

KNJIGA SAŽETAKA

17. kongresa

KoHOM-a

Terme Tuhelj
Tuheljske Toplice
15.-17. svibnja 2026.

KNJIGA SAŽETAKA

17. kongresa

KoHOM-a



SADRŽAJ

Tihi nalaz ili skriveni rizik? Egzostoze u ordinaciji obiteljske medicine	7
Karcinom gornjeg urotela: klinički i dijagnostički izazov na sučelju primarne i sekundarne zdravstvene zaštite	9
Od benigne dermatoze do dijagnoze limfoma: uloga obiteljskog liječnika u otkrivanju mycosis fungoides	11
Kontinuirana skrb u ruralnoj sredini: suradnja obiteljske medicine i socijalne skrbi	13
Prevenција kardiovaskularne bolesti – prikaz slučaja	15
Uveitis oka u ambulanti obiteljske medicine – prikaz slučaja	18
Trideset tableta dnevno – prikaz neprepoznate depresije i ovisnosti o analgeticima	20
Debljina i dijabetes: dva lica istog metaboličkog poremećaja	22
Ultrazvuk abdomena u inicijalnoj obradi novootkrivene šećerne bolesti tipa 2	24
Brzo progresivna demencija kao prezentacija subduralnog hematoma – prikaz slučaja	26
Prevention as continuity of care: family medicine in smaller health systems	28
Elektrokardiografske promjene uzrokovane hipokalijemijom	30
Kronična bol bez prečaca: kako liječiti, a ne samo propisivati?	32
Važnost redovitog praćenja u obiteljskoj medicini: neočekivano otkrivanje difuznog velikog B-staničnog limfoma	34
Bolest ovisnosti i hipogonadizam– primarni ili sekundarni poremećaj? – prikaz slučaja	36
Recidivirajuća urolitijaza kao rani znak kardioresnetaboličkog rizika – prikazi slučajeva	38
Jedan pacijent – deset dijagnoza: umijeće skrbi za multimorbidnog bolesnika	40
Slučaj trihineloze u ordinaciji liječnika obiteljske medicine	41
Povišeni C-reaktivni protein i D-dimeri – rani znak sistemske bolesti – prikaz slučaja	42
Od dismenoreje do bolova u prsištu: kontinuitet skrbi u prepoznavanju ekstrapelvične endometrioze – prikaz slučaja	44
Ultrazvuk abdomena u svakodnevnoj praksi: izazovi i zamke	46
Kontinuitet skrbi kao ključ adherencije – prikaz slučaja iz ruralne ambulante	48
Tri pitanja koja otvaraju dijagnozu – kratki mentalni screening u praksi	50

Gležanjski indeks u obiteljskoj medicini: mali broj koji otkriva veliku bolest	52
Kolorektalni karcinom u skrbi obiteljske medicine: od pravodobne dijagnostike do hiperglikemije tijekom terapije kapecitabinom – prikaz slučaja	54
Kada lijek razotkrije bolest: ulcerozni kolitis u bolesnika s ankilozantnim spondilitisom	56
Izazovi liječenja adenokarcinoma pluća uz kontinuirano praćenje novih simptoma i progresije bolesti u obiteljskoj medicini- prikaz slučaja	57
Recidivirajuća hematurija-nuspojava antikoagulantne terapije ili znak maligne bolesti? – prikaz slučaja.....	59
Streptokokni tonzilitis kao okidač kapljičaste psorijaze i pogoršanja psorijaze u djece i adolescenata.....	61
Preventivni pregledi danas: nove smjernice, stare dileme	63
Jedan pacijent - deset dijagnoza; umijeće skrbi za multimorbidnog bolesnika – prikaz slučaja.....	65
Značajna hiponatrijemija kao prvi znak metastatske maligne bolesti – prikaz slučaja.....	67
Kašalj kao vodeći simptom kroničnog rinosinusitisa - prikaz slučaja.....	69
Početak bolesti prije početka simptoma - rani rizici kroničnih bolesti.....	71
Je li ovo hitno? Kliničko razmišljanje u ordinaciji obiteljske medicine.....	73
Štetna uporaba interneta kod adolescenta s Aspergerovim sindromom – prikaz slučaja.....	75
Nutritivni probir.....	77
Cornu cutaneum u ambulanti obiteljske medicine – prikaz slučaja.....	79
Suhi kašalj kao simptom Helicobacter pylori infekcije-prikaz slučaja	81
Od zanemarene anemije i negativnih tumorskih markera do dijagnoze kolorektalnog karcinoma.....	83
Posttraumatska kronična glavobolja u ordinaciji obiteljske medicine	85
Lažno nizak kardiovaskularni rizik u obiteljskoj medicini: jednostavni alati za prepoznavanje skrivenog rizika.....	87
Kad lijekova ima previše – polifarmacija kao klinički izazov	89
Rano prepoznavanje kronične bubrežne bolesti u ordinaciji obiteljske medicine i učinak finerenona u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2 – prikaz slučaja.....	91
Rani simptomi, dijagnostika i liječenje Alzheimerove bolesti.....	93
Trebamo li promijeniti strukturu tima obiteljske medicine?.....	95

Jedan pacijent – deset dijagnoza: umijeće skrbi za multimorbidnog bolesnika	97
Mentalno zdravlje počinje u ordinaciji: rana detekcija poremećaja	99
Više od dijagnoze holistički pristup pacijentu kroz životne faze	100
Akutni infarkt miokarda u ambulanti obiteljske medicine	101
Akutni infarkt miokarda u ambulanti obiteljske medicine	103
Egzacerbacije KOPB-a: ključni prediktori hospitalizacije	105
Fragmentacija zdravstvene skrbi: što se događa kada pacijent odluči „zaobići“ liječnika obiteljske medicine? - prikaz slučaja	107
Bezbolni ikterus: uvijek znak maligne bolesti? – prikaz slučaja	109
Kako od celulitisa do sarkoidoze? – prikaz slučaja	111
Skrb o pacijentu sa sumnjom na razvoj akutnog apendicitisa na otoku: od kućne posjete do organizacije prijevoza i definitivnog zbrinjavanja u bolnici – prikaz slučaja	112
Ileus kao prvi znak kolorektalnog karcinoma s metastazom u uterusu – prikaz slučaja	114
Korelacija kronične i neuropatske komponente boli, anksioznosti i depresije u bolesnika koji boluju od kronične boli	116
Hiperbarična oksigenoterapija u očuvanju funkcionalnog zdravlja starije populacije: pregled dostupnih dokaza	118
Nove opasnosti digitalne demecije: deskilling i upskilling inhibition	120

SAŽETCI



Tihi nalaz ili skriveni rizik? Egzostoze u ordinaciji obiteljske medicine

Dr. Ivana Šofić*

OB dr. Josip Benčević, Slavonski Brod

Valerija Miličić

Odjel za patologiju i citologiju, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

doc.dr.sc Hrvoje Pitlović

Medicinski fakultet Osijek, Osijek

Zvonimir Bosnić

Ordinacija opće medicine dr.sc. Zvonimir Bosnić, dr. med, Naselje Andrije Hebranga 4/33, Slavonski Brod

SAŽETAK

Uvod

Egzostoze su benigne koštane izrasline koje se često susreću u svakodnevnoj praksi obiteljske medicine, najčešće kao slučajan nalaz tijekom kliničkog pregleda ili radiološke obrade učinjene iz drugih razloga. U većini slučajeva riječ je o asimptomatskim promjenama bez kliničkog značaja koje ne zahtijevaju terapijsku intervenciju. Ipak, određene kliničke karakteristike mogu pobuditi sumnju na komplikacije ili rijetku, ali klinički značajnu malignu transformaciju, što predstavlja dijagnostički izazov u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Cilj ovog rada je prikazati suvremene spoznaje o egzostozama s naglaskom na njihovu kliničku prezentaciju, prirodni tijek bolesti i diferencijalnu dijagnozu, kao i definirati ulogu liječnika obiteljske medicine u prepoznavanju nalaza koji zahtijevaju dodatnu dijagnostičku obradu i specijalističku evaluaciju.

Rasprava

Rad je koncipiran kao narativni pregled literature. Analizirana je relevantna dostupna stručna i znanstvena literatura iz područja ortopedije, radiologije i obiteljske medicine koja se bavi etiologijom, kliničkom slikom i komplikacijama egzostoza. Poseban naglasak stavljen je na identifikaciju kliničkih „crvenih zastavica“ koje mogu upućivati na potencijalno malignu transformaciju, uključujući perzistentnu ili progresivnu bol, rast lezije nakon završetka skeletnog razvoja, promjene u obliku ili konzistenciji lezije te pojavu neuroloških ili vaskularnih simptoma. Također su razmotrene indikacije za radiološku obradu (rendgen, ultrazvuk, magnetska rezonancija) te kriteriji za upućivanje specijalistu.

Zaključak

Egzostoze su u većini slučajeva benigne i klinički beznačajne, no njihova pravilna procjena u ordinaciji obiteljske medicine od ključne je važnosti za sigurnost bolesnika. Prepoznavanje atipičnih obilježja i pravodobna identifikacija „crvenih zastavica“ omogućuju rano otkrivanje potencijalno malignih promjena, uključujući rijetku transformaciju u hondrosarkom. Liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u inicijalnoj evaluaciji, edukaciji bolesnika, indikaciji za daljnju dijagnostiku te pravovremenom upućivanju specijalistu. Posebna pažnja posvećuje se bolnim lezijama, progresiji nakon završetka rasta i znakovima neurovaskularne kompresije, koji zahtijevaju daljnju obradu i potencijalnu operativnu intervenciju. Sustavan i klinički utemeljen pristup doprinosi racionalnoj uporabi dijagnostičkih metoda i poboljšanju ishoda liječenja.

Ključne riječi: *Egzostoze, Benigne koštane lezije, Primarna zdravstvena zaštita, Crvene zastavice, Diferencijalna dijagnoza*

Litertura

1. Kitsoulis P, Galani V, Stefanaki K, Paraskevas G, Karatzias G, Agnantis NJ, et al. Osteochondromas: review of the clinical, radiological and pathological features. *In Vivo*. 2008;22(5):633–646.
2. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, Flemming DJ, Gannon FH. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2000;20(5):1407–1434. doi:10.1148/radiographics.20.5.g00se1714073. Czajka CM, DiCaprio MR. What is the proportion of patients with multiple hereditary exostoses who undergo malignant degeneration? *Clin Orthop Relat Res*. 2015;473(7):2355–2361.

ABSTRACT

Introduction

Exostoses are benign bony outgrowths frequently encountered in everyday family medicine practice, most often as incidental findings during clinical examination or radiological imaging performed for unrelated reasons. In the majority of cases, these are asymptomatic lesions without clinical significance that do not require therapeutic intervention. However, certain clinical features may raise suspicion of complications or a rare but clinically relevant malignant transformation, posing a diagnostic challenge in primary care. The aim of this paper is to present current knowledge on exostoses, with emphasis on their clinical presentation, natural course, and differential diagnosis, as well as to define the role of the family physician in recognizing findings that require further diagnostic work-up and specialist evaluation.

Discussion

This paper is designed as a narrative literature review. Relevant available professional and scientific literature from the fields of orthopedics, radiology, and family medicine was analyzed, focusing on the etiology, clinical presentation, and complications of exostoses. Particular emphasis was placed on the identification of clinical "red flags" that may indicate potential malignant transformation, including persistent or progressive pain, lesion growth after skeletal maturity, changes in the shape or consistency of the lesion, and the occurrence of neurological or vascular symptoms. Indications for radiological evaluation (X-ray, ultrasound, magnetic resonance imaging) and criteria for specialist referral were also reviewed.

Conclusion

Exostoses are in most cases benign and clinically insignificant; however, their proper assessment in family medicine practice is crucial for patient safety. Recognition of atypical features and timely identification of "red flags" enable early detection of potentially malignant changes, including the rare transformation into chondrosarcoma. The family physician plays a key role in initial evaluation, patient education, indication for further diagnostics, and timely referral to a specialist. A systematic and clinically grounded approach contributes to the rational use of diagnostic methods and improved treatment outcomes.

Karcinom gornjeg urotela: klinički i dijagnostički izazov na sučelju primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

Dr. Danijel Marinčić*, Dr. Ivana Šofić

OB dr. Josip Benčević, Slavonski Brod

Valerija Miličić

Odjel za patologiju i citologiju, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

Zvonimir Bosnić

Ordinacija opće medicine dr.sc. Zvonimir Bosnić, dr. med, Naselje Andrije Hebranga 4/ 33, Slavonski Brod

SAŽETAK

Uvod

Cjelovito gensko profiliranje (eng. whole genome sequencing, WGS) postaje ključni alat u onkologiji za identifikaciju genskih predispozicija i procjenu onkološkog rizika, osobito kod mladih pacijenata s rijetkim tumorima. Karcinom gornjeg urotela je rijedak maligni tumor mokraćnog sustava, koji čini manje od 5% svih uroloških malignoma, a često se povezuje s agresivnijim kliničkim tijekom i lošijom prognozom u mlađih bolesnika. Rano prepoznavanje genskih faktora rizika omogućuje personalizirani pristup liječenju, dok WGS pruža uvid u biološke procese na staničnoj razini, uključujući mutacije koje utječu na proliferaciju, apoptozu i genomsku stabilnost. Takav uvid je od ključnog značaja za razumijevanje agresivnog ponašanja tumora i potencijalne sklonosti razvoju sekundarnih malignoma.

Prikaz slučaja

Predstavljamo 36-godišnjeg muškarca, dosad zdravog, onkološki opterećene obiteljske anamneze, koji ne boluje od kroničnih bolesti i koji ne uzima kroničnu terapiju. Radi bolova u lumbosakralnoj regiji, tijekom dijagnostičke obrade nefrokolike kontralateralnog bubrega, incidentalno je otkriven karcinom gornjeg urotela. S obzirom na mlađu životnu dob pacijenta i rijetku lokalizaciju tumora, multidisciplinarni tim je predložio učiniti WGS s glavnom idejom procjene onkološkog rizika, identifikacije moguće genske predispozicije, ali i boljeg razumijevanja staničnih bioloških procesa povezanih s tumorom. Po određivanju stadija bolesti, pacijent je operativno liječen – izvedena je nefroureterektomija, čime su uklonjeni zahvaćeni bubreg, ureter i mandžeta mokraćnog mjehura. Trenutno je u tijeku WGS analiza, a rezultati će pružiti dodatne informacije za planiranje individualiziranog liječenja i daljnjeg praćenja pacijenta.

Rasprava

Ovaj slučaj naglašava višestruku vrijednost WGS u mladih pacijenata s rijetkim urološkim tumorima jer omogućuje individualizirani terapijski pristup, razumijevanje bioloških procesa na staničnoj razini i potencijalno prediktivno planiranje daljnjeg praćenja. Iako rezultati WGS još nisu dostupni, indikacije za njegovu primjenu uključuju mlađu životnu dob, rijetkost tumora za njegovu dob i mogućnost identifikacije genskih faktora rizika, uključujući Lynch sindrom. Proširenje primjene WGS u kliničkoj praksi mladih pacijenata može poboljšati ishode liječenja, smanjiti rizik od recidiva i osigurati personalizirani pristup utemeljen na molekularnim i staničnim karakteristikama tumora.

Zaključak

Integracija cjelovitog genskog profiliranja u kliničku praksu kod mladih pacijenata s karcinomom gornjeg urotela doprinosi optimizaciji terapije, razumijevanju bioloških procesa tumora na staničnoj razini, procjeni onkološkog rizika i pruža smjernice za obiteljsko genetsko savjetovanje. Posebno je važno prepoznavanje pacijenata s potencijalnim Lynch sindromom, što omogućuje pravovremeno gensko testiranje i preventivne mjere za članove obitelji. Ovaj slučaj ilustrira kako WGS može kombinirati klinički, molekularni i genetski pristup u personaliziranoj medicini, unapređujući ishode liječenja pacijenta i pružajući vrijedne smjernice za obiteljsku medicinu, iako su konačni rezultati analize još u tijeku.

Ključne riječi: *Cjelovito gensko profiliranje (WGS), Karcinom gornjeg urotela, Mladi pacijent, Onkološki rizik, Lynch sindrom*

Litertura

1. Guan B, Wang J, Li X, et al. Identification of Germline Mutations in Upper Tract Urothelial Carcinoma With Suspected Lynch Syndrome. *Front Oncol.* 2022;12:774202.
2. Donahue TF, Bagrodia A, Audenet F, et al. Genomic Characterization of Upper-Tract Urothelial Carcinoma in Patients With Lynch Syndrome. *JCO Precis Oncol.* 2018;2018:PO.17.00143.
3. Ghoreifi A, Djaladat H. A Comprehensive Review on Upper Tract Urothelial Carcinoma: An Update in 2023. *Cancers (Basel).* 2024;16(9):1613.

ABSTRACT

Introduction

Whole genome sequencing (WGS) has become a key tool in oncology for identifying genetic predispositions and assessing cancer risk, especially in young patients with rare tumors. Upper tract urothelial carcinoma (UTUC) is a rare malignancy of the urinary system, accounting for less than 5% of all urothelial cancers, and is often associated with a more aggressive clinical course and poorer prognosis in younger patients. Early recognition of genetic risk factors enables a personalized treatment approach, while WGS provides insight into cellular-level biological processes, including mutations affecting proliferation, apoptosis, and genomic stability. Such insights are crucial for understanding tumor aggressiveness and potential susceptibility to secondary malignancies.

Case Presentation

We present a 36-year-old male, previously healthy, with no chronic diseases, no ongoing therapy, with positive family history of cancer. Due to lumbosacral pain, an upper tract urothelial carcinoma was incidentally discovered during the diagnostic workup of a contralateral kidney nephrolithiasis. Considering the patient's young age and the rarity of tumor localization, a multidisciplinary team recommended WGS to assess oncological risk, identify possible genetic predispositions, and better understand tumor-associated cellular biological processes. After staging the disease, the patient underwent surgical treatment with nephroureterectomy, including removal of the affected kidney, ureter, and bladder cuff. WGS analysis is currently ongoing, and the results will provide additional information to guide individualized therapy and follow-up planning.

Discussion

This case highlights the multifaceted value of WGS in young patients with rare urothelial tumors, as it enables personalized therapeutic strategies, understanding of cellular-level biological processes, and predictive planning for follow-up care. Although WGS results are not yet available, indications for its application include young patient age, tumor rarity, and the potential identification of genetic risk factors, including Lynch syndrome. Expanding the use of WGS in clinical practice for young patients may improve treatment outcomes, reduce recurrence risk, and ensure a personalized approach based on molecular and cellular tumor characteristics.

Conclusion

Integration of whole genome sequencing into clinical practice for young patients with upper tract urothelial carcinoma contributes to optimized therapy, understanding of tumor biological processes at the cellular level, cancer risk assessment, and guidance for familial genetic counseling. Early identification of patients with potential Lynch syndrome enables timely genetic testing and preventive measures for at-risk family members. WGS also provides primary care physicians with essential information for family monitoring, preventive screening, and coordination of multidisciplinary care. This case illustrates how WGS can combine clinical, molecular, and genetic approaches in personalized medicine, improving patient outcomes and offering valuable guidance for family medicine, although final analysis results are still pending.

Keywords: *Whole genome sequencing (WGS), Upper tract urothelial carcinoma, Young patient, Cancer risk, Lynch syndrome*

Od benigne dermatoze do dijagnoze limfoma: uloga obiteljskog liječnika u otkrivanju mycosis fungoides

ZVONIMIR BOSNIĆ*

Ordinacija opće medicine dr.sc. Zvonimir Bosnić, dr. med, Slavonski Brod

VALERIJA MILIČIĆ

Odjel za patologiju i citologiju, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Mycosis fungoides predstavlja najčešći oblik kožnog T-staničnog limfoma, koji u ranim fazama često imitira benigne dermatoze poput ekcema ili psorijaze. Nespecifična klinička slika i sporo napredovanje često odgađaju dijagnozu, naglašavajući važnost pravovremenog prepoznavanja u ordinaciji obiteljske medicine. Cilj ovog prikaza je istaknuti diferencijalno-dijagnostički pristup te ulogu obiteljskog liječnika u ranom prepoznavanju bolesti.

Prikaz slučaja

72-godišnja bolesnica liječena je ambulantno zbog atipičnih kožnih promjena, koje su se manifestirale ovalnim, bljedocrvenim, blago ljuskavim mrljama promjera 1–3 cm, lokaliziranim na gluteusu, prednjoj trbušnoj stijenci, areoli dojke i desnoj nadlaktici. Lezije su bile asimetrične, s nejasnim granicama, bez ulceracija, a trajale su do šest mjeseci uz prolazni i nepotpun odgovor na topikalnu terapiju. Tijekom posljednjeg pogoršanja uočeni su multipli eritematozni, diskretno infiltrirani plakovi nepravilnih rubova s područjima hiperpigmentacije. Zbog kroničnog tijeka, atipične lokalizacije i terapijske rezistencije, pacijentica je upućena na konzilijarni dermatološki pregled. Biopsija kože uz histološku i imunohistokemijsku analizu otkrila je epidermotropizam atipičnih T-limfocita s dominacijom CD4, što je potvrdilo dijagnozu mycosis fungoides u ranoj (patch/plaque) fazi.

Rasprava

Rana faza mycosis fungoides može klinički imitirati atopijski i kontaktni dermatitis, psorijazu, parapsorijazu ili površinske gljivične infekcije, što predstavlja dijagnostički izazov. Znakovi sumnje uključuju kronični tijek, slab odgovor na terapiju, polimorfizam lezija i lokalizaciju na neeksponiranim dijelovima tijela. Obiteljski liječnik ima ključnu ulogu u prepoznavanju “red flags” i pravovremenom upućivanju na specijalističku obradu. Biopsija kože uz histološku i imunohistokemijsku analizu ostaje zlatni standard dijagnoze. Pravovremeno prepoznavanje omogućuje ranije započinjanje adekvatnog liječenja i potencijalno poboljšava klinički ishod.

Zaključak

Mycosis fungoides treba razmotriti kod kroničnih, terapijski rezistentnih dermatosa. Pravovremeno prepoznavanje i upućivanje od strane obiteljskog liječnika može značajno skratiti vrijeme do dijagnoze. S obzirom na rijedak i potencijalno progresivan karakter bolesti, preporučuje se i konzultacija hematologa radi odluke o eventualnom sistemskom liječenju. Edukacija liječnika primarne zdravstvene zaštite o “red flags” i diferencijalnoj dijagnozi može poboljšati ranu detekciju i optimizirati liječenje.

Ključne riječi: *Mycosis fungoides, Kožni T-stanični limfom, Obiteljski liječnik, Rana dijagnoza, Diferencijalna dijagnoza*

Literatura

1. Sheern C, Levell NJ, Craig PJ, Jeffrey P, Mistry K, Scorer MJ, Venables ZC. Mycosis fungoides: a review. Clin Exp Dermatol. 2025 Nov 25;50(12):2365-2375. doi: 10.1093/ced/llaf341. PMID: 40721285.
2. Jerkovic Gulin S, Ilic I, Ceovic R. The Prognostic Value of Histopathological Features in Early-Stage Mycosis Fungoides: Insights from a Retrospective-Prospective Cohort Study. Dermatopathology (Basel). 2024 Jun 14;11(2):161-176. doi: 10.3390/dermatopathology11020017. PMID: 38921054; PMCID: PMC11202688.
3. Cerroni L. Mycosis fungoides-clinical and histopathologic features, differential diagnosis, and treatment. Semin Cutan Med Surg. 2018 Mar;37(1):2-10. doi: 10.12788/j.sder.2018.002. PMID: 29719014.

ABSTRACT

Introduction and Aim

Mycosis fungoides (MF) is the most common form of cutaneous T-cell lymphoma, which in its early stages often mimics benign dermatoses such as eczema or psoriasis. The nonspecific clinical presentation and slow progression may delay diagnosis, highlighting the importance of timely recognition in primary care. The aim of this case report is to emphasize the differential diagnostic approach and the role of the family physician in early detection of the disease.

Case Presentation

A 72-year-old female patient was treated in an outpatient setting for atypical skin lesions, which appeared as oval, pale-red, slightly scaly patches measuring 1–3 cm, localized on the gluteal region, anterior abdominal wall, areola of the breast, and right upper arm. The lesions were asymmetric, with indistinct borders, non-ulcerated, and persisted for up to six months with partial and transient response to topical therapy. During the last exacerbation, multiple erythematous, slightly infiltrated plaques with irregular borders and areas of hyperpigmentation were observed. Due to the chronic course, atypical localization, and therapeutic resistance, the patient was referred for a consultative dermatological examination. Skin biopsy with histological and immunohistochemical analysis revealed epi-dermotropism of atypical T-lymphocytes with CD4 predominance, confirming the diagnosis of MF in the early (patch/plaque) stage.

Discussion

Early-stage MF can clinically mimic atopic or contact dermatitis, psoriasis, parapsoriasis, or superficial fungal infections, presenting a diagnostic challenge. Warning signs include chronicity, poor response to therapy, lesion polymorphism, and localization on non-exposed body areas. The family physician plays a key role in recognizing “red flags” and timely referral for specialist evaluation. Skin biopsy with histological and immunohistochemical analysis remains the gold standard for diagnosis. Early recognition allows timely initiation of appropriate treatment and may improve clinical outcomes.

Conclusion

MF should be considered in patients with chronic, therapy-resistant dermatoses. Timely recognition and referral by the family physician can significantly shorten the time to diagnosis. Given the rare and potentially progressive nature of the disease, consultation with a hematologist is recommended to determine the need for systemic therapy. Educating primary care physicians on “red flags” and differential diagnosis may improve early detection and optimize patient management.

Keywords: *Mycosis fungoides, Cutaneous T-cell lymphoma, Family physician, Early diagnosis, Differential diagnosis*

Kontinuirana skrb u ruralnoj sredini: suradnja obiteljske medicine i socijalne skrbi

Ana Brajnović*, Maja Ikić, Ana Strišković
HZSR PU Valpovo

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Kontinuirana skrb u obiteljskoj medicini podrazumijeva integrirani pristup zdravstvenim i socijalnim potrebama osoba starije životne dobi, osobito u ruralnim sredinama gdje su resursi ograničeni. Kronične bolesti poput srčanih bolesti i dijabetesa, u kombinaciji s rizičnim ponašanjima te socijalnom isključenosti, dodatno otežavaju održavanje zdravlja. Cilj ovog prikaza slučaja je pokazati važnost suradnje liječnika obiteljske medicine i sustava socijalne skrbi u skrbi za osobe starije životne dobi, posebice u ruralnim sredinama.

Prikaz slučaja

Muškarac, 73 godine, živi sam u ruralnom području (Slavonija). Kronični je srčani bolesnik, dijabetičar i konzumira alkohol. Nema članova bliske obitelji i neformalne socijalne podrške. Osim pogoršanja kardiovaskularnog stanja, razvila se rana na nozi koja sporo zarasta, povećavajući rizik od infekcije i pogoršanja općeg zdravstvenog stanja. Liječnik obiteljske medicine prepoznao je rizik i inicirao suradnju sa službom socijalne skrbi. Socijalni radnik pokrenuo je procjenu potreba i organizirao pomoć u kući, uključujući dostavu obroka, održavanje osobne higijene i higijene prostora. Patronažna sestra uključena je u redovite kućne posjete, praćenje i previjanje rane te edukaciju pacijenta o higijeni, prehrani i samopomoći. Liječnik kontinuirano prati zdravstveno stanje, dok socijalni radnik osigurava da osoba prima potrebnu skrb u kući. Suradnja između zdravstvenog i socijalnog sustava omogućuje kontinuiranu procjenu potreba i pravovremenu intervenciju.

Rasprava

Slučaj ilustrira kompleksnost skrbi za osobe starije životne dobi s kroničnim bolestima i u riziku od socijalne isključenosti. Ključne prepreke uključuju smanjenu terapijsku suradljivost, rizična ponašanja (alkohol), prometnu udaljenost od zdravstvenih ustanova i nedostatak obiteljske/neformalne podrške. Kronična rana zahtijeva medicinsku intervenciju, što naglašava važnost patronažne sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Pravovremeno prepoznavanje socijalnih i zdravstvenih faktora omogućilo je integriranu intervenciju, poboljšanje kontrole bolesti i prevenciju daljnjih komplikacija. Suradnja liječnika, socijalnog radnika i patronažne sestre pokazala se ključnom za očuvanje samostalnosti pacijenta.

Zaključak

Integrirana i koordinirana suradnja zdravstvenog i socijalnog sustava ključna je za kontinuiranu skrb osoba starije životne dobi, posebno u ruralnim sredinama. Uloga socijalne skrbi u organizaciji pomoći u kući, edukaciji i koordinaciji s liječnikom omogućuje praćenje korisnika, prevenciju komplikacija i očuvanje kvalitete života, čime se smanjuje rizik od institucionalizacije.

Ključne riječi: kontinuirana skrb, osobe starije životne dobi, obiteljska medicina, socijalna skrb

ABSTRACT

Introduction and Aim

Continuity of care in primary care involves an integrated approach to the health and social care for elderly people, especially in rural areas with limited resources. Chronic conditions such as cardiovascular disease and diabetes, combined with risk behaviors and social exclusion, further complicate health maintenance. The aim of this case report is to demonstrate the importance of collaboration between primary care physicians and social services for the care of elderly people, particularly in rural settings.

Case Presentation

The person is a 73-year-old man living alone in a rural area. He has chronic cardiovascular disease, type 2 diabetes, and consumes alcohol. He has no close family members or informal social support. In addition to cardiovascular deterioration, a leg ulcer developed that heals slowly, increasing the risk of infection and further health complications. The primary care physician identified the risks and initiated collaboration with social services. The social worker conducted a needs assessment and organized home-based support, including meal delivery and assistance with personal hygiene and household maintenance. The community nurse (home care nurse) was involved for regular home visits, monitoring and dressing the ulcer, and educating the patient on hygiene, nutrition, and self-care. The physician continuously monitors the patient's health, while the social worker ensures that the patient receives the necessary care at home. Collaboration between health and social services allows ongoing assessment of needs and timely interventions.

Discussion

This case illustrates the complexity of caring for elderly people with chronic conditions who are at risk of social exclusion. Key barriers include reduced adherence to treatment, risk behaviors (alcohol use), distance from healthcare facilities, and lack of family or informal support. The chronic leg ulcer requires medical intervention, highlighting the role of the community nurse in primary care. Timely recognition of both social and medical factors enabled an integrated intervention, improved disease management, and prevented further complications. Collaboration among the physician, social worker, and community nurse proved crucial in maintaining patient independence.

Conclusion

Integrated and coordinated collaboration between health and social services is essential for the continuity of care of elderly people, especially in rural areas. The role of social services in organizing home-based support, education, and coordination with the physician ensures monitoring of the person, prevention of complications, and maintenance of quality of life, thereby reducing the risk of institutionalization.

Keywords: *continuity of care, elderly people, primary care*

Prevenција kardiovaskularne bolesti - prikaz slučaja

Dr. Luka Marinković*

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

Dr. Žarko Žitko

Privatna ugovorna specijalistička ordinacija obiteljske medicine

Dr. Marion Tomičić

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, katedra za obiteljsku medicinu

SAŽETAK

Uvod

Kardiovaskularne bolesti (KVB) vodeći su uzrok morbiditeta i mortaliteta te najčešće nastaju kao posljedica ateroskleroze. Koronarna bolest srca je najčešća i uzrok približno polovice ukupne kardiovaskularne smrtnosti. Kontinuitet skrbi, kao jedna od temeljnih karakteristika obiteljske medicine, omogućuje pravodobno prepoznavanje čimbenika rizika te pravovremenu intervenciju, koja se temelji na modifikaciji životnih navika i primjeni odgovarajuće farmakoterapije, čime se usporava progresija bolesti. Cilj jest istaknuti posljedice zakašnjele prevencije uslijed neredovitih kontrola te naglasiti važnost kontinuiranog praćenja i motivacije pacijenta u smanjenju rizika kardiovaskularnih događaja.

Prikaz slučaja

68-godišnji pacijent, 2016. dolazi na pregled zbog nespecifičnih bolova gornjeg abdomena s propagacijom retrosternalno. Bolovi su se javljali u mirovanju i nakon obroka posljednjih nekoliko tjedana. Uvidom u karton, pacijent boluje od arterijske hipertenzije unazad 9 godina, liječene amlodipinom 10mg 1x1, bez redovitih kontrola tlaka. Iz ranijih nalaza evidentna je neliječena hiperlipidemija. Nepušač, alkohol ne konzumira, bez adekvatne tjelesne aktivnosti. Status: arterijski tlak 160/85mmHg, saturacija kisika 98%, kardiopulmonalno kompenziran; ITM 26kg/m². EKG:sinus ritam, fr.71/min, izoelektrična os. Abdomen uredan. Indicirana je laboratorijska obrada i kontinuirano mjerenje arterijskog tlaka (KMAT) te se preporuča higijensko-dijetetske mjere uz famotidin 40mg 2x1 zbog sumnje na refluksnu bolest (GERB). Na kontroli pacijent navodi bolove pri naporu, iste lokacije, intenziteta i trajanja. Nalazi ukazuju na hiperkolesterolemiju (kolesterol 6,1mmol/L; LDL 4,1mmol/L), uz zadovoljavajuće vrijednosti KMAT-a (135/75mmHg; fr.59/min). Zbog pojave novih simptoma ponovno je učinjen EKG, koji je bio uredan. Potom je pacijent upućen na žurnu kardiološku obradu zbog sumnje na anginu pectoris. Ergometrijom je dokazana naporom inducirana ishemija miokarda (negativni T valovi u odvodima V5 i V6), nakon čega je pacijent hospitaliziran i kardiokirurški zbrinut ugradnjom dviju premosnica. Po otpustu, prema preporuci kardiokirurga u terapiju su uključeni bisoprolol 5mg 1x1, ramipril 2,5mg 1x1, amlodipin 5mg 1x1, furosemid 40mg 1x1, atorvastatin 40mg 1x1, spironolakton 25mg 1x1, acetilsalicilna kiselina 100mg 1x1 te klopidogrel 75mg 1x1 tijekom godine dana. Navedenim farmakološkim pristupom nije postignuta zadovoljavajuća regulacija arterijskog tlaka i lipida, uz pojavu suhog kašlja kao nuspojave ACE inhibitora. Zbog nepostizanja ciljnih vrijednosti, terapija je prilagođena, te je uvedena kombinacija amlodipina 10mg 1x1, valsartana/hidroklortiazida 80/12,5mg 1x1 i rosuvastatina/ezetimiba 20/10mg 1x1. Time je postignuta dobra regulacija arterijskog tlaka (110–125/70–85mmHg) i lipida (LDL 0,9–1,2mmol/L). Od otpusta, pacijent se pridržava mediteranske prehrane te redovito provodi svakodnevnu tjelesnu aktivnost u vidu jednosatnih šetnji.

Rasprava

Ovaj prikaz slučaja ukazuje kako otežana suradljivost bolesnika, uz neredovito praćenje kroničnih stanja poput arterijske hipertenzije i hiperlipidemije, može dovesti do razvoja klinički značajne KVB. Uloga liječnika obiteljske medicine je ključna u prepoznavanju takvih okolnosti, kontinuiranoj edukaciji bolesnika o prirodi bolesti i mogućim posljedicama te poticanju na redovite kontrole i usvajanje zdravih životnih navika. Ni nakon razvoja KVB nije kasno za prevenciju, jer se postizanjem i održavanjem ciljnih vrijednosti arterijskog tlaka (<130/80mmHg) i LDL-a (<1,4mmol/L), uz pridržavanje higijensko-dijetetskih mjera, može značajno smanjiti rizik nepovoljnih kardiovaskularnih ishoda.

Zaključak

Redoviti pregledi u ordinaciji obiteljske medicine omogućuju pravodobno prepoznavanje i ranu korekciju kardiovaskularnih čimbenika rizika. Nakon postavljanja dijagnoze KVB, kontinuirano praćenje i pravodobna optimizacija terapije, uz aktivno uključivanje bolesnika, ključni su za smanjenje rizika budućih kardiovaskularnih događaja.

Ključne riječi: *prevencija, edukacija, rizični čimbenici, kardiovaskularna bolest*

Literatura

1. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, Tokgözoğlu L, Badimon L, Baigent C, et al. 2025 focused update of the 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2025 Nov 7;46(42):4359–4378. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190.
2. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J.* 2024 Oct 7;45(38):3912–4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep 7;42(34):3227–3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
4. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023 Oct 12;44(38):3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

ABSTRACT

Introduction

Cardiovascular diseases (CVD) are leading cause of morbidity and mortality usually caused by atherosclerosis. Coronary heart disease is the most prevalent form and accounts for approximately half of total cardiovascular mortality. Continuity of care, as fundamental characteristics of family medicine, enables timely recognition of risk factors and early intervention based on lifestyle modification and appropriate pharmacotherapy, thereby slowing disease progression. Aim is to highlight consequences of delayed prevention due to irregular follow-up, and to emphasize importance of continuous monitoring and patient motivation in reducing the risk of cardiovascular events.

Case report

In 2016., 68-year-old patient presented with nonspecific upper abdominal pain radiating retrosternally. The pain occurred at rest and after meals over last few weeks. Chart revealed 9-year history of arterial hypertension treated with amlodipine 10mg 1x1, without regular blood pressure monitoring. He also had untreated hyperlipidemia. Non-smoker, doesn't consume alcohol, and physical activity is insufficient.

Examination

BP:160/85mmHg, SpO2 98%, cardiopulmonary compensated; BMI 26kg/m². ECG: sinus rhythm, HR:71/min, isoelectric axis. Abdomen fine. Laboratory testing and ABPM were recommended, and hygienic-dietary measures with famotidine 40mg 2x1 due to suspected GERD. During follow-up, patient reported pain during exertion in same location, intensity, and duration. Findings showed hypercholesterolemia (cholesterol 6.1mmol/L; LDL:4.1mmol/L), with satisfactory ABPM values (135/75mmHg; HR:59/min). Due to new symptoms, ECG was repeated and was normal. He was urgently referred for cardiological evaluation due to suspected angina pectoris. Ergometry demonstrated myocardial ischemia (negative T waves in V5 and V6), after which patient was hospitalized and underwent cardiac surgery with placement of two bypasses. Upon discharge, therapy included bisoprolol 5mg 1x1, ramipril 2.5mg 1x1, amlodipine 5mg 1x1, furosemide 40mg 1x1, atorvastatin 40mg 1x1, spironolactone 25mg 1x1, acetylsalicylic acid 100mg 1x1, and clopidogrel 75mg 1x1 for one year. This therapy didn't achieve adequate control of blood pressure and lipids, and dry cough was developed as a side effect of ACE inhibitor. Due to failure to reach target values, therapy was adjusted and included amlodipine 10mg 1x1, valsartan/hydrochlorothiazide 80/12.5mg 1x1 and rosuvastatin/ezetimibe 20/10mg 1x1. This resulted in good control of BP (110–125/70–85mmHg) and lipids (LDL:0.9–1.2mmol/L). Since discharge, the patient was on Mediterranean diet and has regular physical activity (one-hour walks).

Discussion

This case report demonstrates how poor patient adherence, combined with irregular monitoring of chronic conditions such as arterial hypertension and hyperlipidemia, can lead to the development

of clinically significant CVD. The role of family physician is crucial in recognizing such circumstances, providing continuous patient education on the nature of the disease and its potential consequences, and encouraging regular follow-ups and adoption of healthy lifestyle habits. Even after development of CVD, prevention is still beneficial, as achieving and maintaining target BP (<130/80mmHg) and LDL (<1.4mmol/L), along with lifestyle measures, can significantly reduce the risk of adverse cardiovascular outcomes.

Conclusion

Regular visits to family practitioner enable timely recognition and early management of cardiovascular risk factors. After the diagnosis of CVD, continuous follow-up and timely optimization of therapy, along with active patient involvement, are essential for reducing the risk of future cardiovascular events.

Keywords: *prevention, education, risk factors, cardiovascular disease*

Uveitis oka u ambulanti obiteljske medicine

– prikaz slučaja

Tomislav Vlatković*, Sara Maroević

Dom zdravlja Zagreb-Zapad

SAŽETAK

Uvod

Uveitis oka predstavlja relativno rijetku, ali potencijalno ozbiljnu bolest oka, a radi se o upali srednje ovojnice očne jabučice, uvee. Bolest može nastati naglo ili postupno, a dijagnostički je problem što ga je na početku bolesti teško razlikovati od mnogo češćeg i manje opasnog konjunktivitisa, s benignijom bolešću s kojom se susrećemo gotovo na tjednoj bazi. Uveitis, međutim, ukoliko se ne liječi, može oštetiti vitalno tkivo oka te čak dovesti i do trajnog gubitka vida stoga zahtijeva hitnu obradu. Cilj ovog slučaja je usmjeriti pozornost na ovaj entitet koji se lako može zamijeniti za uobičajen konjunktivitis, ali zahtjeva žurnu obradu i pravovremeno prepoznavanje.

Prikaz slučaja

C.R., 32-godišnji muškarac, strani državljanin porijeklom iz Nepala, koji komunicira na engleskom, javio se u ambulantu obiteljske medicine radi otvaranja bolovanja zbog crvenila i boli u lijevom oku. Tegobe su nastale postupno, unazad otprilike 5-6 dana te su se progresivno pogoršavale. Žalio se da je od tog jutra imao i zamagljen vid ("blurred vision"). Inače radi terenski posao na gradilištu, ali negirao je ulazak prašine, kemikalija ili lužina u oko. U kliničkom statusu bilo je jasno vidljivo izraženo difuzno crvenilo lijevog oka, najizraženije u području oko šarenice (lat. iridociklitis), dok je spojnica bila relativno suha, bez pojačane lakrimacije. Kapci nisu bili otečeni, a očna jabučica bila je bolna. Također, vidno polje orijentacijski ukazivalo je na slabije prepoznavanje oblika i znatan pad vidne oštine pri gledanju samo na lijevo oko. Hifeme nije bilo. Pacijent je stoga žurno upućen u hitnu oftalmološku ambulantu pod sumnjom na uveitis radi daljnje dijagnostičke obrade, a dijagnoza je potom potvrđena oftalmoskopijom: radilo se o vaskulitisu srednje ovojnice oka. Pacijentu je ordinirana sistemska kortikosteroidna terapija, započeta je obrada putem oftalmološke dnevne bolnice te je učinjena serološka obrada na brojne sekundarne uzroke uveitisa (parazitske, virusne i autoimune bolesti). Pozitivan je pristigao titar antitijela na Toxocarua, čime je dokazana parazitoza s diseminacijom u lijevo oko. Pacijentu je dalje ordinirana terapija albendazolom u dozi od 400 mg 2x1 tijekom 14 dana, uz nastavak sistemske terapije prednizonom u silaznoj dozi. Učinjač je MR mozga koji nije ukazao na lezije u području CNS-a. Nakon dva tjedna došlo je do postupne regresije crvenila i ostalih simptoma, uz postupni oporavak vida u idućih mjesec dana.

Rasprava

Uveitis oka predstavlja relativno rijedak entitet u oftalmologiji, no premda ga je diferencijalno-dijagnostički lako zamijeniti za mnogo uobičajeniji konjunktivitis, radi se o ozbiljnoj dijagnozi koja zahtijeva hitnu obradu. K tome, uzrok je gotovo uvijek sekundaran te je stoga pacijente potrebno uputiti na specijalističku obradu kako bi se došlo do osnovnog uzroka te započelo ciljano etiološko liječenje. Osobito bih istakao važnost razmišljanja o sekundarnim i rjeđim bolestima kod stranih pacijenata, koji su sve brojniji u našim ordinacijama, a izloženi su rjeđim i manje poznatim bolestima.

Zaključak

Neprepoznati uveitis može narušiti vid, a neprepoznati sekundarni uzrok s vremenom dovodi do komplikacija. Uloga je LOM-a pravovremeno posumnjati na ispravnu dijagnozu i uputiti pacijenta na specijalističku obradu kako bi se utvrdila etiologija i započela ciljana terapija te spriječile komplikacije.

Ključne riječi: Iridociklitis, toksokaroza, uveitis

ABSTRACT

Introduction with aim

Uveitis is a rare but potentially serious eye disease characterized by inflammation of the uvea, the middle layer of the eye. It may develop suddenly or gradually, and early diagnosis can be challenging because the symptoms often resemble much more common and less serious conjunctivitis. However, if left untreated, uveitis can damage vital ocular tissues and may even lead to permanent vision loss, making prompt evaluation essential. The aim of this case is to draw attention to this condition, which can easily be mistaken for conjunctivitis but requires urgent assessment and timely recognition.

Case report

C.R., a 32-year-old male foreign national from Nepal, presented to a family physician with redness and pain in the left eye. The symptoms had developed gradually over the previous 5 days and were progressively worsening. On the morning of presentation, he also reported blurred vision. He works at a construction site but denied exposure to dust, chemicals, or alkaline substances. Clinical examination revealed marked diffuse redness of the left eye, most pronounced around the iris (lat. iridociklitis), with a relatively dry conjunctiva and no excessive tearing. The eyelids were not swollen, but the eyeball was painful. Orientational vision check-up suggested impaired shape recognition and significantly reduced visual acuity in the left eye. No hyphema was observed. The patient was urgently referred to an ophthalmology emergency clinic with suspected uveitis, which was later confirmed by ophthalmoscopy as uveal vasculitis. Systemic corticosteroid therapy was initiated and further diagnostic work-up performed, including serological testing for infectious and autoimmune causes. Serology was positive for *Toxocara* antibodies, confirming systemic parasitic infection with ocular dissemination. Treatment with albendazole 400 mg twice daily for 14 days was started, along with tapering systemic prednisone. Brain MRI showed no CNS lesions. Over following two weeks, ocular redness gradually regressed, with gradual visual recovery during the next month.

Discussion

Uveitis is a relatively rare entity in ophthalmology; however, although it can be easily mistaken in the differential diagnosis for the much more common conjunctivitis, it represents a serious condition that requires urgent evaluation. In addition, the cause is almost always secondary, so patients should therefore be referred for specialist assessment in order to identify the underlying cause and initiate targeted etiological treatment. Furthermore, it is important to consider secondary and rarer diseases in foreign patients, who are increasingly encountered in our clinics who are also in higher risk to be exposed to less common and less familiar diseases.

Conclusion

Unrecognized uveitis may impair vision, while an unidentified secondary cause can lead to complications over time. The role of the family physician is to promptly suspect the correct diagnosis and refer the patient for specialist evaluation in order to determine the underlying etiology, initiate targeted therapy, and prevent complications.

Keywords: *Iridociklitis, toxocarosis, uveitis*

Trideset tableta dnevno – prikaz neprepoznate depresije i ovisnosti o analgeticima

Dr. Marijana Majić*, Dr. Matea Vodanović, Dr. Katarina Bekavac, Dr. Nikolina Projić

Dom zdravlja Splitsko - dalmatinske županije

Dr. Marion Tomičić

Medicinski fakultet u Splitu

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Depresija i zlouporaba psihoaktivnih tvari se često kasno prepoznaju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito kada se prezentiraju somatskim simptomima. Liječnik obiteljske medicine, zahvaljujući dugoročnom odnosu s pacijentom i kontinuitetu skrbi, ima ključnu ulogu u ranom prepoznavanju promjena u ponašanju i mentalnom stanju. Cilj ovog prikaza je naglasiti važnost sveobuhvatnog pristupa pacijentu te ulogu obiteljskog liječnika u identifikaciji depresije i zlouporabe analgetika.

Prikaz slučaja

Pacijentica se javlja u ordinaciju obiteljske medicine zbog gastričnih tegoba. Učinjena je odgovarajuća dijagnostička obrada bez dokaza organskog supstrata. Tegobe su se povukle uz terapiju inhibitorom protonске pumpe (IPP). Tri mjeseca kasnije javlja se zbog križobolje koja nije reagirala na nesteroidne protuupalne lijekove (ibuprofen i diklofenak). S obzirom na perzistirajuću bol, propisana joj je jedna kutija kombiniranog analgetika paracetamol/tramadol. Šest mjeseci kasnije pacijentica se javlja zbog učestalih proljevastih stolica, do 20 dnevno posljednja dva dana. Laboratorijski nalazi bili su uredni, bez znakova upale ili metaboličkog poremećaja, a koprokultura negativna. Tijekom kontrolnog pregleda, u sklopu detaljnijeg razgovora, pacijentica navodi kako je posljednjih šest mjeseci samoinicijativno kupovala kombinaciju paracetamol/tramadol te uzimala do 30 tableta dnevno. Tada također priznaje da je naglo prekinula uzimati lijek, nakon čega su započele proljevaste stolice. U daljnjem razgovoru postaje vidljivo sniženo raspoloženje, osjećaj bezvoljnosti i beznađa. Pacijentica verbalizira pasivne suicidalne misli, navodeći kako joj tijekom vožnje „dođe da se autom zabije u zid“. U tom trenutku jasno je identificirana depresivna simptomatologija uz razvijeni obrazac zlouporabe opioidnog analgetika. U anamnezi navodi da je prije deset godina bila liječena zbog depresije. Tada se osjećala bolje te je samoinicijativno prekinula terapiju. Odmah je pružena psihološka potpora u ordinaciji, učinjena procjena suicidalnog rizika te je pacijentica hitno upućena psihijatru radi daljnje obrade i liječenja. Dogovorene su učestale kontrole u ordinaciji obiteljske medicine radi praćenja psihičkog stanja i somatskih posljedica prekomjernog uzimanja lijeka.

Rasprava

Ovaj prikaz slučaja pokazuje složenost prepoznavanja depresije u obiteljskoj medicini kada se ona očituje nespecifičnim somatskim simptomima. Dodatni klinički izazov predstavlja razvoj zlouporabe opioidnog analgetika nakon inicijalno opravdanog propisivanja, osobito u psihički vulnerabilnih bolesnika. Simptomi ustezanja nakon naglog prekida terapije mogu se pogrešno tumačiti kao zaseban somatski poremećaj, što otežava dijagnostiku. Kontinuitet skrbi, longitudinalno praćenje te detaljna anamneza uz izgrađeno povjerenje omogućili su povezivanje somatskih simptoma, depresivne simptomatologije i zlouporabe analgetika, pravodobnu procjenu suicidalnog rizika te hitno upućivanje na psihijatrijsku obradu.

Zaključak

Prikazani slučaj potvrđuje da depresija u ordinaciji obiteljske medicine može biti prikrivena nespecifičnim somatskim tegobama te da zlouporaba analgetika može predstavljati dio šireg psihopatološkog obrasca. Liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u ranom prepoznavanju takvih bolesnika, procjeni rizika, početnom vođenju i koordinaciji daljnjeg liječenja. Kontinuitet skrbi, detaljna anamneza i odnos povjerenja presudni su za pravodobno otkrivanje povezanosti između psihičkih smetnji i štetne uporabe lijekova. Ovaj slučaj dodatno naglašava važnost opreznog propisivanja opioidnih analgetika te potrebe za cjelovitim biopsihosocijalnim pristupom u svakodnevnoj praksi obiteljske medicine.

Ključne riječi: depresija, tramadol, opioidni analgetici, sindrom ustezanja

ABSTRACT

Introduction and aim

Depression and substance misuse are often recognized late in primary care, especially when they present with non-specific somatic symptoms. Owing to the long-term doctor–patient relationship and continuity of care, the family physician plays a key role in the early recognition of behavioural and mental health changes. The aim of this case report is to emphasize the importance of a comprehensive, patient-centred approach and the role of the family physician in identifying depression and analgesic misuse.

Case report

A female patient presented to a family medicine practice with gastric complaints. Appropriate diagnostic work-up revealed no organic cause, and the symptoms resolved with proton pump inhibitor therapy. Three months later, she presented with low back pain refractory to non-steroidal anti-inflammatory drugs (ibuprofen and diclofenac), for which she was prescribed one pack of a paracetamol/tramadol combination. Six months later, she returned with frequent diarrhoeal stools, up to 20 per day over the previous two days. Laboratory findings were unremarkable, with no signs of inflammation or metabolic disturbance, and stool culture was negative. During a follow-up visit, detailed history-taking revealed that over the preceding six months she had been purchasing paracetamol/tramadol on her own initiative and taking up to 30 tablets daily. She also admitted to abruptly discontinuing the medication, after which the diarrhoea began. Further discussion revealed low mood, loss of motivation, hopelessness, and passive suicidal ideation, as she stated that while driving she sometimes felt “like crashing the car into a wall.” At that point, depressive symptomatology with an established pattern of opioid analgesic misuse was recognized. She also reported treatment for depression ten years earlier, which she had discontinued on her own after subjective improvement. Psychological support was provided immediately in the family practice setting, suicide risk was assessed, and the patient was urgently referred for psychiatric evaluation and treatment. Frequent follow-up visits were arranged to monitor her mental state and the somatic consequences of excessive medication use.

Discussion

This case illustrates the complexity of recognizing depression in family medicine when it is initially expressed through non-specific somatic symptoms. An additional clinical challenge was the development of opioid analgesic misuse following an initially justified prescription, particularly in a psychologically vulnerable patient. Withdrawal symptoms after abrupt discontinuation may be misinterpreted as a separate somatic disorder, further complicating diagnosis. Continuity of care, longitudinal follow-up, detailed history-taking, and an established relationship of trust enabled the timely recognition of the link between somatic symptoms, depression, and analgesic misuse.

Conclusion

Depression in family medicine may be masked by non-specific somatic complaints, while analgesic misuse may form part of a broader psychopathological pattern. The family physician has a key role in early recognition, risk assessment, initial management, and coordination of further treatment. This case highlights the importance of cautious opioid prescribing and a comprehensive biopsychosocial approach in everyday family medicine practice.

Keywords: *depression, tramadol, opioid analgesic, drug withdrawal syndrome.*

Debljina i dijabetes: dva lica istog metaboličkog poremećaja

Raffaella Gudelj Čapeta*

Dom zdravlja Splitsko - dalmatinske županije

SAŽETAK

Uvod i cilj

Debljina i dijabetes predstavljaju dvije od najčešćih kroničnih nezaraznih bolesti te značajan javnozdravstveni izazov suvremenog svijeta. Procjenjuje se da je 2024. godine u svijetu sa dijabetesom živjelo više od 588 milijuna ljudi, a čak preko 3 milijarde ljudi živjelo je s pretilošću ili povećanom tjelesnom težinom. Iako se radi o zasebnim kliničkim entitetima, dijele brojne patofiziološke mehanizme te često koegzistiraju kod istih osoba. Debljina, osobito visceralnog tipa, smatra se jednim od najvažnijih čimbenika rizika za razvoj šećerne bolesti tipa 2. Povećana količina metabolički aktivnog masnog tkiva povezana je s razvojem inzulinske rezistencije, kronične upale niskog intenziteta, endotelne disfunkcije i prokoagulantnog stanja. Cilj ovog izlaganja je prikazati povezanost debljine i dijabetesa tipa 2 te naglasiti važnost ranog prepoznavanja i pravodobnog liječenja ovih stanja u ordinaciji obiteljske medicine.

Rasprava

Debljina je povezana s nizom metaboličkih promjena koje doprinose razvoju dijabetesa tipa 2. Rizik raste s trajanjem kao i količinom prekomjernog masnog tkiva. Visceralno masno tkivo djeluje kao metabolički aktivan organ koji luči brojne bioaktivne peptide, poznate kao adipokine koji osim autokrinog i parakrinog imaju i endokrino djelovanje. Posljedično dolazi do razvoja inzulinske rezistencije i kompenzatorne hiperinzulinemije, a s vremenom i do progresivnog oštećenja funkcije β -stanica gušterače i pojačane akumulacije masnog tkiva. Istodobna prisutnost debljine i dijabetesa značajno povećava rizik razvoja kardiovaskularnih bolesti, kronične bubrežne bolesti i drugih komplikacija. Smanjenje tjelesne mase za samo 5–10 % može značajno smanjiti inzulinsku rezistenciju, poboljšati glikemijsku kontrolu kao i povoljno djelovati na kardiometabolički rizik. U tom kontekstu liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u ranom prepoznavanju rizičnih bolesnika, poticanju promjena životnog stila, redovitom praćenju svih metaboličkih parametara te pravovremenom započinjanju farmakološke terapije kada smatra je ona potrebna.

Zaključak

Debljina i dijabetes predstavljaju međusobno usko povezane metaboličke poremećaje čija prevalencija kontinuirano raste na globalnoj razini. Pravovremena prevencija, dijagnoza, edukacija bolesnika te individualizirani terapijski pristup svakom bolesniku ključni su u smanjenju tereta ovih bolesti i poboljšanju dugoročnih zdravstvenih ishoda.

Ključne riječi: dijabetes, debljina, inzulinska rezistencija

ABSTRACT

Introduction and aim

Obesity and diabetes represent two of the most common chronic non-communicable diseases and a significant public health challenge in the modern world. It is estimated that in 2024 more than 588 million people worldwide lived with diabetes, while over 3 billion people were obese or overweight. Although they are separate clinical entities, they share numerous pathophysiological mechanisms and often coexist in the same individuals. Obesity, especially visceral obesity, is considered one of the most important risk factors for the development of type 2 diabetes. An increased amount of metabolically active adipose tissue is associated with the development of insulin resistance, chronic low-grade inflammation, endothelial dysfunction and a procoagulant state. The aim of this presentation is to highlight the association between obesity and type 2 diabetes and to emphasize the importance of early recognition and timely treatment of these conditions in family medicine practice.

Discussion

Obesity is associated with a series of metabolic changes that contribute to the development of type 2 diabetes. The risk increases with the duration as well as the amount of excess adipose tissue. Visceral fat tissue acts as a metabolically active organ that secretes numerous bioactive peptides known as adipokines which, in addition to autocrine and paracrine effects, also have an endocrine effect. As a result, there is the development of insulin resistance and compensatory hyperinsulinemia, and over time, progressive damage to the function of β -cells of the pancreas and increased accumulation of fat tissue. The simultaneous presence of obesity and diabetes significantly increases the risk of cardiovascular disease, chronic kidney disease and other complications. Decreasing body weight by only 5–10% can significantly reduce insulin resistance, improve glycemic control, and have a beneficial effect on cardiometabolic risk. In this context, the family physician has a key role in the early identification of at-risk patients, encouraging lifestyle changes, regular monitoring of all metabolic parameters, and timely initiation of pharmacological therapy when necessary.

Conclusion

Obesity and diabetes are closely related metabolic disorders whose prevalence is continuously increasing globally. Timely prevention, diagnosis, patient education and individualized therapeutic approach to each patient are key to reducing the burden of these diseases and improving long-term health outcomes.

Keywords: *diabetes, obesity, insulin resistance*

Ultrazvuk abdomena u inicijalnoj obradi novootkrivene šećerne bolesti tipa 2

Leo Bezdrov*

Dom zdravlja Zagreb zapad

Katja Jankov

Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

SAŽETAK

Uvod s ciljem

U Hrvatskoj je 2024. godine u CroDiab registru upisano oko 396 000 osoba sa šećernom bolešću, dok se procjenjuje da oboljelih ima preko 500 000. Šećerna bolest tipa 2 (ŠBT2) je jedna od najčešćih kroničnih nezaraznih bolesti te je značajan javnozdravstveni problem. Najnovija istraživanja sve više povezuju novonastalu ŠBT2 i adenokarcinom gušterače (AG), pri čemu ŠBT2 može predstavljati i rizični čimbenik i ranu manifestaciju AG. AG čini oko 3% svih novodijagnosticiranih malignih bolesti (7. sijelo u žena, 9. sijelo u muškaraca) u Hrvatskoj s nešto većom incidencijom u muškaraca srednje i starije dobi, no predstavlja jedan od najčešćih malignih uzroka smrti. Cilj ovog rada je kroz prikaz slučaja razmotriti odnos između ŠBT2 i AG te ih staviti u kontekst dijagnostičke obrade ambulanti liječnika obiteljske medicine (LOM) s posebnim naglaskom na rano otkrivanje AG. Prikaz slučaja 60-godišnji muškarac javio se u ambulantu LOM-a s laboratorijskim nalazima s godišnjeg sistematskog pregleda koji su ukazivali na ŠBT2. Inicijalnom obradom, koja nije uključivala ultrazvuk abdomena, nisu nađene komplikacije te je započeta standardna terapija. Na kontrolnom pregledu nakon 3 mjeseca pacijent opisuje inapetenciju uz žuticu i gubitak na tjelesnoj masi od 10ak kilograma, a u novim laboratorijskim nalazima ima hiperbilirubinemiju i hepatalnu lezija po kolestatskom uzorku. Obrada je proširena ultrazvukom abdomena kojim je opisana tvorba glave gušterače.

Rasprava

ŠBT2 smatra se i rizičnim i prognostičkim faktorom za razvoj AG, ali može biti i prvi znak malignoma kod pacijenata starijih od 50 godina. U ovom slučaju sumnja na AG postavljena je zbog nenamjernog gubitka na tjelesnoj masi i patoloških laboratorijskih nalaza što je i najčešća biokemijska manifestacija karcinoma glave pankreasa. Uzevši u obzir najnovija istraživanja razumno je doći do zaključka da je tumor možda mogao biti ranije otkriven da se obrada odmah proširila u smjeru slikovne dijagnostike i/ili analize biomarkera pa se postavlja pitanje - kojim pretragama se možemo poslužiti u ambulanti obiteljske medicine u ovakvoj situaciji? Pretrage kao što su CT ili MR abdomena su skupe i slabo dostupne primarnoj zdravstvenoj skrbi, a endoskopski ultrazvuk, koji je zlatni standard u dijagnosticiranju tvorbi gušterače, je tehnički zahtjevan i dostupan samo na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite do koje pacijent često dođe prekasno. Iako je ultrazvuk abdomena daleko od idealne dijagnostičke pretrage, zbog svoje dostupnosti, relativne jednostavnosti i neinvazivnosti predstavlja vrijedan alat u procesu ranog otkrivanja adenokarcinoma pankreasa. Nadalje, tumorski markeri koji se najčešće koriste, CA 19-9 i CEA, nisu se pokazali dovoljno osjetljivim da bi bili pouzdani pokazatelji ranih stadija karcinoma te ih se treba interpretirati u kontekstu kliničke slike i drugih nalaza. CA 19-9 ima nisku prediktivnu vrijednost i često bude lažno povišen kod drugih bolesti poput upale ili kolestaze.

Zaključak

Incidencija tumora gušterače je u porastu, a ŠBT2 može biti vrlo suptilan prvi znak bolesti što predstavlja značajan dijagnostički izazov. Prema novijim istraživanjima, ultrazvuk abdomena korišten kao komplementarna dijagnostička metoda pokazao se učinkovitim u otkrivanju ranih stadija karcinoma gušterače u rizičnih pacijenata, a zbog svoje dostupnosti i neinvazivnosti lako se može uklopiti u dijagnostičku obradu na razini primarne zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: šećerna bolest tipa 2, adenokarcinom gušterače, liječnik obiteljske medicine

ABSTRACT

Introduction and objective

In Croatia, approximately 396,000 individuals with diabetes mellitus were registered in the CroDiab registry in 2024, while it is estimated that more than 500,000 people are affected. Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is one of the most common chronic non-communicable diseases and represents a significant public health problem. Recent studies increasingly associate new-onset T2DM with pancreatic adenocarcinoma (PA). PA accounts for approximately 3% of all newly diagnosed malignant diseases in Croatia, with a slightly higher incidence in middle-aged and older men, yet it represents one of the most common malignant causes of death. The aim of this paper is to examine the relationship between T2DM and PA and place them within the context of diagnostic work-up in family medicine clinics with emphasis on early detection of pancreatic adenocarcinoma. Case Report A 60-year-old man presented to his family physician with laboratory findings from an annual routine medical examination that indicated T2DM. Initial evaluation, which did not include abdominal ultrasound, revealed no complications and standard therapy was initiated. At a follow-up examination three months later, the patient reported loss of appetite, jaundice, and unintentional weight loss of approximately 10 kg. New laboratory findings showed hyperbilirubinemia and hepatic abnormalities consistent with a cholestatic pattern. The diagnostic work-up was expanded to include abdominal ultrasound, which revealed a mass in the head of the pancreas.

Discussion

T2DM is considered both a risk factor and a prognostic factor for the development of pancreatic adenocarcinoma, but it may also represent the first sign of malignancy in patients older than 50 years. In this case, suspicion of PA was raised due to unintentional weight loss and pathological laboratory findings. It is reasonable to conclude that the tumor might have been detected earlier had the diagnostic work-up been immediately expanded toward imaging diagnostics and/or biomarker analysis, raising the question: which diagnostic tests to utilize in family medicine practice in such situations? Tests like CT or MRI of the abdomen are expensive and often poorly accessible in primary healthcare, while endoscopic ultrasound, the gold standard for diagnosing pancreatic masses, is technically demanding and available only at secondary and tertiary healthcare levels, which patients often reach too late. Although abdominal ultrasound is far from an ideal diagnostic method, due to its availability, relative simplicity, and non-invasiveness, it represents a valuable tool in the early detection of pancreatic adenocarcinoma. Furthermore, the most commonly used tumor markers, CA 19-9 and CEA, have not proven sufficiently sensitive to reliably detect early stages of carcinoma, and therefore should be interpreted in the context of clinical presentation and other findings.

Conclusion

The incidence of pancreatic tumors is increasing, and T2DM may represent a very subtle first sign of the disease, which poses a significant diagnostic challenge. According to recent research, abdominal ultrasound, when used as a complementary diagnostic method, has proven effective in detecting early stages of pancreatic cancer in high-risk patients. Due to its availability and non-invasive nature, it can be easily incorporated into diagnostic work-up at the level of primary healthcare.

Keywords: *type 2 diabetes mellitus, pancreatic adenocarcinoma, family medicine doctor*

Brzo progresivna demencija kao prezentacija subduralnog hematoma - prikaz slučaja

Jakov Božiković*

Istarski domovi zdravlja

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Demencija je čest sindrom u starijih ljudi, no nagli nastup i brzo progresivan tijek mogu ukazivati na reverzibilne, ali potencijalno životno ugrožavajuće uzroke. Jedan od takvih uzroka je subduralni hematoma koji se može prezentirati nespecifičnim neurološkim i kognitivnim simptomima te imitirati demenciju. Cilj ovog rada je prikazati slučaj starijeg pacijenta u kojeg je brzoprogresivna demencija bila prvi znak subduralnog hematoma te naglasiti važnost ranog prepoznavanja alarmantnih simptoma kao i pravodobnog upućivanja na daljnju dijagnostičku obradu s ciljem sprječavanja trajnih, a moguće i fatalnih posljedica.

Prikaz slučaja

U ordinaciju obiteljske medicine, u pratnji sina, došao je 86-godišnji muškarac zbog zaboravljivosti i postupnog pogoršanja kognitivnih smetnji unazad mjesec i pol dana. Pacijent prethodno nije bolovao od demencije. Heteroanamnestički se doznalo da zaboravlja nedavne događaje, ima poteškoće koncentracije i promjene ponašanja. Posljednja tri dana javila se i slabost desne ruke uz glavobolju. Do tada je bolovao od arterijske hipertenzije koja je pod terapijom. Nije uzimao antikoagulantnu niti antiagregacijsku terapiju te nije bilo podatka o nedavnoj traumi glave ili padu. Neurološki pregled ukazao je na djelomičnu dezorijentaciju u vremenu, psihomotornu usporenost i diskretnu desnostranu hemiparezu. S obzirom na podatke o brzom progresiji simptoma i nalaz fokalnog neurološkog ispada, hitno je upućen na neurološku obradu. MSCT-om mozga utvrđena je subduralna kolekcija krvi s pomakom središnjih struktura kontralateralno udesno i kompresijom lijeve hemisfere. Hitnim neurokirurškim zahvatom učinjena je evakuacija hematoma. Postoperativno je došlo do potpune regresije neuroloških smetnji i normalizacije kognitivnih funkcija te je pacijent otpušten kući s preporukom profilaktičke primjene niskomolekularnog heparina do sljedeće kontrole s neurokirurga s nalazom kontrolnog MSCT-a mozga za mjesec dana.

Rasprava

Subduralni hematoma u starijih bolesnika može se klinički prezentirati širokim spektrom simptoma, uključujući kognitivno propadanje, promjene ponašanja, glavobolju i fokalne neurološke ispade. Takva prezentacija može nalikovati demenciji te dovesti do odgode dijagnoze. Međutim, nagla pojava kognitivnih smetnji, brza progresija simptoma ili pojava fokalnog neurološkog ispada predstavljaju alarmantne znakove koji zahtijevaju hitnu dijagnostičku obradu. Pravodobno prepoznavanje takvih simptoma omogućuje brzu dijagnostiku i liječenje, što može rezultirati potpunom regresijom neuroloških i kognitivnih simptoma.

Zaključak

Novonastala i brzo progresivna demencija zahtijevala je hitnu dijagnostičku obradu jer u podlozi može biti reverzibilno, ali potencijalno životno ugrožavajuće stanje poput subduralnog hematoma. Ovaj prikaz istaknuo je važnu ulogu liječnika obiteljske medicine u ranom prepoznavanju alarmantnih simptoma i pravodobnom upućivanju na daljnju obradu, čime se mogu spriječiti ozbiljne posljedice i omogućiti potpuni oporavak bolesnika.

Ključne riječi: alarmantni simptomi, demencija, subduralni hematoma

ABSTRACT

Introduction and Objective

Dementia is a common syndrome in older adults; however, a sudden onset and rapidly progressive course may indicate reversible but potentially life-threatening causes. One such cause is subdural hematoma, which can present with nonspecific neurological and cognitive symptoms and mimic dementia. The aim of this report was to present a case of an elderly patient in whom rapidly progressive dementia was the first sign of a subdural hematoma, and to emphasize the importance of early recognition of alarm symptoms and timely referral for further diagnostic evaluation to prevent permanent or potentially fatal consequences.

Case Presentation

An 86-year-old man presented to a primary care clinic accompanied by his son due to forgetfulness and gradually worsening cognitive impairment over the past six weeks. The patient had no prior history of dementia. Heteroanamnesis revealed forgetfulness of recent events, difficulties with concentration, and behavioral changes. In the last three days, he also developed weakness of the right arm accompanied by headache. His medical history included treated arterial hypertension. He was not on anticoagulant or antiplatelet therapy, and there was no history of recent head trauma or fall. Neurological examination revealed partial disorientation in time, psychomotor slowing, and mild right-sided hemiparesis. Given the rapid progression of symptoms and the presence of focal neurological deficits, he was urgently referred for neurological evaluation. Brain MSCT revealed a subdural collection of blood with midline shift to the contralateral right side and compression of the left hemisphere. Emergency neurosurgical intervention was performed to evacuate the hematoma. Postoperatively, the patient experienced complete regression of neurological deficits and normalization of cognitive function. He was discharged home with a recommendation for prophylactic low-molecular-weight heparin and follow-up brain MSCT in one month.

Discussion

Subdural hematoma in older patients can present with a wide range of clinical symptoms, including cognitive decline, behavioral changes, headache, and focal neurological deficits. Such a presentation may mimic dementia and delay diagnosis. However, sudden onset of cognitive symptoms, rapid progression, or the appearance of focal neurological deficits are alarm signs that require urgent diagnostic evaluation. Timely recognition of these symptoms allows prompt diagnosis and treatment, which can result in complete regression of neurological and cognitive deficits. Conclusion. New-onset and rapidly progressive dementia required urgent diagnostic evaluation, as it may be caused by a reversible but potentially life-threatening condition such as subdural hematoma. This case highlights the critical role of primary care physicians in the early recognition of alarm symptoms and timely referral for further evaluation, thereby preventing serious complications and enabling full patient recovery.

Keywords: *Alarm symptoms, Dementia, Subdural hematoma*

Prevention as continuity of care: family medicine in smaller health systems

Dragan Gjorgjievski*

PZU DR DRAGAN GJORGJIEVSKI

SAŽETAK

Uvod i cilj

Prevenција predstavlja temeljnu komponentu savremene Family Medicine i ključni element održivosti zdravstvenih sistema. U manjim zdravstvenim sistemima, kao što je zdravstveni sistem u Sjevernoj Makedoniji, primarna zdravstvena zaštita ima centralnu ulogu u obezbjeđivanju kontinuirane, koordinisane i sveobuhvatne zdravstvene zaštite. Kontinuitet njege omogućava porodičnim ljekarima dugoročno praćenje zdravstvenog statusa pacijenata, identifikaciju faktora rizika i pravovremenu implementaciju preventivnih intervencija. Cilj rada je analizirati ulogu preventivnih aktivnosti u okviru kontinuiteta zdravstvene zaštite u porodičnoj medicini u manjim zdravstvenim sistemima, sa posebnim osvrtom na organizaciju i praksu primarne zdravstvene zaštite u Sjevernoj Makedoniji.

Metode

Rad predstavlja deskriptivnu analizu organizacije primarne zdravstvene zaštite i uloge porodičnih ljekara u sprovođenju preventivnih aktivnosti. Korišten je pregled relevantne naučne literature, međunarodnih preporuka i nacionalnih strateških dokumenata koji se odnose na razvoj i reformu primarne zdravstvene zaštite. Analiza je fokusirana na implementaciju primarne, sekundarne i tercijarne prevencije u svakodnevnoj kliničkoj praksi porodičnih ljekara. Rezultati: Rezultati ukazuju da kontinuirani odnos između porodičnog ljekara i pacijenta predstavlja ključni faktor u uspješnoj implementaciji preventivnih intervencija. Porodični ljekari imaju centralnu ulogu u promociji zdravih stilova života, skriningu za hronične nezarazne bolesti, ranom otkrivanju faktora rizika i dugoročnom praćenju pacijenata sa hroničnim oboljnjima. Specifičnosti manjih zdravstvenih sistema, poput bolje dostupnosti primarne zdravstvene zaštite i snažnije povezanosti sa lokalnom zajednicom, dodatno doprinose efikasnosti preventivnih programa. Međutim, identifikovani su i određeni izazovi, uključujući ograničene resurse, administrativno opterećenje i migraciju zdravstvenog kadra.

Zaključak

Kontinuitet zdravstvene zaštite u okviru porodične medicine predstavlja ključni mehanizam za efikasnu implementaciju preventivnih aktivnosti u manjim zdravstvenim sistemima. Integracija preventivnih intervencija u svakodnevnu praksu primarne zdravstvene zaštite omogućava rano otkrivanje bolesti, bolje upravljanje hroničnim stanjima i smanjenje ukupnog opterećenja zdravstvenog sistema. Dalji razvoj kapaciteta primarne zdravstvene zaštite i jačanje uloge porodičnih ljekara ostaju prioritet za unapređenje javnog zdravlja u Sjevernoj Makedoniji i sličnim zdravstvenim sistemima.

Ključne riječi: *prevencija; kontinuitet skrbi; Family Medicine; primarna zdravstvena zaštita; kronične nezarazne bolesti; zdravstveni sustav*

Literatura

1. World Health Organization. Primary health care reforms in North Macedonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
2. World Organization of Family Doctors. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe; 2011
3. World Health Organization. Primary Health Care: Transforming Vision into Action – Operational Framework. Geneva: WHO; 2020.

ABSTRACT

Introduction and Objective

Prevention represents a fundamental component of modern Family Medicine and a key element for the sustainability of health systems. In smaller health systems, such as that of North Macedonia, primary health care plays a central role in ensuring continuous, coordinated, and comprehensive health care. Continuity of care enables family physicians to monitor patients' health status over the long term, identify risk factors, and implement preventive interventions in a timely manner. The objective of this paper is to analyze the role of preventive activities within the framework of continuity of care in family medicine in smaller health systems, with particular emphasis on the organization and practice of primary health care in North Macedonia.

Methods

This paper presents a descriptive analysis of the organization of primary health care and the role of family physicians in implementing preventive activities. A review of relevant scientific literature, international recommendations, and national strategic documents related to the development and reform of primary health care was conducted. The analysis focuses on the implementation of primary, secondary, and tertiary prevention in everyday clinical practice in family medicine. Results The results indicate that the continuous relationship between the family physician and the patient represents a key factor in the successful implementation of preventive interventions. Family physicians play a central role in promoting healthy lifestyles, screening for chronic non-communicable diseases, early detection of risk factors, and long-term monitoring of patients with chronic conditions. Characteristics of smaller health systems, such as better accessibility to primary health care and stronger connections with the local community, further contribute to the effectiveness of preventive programs. However, several challenges have been identified, including limited resources, administrative burden, and migration of healthcare professionals.

Conclusion

Continuity of care within family medicine represents a key mechanism for the effective implementation of preventive activities in smaller health systems. Integrating preventive interventions into everyday primary health care practice enables early disease detection, better management of chronic conditions, and reduction of the overall burden on the health system. Further development of primary health care capacities and strengthening the role of family physicians remain priorities for improving public health in North Macedonia and similar health systems.

Keywords: *prevention; continuity of care; family medicine; primary health care; chronic non-communicable diseases; health system*

Elektrokardiografske promjene uzrokovane hipokalijemijom

Petra Grubiša, dr.med*, **Tina Aljinović Baleta, dr. med., spec. obiteljske medicine**

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

Marion Tomičić, dr. med., spec. obiteljske medicine

Sveučilište u Splitu, Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

SAŽETAK

Uvod i cilj

Hipokalijemija je čest i klinički značajan poremećaj elektrolita povezan s povećanim rizikom od srčanih aritmija i potencijalno životno ugrožavajućih komplikacija. Kalij ima ključnu ulogu u održavanju normalne električne aktivnosti miokarda, a njegov sniženi serum može dovesti do karakterističnih elektrokardiografskih promjena, uključujući spljoštene ili invertirane T-valove, depresiju ST-segmenta, izražene U-valove te produljenje QT intervala. U ordinaciji obiteljske medicine ključno je pravodobno prepoznati rizične bolesnike, interpretirati laboratorijske i elektrokardiografske nalaze te donijeti odluku o daljnjem zbrinjavanju. Cilj ovog rada je prikazati slučaj izražene hipokalijemije s tipičnim EKG promjenama, uz naglasak na ulogu obiteljske medicine u prepoznavanju i praćenju bolesnika.

Prikaz slučaja

Pedesettrogodišnji pacijent javio se u ambulantu obiteljske medicine s nalazom hitnog neurološkog pregleda zbog jednostrane temporalne glavobolje u trajanju od sedam dana. U anamnezi navodi arterijsku hipertenziju, bez drugih kroničnih bolesti. U terapiji uzima perindopril 5 mg, indapamid 1,25 mg i amlodipin 5 mg jednom dnevno. Tijekom obrade naveo je i simptome lijevostrane nosne kongestije, zbog čega je učinjen pregled otorinolaringologa i postavljena sumnja na akutni sinusitis. Taj je nalaz klinički važan jer se često razmatra antibiotska terapija, iako su sinusitisi najčešće virusne etiologije. Posebnu pozornost potrebno je obratiti na izbor antibiotika, budući da pojedini, osobito makrolidi i fluorokinoloni, mogu produljiti QT interval i povećati rizik od aritmija kod bolesnika s hipokalijemijom. U ordinaciji je učinjena ciljana anamneza, klinički pregled, laboratorijska obrada i EKG. Utvrđena je vrijednost kalija od 2,8 mmol/L. EKG je pokazao sinusni ritam frekvencije 73/min, lijevu električnu os, blok desne grane te negativne T-valove u odvodima V1–V3 uz produljen QTc interval od 493 ms. Uvid u raniju medicinsku dokumentaciju pokazao je da ranije nije bilo takvih promjena. Zbog izražene hipokalijemije i visokog rizika od aritmija bolesnik je pravodobno upućen u bolnicu radi korekcije elektrolita. Nakon bolničkog liječenja vraća se na kontrolu u ordinaciju obiteljske medicine, gdje se provodi daljnje praćenje: kontrola elektrolita kroz nekoliko dana i nakon dva tjedna, prilagodba antihipertenzivne terapije (ukidanje diuretika) te edukacija o prehrani i simptomima.

Rasprava

Hipokalijemija može nastati zbog povećanog gubitka kalija putem bubrega ili probavnog sustava, smanjenog unosa ili pomaka kalija u stanice. U praksi je čest uzrok primjena diuretika, osobito tiazidima sličnih poput indapamida, koji povećavaju renalni gubitak kalija. U diferencijalnoj dijagnostici treba razmotriti sekundarne uzroke hipertenzije, osobito primarni hiperaldosteronizam, kao i druge lijekove i stanja poput primjene inzulina ili gastrointestinalnih gubitaka. U bolesnika s hipokalijemijom potrebno je biti oprezan pri propisivanju lijekova koji mogu produljiti QT interval, uključujući određene antibiotike, zbog povećanog rizika od malignih aritmija. Ovaj prikaz naglašava da uloga obiteljske medicine uključuje kontinuirano i strukturirano vođenje bolesnika, prepoznavanje nuspojava terapije, interpretaciju nalaza i planiranje praćenja.

Zaključak

Hipokalijemija u bolesnika na diuretskoj terapiji zahtijeva aktivno i kontinuirano vođenje u ordinaciji obiteljske medicine. Pravodobno prepoznavanje, adekvatna interpretacija nalaza i jasno definirano praćenje ključni su za sprječavanje komplikacija. **KLJUČNE RIJEČI:** hipokalijemija, obiteljska medicina,

elektrokardiografske promjene, diureticiLiteratura: 1. Wang X, Han D, Li G. Electrocardiographic manifestations in severe hypokalemia. The Journal of International Medical Research [Internet]. 2018 Dec 4 [cited 2021 Mar 12];48(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287199/2>. NORD. Hypokalemia - NORD (National Organization for Rare Disorders) [Internet]. NORD (National Organization for Rare Disorders). NORD; 2019. Available from: <https://rarediseases.org/rare-diseases/hypokalemia/3>. Buttner R, Burns E. Hypokalaemia ECG changes • LITFL • ECG Library Diagnosis [Internet]. Life in the Fast Lane • LITFL • Medical Blog. 2018. Available from: <https://litfl.com/hypokalaemia-ecg-library/>

Ključne riječi: *Ključne riječi: hipokalijemija, obiteljska medicina, elektrokardiografske promjene, diuretici*

ABSTRACT

Introduction

Hypokalemia is a common and clinically important electrolyte disorder associated with an increased risk of cardiac arrhythmias and potentially life-threatening complications. Potassium is essential for normal myocardial electrical activity, and decreased serum levels can lead to characteristic electrocardiographic (ECG) changes, including flattened or inverted T waves, ST-segment depression, prominent U waves, and QT interval prolongation. In family medicine, early recognition of at-risk patients, proper interpretation of laboratory and ECG findings, and timely management are crucial. The aim of this paper is to present a case of significant hypokalemia with typical ECG changes, emphasizing the role of family physicians in diagnosis and follow-up.

Case report

A 53-year-old male patient presented to a family medicine clinic after an emergency neurological assessment for a unilateral temporal headache lasting seven days. His medical history included arterial hypertension, treated with perindopril 5 mg, indapamide 1.25 mg, and amlodipine 5 mg daily. During the evaluation, he also reported symptoms of left-sided nasal congestion, which led to an otorhinolaryngologist examination and a suspicion of acute sinusitis. This is clinically relevant, as antibiotics are often considered despite sinusitis being usually viral. Careful selection is important because macrolides and fluoroquinolones may prolong the QT interval and increase arrhythmia risk in hypokalemic patients. Clinical examination, laboratory tests, and ECG were performed. Serum potassium was 2.8 mmol/L. ECG showed sinus rhythm (73 bpm), left axis deviation, right bundle branch block, negative T waves in leads V1–V3, and a prolonged QTc interval of 493 ms. Previous records showed no such abnormalities. Due to severe hypokalemia and arrhythmia risk, the patient was referred to hospital for electrolyte correction. After discharge, follow-up in the family medicine clinic included repeated electrolyte monitoring, adjustment of antihypertensive therapy (discontinuation of the diuretic), and patient education.

Discussion

Hypokalemia may result from renal or gastrointestinal losses, reduced intake, or intracellular shifts. A common cause in practice is diuretic use, especially thiazide-like agents such as indapamide, which increase renal potassium loss. Differential diagnosis should include secondary causes of hypertension, particularly primary hyperaldosteronism, as well as other contributing factors such as medications or gastrointestinal losses. Caution is needed when prescribing QT-prolonging drugs in hypokalemic patients due to increased risk of serious arrhythmias. This case highlights the importance of continuous care, recognition of adverse drug effects, and appropriate monitoring in family medicine.

Conclusion

Hypokalemia in patients on diuretic therapy requires active management in family practice. Early detection, accurate interpretation, and structured follow-up are essential to prevent complications. **KEYWORDS:** hypokalemia, family medicine, electrocardiographic changes, diuretics

Keywords: *Keywords: hypokalemia, family medicine, electrocardiographic changes, diuretics*

Kronična bol bez prečaca: kako liječiti, a ne samo propisivati?

Tamara Zibar Abramović*, Iva Lisica Vučinić

Dom zdravlja Primorsko goranske županije

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Bol je neugodno osjetilno i emocionalno iskustvo koje značajno utječe na tjelesno funkcioniranje, svakodnevne aktivnosti, psihološko stanje i društveni život bolesnika. Poseban klinički izazov predstavlja kronična bol, osobito u bolesnika s malignim i nemalignim bolestima, jer može značajno narušiti radnu sposobnost, funkcionalnost i kvalitetu života bolesnika. Cilj ovog rada je prikazati izazov liječenja bolesnika s kroničnom boli u ordinaciji obiteljske medicine.

Rasprava

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti pristup liječenju boli temelji se na biopsihosocijalnom modelu koji uključuje medicinske, psihološke i socijalne čimbenike. Identifikacija uzroka boli, osobito razlikovanje maligne i nemaligne etiologije, uz procjenu intenziteta i trajanja boli te procjenu funkcionalnog statusa bolesnika i psihosocijalnih čimbenika, ključna je za pravilno usmjeravanje dijagnostičke obrade, procjenu prognoze i odabir optimalne terapije. Cilj liječenja nije samo ublažavanje simptoma, nego i očuvanje ili poboljšanje funkcionalnosti te kvalitete života bolesnika. Liječenje kronične boli temelji se na multimodalnom pristupu koji uključuje farmakološke i nefarmakološke metode. Farmakoterapija se individualno prilagođava bolesniku i vrsti boli. U slučaju nociceptivne boli primjenjuju se nesteroidni protuupalni lijekovi, dok se u slučaju neuropatske boli koriste antidepresivi i antikonvulzivi. U liječenju umjerene i jake kronične maligne boli opioidi predstavljaju temelj terapije zbog svoje učinkovitosti i mogućnosti različitih načina primjene. Terapija zahtijeva redovito praćenje učinkovitosti, titraciju doze i praćenje nuspojava, a u slučaju nedovoljnog učinka mogu se uvesti adjuvantni lijekovi ili provesti rotacija opioida. Uz farmakoterapiju važnu ulogu imaju fizikalna terapija, rehabilitacija, edukacija bolesnika i psihološke intervencije poput kognitivno-bihevioralne terapije. Ovakav integrirani pristup doprinosi boljoj kontroli simptoma, smanjenju straha od kretanja i poboljšanju adherencije bolesnika.

Zaključak

Upravljanje kroničnom boli zahtijeva sveobuhvatan, individualiziran i multidisciplinarn pristup. U liječenju kronične boli uloga liječnika obiteljske medicine posebno je važna jer osigurava kontinuirano praćenje bolesnika, koordinaciju skrbi i prilagodbu terapije. Kombinacija racionalne farmakoterapije, rehabilitacijskih postupaka, edukacije i psihološke podrške omogućuje učinkovitije ublažavanje boli, smanjenje nuspojava terapije i poboljšanje funkcionalnosti te kvalitete života bolesnika.

Ključne riječi: *kronična bol, maligna bol, obiteljska medicina*

ABSTRACT

Introduction and Aim

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience that significantly affects physical functioning, daily activities, psychological state, and the social life of patients. Chronic pain represents a particular clinical challenge, especially in patients with malignant and non-malignant diseases, as it can significantly impair work capacity, functionality, and quality of life. The aim of this paper is to present the challenges of managing patients with chronic pain in a family medicine practice.

Discussion

In primary health care, the approach to pain management is based on the biopsychosocial model, which includes medical, psychological, and social factors. Identifying the cause of pain, particularly

distinguishing between malignant and non-malignant etiology, along with assessing pain intensity and duration, as well as evaluating the patient's functional status and psychosocial factors, is crucial for diagnostic evaluation, assessing prognosis, and selecting optimal therapy. The goal of treatment is not only symptom relief but also preservation or improvement of the patient's functionality and quality of life. Management of chronic pain is based on a multimodal approach that includes both pharmacological and non-pharmacological methods. Pharmacotherapy is individualized according to the patient and the type of pain. In cases of nociceptive pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs are used, while antidepressants and anticonvulsants are used for neuropathic pain. In the treatment of moderate to severe chronic malignant pain, opioids represent the cornerstone of therapy due to their effectiveness and the possibility of various routes of administration. Therapy requires regular monitoring of effectiveness, dose titration, and monitoring of side effects; if the effect is insufficient, adjuvant medications may be introduced or opioid rotation may be performed. In addition to pharmacotherapy, physical therapy, rehabilitation, patient education, and psychological interventions such as cognitive-behavioral therapy play an important role. Such an integrated approach contributes to better symptom control, reduction of fear of movement, and improved patient adherence.

Conclusion

Management of chronic pain requires a comprehensive, individualized, and multidisciplinary approach. In the treatment of chronic pain, the role of the family physician is particularly important because it ensures continuous patient monitoring, coordination of care, and adjustment of therapy. The combination of rational pharmacotherapy, rehabilitation procedures, education, and psychological support enables more effective pain relief, reduction of therapy side effects, and improvement of patient functionality and quality of life

Keywords: *chronic pain, malignant pain, family medicine*

Važnost redovitog praćenja u obiteljskoj medicini: neočekivano otkrivanje difuznog velikog B-staničnog limfoma

Iva Saraja, Karlo Gjurask*

Dom zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije

Karla Posavec

Zavod za hitnu medicinu Međimurske županije

Lovro Rukavina

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

SAŽETAK

Uvod

Cilj rada je prikazati važnost kontinuiranog praćenja pacijenata u ambulanti obiteljske medicine te ulogu redovitih kontrolnih pregleda u ranom otkrivanju teških i potencijalno životno ugrožavajućih bolesti.

Prikaz slučaja

Pacijentica, 63 godine, javila se u prosincu 2024. zbog gubitka 6 kg tijekom tri mjeseca, polidipsije, poliurije i pritiska u lijevom rebrenom luku. Pacijentici je 2023. godine na sistematskom pregledu UZV-om abdomena otkrivena hipoehogena lezija slezene promjera 35 mm, a MSCT-om je potvrđena dijagnoza hemangioma. Preporučeno je redovito praćenje te je na kontrolnom UZV-u iz prosinca 2024. uočena progresija promjene na 73 mm. Upućena je hematologu i abdominalnom kirurgu. U laboratorijskim nalazima se izdvajala povišena razina glukoze u plazmi poznata od ranije te je uvedena terapija metforminom. Kontrolni UZV u veljači 2025. pokazao je cistično-solidnu masu slezene promjera 80 mm i veliku retroperitonealnu tvorbu uz trup i rep gušterače. Operativnom eksploracijom u travnju 2025. potvrđen je opsežan retroperitonealni tumorski proces koji je zahvaćao gušteraču, slezenu, želudac i početni jejunum, te se širio uz aortu prema lijevom bubregu. Patohistološkom analizom postavljena je dijagnoza difuznog velikostaničnog non-Hodgkinovog limfoma B-imunofenotipa, stadija IVB. U međuvremenu je hospitalizirana zbog melene te je učinjena endoskopska hemostaza prominirajuće krvne žile subkardije. U svibnju 2025. započeto je liječenje imunokemoterapijom prema protokolu P-R-CHP. Nakon osam ciklusa postignuta je potpuna metabolička remisija potvrđena PET/CT-om nakon čega je provedena radioterapija rezidualne mase.

Rasprava

Pacijentica se inicijalno javila zbog simptoma koji su upućivali na poremećaj metabolizma glukoze, te bi daljnja dijagnostička obrada u ordinaciji obiteljske medicine najvjerojatnije bila usmjerena u tom smjeru. Međutim, kontrolni ultrazvuk abdomena, učinjen zbog ranije dijagnosticiranog hemangioma slezene, pokazao je značajnu progresiju promjene i potaknuo daljnju radiološku obradu, kojom je utvrđen opsežan maligni proces. Da nije postojala indikacija za redovito praćenje prethodno utvrđene lezije, dijagnoza bi vrlo vjerojatno bila postavljena u kasnijoj fazi bolesti, uz izraženiju kliničku sliku i potencijalno lošiju prognozu. U tom slučaju simptomi zbog kojih se pacijentica javila mogli su biti pripisani novoootkrivenoj i neliječenoj šećernoj bolesti, čime bi se odgodila pravodobna dijagnostika osnovne bolesti. Ovaj slučaj naglašava važnost sustavnog praćenja ranije utvrđenih nalaza u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te kontinuiteta skrbi koji omogućuje pravodobno uočavanje odstupanja od očekivanog tijeka bolesti.

Zaključak

Kontinuirano praćenje pacijenata i pravodobna primjena dostupnih dijagnostičkih metoda u obiteljskoj medicini ključni su za rano otkrivanje bolesti te pravovremeno planiranje liječenja i poboljšanje ishoda.

Ključne riječi: Hemangiom slezene, Non-Hodgkinov limfom, Obiteljska medicina, Kontinuirano praćenje

ABSTRACT

Introduction

The aim of this paper is to demonstrate the importance of continuous patient follow-up in family medicine practice and the role of regular check-ups in the early detection of severe and potentially life-threatening diseases.

Case report

A 63-year-old female patient presented in December 2024 due to a 6-kg weight loss over three months, accompanied by polydipsia, polyuria, and pressure in the left upper abdominal quadrant. In 2023, during a routine medical check-up, abdominal ultrasound revealed a hypoechoic splenic lesion measuring 35 mm, and MSCT confirmed the diagnosis of hemangioma. Regular follow-up was recommended, and on control ultrasound in December 2024 progression of the lesion to 73 mm was observed. The patient was referred to a hematologist and an abdominal surgeon. Laboratory findings showed elevated plasma glucose levels, previously noted in earlier tests, and metformin therapy was initiated. Follow-up ultrasound in February 2025 demonstrated a cystic-solid splenic mass measuring 80 mm and a large retroperitoneal formation adjacent to the body and tail of the pancreas. Surgical exploration in April 2025 confirmed an extensive retroperitoneal tumor process involving the pancreas, spleen, stomach, and proximal jejunum, spreading along the aorta toward the left kidney. Histopathological analysis established the diagnosis of diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma, stage IVB. In the meantime, the patient was hospitalized due to melena, and endoscopic hemostasis of a prominent subcardial vessel was performed. In May 2025, immunochemotherapy according to the P-R-CHP protocol was initiated. After eight cycles, complete metabolic remission was achieved, confirmed by PET/CT, followed by radiotherapy of the residual mass.

Discussion

The patient initially presented with symptoms suggestive of a disorder of glucose metabolism, and further diagnostic work-up in family practice would most likely have been directed in that direction. However, control abdominal ultrasound, performed due to previously diagnosed splenic hemangioma, showed significant progression of the lesion and prompted further imaging, which revealed an extensive malignant process. Without the indication for regular follow-up of the previously detected lesion, the diagnosis would likely have been made at a later stage of the disease, with more pronounced clinical presentation and potentially worse prognosis. In that case, the presenting symptoms might have been attributed to newly diagnosed and untreated diabetes, delaying the diagnosis of the underlying disease. This case highlights the importance of systematic follow-up of previously detected findings in primary care and the value of continuity of care, which enables timely recognition of deviations from the expected course of disease.

Conclusion

Continuous patient follow-up and timely use of available diagnostic methods in family medicine are essential for early disease detection, appropriate treatment planning, and improved patient outcomes.

Keywords: *Splenic hemangioma, Non-Hodgkin lymphoma, Family medicine, Continuous follow-up*

Bolest ovisnosti i hipogonadizam – primarni ili sekundarni poremećaj? - prikaz slučaja

Sanja Dokoza-Matejčić*

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

SAŽETAK

Uvod i cilj

Ovisnost o opijatima je kronična, recidivirajuća bolest mozga. Unatoč širokom socioekonomskom kontekstu koji dovodi do ove bolesti, radi se o tjelesnoj bolesti, poglavito poremećaju neurokemijskih procesa područja za nagrađivanje u mozgu, uz trajne strukturne promjene mozga. Kronična je bolest koju prati niz tjelesnih komplikacija, od neuroloških i infektivnih, do poremećaja rada drugih organa, a ostavlja i dubok trag na psihosocijalno funkcioniranje osobe i obitelji. Cilj ovog rada je prikazati slučaj kontinuirane skrbi osobe oboljele od bolesti ovisnosti, s posebnim osvrtom na hipogonadizam kao komorbiditet ove bolesti.

Prikaz slučaja

Pacijent u dobi od 18 godina dolazi u pratnji roditelja u ambulantu obiteljske medicine na konzultaciju nakon opetovanih poziva i na traženje roditelja. Većinu dana je odsutan od kuće, a kada je kod kuće uglavnom spava i teško se budi ili je vrlo razdražljiv, povremeno i agresivan. Na tijelu su primijećene rane na pregibima laktova, koje supuriraju te ulkusi stopala. Istoga dana se započne tretman rana u ambulanti liječnika obiteljske medicine te se upućuje se u Centar za mentalno zdravlje i bolesti ovisnosti (CMZBO) na razgovor s psihologom i psihijatrom. Ondje je proveden inicijalni razgovor te testiranje na psihoaktivne tvari iz urina i zarazne bolesti iz krvi, na kojima je bio pozitivan na kokain i heroin u urinu i hepatitis C u krvi. U CMZBO uvedena mu je oralna supstitucijska terapija (OST) metadonom 100 mg dnevno, uz kontrole jednom mjesečno kod psihijatra, a jednom tjedno u ordinaciji obiteljske medicine. U dobi od 22 godine dolazi na pregled radi bolnog uvećanja grudi te se učini inicijalna laboratorijska obrada koja je uključivala vađenje krvi na hormone i antitijela štitnjače, prolaktin, FSH, testosteron, SHBG i PSA, od čega su uočene snižene vrijednosti testosterona i povišene vrijednosti prolaktina, stoga je upućen endokrinologu. Punkcija dojki potvrdila je da se radi o ginekomastiji te je postavljena dijagnoza hipogonadotropnog hipogonadizma. Magnetskom rezonancom isključene su neoplazme središnjeg živčanog sustava, te je uvedena terapija testosteronskim trasdermalnim gelom (TTG) i vitaminom D. Nakon godine dana od uvođenja TTG-a, bio je sklon smanjenju dnevne doze OST te sada uzima dozu od 50 mg metadonklorida dnevno.

Rasprava

Novija istraživanja pokazuju kako poveznica razine serumskog testosterona s agresivnim ponašanjem i niskim pragom tolerancije na stres jest dvoznačna, što možemo uzeti u obzir primarnog uzroka poremećaja na razini amigdale. Među uzrocima stečenog hipogonadizma, visokom se prevalencijom, od 50%, ističe obolijevanje od hepatitisa C, što je kod ovog bolesnika slučaj. Brojna su i istraživanja koja pokazuju kako postoji snažna poveznica zloupotrebe droga i poremećaja spermatogeneze, a time ujedno i poremećaja lučenja testosterona i prolaktina, stoga je isto za uzeti u obzir.

Zaključak

Ovim prikazom slučaja obuhvaćen je mladić koji je kontinuirano i multidisciplinarno praćen radi bolesti ovisnosti s vaskularnim i infektivnim komplikacijama te mu je u kasnijem tijeku bolesti otkriven hipogonadizam. U literaturi postoje istraživanja koja povezuju hipogonadizam s poremećajima ponašanja, razvojem bolesti ovisnosti ili njenim infektivnim komplikacijama, bilo kao uzrokom ili posljedicom, stoga je kontinuirani pristup praćenju, redoviti fizikalni pregled i razgovor o reproduktivnom zdravlju s ovom skupinom bolesnika od neprocjenjive vrijednosti

Ključne riječi: bolesti ovisnosti, hepatitis C, hipogonadizam, muška neplodnost

ABSTRACT

Introduction and aim

Opiate addiction is a chronic, relapsing brain disease. Despite the broad socioeconomic context that leads to this disease, it is a physical disease, mainly a disorder of neurochemical processes in the reward system of the brain, leading to permanent structural changes. It is accompanied by a series of physical complications, from neurological and infectious, to disorders of the functioning of other organs. The aim of this report is to present a case of continuous care of a person suffering from substance abuse, with special reference to hypogonadism as a comorbidity of this disease.

Case report

An 18-year-old patient comes to the family medicine practice for a consultation after repeated calls and requests from his parents. He is away from home most of the day, at home he is mostly asleep and has difficulty waking up or is very irritable, occasionally aggressive. During physical examination wounds on the elbows and ulcers on the feet were noticed. Immediately, we started the treatment of wounds in our practice and he is referred to the Center for Mental Health and Addiction (CMHA) for an interview with a psychologist and psychiatrist for initial interview. Also testing for psychoactive substances and infectious diseases was performed, that revealed positive results for cocaine and heroin and hepatitis C. He started oral substitution therapy (OST) with methadone 100 mg daily, with monthly check-ups with a psychiatrist and once a week in the family medicine practice. At the age of 22, he was examined for painful breast enlargement and an initial laboratory workup was performed, which included blood tests of thyroid hormones and antibodies, and sex hormones, which revealed low testosterone and high prolactin levels. A breast biopsy confirmed gynecomastia and a diagnosis of hypogonadotropic hypogonadism was defined. Magnetic resonance imaging ruled out central nervous system neoplasms, and therapy with testosterone transdermal gel (TTG) and vitamin D was initiated. After a year of TTG administration, he was inclined to reduce the daily dose of OST and is now taking a dose of 50 mg of methadone daily.

Discussion

Recent research shows that the link between serum testosterone levels and aggressive behavior and low stress tolerance is ambiguous, which can be considered a primary cause of disorders at the amygdala level. As secondary causes, hepatitis C stands out with a high prevalence of 50%, which is the case in this patient. Numerous studies show that there is a strong link between drug abuse and disorders of spermatogenesis, leading to disorders of testosterone and prolactin secretion, what should also be considered.

Conclusion

This case report includes a young man who was under continuous and multidisciplinary follow-up for addictive disorders with vascular and infectious complications and was later diagnosed with hypogonadism. There is research in the literature linking hypogonadism to behavioral disorders, the development of addictive disorders, or its infectious complications, either as a cause or consequence, therefore, a continuous approach to follow-up, regular physical examination, and discussion of reproductive health with this group of patients is of inestimable value.

Keywords: *Substance-Related Disorders, Hepatitis C, Hypogonadism, Infertility, Male*

Recidivirajuća urolitijaza kao rani znak kardioresnetaboličkog rizika - prikazi slučajeva

Katja Jankov*, Josipa Josipović
Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Mia Čolić
Opća bolnica Sisak

SAŽETAK

Uvod i cilj

Urolitijaza označava stvaranje kamenaca u urotaktu te predstavlja čestu kroničnu bolest multifaktorijalne etiologije, na čiji nastanak utječu genetska predispozicija, prehrambene i životne navike, okolišni čimbenici, komorbiditeti i primjena određenih lijekova. Bolesnici s urolitijazom imaju povećan rizik za razvoj kronične bubrežne bolesti, arterijske hipertenzije, inzulinske rezistencije, šećerne bolesti, dislipidemije i kardiovaskularnih bolesti. Cilj ovog rada je prikazati utjecaj nasljedne sklonosti razvoju urolitijaze kroz dvije generacije te istaknuti recidivirajuću urolitijazu s ranim početkom kao potencijalni rani marker kardioresnetaboličkog rizika.

Prikaz slučaja

Prikazana je 61-godišnja bolesnica s anamnezom recidivirajuće nefrolitijaze od srednjoškolske dobi, s desetak epizoda nefrokolika, liječena ekstrakorporalnom litotripsijom udarnim valom u ranoj odrasloj dobi, uz redovito urološko praćenje. U 60. godini hospitalizirana je zbog opstruktivne uropatije praćene pijelonefritisom, kada je postavljena JJ-proteza lijevo te je izmokrila kamenac. Spektroskopska analiza kemijskog sastava pokazala je kombinaciju kalcijevog oksalata i fosfata. U istoj godini dijagnosticirana joj je arterijska hipertenzija i teška osteoporoza bez patoloških prijeloma. U sklopu endokrinološke obrade utvrđene su uredne vrijednosti parathormona uz deficijenciju vitamina D. Vrijednosti analiziranih urinarnih čimbenika bile su unutar referentnih raspona, no uz visokonormalnu 24-satnu kalcijuriju i sniženu citraturiju, uz uredno izlučivanje oksalata. U terapiju je uveden ramipril, kasnije zamijenjen indapamidom, te suplementacija kolekalciferolom. Daljnjom nefrološkom obradom utvrđen je smanjen lijevi bubreg s reduciranim parenhimom i nefrolitima u gotovo svim skupinama čašica, uz asimptomatsku hiperuricemiju, nereguliranu dislipidemiju i inzulinsku rezistenciju bez hiperkalcemije. Uvedena je kombinirana antihipertenzivna terapija indapamidom i perindoprilom, kalijev citrat, hipolipemijska terapija, febuksostat, prilagođena je suplementacija vitamina D te provedena edukacija o nefarmakološkim mjerama liječenja. Njezina 32-godišnja kći boluje od recidivirajuće nefrolitijaze od srednjoškolske dobi, s višestrukim hospitalizacijama zbog opstruktivne uropatije i liječenjem ESWL-om. Analiza kamenca pokazala je istu mineralnu strukturu kao kod majke. Nefrološkom obradom utvrđeni su uredni morfološki nalazi bubrega uz incipientnu nefrokalcinozu i sniženu citraturiju. U terapiju su uvedeni kalijev citrat i indapamid.

Rasprava

Prikazani slučajevi ukazuju na značajnu ulogu genetske predispozicije u razvoju recidivirajuće urolitijaze, uz istodoban utjecaj okolišnih i prehrambenih čimbenika. Rana pojavnost bolesti u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi može predstavljati prvi klinički znak povećanog kardioresnetaboličkog rizika. Dugogodišnji tijek bolesti u starije bolesnice povezan je s akumulacijom metaboličkih poremećaja, razvojem arterijske hipertenzije i progresijom kronične bubrežne bolesti. U bolesnika s kalcijском litijazom potrebno je rano uvođenje nefarmakoloških i dostupnih farmakoloških mjera uz holistički pristup.

Zaključak

Recidivirajuća urolitijaza s ranim početkom, osobito u obiteljskom kontekstu, može predstavljati važan rani marker kardioresnetaboličkog rizika. Rana metabolička evaluacija, spektroskopska analiza ka-

menca, individualizirani terapijski pristup, nefarmakološke i dostupne farmakološke mjere te dugoročno praćenje ključni su za prevenciju progresije kronične bubrežne bolesti i kardiovaskularnih komplikacija. Liječnici obiteljske medicine imaju ključnu ulogu u ranom prepoznavanju rizičnih bolesnika i koordinaciji interdisciplinarne skrbi.

Ključne riječi: *kardioenometabolički sindrom, kronična bubrežna bolest, liječnik obiteljske medicine, urolitijaza*

ABSTRACT

Background and Aim: Urolithiasis is defined as the formation of calculi within the urinary tract and represents a common chronic disease with multifactorial etiology influenced by genetic predisposition, dietary and lifestyle habits, environmental factors, comorbidities, and the use of certain medications. Patients with urolithiasis have an increased risk of developing chronic kidney disease, arterial hypertension, insulin resistance, diabetes mellitus, dyslipidemia, and cardiovascular diseases. This study aimed to present the impact of hereditary predisposition to urolithiasis across two generations and to highlight recurrent early-onset urolithiasis as a potential early marker of cardiorenometabolic risk.

Case Report

A 61-year-old female patient with a history of recurrent nephrolithiasis since adolescence, including approximately ten episodes of renal colic, treated with extracorporeal shock wave lithotripsy in early adulthood and followed regularly by a urologist, is presented. At the age of 60, she was hospitalized due to obstructive uropathy complicated by pyelonephritis, when a left-sided JJ stent was placed, and a stone was spontaneously passed. Spectroscopic analysis revealed a mixed calcium oxalate and phosphate composition. In the same year, arterial hypertension and severe osteoporosis without pathological fractures were diagnosed. Endocrinological evaluation showed normal parathyroid hormone levels with vitamin D deficiency. Urinary metabolic evaluation revealed values within reference ranges, with high-normal 24-hour calciuria and reduced citraturia, and normal oxalate excretion. Ramipril was initiated and later replaced with indapamide, along with cholecalciferol supplementation. Further nephrological assessment revealed a reduced left kidney with decreased parenchymal thickness and nephroliths in nearly all calyceal groups, accompanied by asymptomatic hyperuricemia, uncontrolled dyslipidemia, and insulin resistance without hypercalciuria. Combined antihypertensive therapy with indapamide and perindopril, potassium citrate, lipid-lowering therapy, febuxostat, adjusted vitamin D supplementation, and lifestyle counseling were introduced. Her 32-year-old daughter has suffered from recurrent nephrolithiasis since adolescence, with multiple hospitalizations for obstructive uropathy and three sessions of extracorporeal shock wave lithotripsy. Stone analysis showed the same mineral composition as in her mother. Nephrological evaluation revealed normal renal morphology with incipient nephrocalcinosis and reduced citraturia. Potassium citrate and indapamide therapy were initiated.

Discussion

These cases highlight the significant role of genetic predisposition in recurrent urolithiasis, as well as the influence of environmental and dietary factors. Early onset of the disease during adolescence and early adulthood may represent the first clinical manifestation of increased cardiorenometabolic risk. The long-term disease course in the older patient was associated with the accumulation of metabolic disorders, development of arterial hypertension, and progression of chronic kidney disease. Early implementation of non-pharmacological and available pharmacological preventive measures, within a holistic approach, is essential in patients with calcium urolithiasis.

Conclusion

Early-onset recurrent urolithiasis, particularly in a familial context, may represent an important early marker of cardiorenometabolic risk. Early metabolic evaluation, spectroscopic stone analysis, individualized therapeutic approach, non-pharmacological and available pharmacological measures, and long-term follow-up are crucial for preventing progression of chronic kidney disease and cardiovascular complications. Family medicine doctors play a key role in the early identification of high-risk patients and in coordinating interdisciplinary care.

Keywords: *cardiorenometabolic syndrome, chronic kidney disease, family medicine doctor, urolithiasis*

Jedan pacijent – deset dijagnoza: umijeće skrbi za multimorbidnog bolesnika

Paula Šupraha Šegović, dr.med.*

Dom zdravlja Karlovačke županije

SAŽETAK

Prikaz slučaja prikazuje ženu u dobi od 79 godina s multimorbiditetom. Radi se o bolesnici kod koje se prati sedam aktivnim dijagnoza radi kojih bolesnica u terapiji uzima osam različitih lijekova. Liječnik obiteljske medicine ključan je u koordinaciji skrbi za bolesnika s multimorbiditetom te je njegova uloga individualno pristupiti svakom bolesniku obuhvaćajući sve aspekte njegova života. Cilj ovog prikaza je naglasiti kompleksnost liječenja bolesnika s multimorbiditetom te opisati izazove s kojima se liječnik obiteljske medicine susreće u svakodnevnom radu s ovakvim bolesnicima. U najveće izazove spadaju preklapanje simptoma, polifarmacija, terapijski konflikt, povećano emocionalno opterećenje te problemi u komunikaciji. Naglasak je također stavljen na alate koji mogu poslužiti liječniku obiteljske medicine u liječenju bolesnika s multimorbiditetom kao što su izrada plana skrbi, edukacija bolesnika, redovito praćenje stanja bolesnika i dr.

Ključne riječi: *multimorbiditet, liječnik obiteljske medicine, koordinacija skrbi*

ABSTRACT

The case report presents a 79-year-old woman with multimorbidity. The patient is being monitored for seven active diagnoses for which the patient is taking eight different medications during therapy. The family doctor is key in coordinating the care of patients with multimorbidity, and his role is to approach each patient individually, including all aspects of his life. The aim of this report is to highlight the complexity of treating patients with multimorbidity and to describe the challenges that family doctors encounter in their daily work with such patients. The greatest challenges include overlapping symptoms, polypharmacy, therapeutic conflict, increased emotional burden, and communication problems. Emphasis is also placed on tools that can be used by family doctors in treating patients with multimorbidity, such as developing a plan of care, patient education, regular monitoring of the patient's condition, etc.

Keywords: *multimorbidity, family medicine physician, care coordination*

Slučaj trihineloze u ordinaciji liječnika obiteljske medicine

Tomislav Kurevija, dr.med.*, Lora Orkić, dr.med.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Matea Matić Ličanin, dr.med.

Medicinski fakultet Osijek

Valentina Kurevija, mag.med.lab.diag.

Klinički bolnički centar Osijek

SAŽETAK

Uvod

Trihinelozu je akutna parazitarna bolest uzrokovana oblicima iz roda *Trichinella*, u ljudi najčešće *Trichinella spiralis*. Zaraza nastaje konzumacijom sirovog ili nedovoljno termički obrađenog mesa. Klinička slika varira od blagih do po život opasnih stanja. U gastrointestinalnoj fazi (naseljavanje crijeva od 1. do 7. dana) javljaju se mučnina, proljev, grčevi u trbuhu i malaksalost, dok sistemsku fazu (migracija ličinki u prugaste mišiće nakon 2. tjedna) karakterizira periorbitalni edem, mialgija i visoka temperatura. Liječenje se provodi pod nadzorom infektologa i uključuje antiparazitne lijekove poput mebendazola, kortikosteroide te simptomatsku terapiju. Komplikacije poput miokarditisa, encefalitisa i pneumonitisa nastaju kada ličinke zahvate vitalne organe. Cilj ovog prikaza slučaja je podsjetiti na slučajeve trihineloze u obiteljskoj medicini te naglasiti važnost detaljne anamneze i razmišljanja o diferencijalnoj dijagnostici.

Prikaz slučaja

Muškarac u dobi 39 godina došao je na pregled radi simptoma konjunktivitisa. Proteklih dana radio je kao električar na dalekovodima izložen vjetru. Dan ranije primijetio pojačano suzenje i crvenilo očiju. Inače bez kroničnih oboljenja. Pri pregledu klinički obostrano podražene spojnice, blago otečene vjeđe, bez vidnih ispada. Savjetuje se u terapiji deksametazon-neomicin-polimiksin-B-sulfat kapi 3x i mast za oči 2x dnevno kroz 5 dana, uz adekvatnu higijenu očiju. Dan poslije febrila do 39.5°C, ima bolove u mišićima cijelog tijela, najizraženije potkoljenicama. Nema kataralnih simptoma, osjeća glavobolju i mučninu, iscrpljenost, nije povraćao, stolica i mokrenje uredni. Fizikalni nalaz neupadljiv. Savjetuje se nastavak ranije preporučene terapije, uz opće simptomatske mjere te se indicira laboratorijska obrada. U četvrtom danu bolesti osjeća se vrlo loše, iscrpljeno, i dalje perzistira visoka temperatura. U laboratorijskom nalazu: CRP 87, Leu 15.8, Neu 77%, Lym 56%, Eo 39%, AST 79, ALT 74, GGT 50. Anamnestički se saznaje da je imao prolaznu crijevnu virozu prije nekoliko tjedana uz mučninu, proljev i povraćanje. S obzirom na kliničku sliku i laboratorijski nalaz postavlja se sumnja na parazitozu (trihinelozu) te se upućuje na žurni pregled i obradu infektologa. U nastavku po preporuci infektologa učinjena serologija na trihinelu (2/4 testiranja pozitivan nalaz), UZV srca (uredan). Liječen mebendazolom u dozi 3x200mg /10 dana, prednizonom 1x16mg /5 dana. Nekoliko sljedećih tjedana prate se simptomi mialgije i febriliteta uz povišen CK 1123, LDH 375, poslije čega dolazi do regresije simptoma.

Rasprava

Svaki slučaj u medicinskoj praksi je specifičan. Simptomi različitih bolesti često se preklapaju, uz to mijenjajući se ovisno o fazi bolesti zbog čega je potrebno voditi računa o diferencijalnim dijagnozama. Kao i u ovom primjeru, već rutinski laboratorijski nalaz može pružiti jasniju predodžbu, koja dopunjena kliničkom slikom i anamnezom stvara konačnu percepciju ordinarijusa o slučaju. Naoko rutinski slučaj konjunktivitisa nakon nekoliko dana izloženosti vjetru i hladnom zraku, komplicira se pojavom visoke vrućice, mialgije i mučnine. S obzirom da navedeno mogu biti klasični simptomi virusne infekcije poput trovanja hranom ili gripe uslijed prehlade i pada imuniteta, u svakodnevnoj rutini, ni takav razvoj bolesti neće nužno alarmirati liječnika.

Zaključak

:Vodeći se važnošću promišljanja o diferencijalnim dijagnozama, ali prije svega liječničkom intuicijom i sagledavanjem kliničkog stanja, pri pojavi više nespecifičnih simptoma kao u opisanom slučaju, uputno je pacijentu učiniti laboratorijske pretrage i eventualnu dodatnu dijagnostiku.

Ključne riječi: trihinelozu, diferencijalna dijagnostika, obiteljska medicina, mikrobiologija

Povišeni C-reaktivni protein i D-dimeri – rani znak sistemske bolesti – prikaz slučaja

Monika Ranogajec*, Ana Pavić

Dom zdravlja Zagreb-Zapad

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Sistemska skleroza je kronična multisistemska bolest karakterizirana vaskularnom disfunkcijom i progresivnom fibrozom kože i unutarnjih organa. Rana faza najčešće se manifestira nespecifičnim simptomima poput edema i ukočenosti prstiju, artralgija, mialgija i umora. Laboratorijski nalazi mogu uključivati anemiju, povišeni kreatinin i kreatin-kinazu, proteinuriju te prisutnost cilindara u urinu. Otprilike 25 % pacijenata ima povišene vrijednosti C-reaktivnog proteina (CRP), dok su povišeni D-dimeri povezani s makrovaskularnim komplikacijama i povećanim rizikom tromboembolijskih događaja. Cilj prikaza je istaknuti pacijenta kod kojeg je sumnja na sistemska bolest inicijalno postavljena povišenim CRP-om i D-dimerima.

Prikaz slučaja

U listopadu 2025. godine 53-godišnji pacijent javio se na pregled zbog bolova u desnom koljenu unazad pet dana. Negirao je oticanje drugih zglobova, traumatu, febrilitet i nedavne infekcije. Po zanimanju je vodoinstalater, te tijekom rada često kleči. U anamnezi je naveo nekoliko ranijih ataka gihta te praćenje kod urologa zbog mikroskopske hematurije nejasne etiologije. Kliničkim pregledom desno koljeno bilo je blago edematozno, bolno i toplo na palpaciju, bez eritema i fluktuacije. U laboratorijskim nalazima isticali su se urati 555 $\mu\text{mol/L}$, kreatinin 112 $\mu\text{mol/L}$, mikroskopska hematurija i CRP 16,3 mg/L. Ordinirana je terapija indometacinom uz kliničko poboljšanje na kontrolnom pregledu, te je savjetovano daljnje praćenje. U siječnju 2026. ponovno se javio zbog kontinuirane tupe boli u desnoj potkoljenici, izraženije pri pokretu i noću, uz noćno preznojavaње bez febriliteta. Desna potkoljenica bila je voluminoznija uz blage tjestaste edeme i ograničenu pokretljivost koljena. Laboratorijski su utvrđeni povišeni upalni parametri (CRP 43,2 mg/L, SE 38 mm/ks) te D-dimeri 3538 $\mu\text{g/L}$. Ultrazvučnim pregledom isključena je duboka venska tromboza. Zbog perzistencije laboratorijskih odstupanja pacijent je upućen na reumatološki pregled, za koji je termin dobio u listopadu. Krajem siječnja na kontrolnom pregledu naveo je nekoliko dana subfebriliteta do 37,5 °C bez drugih simptoma. Laboratorijski nalazi i dalje su upućivali na sistemska upala (leukociti 12,1 ($10^9/L$); D-dimeri 4400 $\mu\text{g/L}$; CRP 36,2 mg/L), te je savjetovano daljnje praćenje uz javljanje na OHBP u slučaju pogoršanja ili perzistencije febriliteta. Početkom veljače 2026. hospitaliziran je zbog akutnog poliartritisa uz febrilitet do 39 °C, zimice i tresavice. Tijekom hospitalizacije uočen je Raynaudov fenomen šaka, što je pobudilo sumnju na sistemska bolest vezivnog tkiva, a daljnjom obradom potvrđena je dijagnoza rane sistemske skleroze. Otpušten je uz kortikosteroidnu terapiju i planirano daljnje specijalističko praćenje.

Rasprava

Rana sistemska bolest često se prezentira nespecifičnim simptomima, a laboratorijski nalazi prvi upućuju na ozbiljniju patologiju. CRP i D-dimeri nespecifični su markeri koji mogu ukazivati na infekciju, tromboembolijske događaje, malignitete, reumatološke bolesti itd. Povišene vrijednosti CRP-a iznad 350 mg/L najčešće su posljedica infekcije, dok se vrijednosti između 10 i 100 mg/L smatraju dijagnostičkim izazovom i zahtijevaju tumačenje unutar kliničkog konteksta. Značajno povišeni D-dimeri, i u odsutnosti tromboembolije, mogu upućivati na ozbiljnu bolest, najčešće sepsu ili malignitet. U prikazanog pacijenta povišeni CRP odražavao je sistemska upala povezanu s artritismom, dok su povišeni D-dimeri ukazivali na hiperkoagulabilno stanje, vjerojatno dodatno povezano s perzistentnom mikroskopskom hematurijom, koja može predstavljati jedan od kliničkih znakova osnovne bolesti.

Zaključak

Perzistentno povišeni CRP i D-dimeri mogu prethoditi jasnoj kliničkoj manifestaciji ozbiljne bolesti, stoga zahtijevaju pravovremeno praćenje i interpretaciju u kontekstu primarne zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: C-reaktivni protein; fibrinski fragment D; Skleroderma, Sistemska

ABSTRACT

Introduction with aim

Systemic sclerosis is a chronic multisystem disease characterized by vascular dysfunction and progressive fibrosis of the skin and internal organs. Early disease often presents with nonspecific symptoms, such as edema and finger stiffness, arthralgias, myalgias, and fatigue. Laboratory findings may include anemia, elevated creatinine and creatine kinase, proteinuria, and urinary casts. Approximately 25% of patients have elevated C-reactive protein (CRP), while elevated D-dimer levels are associated with macrovascular complications and increased thromboembolic risk. The aim of this report is to highlight a patient in whom suspicion of systemic disease was initially raised by elevated CRP and D-dimer levels. Case report: In October 2025, a 53-year-old male presented to the primary care office with five days of right knee pain. He denied swelling of other joints, trauma, fever, or recent infections. His medical history included several previous gout attacks and follow-up by an urologist for microscopic hematuria of unclear origin. He works as a plumber, and spends a lot of time kneeling. Examination revealed a mildly edematous, tender, warm right knee without erythema or fluctuation. Laboratory tests showed urate 555 $\mu\text{mol/L}$, creatinine 112 $\mu\text{mol/L}$, microscopic hematuria, and CRP 16.3 mg/L. Indomethacin therapy was started with clinical improvement, and follow-up was advised. In January 2026, he returned with persistent dull pain in the right calf, worse with movement and at night, accompanied by night sweats, but no fever. The right calf was more voluminous, with mild pitting edema and limited knee mobility. Laboratory tests revealed elevated inflammatory markers (CRP 43.2 mg/L, ESR 38 mm/ks) and D-dimer 3538 $\mu\text{g/L}$. Deep vein thrombosis was excluded by ultrasound. Due to persistent laboratory abnormalities, he was referred to rheumatology, with an appointment scheduled for October. At next follow-up, he reported several days of being subfebrile up to 37.5 °C. Laboratory results still indicated systemic inflammation (leukocytes 12.1 ($10^9/\text{L}$); D-dimer 4400 $\mu\text{g/L}$, CRP 36.2 mg/L). He was advised to continue monitoring, with instructions to contact the emergency department in case of worsening or persistent fever. In early February 2026, he was hospitalized due to acute polyarthritis with fever up to 39 °C, chills, and rigors. During his hospital stay Raynaud's phenomenon was noted, raising suspicion of systemic connective tissue disease. Further evaluation confirmed early systemic sclerosis. He was discharged on corticosteroid therapy with planned specialist follow-up.

Discussion

Early systemic disease often presents with nonspecific symptoms, and laboratory findings may be the first indicators of serious pathology. CRP and D-dimer are nonspecific markers that may indicate infection, thromboembolic events, malignancy, rheumatologic disease etc. CRP above 350 mg/L is usually infection-related, while 10–100 mg/L represents a diagnostic challenge and requires clinical context. Elevated D-dimer, even without thrombosis, may indicate serious disease, most often sepsis or malignancy. In this patient, elevated CRP reflected systemic inflammation associated with arthritis, while elevated D-dimer indicated a hypercoagulable state, possibly also related to persistent microscopic hematuria, a potential sign of underlying disease.

Conclusion

Persistent elevations of CRP and D-dimer may precede overt clinical manifestations of serious disease, highlighting the importance of timely monitoring and interpretation in primary care.

Keywords: *C-reactive protein; fibrin fragment D; Scleroderma, Systemic*

Od dismenoreje do bolova u prsištu: kontinuitet skrbi u prepoznavanju ekstrapelvične endometrioze – prikaz slučaja

Dr. Petra Benazić, Dr. Marko Mihajlović*

Istarski domovi zdravlja

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Endometrioza je kronična, estrogen-ovisna bolest obilježena prisutnošću endometrijskog tkiva izvan maternice. Najčešće zahvaća zdjelične organe, dok su ekstrapelvične manifestacije rjeđe i dijagnostički zahtjevnije. Procjenjuje se da pogađa približno 10% žena reproduktivne dobi te može značajno utjecati na kvalitetu života zbog kronične boli, obilnih menstruacija i reproduktivnih poteškoća. Torakalna endometrioza predstavlja rijedak oblik bolesti i može se očitovati bolovima u prsištu, dispnejom, hemoptizom ili katamenijalnim pneumotoraksom. Zbog nespecifičnih simptoma pacijentice se često najprije obraćaju liječniku obiteljske medicine. Kontinuitet skrbi omogućuje longitudinalno praćenje pacijentice, bolje razumijevanje tijeka bolesti, prepoznavanje obrazaca simptoma te pravodobno usmjeravanje daljnje dijagnostike. Cilj ovog rada je prikazati slučaj pacijentice s progresivnom endometriozom kod koje je tijekom praćenja u ordinaciji obiteljske medicine postavljena sumnja na torakalnu manifestaciju bolesti.

Prikaz slučaja

Pacijentica u dobi od 48 godina prati se u ordinaciji obiteljske medicine niz godina zbog ginekoloških tegoba te potvrđene endometrioze. Menarha je nastupila u dobi od 14 godina, od kada navodi izrazito bolne i obilne menstruacije koje su trajale i do 15 dana, često uz prisutnost ugrušaka. Takve tegobe značajno su narušavale svakodnevno funkcioniranje, kvalitetu života i radnu sposobnost pacijentice. Godine 2004. pacijentica je hitno operirana zbog torzije adneksa, kada su prvi put zabilježene promjene kompatibilne s endometriozom. Daljnji tijek obilježen je ponavljanim kirurškim zahvatima. Godine 2008. učinjena je ablacija endometriotičnih žarišta, dok je 2014. operativno potvrđena duboko infiltrirajuća endometrioza s proširenjem u području rektovaginalnog septuma uz kiruršku eksciziju lezija. U narednim godinama dolazi do postupnog pogoršanja simptoma uz ponavljane epizode zdjelične boli i izražene dismenoreje. Tijekom 2024. pacijentica počinje navoditi epizode bolova u prsištu koje se pojavljuju u razdoblju oko menstruacije. S obzirom na anamnezu teške endometrioze i cikličku pojavnost tegoba, u ordinaciji obiteljske medicine postavljena je sumnja na torakalnu manifestaciju bolesti, te je pacijentica upućena na daljnju specijalističku obradu. Radiološkom obradom postavljena je sumnja na torakalnu endometriozu, a planirana je kirurška obrada kod torakalnog kirurga radi potvrde dijagnoze i liječenja. Istodobno se razmatra moguće zahvaćanje drugih ekstragenitalnih lokalizacija bolesti.

Rasprava

Torakalna endometrioza rijedak je oblik ekstrapelvične bolesti koji se može očitovati nespecifičnim torakalnim simptomima. Pretpostavlja se da nastaje migracijom endometrijskog tkiva kroz dijafragmalne defekte ili hematogenim i limfogenim širenjem. Zbog nespecifične kliničke slike dijagnoza može biti odgođena, osobito ako se ne prepozna povezanost simptoma s menstrualnim ciklusom. Upravo u tom kontekstu važna je uloga liječnika obiteljske medicine koji kroz kontinuirano praćenje pacijentice može prepoznati promjene u kliničkoj slici i pravodobno usmjeriti daljnju dijagnostiku. Liječnik obiteljske medicine ima važnu ulogu i u koordinaciji specijalističkih pregleda, te u cjelovitom sagledavanju zdravstvenog stanja pacijentice. Složen tijek bolesti uz ponavljane kirurške zahvate imao je značajan utjecaj na kvalitetu života pacijentice, što dodatno naglašava važnost biopsihosocijalnog pristupa u obiteljskoj medicini.

Zaključak

Endometrioza može imati progresivan i kompleksan tijek te se u rijetkim slučajevima manifestirati torakalnim simptomima. Kontinuitet skrbi u ordinaciji obiteljske medicine ima ključnu ulogu u prepoznavanju atipičnih prezentacija bolesti, koordinaciji dijagnostike i pravodobnom upućivanju pacijentice na odgovarajuće liječenje.

Ključne riječi: endometrioza; torakalna endometrioza; bol u prsištu; obiteljska medicina; kontinuitet skrbi

ABSTRACT

Introduction and aim

Endometriosis is a chronic, estrogen-dependent disease characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It most commonly affects pelvic organs, while extrapelvic manifestations are less frequent and diagnostically challenging. It is estimated to affect approximately 10% of women of reproductive age and can significantly impair quality of life due to chronic pain, heavy menstrual bleeding, and reproductive difficulties. Thoracic endometriosis represents a rare form of the disease and may present with chest pain, dyspnea, hemoptysis, or catamenial pneumothorax. Due to nonspecific symptoms, patients often initially seek care from a family physician. Continuity of care enables longitudinal patient follow-up, better understanding of the disease course, recognition of symptom patterns, and timely referral for further diagnostic evaluation. The aim of this paper is to present the case of a patient with progressive endometriosis in whom suspicion of thoracic involvement was raised during follow-up in a family medicine practice. Case report: A 48-year-old female patient has been followed in a family medicine practice for several years due to gynecological complaints and confirmed endometriosis. Menarche occurred at the age of 14, after which she reported severe and heavy menstrual bleeding lasting up to 15 days, frequently accompanied by blood clots. These symptoms significantly affected her daily functioning, quality of life, and work capacity. In 2004, the patient underwent emergency surgery for adnexal torsion, when lesions compatible with endometriosis were first identified. The subsequent clinical course was marked by repeated surgical interventions in the following years. A gradual worsening of symptoms occurred, with recurrent episodes of pelvic pain and pronounced dysmenorrhea. In 2025, the patient began reporting episodes of chest pain occurring around the time of menstruation. Considering the history of severe endometriosis and the cyclical nature of the symptoms, suspicion of thoracic endometriosis was raised in the family medicine practice, and the patient was referred for further specialist evaluation. Radiological investigations suggested thoracic endometriosis, followed by planned surgical management by a thoracic surgeon.

Discussion

Thoracic endometriosis is a rare form of extrapelvic endometriosis that may present with nonspecific thoracic symptoms. It is believed to develop through migration of endometrial tissue via diaphragmatic defects or through hematogenous and lymphatic dissemination. Due to the nonspecific clinical presentation, diagnosis may be delayed, particularly when the association between symptoms and the menstrual cycle is not recognized. In this context, the role of the family physician is particularly important, as continuous patient follow-up allows recognition of changes in the clinical picture and timely direction of further diagnostic procedures and specialist consultations, while maintaining a comprehensive overview of the patient's health status. The complex disease course and repeated surgical interventions had a significant impact on the patient's quality of life, highlighting the importance of a biopsychosocial approach in family medicine.

Conclusion

Endometriosis may have a progressive and complex course and, in rare cases, may present with thoracic symptoms. Continuity of care in family medicine plays a crucial role in recognizing atypical disease presentations, coordinating diagnostic procedures, and ensuring timely referral for appropriate treatment.

Keywords: *endometriosis; thoracic endometriosis; chest pain; family medicine; continuity of care*

Ultrazvuk abdomena u svakodnevnoj praksi: izazovi i zamke

dr. Ana Jagodić*

DZ Krapinsko-Zagorske županije

dr. Nevena Đurović

Poliklinika Vaš pregled

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Ultrazvuk abdomena često se koristi u dijagnostičkoj obradi bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zbog svoje dostupnosti, neinvazivnosti i mogućnosti brze procjene abdominalnih organa. U svakodnevnoj praksi obiteljske medicine ova metoda pomaže u početnoj dijagnostici različitih abdominalnih i uroloških tegoba, ali i u praćenju već poznatih stanja. Cilj rada je prikazati ulogu ultrazvuka abdomena u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine te naglasiti važnost pravilne indikacije i pripreme bolesnika za pregled.

Rasprava

U radu će biti prikazani primjeri kliničkih situacija u kojima je ultrazvuk abdomena imao važnu ulogu u dijagnostici ili daljnjem praćenju bolesnika. Poseban naglasak stavljen je na pravilnu pripremu bolesnika za pregled, uključujući adekvatno pun mokraćni mjehur pri procjeni urotrakta te smanjenje meteorizma radi bolje preglednosti abdominalnih organa.

Zaključak

Ultrazvuk abdomena predstavlja vrijednu dijagnostičku metodu u svakodnevnoj praksi obiteljske medicine. Pravilna indikacija pregleda, odgovarajuća priprema bolesnika i interpretacija nalaza u kontekstu kliničke slike doprinose većoj dijagnostičkoj vrijednosti ove metode i olakšavaju daljnje zbrinjavanje bolesnika.

Ključne riječi: *Ultrazvuk abdomena, obiteljska medicina, dijagnostička metoda*

Literatura

Segura Grau A, Mejías Gil M, Román Garrido M. Uso de la ecografía clínica en atención primaria: dolor abdominal agudo [Use of clinical ultrasound in primary care: Acute abdominal pain]. *Semergen*. 2024;50(9):102369. doi:10.1016/j.semerg.2024.102369.

Geivers J, Leijenaar RTH, Ramakers L, Cals JWJ, Zijta FM, Nobel JM, et al. Evaluation of Dutch General Practitioners ultrasound referrals and opportunities for point-of-care ultrasound: A retrospective analysis. *Eur J Gen Pract*. 2026;32(1):2606572. doi:10.1080/13814788.2025.26065723.

Caraiani C, Yi D, Petrescu B, Dietrich C. Indications for abdominal imaging: When and what to choose? *J Ultrason*. 2020;20(80):e43-e54. doi:10.15557/JoU.2020.0008

ABSTRACT

Introduction and objective

Abdominal ultrasound is frequently used in the diagnostic evaluation of patients in primary care due to its accessibility, non-invasiveness, and ability to provide a rapid assessment of abdominal organs. In everyday family medicine practice, this method assists in the initial diagnosis of various abdominal and urological complaints, as well as in the follow-up of already known conditions. The objective of this work is to present the role of abdominal ultrasound in the daily practice of family physicians and to emphasize the importance of proper indications and patient preparation for the examination.

Discussion

Here we present clinical examples in which abdominal ultrasound played a significant role in diagnosis or in the follow-up of patients. Special attention is given to proper patient preparation, including an

adequately filled bladder when assessing the urinary tract and reduction of intestinal gas to improve the visualization of abdominal organs.

Conclusion

Abdominal ultrasound is a valuable diagnostic tool in the daily practice of family medicine. Proper indication for the examination, adequate patient preparation, and interpretation of findings in the context of the clinical picture all contribute to the diagnostic value of the method and facilitate further patient management. Keywords: Abdominal ultrasound, family medicine, diagnostic method

Keywords: *Abdominal ultrasound, family medicine, diagnostic method*

Kontinuitet skrbi kao ključ adherencije – prikaz slučaja iz ruralne ambulante

dr. Ana Jagodić*

DZ Krapinsko-Zagorske županije

dr. Nevena Đurović

Poliklinika Vaš pregled

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Kontinuirana skrb jedan je od temeljnih elemenata kvalitetne zdravstvene zaštite, osobito kod kroničnih psihijatrijskih bolesnika kod kojih je adherencija na terapiji često smanjena. Dugotrajan terapijski odnos između liječnika i bolesnika omogućuje bolje razumijevanje bolesnikovih poteškoća, pravovremeno prepoznavanje problema u uzimanju terapije te pravodobnu intervenciju. U ruralnim sredinama kontinuitet skrbi može biti narušen zbog organizacijskih okolnosti (npr. čestih izmjena liječnika i rada ambulanti u skraćenom radnom vremenu), što dodatno otežava praćenje kroničnih bolesnika. Cilj rada je istaknuti važnost kontinuiteta skrbi jednog liječnika u unapređenju suradljivosti i stabilizaciji psihičkog stanja bolesnice sa shizoafektivnim poremećajem.

Prikaz slučaja

Bolesnica s dijagnozom shizoafektivnog poremećaja (F25) liječena je psihijatrijskom terapijom koja je uključivala aripiprazol, lamotrigin, alprazolam i klonazepam. Terapiju nije uzimala redovito unatoč postavljenom skrbištvu brata. Na psihijatrijskom pregledu bila je verbalno hostilna, agitirana, disforična i nekritična prema vlastitom stanju, s dezorganiziranim i alogičnim misaonim tijekom te povremenim deluzivnim sadržajima. Uvidom u zdravstveni karton u ambulanti obiteljske medicine, u suradnji liječnice i medicinske sestre koja kontinuirano radi u ambulanti, uočeno je da bolesnica neredovito preuzima i uzima propisanu terapiju. Bolesnica je pozvana na kontrolni pregled uz zamolbu da donese sve lijekove koje koristi. Tijekom pregleda učinjen je detaljan uvid u terapiju koju stvarno koristi, a terapijski režim ponovno je objašnjen i zapisan na jednostavan i razumljiv način. Dogovorene su redovite kontrole kod istog liječnika unatoč čestim izmjenama liječnika u ambulanti. Nakon uspostave takvog pristupa bolesnica je počela redovitije dolaziti na kontrole u ambulantu i kod psihijatra, pokazivala bolju suradljivost te je postupno zabilježeno poboljšanje psihičkog stanja.

Rasprava

Adherencija na terapiji jedan je od ključnih izazova u liječenju bolesnika sa shizoafektivnim poremećajem. Neredovito uzimanje terapije povezano je s pogoršanjem simptoma, povećanim brojem hospitalizacija te narušenim obiteljskim odnosima. Kontinuitet skrbi omogućuje izgradnju povjerenja između liječnika i bolesnika, bolje razumijevanje poteškoća u provođenju terapije te pravovremeno prepoznavanje problema u liječenju. U ruralnim sredinama, gdje su česte izmjene liječnika i organizacijska ograničenja rada ambulanti, važnu ulogu ima dobra organizacija rada i suradnja zdravstvenog tima. Aktivno uključivanje medicinske sestre, pregled terapije koju bolesnik stvarno koristi te jasno i jednostavno objašnjenje terapijskog režima mogu značajno pridonijeti boljoj adherenciji.

Zaključak

Prikaz slučaja naglašava važnost kontinuiteta skrbi u radu s kroničnim psihijatrijskim bolesnicima. Sustavno praćenje od strane istog liječnika, uz dobru organizaciju rada ambulante i suradnju zdravstvenog tima, može značajno poboljšati suradljivost bolesnika, redovitost uzimanja terapije i klinički ishod liječenja, osobito u ruralnim sredinama. Ključne riječi: Kontinuirana skrb, shizoafektivni poremećaj, ruralna zdravstvena zaštita

Ključne riječi: *Kontinuirana skrb, shizoafektivni poremećaj, ruralna zdravstvena zaštita*

Literatura

1. Garrison GM, Meunier MR, Boswell CL, Greenwood JD, Nordin T, Angstman KB. Continuity of care: a primer for family medicine residencies. *Fam Med*. 2024;56(2):76–83. doi:10.22454/FamMed.2023.913197.
2. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10213. doi:10.3390/ijerph181910213.
3. Berardinelli D, Conti A, Hasnaoui A, Casabona E, Martin B, Campagna S, Dimonte V. Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(23):2337. doi:10.3390/healthcare12232337.

ABSTRACT

Introduction with aim

Continuity of care is one of the fundamental elements of high-quality healthcare, especially for patients with chronic psychiatric disorders whose medication adherence is often reduced. A long-term therapeutic relationship between physician and patient allows for better understanding of the patient's difficulties, timely recognition of problems with treatment adherence, and prompt intervention. In rural family medicine practice, continuity of care may be disrupted due to organizational circumstances (e.g., frequent changes of physicians and clinics operating with reduced working hours), which further complicates the follow-up of patients with chronic conditions. The aim of this case report is to highlight the importance of continuity of care provided by a single physician in improving treatment adherence and stabilizing the mental state of a patient with schizoaffective disorder.

Case report

The patient, diagnosed with schizoaffective disorder (F25), was receiving pharmacological treatment including aripiprazole, lamotrigine, alprazolam, and clonazepam. She did not take her medication regularly despite having a legal guardian (her brother). At psychiatric evaluation, she was verbally hostile, agitated, dysphoric, and lacked insight into her condition, with disorganized and illogical thought processes and occasional delusional content. Review of her medical records in the family medicine practice, in collaboration with the physician and the nurse who works continuously in the practice, revealed irregular use of prescribed medication. The patient was invited for a follow-up visit and asked to bring all medications she was taking. During the visit, a detailed review of her actual medication use was conducted, and the treatment regimen was explained again and recorded in a simple and understandable manner. Regular follow-up visits with the same physician were arranged despite frequent physician turnover. After this approach was implemented, the patient began attending appointments more regularly, demonstrated improved adherence, and her mental state gradually improved.

Discussion

Treatment adherence is one of the main challenges in patients with schizoaffective disorder. Irregular medication intake is associated with worsening of symptoms, increased hospitalizations, and impaired family relationships. Continuity of care enables building trust between physician and patient, better understanding of difficulties in following therapy, and timely recognition of treatment problems. In rural settings, where frequent physician changes and organizational limitations exist, well-organized practice and effective teamwork play an important role. Active involvement of the nurse, including review of the patient's actual medication use and clear explanation of the regimen, can significantly improve adherence.

Conclusion

This case highlights the importance of continuity of care in managing patients with chronic psychiatric disorders. Systematic follow-up by the same physician, together with well-organized practice and teamwork, can significantly improve patient adherence, regular medication use, and clinical outcomes, especially in rural settings. **Keywords:** Continuity of care, schizoaffective disorder, rural healthcare

Keywords: *Continuity of care, schizoaffective disorder, rural healthcare*

Tri pitanja koja otvaraju dijagnozu – kratki mentalni screening u praksi

Mislav Omerbašić*

Dom zdravlja Zagreb zapad

SAŽETAK

Uvod i cilj

Mentalni poremećaji među vodećim su uzrocima smanjenog funkcioniranja i narušene kvalitete života u općoj populaciji. Mnogi pacijenti s depresijom, anksioznim poremećajima i drugim psihijatrijskim stanjima prvi put dolaze u kontakt sa zdravstvenim sustavom upravo u ordinacijama obiteljske medicine. Ipak, značajan dio mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ostaje neprepoznat. Razlozi uključuju ograničeno vrijeme pregleda, ali i činjenicu da se pacijenti često javljaju zbog somatskih tegoba, dok psihičke smetnje ostaju nedovoljno prepoznate. Kako bi se odgovorilo na taj izazov, razvijeni su kratki pristupi screeningu koji liječnicima primarne zdravstvene zaštite omogućuju brzu procjenu mentalnog zdravlja pacijenata. Posebna pozornost posvećena je ultra-kratkim metodama koje se temelje na svega nekoliko pitanja i koje se mogu uključiti u rutinski pregled bez značajnog produljenja trajanja konzultacije. Cilj ovog rada je prikazati praktičan koncept kratkog mentalnog screeninga u obiteljskoj medicini temeljenog na tri ključna pitanja koja mogu pomoći u ranom prepoznavanju depresije, anksioznosti te ozbiljnijih psihijatrijskih stanja poput suicidalnosti, manije i psihoze, uz prijedlog jednostavnog algoritma za kliničko odlučivanje.

Rasprava

Dokazi iz brojnih istraživanja upućuju na to da kratki screening alati mogu učinkovito otkriti mentalne poremećaje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U svakodnevnoj praksi obiteljske medicine kratak pristup temeljen na nekoliko ciljanih pitanja može liječniku pružiti brz početni uvid u mentalno stanje pacijenta, često u manje od jedne minute. Takav pristup osobito je koristan kada se pacijenti javljaju zbog tjelesnih simptoma koji mogu prikrivati psihološke tegobe. Kratki mentalni screening stoga se može strukturirati oko tri ključna pitanja koja obuhvaćaju glavna područja mentalnog zdravlja. Potrebno je kratko procijeniti prisutnost najčešćih simptoma koji mogu upućivati na poremećaje mentalnog zdravlja. To uključuje znakove anksioznosti i depresivnog raspoloženja, ali i postojanje opsesivnih misli ili kompulzivnih radnji, ovisničkih ponašanja te simptoma povezanih s traumatskim iskustvima. Posebnu pozornost treba posvetiti procjeni sigurnosti pacijenta i mogućoj prisutnosti ozbiljnijih psihijatrijskih simptoma, poput suicidalnih misli, psihotičnih iskustava ili epizoda izrazito povišenog raspoloženja koje mogu upućivati na maniju. Pozitivan odgovor na bilo koje od pitanja ne predstavlja dijagnozu, ali upućuje na potrebu daljnje procjene. Ona može uključivati detaljniji klinički razgovor, primjenu validiranih upitnika ili strukturiranu procjenu rizika. Jednostavni klinički algoritmi mogu pomoći liječnicima u donošenju odluka. Kod blagih simptoma često su dovoljni savjetovanje, psihoedukacija i planirano praćenje. Umjereni simptomi mogu zahtijevati psihološku podršku ili farmakoterapiju uz kontrolne preglede. S druge strane, suicidalne ideje, psihotični simptomi ili izraženi manični znakovi zahtijevaju hitnu procjenu sigurnosti pacijenta i upućivanje na specijalističku psihijatrijsku obradu.

Zaključak

Kratki mentalni screening temeljen na malom broju jasno formuliranih pitanja predstavlja praktičan i vremenski učinkovit alat koji se može lako integrirati u rutinsku praksu obiteljske medicine. Takav pristup omogućuje ranije prepoznavanje depresije, anksioznosti, suicidalnog rizika te mogućih maničnih ili psihotičnih simptoma, čime se omogućuje pravodobna procjena i odgovarajuće liječenje ili upućivanje na specijalističku skrb.

Ključne riječi: mentalni poremećaji, kratki screening, obiteljska medicina, rana detekcija

ABSTRACT

Introduction and aim

Mental disorders are among the leading causes of reduced functioning and decreased quality of life in the general population. Many patients with depression, anxiety disorders, and other psychiatric conditions first encounter the healthcare system in family medicine practices. However, a considerable proportion of mental health conditions in primary care remain unrecognized. Contributing factors include limited consultation time and the fact that patients frequently present with somatic complaints while psychological difficulties remain unaddressed. To address this challenge, brief screening approaches have been developed to help primary care physicians quickly assess patients' mental health. Particular attention has been given to ultra-brief methods based on only a few questions that can be incorporated into routine consultations without significantly prolonging the visit. The aim of this paper is to present a practical concept of brief mental health screening in family medicine based on three key questions that may facilitate early identification of depression, anxiety, and more severe psychiatric conditions such as suicidality, mania, and psychosis, together with a simple algorithm for clinical decision-making.

Discussion

Evidence from multiple studies suggests that brief screening tools can effectively detect mental disorders in primary health care. In everyday family medicine practice, a short approach based on a few targeted questions may provide physicians with a rapid initial insight into a patient's mental state, often within less than one minute. This approach is particularly useful when patients present with physical symptoms that may conceal underlying psychological distress. It is necessary to briefly assess the presence of the most common symptoms that may indicate mental health disorders. This includes signs of anxiety and depressive mood, as well as the presence of obsessive thoughts or compulsive behaviors, addictive patterns, and symptoms related to traumatic experiences. Particular attention should be given to assessing patient safety and the possible presence of more severe psychiatric symptoms, such as suicidal ideation, psychotic experiences, or episodes of markedly elevated mood that may indicate mania. A positive response to any of the questions does not establish a diagnosis but indicates the need for further assessment. This may involve a more detailed clinical interview, the use of validated questionnaires, or a structured risk assessment. Simple clinical algorithms can support physicians in decision-making. In cases of mild symptoms, counselling, psychoeducation, and planned follow-up may be sufficient. Moderate symptoms may require psychological support or pharmacotherapy with follow-up visits. In contrast, suicidal ideation, psychotic symptoms, or pronounced manic features require urgent safety assessment and referral for specialist psychiatric evaluation.

Conclusion

Brief mental health screening based on a small number of clearly formulated questions represents a practical and time-efficient tool that can be easily integrated into routine family medicine practice. This approach enables earlier recognition of depression, anxiety, suicidal risk, and possible manic or psychotic symptoms, allowing timely assessment and appropriate treatment or referral.

Keywords: *mental disorders, brief screening, family medicine, early detection*

Gležanjski indeks u obiteljskoj medicini: mali broj koji otkriva veliku bolest

Dr. Dora Čikanović*, Dr. Ljiljana Čenan
SOOM Ljiljana Čenan

SAŽETAK

Uvod

Periferna arterijska bolest (PAD) nastaje kao posljedica ateroskleroze, sistemske bolesti velikih i srednje velikih arterija u kojoj dolazi do nakupljanja lipida i fibroznog materijala u stijenci krvne žile, što uzrokuje suženje ili potpunu opstrukciju perifernih arterija, najčešće arterija donjih ekstremiteta. Gležanjsko-nadlaktični indeks (ABI) predstavlja odnos između sistoličkog krvnog tlaka izmjenjenog na razini gležnja i sistoličkog krvnog tlaka izmjenjenog na nadlaktičnoj arteriji. Patološka vrijednost ABI-ja ($< 0,90$ ili $> 1,40$) upućuje na prisutnost periferne arterijske bolesti. Cilj: Cilj ovog rada je prikazati važnost ove jednostavne i neinvazivne metode u dijagnostici bolesti.

Rasprava

Kliničke manifestacije periferne arterijske bolesti ovise o lokaciji i stupnju arterijskog suženja ili okluzije. Mnogi bolesnici u početku nemaju izražene simptome, no kada zbog suženja arterija opskrba krvlju više ne može zadovoljiti metaboličke potrebe tkiva, dolazi do pojave simptoma. Njihova težina ovisi o stupnju suženja arterija, broju zahvaćenih krvnih žila te razini tjelesne aktivnosti bolesnika. Bolest se najčešće očituje boli u mišićima donjih ekstremiteta tijekom fizičke aktivnosti (intermitentna klaudikacija), ali se mogu javiti i atipična bol, bol u mirovanju, funkcionalne smetnje bez izražene boli, kao i nezacjeljujuće rane, ulceracije ili gangrena, što predstavlja teški oblik ishemije ekstremiteta. Rizični čimbenici za razvoj periferne arterijske bolesti uključuju stariju životnu dob, pušenje, arterijsku hipertenziju, muški spol, prisutnost ateroskleroze na drugim vaskularnim područjima, pozitivnu obiteljsku anamnezu, šećernu bolest, hiperlipidemiju i homocisteinemiju. Na temelju anamneze o rizičnim čimbenicima ili simptomima te nalaza fizikalnog pregleda kod mnogih bolesnika može se postaviti sumnja na bolest. U bolesnika s atipičnim simptomima, za potvrdu arterijske opstrukcije koristi se ABI indeks. Vrijednost $ABI \leq 0,9$ smatra se dijagnostičkom za PAD, dok su vrijednosti 1,0–1,4 normalne. Niže vrijednosti ABI povezane su s težim stupnjem ishemije, dok $ABI > 1,4$ upućuje na nekompresibilne, često kalcificirane arterije.

Zaključak

ABI indeks predstavlja važnu metodu u dijagnostici i procjeni rizika kod bolesnika s PAD zbog svoje jednostavnosti, dostupnosti i visoke dijagnostičke vrijednosti. Njegova primjena omogućuje rano otkrivanje bolesti i prevenciju kardiovaskularnih komplikacija. Sustavno mjerenje ABI-ja kod rizičnih bolesnika također omogućuje trijažu pacijenata, odnosno prepoznavanje onih koje je potrebno uputiti na daljnju dijagnostičku obradu, čime se izbjegava nepotrebno upućivanje svih bolesnika na dodatne pretrage.

Ključne riječi: Ateroskleroza, Gležanjsko-nadlaktični indeks, Periferna arterijska bolest

ABSTRACT

Introduction

Peripheral artery disease (PAD) develops as a consequence of atherosclerosis, a systemic disease of large and medium-sized arteries characterized by lipid and fibrous accumulation within the vessel wall, leading to narrowing or complete obstruction of peripheral arteries, most commonly in the lower extremities. The ankle-brachial index (ABI) is defined as the ratio between systolic blood pressure measured at the ankle and that measured in the brachial artery. A pathological ABI value (< 0.90 or > 1.40) indicates the presence of PAD. Objective: The aim of this paper is to highlight the importance of this simple and non-invasive method in the diagnosis of PAD.

Discussion

The clinical manifestations of PAD depend on the location and severity of arterial stenosis or occlusion. Many patients are initially asymptomatic; however, symptoms develop when blood supply can no longer meet the metabolic demands of tissues. PAD most commonly presents as intermittent claudication, but atypical pain, rest pain, and non-healing wounds, ulcerations, or gangrene may also occur in more severe cases. Major risk factors include older age, smoking, arterial hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and atherosclerosis in other vascular territories. Suspicion of PAD can often be established based on medical history and physical examination, while ABI measurement is used to confirm arterial obstruction. An ABI ≤ 0.9 is considered diagnostic for PAD, whereas values between 1.0 and 1.4 are considered normal. Lower ABI values are associated with more severe ischemia, whereas ABI > 1.4 suggests noncompressible, often calcified arteries.

Conclusion

ABI is an important tool for the diagnosis and risk assessment of patients with PAD due to its simplicity, availability, and high diagnostic value. Systematic ABI measurement in at-risk patients facilitates early detection of the disease and enables patient triage by identifying those who require further diagnostic evaluation.

Keywords: *Ankle-brachial indeks, Atherosclerosis, Peripheral arterial disease*

Kolorektalni karcinom u skrbi obiteljske medicine: od pravodobne dijagnostike do hiperglikemije tijekom terapije kapecitabinom – prikaz slučaja

Marko Vujanović*

Dom zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije

Filip Zekić

Dom zdravlja Zagreb - Centar

SAŽETAK

Uvod

Kolorektalni karcinom jedan je od vodećih uzroka smrtnosti od malignih bolesti s udjelom od 14,5% među zloćudnim bolestima u Republici Hrvatskoj. U muškaraca je treće, a u žena drugo najčešće primarno sijelo zloćudne bolesti. Najčešće nastaje malignom transformacijom adenomskih polipa. Probirni programi — test na okultno krvarenje i kolonoskopija — ključni su alati ranog otkrivanja bolesti, kada su ishodi liječenja i terapijske mogućnosti povoljniji jer omogućuju prepoznavanje i uklanjanje prekanceroznih lezija. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti test na okultno krvarenje predstavlja inicijalni dijagnostički alat. Temelj liječenja lokaliziranog oblika bolesti je kirurška resekcija, a u određenim stadijima primjenjuje se adjuvantna sustavna terapija. CILJ: Cilj rada je prikazati bolesnicu u koje je dijagnostička obrada započela u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uz naglasak na važnost pravodobnog prepoznavanja simptoma, koordinacije skrbi te zbrinjavanja nuspojava onkološke terapije, uključujući hiperglikemiju tijekom liječenja kapecitabinom.

Prikaz slučaja

Bolesnica u dobi od 68 godina javila se u ambulantu obiteljske medicine zbog dvotjedne pojave tamne, sluzave stolice. Negirala je gubitak apetita i nenamjerni gubitak tjelesne mase. Kliničkim pregledom abdomen je bio mekan uz blagu bolnost pri dubokoj palpaciji u području desnog donjeg kvadranta, a digitorektalni pregled bez patološkog nalaza. Laboratorijski su utvrđeni pozitivan nalaz testa na okultno krvarenje i blago povišen CEA (5,9 µg/L). Zbog sumnje na neoplastični proces indicirana je žurna gastroenterološka obrada. Uslijed privremene nedostupnosti termina u javnom sustavu učinjena je CT kolonografija u privatnoj ustanovi, kojom je opisano semicirkularno zadebljanje stijenke završnog dijela sigme suspektno na neoplastični proces. Kolonoskopijom je opisan infiltrativno-proliferativni proces vulnerabilne, karfiolastog izgleda, a patohistološkom analizom potvrđen je adenokarcinom debelog crijeva. CT-om prsnog koša, abdomena i zdjelice nije utvrđena udaljena diseminacija. Učinjena je prednja resekcija rektuma s totalnom mezorektalnom ekscizijom i kolorektalnom termino-terminalnom anastomozom. Patohistološki nalaz pokazao je adenokarcinom gradusa II s infiltracijom mišićnog sloja i okolnog masnog tkiva, bez zahvaćenosti regionalnih limfnih čvorova. Na multidisciplinarnom konziliju indicirana je adjuvantna monokemoterapija kapecitabinom.

Rasprava

Tamna, sluzava stolica uz pozitivan test na okultno krvarenje diferencijalno-dijagnostički u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može upućivati na kolorektalni karcinom, divertikulozu, polipe, peptični ulkus ili kolitis. Ipak, svaku takvu prezentaciju treba smatrati suspektom na kolorektalni karcinom dok se ne dokaže suprotno. Tijekom terapije kapecitabinom zabilježena je novodijagnosticirana hiperglikemija (glukoza natašte 6,9 mmol/L) kao moguća metabolička nuspojava citostatika. Uveden je metformin uz redovito praćenje glikemije. Uz standardni antihiperglikemijski učinak, klinička istraživanja i metaanalize upućuju na potencijalni antitumorski učinak metformina putem aktivacije AMPK puta, inhibicije proliferacije i poticanja apoptoze tumorskih stanica, što ga čini posebno zanimljivim kod onkoloških bolesnika s poremećajem metabolizma glukoze.

Zaključak

Prikazani slučaj ističe višestruku ulogu liječnika obiteljske medicine u zbrinjavanju bolesnika s kolorektalnim karcinomom: pravodobno prepoznavanje alarmantnih simptoma, aktivno sudjelovanje u probirnim

programima te koordinaciju između primarne i specijalističke razine zdravstvene zaštite. Jednako važna je kontinuirana uloga u praćenju nuspojava onkološke terapije, primjerice hiperglikemije inducirane kapecitabinom te pravodobnoj farmakološkoj intervenciji, kao što je uvođenje metformina. Ovaj slučaj ujedno otvara pitanja za daljnja istraživanja: evaluaciju učinkovitosti probirnih programa u smanjenju mortaliteta te potencijalnu ulogu metformina kao adjuvantnog agensa u bolesnika s kolorektalnim karcinomom i poremećajem metabolizma glukoze.

Ključne riječi: kolorektalni karcinom, kapecitabin, hiperglikemija, metformin, obiteljska medicina

ABSTRACT

Introduction

Colorectal cancer is one of the leading causes of cancer-related mortality, accounting for 14.5% of all malignancies in the Republic of Croatia. It is the third most common primary site of malignancy in men and the second in women. It most commonly arises through malignant transformation of adenomatous polyps. Screening programs—fecal occult blood testing (FOBT) and colonoscopy—are key tools for early detection, when outcomes and treatment options are more favorable, as they enable identification and removal of precancerous lesions. In primary care, FOBT represents an initial diagnostic tool. The cornerstone of treatment for localized disease is surgical resection, with adjuvant systemic therapy used in selected stages. **AIM:** The aim of this paper is to present a patient whose diagnostic workup was initiated in primary care, emphasizing timely recognition of symptoms, coordination of care, and management of oncologic therapy side effects, including hyperglycemia during capecitabine treatment. **CASE REPORT:** A 68-year-old woman presented with a two-week history of dark, mucous-containing stools, without loss of appetite or unintentional weight loss. On examination, the abdomen was soft with mild tenderness in the right lower quadrant, while digital rectal examination revealed no abnormalities. Laboratory findings showed a positive FOBT and mildly elevated carcinoembryonic antigen (CEA: 5.9 µg/L). Due to suspicion of a neoplastic process, urgent gastroenterological workup was indicated. Because of temporary unavailability in the public system, CT colonography was performed in a private healthcare facility, revealing semicircular thickening of the distal sigmoid colon suspicious for a neoplastic lesion. Colonoscopy demonstrated an infiltrative, friable, cauliflower-like lesion, and histopathology confirmed colon adenocarcinoma. CT of the chest, abdomen, and pelvis showed no distant metastases. The patient underwent anterior rectal resection with total mesorectal excision and colorectal end-to-end anastomosis. Histopathology revealed grade II adenocarcinoma with invasion into the muscular layer and surrounding adipose tissue, with no regional lymph node involvement. Adjuvant capecitabine monotherapy was recommended by a multidisciplinary team.

Discussion

Dark, mucous-containing stools with a positive FOBT in primary care may indicate colorectal cancer, as well as diverticulosis, polyps, peptic ulcer disease, or colitis. However, such presentations should be considered suspicious for colorectal cancer until proven otherwise. During capecitabine therapy, newly diagnosed hyperglycemia (fasting glucose 6.9 mmol/L) was observed as a possible metabolic side effect. Metformin was introduced with regular glycemic monitoring. In addition to its antihyperglycemic effect, clinical studies and meta-analyses suggest a potential antitumor effect of metformin via AMPK activation, inhibition of proliferation, and induction of tumor cell apoptosis, making it relevant in oncology patients with impaired glucose metabolism.

Conclusion

This case highlights the multiple roles of the general practitioner: timely recognition of alarm symptoms, participation in screening programs, and coordination between primary and specialist care. Continuous monitoring of treatment side effects, such as capecitabine-induced hyperglycemia, and timely pharmacological intervention, including metformin, are essential. The case also highlights the need for further evaluation of screening effectiveness and the potential role of metformin as an adjuvant agent in patients with colorectal cancer and impaired glucose metabolism.

Keywords: colorectal cancer, capecitabine, hyperglycemia, metformin, family medicine

Kada lijek razotkrije bolest: ulcerozni kolitis u bolesnika s ankilozantnim spondilitisom

Dr. Mia Radošević*

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

Dr. Roberta Marković Štimac

Ustanova za primarnu zdravstvenu zaštitu Srdoči

Nina Bašić-Marković

Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Ankilozantni spondilitis (AS) i ulcerozni kolitis (UK) pripadaju skupini imunološki posredovanih bolesti povezanih kroz os crijevo–zglob te dijele slične patofiziološke mehanizme. Iako zahvaćaju različite organske sustave, njihova koegzistencija nije rijetka. Nesteroidni antireumatici (NSAR), temelj liječenja AS-a, mogu utjecati na tijek crijevne bolesti. Cilj rada je prikazati razvoj UK kod bolesnika s AS-om te moguću ulogu NSAR terapije u nastanku crijevne upale.

Prikaz slučaja

Bolesnik star 43 godine dolazi u listopadu 2025. liječniku obiteljske medicine (LOM) zbog povišenih upalnih parametara otkrivenih na pregledu medicine rada. AS mu je dijagnosticiran 2019., liječen je diklofenakom po potrebi, bez redovitih reumatoloških kontrola tijekom pandemije COVID-19. Uvidom u karton utvrđeno je da tri godine nije kontrolirao laboratorijske nalaze. U veljači 2026. javlja se zbog proljevastih stolica s krvi i sluzi u trajanju od tjedan dana te je upućen na mikrobiološku analizu stolice i određivanje fekalnog kalprotektina. Tada prvi put navodi epizode rektalnog krvarenja nakon uzimanja diklofenaka. Tjedan dana kasnije kalprotektin iznosi >2000 mcg/g, a bolesnik razvija febrilitet do 40 °C te je hitno upućen gastroenterologu. Hospitalno se potvrđuje dijagnoza ulceroznog kolitisa i započinje terapija kortikosteroidima i infliksimabom.

Rasprava

Incidencija upalnih bolesti crijeva u bolesnika sa spondiloartropatijama iznosi 6–14%, više nego u općoj populaciji. NSAR, poput diklofenaka, mogu inducirati ili pogoršati crijevne lezije u 20–30% bolesnika povećanjem permeabilnosti sluznice i rizika krvarenja. U ovom slučaju ranije krvarenje upućivalo je na subkliničku upalu, neprepoznatu zbog izostanka praćenja. LOM ima ključnu ulogu u ranom prepoznavanju kroz redovite kontrole i detaljnu anamnezu. EULAR smjernice preporučuju gastroprotekciju, izbjegavanje NSAR-a kod rizičnih bolesnika te primjenu aminosalicilata ili bioloških lijekova za kontrolu obje bolesti.

Zaključak

Potreban je sveobuhvatan i kontinuiran pristup bolesnicima s AS-om, uz redovitu procjenu gastrointestinalnih simptoma i pravodobno upućivanje gastroenterologu, čime se omogućuje individualizirana terapija i bolji ishodi liječenja.

Ključne riječi: *Ankilozantni spondilitis, nsar, ulcerozni kolitis*

Izazovi liječenja adenokarcinoma pluća uz kontinuirano praćenje novih simptoma i progresije bolesti u obiteljskoj medicini- prikaz slučaja

dr. med. Petra Prebeg*, dr.med. Ivančica Topličan, spec. obiteljske medicine

Dom zdravlja Zagreb Istok, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Ivančica Topličan

dr. med. Paula Petrić

Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba

SAŽETAK

Liječnici obiteljske medicine imaju važnu ulogu u ranom prepoznavanju karcinoma pluća i pravodobnom upućivanju bolesnika na dijagnostičku obradu i liječenje, što je dodatno omogućeno provedbom Nacionalnog preventivnog programa. Cilj rada je prikazati kompleksan tijek liječenja bolesnika s adenokarcinomom pluća te naglasiti važnost kontinuiranog praćenja i koordinacije skrbi u ordinaciji obiteljske medicine. Kod 62-godišnjeg pacijenta, dugogodišnjeg pušača, u sklopu Nacionalnog preventivnog programa otkrivena su dva suspektna nodula u gornjem lijevom plućnom režnju. Daljnjom obradom verificiran je adenokarcinom pluća. PET-CT je pokazao patološku metaboličku aktivnost u dvjema tvorbama lijevog gornjeg režnja te suspektnu leziju u području pedikla L5 kralješka. Multidisciplinarni tim je, zbog sumnje na oligometastatsku bolest, inicijalno razmatrao kirurško liječenje, no nakon dodatne obrade indicirana je konkomitantna kemoradioterapija uz stereotaktičku radioterapiju sekundarne promjene kralježnice. Pacijent je primio četiri ciklusa kemoterapije, zadnja dva ciklusa uz konkomitantno zračenje, nakon čega je postignuta parcijalna regresija tumorskog procesa. Tijekom daljnjeg praćenja nakon dvije godine PET-CT je pokazao oligoprogresiju u desnoj nadbubrežnoj žlijezdi, koja je uspješno liječena stereotaktičkom radioterapijom. Bolest je okarakterizirana kao stabilna. Pacijent je tijekom liječenja kontinuirano praćen kroz mjesečne kontrolne preglede. U kontrolnom razdoblju pacijent razvija senzomotornu polineuropatiju donjih udova. U sljedećem kontrolnom razdoblju razvija limfadenopatiju vrata te je učinjena punkcija limfnog čvora kojom su verificirane stanice mikrocelularnog karcinoma. U trenutku pisanja rada bolesnik je na devetom ciklusu kemoterapije uz potpunu regresiju cervikalne limfadenopatije i ECOG 0. Tijekom cijelog tijeka bolesti bolesnik je kontinuirano praćen u ordinaciji liječnika obiteljske medicine, gdje se provodila simptomatska i suportivna terapija te korekcija komorbiditeta i nuspojava liječenja (nadoknada vitamina B12, folne kiseline i vitamina D, korekcija antihipertenzivne terapije, korekcija hiperkalemije). Koordinirano je pravovremeno prepoznavanje simptoma i dijagnostička obrada. Slučaj naglašava važnost kontinuirane i koordinirane skrbi za onkološkog bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u dugoročnom praćenju bolesnika, prepoznavanju komplikacija i progresije bolesti.

Ključne riječi: adenokarcinom pluća, kemoradioterapija, kontinuirano praćenje,

ABSTRACT

Family physicians play a crucial role in the early diagnosis of lung adenocarcinoma, diagnostic workup and treatment. The aim of this report is to present the complex clinical course of treating lung adenocarcinoma and to emphasize the importance of continuous monitoring and coordinated care in primary care settings. A 62-year-old long-term smoker was found to have two suspicious nodules in the left upper lung lobe as part of the National Preventive Program. Further evaluation confirmed adenocarcinoma of the lung. PET-CT revealed pathological metabolic activity in the two lesions in the left upper lobe and a suspicious lesion at the L5 vertebral pedicle. Due to suspected oligometastatic disease, the multidisciplinary team initially considered surgical treatment; however, after further assessment, concomitant chemoradiotherapy with stereotactic radiotherapy for the spinal lesion was indicated. Four cycles of chemotherapy were received, the last two with concurrent radiotherapy, resulting in partial regression of the tumor. After two years, a PET-CT follow-up scan revealed oligoprogession in the right adrenal gland, successfully treated with stereotactic radiotherapy. The disease was otherwise stable. Throughout

treatment, the patient was monitored through monthly follow-up visits. During follow-up, he developed sensory-motor polyneuropathy of the lower limbs and subsequently cervical lymphadenopathy; fine-needle aspiration confirmed small cell lung cancer. At the time of reporting, the patient was on the ninth cycle of chemotherapy with complete regression of cervical lymphadenopathy and ECOG 0. Throughout the disease course, the patient received continuous care in the primary care setting, including symptomatic and supportive treatment, management of comorbidities and treatment-related side effects (supplementation with vitamin B12, folic acid, and vitamin D, optimization of antihypertensive therapy, correction of hyperkalemia), and timely recognition of new symptoms with appropriate diagnostic workup. This case highlights the importance of continuous and coordinated care for oncology patients in primary healthcare as well as long-term follow up.

Keywords: *lung adenocarcinoma, chemoradiotherapy, continuous follow-up*

Recidivirajuća hematurija-nuspojava antikoagulantne terapije ili znak maligne bolesti ? – prikaz slučaja

Mario Furač*

Dom zdravlja Zagrebačke županije, Ispostava Velika Gorica

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Hematurija označava prisutnost krvi (eritrocita) u mokraći. Može se podijeliti na makro i mikrohematuriju. Cilj ovog rada bio je prikazati pacijenta sa hematurijom koji uzima oralnu antikoagulantnu terapiju.

Prikaz slučaja

78 -godišnji pacijent dolazi jer je ponovno primijetio krv u mokraći. Bez smetnji pri mokrenju. Afebrilan. U nalazu urina ima masu eritrocita, tri leukocita, negativne nitrite i leukocitnu esterazu. S obzirom na recidiv makrohematurije, upućen je na ultrazvuk (UZV) urotakta i na pregled urologu koji je preporučio urinokulturu i pregled urina citološki. Učinio je UZV urotakta, opisana je zadebljana stijenka mokraćnog mjehura, preporučena je kompjuterizirana tomografija urotakta (CTU). Urin citološki pokazao je jaku atipiju stanica prijelaznog epitela, a na CT urografiji prikazana je nejednoliko zadebljana stijenka mokraćnog mjehura debljine do 2,4 cm. Urolog je indicirao cistoskopiju koja je pokazala solidni tumorski proces na lateralnoj i gornjoj desnoj stijenci mokraćnog mjehura. Na temelju učinjene obrade postavljena je sumnja na karcinom. Urolog je indicirao transuretralnu resekciju tumora mokraćnog mjehura (TUR). Inače gospodin boluje od šećerne bolesti tipa 2, kronične bubrežne bolesti (stadij G4), fibrilacije atrijske, arterijske hipertenzije, hiperplazije prostate te glaukoma. Zbog fibrilacije atrijske uzima apiksaban a 2,5 mg 2x1. UZV urotakta koji je učinio prije 4 godine prikazao je mokraćni mjehur uredne debljine stijenke. Nepušač. Cijepi se protiv gripe svake godine. Po zanimanju je bio monter strojeva i opreme u prehrambenoj industriji.

Rasprava

.Hematurija se definira kao prisutnost krvi (eritrocita) u mokraći. Kada je vidljiva golim okom govorimo o makroskopskoj hematuriji. Mikroskopska hematurija označava > 3 eritrocita po polju velikog povećanja pri mikroskopskom pregledu jednog, pravilno skupljenog uzorka urina. Najčešći uzroci hematurije u odraslih su infekcije urotakta, neoplazme i urolitijaza, a kod djece je akutni glomerulonefritis (IgA nefropatija) vodeći uzrok. Zloćudna bolest urotakta otkrije se u do 5% slučajeva mikroskopske i 23% slučajeva makroskopske hematurije. Stopa incidencije karcinoma mokraćnog mjehura u Hrvatskoj u 2023. godini bila je 25,93 na 100 000. Otkriveno je 1001 novih slučajeva (753 kod muškaraca, 248 kod žena, od toga 590 kod muškaraca, a 183 kod žena starijih od 65 godina). Rizik za malignu bolest može se procijeniti na temelju dobi, spola, pušačkog statusa i kvalitete/količine hematurije i pacijente svrstati u niski, srednji i visoki rizik. Cistoskopija je zlatni standard za postavljanje dijagnoze karcinoma mokraćnog mjehura. Smjernice preporučuju isti dijagnostički pristup hematuriji kod pacijenata koji primaju antitrombocitnu i/ili antikoagulantnu terapiju kao i kod onih koji ne uzimaju takvu terapiju.

Zaključak

Karcinom mokraćnog mjehura najčešće se javlja u muškaraca starije životne dobi. Na isti je način potrebno evaluirati pacijente sa hematurijom koji su na oralnim antikoagulantima i one koji nisu.

Ključne riječi: hematurija, liječnik obiteljske medicine, karcinom mokraćnog mjehura, antikoagulantna terapija

ABSTRACT

Introduction

Hematuria is defined as presence of blood (red blood cells) in urine. It is divided into macro and micro-hematuria. The aim of this paper was to present a patient with hematuria on oral anticoagulant therapy.

Case report

A 78-year-old patient comes in because he noticed blood in his urine again. No interference with urination. Afebrile. In the urine test, he has a mass of erythrocytes, three leukocytes, negative nitrites and leukocyte esterase. Given the recurrence of macrohematuria, he was referred for ultrasound (USG) of the urinary tract and for examination by a urologist who recommended urine culture and urine cytological examination. He did an ultrasound of the urinary tract, the thickened wall of the bladder was described, and computed tomography of the urinary tract (CTU) was recommended. Cytological urine showed strong atypia of transitional epithelium cells, and CT urography showed an unevenly thickened bladder wall up to 2.4 cm thick. The urologist indicated cystoscopy, which showed a solid tumor process on the lateral and upper right walls of the bladder. Based on these findings, a suspicion of cancer was established. The urologist indicated transurethral resection of the bladder tumor (TURBT). Otherwise, the patient suffers from type 2 diabetes, chronic kidney disease (stage G4), atrial fibrillation, arterial hypertension, prostatic hyperplasia and glaucoma. Due to atrial fibrillation, he takes apixaban a 2.5 mg 2x1. An USG of the urinary tract that he did 4 years ago showed a bladder of neat wall thickness. Non-smoker. He is vaccinated against the flu every year. By profession, he was an assembler of machinery and equipment in the food industry.

Discussion

Hematuria is defined as presence of blood (erythrocytes) in the urine. When it is visible to the naked eye we speak of macroscopic hematuria. Microscopic hematuria indicates > 3 red blood cells per high power field on microscopic evaluation of a single, properly collected urine sample. The most common causes of hematuria in adults are urinary tract infections, neoplasms and urolithiasis, and in children acute glomerulonephritis (IgA nephropathy) is the leading cause. Malignant disease of the urinary tract is detected in up to 5% of cases of microscopic and 23% of cases of macroscopic hematuria. The incidence rate of bladder cancer in Croatia in 2023 was 25.93 per 100,000. 1001 new cases were detected (753 in men, 248 in women, of which 590 in men and 183 in women over 65 years of age). The risk for malignancy can be assessed based on age, gender, smoking status and quality/quantity of haematuria and patients can be classified as low, medium and high risk. Cystoscopy is the gold standard for diagnosing bladder cancer. The guidelines recommend the same diagnostic approach to haematuria in patients receiving antiplatelet and/or anticoagulant therapy as in those not taking such therapy.

Conclusion

Bladder cancer most often occurs in older men. It is important to evaluate in the same way patients with hematuria who are on oral anticoagulants as those who are not.

Keywords: *hematuria, family physician, bladder cancer, anticoagulant therapy*

Streptokokni tonzilitis kao okidač kapljičaste psorijaze i pogoršanja psorijaze u djece i adolescenata

Dejan Filipović*

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

Branislava Popović

Medicinski fakultet u Rijeci

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Psorijaza je kronična autoimuna upalna bolest kože koja zahvaća oko 3 % ukupne populacije. U približno trećine oboljelih bolest se razvije prije 18. godine života. Pravodobno prepoznavanje i liječenje prvih simptoma značajno povećava vjerojatnost postizanja remisije. Cilj rada je skrenuti pozornost na važnost ranog liječenja početnih simptoma psorijaze kako bi se potaknula remisija bolesti i spriječilo njezino napredovanje u kronični oblik plak-psorijaze.

Prikaz slučaja

U ordinaciju obiteljske medicine javio se 17-godišnji pacijent zbog promjena na koži laktova koje traju tri tjedna, uz izražen svrbež i novonastale promjene na vlasištu. Promjene su započele kao papule koje su se postupno razvile u jasno ograničene eritematozne plakove. Pacijent nema kronične bolesti, ne uzima redovitu terapiju i nema pozitivnu obiteljsku anamnezu za slične kožne promjene. U terapiju je uvedena lokalna kortikosteroidna terapija (betametazon-propionat s acetilsalicilnom kiselinom) uz primjenu emolijensa te betametazonskog losiona za vlasište. Došlo je do brzog poboljšanja. Međutim, nakon akutnog tonzilitisa uzrokovanog beta-hemolitičkim streptokokom grupe A došlo je do pogoršanja bolesti i širenja promjena nalik kapljičastoj psorijazi, bez poboljšanja nakon provedene antibiotske terapije (fenoksimetilpenicilin). Pacijent je potom upućen dermatovenerologu te je započeta UVB fototerapija, nakon koje je postignuto značajno poboljšanje uz zaostajanje manjih plakova na tipičnim lokalizacijama.

Rasprava

Psorijaza se može pojaviti ili pogoršati nakon streptokokne infekcije, poput tonzilitisa ili faringitisa, osobito u obliku kapljičaste (guttata) psorijaze. Liječenje uključuje prvenstveno terapiju streptokokne infekcije antibioticima (najčešće penicilin ili amoksicilin), čime se smanjuje imunološki odgovor koji potiče pogoršanje bolesti. Za liječenje kožnih promjena primjenjuje se lokalna terapija koja uključuje kortikosteroide, analoge vitamina D, keratolitike i emolijense. Kod proširenih ili izraženijih promjena provodi se UVB fototerapija, obično nekoliko puta tjedno. U slučajevima kada bolest ne reagira na lokalnu terapiju i fototerapiju može biti potrebna sustavna terapija, poput metotreksata, ciklosporina, retinoida ili bioloških lijekova, uz nadzor dermatologa. Kod pacijenata s čestim streptokoknim infekcijama i ponavljanim pogoršanjima psorijaze ponekad se razmatra i tonzilektomija. Važan dio liječenja uključuje i preventivne mjere, poput pravodobnog liječenja infekcija, redovite hidratacije kože, smanjenja stresa te izbjegavanja provocirajućih čimbenika.

Zaključak

Streptokokne infekcije mogu potaknuti pogoršanje ili pojavu kapljičaste psorijaze, zbog čega ih je važno pravodobno prepoznati i liječiti. Slabiji odgovor na lokalnu ili antibiotsku terapiju zahtijeva upućivanje na daljnju obradu i liječenje u sklopu sekundarne zdravstvene zaštite. Ranije razmatranje terapijskih mogućnosti i postizanje remisije bolesti nužni su za sprječavanje egzacerbacija te prijelaza novonastalih sitnih eritematoskvamoznih žarišta u kroničnu plak-psorijazu.

Ključne riječi: psorijaza, kapljična psorijaza, plak-psorijaza, tonzilitis, streptokokna infekcija

Literatura

1. Basta-Juzbašić A, i sur. Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
2. Hemed. Psorijaza [Internet]. Dostupno na: <https://hemed.hr/Default.aspx?sid=16042&search=psorijazu,psorijazom,psorijazi,psorijaze,psorijaza> [pristupljeno 12.03.2026].
3. Habashy J, James WD. Psoriasis: overview [Internet]. Medscape; 2024. Dostupno na: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview> [pristupljeno 12.03.2026].

ABSTRACT

Introduction

Psoriasis is a chronic autoimmune inflammatory skin disease affecting approximately 3% of the total population. In about one-third of affected individuals, the disease develops before the age of 18. Timely recognition and treatment of the first symptoms significantly increase the probability of achieving remission. The aim of this work is to draw attention to the importance of early treatment of initial psoriasis symptoms to promote disease remission and prevent its progression into the chronic form of plaque psoriasis.

Case presentation

A 17-year-old patient presented to the family medicine practice due to skin changes on the elbows that had lasted for three weeks, accompanied by pronounced itching and newly developed changes on the scalp. The changes began as papules that gradually developed into clearly demarcated erythematous plaques. The patient has no chronic diseases, does not take regular medication, and has no positive family history of similar skin changes. Local corticosteroid therapy (betamethasone propionate with acetylsalicylic acid) was initiated, along with the use of emollients and betamethasone lotion for the scalp. Rapid improvement occurred. However, after acute tonsillitis caused by group A beta-hemolytic streptococcus, the disease worsened, and changes resembling guttate psoriasis spread, with no improvement after antibiotic therapy (phenoxymethylpenicillin). The patient was then referred to a dermatovenerologist, and UVB phototherapy was initiated, after which significant improvement was achieved, with minor plaques remaining in typical locations.

Discussion

Psoriasis can appear or worsen after a streptococcal infection, such as tonsillitis or pharyngitis, especially in the form of guttate psoriasis. Treatment primarily includes antibiotic therapy for the streptococcal infection (most commonly penicillin or amoxicillin), which reduces the immune response that triggers disease exacerbation. For the treatment of skin changes, topical therapy is used, including corticosteroids, vitamin D analogues, keratolytics, and emollients. For widespread or more pronounced changes, UVB phototherapy is performed, usually several times a week. In cases where the disease does not respond to topical therapy and phototherapy, systemic therapy may be necessary, such as methotrexate, cyclosporine, retinoids, or biological drugs, under the supervision of a dermatologist. Tonsillectomy is sometimes considered for patients with frequent streptococcal infections and recurrent psoriasis exacerbations. An important part of treatment also includes preventive measures, such as timely treatment of infections, regular skin hydration, stress reduction, and avoidance of triggering factors.

Conclusion

Streptococcal infections can trigger the exacerbation or onset of guttate psoriasis, making their timely recognition and treatment important. A weaker response to topical or antibiotic therapy requires referral for further evaluation and treatment within secondary healthcare. Earlier consideration of therapeutic options and achievement of disease remission are essential for preventing exacerbations and the transition of newly formed small erythematous lesions into chronic plaque psoriasis. **Keywords:** psoriasis, guttate psoriasis, plaque psoriasis, tonsillitis, streptococcal infection **LITERATURE:** 1. Basta-Juzbašić A, i sur. *Dermatovenerologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. 2. Hemed. Psorijaza [Internet]. Available at: <https://hemed.hr/Default.aspx?sid=16042&search=psorijazu,psorijazom,psorijazi,psorijaze,psorijaza> 3. Habashy J, James WD. Psoriasis: overview [Internet]. *Medscape*; 2024. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>

Ključne riječi: psorijaza, tonzilitis, streptokokna infekcija

Preventivni pregledi danas: nove smjernice, stare dileme

Renata Rossi, Petra Benazić*

Istarski domovi zdravlja

Tina Zavidić

Medicinski fakultet u Rijeci, Katedra za obiteljsku medicinu; Istarski domovi zdravlja

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Kronične nezarazne bolesti danas predstavljaju vodeći javnozdravstveni problem te su odgovorne za većinu pobola i smrtnosti u svijetu. Procjenjuje se da od njih godišnje umire oko 41 milijun ljudi, dok u Hrvatskoj čine približno 70 % ukupnog mortaliteta. U tom kontekstu preventivni pregledi imaju važnu ulogu u suvremenoj medicini, osobito u okviru sekundarne prevencije, čiji je cilj rano otkrivanje bolesti u asimptomatskoj ili ranoj fazi. Pravodobna dijagnoza omogućuje raniju intervenciju i može doprinijeti povoljnijem zdravstvenom ishodu. Ipak, unatoč širokoj primjeni preventivnih pregleda, njihova stvarna korist, optimalna učestalost i opseg i dalje su predmet stručnih rasprava. Cilj ovog rada je prikazati suvremene smjernice te aktualne novosti vezane uz preventivne programe u Hrvatskoj.

Rasprava

U Hrvatskoj se, uz nacionalne programe ranog otkrivanja malignih bolesti (rak dojke, rak vrata maternice, rak debelog crijeva, rak pluća) od 2024. godine provodi i program preventivnih pregleda u ordinacijama obiteljske medicine. Program je usmjeren na osobe starije od 40 godina koje zadnje dvije godine nisu bile u kontaktu sa svojim liječnikom. Prvi rezultati pokazuju dobar odaziv građana (oko 75 %) te otkrivanje rizičnih čimbenika za kronične bolesti kod 73% pregledanih osoba. Istodobno se bilježi porast korištenja privatnih sistematskih pregleda. Procjenjuje se da privatni zdravstveni sektor čini oko 12 % zdravstvenog tržišta, a koristi ga približno 15 % stanovništva. Iako takvi pregledi omogućuju bržu dostupnost dijagnostike, važno je da njihov opseg bude u skladu s načelima medicine utemeljene na dokazima. Suvremene smjernice sve više naglašavaju individualizirani pristup preventivnim pregledima, temeljen na procjeni individualnog rizika, čime se probir usmjerava na populacije koje od njega imaju najveću korist. Unatoč tome, preventivna medicina i dalje se suočava s izazovima poput prekomjerne dijagnostike i lažno pozitivnih nalaza.

Zaključak

Sustavni razvoj preventivnih programa i jačanje zdravstvene pismenosti stanovništva ključni su za uspješno provođenje strategija ranog otkrivanja bolesti.

Ključne riječi: *kronične bolesti, prevencija, obiteljska medicina, rano otkrivanje raka*

ABSTRACT

Introduction

Chronic noncommunicable diseases represent a leading public health problem and are responsible for the majority of morbidity and mortality worldwide. It is estimated that about 41 million people die from these diseases annually, while in Croatia they account for approximately 70% of total mortality. In this context, preventive examinations play an important role in modern medicine, particularly within secondary prevention, whose aim is the early detection of diseases. Timely diagnosis enables earlier intervention and may contribute to more favorable health outcomes. However, despite their widespread use, the actual benefit and optimal scope of preventive examinations remain subjects of professional debate. The aim of this paper is to present contemporary guidelines and recent developments related to preventive programs in Croatia

Discussion

In Croatia, in addition to national programs for the early detection of malignant diseases (breast cancer, cervical cancer, colorectal cancer and lung cancer), a program of preventive examinations in family medicine practices has been implemented since 2024. The program targets individuals older than 40 years who have not visited their physician in the previous two years. Initial results show a good response rate (around 75%) and detection of risk factors for chronic diseases in 73% of those examined. At the same time, the use of private health check-ups is increasing. The private health sector accounts for about 12% of the health market and is used by approximately 15% of the population. Although these examinations allow faster access to diagnostics, they should remain consistent with evidence-based medicine. Modern guidelines emphasize an individualized approach based on risk assessment, directing screening toward populations that benefit the most. Nevertheless, preventive medicine still faces challenges such as overdiagnosis and false-positive findings.

Conclusion

Systematic development of preventive programs and strengthening health literacy among the population are essential for successful early disease detection strategies.

Keywords: *chronic diseases, prevention, family medicine, early cancer detection*

Jedan pacijent - deset dijagnoza; umijeće skrbi za multimorbidnog bolesnika - prikaz slučaja

Vjera Lovrek*

SOOM prim. Vjekoslava Amerl Šakić

SAŽETAK

Uvod s ciljem

U prikazu slučaja obrađuje se bolesnik u dobi od 68 godina, koji je do odlaska u mirovinu i nagle smrti supruge povremeno dolazio u ambulantu na redovite preventivne preglede. Iz punog zdravlja naglo razvija bolesti koje nisu bile očekivane.

Prikaz slučaja

Do tada zdrav muškarac, javlja se u ambulantu liječnika obiteljske medicine (LOM) sa simptomima dispneje, umaranjem i općom slabošću. Daljnjim pregledom nađe se holosistolčki šum nad prekordijem i paramaleolarni edemi. Upućuje se na osnovnu laboratorijsku obradu te na vađenje NT-pro BNP-a. Zbog visokog nalaza NT-pro BNP i jasnih simptoma srčanog zatajenja, bolesnika se upućuje na hitan pregled kardiologa. Uvodi se terapija za srčano zatajenje te se ultrazvučnim pregledom ustvrdi postojanje značajne aortne stenoze. Indicira se kirurška zamjena aortne valvule mehaničkim zalistkom. Nakon operativnog zahvata, a tijekom hospitalizacije kod bolesnika dolazi do razvoja retencije urina. Uzrok retencije urina je opstruktivna uropatija nastala zbog hiperplazije prostate. Kod bolesnika se planira operacija prostate u žurnom terminu, do tada se postavlja trajni kateter. Nekoliko tjedana poslije, bolesnik se zbog bolova u leđima, otežane pokretljivosti, febriliteta i inapatencije, javlja na OHBP. Kliničkim pregledom i MR LS kralježnice, dokaže se spondilodiscitis L5-S1 te se kod bolesnika provede antibiotsko liječenje. Dalje se planiraju neurokirurške kontrole i operacija prostate.

Rasprava

S obzirom da pacijent i sam u početku negira ozbiljnost zdravstvenog problema najveći izazov za liječnika je bilo pravovremeno odraditi svu dijagnostiku uz oprezno priopćavanje dijagnoze i daljnjeg plana liječenja. Veliko pitanje je i koliko je pacijent bio u mogućnosti kompenzirati dva teška stresna životna događaja (smrt bračnog druga i umirovljenje), te kako da mu pomognemo i kad toga nije svjestan.

Zaključak

Uloga liječnika obiteljske medicine pravovremeno je prepoznavanje bolesnika pod povećanim rizikom od obolijevanja. Kada dođe do pojave bolesti, naša je uloga koordinirati skrb bolesnika, spriječiti ili odgoditi razvoj komplikacija te brinuti o sveukupnom stanju bolesnika.

Ključne riječi: *Komorbiditeti, polifarmacija, sigurnost pacijenta*

ABSTRACT

Introduction with aim

This case report describes a 68-year-old patient who until retirement and the sudden death of his wife, occasionally visited family medicine office for regular preventive check-ups. From a previously healthy state, he rapidly developed unexpected diseases.

Case report

Previously a healthy man presented to family medicine office with symptoms of dyspnea, fatigue and generalized weakness. Physical exam revealed a holosystolic murmur over the precordium and paramalleolar edema. Laboratory evaluation, including NT-pro BNP measurement was performed. Due to markedly elevated NT-proBNP levels and clear clinical signs of heart failure, the patient was referred to urgent cardiological evaluation. Heart failure therapy was initiated and echocardiographic examina-

tion confirmed the presence of severe aortic stenosis. Surgical replacement of the aortic valve with a mechanical prosthetic valve was subsequently indicated. Following the surgical procedure and during hospitalization, the patient developed urinary retention. The cause was identified as obstructive uropathy secondary to benign prostatic hyperplasia. Urgent prostate surgery was planned and in the interim a permanent urinary catheter was placed. Several weeks later, the patient presented to the emergency department with lower back pain, reduced mobility, fever and loss of appetite. Clinical evaluation and magnetic resonance imaging of the lumbosacral spine confirmed spondylodiscitis at the L5-S1 level and antibiotic therapy was initiated. Further neurosurgical follow-ups and prostate surgery were planned.

Discussion

Since the patient initially denied the severity of his health condition, the main challenge for family physician was to complete all diagnostics in timely manner while cautiously communicating the diagnosis and further treatment plan. A major question was how well the patient was able to cope with two difficult life events (the death of his spouse and retirement) and how to help him even when he was not fully aware of the situation.

Conclusion

The role of the family physician in timely recognition of patients at increased risk of disease. When illness occurs, our role is to coordinate patient care, prevent or delay complications and take care of the patient's overall condition

Keywords: *Comorbidities, polipharmacy, patient safety*

Značajna hiponatrijemija kao prvi znak metastatske maligne bolesti – prikaz slučaja

Dr. Tin Tomašić, Dr. Ana Smolić*, Dr. Ana Bokor

Dom zdravlja Zagreb - Zapad

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Hiponatrijemija je najčešći poremećaj ravnoteže elektrolita u kliničkoj praksi, a teški i simptomatski oblici povezani su s povećanim morbiditetom i mortalitetom. Klinička prezentacija često je nespecifična što može dovesti do odgode dijagnoze osnovnog uzroka. Jedan od važnijih, ali često nedovoljno rano prepoznatih uzroka teške hiponatrijemije jest sindrom neodgovarajućeg izlučivanja antidiuretskog hormona (SIADH), a osobito u sklopu malignih bolesti. Cilj ovog prikaza slučaja bio je naglasiti važnost pravodobnog prepoznavanja teške hiponatrijemije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao mogućeg prvog znaka paraneoplastičnog sindroma.

Prikaz slučaja

Prikazujemo 65-godišnjeg muškarca koji se javio obiteljskom liječniku zbog umora, opće slabosti, mučnine i subjektivne mentalne konfuznosti unazad mjesec dana. Fizikalni pregled bio je uredan, a anamneza nije upućivala na uzrok simptoma. Laboratorijskom obradom u laboratoriju primarne zdravstvene zaštite otkrivena je izrazita hiponatrijemija (koncentracija Na⁺ u serumu iznosila je 115 mmol/L) uz blago snižene vrijednosti hemoglobina, ureje i kreatinina. Zbog težine elektrolitnog poremećaja i simptoma bolesnik je upućen na hitnu obradu i liječenje. Tijekom odlaska u bolnicu došlo je do pada niz stepenice uslijed naglog osjećaja slabosti. U hitnoj službi zabilježen je atrioventrikularni blok II. Stupnja te daljnja progresija hiponatrijemije (koncentracija Na⁺ u serumu iznosila je 111 mmol/L). CT mozga pokazao je dvije hiperdenzne lezije desnog frontalnog režnja uz perifokalni edem. Unatoč početnom kliničkom poboljšanju nakon korekcije koncentracije natrija u serumu, tijekom hospitalizacije razvila se serija generaliziranih epileptičkih napada. Daljnjom obradom postavljena je dijagnoza sekundarne epilepsije u sklopu metastatske maligne bolesti nepoznatog primarnog sijela te SIADH kao uzrok perzistentne hiponatrijemije. Bolesnik je nakon otpusta preminuo dva mjeseca kasnije u ustanovi za produženo liječenje i palijativnu skrb.

Rasprava

Hiponatrijemija je čest nalaz u obiteljskoj medicini te se najčešće susreće u blažim oblicima, povezanim s primjenom diuretika, dehidracijom, gastrointestinalnim gubicima, kroničnim bubrežnim bolestima ili endokrinološkim poremećajima poput hipotireoze i adrenalne insuficijencije. U većini slučajeva radi se o reverzibilnim stanjima koja se uspješno zbrinjavaju korekcijom terapije ili volumena. Međutim, značajna hiponatrijemija, osobito kada je praćena neurološkim simptomima, zahtijeva hitnu obradu i razmatranje ozbiljnijih uzroka. SIADH predstavlja važan diferencijalno-dijagnostički entitet te se može javiti u sklopu malignih bolesti, bolesti SŽS-a, plućnih bolesti ili kao nuspojava lijekova. U prikazanom slučaju nespecifični simptomi poput umora, slabosti i mučnine prethodili su dijagnozi metastatske maligne bolesti te su mogli biti pogrešno pripisani češćim bezopasnim stanjima ili životnim navikama. Značajna hiponatrijemija bila je prvi objektivni znak ozbiljne osnovne bolesti, dok su kasnije nastale neurološke i kardiološke komplikacije dodatno naglasile sustavni učinak elektrolitnog disbalansa. Slučaj ističe ključnu ulogu liječnika obiteljske medicine u prepoznavanju značajnih laboratorijskih nalaza i pravodobnom upućivanju bolesnika na hitnu obradu. Kod bolesnika s perzistentnim, nespecifičnim simptomima i izraženom hiponatrijemijom nužno je razmotriti paraneoplastičnu etiologiju, čak i u odsutnosti jasnih onkoloških znakova.

Zaključak

Kod bolesnika s neobjašnjivom izraženom hiponatrijemijom i nespecifičnim simptomima nužno je razmotriti paraneoplastičnu etiologiju, čak i u odsutnosti jasnih onkoloških znakova. Pravodobno prepoznavanje i adekvatno postupanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može biti ključno za daljnji tijek i liječenje bolesti

ABSTRACT

Introduction with aim

Hyponatremia is the most common electrolyte imbalance encountered in clinical practice, and severe, symptomatic forms are associated with increased morbidity and mortality. Clinical presentation is often nonspecific, which may lead to delayed diagnosis of the underlying cause. One of the important but frequently underrecognized causes of severe hyponatremia is the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH), particularly in the context of malignant disease. The aim of this case report was to emphasize the importance of timely recognition of severe hyponatremia in primary health care as a possible first sign of a paraneoplastic syndrome.

Case report

We present the case of a 65-year-old man who consulted his family physician due to fatigue, generalized weakness, nausea, and subjective mental confusion lasting for one month. Physical examination was unremarkable, and medical history did not suggest a clear cause of symptoms. Laboratory evaluation performed in a primary care setting revealed profound hyponatremia (serum sodium concentration of 115 mmol/L), along with mildly decreased hemoglobin, urea, and creatinine levels. Due to the severity of the electrolyte disturbance and accompanying symptoms, the patient was referred for urgent evaluation and treatment. During transfer to the hospital, he fell down the stairs following a sudden episode of weakness. In the emergency department, a second-degree atrioventricular block was documented, along with further progression of hyponatremia (serum sodium concentration of 111 mmol/L). Brain CT revealed two hyperdense lesions in the right frontal lobe with perifocal edema. Despite initial clinical improvement after correction of serum sodium levels, the patient developed a series of generalized epileptic seizures during hospitalization. Further diagnostic workup led to the diagnosis of secondary epilepsy in the context of metastatic malignant disease of unknown primary origin, with SIADH identified as the cause of persistent hyponatremia. The patient died two months after discharge in a long-term and palliative care facility.

Discussion

Hyponatremia is a common finding in family medicine and is most often encountered in mild forms associated with diuretic use, dehydration, gastrointestinal losses, chronic kidney disease, or endocrine disorders such as hypothyroidism and adrenal insufficiency. In most cases, these conditions are reversible and successfully managed by therapy adjustment or volume correction. However, severe hyponatremia, especially when accompanied by neurological symptoms, requires urgent evaluation and consideration of more serious underlying causes. SIADH represents an important differential diagnostic entity and may occur in association with malignant diseases, central nervous system disorders, pulmonary diseases, or as an adverse effect of medications. In the presented case, nonspecific symptoms such as fatigue, weakness, and nausea preceded the diagnosis of metastatic malignancy and could have been mistakenly attributed to more common benign conditions or lifestyle factors. Severe hyponatremia was the first objective sign of a serious underlying disease, while subsequent neurological and cardiac complications further highlighted the systemic impact of electrolyte imbalance. This case underscores the crucial role of family physicians in recognizing severe laboratory abnormalities and ensuring timely referral for urgent evaluation. In patients with persistent nonspecific symptoms and marked hyponatremia, a paraneoplastic etiology should be considered even in the absence of obvious oncological signs.

Conclusion

In patients with unexplained severe hyponatremia and nonspecific symptoms, a paraneoplastic etiology should be considered even in the absence of clear oncological signs. Timely recognition and appropriate management in primary health care can be crucial for the further course and treatment of the disease.

Ključne riječi: *hiponatrijemija, SIADH, paraneoplastični sindrom*

Kašalj kao vodeći simptom kroničnog rinosinuitisa - prikaz slučaja

Emina Tinodi*, Marija Brbora, Diana Kurilić, Nina Bašić-Marković
Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet

SAŽETAK

Uvod i cilj

Kronični rinosinuitis (KRS) kronična je upalna bolest sluznice nosa i paranazalnih sinusa koja traje ≥ 12 tjedana bez potpunog povlačenja simptoma. Najčešći simptomi su nazalna opstrukcija, gnojna nazalna ili postnazalna sekrecija, bol ili pritisak u području lica te oslabljen ili izgubljen osjet mirisa. Može se javiti i kašalj, osobito uz postnazalno slijevanje sekreta. Cilj rada je naglasiti kašalj kao mogući dominantni simptom KRS-a te važnost pravodobnog prepoznavanja u ordinaciji obiteljske medicine.

Prikaz slučaja

Četrdesetogodišnja bolesnica javila se obiteljskom liječniku zbog kašlja koji je trajao dva tjedna. Upočetak je bio suh, a potom je postao produktivan uz iskašljavanje žutozelenog sekreta. Negirala je febrilitet, kihanje i rinoreju. Navodila je napadaje kašlja, osobito navečer, uz umor. Povremeno je primjećivala postnazalno slijevanje sekreta bez bolova u području sinusa. U anamnezi je navodila povremene tegobe sa sinusima. Auskultacijski su se čuli difuzni bronhitični šumovi. Laboratorijski nalazi i RTG srca i pluća bili su uredni. Zbog perzistiranja tegoba bolesnica je upućena pulmologu koji je postavio dijagnozu astme te uveo terapiju inhalacijskim kortikosteroidom i dugodjelujućim bronhodilatatorom, uz salbutamol po potrebi i empirijsku antibiotsku terapiju, no bez poboljšanja. CT toraksa bio je uredan, a alergološko testiranje negativno. Nakon 12 tjedana kašalj je i dalje perzistirao, a pojavili su se bol u području sinusa, žutozeleno nazalna sekrecija i hiposmija. Bolesnica je upućena otorinolaringologu. Endoskopskim pregledom utvrđene su kronične promjene rinosinuitisa uz devijaciju septuma i hipertrofiju donjih nosnih školjki. Učinjena je aspiracija sinusa; iz aspirata su izolirani *Streptococcus pneumoniae* te *Staphylococcus aureus*, osjetljivi na moksifloksacin. Provedena je ciljana sistemska terapija moksifloksacinom, te lokalna terapija intranazalnim kortikosteroidom i moksifloksacin kapima nakon čega je došlo do regresije tegoba. CT paranazalnih sinusa potvrdio je kronični rinosinuitis.

Rasprava

Obzirom da smo imali podatak o navodnim ranijim tegobama sa sinusima te postnazalnoj sekreciji iz anamneze, bilo je potrebno već u prvom aktu - u ordinaciji obiteljske medicine - posumnjati na rinosinuitis, propisati kortikosteroidni sprej i antihistaminik, te indicirati bris nazo/orofarinksa ili aspirat sinusa. Tako bismo pravovremenomogli započeti terapiju prema antibiogramu, a u slučaju perzistiranja tegoba uputiti otorinolaringologu radi daljnje dijagnostike (CT sinusa). Uloga liječnika obiteljske medicine ključna je u ranom prepoznavanju i liječenju. Pravodobno postupanje prema smjernicama moglo je skratiti tijek bolesti i izbjeći nepotrebna upućivanja. Obzirom da su se tegobe povukle na danu terapiju od strane otorinolaringologa, značajno je da je rinosinuitis bio glavni uzročnik upornog perzistirajućeg kašlja. Svakako je potrebna kontrola pulmologa i revizija pulmološke dijagnostike obzirom na upitnost postojeće astme, uz eventualnu modifikaciju pulmološke terapije.

Zaključak

Kašalj može biti dominantan simptom KRS-a i uzrok dijagnostičke odgode. Pravodobno prepoznavanje omogućuje raniju dijagnostiku i učinkovitije liječenje.

Ključne riječi: kašalj, postnazalna sekrecija, rinosinuitis

ABSTRACT

Introduction

Chronic rhinosinusitis (CRS) is a chronic inflammatory disease of the nasal mucosa and paranasal sinuses lasting ≥ 12 weeks without complete resolution of symptoms. The most common symptoms include nasal obstruction, purulent nasal or postnasal discharge, facial pain or pressure, and a reduced or lost sense of smell. Cough may also occur, particularly in association with postnasal drip. The aim of this paper is to emphasize cough as a possible dominant symptom of CRS and the importance of its timely recognition in family medicine practice.

Case Report

A 40-year-old female patient presented to her family physician with a cough lasting two weeks. Initially dry, the cough later became productive with expectoration of yellow-green sputum. She denied fever, sneezing, and rhinorrhea. She reported coughing episodes, especially in the evening, accompanied by fatigue. She occasionally noticed postnasal drip without sinus pain. Her medical history included intermittent previous sinus-related complaints. On auscultation, diffuse bronchitic sounds were heard. Laboratory findings and chest X-ray were normal. Due to persistent symptoms, the patient was referred to a pulmonologist, who diagnosed asthma and initiated treatment with an inhaled corticosteroid and a long-acting bronchodilator, along with salbutamol as needed and empirical antibiotic therapy, but without improvement. Chest CT was normal, and allergy testing was negative. After 12 weeks, the cough persisted, and additional symptoms developed, including sinus pain, yellow-green nasal discharge, and hyposmia. The patient was referred to an otorhinolaryngologist. Endoscopic examination revealed chronic rhinosinusitis with septal deviation and hypertrophy of the inferior nasal turbinates. Sinus aspiration was performed; *Streptococcus pneumoniae* and *Staphylococcus aureus*, both sensitive to moxifloxacin, were isolated from the aspirate. Targeted systemic therapy with moxifloxacin was administered, along with local therapy using an intranasal corticosteroid and moxifloxacin drops, resulting in regression of symptoms. CT of the paranasal sinuses confirmed chronic rhinosinusitis.

Discussion

Given the history of prior sinus complaints and postnasal secretion, it was necessary already at the first visit in the family medicine setting to suspect rhinosinusitis, prescribe a corticosteroid nasal spray and an antihistamine, and indicate a naso/oropharyngeal swab or sinus aspirate. This would have enabled timely initiation of antibiotic therapy according to the antibiogram and, in case of persistent symptoms, referral to an otorhinolaryngologist for further diagnostics (sinus CT). The role of the family physician is crucial in early recognition and treatment. Timely management according to guidelines could have shortened the course of the disease and avoided unnecessary referrals. Since the symptoms resolved following therapy prescribed by the otorhinolaryngologist, it is significant that rhinosinusitis was the main cause of the persistent cough. Follow-up with a pulmonologist and revision of the pulmonary diagnosis are warranted, given the questionable diagnosis of asthma, with possible modification of pulmonary therapy.

Conclusion

Cough may be a dominant symptom of CRS and a cause of diagnostic delay. Timely recognition enables earlier diagnosis and more effective treatment.

Početak bolesti prije početka simptoma - rani rizici kroničnih bolesti

Lucija Marinović Petrović

Dom Zdravlja Karlovačke Županije

Dražen Juraj Petrović*

Dom Zdravlja Zagreb Zapad

Vjekoslava Amerl Šakić

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Vjekoslava Amerl - Šakić, dr.med.spec.obit.med.

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Prevenција je temeljni stup suvremene obiteljske medicine koji omogućuje produljenje života i očuvanje njegove kvalitete. Ambulanta obiteljskog liječnika pruža jedinstvenu priliku za kontinuiranu, sveobuhvatnu i personaliziranu skrb. Cilj rada je prikazati specifičnosti preventivnog djelovanja kroz različite životne faze te naglasiti važnost rane identifikacije rizika kroničnih bolesti prije pojave kliničkih simptoma.

Rasprava

Preventivne aktivnosti obuhvaćaju Nacionalne preventivne programe na razini Republike Hrvatske i oportunistički probir. U dječjoj i adolescentskoj dobi fokus je na praćenju razvoja, cijepljenju i ranoj identifikaciji pretilosti, budući da čak 80% pretilih adolescenata zadržava taj status u odrasloj dobi. U ranoj i srednjoj odrasloj dobi ključno je prepoznavanje promjenjivih čimbenika rizika poput hipertenzije, dislipidemije i pušenja, koji prethode većini kardiovaskularnih događaja. Rad analizira i psihosocijalne aspekte — od mentalnog zdravlja mladih do promjena u srednjoj i starijoj dobi (menopauza, andropauza, mirovina). Kod starijih pacijenata primarni cilj je očuvanje funkcionalne sposobnosti i kognitivnog zdravlja.

Zaključak

Investicija u prevenciju unutar primarne zdravstvene zaštite smanjuje incidenciju kroničnih bolesti i poboljšava ishod liječenja, osiguravajući ekonomsku održivost sustava. Oportunistički probir omogućuje prepoznavanje bolesti u predkliničkoj fazi. Obiteljski liječnik ima ključnu ulogu u transformaciji reaktivnog modela liječenja u proaktivni model očuvanja zdravlja kroz poznavanje obiteljske dinamike i kontinuirano praćenje pacijenta.

Ključne riječi: *obiteljska medicina, prevencija, kronične nezarazne bolesti, čimbenici rizika, oportunistički probir*

ABSTRACT

Introduction and Objective

Prevention is a fundamental pillar of modern family medicine, enabling the extension of life expectancy and the preservation of its quality. The family medicine clinic offers a unique setting for continuous, comprehensive, and personalized care. The objective of this paper is to present the specificities of preventive activities across various life stages and to emphasize the importance of early risk identification for chronic diseases before clinical symptoms emerge.

Discussion

Preventive activities encompass Croatian National Preventive Programs and opportunistic screening. In childhood and adolescence, the focus is on developmental monitoring, vaccination, and early identification of obesity, as 80% of obese adolescents maintain this status into adulthood. In early and middle adulthood, identifying modifiable risk factors such as hypertension, dyslipidemia, and smoking—which precede most cardiovascular events—is critical. The paper also analyzes psychosocial aspects, from youth mental health to changes in middle and late adulthood (menopause, andropause, retirement). For elderly patients, the primary goal is maintaining functional capacity and cognitive health.

Conclusion

Investing in prevention within primary health care reduces the incidence of chronic diseases and improves treatment outcome, ensuring the economic sustainability of the system. Opportunistic screening allows for the detection of diseases in their preclinical stages. Through their understanding of family dynamics and continuous patient tracking, family physicians play a crucial role in transforming the reactive treatment model into a proactive model of health preservation.

Keywords: *family medicine, prevention, chronic non-communicable diseases, risk factors, opportunistic screening*

Je li ovo hitno? Kliničko razmišljanje u ordinaciji obiteljske medicine

Diana Sabljak Malkoč*

Dom zdravlja Sisačko-moslavačke županije

SAŽETAK

Liječnik obiteljske medicine (LOM) svakodnevno se susreće s velikim brojem nespecifičnih simptoma među kojima je potrebno pravodobno prepoznati potencijalno ozbiljna stanja te je sposobnost kliničkog razmišljanja ključna kompetencija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Cilj ovog rada je prikazati pristup procjeni hitnosti i kliničkom odlučivanju u ordinaciji LOM. Kliničko razmišljanje obuhvaća kompleksan kognitivni proces kojim liječnik prikuplja, interpretira i integrira informacije dobivene anamnezom, fizikalnim pregledom i dostupnim dijagnostičkim testovima kako bi donio dijagnostičke i terapijske odluke. Uključuje formiranje diferencijalne dijagnoze, procjenu vjerojatnosti pojedinih stanja te kontinuiranu evaluaciju novih informacija. LOM najčešće kombinira intuitivno razmišljanje i analitičko razmišljanje. Za razliku od bolničkog okruženja, LOM radi s ograničenim dijagnostičkim resursima te mora donositi brze odluke temeljem kliničkih podataka i procjene rizika. Temeljni korak u procjeni hitnosti jest strukturirani pristup koji uključuje brzu procjenu općeg stanja pacijenta i vitalnih znakova. Posebnu važnost ima i prepoznavanje alarmantnih simptoma koji mogu upućivati na ozbiljnu bolest. Klinička pravila odlučivanja predstavljaju strukturirane alate koji pomažu u procjeni rizika određenih stanja. U obiteljskoj medicini često se koriste validirana klinička pravila i skorovi poput onih za procjenu pneumonije, streptokokne angine, boli u prsima, glavobolje i drugih. Dijagnostički algoritmi predstavljaju strukturirane pristupe procjeni simptoma i donošenju kliničkih odluka. Kliničko razmišljanje podložno je različitim kognitivnim pristranostima i pogreškama, osobito u uvjetima ograničenog vremena i velikog broja pacijenata. Dugogodišnji rad omogućuje LOM sposobnost prepoznavanja suptilnih promjena u kliničkom stanju pacijenta koje mogu upućivati na ozbiljnu bolest. Potrebna su daljnja istraživanja i rigorozne kliničke evaluacije kako bi se procijenilo koliko umjetna inteligencija može pomoći liječnicima u poboljšanju kliničkog razmišljanja, točnosti dijagnoze i sigurnosti pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine. Procjena hitnosti zahtijeva kombinaciju kliničkog znanja, iskustva i strukturiranog pristupa procjeni pacijenta. Tako možemo pravodobno prepoznati pacijente koji zahtijevaju hitno zbrinjavanje, ali i izbjeći nepotrebna upućivanja u hitnu službu, čime se doprinosi učinkovitijem funkcioniranju zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: *obiteljska medicina, kliničko razmišljanje, procjena hitnosti, klinička pravila*

ABSTRACT

Family physicians (FPs) routinely encounter a large number of nonspecific symptoms, among which potentially serious conditions must be promptly recognized. Clinical reasoning is a key competency in primary care. The aim of this paper is to present an approach to urgency assessment and clinical decision-making in the family medicine setting. Clinical reasoning is a complex cognitive process in which physicians collect, interpret, and integrate information from patient history, physical examination, and available diagnostic tests to make diagnostic and therapeutic decisions. It involves forming a differential diagnosis, estimating the probability of specific conditions, and continuously evaluating new information. FPs typically combine intuitive reasoning with analytical reasoning. Unlike hospital settings, they often work with limited diagnostic resources and must make rapid decisions based on clinical data and risk assessment. A fundamental step in urgency assessment is a structured approach, including rapid evaluation of the patient's overall condition and vital signs. Recognizing alarm ("red flag") symptoms that may indicate serious disease is particularly important. Clinical decision rules are structured tools that help physicians assess risk. In family medicine, validated rules and scoring systems are used for conditions such as pneumonia, streptococcal pharyngitis, chest pain, headache, and others. Diagnostic algorithms provide structured approaches to symptom assessment and clinical decision-making. Clinical reasoning is prone to cognitive biases and errors, especially under time pressure and high patient volume. Long-term experience enables FPs to detect subtle changes in a patient's condition that may indicate serious

disease. Further research and clinical evaluation are needed to determine how artificial intelligence can support clinical reasoning, improve diagnostic accuracy, and enhance patient safety. Urgency assessment requires a combination of clinical knowledge, experience, and a structured approach. This allows timely recognition of patients requiring urgent care while avoiding unnecessary referrals to emergency services, thereby contributing to a more efficient healthcare system.

Keywords: *family practice, clinical decision-making, triage, decision support techniques*

Štetna uporaba interneta kod adolescenta s Aspergerovim sindromom - prikaz slučaja

Dr. Jelena Kosor Ljoka, Marin Šupe*, Renata Krčelić, Ana Rakić, Dr. Davor Bodor

Klinika za psihijatriju Sveti Ivan

SAŽETAK

Uvod i cilj

Adolescenti s poremećajima iz spektra autizma mogu biti posebno osjetljivi na razvoj problematične uporabe interneta, što može dodatno pogoršati emocionalne i socijalne poteškoće te pridonijeti razvoju somatskih komorbiditeta. Liječnici obiteljske medicine često prvi uočavaju promjene u ponašanju i zdravstvene posljedice pretjeranog korištenja digitalnih sadržaja. Cilj ovog rada je prikazati dijagnostičke i terapijske izazove u zbrinjavanju adolescenta s Aspergerovim sindromom i štetnom uporabom interneta.

Prikaz slučaja

Prikazan je slučaj 18-godišnjeg mladića s dijagnozom Aspergerova sindroma koji je upućen na daljnju obradu zbog prekomjernog korištenja interneta. Obrada je uključivala psihijatrijski pregled, psihologijsko testiranje, neurološku obradu te procjenu općeg zdravstvenog stanja. Tijekom obrade procijenjeni su obrasci korištenja interneta, emocionalno i socijalno funkcioniranje pacijenta te prisutnost somatskih komorbiditeta. U liječenju su primijenjeni grupna i obiteljska psihoterapija, psihoedukacija pacijenta i obitelji, socioterapijske, radnookupacijske i rekreativne aktivnosti, tehnike nošenja sa stresom, ograničavanje vremena provedenog na internetu te savjetovanje o prehrani i tjelesnoj aktivnosti.

Rasprava

Pacijent je koristio internet 8–10 sati dnevno, najčešće kao način suočavanja sa stresom i emocionalne regulacije. Psihologijsko testiranje pokazalo je natprosječne kognitivne sposobnosti, uz poteškoće u kontroli impulsa, emocionalnoj regulaciji i socijalnoj interakciji. Tijekom praćenja postupno je smanjio ukupno dnevno vrijeme provedeno na internetu, uz djelomičnu promjenu obrasca korištenja, s dominantne uporabe videoigara na dominantnu uporabu društvenih mreža. Akademske uspješnosti ostao je stabilan, a socijalna uključenost postupno se povećala. Mogućnost regulacije emocija se značajno povećala. Istodobno su zabilježeni somatski komorbiditeti, uključujući pretilost (BMI 33,4), hiperlipidemiju i tahikardiju. Nutritivnim savjetovanjem i promjenama životnih navika postignuto je smanjenje tjelesne mase sa 116 kg na 101 kg.

Zaključak

Pretjerana uporaba interneta može dodatno otežati svakodnevno funkcioniranje adolescenata s poremećajima iz spektra autizma. Pravodobno prepoznavanje problema, uključivanje obitelji te suradnja između liječnika obiteljske medicine i specijalističkih službi presudni su za uspješno liječenje. Psihoterapija, poticanje promjena životnih navika i kontinuirano praćenje imaju ključnu ulogu u poboljšanju općeg zdravstvenog stanja mladih s komorbiditetom poremećaja iz spektra autizma i ovisnosti.

Ključne riječi: štetna uporaba interneta, ovisnost, Aspergerov sindrom, autizam, komorbiditet

ABSTRACT

Introduction and Aim

Adolescents with autism spectrum disorders may be particularly vulnerable to developing problematic internet use, which can further aggravate emotional and social difficulties and contribute to the development of somatic comorbidities. Family physicians are often the first to notice behavioural changes and health consequences related to excessive use of digital media. The aim of this paper is to present the diagnostic and therapeutic challenges in managing an adolescent with Asperger's syndrome and harmful internet use.

Case Report

We present the case of an 18-year-old male with a diagnosis of Asperger's syndrome who was referred for further evaluation due to excessive internet use. The assessment included a psychiatric examination, psychological testing, neurological evaluation, and assessment of general health status. During the evaluation, patterns of internet use, emotional and social functioning, and the presence of somatic comorbidities were assessed. Treatment included group and family psychotherapy, psychoeducation for the patient and family, sociotherapeutic and occupational activities, stress-coping techniques, limitation of daily internet use, and counselling regarding nutrition and physical activity.

Discussion

The patient reported using the internet for 8–10 hours per day, most often as a way of coping with stress and regulating emotions. Psychological testing showed above-average cognitive abilities, with difficulties in impulse control, emotional regulation, and social interaction. During follow-up, the patient gradually reduced the total daily time spent online, with a partial shift from predominant video game use to increased use of social media. Academic performance remained stable and social engagement gradually improved. The ability to regulate emotions also improved. Somatic comorbidities were also present, including obesity (BMI 33.4), hyperlipidemia, and tachycardia. Nutritional counselling and lifestyle changes resulted in weight reduction from 116 kg to 101 kg.

Conclusion

Excessive internet use may further impair daily functioning in adolescents with autism spectrum disorders. Early recognition of the problem, family involvement, and collaboration between family physicians and specialist services are essential for successful management. Psychotherapy, lifestyle modification, and continuous follow-up play an important role in improving overall health outcomes in young people with autism spectrum disorders and comorbid addictive behaviours.

Keywords: *problematic internet use, addiction, Asperger's syndrome, autism spectrum disorder, comorbidity*

Nutritivni probir

Branislava Popović*

MF Rijeka

SAŽETAK

Uvod s cilj

Nutritivni probir predstavlja jednostavan postupak kojim se prepoznaju pothranjene osobe i pojedinci koji imaju povećan rizik od razvoja pothranjenosti. To je početni i ključni korak nutritivne skrbi koji omogućuje pravovremenu intervenciju i sprječavanje ozbiljnijih zdravstvenih komplikacija. Rad se fokusira na proces nutritivnog probira koji provodi obiteljski liječnik kako bi identificirao pacijente s rizikom od pothranjenosti.

Rasprava

Proces uključuje jednostavan postupak u četiri koraka: početno utvrđivanje rizika od pothranjenosti, provođenje nutritivne procjene, odabir i propisivanje odgovarajućih prehrambenih pripravaka te praćenje pacijenta. Procjena nutritivnog rizika oslanja se na čimbenike kao što su indeks tjelesne mase (BMI) i značajan gubitak težine tijekom određenog razdoblja (npr. više od 5% unutar jednog mjeseca). Nutritivna procjena koristi ABCD okvir (A - antropometrijska mjerenja, B - biokemijski markeri, C - klinički, D - dijetalni). Pri procjeni NS koristimo upitnike koji su validirani u različitim okruženjima. Kod starijih osoba treba obratiti pozornost na gubitak mišićne mase i snage, sarkopeniju, što može utjecati na svakodnevno funkcioniranje. Nutritivna intervencija omogućuje odabir prikladne enteralne formule prilagođene specifičnim potrebama pacijenta. Procjena stanja pacijenta bitna je za određivanje učinkovitosti nutritivne potpore.

Zaključak

Obiteljski liječnik koristiti će sveobuhvatan pristup za definiranje nutritivnog statusa koristeći anamnestičke podatke, klinički pregled, antropometrijska mjerenja i laboratorijske testove kako bi poboljšao zdravstveno stanje, kvalitetu života i ishode liječenja.

Ključne riječi: *nutritivni probir, obiteljska medicina, pothranjenost*

ABSTRACT

Introduction

Nutritional screening is a simple procedure that identifies undernourished individuals and individuals at increased risk of developing malnutrition. It is the initial and key step of nutritional care that allows for timely intervention and prevention of more serious health complications. The paper focuses on the process of nutritional screening carried out by a family physician to identify patients at risk of malnutrition.

Discussion

The process involves a simple four-step procedure: initial identification of the risk of malnutrition, conducting a nutritional assessment, selecting and prescribing appropriate nutritional preparations, and monitoring the patient. Nutritional risk assessment relies on factors such as body mass index (BMI) and significant weight loss over a certain period of time (e.g. more than 5% within one month). Nutritional assessment uses the ABCD framework (A - anthropometric measurements, B - biochemical markers, C - clinical, D - dietary). In assessing NS, we use questionnaires that have been validated in different settings. In older adults, attention should be paid to loss of muscle mass and strength, sarcopenia, which can affect daily functioning. Nutritional intervention allows for the selection of an appropriate enteral formula tailored to the specific needs of the patient. Assessment of the patient's condition is essential to determine the effectiveness of nutritional support.

Conclusion

The family physician will use a comprehensive approach to define nutritional status using anamnestic data, clinical examination, anthropometric measurements and laboratory tests to improve health status, quality of life and treatment outcomes.

Keywords: *family medicine, malnutrition, nutritional screening*

Cornu cutaneum u ambulanti obiteljske medicine – prikaz slučaja

Dr. Ana Bokor*, Dr. Ana Smolić

Dom zdravlja Zagreb Zapad

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Cornu cutaneum (kožni rog) je hiperkeratotična kožna tvorba koja se najčešće pojavljuje na fotoekspoziranim područjima kože, osobito kod starijih osoba s dugotrajnom izloženošću ultraljubičastom zračenju. Iako sama tvorba predstavlja nakupinu keratina, u njezinoj podlozi može se nalaziti širok spektar patoloških promjena – od benignih lezija do premalignih i malignih tumora kože. U približno 16–20 % slučajeva u podlozi kožnog roga nalazi se maligni tumor, najčešće planocelularni karcinom, dok se među premalignim promjenama može naći Bowenova bolest, intraepidermalni oblik planocelularnog karcinoma. U ambulanti obiteljske medicine liječnik je prvi koji procjenjuje novonastale kožne promjene. Stoga je pravodobno prepoznavanje suspektnih lezija i procjena rizičnih čimbenika ključ za rano otkrivanje kožnih maligniteta. Cilj rada je prikazati slučaj bolesnika s brzo rastućim kožnim rogom vlasništva kod kojeg je patohistološki potvrđena Bowenova bolest te naglasiti važnost pravodobne reakcije liječnika obiteljske medicine kod bolesnika s visokim onkološkim rizikom.

Prikaz slučaja

Muškarac u dobi od 76 godina javio se u ambulantu obiteljske medicine zbog tvorbe na vlasištu koja je rasla tijekom posljednja tri mjeseca te je postala bolna na dodir. U anamnezi je značajna dugogodišnja profesionalna izloženost sunčevu zračenju uz izraženu androgenu alopeciju vlasništva bez adekvatne fotoprotekcije. Pacijent ima i opterećenu dermatološko-onkološku anamnezu s višestrukim kirurškim zahvatima zbog planocelularnog karcinoma, zbog čega je koža vlasništva ožiljkasto promijenjena. Kliničkim pregledom uočena je hiperkeratotična konusna tvorba najveće visine približno 2 cm na vlasištu, čvrste konzistencije i bolna na palpaciju. Obzirom na brz rast promjene i onkološku anamnezu, uočen je povećan rizik maligniteta te zatražen žurni dermatološki pregled. Lezija je kirurški odstranjena i poslana na patohistološku analizu. Makroskopski je opisan isječak kože veličine 2,5 × 2 × 1,5 cm s bjelkastom uzdignutom tvorbom promjera 1,3 cm. Histološki je opisan hiper- i parakeratotičan epidermis s poremećajem stratifikacije i sazrijevanja keratinocita kroz cijelu debljinu epitela uz očuvanu bazalnu membranu te izražena solarna elastoza u dermisu. Patohistološki nalaz potvrdio je dijagnozu Morbus Bowen. Promjena nije dopirala do rubova ekscizije. Zbog foto-oštećene i ožiljkasto promijenjene kože vlasništva cijeljenje rane bilo je otežano.

Rasprava

Cornu cutaneum je klinički znak koji može nastati na podlozi različitih dermatoloških stanja. Iako su mnoge promjene benigne, značajan udio povezan je s premalignim ili malignim lezijama. Veći rizik maligniteta opisan je kod starijih bolesnika, kod lezija na fotoekspoziranim područjima te kod promjena koje brzo rastu ili su bolne. Bowenova bolest predstavlja intraepidermalni planocelularni karcinom karakteriziran atipijom keratinocita kroz cijelu debljinu epidermisa uz očuvanu bazalnu membranu, s mogućnošću progresije u invazivni karcinom. Pravodobna procjena u ambulanti obiteljske medicine bila je ključna. Prepoznavanje rizičnih čimbenika i brzog rasta lezije dovelo je do žurne specijalističke obrade i pravodobnog kirurškog liječenja.

Zaključak

Cornu cutaneum zahtijeva pažljivu evaluaciju zbog mogućnosti premalignih ili malignih promjena u podlozi. Kod bolesnika s kroničnom izloženošću sunčevu zračenju i prethodnim kožnim malignitetima potreban je visok stupanj kliničke sumnje. Prikazani slučaj naglašava važnost proaktivnosti liječnika obiteljske medicine u dijagnosticiranju kožnih lezija. Brza klinička procjena i inzistiranje na žurnom dermatološkom pregledu omogućili su dijagnozu Bowenove bolesti u ranoj fazi i spriječili razvoj invazivnog planocelularnog karcinoma.

Ključne riječi: cornu cutaneum, primarna zdravstvena skrb, Bowenova bolest, planocelularni karcinom

ABSTRACT

Introduction and Objective

A cutaneous horn (cornu cutaneum) is a hyperkeratotic skin lesion commonly occurring on sun-exposed areas, particularly in elderly individuals with long-term ultraviolet exposure. Although the lesion represents an accumulation of keratin, various underlying pathological conditions may be present, ranging from benign lesions to premalignant and malignant skin tumors. In approximately 16-20% of cases, a malignant tumor – most commonly squamous cell carcinoma – is found at the base of the lesion, while premalignant conditions may include Bowen's disease, an intraepidermal form of squamous cell carcinoma. In family medicine practice, physicians are often the first to evaluate newly appearing skin lesions. Early recognition of suspicious lesions and assessment of risk factors are therefore essential for timely detection of skin malignancies. The aim of this paper is to present a case of a rapidly growing cutaneous horn of the scalp in which Bowen's disease was confirmed histopathologically, highlighting the importance of prompt assessment and referral by family physicians in high-risk patients.

Case Report

A 76-year-old man presented with a scalp lesion that had progressively enlarged over three months and had become painful on palpation. The patient had a history of long-term occupational sun exposure and marked androgenetic alopecia without adequate photoprotection. His dermatological history included multiple surgical procedures for squamous cell carcinoma, resulting in scarred scalp skin. Clinical examination revealed a hyperkeratotic conical lesion on the scalp approximately 2 cm in height, firm in consistency and painful on palpation. Due to rapid growth and the patient's oncological history, malignancy was suspected and an urgent dermatological examination was requested. The lesion was surgically excised and sent for histopathological analysis. Macroscopically, a skin specimen measuring 2.5 × 2 × 1.5 cm with a whitish elevated lesion 1.3 cm in diameter was described. Histological examination showed hyper- and parakeratosis with disturbed keratinocyte maturation throughout the full thickness of the epidermis, while the basal membrane remained intact. Pronounced solar elastosis was present in the dermis. The histopathological diagnosis confirmed Bowen's disease. The lesion did not reach the surgical margins. Wound healing was prolonged due to photodamaged and scarred scalp skin.

Discussion

A cutaneous horn is a clinical descriptor rather than a diagnosis, as it may arise from various dermatological conditions. While many lesions are benign, a significant proportion are associated with premalignant or malignant changes. Higher malignancy risk is observed in elderly patients, lesions located on sun-exposed areas, and lesions that grow rapidly or become painful. Bowen's disease represents an intraepidermal squamous cell carcinoma characterized by full-thickness keratinocyte atypia with preservation of the basal membrane, with potential progression to invasive carcinoma.

Conclusion

Cutaneous horns require careful evaluation due to the possibility of premalignant or malignant pathology at their base. In patients with chronic UV exposure and previous skin cancers, a high level of clinical suspicion is necessary. This case highlights the important role of family physicians in the early detection of suspicious skin lesions. Prompt clinical assessment and urgent referral enabled early diagnosis of Bowen's disease and prevented progression to invasive squamous cell carcinoma.

Keywords: *cornu cutaneum, primary health care, Bowen's disease, squamous cell carcinoma*

Suhi kašalj kao simptom *Helicobacter pylori* infekcije-prikaz slučaja

Dr. Sara Maroević*, Dr. Ana Bokor

Dom zdravlja Zagreb Zapad

Mia Mesić

Dom zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Suhi kašalj vrlo je čest simptom u ambulanti liječnika obiteljske medicine (LOM). *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) infekcija može se prezentirati tipičnim i atipičnim simptomima, u koje ubrajamo i suhi kašalj. Cilj ovog rada je prikazati važnost prepoznavanja simptoma *H.pylori* kako bi se infekcija pravovremeno liječila.

Prikaz slučaja

Pacijentica u dobi od 76 godina dolazi na pregled zbog intenzivnog suhog kašlja koji traje 3 dana. Dva mjeseca ranije imala je epizodu febriliteta uz suhi kašalj, a rendgen pluća pokazivao je inflamatorne promjene bronha uz mogući razvoj peribronhalnog upalnog pneumoničnog infiltrata. Tada je liječena azitromicinom. Od ranije boluje od arterijske hipertenzije, šećerne bolesti tip 2, hiperlipidemije i hipotireoze. U kroničnoj terapiji ima: valsartan 80 mg (1,0,0), amlodipin 5 mg (1,0,0), metformin 500 mg (1,0,1), rosuvastatin 20 mg (0,0,1), levotiroksin 75 mcg (1,0,0). Sadašnje tegobe svode se na subfebrilitet i suhi kašalj. U statusu je sve bilo bez osobitosti. U terapiju je uveden butamiracitrat 50 mg (1,0,1) te je upućena na laboratorijsku dijagnostiku. Po dolasku nalaza c-reaktivni protein iznosio je 14.6 mg/L. Pacijentica dolazi nakon 14 dana i navodi kako još uvijek ima suhi kašalj, a da je butamiracitrat ublažio simptome. Kašalj joj se svake godine pogoršava na jesen i u proljeće. Negira bolove u želudcu, ponekad ima osjećaj žarenja jednaka i regurgitaciju želučane kiseline. Pri pregledu je afebrilna, auskultatorno urednog šuma disanja. Preporučeno je PRICK testiranje i antigensko testiranje stolice na *H.pylori*. U terapiji je ponovljen butamiracitrat 50 mg (1,0,1). Nalaz je dokazao infekciju *H.pylori*. Zbog alergije na penicilin propisana je terapija bizmutovim subcitratom 120 mg (2,0,2), doksiciklinom 100 mg (1,0,1), metronidazolom 400 mg (1,0,1), esomeprazolom 40 mg (1,0,1) uz probiotik, sve u trajanju od 14 dana. Mjesec dana nakon završetka terapije ponovljen je uzorak stolice kojom nije dokazana prisutnost *H.pylori*. Pacijentica se više nije žalila na suhi kašalj.

Rasprava

Prevalencija infekcije *H.pylori* u svijetu iznosi oko pola ljudske populacije. U Hrvatskoj 41% populacije ima infekciju *H.pylori* koja je povezana s akutnim gastritisom, a 97% infekcija povezano je s kroničnim gastritisom. U tipične simptome infekcije ubrajamo osjećaj žarenja u jednjaku i regurgitaciju želučane kiseline, dok su atipični simptomi kronični kašalj, nekardijalna bol u prsima, kronični faringitis i laringitis. Manji broj bolesnika ima simptome (epigastričnu bol, mučninu, podrigivanje, povraćanje) koji se mogu preklapati s drugim gastrointestinalnim stanjima, kao što su dispepsija, teški oblik gastritisa, peptička ulkusna bolest ili hiatalna hernija.

Zaključak

Suhi kašalj jedan je od najčešćih simptoma zbog kojih pacijenti dolaze kod LOM. Ukoliko kašalj nije vezan uz akutnu infekciju vrlo je bitno učiniti dodatnu obradu i isključiti *H.pylori* kao uzrok suhog kašlja. Pravovremeno liječenje infekcije smanjuje mogućnost pojave komplikacija poput peptičkih ulkusa, kroničnog gastritisa i karcinoma želudca.

Ključne riječi: *Helicobacter pylori*, liječnik obiteljske medicine, suhi kašalj

ABSTRACT

Introduction with aim

Dry cough is a very common symptom in the family medicine doctor's (FMD) practice. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection may present with typical and atypical symptoms, including dry cough. The aim of this paper is highlighting the importance of recognizing the symptoms of *H. pylori* infection in order to enable timely treatment.

Case report

A 76-year-old female patient presented for examination due to an intense dry cough lasting for three days. Two months earlier, she had experienced an episode of fever accompanied by dry cough. Chest X-ray showed inflammatory changes of the bronchi with possible development of a peribronchial inflammatory pneumonic infiltrate. At that time, she was treated with azithromycin. Her medical history included arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, hyperlipidemia, and hypothyroidism. Her chronic therapy is valsartan 80 mg (1,0,0), amlodipine 5 mg (1,0,0), metformin 500 mg (1,0,1), rosuvastatin 20 mg (0,0,1), and levothyroxine 75 µg (1,0,0). Current symptoms included subfebrile temperature and dry cough. Physical examination revealed no significant abnormalities. Butamirate citrate 50 mg (1,0,1) was introduced, and the patient was referred for laboratory testing. Results showed that C-reactive protein was 14.6 mg/L. Fourteen days later, the patient returned and reported persistent dry cough, although butamirate citrate had alleviated the symptoms. She stated that the cough worsened every year in autumn and spring. She denied epigastric pain but occasionally experienced a burning sensation in the esophagus and gastric acid regurgitation. On examination, she was afebrile, with normal breath sounds on auscultation. PRICK allergy testing and stool antigen testing for *H. pylori* were recommended. Butamirate citrate 50 mg (1,0,1) was continued. The stool antigen test confirmed *H. pylori* infection. Due to penicillin allergy, eradication therapy was prescribed consisting of bismuth subcitrate 120 mg (2,0,2), doxycycline 100 mg (1,0,1), metronidazole 400 mg (1,0,1), and esomeprazole 40 mg (1,0,1), along with a probiotic, for a total duration of 14 days. One month after completion of therapy, repeat stool testing showed no presence of *H. pylori*. The patient no longer complained of dry cough.

Discussion

The prevalence of *H. pylori* infection worldwide is approximately half of the human population. In Croatia, 41% of the population is infected with *H. pylori*, which is associated with acute gastritis, while 97% of infections are linked to chronic gastritis. Typical symptoms of infection include a burning sensation in the esophagus and gastric acid regurgitation, whereas atypical symptoms include chronic cough, non-cardiac chest pain, chronic pharyngitis, and laryngitis. A smaller proportion of patients experience symptoms such as epigastric pain, nausea, belching, and vomiting, which may overlap with other gastrointestinal conditions, including dyspepsia, severe forms of gastritis, peptic ulcer disease, or hiatal hernia.

Conclusion

Dry cough is one of the most common symptoms at FMD. When the cough is not associated with an acute infection, it is very important to perform additional diagnostic evaluation and exclude *H. pylori* infection as a possible cause of dry cough. Timely treatment of the infection reduces the risk of complications such as peptic ulcers, chronic gastritis, and gastric cancer.

Keywords: *dry cough, family medicine doctor, Helicobacter pylori*

Od zanemarene anemije i negativnih tumorskih markera do dijagnoze kolorektalnog karcinoma

Dr. Ana Smolić*, Dr. Tin Tomašić, Dr. Ana Bokor

Dom zdravlja Zagreb Zapad

Klara Svalina

Dom zdravlja Zagrebačke županije

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Anemija je čest hematološki poremećaj u ordinaciji obiteljske medicine. Budući da predstavlja simptom osnovne bolesti, a ne dijagnozu samu po sebi, svaka novonastala anemija, osobito u pacijenata starijih od 55 godina, zahtijeva sustavnu dijagnostičku obradu s ciljem isključenja tumora i pravovremenog postavljanja dijagnoze. U kliničkoj praksi često se pritom prate tumorski markeri, no oni imaju ograničenu osjetljivost u ranim stadijima maligne bolesti. Cilj ovog prikaza slučaja je istaknuti važnost anemije kao kliničkog simptoma, limitiranost tumorskih markera te ulogu liječnika obiteljske medicine (LOM) u kontinuiranom praćenju i koordinaciji dijagnostičke obrade.

Prikaz slučaja

73-godišnji muškarac je došao na pregled LOM-a zbog produktivnog kašlja, pojačane nazalne sekrecije i osjećaja hroptanja u plućima u trajanju od četiri dana. Inače je bolovao od arterijske hipertenzije, fibrilacije atrijske, karcinoma prostate i intersticijske bolesti pluća s fibrozom. U laboratorijskim nalazima tijekom posljednje dvije godine zabilježeni su normocitna i normokromna anemija te negativni tumorski markeri (PSA, CEA, Ca 19-9, CYFRA 21-1). Tijekom fizikalnog pregleda bio je afebrilan i eupnoičan, s postnazalnom sekrecijom i difuznim vlažnim hropcima nad plućima. Iz laboratorijskih nalaza izdvojeni su snižen hemoglobin (Hb 97 g/L), uredan broj leukocita te blago povišen CRP (14 mg/L). RTG-om pluća isključena je pneumonija te je propisana terapija inhalacijama salbutamola. Zbog anemije je indicirano ponavljanje laboratorijskih pretraga i hemokult nakon rezolucije infekcije, no pacijent se nije odazvao na kontrolu. Nekoliko mjeseci kasnije, zbog niske vrijednosti Hb (77 g/L), pacijent je dobio dvije doze eritrocita na kontroli pulmologa i upućen je hematologu. Tijekom hematološkog praćenja je dobio dvije doze parenteralnog željeza u razmaku od mjesec dana. Zbog sideropenične anemije, unatoč i dalje negativnim markerima CEA i Ca 19-9, upućen je na gastroenterološku obradu. Nakon nekoliko dana pacijent se javio na hitni prijem zbog hematohezije. Kolonoskopijom je pronađena tumorska tvorba, a operativnim zahvatom utvrđen adenokarcinom debelog crijeva. Nakon kirurškog liječenja bolesnik je bio stabilan, bez potrebe za adjuvantnom terapijom.

Rasprava

Kolorektalni karcinom (CRC) je treći po učestalosti maligni tumor u odraslih, a najčešće se javlja nakon 50. godine života. U praksi se nerijetko dijagnosticira u poodmaklim stadijima, što značajno utječe na ishod liječenja. Rana klinička prezentacija često je nespecifična, a anemija zbog kroničnog gubitka krvi iz probavnog trakta može biti jedan od prvih znakova bolesti. U prikazanom slučaju početna normocitna i normokromna anemija u pacijenta s kroničnim upalnim stanjima mogla se tumačiti u sklopu osnovnih bolesti te, uz negativne tumorske markere, smanjiti sumnju na malignu etiologiju. Iako tumorski markeri poput CEA i Ca 19-9 mogu imati ulogu u praćenju i procjeni CRC-a, u literaturi se naglašava da njihova osjetljivost u ranim stadijima bolesti ostaje ograničena. Stoga njihova negativnost ne smije smanjiti kliničku sumnju na zloćudnu bolest niti odgađati daljnju dijagnostičku obradu. Uloga je LOM-a prepoznavanje abnormalnih laboratorijskih nalaza, praćenje kroz vrijeme te pravodobno upućivanje bolesnika na daljnju dijagnostičku obradu s ciljem sprječavanja odgađanja postavljanja dijagnoze i omogućavanja ranog otkrivanja bolesti.

Zaključak

LOM ima važnu ulogu u prepoznavanju anemije, kontinuiranom praćenju i iniciranju daljnje evaluacije, čime se omogućuje pravovremeno postavljanje dijagnoze, rano liječenje te bolji ishod bolesti.

Ključne riječi: anemija; biološki tumorski biljezi; kolorektalni tumori; odgođena dijagnoza

ABSTRACT

Introduction with aim

Anemia is a common hematologic disorder in family medicine practice. Representing a symptom of an underlying disease rather than a diagnosis, any new anemia, particularly in patients above 55 years, requires diagnostic evaluation aimed at excluding malignancy and ensuring timely diagnosis. In clinical practice, tumor markers are often monitored; however, their sensitivity in early stages of malignancy is limited. Aim of this case report is to emphasize importance of anemia as a symptom, limitations of tumor markers, and the role of family physician (FP) in continuous follow-up and coordination of diagnostic evaluation.

Case report

73-year-old man presented to doctor's office with complaints of productive cough, nasal secretion, and feeling of chest congestion lasting four days. Medical history included arterial hypertension, atrial fibrillation, prostate cancer, and interstitial lung disease with fibrosis. Laboratory results over the preceding two years showed normocytic, normochromic anemia and persistently negative tumor markers (PSA, CEA, CA 19-9, CYFRA 21-1). During physical examination he was afebrile and eupneic, with postnasal drip and diffuse crackles on lung auscultation. Laboratory findings showed reduced hemoglobin levels (Hb 97 g/L), normal leukocyte count, and mildly elevated CRP (14 mg/L). Chest radiography excluded pneumonia, and therapy with salbutamol inhalation was prescribed. Due to anemia, he recommended to repeat laboratory testing and fecal occult blood testing after the infection; however, the patient didn't follow-up. Several months later, due to hemoglobin decline (77 g/L), patient received two units of packed red blood cells during a pulmonology visit and was referred to a hematologist. During hematologic evaluation, he received two doses of parenteral iron one month apart. Because of iron deficiency anemia, despite negative CEA and CA 19-9, he was referred for gastroenterological evaluation. A few days later, patient presented to the emergency department with hematochezia. Colonoscopy revealed a tumor lesion, and surgical intervention confirmed adenocarcinoma of the colon. After surgical treatment, patient remained stable and didn't require adjuvant therapy.

Discussion

Colorectal cancer (CRC) is third most common malignancy in adults and mostly occurs above age of 50. It's often diagnosed at advanced stages, which significantly affects treatment outcomes. Early clinical presentation is frequently non-specific, and anemia from chronic gastrointestinal blood loss may be one of the earliest signs of the disease. In this case, initial normocytic and normochromic anemia in a patient with chronic inflammatory conditions could have been interpreted as part of the underlying comorbidities and, with negative tumor markers, may have reduced suspicion of malignant etiology. Although tumor markers such as CEA and CA 19-9 may play a role in CRC follow-up and assessment, literature emphasizes their limited sensitivity in early stages. Therefore, negative marker results shouldn't reduce clinical suspicion of malignancy nor delay further diagnostic. Roles of FP include recognizing abnormal laboratory findings, ensuring follow-up, and timely referring patients for work-up in order to prevent delays in diagnosis and enable early detection of disease.

Conclusion

FP's crucial role is recognizing significance of anemia finding, providing follow-up, and initiating further evaluation, enabling timely diagnosis, treatment, and improved outcomes.

Keywords: *anemia; tumor markers, biological; colorectal neoplasms; delayed diagnosis*

Posttraumatska kronična glavobolja u ordinaciji obiteljske medicine

Elida Isaković*

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

Iva Kljajić

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Posttraumatske glavobolje (Post-traumatic headaches PTHA) česta su posljedica traumatske ozljede mozga i mogu postati kronične te onesposobljavajuće. Dije se na akutne (do tri mjeseca) i perzistentne (dulje od tri mjeseca). Prema međunarodnoj klasifikaciji, PTHA nastaje unutar sedam dana od ozljede ili povratka svijesti. Glavobolja je najčešća fizička tegoba nakon ozljede mozga, s učestalošću od 30–90%. PTHA je češća nakon lakše ozljede mozga, nego kod težih oblika ozljede mozga. Češća je kod žena nego muškaraca. Cilj ovog rada je prikazati dijagnostički i terapijski postupak zbrinjavanja te izazove u skrbi za bolesnike s posttraumatskom glavoboljom u ordinaciji obiteljske medicine.

Prikaz slučaja

47-godišnji pacijent dolazi na pregled u ordinaciju obiteljske medicine zbog glavobolje. Prethodno obrađivan putem OHBP-a zbog ozljeda glave zadobivenih fizičkom silom. Tada se učinila obrada, uključujući i CT mozga koji su bili uredni. Od tada navodi konstantnu glavobolju VAS 8/10, opisuje ju kao tupom, probadajućom uz fotofobiju, navodi i mučninu i povraćanje. Prilikom pregleda neurološki status uredan. Pacijentu se uvede u terapiji naproksennatrij 550mg uz gastroprotekciju te se naruči za pregled neurologa. Nakon pregleda neurologa pacijentu je postavljena dijagnoza G44.3 Kronična posttraumatska glavobolja te se u terapiji uz NSAR uvede i Mg 400 mg i uputi u Ambulantu za glavobolje. Na zadnjem neurološkom pregledu pacijentu se uključi pregabalin 75mg 2x dnevno, isključi se NSAR te se ordinira paracetamol prema potrebi.

Rasprava

Kod prikazanog pacijenta vidi se kako posttraumatska glavobolja može prerasti u kronični oblik unatoč urednoj inicijalnoj dijagnostičkoj obradi, što potvrđuje da mehanizam PTHA nije nužno povezan s vidljivim radiološkim promjenama.

Zaključak

Prepoznavanje perzistentnih simptoma i racionalno vođenje terapije, uključujući izbjegavanje prekomjerne upotrebe analgetika, ključno je za sprječavanje pogoršanja kliničke slike. Složenost skrbi naglašava važnost multidisciplinarnog pristupa u kojem suradnja obiteljske medicine, neurologa i psihologa omogućuje optimalno liječenje i praćenje bolesnika.

Ključne riječi: *posttraumatska glavobolja, obiteljska medicina*

ABSTRACT

Introduction

Post-traumatic headaches (PTHA) are a frequent consequence of traumatic brain injury and can become chronic and disabling. They are classified as acute (up to three months) or persistent (longer than three months). According to the international classification, PTHA develops within seven days of the injury or the recovery of consciousness. Headache is the most common physical complaint following a brain injury, with an incidence of 30–90%. PTHA is more frequent after mild brain injuries than in more severe forms and is more common in women than in men. The aim of this paper is to present the diagnostic and therapeutic management procedures, as well as the challenges in caring for patients with post-traumatic headaches within a family medicine practice.

Case report

A 47-year-old male patient presented to a family medicine office complaining of a headache. He had previously been treated at the Emergency Department due to head injuries sustained by physical force. At that time, diagnostic workup, including a brain CT scan, was performed and yielded normal results. Since then, the patient reported a constant headache (VAS 8/10), describing it as dull and stabbing, accompanied by photophobia, nausea, and vomiting. Upon examination, the neurological status was normal. The patient was started on naproxen sodium 550 mg with gastroprotection and was referred to a neurologist. Following the neurological consultation, the patient was diagnosed with G44.3 Chronic post-traumatic headache. In addition to NSAIDs, magnesium 400 mg was introduced, and the patient was referred to a specialized Headache Clinic. During the most recent neurological follow-up, pregabalin 75 mg twice daily was initiated, NSAIDs were discontinued, and paracetamol was prescribed as needed.

Discussion

The presented case demonstrates how a post-traumatic headache can evolve into a chronic form despite normal initial diagnostic results. This confirms that the mechanism of PTHA is not necessarily linked to visible radiological changes.

Conclusion

Recognizing persistent symptoms and ensuring rational therapeutic management—including the prevention of medication-overuse headache—is crucial to preventing clinical deterioration. The complexity of care highlights the importance of a multidisciplinary approach, where cooperation between family medicine, neurologists, and psychologists enables optimal treatment and patient monitoring.

Keywords: *Post-traumatic headaches, family medicine*

Lažno nizak kardiovaskularni rizik u obiteljskoj medicini: jednostavni alati za prepoznavanje skrivenog rizika

Mirna Mišković*, Ana Damjanović, Anja Valentin Jurlina

DZ OBŽ

Matea Paradžiković Resli, Mia Školka

DZ Vinkovci

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Standardni modeli procjene kardiovaskularnog rizika, SCORE2 i SCORE2-OP, temelje se na dobi, spolu, sistoličkom tlaku, ukupnom kolesterolu/HDL omjeru i pušačkom statusu te obuhvaćaju osobe između 40 i 89 godina. Iako su korisni za populacijsku stratifikaciju, u praksi često stvaraju kategoriju „lažno niskog rizika“, osobito kod mlađih osoba, žena, bolesnika s pozitivnom obiteljskom anamnezom, metaboličkim poremećajima, osoba rođenih prije termina i onih s ekstremnom porođajnom masom. Lažno nizak rizik ne znači odsutnost rizika, već ograničenje modela koji ne prepoznaje kontekst pacijenta. Cilj rada je prikazati jednostavne, troškovno učinkovite parametre za prepoznavanje skrivenog rizika u ordinaciji obiteljske medicine.

Rasprava

Analizirani su pokazatelji dostupni u ordinaciji obiteljske medicine, bez potrebe za skupom dijagnostikom. Pulsni tlak > 60 mmHg marker je arterijske krutosti i ubrzanog vaskularnog starenja, osobito u mlađih bolesnika s izoliranom sistoličkom hipertenzijom. Omjer struk/visina $\geq 0,5$ bolji je prediktor metaboličkog i kardiovaskularnog rizika od indeksa tjelesne mase, jer preciznije procjenjuje visceralnu pretilost. Opseg vrata (>40 cm u muškaraca; >37 cm u žena) dodatno je povezan s opstruktivnom apnejom i metaboličkim rizikom. Albuminurija (ACR ≥ 30 mg/g) i procijenjena glomerularna filtracija (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²) rani su znakovi endotelne disfunkcije i oštećenja ciljnih organa, a uvođenjem omjera albumin/kreatinin dostupni su i u ambulantama obiteljske medicine. Određivanje Lp(a) važno je kod bolesnika s pozitivnom obiteljskom anamnezom ili prijevremenom aterosklerozom, jer su povišene koncentracije neovisan čimbenik rizika za aterosklerotsku kardiovaskularnu bolest i stenozu aortne valvule. U pravilu je dovoljno jednokratno određivanje, no ženama se preporučuje testiranje i prije i nakon menopauze. Anamnestički podaci o prematuritetu i porođajnoj masi dodatno nadopunjuju standardne kalkulatorne rizika. Niska porođajna masa povezana je s hipertenzijom, koronarnom bolešću i metaboličkim poremećajima u odrasloj dobi, osobito uz pretilost, dok visoka porođajna masa također nosi povećani kardiovaskularni rizik.

Zaključak

Lažno nizak kardiovaskularni rizik predstavlja važan izazov primarne zdravstvene zaštite. Jednostavni antropometrijski omjeri, pulsni tlak, laboratorijski pokazatelji i podaci o ranom životu su jeftini i dostupni alati za prepoznavanje skrivenog rizika u populacijama koje standardni modeli podcjenjuju, a pacijentima su dovoljno razumljivi i mjerljivi da olakšaju promjenu životnog stila. Individualni pristup ostaje ključan jer rizik nadilazi numeričku procjenu i uključuje biopsihosocijalni kontekst osobe. Ključne riječi: kardiovaskularni rizik; primarna prevencija; obiteljska medicina; antropometrijski omjeri; albuminurija

Ključne riječi: kardiovaskularni rizik; primarna prevencija; obiteljska medicina; antropometrijski omjeri; albuminurija

Literatura

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. [Internet]. 2023;41(12):1874–2071. Datum pristupa 2.3.2026.; Dostupno na adresi: <https://hypertasi.gr/images/news/2023-ESH-Guidelines-for-the-management-of-arterial-271.pdf>

2. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J* [Internet]. 2021;42(25):2439–54. Dostupno na adresi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>
3. Tsimikas S. A test in context: Lipoprotein(a): Diagnosis, prognosis, controversies, and emerging therapies. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2017;69(6):692–711. Dostupno na adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.042>
4. Ashwell M, Gibson S. Waist-to-height ratio as an indicator of “early health risk”: simpler and more predictive than using a “matrix” based on BMI and waist circumference. *BMJ Open* [Internet]. 2016;6(3):e010159. Dostupno na adresi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010159>
5. Josphipura K, Muñoz-Torres F, Vergara J, Palacios C, Pérez CM. Neck circumference may be a better alternative to standard anthropometric measures. *J Diabetes Res* [Internet]. 2016;2016:6058916. Dostupno na adresi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6058916>

ABSTRACT

Introduction and aim

Standard cardiovascular risk assessment models, such as SCORE2 and SCORE2-OP, use age, sex, systolic blood pressure, total cholesterol/HDL ratio, and smoking status. They are designed for individuals aged 40 to 89 years and are useful for population-level risk stratification. However, they often produce a “falsely low risk” category, particularly among younger individuals, women, patients with a positive family history, those with metabolic disorders, individuals born preterm, and those with extreme birth weights. “Falsely low risk” does not mean no risk. Instead, it highlights the limitations of models that do not consider the patient’s individual context. This paper aims to present simple, cost-effective parameters for identifying hidden risks in the family medicine setting.

Discussion

Indicators available in family medicine practice were analysed; these require no costly diagnostics. A pulse pressure greater than 60 mmHg is a marker of arterial stiffness and accelerated vascular ageing. This is especially true for younger patients with isolated systolic hypertension. A waist-to-height ratio of 0.5 or higher more accurately identifies people at increased metabolic and cardiovascular risk than body mass index, because it is more closely associated with visceral adiposity. An increased neck circumference, over 40 cm in men and over 37 cm in women, is linked to a higher risk of obstructive sleep apnoea and metabolic complications. Albuminuria (ACR \geq 30 mg/g) and a reduced estimated glomerular filtration rate (eGFR $<$ 60 ml/min/1.73 m²) indicate early endothelial dysfunction and target organ damage. These markers can now be routinely assessed in family medicine due to the adoption of albumin-to-creatinine ratio measurement. Measuring Lp (a) is important in patients with a positive family history or early atherosclerosis. Elevated concentrations are an independent risk factor for atherosclerotic cardiovascular disease and aortic valve stenosis. Generally, a single measurement is adequate; however, it is advisable for women to be tested both before and after menopause. Anamnestic data on prematurity and birth weight further enhance standard risk calculators. Low birth weight is associated with hypertension, coronary artery disease, and metabolic disorders in adulthood, especially when combined with obesity. Conversely, high birth weight is linked to an increased cardiovascular risk.

Conclusion

Incorrectly low cardiovascular risk poses a significant challenge in primary healthcare. Anthropometric ratios, pulse pressure, laboratory markers, and early-life data are cost-effective, easily accessible tools that can be employed to identify hidden risks in populations often underestimated by standard models. These tools are also understandable and measurable enough to help patients make lifestyle changes. An individualised approach remains crucial, as risk goes beyond numerical evaluations to include the person’s biopsychosocial context.

Keywords: *cardiovascular risk; primary prevention; family medicine; anthropometric ratios; albuminuria*

Kad lijekova ima previše – polifarmacija kao klinički izazov

Juraj Jug*, Valentina Mikulić

Dom zdravlja Zagreb - Zapad

SAŽETAK

Uvod

Polifarmaciji (upotrebi pet i više lijekova kod istog pacijenta) izložena je polovica svjetske populacije, a doprinosi joj loša dostupnost, pogrešno bilježenje i praćenje lijekova koje bolesnik uzima. Navedeno može dovesti do značajnih interakcija lijekova i nuspojava (npr. padova, lošeg pamćenja, egzacerbacije kroničnih bolesti,...) koje čine do 20% hospitalizacija starijih osoba. Liječnik obiteljske medicine u praksi prosječno propisuje oko 130 receptnih lijekova za koje mora znati indikacije, kontraindikacije, potencijalne interakcije te moguće rizike i nuspojave. Cilj ovog rada je prikazati najčešće interakcije te metode racionalnog propisivanja i depreskripcije lijekova kojima možemo znatno unaprijediti kontrolu bolesti, kvalitetu života i preživljenje ovih bolesnika.

Rasprava

Prema Izvješću o potrošnji lijekova iz 2024. (HALMED) najpropisivanijih 10 lijekova su: kolekalciferol, atorvastatin, pantoprazol, rosuvastatin, Aspirin, diazepam, ramipril, furosemid, amlodipin i ibuprofen. Od navedenih, Aspirin, diazepam i furosemid primjer su lijekova koje mnogi pacijenti uzimaju temeljem pogrešne indikacije, po vlastitoj želji ili drugog nemedicinskog razloga, a mogu biti uzrok brojnih zdravstvenih problema bez jasne koristi. Čak 84% liječnika povremeno propisuje lijekove na zahtjev pacijenata bez jasne kliničke indikacije, a do 30% lijekova koristi se neracionalno. Također, liječnicima često nije poznato što od bezreceptnih lijekova pacijent koristi, a oni čine do 7% cjelokupne potrošnje lijekova. Zbog toga, primjenu racionalne farmakoterapije u praksi treba započeti i završiti pitanjem: „Je li ovaj lijek bolesniku zaista potreban?“. Istraživanjima i novim saznanjima, 2023. godine usuglašena je i preporučena treća inačica 190 STOPP/START kriterija (133, odnosno 57 kriterija) prema organskim sustavima za početak i prekid (depreskripciju) terapije starijim bolesnicima. Prema ovim kriterijima čak 72% bolesnika starijih od 65 godina ima barem jedan, a oko 31 % čak tri lijeka koje bi prema STOPP kriterijima trebalo ukinuti. Oni ne mogu biti zamjena za kliničku prosudbu potreba svakog bolesnika, ali pomažu u konačnom donošenju odluke.

Zaključak

Polifarmacija je izrazito rašireni problem na kojeg može utjecati svaki liječnik ciljanom i kvalitetnom procjenom koristi određenog liječenja u odnosu na moguću štetu koju ono može prouzrokovati, poštujući bolesnikove želje, prioritete i vrijednosti. Ovim pristupom možemo poboljšati kvalitetu života i kliničke ishode pacijenata.

Ključne riječi: *kronične bolesti, multimorbiditet, obiteljska medicina, polifarmacija, starost*

ABSTRACT

Introduction

Polypharmacy (the use of five or more medications by the same patient) affects half of the world's population. Poor availability, incorrect recording, and monitoring of medications taken by the patient contribute to this problem. This can lead to significant drug interactions and side effects (e.g., falls, poor memory, exacerbation of chronic diseases, etc.) that account for up to 20% of hospitalizations of the elderly. In practice, a family doctor prescribes an average of about 130 prescription medications for which he must know the indications, contraindications, potential interactions, and possible risks and side effects. This paper aims to present the most common interactions and methods of rational prescribing and deprescribing medications that can significantly improve disease control, quality of life, and survival of these patients.

Discussion

According to the 2024 Drug Consumption Report (HALMED), the 10 most prescribed medications are: cholecalciferol, atorvastatin, pantoprazole, rosuvastatin, aspirin, diazepam, ramipril, furosemide, amlodipine, and ibuprofen. Of the above, Aspirin, diazepam, and furosemide are examples of drugs that many patients take based on the wrong indication, at their own request, or for other non-medical reasons, and can cause numerous health problems without clear benefit. As many as 84% of doctors occasionally prescribe drugs at the request of patients without a clear clinical indication, and up to 30% of drugs are used irrationally. Also, doctors often do not know which over-the-counter drugs the patient is using, and they account for up to 7% of the total drug consumption. Therefore, the application of rational pharmacotherapy in practice should begin and end with the question: "Does the patient really need this drug?". Based on research and new findings, in 2023, the third version of 190 STOPP/START criteria (133 and 57 criteria, respectively) was agreed and recommended according to organ systems for starting and stopping (deprescribing) therapy in elderly patients. According to these criteria, as many as 72% of patients over 65 years of age have at least one, and about 31% have as many as three, drugs that should be discontinued according to the STOPP criteria. They cannot replace clinical judgment of each patient's needs, but they help make the final decision.

Conclusion

Polypharmacy is a widespread problem that can be mitigated by every physician through a targeted, high-quality assessment of the benefits of a particular treatment relative to the potential harm it may cause, while respecting the patient's wishes, priorities, and values. This approach can improve patients' quality of life and clinical outcomes.

Keywords: *chronic diseases, multimorbidity, family medicine, polypharmacy, elderly*

Rano prepoznavanje kronične bubrežne bolesti u ordinaciji obiteljske medicine i učinak finerenona u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2 – prikaz slučaja

Marija Ćosić*

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

Vanja Viali

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Vanja Viali, dr. med., Split

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Kronična bubrežna bolest (KBB) česta je komplikacija šećerne bolesti tipa 2 i arterijske hipertenzije te predstavlja značajan kardiovaskularni rizik. U ranim stadijima bolesti glomerularna filtracija (eGFR) može biti očuvana, dok je albuminurija prvi pokazatelj oštećenja bubrega i važan prognostički marker progresije bolesti. Cilj ovog rada je prikazati važnost ranog otkrivanja albuminurije u ordinaciji obiteljske medicine te učinak suvremene nefroprotektivne terapije u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2.

Prikaz slučaja

Prikazan je bolesnik u dobi 66 godina s arterijskom hipertenzijom i šećernom bolešću tipa 2 koji se redovito prati u ordinaciji obiteljske medicine. Unatoč dobro reguliranoj glikemiji i već uvedenoj terapiji ACE inhibitorom i SGLT2 inhibitorom, laboratorijskom obradom utvrđena je albuminurija (UACR 9,48 mg/mmol) uz očuvanu bubrežnu funkciju (eGFR 94 ml/min/1,73 m²), što odgovara stadiju KBB G1A2. Zbog albuminurije bolesnik je upućen nefrologu gdje je uveden finerenon. Tijekom praćenja zabilježen je očekivani početni pad eGFR-a uz stabilne vrijednosti kalija i dobru podnošljivost terapije. Nakon pet mjeseci praćenja albuminurija je smanjena za više od 55% (UACR 3,91 mg/mmol) uz stabilnu bubrežnu funkciju.

Rasprava

Albuminurija je rani marker KBB-a i često prethodi padu eGFR-a. Redovito određivanje UACR-a u ordinaciji obiteljske medicine omogućuje rano prepoznavanje bubrežnog oštećenja i pravodobno uvođenje nefroprotektivne terapije. Finerenon je selektivni nesteroidni antagonist mineralokortikoidnih receptora koji je u kliničkim istraživanjima pokazao smanjenje progresije kronične bubrežne bolesti i kardiovaskularnih događaja u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2.

Zaključak

Redovito određivanje albuminurije u ordinaciji obiteljske medicine omogućuje rano prepoznavanje kronične bubrežne bolesti i pravodobno uvođenje nefroprotektivne terapije koja može značajno usporiti progresiju bolesti.

Ključne riječi: albuminurija, kronična bubrežna bolest, šećerna bolest tipa 2, obiteljska medicina

ABSTRACT

Introduction and aim

Chronic kidney disease (CKD) is a common complication of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension and represents a significant cardiovascular risk. In the early stages of the disease, glomerular filtration rate (eGFR) may remain preserved, while albuminuria is the first indicator of kidney damage and an important prognostic marker of disease progression. The aim of this study was to demonstrate the importance of early detection of albuminuria in family medicine practice and the effect of modern nephroprotective therapy in patients with type 2 diabetes mellitus.

Case Report

A 66-year-old patient with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus, regularly followed in a family medicine practice, is presented. Despite good glycaemic control and ongoing therapy with an ACE inhibitor and an SGLT2 inhibitor, laboratory testing revealed albuminuria (UACR 9.48 mg/mmol) with preserved renal function (eGFR 94 ml/min/1.73 m²), corresponding to CKD stage G1A2. Due to albuminuria, the patient was referred to a nephrologist, where finerenone therapy was initiated. During follow-up, the expected initial decline in eGFR was observed, with stable potassium levels and good treatment tolerability. After five months of follow-up, albuminuria decreased by more than 55% (UACR 3.91 mg/mmol) with stable renal function.

Discussion

Albuminuria is an early marker of CKD and often precedes the decline in eGFR. Regular determination of UACR in family medicine practice enables early detection of kidney damage and timely initiation of nephroprotective therapy. Finerenone is a selective non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonist that has been shown in clinical trials to reduce the progression of chronic kidney disease and cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus.

Conclusion

Regular assessment of albuminuria in family medicine practice enables early recognition of chronic kidney disease and timely initiation of nephroprotective therapy, which may significantly slow disease progression.

Keywords: *Albuminuria, Chronic Kidney Disease, Type 2 Diabetes Mellitus, Family Medicine*

Rani simptomi, dijagnostika i liječenje Alzheimerove bolesti

Dr. Sanja Klajić Grotić*

Ordinacija opće medicine

SAŽETAK

U skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, pravodobno prepoznavanje ranih simptoma Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije predstavlja jedan od ključnih prioriteta u radu obiteljskog liječnika. Posebno je važno otkrivanje osoba u stadiju blagog kognitivnog (spoznajnog) poremećaja, budući da približno 50% bolesnika s blagim kognitivim poremećajem tijekom tri godine razvije Alzheimerovu bolest. Cilj ovog rada jest pružiti liječnicima obiteljske medicine sveobuhvatne informacije o demencijama, uključujući pregled njihovih najčešćih kliničkih oblika, čimbenika rizika, ključnih simptoma te dostupnih lijekova za liječenje demencije. U slučaju sumnje na simptome demencije, obiteljski liječnik započinje dijagnostičku obradu osnovnim biokemijskim pretragama i slikovnim metodama, dok se mentalno stanje procjenjuje standardiziranim kognitivnim testovima. Po završetku inicijalne obrade, pacijent se upućuje na daljnju dijagnostiku unutar bolničkog sustava. Alzheimerova bolest danas se definira kao biološka bolest, a ne isključivo kao klinički sindrom. Dijagnostička potvrda temelji se na dokazivanju patoloških promjena amiloid-beta i tau proteina, pri čemu poseban napredak u dijagnostici predstavljaju krvni biomarkeri. Nakon postavljanja dijagnoze, u terapiju se uvodi lijek za liječenje demencije (antidemantiv), koji se propisuje prema kliničkoj slici i stadiju bolesti. Registracija i dostupnost svih antidemantiva (donepezil, rivastigmin, galantamin i memantin) na A-listi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje osigurala bi adekvatno liječenje za sve oboljele i smanjila troškove zdravstvenog sustava. Poremećaji ponašanja, koji se mogu javiti u svim fazama bolesti, liječe se simptomatski primjenom antidepresiva ili antipsihotika, ovisno o kliničkoj slici. Uz farmakološko liječenje, iznimno važnu ulogu imaju i nefarmakološke metode koje doprinose očuvanju kvalitete života oboljele osobe u obitelji i zajednici. One obuhvaćaju različite oblike kognitivne stimulacije, poput kognitivnih vježbi, terapije orijentacije u stvarnosti, fizičke aktivnosti, prilagodbe okoliša, muzikoterapije, likovne terapije i poticanja socijalnih kontakata. Uloga obiteljskog liječnika u skrbi za oboljele ključna je u pravodobnom prepoznavanju ranih simptoma i provođenju odgovarajuće dijagnostike, kako bi se što ranije započelo liječenje prema smjernicama. Time se usporava kognitivno propadanje i poboljšava kvaliteta života oboljele osobe. Važan je i multidisciplinarni pristup te suradnja liječnika obiteljske medicine, neurologa, psihijatra, patronažne sestre, kućne njege, radnog terapeuta, fizioterapeuta, nutricioniste i socijalnih radnika, jer upravo takav način liječenja daje najbolje rezultate omogućavajući kvalitetnu skrb o oboljelom.

Ključne riječi: *Alzheimerova bolest, obiteljski liječnik, dijagnostika, krvni biomarkeri, nefarmakološko liječenje*

ABSTRACT

In line with the recommendations of the World Health Organization, the timely recognition of early symptoms of Alzheimer's disease and other forms of dementia represents one of the key priorities for family physicians. It is particularly important to identify individuals in the stage of mild cognitive impairment, since approximately 50% of patients with it develop Alzheimer's disease within three years. The aim of this study is to provide general practitioners with comprehensive information on dementias, including an overview of the most common clinical forms, risk factors, key symptoms and treatment options. If suspecting dementia symptoms, the family physician initiates diagnostic procedures using basic biochemical tests and imaging methods, while mental status is assessed through standardized cognitive tests. After the initial evaluation, the patient is referred for additional diagnostic procedures within the hospital system. Nowadays, Alzheimer's disease is defined as a biological disease rather than solely a clinical syndrome. Diagnostic confirmation is based on demonstrating pathological changes in amyloid-beta and tau proteins, with blood biomarkers representing a significant diagnostic advance-

ment. After establishing the diagnosis, anti-dementia medication is introduced, prescribed according to the clinical features and stage of the disease. The registration and inclusion of all anti-dementia drugs (donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine) on the A-list of the Croatian Health Insurance Fund would ensure adequate treatment for all patients and reduce healthcare system costs. Behavioral disorders, which can occur at all stages of the disease, are treated symptomatically with antidepressants or antipsychotics, depending on the clinical features. In addition to pharmacological treatment, non-pharmacological methods play a vital role, contributing to maintaining the quality of life of affected individuals within the family and the community. These include various forms of cognitive stimulation, such as cognitive exercises, reality orientation therapy, physical activity, environmental modifications, music therapy, art therapy and the encouragement of social contact. Family physicians play a key role in the timely recognition of early symptoms and in applying appropriate diagnostic procedures, in order to initiate treatment as early as possible, thereby slowing cognitive decline and improving the patient's quality of life. A multidisciplinary approach and collaboration among family physicians, neurologists, psychiatrists, community nurses, home care providers, occupational therapists, physiotherapists, nutritionists and social workers are essential, as this integrated approach gives the best results, ensuring high-quality patient care.

Keywords: *Alzheimer's disease, family physician, diagnostics, blood biomarkers, non-pharmacological treatment*

Trebamo li promijeniti strukturu tima obiteljske medicine?

Dr Aleksandar Ljubotina*

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine

SAŽETAK

Uvod

U zadnjih desetak godina srednja dob hrvatskih obiteljskih liječnika se rapidno povećava. Medijan dobi je oko 56 godina, 40% liječnika starije je od 60 god, a 17% je starije od 65 godina. Sve je veći broj timova bez nositelja, s HZZO-om je ugovoreno 2308 timova, od toga je najmanje 146 timova bez nositelja. Standardni tim se sastoji od liječnika/specijalista OM i medicinske sestre/tehničara. Zbog povećanog opterećenja, dvije osobe nisu dovoljne i potrebno je pojačati timove OM.

Cilj rada

Uz pomoć SWOT analize analizirati dva prijedloga za proširenje standardnog tima u hrvatskoj OM. Metoda SWOT analiza se procjenjuju snage (Strengths), slabosti (Weaknesses), prilike (Opportunities) i prijetnje (Threats) projekta. Procjenjuju se dva prijedloga za proširenje tima OM. Prvi prijedlog: Tim OM (1700 pacijenata). Sastav tima: specijalist/ica OM, magistra/ar sestrinstva, medicinska sestra/tehničar i zdravstveni administrator/ica. Drugi prijedlog: Složeni tim OM (5000 pacijenata), po jedna magistra/ar sestrinstva i medicinska sestra skrbe o 1000 pacijenata, uz koordinaciju specijalista/ice OM i medicinske sestre/tehničara.

Rezultati i rasprava

Prvi prijedlog - Snage: Bolja podjela posla vodi kvalitetnijem radu, uz manje pogrešaka.

Slabosti: Potrebno je magistrama/ima sestrinstva i medicinskim sestrama/tehničarima dati veće ingerencije u Zakonu o zdravstvu. Veći izdatci za plaće (8.400 članova tima, nasuprot sadašnjih 4.200).

Prilike: Veća kvaliteta rada u obiteljskoj medicini povećala bi ugled specijalizacije OM.

Prijetnje: Nedostatak financijskih sredstava za kupnju dijagnostičke i terapijske opreme. Nezainteresiranost magistri/ara sestrinstva za rad u OM.

Drugi prijedlog - Snage: Potreban je manji broj specijalista OM (660 u RH, nasuprot 2150 sadašnjih), ne bi bilo timova bez nositelja.

Slabosti: Potrebno je magistrama/ima sestrinstva i medicinskim sestrama/tehničarima dati veće ingerencije, u Zakonu o zdravstvu. Veće financijsko opterećenje za plaće (7.620 članova tima, nasuprot sadašnjih 4.200).

Prilike: Prilagodba veličine složenog tima. Ako postoji veći interes liječnika/ca za rad u OM, složeni tim se može smanjiti. Prijetnje: Nedostatak financijskih sredstava za kupnju dijagnostičke i terapijske opreme. Nezainteresiranost magistri/ara sestrinstva za rad u OM.

Zaključak

Standardni tim OM u RH, potrebno je proširiti. Prošireni tim OM omogućava kvalitetniji rad. Analizirana su dva načina za proširenje tima OM, koji zahtijevaju povećanje ingerencija magistri/ara sestrinstva i medicinskih sestara, u Zakonu o zdravstvu.

Gljučne riječi: *Gljučne riječi: proširenje tima obiteljske medicine, SWOT analiza*

Literatura

1. Digitalni atlas hrvatskog liječništva - Hrvatska liječnička komora <https://www.hlk.hr/digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx>, pristupljeno 08.03.2026.
2. Gupta A, Gray CS, Landes M, Sridharan S, Bhattacharyya O. Family medicine: An evolving field around the world. *Can Fam Physician*. 2021 Sep;67(9):647-651. doi: 10.46747/cfp.6709647. PMID: 34521704; PMCID: PMC9683363.
3. Fogarty CT, Strayer SM, Lord RW Jr, Baltierra DA, Jame PA, Hoff T. Making the Future of Family Medicine Brighter by Breaking it First.... *Ann Fam Med*. 2024 Jul-Aug;22(4):358-360. doi: 10.1370/afm.3156. PMID: 39038985; PMCID: PMC11268694.

4. Monajemi A. Why is the idea of AI completely replacing physicians a pseudo-problem? a philosophical analysis. J Med Ethics Hist Med. 2025 May 25;18:1. doi: 10.18502/jmehm.v18i1.18814. PMID: 41018553; PMCID: PMC12474520.

5. Ivković S, Cerovečki V, Ožvačić Z, Soldo D, Buljan N, Petriček G, Murgić L, Sonicki Z, Katić M. Obiteljska medicina – sigurna budućnost – Med Jad 2011;41(1-2):5-13

ABSTRACT

Introduction

In the last ten years, the average age of Croatian family doctors has been rapidly increasing. The median age is around 56 years, 40% of doctors are over 60, and 17% are over 65. The number of teams without a leader is increasing, 2308 teams have been contracted with the Croatian Health Insurance Institute, of which at least 146 teams are without a permanent doctor. The standard team consists of a doctor/specialist in family medicine and a nurse/technician. Due to the increased workload two people are not enough and it is necessary to strengthen family medicine teams. Aim of the work: to analyze two proposals for changing the standard team in Croatian family medicine using SWOT analysis.

Method

A SWOT analysis is tool that assesses the Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats of a particular project. Two proposals for changing the structure of a FM team were evaluated. First proposal: A FM team (1,700 patients). The team consists of a FM specialist, a master of nursing, a nurse/technician, and a health administrator. Second proposal: A complex FM team (5,000 patients), with one master of nursing and one nurse each caring for 1,000 patients, coordinated by a FM specialist and a nurse/technician.

Results and discussion

First proposal

Strengths: Better task shifting leads to better work, with fewer mistakes.

Weaknesses: It is necessary to give nursing masters and nurses/technicians greater authority in Healthcare Act. Financial burden for the salaries of team members (8,400 compared to the current 4,200).

Opportunities: Higher quality of work in family medicine would increase the reputation of the family medicine specialization.

Threats: Lack of financial resources for diagnostic and therapeutic equipment. Lack of interest among nursing masters in working in family medicine.

Second proposal - Strengths: Smaller number of family medicine specialists are needed (660, compared to the current 2,150), so that there would no longer be teams without a leader.

Weaknesses: It is necessary to give nursing masters and nurses/technicians greater authority, in Healthcare Act. Financial burden for team member salaries (7,620, compared to the current 4,200).

Opportunities: Adjusting the size of the complex team. Threats: Lack of financial resources for diagnostic and therapeutic equipment. Lack of interest among nursing masters in working in FM.

Conclusion

The standard FM team in the Republic of Croatia needs to be expanded. An expanded FM team enables better quality work. Two proposals for the expansion of the FM team have been analyzed, which require an increase in the powers of nursing masters and nurses.

Keywords: *Key words: expansion of the family medicine team, SWOT analysis*

Jedan pacijent – deset dijagnoza: umijeće skrbi za multimorbidnog bolesnika

Dr. Danijela Bradarić*

Dom zdravlja karlovačke županije

SAŽETAK

Multimorbiditet označava istodobnu prisutnost dviju ili više kroničnih bolesti kod istog bolesnika, pri čemu se nijedna bolest ne smatra primarnom, već se promatra njihov sveukupni utjecaj. Suvremeni pristup uključuje i biopsihosocijalne i sociodemografske čimbenike zdravlja. Zbog starenja stanovništva i produljenja očekivanog životnog vijeka bilježi se porast prevalencije multimorbiditeta. Cilj rada je prikazati kompleksnost skrbi za bolesnike s multimorbiditetom te naglasiti ulogu liječnika obiteljske medicine u njihovom zbrinjavanju.

Rasprava

Prevalencija multimorbiditeta u Europi iznosi oko 37,9 % među osobama starijima od 50 godina. Češći je kod žena, starijih osoba, niže obrazovanih te onih s funkcionalnim ograničenjima. Povezan je s pušenjem, pretilošću, konzumacijom alkohola, usamljenošću i nižom kvalitetom života. Posljedice uključuju povećanu smrtnost, smanjenu kvalitetu života i znatno opterećenje zdravstvenog sustava. Skrb za ove bolesnike zahtijeva sveobuhvatan, individualiziran i osobi usmjeren pristup. Liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u koordinaciji skrbi, integraciji različitih razina zdravstvene zaštite te razumijevanju šireg konteksta pacijentova života. Glavni izazovi uključuju preklapanje simptoma, polifarmaciju s rizikom interakcija i nuspojava te terapijske konflikte. Dodatno, često je prisutno psihičko opterećenje zbog koegzistencije kroničnih somatskih i psihičkih bolesti.

Zaključak

Edukacija i osnaživanje pacijenata ključni su za uspješno upravljanje multimorbiditetom. To uključuje informiranje, izradu jasnih planova skrbi, redovito praćenje simptoma i postavljanje realnih ciljeva. Naglasak je na očuvanju funkcionalnosti, kvalitete života i dostojanstva osobe. Ključne riječi: multimorbiditet, polifarmacija, terapijski konflikt, kvaliteta života

Literatura

1. Kašuba Lazić Đ, et al. Croatian translation of multimorbidity definition. *Coll Antropol.* 2014;38(3):1027–1032.
2. Kašuba Lazić Đ, Cedić Gorup E. Bolesnik s istodobnim bolestima u obiteljskoj medicini. In: Katić M, Švab I, et al., editors. *Obiteljska medicina.* Zagreb: Alfa Zagreb; 2013. p. 391–400.
3. Gomes Dantas AA, Wingerter Barros AP, da Câmara Melo Freire G, Carlos de Amorim Santos M, Jerez-Roig J, Bezerra de Souza DL. Multimorbidity among adults aged 50 and over in Europe and Israel: prevalence and associated factors from SHARE Wave 9. *J Am Med Dir Assoc.* 2026;106:138. doi:10.1016/j.jamda.2026.106138.
4. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* 2012;345:e5205. doi:10.1136/bmj.e5205.

Ključne riječi: multimorbiditet, polifarmacija, terapijski konflikt, kvaliteta života

ABSTRACT

Multimorbidity refers to the simultaneous presence of two or more chronic diseases in the same patient, where no single condition is considered primary; instead, their overall interaction and combined impact are emphasized. Contemporary approaches also include biopsychosocial and sociodemographic determinants of health. Due to population aging and increased life expectancy, the prevalence of multimorbidity is rising. The aim of this paper is to present the complexity of caring for patients with multimorbidity and to highlight the role of the family physician in their management.

Discussion

The prevalence of multimorbidity in Europe is approximately 37.9% among individuals aged over 50 years. It is more common in women, older adults, individuals with lower educational levels, and those with functional limitations. It is associated with smoking, obesity, alcohol consumption, loneliness, and reduced quality of life. Consequences include increased mortality, decreased quality of life, and a substantial burden on healthcare systems. Care for these patients requires a comprehensive, individualized, and person-centered approach. The family physician plays a key role in coordinating care, integrating different levels of healthcare, and understanding the broader context of the patient's life. Major challenges include overlapping symptoms, polypharmacy with the risk of drug interactions and adverse effects, and therapeutic conflicts. Additionally, there is often a significant psychological burden due to the coexistence of chronic somatic and mental illnesses.

Conclusion

Patient education and empowerment are essential for effective multimorbidity management. This includes providing information, developing clear care plans, regular symptom monitoring, and setting realistic goals. The emphasis is on preserving functionality, quality of life, and personal dignity.

Key words: *multimorbidity, polypharmacy, therapeutic conflict, quality of life*

Mentalno zdravlje počinje u ordinaciji: rana detekcija poremećaja

Roberta Marković Štimac*

Zdravstvena ustanova Srdoči, Rijeka

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Mentalni poremećaji predstavljaju značajan javnozdravstveni problem i jedan od vodećih uzroka smanjene kvalitete života i radne sposobnosti. Procjenjuje se da mentalne poteškoće zahvaćaju približno jednu od šest odraslih osoba u Europi, pri čemu su depresivni i anksiozni poremećaji najčešći. Velik broj bolesnika ostaje neprepoznat ili se liječenje započinje s odgodom, često zbog somatske prezentacije simptoma i stigme povezane s mentalnim zdravljem. Budući da je liječnik obiteljske medicine (LOM) najčešće prvi kontakt bolesnika sa zdravstvenim sustavom, ima ključnu ulogu u ranom otkrivanju poremećaja. Cilj ovog rada je naglasiti važnost pravodobne detekcije mentalnih poremećaja u ordinaciji obiteljske medicine te prikazati dostupne alate za probir i procjenu simptoma.

Rasprava

Mentalne poteškoće često se prezentiraju kroz umor, poremećaje spavanja, kroničnu bol ili učestale somatske simptome. Sustavna primjena standardiziranih upitnika može olakšati prepoznavanje bolesnika s povećanim rizikom. U ordinaciji obiteljske medicine posebno su korisni kratki probirni alati poput Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) i Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Za procjenu težine depresije i praćenje terapijskog odgovora primjenjuju se Beckov inventar depresije (BDI), Hamiltonova ljestvica za depresiju (HAM-D) te Montgomery-Åsbergova skala depresije (MADRS). Njihova uporaba omogućuje objektivizaciju simptoma, strukturirano praćenje bolesnika i kvalitetniju komunikaciju između razina zdravstvene skrbi. Rano prepoznavanje depresije posebno je važno u starijoj populaciji, gdje razlikovanje depresije od početne demencije često predstavlja dijagnostički izazov. Depresija se u starijih bolesnika nerijetko očituje dominantno kognitivnim smetnjama, apatijom i somatskim tegobama, uz slabije izraženo sniženo raspoloženje, zbog čega može nalikovati demenciji ili prikrivati njezine rane faze. U procjeni starijih bolesnika preporučuje se kombinirati procjenu raspoloženja i kognitivnog statusa. Uz upitnike za depresiju, korisni su kratki kognitivni testovi poput Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) te test crtanja sata, koji omogućuju ranije prepoznavanje kognitivnog pada i olakšavaju diferencijalnu dijagnostiku. Pravodobna intervencija, uključujući psihološku podršku, edukaciju i farmakoterapiju kada je indicirana, može poboljšati funkcionalne ishode i doprinijeti očuvanju kognitivnog zdravlja.

Zaključak

Ordinacija obiteljske medicine predstavlja ključnu točku ranog otkrivanja mentalnih poremećaja. Integracija kratkih validiranih upitnika u rutinski rad, uz kliničku procjenu i kontinuirani odnos liječnika i bolesnika, omogućuje pravodobno liječenje, smanjuje kronifikaciju bolesti te doprinosi očuvanju mentalnog i kognitivnog zdravlja populacije.

Ključne riječi: *anksioznost, depresija, liječnik obiteljske medicine, mentalno zdravlje*

Više od dijagnoze holistički pristup pacijentu kroz životne faze

dr. Kristina Lozančić, dr. Maja Jovičić Sulje*

Dom zdravlja Zagreb Istok

SAŽETAK

Uvod

Holistička medicina potječe još od Hipokrata i podrazumijeva promatranje osobe kroz njezin tjelesni, psihološki, socijalni i emotivni aspekt. Jedna od temeljnih kompetencija liječnika obiteljske medicine je upravo holistički pristup pacijentu. Obiteljski liječnik promatra pacijenta kao cjelinu od najranije dobi pa sve do starosti i ne fokusira se samo na patologiju ili izolirani poremećaj već uzima u obzir sve sastavnice pacijentovog života koji utječu na njegovo zdravlje. Cilj rada je prikazati kako je postavljanje dijagnoze važno no nije identitet osobe te da svaki posjet ordinaciji trebamo iskoristiti za dublje upoznavanje pacijenta, njegove emotivne i mentalne osobine, okruženje u kojem živi, a sukladno tomu donositi zaključke i provoditi liječenje.

Zaključak

Holistički pristup podrazumijeva dugotrajan angažman oko pacijenta i nemože se riješiti u jednom posjetu liječničkoj ordinaciji. Traži veću posvećenost liječniku pojedinca te iziskuje obostrani trud na boljitku. Liječnik obiteljske medicine je osoba prvog kontakta kojem će se pacijent obratiti, stoga je prvi dolazak u ambulantu često i odlučujuća karika u liječenju, a partnerski odnos garancija uspješnog pronalaženja pravog tijeka postupaka za obnovu zdravlja.

Ključne riječi: *holistička medicina, temeljna kompetencija, partnerski odnos*

ABSTRACT

Introduction

Holistic medicine dates back to Hippocrates and involves observing a person through their physical, psychological, social and emotional aspects. One of the fundamental competencies of a family doctor is precisely a holistic approach to the patient. A family doctor observes the patient as a whole from the earliest age to old age and does not focus only on pathology or an isolated disorder, but takes into account all the components of the patient's life that affect their health. The aim of the paper is to show that making a diagnosis is important, but not the identity of the person, and that we should use each visit to the doctor's office to get to know the patient more deeply, their emotional and mental characteristics, the environment in which they live, and accordingly draw conclusions and implement treatment.

Conclusion

A holistic approach involves a long-term commitment to the patient and cannot be solved in one visit to the doctor's office. It requires greater dedication to treating the individual and requires mutual effort for betterment. A family doctor is the first point of contact for a patient, so the first visit to the clinic is often a crucial step in treatment, and a partnership is a guarantee of successfully finding the right course of action for restoring health.

Keywords: *holistic medicine, core competence, partnership*

Akutni infarkt miokarda u ambulanti obiteljske medicine

EMA LIU MIKULAŠ, DANIELA STRINIĆ*, SARA STALMAN TOMAŠIĆ

Dom zdravlja Zagreb - Zapad

ANA VLAŠIĆ

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. Ana Vlašić

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Akutni infarkt miokarda (AIM) predstavlja hitno, po život opasno stanje, uzrokovano naglim prekidom koronarnog protoka. U većini slučajeva klinički se očituje naglom, jakim boli u prsima, no simptomi mogu biti atipični, osobito u starijih bolesnika. Cilj ovog rada je prikazati važnost pravodobnog prepoznavanja i početnog zbrinjavanja akutnog infarkta miokarda u ambulanti obiteljske medicine s naglaskom na brzu procjenu stanja, poduzimanje hitnih mjera i organizaciju transporta u bolnicu.

Prikaz slučaja

Bolesnik u dobi od 83 godine se javio na pregled u ambulantu obiteljske medicine zbog novonastalih bolova u prsima unazad sat vremena. Navodi pritisak po sredini prsnog koša bez širenja u ruke, vrat ili leđa. Negira palpitacije. Kod kuće je pokušao izmjeriti arterijski tlak, no tlakomjer je pokazivao grešku. Pri pregledu u ambulanti tlak je bio nemjerljiv, puls 190/min, a saturacija kisikom iznosila je 96%. Učinjen je EKG koji je pokazao fibrilaciju atrijsku s odgovorom ventrikula 54–195/min te nespecifične smetnje repolarizacije. S obzirom na hemodinamsku nestabilnost odmah je pozvana hitna medicinska pomoć i postavljen je venski put. Nedugo potom bolesnik gubi svijest uz grčenje mišića. Odmah se primjenjuje adrenalin intravenski, nakon čega dolazi k svijesti. Ordinirano je 6 tableta klopidozola 75 mg te četiri potiska nitroglicerinskog spreja sublingvalno. Bolesnik se subjektivno osjećao bolje, no nakon deset minuta ponovno dolazi do bljedila, grčenja mišića i gubitka svijesti. Zbog kolabiranih vena primijenjena je druga ampula adrenalina intramuskularno, potom i treća, pri čemu bolesnik ulazi u srčani arest neposredno po dolasku hitne medicinske pomoći. Unutar dvije minute dolazi k svijesti te se transportira u bolnicu. Po prijemu u bolnicu troponin je iznosio 1597. EKG je pokazivao tahikardiju uskih QRS kompleksa frekvencije 193/min, lijevu električnu os, ST elevaciju u aVR od 3 mm te ST denivelacije do 3 mm u V3–V6. Tijekom prijema bolesnik je kratkotrajno u fibrilaciji atrijskoj, potom prelazi u undulaciju atrijsku. Klinički je kompenziran, bez bolova u prsima nakon usporenja srčanog ritma. U sedaciji je učinjena elektrokonverzija uz postizanje sinus bradikardije 49/min, lijeve električne osi, QTc 469 ms i inkompletnog desnog bloka grane. Nakon dvodnevne hospitalizacije otpušten je kući u dobrom općem stanju uz terapiju: apiksaban 5 mg 2x1, perindopril/indapamid 8/2,5 mg 1x1, rosuvastatin 20 mg 1x1 te dutasterid/tamsulozin 0,5/0,4 mg 1x1. Indicirana je kontrola putem dnevne bolnice za 14 dana.

Rasprava

Prikazani bolesnik imao je atipičnu prezentaciju akutnog infarkta miokarda uz izraženu hemodinamsku nestabilnost i maligne poremećaje srčanog ritma. Postupci u ambulanti obiteljske medicine bili su u skladu sa smjernicama liječenja akutnog koronarnog sindroma, uključujući hitnu procjenu, EKG dijagnostiku, osiguravanje venskog puta, primjenu antitrombotične terapije te pravodobno aktiviranje hitne medicinske službe. Prikazana je ključna uloga liječnika obiteljske medicine u ranom prepoznavanju, inicijalnom zbrinjavanju i organizaciji daljnjeg liječenja sukladno važećim kardiološkim smjernicama.

Zaključak

Ovaj prikaz naglašava važnost brze procjene i pravodobnog djelovanja u ordinaciji obiteljske medicine kod sumnje na akutni infarkt miokarda. Starija životna dob i atipična prezentacija mogu otežati dijagnostiku, dok aritmije i hemodinamska nestabilnost dodatno kompliciraju tijek bolesti. Pravodobno prepoznavanje, započinjanje terapije i hitan transport u bolnicu ključni su za povoljan ishod liječenja.

Ključne riječi: Akutni infarkt miokarda, obiteljska medicina, elektrokardiografija, fibrilacija atrijska

ABSTRACT

Introduction and Objective

Acute myocardial infarction (AMI) is an urgent, life-threatening condition caused by sudden interruption of coronary blood flow. It mostly presents with acute, severe chest pain; however, symptoms may be atypical, particularly in elderly patients. Early recognition and prompt management are essential to reduce morbidity and mortality. The aim of this paper is to emphasize importance of timely recognition and initial management of AMI in a family medicine, including rapid clinical assessment, implementation of emergency measures and organization of urgent hospital transport.

Case Presentation

An 83-year-old patient presented to doctor's office with newly onset chest pain that had begun approximately one hour earlier. Patient described pressure sensation in chest without radiation to arms, neck, or back and denied palpitations. At home, he attempted to measure arterial blood pressure, but it repeatedly displayed an error. On examination in the clinic, blood pressure was unmeasurable, heart rate was 190/min, and oxygen saturation was 96%. ECG showed atrial fibrillation with a ventricular response, 54 to 195/min and nonspecific repolarization abnormalities. Due to hemodynamic instability, emergency medical services (EMS) were immediately contacted and intravenous access established. Patient then lost consciousness accompanied by muscle spasms. Intravenous adrenaline was administered, after which he regained consciousness. Six tablets of clopidogrel 75 mg and four sublingual sprays of nitroglycerin were administered. The patient reported temporary improvement; however, after ten minutes pallor, muscle spasms and loss of consciousness recurred. Because of collapsed veins, second and third ampoule of adrenaline were administered intramuscularly. Patient developed cardiac arrest immediately upon arrival of EMS and regained consciousness in two minutes followed by urgent transport to hospital. Upon admission, troponin level was 1597. ECG demonstrated narrow-complex tachycardia at a rate of 193/min, left axis deviation, ST-segment elevation of 3 mm in lead aVR, and ST-segment depression up to 3mm in leads V3–V6. Patient briefly developed atrial fibrillation, which subsequently converted to atrial flutter. After heart rate control the patient was hemodynamically stable and no chest pain. Electrical cardioversion was performed under sedation, achieving sinus bradycardia at 49/min with left axis deviation, QTc 469ms, and incomplete right bundle branch block. After a two-day hospitalization, the patient was discharged home in good general condition with the following therapy: apixaban 5 mg twice daily, perindopril/indapamide 8/2.5 mg once daily, rosuvastatin 20 mg once daily, and dutasteride/tamsulosin 0.5/0.4 mg once daily. Follow-up evaluation in the day hospital was scheduled in 14 days.

Discussion

This case demonstrates atypical presentation of AMI accompanied by hemodynamic instability and malignant cardiac arrhythmias. Management in family practice was consistent with current guidelines for acute coronary syndrome, including rapid clinical assessment, ECG diagnostics, establishment of intravenous access and timely activation of EMS.

Conclusion

This report emphasizes the importance of rapid assessment and prompt intervention in primary care when acute myocardial infarction is suspected. Advanced age and atypical clinical presentation may complicate diagnosis, while arrhythmias and hemodynamic instability further worsen clinical course. Early recognition, appropriate therapy and urgent hospital transport remain key factors for favourable patient outcome and improved patient survival.

Keywords: *acute myocardial infarction, family medicine, electrocardiography, atrial fibrillation*

Akutni infarkt miokarda u ambulanti obiteljske medicine

EMA LIU MIKULAŠ, DANIELA STRINIĆ*, SARA STALMAN TOMAŠIĆ

Dom zdravlja Zagreb - Zapad

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Akutni infarkt miokarda (AIM) predstavlja hitno, po život opasno stanje, uzrokovano naglim prekidom koronarnog protoka. U većini slučajeva klinički se očituje naglom, jakim boli u prsima, no simptomi mogu biti atipični, osobito u starijih bolesnika. Ciljevog rada je prikazati važnost pravodobnog prepoznavanja i početnog zbrinjavanja akutnog infarkta miokarda u ambulanti obiteljske medicine s naglaskom na brzu procjenu stanja, poduzimanje hitnih mjera i organizaciju transporta u bolnicu.

Prikaz slučaja

Bolesnik u dobi od 83 godine se javio na pregled u ambulantu obiteljske medicine zbog novonastalih bolova u prsima unazad sat vremena. Navodi pritisak po sredini prsnog koša bez širenja u ruke, vrat ili leđa. Negira palpitacije. Kod kuće je pokušao izmjeriti arterijski tlak, no tlakomjer je pokazivao grešku. Pri pregledu u ambulanti tlak je bionemjerljiv, puls 190/min, a saturacija kisikom iznosila je 96%. Učinjen je EKG koji je pokazao fibrilaciju atrijsku s odgovorom ventrikula 54–195/min te nespecifične smetnjepolarizacije. S obzirom na hemodinamsku nestabilnost odmah je pozvana hitna medicinska pomoć i postavljen je venski put. Nedugo potom bolesnik gubi svijest uz grčenje mišića. Odmah se primjenjuje adrenalin intravenski, nakon čega dolazi k svijesti. Ordinirano je 6 tableta klopidogrela 75 mg te četiri potiska nitroglicerinskog spreja sublingvalno. Bolesnik sesubjektivno osjećao bolje, no nakon deset minuta ponovno dolazi do bljedila, grčenja mišića i gubitka svijesti. Zbog kolabiranih vena primijenjena je druga ampula adrenalina intramuskularno, potom i treća, pri čemu bolesnik ulazi u srčani arest neposredno po dolasku hitne medicinske pomoći. Unutar dvije minute dolazi k svijesti te se transportira u bolnicu. Po prijemu u bolnicu troponin je iznosio 1597. EKG je pokazivao tahikardiju uskih QRS kompleksa frekvencije 193/min, lijevu električnu os, ST elevaciju u aVR od 3 mm te ST denivelacije do 3 mm u V3–V6. Tijekom prijema bolesnik je kratkotrajno u fibrilaciji atrijskoj, potom prelazi u undulaciju atrijsku. Klinički je kompenziran, bez bolova u prsima nakon usporenja srčanog ritma. U sedaciji je učinjena elektrokonverzija uz postizanje sinusbradikardije 49/min, lijeve električne osi, QTc 469 ms i inkompletnog desnog bloka grane. Nakon dvodnevne hospitalizacije otpušten je kući u dobrom općem stanju uz terapiju: apiksaban 5 mg 2x1, perindopril/indapamid 8/2,5 mg 1x1, rosuvastatin 20 mg 1x1 te dutasterid/tamsulozin 0,5/0,4 mg 1x1. Indicirana je kontrola putem dnevne bolnice za 14 dana.

Rasprava

Prikazani bolesnik imao je atipičnu prezentaciju akutnog infarkta miokarda uzraženu hemodinamsku nestabilnost i maligne poremećaje srčanog ritma. Postupci u ambulanti obiteljske medicine bili su u skladu sa smjernicama liječenja akutnog koronarnog sindroma, uključujući hitnu procjenu, EKG dijagnostiku, osiguravanje venskog puta, primjenu antitrombotične terapije te pravodobno aktiviranje hitne medicinske službe. Prikazana je ključna uloga liječnika obiteljske medicine u ranom prepoznavanju, inicijalnom zbrinjavanju i organizaciji daljnjeg liječenja sukladno važećim kardiološkim smjernicama.

Zaključak

Ovaj prikaz naglašava važnost brze procjene i pravodobnog djelovanja u ordinaciji obiteljske medicine kod sumnje na akutni infarkt miokarda. Starija životna dob i atipična prezentacija mogu otežati dijagnostiku, dok aritmije i hemodinamska nestabilnost dodatno kompliciraju tijekom bolesti. Pravodobno prepoznavanje, započinjanje terapije i hitan transport u bolnicu ključni su za povoljan ishod liječenja.

Ključne riječi: Akutni infarkt miokarda, obiteljska medicina, elektrokardiografija, fibrilacija atrijska

ABSTRACT

Introduction and Objective

Acute myocardial infarction (AMI) is an urgent, life-threatening condition caused by sudden interruption of coronary blood flow. It mostly presents with acute, severe chest pain; however, symptoms may be atypical, particularly in elderly patients. Early recognition and prompt management are essential to reduce morbidity and mortality. The aim of this paper is to emphasize importance of timely recognition and initial management of AMI in a family medicine, including rapid clinical assessment, implementation of emergency measures and organization of urgent hospital transport.

Case Presentation

An 83-year-old patient presented to doctor's office with newly onset chest pain that had begun approximately one hour earlier. Patient described pressure sensation in chest without radiation to arms, neck, or back and denied palpitations. At home, he attempted to measure arterial blood pressure, but it repeatedly displayed an error. On examination in the clinic, blood pressure was unmeasurable, heart rate was 190/min, and oxygen saturation was 96%. ECG showed atrial fibrillation with a ventricular response, 54 to 195/min and nonspecific repolarization abnormalities. Due to hemodynamic instability, emergency medical services (EMS) were immediately contacted and intravenous access established. Patient then lost consciousness accompanied by muscle spasms. Intravenous adrenaline was administered, after which he regained consciousness. Six tablets of clopidogrel 75 mg and four sublingual sprays of nitroglycerin were administered. The patient reported temporary improvement; however, after ten minutes pallor, muscle spasms and loss of consciousness recurred. Because of collapsed veins, second and third ampoule of adrenaline were administered intramuscularly. Patient developed cardiac arrest immediately upon arrival of EMS and regained consciousness in two minutes followed by urgent transport to hospital. Upon admission, troponin level was 1597. ECG demonstrated narrow-complex tachycardia at a rate of 193/min, left axis deviation, ST-segment elevation of 3 mm in lead aVR, and ST-segment depression up to 3mm in leads V3–V6. Patient briefly developed atrial fibrillation, which subsequently converted to atrial flutter. After heart rate control the patient was hemodynamically stable and no chest pain. Electrical cardioversion was performed under sedation, achieving sinus bradycardia at 49/min with left axis deviation, QTc 469ms, and incomplete right bundle branch block. After a two-day hospitalization, the patient was discharged home in good general condition with the following therapy: apixaban 5 mg twice daily, perindopril/indapamide 8/2.5 mg once daily, rosuvastatin 20 mg once daily, and dutasteride/tamsulosin 0.5/0.4 mg once daily. Follow-up evaluation in the day hospital was scheduled in 14 days.

Discussion

This case demonstrates atypical presentation of AMI accompanied by hemodynamic instability and malignant cardiac arrhythmias. Management in family practice was consistent with current guidelines for acute coronary syndrome, including rapid clinical assessment, ECG diagnostics, establishment of intravenous access and timely activation of EMS.

Conclusion

This report emphasizes the importance of rapid assessment and prompt intervention in primary care when acute myocardial infarction is suspected. Advanced age and atypical clinical presentation may complicate diagnosis, while arrhythmias and hemodynamic instability further worsen clinical course. Early recognition, appropriate therapy and urgent hospital transport remain key factors for favourable patient outcome and improved patient survival.

Keywords: *Acute myocardial infarction, family medicine, electrocardiography, atrial fibrillation*

Egzacerbacije KOPB-a: ključni prediktori hospitalizacije

Prim.dr.Tatjana TokicVuksan-Cusa*

Poliklinika za disne bolesti Zagreb

Dr.Grgur Salai

Plucni odjel, Klinička bolnica Dubrava

SAŽETAK

Uvod

Akutne egzacerbacije kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) čest su razlog hitnih pregleda i hospitalizacija, povezane s povećanim morbiditetom i mortalitetom. Pravodobno prepoznavanje bolesnika s povećanim rizikom hospitalizacije ključno je za optimizaciju kontinuirane skrbi u primarnoj i bolničkoj praksi. Cilj: Istražiti kliničke i laboratorijske prediktore hospitalizacije kod bolesnika s akutnom egzacerbacijom KOPB-a. Metode: Provedena je post hoc analiza multicentrične retrospektivne studije u Hrvatskoj koja je obuhvatila 593 bolesnika s akutnom egzacerbacijom KOPB-a zabilježena od listopada 2019. do veljače 2020. Analizirani su demografski podaci, komorbiditeti, kliničke karakteristike, laboratorijski parametri te učestalost ponovnih dolazaka u praćenom razdoblju. Rezultati: Hospitalizirano je 37,9% bolesnika. Viša dob, izraženija dispneja i kardiovaskularni komorbiditeti značajno su povećavali rizik hospitalizacije, pri čemu su kardiovaskularne bolesti gotovo udvostručile rizik. Niže vrijednosti eozinofila također su bile povezane s većim rizikom hospitalizacije. Među pacijentima otpuštenima iz hitne službe, 13,9% ponovno se javilo u roku od 30 dana, pri čemu je 64,7% hospitalizirano; do 90 dana ponovno se javilo 23,6% pacijenata, od kojih je polovica naknadno hospitalizirana; tijekom godine dana 36,4% bolesnika imalo je barem jedan posjet hitnoj službi.

Zaključak

Kardiovaskularni komorbiditeti i vrijednosti eozinofila predstavljaju važne pokazatelje rizika hospitalizacije kod bolesnika s egzacerbacijom KOPB-a. Posebnu pažnju potrebno je posvetiti pacijentima koji se ponovno javljaju u hitnu službu jer imaju povećan rizik za naknadnu hospitalizaciju. Pravovremena identifikacija i planirano praćenje ovih bolesnika mogu pridonijeti boljem ishodu i optimizaciji kontinuirane skrbi.

Ključne riječi: *kronična opstruktivna plućna bolest, akutna egzacerbacija KOPB-a, hospitalizacija, eozinofili u perifernoj krvi, kardiovaskularni komorbiditeti, ponovni dolasci u hitnu službu*

Literatura

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024 Report. Dostupno na: <https://goldcopd.org>

Chen F, Yang M, Wang H, Liu L, Shen Y, Chen L. High blood eosinophils predict the risk of COPD exacerbation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024;19(10):e0302318. doi:10.1371/journal.pone.0302318.

Feng L, Li J, Su J, Tong Z, Liang L. Increased in-hospital mortality and readmission risk associated with cardiovascular and cerebrovascular comorbidities in acute exacerbation of COPD patients. *BMJ Open Respir Res*. 2025;12(1):e003110.

Müllerová H, Marshall J, de Nigris E, et al. Association of COPD exacerbations and acute cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Respir Dis*. 2022;16:17534666221113647.

Salai G, Tokić Vukan-Ćusa T, et al. Hospitalization Predictors in Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Post Hoc Study of a Multicentric Retrospective Analysis. *J Clin Med*. 2025;14(8):2855.

ABSTRACT

Background

Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are a common cause of emergency department visits and hospital admissions, associated with increased morbidity and mortality. Early identification of patients at higher risk of hospitalization is essential for optimizing continuity of

care in both primary and hospital settings. Objective: To investigate clinical and laboratory predictors of hospitalization in patients presenting with acute COPD exacerbation.

Methods

A post hoc analysis of a multicentric retrospective study conducted in Croatia, including 593 patients with acute COPD exacerbations recorded between October 2019 and February 2020, was performed. Demographic data, comorbidities, clinical characteristics, laboratory parameters, and frequency of repeated emergency department visits during the follow-up period were analyzed. Results: Hospitalization occurred in 37.9% of patients. Older age, more severe dyspnea, and cardiovascular comorbidities significantly increased the risk of hospitalization, with cardiovascular disease nearly doubling the risk. Lower eosinophil counts were also associated with higher hospitalization risk. Among patients discharged from the emergency department, 13.9% returned within 30 days, of whom 64.7% were hospitalized; within 90 days, 23.6% re-presented, with half subsequently hospitalized; during one year of follow-up, 36.4% of patients had at least one emergency department visit.

Conclusion

Cardiovascular comorbidities and eosinophil levels are important indicators of hospitalization risk in patients with COPD exacerbations. Particular attention should be given to patients who re-present to the emergency department, as they carry a higher risk of subsequent hospitalization. Early identification and structured follow-up may improve outcomes and optimize continuity of care.

Keywords: *chronic obstructive pulmonary disease, acute COPD exacerbation, hospitalization, blood eosinophils, cardiovascular comorbidities, emergency department revisits*

Fragmentacija zdravstvene skrbi: što se događa kada pacijent odluči „zaobići“ liječnika obiteljske medicine? - prikaz slučaja

Dr. Ana Bokor*, Dr. Sara Maroević, Dr. Ana Smolić, Dr. Dora Cvrtila

Dom zdravlja Zagreb Zapad

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u zdravstvenom sustavu kao koordinator zdravstvene skrbi te je odgovoran za cjelovitu interpretaciju kliničkih, laboratorijskih i specijalističkih nalaza. U suvremenoj praksi sve je češća pojava da pacijenti, u nastojanju da ubrzaju dijagnostički proces, laboratorijske pretrage obavljaju u privatnim ustanovama te nalaze izravno dostavljaju ostalim specijalistima, zaobilazeći time liječnika obiteljske medicine. Takav pristup dovodi do fragmentacije zdravstvene skrbi, parcijalne interpretacije nalaza i povećanog rizika od dijagnostičkog kašnjenja ili propusta. Cilj ovog rada je prikazati posljedice izostanka integrirane skrbi te naglasiti važnost uloge liječnika obiteljske medicine u prepoznavanju nespecifičnih, ali klinički značajnih odstupanja u laboratorijskim nalazima.

Prikaz slučaja

Muškarac u dobi od 73 godine pozvan je u ambulantu obiteljske medicine na sistematski pregled, tijekom kojega je učinjena laboratorijska obrada. Utvrđena je normocitna anemija: eritrociti $4,07 \times 10^{12}/L$ (ref. 4,34–5,72), hemoglobin 128 g/L (ref. 138–175), hematokrit 0,370 L/L (ref. 0,415–0,530). Tijekom konzultacije pacijent navodi da je prethodnih godina laboratorijske nalaze radio u privatnoj ustanovi te ih izravno nosio na pregled specijalistu endokrinologu. Pretrage su uobičajeno uključivale glikemiju, HbA1c, kreatinin, elektrolite, CRP, jetrene enzime i lipidogram, dok je kompletna krvna slika bila uključena tek posljednja tri mjeseca. Retrospektivnim uvidom u nalaze uočen je progresivan porast CRP-a te postupni pad eritrocitnih parametara. Anamnestički pacijent navodi povremeni umor i nenamjerni gubitak tjelesne mase. Prestao je pušiti cigarete 1989. godine, nakon što je pušio količinu odgovarajuću 18 „pack-years“ (jedna kutija cigareta dnevno tijekom 18 godina), bez pozitivne obiteljske anamneze na maligne bolesti. Hemokult je bio negativan. Zbog anemije i gubitka tjelesne mase pacijent je upućen na žurnu gastroenterološku obradu. U međuvremenu je razvio suhi kašalj i bol u desnoj subskapularnoj regiji, zbog čega se javio na hitni bolnički prijem. Dijagnostičkom obradom utvrđen je primarni planocelularni karcinom desnog gornjeg režnja pluća s invazijom medijastinuma te metastazama u nadbubrežnu žlijezdu i mozak. Unatoč započetoj onkološkoj obradi, pacijent je ubrzo preminuo.

Rasprava

Anemija je čest, ali nespecifičan laboratorijski nalaz koji u odrasloj populaciji može predstavljati prvi znak maligne bolesti. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti njezina se interpretacija temelji na sagledavanju laboratorijskih nalaza u kontekstu kliničke slike, anamneze i rizičnih čimbenika. U prikazanom slučaju, parcijalna interpretacija privatno učinjenih nalaza unutar uske specijalističke obrade dovela je do neprepoznavanja anemije kao alarmantnog znaka. Fragmentacija skrbi, osobito kada izostane koordinacijska uloga liječnika obiteljske medicine, povećava rizik dijagnostičkog propusta. Studija Frandsen i sur. pokazala je da su viši stupnjevi fragmentacije skrbi povezani s češćim odstupanjima od kliničkih smjernica najbolje prakse.

Zaključak

Dijagnostički proces koji se odvija bez uključivanja liječnika obiteljske medicine pridonosi fragmentaciji skrbi i odgodi dijagnoze. Kontinuirana i koordinirana skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ostaje temelj pravodobnog prepoznavanja bolesti i optimalnih ishoda liječenja.

Ključne riječi: Primarna zdravstvena zaštita, kontinuitet zdravstvene skrbi, anemija, tumori pluća

ABSTRACT

Introduction and Objective

The primary care physician (PCP) plays a central role in the healthcare system as the coordinator of care and is responsible for comprehensive interpretation of clinical, laboratory, and specialist findings. In current practice, it is increasingly common for patients, aiming to accelerate the diagnostic process, to perform laboratory tests in private facilities and deliver the results directly to other specialists, bypassing their PCP. This approach leads to care fragmentation, partial interpretation of results, and an increased risk of diagnostic delay or error. The aim of this report is to illustrate the consequences of a lack of integrated care and emphasize the importance of the PCP in recognizing nonspecific but clinically significant deviations in laboratory findings.

Case Report

A 73-year-old male was invited to the primary care clinic for a comprehensive medical examination, during which laboratory tests revealed normocytic anemia: red blood cells $4.07 \times 10^{12}/L$ (reference 4.34–5.72), hemoglobin 128 g/L (ref. 138–175), hematocrit 0.370 L/L (ref. 0.415–0.530). During consultation, the patient reported that in previous years he had obtained laboratory tests in a private facility and had delivered them directly to an endocrinology specialist. Tests routinely included glucose, HbA1c, creatinine, electrolytes, C-reactive protein (CRP), liver enzymes, and lipid profile, while complete blood count was included only in the last three months. Retrospective review revealed a progressive rise in CRP and a gradual decline in red blood cell parameters. The patient reported occasional fatigue and unintentional weight loss. He quit smoking in 1989, having smoked the equivalent of 18 pack-years (one pack per day for 18 years), with no family history of malignancy. Fecal occult blood test was negative. Due to anemia and weight loss, the patient was referred for urgent gastroenterological evaluation. Meanwhile, he developed a dry cough and right subscapular pain and presented to the emergency department. Diagnostic workup confirmed a primary squamous cell carcinoma of the right upper lobe of the lung with mediastinal invasion and metastases to the adrenal gland and brain. Despite initiation of oncological care, the patient died shortly after.

Discussion

Anemia is a common but nonspecific laboratory finding that can represent the first sign of malignancy in adults. In primary care, its interpretation relies on integrating laboratory results with the clinical picture, patient history, and risk factors. In this case, partial interpretation of privately obtained tests within a narrow specialist evaluation led to failure to recognize anemia as an alarm sign. Care fragmentation, especially when the coordinating role of the PCP is absent, increases the risk of diagnostic errors. A study by Frandsen et al. demonstrated that higher levels of care fragmentation are associated with more frequent deviations from clinical best practice guidelines.

Conclusion

Diagnostic processes conducted without the involvement of the PCP contribute to care fragmentation and diagnostic delays. Continuous and coordinated primary care remains fundamental for timely disease recognition and optimal treatment outcomes.

Keywords: *Primary Health Care, Continuity of Patient Care, Anemia, Lung Neoplasms*

Bezbolni ikterus: uvijek znak maligne bolesti?

– prikaz slučaja

Monika Ranogajec*, Ana Pavić

Dom zdravlja Zagreb-Zapad

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Bezbolni ikterus u ambulanti obiteljske medicine najčešće zahtijeva hitnu onkološku obradu, pri čemu je adenokarcinom glave gušterače glavni uzrok. Kronični pankreatitis uzrokuje bilijarnu opstrukciju u 5–10% slučajeva, te se bezbolni ikterus smatra rijetkom prezentacijom ove bolesti. Cilj ovog prikaza je pokazati kako progresija kroničnog pankreatitisa može klinički i dijagnostički nalikovati adenokarcinomu glave gušterače.

Prikaz slučaja

58-godišnji pacijent javio se na kontrolni pregled, kada je primijećeno da je ikterične kože i bjeloočnica. Kroz razgovor navodi da je prvi puta primijetio žutilo prije mjesec dana. Anamnestički je zabilježen nenamjeran gubitak 15 kilograma tijekom tri mjeseca. Nije imao bolove u abdomenu, mučninu, povraćanje, niti povišenu temperaturu. U zadnje vrijeme mu je stolica postala svjetlije boje, a mokraću je opisao tamnijom. Alkohol ne konzumira više od 20 godina, puši kutiju cigareta dnevno. Osim ikterusa, fizikalni pregled je bio uredan. Uvidom u medicinsku dokumentaciju uočeno je da je 1998. u tri navrata liječen radi akutnog pankreatitisa, najvjerojatnije zbog kratkotrajnog perioda pojačane konzumacije alkohola. Aktivno se liječi radi šećerne bolesti tipa 2 i ishemijske kardiomiopatije. Zbog sumnje na malignu bolest bio je upućen javiti se na najbliži OHBP. Učinjena laboratorijska obrada pokazala je sljedeće nalaze: ukupni bilirubin 118, direktni bilirubin 78, AST 74, ALT 82, GGT 643, ALP 726, CA 19-9 461,6. Isti dan je bio zaprimljen u KBC Zagreb, gdje je i radiološki obrađen. Na CT-u je opisana dilatacija svih žučnih vodova uz hipovaskularni areal glave gušterače otvorene etiologije. Uslijedio je opsežan operativni zahvat koji je uključivao kolecistektomiju, totalnu pankreatektomiju, splenektomiju i oslobađanje vijuga kolona. Patohistološkom analizom se isključila maligna bolest, te je postavljena dijagnoza kroničnog pankreatitisa. Postoperativni tijek bio je uredan, a daljnja skrb nastavljena je u ordinaciji obiteljske medicine.

Rasprava

Kronični pankreatitis je progresivna fibrozno-upalna bolest koja dovodi do ireverzibilnog gubitka egzokrine i endokrine funkcije gušterače. Zbog sličnih etioloških čimbenika i kliničke slike, diferencijacija adenokarcinoma glave gušterače i kroničnog pankreatitisa u uznapredovaloj fazi predstavlja dijagnostički izazov. Prevalencija pogrešne dijagnoze s nepotrebnom pankreatektomijom varira između 8,35% i 23%. Tumorski marker CA 19-9 se pokazao nedovoljno specifičnim. Novija istraživanja ukazuju na potencijalnu dijagnostičku vrijednost pojedinih kemokina (npr. TGF- β) i mikroRNA sekvenci, no njihova primjena zasad nije dio rutinske kliničke prakse. Radiološki nalaz hipovaskularne lezije glave gušterače najčešće upućuje na malignitet. Međutim, do 30% pacijenata može imati fokalni, masa-formirajući kronični pankreatitis, osobito kada je u podlozi autoimuna etiologija. U takvih bolesnika klinička diferencijacija gotovo je nemoguća, što često dovodi do agresivnijih terapijskih odluka. Dosad je objavljen velik broj studija koje istražuju potencijalne biomarkere za rano prepoznavanje kroničnog pankreatitisa. Indirektni testovi egzokrine funkcije gušterače, poput fekalne elastaze-1, praktični su zbog svoje neinvazivnosti, ali pokazuju ograničenu osjetljivost, osobito u ranim stadijima bolesti. Endoskopska ultrasonografija trenutačno se smatra najosjetljivijim slikovnim modalitetom za detekciju suptilnih strukturnih promjena gušterače, no za njezinu pouzdanu primjenu potrebno je dodatno standardizirati morfološke kriterije.

Zaključak

Unatoč napretku dijagnostičkih metoda, ne postoje pouzdani modaliteti za rano prepoznavanje kroničnog pankreatitisa. Dugotrajno praćenje bolesnika s rizičnim čimbenicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti stoga ima ključnu ulogu u prevenciji uznapredovalih stadija bolesti, u kojima diferencijacija od maligniteta postaje izrazito zahtjevna, uz usporediv morbiditet.

Ključne riječi: *adenokarcinom; gubitak mase; pankreatitis, kronični; žutica*

ABSTRACT

Introduction with aim

Painless jaundice in a family medicine setting usually requires urgent oncological evaluation, with pancreatic head adenocarcinoma being the main cause. Chronic pancreatitis leads to biliary obstruction in 5–10% of cases, making painless jaundice a rare presentation. This report aims to demonstrate how the progression of chronic pancreatitis can clinically and diagnostically mimic pancreatic head adenocarcinoma.

Case report

A 58-year-old man was seen for a follow-up visit, when jaundice of the skin and sclera was noted. He reported first noticing yellowing of the eyes and skin one month earlier. Medical history revealed an unintentional weight loss of 15 kg over three months. He denied abdominal pain, nausea, vomiting, or fever. Recently, his stool had become lighter in color, and his urine darker. He has abstained from alcohol for over 20 years, but smokes one pack of cigarettes daily. Apart from jaundice, physical examination was unremarkable. Review of past medical history showed three episodes of acute pancreatitis in 1998, likely related to a short period of increased alcohol intake. At present, he is receiving treatment for type 2 diabetes mellitus and ischemic cardiomyopathy. Due to suspicion of malignancy, he was referred to the nearest emergency department. Laboratory findings showed: total bilirubin 118, direct bilirubin 78, AST 74, ALT 82, GGT 643, ALP 726, CA 19-9 461.6. The same day, he was admitted to University Hospital Centre Zagreb, where further radiological examination was performed. CT showed dilatation of all bile ducts and a hypovascular area in the pancreatic head of unclear etiology. Extensive surgery followed, including cholecystectomy, total pancreatectomy, splenectomy, and mobilization of the colon. Histopathological analysis excluded malignancy and confirmed chronic pancreatitis. The postoperative course was uneventful, and further management was continued in primary care.

Discussion

Chronic pancreatitis is a progressive fibroinflammatory disease that leads to irreversible loss of exocrine and endocrine pancreatic function. Due to similar etiological factors and clinical picture, differentiation between pancreatic head adenocarcinoma and late-stage chronic pancreatitis is diagnostically challenging. The prevalence of misdiagnosis resulting in unnecessary pancreatectomy ranges from 8.35% to 23%. The tumor marker CA 19-9 has limited specificity. Recent studies suggest potential diagnostic value of certain chemokines (e.g., TGF- β) and microRNA sequences, but these are not yet part of routine clinical practice. Radiologically, a hypovascular lesion of the pancreatic head usually suggests malignancy. However, up to 30% of patients may have focal, mass-forming chronic pancreatitis, particularly of autoimmune etiology, making clinical differentiation extremely difficult and often leading to aggressive treatment. Numerous studies have investigated early diagnostic markers for chronic pancreatitis. Indirect pancreatic function tests, such as fecal elastase-1, are non-invasive but show limited sensitivity in early disease. Endoscopic ultrasonography is currently considered the most sensitive imaging modality for detecting subtle structural changes, though further standardization of diagnostic criteria is required.

Conclusion

Despite advances in diagnostic methods, no reliable modalities exist for early detection of chronic pancreatitis. Long-term monitoring of patients with risk factors in primary care plays a crucial role in preventing advanced stages of the disease, where differentiation from malignancy becomes highly challenging and morbidity is comparable.

Keywords: *adenocarcinoma; jaundice; pancreatitis, chronic; weight loss*

Kako od celulitisa do sarkoidoze? – prikaz slučaja

Ines Jakšić, dr.med.*, Ante Lončar, dr.med.

DZPGŽ

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Sarkoidoza je upalna bolest karakterizirana stvaranjem granuloma u različitim tkivima, a pretežito u plućima i intratorakalnim limfnim čvorovima, ovisno o kojima se razvijaju simptomi u kliničkoj slici. Godišnja incidencija sarkoidoze u Hrvatskoj iznosi oko 3 osobe na 100 000 ljudi te su žene češće oboljele (1). Dva akutna oblika sarkoidoze su Löfgrenov sindrom i Heerfordt-Waldenströmov sindrom. Najčešći prezentirajući simptomi sarkoidoze se mogu podijeliti na opće: febrilitet, artralgija, mialgija i umor te specifične: dispneja, kašalj, hiperemija i edemi kože. Zbog relativno male incidencije, sarkoidoza često biva izostavljena iz diferencijalno dijagnostičkog razmišljanja liječnika obiteljske medicine te je upravo zbog toga cilj ovoga rada prikazati klinički izazov pristupa i liječenja pacijentice sa sarkoidozom.

Prikaz slučaja

Pacijentica u dobi od 55 godina, s ranije poznatom arterijskom hipertenzijom, šećernom bolesti tipa 2, pretilosti, Klippel – Feil sindromom i povratnim depresivnim poremećajem, javila se u ordinaciju obiteljskog liječnika s febrilitetom do 38° C te edemom i hiperemijom lijeve potkoljenice. Na temelju fizikalnog pregleda, anamneze i laboratorijskih nalaza postavljena je radna dijagnoza celulitisa uz liječenje cefaleksinom 10 dana. Po završetku antibiotske terapije, pacijentica je došla na kontrolni pregled u ordinaciju bez regresije navedenih simptoma uz razvoj hiperemije i edema svih ekstremiteta te poliartralgije. Pri fizikalnom pregledu u distalnim dijelovima ekstenzorne strane potkoljenica i podlaktica multipli eritemi i edem, bez prisutnih respiratornih simptoma i stenokardije uz prisutnost kronificirane konstipacije. Pacijentica se požalila i na blagi gubitak na tjelesnoj masi. Ponavljanjem laboratorijskih nalaza i urinokulture, zbog perzistentno povišenog CRP-a unatoč antimikrobnoj terapiji i prisutnosti *M. morgani* u urinu, pacijentica je hospitalizirana na infektologiji zbog sumnje na uroinfekciju te liječena ceftriaksonom i ciprofloksacinom. Daljnjom obradom zbog prisutnog nodoznog eritema i poliartralgije, odrađena je detaljna imunološka obrada, UZV abdomena i CT toraksa uz kliničko pitanje sarkoidoze. CT toraksa je pokazao simetričnu medijastinalnu i hilarnu limfadenopatiju te pacijentica je inicijalno liječena metilprednizolom 16mg, analgeticima, antibiotskom terapijom i ostalom kroničnom terapijom. Pacijentica je nastavila do iduće kontrole uzimati metilprednizolon u dozi od 8mg i metotreksat 7,5mg s.c.jednom tjedno kao terapiju za novodijagnosticirani Löfgrenov sindrom.

Rasprava

Problemi s kojim se liječnici obiteljske medicine često susreću je pravovremeno postavljanje sumnje na određenu bolest zbog male incidencije i atipične kliničke slike, kao i posljedice dugotrajnog liječenja kortikosteroidnom terapijom koja nosi rizik od nuspojava kao što su dislipidemija, kožne bolesti, pretilost i dijabetes tip 2 (2). Iako je sarkoidoza bolest male incidencije i često se prezentira nespecifičnim simptomima, ključno je uzimanje detaljne anamneze i pravilno odrađen fizikalni pregled kako bi se isključile visoko diferentne dijagnoze poput infekcija, malignih i autoimunih bolesti.

Zaključak

Nedostatak edukacije liječnika obiteljske medicine o sarkoidozi može dovesti do nepravovremene intervencije u liječenju iste što može predstaviti daljnje izazove u kliničkom tijeku bolesti i u budućnosti utjecati na kvalitetu života pacijenta sa sarkoidozom (3). Detaljna anamneza i ispravan fizikalni pregled uz metodičko postavljanje diferencijalnih dijagnoza ubrzava proces upućivanja pacijenta sa sarkoidozom na liječenje u ustanovu sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i time poboljšava ishode liječenja i kvalitetu života pacijenta.

Ključne riječi: *intervencija, kortikosteroidna terapija, sarkoidoza*

Skrb o pacijentu sa sumnjom na razvoj akutnog apendicitisa na otoku: od kućne posjete do organizacije prijevoza i definitivnog zbrinjavanja u bolnici – prikaz slučaja

Dr Nives Dabo*

Ordinacija obiteljske medicine Novalja

dr Diana Palčić

Dom zdravlja Ličko Senjske županije Novalja

dr Klaudia Duka-Glavor

Edukacijski centar europskog centra za medicinu

SAŽETAK

Akutna upala crvuljka najčešći je uzrok akutne abdominalne boli koja zahtijeva operativno liječenje. Više od 5% populacije u određenom trenutku života razvije apendicitis. Incidencija je najviša u dobi od 10 do 19 godina. Kod starijih bolesnika potreban je poseban oprez zbog pridruženih bolesti, uzimanja kronične analgetske terapije te mogućih poteškoća u procjeni mentalnog statusa i pouzdanosti anamneze. Cilj rada je prikazati poteškoće pri postavljanju dijagnoze akutnog apendicitisa u uvjetima ograničene laboratorijske i slikovne dijagnostike te velike udaljenosti od najbliže bolnice. Metodologija rada je prikaz slučaja 79-godišnjeg pacijenta pregledanog tijekom kućne posjete, sa sumnjom na razvoj akutnog apendicitisa, uz prisutnost pridruženih bolesti i u uvjetima odgođenog transporta. Anamnestički se saznaje da je bol u abdomenu počela prije 3 dana, praćena mučninom i povraćanjem. Organiziran je hitni prijevoz na odjel kirurgije najbliže bolnice gdje je operiran. Tijekom postoperativnog razdoblja doživio je cerebrovaskularni incident te je daljnje liječenje provedeno u rehabilitacijskoj ustanovi što je ostvareno suradnjom liječnika obiteljske medicine i bolnice. Nakon 2 mjeseca pacijent je preminuo.

Rasprava

Liječnik obiteljske medicine u ambulanti ili tijekom kućnih posjeta najčešće skrbi o kroničnim bolestima poput hipertenzije, kardiovaskularnih i osteomuskularnih bolesti, kroničnih respiratornih bolesti, dijabetesa te malignih bolesti. Međutim, mora biti spreman i na zbrinjavanje akutnih pogoršanja te hitnih stanja. Netipična klinička slika apendicitisa, ovisna o dobi, općem statusu bolesnika, uvjetima života i pridruženim bolestima, može dovesti do pogrešne dijagnoze ili odgode transporta.

Zaključak

U liječenju akutnog apendicitisa ključno je pravodobno dijagnosticiranje i hitno upućivanje u najbližu bolnicu. Dostupnost laboratorijske dijagnostike 24 sata kao i uvođenje ultrazvučne dijagnostike uz edukaciju liječnika obiteljske medicine u udaljenim područjima bilo bi od izuzetne važnosti za podizanje kvalitete zdravstvene skrbi. U pružanju kontinuirane skrbi za pacijenta važna je suradnja svih pružatelja zdravstvene zaštite, od liječnika obiteljske medicine, timova hitne medicinske pomoći te bolničkih specijalista do rehabilitacijskih ustanova.

Ključne riječi: *Apendicitis, konzervativno liječenje, operativno liječenje, kontinuirana skrb*

ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common cause of acute abdominal pain requiring surgical treatment. More than 5% of the population develop appendicitis at some point in life. Incidence is highest between 10 and 19 years of age. In older patients, particular caution is required because of comorbidities, chronic analgesic therapy, and potential difficulties in assessing mental status and the reliability of the medical history. The aim of this case is to present the difficulties in establishing a diagnosis of acute appendici-

tis in settings with limited laboratory and imaging diagnostic resources and a long distance from the nearest hospital. The methodology is a case report of a 79-year-old patient examined during a home visit due to suspected developing acute appendicitis, with comorbidities and delayed transport. The history indicated that abdominal pain began 3 days earlier and was accompanied by nausea and vomiting. Emergency transport was arranged to the surgical department of the nearest hospital, where the patient underwent surgery. During the postoperative period, the patient experienced a cerebrovascular event, and further treatment was continued in a rehabilitation facility; this was coordinated through collaboration between the family medicine physician and the hospital. The patient died after 2 months. Family medicine physicians in outpatient practice and during home visits most often care for chronic conditions such as hypertension, cardiovascular and musculoskeletal diseases, chronic respiratory diseases, diabetes, and malignancies. However, they must also be prepared to manage acute exacerbations and emergency conditions. An atypical clinical presentation of appendicitis—depending on age, overall patient status, living conditions, and comorbidities - may lead to misdiagnosis or delayed transport. In the management of acute appendicitis, timely diagnosis and urgent referral to the nearest hospital are essential. Round-the-clock availability of laboratory diagnostics, as well as the introduction of ultrasonography with training of family medicine physicians in remote areas, would be of major importance for improving the quality of healthcare. In providing continuous patient care, collaboration among all healthcare providers is important, from family medicine physicians and emergency medical service teams to hospital specialists and rehabilitation facilities.

Keywords: *appendicitis; conservative treatment; surgical treatment; continuity of care*

Ileus kao prvi znak kolorektalnog karcinoma s metastazom u uterusu - prikaz slučaja

Mirta Peček*

Dom zdravlja Zagreb Zapad

Stjepan Škiljić

Opća bolnica Virovitica

Marijana Peček-Vidaković

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Marijana Peček Vidaković

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Opstipacija je čest simptom u obiteljskoj medicini i u većini je slučajeva funkcionalne etiologije. Produženo trajanje tegoba, promjena u obrascu pražnjenja crijeva ili laboratorijska odstupanja zahtijevaju dodatnu obradu. Kolorektalni karcinom jedan je od uzroka mehaničke opstrukcije debelog crijeva, dok su metastaze u uterus rijetke. Cilj je ovog rada prikazati klinički tijek rijetke prezentacije kolorektalnog adenokarcinoma s metastazom u uterus, naglašavajući ulogu liječnika obiteljske medicine (LOM) u prepoznavanju alarmantnih znakova i pravovremenom upućivanju na daljnju obradu.

Prikaz slučaja

Prikazujemo 46-godišnju bolesnicu koja se javila LOM-u zbog opstipacije u trajanju od četiri tjedna. Priložila je nalaz s objedinjenog hitnog bolničkog prijema (OHBP), gdje je bila pregledana zbog istih tegoba tri tjedna ranije. Tada nije imala bolove u abdomenu, mučninu niti je povraćala. Abdomen je bio meteorističan i palpatorno bezbolan, digitorektalnim pregledom nađena je prazna ampula i vanjski hemoroid, bez patoloških primjesa na rukavici. Laboratorijski nalazi pokazali su sideropeničnu anemiju (Hb 97 g/L) i blago povišen CRP (11,1 mg/L), a nativni RTG abdomena nije ukazivao na ileus. Tijekom boravka na OHBP-u primila je klizmu koju nije uspjela zadržati. Otpuštena je kući uz preporuku laksativa i kontrole kirurga, obiteljskog liječnika i gastroenterologa, što nije provela. Sedam mjeseci ranije bolesnica je započela obradu zbog povremenih nespecifičnih bolova u abdomenu. Laboratorijska obrada tada je bila uredna, uz pozitivan test na okultno krvarenje u stolici koji je učinila tijekom menstruacije. Preporučeno je ponoviti test nakon završetka menstruacije, što bolesnica nije učinila. Do dolaska u ordinaciju LOM-a simptomi su se pogoršali: difuzni bolovi u abdomenu, praćeni povraćanjem zelenog sadržaja i potpuni izostanak stolice uz prisutne vjetrove. Pri fizikalnom pregledu abdomen je bio meteorističan, izrazito tvrde stijenke, čujne peristaltike, uz palpabilnu periumbilikalnu masu. Vitalni parametri bili su uredni. Bolesnica je ponovno upućena na OHBP. RTG abdomena potvrdio je dijagnozu ileusa, a MSCT abdomena pokazao je stenozirajući proces sigmoidnog kolona uz opsežnu tvorbu lijevog jajnika (14 × 14 × 13 cm), suspektnu na tumorski proces. Bolesnica je hitno operirana, učinjena je resekcija sigmoidnog kolona po Hartmannu, histerektomija s obostranom adnektomijom. Patohistološki nalaz potvrdio je adenokarcinom kolona, dok je lezija u uterusu predstavljala metastazu kolorektalnog adenokarcinoma.

Rasprava

Kolorektalni karcinom čest je uzrok opstrukcije debelog crijeva, no metastatsko zahvaćanje uterusa izrazito je rijetko. Uterina lezija može inicijalno simulirati primarni ginekološki tumor, a konačna dijagnoza postavlja se patohistološkom analizom. U obiteljskoj medicini ključno je razlikovati funkcionalnu konstipaciju od opstipacije koja može upućivati na mehaničku opstrukciju, osobito kada su prisutni alarmantni znakovi poput sideropenične anemije, progresije simptoma ili distenzije abdomena. Pravovremeno upućivanje na daljnju obradu omogućuje ranije dijagnosticiranje malignih bolesti i optimalno zbrinjavanje bolesnika.

Zaključak

Produljena opstipacija s alarmantnim znakovima može biti prvi pokazatelj malignog procesa. LOM ima ključnu ulogu u prepoznavanju takvih simptoma i pravovremenom upućivanju bolesnika na obradu. Rana identifikacija omogućuje brzu dijagnozu, adekvatno liječenje i poboljšava ishod pacijenta, čak i u rijetkim i kompleksnim slučajevima poput metastaze kolorektalnog karcinoma u uterus.

Ključne riječi: *ileus, kolorektalni karcinom, opstipacija*

ABSTRACT

Introduction and aim

Constipation is a common symptom in family medicine, most often of functional etiology. However, prolonged symptoms, changes in bowel habits, or laboratory abnormalities warrant further work-up. Colorectal cancer can cause mechanical obstruction of the large intestine, while metastases to the uterus are exceedingly rare. The aim of this case report is to present a rare clinical presentation of colorectal adenocarcinoma with uterine metastasis, emphasizing the crucial role of the general practitioner (GP) in recognizing alarming signs and timely referral for specialized care. **Case Report:** A 46-year-old woman presented to her GP with constipation lasting four weeks. She provided findings from a previous emergency department (ED) visit three weeks earlier for the same symptoms. At that time, she had no abdominal pain, nausea, or vomiting. On examination, the abdomen was distended and non-tender. Digital rectal examination revealed an empty ampulla and an external hemorrhoid, with no abnormal constituents on the glove. Laboratory tests showed iron deficiency anemia (Hb 97 g/L) and mildly elevated CRP (11.1 mg/L). A plain abdominal X-ray showed no signs of ileus. During her ED stay, she received an enema, which she was unable to retain. She was discharged with recommendations for laxative use and follow-up with a surgeon, GP, and gastroenterologist, which she did not complete. Seven months prior, she had undergone work-up for intermittent nonspecific abdominal pain. Laboratory evaluation at that time was unremarkable, but an occult blood stool test was positive during menstruation. Repeating the test after menstruation was recommended, but the patient did not comply. At presentation to the GP, her symptoms had worsened: diffuse abdominal pain, vomiting of green contents, and complete absence of stool with flatus. Examination revealed a firm, distended abdomen with audible bowel sounds and a palpable periumbilical mass. Vital signs were normal. She was promptly referred again to the ED. Abdominal X-ray confirmed ileus, and MSCT revealed a stenosing lesion of the sigmoid colon and a large left adnexal mass (14 × 14 × 13 cm), suspicious for a tumor. The patient underwent urgent surgery, including resection of the sigmoid colon according to Hartmann and hysterectomy with bilateral adnexectomy. Histopathology confirmed adenocarcinoma of the colon, while the uterine lesion represented a metastasis from colorectal adenocarcinoma.

Discussion

Colorectal cancer is a common cause of colonic obstruction, whereas uterine metastases remain extremely rare. Uterine lesions can mimic primary gynecological tumors, and definitive diagnosis relies on histopathology. In family medicine, distinguishing functional constipation from constipation indicative of mechanical obstruction is critical, particularly when alarming signs such as sideropenic anemia, symptom progression, or abdominal distention are present. Early recognition and referral allow timely diagnosis of malignancy and optimal patient management.

Conclusion

Prolonged constipation with alarm signs should never be overlooked, as it may represent a serious underlying malignancy. GPs play a pivotal role in identifying such presentations and ensuring timely referral. Early detection enables prompt diagnosis, adequate treatment, and significantly improves patient outcomes, even in rare and complex cases such as uterine metastasis of colorectal cancer.

Keywords: *colorectal cancer, constipation, ileum*

Korelacija kronične i neuropatske komponente boli, anksioznosti i depresije u bolesnika koji boluju od kronične boli

Dr. Borna Šarić*, Dr. Katarina Sabadi Šestan

DZ PGŽ

Dr. Ema Dejhalla

Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka

SAŽETAK

Uvod

Kronična bol je složen i subjektivan poremećaj koji značajno narušava kvalitetu života te je često povezan s anksioznošću i depresijom. Cilj ovog istraživanja je utvrditi korelaciju između intenziteta kronične boli, njezine neuropatske komponente te razina anksioznosti i depresije u bolesnika s kroničnom mišićno-koštanim boli te istaknuti važnost cjelovitog pristupa u obiteljskoj medicini.

Metode

Presječno istraživanje provedeno je od lipnja do kolovoza 2025. godine u ambulanti obiteljske medicine. Uključeno je 100 nasumično odabranih ispitanika starijih od 50 godina s kroničnom boli u trajanju duljem od tri mjeseca (reumatoidne i osteodegenerativne bolesti, diskopatije, glavobolje). Intenzitet boli i neuropatska komponenta procijenjeni su upitnikom PainDETECT, a simptomi depresije i anksioznosti Beckovim inventarima (BDI i BAI). Podaci su analizirani u programima Microsoft Excel i Gretl. Nakon testiranja normalnosti Lillieforsovim testom ($p < 0,05$), primijenjena je Spearmanova rang korelacija uz razinu značajnosti $p < 0,05$.

Rezultati

Uzorak je činilo 56 žena i 44 muškarca, prosječne dobi 67,8 godina. Utvrđena je jaka pozitivna korelacija između subjektivnog intenziteta boli i neuropatske komponente ($\rho = 0,716$; $p < 0,001$). Intenzitet boli pokazao je umjerenu pozitivnu korelaciju s depresijom ($\rho = 0,54$; $p < 0,001$) i anksioznošću ($\rho = 0,536$; $p < 0,001$). Neuropatska komponenta boli bila je u jakoj pozitivnoj korelaciji s depresijom ($\rho = 0,651$; $p < 0,001$) te u umjerenj korelaciji s anksioznošću ($\rho = 0,326$; $p < 0,001$). U spolnoj analizi žene su imale statistički značajno više razine anksioznosti u odnosu na muškarce, dok razlika u depresivnosti nije bila izražena.

Zaključak

Neuropatska komponenta kronične boli snažnije je povezana s depresivnim i anksioznim simptomima nego sama percipirana jačina boli. Rezultati potvrđuju važnost sustavnog probira psihičkih komorbiditeta i primjene biopsihosocijalnog pristupa u obiteljskoj medicini.

Ključne riječi: *Kronična bol, anksioznost, depresija, obiteljska medicina*

ABSTRACT

Introduction

Chronic pain is a complex and subjective condition that significantly impairs quality of life and is often associated with anxiety and depression. The aim of this study was to determine the correlation between pain intensity, its neuropathic component, and levels of anxiety and depression in patients with chronic musculoskeletal pain, and to emphasize the importance of a comprehensive approach in family medicine.

Methods

A cross-sectional study was conducted from June to August 2025 in a family medicine practice. The study included 100 randomly selected participants older than 50 years with chronic pain lasting longer

than three months (rheumatoid and osteodegenerative diseases, discopathy, headaches). Pain intensity and the neuropathic component were assessed using the PainDETECT questionnaire, while symptoms of depression and anxiety were measured using the Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Data were analyzed using Microsoft Excel and Gretl software. After testing normality with the Lilliefors test ($p < 0.05$), Spearman's rank correlation was applied, with the level of significance set at $p < 0.05$.

Results

The sample consisted of 56 women and 44 men, with a mean age of 67.8 years. A strong positive correlation was found between subjective pain intensity and the neuropathic component ($\rho = 0.716$; $p < 0.001$). Pain intensity showed a moderate positive correlation with depression ($\rho = 0.54$; $p < 0.001$) and anxiety ($\rho = 0.536$; $p < 0.001$). The neuropathic component demonstrated a strong positive correlation with depression ($\rho = 0.651$; $p < 0.001$) and a moderate correlation with anxiety ($\rho = 0.326$; $p < 0.001$). In gender analysis, women had significantly higher levels of anxiety compared to men, while no significant difference in depression levels was observed.

Conclusion

The neuropathic component of chronic pain is more strongly associated with depressive and anxiety symptoms than pain intensity alone. These findings highlight the importance of systematic screening for psychological comorbidities and the implementation of a biopsychosocial approach in family medicine.

Keywords: *Chronic pain, anxiety, depression, family practice*

Hiperbarična oksigenoterapija u očuvanju funkcionalnog zdravlja starije populacije: pregled dostupnih dokaza

Dr. Antonia Precali*

Poliklinika za hiperbaričnu medicinu Oxivita

SAŽETAK

Uvod s ciljem

Hiperbarična oksigenoterapija (HBOT) je znanstveno dokazana terapijska metoda u liječenju određenih kliničkih stanja, no njezina potencijalna uloga u očuvanju funkcionalnog zdravlja starije populacije u kontekstu primarne zdravstvene zaštite još uvijek nije dovoljno razjašnjena. Cilj ovoga preglednog rada je sintetizirati kliničke dokaze iz recentnih znanstvenih studija o učinku HBOT-a na funkcionalne ishode relevantne za obiteljsku medicinu, uključujući kognitivne funkcije, tjelesnu sposobnost, kvalitetu života te rehabilitacijski oporavak, u osoba starijih od 60 godina i u populacijama s kroničnim bolestima koje utječu na funkcionalni status.

Rasprava

Dva randomizirana kontrolirana ispitivanja u odraslih osoba starijih od 64 godine pokazala su poboljšanja u domenama ključnima za zdravo starenje, uključujući (i) kognitivne funkcije, s najizraženijim poboljšanjima pažnje i brzine obrade informacija, te (ii) tjelesnu funkcionalnost, osobito aerobni kapacitet i povezane fiziološke parametre. U kontekstu kroničnih bolesti, često prisutnih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, placebo-kontrolirano istraživanje u bolesnika s dijabetesom i kroničnim ulkusima stopala zabilježilo je poboljšanje zdravstveno povezane kvalitete života (SF-36), što upućuje na moguć utjecaj HBOT-a na ishode usmjerene na pacijenta, izvan samog cijeljenja rana. Dokazi o rehabilitacijskim ishodima ostaju heterogeni i ovisе o osnovnoj bolesti: sustavni pregled u području rehabilitacije nakon moždanog udara nije pokazao jasan funkcionalni učinak, dok novija metaanaliza akutnog ishemijskog moždanog udara procjenjuje učinkovitost i sigurnost terapije, ali ne daje konačne odgovore o dugoročnom funkcionalnom oporavku starijih bolesnika. Randomizirano ispitivanje u bolesnika nakon totalne endoproteze koljena pokazalo je ubrzan oporavak mišićne funkcije, što sugerira moguću dopunsku ulogu HBOT-a u postoperativnoj rehabilitaciji, uz ograničenje mogućnosti generalizacije na populaciju starijih osoba u zajednici.

Zaključak

Na temelju ograničene i heterogene baze dokaza, hiperbarična oksigenoterapija pokazuje potencijalnu korist za kognitivne i tjelesne funkcije u starijoj populaciji te može pozitivno utjecati na kvalitetu života u kontekstu kroničnih bolesti. Međutim, dokazi o njezinoj učinkovitosti u području rehabilitacije i dugoročnog očuvanja funkcionalne neovisnosti zasad nisu dostatni. U obiteljskoj medicini HBOT treba promatrati kao potencijalnu dopunsku intervenciju u pažljivo odabranim kliničkim situacijama, a ne kao opću strategiju očuvanja funkcionalnog zdravlja. Potrebna su daljnja velika ciljana istraživanja sa standardiziranim funkcionalnim ishodima (mobilnost, aktivnosti svakodnevnog života, kvaliteta života i trajnost učinka) te jasnim izvještavanjem o starijim dobnim skupinama.

Ključne riječi: hiperbarična oksigenoterapija, funkcionalno zdravlje, zdravo starenje, starija populacija, obiteljska medicina

ABSTRACT

Introduction

Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) is a scientifically prov treatment for selected conditions, yet its potential role in supporting functional health in older adults remains uncertain in primary care. This narrative

review aimed to synthesize clinical evidence from recent peer-reviewed studies on HBOT and functional outcomes relevant to family medicine—cognition, physical function, quality of life (QoL), and rehabilitation-related recovery—in adults aged 60 years and older and in older-leaning clinical populations with chronic conditions affecting function.

Discussion

Two randomized controlled trials in adults >64 years reported improvements after HBOT in domains central to healthy aging: (i) cognitive performance, with gains most prominent in attention and processing speed, and (ii) physical performance measures, including aerobic capacity and associated physiological correlates. In a chronic disease context commonly encountered in primary care, a placebo-controlled trial in patients with diabetes and chronic foot ulcers found improved health-related QoL (SF-36), supporting the possibility that HBOT may influence patient-centred outcomes beyond wound metrics. Evidence for rehabilitation outcomes remains mixed and condition-dependent: a systematic review in stroke rehabilitation found insufficient and heterogeneous evidence for functional benefit, while a more recent meta-analysis in acute ischemic stroke evaluated efficacy and safety but does not yet resolve uncertainties for routine functional recovery endpoints in older subgroups. An orthopaedic randomized trial after total knee arthroplasty reported accelerated recovery of muscle-related outcomes, suggesting a possible adjunctive role in postoperative rehabilitation, although generalizability to community-dwelling older adults and to independence outcomes is unclear.

Conclusion

Across a limited and heterogeneous evidence base, HBOT shows signal-level benefits for cognition and physical performance in older adults and may improve QoL in chronic illness, but evidence for broader rehabilitation effectiveness and sustained independence is not definitive. For family medicine, HBOT should be viewed as a potentially relevant adjunct in selected contexts rather than a generalized functional intervention. Larger pragmatic trials with standardized functional endpoints (mobility, activities of daily living, QoL, and durability) and clear older-adult subgroup reporting are needed.

Keywords: *hyperbaric oxygen therapy, functional health, healthy aging, older adults, family medicine*

Nove opasnosti digitalne demecije: deskilling i upskilling inhibition

Dr. Leonardo Bressan*

ORDINACIJA OPĆE MEDICINE Leonardo Bressan DR MED

SAŽETAK

Umjetna inteligencija se sve više koristi u medicinskoj praksi za dovršavanje zadataka koje su prije obavljali liječnici, poput dokumentacije pregleda, planova liječenja i otpusnih sažetaka. Kako umjetna inteligencija postaje rutinski dio medicinske skrbi, liječnici sve više vjeruju i oslanjaju se na njezine kliničke preporuke. Međutim, postoji zabrinutost da će se neki liječnici, posebno oni mlađi i manje iskusni, previše oslanjati na umjetnu inteligenciju. Prekomjerno oslanjanje na nju može smanjiti kvalitetu kliničkog rasuđivanja i donošenja odluka, negativno utjecati na komunikaciju s pacijentima i povećati potencijal za smanjenje stručnosti. Kako umjetna inteligencija postaje rutinski dio medicinskog liječenja, nužno je da liječnici prepoznaju ograničenja alata umjetne inteligencije. Ovi alati mogu pomoći u osnovnim administrativnim zadacima, ali ne mogu zamijeniti jedinstveno ljudske međuljudske vještine i vještine rasuđivanja liječnika. Svrha ovog osvrta je raspraviti o rizicima smanjenja stručnosti liječnika na temelju sve većeg oslanjanja na umjetnu inteligenciju.

Ključne riječi: *Digitalna demencija, Deskilling, upskilling inhibition*

ABSTRACT

Artificial intelligence is increasingly being used in medical practice to complete tasks previously performed by physicians, such as documenting examinations, treatment plans, and discharge summaries. As AI becomes a routine part of medical care, physicians are increasingly trusting and relying on its clinical recommendations. However, there are concerns that some physicians, especially younger and less experienced ones, will rely too much on AI. Overreliance on AI can reduce the quality of clinical judgment and decision-making, negatively impact patient communication, and increase the potential for de-professionalization. As AI becomes a routine part of medical care, it is essential that physicians recognize the limitations of AI tools. These tools can assist with basic administrative tasks, but they cannot replace the uniquely human interpersonal and judgmental skills of physicians. The purpose of this review is to discuss the risks of de-professionalization of physicians based on the increasing reliance on AI.

Keywords: *Digital dementia, Deskilling, upskilling inhibition*

17. kongres
Koordinacije hrvatske
obiteljske medicine

UMIJEĆE KONTINUIRANE SKRBI U OBITELJSKOJ MEDICINI

Terme Tuhelj
Tuheljske Toplice
15.-17. svibnja 2026.



CERTITUDO PARTNER
WWW.CERTITOUR.COM