

Jubileji

## PROFESOR PAVLE KORNHAUSER – OSEMDESETLETNIK

*France Urlep*

Skoraj ni slovenskega zdravnika, ki ni slišal za profesorja Pavla Kornhauserja, bral o njem ali govoril z njim. Težko bi našli človeka, ki bi se poleg intenzivnega strokovnega dela tako kakovostno ukvarjal z organizacijskim, publicističnim, kulturnim in umetniškim delom.

Svoj pokoj uživa vse prej kot lagodno. Na ljubljanskih ulicah ga lahko še vedno srečujemo, ko hiti na razne kraje, da urejuje katero izmed »svojih zadev«. Teh pa ni nič manj kot v časih njegovega aktivnega službovanja, le da niso več vezane na delovni čas, ampak le na njemu lastno zavzetost, da začeto delo brezpogojno privede do uspešnega konca.



Rodil se je 17. septembra 1924 v Subotici, kjer je njegov oče takrat služboval kot predstavnik farmacevtske tovarne; mama je bila glasbenica. Srednjo šolo je obiskoval v Zagrebu. Med vojno je bil interniran v Italiji. Po vojni je opravil maturo v Beogradu in končal medicinsko fakulteto v Zagrebu. Hkrati je študiral tudi klavir na akademiji za glasbo. Pediatrijo je specializiral v Ljubljani.

Že kot specializant je prevzel zdravniški nadzor nad otroki v okrevališču Šentvid pri Stični. Na njegovo pobudo je bil tam leta 1957 ustanovljen Zavod za revmatične in srčne rekonvalescente za mladino, eden prvih sanatorijev za juvenilne kardiopate v Evropi. Pavle Kornhauser ga je vodil petnajst let.

Leta 1980 je bil namestnik generalnega direktorja (danes: strokovni direktor, bolj ustrezno: medicinski direktor) Kliničnega centra v Ljubljani in nato več let njegov svetovalec. Leta 1988 je bil imenovan za izrednega profesorja na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Upokojil se je leta 1991.

### Zdravnik

Po specialističnem izpitu leta 1960 je sprva je delal v ljubljanski mestni porodnišnici, nato na kirurški kliniki. Leta 1968 je bil imenovan za primarija. Po oblikovanju Pediatričnega oddelka kirurških strok Kliničnega centra je leta 1974 postal njegov predstojnik. Iz skromnega oddelka Kirurške klinike v Ljubljani je razvil mednarodno znan »ljubljski model otroške kirurgije«. V novi osrednji stavbi Kliničnega centra je oblikoval interdisciplinarni center za intenzivno terapijo otrok. Leta 1981 je v Cankarjevem domu s svojimi starejšimi sodelavci, dr. Janezom Primožičem, dr. Meto Derganc in dr. Andrejo Gostiša pripravil in vodil 1. mednarodni kongres intenzivne terapije z udeleženci iz 47 držav. Med prvimi v Evropi je uvedel strokovno voden prevoz (že od leta 1976 s helikopterjem)

življenjsko ogroženih novorojenčkov in dojenčkov v njihovem center. Brez dodatno šolanih in požrtvovalnih medicinskih sester, ki jih je izbiral med učenkami zdravstvenih šol v Sloveniji in tudi Jugoslaviji, bi uvedba intenzivne terapije v pediatrijo ne doživela tako presenetljivega razvoja.

Bil je predvsem je pediater v najširšem pomenu besede. O svojem otroštvu pravi: »Kot otrok nisem bil nikoli kaznovan, a tudi kot oče nisem nikoli dvignil roke nad hčerko. Svoji mami se nisem nikoli zlagal. Zaradi kakšne slabše ocene iz matematike me niso kregali. Dobri starši imajo otroke radi in jim zaupajo ter jih vzgajajo brez ustrahovanja in kaznovanja. A to ne pomeni, da bi morali pri vzgoji popuščati. Otroku je treba privzgojiti – tako mimogrede in tudi z vzgledi – kaj se sme in česa ne«.

Štirideset let je minilo, odkar so se vrata Pediatričnega oddelka kirurških strok v Kliničnem centru v Ljubljani popolnoma odprla svojcem bolnih otrok. Zaskrbljeni starši niso več čakali pred zaprtimi vrati poslopja na dovoljeni čas obiskov, ko so svojega otroka lahko videli le skozi zasteklena vrata. Za danes odprte, a nekoč zaprte bolnišnice v Sloveniji je zaslužen prav prof. dr. Pavle Kornhauser, ki je bil tudi med ustanovitelji Evropske zveze za pravice otroka v bolnišnici. Vse ukrepe za boljše počutje otrok v bolnišnici je imenoval »humanizacija hospitalizacije«. Spodbudil je odpiranje bolnišničnih šol in otroških vrtcev v vseh slovenskih bolnišnicah. Na drugem mednarodnem kongresu bolnišničnih pedagogov na Dunaju so ga izvolili za častnega predsednika. Revija Naša žena ga je izbrala za izjemno osebnost leta 1999.

V mnogih evropskih državah je prepovedano in tudi kaznivo vsako fizično nasilje nad otroki. Povsem je že od leta 1979 prepovedano klofutanje in šeškanje otrok na Švedskem, Finskem, Danskem, Norveškem, v Avstriji, Nemčiji, Latviji, na Islandiji, na Cipru in Hrvaškem, letos tudi v Romuniji in Ukrajini. Konvencijo o otrokovih pravicah je ratificiral slovenski parlament že leta 1991. Prvi je na trpinčene otroke opozoril profesor Kornhauser že leta 1979 na Derčevih dnevih, ko je na kliniki zbral primere hudo pretepenih otrok. Ob oblikovanju Foruma zoper telesno kaznovanje otrok v družini, letos februarja, pa pravi, da bi želeli predvsem spremeniti miselnost družbe in se približati švedskim načelom, po katerih morajo biti otroci deležni enakega varstva pred fizičnim kaznovanjem ali nasiljem kot odrasli. Prepovedane so tudi vse ponižujoče vzgojne metode, oblike psihološkega kaznovanja, grožnje, strašenje, zasmehovanje in večdnevno ignoriranje.

Do leta 1988 je objavil 128 strokovnih člankov, 53 recenzij, preko 50 poljudnih člankov in več kot 100 raznih mnenj, polemik in drugih pisanj. Kasneje jih ni več štel.

### Publicist

Mlademu zdravniku je pomagalo znanje sedmih jezikov, ki jih obvlada in poznavanje grafičnih zakonitosti v času, ko so v tiskarnah še vivali črke in so bili stavci zelo razgledani delavci. 20 let je bil je urednik vsakoletnih Zbornikov podiplomskih predavanj iz kirurgije za zdravnike splošne medicine. Rdeči zborniki iz kirurgije so bili za medicince najboljše pomožno gradivo pri pripravljanju izpita iz kirurgije. Urejeval jih je vse do upokojitve.

V šestdesetih letih prejšnjega stoletja je urejeval medicinsko revijo PRO MEDICO. Posamezne številke so bile monotematke. Med besedila so bile uvrščene odlične ilustracije, oblikovno je bila revija neoporečna. Za tiste čase je predstavljala prijetno novost. Danes jo smatram za predhodnico zdravniške revije Isis. Ker so bile v naslovnici in med tekstem zadnje številke revije Pro medico objavljene nekatere znamenite ikone iz makedonskih samostanov, je bila revija v začetku sedemdesetih let ukinjena z obrazložitvijo, da tovarna Lek in njegova revija širita klerikalizem.

Nekatera njegova urednikovanja so se končala tudi neuspešno, ker pri indoktriniranih pragmatičnih oblastnikih ni našel posluha za demokratičen in estetsko dovršen pristop. Pet let je bil urednik glasila skupnosti zdravstvenih organizacij NOVIS, kjer ni uspel uveljaviti veliko uredniške inventivnosti. Bil je zadnji urednik časopisa KC, ki ga je novo vodstvo leta 1991 ukinilo.

Po osamosvojitvi ga je tedanji minister za znanost povabil, da oblikuje revijo, ki naj bi na zanimiv način povezovala znanost z izkušnjami in življenjem znanstvenikov. Rodila se je revija RAZISKOVALEC, ki je bila na zunaj prikupna, po vsebini pa zanimiva in berljiva. Vzdržala je do naslednjih volitev, ko ga je novi minister poklical in mu povedal, da tako ne gre, ker je v reviji premalo politike. Kornhauser je odstopil kot urednik. Z novim vodstvom je revija shirala in preminula. Pavle Kornhauser je še danes sourednik slovenske izdaje UNESCO GLASNIKA.

### Predstavnik ljudstva

O tem je zapisal: »Politika me je vedno privlačila, vendar me ni nikoli toliko pritegnila, da bi se ji resno posvetil. Bolj so me zanimale ideje, smotri, cilji, ne pa pragmatična praksa. Bil sem preveč svobodomiseln in obenem navajen povedati, kaj mislim, da bi se podvrgel zasokom vsakodnevnega politikantstva.«

Bil je predsednik upravnega odbora kirurških klinik Kliničnega centra, predsednik gradbenega in finančnega odbora za izgradnjo Kliničnega centra in predstavnik zdravstva v Mestni skupščini Ljubljana. Oblikoval in vodil je komisijo KC za racionalno uporabo antibiotikov. Bil je predsednik slovenskih pediatrov in generalni sekretar pediatričnega združenja v naši bivši državi. Mednarodno združenje pediatrov ga je imenovalo za izvedenca. In še bi lahko naštevali naloge, ki jih je uspešno opravljal.

Julija 2003 je v članku »Utrinki iz časov, ko sem bil predstavnik ljudstva« med drugim zapisal: »Prepričan sem, da smo v socializmu za razvoj našega zdravstva naredili ogromno. Moja generacija je lahko ponosna, da je ustvarjala eno najbolj naprednih organizacij za ohranjanje zdravja v Evropi. Pokazalo se je, da socialistični sistem, ki so ga skušale uresničiti revne države Vzhoda, ne more biti kos ekonomskim zakonitostim, ki so se uveljavile v liberalnih in demokratičnih državah na zahodu. Bilo je veliko stranpoti, samovolje in obenem odrekanja zaradi višjih idealov...«. Časov, ko je bil delegat v Mestni skupščini ljubljanski, se rad hudomušno spominja: »Nekoč smo na predlog veterinarjev obravnavali višino odškodnine za skočnino bika. Iz zadnje klopi sem se javil k razpravi in z resnim glasom predlagal najvišjo možno tarifo: »...Saj se vsi moški v skupščini dobro zavedamo, da je to opravilo zelo težko in zahtevno...« ter nadaljeval: z razumevanjem so me podprle tudi poslanke, tako, da je bil predlog sprejet enoglasno.

### Neravnodušni državljan

Mimo »predstavljanja ljudstva« v prejšnji državi je Pavle Kornhauser tudi še danes sila neravnodušen državljan.

Tako se je leta leta 2001 odzval na pisanje dr. Trampuža o bolnišničnih okužbah: »... Za raziskovalca je žaljivo in nedopustno, da poveljuje znanje, ki ga je pridobil v tujini, obenem pa ne pozna dosežkov (ali pa jih zanika), ki jih je uresničila domača pamet...«

V revialnem tisku in v pismih bralcev smo bili priča hudi polemiki o gradnji in velikosti nove pediatrične klinike. Zagovarjal je stališče, da naj bo otroška klinika v neposredni bližini kliničnega centra, da se ne bi podvajale laboratorijske, rentgenske in ostale diagnostične službe. Zagovarjal je racionalizacijo nekritičnih in nesodobnih načrtov, ki ne upoštevajo padca števila hospitaliziranih otrok in kratke ležalne dobe v državah Evropske unije. Na temelju medicinskih programov je z

arhitekti oblikoval zasnove za nove otroške oddelke v bolnišnicah Slovenj Gradec, Izola, Karlovac, KC Skopje ter v Kuvajtu. Tako je lahko predlagal gradnjo interdisciplinarne osrednje otroške bolnišnice v Ljubljani po programu, ki je skoraj identičen z elaboratom o novi pediatrični kliniki, ki ga je na povabilo sedanjega ministra pozneje izdelal izvedenec iz tujine dr. De Campo.

V Glasilu mestne občine Ljubljana je pisal o ljubiteljski glasbeni dejavnosti zdravnikov. V Delu je objavil poročilo o gostovanju Bolšoj teatra iz Moskve v Trstu. Kot redni obiskovalec glasbenih prireditev pa je bil ogorčen ob neprimerni glasbeni kritiki koncerta Slovenske filharmonije. Užaljeno se je pritoževal nad birokracijo DARSA, ko mu je odpovedala tablica za avtomatsko plačevanje cestnine. Javno je protestiral, ker je kinematografsko podjetje reklamiralo film Življenje je lepo kot romantično komedijo. Film namreč prikazuje dogodke v koncentracijskem taborišču med drugo svetovno vojno. Odzval se je na novinarski intervju z direktorjem Krke Milošem Kovačičem, kjer so le-temu v nevezanem razgovoru ušle slabo preišljene izjave. V reviji Isis je februarja letos v članku »Stranpoti kadrovske politike v ljubljanskem Kliničnem centru«, opisal dolgoletno prakso kadrovanja v tej ustanovi in zaključil: »Menim, da je kadrovska politika v Kliničnem centru pri izbiri vodilnih zdravnikov neživljenjska, krivična za številne odlične strokovnjake in posledično tudi za bolnike.«

### Pianist in kulturni delavec

Profesor je tudi pianist in kulturni delavec. Na akademiji za glasbo je bil njegov profesor vodilni klavirski pedagog v bivši državi Svetislav Stančić. Bil je soustanovitelj Kulturnoumetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher in njegov predsednik. Kot pianist – solist v komornih skupinah in z orkestrom – je nastopal na številnih koncertih doma in tudi v tujini. Spodbudil je oblikovanje glasbenih združenjskih komornih skupin PRO MEDICO, katere vodi še danes. Od prvih začetkov oblikuje spored zdravniških koncertov ob Plečnikovem memorialu že 35 let.

Na vsakoletnem zdravniškem komornem koncertu ob poletnem solsticiju v stari Ljubljani so letos 15. junija proslavili 40-letnico komornega muziciranja ljubljanskih zdravnikov in 80-letnico prof. dr. Pavla Kornhauserja. Izvedli so Bachov Koncert za klavir in godalni orkester in Dvořakov Klavirski kvintet v A-duru. Pri obeh je bil za klavirjem Pavle Kornhauser. Ponosen je, da je »na odru« zbral pri izvedbi odlomkov iz opere Porgy in Bess G. Gershwinja čez 100 izvajalcev: soliste, zdravniški orkester in dva zbora – mešani pevski zbor Bogdan Derč in zbor študentov medicine COR. Slavljenec se je za dolg aplavz po koncu koncerta zahvalil z dodatkom Chopinove skladbe Fantaisie Impromptu, s katero je prvič javno nastopil kot desetletni deček. Tudi to pot je navdušil polno šentjakobsko cerkev poslušalcev.

Naslednji dan je prejel pismo: »Spoštovani prof. dr. Pavle Kornhauser, dragi prijatelj! Sliši se glas, da praznujete spoštljivo okroglo obletnico. Za ljudi Vašega kova, ki so polni ustvarjalne življenjske energije ter umetniškega zanosa, je taka obletnica le nekajkrat po dvajset mladih let in želim Vam, da bi bilo tudi Vaših nadaljnjih dvajset let enako uspešnih in zadovoljnih. Vaš Milan Kučan.«

Ko sva se pred leti pogovarjala v uredništvu revije Isis, sem zapisal, da je profesor dr. Pavle Kornhauser zdravnik, ki je obsojen na uspeh.

Prislužil si je marsikaterega zavistneža in obrekljivca. Velikokrat je bil petelin, ki je pel prezgodaj. Take peteline skoraj vedno utišajo in preženejo. Pri njem pa je vsakemu zgodnjemu petju prej ali slej sledila pohvala.

Leta 1968 je bil odlikovan z ordenom dela s srebrnim vencem, leta 1981 z zlatim vencem in leta 1987 z rdečo zastavo. Leta 1983 je dobil Priznanje dr. Jožeta Potrča, leta 1991 Gerb-

čvo priznanje Slovenskega zdravniškega društva. Leta 1992 je bil dobitnik nagrade mesta Ljubljane. Leta 1997 je bil odlikovan, kot prvi pediater, s srebrnim častnim znakom svobode Republike Slovenije.

Kaj je bilo tisto, kar ga je vse življenje obsojalo na uspeh? So bili temu krivi izjemni povojni časi, ko je povsod primanjkovalo zdravnikov in je bil med njimi pediater kot zlato zrno? Je bila to njegova toleranca do takratnega režima, njegova prislovična vztrajnost, doslednost in nenasitnost pri delu? Je bil to njegov optimizem, izjemen intelekt ali osebni šarm, saj je znal vselej in za vsakega najti prijazno in ustrezno besedo. Je bila osnova vsemu glasbena nadarjenost in milina njegove matere pianistke? Zrno genialnosti je bilo vsekakor zraven. Ob letošnjem 17. septembru mu tudi zdravniki želimo, da bi še dolgo deloval v prid otrokom in slovenski medicini. Želimo mu sreče ob ženi Andreji, tudi pediatrinji, med svojimi domačimi in prijatelji. A še dolgo bi ga radi srečevali tudi na ljubljanskih ulicah, ko bo hitel na razne kraje, kjer bo urejeval katero izmed »svojih zadev« in jih na njemu lasten način vselej pripeljal do uspešnega konca.

Zanimivo je vedeti

## VLOGA MEDNARODNE HUMANITARNE ORGANIZACIJE MSF PRI NUJNI MEDICINSKI POMOČI\*



»Medicinsko in humanitarno delo je več kot samo analiza in zdravljenje telesnih okvar, saj ponuja možnosti tam, kjer jih sploh ni bilo, in prinaša človeški dotik v nehumano okolje ter lahko konec koncev pomaga pri ponovnem osnovanju človeškega dostojanstva. Medicinsko delo, stik med zdravnikom in pacientom, ta bližina do človeškega trpljenja ostaja odločilna, če hočemo ostati človekoljubni in dejanjih in duši.«

*Dr. med. Thomas Nierle,  
operativni direktor, MSF-Švica*

Zdravniki brez meja (franc. Médecins Sans Frontières ali krajše MSF) je največja svetovna mednarodna humanitarna organizacija zdravnikov, ki nudi nujno medicinsko pomoč ogroženim prebivalcem v več kot osemdesetih državah.

MSF pomaga žrtvam naravnih nesreč, oboroženih sporov in epidemij ne glede na njihovo etnično, politično in versko pripadnost. Poleg opravljanja svojih misij v izrednih razmerah sodeluje v različnih dolgoročnih programih za obnovo zdravstvenih sistemov, ki sledi po kriznih razmerah ali sporih. Nadalje je naše delo namenjeno »pozabljenim prebivalcem«; manjšinam, kot so pripadniki avtohtonih manjšin, ljudem, ki živijo v siromašnih delih mesta (slumih) ali pa otrokom z uli-

ce. S posebnimi programi se naše ekipe borijo proti »pozabljenim boleznim«, kot so spolna bolezen, malarija, tuberkuloza ali HIV/aids.

V državah, kjer so zdravstvene ustanove nezadostne ali pa celo ne obstajajo, MSF sodeluje z organi oblasti, kot je ministrstvo za zdravje, da priskrbi pomoč. Poleg tega sodeluje pri usposabljanju bolnišnic, ambulant in izvajanju programov cepljenja ter projektov obnove vodnih virov in sanitarij. MSF dela tudi v oddaljenih zdravstvenih centrih, slumih in skrbi za izobraževanje lokalnega osebja – vse to z namenom, da bi spet postavila zdravstvene strukture na sprejemljiv nivo.

### Osveščanje

MSF poskuša ob izvajanju humanitarne pomoči druge osvestiti o kriznih razmerah. MSF ima vlogo priče in bo ali zaupno ali v javnosti spregovorila o trpljenju ogroženih prebivalcev, za katere skrbi. S tem hoče olajšati človeško trpljenje, zaščititi življenje in zdravje ter vzpostaviti in zagotoviti spoštovanje do človeških bitij in njihovih temeljnih človeških pravic.

Samo majhen odstotek prebivalcev, ki se znajdejo v nevarnih situacijah, doseže medijsko pozornost. Ekipe MSF potujejo v kraje, o katerih veliko ljudi sploh še ni slišalo, da bi pomagali žrtvam naravnih katastrof in tistih, ki jih je povzročil človek. Ko se prostovoljci MSF vrnejo s svojih misij, vedno povedo kakšno zgodbo o tem, kaj so videli, pri čemer uporabljajo svoje izkušnje. Osveščanje o teh prebivalcih in razmerah, v katerih so ti, predstavlja za MSF pomembno nalogo. Prostovoljci MSF dajejo intervjuje in imajo predstavitve, kadarkoli je to mogoče. Uradi MSF, ki so vsepovsod po svetu, omogočajo organiziranje srečanj za posameznike in skupine, ki hočejo govoriti v svojih domačih skupnostih. MSF tudi postavlja razstave, od časa do časa pa izdaja publikacije, namenjene osveščanju.

V delo MSF spada tudi obravnavanje kakršnihkoli kršitev temeljnih človekovih pravic, s katerimi se srečujejo ekipe s terena, torej kršitev, ki jih zakrivijo ali vzpodbujajo politični akterji. Z izvajanjem pritiska nad njimi preko mobilizacije mednarodne skupnosti in z javnim obveščanjem sooča same odgovorne povzročitelje kršitev. Z namenom, da bi preprečila kompromise ali manipulacijo pri nujenju pomoči, MSF podpira nevtralnost in neodvisnost od posameznih vlad. Organizacija MSF si poskuša zagotoviti, da večino sredstev, ki jih zbira za svoje delovanje, dobi neposredno od prispevkov splošne javnosti. Na ta način zagotavlja vsem enak dostop do svoje humanitarne pomoči.

### Zgodovina MSF

Zgodovina MSF je tako odsev dogodkov, ki predstavljajo mejnike v njenem gibanju, kot tudi vprašanj, ki so jedro gibalne ga razvoja.

MSF že od leta 1971 organizira akcije za nujno medicinsko pomoč. Njeno gibanje se je začelo z zbiranjem francoskih zdravnikov in se razvilo v mednarodno humanitarno gibanje s svojimi uradi v 18 državah in svojim stalnim delovanjem v več kot 80 državah. Leta 1999 je prejela Nobelovo nagrado za mir.

Več kot 2500 prostovoljcev dela širom po svetu. Organizacija pa poudarja potrebo po neodvisnem humanitarnem delovanju v vseh svojih akcijah.

### Listina Zdravnikov brez meja (MSF)

MSF je zasebna mednarodna organizacija. Večino njenih članov sestavljajo zdravniki in zdravstveni delavci, a veliko drugih delavcev z drugo poklicno izobrazbo podpira njeno nemoteno delovanje. Vsi se strinjajo v spoštovanju naslednjih načel:

– Zdravniki brez meja nudijo pomoč prebivalcem v stiski, žrtvam naravnih katastrof ali tistih, ki jih je povzročil človek

\* Gradivo nam je posredovala ga. Renata Simetkova iz Avstrija MSF.

V Zdravniškem vestniku smo ob Nobelovi nagradi, ki jo je dobila organizacija »Zdravniki brez meja«, objavili uvodnik (Zdrav Vestn 2000; 69: 227-8).

- ter žrtvam oboroženih sporov brez diskriminacije in ne glede na raso, vero, prepričanje ali politično pripadnost.
- Zdravniki brez meja spoštujejo nevtralnost in nepristranskost v imenu univerzalne medicinske etike in pravice do humanitarne pomoči ter zahtevajo popolno in neovirano svobodo v izvajanju svojih funkcij.
  - Zdravniki brez meja se zavezujejo, da bodo spoštovali svoj poklicni etični kodeks in ohranili popolno neodvisnost od vseh političnih, gospodarskih in verskih oblasti.
  - Kot prostovoljci se člani MSF zavedajo vseh tveganj in nevarnosti misije, ki jo prevzemajo, in nimajo pravice do nobene druge odškodnine zase ali za svoje upravičence, kot je tista, ki jim jo lahko nudi organizacija Zdravnikov brez meja.

## Dejstva

Zdravniki brez meja je zasebna in neprofitna mednarodna organizacija. Sestavlja jo 18 nacionalnih sekcij v Avstraliji, Avstriji, Belgiji, Kanadi, Danski, Franciji, Nemčiji, Nizozemski, posebnem administrativnem območju Ljudske republike Kitajske Hong Kongu, Italiji, Japonski, Luksemburgu, Norveški, Španiji, Švedski, Švici, Veliki Britaniji in ZDA z mednarodnim uradom v Bruslju.

Vsaka sekcija MSF objavlja letna, revidirana finančna poročila glede na njihovo računovodsko politiko, zakonodajo in pravila revidiranja. Za izvode teh lahko zaprosite pri vsaki sekciji. Poročilo o aktivnosti MSF lahko najdete na [www.msf.org](http://www.msf.org), ali na eni izmed spletnih strani nacionalnih uradov, ki so naštetih zgoraj.

## Misije MSF po svetu

Nekaj utrinkov iz držav, kjer je MSF delovala od 2002–2003 (informacije o vseh najdete v celotnem Poročilu o aktivnosti MSF 2002–2003 ali pojdite na spletno stran [www.msf.org](http://www.msf.org)):

### Liberija

Do sredine leta 2003 se je MSF izključno odzvala na izredne razmere v Liberiji, ki jih je zaznamovalo zaostrovanje državljanske vojne v Liberiji in povečanje nasilja, kar je prizadelo celotno zahodnoafriško regijo. Na deset tisoče Liberijcev je bežalo pred vojno, ki je pustošila po vsej državi. Osebe MSF je neumorno delalo v Monroviji. Pomagali so na tisoče razseljenim ljudem, ki so se zbrali v šolah in na stadionih, nudili pomoč v javnih bolnišnicah, dokler jim tega ni preprečila bojna črta, in celo ustanovili začasne klinike v dveh rezidencah MSF.

### Afganistan

MSF je bila dejavna v Afganistanu od leta 1980: med sovjetsko okupacijo, državljansko vojno in talibanskim režimom. Po padcu talibanskega režima novembra leta 2001 se je politizacija pomoči, za katero se je zavzemala mednarodna skupnost in katero so potihoma sprejele nevladne organizacije, izkazala za nevarno humanitarnim organizacijam in je zmanjšala dostop Afganistancem do nujne pomoči. Kljub težkim varnostnim razmeram na številnih področjih MSF nadaljuje z oskrbovanjem s hrano, cepljenjem, osnovno zdravstveno nego, mobilnimi klinikami in s specializiranimi programi za bolezn, kot so tuberkuloza in leishmaniasis.

### Kenija

Kar se tiče epidemije HIV/AIDS je središče delovanja MSF v Keniji. Retrovirusno (AVR) zdravljenje, ki ga nudijo na dveh lokacijah; v Nairobiju v mestecu Homa Bay in v pokrajini Busia v okviru celovitih programov HIV/AIDS je brezplačno. Na primer novembra 2003 je bilo okrog 1300 ljudi pod retrovi-

rusnim zdravljenjem. MSF je po vsem svetu imela v projektih, ki so pokazali, da se da zdraviti ljudi tudi na področjih, pomanjkljivimi v viri, več kot 10.000 ljudi, ki so se zdravili na ta način vse do leta 2003. Do konca leta 2004 pa se bo število povečalo na 25.000. MSF sedaj dela na tem, da bi retrovirusno zdravljenje prilagodila na resnične življenjske razmere ljudi v državah v razvoju in poziva ostale, da bi storile enako.

Svetovna zdravstvena organizacija bo potrebovala politično zavezanost in denar držav darovalk ter lokalnih vlad, da bi uresničila svoj cilj, ki je priskrbiti retrovirusno zdravljenje za 3 milijone ljudi v državah v razvoju do konca leta 2005. A MSF mora poudariti, da če hočejo to številko doseči do leta 2005, morajo še danes začeti pri treh, petih, tridesetih, stotih ali tisočih pacientih.

Javno-zasebna partnerstva, ki obsegajo vlade, agencije Združenih narodov, nevladne organizacije, civilnodružbene organizacije in zasebna podjetja, se vedno bolj sprejema kot mehanizme, ki rešujejo problem epidemije AIDSa in druge globalne probleme.

Pri nekaterih boleznih niti ni na razpolago primernih zdravil za zdravljenje. Da bi to spremenila, je MSF združila javno zdravstvo in raziskovalne institucije v Keniji, Indiji, Braziliji, Franciji in Maleziji, in s tem postala ustanovni partner pri Pobudi glede novih zdravil proti zapostavljenim boleznim (DNDi), namenjeni raziskovanju in razvijanju sestavin za zdravila proti boleznim, kot so spolna bolezen, leishmaniasis, malarija in druge. S to pobudo MSF poskuša izzvati lokalne vlade in države darovalke, da bi prevzele svojo odgovornost, da bi se odzvale na te bolezni – MSF upa, da bo z njo predala odgovornost za te bolezni in odziv nanje na javni sektor in vlado.

MSF lahko kot neodvisna organizacija priskrbi pomoč, ki je potrebna, in javno spregovori o kazenskem odzivu na trpljenje civilistov zaradi vojne in pojavljanja bolezni. Da ostane pri svojem poslanstvu učinkovita, mora to neodvisnost varovati. Nenehno mora delati na tem, da se razlikuje od vedno naraščajočega združenja dajalcev pomoči in ponudnikov storitev, ki se strogo ne držijo humanitarnih načel, kar postaja vedno bolj težko.

Zahvaljujoč se preko 2 milijonom zasebnim donatorjem, ki so financirajo delovanje MSF po svetu, 80% prihodka prihaja torej iz zasebnih virov, kar zagotavlja njeno finančno neodvisnost. Zanje in še posebno za ljudi, ki dajejo pomoč po svetu, MSF nenehno dela na tem, da bi zaščitila neodvisnost dela in duha. Pretvarjati se, da je humanitarno delo način, s katerim dosežemo politične cilje, je tako zmotno, kot pretvarjati se, da lahko humanitarni delavci najdejo politične rešitve. Pri MSF se imamo za sodelujočo moč, ki pa ne vpliva na politično sodločanje. Naš cilj je rešiti življenja, ki so ogrožena zaradi političnih interesov, ki puščajo le malo prostora za obravnavanje ljudi v stiski za to, kar v resnici so – človeška bitja. Naša vloga je ta, da se spopademo z realnostjo, ki ignorira preprosto idejo.

»Humanitarna medicina je medicinska praksa glede na univerzalno medicinsko etiko. Slednja temelji na moralnem konceptu, ki ceni človeško življenje in dostojanstvo – človeški pogoj. In to ni utopično, ampak je zelo realno ... in skrajno potrebno.«

*Dr. med. Thomas Nierle,  
operativni direktor, MSF-Švica*

Avstrija MSF, ki služi *Avstriji, Češki republiki, Slovaški republiki, Sloveniji in Madžarski*, je bila ustanovljena leta 1994 z namenom, da bi rekrutirala prostovoljce, priskrbela informacije in zbrala nujno potrebna sredstva.

*Zdravniki brez meja* je organizacija, ki nenehno išče zdravnike, ki so pripravljeni deliti svoj čas in svoje sposobnosti za pomoč ljudi v stiski.

## Pogoji za zdravnike

Prijavijo se lahko zdravniki, ki bodo na voljo 6–9 mesecev za svojo prvo misijo.

### *Poklicni pogoji*

Za mesta **splošnega zdravnika** pri projektih MSF – končana medicinska izobrazba in najmanj 2 leti delovnih izkušenj v splošni medicini, po možnosti med pripravo na specializacijo v interni medicini.

Za mesta **specialista** – končana specializacija iz ustreznega področja (ginekologi, anesteziologi, kirurgi, pediatri, zdravniki internisti).

Poleg tega – izkušnje v tropski medicini, javnem zdravstvu ali zdravstvu skupnosti. Izkušnje v učenju in poučevanju so zelo koristne.

### *Znanje jezikov*

**Teškoče znanje angleščine – pisno in ustno**, prednost je znanje katerikoli drugih jezikov (francoščine, španščine, portugalsščine itd.).

Več informacij in kontakti so na voljo na uradni spletni strani MSF: [www.msf.at](http://www.msf.at).

Kot primer projektov organizacije Zdravniki brez meja objavljamo poročilo za Bosno in Balkan.

## **Bosna: Misija se zaključi po desetletju, ki ga je zaznamovalo v vojni prizadeto prebivalstvo**

MSF je začela leta 1991 delovati v nekdanji Jugoslaviji z evakuacijo ranjencev iz obleganega Vukovarja.

Začetni programi so nastali kot odgovor na nujne potrebe ljudi, ki so se morali spopadati z vojno. Z mirovnim sporazumom leta 1995 pa so v sami Bosni nastali srednjeročni projekti, ki so se osredotočili na duševno zdravje, družinsko medicino in usposabljanje zdravstvenih objektov. MSF se je odločila, da bo v tej državi zaključila svoje delo z dolgoročno obnovo, ki sedaj poteka, in z veliko drugimi k razvoju usmerjenimi organizacijami na pravem mestu.

Program družinske medicine, po katerem se je izobraževalo 50 zdravnikov in 71 medicinskih sester v Doboju, Tuzli in vzhodni Republiki Srbski, so prevzeli tudi lokalni zdravstveni delavci julija 2001. MSF je tudi skrbela za kratkotrajno osnovno oskrbo romskega (ciganskega) prebivalstva v Sarajevu. Program psihološke podpore ljudem, ki so trpeli zaradi posttravmatske stresne motnje (PTSD), in izobraževanja strokovnjakov s področja duševnega zdravja v kraju Goražde se je končal proti koncu leta 2000.

Konec službovanja MSF v Bosni je prekinil boleči dogodek v zgodovini Bosne – uničenje varnega zavetišča Srebrenica leta 1995 in nato deportacija ter masaker več tisoč muslimanov. MSF, ki se je v času masakra zadrževala v enklavi, je julija 2000 zahtevala preiskavo pod okriljem francoskega parlamenta glede okoliščin srebrniškega padca.

## **Zdravljenje psiholoških vojnih brazgotin**

Od podpisa Daytonskega sporazuma v decembru leta 1995 se je mirovni proces le počasi odvijal. Povratek beguncev je bil težaven zaradi nenehnih etničnih napetosti med bosansko, hrvaško in srbsko skupnostjo.

Od julija 1996 je MSF vodila program za pomoč duševnemu zdravju v kraju Goražde. MSF je usposobila zdravstvene strokovnjake za zdravljenje številnih ljudi, ki so še vedno trpeli zaradi vojne izkušnje. Ekipe MSF je postavila na noge psihološki rehabilitacijski center v kraju Goražde, skupaj z psihologi, ki so delali v Sarajevu in ostalih delih Bosne, kot tudi z ministrstvom za zdravje. Rehabilitacijski center skrbi za potrebe mladih in starih.

MSF je tudi skrbela za podporo omrežij skupnosti (šol, združenj žena, itd.), ki so bila sposobna prepoznavanja ljudi, potrebnih izredne pomoči pri soočanju s travmo in izgubo. Na ta način so jih lahko napotili v ustanove za zdravljenje duševnega zdravja, če je bilo to potrebno. MSF je v sodelovanju s sarajevsko univerzo izobraževala psihologa iz Bosne, da bi pomagala bosanskemu ministrstvu za zdravje pri izpolnjevanju svojih dejavnosti.

V Tuzli in v Palah je MSF vodila program družinske medicine, katerega glavni cilj je bil omogočiti dostop družinam do prvovrstnih zdravstvenih storitev. MSF je spodbujala ljudi, da naj obiščejo splošne zdravnike, preden se obrnejo na specialiste. Ekipe MSF je vodila izobraževalne programe za bosansko zdravstveno osebje glede racionalne uporabe zdravil in odkrivala druge gospodarne metode organiziranja zdravstvenih storitev v korist vseh.

Od konca avgusta 1998 je v Bosno prišlo več kot 22.000 kosovskih beguncev, prav tako pa drugih 3000 pripadnikov muslimanske etnične skupine iz Sandžaka, ki so zbežali iz Srbije med prvo polovico leta 1999. MSF je delala v štirih kampih in nadzorovala ter spremljala tranzitne centre. Na teh področjih je nadzorovala in spremljala osnovno zdravstvo, ki ga je tudi priskrbela. Poleg tega je dovažala vodo in izvajala sanitarno pomoč. Vodila je mobilno zdravstveno kliniko za te begunce. V Republiki Srbski je vodila mobilno zdravstveno kliniko, oskrbovala lokalne zdravstvene objekte in razdeljevala higienske pripomočke. Na vzhodnem delu republike je razdeljevala zdravila zdravstvenim ustanovam.

## **Projekti MSF na Balkanu: Srbija & Črna gora, Kosovo**

### *Jugoslavija: kratkoročne nevarnosti in dolgoročna travma*

Čeprav se Srbija sedaj okorišča z še več finančne pomoči in z odpisom dolga v zameno za boljše sodelovanje z Mednarodnim kazenskim sodiščem Združenih narodov, je njeno gospodarstvo daleč od okrevanja in več kot polovica prebivalstva živi ali na pragu revščine ali pod njim.

Okrog 30.000 beguncev od 700.000 in notranje razseljene osebe v Jugoslaviji živijo v zelo revnih pogojih v zbirnih centrih. MSF najbolj pomaga takšnim ranljivim družinam v okrožju Pcinja, da si najdejo zasebno nastanitev in dostop do storitev socialnega skrbstva.

Aprila 2002 je MSF priskrbela razkužila za nujne primere in higienske pripomočke za okrog 1500 gospodinjstev v Petrovcu po poplavi v okrožju Pomoravlja. Zaradi potresa v južnem delu Kosova je v istem mesecu prišlo tudi do nujne intervencije. Ekipe MSF je bila posebej pozorna na duševno zdravje žrtev potresa, ki so trpeli že zaradi travme, povezane z vojno. Rezultat vsega tega je bila knjižica, napisana z namenom, da pomaga ljudem pri razbremenitvi stresa, nastalega kot posledica potresa, in jih duševno pripravi za ponovno tresenje tal in/ali potrese.

V središču pozornosti programa, ki je potekal v območju Pejë/Peć je bilo tudi pri Kosovarjih duševno zdravje. S tem programom so poskrbeli za možnost posvetovanja za ljudi, ki so trpeli zaradi posttravmatskega stresa v vaseh, katere je vojna zelo prizadela. Posvetovanja so se udeležili večinoma otroci, najstniki in ženske s kulturnimi pregradami, ki so preprečevale žrtvam posilstva ženskega spola in moškim na splošno, da bi si poiskali pomoč.

MSF deluje v Jugoslaviji od leta 1991 in na Kosovu od leta 1993.

### *Srbija in Črna gora*

V lanskem letu je MSF delala na tem, da bi izboljšala bivalne pogoje razseljenih ljudi v Srbiji in Črni gori in jim pomaga, da se jim prizna njihov status. Na preizkusnih temeljih je MSF iskala možnosti, da bi zopet naselila okrog 32.000 notranje

razseljenih oseb (IDPs) in da bi pomagala družinam v okrožju Pcinja z rehabilitacijo, plačilom zatočišča in s pridobitvijo zakonitega statusa, da se lahko naselijo v Srbiji ali drugi državi. Ta projekt premestitve so zaključili decembra 2002. Junija 2003 pa so začeli s psihosocialnim programom, da bi pomagali žrtvam kosovske vojne. Te notranje razseljene osebe živijo v grozovitih pogojih znotraj Srbije, vendar se preveč bojijo, da bi se vrnila na Kosovo. Mobilna ekipa MSF je našla pot do okrog 2500 notranje razseljenih oseb v Vranju in okrog njega. Zavzemanje za trajno rešitev njihovega statusa se izvaja na nacionalnem nivoju. Na istem območju je MSF do nedavnega pomagala najbolj ranljivim lokalnim družinam z majhno mero rehabilitacije in psihosocialne podpore.

## SKUPNA JAVNA NAROČILA V ZDRAVSTVU

*Ministrstvo za zdravje*

*(Pripravil: prim. Jože Arzenšek, dr. med.)*

Javna naročila so uveljavljen obvezen element poslovanja javnih služb. V zadnjih letih pa se kot eden od načinov javnega naročanja pojavlja tudi tako imenovano *skupno javno naročanje*. To pomeni, da se naročniki (odvisno od skupnih potreb) povežejo in skupaj izvedejo postopek javnega naročanja za določeni dogovorjeni predmet. Ministrstvo za zdravje se aktivno vključuje v navedena javna naročila na področju zdravstva kot pooblaščen naročnik.

Za zdravstveno dejavnost v Republiki Sloveniji dajemo sorazmerno velika materialna sredstva, zato je zelo pomembno, da jih tudi racionalno in učinkovito uporabimo.

Način za doseganje navedenega cilja, ki je posredno in neposredno v korist vsem uporabnikom zdravstvenih storitev, to je vsem državljanom, so tudi tako imenovane skupne nabave. Takšen način javnega naročanja je znan, preizkušen v Evropi (Švedska, Nemčija, Češka, Nizozemska, Avstrija, Velika Britanija, Švica, itn.) in v svetu (ZDA itn.) in zagotovo učinkovit način javnega naročanja blaga in nekaterih storitev. Urad za javna naročila Ministrstva za zdravje je najprej izvedel pilotni projekt nabav v zdravstvu za rokavice, igle in plenic, v katerem je sodelovalo 7 bolnišnic (Klinični center Ljubljana, Splošna bolnišnica Maribor, itn.) in Zdravstveni dom Ljubljana. Z enotnim razpisom je bil po vzorčni analizi dosežen prihranek v višini okrog 20% cene posameznega izdelka v primerjavi s cenami, ki so jih javni zdravstveni zavodi dosegli sami ob zadnjem javnem naročilu za enake izdelke.

Ministrstvo za zdravje je po uspešnem pilotskem projektu začelo s projektom skupnih javnih naročil kot pooblaščen naročnik, zato ga je pooblastila večina javnih zdravstvenih zavodov RS (zdravstveni domovi, splošne bolnišnice, Klinični center Ljubljana, specialni zavodi, itn.). Trenutno potekajo skupna javna naročila za 11 predmetov, izbor je nastal po predlogih javnih zdravstvenih zavodov (laboratorijski material, obvezilni material, RTG filmi, kolčne endoproteze, srčne endoproteze, dilatacijski material, katetri, infuzijski in transfuzijski material, zdravila, pacemakerji). Ministrstvo za zdravje kot pooblaščen naročnik izvaja vse postopke javnega naročanja, in izbere najugodnejšega ponudnika. Pogodbe s ponudnikom pa sklenejo zdravstveni zavodi sami.

Postopki skupnih javnih naročil potekajo v dveh fazah. V prvi fazi se podeli sposobnost vsem prijaviteljem, ki v prijavi izpolnjujejo zahteve iz razpisne dokumentacije za predmetno naročilo in s tem pridobijo status kandidata. V drugi fazi pa naročnik povabi kandidate k oddaji ponudbe in izbere naju-

godnejšega ponudnika na podlagi vnaprej določenega merila - cene.

Zaradi zagotavljanja konkurence na trgu, se izbira najugodnejšega ponudnika vsakih šest mesecev in vsakih šest mesecev se sklenejo tudi nove pogodbe.

Takšen način javnega naročanja ne vpliva na pravno varstvo ponudnikov, ki je zagotovljeno z zakonom o reviziji postopkov javnega naročanja.

Ministrstvo za zdravje pri tem sledi vsem pomembnejšim ciljem, ki jih prinaša takšna oblika skupnih javnih naročil, kot so:

- zagotavljanje največjega možnega izkoristka vloženi sredstev za nabave nespremenjene kakovosti naročenega blaga in storitev (ekonomija velikega obsega);
- standardizacija predmetov naročanja z upoštevanjem standardov s področja medicinskega potrošnega materiala, inštrumentarija, medicinske opreme, zdravil, ki so v veljavi v EU in veljajo tudi za RS po vstopu v EU;
- poenotenje strokovno tehničnih specifikacij in baz artiklov v zdravstvu RS;
- zmanjševanje stroškov naročanja z naročanjem na enem mestu z ustrezno usposobljenimi in odgovornimi strokovnimi kadri na področju javnih naročil ob doslednem spoštovanju področnih predpisov v RS in EU;
- porast transparentnosti;
- pozitivno vplivanje na trg s ciljem zagotoviti kakovostno konkurenco s sprotim odpravljanjem možnih nedoslednosti v takšnem sistemu;
- stalen nadzor predstavnikov javnih zdravstvenih zavodov, predstavnikov Sektorja za javna naročila in koncesije Ministrstva za finance, inšpekcijskih služb, itn.

S tem bodo postopno, a najhitreje odpravljeni problemi in težave, ki so prisotni na področju javnih naročil v zdravstvu in negativno vplivajo na porabo razpoložljivih namenskih sredstev in druge elemente dobav.

V projekt skupnega javnega naročanja so vključeni relevantni strokovnjaki za posamezna področja: pravniki, ekonomisti, strokovnjaki z medicinskega področja, ki so sodelovali tudi pri pripravi razpisne dokumentacije.

S projektom skupnih javnih naročil bo uresničen cilj - čimveč kvalitetnih izdelkov za najnižjo možno ceno, poenotenje strokovno tehničnih specifikacij in baz artiklov za vse javne zdravstvene zavode na enem mestu, višja strokovnost izvajanja javnih naročil v zdravstvu, sprotno odpravljanje možnih pomanjkljivosti, postopno zmanjšanje kadra in administrativnih stroškov zaradi izvajanja javnih naročil na enem mestu, večja in sprotna kontrola izvajanja skupnih javnih naročil, itn. Posebej je potrebno poudariti, da bodo skupna javna naročila izvajana za večino predmetov javnih naročil v zdravstvu, javna naročila za nekatere predmete (specifične, manjše količine) pa bodo tudi v prihodnje izvajali javni zdravstveni zavodi sami.

## SLOVENSKA DERMATOVENEROLOGIJA, KAKŠNA JE TVOJA PRIHODNOST? MAR NIMAŠ PERSPEKTIVE?!

*Jože Arzenšek*

Ni človeka, ki ne bi imel v svojem življenju enkrat, večkrat ali stalno različne težave s kožo. Število kožnih bolezni je v stalnem porastu, predvsem zaradi zviševanja povprečne življenjske dobe, pogojev okolja, načina življenja in drugih pogojev.

Pojavljajo se tudi nove in nove klinične slike težav s kožo, katerih ni mogoče vedno strokovno rešiti – ozdraviti v kratkem času.

Dermatovenerologija kot mlajša medicinska disciplina je predvsem v prejšnjem stoletju doživela svoj razvoj na področju odkrivanja, ugotavljanja, zdravljenja in preprečevanja kožnih bolezni.

Dermatovenerologija v številnih evropskih državah se temu bolj ali manj popolno in sproti prilagaja, drugod pa dermatovenerologija zaostaja ali je še v svoji »prvinski« obliki delovanja. Posledice so znane predvsem kot neobvladljivost problematike kožnih bolezni z vsemi posledicami za gibanje bolezni v teh državah.

Tako je še danes.

Slovenska dermatovenerologija deluje že več kot šestdeset let. Včasih je bila v senci drugih strok, drugič spet je imela srečna obdobja intenzivnega razvoja.

Slovenska dermatovenerologija je pred letom 1990 razvila in izvajala kakovostne storitve na področjih dermatoonkologije (Betteto), dermatokirurgije (Bunta), specialne laboratorijske diagnostike (Kansky), celovite obravnave spolnih bolezni (Fetich), otroške dermatovenerologije (Kavčič), alergodermatoz in poklicnih dermatoz (Lunder), dermatomikoz (Lunder).

Še bi lahko naštevali.

Tudi po tem letu so se uvajala nekatera področja v dermatovenerologiji pri nas, npr. računalniška dermatoskopska metoda identifikacije melanoma (Bartenjev), lasersko zdravljenje (Bartenjev), načela sodobne obravnave spolno prenosljivih bolezni (Potočnik) itn.

Predvsem v zadnjih letih pa naša dermatovenerologija izgublja že doseženo. Ni več enotnega strokovno organizacijskega delovanja v slovenskem prostoru, medsebojnega povezovanja in sodelovanja tako malega števila slovenskih dermatovenerologov in dogovora o razvoju stroke itd.

Nekatera področja so prevzeli zasebni dermatovenerologi, ki so se kalili v javnem zavodu in odšli med zasebnike tudi zaradi slabih možnosti napredovanja, slabih odnosov v njem, delovanja brez vizije, slabe opremljenosti, odsotnosti raziskovalnih projektov. Večina zasebnih dermatovenerologov je tudi bolj opremljena in lahko izvaja zelo kakovostno celo dodatne programe ob standardni dermatovenerologiji.

Lahko zapišemo, da je pri tem najbolj prikrajšan bolnik, katerega uspešnost reševanja svojih težav je vse bolj odvisna od njegove iznajdljivosti, materialnih možnosti, zvez in od posameznega strokovnjaka.

Kaj tu ni prav?

Razvojne poti in prihodnost dermatovenerologije so podrobno opisane v tako imenovani »beli knjigi« evropske dermatovenerologije. Podatki o patologiji kožnih bolezni, o oblikah in načinih organiziranja dermatovenerološke službe v posameznih državah, o perspektivnem razvoju dermatovenerologije itd. so uporabni tudi za naše razmere.

Kakšna je danes »javna« dermatovenerologija pri nas?

Pred šestimi leti smo se zadnjič skupno predstavili na seji Zdravstvenega sveta RS tudi s predlogom programa dejavnosti v luči sodobne dermatovenerologije pri nas in z zahtevami po uveljavitvi dodatnih, novih vsebin delovanja (usmerjena področja dermatovenerologije itn.). Zdravstveni svet je pred odločanjem naložil, naj se dopolnijo nekatere vsebine iz programa, vrh dermatovenerologije pa tega ni storil.

Tako malo je dermatovenerologov v Sloveniji, pa delujemo v majhnih skupinah ali sami, namesto da bi se združili, predvsem kadar so vprašanja pomembna za dermatovenerološko dejavnost v celotnem slovenskem prostoru.

Vse bolj je očitno, da smo brez prave »matere klinike«, ki se ukvarja predvsem sama s seboj, z lastnimi pravimi in navideznimi problemi, nekateri posamezniki na kliniki in drugod pa s svojim položajem – prestižem brez večjega posluha za skupne strokovne in razvojne zadeve.

Skratka, ne opravljajo svojega osnovnega poslanstva ... Nihče od odgovornih nas ne bo slišal ali uslišal, če ne bomo konstruktivno prisotni, vztrajni, bolj glasni pri reševanju skupnih zahtev stroke, glasni tudi glede obstoja kakovostne dermatovenerologije v Sloveniji.

Mar je to »grob« prave slovenske dermatovenerologije?

To pa že ne ...

So nosilci stroke, ki želijo drugače, ki lahko uspejo s svojo vizijo celovite kakovostne dermatovenerologije pri nas in s svojimi sodobnimi programi stroko ponovno uresničijo na ravni, ki jo je stroka že dosegla.

Dajmo jim prednost in možnost, da izkoristijo priložnost in vizijo uresničijo! Določitev nove organizacije in delovanja Klinike s strokovnimi programi, ki povezujejo in zagotavljajo kakovostno slovensko dermatovenerologijo z učinkovito mrežo izvajanja, je gotovo eden od temeljev prenove slovenske dermatovenerologije in porok za njeno perspektivno rast, da doseže potrebno vlogo v slovenskem zdravstvu. To je nesporno nuja, dolžnost in pravica izvajalcev stroke.

Seveda to lahko izvedejo le sposobni nosilci, ki jih stroka v Sloveniji ima, trenutno pa ti nimajo vseh možnosti.

Ob podpori uglednih strokovnjakov tega področja pri nas in od drugod, podpora druge strokovne javnosti, odgovornih v slovenskem zdravstvu in s soglasjem slovenskih dermatovenerologov bodo gotovo uspeli.

Le vkup, le vkup uboga slovenska dermatovenerologija ...

Še je čas za boljšo prihodnost.

## Nove knjige

### PRIKAZ

#### *Leposlovje*

Janko Kostnapfel: *Ljudje*. Založba Unigraf, Ljubljana 2004. Na naslovnici: Salomonova sodba, detajl reliefa v bronu Stojana Batiča, akademskega kiparja. 208 strani. Knjiga je izšla ob pomoči več sponzorjev.

Po pregledu *Vsebine* sledi avtorjevo *Pojasnilo*, v katerem pravi med drugim: »Naslov *Ljudje* naj bi nakazal povezavo besedila te knjige z delno vsebino knjige *Tudi te (ljudi) sem srečal*, ki je izšla leta 2001 pri isti založbi ... V življenju sem srečal mnogo ljudi in bil z njimi v bolj ali manj tesnih vezeh. Njihove podobe so bile večinoma in v glavnem že podane v nekaterih časopisih, revijah in knjigah, vendar dokaj raztreseno. Za to knjigo sem odbral in predstavljam ‚šopek‘ 15 zdravnikov, med njimi 7 psihiatrov. Prikazujem še utrinke treh zaslužnih družbenih delavcev. Zakaj me tako privlači ‚portretiranje‘? Zato, ker je mogoče samo v stikih z ljudmi spoznavati in doživljati svet okrog sebe in ker se trudim najti in prikazati predvsem njihovo dobrotno bit ... Tako predstavljam podobe nekaterih osebnosti ne le zaradi spoštljivega spomina nanje, marveč tudi zato, da bi zlasti mladi spoznali, čeprav v majhnem vzorcu, kako so nekateri ljudje in posebej zdravniki v preteklosti živeli in ustvarjali. Vsi prikazani so preživeli eno, dve, da, celo tri vojne na naših tleh. V tem delu je tudi nekaj novih esejev, ki se tako ali drugače prepletajo z mojo ožjo stroko – psihiatrijo. Tudi v tej knjigi, osmi po moji redni upokojitvi, se ne morem znebiti razmišljanja in še zlasti ne trpečega čustvovanja o najhujši človeški bolezni – večni vojni.«

*Spremnno besedo* je napisala prof. dr. Zora Konjajev, dr. med., ki meni med drugim: »Zdravnik, psihiater in mislec Janko Kostnapfel nas preseneča s pisateljsko plodovitostjo v tretjem življenjskem obdobju. Številna doživetja, izkušnje z ljud-



mi ter delo z bolniki, poglobljanje v psihiatrijo, stroko in njeno zgodovino, a tudi v novejšo zgodovino našega naroda, so naredili njegove knjige zanimive in vsečne, obenem pa so tudi dragoceno pričevanje o ljudeh in dobi, v kateri se je odvijalo njihovo življenje. Knjiga *Ljudje* ni novit roman, knjiga esejev, strokovna razprava ali zgodovinska pripoved iz novejši dobe. Avtorju je uspelo združiti različne slovstvene zvrsti, v katerih sledimo umu, srcu in pisateljevi domišljiji, pa tudi njegovi modrosti in občutljivosti. Pred nami se razkrivajo zakonitosti delovanja človeških možganov, življenjepisi petnajstih zdravnikov in še treh pomembnih osebnosti – vse to so eseji o medčloveških odnosih, o smrti, o uničevanju planeta, o dobroti in trpljenju ... Prav vsa poglavja v knjigi povezuje rdeča nit razmišljanj o dobrem in zlu v človeku in človeški družbi, ki sta po avtorjevem mnenju plod različnega ravnanja. Možgani zdravega človeka, posameznika ravnažo ubrano po bioloških zakonih, medtem ko se družba obnaša drugače, kaotično, kar po avtorju vodi v zablodo – vojno, ki je najhujša bolezen. Življenjepisi zdravnikov, psihiatrov in družbenih delavcev so nekakšen pisatelj hommage kolegom. Kažejo se nam kot mimohod senc že umrlih velikih ljudi, ki so s svojim trdim delom orali ledino in izživelji svoje življenje v trpljenju, odkravanju in požrtvovalnosti... Nekatera njihova dela je avtor vključil v življenjepise. Pretežno vsi so doživeli okupatorjeve represalije, nekateri so se udeležili narodnoosvobodilnega boja kot borci in organizatorji partizanskega zdravstva ... V življenjepisih treh družbenih delavcev in v razmišljanjih o *Odporu* pisatelj ocenjuje narodnoosvobodilni boj 1941–1945 kot visoko moralno dejanje okupiranega in zatiranega naroda ter posameznika, ki je na dejansko grozljivo izbrisa svojega naroda z zemeljske površine odgovoril silno ... Sla po maščevanju krivic med vojno, ki so jih zagrešili okupatorji in domači pomagači, je žal sprožila tudi dolgo zatajevane destruktivne nagone in dejanja, ki mečejo senco na osvobodilni boj. Pisatelj zaključuje svojo knjigo z eseji, ki poleg osnovne zgodbe, ki sledi naslovu, razkrijejo avtorjev odnos do bistvenih življenjskih vprašanj, o dobrem in zlu, o medčloveških odnosih, o smrti in tragičnosti ...«

Kot moto so podani v knjigi stih Miroslava Krležje iz balad Petrice Kerenpuha »Od se dobe do na kraj / karv bu tekla vekomaj«.

Slede posamezna poglavja. K prvemu *Kako deluje človek?* pripiše avtor *in kako človeška družba?* ter med drugim nadaljuje. »Zdrav človek kot posameznik deluje točno po določenih bioloških in psiholoških zakonitostih, v natančnem redu, popolno – totalno. Skupina, množica ali človeška družba deluje drugače: kaže podobo nereda – kaosa, saj se vanjo nenehoma vpletajo in njej prepletajo zelo različna medsebojna vplivanja številnih posameznikov, pogosto z destruktivnimi težnjami. Množica predstavlja slabo pregledno interakcijo ljudi. Tako sociologi bolj ali manj upravičeno menijo, da predstavlja množica oziroma družba novo in drugačno kvaliteto kot posameznik in da »biološki model« delovanja zdravega človeka ni kaj dosti uporaben pri analizi in upravljanju družbe ...« Sledi podrobno razmišljanje o delovanju enega in drugega, človeka in družbe. Na koncu pa avtor zaključuje: »Raziskovanje vlog, pomena in medsebojnega vplivanja skupine, množice, človeške družbe na eni strani ter osebk, posameznika na drugi, je vselej aktualno, a tudi sila zapleteno vprašanje. V tej interakciji nastopa in se prepleta nešteto dejavnikov znanih in nezanih ... Tako izgleda, da dokler je človek kot posameznik telesno, osebnostno in socialno zdrav, deluje popolno, totalno, človeška družba pa zelo neurejeno, kaotično.«

V drugem poglavju predstavi avtor *Petnajst zdravnikov*, in ti so: Stevo Divjak 1868–1938, Franc Gerlovič 1887–1944, Pavel Lunaček 1900–1955, Bogomir Magajna 1904–1963, Janez Kannoni 1904–1977, Štefan Šobar 1908–2003, Marijan Borštnar 1916–1965, Leon Milčinski 1916 – 2001, Saša Cvahte 1920–1998, Rifat Tvrtković 1921–1995, Dušan Vidmar 1921–1998,

Albin Šivic 1921–2000, Momčilo Vitorović 1922–1985, Stojan Gala 1923–1993, Leopold Bregant 1926–1986.

Sledi poglavje *Tri osebnosti*, katere vse povezujeta narodnoosvobodilna ideja in delo zanjo. Pri prvem, Alojzu Vrhovcu – Slavku 1904–1992 opiše avtor njegovo prizadevno telesno-vzgojno delo predvsem z mladino pri Sokolu pred vojno. Drugega, Dušana Kvedra – Tomaža 1915–1966 prikaže kot komandanta Trsta kmalu po njegovi osvoboditvi 1945, tretjega, Miloša Brelaha – Mitjo 1916–2002 pa predvsem kot uspešnega povojnega gospodarstvenika in strokovnjaka.

Knjigo dopolnjujejo še poglavja *Odpor*, *Ukradeni otroci*, *Oče in sin*, *Blaga smrt*, *Čabranke in Lucifer na površju zemlje* (*Ora kelj »duševnega bolnika«*).

Knjiga se zaključuje z drugo kitico *Pesmi upanja* Silve Jereb: Le ni morda / ves ta napor / samo pomota / samotnega duha, / ki dan na dan / sprašuje se: / je res prav vse zaman?

Na koncu je še predstavitev avtorja samega: prof. dr. Janko Kostnapfel, dr. med. (1924), specialist za nevropsihiatrijo, je poleg svojega rednega kliničnega in fakultetnega dela z mnogimi odgovornimi funkcijami raziskoval zlasti področja psihogeriatrije, suicidologije, mentalne higijene in duševnih motenj borcev. Navedeno je sedem njegovih knjig iz let 1994 do 2002.

Knjiga je predvsem dokument vojnega časa z vsemi grozovitostmi in zapleti ter človeka in družbe v njem, kakor je to doživljal avtor. Želi, da se ta spomin ohrani zlasti za mladi rod. Prav temu je namenjen tudi spominski zapis o petnajstih vzornih zdravnikih in treh osebnostih iz tega hudega časa. V avtorju pa odkrivamo človeka, misleca in zdravnika psihiatra subtilno občutljivega za vse hudo in krivice, ki prizadevajo človeka v takem času.

Bogdan Leskovic

## PRIKAZ

### Rehabilitacija

*Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi*. 15. dnevi rehabilitacijske medicine, 26. in 27. marec 2004. Zbornik predavanj. Urednika: dr. Nika Goljar, dr. med. in prof. dr. Martin Štefančič, dr. med. 34 avtorjev in nekaj soavtorjev z Inštituta RS za rehabilitacijo, Nevrološke klinike KC, Psihiatrične klinike, Medicinske fakultete, Fakultete za elektrotehniko, Visoke šole za zdravstvo, splošnih bolnišnic, zdravstvenih domov, zdravilišč in Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo. Izdal in založil Inštitut RS za rehabilitacijo. Prva izdaja. Ljubljana, marec 2004. 309 strani s slikami, razpredelnicami in grafi.

V svojem *Predgovoru* sta urednika med drugim napisala naslednje: »Inštitut RS za rehabilitacijo ostaja zvest svoji tradiciji prirejanja seminarjev iz aktualne problematike rehabilitacijske medicine. Primerna priložnost za obravnavo takšnih tem so že tradicionalni dnevi rehabilitacijske medicine. Možganska kap in njene posledice sodijo med najbolj pereče probleme zdravstva v sodobnih družbah, tako kar zadeva preventivo, kurativo in rehabilitacijo. V naši ustanovi je bil že leta 1973 izveden široko zastavljen seminar o 'Rehabilitaciji oseb s posledicami cerebrovaskularnega infarkta', ki je pospešil med drugim uveljavitev multidisciplinarnega timskega pristopa pri nas in je že takrat vzbudil veliko zanimanja. Ta tema je bila ponovno obravnavana tudi na V. rehabilitacijskem dnevu leta 1993. Sicer pa je bila problematika možganskožilnih bolezni pogosto na dnevnem redu več strokovnih konferenc različnih specialnosti. Tako ni slučaj, da smo tudi v jubilejnem letu



2004 ob 50. obletnici naše ustanove in za 15. dneve rehabilitacijske medicine ponovno izbrali kot glavno in edino temo 'Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi'.

Po pregledu *Vsebine* so podani prispevki s povzetki v angleščini in s sklepom ter navedbo literature.

Uvodni prispevek »Možnosti rehabilitacije bolnikov z možgansko žilno boleznijo v Sloveniji« je napisala urednica dr. Nika Goljar, dr. med., in v povzetku navedla: »Možnosti za rehabilitacijo po možganski kapi v Sloveniji so slabe in neenakomerne. Ocenjeno je, da je 80% bolnikov po možganski kapi v Sloveniji sprejetih v bolnišnice. Kljub temu je zgodnja rehabilitacija organizirana v obliki timske obravnave le v nekaterih. Po odpustu iz bolnišnice več kot polovica bolnikov po kapi potrebuje nadaljnjo rehabilitacijo, ki lahko poteka v rehabilitacijski ustanovi, doma, v domovih za starejše občane, zdraviliščih ali ambulantno. Po trenutnih ocenah je deležnih nadaljnje organizirane rehabilitacije okoli 40% bolnikov. O tem, kakšen odstotek bolnikov je vključenih v ambulantno rehabilitacijsko obravnavo, nimamo podatkov. Največkrat so rehabilitacijski programi prekratki in nezadostni. Največje težave so običajno pri prehodu v domačo okolje, zlasti pri najtežjih bolnikih, zaradi izrazito pomanjkljive in slabo organizirane službe na terenu.«

Prim. doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., je svoj obsežen prispevek »Razvrstitev, epidemiologija, diagnostika in zdravljenje možganskožilnih bolezní« strnila v povzetek na začetku referata in med drugim zapisala: »Možganskožilne bolezni so bolezní možganov, ki so posledica žilne okvare. Gre za dva vidika bolezní, prvi predstavlja klinično sliko bolezní, drugi pa vzrok nastanka bolezní. Navedena je razvrstitev glede na omenjena vidika. V Evropi vse bolj prevladuje mnenje, da so možganskožilne bolezni urgentno stanje v medicini, ki zahtevajo takojšnjo bolnišnično obravnavo. Evropska iniciativa za možganskožilne bolezni (EUSI - European Stroke Initiative) priporoča, da moramo vse bolnike z možgansko kapjo zdraviti v enotah za možganskožilne bolezni. Strokovnjaki, ki sestavljajo jedro multidisciplinarnе skupine enot, so zdravniki, zdravstveni tehniki, fizioterapevti, delovni terapevti, govorni terapevti, nevropsihologi in socialni delavci, ki imajo poglobljeno znanje o možganskožilnih boleznih. Zdravljenje s fibrinolizo je lahko edini uspešen način zdravljenja akutne ishemične možganske kapi, če je bolnik napoten v urgentno neurološko ambulanto znotraj treh ur. Sočasne bolezni in zaplete, ki so posledica možganskožilnih bolezní ali pa posledica negibnega ležanja, je potrebno pravočasno odkriti in energično zdraviti. Preprečevanje ishemičnih možganskožilnih dogodkov v primarni in sekundarni preventivi zahteva ukrepe usmerjena v spremembo življenjskega sloga in medicinsko intervencijo, ki vključuje zdravljenje visokega krvnega tlaka, sladkorne bolezni, dislipidemije in drugih dejavnikov tveganja, ter v specifične ukrepe, kot je antiagregacijsko in antikoagulantno zdravljenje. Zadnje čase se v preprečevanju in zdravljenju možganskožilnih bolezní vse bolj uveljavljata karotidna angioplastika z vstavitvijo žilne opornice in endovaskularno zdravljenje anevrizem možganskožilnih arterij z elektrolizno ločljivimi zankami. Tudi trombendarterektomija v lokalni anesteziji je pridobila na varnosti in popularnosti. Slovenski rezultati navedenih novih posegov so obetavni in se glede zapletov ne razlikujejo z rezultati v tujini.« Celoten prispevek obravnava klinično sliko, epidemiologijo, oskrbo bolnikov, fibrinolitico in simptomatsko zdravljenje, primarno in sekundarno preventivo ter endovaskularno in operativno zdravljenje možganskožilnih bolezní.

Prim. Tatjana Erjavec, dr. med., je svoj prispevek »Preventiva možganskožilnih bolezní« strnila v povzetku med drugim: »Možganskožilne bolezni so pri odraslih najpogostejše med vsemi neurološkimi boleznimi. Zaradi pogostnosti, visoke smrtnosti in posledične invalidnosti predstavljajo velik medicinski in socialni problem. Velike populacijske študije zadnjih

let nedvomno dokazujejo povečano ogroženost posameznikov za srčno-žilna obolenja zaradi dejavnikov tveganja in nakazujejo ukrepe in zdravljenje, s katerimi lahko preprečimo nastanek bolezní ali ponovni dogodek. Prepoznavanje in ocena ogroženosti je podlaga za načrtovanje preventive, diagnostike in zdravljenja. Na podlagi spoznanj so izdelane smernice, ki so priporočila za najbolj učinkovito obravnavo posameznikov. Izdelane so Ameriške in Evropske smernice, ki se v določenih segmentih razlikujejo, so pa podlage za nacionalne smernice. V prispevku prikazujem smernice primarne in sekundarne preventive možganskožilnih bolezní.«

Slede prispevki po sklopih: Rehabilitacijski programi (zgodnja rehabilitacija in posebnosti, ambulantna, zdraviliška, v domu za starejše občane, v rehabilitacijski ustanovi in doma), Terapevtski pristopi (rehabilitacijska zdravstvena nega, fizioterapija s posebnostmi, delovna terapija, psihološka obravnava, socialno delo), Novosti v fizikalni terapiji in raziskave ter Kakovost življenja po možganski kapi (njegovo ocenjevanje, sposobnost za vožnjo, možnost vrnitve na delo) ter Združene bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo kot samopomočna humanitarna organizacija in njen pomen.

Petnajsti dnevi rehabilitacijske medicine - v organizaciji Inštituta RS za rehabilitacijo in Katedre za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF - so potekali dva dni v dobro zasedeni inštitutski predavalnici. Zbornik predavanj so dobili udeleženci že ob registraciji. Simpozij je bil namenjen zdravnikom (predvsem specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, nevrologije, kirurgije, interne medicine, družinske /splošne/ medicine), medicinskim sestram, fizioterapevtom, delovnim terapevtom in drugim zdravstvenim delavcem ter vsem tistim, ki se pri delu srečujejo z bolniki z možganskožilno boleznijo. Zbornik predavanj pa jim bo še kasneje koristno služil pri delu.

Svoj uvodni prispevek je urednica zaključila s sklepom: »Ob relativno dobri klinični praksi, ki večinoma sledi doktrinarnim smernicam, je organiziranost rehabilitacijskih služb pomanjkljiva, medsebojna komunikacija slaba. Ob vsem tem primanjkuje posebej usposobljenih strokovnjakov, v prvi vrsti logopedov in psihologov, in to na vseh ravneh rehabilitacije po možganski kapi.« Te in druge ugotovitve kažejo, da je problematika aktualna, še posebej, ker je število teh bolnikov iz leta v leto večje, posledice slabo ali nezadostno rehabilitirane bolezni pa so doživljenjske. Napredek in poglobljanje znanja sta zato za uspešen razvoj rehabilitacijske stroke nujna, da bo pomoč bolnikom lahko uspešnejša in dosegljiva za vse. V tem pa sta smisel in vrednost tega simpozija.

*Bogdan Leskovic*

## PRIKAZ

### *Patološka fiziologija*

S. Gamulin, M. Marušić, Z. Kovač in sod. *Patofiziologija*. 5. izd., Medicinska naklada, Zagreb 2002, 1038 strani velikega formata, naklada 1500 izvodov.

Peta, obnovljena in spremenjena izdaja zagrebške Patofiziologije je dobila povsem nov videz. Zelo ličen učbenik velikega formata, s trdimi platnicami in na kakovostnem papirju, z zelo izboljšanimi grafi, ilustracijami in razpredelnicami. Pridružil se je nov urednik prof. Z. Kovač, pojavilo se je nekaj novih sodelavcev (skupno število avtorjev je 80).

Razdelitev vsebine v 35 poglavij je ostala enaka, Uvod (2 poglavji, nov je zanimiv zgodovinski uvod o patološki fiziologiji na zagrebškem vseučilišču), Splošne motnje funkcij organi-

zma (19 poglavij, novo je poglavje »Celovito reagiranje organizma na nokso«), Etiološki dejavniki (3 poglavja) ter Motnje organskih sistemov (11 poglavij). Kot pri prejšnjih je tudi v tej izdaji izrazit poudarek na splošni patofiziologiji (691 strani) in manj na specifični patofiziologiji posameznih organov (334 strani). Spričo poglobljene obdelave vsakega poglavja je gradivo, ki ni neobhodno za uspešnost dodiplomskega izpita, tiskano z manjšimi črkami. V tem delu gradiva je na kratko podana tudi nujna snov iz temeljnih predznanj (biokemija, biologija, fiziologija).

Večino naših komentarjev, napisanih ob recenziji 4. izdaje učbenika (Zdrav Vestn 1999; 68: 260–1), so avtorji upoštevali, niso pa velikosti in preglednosti kazala. Kazalo je daleč premajhno in zajema le glavne točke besedila. Zato priporočava za prihodnjo izdajo učbenika izdelati čim bolj popolno in pregledno kazalo.

Načelo, da ima poglavje na koncu pregled tekstov oziroma metod, ki se uporabljajo za preiskave in raziskave v zvezi s tematiko poglavja, je dosledno izpeljano za skoraj vsa poglavja knjige. S tem je jasno povedano, da je patofiziologija eden od temeljev vsake klinične prakse. Pohvaliti je treba tudi ilustracije. V učbenikih patološke fiziologije jih ni nikdar dovolj. Obseg knjige presega potrebo pouka patološke fiziologije na dodiplomski stopnji, vendar je mogoče v knjigi najti veliko uporabnega gradiva za študij patološke fiziologije, podiplomski študij, študij drugih predmetov in za prakso. Knjiga je enakovredna obsežnim učbenikom oziroma priročnikom v angleškem ali nemškem jeziku, zato jo študentom in zdravnikom priporočava.

*Rudi Pavlin, Dušan Sket*

## PRIKAZ

### *Kardiologija*

Dubrovko Petrač: *Iznenadna srčana smrt*. Kako odkriti i liječiti ugrožene bolesnike, ALFA d.d., Zagreb 2003, 285 str.

Nenadna srčna smrt je eden od najpogostejših vzrokov smrti pri odraslih. V zadnjih dvajsetih letih so na tem področju opravili številne epidemiološke, laboratorijske in klinične študije. Nenadna srčna smrt je pogosto končni dogodek katere koli bolezni srca. Študije so potrdile, da so prekatne motnje ritma najpogostejši mehanizem nenadne srčne smrti, ishemična bolezen srca pa najpogostejša osnovna bolezen. Nenadna srčna smrt je polovica vseh srčnih smrti, kljub različnim farmakološkim in nefarmakološkim načinom zdravljenja. Delo, ki ga želimo predstaviti, obravnava najnovejša spoznanja na področju nenadne srčne smrti.

Pod uredništvom prof. dr. Dubrovka Petrača, dr. med. (Klinična bolnišnica »Sestre Milosrdnice« v Zagrebu), je pri pripravi knjige sodelovalo kar 12 uglednih hrvaških, slovenskih, italijanskih in danskih strokovnjakov s področja elektrofiziologije. Knjiga je razdeljena na štiri dele: epidemiologija in mehanizem srčne smrti, odkrivanje bolnikov s tveganjem za nenadno srčno smrt, primarna preventiva nenadne srčne smrti in zdravljenje specifičnih skupin bolnikov.

V prvem delu D. Petrač (Zagreb) prikazuje epidemiološke podatke zadnjih študij o nenadni srčni smrti. V poglavju o mehanizmih nenadne srčne smrti P. Rakovec (Ljubljana) najprej opiše osnovne mehanizme nastanka nenadne srčne smrti s poudarkom na aritmogenih vzrokih. V nadaljnjem opiše možne mehanizme nenadne srčne smrti pri različnih skupinah bolezni srca. Skrbno izbrana citirana aktualna literatura bralcu omogoča nadaljnje branje. V zadnjem poglavju prvega de-

la predstavitava D. Petrač in A. Šmaljc (Zagreb) nenadno srčno smrt pri bolnikih, ki nimajo strukturne bolezni srca (podaljšana doba QT, Brugadaov sindrom in idiopatska fibrilacija prekatov). Ta skupina bolnikov je sicer majhna, ampak gre v glavnem za mlade bolnike z dobro telesno pripravljenostjo. Avtorja sta predstavila načine zdravljenja in preprečevanja motenj ritma pri posameznih sindromih.

Opredelelitev skupin bolnikov z večjim tveganjem za nenadno srčno smrt, je izjemno težavno. Razvile so se številne neinvazivne preiskovalne metode, ki naj bi olajšale napoved tega dogodka. Avtorja D. Petrač in K. Birtič (Zagreb) v prvem poglavju drugega dela predstavita neinvazivno elektrokardiografsko metodo – snemanje poznih prekatnih potencialov. Ocenila sta njihov pomen za odkrivanje bolnikov z večjim tveganjem za prekatne motnje srčnega ritma. Največji pomen ima metoda pri ishemični bolezni srca. Prikazala sta tudi metode te metode v diagnostičnem algoritmu pri različnih skupinah bolezni srca. D. Puljević (Zagreb) je dodal zanimivo poglavje o pomenu variabilnosti srčne frekvence in baroreceptorski občutljivosti na električno stabilnost miokarda. Tudi ti metodi imata dokaj majhno občutljivost, specifičnost in napovedno vrednost za nenadno srčno smrt, vsekakor pa sta dodatni metodi pri odkrivanju bolnikov z večjim tveganjem. Znano je tudi, da je nehomogenost prekatne repolarizacije elektrofiziološka osnova za nastanek nevarnih motenj srčnega ritma. Elektrokardiografske znake motene repolarizacije opisuje L. Zaputović (Reka) v poglavju »QT disperzija in alternirajoči val T pri predvidevanju nenadne srčne smrti«. Avtor je kritičen do kliničnega pomena teh metod in njihovih omejitev, a prikaže tudi možen prihodnji razvoj na tem področju. Nenadna srčna smrt pri športnikih je še vedno velika uganka, ki pa jo nadrobno razčlenjujejo F. Furlanello (Milano), A. Bertoldi (Trento), F. Terrasi (Trento) in R. Cappato (Milano). Avtorji razdelijo motnje srčnega ritma pri športnikih na enostavne, ki so v zvezi z izjemno telesno pripravljenostjo, in na bolezenske. Glede na veljavne smernice prikažejo tudi diagnostičen algoritem za obravnavo motenj srčnega ritma pri vrhunskih športnikih. Predstavijo tudi bogate rezultate lastnih študij o vzrokih nenadne srčne smrti pri športnikih.

Najobsežnejši del knjige je namenjen primarni preventivi nenadne srčne smrti. Pomen antiaterogene delovanja statinov in tako posredno preprečevanje nenadne srčne smrti obravnava Ž. Reiner (Zagreb). Podobno ugotavlja tudi C. Torp-Pedersen (Kopenhagen), da široka uporaba inhibitorjev angiotenzinske konvertaze ne zmanjšuje le umrljivosti zaradi bolezni srca, pač pa se zmanjša tudi pojav nenadnih srčnih smrti, kar predvsem velja za ishemično bolezen srca. Kritično analizira tudi posredno aritmogeno delovanje zaviralcev angiotenzinske konvertaze. V naslednjih dveh poglavjih so zbrana dejstva o bolj ustaljenih načinih primarne preventive: antiaritmikih in vsadnih defibrilatorjih (D. Petrač, Zagreb). Obsežno so obravnavane vse dosedanje velike študije s tega področja. Avtor zaključuje z obrazložitvijo sedaj veljavnih indikacij za vsaditev defibrilatorja v primarni zaščiti. Zanimivo je poglavje o vplivu srčne frekvence na pojav nenadne srčne smrti pri boleznih srca (B. Radić, Zagreb). Avtor poudarja že znan ugoden vpliv blokatorjev receptorjev beta v primarni preventivi pri ishemični bolezni srca, bralca pa seznanja s študijami, ki so obravnavale to področje.

V četrtem delu knjige urednik v treh poglavjih obravnava preprečevanje nenadne srčne smrti pri manj pogostih boleznih srca: aritmogeni kardiomiopatiji desnega prekata, hipertrofični in idiopatski dilatacijski kardiomiopatiji. Za obravnavo aritmogene displazije, ki je redka bolezen, se je odločil, ker prizadene predvsem mlade odrasle in je eden od glavnih vzrokov nenadne srčne smrti v tej starostni skupini. Poudarja pomen zgodnje vsaditve defibrilatorja. V poglavju o hipertrofični kardiomiopatiji poda avtor algoritem o zdravljenju motenj srčnega ritma pri tej bolezni. Pri dilatacijski kardiomiopatiji

avtor poudarja pomen temeljnega zdravljenja srčnega popuščanja z zdravili. V primarni preventivi pri neobstoječih prekatnih tahikardijah priporoča kot antiaritmik amiodaron. Avtor kritično razpravlja o indikacijah za vsaditev defibrilatorja v sekundarni preventivi nenadne srčne smrti pri tej bolezni. Logično se zdi, da avtor zaključi delo s poglavjem o sekundarni preventivi nenadne srčne smrti, kjer niha med preventivo z antiaritmiki ali z defibrilatorji. Avtor nas prepriča s pomočjo razlage številnih študij, da so defibrilatorji v sekundarni preventivi uspešnejši od antiaritmikov.

Recenzenta dela sta bila ugledna strokovnjaka s področja kardiologije – akad. prof. dr. Vladimir Goldner, dr. med. (Zagreb), in prof. dr. Marko Turina, dr. med. (Zürich).

Uporabljena literatura je aktualna in je navedena na koncu vsakega poglavja. Abecedno kazalo omogoča bralcu, da se hitro znajde v knjigi. Besedilo pojasnjujejo grafično enotno obdelane in jasne ilustracije.

Knjiga je namenjena predvsem ozkemu krogu bralcev, to je kardiologom, ki se ukvarjajo z motnjami ritma. Zaradi aktualnosti tematike je zanimiva tudi za vse kardiološko usmerjene specialiste in specializante. Posebno pohvalo si zasluži, ker prav vsa poglavja povzemajo najnovejša spoznanja s področja nenadne srčne smrti, kar dokazujejo citati, ki spodbujajo bralca k nadaljnjemu študiju tega problema.

*Mirta Koželj*