNA FUNKCIJA U OSOBA S MULTIMORBIDITETOM

Nataša Mrduljaš-Đurić^{1,2}

SAŽETAK

Uvod: Polimedikacija/polipragmazija pojmovi su koji se najčešće vezuju za osobe koje boluju od više kroničnih bolesti istodobno (osobe s multimorbiditetom). U literaturi polimedikacija se definira kao uzimanje više od četiriju lijekova istodobno. Moguće nuspojave rastu s brojem primijenjenih lijekova. Seksualnost čini bitnu odrednicu kvalitete života većine ljudi, čak i u starijoj dobi, u kojoj je polimedikacija česta pojava.

Cilj: Upozoriti na seksualne disfunkcije kao moguće posljedice polimedikacije.

Ispitanici i metode: U radu je istražena recentna literatura povezana s utjecajem lijekova na seksualnu funkciju.

Rezultati: Lijekovi mogu utjecati na poremećaj svih faza seksualnog odgovora: želju, uzbudjenje i orgazam – ejakulaciju. Seksualna disfunkcija može se javiti kao nuspojava liječenja mnogih bolesti, prije svega u liječenju kardiovaskularnih, psihijatrijskih bolesti, epilepsije i kronične boli. Kod većine navedenih stanja vrlo često je teško razlikovati je li i u kojoj mjeri SD posljedica osnovne bolesti, kao dio kliničke slike ili liječenja.

Zaključak: Seksualne nuspojave lijekova mogu se izbjegći ako znamo uzrokuje li određeni lijek seksualne smetnje i koju vrstu nuspojava možemo očekivati. Obveza je svakoga liječnika tijekom liječenja rutinski pitati bolesnika o njegovim seksualnim funkcijama i eventualnim poteškoćama, posebno zato što pacijenti uglavnom nisu skloni sami započinjati razgovor o seksualnom zdravlju i seksualnim problemima.

Ključne riječi: polimedikacija, seksualna disfunkcija, multimorbidnost, nuspojave lijekova

LITERATURA

1. Baumhäkel M, Schlimmer N, Kratz M, Hackett G, Jackson G, Böhm M. Cardiovascular risk, drugs and erectile function – a systematic analysis. *Int J Clin Pract* 2011; 65: 289–98.
2. Mesa N, de la Oliva J, Bagney A, Jimenez-Arriero MA, Rodriguez-Jimenez R. Dopamine partial agonism in antipsychotic-induced sexual dysfunction. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41: 130–2.
3. Yang Y, Wang X. Sexual dysfunction related to antiepileptic drugs in patients with epilepsy. *Expert Opin Drug Saf* 2016; 15: 31–42.

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Postira, otok Brač

² Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
E-adresa: md.natasa@gmail.com

SALUTOGENEZA

Stanka Stojanović Špehar^{1,2}

SAŽETAK

Salutogeneza je pojam koji je uveo Aaron Antonovsky, medicinski sociolog, u kasnim sedamdesetim godinama 20. stoljeća na temelju svojih istraživanja teorije stresa (kako prevladati stres i ostati dobro). Pojam opisuje pristup usmjeren na čimbenike koji potiču zdravlje i sveopće blagostanje (salutogeneza) za razliku od pristupa usmjernog na čimbenike koji uzrokuju bolest (pato-geneza), tj. 'health-ease versus dis-ease continuum'. Salutogeni model objašnjava odnos zdravlja, stresa i mehanizma suočavanja. Mogućnost shvaćanja cijele situacije i kapaciteti za korištenje postojećih resursa naziva se osjećaj koherencnosti (engl. *sense of coherence* – SOC). SOC je kombinacija sposobnosti procjene i razumijevanja postojeće situacije (razumljivost, engl. *comprehensibility*), pronalaženja smisla i svrhe za očuvanjem zdravlja (smislenost, engl. *meaningfulness*) te postojanje kapaciteta da se to ostvari (ostvarljivost, engl. *manageability*). Po Antonovskome najbitnija je smislenost. Ako osoba vjeruje da nema razloga da opstane i preživi i suoči se s izazovima, ako nema osjećaj da to ima smisla, neće imali ni motivaciju da procijeni i riješi postojeći dogadaj. Model odgovara na pitanje kako ljudi unatoč stresu i poteškoćama ostaju dobro.

Zaključak (praktična primjena): SOC se ne odnosi samo na pojedince, nego i na interakciju između ljudi i struktura društva, a isto tako se može primijeniti multidisciplinarno. Upitnik životne orientacije (engl. *The life orientation questionnaire*) instrument je koji procjenjuje SOC (SOC-29, SOC-13). SOC upitnik čini se primjenjiv u različitim kulturama za mjerjenje sposobnosti ljudi za očuvanje zdravlja unatoč stresu.

Ključne riječi: salutogeneza, osjećaj koherencnosti, stres

LITERATURA

1. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
2. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
3. Lindström B, Eriksson M. Professor Aaron Antonovsky (1923–1994): the father of the salutogenesis. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 511.

¹ Specijalistička ordinacija doc. dr. sc. Stanka Stojanović Špehar, spec. obiteljske medicine

² Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

E-adresa: ssspehar1@inet.hr

ORCID: Stanislava, Stojanović Špehar, <http://orcid.org/0000-0001-9063-2586>

PROCJENA KVALITETE ŽIVOTA HIPERTENZIVNIH BOLESNIKA S MULTIMORBIDITETOM WHOQOL-BREF UPITNIKOM

Ivana Kelava,^{1,4} Vedran Karabeg,^{2,4} Tamara Kovačić,^{1,4}
Stanislava Stojanović Špehar^{3,4}

SAŽETAK

Uvod: Pojam kvalitete života predstavlja višestruku biopsihosocijalnu kategoriju, a kriterij procjene nisu samo klinički parametri, već i subjektivni doživljaj zdravlja samog bolesnika. Kronične bolesti smanjuju kvalitetu života. Brojna ispitivanja upućuju na visoku prevalenciju psihičkih poremećaja u kroničnih somatskih bolesnika, a najčešći su depresija i anksioznost. Depresija u kroničnih tjelesnih bolesnika povećava morbiditet i mortalitet te utječe na stopu suicida, koja je nekoliko puta veća nego u općoj populaciji.

Cilj: Usporediti kvalitetu života bolesnika samo s hipertenzijom u odnosu na bolesnike s hipertenzijom koji kao komorbiditet imaju preboljeli kardiovaskularni incident i depresiju ili anksiozni poremećaj.

Ispitanici i metode: Prospektivno presječno istraživanje provedeno je tijekom prosinca 2017. godine u četirima ordinacijama obiteljske medicine WHOQOL-BREF upitnikom. Uzorak su činila 162 bolesnika s dijagnozom hipertenzije, od kojih je njih 112 imalo samo hipertenziju, 50 ih je uz hipertenziju imalo i preboljeli kardiovaskularni incident, a 36 bolesnika uz hipertenziju imalo je i depresiju ili anksiozni poremećaj.

Rezultati: Niti u jednoj od ispitivanih kategorija (fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i zadovoljstvo okolinom) nije bilo statistički značajne razlike između hipertoničara i hipertoničara s kardiovaskularnim incidentom. Hipertoničari koji su imali kao komorbiditet depresiju procijenili su opću kvalitetu svog življenja slabijom ($p = 0,009$) u odnosu na hipertoničare bez depresije. Hipertoničari s depresijom osjećali su se lošije fizički ($p < 0,001$) i psihički ($p = 0,048$), i manje su zadovoljni svojom okolinom ($p = 0,034$). Također je pronađena statistički značajna razlika između pojedinih pitanja unutar skupina (bol, ovisnost o medicinskom tretmanu, uživanje u životu, smisao života, energija, zadovoljstvo fizičkim izgledom, pokretnost, zadovoljstvo sobom, odnos s bliskim osobama, obavljanje svakodnevnih aktivnosti, negativni osjećaji).

Zaključak: Za razliku od literature, u našem istraživanju nismo našli razliku u kvaliteti života između bolesnika samo s hipertenzijom i hipertoničara s preboljelim kardiovaskularnim incidentom. Međutim, hipertoničari s depresijom imaju lošiju kvalitetu života u odnosu na cijelu skupinu hipertoničara unutar koje su i oni s preboljelim kardiovaskularnim incidentom. Rezultati dosad provedenih studija pokazuju da učinkovitim i dovoljno dugim liječenjem depresije dolazi do poboljšanja kvalitete života kroničnih bolesnika. Slijedom toga neophodan je aktivniji multidisciplinarni pristup u prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju depresije kod kroničnih somatskih bolesnika.

¹ Ordinacija obiteljske medicine Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Gandhijeva 5, Zagreb

² Ordinacija obiteljske medicine Dom zdravlja Zagreb-Centar, Kruse 44, Zagreb

³ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine doc. dr. sc. Stanislava Stojanović-Špehar, spec. obiteljske medicine, Zagreb

⁴ Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: ivana.kelava@yahoo.com

ORCID: Ivana Kelava, <http://0000-0001-8290-7447>

Ključne riječi: kvaliteta života, hipertenzija, kardiovaskularne bolesti, depresija

LITERATURA

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334: 835–42.
2. World Health Organization. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine* 1998; 28(3): 551–8.
3. Khaw WF, Hassan STS, Latiffah AL. Health-related Quality of Life among Hypertensive Patients Compared with General Population Norms. *Journal of Medical Science* 2011; 11: 84–9.

MALIGNI NEUROLEPTIČKI SINDROM

Svetlana Šupe¹

SAŽETAK

Maligni neuroleptički sindrom (MNS) rijetka je i potencijalno fatalna komplikacija neuroleptičke terapije i lijekova koji imaju antagonistički učinak na središnji dopaminergički sustav, uzrokujući depleciju dopamina. MNS je oblik idiosinkrazije, njegova pojava nije vezana niti uz dozu niti koncentraciju primjenjenog lijeka u krvi. Početak je obično unutar dva tjedna od uvođenja terapije, nakon povećanja doze ili naglog ukidanja neuroleptičke terapije ili dopamimetika (levedopa), antiemetika (metoklopramid) ili GABA-antagonista (Baklofen). MNS se može razviti i nakon dugogodišnje stabilne doze neuroleptika, nekih antidepresiva (fluoxetin) i, paradoksalno, nakon zlouporabe amfetamina ili kokaina. Klasična trijada MNS-a uključuje:

- 1) simptome poremećaja ekstrapiramidnog sustava (ekstremni rigor, tremor)
- 2) poremećaj svijesti (konfuzija, agitacija, delirij, koma)
- 3) autonomni instabilitet (hipertermija, hiperhidroza, aritmije, poremećaj tlaka).

Predisponirajući čimbenici su fizička iscrpljenost, dehidracija, manjak željeza, hiper- i hipometabolička stanja (tireotoksikoza, hipotiroidizam) povezana s organskim oštećenjem mozga, visoke doze ili kombinacija više neuroleptika te primjena depo preparata.

Značajna je uloga LOM-a u praćenju bolesnika s raznim psihiatrijskim i neurološkim poremećajima koji tijekom uvođenja ili promjene doze lijeka preporučene od specijalista (psihiyatru, neurologu) mogu razviti simptome MNS-a. Stoga je važno pažljivo praćenje u suradnji s obitelji u ranom prepoznavanju pojave simptoma tog potencijalno fatalnog poremećaja koji iziskuje hitnoču u prepoznavanju, dijagnostici i terapijskom pristupu.

Ključne riječi: maligni neuroleptički sindrom

¹ Klinika za neurologiju KBC Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
E-adresa: ssupe2@hotmail.com

DOCENDO DICSIMUS

Continuing Medical Education for GPs: challenges and experience

Lyubima Despotova-Toleva,¹ Lyubomir Kirov¹

ABSTRACT

By teaching we learn. Human history has no reverse gear, but the stream of time for thousands of years has proven postulates which will be valuable and valid in the distant future, too. The living beings possess amazing mechanisms to transmit acquired qualities and knowledge to the next generations (epigenetics).

The development of medical sciences and technologies is going faster and faster and a number of challenges appear with every step forward. Health is the most important part of human well-being and the GPs are the key persons. But are they capable of dealing with the expanding amount of knowledge, drugs, technologies etc?

What are the current challenges in maintaining their professionalism, knowledge and skills? Some challenges are common, some of them are not. We are focusing on:

- The changing patient
- The changing GP.
- National features
- Features of the societies, National health care systems etc.
- Challenges coming from the development of science and medicine
- Motivating GPs
- E-education and e-science in General Practice/family medicine

Our efforts are devoted to use and adapt different innovative forms of continuing medical education to meet the educational needs of GPs in modern environment and prepare them for their work in the future. We focus on modern textbooks, manuals, tests, articles, discussions, main and topic related courses, all of them available both printed and online, interactive, attractive and useful; websites and sub-sites with especially designed materials, symposia, conferences and congresses. All these activities are not isolated or separate, but interrelated and framed, thoughtfully based on strategy and tactics. Here we present our analysis and achievements in the CME for GPs.

¹ Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria
E-mail:unimed@plov.omega.bg.

SMOKE FREE BRAIN: BULGARIAN PILOT STUDY

L. Despotova-Toleva,¹ L Kirov,¹ M Orbetzova,¹ E Mushanov,¹
L Toneva,¹ Hristos Dimitrov¹

ABSTRACT

Smoking is the largest avoidable cause of preventable morbidity worldwide. It causes most of the cases of lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and contributes to the development of other lung diseases. SmokeFreeBrain aims to address the effectiveness of a multi-level variety of interventions aiming at smoking cessation in high risk target groups within High Middle Income Countries (HMIC) such as unemployed young adults, COPD and asthma patients, as well as within the general population in Low Middle Income Countries (LMIC). The project addresses the existing approaches aiming to prevent lung diseases caused by tobacco while at the same time it develops new treatments and analyzes their contextual adaptability to the local and global health care system. SmokeFreeBrain follows an interdisciplinary approach exploiting consortium's expertise in various relevant fields in order to generate new knowledge. State of the art techniques in toxicology, pulmonary medicine, neuroscience and behavior will be utilized to evaluate the effectiveness of: public Service Announcement (PSA) against smoking, the use of electronic cigarettes with and without nicotine as a harm reduction approach and/or cessation aid, a specifically developed neurofeedback intervention protocol against smoking addiction a specifically developed intervention protocol based on behavioral therapy, social media/mobile apps and short text messages (sms) and pharmacological interventions. The Pilot study scope: We investigated the effect of motivation for smoking cessation. Place: The pilot took place in Bulgaria, organized by the National association of GPs at some GP practices. Which participants were included in the pilot? For how long? Smokers (at least 10 cigarettes/day with no period of abstinence and no more than 3 months after cessation) with C.O.P.D. (at least 10 pack-years), or asthma, and young unemployed adults. We used a special tool-kit of questionnaires to assess the motivation. We suggested a medical examination, a test detecting the CO in the breath exhaled and a spirometry for assessing lungs' need to get rid of tobacco smoke. Then we repeated this two more times in several months in order to detect an improvement as a result of changed smoking habits. Pilot study duration: The pilot recording phase was performed from May 2016 to June 2017. Subject disposition: all subjects completed the visits, no subjects withdrew from the study hence no data is presented about reasons for withdrawal. Population description: no data on ethnicity was collected.

Efficacy analysis: none of the subjects stopped smoking so no analyses of smoking cessation rate were performed. Primary and secondary analyses were performed. Data will be published soon.

¹ Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria
E-mail:unimed@plov.omega.bg.

CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION IN THE FIELD OF FAMILY MEDICINE IN SLOVENIA

Danica Rotar Pavlič¹

ABSTRACT

Every physician or dentist must collect at least 75 credit points for renewal of the license as proof of professional competence at the expiration of seven years. Of this, at least 50 points must be obtained in the professional field for which the license was granted, and at least 5 points in the areas of patient safety and the quality of medical treatment, ethics and communication. Mentors engaged in vocational training must collect more credits than non-mentors. The main mentors for family medicine specialists are appointed by the Medical Chamber of Slovenia, most of them on the proposal of the coordinator for family medicine specialization. The coordinator collects proposals for new main mentors throughout the year. The proposal to the coordinator or the Medical Chamber may be provided by a health centre, another named mentor, or may be proposed by the doctor himself. The conditions for the main mentors are laid down by the Medical Chamber Rules on the types, content and course of specialization of doctors and the Council of the Medical Chamber for education. Three conditions are defined:

- At least 5 years of practical experience in their field after completing a specialist examination.
- At least 50 credits in the last calendar year prior to appointing a mentor.

Requirements determined by a particular profession (for family medicine, regular participation in a training workshop for the main mentors, organized by the Slovenian Association of Family Physicians in cooperation with the Chamber.

Within the framework of CME, the Association of Family Physicians of the Slovenian Medical Association participates in the preparation of a proposal for a professional medical doctrine in the field of family medicine in cooperation with the Family Medicine Department of the Faculty of Medicine in Ljubljana and Maribor. The Association coordinates, encourages and directs continuous professional education, participates in the preparation of the proposal of the content of postgraduate education and training and the permanent professional education of doctors in the field of family medicine. The Association is responsible for the planned and coordinated permanent professional education, training in the field of family medicine and leads, organizes or participates in the implementation of CME. There is a long tradition of CME program, there are 43 meetings of teams in primary care for example. Conferences and workshops are taking place though all the year in different regions in Slovenia. We created on-line educational program – E-medicina as well.

¹ Department of Family Medicine, Medical Faculty, University of Ljubljana
E-mail: danica.rotar@gmail.com

KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA IZ OBITELJSKE MEDICINE U TUZLANSKOM KANTONU

Olivera Batić-Mujanović^{1,2}

SAŽETAK

Uvod: Kontinuirana medicinska edukacija (KME) jest proces kojim obiteljski liječnici i drugi zdravstveni djelatnici sudjeluju u aktivnostima osmišljenima za potporu njihovu stalnom profesionalnom razvoju. Aktivnosti proizlaze iz više obrazovnih domena, usmjerenе su na one koji se educiraju i podržavaju sposobnost tih stručnjaka za pružanje visokokvalitetne, sveobuhvatne i kontinuirane skrbi pacijentu, javnosti i svojoj struci.

Cilj: Evaluirati oblike KME-a u Tuzlanskom kantonu (TK), Federacija Bosne i Hercegovine.

Rezultati: Nekoliko oblika KME-a za liječnike obiteljske medicine prisutno je u TK-u, a oni uključuju sljedeće: stručne sastanke koje organizira Udruženje porodičnih ljekara Federacije Bosne i Hercegovine, podružnica Tuzla (organizirani stručni sastanci najmanje četiri puta godišnje na kojima se prezentiraju po dvije teme relevantne za obiteljsku medicinu. Ovi stručni sastanci organiziraju se u suradnji s farmaceutskom kućom koja je zlatni sponzor Udruženja.); stručne sastanke i radionice za obiteljske liječnike koje organiziraju druge farmaceutske kompanije; stručne sastanke koje organiziraju domovi zdravlja u TK-u u suradnji s Ljekarskom komorom TK-a jednom mjesečno; Program dodatne edukacije iz obiteljske medicine (PAT) i projekt Svjetske zdravstvene organizacije „Menadžment i procjena kardiovaskularnog rizika“ (CVRAM) za timove obiteljske medicine koje implementira Ministarstvo zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine; stručne sastanke i edukacije koji se organiziraju u suradnji s Ljekarskom komorom TK-a (tečajevi ultrazvuka, kardiopulmonalne reanimacije i sl.). U skorije vrijeme zaživjela je i elektronička kontinuirana medicinska edukacija (e-KME).

Zaključak: Buduće aktivnosti vezano za KME trebale bi se usredotočiti na praktičnu primjenu interpersonalnih i organizacijskih pristupa za poboljšanje zdravstvene skrbi pacijenata u obiteljskoj medicini.

Ključne riječi: kontinuirana medicinska edukacija, Tuzlanski kanton

LITERATURA

1. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner Guide to the Evidence. JAMA. 2002; 288(9):1057–60. doi:10.1001/jama.288.9.1057

¹ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, Tuzla, Bosna i Hercegovina

² Edukativni centar porodične medicine, Dom zdravlja Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

E-adresa: oliverabaticmujanovic@yahoo.com

ORCID: Olivera Batić-Mujanović, <http://www.orcid.org/0000-0002-1002-0692>

KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA U PORODIČNOJ MEDICINI

Maja Račić¹

* Tekst je donesen u izvorniku.

SAŽETAK

Kroz sistem kontinuirane medicinske edukacije obezbeđuju se da najnovija znanja i najsavremeniji tretmani budu prenesene zdravstvenim radnicima. Najrasprostranjeniji način prenošenja znanja je preko različitih seminara, stručnih skupova i kurseva, čiji polaznici, u zavisnosti od nivoa i obima prezentiranih znanja kao i postojanja provere stečenih znanja, dobijaju određeni broj kredita. Krediti se evidentiraju i sabiraju sa prethodno stečenim kreditima. Svaki ljekar ima obavezu da u određenom vremenskom periodu sakupi odgovarajući broj kredita kako bi mogao da nastavi sa obavljanjem svoje prakse. Ljekari porodične medicine su konstatovali da aktivnosti profesionalnog razvoja treba da budu formalizovane, a proces učenja prilagođen potrebama stanovništva i sadašnjem modelu pružanja zdravstvenih usluga. Pored toga, smatraju da se krediti moraju ostvariti ispunjavanjem obrazovnih ciljeva, a ne samo fizičkim prisustvom. Zbog opterećenja ljekara i malo vremena namijenjenog CPD-u, smjernice i elektronsko učenje se predlažu kao moguće alternative za učenje licem u lice.

¹ Univerzitet u Istočnom Sarajevu

KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA U CRNOJGORI

Milena Cojić,^{1,2} Draginja Radunović¹

* *Tekst je donesen u izvorniku.*

SAŽETAK

Republika Crna Gora se 2003. godine uključila u jedinstveni međunarodni proces ostvarivanja dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravlje za sve u XXI vijeku”. U okviru tog procesa sprovedena je Reforma primarne zdravstvene zaštite i edukacija medicinskog kadra na primarnom nivou. Nakon uvođenja reforme dalja edukacija medicinskog kadra na primarnom nivou kao i na drugim nivoima zdravstvene zaštite u Crnoj Gori sprovedena je stihijski, neplanirano i isključivo pod okriljem ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, nekoliko bolnica i Kliničkog Centra Crne Gore. Krajem 2015. godine Ministarstvo zdravlja usvojilo je Plan kontinuirane medicinske edukacije po kom su po prvi put u primarnoj zdravstvenoj zaštiti organizovani kursevi kontinuirane medicinske edukacije prilagođeni ljekarima opšte/porodične medicine. Iako je proces nakon nekoliko sprovedenih kurseva zaustavljen birokratskim preprekama, postavio je temelje efektnijem edukovanju ljekara na primarnom nivou i dao pravilne smjernice o njegovom sprovođenju u budućnosti.

Ključne riječi: kontinuirana medicinska edukacija, primarna zdravstvena zaštita, plan edukacije

¹ Health Centre Podgorica

² The Faculty of Medicine Podgorica, the University of Montenegro

KONTINUIRANA MEDICINSKA EDUKACIJA U SRBIJI

Slavoljub Živanović¹, Suzana Stanković²,
Dragana Trifunović Balanović³

* Tekst je donesen u izvorniku.

ABSTRAKT

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici imaju pravo i dužnost da u toku rada se stručno usavršavaju radi održavanja i unapređenja kvaliteta svoga rada. Obavezni su da u okviru kontinuirane medicinske edukacije (KME) prikupe 140 bodova u toku 7 godina kako bi obnovili licencu za rad. Kontinuirana edukacija podrazumeva: Aktivno i pasivno učešće na stručnim sastancima, seminarima, simpozijumima, kursevima i kongresima; Objavljivanje naučnih i stručnih članaka u stručnim i naučnim časopisima - publikacijama; Rešavanje testova u pisanoj formi ili on line; Studijski boravak; Usavršavanje u okviru poslediplomskih studija i zdravstvenih specijalizacija. Zahtev za akreditovanje programa kontinuirane edukacije podnosi se Zdravstvenom savetu Srbije preko nadležne komore zdravstvenih radnika na osnovu javnog poziva koji se objavljuje na internet stranici zdravstvenog saveta Srbije i nadležnih komora, najmanje četiri puta godišnje. Pravilnikom o bližim uslovima za sprovođenje kontinuirane edukacije za zdravstvene radnike I zdravstvene saradnike ("Sl. glasnik RS", br. 2/2011 i 23/2016) utvrđuju se vrsta, programi, način, postupak i dužina trajanja KME, ustanove i udruženja koja mogu sprovoditi postupak KME, kriterijumi na osnovu kojih se vrši akreditacija programa KME, kao i druga pitanja od značaja za sprovođenje KME za zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike-o čemu će detaljnije biti reči na samom okruglom stolu. Zdravstveni savet vrednuje svaki prijavljeni program kontinuirane edukacije određivanjem odgovarajućeg broja bodova i nadležan je za praćenje kvaliteta izvođenja akreditovanih programa kontinuirane edukacije. Pod ovim uslovima i uz kontrolu Zdravstvenog saveta i nadležnih komora, KME u Srbiji se sprovodi od 2011 godine.

¹ Prim. Spec. opšte medicine, subspec gerontologije Slavoljub Živanović

² Prim dr sci med spec opšte medicine Suzana Stanković

³ Prim spec opšte medicine Dragana Trifunović Balanović

CONTINUING MEDICAL EDUCATION IN PORTUGAL

Jaime Correia de Sousa^{1, 2, 3}

The Portuguese Medical Association is the authority responsible for CME in Portugal. CME is not mandatory in Portugal and there is no mandatory recertification.

CME is considered as a way of reaching high quality medical practice and is considered an ethical obligation.

For the majority of physicians employed by the Portuguese NHS, a more structured CME is mandatory in order to progress to the next step up the professional career ladder, which provides a higher income.

Several organisations produce recommendations for the structure and content, but no single unified organisation is monitoring and certifying CME.

¹ President of the International Primary Care Respiratory Group

² Associate Professor, School of Health Sciences University of Minho, Portugal

³ Family Physician, Horizonte Family Health Unit, Matosinhos Health Centre - Porto, Portugal

ACTIVITY OF THE DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE, CAROL DAVILA – UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Gabriel Cristian Bejan,¹ Mihaela Adela Iancu,¹ Dumitru Matei¹

* This text is not proofread.

ABSTRACT

The department of Family Medicine at Carol Davila – University of Medicine and Pharmacy provides primary care undergraduate and postgraduate education, research and clinical services to enhancing the health of individuals, families, populations, and communities. The Family Medicine is the main field which provides primary health care by prophylactic , curative, recoverable and palliative actions addressed to the individual and the whole community. The undergraduate education The Family Medicine Modul is in the sixth year, during 3 weeks (30 hours -course, 45 hours-bedside teaching) Students have 2 hours daily of lecturer and 3 hours daily of practical demonstration in medical offices of the assistant professors of family medicine. The final exam consist in one part in the medical office and another part with ten open questions. In this year we have about 1500 stundents in Romanian language and 100 students in English language. The postgraduate training activity in Family Medicine residency must meet the challenges of European Union both in training and quality. The duration of Family Medicine residency is 4 years. Now we have 240 residents. Curriculum of Family medicine includes: a) prevention aspects (vaccines, the medicine of the healthy human being, the identification and the fighting against risk factors, the family planning and contraception, the supervision of the pregnant woman, the special supervision of the new born child), b) the curative activity (the complete approach of the patient, learn about clinical examination, the possibilities of diagnosis and ambulatory treatment, the main disease of the children, adults and the geriatry problems, the palliative therapies in the terminal illness), c)the medical care of the family, the medical care of the collectivity ,the problems of social pathology. The activity of The Family Medicine Department in residency consists in: the taking part in the making questions and the developing examination for the Medical Family residents.

- The evidence of all Family Medicine residents from Bucharest.
- MF specialized courses, weekly, distinct for the first and third year.
- Seminars, reports, meetings for discussion about medical cases.
- A yearly conference organized by Family Medicine Department with important part for resident doctors.
- a web site where the residents can learn online the family medicine aspects (e-learning)
- Examinations at the end of Family Medicine module.
- Exams for getting the specialist medic licence

The continuing medical education with family doctors consists in many

- national courses for General Practitioners (about prevention aspects and curative activity, with practical aspects of family practice)
- workshop for family doctors, monthly
- A yearly Conference organized by Family Medicine Department
- Quality Assurance for General Practitioners/ Family Physicians.

The family doctors can earn the CME credit system that them need on their schedule yearly by courses, online learning, attending conferences or publishing articles in medical journals.

¹ Family Medicine at Carol Davila – University of Medicine and Pharmacy

PRIKAZI SLUČAJA

BOLESNICA SA SISTEMSKIM ERITEMATOZNIM LUPUSOM, PRIMARNOM HIPERTENZIJOM, HIPERLIPIDEMIJOM I EPILEPSIJOM

Ivan Banovac,¹ Ivančica Peček^{2,3}

SAŽETAK

Sistemski eritematozni lupus (SLE) upalna je bolest nepoznate, vjerojatno autoimune etiologije, koja zahvaća više organskih sustava i očituje se kroničnim tijekom s remisijama i egzacerbacijama. U sklopu SLE-a može se razviti i antifosfolipidni sindrom (APS) – prokoagulantno stanje koje se očituje ponavljajućim venskim i arterijskim trombozama. Važnost ovog stanja velika je u pacijenata s multimorbiditetom, osobito onih s hipertenzijom i hiperlipidemijom, koji su dodatni rizični čimbenici za nastanak tromboza. Cilj ovog rada bio je prikazati slučaj bolesnice koji je značajan s obzirom na to da pokazuje patofiziološku povezanost raznovrsnih bolesti i terapijske mogućnosti u takvih pacijenata.

Prikaz slučaja

Šezdesetrogodišnja bolesnica boluje od SLE-a s APS-om, primarne arterijske hipertenzije, hiperlipidemije i epilepsije. Bolesnica je kao komplikaciju SLE-a i arterijske hipertenzije razvila kronično bubrežno zatajenje 3. stupnja (procijenjena glomerularna filtracija, eGFR, 47 mL/min/1,73 m²), a potom i perikarditis u studenome 2016. U sklopu APS-a u bolesnice je nastupila kvadrantopsija lijevo gore nazalno zbog okluzije ogranka arterije centralis retinae, a u prosincu 2017. pojavile su se i manifestacije tranzitorne ishemijske atake (TIA). Hiperlipidemija i epilepsija u bolesnice su dobro regulirane, a SLE je doveden u fazu remisije. Bolesnica u stalnoj terapiji za SLE uzima metilprednizolon, za arterijsku hipertenziju perindopril, indapamid, lerkanidipin i moksonidin, za hiperlipidemiju atorvastatin te karbamazepin za epilepsiju. Zbog APS-a uzima varfarin kojim bolesnica uglavnom ne dostiže terapijske vrijednosti protrombinskog vremena (PV) i internacionalnog normaliziranog omjera (INR), što je i vjerojatni uzrok pojave trombotičnih incidenata.

Zaključak

APS koji se može razviti u sklopu SLE-a predstavlja velik problem u bolesnika s komorbiditetima koji povećavaju rizik od tromboze. Osobit problem nastaje u bolesnika s kroničnim bubrežnim zatajenjem u kojih su otežani regulacija krvnog tlaka i provođenje adekvatne antikoagulantne terapije. Također, kortikosteroidna terapija koja se primjenjuje u liječenju SLE-a može smanjiti učinkovitost varfarina i povisiti krvni tlak, a antiepileptici poput karbamazepina smanjuju plazmatsku razinu varfarina. Uloga obiteljskog liječnika kod ovakve bolesnice je titriranje antikoagulantne terapije, smanjivanje čimbenika rizika za trombozu i provođenje redovite kontrole.

Ključne riječi: sistemski eritematozni lupus, antifosfolipidni sindrom, primarna arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, epilepsija

¹ Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, liječnik na pripravničkom stažu

² Dom zdravlja Zagreb-Zapad, ordinacija obiteljske medicine

³ Katedra obiteljske medicine, ŠNZ „Andrija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
E-adresa: banovac.i@gmail.com

BOLESTAN I ZADOVOLJAN

Tamara Kovačić¹

SAŽETAK

Pacijenti s multimorbiditetom česti su u ordinacijama obiteljske medicine. Prepostavlja se da pacijenti stariji od 65 godina imaju prosječno 2,34 kronična stanja. Kvaliteta života predstavlja važnu komponentu ishoda liječenja kod kroničnih bolesnika. Istraživanja povezuju smanjenje kvalitete života kod pacijenata s porastom broja kroničnih bolesti. Cilj ovog rada bio je prikazati pacijenta s multimorbiditetom te istražiti njegovu kvalitetu života korištenjem TBQ upitnika (engl. *Treatment Burden Questionnaire – TBQ*). Tim upitnikom može se procijeniti opterećenje koje nosi zdravstvena zaštita pacijenata i njegov učinak na kvalitetu života, te je prikidan za razne bolesti i metode liječenja.

Prikaz slučaja: Sedamdesetšestogodišnji pacijent javlja se u ordinaciju obiteljske medicine zbog izmjereno visokog tlaka. Prije deset godina dijagnosticirana mu je hipertenzija te propisana terapija koju je samoinicijativno prestao uzimati. Laboratorijskom obradom nađene su visoke vrijednosti glukoze u krvi i prostatna specifična antiga na te se dalnjom obradom postavi dijagnoza šećerne bolesti i karcinoma prostate. Uvedena je peroralna terapija za hipertenziju i šećernu bolest (ramipril/amlodipin, metformin), a karcinom prostate liječi se hormonalnim injekcijama Lupiron - agonist hormona koji potiče lučenje luteinizirajućeg hormona, te radioterapijom. Prilikom CT stimulacije nađeno je zadebljanje sigmoidnog dijela kolona. Kolonoskopijom i patohistološkom analizom verificira se adenokarcinom, koji je operativno liječen uz nastavak liječenja karcinoma prostate po operaciji. Prilikom redovitog pregleda kod obiteljskog liječnika postavi se sumnja na fibrilaciju atrija, a obradom se potvrdi dijagnoza i uvede antikoagulantna terapija varfarinom. Pacijent redovito uzima lijekove uz kontrole bolničkih liječnika i obiteljskog liječnika. Prema TBQ upitniku promjena prehrabnenih navika, uzimanje lijekova, učestale kontrole laboratorijskih nalaza, reorganizacija vlastitog vremena u svrhu samokontrole te kontrole kod liječnika ne predstavljaju mu problem. Iako je katkada tjeskoban i loše raspoložen te osrednje zadovoljan svojim zdravljem, kvalitetu svoga života ocjenjuje vrlo dobrom.

Zaključak: Adekvatna skrb za pacijenta s multimorbiditetom podrazumijeva uz liječenje somatskih bolesti dobro poznavanje i razumijevanje pacijentova osobnog i subjektivnog doživljaja bolesti.

Ključne riječi: multimorbidnost, kvaliteta života, obiteljska medicina

¹ Ordinacija obiteljske medicine Dom zdravlja Zagreb-Zapad
E-adresa: tami.kovacic@gmail.com

MULTIMORBIDNOST I OPSTRUKTIVNA APNEJA U SNU

Jelena Lucijanić,¹ Rajka Šimunović²

SAŽETAK

Opstruktivna apneja u snu (OSA) relativno je čest poremećaj disanja tijekom spavanja, a povezan je s pretilošću, nereguliranom hipertenzijom i povećanim rizikom za oboljevanje od kardiovaskularne bolesti te mortalitetom. Porastom prevalencije pretilosti OSA se sve češće susreće u ordinaciji obiteljske medicine. Cilj ovog rada bio je prikazati slučaj bolesnice s OSA-om i multimorbiditetom u ordinaciji obiteljske medicine, njene simptome i pozitivne rezultate tijekom primjene terapije.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 67 godina, kućanica, posljednjih dvadeset pet godina ima problema s težinom i pretila je, indeks tjelesne mase (ITM) 46,7 kg/cm². Otprije deset godina boluje od arterijske hipertenzije, a otprije osam godina liječena je i zbog depresije nakon smrti supruga. Prije dvije godine uveden je metformin za liječenje šećerne bolesti. Također boluje od gonartrose i protruzije diskova L3-S1. U terapiji uzima lizinopril/hidroklorotiazid a 20/12,5 mg 1x1, atorvastatin a 10 mg 1x1, metformin a 850 mg 2x1, ibuprofen a 600 mg 2x1. Prije dvije godine pacijentica se prvi put požalila svom obiteljskom liječniku da stalno spava, umorna je, troma, kako se udebljala uz nereguliran krvni tlak. Prilikom jednog posjeta dolazi sa kćerkom koja navodi da pacijentica stalno spava tijekom dana. Noću se žali na otežano disanje u snu i osjećaj neispavanosti. Zadrijema čim sjedne gledati televizor, počne čitati novine, ako se vozi u autu više od pola sata bez stanke, kao i nakon ručka ako sjedne u naslonjač. Obiteljska anamneza je opterećena kardiovaskularnim bolestima. Pacijentici je učinjena polisomnografija te je postavljena dijagnoza OSA-e. Prepisan joj je kontinuirani pozitivni tlak dišnog puta na kraju izdisaja (*Continuous positive airway pressure – CPAP*), uređaj koji treba upotrijebiti dok spava. Nakon šest mjeseci primjene uređaja pacijentica navodi da puno bolje spava po noći, ne osjeća se neispavano, tijekom dana više ne drijema, a tlak je uz terapiju dobro reguliran. Pacijentica je smršavjela 12 kg i sada je ITM 41,47 kg/cm². Nakon uvida u dnevnik samokontrole šećera odlučuje se postupno smanjivati terapiju metforminom.

Zaključak: Prepoznavanjem tegoba i ciljanim terapijskim pristupom, u relativno kratkom vremenskom razdoblju, postignuto je poboljšanje svakodnevnog funkciranja bolesnice i njezine kvalitete života. Uz liječenje OSA-e poboljšana je i regulacija drugih čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti. Većina bolesnika s OSA-om je pretila i potrebno ih je savjetovati o tome kako je važno uz terapiju CPAP uređajem smanjiti tjelesnu težinu i povećati tjelesnu aktivnost uz izbjegavanje aktivnosti koje od njih zahtijevaju budnost i oprez poput vožnje automobilom.

Ključne riječi: opstruktivna apneja u snu, multimorbidnost, obiteljska medicina

¹ Dom zdravlja Zagreb-Zapad

² Secijalistička ordinacija obiteljske medicine prim. Rajka Šimunović
E-adresa: jemileti@yahoo.com

PACIJENTICA S HIPOTIREOZOM I PRIMARNOM BILIJARNOM CIROZOM U ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Loris Ćurt,¹ Petra Jezernik,¹ Tamara Kovačić²

SAŽETAK

Autoimune bolesti javljaju se u 3 do 8 % svjetske populacije, od čega 75 % bolesnika čine žene. U pacijenata s dijagnosticiranom autoimunom bolesti veća je vjerojatnost obolijevanja od barem još jedne autoimune bolesti. Tako 10–25 % pacijenata s hipotireozom autoimune geneze boluje i od primarne bilijarne ciroze (PBC), pri čemu hipotireoza može prethoditi ili slijediti dijagnozi PBC-a.

Prikaz slučaja: H. M., 73 godine, umirovljenica, javila se u ordinaciju liječnika obiteljske medicine zbog simptoma lumboishialgije. Pacijentica otprije petnaest godina boluje od hipotireoze, koja je dobro regulirana levotiroksinom, i od alergijskog rinosinuitisa. Upućena je na rendgensku obradu lumbosakralne kralježnice i laboratorijsku obradu.

Laboratorijska obrada pokazala je povišene vrijednosti jetrenih enzima (aspartat-aminotransferaze (AST) 51 U/L, alanin-aminotransferaze (ALT) 80 U/L, gama-glutamiltranspeptidaze (GGT) 285 U/L. Kontrolni jetreni enzimi također su bili povišeni, uz uredan bilirubin te povišenu vrijednost alkalne fosfataze (ALP). Pacijentica je upućena na ultrazvuk (UZV) abdomena na kojem se prikazuje konkrement u žučnom mjehuru veličine 17 mm uz morfološki urednu jetru, te je učinjena serološka obrada na hepatitis B i C, s urednim nalazima. Nedugo po učinjenom UZV-u pacijentica je imala upalu žučnjaka, te je kolecistektomirana. Po kolecistektomiji konzultiran je gastroenterolog. Detaljnog imunološkom obradom postavljena je dijagnoza primarne bilijarne ciroze na temelju karakterističnih pozitivnih protutijela (antinuklearnih antitijela (ANA), antimitohondrijalnih antitijela (AMA), antitijela na M2, M2-3E i gp210 antigen). Magnetnoremoranantnom kolangiopankreatografijom (MRCP-om) utvrđeno je nekoliko cista jetre uz uredno bilijarno i pankreasno stablo, a elastografijom teža fibroza uz kompenziranu funkciju jetre. Uvedena je terapija ursodeoksikolnom kiselinom 3 x 250 mg, po kojoj dolazi do smanjenja vrijednosti jetrenih enzima. Pacijentica pokazuje suradljivost, pridržava se preporučene dijetne prehrane, redovito uzima terapiju u propisanoj dozi te vrlo dobro prihvaca kroničnu bolest.

Zaključak: Pacijent s multimorbiditetom, posebno ako se radi o rijetkim bolestima kao što je primarna bilijarna ciroza, predstavlja višestruki izazov za liječnika obiteljske medicine poput pravovremenog postavljanja dijagnoze, redovitog praćenja pacijenta, liječenja supostojećih bolesti te psihološke pomoći pri prihvaćanju bolesti. Kontinuitet skrbi i dobar odnos liječnik – pacijent glavna je prednost obiteljskog liječnika u liječenju takva pacijenta.

Ključne riječi: primarna bilijarna ciroza, hipotireoza, multimorbidnost, obiteljska medicina

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Dom zdravlja Zagreb-Zapad

E-adresa: curtloris@gmail.com

KOMORBIDITET, PREKLAPANJE KLINIČKE SLIKE

Josipa Rodić¹

SAŽETAK

Polipragmazija je naznačena kao jedan od temeljnih problema u suvremenoj svjetskoj farmakoterapiji, a za rješavanje tog problema potrebno je educirati liječnike i bolesnike. Definira se kao neopravdavana i nepotrebna istodobna uporaba više lijekova ili postupaka pri čemu se ne vodi računa o mogućim međudjelovanjima takvih kombinacija, što kao posljedicu može imati opasne nuspojave. Cilj ovog rada bio je prikazati pacijentu s velikim brojem lijekova u svakodnevnoj terapiji i bolesti s visokim kardiovaskularnim rizikom.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 61 godine opetovano se tijekom 2012., 2014. i 2015. godine javljala u Objedinjeni hitni bolnički prijem (OHB) pri čemu je isključeno akutno koronarno zbijanje, a tegobe su shvaćene kao gastrozefagealna reflusna bolest (GERB). Mjesec dana nakon posljednjeg posjeta ponovno se javlja u OHB i tada je dokazan akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom. Pacijentica je podvrgnuta perkutanoj koronarnoj intervenciji (PCI). Iz osobne anamneze i kliničkog statusa vidljivo je da je pacijentica nepušač, pretila (indeks tjelesne mase, ITM, 36 kg/m² i opseg struka 106 cm) uz povišenu vrijednost krvnog tlaka (RR 148/83 mmHg) te normalnog pulsa 72/min. Otprilike nekoliko godina boluje od kronične križobolje, GERB-a, hipertenzije, dislipidemije i hipotireoze. U menopauzi tuži se na intenzivno znojenje cijelog tijela, što je prisutno i danas. Godine 2010. učinjena gastroskopija, MSCT abdomena i tumorski markeri (uredni nalazi). U terapiji esomeprazol 40 mg, nebivolol 2,5 mg, levotiroksin 150 mg. Nakon primjene esomeprazola kroz osam mjeseci tegobe bez promjene, te se izmijeni u pantoprazol, potom rabeprazol 20 mg. Liječnik obiteljske medicine predlaže antidepresiv na koji pacijentica ne pristaje. Godine 2012. žali se na osjećaj gušenja i nedostatka zraka te težine u želucu. Preporučenu kardiološku obradu odgađa jer nema vremena. U veljači 2015. g. na radnom mjestu počela je povraćati uz jaku bol retrosternalno, te je hitno prevezena u Kliničku bolnicu. Tijekom transporta podvrgnuta defibrilaciji. Dijagnosticiran akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom. Pacijentica je podvrgnuta perkutanoj koronarnoj intervenciji (PCI). Zaostala značajna lezija OM1 zbog čega se naručuje na ponovni zahvat u ožujku, stavljen stent. U svibnju iste godine javlja trnce u objema rukama, kao i prije infarkta miokarda. Obradom isključen akutni koronarni sindrom, ali je nadena povišena vrijednost glukoze u krvi, te je uveden metformin. Iz socijalne anamneze vidljivo je da je pacijentica diplomirana biologinja, radi u uredu poduzeća koje je deset godina u stečaju, te nerедovito prima plaću. Muči je što otplaćuje stambeni kredit, na što se žali prilikom svakog posjeta ordinaciji. Rastavljena je, suprug osnovao novu obitelj. Živi s dvoje djece (kći psihologinja, sin upao u kockarske dugove). Iz obiteljske anamneze vidljivo je da joj je otac preminuo u 65. godini od karcinoma debelog crijeva, a majka u 83. godini zbog kongestivnog zatajenja srca. Jedinica je. Sada pacijentica boluje od infarkta miokarda, srčane aritmije (SVES, VES), hipotireoze, šećerne bolesti tipa 2, dislipidemije, hipertenzije, nesanice, anksioznog poremećaja, GERB-a, hemoroida, kronične urticarije, generaliziranog pojačanog znojenja i anemije, a u redovitoj terapiji ima trinaest lijekova: levotiroksin 175 mg, fenofibrat 160, metformin 850 mg, rosuvastatin 20 mg, telmisartan 40 mg, bisoprolol 1,25 mg, bisoprolol 2,5 mg, esomeprazol 40 mg, etilni ester omega 3 kis. 1,0,0, željezo II fumarat, kolekalciferol, ramipril 2,5 mg i diazepam 5 mg.

Zaključak: Komorbiditet bolesti s izrazito visokim kardiovaskularnim rizikom vodi u očekivanom smjeru. Polipragmazija i kardiološka intervencija dio su mjera koje liječnici mogu odrediti, no onaj dio mjera koji je obveza pacijenta teško je provediv. Ostaje nam samo zdravstveno prosjećivanje pučanstva.

Ključne riječi: kronični stres, preklapanje kliničke slike, GERB, infarkt miokarda

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Josipa Rodić, e-adresa: josipa.rodic@dedominis.com

BOLESNIK S MULTIMORBIDITETOM I KRONIČNOM RANOM

Tamara Sinožić,¹ Ksenija Baždarić,² Jadranka Kovačević,¹
Tamara Zibar Abramović¹

SAŽETAK

Kronične rane su one rane koje unatoč liječenju ne zacjeljuju u očekivanom vremenskom periodu fiziološkog cijeljenja, odnosno za šest do osam tjedana. Brojni su čimbenici koji dovode do zastoja u cijeljenju, neki su povezani uz samu ranu, neki uz bolesnika i istodobne bolesti, a neki uz zdravstvene djelatnike i organizaciju zdravstvene zaštite. Rana negativno utječe na fizičko, psihološko i socijalno funkcioniranje bolesnika te umanjuje kvalitetu života. Cilj ovog rada bio je prikazati bolesnika s kroničnom ranom i istodobnim bolestima koje utječu na fiziološki proces cijeljenja rane.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 56 godina, dolazi zbog rana na potkoljenicama. Rane su nastale nakon minimalne traume, lijevo traju četiri godine, a desno godinu dana. Nije se odmah javio liječniku, te je terapija uslijedila s odgodom uz dvije hospitalizacije zbog infekcije. U dosadašnjem liječenju primjenjivana su pomagala za rane uz kompresivnu terapiju, a previjanja su provodena uglavnom u kući bolesnika. Boluje od arterijske hipertenzije. Otežano hoda uz pomoć štaka zbog osteoartrose kukova. Tijekom liječenja premješten je s radnog mjeseta mehaničara na rad u ured. Živi s obitelji, a o uzimanju lijekova brine se supruga. Kliničkim pregledom nađen je indeks tjelesne mase 49,07 kg/m². Nasumično izmjereni vrijednosti glukoze u krvi (GUK) iznosila je 10,3 mmol/L, a arterijski tlak bio je 150/90 mmHg. Na lijevoj potkoljenici rana je bila veličine 600 cm², a u dnu rane bile su prisutne žute naslage uz djelomičnu nekrozu uz obilnu i smrdljivu sekreciju. Rana desno bila je veličine 70 cm², plitka, u dnu talog fibrina. Obostrano okolina rana bila je upalno promijenjena uz jak edem. Arterijske pulsacije bile su palpabilne, a stopala topila, potkoljenice bez znakova kronične venske bolesti. Bolesnik je bio depresivnog raspoloženja uz izražen strah od amputacije te gubitak nade u izlječenje. U dijagnostičko-terapijskom planu učinjena je laboratorijska obrada hiperglikemije, biopsija rane uz patohistološku dijagnostiku, ultrazvučni pregled obojenim doplerom arterija i vena nogu. U nalazima nađene su patološke vrijednosti eritrocita $4,2 \times 10^{12}/L$, hemoglobina 106 g/L, hematokrita 0,34 %, volumena mase eritrocita 80,7 fL, leukocita $10,6 \times 10^9/L$, GUK 10,4 mmol/L, glikoziliranog hemoglobina 6,4 %, mokračne kiseline 528 μmol/L, serumskog željeza 4,8 μmol/L, ukupnog kapaciteta vezivanja željeza 40,8 μmol/ u slobodni kapacitet vezivanja željeza 36 μmol/L. Isključena je maligna etiologija rane te je postavljena dijagnoza arterijske hipertenzije, šećerne bolesti tipa 2, debljine, hiperuricemije, koksartroze, anemije kronične bolesti, kronične rane potkoljenica. U terapiju je uz dosadašnje lijekove uveden metformin 2 x 1000 mg i preparat željeza. Terapija rana uključivala je redovit debridman rana, primjenu pokrivala za rane s djelovanjem na biofilm i kompresivnu terapiju višekomponentnim sustavom kratkoelastičnih zavoja. Tijekom previjanja provodena je suportivna psihoterapija. Rana desno zacijelila je za tri mjeseca, a lijevo nakon sedam mjeseci. Tijekom liječenja bolesnik je bio hospitaliziran zbog bolova u trbuhi, učinjena je apendektomija. Bolesnik je dobro surađivao u postupcima liječenja rana, a depresivna raspoloženja bila su rijeda. Bolesnik je motiviran za operaciju kuka, no preporuke vezane uz kretanje i dijetnu prehranu nije sljedio. Arterijski tlak bio je nereguliran, kao i glikemija. Nerado je prihvaćao potrebu daljnje obrade i liječenja navedenih istodobnih bolesti. Stječe se dojam da supruga odlučuje o dalnjem tijeku njegova liječenja, pa se stoga uključuje u savjetovanje.

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Tamara Sinožić, dr. med.

² Katedra za medicinsku informatiku, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

E-adresa: tamara.sinozic@ri.ht.hr

Zaključak: Za cijeljenje rana nužni su brojni fiziološki mehanizmi koji uključuju primjerenu perfuziju i oksigenaciju tkiva, adekvatnu nutritivnu potporu, fiziološku razinu glikemije, funkcionalan imunološki odgovor te pozitivan stav prema liječenju. Bolesti i poremećaji koji mijenjaju ove potrebite mehanizme dovode do usporena cijeljenja ili necijeljenja. Stoga svi postupci u liječenju, ne samo rane nego i istodobnih bolesti kao i bolesnika u cjelini, mogu pridonijeti cijeljenju kronične rane. Za individualiziranu, cjelovitu skrb nužno je da liječnik obiteljske medicine bude kontinuirano i specifično educiran vodeći se principima medicine temeljene na dokazima.

Ključne riječi: kronična rana, liječnik obiteljske medicine, multimorbidnost

SKRB ZA BOLESNIKA S MULTIMORBIDITETOM U OBITELJSKOJ MEDICINI S DOMINANTNOM DEMENCIJOM

Šefket Šabanović,¹ Ivon Matić,² Ljiljana Majnarić Trtica³

SAŽETAK

Društvo stari, od 1950. broj starijih osoba se utrostručio. Životni vijek sve je duži, a broj bolesnika s kroničnim bolestima rapidno raste. U svijetu je 2010. godine živjelo 25,6 milijuna ljudi s dijagnozom demencije. Prevalencija demencije u populaciji od 65 godina je 9–14 %, a jedna trećina tih bolesnika nije sposobna za samostalan život. Općenito prevalencija demencija u populaciji starijoj od 85 godina iznosi čak 30–35 %. U Republici Hrvatskoj prevalencija u populaciji od 65 godina je 14 %. Troškovi zdravstvenih usluga iz godine u godinu enormno se povećavaju, a samo na palijativnu skrb tijekom jedne godine utroši se 604 milijardi dolara. U Hrvatskoj godišnje umire oko 41.000 osoba (79 % svih umrlih stariji su od 65 godina), 21.000 osoba oboli od karcinoma, od kojih njih 64,3 % umre tijekom godine. Najčešća mjesta umiranja su bolnica (48 %), domovi za starije (20 %), iznenadna smrt (10 %). Palijativna skrb definira se kao briga o bolesnicima koji boluju od neizlječivih bolesti, a ostvarujemo ju odgovarajućom i učinkovitom kontrolom boli, postizanjem dobre kvalitete života oboljelih, ali i njihovih obitelji, te na vrijeme započetim liječenjem bolesti medikamentima i drugim metodama liječenja. Cilj ovog rada bio je prikazati multimorbidnog bolesnika s dominantnom demencijom i upozoriti na važnost palijativne skrbi u ovakvih bolesnika.

Prikaz slučaja: Starija ženska osoba, u dobi od 92 godine, boluje od kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB-a), hipertenzije, gonartrose i lumbosakralnog sindroma relativno dobre kvalitete života. Pojavom demencije, koja je s vremenom postala težak oblik Alzheimerove bolesti, bitno su promijenjeni uvjeti kvalitete i načina života pacijentice. Demencija nije dio normalnog starenja. To je bolest. Naša pacijentica više nije bila sposobna za samostalan život. Bila joj je potrebna aktivna totalna skrb s ciljem kontrole boli i drugih simptoma. Uz demenciju imala je nestabilan hod, poremećaj motorike, disfagiju, afaziju i bila je u potpunosti ovisna o drugima. Radi totalne njege i medicinske skrbi bilo ju je neophodno smjestiti u odgovarajuću ustanovu. Većina domova za starije i nemoćne, koji su sve brojniji u Republici Hrvatskoj, nisu ustanove u kojima je moguće pružiti kvalitetnu palijativnu skrb. Brigu o bolesnicima koji boluju od neizlječivih bolesti ostvarujemo odgovarajućom kontrolom boli i drugih simptoma, postizanjem što bolje kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji te pravodobnim početkom liječenja postupcima palijativne medicine i drugim postupcima suvremene medicine koji su indicirani kod oboljelih.

Zaključak: Postupcima moderne palijativne medicine s ciljem totalne skrbi o bolesniku, kontrolom boli, ali i rješavanjem psiholoških, socijalnih i duhovnih problema bolesnika, omogućuje se njegov dostojan završetak života. Ljudi koji rade u domovima uglavnom nisu dovoljno educirani za pružanje palijativne skrbi, a ustanove u kojima se njega provodi većinom nisu opremljene adekvatnom opremom potrebnom za stanovanje i život takve vrste bolesnika. Novi model palijativne skrbi u Vukovarsko-srijemskoj županiji, kao i u većini naših županija, još nije zaživio i pitanje je kada će. Liječnik obiteljske medicine jedan je od ključnih čimbenika pružanja palijativne skrbi svojim pacijentima uz podršku njihovim obiteljima jer ih on najbolje poznaje. Time će se povećati kvaliteta života dementnih bolesnika, njihova sposobnost za samostalan život, a olakšati problemi i teškoće njihovih obitelji.

Ključne riječi: multimorbidnost, demencija, dom za stare i nemoćne, palijativna skrb

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Šabanović, Županja

² Medicinski fakultet Osijek – Katedra za internu medicinu, povijest medicine i obiteljsku medicinu

³ Dom zdravlja Županja, e-adresa: obiteljska6@gmail.com

ŠTO SE KRIJE POD NAZIVOM REZISTENTNA HIPERTENZIJA?

Mirjana Resanović,¹ Biserka-Bergman Marković,² Ingrid Prkačin³

SAŽETAK

Arterijska hipertenzija (AH) nije samo bolest izmjerenih povišenih vrijednosti arterijskog tlaka (AT). Samo 44 % osoba s liječenom arterijskom hipertenzijom ima dobro reguliran AT. Pri postavljanju dijagnoze rezistentne arterijske hipertenzije potrebno je isključiti brojne uzroke koji dovode do neuspjeha kontrole AT-a. Kontrola arterijskog tlaka (AT) važan je čimbenik za pojavu i razvoj kardiovaskularnih bolesti (KVB). Na liječnicima obiteljske medicine (LOM) najveća je odgovornost za probir, provođenje preventivnih pregleda, pravilno postavljanje dijagnoze i liječenje. Cilj je prikaza ovog slučaja predočiti nadležnost LOM-a u pravodobnom i racionalnom dijagnosticiranju, trajnom zbrinjavanju te postavljanju indikacije za upućivanje na specijalističko-konzilijski pregled (SKZ) uz obvezne pretrage koje prije toga svakako treba napraviti.

Prikaz slučaja: Šezdesetčetverogodišnja pacijentica bila je u općoj internističkoj ambulanti zbog nereguliranog AT-a, upitno je li rezistentna na lijekove. Radi se o bolesnici s visokim KV rizikom, hipertenzijom s remodeliranjem ciljnih organa – kognitivnim poremećajem, FA, izraženim aterosklerotskim promjenama na krvnim žilama, šećernom bolesti tipa 2 reguliranom samo dijetom, brojnim nuspojavama na razne i brojne lijekove među kojima su i antihipertenzivi. Pacijentica s polimorfnim tegobama oko trideset godina je pod kontrolama liječnika gastroenterologa, kardiologa, dijabetologa, kliničkog farmakologa. U opću internističku ambulantu javila se s polimorfnim tegobama, bez dnevnika samomjerenja krvnog tlaka i bez osnovne obrade bolesti. Kako bi se isključili sekundarni uzroci hipertenzije, kao i uzroci koji dovode do neuspjeha kontrole AT-a, i postavila dijagnoza rezistentne arterijske hipertenzije, iz internističke ambulante upućena je na opsežnu početnu dijagnostičku obradu.

Zaključak: LOM najbolje poznaje svoje bolesnike s AH-om i prati ih godinama, ima sve mogućnosti njihove kontrole. Također mu je dobro poznata sredina u kojoj žive i rade. Kad postoji sumnja na sekundarnu hipertenziju, ili radi li se o rezistentnoj hipertenziji, LOM upućuje pacijenta na konzultaciju u SKZ. LOM bi trebao nastojati postići ciljne vrijednosti krvnog tlaka. Razlozi neuspješnosti leže s jedne strane u LOM-u (primjerice opterećenost poslom, nezainteresiranost, neznanje...), ali i u samom pacijentu (karakterne osobine, nezainteresiranost, nedovoljna suradljivost, nepouzdanost u uzimanju terapije). Katkada je s pacijentom teško naći rješenje u postizanju ciljnih vrijednosti krvnog tlaka iako pacijent nema dokazanu ni sekundarnu hipertenziju ni rezistentnu hipertenziju. To je isto jedan od razloga za upućivanje na SKZ. Pacijent tada dobiva osjećaj bolje brige, postižemo njegovo zadovoljstvo, te se postupno uz istu terapiju AT smanjuje. U tom stadiju pacijenti često shvate da se bez njihove intervencije u promjenu životnih navika AT ne može riješiti. Prije upućivanja na specijalističko-konzilijski pregled LOM treba napisati kratko pismo liječniku uz priložene sve dotadašnje nalaze i obavljane neophodne preglede, te jasno staviti na znanje što se od konzilijskog pregleda očekuje.

Ključne riječi: liječnik obiteljske medicine, rezistentna hipertenzija, indikacije za upućivanje na SKZ

¹ Dom zdravljia Sisak

² Specijalistička ordinacija opće medicine „prof. dr. sc. prim. Biserka Bergman Marković, spec. obiteljske med.“

³ Klinička bolnica Merkur, pročelnica Poliklinike i Hitne interne, I. Zajca 19, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: bbergmanmarkovic@gmail.com

TREATMENT OF ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS-INDIVIDUAL APPROACH

Katerina Kovachevikj,¹ Lj. Sukriev, K. Stavric, M.Tundzeva,
S. Janevska, E. Kostovska –Prilepcanska, K. Kikerkovska

ABSTRACT

General practitioner (GP) in their daily work use the guidelines for treating different conditions, included DM type 2. Diabetes is an important health condition for the aging population. Most of the patients have other comorbidities. It is very important for the GP to understand that following DM type 2 and its complications in older patients must have an individual approach and periodically revisited because the results of screening tests may impact therapeutic approaches and targets.

GP must consider the holistic approach (medical, functional, mental, and social geriatric domains) for diabetes management in elderly patients to provide a framework to determine targets and therapeutic measures.

Case report: Clinical presentation: A.D. is a 77 age old male, with HTA DM 2, BPH. The patient came into the practice for consultation. Occasionally there is a tremor on the body, weakness, fear, hunger. Measured glicemia value 4,2 mmol/l. The condition improved with adding sugar in the daily diet. DM type 2 was diagnosed 4 years ago. At the moment, it is on therapy with Metformin 850 mg twice a day. Last control of HbA1C 6,7 % , 8 mounts ago. A decrease in body weight is observed in the patient. Physical exam: blood pressure 110/70 mm Hg, pulse 104/min, functional and cognitive assessment reveals an depressive condition, mini nutrition exam show risk of malnutrition. There is a bruise on the left upper arm. The patient fell at home. Social history: retired, lives alone in a village 18 km far from the city ,his wife died recently. Family history: first degree relative with diabetes. Analysis: ER 4,2 ,Hg 123, HCT 37, MCV 84, Fe 9.4 , HbA1C 5,4% , lipid status; Chol- 5, 7 , HDL -0,9, LDL 4, 3; triglycerid 2, 84; liver function tests –AST 37, ALT 44, creatinin 77,4 ,spot urina albumin negative. Treatment: Reduced dose of metformin 750 mg plg 1x1, atorvastatin 20 mg 1x1, reduced dose of enalapril 5mg 1x1, bisoprolol 2,5 mg , tamsulosin 0, 4 mg, sertraline 50 mg, ASA 100 mg. Outcome and follow up: close followup - first control after one and second control after two weeks with preprandial and postprandial glicemija, control of blood pressure. Because functional and cognitive assessment show depression patient was refer to the mental health provider for evaluation and treatment. To prevent hypoglycemia and hypotensia and prevent risk of falls the dose of the Metformin and ACE inhibitor is reduced. We made a new nutrition plan for the patient. Prevention of diabetes complications include glucosa self monitoring and self monitoring of foothealth. Advise for social activity. In the following period, we offered more frequent meetings to have control and give a support. Control HbA1c was 7, 3 % , nutritional status has improved and there were no episodes of falls.

Conclusion: Holistic and individual approach must be consider in treatment and management in older patients with DM. The goals of treatments in elderly include hyperglycemia and risk factors and other comorbidity . Elderly patients are vulnerable and have a bigger risk of hypoglycemia, hypotension and risk of falls more than younger patient with DM 2. This is very important and GP should consider this potential danger and apply that information to treatment decision.

Key words: Type 2 DM, older patient, goals of treatments, individual approach

¹ Center for Family medicine Medical Faculty Skopje
E-mail: vitakaterina@gmail.com

NEPREPOZNATA REZISTENTNA HIPERTENZIJA I SINDROM OPSTRUKTIVNE APNEJE U SNU

Ivana Jakupec Kopljarić,¹ Ingrid Prkačin,^{2,3} Biserka Bergman-Marković^{4,5}

SAŽETAK

Arterijska hipertenzija je najznačajniji neovisni čimbenik kardiovaskularnog rizika od kojeg u svijetu danas boluje više od milijardu ljudi i zbog čega se svrstava među glavne javnozdravstvene probleme današnjice. Poseban dijagnostički i terapijski problem predstavlja rezistentna arterijska hipertenzija kod koje se ciljne vrijednosti arterijskog tlaka mogu postići tek primjenom triju ili više antihipertenzivnih lijekova od kojih je barem jedan diuretik. Prevalencija rezistentne hipertenzije procjenjuje se na 10–20 % svih pacijenata s hipertenzijom. Uzroci rezistentne hipertenzije su mnogostruki, a u čak trećine bolesnika nalazi se sindrom opstruktive apneje u snu, u kojem dolazi do intermitentne hipoksije koja je povezana s povećanim tonusom simpatikusa i disfunkcijom endotela te upalom.

Prikaz slučaja: Pacijent Š. D., 52 godine, po struci elektroenergetičar, oženjen, otac dvoje djece. Za povиšeni krvni tlak zna od 2014. godine, s najvišim vrijednostima RR 210/150 mmHg (2017. g.). Terapiju uzima od 2015., amlodipin 5 mg. Od 2014. godine zbog dijabetesa uzima metformin 850 mg uz dobru regulaciju. Ergometrija učinjena 2015. bila je uredna. U posljednje dvije godine udebljao se više od 70 kg, a u fizičkom naporu brzo se umara i zadiše, ali bez stenokardiјa, te je upućen na dodatnu obradu u kliniku krajem 2017. godine. Subjektivno navodi da se noću često budi, hrče dok spava i na trenutke prestane disati. Na prvom pregledu u specijalističkoj ambulanti u Klinici zbog hipertenzije 3. stupnja s tahikardijom u terapiju se uvodi fiksna kombinacija ACEI/amlodipin u dozi 10/10 mg, bisoprolol 2,5 mg i moksonidin 0,4 mg uz preporuku isključenja sekundarnog uzroka hipertenzije i debljine. Laboratorijska obrada je bila uredna kao i ultrazvuk trbuha i bubrega (osim difuzne masne infiltracije jetre). Kontinuirano mjerjenje tlaka/24 sata (KMAT) pokazalo je neregulirane vrijednosti tlaka (prosek 165/100 mmHg, noću izostaje pad krvnog tlaka što govori u prilog pojačane aktivnosti simpatikusa, profil non-dipper). Sindrom opstruktivne apneje (OSA) u snu je dijagnosticiran s indeksom apneja/hipopneja (AHI) > 30, teški stupanj, temeljem čega je indicirana terapija kisikom na CPAP masku tijekom spavanja. Nakon uvođenja CPAP maske bolesnik se bitno manje budi noću, ne hrče, a danju više nije pospan, no vrijednosti krvnog tlaka još uvijek nisu dostatno regulirane, te je upućen u ambulantu za rezistentnu hipertenziju. Klinički status: indeks tjelesne mase 48,3 kg/m², adipozne trbušne stijenke, RR 180/110 mmHg, prisutni su tjestasti edemi potkoljenica, a ostali nalaz uredan. S obzirom na to da se radi o nereguliranoj arterijskoj hipertenziji 3. stupnja kod koje unatoč postojanju perimaleolarnih edema prethodno nije uveden diuretik, dotadašnja terapija zamijenjena je fiksnom trojnom kombinacijom ACEI/diuretik/antagonist kalcija u dozi 10/2,5/10 mg ujutro uz povećanje doze bisoprolola na 5 mg, a doza moksonidina 0,6 mg preporučena je prije spavanja, kako bi se umanjio utjecaj povišenog tonusa simpatikusa na noćne vrijednosti krvnog tlaka. S obzirom na primjenjenu terapiju kod bolesnika se radi o rezistentnoj hipertenziji koja je uzrokovana debljinom i OSA sindromom. Uz navedenu terapiju (pet različitih antihipertenzivnih lijekova)

¹ Ordinacija obiteljske medicine, Dom Zdravlja Zagreb-Istok

² Klinika za unutarnje bolesti, Klinička bolница Merkur, Zagreb

³ Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

⁴ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine prof. dr. sc. Biserka Bergman-Marković, dr. med., spec. obiteljske medicine, Zagreb

⁵ Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-adresa: bbergmanmarkovic@gmail.com

vrijednosti tlaka bolje su regulirane, no i dalje iznad ciljnih 140/90 mmHg, te je u tijeku dodatna obrada radi isključenja ostalih sekundarnih potencijalno izlječivih uzroka rezistentne hipertenzije u smislu nefrološko-angioleške, endokrinološke obrade nadbubrežnih žljezda i štitnjače. U dijagnostičkom algoritmu rezistentne hipertenzije određivanje renina i aldosterona od posebnog je značaja ne samo radi dijagnostičke obrade uzroka arterijske hipertenzije nego i radi terapijskog izbora liječenja.

Zaključak: Rezistentna arterijska hipertenzija često se ne prepoznaje. Bolesnici s rezistentnom hipertenzijom imaju povećanu prevalenciju oštećenja ciljnih organa, a rizik od neželjenog kardiovaskularnog događaja trostruko je veći u odnosu na ostale hipertoničare. Rano prepoznavanje i pravodobno liječenje prisutnog sindroma opstruktivne apneje u snu od iznimne je važnosti kod bolesnika s rezistentnom hipertenzijom. Cjelovitost prosudbe bolesnika ključna je zadaća obiteljske medicine.

Ključne riječi: rezistentna arterijska hipertenzija, sindrom opstruktivne apneje u snu, obiteljska medicina, unaprjeđenje liječenja

POSTERI

SVAKA BOL U LEĐIMA NIJE LUMBOISHIALGIJA

Terezija Berlančić,¹ Mario Ćurković^{1,2}

SAŽETAK

Osteoporozu je progresivna metabolička bolest kostiju koja nastaje zbog nesklada u razgradnji i izgradnji kosti. Posljedice su krhkost kostiju i povećan rizik za prijelome. Najčešće zahvaća žene starije životne dobi. Primarna osteoporozu (95 % slučajeva) dijeli se na idiopatsku, osteoporozu tipa I, osteoporozu tipa II. Uzroci sekundarne osteoporoze (< 5 % slučajeva) jesu terapija glukokortikoidima, malapsorpcijski sindromi, endokrinopatije, reumatoidni artritis, maligne bolesti, KOPB, KZB. Čimbenici rizika su nedovoljan unos Ca, P i vitamina D, pušenje, pretjerana konzumacija kave i alkohola, nizak ITM, obiteljska povijest osteoporoze ili koštanih frakturna u starijoj životnoj dobi. Višem riziku izloženi su bijelci i Aziji. Procjenjuje se kako u Europi 30 % žena starije životne dobi boluje od osteoporoze, a od njih će ih 40 % doživjeti jednu ili više frakture tijekom svoga života.

Prikaz slučaja: Pacijentica, 74 godine, umirovljenica, kronična bolesnica (DM, osteoporozu, kronični gastritis, arterijska hipertenzija, lumbosakralni sindrom, operirani fibroadenom dojke), histerektomija s adneksektomijom u 42. godini. Od terapije uzima sitagliptin, metformin, simvastatin, amlodipin, valsartan, bisoprolol. Dana 6. ožujka 2017. zbog pada u kući zadobiva frakturu desnog kuka, koja je operativno sanirana. Javlja se u ambulantu obiteljske medicine 4. rujna 2017. zbog bolova u ledima. Fizikalnim pregledom utvrđena je napetost paravertebralnih mišića, bolnost iliolumbalno lijevo, bez parestezija u nogama uz uredno mokrenje i stolicu. Ordinirana je petodnevna parenteralna (diklofenak i tramadol) i peroralna (tramadol + paracetamol, ranitidin) terapija. Kontrolni pregled učinjen je 15. rujna 2017. Osjeća se bolje, lakše hoda, može ležati na ledima, ne može hodati dulje od jednog sata, negira neurološke ispade u nogama. Odbija učiniti RTG kralježnice, propisuje se peroralna terapija (tramadol + paracetamol, diklofenak). Vraća se u ambulantu obiteljske medicine 25. rujna 2017., s nalazom traumatologa zbog ponovnih bolova u donjem dijelu kralježnice, NRS = 10, propisan je tramadol + paracetamol, diklofenak. Na COHP KBC Osijek 28. rujna 2017. iz terapije je uklonjen diklofenak i uveden ketoprofen tbl. MR-om kralježnice u studenome 2017. dijagnosticirane su novonastale frakture kralježaka Th12, L1 i L4 te prethodno sanirane frakture L2, L3 i L5. Upućuje se endokrinologu i ortopedu. Pacijentici je učinjena perkutana augmentacija unilateralno (Th12 i L1) i bilateralno (L4). Prema nalazu endokrinologa, siječanj 2018., pronađena su dva monoklonska imunoglobulina M lambda tipa.

Zaključak: Kod svake pacijentice starije životne dobi s multimorbiditetom, te s podatkom o učinjenoj histerektomiji s adneksektomijom u generativnoj dobi, treba misliti na osteoporozu i potencijalne frakture kralježaka.

Ključne riječi: osteoporozu, multimorbidnost, frakturna kralježaka, lumboishialgija

¹ Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

² Dom zdravlja Osijek

KRVARENJE IZ REKTUMA – HEMOROID ILI IPAK KARCINOM?

Zrinka Čižmešija,¹ Lana Jaram,¹ Ksenija Kranjčević^{2,3}

SAŽETAK

Kolorektalni karcinom treći je najčešći malignom žena u Hrvatskoj. U 90 % slučajeva javlja se u starijih od pedeset godina, a rektum je najčešće sijelo s učestalosti od 43 %. Histološki u većini slučajeva radi se o adenokarcinomu. Kolorektalni karcinomi najčešće se prezentiraju krvarenjem iz rektuma, nadutošću, konstipacijom, intermittentnim proljevima, tenezmima te abdominalnom ili lumbalnom боли. Cilj ovog rada bio je prikazati atipičnost pojave kolorektalnog karcinoma u mlađe žene i podsjetiti liječnike obiteljske medicine na važnost anamneze i kliničke slike, a ne samo labaratorijskih nalaza pacijenta.

Prikaz slučaja: Četrdesetrogodišnja pacijentica, majka jednog djeteta, javila se obiteljskom liječniku nakon pregleda na hitnom prijemu zbog krvarenja iz rektuma s otpusnom dijagnozom hemoroida. Iz obiteljske anamneze vidljivo je da je otac bolovao od karcinoma jednjaka, a u osobnoj anamnezi nalazimo totalnu endoprotezu lijevog kuka i hemoroide. Ne puši, ne pije alkohol i ne uzima redovito nikakve lijekove. Digitorektalnim pregledom vidljiva je suspektna polipozna tvorba u području rektuma bez znakova krvarenja, te liječnik obiteljske medicine pacijentu upućuje proktologu. Učinjenom obradom nađe se crvena krvna slika bez osobitosti, kao i tumorski CEA i CA19-9 markeri, te ostali laboratorijski parametri. Kolonoskopijom se prikaže neposredno proksimalno od anusa, a dijelom i u analnom kanalu, vulnerabilna egzofitična tvorba koja kontaktno krvari. Patohistološki verificiran je planocelularni karcinom kolona. Predložen operativni zahvat pacijentica odbija jer ne želi trajno stomu i odlučuje se za kemoradioterapijsko liječenje.

Zaključak: Kada se pacijent prezentira krvarenjem iz probavnog sustava, bez obzira na verificirane dotadašnje dijagnoze koje mogu biti uzrok, potrebno je napraviti obradu te isključiti hitna stanja i malignost. Liječnik obiteljske medicine najbolje pozna svojeg pacijenta, što mu u većini slučajeva omogućuje dijagnozu bolesti temeljem detaljne anamneze i kliničkog pregleda, te može biti potpora u njegovim odlukama i dalnjem liječenju.

Ključne riječi: rektalno krvarenje, hemoroidi, planocelularni karcinom kolona, liječnik obiteljske medicine

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. sc. Ksenija Kranjčević, spec. obiteljske medicine, Zagreb

³ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

INFEKCIJA U DIJABETIČARA – POTENCIJALNA ZAMKA

Koraljka Čop,¹ Lea Tripar,¹ Tajana Katinić Zorić,¹ Leonardo Bukmir^{2,3}

SAŽETAK

Oboljeli od šećerne bolesti izloženi su povećanom riziku od nastanka infekcija jer je bolest sama po sebi predisponirajući čimbenik za njihov razvoj, pa čak i bakterije koje nisu uobičajeno patogene za njih mogu biti opasne. Razlog je tomu slabljenje imuniteta, koji se dodatno urušava pod utjecajem hiperglikemije i acidemije. Zbog metaboličkog učinka mikroorganizama na domaćina tijekom infekcije i već narušenog održavanja razine glukoze u krvi infekcije mogu imati neuobičajen klinički tijek te se dodatno zakomplificirati.

Prikaz slučaja: Trećeg dana bolesti u ordinaciju se javlja pedesetrogodišnja pacijentica, koja inače boluje od šećerne bolesti tipa II (na inzulinskoj terapiji) s utvrđenom dijabetičkom nefropatijom, od hipertenzije, hiperlipidemije i hipotireoze. Javlja se zbog trodnevног povraćanja, osjeća se vrlo loše. Prvog dana bolesti visoko febrilna do 39 stupnjeva, od tada afebrilna. Stolica i mokrenje uredni. Oslabljeno apetita. Epidemiološki se slučaj poklapa s većom pojavnostu enteroviroza u ordinaciji u posljednja dva tjedna.

Klinički status bio je neupadan (bez znakova dehidracije, urednog tlaka i pulsa, abdomen b. o., lumbalna suksija obostrano negativna). Izmjerena glukoza u plazmi iznosila je 9,5 mmol/L. Učinjen je pregled urina Urignost trakicom: Lkc esteraza ++, proteini ++, ketoni i nitriti negativni. Mjerenjem šećera i kontrolom ketona u urinu isključena je mogućnost dijabetičke ketoacidoze sa simptomima povraćanja i bolova u trbuhi.

Postojala je dilema radi li se o enterovirozi (povraćanje, febrilnost koja je prošla) ili o uroinfekciji s obzirom na pozitivnu leukocitnu esterazu unatoč odsutnosti dizuričnih tegoba i negativne lumbalne suksuse. Opće stanje pacijentice nije se doimalo teže akutno poremećeno. Kako se radi o bolesnicima s dijabetesom, a samim time o osobi s povećanim rizikom i mogućim neuobičajenim kliničkim tijekom bolesti, pacijentici smo hitno uputili u Kliniku za infektologiju. U međuvremenu je temperatura ponovo narasla na 38,4. Nakon hitne obrade pacijentica je hospitalizirana pod dijagnozama akutnog tubulointersticiskog nefritisa, urosepse uzrokovanе *Escherichiom coli* te pogoršanja kronične renalne insuficijencije.

Zaključak: U našem se slučaju radilo o pacijentici sa šećernom bolesti, s kompliranim tijekom uroinfekcije. S obzirom na epidemiološku situaciju na terenu i postojanje nespecifičnih simptoma (povraćanje, prestanak febrilnosti), postojala je dilema prilikom postavljanja radne dijagnoze. Ipak, procijenili smo da se radi o pacijentici s povećanim rizikom, kod koje ne smijemo zanemariti niti jedan simptom, i poslali je hitno na infektologiju, što se pokazalo dobrim izborom.

Ključne riječi: šećerna bolest, uroinfekcija, obiteljski liječnik

¹ Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Krešimirova 52a, Rijeka

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine doc. dr. sc. Leonardo Bukmir, spec. obit. med., Rijeka

³ Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

MALARIIJA – JESU LI KOMARCI SAMO DOSADNI?

Slavica Đurić,¹ Sanda Miholek Brkić,² Ljiljana Trtica Majnarić³

SAŽETAK

Malaria je zarazna bolest koju uzrokuje parazit iz roda *Plasmodium* (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax*, *P. knowlesi*). Malaria je endemska bolest u tropskim i suptropskim područjima. U Hrvatskoj je iskorijenjena 1964. godine i od tada se bilježe tzv. importirani slučajevi. U posljednjih deset godina u Hrvatskoj se godišnje prijavi u prosjeku oko devet slučajeva malarije.

Vektor (prijenosnik) bolesti na ljude je ženka komarca iz roda *Anopheles*. Najčešći simptomi su vrućica i do 41 °C, tresavica, preznojavanje, glavobolja, povraćanje, slabost i umor. Klinički se karakterizira pojavom hepatosplenomegalije i hemolitičke anemije. Dijagnoza se postavlja nalazom parazita mikroskopskom pretragom razmaza periferne krvi. Liječenje se provodi izborom adekvatnog antimalarika, simptomatskom terapijom, sprječavanjem recidiva (*P. ovale* i *P. vivax*). Cilj rada bio je svratiti pozornost na moguću pojavu importiranih slučajeva malarije na prostoru na gdje je iskorijenjena, na mjere prevencije, pravovremeno postavljanje dijagnoze, adekvatno liječenje i profilaksu putnika u endemska područja.

Prikaz slučaja: Muškarac, 49 godina, iz Vukovara, građevinski radnik, često boravi i radi u inozemstvu. Dolazi u ambulantu obiteljske medicine nakon trodnevног bolničkog liječenja u bolničkom centru u Cannesu (Francuska) gdje je privremeno boravio i radio. Bolest je počela naglo, pet dana pred prijam u bolnicu, svakodnevno s visokim temperaturama do 41 °C, groznicom, tresavicom, obilnim preznojavanjem i općom slabosti, uvjek samo u večernjim satima. Nakon pet dana bolesti javio se u hitni prijam bolnice u Cannesu. U anamnezi je naveo kako je prije godinu dana tri mjeseca boravio i radio u Ekvatorijalnoj Gvineji na poslovima rasčićavanja prašume s lokalnim stanovništvom (redovito uzimao profilaksu za malariju za vrijeme boravka). Učinjene su laboratorijske pretrage (povišeni parametri upale i trombocitopenija), UZV abdomena i RTG s/p, koji su bili uredni, te mikroskopski pregled razmaza periferne krvi i izoliran *Plasmodium ovale* (1,5 % parazitemije). Klinički status je bio uredan, osim dehidratacije. Uveden u terapiju Klorokin u dozi od 600 mg odmah, potom 300 mg 6 sati poslije, a potom 300 mg svaka 24 sata kroz dva dana. Nakon tri dana liječenja pušten je kući dobrog općeg stanja uz preporuku za kontrolu i nastavak liječenja za mjesec dana, kada je preporučen Primakin 30 mg kroz dva tjedna u cilju sprječavanja recidiva. Po završenom liječenju bez tegoba i dobro se osjeća.

Zaključak: U današnje vrijeme velikih migracija stanovništva, a i komaraca, i velikih klimatskih promjena moramo misliti na neprekidan unos infekcija iz endemske područje. Stoga je neophodna stalna prevencija – educiranje stanovništva o mjerama osobne zaštite, globalno suzbijanje komaraca, profilaksa stanovništva koje putuje u endemska područja, pravovremeno postavljanje dijagnoze te adekvatno liječenje.

Ključne riječi: malarija, komarac, importirani slučajevi, antimalarik

¹ Dom zdravlja Vukovar

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Sanda Miholek Brkić, Vukovar

³ Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

CRAB?

Svetlana Grga Jordan,¹ Tamara Drča,² Mia Bajković,³
Klaudija Gospić,³ Anica Bašić⁴

SAŽETAK

Multipli mijelom (MM) zločudna je novotvorina krvotvornog sustava koja pripada skupini novotvorina zrelih B limfocita. Jedno od glavnih obilježja bolesti nalaz je M-proteina, monoklon-skog proteina (cijele molekule imunoglobulina i/ili samo lakih lanaca) u serumu i/ili urinu. U kliničkoj praksi čest je akronim CRAB (C – *calcium*, R – *renal*, A – *anemia*, B – *bone*) za opis najčešćih laboratorijskih i/ili kliničkih manifestacija bolesti: hiperkalcemija, bubrežno oštećenje, anemija i koštane lezije koje definiraju simptomatski mijelom.

Prikaz slučaja: Novoupisani bolesnik, u dobi od 74 godine, dolazi u ambulantu obiteljskog liječnika (LOM-a). U dokumentaciji vidljivo da se liječi od KOPB-a i FA-e. U posljednjih šest mjeseci u dva navrata liječen od pneumonije. Supfebrilan je i tuži se na bolove u prsnom košu uz umor i zaduhu. Smršavio je 6 kg. Ne uzima analgetike zbog terapije varfarinom. Iz laboratorija: hemoglobin 100, SE 76, kreatinin 117, eGFR 56. Planirana daljnja laboratorijska obrada, te po pulmologu CT toraksa. Zbog sumnje na MM izvršena je imunoelektroforeza serumskih proteina (IEF), čiji nalaz upućuje na povišene vrijednosti ukupnih proteina 101 g/l, s pikom na IgG na 49,2. Upućen dogovorno hematologu radi daljnog liječenja.

Zaključak: MM se prezentira različitom kliničkom slikom, osobito kod starijih osoba s multi-morbiditetom, stoga su prepoznavanje i rana dijagnostika ove bolesti u ordinaciji LOM-a od velike važnosti. Potrebno je misliti na MM kod svakog bolesnika starijeg od 50 godina koji se prezentira bolovima u kostima, povišenom sedimentacijom, rekurentnim infekcijama te novonastalom anemijom. IEF je jednostavna dijagnostička metoda koja služi kao test probira, a krivulja elektroforeze može biti karakteristična za monoklonske gamapatiјe. Ranije prepoznavanje i liječenje poboljšava ishode bolesti. Upravo je LOM taj koji najbolje poznaje bolesnika te sveobuhvatnim pristupom, uz uvažavanje bolesnikova doživljaja bolesti, zauzima važno mjesto ne samo u otkrivanju bolesti nego i u liječenju i skrbi za bolesnika, prepoznavajući i sprječavajući komplikacije.

Ključne riječi: multipli mijelom, multimorbidnost, obiteljska medicina, sveobuhvatni pristup

¹ Dom zdravlja Zadarske županije, Zadar

² Ordinacija opće medicine Tamara Drča, Zadar

³ Dom zdravlja Zadarske županije, Zadar

⁴ Ordinacija opće medicine Anica Bašić, Zadar

BOLESNICA KOJA BOLUJE OD ALKOHOLIZMA U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Lucija Klobučar,¹ Dragan Soldo^{2,3}

SAŽETAK

Alkoholizam je, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), definiran kao kronična, kontinuirana ili povremena konzumacija alkohola koja je obilježena smanjenom kontrolom nad pijenjem, čestim intoksikacijama i zaokupljenosti alkoholom unatoč štetnim posljedicama za zdravlje. U Hrvatskoj je, prema istraživanju SZO-a iz 2014. godine, prevalencija duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem alkohola (F10) bila 5,1 % (muškarci 8,6 %, žene 1,9 %), a prevalencija alkoholizma (F10.2) 3,4 %. Alkoholizam je važan uzrok morbiditeta i mortaliteta u populaciji. Povećava rizik od kardiovaskularnih i malignih bolesti, bolesti jetre, ozljeda, a često se javljaju i drugi psihički poremećaji. Cilj je ovog rada pokazati složenost alkoholizma, izazove u svakodnevnom radu s oboljelima u ordinacijama obiteljske medicine i važnost interdisciplinarnog pristupa u liječenju.

Prikaz slučaja: Bolesnica, u dobi od 55 godina, boluje od alkoholizma. Problem prekomjernog pijenja alkohola kod bolesnice poznat je od 2012. godine kada je njen otac liječniku obiteljske medicine iznio taj problem koji je prisutan više od deset godina. Do tada, jedini psihički poremećaj bolesnice evidentiran kod liječnika obiteljske medicine bila je miješana anksioznost i depresivni poremećaj (F41.2). U sljedećim godinama, zbog privatnih problema i kraha tvrtke koju je vodila, problem alkoholizma postaje sve izraženiji. Bolesnica u ordinaciju tijekom 2017. godine dolazi i do četiri puta mjesečno, često vidno alkoholizirana, s ozljedama koje je zadobila zbog brojnih padova. Iako s liječnikom obiteljske medicine intenzivno radi na osvješćivanju problema, bolesnica i dalje ne vidi problem u sebi i alkoholizam pripisuje problemima u kojima se našla, te odbija svaki oblik bolničkog psihijatrijskog liječenja. Cilj je liječnika obiteljske medicine kroz partnerski odnos s bolesnicom uporno raditi na osvješćivanju problema i prihvaćanju intenzivnijeg liječenja od alkoholizma uz uključivanje u KLA (Klub liječenih alkoholičara), te maksimalno smanjiti negativne emocije vezane uz prisilno bolničko liječenje iz 2013. godine. Dodatno, potrebno je ostvariti maksimalnu podršku njezina oca, s kojim živi, koji je spremан помоći, ali je na izmaku snaga.

Zaključak: Rad s oboljelima od alkoholizma zahtjevan je i izazovan. Alkoholizam je slojevit, fizički i psihički poremećaj i kao takav zahtijeva dobro poznavanje bolesnika, njegove obitelji i životnog okružja, dugotrajno liječenje i interdisciplinarni pristup.

Ključne riječi: alkoholizam, liječnik obiteljske medicine

¹ Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

² Dom zdravlja Zagreb-Centar, Ordinacija obiteljske medicine, Kauzarićev prilaz 7, Zagreb

³ Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra za obiteljsku medicinu

ZLO NIKADA NE DOLAZI SAMO

Antonija Matić,¹ Maja Andrašek,² Rudika R. Gmajnić³

SAŽETAK

Multimorbidnost označava postojanje dviju ili više kroničnih bolesti u jednog bolesnika, a njegovo liječenje dovodi do polifarmacije. Životni se vijek uvelike produžio, a posljedica je toga rast prevalencije multimorbidnosti. Socioekonomска deprivacija i multimorbidnost usko su povezani. Zbog manje otpornosti ovi pacijenti češće imaju infekcije te depresiju koja je često neprepoznata i smanjuje konačni ishod skrbi. U žena su češće psihogerijatrijske bolesti, a u muškaraca kardiovaskularne i metaboličke.

Prikaz slučaja: Pacijentica, 79 godina, udana, živi u kući sa suprugom, umirovljenica. Boluje od epilepsije od djetinjstva. Od 40. godine života liječi hipertenziju. U 59. godini zbog kamenača desnog bubrega učinjen ESWL tijekom kojega je isporučena veća energija od dopuštene, te je pacijentica zadobila bubrežnu ozljeđu zbog koje je učinjena nefrektomija. Nakon pet godina razvija kronično bubrežno zatajenje lijevog bubrega te se redovito kontrolira po nefrologu. Zbog obostrane gonartrose 2008. godine TEP desnog koljena, a 2010. lijevog. Godine 2014. operirala mrenu lijevog oka. Godine 2015., u lipnju i srpnju, preboljela NSTEMI. U lipnju 2017. dolazi do pogoršanja kreatinina ($683 \mu\text{mol/l}$), te se započinje liječenje hemodializom tri puta tjedno. Od tada postaje depresivna jer se nikako ne može pomiriti s dijalizom. U srpnju 2017. dijagnosticirana fibrilacija atrija zbog koje je na terapiji varfarinom, koji nefrolog mjesec dana poslije na svojoj kontroli isključuje i uvodi acetilsalicilnu kiselinu a 100 mg. U listopadu 2017. pacijentica preboljela moždani udar s posljedičnom afazijom. Liječnik obiteljske medicine ponovno uvodi varfarin u terapiju. Zbog urinarne inkontinencije propisane pelene. U studenome 2017. hospitalizirana na Odjelu za infektologiju zbog vrućice nepoznata uzroka. Od lijekova uzima: pantoprazol, lorazepam, atorvastatin; karbamazepin, bisoprolol; perindopril/amlodipin, moksonidin, parikalcitrol, kalcij polistirensulfonat, varfarin, Nepro HP.

Zaključak: Pacijenti s multimorbiditetom epizodno trebaju specijalističku skrb, ali njihove cjelokupne zdravstvene potrebe najbolje zna liječnik obiteljske medicine zbog kontinuiteta skrbi, holističkoga, proaktivnog i preventivnog pristupa pacijentu. Ali obiteljska medicina na ovoj razini u Hrvatskoj ne može adekvatno pomoći jer je opterećena kako prevelikim brojem pacijenata zbog kojih konzultacije traju kratko, tako i njihovim prečestim dolascima, manjkom medicinskih sestara, prevelikom administracijom, nedostatkom komunikacije između primarne i sekundarne skrbi, nedostatkom specijalista obiteljske medicine te neadekvatno opremljenim ambulantama.

Ključne riječi: multimorbidnost, obiteljska medicina, polifarmacija

¹ Dom zdravlja Đakovo

² Dom zdravlja Osijek

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine prof. dr. sc. Rudika Gmajnić, specijalist obiteljske medicine, Osijek

DIJABETES U TEORIJI I PRAKSI

Jelena Rnjak,¹ Dino Hardi,¹ Robert Rončević,¹
Matea Matić Ličanin,² Rudika Gmajnić^{2,3}

SAŽETAK

Dijabetes melitus predstavlja heterogenu skupinu metaboličkih poremećaja u kojima je prisutna visoka razina glukoze u krvi kroz dulji vremenski period. Bolest rijetko prođe neotkriveno zbog karakterističnih znakova koji narušavaju kvalitetu života i ugrožavaju pojedinca. Prvi znaci bolesti najčešće su blagi umor, polidipsija, poliurija, polifagija, neželjeni gubitak težine, mučnina, svrbež i učestale gljivične infekcije. Kod nekontrolirane ili neotkrivene bolesti postoji opasnost od najteže i najozbiljnije akutne komplikacije, hiperglikemiske ili dijabetičke kome. Ovo, životno ugrožavajuće stanje, obično nastupa kada su vrijednosti glukoze u serumu veće od 33 mmol/L.

Prikaz slučaja: Pedesetpetogodišnji pacijent, do tada nije bolovao od kroničnih bolesti, te se rijetko javlja u ambulantu. Javlja se u ambulantu obiteljske medicine u kasnim poslijepodnevnim satima zbog subjektivnog osjećaja slabosti i neopisive nelagode, te traži bolovanje. Doktorica procjenjuje da je pacijent dobrog općeg stanja, ali zbog navedenog osjećaja slabosti naručuje ga na vađenje krvi sutradan ujutro. Nekoliko sati nakon vađenja krvi doktoricu zovu iz laboratorija kako bi je obavijestili o nalazu i zbog visokih vrijednosti glukoze u krvi (64 mmol/L) preporučili da se pacijent hitno javi u bolnicu. Doktorica kontaktira pacijenta, koji je bio na povratku kući iz ambulante, on odbija prijevoz vozilom hitne pomoći, izjavljuje kako se dobro osjeća te navodi da će se sam odvesti na hitni bolnički prijam, što i čini. Na prijam dolazi s boćicom Fante izjavljujući da je bio žedan, te mu se tada laboratorijski izmjeri 83 mmol/L glukoze u krvi i upućuje ga se na daljnju obradu i hospitalizaciju.

Zaključak: Proučavani pacijent imao je samo blage i nespecifične znakove koji bi upućivali na dijabetes. Za razliku od toga, laboratorijski su nalazi pokazali izrazito povišene i za život opasne vrijednosti glukoze u krvi, dok je njegovo stanje i dalje ostalo stabilno, a svijest nenarušena. Iz prikaza ovog slučaja uočavamo da teorijsko znanje o dijabetesu može znatno odstupati od manifestacije u kliničkoj praksi.

Ključne riječi: dijabetes melitus, glukoza, obiteljski liječnik

¹ Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

² Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine

³ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine prof. dr. sc. Rudika Gmajnić

„DOSIS SOLA FACIT VENENUM”

Mirna Rozić,¹ Anja Tomić,¹ Matea Matić Ličanin,² Rudika Gmajnić^{2,3}

SAŽETAK

Amiodaron je antiaritmik namijenjen za teške poremećaje ritma u kojih je druga terapija neuspješna ili kontraindicirana, kao što su fibrilacija i undulacija atrija, tahiaritmije povezane s WPW sindromom, sve vrste paroksizmalnih tahiaritmija uključujući supraventrikularnu, nodalnu i ventrikularnu tahikardiju te fibrilaciju ventrikula. Sadržava i do 40 % joda i može uzrokovati poremećaje štitnjače, pa je stoga kontraindiciran kod hipertireoze. Općenito, nuspojave ovog lijeka javljaju se u tri četvrtine bolesnika, osobito ako je doza veća od 400 mg/dan. Među najteže spadaju hepatalna lezija, egzarcebacija aritmije i plućna toksičnost.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 59 godina, umirovljenica. Prije četiri godine dijagnosticiran joj je sindrom bolesnog sinusa (tahi oblik) te fibrilacija atrija, nakon čega je učinjena radiofrekventna ablacija i implantacija srčanog elektrostimulatora (engl. *pacemaker*). Od tada u terapiji svakodnevno uzima acetilsalicilnu kiselinu (100 mg), atorvastatin (20 mg) i amiodaron (200 mg). Pacijentica se javlja obiteljskom liječniku s nizom tegoba: dispneja pri minimalnim fizičkim naporima, suhi kašalj, fotosenzitivnost kože, značajan gubitak kose, glavobolja, pojačano znojenje te slabost i umor. Fizikalnim pregledom uočava se hiperpigmentacija kože lica i vrata, dispneja u mirovanju, auskultatorno oslabljen disajni šum, uvećana štitnjača bezbolna na palpaciju, egzoftalmus i tremor obje ruke. Učinjen je RTG pluća na kojemu je nađen plućni infiltrat u obliku multiplih fokusa nejasnih granica koji čine „ground glass“ fenomen. U laboratorijskim nalazima ističe se SE 42 mm/h, L 11 x 10⁹, TSH 0,1 mIU/l i ft4 46 pmol/L. Upućena je na daljnju obradu i liječenje po pulmologu. Iz nalaza: spirometrija je upućivala na poremećaje mješovitog tipa, bronhoskopski uzet uzorak za PHD analizu: limfohistiocitna fokalna infiltracija i „pjenušavi makrofazi“ u uzorku.

Zaključak: Amiodaronom inducirana plućna toksičnost rijetka je nuspojava, incidencije od samo 1,6 do 2,9 %, no ovdje je to rezultat dugogodišnje terapije. Uz navedenu plućnu manifestaciju možemo primijetiti kako je kod pacijentice bilo prisutno više simptoma koji su navedeni kao nuspojave ovog lijeka, a to su poremećena funkcija štitnjače s pridruženim simptomima i fotosenzitivnost kože. Pacijentici je ukinuta ova terapija te je liječena po pulmologu do poboljšanja. Uvijek treba imati na umu da lijekovi koje pacijent uzima mogu biti i potencijalni uzročnici naizgled prisutnih komorbiditeta.

Ključne riječi: amiodaron, dispneja, obiteljski liječnik

¹ Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

² Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

³ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine prof. dr. sc. Rudika Gmajnić

PČELINJI PSIHOSUPPORT

Jelena Šakić Radetić,¹ Anita Brandalik,²
Helena Hrkač,² Rudika Gmajnić³

SAŽETAK

S napredovanjem medicinske znanosti, unaprjeđenjem novih tehnologija i starenjem populacije kronične bolesti postale su vodeće bolesti o kojima skrbi LOM. Sukladno tomu multimorbidnost i polimedikacija postaju sve veći izazov.

Prikaz slučaja: Bolesnik, rođen 1944. godine, umirovljenik, živi na selu i bavi se pčelarstvom. Bivši pušač, pušio oko četrdeset godina 20-30 cigareta na dan, pio alkohol svakodnevno. Godine 1997. hospitaliziran zbog STEMI-ja. Godine 2001. dijagnosticiran mu je dijabetes melitus tipa II, 2008. s peroralne terapije prelazi na terapiju inzulinom. Godine 2008. reinfarkt NSTEMI-ja, kada je zabilježena permanentna FA. U terapiju se uvodi varfarin. Godine 2012. hospitalizacija zbog srčane dekompenzacije. Tada se elektivnom koronarografijom dokaže trožilna srčana bolest. Iste godine učini se kirurška revaskularizacija srca – CABG X3. Nakon otpusta dva mjeseca ambulantno liječio dekubitalne rane gluteusa obostrano. Godine 2015. hospitalizacija zbog plućnog edema. U travnju 2017. hospitalizacija na JIKS zbog ventrikularne tahikardije. Tijekom liječenja ugrađen kardioverter defibrilator. Tijekom godina bolesnik je razvio kronični bronhitis, te se prati kronična bubrežna insuficijencija I-II stupnja. Zbog anemije i pozitivnog hemokult testa endoskopski obrađen po gastroenterologu. PHD gastroskopije: *Gastritis chronica*; PHD kolonoskopije: *Adenoma tubulare* s blago do srednje displastičnim epitelom. Trenutačna terapija: ASK 100 mg, Concor Cor 5 mg, 0, 2,5 mg, Controloc 20 mg, Edemid 250 mg, Diuron 25 mg, Cordarone 200 mg, Entresto 24/26 mg, Sortis 20 mg, Atrovent N 3 x 2 udaha, Ventolin aerosol, Novomix 50 20-22 i.j. prije doručka i 16-18 i.j. prije večere, Novomix 30 12-14 i.j. prije ručka, Martefarin 0,5 tbl i 1 tbl naizmjениčno.

Zaključak: Bolesnik s multimorbiditetom i polimedikacijom zahtijeva skrb i njegu koja prelazi znanstvene granice. One moraju obuhvaćati psihološku i socijalnu podršku. Kod ovog bolesnika taj dio skrbi odradile su njegove pčele. Naime, bolesnik tijekom godina nije razvio psihiatrijsku nadogradnju te je psihički iznenadujuće stabilan. Izuzetno je discipliniran u korištenju propisane terapije. Svakodnevno je okupiran poslom i brigom za svoje pčele, pa zaključujemo da su one zaslužne za njegovo, unatoč svemu, dobro opće stanje.

Ključne riječi: multimorbidnost, polimedikacija, psihološka podrška

¹ Dom zdravlja Đakovo

² Dom zdravlja Osijek

³ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine prof. dr. sc. Rudika Gmajnić

PRIKAZ PACIJENTICA S CEREBROVASKULARnim INZULTOM I PERKUTANOM ENDOSKOPSKOM GASTROSTOMOM

Bojana Vakanjac,¹ Dunja Stolnik,¹ Sanda Pribić^{2,3}

SAŽETAK

Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) jest endoskopski postavljen poseban kateter koji prolazi kroz mali rez na prednjoj trbušnoj stijenci i ulazi u želudac, a služi enteralnoj prehrani pacijentata koji se ne mogu adekvatno hraniti na usta. PEG može biti privremen ili trajan. Posebna ili posebno pripremljena hrana daje se polako špricom kroz kateter ili se za to rabi posebna pumpa. Nakon svakog obroka daje se 30–50 ml vode kako bi se održala prohodnost katetera. PEG-om se mogu davati i lijekovi.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 86 godina, od ranije boluje od hipertenzije i redovito uzima antihipertenzivnu terapiju. Živi sa kćerkom i zetom. Prije mjesec dana je hospitalizirana zbog smetnji govora i ljevostrane glavobolje. Hitnim CT-om mozga utvrđena je akutna ishemija lijevog čeonog režnja. Kao posljedice cerebrovaskularnog inzulta zaostale su disfagija i senzomotorna afazija. Zbog nepodnošenja nazogastrične sonde indicirano je postavljanje PEG-a. Prilikom kućnog posjeta opaža se adekvatna prostorija u kojoj pacijentica boravi i krevet u kojem leži. U somatskom statusu: pri svijesti, dezorientirana, nekomunikativna, nepokretna, pothranjena, slabije osteomuskularne grude, RR 130/85 mmHg. Trbuš ispod razine prsnog koša, mekan, PEG uredno postavljen, okolna koža čista, bez znakova upale. Ostalo u somatskom statusu uredno. U neurološkom statusu: motorna afazija i teška senzomotorna disfazija. Gutanje tekućine otežano. Palatinalni i faringealni refleksi odsutni, uvula sinistroporinata. Mandibularni refleksi odsutan. Spušten desni usni kut. U PSP desna ruka niže položena, noge pasivno dovedene u položaj po Mingazziniju, desna pada, lijevu održava. Plantarni refleks obostrano oslabljen. Ne vertikalizira se. Ostalo u neurološkom statusu uredno. Kći se u ordinaciji educira o rukovanju pumpom za koju se propiše poseban enteralni pripravak. Pumpa unosi hranu prilagođeno kontinuirano umjerenom brzinom koja se pri sporijem unošenju bolje tolerira i iskorištava. Količina unesene hrane postupno se povišuje i do 250 ml/h. Dok se nije osiguralo hranjenje pumpom, pacijentici je hramila kći pomoću šprice, što je trajalo oko 20 minuta.

Zaključak: Kada prirodan način prehrane nije moguć, primjenjuje se umjetno hranjenje (parenteralno/enteralno). Enteralna prehrana ima brojne prednosti i manje komplikacija u odnosu na parenteralnu (jednostavnija je, ne izaziva česte i ozbiljne komplikacije, jeftinija je). Najčešći oblici umjetnog hranjenja enteralnim putem jesu pomoću nazogastrične sonde (ako je hranjenje potrebno provoditi kraće vrijeme, 30-ak dana) i PEG-a (za hranjenje predviđeno dulje vrijeme).

Ključne riječi: cerebrovaskularni inzult, disfagija, perkutana endoskopska gastrostoma

¹ Dom zdravlja Osijek

² Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

³ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine „Prof. dr. sc. Sanda Pribić, spec. obiteljske med.“

NEFUNKCIONALNOST OBITELJI – OKIDAČ SHIZOFRENIJE?

Ivana Tovilo,¹ Barbara Likar,¹ Matea Matić Ličanin,²
Sanda Pribić^{2,3}

SAŽETAK

Shizofrenija je skupina poremećaja, najčešće kroničnog tijeka, u kojoj dolazi do specifičnog oštećenja mišljenja, percepcije, ponašanja, motivacije, pažnje, doživljaja sebe i okoline. Dolazi do propadanja ličnosti i značajnog oštećenja profesionalnoga, obiteljskog i socijalnog funkciranja. Etiologija nije poznata, no smatra se da ima genetsku podlogu i da je osnova izloženost psihološkom stresu u djetinjstvu ili adolescentnoj dobi. Kod žena se obično javlja između 25. i 30. godine života, a u adolescenciji je vrlo rijetka.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 18 godina s dijagnosticiranim shizofrenijom. Rođena je kao četvrtog od petero djece u tada cjelovitoj, ali nefunkcionalnoj obitelji. U dobi od osam godina oduzeta je iz obitelji zbog grubog kršenja roditeljske skrbi i na stalnom je smještaju u Domu za djecu. U dobi od 14 godina, dva dana nakon menarhe, u pacijentice, koja do tada nije imala značajnijih odstupanja na planu emocija i ponašanja, javile su se potpuno oblikovane sumanute misli i obmane osjetila s pratećim pokretima i radnjama. Pacijentica navodi da joj svjetlost naređuje da sjedne, ustane i napada ju, a ona se treba obraniti i čini to pokretima ruku. Navodi da čuje avion i generala koji joj naređuje da svladava prepreke (tračke svjetlosti), da se kreće lijevo-desno, naprijed-nazad, što ona čini, osjećajući pritom intenzivan strah jer misli da će ju on ubiti ako ne izvrši naredbe. Učinjeno je psihološko testiranje sa zaključkom da se radi o adolescentici s verbalnom i intelektualnom učinkovitosti na razini lake mentalne retardacije. Tijekom idućih nekoliko godina više je puta hospitalizirana na odjelu za psihijatriju, prilikom čega negira prisutnost sumanutih misli te relativno dobro, s manjim oscilacijama, reagira na terapiju. U dobi od 18 godina pacijentica je pokušala skočiti s balkona zbog čega je ponovno hospitalizirana na odjelu za psihijatriju.

Zaključak: Cilj je rada prikazati vezu između stresogenih događaja u djetinjstvu, u ovom slučaju razdvajanje obitelji, s pojavom rane adolescentne shizofrenije. Također, nastojimo prikazati da ona nije uvijek genetski predisponirana te da se u podlozi mogu nalaziti i hormonske promjene. Za obiteljsku medicinu važno je prepoznati rane znakove shizofrenije kod adolescenata, ne miješajući ih sa znakovima puberteta, kako bismo na vrijeme intervenirali i pružili odgovarajuću skrb pacijentu.

Ključne riječi: shizofrenija, obiteljski liječnik, adolescencija, obitelj

¹ Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

² Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

³ Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine „Prof. dr. sc. Sanda Pribić, spec. obiteljske med.“

KADA POMISLITI NA RIJETKE BOLESTI KAO ŠTO JE MANJAK ALFA-1-ANTITRIPSINA

Mila Vasilj Mihaljević,^{1,2} Sanja Bekić,^{2,3}
Ljiljana Trtica Majnarić²

SAŽETAK

Alfa-1-antitripsin (AAT) jest glikoprotein, glavni inhibitor serinskih proteaza. Uglavnom ga izlučuju hepatociti, manje alveolarni makrofagi i monociti. Količinu cirkulirajućeg ATT-a određuje kodominantna ekspresija roditeljskih alela te se molekularna dijagnostika deficita AAT-a vrši detekcijom najčešćih mutiranih alela: Z i S. Pomanjkanje ATT-a u krvi upućuje na nemogućnost njegova izlučivanja iz hepatocita te pojačano nakupljanje u jetri s cirozom kao krajnjim ishodom. Hemoragije mogu biti jedan od simptoma deficita ATT-a zbog mutacije koja konvertira ATT iz neutrofilne elastaze u inhibitor koagulacijskog faktora. Dijagnoza se potvrđuje ako je serumski ATT < 11 μmol/L. Cilj nam je bio prikazati kako česti simptomi bolesti kod djece: povišena temperatura, opstipacija, bolovi mogu zahtijevati dugotrajnu i opširnu obradu te navesti liječnika na pomisao o naslijedno uvjetovanoj bolesti.

Prikaz slučaja: Djecak u dobi od 2,5 godine posjećivao liječnika zbog respiratornih infekcija, uglavnom simptomatski liječenih. Oba roditelja zdrava. Zbog febrilnih konvulzija, virusne infekcije, povišenih vrijednosti jetrenih enzima i D-dimera hospitalno liječen na Pedijatriji KBC Osijek u kolovozu 2016., gdje je učinjen i UZV trbuha: uredan, što je upućivalo na virusnu bolest jetre. Savjetovano je daljnje praćenje bolesti: klinički i laboratorijski. Na kontrolnom nalazu u listopadu 2016. jetrene transaminaze bile su nešto niže, da bi u veljači 2017. vrijednosti D-dimera i jetrenih enzima ponovno porasle. Dijete nije imalo znakove hemoragije, bilo je opstipirano i supfebrilno te je upućeno na daljnju obradu u Kliniku za dječje bolesti Zagreb. U lipnju 2017. jetrene transaminaze bile su neznatno iznad referentnih, dok su pankreatična elastaza, serologija na EBV i CMV te D-dimeri bili uredni. Istovremeno, registrirala se snižena vrijednost ATT-a u krvi: 0,3 g/l (0,9–2,0 g/l). Genotipizacijom dokazan je nedostatak ATT-a: ZZ genotip. Djetetu se u terapiju uvede ursodeoksikolatnom kiselina, u dozi od 2 x 100 mg, te se savjetuje daljnje praćenje. Nakon primijenjenog lijeka dijete je bilo bolje, kao i laboratorijski pokazatelji.

Zaključak: Simptomi i smetnje kod djece ne moraju uvijek biti pokazatelji najčešćih, samozlječivih bolesti, nego i rijetkih bolesti, s lošijom prognozom, kao što su bolesti uzrokovane manjkom ATT-a. Kliničku sumnju kod liječnika obiteljske medicine potaknule su trajno povišene vrijednosti jetrenih enzima i D-dimera.

Ključne riječi: alfa-1-antitripsin, oštećenje jetre, liječnik obiteljske medicine

¹ Dom zdravlja Vukovar

² Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. Sanja Bekić, Višnjevac

LJEKOVIT RAZGOVOR

Ivan Vurnek,¹ Lucija Šenjug,¹ Ivana Kelava^{2,3}

SAŽETAK

Osnovna zdravstvena obilježja ljudi starije životne dobi su multimorbidnost (prosječno starije osobe boluju od pet različitih bolesti) i polifarmacija (u prosjeku uzimaju od 5 do 10 lijekova na dan). Također, činjenica je da njih 25 % boluje od različitih duševnih bolesti, najčešće depresije i različitih oblika demencije. Duševnim oboljenjima, kao i njihovu pogoršanju, sklonije su starije osobe koje se osjećaju socijalno izoliranim.

Prikaz slučaja: Prikazujemo slučaj 70-godišnje pacijentice s multimorbiditetom i lošom psihosocijalnom situacijom. Iz medicinske dokumentacije saznajemo da pacijentica boluje od psihoorganskog sindroma, organskog afektivnog poremećaja, esencijalne hipertenzije, gonartroze, kompresivnih prijeloma kralježnice u sklopu osteoporoze i inkontinencije urina. Preboljela je moždani udar i ima ugrađenu endoprotezu kuka. Pacijentica je teško pokretna i sklona padovima. Živi s bolesnim mužem u stanu na četvrtom katu zgrade bez dizala, te zbog toga nije u mogućnosti sama izlaziti. Životni uvjeti su neodgovarajući za njezine potrebe. U nekoliko je navrata hospitalizirana u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče i na Odjelu za produženo liječenje Novi Marof. Iz medicinske dokumentacije također je vidljivo da zbog padova pri ustajanju i neodređenih bolova gotovo svakodnevno naziva hitnu medicinsku pomoć ili traži kućni posjet svoje obiteljske liječnice.

Pacijentici smo posjetili u stanu zbog bolova u cijelom tijelu, pri čemu smo je zatekli izrazito plačljivu i anksioznu, te se uglavnom tužila na lošu psihosocijalnu situaciju. U razgovoru smo saznali da ne uzima redovito antidepresive ni terapiju protiv bolova. Nakon detaljnog pregleda i savjetovanja o uzimanju lijekova te psihoterapijskog suporta u vidu razgovora o njenim problemima pacijentica se osjećala puno bolje i ispratila nas je uz smijeh.

Zaključak: Odnos liječnik–pacijent u kojem liječnik pokazuje empatiju i razumijevanje, osnažuje pacijenta te mu pruža dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu skrb pozitivno utječe na cijelokupno pacijentovo zdravlje. Ponajviše je to izraženo kod pacijenata s multimorbiditetom koji umanjuje kvalitetu njihova života, a okolina im ne pruža odgovarajuću psihosocijalnu podršku.

Ključne riječi: starija životna dob, multimorbidnost

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Zagreb

³ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

EHINOKOKNA CISTA JETRE

Branka Živković Duvnjak,¹ Vesna Tabak^{2,3}

SAŽETAK

Ehinokokna bolest je zarazna bolest. Uzročnik je helmit *Echinococcus granulosus* – najčešći, te *E. multilocularis* i *E. vogeli*. Domačin zaraze je pas i ostali kanidi, a biljožderi i čovjek su intermedijarni domaćini. Bolest se prenosi fekooralnim putem, a u nas je najčešća u stočarskim krajevima Dalmacije i na otocima. Kliničku sliku određuje lokacija ciste. Cista jetre je najčešća, a može narasti do 20 cm. Simptomi su mučnina, nadutost i bol u gornjem abdomenu. Multilocularne ciste pluća prati dispneja, hemoptiza i kašalj. Ciste na mozgu oponašaju tumore, a na ostalim sustavima daju kliničke slike tih sustava. Dijagnoza se postavlja temeljem UZV-a, CT-a, MR-a, antitijela na parazit i KKS-a. Liječenje je medikamentno (albendazol) i kirurško.

Prikaz slučaja: Muškarac, 37 godina, neoženjen, često mijenjao prebivalište (Livno, Dalmacija, otoci). Majka i brat su operirali ehinokoknu cistu jetre. Pacijent je obradivan zbog hiperglikemije, a usputni je nalaz UZV abdomena hidatidna cista jetre 20 x 22 cm. Eozinofili su u granici normale. Uključena je terapija albendazolom 2 x 400 mg četiri tjedna. Tri mjeseca osjećao se dobro, a sada dolazi s bolovima u gornjem abdomenu, supfebrilan, povraća. Kardiopulmonalno kompenziran, na palpaciju bolnost u epigastriju, meteorističan. U KKS-u leukocitoza s eozinoflijom 69,9 te 86,0. Antibiotiskom i terapijom albendazolom eozinofili padaju. CT abdomena prikazuje cistu na jetri nepromijenjene veličine, a uz rub kapsule stvorile su se dvije nove ciste od 8 i 6 cm. Alfa-fetoprotein je u granicama. Puncijom prsne kosti isključena hematološka maligna bolest. Pacijentu je preporučeno operativno liječenje.

Zaključak: Povoljna epidemiološka situacija temelji se na dobro provedenim veterinarskim mjerama zaštite zdravljia životinja, osobito pasa. Potrebno je i dalje naglašavati važnost adekvatnih preventivnih mjera kod životinja i higijenskih navika kod ljudi. Podatci o učestalosti ehinokokoze pokazuju blagi porast, a vrlo je važna briga o prevenciji bolesti. Nespecifični simptomi trebaju biti signal i za ehinokokne ciste u skrbi obiteljskog liječnika.

Ključne riječi: ehinokokna cista, zarazna bolest, dijagnostika, liječenje, prevencija

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Branka Živković Duvnjak, Silba

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Vesna Tabak, Zagreb

³ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

PRIKAZ RADA U DEŽURNOJ AMBULANTI DOMA ZDRAVLJA ZAGREBAČKE ŽUPANIJE

Boris Medić,¹ Miro Benčić²

SAŽETAK

U Domu zdravlja Zagrebačke županije (DZZŽ) rad u ambulanti posebnog dežurstva (PD) u Zaprešiću obvezan je za liječnike obiteljske medicine, zaposlenike DZZŽ-a. U ambulanti PD-a radi se subotom od 15 do 20 sati, nedjeljom, praznikom i blagdanom od 8 do 20 sati.

Cilj: Istražiti postoje li razlike u strukturi rada po dijagnozama, upućivanju, dobnoj strukturi i propisivanju lijekova u ambulanti PD-a u odnosu na rad u ambulanti obiteljske medicine (OM) i hitne medicinske pomoći (HMP) na razini Republike Hrvatske (RH).

Ispitanici i metode: Retrospektivno istraživanje, analiza strukture rada u ambulanti posebnog dežurstva. U analizi su korišteni podaci iz elektroničkih kartona u računalnom programu. Prikupljeni su podaci za razdoblje od 1. 4. do 31. 10. 2017. o broju posjeta, broju i dobnoj strukturi pacijenata, upućivanju i razlozima dolaska. Dobiveni podaci zatim su uspoređeni s podacima Hrvatskoga zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2016. godinu.

Rezultati: U navedenom razdoblju ambulanta PD-a radila je 67 dana, obavljena su 1826 pregleda na 1716 pacijenata. U ambulantu PD-a češće su dolazile žene (56 %) i pacijenti u dobi od 20 do 64 godine (57 %). U ambulantu OM-a najviše dolaze pacijenti iz dobne skupine 20–64 godine (55,21 %). Najveći broj dolazaka u ambulantu PD-a bio je zbog akutnih, nehitnih tegoba iz skupine XIII. Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva M00-99 (17,60 %), potom skupine X. Bolesti dišnog sustava J00-99 (17,50 %) i skupine XII. Bolesti kože i potkožnog tkiva L00-99 (11,90 %). Prema podacima iz Ljetopisa za 2016. godinu, u RH su među razlozima dolaska u ambulantu OM-a vodeće dijagnoze iz skupine X. Bolesti dišnog sustava J00-99 (14,80 %), skupine XIII. Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva M00-99 (11,20 %) te skupine IX. Bolesti cirkulacijskog sustava (11,20 %). Vodeći su razlozi dolaska u ambulantu HMP-a iz skupina XVIII. Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo R00-99 (25,70 %), XIX. Ozljede, trovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka S00-T98 (16,60 %) i IX. Bolesti cirkulacijskog sustava (10,80 %). Također postoje razlike u propisivanju lijekova i vrsti upućivanja između ambulanta PD-a i OM-a.

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazali su da se struktura rada u ambulanti PD-a po propisanim lijekovima i upućivanju znatno razlikuje od rada ambulante OM-a, a po razlozima dolaska razlikuje se od rada u ambulanti OM-a i HMP-a. Dok u ambulantu PD-a dolaze bolesnici s akutnim (nehitnim i samoograničavajućim) bolestima, u ambulante OM-a dolaze bolesnici s akutnim i kroničnim stanjima, a u one HMP-a najviše dolaze bolesnici s akutnim stanjima, ozljedama i tegobama unutar krvožilnog sustava. To pokazuje da ne postoji opravdanje za postojanje ambulanta PD-a, jer se mali dio tih akutnih (u pravilu nehitnih) stanja može riješiti preko HMP-a, a ostatak pacijenata mogao bi se zbrinuti u tijeku redovitoga radnog vremena u ambulantama OM-a, kućnom njegom te zdravstvenim odgojem i prosvjećivanjem populacije.

Ključne riječi: posebno dežurstvo, Dom zdravlja

¹ Dom zdravlja Zagrebačke županije, ambulanta Dubravica

² Dom zdravlja Zagrebačke županije, ambulanta Brdovec

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
The Association of Teachers in General Practice/Family Medicine

II. Kongres sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
SPECIFIČNOSTI SESTRINSKE SKRBI USMJERENE
BOLESNICIMA S KRONIČNIM BOLESTIMA

2nd Congress of nurses in primary health care
SPECIFICITY OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH
CHRONIC DISEASES

Knjiga sažetaka/Abstract book

Izvršni urednik
prof. dr. sc. Milica Katić

Glavna urednica
prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković

Zagreb, 15. do 18. ožujka 2018. godine
Zagreb, 15 – 18 March 2018

STUPANJ ZDRAVSTVENE NJEGE U SKRBI BOLESNIKA U KUĆI

Dijana Ban¹

SAŽETAK

Zdravstvena njega u kući (ZNJUK) djelatnost je koja se provodi s ciljem prevencije i edukacije o kvalitetnijem načinu života, fizičke i psihičke skrbi tijekom teške bolesti i nemoći i nakon operativnih zahvata za koju bolesnik nema adekvatne mogućnosti da si je pruži sam. Pravo na ZNJUK bolesnik ostvaruje ako je nepokretan, polupokretan ili teško pokretan i nema potrebe za dalnjim bolničkim liječenjem. Liječnik obiteljske medicine (LOM) u suradnji s patronažnom medicinskom sestrom određuje ZNJUK uvidom u zdravstveno stanje bolesnika i medicinsku dokumentaciju (ako zadovoljava uvjete zadane Pravilnikom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje – HZZO-a). LOM je limitiran propisivanjem zdravstvene njegе u kući od HZZO-a, pa se javljaju problemi koji utječu na kvalitetu pružanja takve njegе u skladu sa zahtjevima struke. Primjerice, bolesnik koji ima potrebu prijevoja dekubitusa IV. st. na sakrumu 2–3 puta dnevno sedam dana u tjednu, dobije nalog na jedan ili 2–3 puta tjedno kao da je prijevoj I./II. st., a sve poradi finansijske uštede, što u konačnici poskupljuje liječenje i bolesniku produžuje problem. Po dobivanju prijedloga za zdravstvenu njegu u kući plan zdravstvene njegе izrađuju medicinske sestre prvostupnice koje su se za to školovale. One bi trebale planom i evaluacijom njegе pravovremeno prilagoditi njegu stvarnim potrebama bolesnika te u suradnji s LOM-om i patronažnom sestrom predložiti povećanje ili smanjenje intervencije njegе prema stanju i potrebi bolesnika. Time bi uštedjeli produženje problema bolesniku i nepotrebne ponavljajuće hospitalizacije koje su znatno skuplje od zdravstvene njegе u kući bolesnika.

Ključne riječi: zdravstvena njega u kući, obiteljska medicina, suradnja

¹ Dijana Ban, bacc. med. techn., Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Dijana Ban
E-adresa: dijana.ban@ri.htnet.hr

ŠTO JE SESTRINSKA DIJAGNOZA?

Slađana Režić¹

SAŽETAK

Sestrinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na svoju edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. Kada govorimo o sestrinskim dijagnozama, razlikujemo aktualne, visokorizične i povoljne dijagnoze te sestrinsko-medicinske probleme. Naziv sestrinska dijagnoza počeo se upotrebljavati u sestrinskoj praksi početkom 70-ih godina 20. stoljeća. Godine 1973. održana je i prva konferencija o sestrinskim dijagnozama. Od tada se konferencije o sestrinskim dijagnozama održavaju svake dvije godine. Danas se u svijetu najčešće rabi klasifikacija sestrinskih dijagnoza prema Sjevernoameričkom udruženju za sestrinske dijagnoze (engl. *The North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*). NANDA je nedavno objavila jedanaesto izdanje svoje klasifikacije sestrinskih dijagnoza. NANDA-ine dijagnoze prevedene su na druge jezike: njemački, francuski, talijanski, japanski, češki, švedski, španjolski, kineski, nizozemski, estonski, indonezijski i baskijski. Uz NANDA-ine dijagnoze često se rabe dvije jednakovražne klasifikacije: Klasifikacija sestrinskih intervencija (engl. *Nursing Interventions Classification – NIC*) i Klasifikacija ishoda u zdravstvenoj njezi (engl. *Nursing Outcomes Classification – NOC*), razvijena s ciljem evaluacije učinaka sestrinskih intervencija. Posljednje izdanje NANDA-inih dijagnoza navodi 127 aktualnih dijagnoza, 82 visokorizične dijagnoze, 26 povoljnih dijagnoza i 90 sestrinsko-medicinskih problema.

U Hrvatskoj se o sestrinskim dijagnozama počinje govoriti 80-ih godina 20. stoljeća. Zakon o sestrinstvu omogućio je razvoj sestrinske dokumentacije pa tako i sestrinskih dijagnoza. Do sada su izašle četiri knjige o sestrinskim dijagnozama. U Hrvatskoj se upotrebljava 55 aktualnih dijagnoza, 14 visokorizičnih dijagnoza i 55 sestrinsko-medicinskih dijagnoza. Trenutačno je u pripremi još jedna knjiga o povoljnim dijagnozama. Sestrinske dijagnoze omogućuju formalan, strukturiran jezik kojim se definira zdravstvena njega. Omogućuju kvalitetniju komunikaciju među medicinskim sestrama i unaprjeđuju sestrinsku praksu na svim razinama zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: sestrinske dijagnoze, klasifikacija sestrinskih dijagnoza, sestrinska praksa

¹ KBC Zagreb, Odjel za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, Kišpatićeva 12, Zagreb
E-adresa: srezic@kbc-zagreb.hr

POSTOJI LI POVEZNICA IZMEĐU OPSTRUKTIVNE APNEJE ZA VRIJEME SPAVANJA I ODREĐENIH KARDIOVASKULARNIH ISHODA?

Andreja Šajnić,¹ Aleksandra Trupković,¹ Ivana Lalić,¹
Sandra Karabatić,¹ Tanja Zovko,¹ Miroslav Samardžija¹

SAŽETAK

Uvod: Opstruktivna apneja za vrijeme spavanja (engl. *obstructive sleep apnea* – OSA) nezavisni je čimbenik rizika za nastanak specifičnih kardiovaskularnih ishoda i smrtnosti (1). Ciljevi istraživanja provedenoga na Klinici za plućne bolesti bili su: 1) raspodjela ispitanika prema kategorijama OSA-e prema izmjerenoj vrijednosti apneja-hipopneja indeksa (AHI), 2) OSA u interakciji sa specifičnim kardiovaskularnim ishodima.

Metoda: Ciljna skupina, osobe koje su bile obrađivane zbog sumnje na OSA-u, od 2008. do 2010. godine (N = 277). Apneja za vrijeme spavanja definirana je kao negativna, AHI < 5, blaža, AHI 5–15, umjerena, AHI 15–30, i teška, AHI > 30,2. Dokumentirali smo AHI, ITM, dob i spol, a komorbiditet iz medicinske dokumentacije. AHI je rezultat polisomnografije (PSG). Svi ispitanici su podvrgnuti PSG-u (ALICE IV ili LE 5 Respironics).

Rezultati: 1) Raspodjela ispitanika prema kategorijama OSA-e prema izmjerenoj vrijednosti AHI-ja; ispitanici s AHI-jem < 5 (26 %), AHI 5–15 (29 %), AHI 15–30 (13 %), AHI > 30 (32 %) (N = 277). 2) Prikaz distribucije ispitanika prema kategorijama OSA-e prema izmjerenoj vrijednosti AHI-ja s određenim medicinskim dijagnozama (N = 277): arterijska hipertenzija – AHI < 5 (43 %), AHI 5–15 (64 %), AHI 15–30 (69 %), AHI > 30 (82 %); hipertrofična kardiomiopatija – AHI < 5 (1 %), AHI 5–15 (9 %), AHI 15–30 (11 %), AHI > 30 (19 %); u anamnezi infarkt miokarda – AHI < 5 (1 %), AHI 5–15 (2 %), AHI 15–30 (9 %), AHI > 30 (7 %); u anamnezi moždani udar – AHI < 5 (3 %), AHI 5–15 (4 %), AHI 15–30 (11 %), AHI > 30 (6 %); plućno srce – AHI < 5 (1 %), AHI 5–15 (0 %), AHI 15–30 (3 %), AHI > 30 (2 %).

Zaključak: Prikazali smo visoku učestalost OSA-e u ispitivanoj skupini. Osobe s OSA-om imaju veću prisutnost arterijske hipertenzije i hipertrofične kardiomiopatije koja je u korelaciji s težinom poremećaja OSA-e. Plućno srce, anamnistički podaci infarkta miokarda i moždanog udara najviše su prisutni u ispitivanoj skupini s AHI-jem 15–30, ali i dalje su ta stanja više prisutna u ispitivanoj skupini s OSA-om u usporedbi s osobama koje nemaju OSA-u. Povećanjem težine poremećaja OSA-e povećava se prisutnost specifičnih kardiovaskularnih ishoda.

Ključne riječi: opstruktivna *sleep apnea*, prevalencija, komorbidnost, infarkt miokarda, arterijska hipertenzija, moždani udar

LITERATURA

1. Selim B, Won C, Yaggi HK. Cardiovascular Consequences of Sleep Apnea. Clin Chest Med 2010; 31(2): 203–20.
2. Yaggi HK, Strohl KP. Adult Obstructive Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome: Definitions, Risk Factors, and Pathogenesis. Clin Chest Med 2010; 31(2): 179–86.

¹ Klinika za plućne bolesti „Jordanovac”, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb
E-adresa: andreja.sajnic@gmail.com
ORCID: Andreja Šajnić, <https://orcid.org/0000-0001-5194-5221>

PARTNERSKI ODNOS I SURADNJA IZMEĐU PRIMARNE, SEKUNDARNE I TERCIJARNE RAZINE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SESTRINSKOJ PROFESIJI

Kristina Hanžek¹

SAŽETAK

Sestrinska profesija u Republici Hrvatskoj regulirana je Zakonom o sestrinstvu, prema kojem je jedna od dužnosti medicinske sestre vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci u zdravstvenoj njezi bolesnika tijekom 24 sata. Na temelju članka 17. stava 3. Zakona o sestrinstvu (Narodne novine broj 121/03, 117/08 i 57/11), na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara 2011. godine, ministar zdravstva i socijalne skrbi donio je Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama kojim se utvrđuje sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija važna je za kvalitetu cjelokupne zdravstvene skrbi bolesnika. Provodi se na način da se prilikom otpusta bolesnika iz bolničkih zdravstvenih ustanova piše „Otpusno pismo zdravstvene njege“ za bolesnike koji trebaju nastavak zdravstvene njege u kući bolesnika ili u bolnici za produženo liječenje kroničnih bolesnika. Prema Pravilniku „Obrazac otpusnog pisma zdravstvene njege“ obvezni je dio sestrinske dokumentacije. To je sredstvo komunikacije medicinskih sestara koje rade u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Stoga taj dokument treba sadržavati sve važne informacije o provedenoj zdravstvenoj njezi za vrijeme hospitalizacije, o terapiji koju je do trenutka otpusta iz bolnice bolesnik primio, te preporuke za nastavak zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice, gdje god se ona provodila. Važno je da ispunjen obrazac otpusnog pisma zdravstvene njege pravovremeno dođe u ruke patronažnoj medicinskoj sestri, koja preuzima organizaciju nastavka zdravstvene njege u kući bolesnika, ili treba biti upućeno medicinskim sestrama u drugim zdravstvenim ustanovama ako se u njih bolesnik premješta nakon hospitalizacije. Takav oblik komunikacije znatno olakšava daljnju organizaciju i provođenje zdravstvene njege bolesnika.

Dosadašnja iskustva komunikacije medicinskih sestara preko unificiranog obrasca otpusnog pisma zdravstvene njege pokazuju da taj oblik komunikacije nije dostatno prepoznat u timu zdravstvenih profesionalaca koji nastavljaju pružati zdravstvenu skrb na nižim razinama zdravstvene zaštite, a često i ne dospije u „prave ruke“ ili se zagubi na putu do patronažne sestre odnosno do liječnika obiteljske medicine. U ovome radu bit će prikazane neke značajke suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara preko otpusnog pisma zdravstvene njege u gradu Zagrebu.

Ključne riječi: otpusno pismo zdravstvene njege, suradnja, timski rad, sestrinska skrb

¹ KBC Zagreb, Klinika za neurologiju
Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb

PATRONAŽNA SKRB OBITELJI I OSOBI KOJA BOLUJE OD ALZHEIMEROVE BOLESTI

Jasmina Nemeć¹

SAŽETAK

Sestra u zajednici, odnosno patronažna medicinska sestra (PS), osposobljena je za utvrđivanje problema korisnika/obitelji i njihovih mogućnosti i sposobnosti da brinu o sebi. Poučava pojedinca i/ili obitelj kako unaprijediti zdravlje te se uspješno nositi s problemima narušena zdravlja. PS prema potrebi pronalazi i uključuje u skrb druge stručnjake, službe, servise, sredstva i pomaže korisniku da ostvari što cijelovitiju zaštitu. Sestrinska skrb u bolesnika s Alzheimerovom bolesti (AB) temelji se na pružanju pomoći u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, s ciljem održavanja postojećeg stanja i pomoći obitelji da se nosi sa svakodnevnim izazovima koje donosi ta bolest. Pravila procjene situacije i problema s kojima se obitelj nosi stavljuju na prvo mjesto holistički pristup kojim se sagledava pojedinca/obitelj u cjelini. PS mora poznavati izvore pomoći i potpore (liječnik obiteljske medicine, zdravstvena ustanova za kućnu njegu, udruga za Alzheimerovu bolest, palijativna udruga, mobilni palijativni tim, gerontološki centar i druge) te s njima učinkovito suradivati. Nadalje, mora poznavati mogućnosti za osiguranje finansijske i druge materijalne pomoći za zadovoljavanje potreba (članovi obitelji, socijalna služba). Sve informacije koje PS daje trebaju biti što logičnije i jasne. PS kategorizira potrebe, probleme i sredstva te dovodi u ravnotežu potrebe i sredstva u odnosu na zahtjeve. Potrebe obitelji jesu: primiti kvalitetnu i pravodobnu informaciju, razumijevanje i olakšanje tjeskobe, zabrinutosti; osigurati vrijeme za boravak s oboljelim, pomagati bolesnom članu obitelji; imati osiguran sustav potpore (fizičku i psihološku potporu). PS treba informirati obitelj o bolesti i uputiti je u način zbrinjavanja. U suradnji sa socijalnom službom može pomoći u dobivanju finansijske pomoći i smještaja u ustanovu ako obitelj ne može skrbiti o bolesniku u kući. Preko udruga i drugih karitativnih organizacija može se organizirati psihološka potpora za obitelj, pomoći u skribi za bolesnika te nabava potrebnih pomagala. Uloga je patronažne sestre pružati trajnu potporu obitelji, poučavati obitelj kako pomoći bolesniku tijekom svih faza bolesti te prepoznati za život opasne komplikacije. Kako bolest progredira, te ako se stanje oboljelog jako pogorša, treba predložiti hospitalizaciju i/ili smještaj u ustanovu u svrhu zaštite obitelji od iscrpljenja.

Ključne riječi: patronažna sestra, obitelj, izvori pomoći, potrebe obitelji i bolesnika s Alzheimerovom bolesti

LITERATURA

1. Mojsović Z i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Priručnik za studij sestrinstva – drugi dio. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
2. Mojsović Z i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2004.
3. Moro Lj, Frančišković T i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

¹ Dom zdravlja Zagreb-Centar

NARATIV ALKOHOLIZMA U ŽENA

Tatjana Horčička¹

SAŽETAK

Alkoholizam je najčešća bolest ovisnosti i jedan od najtežih društveno-medicinskih problema današnjice. Po morbiditetu i mortalitetu u svijetu je na trećem mjestu, poslije kardiovaskularnih i malignih bolesti, a u Europi je treći rizični čimbenik za bolesti i/ili smrt, nakon pušenja i povišenog krvnog tlaka. Prije dvadesetak godina omjer muškaraca i žena ovisnih o alkoholu bio je 7 : 1, a danas iznosi 3,6 : 1.

Broj žena ovisnih o alkoholu raste brže od ukupnog porasta broja osoba ovisnih o alkoholu kao posljedica nagle promjene uloga i položaja žene u društvu u posljednjem stoljeću.

Cilj je rada prikazati specifičnosti alkoholizma u žena, prikazati rizične čimbenike za njegovo nastajanje te posljedice na zdravlje i socijalni život žene.

Alkoholizam u žena po svojim se specifičnostima razlikuje od alkoholizma u muškaraca. Specifičnosti alkoholizma u žena odnose se na uzroke pijenja, životnu dob kada žene počinju piti, na obrasce pijenja i na posljedice prekomernog pijenja. Premda postoje rizični čimbenici koji pogoduju razvoju ovisnosti o alkoholu u žena tijekom cijelog životnog vijeka, alkoholizam u žena bitno se razlikuje prema dobi žene, a štoviše, svaka dobna skupina žena ima specifične rizične čimbenike za njegov razvoj.

Posljedice pijenja na zdravlje žena možemo podijeliti na one koje se manifestiraju kao i kod muškaraca, ali se razvijaju nakon kraćeg razdoblja pijenja (oštećenja mozga, oštećenja jetre, srčane poteškoće, polineuropatijske, oštećenja gastrointestinalnog sustava) i na probleme povezane sa zdravstvenim pitanjima i bolestima jedinstvenima za žene (poremećaji menstrualnog ciklusa, neplodnost, pobačaj, fetalni alkoholni sindrom, karcinom dojke).

Socijalna stigma koja prati žene ovisnice o alkoholu negativno utječe na tijek alkoholizma, procese liječenja i rehabilitacije, pa žene teže ulaze u programe liječenja, češće od njih odustaju i imaju nedostatnu socijalnu podršku tijekom liječenja.

Poznavanje i uvažavanje specifičnosti alkoholizma u žena u kreiranju programa prevencije, liječenja i rehabilitacije utječe na povećavanje broja žena koje pristaju na liječenje alkoholizma i na njegove pozitivne ishode.

Ključne riječi: alkoholizam, specifičnosti ženskog alkoholizma, stigma, liječenje alkoholizma

LITERATURA

- Thaller V i sur. Alkohologija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.
- Torre R, Zoričić Z, Orešković A. Žene ovisnice o alkoholu – specifičnosti pijenja i tretmana. Socijalna psihijatrija 2010; 3: 190–6.
- Juraj J. Alkoholizam žena. U: Golik-Gruber V, ur. Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika – priručnik. Zagreb: Hrvatski savez liječenih alkoholičara; 2003. Str. 147–51.

¹ Tatjana Horčička, magistra sestrinstva, KBC Sestre milosrdnice, Klinika za psihijatriju, Vinogradská 29, Zagreb
E-adresa: thorcicka@gmail.com

SESTRINSKA SKRB ZA KRONIČNOG BOLESNIKA – ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U PREVENCICI I LIJEĆENJU ŠEĆERNE BOLESTI

Suza Valenčak¹

SAŽETAK

Kronične nezarazne bolesti (KNB) u posljednjih nekoliko desetljeća postale su vodeći globalni javnozdravstveni problem te imaju epidemiske odlike.

Najveći javnozdravstveni problem predstavlja porast broja bolesnika oboljelih od šećerne bolesti, kardiovaskularnih bolesti, malignih bolesti te kroničnih respiratornih bolesti. Pojavnost tih bolesti izravno je povezana s čimbenicima rizika kao što su hipertenzija, pretilost, pušenje i tjelesna neaktivnost.

Skrb za bolesnike s KNB-om obuhvaća preventivne aktivnosti, rano otkrivanje bolesti, primjerno liječenje bolesnika i dostupnost palijativne skrbi, što je vrlo široko polje djelovanja za tim liječnika obiteljske medicine. Skrb patronažne sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) nezaobilazna je u svakom od tih područja. Medicinske sestre nositelji su preventivnog i edukativnog rada u zajednici. Njihov rad je polivalentan te je usmjeren na sve osobe unutar zajednice.

Svrha je rada prikazati načine rada i djelovanja u okviru sestrinske skrbi za kronične bolesnike, posebice za bolesnike koji boluju od šećerne bolesti (ŠB).

U skrbi za bolesnika oboljelog od ŠB-a neophodan je dobar uvid u socioekonomsko stanje i obrazovni status te poznavanje tradicionalnih vrijednosti i kulturoloških značajaka zajednice u kojoj bolesnik živi. Takav pristup omogućuje razumijevanje zdravstvenog ponašanja pojedinca i obitelji, lakše prepoznavanje njihovih zdravstvenih potreba te individualizirani pristup i prilagodbu intervencija.

Neke metode intervencije donose nove mogućnosti, poput grupnog rada, a provode se u obliku supортivnih grupa i savjetovališta za bolesnike sa ŠB-om. Razvijanje suradnje s brojnim drugim dionicima u okviru PZZ-a i izrada planova programirane skrbi koji uključuju aktivnosti medicinske sestre usmjerene na izobrazbu bolesnika i obitelji, rano otkrivanje bolesti te kontrolu stabilnog bolesnika pokazale su uspjeh. To su aktivnosti koje dokazano mogu dovesti do podizanja učinkovitosti samozbrinjavanja i samokontrole pojedinca s ciljem očuvanja kvalitete života pojedinca i obitelji, a uspješno su implementirane u zdravstveni sustav u razvijenim zemljama svijeta. Razvijanje postojećih potencijala stalnom edukacijom, uvođenje razgranatije sestrinske strukture visoko obrazovanih sestara unutar sustava primarne zdravstvene zaštite, delegiranje zadataka, osmišljavanje novih projekata i programa sukladnih potrebama modernog društva velik su izazov koji se stavlja pred zdravstveni sustav.

Ključne riječi: šećerna bolest, kronične nezarazne bolesti, sestrinska skrb, prevencija, programirana skrb

LITERATURA

1. World Health Organisation. Noncommunicable diseases. WHO 2018. [on line] Dostupno na http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/ (pristupljeno 6. 1. 2018.)
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Fact sheet. WHO 2017. [on line] Dostupno na <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (pristupljeno 6. 1. 2018.).

¹ Dom Zdravlja Zagreb-Zapad
E-adresa: valencak.suza@gmail.com

3. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016 Oct 8; 388 (10053): 1659–724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8. [on line] Dostupno na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733284> (pristupljeno 6. 1. 2018.).

PATRONAŽNE SESTRE KAO TEMELJ PREVENCije I REHABILITACIJE KARDIOVASKULARnih BOLESTI U ZAJEDNICI – ISKUSTVO ISTARSKIH DOMOVA ZDRAVLJA

Davorka Rakić,¹ Darinka Jurcan,² Branka Mrzlić,³
Marina Lovrinić,² Tanja Mihelić,² Suzana Forlani,²
Dragica Dolenec,² Maja Rasnek,² Ante Ivančić⁴

SAŽETAK

Sekundarna i tercijarna prevencija kardiovaskularnih bolesti u Istarskim domovima zdravlja provodi se u kontinuitetu još od 2007. godine.

Nova kvalitetu prevenciji kardiovaskularnih bolesti (KVB) donijelo je uključivanje naše ustanove u EU projekt „Love Your Heart – Voli svoje srce“, koji se provodio od 2012. do 2016., u kojem smo, uz Istarsku županiju, bili vodeći partneri. Težište projekta bilo je na „upravljanju zdravljenjem“ i aktivnoj ulozi pacijenta, a najveći su broj aktivnosti organizirale i vodile patronažne sestre.

Na temelju tih iskustava 2017. godine pokrenut je novi projekt: „Prevencija KV bolesti i rehabilitacija KV bolesnika u Istarskoj županiji“.

Ključno mjesto u projektu ima novi organizacijski model – Savjetovalište za KV bolesti. U savjetovalištu patronažne sestre pružaju zdravstvene savjete i informacije o aktivnostima koje se nude osobama s KV rizicima i oboljelima od KV bolesti.

Obiteljski liječnik upućuje pacijenta u savjetovalište gdje patronažne sestre popunjavaju upitnik pomoću kojeg se prepoznaju rizici od KVB-a, te uključuju pacijenta u neku od radionica koje će pridonijeti očuvanju zdravlja i poboljšati rezultate liječenja.

Izrađen je informatički program – nadograđeni program kojim se patronaža inače koristi, tako da je rad u savjetovalištu dio njezina redovitog rada.

Savjetovališta su za sada otvorena u dvjema ispostavama, a do ljeta će biti u svih sedam.

Radionice funkcionišu po principu rada u malim grupama i obuhvaćaju aktivnosti sekundarne i tercijarne prevencije KVB-a.

Radionice za osobe s prekomjernom težinom, koje vode patronažne sestre, edukacijske su i grupe psihološke podrške. Radionice o povišenom arterijskom tlaku vode obiteljski liječnici ili patronažne sestre. Grupe KV treninga vode prvostupnici fizioterapije, a aktivnosti su nordijsko hodanje, aerobne vježbe i razgibavanje.

Poseban je naglasak u novom projektu na rehabilitaciji KV bolesnika: stanja nakon infarkta, ugradnje stenta, operacije premosnice i drugih srčanih operacija. Radi se o trećoj fazi rehabilitacije, rehabilitaciji u zajednici, koja je najvažnija u prevenciji recidiva i produženju preživljjenja. Uz edukacijske radionice koje vode patronažne sestre i kardiolozi, temelj rehabilitacije je redovita, stručno vođena tjelesna aktivnost, koju vode fizioterapeuti dodatno educirani za KV rehabilitaciju.

Ključne riječi: prevencija i rehabilitacija kardiovaskularnih oboljenja, interdisciplinarni pristup, patronažna služba

¹ dipl. med. techn., pomoćnica za sestrinstvo, Istarski domovi zdravlja

² bacc. med. techn., patronažna sestra, Istarski domovi zdravlja

³ mag. med. techn., Istarski domovi zdravlja

⁴ dr. med., ravnatelj, Istarski domovi zdravlja

E-adresa: davorka.rakic@idz.hr

LITERATURA

1. The World Health Organisation (WHO). Cardiac rehabilitation and secondary prevention: long term care for patients with ischaemic heart disease. Briefing letter. Copenhagen, Denmark: WHO Regional office for Europe, 1993.
2. Ivanuša M i sur. Ambulantna kardiovaskularna rehabilitacija u Hrvatskoj. *Cardiologica Croatica* 2015; 10 (1-2): 28.
3. Ivančić A, Jendrašić Z. Prevencija kardiovaskularnih bolesti na području Grada Poreča. Znanstveni skup Akademije medicinskih znanosti, Ureda WHO, ŠNZ „Andrija Štampar“ – Kardiovaskularno zdravlje i tjelesna aktivnost, Zagreb, 27. studenog 2009., Knjiga sažetaka

PRISUTNOST STRESA KOD MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA

Ljubica Mišković¹

SAŽETAK

Uvod: Pojam stresa označava stanje organizma u kojem doživljavamo prijetnju vlastitom integritetu. Suvremeni čovjek ulazi u raznovrsne, vrlo složene međuljudske odnose i često rizičnu suradnju s ljudima. Iz tih odnosa nerijetko dolazi i do napetosti i sukoba. Neki od tih dodira donose podražaje koji povećavaju unutrašnju konzistenciju, pojačavaju otpornost i hrabre čovjeka, a drugi, posebno ako su jaki, neočekivani, neodmjereni, štete zdravlju i narušavaju ga, te imaju za posljedicu smetnje probave, poremećaje žlijezda s unutrašnjim lučenjem, nesanicu, strah i sl. Od individualnih karakteristika svakog pojedinca i njegova reagiranja na stresore zavisi hoće li proizvesti nepovoljan učinak na zdravlje i radnu sposobnost. Jedna od najstresnijih profesija jest rad zdravstvenih djelatnika.

Cilj je rada istražiti mišljenje medicinskih sestara-tehničara o stresorima na radnom mjestu.

Ispitanici i metode: U istraživanju je od ukupno pozvanih 149 ispitanika iz Javne zdravstvene ustanove Bolnica Brčko njih 128 (85,91 %) ispunilo anketu strukturiranu za ovo istraživanje.

Rezultati: Ispitanici su, njih 93,75 %, odgovorili da je posao medicinske sestre-tehničara stresan, a 70,83 % ispitanika smatra da stres nije jednako prisutan na svim odjelima. Zdravstveni radnici smatraju da su međuljudski odnosi (33,67 % ispitanika) najveći stresor koji dovodi do profesionalnog izgaranja. Potom slijede mala osobna primanja (28,14 %), nedostatak osoblja (22,96 %), dok 17,23 % zdravstvenih radnika smatra da je uzrok stresa smjenski rad. Više od polovine ispitanika (60,42 %) često dolazi u sukob s nadređenima ili kolegama, u sukobe s bolesnikom ili članom obitelji njih 18,75 %. Ispitanici su, njih 56,25 %, odgovorili da su ponekad izloženi neprimjernoj javnoj kritici. Na pitanje postoje li prijetnje sudske tužbe, 39,58 % njih odgovorilo je pozitivno.

Zaključak: Stres na poslu je specifična vrsta stresa čiji je izvor u radnoj okolini. Izvor stresora može biti priroda samog posla, organizacija rada i međuljudski odnosi. Utvrđeno je da dugotrajna izloženost stresu može narušiti zdravlje i utjecati na ponašanje i kvalitetu života i rada svakog stresu izloženog pojedinca. Medicinske sestre u velikom postotku suočavaju se sa stresorima na poslu. Temeljem istraživanja donosimo preporuke za suočavanje sa stresom: u poseban rokovnik dnevno opisivati znakove stresa, djelovati usmjereno na mijenjanje situacije, udaljiti se iz kritične situacije, privremeno odustati od svojih zahtjeva, ne pristati na dodatno opterećenje i jasno reći „ne“, prepustiti dio odgovornosti i posla drugima, jasno odrediti svoje granice.

Ključne riječi: stres na poslu, medicinska sestra

LITERATURA

1. Ajduković M, Ajduković D. Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagačima. Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 1996.
2. Chong A, Kileen A, Clarke T. Work-related stress among pediatric non-consulting hospital doctors. Ir Mws H, 2004.
3. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. Nat Rev Endocrinol, 2009.¹ Master studij sestrinstva, Evropski univerzitet Brčko distrikt

¹ Master studij sestrinstva, Evropski univerzitet Brčko distrikt
Ljubica Mišković, EU BD, Bijeljinska cesta 72
E-adresa: ljubica.miskovic@hotmail.com

MEDIKACIJSKA POGREŠKA

Josipa Bišćan,¹ Slađana Režić²

SAŽETAK

Uvod: Sigurnost bolesnika i sprječavanje pogrešaka prilikom pružanja zdravstvene skrbi sigurno su među najvažnijim pitanjima zdravstvenog sustava na lokalnoj, nacionalnoj i globalnoj razini u kojima se isprepliću sve razine zdravstvenog sustava i svi sudionici pružanja zdravstvene usluge. Jedna od mogućih pogrešaka u pružanju zdravstvene usluge jest medikacijska pogreška, koja može nastati iz nekoliko razloga: pogrešan lijek za određeno stanje bolesnika, pravi lijek, a pogrešna doza, pogrešan način uzimanja, pogrešno vrijeme uzimanja, pravi lijek, ali je štetan u interakciji s drugim lijekovima ili hranom, alergije na lijek i dr. Stoga je pri samom propisivanju lijeka iznimno važno istaknuti da se radi o pravom bolesniku. Kod hospitaliziranih bolesnika mogućnost nastanka medikacijske pogreške može nastati i zbog nedovoljne povezanosti i komunikacije liječnika obiteljske medicine s bolničkim liječnicima i obrnuto, a nezaobilaznu pomoć u bolesnikovoj sigurnosti i razumijevanju primjene lijeka imaju i ljekarnici. Gdje su u svemu tome medicinske sestre?

Liječnik propisuje lijek, ljekarnik ga izdaje, bolesnik ga samostalno primjenjuje ovisno o svojoj zdravstvenoj i ukupnoj psihofizičkoj sposobnosti te činjenici je li u vremenu primjene lijeka hospitaliziran ili nije.

Medicinske sestre u hospitalnim uvjetima daju propisani lijek i prve su koje će uočiti eventualne nuspojave i ostale promjene na pacijentu. Patronažna sestra će u određenim uvjetima dati propisani lijek, uočiti eventualne promjene i nepravilnosti vezane uz razumijevanje pacijenta o lijeku, njegovoj dozi, načinu i vremenu uzimanja. No, postoje i dodatne otežavajuće okolnosti koje mogu dovesti do medikacijske pogreške medicinskih sestara: broj bolesnika u odnosu na broj medicinskih sestara, premorenost – prekovremeni rad, nečitak rukopis – gdje još ne postoji e-karton, pogreške u prepisivanju propisane terapije – nepovezanost programskih sustava, ista ili slična ambalaža za različit lijek i dr.

Zaključak: Dobra povezanost svih zdravstvenih sudionika te edukacija bolesnika prevenirat će i smanjiti moguće medikacijske pogreške.

Ključne riječi: sigurnost bolesnika, medikacijska pogreška, medicinske sestre

¹ Josipa Bišćan, magistra sestrinstva, Poliklinika Medikol, Voćarska 106, 10 000 Zagreb
E-adresa: biscanjosipa@gmail.com

² Sladana Režić, magistra sestrinstva, KBC Zagreb, Kišpatičeva 12, 10 000 Zagreb
E-adresa: sladjanarezic@gmail.com

SPOZNAJE MEDICINSKIH SESTARA U BOLNICI O PALIJATIVNOJ SKRBI

Sandra Lovrić¹

SAŽETAK

Znanje o palijativnoj skrbi bitna je sastavnica pružanja palijativne skrbi. Dosadašnja iskustva pokazuju da medicinske sestre, ali i drugi zdravstveni djelatnici, nisu spremni preuzeti brigu oko palijativnog bolesnika. Jedan od razloga zašto je to tako jest i nedostatna edukacija medicinskih sestara o palijativnoj skrbi, odnosno liječenju boli i drugih simptoma vezanih uz palijativnu skrb.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u bolnici (u Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica). Specifični ciljevi bili su utvrditi utječu li dob, spol, mjesto rada, stupanj obrazovanja, radno iskustvo i edukacija medicinskih sestara na njihovo znanje o palijativnoj skrbi.

Uzorak je činila skupina od 170 medicinskih sestara iz Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica koje rade na odjelima gdje se zbrinjavaju i palijativni bolesnici. Primijenjen je upitnik „Kviz o palijativnoj skrbi za medicinske sestre“ (engl. *Palliative Care Quiz for Nurses – PCQN*) od 20 pitanja, koji su izradile Margharet M. Ross i suradnice sa Sveučilišta Ottawa, Kanada. Pitanja u upitniku odnose se na filozofiju palijativne skrbi, liječenje boli, gastrointestinalne i psihičke tegobe te tegobe s disanjem. „Dobro znanje“ kao rezultat na upitniku u izvornom je upitniku definirano s više od 75 % odnosno 15/20 točnih odgovora. Zbog potreba ovog istraživanja spuštena je granica za „prihvatljivo znanje“ kao rezultat na upitniku, te je ono definirano s više od 50 % odnosno 10/20 točnih odgovora. Razina značajnosti razlika iznosila je 0,05.

Od ukupno 170 pozvanih ispitanika upitnik je ispunilo njih 142 (83,5 %). Od toga je bilo 130 žena (91,5 %) i 12 muškaraca (8,5 %). Od 142 ispitanika samo je 4,9 % ispitanika postiglo „dobro znanje“, a njih 20,4 % postiglo je „prihvatljivo znanje“ na upitniku PCQN. Testiranjem značajnosti razlika između skupina primjenom odgovarajućih testova (t-test na nezavisnim uzorcima i jednosmjerno analiza varijance – ANOVA) nije dokazana statistički značajna razlika u znanju medicinskih sestara prema pokazateljima postavljenima u specifičnim ciljevima.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na nedostatno znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi te bi se ti rezultati mogli upotrijebiti pri planiranju edukacije.

Ključne riječi: medicinska sestra, znanje o palijativnoj skrbi, palijativna skrb, PCQN upitnik

LITERATURA

1. Autor SH, Storey SL, Ziembka-Davis M. Knowledge of palliative care: An evaluation of oncology, intensive care, and heart failure nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2013; 15(5): 307–15. doi: 10.1097/NHH.0b013e3182930800
2. Đorđević V, Braš M, Brajković L. *Osnove palijativne medicine*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
3. Jušić A. (2006) Edukacija iz palijativne skrbi u Hrvatskoj u toku 10 godina (1994-2004) Dostupno na
4. http://www.hospicij-hrvatska.hr/hdhsp_publikacije.asp?ID_clanka=99&counter=0 (pristupljeno 3. siječnja 2016.).

¹ Sandra Lovrić, magistra sestrinstva, Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica, Koprivnica
E-adresa: salovric@obkoprivnica.hr

PREHRANA HEMODIJALIZIRANIH BOLESNIKA

Božana Ilić¹

SAŽETAK

Kronično bubrežno zatajenje jedna je od najučestalijih bolesti današnjice. Od nje obolijeva svaka deseta odrasla osoba. Liječenje ovih bolesnika u terminalnom stadiju zatajenja provodi se hemodijalizom (HD), peritonejskom dijalizom (PD) i transplantacijom. Progresija bolesti uzrokuje pojavu brojnih komplikacija od kojih su najčešće srčanožilne bolesti. Jedan od čimbenika srčanožilnih komplikacija jest pothranjenost bolesnika. Proteinsko energijska pothranjenost (PEP) važan je pretkazatelj lošeg ishoda liječenja bolesnika na HD. Potrebno je na vrijeme procijeniti status uhranjenosti bolesnika koji se liječe nadomjesnom bubrežnom terapijom. U tu svrhu rabe se različite metode od jednostavnih mjerjenja do sveobuhvatnih obrazaca koji uključuju antropometrijske, biokemijske i subjektivne metode procjene statusa uhranjenosti.

U Jedinici za dijalizu Opće bolnice Pula dva puta godišnje kontroliraju se biokemijski i hematološki nalazi te se na osnovi njih utvrđuje postojanje malnutricije i PEP-a kod bolesnika. Za dijagnozu proteinsko-energijske pothranjenosti korišteni su sljedeći pokazatelji: vrijednost serumskih albumina, vrijednost predijaliznog serumskog kreatinina, indeks tjelesne mase (ITM).

Dva pozitivna pokazatelja govore u prilog postojanja PEP-a.

U Jedinici za dijalizu Opće bolnice Pula u ožujku 2015. godine liječilo se ukupno 88 bolesnika na kroničnom programu hemodijalize.

Analiza proteinsko-energijskog statusa napravljena je za 85 bolesnika (45 % žene, 55 % muškarci), tri bolesnika nisu ušla u analizu jer su bili hospitalizirani zbog akutnog upalnog procesa.

Prikupljeni podatci obrađeni statistički pokazali su sljedeće:

- 46 bolesnika (54 %) imalo je vrijednosti serumskih albumina manje od 38 g/L, a 39 bolesnika (46 %) imalo je vrijednosti serumskih albumina veće od 38 g/L
- vrijednost predijaliznog kreatinina manju od 570 µmol/L imalo je 13 bolesnika (15,29 %), dok je ostalih 72 bolesnika (84,21 %) imalo vrijednost veću od 570 µmol/L
- 28 bolesnika (33 %) imalo je ITM manji od 23, dok je 57 bolesnika (67 %) imalo ITM veći od 23.

Uvezši u obzir sva tri parametra, dobiven je sljedeći podatak: 25 bolesnika (29 %) imalo je sindrom PEP-a, dok 60 bolesnika (71 %) nije imalo.

Primjena suplemenata statistički značajno povećava ukupni energijski status i unos bjelančevina, podiže razinu serumskih albumina, a ne utječe na razinu elektrolita u krvi.

Ključne riječi: kronično bubrežno zatajenje, hemodijaliza, proteinsko energijska pothranjenost, procjena statusa uhranjenosti, prehrana bolesnika

¹ Božana Ilić, mag. med. techn., Opća bolnica Pula, Negrijeva 6, 52100 Pula
E-adresa: bozanailic68@gmail.com

MOGUĆNOST INTERVENCIJA PATRONAŽNE SLUŽBE U POBOLJŠANJU ODAZIVA NA PROVEDBU PROBIRA NA RAK DEBELOG CRIJEVA

Sanja Kanisek,^{1,2} Verica Voloder,¹ Rudika Gmajnić²

SAŽETAK

Uvod: Rezultati prvog ciklusa Nacionalnoga preventivnog programa rane detekcije raka debelog crijeva u RH pokazali su kako je odaziv na nacionalnoj razini bio 21 %, a u Osječko-baranjskoj županiji (OBŽ) iznosio je 20,3 %, što je značajno manje i od prihvatljiva (45 %), a pogotovo poželjna odaziva stanovništva (60 %).

Cilj istraživanja: Ispitati mogućnosti intervencija patronažne službe u poboljšanju odaziva na provedbu probira na rak debelog crijeva.

Plan istraživanja: Intervencijsku skupinu činit će 250–300 ispitanika iz pet ordinacija liječnika obiteljske medicine, u gradskoj i seoskoj sredini, voljnih sudjelovati u istraživanju, koji su dobili poziv na testiranje, ali se nisu odazvali u razdoblju od šest mjeseci (nasumično odabrana dva godišta rođenja uključena u ciklus pozivanja). Kao instrument istraživanja primijenio bi se upitnik oblikovan za potrebe Nacionalnog programa rane detekcije raka debelog crijeva. Za potrebe ovog istraživanja dodalo bi se pitanje zašto se osoba nije do sada odazvala na poziv. Učinkovitost provedenih intervencija patronažne službe evaluirat će se usporedbom podataka ekstrahiranih iz računalnog programa patronažne službe (ispitivana skupina – kućni posjet s dostavom testa) s podatcima u bazi podataka Zavoda za javno zdravstvo OBŽ-a o osobama iz ispitivane i kontrolne skupine koje su poslale test dva mjeseca po provedenoj intervenciji.

Zaključak: Rezultati bi uputili na mogućnosti intervencija patronažne službe u poboljšanju odaziva stanovnika na testiranje za rak debelog crijeva, na potrebu provedbe navedenih intervencija na razini OBŽ-a te važnost informatičkog povezivanja patronažne službe, Zavoda za javno zdravstvo i liječnika obiteljske medicine s ciljem poboljšanja organizacije provedbe nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva.

Ključne riječi: rak debelog crijeva, probir, patronažna služba

LITERATURA

1. Altobelli E, Lattanzi A, Paduano R, Varassi G, di Orio F. Colorectal cancer prevention in Europe: burden of disease and status of screening programs. *Prev Med* 2014; 62: 132–41.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj 2014. Bilten br. 39, Zagreb; 2016.
3. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u Republici Hrvatskoj. 3. Hrvatski epidemiološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem, 7.–9. svibnja 2015., Šibenik. Knjiga sažetaka, str.171–2. Dostupno na http://www.stampar.hr/sites/default/files/Publikacije/2016/file/ajax/field_image/und/0/form-hp2ZY_rv91z277VN2-_bD_UbzLeNhavFOtLXI5CWWA/pregleđ_2015-web.pdf

¹ Dom zdravlja Osijek

² Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek
E-adresa: sanja.kanisek@gmail.com

IZVANBOLNIČKA PALIJATIVNA SKRB U DOMU ZDRAVLJA PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Rozmari Tusić¹

SAŽETAK

Dom zdravlja PGŽ uz pomoć Primorsko-goranske županije i Grada Rijeke osnovao je prva dva mobilna palijativna tima 1. rujna 2008. godine. Treći tim počeo je s radom 2010. U rujnu 2016. osnovana su još dva tima. Timovi rade na području Grada Rijeke, riječkog prigrada, području Liburnije, Gorskog kotara, crikveničkom području te području otoka Krka. Jedan tim finansiran je kao projekt HZZO-a, dok ostale financiraju PGŽ i jedinice lokalne samouprave.

Timovi se sastoje od liječnika i prvostupnica sestrinstva te dvaju koordinatora –prvostupnica sestrinstva. Sjedište je timova u Tizianovoj ulici 15 u Rijeci. Na istoj adresi smješten je i Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“.

Mobilni palijativni timovi Doma zdravlja PGŽ prosječno (na godišnjoj bazi) skrbe o 690 pacijenata. Tijekom godine prosječno umre njih 44,46 %. U dobroj skupini starijih od 65 godina nalazi se 75,95 % pacijenata. Iz te dobne skupine umre prosječno 44,52 % pacijenata. Pacijenti u skrbu, njih 71,93 %, bolovali su od maligne bolesti. Najčešće usluge timova su liječnički pregledi, parenteralna terapija, psihosocijalna pomoć i savjeti.

Tijekom rada uočen je nedostatak podataka potrebnih za rad s palijativnim pacijentima, pa je u suradnji s MCS grupom pokrenut pilot-projekt informatizacije i umrežavanja svih pružatelja palijativne skrbi na području PGŽ-a.

U pilot-projektu namjeravamo načiniti Centralni sustav paliative (CISPAL), odnosno registar palijativnih pacijenata s njihovim osobnim podatcima, dijagnozama, terapijom, sudionicima u skrbu te datumom smrti. Osim toga registar će imati popis zdravstvenih radnika koji su uključeni u skrb za palijativnog pacijenta i registar posudionica pomagala. Ovim projektom bit će umreženi koordinator za palijativnu skrb, mobilni palijativni timovi, bolnički timovi koji su se brinuli za palijativnog pacijenta, liječnici opće/obiteljske medicine, patronažne sestre, medicinske sestre zdravstvene njege u kući, fizioterapeuti koji provode fizikalnu terapiju u kući, Hospicij Rijeka, Stacionar Doma zdravlja PGŽ-a M. Lošinj, ZHMP PGŽ-a, socijalni radnici, posudionice pomagala, ostale ustanove za stacionarni smještaj palijativnih pacijenata na području PGŽ-a i mrtvozornici.

Cilj je informatizacije u što kraćem vremenu dobiti podatke o potrebi za palijativnom skrbi pacijenta, njegovoj dijagnozi, terapiji, dosadašnjim provedenim postupcima, te informaciju o tome tko je uključen u brigu o pacijentu i omogućiti praćenje duljine palijativne skrbi od uključenja u skrb do smrti.

Ključne riječi: mobilni palijativni timovi, informatizacija

¹ Rozmari Tusić, mag. med. techn., Dom zdravlja PGŽ, Rijeka
E-adresa: rtusic@gmail.com

KAKO I KADA UKLJUČITI PACIJENTA U PALIJATIVNU SKRB

Ahnetka Stjepanović¹

SAŽETAK

Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj dobila je određeni zakonski okvir 1. 4. 2013. godine kada se ugovaraju prvi put mobilni palijativni timovi kao poseban program Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Do tada je mali broj timova u Republici Hrvatskoj radio volonterski, kroz određene udruge ili uz finansijsku potporu lokalne zajednice. Danas postoji veći broj timova u svim županijama Republike Hrvatske koji su prvi put tijekom 2017. godine i početkom 2018. ugovoreni kroz djelatnost palijativne skrbi. Ugovara se županijski koordinator palijativne skrbi i palijativni mobilni tim - liječnik i medicinska sestra prvostupnica. S obzirom na navedenu ugovorenju djelatnost, pitanje koje se postavlja svim zdravstvenim djelatnicima koji su uključeni u skrb za palijativnog pacijenta jest kako i kada uključiti pacijenta u sustav palijativne skrbi. Ključna je uloga obiteljskog liječnika te uključivanje svih dionika palijativne skrbi na vrijeme i na pravi način (koordinatora, mobilnog tima, psihologa, socijalnog radnika, duhovnika, volontera...) kako bi se pacijentu pružila potrebna palijativna skrb. Svi dionici koji sudjeluju u skribi za palijativnog pacijenta trebali bi biti upoznati s procedurom zbrinjavanja palijativnog pacijenta.

Ključne riječi: palijativna skrb, obiteljski liječnik, koordinacija i suradnja

¹ mag. med. techn., Dom zdravlja Vukovar
E-adresa: koordinator@dzvukovar.hr

DEKUBITALNE LEZIJE KAO POSLJEDICA HIPOPERFUZIJE TKIVA – PREVENCIJA I LIJEČENJE

Marina Ahmetbegović¹

* Tekst je donesen u izvorniku.

SAŽETAK

Prema definiciji EPUAP-a (European Pressure Ulcer Advisory Panel), dekubitus (Decubitus ulcer, Pressure ulcer ili Bed sore) je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, sile smicanja ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom te lokalne ishemije na mjestima pritiska koje dovodi do irreverzibilnih oštećenja tkiva koje mogu nastati već nakon dva sata neprekidnog pritiska. Prema etiologiji dekubitus može nastati zbog pritiska, uslijed venske staze, arterijske insuficijencije neuropatije ili nakon traume.

Cilj je istraživanja je ispitati učinkovitost novog terapijskog postupka u prevenciji i liječenju dekubitalnih lezija.

Plan istraživanja : Ovo prospektivno randomizirano istraživanje provodi se u Specijalnoj bolnici Centar za srce BiH Tuzla i traje godinu dana.

Ispitanici su pacijenti koji imaju produženo ležanje u jedinici intenzivne njage. Za grafting operacije boravak u jedinici intenzivne njage i terapije iznosi 24 sata, kao i za vaskularne operacije, a za operacije na srčanim zaliiscima boravak je do 48 sati.

Ispitanici su prema primjeni metoda prevencije dekubitusa podijeljeni u dvije skupine. Tokom jednog mjeseca prate se svi pacijenti koji imaju produžen boravak te se primjenjuje nova obloga. Tokom drugog mjeseca u jednoj skupini se primjenjuju sve druge metode na prevenciju dekubitalnih lezija osim nove obloge, a u drugoj skupini se primjenjuje uz ostale i nova obloga.

U ispitanički bi se pratili indikatori koji utiču na hipoperfuziju tkiva kao što je BMI, komorbiditeti, prethodna hospitalizacija, vrijeme provedeno na respiratoru i dužina boravka na operacijskom stolu, inkontinencija, hipo i hipertermija tokom oporavka, nutricija, inotropna podrška, edemi i ostalo. Napravljena je posebna lista praćenja lezija kao i dokumentiranje fotografiranjem.

Do sada je u istraživanje uključeno 36 pacijenata od ukupno 168 pacijenata koji su operirani u prvih tri mjeseca istraživanja. Od 36 pacijenata koji su imali produženo ležanje njih 18 obuhvaćeno je novom metodom a isti broj je bio tretiran klasičnim metodama.

Preliminarni rezultati ukazuju na izuzetnu prednost novog terapijskog postupka.

Ključne riječi: dekubitus, prevencija, liječenje

¹ magistra sestrinstva, Specijalna bolnica Centar za srce BiH Tuzla

POSTERI

(subota, 17. 3. 2018.)

Bolesnica s alkoholizmom u ambulanti obiteljske medicine –
Klobučar, L., Soldo, D.

Zlo nikada ne dolazi samo – *Matić, A., Andrašek, M., Gmajnić, R.*
Krvarenje iz rektuma – hemoroidi ili ipak karcinom? – *Čižmešija, Z., Jaram, L., Kranjčević, K.*

CRAB? – *Grga Jordan, S., Drča, T., Bajković, M., Gospic, K., Bašić, A.*
Infekcija u dijabetičara – potencijalna zamka – *Čop, K., Tripal, L., Katinić Zorić, T., Bukmir, L.*

Pčelinji psihosuport – *Šakić Radetić, J., Brandalik, A., Hrkač, H., Gmajnić, R.*

Kako hraniti pacijenta s perkutanom endoskopskom gastrostomom
nakon moždanog udara? – *Vakanjac, B., Stolnik, D., Pribić, S.*

Svaka bol u leđima nije lumboishialgija – *Berlančić, T., Ćurković, M.*
Nefunkcionalnost obitelji – okidač shizofrenije – *Tovilo, I., Likar, B., Matić Ličanin, M., Pribić, S.*

Dijabetes u teoriji i praksi – *Rnjak, J., Hardi, D., Rončević, R., Matić Ličanin, M., Gmajnić, R.*

„Dosis sola facit venenum“ – *Rozić, M., Tomić, A., Matić Ličanin, M., Gmajnić, R.*

Jesu li komarci samo dosadni? – *Durić, S., Miholek Brkić, S., Trtica Majnarić, Lj.*

Kada pomisliti na rijetke bolesti kao što je manjak alfa-1-antitripsina
– *Vasilj Mihaljević, M., Bekić, S., Trtica Majnarić, Lj.*

Ehinokokna cista jetre – *Živković Duvnjak, B., Tabak, V.*

Ljekovit razgovor – *Vurnek, I., Šenjug, L., Kelava, I.*

Prikaz rada u dežurnoj ambulanti DZ Zagrebačke županije – *Medić, B., Benčić, M.*

RADIONICE

Subota

Radionica za medicinske sestre

- 15:30 – 16:30** Briga o kroničnoj rani – *Sinožić, T., Soldo, D.* (Dvorana Bach)

Nedjelja

10:00 – 11:30

1. Hitna stanja u obiteljskoj medicini – *Radeljić, V., Bulj, N., Lerotić, I., Tomašić, V.* (Dvorana Bach)
2. KOPB u obiteljskoj medicini – *Kranjčević, K., Vrdoljak, D., Vučak, J.* (Dvorana Vivaldi)

Nezavisna medicinska edukacija. Projekt financira GSK

3. Specijalizanti i mentori zajedno – *Cerovečki, V., Petriček, G., Ožvačić Adžić, Z.* (Dvorana Strauss)

10:40 – 11:30 Liječenje reumatskih bolesti u obiteljskoj medicini – *Bergman Marković, B., Katić, M.* (Dvorana Mozart)

/SPONZORIRA KRKA - Farma d.o.o./

4. Kontinuirano mjerjenje glukoze – *Bralić Lang, V., Baretić, M.* (Dvorana Chopen)

11:30 – 13:00

1. EKG u obiteljskoj medicini – čitanje EKG nalaza – *Bergman Marković, B.* (dvorana Vivaldi)

2. Radionica: Briga o kroničnoj rani – *Sinožić, T., Soldo, D.* (Dvorana Bach)

3. Integral Medical Holdings Limited: Working as GP in UK – all questions and answers – *Reeves, M., Priestley, M.* (Dvorana Mozart)

4. Primjena TENS-a, lasera i ultrazvuka u koštano-mišićnim bolestima u obiteljskoj medicini – *Ivezić Lalić, D., Ivezić Lalić, M.* (Dvorana Strauss)

SPONZORIRANA PREDAVANJA

Petak, 16. 3. 2018. (DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 5 – 8)

11:35 – 12:05 MEET THE EXPERT

**Važnost ustrajnosti u svakodnevnom liječenju bolesnika –
Hadžibegović, I.**

/SPONZORIRA SERVIER/

12:05 – 13:05 MINI SIMPOZIJ

Dijabetes, KOPB i antikoagulacija u fokusu

Voditelj: *Bergman Marković, B.*

Moderni pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2 – *Mirošević, G.*

NOAK s antidotom – kompletna klinička sigurnost – *Štambuk, K.*

Novosti u liječenju KOPB-a – *Ostojić, J.*

/SPONZORIRA BOERHINGER/

14:00 – 14:20 MEET THE EXPERT

**Novosti u liječenju psorijaze – Daivobet gel, prvi odobreni
lokalni antipsorijatik u RH – Čeović, R., Soldo, D.**

/SPONZORIRA REMEDIA/

14:20 – 14:40 MEET THE EXPERT

**Možemo li biti uspješniji u liječenju KOPB bolesnika u
ordinaciji obiteljske medicine? – Skoblar, A.**

/SPONZORIRA GSK/

14:40 – 15:40 PANEL

Anemija – multidisciplinarni pristup

Voditelj: *Bergman Marković, B.*

Sudionici: *Mandac Rogulj, I.* (hematolog), *Gabrić, I. D.* (kardiolog),
Nikolić, M. (gastroenterolog), *Crnogorac, M.* (nefrolog), *Kranjčević,
K.* (obiteljska medicina)

Prikaz slučaja: *Sabljak Malkoč, D.*

/SPONZORIRA SANDOZ/

15:40 – 16:10 MEET THE EXPERT

**Entresto: značajan iskorak u liječenju kroničnog srčanog
zatajivanja – Boško Skorić, B.**

**Menadžment KOPB-a u kliničkoj praksi, prikazi bolesnika –
Miculinić, N.**

/SPONZORIRA NOVARTIS/

- 16:10 – 16:30 ***MEET THE EXPERT***
Farmakonutrijenti u kliničkoj prehrani i njihova uloga (televouting) – Pavić, T. (gastroenterolog)
Nagradna igra – tri nagrade sudjelovanja na kongresu DNOOM 2019.
/SPONZORIRA OKTAL PHARMA/
- 16:30 – 17:00 ***DEBATA: Manje je više – fenofibrat – Počanić, D.*** (kardiolog)
Voditelj: Vučak, J.
PRO – monoterapija - Počanić, D. (5 min)
CONTRA – Bralić Lang, V. (5 min)
Replika na CONTRA – Počanić, D. (5 min)
Replika na PRO – Bralić Lang, V. (5 min)
Zaključak
/SPONZORIRA ALKALOID/
- 17:15 – 17:35 ***MEET THE EXPERT***
Bolesnik s gegavim hodom u ordinaciji obiteljske medicine – Bilić, E. (neurolog)
/SPONZORIRA SANOFI/
- 17:35 – 17:55 ***MEET THE EXPERT***
Upotreba fosfomicina u obiteljskoj medicini – Mrduljaš-Đujić, N.
/SPONZORIRA JGL/

Subota, 17. 3. 2018. (DVORANA TOMISLAV SEKCIJE 4 – 8)

11:35 – 12:05 MEET THE EXPERT

Hipertenzija i dijabetes. Slučajni partneri? – Vrsalović, M. (kardiolog)

/SPONZORIRA BELUPO/

12:05 – 13:05 TELEVOUTING

Voditelj: Bergman Marković, B.

Sudionici: Bralić Lang, V. (obiteljska medicina), Bulj, N. (kardiolog), Fodor, Lj. (nefrolog), Kranjčević, K. (obiteljska medicina)

Prilaz slučaja: Resanović, M. (specijalizantica obiteljske medicine) i Jakupec, I. (specijalizantica obiteljske medicine)

/SPONZORIRA KRKA/

14:15 – 15:15 MEET THE EXPERT

Kronična venska bolest kao izazov u ordinaciji obiteljske medicine

Voditelj: Bergman Marković, B.

Izvanredne vijesti u farmakoterapiji kronične venske bolesti – Soldo, D.

Farmakoterapija i endovenски zahvati – primjeri iz prakse – Sinožić, T.

/SPONZORIRA SERVIER/

15:15 – 15:35 MEET THE EXPERT

Antikoagulacija od A do X – Galić, E. (kardiolog)

/SPONZORIRA BAYER/

16:05 – 16:25 MEET THE EXPERT

Pristup bolesniku s upalnim bolestima crijeva - Čuković Čavka, S.

/SPONZIRIRA WURTH/

Nedjelja, 18. 3. 2018 (DVORANA BETHOWEEN)

10:10 – 10:30 DEBATA: DPP4 inhibitori vs. sulfonilureje

Voditelj: Bergman Marković, B.

PRO – DPP4 – Božek, T. (dijabetolog) (5 min)

CONTRA – Herman Mahečić, D. (dijabetolog) (5 min)

Replika na PRO – Herman Mahečić, D. (dijabetolog) (5 min)

Replika na CONTRA – Božek, T. (dijabetolog) (5 min)

Zaključak

/SPONZORIRA SANDOZ/

SPONZORIRANE RADIONICE

Nedjelja, 18. 3. 2018.

- 10:00 – 11:30 KOPB u obiteljskoj medicini – *Kranjčević, K., Vrdoljak, D., Vučak, J.* (Dvorana Vivaldi)**

Nezavisna medicinska edukacija. Projekt financira GSK

- 10:40 – 11:30 Liječenje reumatskih bolesti u obiteljskoj medicini – *Bergman Marković, B., Katić, M.* (Dvorana Mozart)**

/SPONZORIRA KRKA - Farma d.o.o./

DRUŠTVENI PROGRAM

Četvrtak, 15. 3. 2018.

- 19:30 – 20:30 SVEČANOST OTVORENJA**

POZDRAVNE RIJEČI

Glazbena točka

Proglašenje laureata godine:

prim. Slavko Lovasić, dr. med., spec. obiteljske med.

Laudator: prof. dr. sc. Marija Vrca Botica, dr. med., spec. obiteljske med.

Glazbena točka

- 20:30 – 22:00 DOMJENAK DOBRODOŠLICE**

Subota, 17. 3. 2018.

- 20:30 – 01:00 SVEČANA VEČERA**

KONGRESNE INFORMACIJE

TEHNIČKI ORGANIZATOR

Lipid grupa d.o.o., Miroslava Krleža 79, 10290 Zaprešić, tel.: +385 1 4001776, faks: +385 1 4001776, OIB: 50258809793, e-adresa: info@lipid-grupa.hr, kontakt osoba: Aleksandra Polak – mob. tel.: +385 91 1947449

MJESTO ODRŽAVANJA KONGRESA

Hotel Antunović
Zagrebačka avenija 100
10090 Zagreb, Hrvatska

KONGRESNI JEZIK

Službeni jezici su hrvatski i engleski.

REGISTRACIJA

KONGRESNI REGISTRACIJSKI CENTAR

Svi kongresni materijali bit će na kongresnom registracijskom stolu u ulaznoj sali Hotela Antunović.

RADNO VRIJEME

Četvrtak, 15. 3. 13:00 – 21:00

Petak, 16. 3. 07:00 – 20:00

Subota, 17. 3. 08:00 – 19:00

Nedjelja, 18. 3. 08:00 – 14:00

Obavijesti o radnom vremenu registracijskog stola i sve dodatne obavijesti za odvijanja kongresa moguće je dobiti i telefonski od tehničkog organizatora: + 385 91 1947449.

KOTIZACIJA

Kategorija	Rana registracija od 15. 2. 2018. *	Kasna i on site registracija od 16. 2. 2018. *
Liječnici	1,800,00 kn	2.200,00 kn
Medicinske sestre/jedan dan	600,00 kn	750,00 kn
Izlagачi	700,00 kn	800,00 kn
Prateće osobe	500, 00 kn	600, 00 kn

*Na navedene se cijene obračunava važeći PDV.

Kotizacija uključuje:

Kongresne materijale

Pristup svim aktivnostima na kongresu

Ručak i kavu tijekom stanka

Svečanost otvorenja i koktel dobrodošlice (za sudionike, sponzore i prateće osobe)

Kotizacija se uplaćuje na žiroračun tehničkog organizatora: Lipid d. o. o. OIB:

50258809793, IBAN: HR8424080021500005361, SWIFT: PAZGHR2XXXX.

Sve troškove uplate snosi uplatitelj.

SURADNJA S DRUGIM ORGANIZACIJAMA OBITELJSKE MEDICINE

Ova posebno značajna međunarodna suradnja organizirana je s Asocijacijom liječnika obiteljske medicine jugoistočne Europe.

Lista prisutnih profesionalnih stručnih društava

1.  Nacionalno udruženje liječnika opće medicine – Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България
Predsjednik: prof. dr. sc. Ljubomir Kirov
2.  Udruženje doktora opšte/porodične medicine Crne Gore
Predsjednik: Draginja Radunović, dr. med.
3.  Udruženje ljekara/lječnika porodične/obiteljske medicine Federacije Bosne i Hercegovine
Predsjednik: prof. dr. sc. Zaim Jatić, dr. med.
4.  Udruženje lekara opšte/porodične medicine Makedonije
Predsjednik: Katerina Kovacevic, dr. med.
5.  Udruženje lekara opšte/porodične medicine Republike Srpske
Predsjednik: mr. sc. Draško Kuprešak, dr. med.
6.  Udruženje lekara opšte/porodične medicine Srbije
Predsjednik: prim. Mirjana Mojković, dr. med.
7.  Zdruga porodične medicine Slovenije
Predsjednik: izv. prof. dr. sc. Danica Rotar Pavlič, dr. med., spec. obit. med.
8.  Asocijacija opće medicine Turske
Predsjednik: prof. dr. sc. Esra Saatci, dr. med.
9.  Societatea Academică de Medicină a Familiei, Rumunia
Predsjednik: dr. Rodica Tanasesku
10.  Koordinacija Hrvatske obiteljske medicine (KOHOM)
Predsjednik: Vikica Krolo, dr. med.

11.  Hrvatska udruga obiteljske medicine (HUOM)
Predsjednik: Marko Rada, dr. med., spec. obit. med.
12.  Hrvatsko društvo obiteljskih doktora – Hrvatskoga liječničkog zbora
(HDOD – HLZ)
Predsjednik: Dragan Soldo, dr. med., spec. obit. med.
13.  Hrvatska udruga koncesionara primarne zdravstvene zaštite
(HUKPZZ)
Predsjednik: Josipa Rodić, dr. med., spec. obit. med.
- Većina naborjenih stručnih društava članice su:
14.  Asocijacija liječnika opće/obiteljske medicine jugoistočne Europe
Predsjednik: prim. Ljubin Šukriev

LISTA PREDAVAČA (abecednim redom)

- Marina Ahmetbegović 150
Maja Andrašek 121
Goran Arbanas 84
Tatjana Bačun 65
Mia Bajković 118
Dijana Ban 133
Ivan Banovac 101
Nina Bašić Marković 80, 81
Anica Bašić 119
Olivera Batić Mujanović 39
Olivera Batić-Mujanović 93
Ksenija Baždarić 106
Sanja Bekić 61, 127
Miro Benčić 130
Biserka Bergman Marković 49, 51, 109, 111
Terezija Berlančić 115
Josipa Bišćan 144
Karmela Bonassin 54
Valerija Bralić Lang 53, 54, 55
Anita Brandalik 123
Jo Buchanan 37
Leonardo Bukmir 74, 117
Nikola Bulj 50
Maja Cigrovski Berković 56
Milena Cojić 95
Jaime Correia de Sousa 42, 97
Gabriel Cristian Bejan 98
Zrinka Čižmešija 116
Koraljka Čop 117
Mario Ćurković 115
Loris Ćurt 104
Lyubima Despotova-Toleva 90, 91
Ines Diminić Lisica 80
Hristos Dimitrov 91
Dragica Dolenec 141
Tamara Drča 118
Slavica Đurić 118
Martina Fišić 74
Suzana Forlani 141
Rudika Gmajnić 64, 122, 123, 124, 147
Klaudija Gospić 119
Svetlana Grga Jordan 118
Kristina Hanžek 136
Dino Hardi 122
Tatjana Horčička 138
Andrea Horvat Hodžić 73
Helena Hrkač 124
Mihaela Adela Iancu Iancu 98
Božana Ilić 146
Ante Ivančić 141
Ivana Jakupec Kopljarić 111
S. Janevska 110
Lana Jaram 116
Zaim Jatić 39
Petra Jezernik 104
Darinka Jurcan 141
Dimitra Kalimanovska-Oštarić 41
Sanja Kanisek 147
Sandra Karabatić 135
Vedran Karabeg 77, 86
Đurdica Kašuba Lazić 44, 47
Milica Katić 46
Tajana Katinić Zorić 117
Ivana Kelava 77, 86, 128
K. Kikerovska 110
Lyubomir Kirov 90, 91
Lucija Klobučar 120
E. Kostovska-Prilepcanska 110
Katerina Kovachevikj 109
Jadranka Kovačević 106
Tamara Kovačić 77, 86, 102, 104
Ksenija Kranjčević 50, 52, 116
Ivana Lalić 135
Vanja Lazić 46
Jean Yves Le Reste 46
Barbara Likar 125
Iva Lisica 80
Josip Lončar 76
Sandra Lovrić 145
Marina Lovrinić 141
Jelena Lucijanić 103
Ljiljana Majnarić Trtica 60, 63, 108
Roberta Marković 81
Vjenceslav Martinek 61
Dumitru Matei 98
Ivon Matić 63, 108
Antonija Matić 121
Matea Matić Ličanin 122, 123, 125
Boris Medić 130
Bakir Mehić 39
Tanja Mihelić 141
Sanda Miholek Brkić 118
Katić Milica 45
Ljubica Mišković 143
Nataša Mrduljaš-Đujić 85
Branka Mrzlić 141
E Mushanov 91
Ana Nedić 47
Jasmina Nemec 137
M Orbetzova 91

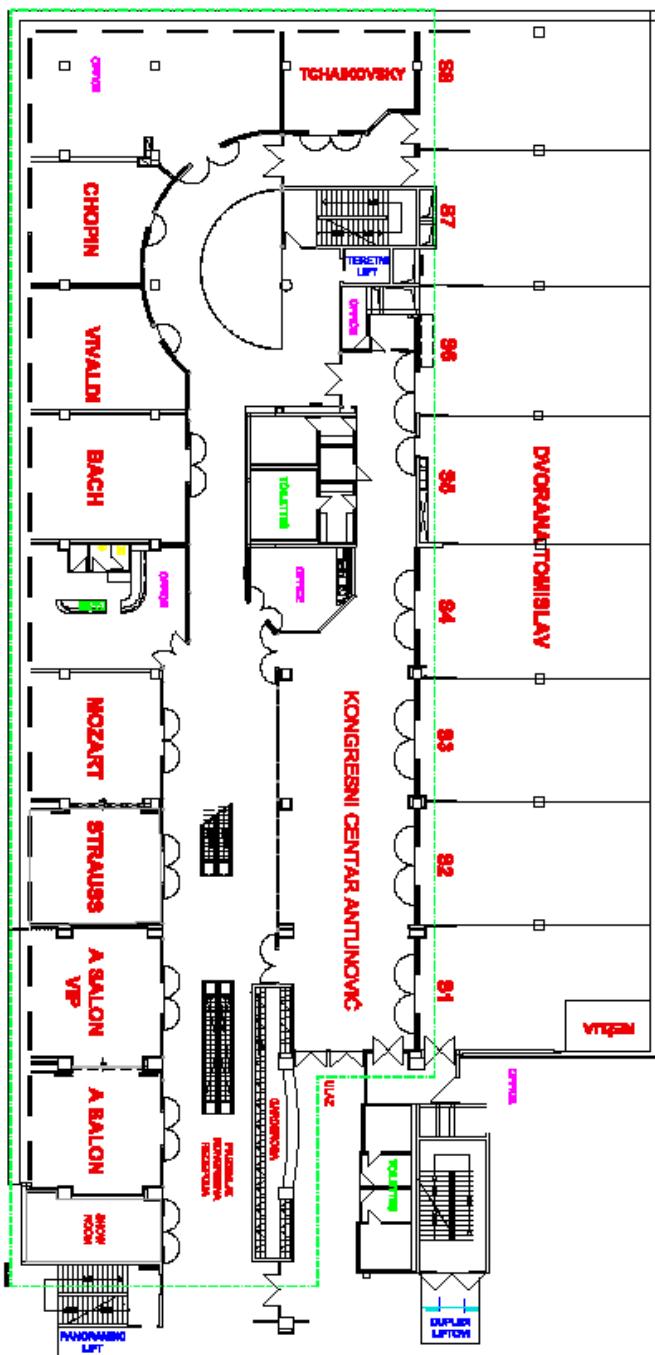
- Jelena Ostojić 52
Ivančica Peček 101
Tanja Pekez-Pavliško 58, 59
Branislava Popović 75
Sanda Pribić 65, 125, 126
Ingrid Prkačin 49, 109, 111
Rudika R. Gmajnić 121
Maja Račić 58, 59, 94
Vjekoslav Radeljić 51
Draginja Radunović 95
Marko Rada 70
Davorka Rakić 141
Maja Rasnek 141
Mirjana Resanović 109
Slađana Režić 134
Slađana Režić 144
Jelena Rnjak 122
Josipa Rodić 105
Robert Rončević 122
Danica Rotar Pavlič 43, 92
Mirna Rozić 123
Miroslav Samardžija 135
Tamara Sinožić 106
Dragan Soldo 53, 12
Suzana Stanković 96
- K. Stavric 109
Ahnetka Stjepanović 149
Stanka Stojanović Špehar 77, 86, 87
Dunja Stolnik 125
Lj. Sukriev 109
Šefket Šabanović 63, 108
Šefket Šabanović 108
Marina Šabić 68
Andreja Šajnić 135
Jelena Šakić Radetić 123
Lucija Šenjug 128
Rajka Šimunović 103
Svetlana Šupe 89
Igor Švab 38
Vesna Tabak 129
Arjana Tambić Andrašević 57
Hrvoje Tiljak 82, 83
Hrvoje Tiljak 83
Marion Tomičić 67
Anja Tomić 123
L Toneva 91
Ivana Tovilo 125
Dragana Trifunović Balanović 96
- Lea Tripar 117
Ljiljana Trtica Majnarić 118, 127
Aleksandra Trupković 135
M. Tundzeva 109
Rozmari Tusić 148
Bojana Vakanjac 125
Suza Valenčak 139
Mila Vasilj Mihaljević 127
Željko Vojvodić 62
Verica Voloder 147
Marija Vrca Botica 71
Davorka Vrdoljak 69
Jasna Vučak 68, 78, 79
Tea Vukušić Rukavina 83
Ivan Vurnek 128
Tina Zavidić 74
Ines Zelić 72
Lada Zibar 66, 106
Tanja Zovko 135
Slavoljub Živanović 96
Branka Živković Duvnjak 129

POPIS IZLAGAČA

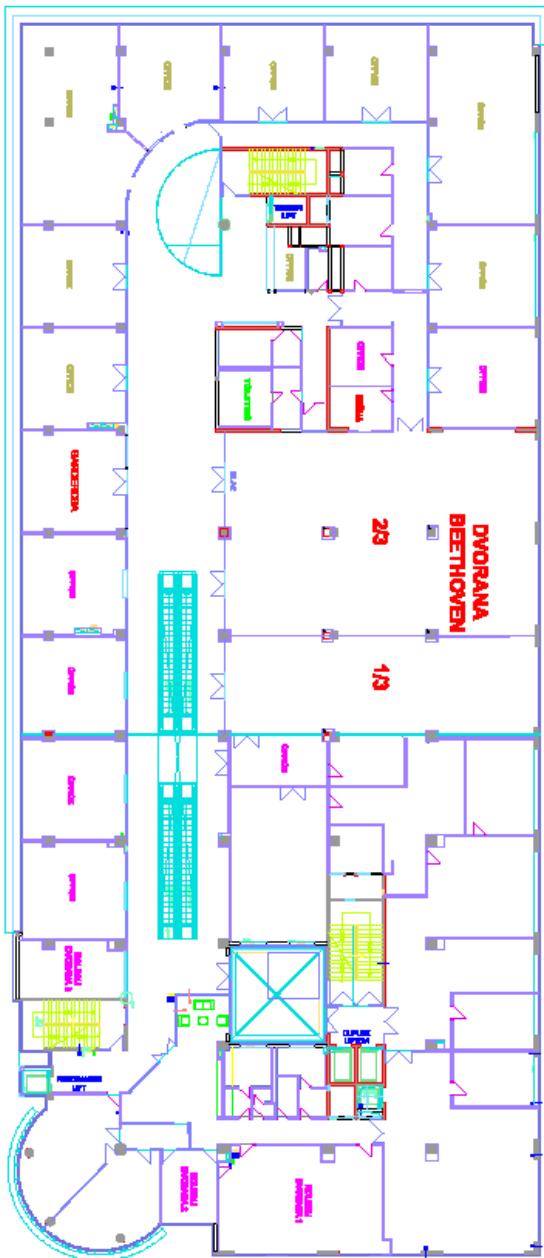
(abecednim redom)

ABELAPHARM
ALKALOID
BAUERFIEND
BAYER
BELUPO
BERLIN CHEMIE
BOERHINGER INGELHEIM
BTL
CIPLA
GENERALI OSIGURANJE
GLAXOSMITHKLINE
INTEGRAL MEDICAL HOLDINGS Ltd.
JADRAN – GALENSKI LABORATORIJ
KARL DIETZ KIJEVO
KRKA FARMA
LOHMANN&RAUSCHER
MCS Grupa
MEDEXPERT
MEDICLINE
MERCK
MEDIKOR
MEDILAB
MILSING
NOVARTIS HRVATSKA
OKTAL PHARMA
PFIZER
PLIVA CROATIA LTD
REMEDIA
ROZI-STEP
SALVUS
SANDOZ
SANOFI
SERVIER PHARMA
STADA
WÜRTH

TLOCRT HOTEZA 1. KAT



TLOCRT HOTELA 2. KAT

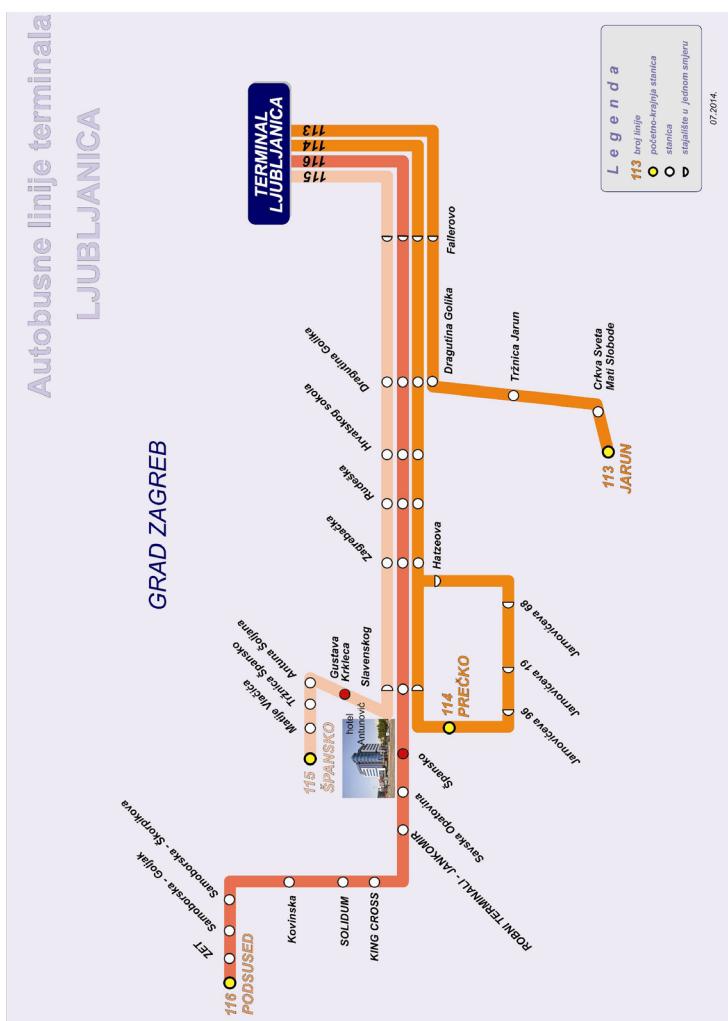


JAVNI PRIJEVOZ GRADA ZAGREBA

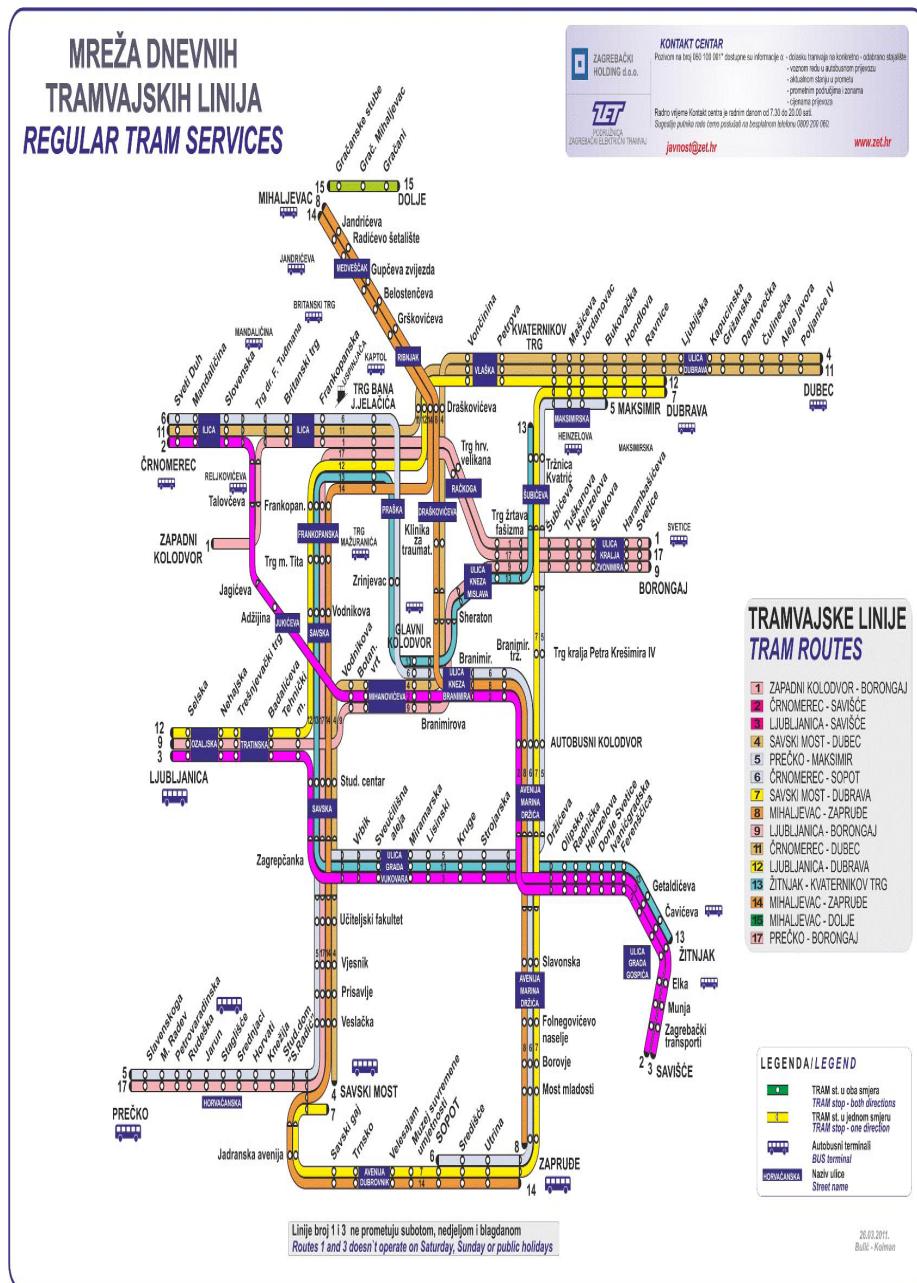
Za osobe koje će se služiti javnim prijevozom: do hotela se može doći tramvajem br. 5 i br. 17 u smjeru Prečko. Potrebno je sići na predzadnjoj postaji prije okretišta (naziv je postaje Slavenskoga). Nakon toga treba nastaviti pješice prema sjeveru do Slavonske avenije, na raskrižju koje se nalazi Hotel Antunović.

Postoji i direktna autobusna linija za Hotel Antunović. Autobus polazi s Ljubljанице, linija br. 115, u smjeru Špansko, a staje ispred samog hotela. Do Ljubljанице iz centra grada voze tramvaji br. 3, 9 i 12.

JAVNI PRIJEVOZ – KARTA AUTOBUSNIH LINIJA GRADA ZAGREBA



JAVNI PRIJEVOZ – KARTA TRAMVAJSKIH LINIJA GRADA ZAGREBA



Trostruko rješenje za hipertenziju

3 učinkovita antihipertenziva u 1 tabletu^(1, 2, 3)



ACEI – inhibitor angiotenzin konvertirajućeg enzima
CCB – blokator kalcijskih kanala

CO-DALNEVA®

perindopril, indapamid i amlodipin
tablete 4 mg/1,25 mg/5 mg, 4 mg/1,25 mg/10 mg, 8 mg/2,5 mg/5 mg, 8 mg/2,5 mg/10 mg



Naša inovativnost i znanje posvećeni su zdravlju. Zbog toga naša odlučnost, ustrajnost i iskustvo zajedno doprinose jednom cilju – razvoju djelotvornih i neškodljivih proizvoda vrhunske kakvoće.



CO-DALNEVA®

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka

Naziv lijeka: Co-Dalneva 4 mg/1,25 mg/5 mg tablete, Co-Dalneva 4 mg/1,25 mg/10 mg tablete, Co-Dalneva 8 mg/2,5 mg/5 mg tablete, Co-Dalneva 8 mg/2,5 mg/10 mg tablete. **Kvalitativni i kvantitativni sastav:** Svaka tableta sadrži 4 mg perindopril-tert-butilamina što odgovara 3,34 mg perindopripla, 1,25 mg indapamide i 5 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata. Svaka tableta sadrži 4 mg perindopril-tert-butilamina što odgovara 3,34 mg perindopripla, 1,25 mg indapamide i 10 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata. Svaka tableta sadrži 8 mg perindopril-tert-butilamina što odgovara 6,68 mg perindopripla, 2,5 mg indapamide i 5 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata. Svaka tableta sadrži 8 mg perindopril-tert-butilamina što odgovara 6,68 mg perindopripla, 2,5 mg indapamide i 10 mg amlodipina u obliku amlodipinbesilata. Pomoćne tvari: celuloza (mikrokristalna), škrob, prethodno geliran, natrijev škrobooglikolat, kalcijev klorid heksahidrat, natrijev hidrogenkarbonat, silicijev dioksid, koloidni, hidratizirani, magnezijev stearat. **Terapijske indikacije:** Co-Dalneva je namijenjena kao zamjenska terapija za liječenje esencijalne hipertenzije u bolesnika koji su već kontrolirani istodobnom primjenom fiksne kombinacije perindopripla/indapamida te amlodipinom u istim dozama. **Doziranje i način primjene:** Lijek se primjenjuje peroralno, a treba ga uzimati ujutro, prije obroka. Jednu tabletu treba uzeti kao pojedinačnu dozu jednom dnevno. Lijek nije namijenjen za početno liječenje hipertenzije. Odgovarajuću dozu kombinacije za kontrolu simptoma potrebno je odrediti primjenom odvojenih komponenti lijeka. Najviša preporučena doza lijeka je 8 mg/2,5 mg/10 mg na dan. **Kontraindikacije:** preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari lijeka, preosjetljivost na bilo koji drugi ACE inhibitor, sulfonamidi ili derivat dihidropiridina, anamneza angioedema povezanog s lječenjem ACE inhibitorima, naslijedni ili idiosfatski angioedem, drugo i treće tromjesečje trudnoće, dojenje, teško oštećenje funkcije bubrega ($GFR < 30 \text{ ml/min}$), odnosno doze veće od 4 mg perindopril-tert-butilamina kod umjerenog oštećenja funkcije bubrega ($GFR < 60 \text{ ml/min}$), bolesnici na dijalizi, teško oštećenje funkcije jetre, hepatička encefalopatija, šok (uključujući kardiogeni šok), neliječeno dekompenzirano zatajenje srca, hemodinamski nestabilno zatajenje srca nakon akutnog infarkta miokarda, opstrukcija izlaznog trakta lijeve klijetke (npr. visoki stupanj aortne stenoze), teška hipotenzija, hipokalemija, istodobna primjena s aliskirenom u bolesnika s dijabetesom i bolesnika s umjerenim oštećenjem funkcije bubrega ($GFR < 60 \text{ ml/min}$), kao opće pravilo, ne savjetuje se kombinirati ovaj lijek s neantiaritmima koji uzrokuju *torsades de pointes*.

Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi: Sva dolje navedena upozorenja vezana za pojedinu komponentu odnose se i na fiksnu kombinaciju sadržanu u Co-Dalnevi: litij, dvostruka blokada renin-angiotenzin-aldosteronskog sustava (RAAS) (ACEi), neutropenia/ agranulocitoza/trombocitopenija/anemija (ACEi), preosjetljivost/angioedem (ACEi), istodobna primjena inhibitora mTOR-a (npr. sirolimus, everolimus, temsirolimus), anafilaktoidne reakcije tijekom desenzitizacije (ACEi), Anafilaktoidne reakcije tijekom afereze lipoproteina niske gustoće (LDL) (ACEi), bolesnici na hemodializu (ACEi), lijekovi koji štide kalij, (dodaci kalija/nadomjestci soli koji sadrže kalij (perindopril), trudnoća (ACEi), hepatička encefalopatija (diuretik), fotoosjetljivost (diuretik). **Nuspojave:** Sažetak sigurnosnog profila: Najčešće prijavljene nuspojave tijekom terapije su posapanost, omaglica, glavobolja, vrtoglavice, disgeuzeja, parestezija, poremećaji vida, diplopija, tinitus, palpitacije, navale crvenila i vrućine, hipotenzija, dispneja, kašalj, bolovi u abdomenu, konstipacija, mučnina, dispepsija, povraćanje, poremećaji pražnjenja crijeva, proljev, pruritus, osip, osip makulopapulozni, oticanje zglobova, grčevi u mišićima, astenija, edem i umor.

Način i mjesto izdavanja: na recept, u ljekarni. **Nositelj odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet:** HCS bvba, H. Kennisstraat 53, B 2650 Edegem, Belgija. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Co-Dalneva 4 mg/1,25 mg/5 mg tablete: HR-H-223376332, Co-Dalneva 4 mg/1,25 mg/10 mg tablete: HR-H-622847904, Co-Dalneva 8 mg/2,5 mg/5 mg tablete: HR-H-209243724, Co-Dalneva 8 mg/2,5 mg/10 mg tablete: HR-H-180076502. **Datum prvog odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** 31. kolovoza 2017.

Literatura: 1. Oparil S. Efficacy of Perindopril in the Treatment of Systemic Hypertension. American Journal of Cardiology 2001;88:3i-12i. 2. London G e tal. Indapamide SR versus Candesartan and Amlodipine in Hypertension: The X-CELLENT Study. American Journal of Hypertension 2006; 19:113-121. 3. Biston P, Mélot C, Degaute JP et al. Prolonged antihypertensive effect of amlodipine: a prospective double-blind randomized study. Blood Press 1999; 8 (1): 43-8. 4. Ferrari R, Fox KM. Perindopril – a major contribution to the prevention and treatment of cardiovascular disease. France: Wolters Kluwer Health; 2008. 5. Biston P, Mélot C, Degaute JP, et al. Prolonged antihypertensive effect of amlodipine: a prospective double-blind randomized study. Blood Press 1999; 8 (1): 43-8. 6. Osnovna lista lijekova HZZO-a NN broj 14/2018. 7. Sažetak opisa svojstava lijeka Co-Dalneva

SAMO ZA ZDRAVSTVENE DJELATNIKE. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom odobrenom sažetu svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima ("Narodne novine" broj 43/15). Za detaljne informacije o lijeku molimo pročitajte Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku dostupne na internetskoj stranici Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode www.halmed.hr.

Detaljnije informacije možete dobiti od firme:



KRKA-FARMA d.o.o., Radnička cesta 48, 10000 Zagreb

Telefon (01) 63 12 100, 63 12 101, Faks (01) 61 76 739, E-mail: info.hr@krka.biz, www.krka-farma.hr

Medijjski pokrovitelj



Medix 20 GODINA
S VAMA

