



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 62, MAJ 1993, str. 177-228, ŠT. 5

VSEBINA

UVODNIK

Ali slovenska medicina potrebuje interniste onkologe?, S. Markovič 177

STROKOVNI PRISPEVKI

Barijev peritonitis po irigografiji, J. Avžner 181

Ali lahko priročni oscilometrični merilnik krvnega tlaka nadomesti živosrebrni sfigmomanometer?, P. Rožman, B. Peršič, M. Vuksan 183

Optimalizirana nega in zdravljenje rizičnih nedonošenčkov in njun vpliv na incidenco retinopatij prematurnosti, S. Burja, B. Gračner, T. Nikolič 187

Naravni potek pridobljene cistične bolezni ledvic pri bolnikih na kronični hemodializi: prospektivna raziskava, R. Hojs 191

Difuzni maligni plevralni mezoteliom. Diagnostični problemi, A. Debeljak, Z. Remškar, D. Ferluga, T. Rott, M. Mermolja 195

PREGLEDNI PRISPEVEK

Prispevek k zgodovini ustanovitve »Slovenskega zdravniškega društva«, P. Ribnikar 199

PISMO UREDNIŠTVU

Pismena slovenščina v znanstveni rabi, J. Zalokar 207

RAZGLEDI

Strokovno izpopolnjevanje 209

Delo SZD 209

Odmevi 211

Zanimivo je vedeti 215

Aktualni pogovori 216

Zdravniki v prostem času 221

Nove knjige 222

V tej številki so sodelovali 186

Oglasi 180, 194, 206, 223, 224, 225, 226, 228, 229



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

P. Kapš (predsednik/president), I. Švab (namestnik predsednika/
vice-president), M. Bartenjev, J. Bedernjak, F. Dolšek, J. Drinovec,
M. Janko, I. Kapelj, V. Kostevc-Zorko, F. Košir, M. Kotnik,
S. Levak-Hozjan, V. Petrič, A. Planinšek, A. Prijatelj, S. Rakovec,
P. Rode, D. Rotar-Pavlič, E. Stok, B. Šalamun, Z. Turk, T. Vahtar,
F. Verovnik, G. Voga, B. Voljč

Uredniški odbor/Editorial Board:

L. Andolšek-Jeras, V. Dolenc, D. Hadži, S. Herman, P. Kapš,
D. Keber, M. Kožuh, I. Krajnc, G. Lešničar, M. Likar, D. Pokorn,
S. Primožič, M. Rode, Z. Rudolf, J. Trontelj, B. Žekš

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

M. Davis

Naslov uredništva in uprave/

Address of the Editorial Office and Administration:

61000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 0350-0063

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,

Current Contents/Clinical Medicine, Excerpta Medica, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 4.800,00 SIT, za študente 1.200,00 SIT, za ustanove 30.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko sta financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo

in Ministrstvo za zdravstvo

– Tisk ČGP Delo – Tiskarna, Ljubljana – Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 4.800,00 SIT,
for students 1.200,00 SIT, for institutions 30.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.000,00 SIT.

The issue is subsidized by Ministry for Research and Technology
and Ministry for Health

– Printed by Delo – Tiskarna, Ljubljana – Printed in 4200 copies

Uvodnik/Leading article

ALI SLOVENSKA MEDICINA POTREBUJE INTERNISTE ONKOLOGE?

Saša Markovič

Zdrava pamet je od vseh reči na svetu
porazdeljena najbolj enakomerno.

Aristotel

V zadnjih desetletjih je človeštvu uspelo podaljšati življenje in soočilo se je z novimi problemi. Tako je rak, bolezen starih in starejših, postal poglavitni problem svetovnega zdravstva. V Evropski skupnosti, ki ima 322 milijonov prebivalcev, zbolijo za rakom 1/3 ljudi in vsaka druga družina se sooči z rakavim bolnikom. V Sloveniji zbolijo vsak tretji državljani in malodane skoraj vsaka slovenska družina neguje vsaj enega bolnika z rakom. Strah pred rakom je veliko breme, saj je večina ljudi še vedno prepričana, da je bolezen neozdravljiva in da bolniki umirajo v neznošnih bolečinah. V resnici pa je rak skoraj edina kronična bolezen, ki je danes ozdravljiva. S sodobnimi načini in pravilnim načrtovanjem vrstnega reda zdravljenj ozdravimo že kar 50% bolnikov. Nova znanja in nove tehnologije zdravljenja raka iz leta v leto izboljšujejo, stroške pa celo nižajo.

Raka zdravimo na tri načine: lokalno in regionalno s kirurgijo in radioterapijo ter sistemsko. Slednje zdravljenje temelji na spoznanju biologije tumorjev, ki pravi, da je rak že v začetku sistemska bolezen in da ima večina bolnikov že ob postavitvi diagnoze zasevke. Ker največje število bolnikov tudi umira zaradi metastatske bolezni, je sistemski pristop danes osrednji način zdravljenja bolezni. Sistemsko zdravljenje raka ima natančno določeno mesto. Pri nekaterih tumorjih je ozdravitveno, pri drugih pa le malo izboljša rezultate kirurgije. Zajema uporabo citostatikov, hormonov in modifikatorjev imunskega odgovora. Razlika med zdravljenjem raka in zdravljenjem drugih kroničnih bolezni so hudi nezaželeni stranski učinki sistemskih zdravljenj, ki jih zdravnik in bolnik jemljeta v zakup. Zato mora zdravnik, ki odloča o takšnem zdravljenju, dobro poznati naravni potek bolezni ter uspešnost in neuspešnost različnih načinov zdravljenja. Bolnika je dolžan s polno odgovornostjo seznaniti z zdravljenjem in ga pripraviti tako, da bo prenesel tudi stranske učinke zdravljenja. Kakovost odnosa med bolnikom in zdravnikom pogosto odloča o bolnikovem zaupanju in voljnosti pristopa k zdravljenju ter s tem posredno tudi o kakovosti življenja. Ker ima internist onkolog v svojem vsakodnevnem delu pretežno bolnike z rakom, si z leti osvoji poseben način komuniciranja in pogovora z bolniki in porabi za tovrstne pogovore veliko časa.

Načrtovanje in izvedba kemo- in imunoterapije zahteva posebna znanja in izkušnje, predvsem pa pikolovsko natančnost zdravnika. Zato takšno delo opravlja internist onkolog (medical oncologist), specialist internist z dodatnim in poglobljenim poznavanjem onkologije. Posebna znanja, ki jih ima in si jih nenehoma dopolnjuje, so nova spoznanja o biologiji tumorjev, novi načini zdravljenj, novi diagnostični postopki in prognostični kazalci

boleznih ipd. (1-3). Ker se sistemsko zdravljenje raka še vedno razvija in dopolnjuje, poteka večina zdravljenj v kontroliranih kliničnih študijah. Takšne študije internist onkolog načrtuje in vodi. Bolnika zdravi od začetka do konca bolezni, zato mora biti tudi dobro seznanjen s podporno in simptomatsko terapijo ter vodenjem končne faze rakave bolezni (4, 5). Svojim kolegom onkologom, ki zdravijo raka z drugimi načini – radioterapevtom in kirurgom ali pa onim, ki bolezen ugotavljajo, je internist onkolog vedno in povsod dostopen konzultant.

Zdravljenje raka je danes multidisciplinarno (6). Zdravimo najmanj z dvema načinoma, pogosto pa že kar z vsemi tremi. Neredko danes že za prvo zdravljenje uporabimo kemoterapijo. Zaradi tega tudi odločanje o zdravljenju raka ne poteka več na individualni ravni posameznega zdravnika ali subspecialista, pač pa na timskih konzilijih, ki so sestavljeni iz številnih specialistov, ki zdravijo in diagnosticirajo raka. Internist onkolog takšne konzilije koordinira.

Specializacija »medical oncology« je v ZDA postala ena najbolj številnih subspecializacij interne medicine (1, 2). Zaradi potreb zdravstva in naraščanja števila bolnikov kot tudi vedno uspešnejših zdravljenj so jo v ZDA ustanovili že v letu 1973. Do leta 1990 so tako izobrazili že 5000 specialistov. Specializacija je postala tako množična, da je Ameriško združenje kliničnih onkologov v letu 1984 pričelo nadzirati število specializantov. Veliko število internistov onkologov je odhajalo v zasebne ordinacije. Ugotovili so, da je specializacija »donosna«, saj je bolnikov vedno dovolj, zdravljen pa iz leta v leto več. V letu 1990 so ugotovili pomanjkanje internistov onkologov v univerzitetnih bolnišnicah. Zato so začeli zdravnike spodbujati z višjimi plačami v klinične raziskave in delo ter pospešeno vključevati specializante iz interne medicine in stažiste. Sestavili so zanimiv strokovni in raziskovalni program in število internistov onkologov v bolnišnicah je ponovno poraslo.

Številna zdravljenja v onkologiji so še vedno natančno spremljana in potekajo v obliki »faza III« kliničnih raziskav, saj je zaradi stranskih učinkov zdravil, pogostnosti bolezni in stroškov zdravljenja za končno sodbo o učinkovitosti potrebno veliko število bolnikov. Internisti onkologi koordinirajo programe v posameznih regijah in sestavljajo kooperativne skupine za zdravljenja raka. V ZDA vstopa v take skupine letno 23.000 bolnikov, sodeluje pa kar 500 različnih kliničnih ustanov.

Tudi številne evropske države imajo posebno specializacijo internistične onkologije (5). Pred dvema letoma je Evropska organizacija za internistično onkologijo razpisala skupni evropski speci-

Tab. 1. Evropski normativi obremenitve internista onkologa.

Onkološki center	Število novih bolnikov na leto	Število kontrol na leto
Univerzitetni center	100	60
Neuniverzitetni center	150–200	80

Tab. 2. Področja, ki jih pokrivajo internisti onkologi v Ljubljani/Sloveniji.

Področje	Število bolnikov	Število zdravljenih/leto
Ovarijski karcinom	137	80
Rak materničnega vratu	155	10
Tumor testisov	40	40
Prostata	236	20
Sečni mehur	167	40
Hipernefrom	94	10
Sarkomi	36	36
Melanom mlg	116	65
Rak želodca	493	40
Rak debelega črevesa	550	150
Rak danke	317	200
Rak jeter in žolčnika	120	50
Metastatski tumor jeter	50	50
Limfomi, plazmocitom	209	200
Dojka	642	200

alistični izpit. Tudi v Evropi, podobno kot v ZDA, delujejo multicentrične kooperativne študije v skupini EORTC. Evropski normativi predvidevajo enega internista onkologa na 50.000 prebivalcev. Evropsko združenje internistov onkologov je določilo tudi letne obremenitve posameznega internista onkologa, ki mu dovoljujejo še kakovostno delo. Ker so internisti onkologi v univerzitetnih centrih močnejše obremenjeni s kliničnim raziskovalnim in pedagoškim delom, so tudi obremenitve z rutinskim delom nekoliko nižje (tab. 1).

ln kako je v Sloveniji, ki ta čas z velikimi koraki vstopa v Evropo? Delo internistov onkologov v Sloveniji opravlja 9 specialistov, ki so vsi v Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Samo ob upoštevanju evropskega normativa na število prebivalstva bi jih moralo biti ta čas v Sloveniji 40. Dejanske potrebe pa, ki smo jih izračunali iz števila letnih prijav Registru raka Slovenije in ob upoštevanju še smiselnih delovnih obremenitev, bi bile nekako takšne, kot jih prikazuje tabela 2.

Specialisti v Ljubljani pokrivajo skorajda vsa specialna področja onkologije. Tabela 3 prikazuje, koliko bolnikov od vseh zbolelih v R Sloveniji se zdravi na internih oddelkih Onkološkega inštituta v Ljubljani. En internist onkolog v Ljubljani skrbi za dva- ali trikrat višje število bolnikov, kot ga priporočajo evropski normativi. Medtem ko so v Evropi in ZDA bolnišnice, kjer delujejo samo internisti onkologi, so pri nas internisti onkologi samo na osrednji državni instituciji v Ljubljani, pa še tam v manjšini. In kakšne so posledice? Kadarkoli natančno analiziramo potek bolezni in zdravljenja bolnika, ki je umrl za rakom, skoraj vedno naletimo vsaj na eno točko v odločanju, kjer bi bolj ekspertno onkološko razmišljanje in odločitev lahko spremenila in izboljšala izhod bolezni. Medtem ko imajo vsi specialisti različnih strok po Sloveniji možnost posvetovanja s subspecialisti določene stroke, internistov onkologov ni v nobeni slovenski bolnišnici. Zaradi majhnega števila internistov tudi na Onkološkem inštitutu v Ljubljani radioterapevti v vedno večjem številu opravljajo zelo zahtevna sistemska zdravljenja raka. Multidisciplinarnost v zdravljenju raka je postala zavezujoča, na žalost pa multidisciplinarni timi delujejo le v Ljubljani. Nekak nadomestek za timske konzilije so potujoči konziliarni radioterapevti, ki enkrat tedensko obiskujejo posamezne slovenske bolnišnice. Internisti onkologi, pa naj bi še tako hoteli in hočejo, tega ne zmorejo, saj jih je številčno premalo. Tragičnost in brezizglednost takšnega stanja

Tab. 3. Predvidene potrebe internistov onkologov v Sloveniji

Bolnišnica	Štev. prijavljenih bolnikov/leto	Potrebno štev. internistov	Trenutno stanje
Maribor	902	4	0
Celje	451	2	0
Ptuj	96	1	0
Murska Sobota	251	2	0
Slovenj Gradec	173	2	0
Izola	107	1	0
Nova Gorica	198	2	0
Novo mesto	257	2	0
Ljubljana (Onkol. inštitut)	2500	20	9
Skupaj		37	9

pa je v tem, da se po ključu nadomeščanja števila zdravnikov takšen odnos nenehoma vzdržuje. Poprava te anomalije v kratkem času in danes ni mogoča, saj potrebuje poleg časa racionalen program razvoja stroke v državi.

Po dvajsetih letih obstoja internistične onkologije v svetu je v Sloveniji takšen specialističen profil skoraj nepoznan, uradno pa povsem nepriznan. Čeprav onkologija predstavlja velik del interne medicine, je zaradi nepoučenosti in pejorativnega odnosa stroke v Sloveniji opuščeno celo dvomesečno kroženje specialistov iz interne medicine na internih onkoloških oddelkih. Tako bodočim internistom, ki najpogosteje izvajajo diagnostiko raka in odločajo tudi o prvem zdravljenju, ni dano niti v okviru štiriletne specializacije vsaj spoznati načina dela kolegov onkologov. Kam peljejo tovrstne odločitve v izobraževanju slovenskih zdravnikov, ne vemo, zagotovo pa lahko trdimo, da to za vedno številnejše bolnike z rakom ne more biti dobro. Ker internistov onkologov v Sloveniji formalno ni, tudi ni institucije izven Onkološkega inštituta, kjer bi uveljavili svojo stroko, znotraj institucionalizirane slovenske onkologije pa so v nerazumni manjšini in tako seveda vedno preglasovani. Zaradi prezaposlenosti se tudi ne morejo vključevati v konziliarno delo izven inštituta. In tako internisti onkologi, čeprav se naprezajo in opozarjajo, ne morejo biti drugačni kot neuspešni. Takšen nered v stroki vodi v splošno



Doc. dr. Saša Markovič je bila rojena 18. 3. 1943 v Beogradu. Gimnazijo je končala leta 1961 v Ljubljani, kjer je leta 1967 tudi diplomirala na Medicinski fakulteti in opravila specialistični izpit iz interne medicine leta 1976 in leta 1992 obranila doktorat znanosti s področja interna medicina – hepatologija. Od leta 1984 je zaposlena na Onkološkem inštitutu in od leta 1980 kot asistent, od leta 1992 pa kot docent za področje interne medicine na MF v Ljubljani. Njena raziskovalna prizadevanja so usmerjena v eksperimentalno in klinično hepatologijo ter epidemiologijo, kombinirano zdravljenje in racionalizacijo pri obravnavanju bolnikov z malignimi boleznimi na prebavilih. Je članica več strokovnih organizacij.

nezadovoljstvo, nenehna brezizglednost in pomanjkljivost pa nikamor. Tako se krog vzrokov in posledic zaključí.

Medtem ko se v Sloveniji še vedno ukvarjamo z dokazovanjem potrebnosti po določenem profilu, pa so svetovni trendi v zdravljenju bolnikov z rakom že na naslednjem razpotju. Rak je postal ozdravljiv in zbolewnost narašča. Približujemo se 21. stoletju in zdravniki se bodo morali odločiti sami, koliko onkologije je potrebno vgraditi v prakso in v učenje. Samo tako se bo stroka lahko razvijala. Zato bi bilo pomembno v Sloveniji, še za časa našega življenja, organizirati multidisciplinarne time, ki bodo bolnikom brez izjeme v bodočnosti sposobni kjerkoli v Sloveniji nuditi strokovno pravilno zdravljenje. Slab scenarij, ki je posledica sedanjega (ne)umevanja stroke, pa predpisuje vedno manjše poznavanje onkologije in ko bo sedanja generacija internistov onkologov v Sloveniji izumrla, problemov ne bo več, saj ne bo nikogar, ki bi nanje opozarjal. Osnovno poslanstvo vseh zdravnikov, je nuditi najboljšo možno zdravljenje vsem bolnikom, zato v medicini ni mesta konkurenci. V Sloveniji bi bilo zato treba, poleg zadostnega števila primerno izobraženih internistov onkologov, omiliti tudi trenja med posameznimi strokami, ki zdravijo in diagnosticirajo raka, če naj tudi za slovensko medicino velja Aristotelova misel.

Literatura

1. Kenedy BJ. Medical oncology manpower supply. *Med Pediatr Oncol* 1986; 14: 195–201.
2. Mayer RJ. Manpower needs in medical oncology. *J Cancer Education* 1989; 4: 225–6.
3. Šumi-Križnik T. Internist onkolog. *Zdrav Vestn* 1976; 45: 407–8.
4. Monfardini S. Presidential address at the European Society for Medical Oncology, Nice, 30 November 1986. *Cancer Chemother Pharmacol* 1988; 21: 179–84.
5. Andersen R, Lyttle CS, Kohrman CH et al. National study of internal medicine manpower: XIX. Trends in internal medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1992; 117: 243–50.
6. Ravnikar B. Ob 25-letnici ustanovitve Onkološkega inštituta v Ljubljani. *Med Razgl* 1964; 3: 136–40.

Že v prejšnjih številkah Zdravniškega vestnika smo se vam kratko predstavili. Smo sodobna, avstrijsko - slovenska banka, ki nudi vse vrste bančnih storitev občanom, zasebnikom in seveda podjetjem in drugim pravnim osebam.

Tokrat vam bi radi, poleg storitev, ki vam jih nudimo pri zagonu zasebne zdravniške prakse in nakupih potrebne opreme, podrobneje predstavili naše

- blagajniške zapise in
- hranilna pisma,
Blagajniški zapis in hranilno pismo sta vrednostna papirja, denominirana v DEM, vplačljiva in izplačljiva v tolarjih s fiksno obrestno mero za rok vezave, ki ga sami določite.

Prednosti obeh vrst vrednostnih papirjev so v:

- varni naložbi z visokim realnim donosom,
- možnosti predčasnega vnovčenja,
- možnosti pridobitve lombardnega posojila.

Predstavljene vrednostne papirje lahko vplačate v naših poslovnih enotah:

- v Ljubljani na Kotnikovi 5 in na Miklošičevi cesti 34,
- v Novi Gorici na Kidričevi 9 a,
- v Mariboru na Partizanski 47,
- v Murski Soboti na Lendavski 11,
- na Ptujju na cesti 25. maja 13 (blizu Srednješolskega centra) in
- v Zagorju na Cesti zmage 16 a,
- z naše devizne hranilne knjižice pa lahko dvigate svoje devize tudi po celi Avstriji, v enotah tamkajšnjega Creditanstalta.

Creditanstalt - Nova banka d.d.
Z nami do uspeha



Strokovni prispevek/Professional article

BARIJEV PERITONITIS PO IRIGOGRAFIJI**BARIUM PERITONITIS AFTER IRIGOGRAPHY***Jože Avžner*

Oddelek za kirurgijo notranjih organov, Zdravstveni center Celje, Oblakova 5, 63000 Celje

Prispelo 1992-06-08, sprejeto 1992-10-16, ZDRAV VESTN 1993; 62: 181-2

Ključne besede: *peritonitis; barijev peritonitis; perforacija debelega črevesa; irigografija***Key words:** *peritonitis; barium peritonitis; colon perforation; irigography***Izvleček** – Izhodišča. V sestavku opisuje avtor štiri primere barijevega peritonitisa, ki je nastal pri irigografiji zaradi perforacije črevesa. Pri vseh štirih primerih je prišlo do razlitja barijevega sulfata v prosto trebušno votlino in do peritonitisa.**Abstract** – Background. This is a report on four patients who suffered perforation of colon during a barium sulfate enema. In all cases barium leaked into peritoneal cavity causing a barium peritonitis.

Metode in rezultati. Vsi štiri bolniki so bili kirurško tretirani. V prvem primeru so prešli perforacijo in napravili proksimalno kolostomijo. V drugem in tretjem primeru so napravili operacijo po Hartmannu, v četrtem primeru pa amputacijo rektuma po Milesu. Preživel je le zadnji bolnik.

Methods and results. All patients underwent surgical treatment. In first case the perforation was sutured and the proximal colostomy was done. In second and third case the operation by Hartmann and in fourth case operation by Miles has been performed. Only the fourth patient survived the operation.

Zaključki. Avtor opozarja na vzroke perforacije ter poudarja ustrezno in nujno kirurško terapijo.

Conclusions. Author emphasizes the causes of perforation and accentuates adequate and urgent surgical therapy.

Uvod

V diagnostiki bolezni gastrointestinalnega trakta (GIT) je poleg endoskopije, selektivne angiografije in izotopskih preiskav rentgenska kontrastna diagnostika zelo pomembna. V rentgenski preiskavi GIT se v glavnem uporabljata kot kontrastno sredstvo barijev sulfat in jodirane vodotopne snovi (1). Barijev sulfat je povsem inerten znotraj GIT. Zapleti pri uporabi barijevega sulfata so redki. Pri irigografiji pa lahko pride do perforacije črevesa zaradi aplikacije kontrasta. Taki primeri pa so na srečo redki. Pogostnost perforacije debelega črevesa pri irigografiji je med 0,008 in 0,04% (4). Dokazano je, da največji intraluminalni pritisk prenese rektum, manjšega pa sigma, transversum in cekum. Črevo z debelejšo steno prenese večji pritisk. Perforacije debelega črevesa so v dvajsetih odstotkih smrtno. Perforacije debelega črevesa, ki pa nastanejo pri irigografiji, pa so smrtno v 50% (2). Če se razlije barijev sulfat v prosto trebušno votlino, povzroči kemični peritonitis s tujkovimi granulomi in tujkovimi velikankami. V EKG nastopijo prehodne motnje srčnega ritma (2). Glede na mesto perforacije anatomsko ločimo več vrst perforacij: intraperitonealne, retroperitonealne, intramuralne, submukozne, perforacije divertiklov in perforacije slepiča (3). Klinična slika perforacije je odvisna od anatomskega mesta perforacije. Najhujšo klinično sliko povzročajo intraabdominalne perforacije, nekoliko lažjo in zapoznelo klinično sliko pa retroperitonealne perforacije.

Vzroki, zaradi katerih pride med irigografijo do perforacije, so številni. Najpogosteje pride do perforacije tam, kjer je odpornost črevesne stene zaradi različnih bolezni zmanjšana (karcinom, ulcerozni kolitis, Crohnova bolezen, divertikuloza, tuberkuloza črevesja in podobno). Endoskopske polipektomije in obilnejše biopsije črevesne sluznice predstavljajo večjo nevarnost perforacije pri irigografiji. Med tehnične vzroke perforacije pri irigografiji pa navajajo pregloboko uveden balonski kateter ali pretrd polietilenski kateter. Prav tako premočno napihovanje balona lahko povzroči perforacijo bolezensko spremenjene stene črevesa (1).

Če pride do intraperitonealne perforacije, je izredno važna čim zgodnejša diagnoza in takojšnja kirurška terapija. Indicirana je urgentna laparotomija, temeljita toaleta trebušne votline (odstranitev barija in fekalij), resekcija perforiranega dela črevesa in proksimalna kolostomija. Trebušno votlino je treba temeljito izprati in drenirati. Potrebna je intenzivna postoperativna terapija in aplikacija široko spektralnih antibiotikov.

Naši primeri

V zadnjih desetih letih smo na našem oddelku zdravili štiri bolnike z barijevim peritonitisom.

Prvi primer

74-letni bolnik je bil zaradi kronične obstipacije in bolečin v trebuhu poslan na irigografijo. Med postopkom je prišlo do perforacije debelega črevesa in razlitja barijeve kaše v prosto trebušno votlino. Šest ur po irigografiji je bil bolnik sprejet na naš oddelek. Bolnik je bil močno prizadet, z znaki difuznega peritonitisa. Po kratki preoperativni pripravi smo bolnika operirali. Napravili smo spodnjo mediano laparotomijo. V trebušni votlini smo našli obilo barijeve kaše in fekalnih mas. Izražen je bil difuzni peritonitis. V spodnjem delu sigme smo našli dva centimetra veliko perforacijo. Oralni del sigme pa je bil v kilni vreči leve drsne (sliding) dimeljne kile. Rupturo smo zašili v dveh slojih in napravili proksimalno kolostomijo. Celotno trebušno votlino smo temeljito očistili. Kljub intenzivni postoperativni terapiji in aplikaciji širokospektralnih antibiotikov je bolnik šesti dan po operaciji umrl. Obducent je ugotovil kot vzrok smrti difuzni fibrinopurulentni peritonitis. Šivi na mestu perforacije so držali.

Drugi primer

60-letnega bolnika je splošni zdravnik zaradi hujšanja in obstipacije poslal na irigografijo. Med postopkom je prišlo do perforacije sigme in posledičnega difuznega peritonitisa. Osem ur po perforaciji smo bolnika operirali. V trebušni votlini smo našli difuzni peritonitis z barijevo kašo in fekalnimi masami. Na proksimalnem delu sigme smo našli osem centimetrov v premeru velik tumor, distalno od njega pa je bila tri centimetre velika perforacija. Napravili smo Hartmannovo operacijo in trebušno votlino temeljito očistili. Kljub intenzivni terapiji in širokospektralnim antibiotikom je bolnik deveti dan po operaciji umrl. Obducent je kot vzrok smrti ugotovil difuzni peritonitis in bronhopnevmonijo. Histološki izvid tumorja: Adenocarcinoma papillare partim mucinosum – Dukes B2.

Tretji primer

58-letnega bolnika so napotili na irigografijo zaradi krvavih drisk in hujšanja. Med postopkom je prišlo do perforacije rektosigme in razlitja barijeve kaše v prosto trebušno votlino. Devet ur po perforaciji smo bolnika operirali. Pri operaciji smo našli perforacijo tumorja v predelu rektosigme in difuzni peritonitis. Napravili smo amputacijo rektuma po Milesu, trebušno votlino pa očistili in drenirali. Bolnik je preživel. Histološki izvid tumorja: Adenocarcinoma Dukes C.

Četrty primer

82-letna bolnica je bila poslana na irigografijo zaradi suma na rak debelega črevesa. Med postopkom je prišlo do perforacije

sigme in posledičnega peritonitisa. Bolnico smo šestnajst ur po perforaciji operirali. Ugotovili smo difuzni peritonitis z barijevo kašo in fekalnimi masami v trebušni votlini. Na distalnem delu sigme je bil šest centimetrov v premeru velik perforirani tumor. Napravili smo Hartmannovo operacijo, trebušno votlino očistili in drenirali. V postoperativnem poteku so znaki peritonitisa pojenjali, bolnica je normalno odvajala skozi sigmostomo. Dvajseti dan po operaciji pa je umrla zaradi srčne odpovedi. Histološki izvid tumorja: Adenocarcinoma Dukes – B2.

Zaključek

Kontrastna rentgenska preiskava GIT je v večini primerov varna diagnostična metoda. Perforacije črevesa so najpogostejši in najhujši zaplet irigografije. Če je črevesna stena zdrava, le redko pride do perforacije pri zmerno povišanem intraluminalnem tlaku med samo irigografijo. V glavnem nastopi perforacija pri irigografiji zaradi bolezensko spremenjene črevesne stene ali zaradi neposredne poškodbe stene med preiskavo. Predhodna biopsija črevesne sluznice ali endoskopska polipektomija predstavljata večjo možnost, da pride do perforacije med preiskavo. Pri upoštevanju zgoraj navedenih tveganj bi lahko še zmanjšali pogostnost perforacije med irigografijo. Rentgenolog bi moral pred preiskavo vzeti natančne anamnestične podatke. Če med preiskavo nastopi perforacija, je treba bolnika čimprej napotiti na kirurški oddelek, kajti zgodnji kirurški poseg nudi bolniku večjo možnost preživetja. Potrebna je urgentna laparotomija, mehanično čiščenje trebušne votline, izpiranje trebušne votline, resekcija poškodovanega dela črevesa in proksimalna kolostomija. Potrebna je intenzivna postoperativna terapija in aplikacija širokospektralnih antibiotikov. V treh naših primerih, kjer je šlo za rak debelega črevesa, je prišlo do perforacije zaradi zmanjšane odpornosti črevesne stene pri neznatno povišanem intraluminalnem tlaku. V primeru, ko ni bilo bolezensko spremenjene sluznice črevesa, pa je perforacijo povzročila sonda, s pomočjo katere so aplicirali kontrast. Vsekakor omenjene perforacije spadajo med iatrogene poškodbe med diagnostičnim postopkom.

Literatura

1. Graf D. Dickdarmperforation beim Kontrastmittelinlauf mit Barium. Chirurg 1988; 59: 587–91.
2. Jacobson G. Gastrointestinal contrast agents. Topics in Radiology 1982; 56: 2380–4.
3. Ruf W, Kolig G. Dickdarmperforatio und Barium Peritonitis nach Kontrasteinlauf. Chir Praxis 1980; 27: 65–74.
4. Vogel H. Perforationen beim Kontrasteinlauf. Roentgen B1 1983; 36: 271–8.

Strokovni prispevek/Professional article

ALI LAHKO PRIROČNI OSCILOMETRIČNI MERILNIK KRVNEGA TLAKA NADOMESTI ŽIVOSREBRNI SFIGMOMANOMETER?

CAN A HANDY OSCILLOMETRIC BLOOD PRESSURE MEASURING DEVICE SUBSTITUTE THE MERCURY SPHYGMOMANOMETER?

Primož Rožman,¹ Biserka Peršič,² Melanija Vuksan¹

¹ Zavod za transfuzijo krvi RS, Šlajmerjeva 6, 61105 Ljubljana

² Univerzitetna psihiatrična klinika, 61260 Ljubljana-Polje.

Prispelo 1991-04-08, sprejeto 1993-03-07, ZDRAV VESTN 1993; 62: 183-6

Ključne besede: *krvni tlak; merjenje; priročni oscilometrični merilnik*

Key words: *blood pressure; measurement; handy oscillometric device*

Izvleček — Izhodišča. Nov priročni oscilometrični aparat za merjenje krvnega tlaka na kazalcu roke Omron HEM 812F so primerjali s klasičnim živosrebrnim sfigmomanometrom.

Abstract — Background. The new handy oscillometric device for measuring blood pressure (BP) on the index finger Omron HEM 812F (OM) was compared to the classical mercury sphygmomanometer (HGS).

Metode in rezultati. Rezultati primerjalnih meritev krvnega tlaka z obema aparatoma pri 150 naključno izbranih osebah kažejo, da med meritvama sistoličnih tlakov z obema aparatoma sicer ni značilne razlike, vendar med njima ni visoke korelacije; diastolične meritve z oscilometričnim merilnikom pa so v povprečju okrog 5 mmHg nižje od meritev s sfigmomanometrom, obenem pa z njimi tudi slabo korelirajo.

Methods and results. Results of the comparison of BP measurement in 150 randomly chosen persons show that results of the systolic measurements don't significantly differ between the two devices, but no correlation exists between them. Also, the diastolic measurements are on average 5 mmHg lower with the oscillometric device in comparison the mercury device, with similar low correlation.

Zaključek. Oscilometrični merilnik zato ocenjujejo kot pogojno primeren za orientacijsko določanje krvnega tlaka in za samokontrolo oseb, ki iz različnih razlogov ne morejo uporabljati sfigmomanometra, medtem ko za bolnišnično rabo in še posebej za diagnosticiranje hipertenzije svetujejo uporabo klasičnega živosrebrnega sfigmomanometra.

Conclusions. The oscillometric blood pressure measuring device therefore seems to be good for orientation purposes and for self-monitoring in people that cannot perform the sphygmomanometric measurements due to various reasons, while for hospital use and particularly for the hypertension determination, the classical mercury sphygmomanometer is advised.

Uvod

Merjenje krvnega tlaka (KT) prostovoljnim krvodajalcem predstavlja sestavni del zdravniškega pregleda pred vsakim odvzemom krvi. Zaradi povečane možnosti kardiovaskularnih zapletov hipertonomom dajanje krvi odsvetujemo. Priporočila sicer navajajo, da mora biti za varen odvzem krvi sistolični tlak (ST) manjši od 180 mm Hg in višji od 100 mm Hg, diastolični tlak (DT) pa ne sme biti višji od 100 mm Hg (1), čeprav predstavlja po sodobnih teorijah mejo hipertenzije KT 140/90 mm Hg (2) oziroma celo 130/85 mm HG pri 24-urnem merjenju (3).

Merjenje KT-ja pred odvzemom krvi izvaja zdravnik z živosrebrnim sfigmomanometrom (HGS) po ustaljenih postopkih Riva Roccija in Korotkowova (4) in po priporočilih SZO in Mednarodnega združenja za hipertenzijo (4). Tako v enodnevni krvoda-

jalski akciji izmeri KT povprečno 150 krvodajalcem. To predstavlja določen telesni napor za zdravnika in z naraščanjem števila teh pregledov lahko pričakujemo padec kakovosti te meritve.

Za odločitev, ali lahko oseba z zvišanim KT-jem daruje kri ali ne, so zelo pomembne napake in odstopanja pri merjenju KT-ja pred odvzemom krvi. Za te napake pri merjenju je lahko kriv instrument, s katerim KT merimo, ali pa oseba, ki meritev odčitava. Idealna rešitev za objektivno določanje KT-ja bi bila zato avtomatična metoda, ki bi izključila tako napake instrumentov kot tudi osebja. Dodatna prednost avtomatičnih metod je tudi v objektivnem dokumentiranju rezultatov (5).

V preteklosti smo preizkusili že več avtomatskih merilnikov KT-ja, ki naj bi zdravniku delo olajšali, vendar so se izkazali za manj zanesljive. V zadnjem času se je na tržišču pojavilo več novih

Tab. 1. Statistični rezultati štirih merjenj KT 150 krvodajalcev z dvema merilnikoma.

Tab. 1. Statistical results of 4 measurements of blood pressure in 150 blood donors with two devices.

Merjenja Measurement	Povprečje Average	St. dev. St. dev.	Koef. var. Var. coef.
HGS1s	127,9	16,2	12,66
HGS2s	124,6	15,6	12,52
OM1s	124,0	17,9	14,43
OM2s	122,6	17,7	14,43
HGS1d	81,8	9,1	11,15
HGS2d	81,3	9,2	11,31
OM1d	76,9	13,1	17,03
OM2d	76,3	12,3	16,12

HGS1, OM1 – prvo merjenje / first measurement,
HGS2, OM2 – drugo merjenje / second measurement,
d – diastolični KT / diastolic blood pressure,
s – sistolični KT / systolic blood pressure

Razlika med povprečnima sistoličnima tlakoma je manj kot 5 mm Hg, razlika med povprečnima diastoličnima pa okrog 5 mm Hg. Povprečje, standardna deviacija in koeficient variabilnosti kažejo, da sta najbolj homogeni diastolični meritvi s sfigmomanometrom (HGS1d in HGS2d), najmanj pa diastolični meritvi z oscilometričnim merilnikom (OM1d in OM2d).

Difference between the systolic BPs is less than 5 mm Hg and that between diastolic BPs is around 5 mm Hg. The average, standard deviation and the variability coefficient are proving that the most homogenous measurements are the diastolic BPs measured by the sphygmomanometer (HGS1d and HGS2d), while the least homogeneo us are the diastolic BPs measured by the oscillometric device (OM1d and OM2d).

prirodnih digitalnih oscilometričnih merilnikov KT-ja, ki določajo KT na podlagi zaznavanja tresljaja arterijske stene perifernih arterij, in ti rezultati dobro korelirajo z rezultati intraarterialnih meritev KT-ja (5).

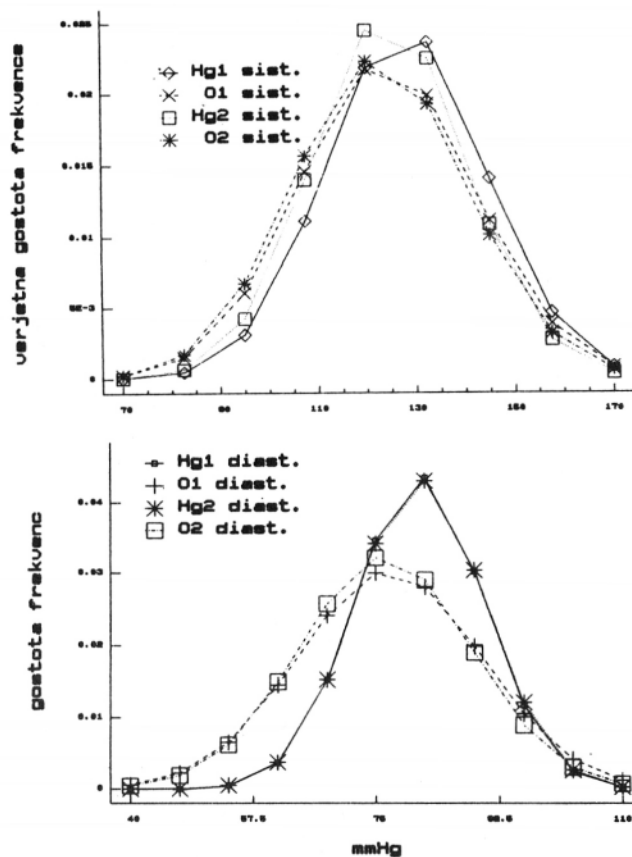
Vendar se v literaturi podatki o uporabnosti teh aparatov precej razhajajo. Nekateri avtorji navajajo, da je njihova natančnost za klinično uporabo zadovoljiva (6, 7), še posebej jih svetujejo za samomeritve KT-ja pri nosečnicah (8). Po navadi kažejo ti aparati sicer nižje vrednosti KT-ja kot klasični sfigmomanometri, še posebej pri hipertoničnih (6, 9, 10). Drugi avtorji navajajo, da je korelacija oscilometrično določenega KT-ja z intraarterialno določenim KT-jem premajhna (11) in da so odkloni pri oscilometričnih določitvah od realnega KT-ja večji od 5-ih mm Hg, kar je zgornja dopustna meja ameriškega nacionalnega standarda in jih zato odsvetujejo (12–15).

Vsekakor digitalni merilniki KT-ja niso dovolj zanesljivi za stalni monitoring med anestezijo (16) in za kontrolo tlaka pri urgentnih stanjih (17). Razni vplivi, kot npr. telesna temperatura (18) in različne kemične substance, npr. adrenalin (19), močno spremenijo periferni arterijski tlak in zmanjšajo reprezentativnost oscilometričnega merjenja.

Namen našega dela je bil zato v praksi preveriti zanesljivost novega elektronskega oscilometričnega merilnika OMRON HEM-812F (OM), ki ocenjuje KT na podlagi neinvazivnega merjenja nad radialno arterijo kazalca leve roke, v primerjavi z našim ustaljenim načinom merjenja z živosrebrnim sfigmomanometrom nad a. brachialis iste roke.

Metode dela

KT smo izmerili 150 naključno izbranim rednim krvodajalcem v starosti od 18 do 65 let. Od teh je bilo 53 žensk in 97 moških. Vsak krvodajalec je bil obveščen, da mu bomo večkrat izmerili KT, da bi tako zmanjšali stres, ki ga povzroča meritev (3, 20). Izvedli smo štiri zaporedne meritve KT-ja v presledku ene minute – prvo in tretjo meritev s HGS, drugo in četrto meritev pa z merilnikom OM. Vse štiri meritve je pri enem krvodajalcu



Sl. 1. Sistolični in diastolični tlak, merjen s HGS in OM. Štiri zaporedne meritve, 150 krvodajalcev.

Fig. 1. Systolic and diastolic pressure, measured by HGS and OM. Four consequent measurements, 150 blood donors.

Sistolični tlaki, merjeni z obema merilnikoma (zgoraj), se manj razlikujejo kot diastolični (spodaj). Oba merilnika dajeta podobne rezultate tako v prvi kot drugi meritvi DT-ja in ST-ja, kar govori o dobri ponovljivosti obeh metod.

Systolic BP-s measured by both devices (above) differ less than the diastolic ones (lower diagram). Both devices give similar results in the first and second measurement of both systolic and diastolic BP. This proves the good reproducibility of both methods.

izvajal isti zdravnik. S tem smo se želeli izogniti vplivu različnega subjektivnega določanja KT-ja in obenem zmanjšati alarmno reakcijo na ponovljeno merjenje (20).

Posebni pogoji dela

Merjenje s klasičnim živosrebrnim sfigmomanometrom smo izvajali po priporočilu iz literature (2) in za diastolični tlak upoštevali peto fazo Korotkovovih tonov, tj. izginotje šumov. Za merjenje KT-ja z oscilometričnim merilnikom smo upoštevali proizvajalčeva navodila za uporabo. Za meritve smo izbrali primeren prostor, ker neposredna sončna svetloba in hrup vplivata na meritev z OM. Preiskovancem smo merili KT vsaj pol ure po obroku, kajenju ali fizičnem naporu. Če je imel preiskovanec mrzle prste, si jih je pred meritvijo ogrel. Med merjenjem je moral preiskovanec molčati in popolnoma mirovati. Zlasti ni smel premikati prsta v aparatu med samo meritvijo. Prst je ob tem držal v ravni srca.

Tab. 2. Razlika in korelacija med štirimi merjenji KT.

Tab. 2. Difference and correlation between the four measurements of blood pressure.

Merjenje Measurement	HGS2s	OM1s	OM2s
HGS1s	>, 0,86	>, 0,59	>, 0,59
HGS2s		=, 0,67	=, 0,66
OM1s			=, 0,86

Merjenje Measurement	HGS2d	OM1d	OM2d
HGS1d	=, 0,88	>, 0,58	>, 0,58
HGS2d		>, 0,63	>, 0,61
OM1d			=, 0,79

> – vodoravna vrednost je značilno večja od navpične ($p < 0,01$)
 – the value of the line is significantly higher than the value of the row ($p < 0,01$)
 = – vodoravna vrednost se ne razlikuje značilno od navpične
 – values do not differ significantly

Število predstavlja vrednost koeficienta korelacije (R), pri čemer veljajo za dobro korelacijo vrednosti R višje od 0,70.

The number represents the correlation coefficient (R), provided that good correlation is obtained with the values of R higher than 0.70.

Statistična obdelava podatkov

Rezultate meritev smo statistično obdelali s paketom Statgraphics. Parne meritve smo primerjali med seboj s parnim t testom. Posameznim načinom merjenja smo določili homogenost s kvocientom variabilnosti po formuli $KV = (\text{standardna deviacija} / \text{povpr. vrednost}) \times 100\%$. Korelacijo med rezultati posameznih načinov merjenja smo izrazili s koeficientom korelacije (R) v vrednosti 0 do 1.

Rezultati

Sistolni tlak

Iz tabele 1 lahko vidimo, da je KT prve meritve s sfingomanometrom (HGS1s) značilno višji od druge meritve (HGS2s), kot tudi od obeh sistoličnih meritev z oscilometričnim merilnikom (OM1s in OM2s) ($p < 0,01$). Med 2. meritvijo s HGS (HGS2s) in oscilometričnima meritvama (OM1s in OM2s) ni značilne razlike.

Iz tabele 2 vidimo, da je med meritvama HGS1s in HGS2s visoka korelacija ($R = 0,86$), med HGS1s in OM1s oz. OM2s korelacije ni, medtem ko je med HGS2s ter OM1s in OM2s korelacija slaba ($R = 0,67$ in $R = 0,66$). Vidimo tudi, da je korelacija med obema oscilometričnima meritvama sistoličnega tlaka OM1s in OM2s visoka, ($R = 0,86$).

Diastolični tlak

Iz tabele 1 in tabele 2 vidimo, da med prvo in drugo meritvijo diastoličnega tlaka s HGS ni značilne razlike, obenem pa obstaja med njima tudi visoka korelacija ($R = 0,88$). Obe diastolični meritvi z aparatom OM sta značilno manjši od diastoličnih meritev z merilnikom HGS, obenem pa sta z njima v slabi korelaciji ($R = 0,61$ in $R = 0,63$).

Homogenost meritev

Iz tabele 1 vidimo, da sta najbolj homogeni diastolični meritvi z merilnikom HGS (koeficient variabilnosti $KV = 11,15$ oz. $11,31$), manj homogeni sta sistolični meritvi z merilnikom HGS

($KV = 12,52$ oz. $12,66$) in še manj sistolični meritvi z merilnikom OM ($KV = 14,43$). Najmanj homogeni sta diastolični meritvi z merilnikom OM ($KV = 16,12$ in $17,03$).

Razpravljanje

Težko je reči, kolikokrat lahko zdravnik izmeri KT v enem dnevu, ne da bi pri tem kakovost preiskave padla. Če mora poleg tega še avskultirati pljuča in srce 150 ljudem, je to precejšen napor. Zato je razumljivo, da v krvodajalski akciji merimo KT pred odvzemom samo enkrat, to preiskavo pa ponovimo v primeru, če vrednosti odstopajo od predpisanih. Avtomatski merilniki bi nam delo precej olajšali. Ker si podatki iz literature precej nasprotujejo, smo želeli preveriti zanesljivost novega oscilometričnega digitalnega merilnika Omron v primerjavi s klasičnim živosrebrnim sfingomanometrom.

Rezultati primerjave kažejo, da je prva sistolična meritev (HGS1s) po pričakovanju (3) večja od vseh ostalih sistoličnih meritev, ki se med sabo značilno ne razlikujejo več. Zato se nanjo ni treba ozirati.

Najbolj očitna razlika med merilnikoma je v njunem določanju višine diastoličnih tlakov. Pri njih daje merilnik OM za 5 mm Hg nižje rezultate. Ta razlika je ravno na meji sprejemljivosti odstopanja glede na priporočene standarde, je pa manjša kot pri drugih avtorjih, ki navajajo večja odstopanja (14, 15).

Zaporedni sistolični in diastolični meritvi z istim aparatom sta sicer obe dobro ponovljivi in v dobri korelaciji, saj je koeficient korelacije pri obeh visok ($R = 0,86$, tab. 2). Vendar se vsaka meritev, izvedena najprej s HG in nato z OM, precej spremeni, koeficienti variabilnosti so zato visoki, še posebej pri diastoličnih meritvah z OM (KV od 16 do 17), korelacija med istima meritvama, izvedenima z različnima merilnikoma, pa je slaba (od 0,58 do 0,67, tab. 1 in tab. 2).

Ker merilnik Omron meri KT v a. rad. digiti indicis, za sam tlak na tem mestu pa je vprašanje, če korelira s tlakom v a. brach. iste roke, se ponuja sklep, da je večja razpršenost diastoličnih tlakov pri merilniku OM ob hkratni dobri ponovljivosti te meritve ($KV = \text{več kot } 14$, $R = \text{več kot } 0,79$) posledica večje variabilnosti krvnega tlaka v arteriji kazalca in ne manjše zanesljivosti merilnika samega.

Iz korelacijskega razmerja $y = a + bx$ bi lahko izračunali korekcijske faktorje med dvema merjenjima z različnim aparatom. To bi bilo možno, če bi bila rezultata meritve istega parametra z merilnikoma HGS in OM različna, obenem pa bi bila med njima dobra korelacija. Vendar vidimo, da niti pri meritvi sistoličnega niti diastoličnega tlaka tega ni možno napraviti, saj so korelacije prenizke – koeficient korelacije R je pri tistih meritvah, ki se značilno razlikujejo, le med 0,58 in 0,63 pri sistoličnih in med 0,58 do 0,67 pri diastoličnih tlakih (tab. 2). Možna razlaga večje občutljivosti oscilometričnega merilnika je v tem, da zaznava tresljaje stene arterije, ki obstajajo še potem, ko Korotkovovi šumi že izginejo. Obenem so Korotkovovi šumi tudi odvisni od subjektivnega odločanja zdravnika in seveda od njegovega sluha v območju teh frekvenc. Ker meritve z merilnikom OM temu niso potrjene, lahko ta merilnik uporabljajo tudi osebe, ki iz katerihkoli razlogov ne morejo izvajati samomeritve KT s klasičnim živosrebrnim manometrom.

Sklep

Merilnik krvnega tlaka Omron HEM-812F po priročnosti sicer prekaša standardni živosrebrni merilnik, a je po kriterijih ponovljivosti in primerljivosti celo ob visoko standardnih pogojih

merjenja le pogojno zadovoljiv za domačo uporabo, manj ustrezen pa je za klinično uporabo. Merilnika nismo preskušali pri bolnikih s povečanim krvnim tlakom, pri katerem navajajo razni avtorji še večje odstopne oscilometričnih meritev od meritev s klasičnim sfigmomanometrom. Zato menimo, da je za zdravstvene ustanove slednji še vedno bolj priporočljiv.

Literatura

- Holland P, Schmidt P. Eds. Standards for blood banks and transfusions services 12th Edition. Arlington: American Association of Blood Banks, 1987: 3-8.
- Jezeršek P et al. Arterijska hipertenzija. Med Razgl 1986; 25: Suppl 1: 1-177.
- Dolenc P, Jezeršek P, Accetto R, Petrin J. Zaporedne meritve krvnega tlaka in srčne frekvence pri normotonikih in hipertonicih. Zdrav Vestn 1989; 58: 237-9.
- Turk J. Merjenje krvnega tlaka. Zdrav Vestn 1986; 55: 243-7.
- Dietz U, Belz GG. Low frequency arterial wall movements for indirect pressure measurement in man. Validation of a method for non-invasive assessment of blood pressure under the influence of isoprenaline and angiotensin. Arzneimittelforschung 1991; 41: 557-62.
- Block FE Jr, Fletcher MV, Morris TJ, Dzwonczyk R. A clinical evaluation of rapid automatic noninvasive blood pressure determination with the Ohmeda 2120 »return-to-flow« method. J Clin Monit 1991; 7: 241-4.
- Jamieson MJ, Webster J, Witte K, Huggins MM, MacDonald TM, de Deaux A, Petrie JC. An evaluation of the A&D UA-751 semi-automated cuff-oscillometric sphygmomanometer. J Hypertens 1990; 8: 377-81.
- Zuspan FP, Rayburn WF. Blood pressure self-monitoring during pregnancy: practical considerations. Am J Obstet-Gynecol 1991; 146: 2-6.
- Newton GB, Mason RA, Hui JC, Giron F. Indirect measurement of systolic blood pressure in the rabbit. J Invest Surg 1991; 4: 87-92.
- Crews WD Jr, Harrison DW. An evaluation of the DS-175, DS-145 and DS-115 digital blood pressure/pulse meter devices. Biomed Instrum Technol 1991; 25: 211-4.
- Porter KB, O'Brien WF, Kiefert V, Knuppel RA. Finapres: a noninvasive device to monitor blood pressure. Obstet Gynecol 1991; 78: 430-3.
- Lenders JWM, Hendrikx P, Smits P, den Arend J, Thien T. The oscillometric finger blood pressure (BP) measurement with the Marshall F-88 (M) compared with intraarterial (IA) and Finapres (F) readings. Abstract. Fifth European Meeting on Hypertension. Milano: Università degli Studi di Milano, 1991: 380-0.
- Hendrikx P, Lenders JWM, Smits P, Thien T. Inaccuracy of the finger blood pressure measurement with an oscillometric device: The Marshall F-88. Abstract. Fifth European Meeting on Hypertension. Milano: Università degli Studi di Milano, 1991: 296-6.
- Gravlee GP, Brockschmidt JK. Accuracy of four indirect methods of blood pressure measurement, with hemodynamic correlations. J Clin Monit 1990; 6: 284-98.
- Iyriboz Y. Oscillometric finger blood pressure versus brachial auscultative blood pressure recording. J Fam Pract 1990; 31: 376-80.
- Epstein RH, Huffnagle S, Brtkowski RR. Comparative accuracies of a finger blood pressure monitor and an oscillometric blood pressure monitor. J Clin Monit 1991; 7: 161-7.
- Runcie CJ, Reeve WG, Reidy J, Dougall JR. Blood pressure measurement during transport. A comparison of direct and oscillometric readings in critically ill patients. Anaesthesia 1990; 45: 659-65.
- Hildebrandt W, Schutze H, Stegemann J. On the reliability of the Penaz cuff during systemic and local fingertip vasodilatation at rest and in exercise. Eur J Appl Physiol 1991; 62: 175-9.
- Imholz, Parati G, Langewouters GJ. Effects of infusion of phenylephrine on performance of finger blood pressure measurement. Abstract. Fifth European Meeting on Hypertension. Milano: Università degli Studi di Milano, 1991: 308-8.
- Accetto R, Petrin J, Likar P. Vpliv zdravnikovega merjenja na krvni tlak. Zdrav Vestn 1987; 56: 191-2.

V tej številki so sodelovali:

Tit Albreht, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Jože Avžner, dr. med., specialist kirurg, SB Celje
 Margareta Bračko, dr. stom., ZD Ljubljana Vič-Rudnik
 prim. Silva Burja, dr. med., specialistka pediatrija, SB Maribor
 doc. dr. Andrej Debeljak, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 Aleksander Doplihar, dr. med., Kamnik
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Novo mesto
 mag. Mojca Drčar-Murko, dipl. iur., Rim
 prof. dr. Dušan Ferluga, dr. med., specialist patolog, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana
 Zlatko Fras, dr. med., Inštitut za gerontologijo, KC Ljubljana
 prim. Bojan Gračner, dr. med., specialist oftalmolog, SB Maribor
 Radovan Hojs, dr. med., specialist internist, SB Maribor
 prof. dr. Martin Janko, dr. med., specialist nevropsihiater, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana
 Franci Koglot, dr. med., specialist kirurg, SB dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici
 prof. dr. Marko Kolenc, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ankaran

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., Inštitut za patofiziologijo, MF Ljubljana
 doc. dr. Saša Markovič, dr. med., specialistka internistka, Onkološki inštitut Ljubljana
 znanstveni svetnik dr. Milivoj Mermolja, dipl. biol., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 Tatjana Nikolič, dipl. biol., SB Maribor
 Biserka Peršič, dr. med., specializantka psihiatrije, Psihiatrična klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Srečko Rainer, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana
 asist. dr. Zlatka Remškar, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 Peter Ribnikar, dipl. zgodovinar, Arhiv Slovenije Ljubljana
 Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana
 doc. dr. Tomaž Rott, dr. med., specialist patolog, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana
 mag. Primož Rožman, dr. med., specialist transfuziolog, Zavod RS za transfuzijo krvi Ljubljana
 prim. Majda Toplak-Ostan, dr. med., specialistka pediatrija, Zavod Dolfke Boštjančič Ig
 Melanija Vuksan, dr. med., specialistka transfuziologinja, Zavod RS za transfuzijo krvi Ljubljana
 prim. Jurij Zalokar, dr. med., specialist psihiater, Radovljica

Strokovni prispevek/Professional article

OPTIMALIZIRANA NEGA IN ZDRAVLJENJE OGROŽENIH NEDONOŠENČKOV IN NJUN VPLIV NA INCIDENCO RETINOPATIJ PREMATURNOSTI

OPTIMUM CARE AND TREATMENT OF HIGH-RISK PREMATURE INFANTS AND THEIR INFLUENCE ON THE INCIDENCE OF RETINOPATHY OF PREMATURITY

Silva Burja¹, Bojan Gračner², Tatjana Nikolič³

¹ Oddelek za bolezni otrok, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

² Oddelek za očne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

³ Oddelek za znanstvenoraziskovalno delo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1991-04-10, sprejeto 1993-02-18, ZDRAV VESTN 1993; 62: 187-90

Ključne besede: nedonošenčki; retinopatija; zdravljenje; nega

Key words: premature infants; retinopathy; treatment; care

Izvleček – Izhodišča. Retinopatija prematurnosti je očesna bolezen nedonošenčkov, ki lahko vodi tudi v slepoto. Prizadene največkrat najmanjše in najtežje bolne nedonošenčke, zdravljene v enotah za intenzivno nego in terapijo.

Abstract – Background. Retinopathy of prematurity (ROP) is an ocular disorder leading potential blindners, occurring only in premature infants. It affects the smallest and most severely ill preterm survivors of modern intensive care units.

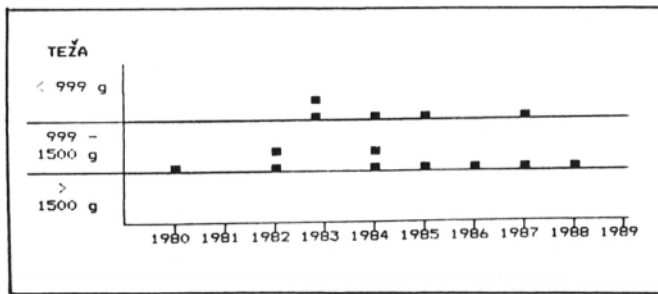
Metode in rezultati. V obdobju od januarja 1980 do decembra 1989 – v letih razvoja neonatalne intenzivne terapije na Oddelku za bolezni otrok Splošne bolnišnice v Mariboru – smo poskušali ugotoviti incidenco težjih oblik prematurnih retinopatij v skupini 251 nedonošenčkov gestacijske starosti manj od 32 tednov in težo manj od 1500 g. Pri 14 ali pri 5,5% vseh ogroženih nedonošenčkov se je razvila težka oblika retinopatije, ki je v štirih primerih zelo hitro napredovala iz III. v IV. stadij. Med 20 dejavniki ogroženosti, ki so domnevno povezani z razvojem retinopatije prematurnosti, so se izkristalizirali kot najpomembnejši – nizka gestacijska starost, acidoza in hiperoksija. V letih od 1982 do 1984 smo opazovali več primerov retinopatij – 2 do 3 na leto. Leta 1984 je bil ta pojav najverjetneje posledica večjega preživetja najbolj ogroženih nedonošenčkov s porodno težo manj od 1000 g kot pa novih iatrogenih dejavnikov. Z razvojem neonatalne intenzivne terapije na Oddelku za bolezni otrok SBM v letih 1985 do 1990 ob optimalizaciji neonatalne specialne nege in doslednem upoštevanju ukrepov za preprečitev asfiksije, natančnem odmerjanju dodatne oksigenacije, pravilni in pravočasni uporabi vitamina E, opazujemo izrazit upad števila primerov retinopatij prematurnosti.

Methods and results. In the period from January 1980 to December 1989 – the period of development of neonatal intensive care and therapy – we attempted at the Unit for Intensive Therapy and Intensive Care of the Pediatric Department at the General Hospital Maribor to establish the incidence of serious forms of retinopathy of prematurity in a group of 251 preterm infants with less than 32 weeks of gestation and less than 1500 g of birth weight. In 14 of these or 5.5% a severe form of retinopathy developed. In 4 infants retinopathy progressed rapidly from stage III to stage IV. From among 20 risk factors presumably connected with the development of ROP, the following are clearly distinguished as the most important: low gestation age, acidosis and hyperoxia. From 1982 to 1984 there was an increase in the annual numbers of ROP, but the number of »excess cases« was calculated to be 2-3 per year. In 1984 this was largely due to improved survival of low birth weight infants (<1000 g) rather than new iatrogenic factors. With the development of neonatal intensive therapy at the Pediatric Department in Maribor, in the period from 1985-1989 a trend toward a reduced risk for proliferative retinopathy of prematurity was noted.

Uvod

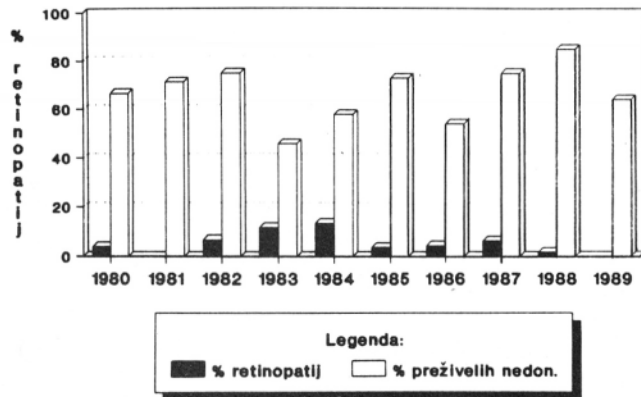
Od prvega opisa prematurne retinopatije (PR) – vaskularne bolezni retine leta 1940 do danes, ostaja na področju etiologije, razvoja in zdravljenja retinopatij veliko polemičnega (1). Retinopatija prematurnosti je bila in ostane v svoji najtežji obliki eden izmed vodilnih vzrokov za slepoto otrok (2). Rezultati zadnje multicentrične študije Američanov o incidenci retinopatij prematurnosti pri nedonošenih novorojenčkih, lažjih od 1250 g, kažejo na incidenco 7% (3). Rezultati mednarodne študije iz 35 neona-

talnih centrov z obdelavo več kot 3000 nedonošenčkov, ki jih je predstavil na sestanku evropskih pediatričnih oftalmologov oktobra 1989 v Bruggu v Belgiji prof. dr. F. Koerner iz Berna, pa kažejo, da je prevalenca RP v skupini nedonošenih s porodno težo manj od 1000 g 42%, od tega jih 3,4% oslepi, 2,5% ima hude okvare vida, 8,5% lažje okvare vida, ostali pa normalni vid (4). Kretzer L. in Hittner M. poročata, da je prevalenca vseh oblik prematurne retinopatije v skupini nedonošenčkov s težo 750-1000 g 80% in težjih oblik retinopatij 10% (5).



Sl. 1. Število nedonošenih otrok s težko obliko prematurne retinopatije v letih od 1980–1989 glede na porodno težo.

Fig. 1. The number of premature infants with a serious form of retinopathy of prematurity in the period from 1980–1989 with regard to birth weight.

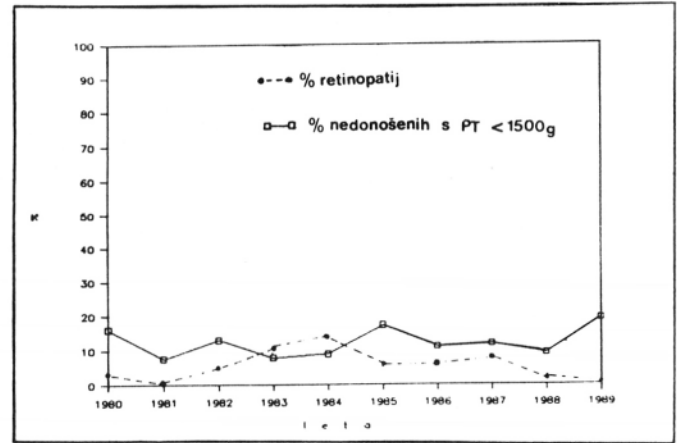


Sl. 2. Incidenca prematurnih retinopatij pri preživelih nedonošenčkih s porodno težo < 1500 g v letih 1980–1989.

Fig. 2. The incidence of retinopathy of prematurity in preterm survivors with birth weight < 1500 gr in the period from 1980–1989.

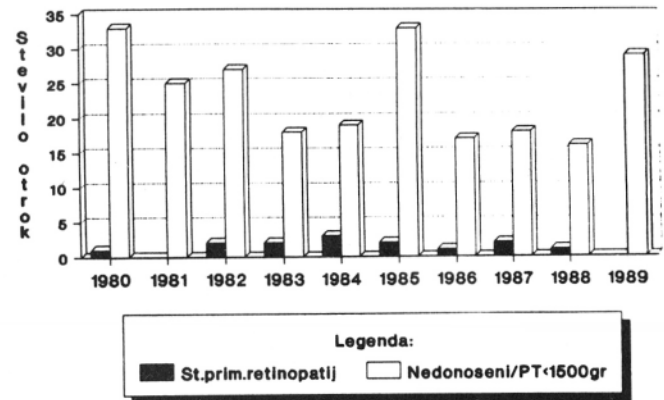
V štiridesetih letih so se kot etiološko pomembni za nastanek RP pojavili razni vidiki neonatalne intenzivne terapije. Kot opisujejo ameriški avtorji v svojih študijah (2, 6), je prišlo v obdobju poostrelega nadzora nad oksigenoterapijo do izrazitega zmanjšanja pojavljanja novih primerov retinopatij, ampak za ceno manjšega preživetja najbolj nezrelih nedonošenčkov. V letih 1983–1986 so se razni raziskovalci (2, 6, 7) posvetili problemu t. i. »druge epidemije« retinopatij prematurnosti in v glavnem vsi podobno zaključevali, da je pojav najverjetneje posledica povečanega preživetja najbolj ogroženih nedonošenčkov. Leta 1988 sta Kretzer in Hittner objavila rezultate svojega 10-letnega raziskovalnega dela na področju prematurnih retinopatij (5, 8–10). Avtorji so posvetili izjemno pozornost patofiziologiji razvoja retinalne okvare pri nedonošenčkih najrazličnejših gestacijskih starosti in med kliničnimi etiološkimi dejavniki izpostavili kot najpomembnejše: nezrelost in poškodbe nezrele retine s prostimi radikali, sproščenimi ob acidozi, stanjih hiperoksigenacije, sepse in izpostavljenosti premočni svetlobi. Avtorji tudi poudarjajo, da sproži začetek razvoja retinopatije stanje neravnotežja na področju oksidacije, ki ga sproži samo rojstvo nedonošenčka pred 32. gestacijskim tednom. Pojav vidnih sprememb na očesnem ozadju lahko registrira okulist 8–10 tednov po sprožilnem etiopatogenetskem dogajanju.

Našo študijo incidence RP v Mariboru v 10-letnem obdobju razvoja neonatalne specialne nege in intenzivne terapije smo izdelali z namenom, da poiščemo vzroke spreminjajoče se incidence te bolezni v istem centru.



Sl. 3. Primerjava incidence retinopatij s številom nedonošenčkov v letih 1980–1989.

Fig. 3. A comparison of the incidence of retinopathy with the number of preterm infants from 1980–1989.

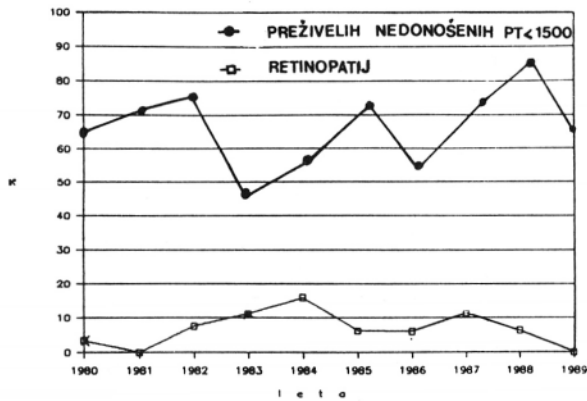


Sl. 4. Incidenca retinopatij prematurnosti v korelaciji s številom nedonošenih s porodno težo < 1500 g v letih 1980–1989.

Fig. 4. The incidence of retinopathy of prematurity in correlation with the number of preterm infants with birth weight < 1500 gr from 1980–1989.

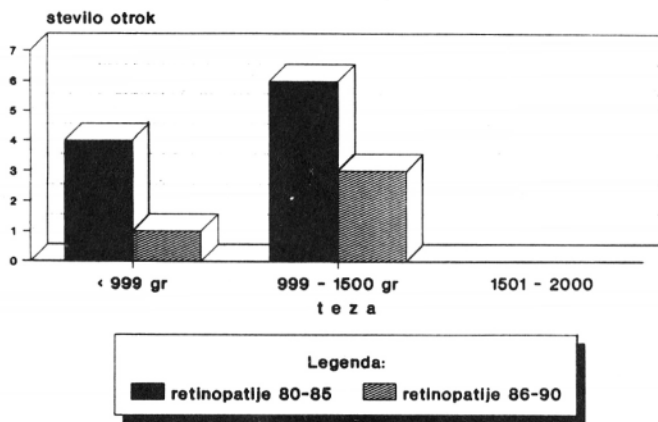
Material in metode

V retrospektivno analizo smo vključili vse nedonošenčke s porodno težo manj od 1500 g ali gestacijsko starostjo manj od 32 tednov, rojenih v letih od januarja 1980 do vključno decembra 1989 v Splošni bolnišnici v Mariboru in zdravljenih na Odseku za intenzivno nego in terapijo otrok. V skupinsko diagnostiko in zdravljenje nedonošenih otrok so že več kot 10 let redno vključeni tudi specialisti oftalmologi z Oddelka za bolezni oči SBM. Vsak izmed ogroženih nedonošenčkov je bil med zdravljenjem pri nas v kritičnem obdobju za razvoj retinopatij vsaj enkrat na teden tudi okulistično pregledan. Po odpustu iz bolnišnice so ostali vsi pod ambulantno kontrolo naših okulistov, običajno do 6. meseca starosti. Pri otrocih, kjer je bila RP, so bile tudi po uspešnem zdravljenju potrebne kontrole do 4. leta starosti v 4- do 6-mesečnih razmikih in kasneje vsaj enkrat na leto. Otroci so bili pregledani z direktno, po potrebi pa tudi z indirektno oftalmoskopijo pri dilatiranih zenicah. Preglede so opravljali skozi vseh 10 let isti – za preglede nedonošenih otrok izurjeni okulisti, ki so v 3. stadiju akutne prematurne retinopatije avaskularno periferno mrežnico tudi kriokoagulirali (11).



Sl. 5. Primerjava med pogostnostjo pojavljanja retinopatij in odstotkom preživetja nedonošenčkov s porodno težo <1500 g.

Fig. 5. Comparison of the incidence of retinopathies and the percentage of preterm survivors with birth weight <1500 g.

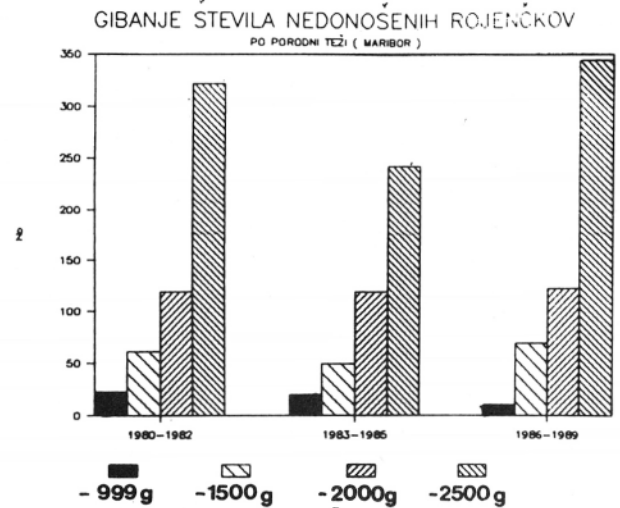


Sl. 6. Incidenca težjih retinopatij prematurnosti z ozirom na telesno težo v obdobjih 1980-1985 in 1986-1990.

Fig. 6. The incidence of serious forms of retinopathy of prematurity with regard to birth weight in the period from 1980-1985 and 1986-1990.

Rezultati

V 10-letni retrospektivni analizi problematike prematurnih retinopatij smo našli težje oblike retinopatij pri 14 bolnikih ali 5,5% nedonošenčkov celotne pregledovane skupine 251 novorojenčkov, lažjih od 1500 g in mlajših od 32 gestacijskih tednov. Večina diagnoz »prematurna retinopatija« je bilo postavljenih v 9. do 10. tednu po rojstvu. Vsi nedonošenčki, pri katerih je bila diagnosticirana RP, so iz skupine s porodno težo manj kot 1500 g (sl. 1). Odstotek pojavljanja retinopatij v najbolj ogroženi skupini nedonošenčkov se je v 10-letnem obdobju gibal od 0 do 15,8%, kot je razvidno na sl. 2. Iskali smo korelacije med odstotkom pojavljanja prematurnih retinopatij in odstotkom rojenih nedonošenčkov s porodno težo manj od 1500 g (sl. 3) in posebej z odstotkom nedonošenih s porodno težo manj od 1000 g. Kot je razvidno iz sl. 4, se je število živorojenih nedonošenčkov s porodno težo, manjšo od 1500 g, v 10-letnem obdobju dokaj spreminjalo in ni mogoče ugotoviti pozitivne korelacije med številom rojenih ogroženih in številom proliferativnih oblik retinopatij. Prav tako se povišuje stopnja preživetja v najbolj ogroženi skupini nedonošenčkov (sl. 5). Pozitivno korelacijo med večjo stopnjo preživetja in številom retinopatij smo potrdili samo



Sl. 7. Gibanje števila nedonošenih rojenčkov v letih 1980-1989 po porodni teži (Maribor).

Fig. 7. The range of the number of preterm infants from 1980-1989 according to birth weight (Maribor).

v letih, ko se je povečalo preživetje v skupini najbolj ogroženih, s težo manj od 1000 g. Na sl. 2 in 5 sta vidna dva vrha v pojavljanju retinopatij v 10-letnem obdobju - v letih razvoja neonatalne intenzivne terapije in z njim povečanega preživetja najbolj ogroženih nedonošenčkov. Instrukтивен je pogled na primerjavo pogostnosti pojavljanja proliferativnih oblik prematurnih retinopatij v obdobjih 1980-1985 in 1985-1989 (sl. 6). V drugem petletnem obdobju, za katero je značilna najugodnejša stopnja intenzivne nege in zdravljenja nedonošenčkov, je tudi izrazito manj retinopatij. Z zgodnjo in pravilno oskrbo nedonošenega novorojenčka lahko preprečimo razne oblike dihalnih stisk in tako zmanjšamo potrebo po dodatni oksigenaciji, ki še vedno ostaja pomemben etiološki dejavnik, kljub temu, da še danes nihče ne ve, kateri je tisti »varni« nivo kisika v nedonošenčkovski krvi. Transkutano monitoriranje nedonošenčkove oksigenacije je gotovo revolucioniralo neonatalno intenzivno nego in terapijo. Kljub temu pa tako kot tudi mnogi tuji avtorji (12, 13) še vedno opazujemo posamezne nove primere retinopatij kljub uporabi kontinuiranega transkutanega monitoriranja pO₂ med zdravljenjem s kisikom. Rezultati naše retrospektivne analize 10-letnega vzorca nedonošenčkov ne podpirajo rezultatov raznih študij (14), ki zaključujejo, da ima uvedba novih tehnik v neonatalno intenzivno nego in terapijo majhno ali pa nobene vloge pri redukciji števila primerov prematurnih retinopatij.

Iz omenjene raziskave je tudi razvidno, da je najbolj učinkovita preventiva razvoja retinopatij prematurnosti preprečitev rojevanja otrok, mlajših od 32 gestacijskih tednov in lažjih od 1000 g. V Mariboru (kot je razvidno iz sl. 7) je v letih 1987, 1988 in 1989 evidentiran padec števila nedonošenih otrok s porodno težo manj od 1000 g, kar je povezano tudi z manjšo incidenco RP v istih letih. Enako pomembna je tudi preprečitev acidoze, sepse in izpostavljenosti premočni svetlobi. Zelo pomembno je tudi dobro sodelovanje neonatologa in oftalmologa zaradi potrebnih rednih oftalmoskopskih kontrol vseh ogroženih novorojenčkov od 4. do 5. tedna starosti naprej (15). Pri najbolj ogroženih se v najbolj kritičnem obdobju pripravajo okulistični pregledi na 2 do 3 dni. Z njimi je treba nadaljevati tudi takoj po odpustu nedonošenčka iz bolnišnice. Cilj takšnih oftalmoskopskih kontrol je spremljanje dogajanja na očesnem ozadju in iskanje prvih stadijev akutne RP. Ko retinopatija preide v 3. stadij, je indicirana transskleralna kriokoagulacija avaskularne periferne retine.

To je zaenkrat edina metoda, ki lahko prepreči napredovanje bolezni v stadije, ko praktično nobeno zdravljenje ni več uspešno (11, 15). S to metodo so na Oddelku za očesne bolezni v Mariboru zdravili v tem obdobju 12 nedonošenčkov. Pri 10 otrocih so koagulirali obojestransko, tako da je pri treh klinična slika regresirala na obeh očesih, pri petih na enem očesu, pri dveh pa je klinična slika kljub koagulaciji prešla v 4. stadij. Pri dveh otrocih je bila uspešno narejena koagulacija na enem očesu, drugo oko pa je bilo že v 4. stadiju (11).

Zaključek

Retinopatija premarnosti ostaja ob povečanem preživetju nedonošenčkov z zelo nizko porodno težo v dokaj ustaljenem odstotku okulistični problem nedonošenčkov. Z upoštevanjem omenjenih preventivnih ukrepov lahko zmanjšamo število prematurnih retinopatij in preprečimo razvoj težjih oblik.

Literatura

1. De Voe WM. Prevention of retinopathy of prematurity. *Seminars in Perinatology*, 1988; 12: 373-80.
2. Phelps DL. Retinopathy of prematurity: an estimate of vision loss in the United States 1979. *Pediatrics* 1981; 67: 924-6.
3. Cryotherapy for retinopathy of prematurity cooperative group: multicenter trial of cryotherapy for retinopathy of prematurity. *Arch Ophthalmol* 1988; 106: 471-9.
4. Krajnc-Stirn B. Sestanek evropskih pediatričnih oftalmologov v Belgiji. *Zdrav Vestn* 1990; 59: 225-5.
5. Kretzer FL, Hittner HM. Retinopathy of prematurity: clinical implications of retinal development. *Archives of disease in childhood* 1988; 63: 1151-67.
6. Lucey JF, Daugman BA. A reexamination of the role of oxygen in retrolental fibroplasia. *Pediatrics* 1984; 73: 82-96.
7. Robin ED, Burke CM. The recrudescence epidemic of retrolental fibroplasia. *Chest* 1986; 89: 576-8.
8. Kretzer FL, Hittner HM. Initiating events in the development of retinopathy of prematurity. *Contemporary issues in fetal and neonatal medicine*. Boston: Blackwell, 1986: 121-52.
9. Kretzer FL, Meperson AR, Hittner HM. An interpretation of retinopathy of prematurity in terms of spindle cells. Relationship to vitamin E prophylaxis and cryotherapy. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology* 1986; 244: 205-14.
10. Hittner HM, Kretzer FL. Efficacy of vitamin E in retinopathy of prematurity. *Current concepts and controversies*. Philadelphia: BC Decker, 1986: 89-103.
11. Gračner B, Breznik M, Jurinec-Vajda S, Burja S. Lječenje akutne retinopatije prematurorum. Zbornik referatov III. jugoslovanskega kongresa perinatalne medicine. Ljubljana, 1990: 153-6.
12. Sniderman SH, Riedel PA, Bert MD et al. Influence of transcutaneous oxygen monitoring and other factors on incidence of retrolental fibroplasia. *Clin Res* 1982; 30: 148-8.
13. Shoat M, Reisner SH, Kirkler R et al. Retinopathy of prematurity: Incidence and risk factors. *Pediatrics* 1983; 72: 159-63.
14. Priscilla H, Jackson JC, Kalina RE, Woodroom DE. Increased survival of low birth weight infants: Impact to the incidence of retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 1989; 84: 442-5.
15. Gračner B, Vajda-Jurinec S, Burja S, Žic L. Prispevek k problemom v zvezi z retrolentalno fibroplazijo. *Zdrav Vestn* 1986; 55: 357-9.

Strokovni prispevek/Professional article

NARAVNI POTEK PRIDOBLJENE CISTIČNE BOLEZNI LEDVIC PRI BOLNIKI NA KRONIČNI HEMODIALIZI: PROSPEKTIVNA RAZISKAVA

NATURAL HISTORY OF ACQUIRED CYSTIC DISEASE OF THE KIDNEY IN PATIENTS ON MAINTENANCE HAEMODIALYSIS: A PROSPECTIVE STUDY

Radovan Hojs

Odsek za nefrologijo in hemodializo, Oddelek za interne bolezni, Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1992-12-15, sprejeto 1993-02-08, ZDRAV VESTN 1993; 62: 191-3

Ključne besede: pridobljena cistična bolezen ledvic; hemodializa; naravni potek; ledvična neoplazma

Key words: acquired cystic disease of the kidney; haemodialysis; natural history; renal neoplasm

Izvleček — Izhodišča. Pridobljena cistična bolezen je pogosta pri bolnikih na kronični hemodializi. V prospektivni raziskavi smo ugotavljali naravni potek bolezni.

Abstract — Background. Acquired cystic disease of the kidney is common in patients on maintenance haemodialysis. The natural history of the disease has been investigated in this prospective study.

Metode. Z »real time« ultrazvokom je bilo pregledanih 39 bolnikov s končno odpovedjo ledvic na kronični hemodializi. Ugotavljali smo navzočnost in stopnjo pridobljene cistične bolezni ledvic ter morebitne solidne spremembe ledvic (neoplazme). Minimalno dve leti in deset mesecev kasneje smo ponovno ultrazvočno pregledali 29 bolnikov naše dializne enote.

Methods. With real time sonography 39 patients with end-stage renal failure on maintenance haemodialysis were examined. We established the presence and grade of acquired cystic disease of the kidney and the presence of solid lesions (neoplasms). Minimum of two years and ten months later 29 patients of our dialysis unit were sonographically reexamined.

Rezultati. Ob prvem pregledu je imelo pridobljeno cistično bolezen 16 (55%) bolnikov, ob ponovnem pregledu pa 23 (79%) bolnikov. Nismo ugotovili povečanja ledvic ob prvem in ponovnem pregledu. Nismo našli solidnih sprememb ledvic v opazovanem obdobju.

Results. 16 (55%) patients had acquired cystic disease of the kidney at initial examination and 23 (79%) at repeated examination. Enlargement in the kidney size was not established. Solid lesions were not found in observation period.

Zaključki. Avtor zaključuje, da je pridobljena cistična bolezen ledvic progresivna bolezen pri bolnikih na kronični hemodializi, ultrazvočno pa ni našel maligne transformacije.

Conclusions. Acquired cystic disease of the kidney is a progressive disease in patients on maintenance haemodialysis but sonographically we did not find malignant transformation.

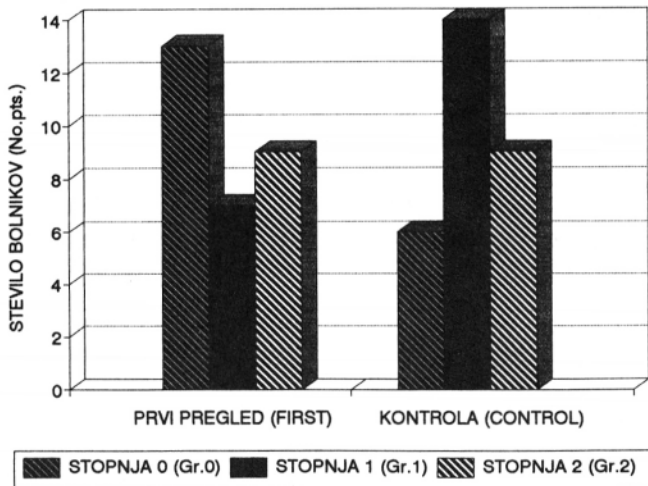
Uvod

Pridobljena cistična bolezen ledvic (PCBL) je dobro znan zaplet končne odpovedi ledvic, zdravljen konzervativno, z dializo ali transplantacijo (1-5). Prevalenca in stopnja PCBL pri bolnikih, zdravljenih s hemodializo (HD) ali kontinuirano ambulantno peritonealno dializo (CAPD), sta odvisni od trajanja dializnega zdravljenja (2, 3, 5, 6). Stopnja PCBL pri uspešno transplantiranih bolnikih ni odvisna od časa nadomestnega zdravljenja kronične ledvične odpovedi (7), opisana je tudi regresija PCBL po uspešni transplantaciji (8). Patogeneza bolezni ni znana. Najpomembnejši klinični zaplet PCBL je možna maligna transformacija (1, 2, 6, 9).

V prospektivno raziskavo naravnega poteka PCBL smo vključili 29 bolnikov, katerih začetna stopnja PCBL je bila opisana predhodno (5).

Bolniki in metode

Od januarja do marca 1989 je bilo z »real-time« ultrazvočnim aparatom pregledanih 39 bolnikov (5). Najmanj dve leti in deset mesecev po prvem pregledu je bilo ponovno pregledanih 29 bolnikov (tab. 1); od preostalih desetih bolnikov so imeli trije uspešno presaditev, sedem pa jih je umrlo.



Sl. 1. Število bolnikov in stopnja pridobljene cistične bolezni ledvic pri prvem in ponovnem pregledu.

Fig. 1. Number of patients and grade of acquired cystic disease of the kidney at first and control examination.

Ob prvem ultrazvočnem pregledu so bili bolniki pregledani z »real-time« ultrazvočnim aparatom Aloka SSD-630 s 3,5 MHz konveksno sondo, ob ponovnem pregledu pa so bili pregledani z »real-time« ultrazvočnim aparatom ATL-Ultramark 4 s 3,5 MHz konveksno sondo. Ugotavljali smo velikost ledvic in navzočnost ter stopnjo cističnih sprememb. Cistične spremembe so bile ob prvem in ponovnem pregledu razvrščene v tri stopnje: stopnja 0, brez cist; stopnja 1, manj kot 10 cist v obeh ledvicah; stopnja 2, več kot 10 cist v obeh ledvicah. Ugotavljali smo še navzočnost morebitnih solidnih sprememb ledvic (neoplazme). V statistični analizi smo uporabili Studentov t-test.

Rezultati

V prospektivno raziskavo smo zajeli 29 bolnikov (15 moških in 14 žensk), zdravljenih s HD v naši dializni enoti. Ob prvem pregledu je imelo PCBL 16 (55%) bolnikov, sedem (24%) jih je imelo spremembe prve stopnje, devet (31%) pa spremembe druge stopnje. Ob ponovnem pregledu je imelo PCBL 23 (79%) bolnikov, 14 (48%) jih je imelo spremembe prve stopnje, devet (31%) pa druge stopnje (graf 1). Devet bolnikov, ki so imeli že ob prvem pregledu spremembe druge stopnje, smo izključili iz nadaljnje obdelave (ni mogoče oceniti napredovanja bolezni). Od preostalih 20 bolnikov jih je sedem imelo ob prvem pregledu PCBL stopnje 1, ob ponovnem pa 14 (statistično značilna razlika: $P < 0,05$). Cistična bolezen je med zdravljenjem s HD napredovala. Nobeden ni imel ob ponovnem pregledu sprememb druge stopnje. Nismo ugotovili razlike v stopnji PCBL med moškimi in ženskami. Nismo našli statistično pomembne razlike v velikosti ledvic ob prvem in ponovnem pregledu. Nismo našli solidnih sprememb ledvic v opazovanem obdobju.

Razpravljanje

Iz pozitivne korelacije med PCBL in trajanjem hemodializnega zdravljenja so številni avtorji sklepali na progresivni naravni potek PCBL (2, 3, 5). Ishikawa s sod. (10) je v prospektivni raziskavi potrdil mnenje o progresivni naravi PCBL. Tudi v raziskavi na bolnikih naše dializne enote smo ugotovili več bolnikov s PCBL ob ponovnem pregledu, stopnja PCBL je statistično

Tab. 1. Nekateri podatki o bolnikih, zajetih v raziskavi.

Tab. 1. Some data of patients included in the investigation.

Pregled Examination	Prvi First	Ponovni Control
N	29	29
Spol / Sex		
moški / male	15	15
ženski / female	14	14
Starost (leta) / Age (years) (povprečje, razpon / mean, range)	51 (32–70)	54 (35–73)
Trajanja HD (meseci) / Duration of haemodialysis (months) (povprečje, razpon / mean, range)	48 (5–174)	85 (38–208)
Delež s cistami / Proportion with cysts n (%)	16 (55)	23 (79)

značilno napredovala v opazovanem obdobju. Ishikawa s sod. (6) ni našel razlike v prevalenci in stopnji PCBL pri bolnikih s končno odpovedjo ledvic, zdravljenih s HD ali CAPD. Jenkins s sod. (11) pa je ugotovil večje napredovanje PCBL pri bolnikih, zdravljenih s HD, kot pri bolnikih, zdravljenih s CAPD. Pri uspešno transplantiranih bolnikih stopnja PCBL ni odvisna od časa nadomestnega zdravljenja kronične ledvične odpovedi (7), niso opazili napredovanja PCBL (11), opisana pa je tudi regresija PCBL po uspešni transplantaciji (8).

Ishikawa s sod. (10) je ugotovil višjo stopnjo PCBL in povečanje volumna ledvic pri moških v opazovanem obdobju. Pri naših bolnikih nismo ugotovili statistično značilne razlike v stopnji PCBL med moškimi in ženskami in nismo ugotovili povečanja ledvic v opazovanem obdobju.

Sama PCBL nima velikega kliničnega pomena, zelo pomembni pa so njeni zapleti. Opisali so hematurijo (1, 6, 12), mnogo pomembnejša pa je ruptura ciste z retroperitonealno krvavitvijo (12–14). Mnoge raziskave so nakazale, da obstaja pri bolnikih s PCBL večja verjetnost maligne transformacije (1, 6, 9, 10, 12), druge pa kljub velikemu številu bolnikov tega niso potrdile (2, 3, 5, 11, 15). Možno maligno transformacijo so ugotavljali z računalniško tomografijo (9, 10) ali ultrazvokom (2, 3, 5, 7, 11, 15). Pri naših bolnikih v opazovanem obdobju z ultrazvokom nismo našli solidnih sprememb ledvic. Ultrazvočni pregled ledvic je dostopna, neinvazivna preiskava, je poceni in se lahko poljubno ponavlja, zato večina avtorjev meni, da je ultrazvok dobra presejalna metoda za odkrivanje bolnikov s PCBL in za ugotavljanje solidnih sprememb ledvic. Solidne spremembe je treba diagnostično obravnavati kot ledvične neoplazme, dokler ne dokažemo nasprotnega.

Zaključek

PCBL je pogosta pri bolnikih na HD, v raziskavi smo potrdili progresivni naravni potek bolezni. V opazovanem obdobju nismo ugotovili sprememb v velikosti ledvic in nismo našli solidnih sprememb ledvic. Zaradi možne maligne transformacije pri bolnikih s PCBL in ker so tudi bolniki z ledvičnim karcinomom asimptomatski, menimo, da je potrebno redno presejevanje dializnih bolnikov.

Literatura

- Dunnill MS, Millard PR, Oliver D. Acquired cystic disease of the kidney: a hazard of long term intermittent maintenance haemodialysis. *J Clin Pathol* 1977; 30: 868–78.
- Mickish O, Bommer J, Bachmann S, Waldherr R, Mann JFE, Ritz E. Multicystic transformation of kidneys in chronic renal failure. *Nephron* 1984; 38: 93–9.

3. Thomson BJ, Jenkins DAS, Allan PL, Elton RA, Winney RJ. Acquired cystic disease of kidney in patients with end-stage chronic renal failure: a study of prevalence and etiology. *Nephrol Dial Transpl* 1986; 1: 39–43.
4. Ishikawa I, Shikura N, Kitada H, Yuri T, Shinoda A, Nakazawa T. Severity of acquired renal cysts in native kidneys and renal allografts with long standing poor function. *Am J Kidney Dis* 1989; 14: 18–24.
5. Hojs R, Hojs J. Pridobljena cistična bolezen ledvic pri bolnikih na kronični hemodializi. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 241–3.
6. Ishikawa I. Uremic acquired renal cystic disease. Natural history and complications. *Nephron* 1991; 58: 257–67.
7. Thompson BJ, Jenkins DAS, Allan PL et al. Acquired cystic disease of the kidney: an indication for renal transplantation? *Br Med J* 1986; 293: 1209–10.
8. Ishikawa I, Yuri T, Kitada H, Shinoda A. Regression of acquired cystic disease of the kidney after successful renal transplantation. *Am J Nephrol* 1983; 3: 310–4.
9. Ishikawa I, Saito Y, Onouchi H et al. Development of acquired cystic disease and adenocarcinoma of the kidney in glomerulonephritic chronic haemodialysis patients. *Clin Nephrol* 1980; 14: 1–6.
10. Ishikawa I, Saito Y, Shikura N, Kitada H, Shinoda A, Suzuki S. Ten year prospective study on development of renal cell carcinoma in dialysis patients. *Am J Nephrol* 1990; 16: 452–8.
11. Jenkins DAS, Temple RM, Winney RJ, Allan PL, Notgi A, Wild SR. Effect of treatment mode on the natural history of acquired cystic disease of the kidney in patients on renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transpl* 1992; 7: 613–7.
12. Ratcliffe PJ, Dunnill MS, Oliver D. Clinical importance of acquired cystic disease of the kidney in patients undergoing dialysis. *Br Med J* 1983; 287: 1855–8.
13. Shalhoub RJ. Retroperitoneal bleeding and dialysis. *Ann Intern Med* 1977; 86: 929–9.
14. Milutinovich J, Follete WC, Scribner BH. Spontaneous retroperitoneal bleeding in patients on chronic haemodialysis. *Ann Intern Med* 1977; 86: 189–92.
15. Endreny R, Cronan J, Chazan JA. Acquired cystic disease. *Nephron* 1990; 55: 222–2.

DALBEN[®]

tablete, suspenzija

albendazol

polivalentni
anthelmintik



- najširši spekter delovanja med danes uporabljanimi anthelmintiki
- en sam odmerek (400 mg) uniči večino črevesnih parazitov v vseh razvojnih stopnjah
- učinkovit pri enojnih in mešanih infestacijah
- zaradi enostavnega zdravljenja in dobrega prenašanja primeren anthelmintik za najširšo uporabo

Doziranje

Običajna doza za otroke, starejše od dveh let, in odrasle je 400 mg (2 tableti ali 10 ml suspenzije) kot enkratno zdravljenje pri okužbi s paraziti:

Enterobius vermicularis, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Ancylostoma duodenale in Necator americanus.

Pri strongiloidozi in teniazi dajemo 400 mg dnevno 3 dni zapored.

Kontraindikacije

Nosečnost in dojenje.
Preparata ne dajemo otrokom, mlajšim od dveh let.

Oprema

2 tableti po 200 mg albendazola
10 ml suspenzije (400 mg/10 ml)

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija

Strokovni prispevek/Professional article

DIFUZNI MALIGNI PLEVRALNI MEZOTELIOM. DIAGNOSTIČNI PROBLEMI

DIFFUSE MALIGNANT PLEURAL MESOTHELIOMA. DIAGNOSTIC PROBLEMS

Andrej Debeljak¹, Zlata Remškar¹, Dušan Ferluga², Tomaž Rott², Milivoj Mermolja¹

¹ Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 64204 Golnik

² Inštitut za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-10-29, sprejeto 1993-03-19, ZDRAV VESTN 1993; 62: 195–8

Ključne besede: *diagnostični pristop; igelna biopsija plevre; torakoskopija; torakotomija; histologija; mezoteliom*

Key words: *diagnostic approach; needle biopsy of pleura; thoracoscopy; thoracotomy; histology; mesothelioma*

Izvleček – Izhodišča. Avtorji so želeli ugotoviti senzitivnost preiskav, s katerimi so ugotavljali difuzni maligni pleuralni mezoteliom (DMPM).

Abstract – Background. The authors wanted to find out the sensitivity of examinations by which the diffuse malignant mesothelioma (DMPM) had been established.

Metode. Retrospektivno so ugotavljali pot do diagnoze pri 44 bolnikih (31 moških in 13 žensk) z DMPM, ki so se zdravili od leta 1982 do leta 1990 v Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik.

Methods. The way to diagnosis was established retrospectively in 44 patients (31 males and 13 females) with DMPM who had been treated at the Institute for Respiratory Diseases at Golnik during 1982 till 1990.

Rezultati. Najpogostejši simptomi so bili torakalna bolečina in dušenje pri 37 bolnikih (84%). Rentgenološko so ugotavljali pleuralni izliv pri 19 bolnikih, zadebelitev plevre pri 12, izliv in zadebelitev pri devetih ter fluidopneumotoraks pri štirih bolnikih. Celice mezotelioma so našli pri štirih od 32 pregledanih izlivih. Histološki pregled je potrdil DMPM v koščkih plevre, dobljenih z igelno biopsijo pri 26 od 44 pregledanih bolnikov, pri vseh pa je potrdil diagnozo v tkivu, odvzetem pri torakoskopiji (10 bolnikov) ter torakotomiji (8 bolnikov). Preživetje bolnikov je bilo 19,5 meseca.

Results. The most frequent symptoms were thoracic pain and dyspnea in 37 patients (84%). On chest X-ray the pleural effusion was found in 19 patients, thickening of the pleura in 12, both effusion and thickening in 9 and fluidopneumothorax in 4 patients. The mesothelial cells were found in 4 out of 32 examined effusions. The histological examination confirmed DMPM in the specimens of the pleura obtained by needle biopsy in 26 out of 44 examined patients, while in all patients the diagnosis was verified by the tissue obtained during thoracoscopy (10 patients) and thoracotomy (8 patients). The survival of patients was 19.5 months.

Zaključek. Ker je prognoza DMPM slaba, je za potrditev kliničnega suma treba najprej uporabiti citologijo pleuralnega izliva ter histološki pregled tkiva, dobljenega s slepo igelno biopsijo. Kadar želimo diagnozo potrditi hitro in zanesljivo, pa sta najboljši metodi torakoskopija ali torakotomija.

Conclusions. Since the prognosis of DMPM is bad, for the confirmation of clinical suspicion both the cytology of pleural effusion together with histological examination of tissue obtained by blind needle biopsy should be used. When the diagnosis is to be confirmed quickly and reliably, the best procedures are thoracoscopy or thoracotomy.

Uvod

Diagnoza difuznega malignega pleuralnega mezotelioma (DMPM) sloni na dlje časa trajajočih topih bolečinah in težkem dihanju, rentgensko vidnem pleuralnem izlivu in/ali zadebelitvah, makro- in mikroskopskem videzu tumorskega tkiva, odsotnosti drugega primarnega tumorja ter hitrem umiranju bolnikov (1). Važen anamnestični podatek je izpostavljenost azbestu, ki je najpomembnejši vzročni dejavnik za nastanek DMPM (2). Ko bolniki pridejo prvokrat k zdravniku, so v dokaj dobrem splošnem stanju. Vodeči simptomi so bolečine, težko dihanje in suh

kašelj. Klinično najdemo zamolkline in oslABLJENO dihanje. Le redko najdemo betičaste prste in znake vraščanja tumorja v mediastinum (3).

Rentgenske metode, predvsem računalniška tomografija (CT), pokažejo pleuralni izliv ter zadebelitev plevre. Pod CT kontrolo je možno delati tudi punkcije (4).

Pri ugotavljanju omejenega pleuralnega izliva nam je v pomoč ultrazvočna preiskava (5).

Diagnozo moramo pri večini bolnikov potrjevati s histološkimi pregledi obilnih biopsijskih odvzemkov, dobljenih s slepo igelno biopsijo (6), torakoskopijo (7) ali torakotomijo (8).

Histološko ločimo epitelni, sarkomatozni in mešani – bifazni tip mezotelioma (9).

Ker še ni zanesljivega označevalca za mezoteliome, pridemo do histološke diagnoze z izključitvijo reaktivne hiperplazije mezotela ter razširitve in zasevkov žleznega raka iz pljuč ali od drugod v plevru. Zato so v različnih študijah uporabljali označevalce za citokeratine, vimentin, karcinoembrionalni antigen (CEA), za antigene iz maščobnih kapljic človeškega mleka (npr. označevalca HMFG-2 in E 29), označevalca B 72.3 za prikaz antigenov na žlezem raku (TAĞ-72 = tumor associated glycoprotein), za antigene krvnih skupin (Lewisove skupine – CA 19-9), apoprotein surfaktanta, sekretorni kos imunoglobulina A, glikoproteine, ki so specifični za nosečnost, placentalni laktogen, beljakovino S-100 itd. (10).

CEA se je izkazal kot edini označevalec, s katerim si trenutno lahko pomagamo pri razlikovanju epitelnega mezotelioma od žleznega raka. Dodatno s histokemičnimi metodami (alcian blue s hialuronidazo, PAS z diastazo) ugotavljamo v žlezem raku sluz oz. nevtralne mukopolisaharide, v večini mezoteliomov pa hialuronsko kislino in glikogen. Pri tem moramo upoštevati, da se v vseh vrstah žleznega raka ne pojavlja sluz, poleg tega je reakcija na CEA negativna, na drugi strani pa pri sicer redkih mezoteliomih najdemo pozitivno reakcijo na CEA in tudi dokažemo sluz oz. nevtralne mukopolisaharide, glikogena in hialuronske kisline pa tudi ni v vseh mezoteliomih (10–12). Poleg tega pa opozarjajo, da lahko dobimo pozitivno reakcijo na Leu 7 in NSE (nevronska specifična enolaza) tudi pri nekaterih mezoteliomih (13), kar nas lahko privede do napačne ocene, da gre za nevroendokrini tumor. V najnovejšem času opisujejo večje uspehe z nekaterimi protitelesi (K1), ki naj bi zanesljivo razlikovala mezoteliome od žleznega raka (14), z drugimi (protitelesa JSB-1 za prikaz P-170 glikoproteina) pa naj bi razlikovali normalen mezotel od celic malignega mezotelioma (15). Vendar pa bo čas pokazal pravo vrednost novih protiteles oz. označevalcev, saj so dosedanji po začetnem navdušenju večinoma razočarali.

Včasih je kršten pregled z elektronsko mikroskopijo, ki pokaže številne dolge in tanke mikrovile ter številna intermedijarna vlakna (6).

Seveda pa se nekateri avtorji sprašujejo, če je smiselno uporabljati agresivno in drago diagnostiko, ki bolniku povzroča neugodje ter možne komplikacije zato, da bi dokazali maligno bolezen, ki je danes ne znamo uspešno zdraviti. Sprašujejo se, ali ne bi bilo bolje malo počakati in ponavljati plevralne punkcije in igelne biopsije (16).

Namen študije

Želeli smo ugotoviti, katere preiskave so nam pomagale pri diagnozi DMPM pri naših bolnikih v zadnjih devetih letih. Ugotoviti smo želeli senzitivnost posameznih diagnostičnih metod. Zanimalo nas je, kako smo bolnike zdravili in kako dolgo so živeli.

Zanimalo nas je naše stališče pri izbiranju preiskav za diagnostično opredelitev te bolezni.

Material

Pregledali smo 44 bolnikov (31 moških in 13 žensk), ki so se od leta 1982 do leta 1990 zdravili v Univerzitetnem inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo zaradi DMPM. Povprečna starost je bila 54,9 leta (od 26 do 81 let). Bolezen je bila pri vseh bolnikih tudi histološko potrjena. Letno smo zdravili povprečno pet bolnikov.

Tab. 1. Senzitivnost preiskav, s katerimi smo potrdili diagnozo malignega plevralnega mezotelioma pri naših 44 bolnikih.

Tab. 1. Sensitivity of examinations with which the diagnosis of malignant pleural mesothelioma was confirmed in 44 patients.

Vrsta pregleda Type of examination	Senzitivnost preiskave Sensitivity of examination
Citološki pregled izliva Cytology of pleural effusion	12,5% (4 pozitivni od 32) (4 positive of 32)
Histološki pregled Histology	
Igelna biopsija plevre Pleural needle biopsy	59% (26 pozitivnih od 44) (26 positive of 44)
Torakoskopija Thoracoscopy	100% (10 pozitivnih od 10) (10 positive of 10)
Torakotomija Thoracotomy	100% (8 pozitivnih od 8) (8 positive of 8)
Obdukcija Forensic confirmation	100% (4 pozitivni od 4) (4 positive of 4)

Pri istem bolniku je bila diagnoza včasih potrjena na več načinov.

Tab. 2. Histološki tipi malignega mezotelioma plevre pri naših 44 bolnikih.

Tab. 2. Histological types of malignant pleural mesothelioma in 44 patients.

Histološki tip Histological type	Št. Number	%
Epitelijski Epithelial	30	68,2
Sarkomatozni Sarcomatous	4	9,1%
Mešani Mixed	7	15,9%
Neopredeljen Not specified	3	6,8%

Metode

Študija je bila retrospektivna. Iz dokumentacije smo povzeli podatke o bolnikih z diagnozo DMPM v letih od 1982 do 1990. Zbrali smo anamnestične podatke, podatke o rentgenskih, ultrazvočnih, CT preiskavah, citoloških in histoloških izvidih ter podatke o igelnih biopsijah, torakoskopijah, o načinih zdravljenja in preživetju.

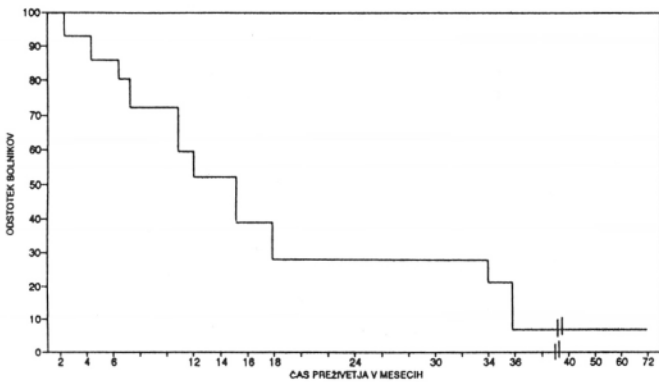
Igelno biopsijo smo delali z iglo po Ramelu (33 bolnikov) ter Hausserju (11 bolnikov).

Torakoskopske preiskave smo delali s torakoskopom Storz v splošni anesteziji do leta 1989. Od tedaj dalje smo torakoskopirali v lokalni anesteziji po premedikaciji s petidinom ali fentanilom in diazepamom.

Torakotomije so naredili na Univerzitetni torakalni kirurški kliniki v Ljubljani. Citostatsko in obsevalno zdravljenje so izvajali na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

Plevralni punktati smo centrifugirali z običajno laboratorijsko centrifugo in s citocentrifugo. Preparate sedimentov ter brisov smo barvali po May Grünwald Giemsi. Občasno smo uporabljali transmitsijsko elektronsko mikroskopijo.

Histološke preparate smo barvali s hematoksilin-eozinskim barvilom. Občasno smo uporabljali barvanja na sluz, glikogen, imunoperoksidazna barvanja na keratin, vimentin in karcinoembrionalni antigen in nekatere lektine ali elektronsko mikroskopijo.



Sl. 1. Čas od diagnoze do smrti pri naših 44 bolnikih z difuznim malignim pleuralnim mezoteliomom, zdravljenih od leta 1982 do leta 1990. Povprečni čas preživetja je bil 19,5 meseca (od 2 do 72 mesecev).

Fig. 1. Time interval between the diagnosis of disease and death in 44 patients with diffuse malignant pleural mesothelioma, treated in the period from 1982 to 1990. Average survival time was 19.5 months (range: 2 to 72 months).

Rezultati

Anamnestični podatek o izpostavljenosti azbestu smo našli samo pri 14 bolnikih. Čas izpostavljenosti je bil 15,8 leta (od 1,5 do 35 let). Bolniki so bili izpostavljeni vdihavanju azbestnih vlaken pri opravljanju svojega poklica: industrija cementnih izdelkov (9), delo v ladjedelnici (3), izolaterstvo (2).

Najpogostejša simptoma sta bila topa stalna bolečina v prsnem košu (37 bolnikov) ter dispneja (37 bolnikov). Zaradi kašlja se je pritoževalo 29 bolnikov. Pri vseh bolnikih je bil kašelj suh. Kar 16 bolnikov je že ob prvi diagnostični obdelavi tožilo, da imajo slab apetit in da so shujšali.

Začetek bolezni je bil pri vseh bolnikih neopazen, tako da so težko povedali, kdaj so zboleli. Do sprejema v bolnišnico je simptomatika povprečno trajala 3,5 meseca (od 14 dni do 6 mesecev).

Klinični izvid je bil v skladu s pleuralnim izlivom ali zadebelitvijo: zamolkline in oslabiljeno dihanje na prizadeti strani prsnega koša.

Rentgenska obdelava je pokazala pleuralni izliv (19 bolnikov), zadebelitev plevre (12 bolnikov) ter izliv in zadebelitev (9 bolnikov). Pri štirih bolnikih smo našli izliv in zrak in ta izvid je bil navzoč že pred diagnostičnimi posegi.

Pri 24 bolnikih je bila bolezen na desni strani (54,4%), pri 16 levo (36,4%), pri štirih bolnikih pa obojestransko (9%).

Ultrazvok smo pri desetih bolnikih uporabljali za ugotavljanje razširjenosti procesa ali kadar smo iskali najprimernejše mesto za pleuralno punkcijo. Za iste namene smo osemkrat uporabljali računalniško tomografijo. S tema metodama smo spremljali tudi napredovanje tumorja pod prepono (pri šestih bolnikih).

Pleuralni punktat je bil dvakrat močno viskozen kot med, desetkrat hemoragičen in dvajsetkrat serozen.

Citološko je bil pleuralni izliv pregledan pri 32 bolnikih. Pri sedmih bolnikih je bil citološki ugotovok pozitiven (4 mezoteliomi, 2 adenokarcinoma, 1 neopredeljen malignom), pri 14 pa sumljiv. V poštev je prihajala huda reaktivna hiperplazija mezotelnih celic, mezoteliom ali adenokarcinom.

Pri aspiracijskih punkcijah tumorja in brisu tkivnih biopsij (12 bolnikov) ni bilo najti malignih celic.

Igelno biopsijo z Ramelovo iglo smo delali pri pleuralnih izlivih, s Hausserjevo iglo pa pri zadebelitvah. V koščkih tkiva je histolog našel spremembe v skladu z diagnozo DMPM pri 26 bolnikih.

Torakoskopirali smo deset bolnikov. Pri treh je bila diagnoza preiskovalca difuzno vnetje plevre, pri sedmih pa smo videli malignomske vegetacije po parietalni plevri, pri treh tudi po visceralni plevri. Odvzeli smo 5 do 10 bioptičnih koščkov. Histolog je pri vseh desetih bolnikih ugotavljal DMPM.

Pri naših bolnikih je bila sedemkrat narejena odprta biopsija s pregledom pleuralnega prostora, pri enem bolniku tudi plevropneumonektomija. Histološka diagnoza pri vseh osmih bolnikih je bila DMPM.

Pri štirih bolnikih je šele obdukcija neizpodbitno potrdila DMPM.

Senzitivnost citoloških pregledov in histoloških pregledov posameznih odvzemkov prikazuje tabela 1.

Vse bolnike smo zdravili simptomatsko z analgetiki. Pri 14 bolnikih je bila narejena pleurodeza z drenažo in tetraciklini; pri sedmih bolnikih je bila uspešna. Pleurodezo smo napravili vsem bolnikom po torakoskopiji in tistim z masivnim, ponavljajočim izlivom. Obsevali smo osem bolnikov, eden je dobil poleg tega še citostatike (cisplatin, doxorubicin). Pri enem bolniku z epitelnim tipom DMPM je bila narejena plevropneumonektomija, nato obsevanje in citostatska kemoterapija (cyclophosphamide, doxorubicin). Pri njem je prišlo po operaciji do pleuralnega empiema. Narejena je bila torakostoma. Tumor je ponovno zrasel skozi stomo. Bolnik je živel 18 mesecev. Rast tumorja v steno smo opazovali pri dveh bolnikih po pleuralnih punkcijah, pri enem bolniku po odprti biopsiji.

Histološke tipe DMPM pri naših bolnikih prikazuje tabela 2. Preživetje je bilo pri vseh bolnikih ne glede na tip tumorja 19,5 meseca (od 2 do 72). Pet bolnikov je še živih. Preživetje je prikazano na sliki 1.

Razpravljanje

Pogostost DMPM v svetu raste (17), raste pa tudi pri nas. Na Golniku smo od leta 1959 do leta 1990 diagnosticirali 55 bolnikov s to boleznijo (18). Enajst bolnikov smo zdravili od leta 1959 do 1982 (0,5 na leto) in 44 v zadnjih devetih letih (5 bolnikov letno).

Starost naših bolnikov, skoraj 55 let, je taka, kot so jo opazovali tudi drugi avtorji: med 50 in 70 leti. Med našimi bolniki so prevladovali moški 2,4/1. Tudi drugi avtorji so opazovali, da pri DMPM prevladujejo moški. Več smo imeli DMPM na desni strani (54,5%), če pa zraven prištejemo še bolnike, ki so imeli obojestransko prizadetost (9%), je porazdelitev glede strani taka, kot v eni največjih zbirnih skupin 4181 bolnikov z DMPM (17). Gotovo je 3,5-mesečni interval od začetka simptomov do sprejema v bolnišnico prevelik, je pa razumljiv glede na postopen začetek bolezni. Podobno so opazovali pri svojih bolnikih tudi drugi (3).

Tudi topa stalna torakalna bolečina in težko dihanje, ki ga je spremljal suh kašelj, je običajna simptomatika teh bolnikov.

Le pri dveh bolnikih smo našli močno viskozen pleuralni punktat. Vsi naši bolniki so imeli eksudat. Viskoznost izliva je posledica visoke koncentracije hialuronske kisline (19). Tudi drugi avtorji niso opazovali prav pogosto hemoragičnega punktata: v 14 do 52% bolnikov (3, 20). Pri naših bolnikih je bil namreč punktat hemoragičen v 31%.

S citološkim pregledom pleuralnega izliva smo le pri 4 bolnikih naredili diagnozo DMPM (12,5%). Pri dveh bolnikih smo diagnosticirali adenokarcinom, pri enem pa neopredeljen malignom (9%); kar pri 14 bolnikih pa je bil citološki ugotovok sumljiv (44%). Iz citološke slike rutinsko obarvanih preparatov namreč nismo mogli ugotoviti, ali gre za mezoteliom, adenokarcinom ali le hudo reaktivno spremembo mezotelnih celic. Tako se naši

podatki skladajo s podatki v literaturi (6, 21), ki prav tako ugotavljajo, da je citološka diagnostika DMPM težka. Pogosto namreč ne moremo zanesljivo ugotoviti, ali so v izlivu navzoče nenormalne celice maligne ali ne. Če pa jih spoznamo za maligne, je največkrat samo na osnovi morfolologije celic težko ugotoviti, ali pripadajo DMPM ali adenokarcinomu. Zanesljiveje lahko celice identificiramo z uporabo elektronske mikroskopije in imunocitokemije. Zaradi težav pri identifikaciji celic DMPM je tudi senzitivnost citologije pri različnih avtorjih zelo različna in znaša od 0 do 64% (7).

Pleuralna igelna biopsija ima senzitivnost po različnih avtorjih med 6 in 73% (6, 20, 22). Senzitivnost pri naših bolnikih (59%) je prav pri vrhu uspešnosti te metode.

Torakoskopija sama je že makroskopsko omogočala diagnozo DMPM pri sedmih bolnikih, pri vseh desetih torakoskopiranih pa je histolog v obilnih tkivnih vzorcih napravil diagnozo DMPM. Zato se strinjamo z avtorji, ki menijo, da je takrat, kadar je treba napraviti diagnozo DMPM, metoda izbora torakoskopija (7). Ti avtorji so namreč sicer redkeje videli nespecifične makroskopske spremembe plevre (8%), vendar so torakoskopsko lahko potrdili s histologijo v 94% DMPM pri 157 bolnikih. Uspeh je izostal le, če biopsije niso mogli narediti. Poleg tega je torakoskopija pomembna v ocenjevanju razširjenosti tumorja in za plevrodezo (23).

Torakotomijo, kot končno diagnostično metodo, priporočajo predvsem ameriški avtorji (8). Ta res omogoča makroskopski pregled pleuralne votline in odvzem obilnega bioptičnega materiala, je pa zvezana z več zapleti kot torakoskopija (23). Spremlja jo velika pogostnost rasti tumorja v steno (24), kar smo opazovali pri dveh bolnikih po torakotomiji. Pri enem je prišlo do tega zapleta celo po obsevanju, ki naj bi preprečilo širjenje v steno prsnega koša (7). Smo pa opazovali širjenje tumorja v steno že po pleuralnih punkcijah, kar so ugotavljali tudi drugi avtorji (25). Pri štirih naših bolnikih je šele obdukcija potrdila DMPM. To možnost so omenjali tudi drugi avtorji (6). Le 23% bolnikov smo vzročno zdravili, kar odraža naš terapevtski nihilizem. Indikacija za obsevanje je bila torakalna bolečina, ki je z analgetiki nismo uspeli pomiriti. Kljub temu, da je 3/4 naših bolnikov dobivalo le simptomatsko zdravljenje, je bilo preživetje 19,5 meseca, kar je dlje kot preživetje bolnikov v veliki zbirni seriji bolnikov z DMPM, ne glede na histološki tip in stadij (17).

Morebiti je nekoliko daljše preživetje naših bolnikov z DMPM posledica visokega odstotka epitelnega tipa. Bolniki s tem tipom DMPM naj bi imeli nekoliko boljše prognozo (17, 26). Odstotek epitelnega tipa DMPM pri naših bolnikih je višji (68,2%) kot v omenjeni zbirni seriji, kjer so našli 50% epitelnega tipa DMPM. Podoben odstotek tega tipa (61,5%) pa so našli avtorji, ki so raziskovali DMPM v Sloveniji v letih 1970 do 1986 (27). Po podatkih, ki smo jih lahko zbrali, ni bilo mogoče ugotoviti anatomske razširitve bolezni in stadija (28), ki naj bi tudi imela velik vpliv na bolnikovo prognozo (7, 17).

Literatura

- Lajarte M, Cornet E, Corroller J et al. Étude clinique et professionnelle de 54 mésothéliomes pleuraux diffus. *Rev Fr Mal Respir* 1976; 4 (Suppl 2): 63-74.
- Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in North West Cape Province. *Br J Industr Med* 1960; 17: 260-71.
- Elmes PC, Simpson JC. The clinical aspects of mesothelioma. *Q J Med* 1976; 45: 427-49.
- Zerhouni EA, Fishman EK. Computed tomography and tissue sampling procedures. In: Wang KP ed. *Biopsy techniques in pulmonary disorders*. New York: Raven Press, 1989: 1-13.
- Pugatch RD, Spirn PW. Radiology of the pleura. In: Light RW ed. *Pleural diseases*. *Clin Chest Med* 1985; 6: 17-32.
- Whitaker DW, Shilkin KB. Diagnosis of pleural malignant mesothelioma in life - a practical approach. *J Pathol* 1984; 143: 146-75.
- Boutin C, Viallat JR, Aelony Y. Diffuse malignant mesothelioma. In: Boutin C, Viallat JR, Aelony Y. *Practical thoracoscopy*. Berlin etc.: Springer, 1991: 55-60.
- Antman KH, Corson JM. Benign and malignant pleural mesothelioma. In: Light RW ed. *Pleural diseases*. *Clin Chest Med* 1985; 6: 127-40.
- Rudd RM. Asbestos related disease. In: Brewis RAL, Gibson GJ, Geddes DM eds. *Respiratory medicine*. London etc.: Baillière Tindal, 1990: 1241-65.
- MacKay B, Lukeman JM, Ordóñez NG. Tumors of the lung. *Major Probl Pathol* 1991; 24: 322-64.
- Holden J, Chung A. Immunohistochemical staining for keratin and carcinoembryonic antigen in the diagnosis of malignant mesothelioma. *Am J Surg Pathol* 1984; 8: 277-9.
- Dewar A, Valente M, Ring NP, Corrin B. Pleural mesothelioma of epithelial type and pulmonary adenocarcinoma: An ultrastructural and cytochemical comparison. *J Pathol* 1987; 152: 309-16.
- Mayall FG, Gibbs AR. Histology and immunohistochemistry of small cell mesothelioma. *Histopathology* 1992; 20: 47-51.
- Chang K, Pai LH, Pass H et al. Monoclonal antibody K1 reacts with epithelial mesothelioma but not with lung adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 1992; 16: 259-68.
- Ramael M, Vandenbossche J, Buyse C et al. Immunoreactivity for P-170 glycoprotein in malignant mesothelioma and in non-neoplastic mesothelium of the pleura using the murine monoclonal antibody JSB-1. *J Pathol* 1992; 167: 5-8.
- Jay SJ. Diagnostic procedures for pleural disease. In: Light RW ed. *Pleural diseases*. *Clin Chest Med* 1985; 6: 33-48.
- Hillerdal G. Malignant mesothelioma 1982: review of 4710 published cases. *Br J Dis Chest* 1983; 77: 321-43.
- Debeljak A. Tumorji plevre. V: Debeljak A. *Bolezni plevre*. Skripta. Golnik: Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo, 1991: 41-7.
- Emont A, Touron P, Saugier B et al. Acide hyaluronique et épanchements pleuraux. Signification physiopathologique d'un dosage par la méthode turbidimétrique (à propos de 103 liquides pleuraux d'étiologies diverses). *Poumon Coeur* 1978; 34: 65-9.
- Edge JR, Choudhury SL. Malignant mesothelioma of the pleura in Barrow-in-Furness. *Thorax* 1978; 33: 26-30.
- Mermolja M, Prlja D. Citologija pleuralnih mezotelioma. *Pluć Bol Tuberc* 1980; 32: 89-94.
- Herbert A, Gallagher PJ. Interpretation of pleural biopsy specimens and aspirates with the immunoperoxidase technique. *Thorax* 1982; 37: 822-7.
- Boutin C. Thoracoscopy in malignant mesothelioma. *Pneumologie* 1989; 43: 61-5.
- Shearin JC, Jackson D. Malignant pleural mesothelioma. Report of 19 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1976; 71: 621-7.
- Dorward AJ, Stack BHR. Diffuse malignant pleural mesothelioma in Glasgow. *Br J Dis Chest* 1981; 75: 397-433.
- Law MR, Hodson ME, Heard BE. Malignant mesothelioma of the pleura: relation between histological type and clinical behaviour. *Thorax* 1982; 37: 810-5.
- Rott T, Ferluga D, Prlja D et al. Plevralni mezoteliomi. *Med Razgl* 1986; 25 (Suppl 4): 187-210.
- Butchart EG, Ashcroft T, Barnsley WC, Holden MP. Pleuropneumectomy in the management of diffuse malignant mesothelioma of the pleura. Experience with 29 patients. *Thorax* 1976; 31: 15-24.

Zahvala

Ker so občasno še vedno motili napačni, pred 30. leti zapisani, zaključki nekaterih naših medikohistorikov glede ustanovne letnice predhodnika SZD, je bilo treba zadevo razčistiti do kraja. Zato se podpisani v imenu

SZD zahvaljujem g. Petru Ribnikarju, dipl. zgodovinarju in arhivskemu svetniku Arhiva R Slovenije, da je to delo sprejel in ga vestno opravil. S tem je zadeva zaključena.

Bogdan Leskovic

Pregledni prispevek/Review article

PRISPEVEK K ZGODOVINI USTANOVITVE »SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA«

A CONTRIBUTION TO THE HISTORY OF THE FOUNDING OF THE »SLOVENE MEDICAL SOCIETY«

Peter Ribnikar

Arhiv Slovenije, Zvezdarska 1, 61000 Ljubljana

Prispelo 1993-03-01, sprejeto 1993-04-20, ZDRAV VESTN 1993; 62: 199–205

Ključne besede: Slovensko zdravniško društvo; Zdravniško bralno društvo; Zdravniško znanstveno in strokovno društvo; Kranjska; zgodovina

Key words: Slovene Medical Society; Medical Reading Association; Scientific and professional medical association; Carniola; history

Izvelec – Izhodišča. Zdravniško bralno društvo v Ljubljani, ustanovljeno 28. 10. 1861, je bilo prvo zdravniško znanstveno in strokovno društvo na Kranjskem. Priprave za njegovo ustanovitev so se po doslej znanih dokumentih začele 10. 6. 1861, prvi sestanek pripravljalnega odbora za ustanovitev Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani pa je bil 15. 6. 1861. Zdravniki dr. Alojz Valenta, dr. Friedrich Keesbacher in dr. Adolf Eisl so pripravili osnutek statuta, ki so ga 9. 7. 1861 poslali Deželno predsedstvu v Ljubljani v potrditev. Ta osnutek statuta je Deželno predsedstvo v Ljubljani poslalo Državnemu ministrstvu na Dunaju, ki je v soglasju s Policijskim ministrstvom na Dunaju pooblastilo Deželno predsedstvo v Ljubljani, da ga dokončno potrdi in s tem izda soglasje za ustanovitev Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani. 28. 10. 1861 je bil ustanovni sestanek Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, na katerem je bilo prisotno 42 zdravnikov in ranocelnikov s Kranjske. 18. 12. 1861 je bil občni zbor Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, ki je štelo 17 članov; na občnem zboru je bilo izvoljeno društveno vodstvo: predsednik dr. Konstantin Schrott, tajnik dr. Alojz Valenta in blagajnik ranocelnik Matevž Finc. Že kmalu po prvem občnem zboru je več zdravnikov in ranocelnikov s podeželskih mest na Kranjskem želelo pristopiti v Zdravniško bralno društvo v Ljubljani. Vodstvo društva je o tem razpravljalo na članskem sestanku 22. 9. 1862 in je sprejelo sklep, da se prošnjam zdravnikov in ranocelnikov s podeželja ugotovi, na izrednem sestanku društva 28. 10. 1862 pa je bilo sklenjeno, da je potrebno spremeniti določbe statuta in ime društva. Vodstvo društva je pripravilo spremembe statuta in jih poslalo Deželno predsedstvu v potrditev. Da je šlo le za spremembe statuta, nam potrjuje primerjava obeh besedil statuta. Deželno predsedstvo v Ljubljani je spremembe statuta potrdilo 4. 12. 1862, predsednik društva dr. Konstantin Schrott pa je za 22. 12. 1862 sklical občni zbor Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, ki je bil hkrati ustanovni sestanek Društva zdravnikov na Kranjskem, vodil ga je isti odbor, ki je bil na ustanovnem sestanku ponovno izvoljen. Na osnovi obranjenih dokumentov je ugotoviti, da Zdravniško bralno društvo v Ljubljani ni bilo niti prepovedano niti ukinjeno, temveč se je le preimenovalo v Društvo zdravnikov na Kranjskem, ki je svoj delokrog razširilo na ozemlje dežele Kranjske. Po razpadu avstro-ogrške monarhije

Abstract – Background. The Medical Reading Association, established on 28th October 1861, was the very first scientific and professional medical association in the province of Carniola. As we can learn from available documents, preparations for its creation started on 10th June 1861, and the first conference of the preliminary council was held on 15th June 1861. Doctors Alojz Valenta, Friedrich Keesbacher and Adolf Eisl prepared the draft statute, which was sent to the Provincial Presidium in Ljubljana for its approval on 9th July 1861. The Provincial Presidium sent this draft statute to the State Ministry in Vienna, which, in agreement with the Police Ministry in Vienna authorized the Provincial Presidium in Ljubljana to give the final approval and agreement for the founding of the Medical Reading Association in Ljubljana. On 28th October 1861 the founding conference of the Medical Reading Association took place in Ljubljana, where 42 doctors and surgeons from the province of Carniola were present. On 18th December 1861 a General meeting of the Medical Reading Association, which consisted of 17 members, was held in Ljubljana and at which the leadership of the association was elected: President: dr. Konstantin Schrott, secretary: dr. Alojz Valenta, and treasurer: surgeon Matevž Finc. Soon after the first general meeting more doctors and surgeons from the provincial towns of Carniola wanted to join the Medical Reading Association in Ljubljana. The leadership of the association discussed this matter at the conference of its members on 22nd September 1862 and decided to accept these requests. During the extraordinary conference of the association, held on 28th October 1862, it was accepted that the changes of statute regulations and the name of the association should be made. The leadership of the association had prepared changes of the statute and sent them to the Provincial Presidium in Ljubljana for their approval. A comparison of both texts shows that the old statute was complemented only. The Provincial Presidium in Ljubljana approved these changes on 4th December 1862. On 22nd December, President of Association, dr. Konstantin Schrott, convened the general meeting of the Medical Reading Association in Ljubljana. This was at the same time also the founding conference of the Association of Doctors in Carniola, presided by the same council, which was reelected at the founding conference. The preserved documents show that the

se je 2. 11. 1918 Društvo zdravnikov na Kranjskem preimenovalo v Slovensko zdravniško društvo, ki deluje še danes.

Zaključki. Zdravniško bralno društvo v Ljubljani in njegov naslednik Društvo zdravnikov na Kranjskem, v katerih so vidno vlogo imeli slovenski zdravniki, sta v svoji zgodovini imela vlogo povezovanja slovenskega zdravstva s srednjeevropskim zdravstvom. Več najuglednejših zdravnikov iz avstrijskih dežel, Češke in Nemčije je bilo izvoljeno za častne člane Društva zdravnikov na Kranjskem. Slovenski narod je po zaslugi Zdravniškega bralnega društva že leta 1861 sodeloval z uglednimi zdravniki na Dunaju in v Pragi, s predavanji, znanstvenimi razgovori pa je prenašala nova medicinska odkritja v splošno zdravniško prakso na Slovenskem ter postavilo strokovne temelje za napredek slovenske zdravstvene kulture.

Uvod

O ustanovitvi Slovenskega zdravniškega društva in še posebej o letnici njegove ustanovitve je bilo doslej objavljenih že več člankov, ki so povzročali nekaterim dvome o dejanski letnici njegove ustanovitve oziroma začetka njegovega delovanja. V pretežni meri so bili članki objavljeni v zvezi s praznovanjem določenih jubilejnih obletnic. Problem določitve letnice ustanovitve je nastal predvsem zaradi imena društva; leta 1861 je bilo ustanovljeno Zdravniško bralno društvo v Ljubljani, ki se je leta 1862 preimenovalo v Društvo zdravnikov na Kranjskem, po razpadu avstro-ogrske monarhije leta 1918 pa v Slovensko zdravniško društvo. Z ozirom na spremembe imena društva in na teritorialni obseg njegovega delovanja je v nekaterih zdravniških krogih prihajalo do neenotnih stališč glede izbora ustanovitvene letnice Slovenskega zdravniškega društva. Morda je bilo nekaj pomislekov tudi zaradi tega, ker je štiri desetletja po ustanovitvi društvo uradno poslovalo v nemščini in so ga zaradi tega dosledni, nacionalno slovensko opredeljeni zdravniki s pomisleki jemali za svojega. Določene pomisleke je vzbujalo tudi širjenje teritorija, saj je bilo Zdravniško bralno društvo omejeno na mesto Ljubljana, Društvo zdravnikov na Kranjskem na ozemlje bivše dežele Kranjske, Slovensko zdravniško društvo pa na ozemlje Slovenije v okviru nekdanje jugoslovanske države.

Zdravniško bralno društvo v Ljubljani je bilo ustanovljeno po potrditvi društvenega statuta in s konstituiranjem društva 28. oktobra 1861 (1). Priprave za ustanovitev društva so potekale že prej, točnih podatkov o tem, kdaj in na kakšen način je prišlo do ideje za ustanovitev zdravniškega društva, pa zaenkrat še nimamo. Najbolj verodostojni podatki o začetku priprav za ustanovitev društva so ohranjeni v arhivskem fondu Društva zdravnikov na Kranjskem (2), ki vsebuje najstarejše dopise in korespondenco, okrožnice, osnutke statotov, računovodsko dokumentacijo in druge spise, ki izpričujejo primarne podatke o delovanju društva. Poleg omenjenega pisnega gradiva pa nudi vpogled v zgodovino delovanja društva še spominska publikacija z naslovom »Festschrift des Vereines der Arzte in Krain« (3), ki je bila objavljena s strani vodstva društva ob 25. obletnici društvenega delovanja. Ta publikacija predstavlja zgodovinsko pričevanje, nekakšno sintezo delovanja društva in živih spominov ustanoviteljev društva od leta 1861 do 1886. Podatke iz te publika-

Medical Reading Association in Ljubljana was neither forbidden nor abolished, but only renamed into the Association of Doctors in Carniola, and extended its activities to the whole territory of the province of Carniola. On 2nd November 1918, after the desintegration of the Austro-Hungarian monarchy, the name of the Association of doctors in Carniola was changed to the Slovene Medical Society, which is preserved till now.

Conclusions. The Medical Reading Association in Ljubljana and its succesor, the Association of Doctors in Carniola, in which Slovene doctors played an important role, had the historical role in connecting the Slovene with the Central European medicine. Many the most distinguished doctors from the provinces of Austria, Bohemia, and Germany were elected honorary members of the Association of Doctors in Carniola. Already in 1861 Slovene nation had, due to the Medical Reading Association cooperated whith distinguished doctors in Vienna and Prague. With lectures and scientific sessions new medical discoveries were transferred to the common medical practice in Slovenia, and professional basis for the development of Slovene medical culture was created.

cije so uporabljali vsi pisci, ki so objavljali članke o zgodovini delovanja Slovenskega zdravniškega društva.

Kako je dejansko prišlo do ideje za ustanovitev društva in do angažiranja zdravnikov in ranocelnikov v Ljubljani, da so stekle aktivnosti za ustanovitev društva, zaenkrat še ni raziskano. Po vsej verjetnosti so se v Ljubljani živeči zdravniki in ranocelniki med seboj že dogovarjali o potrebi po ustanovitvi njihove strokovne organizacije. V Ljubljani je bilo v tem času kar nekaj promoviranih zdravnikov in ranocelnikov, ki so jih bremenili strokovni ter tudi stanovski problemi. Zdravniki, delujoči v Ljubljani, so končali svoje medicinske študije na različnih univerzah, kjer je bila koncentracija zdravnikov obsežnejša kot v Ljubljani. Zdravniki v Ljubljani so videli svoj napredek v svojem združenju, v katerem bi mogli pridobiti novih medicinskih znanj in si med seboj izmenjati delovne izkušnje. Ljubljana je v tem času na področju zdravstveno-sanitetne službe zaposlovala zdravnike slovenskega, nemškega in češkega porekla, sama služba pa je terjala čimboljši strokovni pristop k reševanju obstoječih nalog, katerih reševanje je bilo mogoče le z osvajanjem novih dognanj medicinske vede po svetu, posebej še zaradi tega, ker so razsajale epidemije. Po končani vojni v Italiji je bilo v Ljubljani na zdravljenju veliko ranjencev in vojaških invalidov. Zdravniki in ranocelniki, živeči v Ljubljani, so videli rešitev svojih stanovskih vprašanj v lastnem društvu, ki ga je bilo treba ustanoviti in se v njem povezati. Ustanovitev zdravniškega društva in vključevanje v društvo je bilo tudi v pomoč novodošlim zdravnikom v Ljubljano, da so se lahko hitreje vključili v ljubljansko okolje, ki je po odpravi Bachovega absolutizma postajalo vse bolj razgibano.

Na začetek delovanja zdravniškega društva v letu 1861 so opozorili že Društvo zdravnikov na Kranjskem v svoji publikaciji, izdani ob 25-letnici njegovega delovanja leta 1886, nadalje dr. Vladimir Rudež ob proslavi 50-letnice društva v članku »Zgodovina Društva zdravnikov na Kranjskem« (4) ter dr. Valentin Meršol ob proslavi 70-letnice delovanja društva v članku »Sedemdeset let Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani« (5). Tako kot se je vodstvo Društva zdravnikov na Kranjskem opredelilo leta 1886, tako sta se tudi dr. Rudež in dr. Meršol brez vsakega problema opredelila za leto 1861 kot letnico ustanovitve Slovenskega zdravniškega društva. Problem o sporni letnici 1861 je nastal po drugi svetovni vojni, ko so šele leta 1953 proslavljali 90-letnico ustanovitve Slovenskega zdravniškega društva. Takrat

je dr. Ivan Logar v svojem članku »Ob devetdesetletnici Društva zdravnikov na Kranjskem« (6) zapisal, da je 12. januarja 1953 poteklo 90 let, odkar je bila prva seja Društva zdravnikov na Kranjskem, Zdravniško bralno društvo, ustanovljeno leta 1861, pa da je bilo njegov predhodnik. Dr. Logar je v tem sestavku ločil obe društvi in ni upošteval zgodovinskega razvoja, saj je Zdravniško bralno društvo v Ljubljani povsem avtomatično prešlo v Društvo zdravnikov na Kranjskem, predhodnika Slovenskega zdravniškega društva. To stališče je pogojevalo zadržke o priznanju Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani kot začetka ustanovitve Slovenskega zdravniškega društva. Dr. Logar je deset let pozneje to stališče nekoliko korigiral v članku »Profili predsednikov Slovenskega zdravniškega društva« (7), v katerem je naveden seznam predsednikov Slovenskega zdravniškega društva in v njem navaja, da je bil dr. Konstantin Schrott, prvi predsednik Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, tudi prvi predsednik Slovenskega zdravniškega društva. S tem, da je bila proslava 100-letnice delovanja Slovenskega zdravniškega društva šele leta 1963, pa še zmeraj ni bila odpravljena zmotna o letnici njegove ustanovitve. O tej zmoti je leta 1963 pisal tudi dr. Drago Mušič, ki v svojem članku navaja, da je doba 100 let ob praznovanju pravzaprav že prekoračena. Formalno rojstvo društva je 28. oktober 1861, ko je bil ustanovni sestanek Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani (8). S tem se je dr. Mušič jasno opredelil, da mora Slovensko zdravniško društvo šteti leto 1861 kot letnico ustanovitve svojega društva. Enako stališče je zavzel tudi dr. Franjo Smerdu v članku »Sto let Slovenskega zdravniškega društva« (9). V njem navaja, da je bil prvi sestanek 15. januarja 1861 v učilnici stare porodnišnice na Dunajski cesti, kar pa ne drži, saj je bil prvi sestanek priprav za ustanovitev društva 15. junija 1861 (10), sklicala pa sta ga dr. Franc Fux in dr. Alojz Valenta s posebno okrožnico z dne 10. junija 1861, s katero sta povabila vse v Ljubljani živeče zdravnike in ranocelnike na razgovor o ustanovitvi društva. Nadalje piše dr. Smerdu po ljubljanskih »Novicah«, da je bila že na ustanovnem sestanku Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani izražena želja po pridružitvi zdravnikov tudi z dežele, za kar pa sta bila potrebna nov statut in nova potrditev društva. Zato so leto dni po ustanovitvi Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani na svojem občnem zboru dne 22. decembra 1862 preimenovali društvo po vseh opravljenih formalnostih v Društvo zdravnikov na Kranjskem. S tem se je tudi dr. Franjo Smerdu opredelil za leto 1861 za začetek delovanja Slovenskega zdravniškega društva.

Na občnem zboru Slovenskega zdravniškega društva v Kopru od 13.–14. maja 1971 je tedanji predsednik Slovenskega zdravniškega društva dr. Anton Dolenc (11) v svojem govoru posebej opozoril na praznovanje 110-letnice obstoja Slovenskega zdravniškega društva in je postavil leto 1861 za začetek delovanja Slovenskega zdravniškega društva. S tem naj bi bilo dokončno rešeno vprašanje datuma začetka delovanja Slovenskega zdravniškega društva.

Po letu 1971 je Slovensko zdravniško društvo začelo tudi oštevilčevati svoje redne občne zборе, po letu 1980 imenovane letne skupščine. Občne zборе je društvo začelo šteti od leta 1861 dalje. Zaradi druge svetovne vojne sta odpadla redna občna zborna v letu 1943 in 1944, zaradi česar je prišlo do neskladja med letnico delovanja društva in številom občnih zborov za dve leti in nepoznavanje teh okoliščin povzroča pomote pri praznovanju obeh obletnic. To se je tudi odrazilo pri praznovanju 125-letnice društvenega delovanja, ki jo je Slovensko zdravniško društvo praznovalo ob 7. kongresu slovenskih zdravnikov leta 1988. V uvodniku 12. številke Zdravstvenih vestnik za leto 1986 je dr. Bogdan Leskovic (12) pravilno napovedal 125-letnico delovanja slovenskega zdravniškega društva, hkrati pa je tudi napovedal, da se bo to obletnico praznovalo leta 1988 na 7. kongresu

slovenskih zdravnikov, to je z dveletno zamudo. Da v bodoče ne bi prihajalo do zamud pri praznovanju obeh obletnic, bo treba ločeno praznovati oba jubileja Slovenskega zdravniškega društva.

Slovensko zdravniško društvo je imelo prvotni naziv Zdravniško bralno društvo v Ljubljani. Ime društva je verjetno nastalo po naključju, ko so v tem času po obnovi ustavnega življenja začeli na Slovenskem ustanavljati kulturna društva z naslovom »Čitalnica«. Verjetno je prav čitalniško gibanje vzpodbudilo dr. Dragotina Vesela k odločitvi, da je podaril nastajajočemu društvu zdravnikov, ki mu je bil tudi pobudnik, del svoje strokovne biblioteke in da je s tem dal temelj za ustanovitev društvene biblioteke (13), kar tudi kaže na to, da je bilo društvo od vsega začetka strogo znanstveno-strokovnega in stanovskega značaja.

Ustanovitev Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani

Potek dogodkov o pripravah za ustanovitev Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani je v glavnem že opisan v že omenjeni spominski publikaciji iz leta 1886, kakor tudi v drugih člankih, ki so bili kasneje objavljeni ob praznovanju jubilejev. Nihče od že omenjenih piscev člankov o zgodovini Slovenskega zdravniškega društva doslej ni omenjal nekaterih dejstev in osebnosti, ki so zelo pomembne za razsvetlitev zgodovine prvih let delovanja Slovenskega zdravniškega društva. Predvsem gre tu za imena oseb, ki so bile povabljene k ustanavljanju društva, imena članov društva, dejstva o pripravi in izdelavi društvenega statuta, o postopku za odobritev statuta ter tudi o udeležencih, ki so bili prisotni na ustanovnem zboru 28. oktobra 1861.

Z arhivskimi dokumenti je dokumentirano, da sta bila dr. Valenta in dr. Fux z okrožnico z dne 10. junija 1861 (14) povabila vse v Ljubljani živeče zdravnike in ranocelnike na sestanek, na katerem se bodo dogovorili o ustanovitvi Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani. V okrožnici sta med drugim tudi navedla, da zdravniška bralna društva že obstajajo v večini glavnih mest posameznih dežel, kar pa ni ustrezalo resnici. Resnično sta leta 1861 obstajali le zdravniški društvi na Dunaju in v Pragi in je Ljubljana kot tretje mesto v monarhiji že leta 1861 dobilo svoje Zdravniško bralno društvo (15); Gradec, kjer je že dolgo časa delovala univerza, je dobil zdravniško društvo šele konec leta 1862 (16). Dr. Valenta in dr. Fux sta verjetno to zapisala zaradi tega, da bi se posamezniki hitreje odločali za ustanovitev društva.

Prvi sestanek ljubljanskih zdravnikov in ranocelnikov je bil 15. junija 1861 (17) ob tretji uri popoldne v predavalnici porodnišnice v Ljubljani. Okrožnico je takrat podpisalo 16 zdravnikov in 12 ranocelnikov, in sicer: dr. Janez Bleiweis, dr. Karl Bleiweis, dr. Edvard Colloretto, dr. Adolf Eisl, dr. Franc Fux, dr. Viljem Kovač, dr. Friedrich Keesbacher, dr. Alojz Hollub, dr. Andrej Mader, dr. Franc Skedl, dr. Emil vitez pl. Stöckl, dr. Franc Schiffer, dr. Alojz Valenta, dr. Karel Vesel, dr. Josip Vošnjak, dr. Janez Čuber, magister Anton Melzer, Josip Kos, Luka Ehrwerth, Matevž Finc, Andrej Gregorič, Franc Jurečič, Franc Malavašič, Sebastijan Rogl, Janez Tomic, Franc Ves, Anton Vukotič in Ferdinand Cepuder (18). Izmed podpisnikov okrožnice je odklonil sodelovanje le magister Anton Melzer z utemeljitvijo, da je prestar; od ostalih podpisnikov okrožnice pa v nadaljnjih pripravah za ustanovitev društva niso več sodelovali: dr. Edvard Colloretto, dr. Alojz Hollub, dr. Josip Vošnjak, dr. Janez Čuber ter ranocelniki Josip Kos, Franc Jurečič, Franc Malavašič, Sebastijan Rogl, Janez Tomic, Franc Ves in Anton Vukotič.

Osnutek statuta Zdravniškega bralnega društva so pripravili: dr.

Alojz Valenta, dr. Friedrich Keesbacher in dr. Adolf Eisl. Prvi osnutek je bil pripravljen 2. julija 1861 (19). Imel je 5 poglavij in 20 členov. Poglavja so se glasila: Namen društva (člena 1, 2), Članstvo (členi 3, 4, 5, 6, 7, 8), Vodenje društva (členi 9, 10, 11, 12), Društveni prostor – biblioteka (členi 13, 14, 15, 16), Občni zbor, članstvo društva (členi 17, 18, 19, 20). V razpravi o tem osnutku statuta so bili sprejeti popravki in dopolnila ter nekaj sprememb v poglavjih.

Izdelan je bil nov osnutek statuta, ki je obsegal 22 členov (20). Spremembe in dopolnitve so bile najboljše v poglavju Članstvo in v petem poglavju, ki se je po novem glasilo »Sestanek članov društva«, v katerem sta bila dodana dva nova člena: novi člen 19, ki se je nanašal na glasovanje pri sprejemanju društvenih sklepov, in člen 22, ki je urejal reševanje medsebojnih sporov med člani društva. Čistopis drugega osnutka statuta je bil pripravljen do 9. julija 1861, ko so ga dr. Valenta, dr. Keesbacher in dr. Eisl skupaj s spremnim dopisom poslali Deželnemu predsedstvu v Ljubljani (21) v potrditev. V spremnem dopisu so podpisniki posebej poudarili potrebo po ustanovitvi društva, ki bo skrbelo za znanstveno izobraževanje članstva in za skrb zdravniškega stanu. Deželno predsedstvo v Ljubljani je dopis registriralo 17. julija pod tekočo številko 479. Ker si deželno predsedstvo v Ljubljani ni usodilo potrditi predloženega osnutka statuta, ga je odstopilo v rešitev Državnemu ministrstvu na Dunaju in ga zaprosilo, da ga potrdi. Državno ministrstvo na Dunaju je v soglasju s Policijskim ministrstvom 29. septembra 1861 (22) dalo soglasje za potrditev statuta in je pooblastilo Deželno predsedstvo v Ljubljani, da v okviru svojih pristojnosti potrdi statut Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani in da izda dovoljenje za ustanovitev društva. Na osnovi tega pooblastila je Deželno predsedstvo v Ljubljani 5. oktobra 1861 (23) s posebno odredbo ugodno rešilo vlogo večine ljubljanskih zdravnikov in ranocelnikov z dne 9. julija 1861, da so lahko ustanovili Zdravniško bralno društvo v Ljubljani. V odredbi je bilo še posebej naročeno, da se mora 22. člen statuta dopolniti z besedami »ki nastajajo iz društvenih odnosov« in da je treba en izvod statuta dati v vednost tudi Policijski direkciji v Ljubljani. Deželno predsedstvo je to odredbo poslalo dr. Valenti, glavnemu organizatorju za ustanovitev Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani. Na osnovi 9. člena potrjenega statuta je bil 28. oktobra 1861 (24) ustanovni sestanek Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani. Kdo je bil sklicatelj in organizator ustanovnega sestanka, iz ohranjenih dokumentov ni razvidno, po vsej verjetnosti pa je bil to dr. Valenta. Na ustanovnem sestanku je bilo izvoljeno društveno vodstvo: predsednik dr. Konstantin Schrott, tajnik dr. Alojz Valenta in blagajnik Matevž Finc. O izvolitvi tega društvenega vodstva je poročal dr. Valenta 30. oktobra Deželnemu predsedstvu v Ljubljani (25). Udeležba zdravnikov in ranocelnikov na ustanovnem sestanku 28. oktobra je bila izredno velika, kar dokazuje ohranjena spominska diploma (26), ki jo je ob tej priliki podpisalo 42 prisotnih zdravnikov in ranocelnikov iz Ljubljane in drugih krajev na Kranjskem ter iz vrst vojaških zdravnikov iz Ljubljane. Na diplomu so se prisotni lastnoročno podpisali, mnogi izmed podpisnikov pa so tudi pripisali svoj uradni naziv, izvoljeni člani odbora pa tudi funkcijo, ki so jo imeli po izvolitvi. Pri podpisu dr. Andriolija je še dopisano »II. predsednik«, kar je bilo po vsej verjetnosti naknadno pripisano leta 1863, ko je bil dr. Andrioli izvoljen za predsednika društva namesto dr. Schrotta, ko je bil le-ta premeščen v Trst. Podpisi udeležencev ustanovnega sestanka so razvrščeni v sedem stolpcev na spodnjem delu spominske diplome v naslednjem zaporedju: dr. Konst(antin) Schrott, zdravstveni svetnik, predsednik, prof. dr. J(anez) Bleiweis, prof. dr. Fr(anc) Schiffer, dr. Franc Skedl, Andrej Gregorič, dr. Andrioli, II. predsednik, dr. Ign(ac) Mally, Braun mag. med. can., vojaški zdravnik, prof. dr. (Alojz)

Valenta, tajnik, dr. (Franc) Fux, zdravnik primarij, dr. (Janez) Mader, sekundarij, ranocelnik, dr. Dragotin Bleiweis, dr. (Andrej) Schwegel, Jožef Scheibl, okrajni ranocelnik, (Nikolaj) Sever, ranocelnik, dr. Emil Bock, vojaški zdravnik, Matevž Finc, blagajnik, dr. F(riedrich) Keesbacher, praktični zdravnik, dr. Sock, dr. M(artin) Razpet, dr. Dolar, dr. Haas, vojaški zdravnik, dr. Siegl, vojaški zdravnik, dr. Bardasch, vojaški zdravnik, Luka Ehrwerth, dr. (Andrej) Gregorič, asistent, Franc pl. Beck, okrajni ranocelnik, dr. (Emil) Stöckl vitez pl., dr. Bučar, dr. Vil(jem) Kovač, Wolfg(ang) Nachtnebel, dr. Moriz Gauster, okrajni fizik, Alojz Blažek, dr. Fl(orian) Frölich, dr. Adolf Eisl, dr. Jožef Kapler, Fr(anc) Ves, Jan(ez) Tomic, mag. kirurgije, (Jakob) Lukan, asistent planinske kompanije, F(erdinand) Cepuder, okrajni ranocelnik, (Franc) Stepan, ranocelnik, dr. J(anez) K(rstnik) Vilas, vojaški zdravnik (27).

Ta seznam podpisnikov spominske diplome izpričuje, da je bilo 19 podpisnikov iz Ljubljane, 10 izven Ljubljane, 9 podpisnikov je bilo iz vojaških vrst, za 4 podpisnike pa ni mogoče ugotoviti njihovega krajevnega porekla. Nadalje je razvidno, da na ustanovnem sestanku društva ni bilo dr. Edvarda Colloretta, dr. Alojza Holluba, dr. Josipa Vošnjaka, dr. Janeza Čubra ter ranocelnikov Jožefa Kosa, Franca Jurečiča, Franca Malavašiča, Sebastijana Rogla in Antona Vukotiča, ki so bili podpisniki okrožnice za prvi pripravljalni sestanek za ustanovitev zdravniškega društva.

15. decembra 1861 (28) je predsednik društva dr. Schrott sklical občni zbor, ki je bil 18. decembra 1861. Vabilo za občni zbor so podpisali: dr. Valenta, Finc, dr. Eisl, dr. Janez Bleiweis, dr. Karl Bleiweis, dr. Fux, dr. Kovač, Ehrwerth, dr. Skedl, Ves, dr. Keesbacher, dr. Schiffer, dr. Stöckl in Gregorič (29). Za občni zbor je blagajnik društva Matevž Finc pripravil finančno poročilo z razvidom dohodkov in izdatkov društva do 17. decembra 1861 (30). Iz njega je razvidno, da je do občnega zbora društvo imelo 17 članov, in sicer: dr. Janez Bleiweis, dr. Karl Bleiweis, dr. Adolf Eisl, dr. Franc Fux, dr. Friedrich Keesbacher, dr. Viljem Kovač, dr. Franc Schiffer, dr. Franc Skedl, mag. Luka Ehrwerth, Franc Ves, Ferdinand Cepuder, dr. Alojz Valenta, Matevž Finc, dr. Emil vitez pl. Stöckl, dr. Konstantin Schrott, Janez Tomic in Andrej Gregorič. Dr. Janez Mader je pristopil v društvo v januarju 1862 in je ob pristopu poravnal članarino tudi za leto 1861. V letu 1862 se število članstva ni spremenilo, sredi leta 1863 (31) pa je društvo imelo že 34 članov. V tem času so namreč v društvo vstopili zdravniki in ranocelniki iz ostalih krajev na Kranjskem ter nekateri vojaški zdravniki.

V prvem letu svojega delovanja je imelo Zdravniško bralno društvo društvene sestanke 26. marca 1862 (32) z nadaljevanjem 29. marca 1862 (33), 16. junija 1862 (34) in 22. septembra 1862 (35). Na njih je bilo 15 predavanj z razgovori. Predavanja so imeli člani društva; le 22. septembra je predaval nečlan društva dr. Moriz Gauster, okrajni fizik iz Kamnika, ki je predaval o epidemijah na Kranjskem v letu 1861. Na sestankih so razpravljali tudi o društvenih zadevah. Na sestanku 22. septembra 1862 (36) so razpravljali o željah več zdravnikov in ranocelnikov s podeželja, da bi radi pristopili v društvo. V zvezi s tem so sprejeli sklep, da se skliče za 28. oktober 1862 (37) izredni sestanek društva (točno na obletnico ustanovnega sestanka), na katerem so sklenili, naj se spremeni ime društva v Društvo zdravnikov na Kranjskem. Za spremembo imena je bilo treba spremeniti tudi statut. Po mnenju društvenega odbora so bile izvedene le malenkostne spremembe statuta, ki ga je vodstvo društva 20. novembra 1862 (38) poslalo Deželnemu predsedstvu v Ljubljani v odobritev.

Prevod besedila obeh statutov izpričuje, da gre poleg spremembe imena društva predvsem za izboljšavo določil za delovanje Društva zdravnikov na Kranjskem.

STATUT ZDRAVNIŠKEGA
BRALNEGA DRUŠTVA
V LJUBLJANISTATUT DRUŠTVA ZDRAV-
NIKOV NA KRANJSKEM

Namen društva

1. člen

Namen društva je znanstven. Z njim se mora dati članom možnost branja pristnih strokovnih časopisov in časnikov ter s tem prispevati k nameravani ustanovitvi društvene biblioteke. Obenem se bo začelo prirejanje občasnih sestankov članstva, z medsebojno izmenjavo idej in praktičnih izkušenj se bo pospeševalo zdravniško znanje nasploh.

2. člen

V ta namen bo društvo:

a) Omogočalo pridobiti društvenim članom po določenem vrstnem redu primerno število strokovnih časopisov in časnikov, deloma s posojjo, deloma z darovi, deloma z nakupi iz društvene blagajne in jih, razen izposojenih, do preteka roka za branje, hraniti do nadaljnje uporabe v društvenem prostoru.

b) Društvena biblioteka se bo osnovala in vzdrževala, deloma s prostovoljnimi darovi časnikov in knjig, deloma s časopisi in deli, kupljenimi iz društvene blagajne.

c) Na občasnih sestankih članstva se bo v društvenem prostoru prirejalo znanstvene razgovore in predavanja.

Člani

3. člen

Društvo sestavljajo izključno pravi člani.

4. člen

Član more predhodno postati vsak v Ljubljani bivajoči zdravnik ali ranocelnik. Sprejem v društvo se izvrši po pisni prijavi prijavitelja predsedniku društva. Vsak član mora poleg pristopnine v znesku 2 goldinarja avstrijske veljave plačati še letno članarino 5 goldinarjev avstrijske veljave.

5. člen

Vsak član mora plačati letno članarino v naprej v dveh polletnih obrokih.

Namen društva

1. člen

Namen društva je znanstven. Z njim se mora dati članom možnost branja pristnih strokovnih časopisov in časnikov ter s tem prispevati k nameravani ustanovitvi društvene biblioteke. Obenem se bo začelo prirejanje občasnih sestankov članstva, z medsebojno izmenjavo idej in praktičnih izkušenj se bo pospeševalo zdravniško znanje nasploh.

2. člen

V ta namen bo društvo:

a) Omogočalo pridobiti društvenim članom po določenem vrstnem redu primerno število strokovnih časopisov in časnikov, deloma s posojjo, deloma z darovi, deloma z nakupi iz društvene blagajne in jih, razen izposojenih, do preteka roka za branje, hraniti do nadaljnje uporabe v društvenem prostoru.

b) Društvena biblioteka se bo osnovala in vzdrževala, deloma s prostovoljnimi darovi časnikov in knjig, deloma s časopisi in deli, kupljenimi iz društvene blagajne.

c) Na občasnih sestankih članstva se bo v društvenem prostoru prirejalo znanstvene razgovore in predavanja.

Člani

3. člen

Društvo sestavljajo častni člani, pravi člani in zunanji člani.

4. člen

Za častnega člana morejo biti izvoljeni na predlog pravega člana na letnem občnem zboru možje, zelo zaslužni za pospeševanje zdravstva in prirodoznanstva nasploh.

5. člen

Pravi član more postati vsak na Kranjskem bivajoči zdravnik ali ranocelnik. Sprejem v društvo se izvrši po pisni prijavi

prijavitelja predsedniku društva. Vsak član mora plačati pristopnino 2 goldinarja avstrijske veljave za diplomu in letno članarino, ki znaša za v Ljubljani stanujoče člane 6 goldinarjev in za izven Ljubljane stanujoče člane 4 goldinarje avstrijske veljave in se vedno plača v naprej v polletnih obrokih.

6. člen

Za zunanje člane se štejejo tisti, ki imajo svoje bivališče izven Kranjske in pripadajo društvu kot pravi člani. Zunanji člani nimajo nobenih obveznosti do društva; nasprotno, imajo pravico, da njihove poslane rokopise predavanj prečita eden od članov društva.

7. člen

Vsakemu članu je omogočeno izstopiti iz društva, nima pa nobene pravice za povrnitev že plačane ali morebitne odveze plačila še neplačane polletne članarine. Izstop iz društva se mora prijaviti predsedniku društva pisno 3 mesece poprej.

8. člen

Vsi člani brez razlike uživajo pravico:

a) določen čas uporabljati časopise in knjige, ki so v obtoku ali se nahajajo v društveni biblioteki; dolžni so nadomestiti po svoji krivdi izgubljene ter časopise in knjige, ki so postale neuporabne;

b) sodelovati na sestankih društva, postavljati predloge, imeti predavanja, sodelovati pri razgovorih in se udeležiti glasovanja.

Vodstvo društva

9. člen

Za vodenje društva, za zastopanje svojih pravic navzven in za izvajanje društvenih sklepov se na občnem zboru iz svoje srede z absolutno večino glasov izvolijo: predsednik, tajnik in blagajnik.

10. člen

Predsednik ima vrhovni nadzor nad celotnim poslovanjem, sklicuje in vodi sestanke, v primeru zadržanosti ga nadomešča zapisnikar.

6. člen

Vsakemu članu je omogočeno izstopiti iz društva, nima pa nobene pravice za povrnitev že plačane ali morebitne odveze plačila še neplačane polletne članarine. Izstop iz društva se mora prijaviti predsedniku društva pisno 3 mesece poprej.

7. člen

Vsak član je dolžan nadomestiti po svoji krivdi izgubljene ter časopise in knjige, ki so postale neuporabne.

8. člen

Vsi člani brez razlike uživajo pravico:

a) določen čas uporabljati časopise in knjige, ki so v obtoku ali se nahajajo v društveni blagajni.

b) sodelovati na sestankih društva, postavljati predloge, imeti predavanja, sodelovati pri razgovorih in se udeležiti glasovanja.

Vodstvo društva

9. člen

Za vodenje društva, za zastopanje svojih pravic navzven in za izvajanje društvenih sklepov se na občnem zboru iz svoje srede z absolutno večino glasov izvolijo: predsednik, tajnik in blagajnik.

10. člen

Predsednik ima vrhovni nadzor nad celotnim poslovanjem, sklicuje in vodi sestanke, v primeru zadržanosti ga nadomešča tajnik.

11. člen
Tajnik vodi tekoče posle in skrbi za pravilen razvoj. Pripada mu naročanje in pravilno izdajanje časnikov, vračanje izposojenih časopisov lastnikom in za pravilno hranjenje in vzdrževanje društvenih časopisov in knjig društveni biblioteki. Voditi mora glavni katalog po tekočih številkah in popis izposoje.
12. člen
Blagajnik društva skrbi za pravilno pobiranje pristopnine in letne članarine, kot tudi za plačevanje vseh izdatkov društva po navodilih tajnika. Točno mora voditi dnevnik dohodkov in izdatkov, na občnem zboru na koncu poslovnega leta mora predložiti letni obračun in predlog proračuna za naslednje leto.
13. člen
V društvenem prostoru se urejajo časniki in knjige, določene za razdelitev, in se jih v njem hrani po uporabi.
14. člen
Proti pisnemu potrdilu o prejemu se more izposoditi posamezne časopise in knjige za čas 14 dni. O izposojenih delih in o izposojevalcih se vodi točen popis.
15. člen
Darove, ki so jih dali člani društva, kakor tudi časopise in knjige, kupljene iz društvene blagajne, se mora zvezati in zaznamovati z društvenim žigom.
16. člen
Imena tistih, ki so prispevali za razvoj društva, deloma z izrednimi denarnimi prispevki, deloma z darovi časnikov in knjig, se vpiše v posebno spominsko knjigo društva.
- Sestanek članov društva
17. člen
Članski sestanek se priredi vsako četrletje z namenom znanstvenih razgovorov; zadnji sestanek, ki se vrši v mesecu decembru, je določen kot občni zbor. Predsednik za to določi
11. člen
Zapisnikar vodi tekoče posle in skrbi za pravilen razvoj. Pripada mu naročanje in pravilno izdajanje časnikov, vračanje izposojenih časopisov lastnikom in za pravilno hranjenje in vzdrževanje društvenih časopisov in knjig društveni biblioteki. Voditi mora glavni katalog po tekočih številkah in popis izposoje.
12. člen
Blagajnik društva skrbi za pravilno pobiranje pristopnine in letne članarine, kot tudi za plačevanje vseh izdatkov društva po navodilih zapisnikarja. Točno mora voditi dnevnik dohodkov in izdatkov, na občnem zboru na koncu poslovnega leta mora predložiti letni obračun in predlog proračuna za naslednje leto.
13. člen
V društvenem prostoru se urejajo časniki in knjige, določene za razdelitev, in se jih v njem hrani po uporabi.
14. člen
Proti pisnemu potrdilu o prejemu se more izposoditi posamezne časopise in knjige za čas 14 dni. O izposojenih delih in o izposojevalcih se vodi točen popis.
15. člen
Darove, ki so jih dali člani društva, kakor tudi časopise in knjige, kupljene iz društvene blagajne, se mora zvezati in zaznamovati z društvenim žigom.
16. člen
Imena častnih članov in tistih, ki so prispevali za razvoj društva, deloma z izrednimi denarnimi prispevki, deloma z darovi časnikov in knjig, se vpiše v posebno spominsko knjigo društva.
- Sestanek članov društva
17. člen
Članski sestanek društva, namenjen znanstvenim razgovorom, se vrši praviloma vsako četrletje. Vodstvu društva pripada pravica, da razen teh rednih sestankov skliče tudi druge
- dan in ga vselej objavi z okrožnico.
18. člen
Na občnem zboru se članom društva da v vednost poslovno poročilo, računski obračun in proračun za naslednje leto. Temu sestanku je izključno pridržano sklepanje o morebitnih spremembah, o statutu ter o razpustu društva.
19. člen
Pri vseh glasovanjih se za sklepanje zahteva najmanj 5 članov, pri tem se odloča z relativno večino glasov.
20. člen
V primeru razpustitve društva pripade društvena biblioteka Splošni bolnišnici v Ljubljani. Če bi v času razpustitve obstajalo medicinsko ali kirurško učilišče, se mu izroči to bibliotečno premoženje.
21. člen
O nadaljnjem odločanju o ostalem premoženju, ki se nahaja ob razpustu pri društvu, odloča občni zbor; v tem primeru mora biti navzoča polovica članstva, ki odloča z absolutno večino glasov.
22. člen
Medsebojni spori članov društva, ki nastajajo iz društvenih odnosov, se rešujejo na članskih sestankih društva; na predlog predsednika se odloča z relativno večino glasov.
- Navedeni osnutek statuta je bil izdelan 9. julija 1861, potrjen pa 5. oktobra 1861 (39).
- Deželno predsedstvo v Ljubljani je ugotovilo, da se poleg imena društva spremembe v statutu nanašajo še na člene 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17 in 22 (41). Soglasje na spremembo statuta je Deželno predsedstvo v Ljubljani dalo 4. decembra 1862 (42), predsednik društva dr. Schrott pa je sklical za 22. december 1862 (43) občni zbor Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, ki je bil hkrati tudi ustanovni sestanek Društva zdravnikov na Kranjskem. Dnevni red občnega zbora Zdravniškega bralnega društva je obsegal 10 točk (44), od teh so bile prve tri točke: Letno poročilo in zapisnik, finančno poročilo, tretja točka pa je bila konstituiranje novega društva z volitvami članov društvenega vodstva. V društveno vodstvo so bili ponovno izvoljeni: predsednik dr. Konstantin Schrott, tajnik dr. Alojz Valenta in blagajnik Matevž
- z enakim namenom. Zadnji sestanek, ki se vrši v mesecu decembru, se določi za občni zbor.
18. člen
Na občnem zboru se članom društva da v vednost poslovno poročilo, računski obračun in proračun za naslednje leto. Temu sestanku je izključno pridržano sklepanje o morebitnih spremembah, o statutu ter o razpustu društva.
19. člen
Pri vseh glasovanjih se za sklepanje zahteva najmanj 7 članov, pri tem se odloča z absolutno večino glasov.
20. člen
V primeru razpustitve društva pripade društvena biblioteka Splošni bolnišnici v Ljubljani. Če bi v času razpustitve obstajalo medicinsko ali kirurško učilišče v Ljubljani, se mu izroči biblioteka v last.
21. člen
O nadaljnjem odločanju o ostalem premoženju, ki se nahaja ob razpustu pri društvu, odloča občni zbor; v tem primeru mora biti navzoča polovica članstva, ki odloča z absolutno večino glasov.
22. člen
Medsebojni spori članov društva, ki nastajajo iz društvenih odnosov, se rešujejo na članskih sestankih društva; na predlog predsednika se odloča z absolutno večino glasov.
- Navedeni osnutek statuta je bil izdelan 20. novembra 1862, potrjen pa 12. decembra 1862 (40).

Finc. O tej izvolitvi je 2. januarja 1863 (45) Društvo zdravnikov na Kranjskem obvestilo Deželno predsedstvo v Ljubljani, predsednik društva dr. Schrott pa je za 12. januar 1863 (46) sklical članski sestanek, na katerem so razpravljali o notranjih društvenih zadevah; strokovna predavanja pa so imeli dr. Schrott, dr. Kovač, dr. Fux, dr. Valenta in dr. Mader.

Razlika med obema statutoma je bila v imenu društva, v novih vrstah članstva, v preimenovanju tajnika društva in o glasovanju. Društvo zdravnikov na Kranjskem je uvedlo častne člane (člena 3, 4), prave člane, to je redne člane (členi 3, 5, 8) in zunanje člane (člena 3, 6), pri glasovanjih so relativno večino glasov zamenjali v dveh členih z absolutno večino glasov (člena 19, 22), besedilo dela starega četrtega člena je bilo vključeno v 5. člen, člen 7 je bil vključen v odstavek a) 8. člena; manjša dopolnila so bila še pri členih 17, 19 in 20; povsem na novo pa sta bila oblikovana člena 4 in 6.

Pri izdaji soglasja oziroma potrditvi spremembe statuta se je Deželno predsedstvo v Ljubljani sklicevalo na pooblastilo Državnega ministrstva na Dunaju iz leta 1861 (47). O izdaji soglasja k novemu statutu je Deželno predsedstvo v Ljubljani obvestilo tudi Policijsko direkcijo v Ljubljani že 4. decembra 1862, torej istočasno kot vodstvo Zdravniškega bralnega društva, ki pa je obvestilo o potrditvi statuta prejelo šele 15. decembra 1862 (48).

Zaključek

Iz arhivskih dokumentov in na osnovi navedenih dejstev je razvidno, da Zdravniško bralno društvo v Ljubljani ni bilo nikoli razpuščeno niti ukinjeno, temveč se je na pobudo svojih članov in zdravnikov s podedelja leta 1862 preimenovalo v Društvo zdravnikov na Kranjskem. Ob tem je spremenilo svoj statut in teritorialno območje svojega delovanja. Preraslo je iz okvirov mesta Ljubljana na celotno ozemlje tedanje Kranjske. V svoje vrste je sprejelo nove člane iz ostalih mest na Kranjskem, svoje vrste pa je pomnožilo še s častnimi in zunanjimi člani; z njimi je porastel ugled društva in povečala raven znanstvenega in strokovnega dela. Ugotovljeno je tudi, da je leta 1862 Društvo zdravnikov na Kranjskem neposredno na občnem zboru prevzelo delo Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani in da zato ni bilo nobene prekinitve v delovanju društva, ki se je po razpadu avstro-ogrške monarhije 2. novembra 1918 preimenovalo v Slovensko zdravniško društvo. Nadalje je bilo še ugotovljeno, da je bil prvi predsednik zdravniškega društva dr. Konstantin Schrott, po rodu Novomeščan in da so mu bili v veliko oporo najpomembnejši slovenski zdravniki tega časa: dr. Janez Bleiweis, dr. Karel Bleiweis, dr. Viljem Kovač, dr. Franc Skedl in češki zdravnik dr. Alojz Valenta, ki je imel najvidnejšo vlogo pri ustanavljanju Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani. Zaradi velikih zaslug za ustanovitev in delovanje društva v začetnem obdobju svojega delovanja so bili dr. Konstantin Schrott, dr. Janez Bleiweis in dr. Alojz Valenta izvoljeni za častne člane Društva zdravnikov na Kranjskem.

Delovanje Zdravniškega bralnega društva in za njim Društva zdravnikov na Kranjskem je bilo zelo cenjeno v vseh deželah tedanje srednje Evrope, zlasti še na Dunaju in na Češkem. Ta ugled si je zdravniško društvo pridobilo z rednim delom, kakovostnimi predavanji, znanstvenimi razgovori, z izmenjavo idej in izkušenj ter z reševanjem svojih stanovskih problemov. S svojim strokovnim delom je društvo uspešno prenašalo nova medicinska odkritja in nove zdravstvene metode v splošno zdravniško prakso na Slovenskem. Že v letih 1862 in 1863 se je zdravniško društvo povezovalo z najuglednejšimi zdravstvenimi strokovnjaki na Dunaju in na Češkem; Zdravniško bralno društvo je leta 1862 čestitalo dr. Karlu Rokitskemu in dr. Jožefu Hyrtlu ob njunem

imenovanju za dvornega svetnika, na občnem zboru Društva zdravnikov na Kranjskem 21. decembra 1863 pa ju je članstvo soglasno izvolilo za prva častna člana Društva zdravnikov na Kranjskem (49). Ob tej izvolitvi častnih članov je bil za častnega člana izvoljen tudi dr. Konstantin Schrott iz Trsta, ki je bil prvi predsednik zdravniškega društva v Ljubljani. Vsi trije so izvolitev za častnega člana sprejeli z največjim spoštovanjem. Zdravniško bralno društvo v Ljubljani je tako že leta 1861 postavilo strokovne temelje za svojo uveljavitev in za napredek slovenske zdravstvene kulture.

Viri in literatura

1. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 5/1861; Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1861, spis št. 1138.
2. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem 1861–1892.
3. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 691/1886, priloga: Festschrift des Vereines der Ärzte in Krain anlässlich seines 25jährigen Bestandes (1861–1886). Laibach 1886.
4. Rudež V. Zgodovina društva zdravnikov na Kranjskem. Liječn Vjesn 1912; 34: 187–96.
5. Meršol V. Sedemdeset let Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani. Zdrav Vestn 1932; 4: 131–8.
6. Logar I. Ob devetdesetletnici Društva zdravnikov na Kranjskem. Zdrav Vestn 1953; 22: 1–2.
7. Logar I. Profili predsednikov Slovenskega zdravniškega društva. Zdrav Vestn 1963; 32: 35–7.
8. Mušič D. Zgodovinski razvoj Slovenskega zdravniškega društva. Zdrav Vestn 1963; 33: 284–91.
9. Smerdu F. Sto let Slovenskega zdravniškega društva. Poslanstvo slovenskega zdravnika. Zbornik razprav in člankov. Slovenska Matica. Ljubljana 1965.
10. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 1/1861; spis št. 691/1886, priloga: Festschrift.
11. Dolenc A. Govor predsednika na 26.(108.) rednem občnem zboru Slovenskega zdravniškega društva v Kopru. Zdrav Vestn 1971; 40: 367–7.
12. Leskovic B. Ob 125-letnici Slovenskega zdravniškega društva. Zdrav Vestn 1986; 55: 577–7.
13. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 1/1861; Festschrift; 1886: 5.
14. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 1/1861; Festschrift; 1886: 5–6.
15. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 691/1886, priloga Festschrift; 1886: 6.
16. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 64/1864.
17. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 1/1861; Festschrift; 1886: 6.
18. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 1/1861.
19. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 2/1861.
20. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 3/1861.
21. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1861, spis št. 479.
22. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1861, spis št. 970.
23. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1861, spis št. 970; Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 4/1861.
24. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 5/1861; Festschrift; 1886: 6.
25. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 5/1861.
26. Spominska diploma Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, ki jo hrani Slovensko zdravniško društvo.
27. Na spominski diplomi manjkajoči del imen je zapisan v oklepaju.
28. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 6/1861.
29. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 6/1861.
30. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 7/1861.
31. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 38/1863.
32. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 9/1862.
33. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 10/1862.
34. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 14/1862.
35. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 23/1862.
36. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1862, spis št. 1590.
37. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 24/1862.
38. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1862, spis št. 1590.
39. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1861, spis št. 970.
40. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1862, spis št. 1590.
41. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1862, spis št. 1590.
42. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 28/1862.
43. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 28/1862.
44. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 28/1862.
45. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 32/1863; Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1863, spis št. 38.
46. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 35/1863; Festschrift, 1886: 11.
47. AS, Deželno predsedstvo v Ljubljani, 1862, spis št. 1590.
48. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 27/1862.
49. AS, Društvo zdravnikov na Kranjskem, spis št. 55/1863.

**SAMO
ENKRAT
NA DAN**



Lendacin[®]

ceftriakson


cefalosporinski antibiotik za parenteralno uporabo

**poleg dobrih mikrobioloških lastnosti tudi ugodna
farmakokinetika:**

- dobro in hitro prodiranje v skoraj vsa tkiva in telesne tekočine
- dolga biološka razpolovna doba, ki zagotavlja
24-urni baktericidni učinek

možnost ambulantnega zdravljenja

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.

 **lek tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana**

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PISMENA SLOVENŠČINA V ZNANSTVENI RABI

Jurij Zalokar

Prispelo 1993-04-05, sprejeto 1993-04-16, ZDRAV VESTN 1993; 62: 207–8

Brez dvoma bi moral vsak izobraženec poleg materinega zadostno obvladati še en do dva svetovna in sorodna jezika. Tudi je razumljivo, da drugega jezika ne moremo zares popolno obvladati, saj ostane drugi vsemu hotenju navkljub.

Vsaj eden od svetovnih jezikov nam je potreben, da lahko sledimo strokovni literaturi, posredujemo svoje izkušnje ter se udeležujemo strokovnih mednarodnih srečanj. Srbski in hrvaški jezik pa sta nam potrebna zato, ker bomo navzlic vsem spremembam oziroma prav zaradi njih še vedno v stalnem stiku z bolniki, ki govorijo ta jezika. Med njimi je veliko beguncev, ki so še posebno ranljivi in občutljivi pri medsebojnih stikih. Celovčletni priseljenci so kljub večjemu ali manjšemu znanju slovenščine zares sposobni sporočati svoje težave ali čustva le v svojem jeziku. Psihijatriji je znano, do kako hudih diagnostičnih in terapevtskih napak prihaja, če ni pravega sporazumevanja (1). Pravilo v medicini bi moralo biti, da govorimo z bolniki v njihovem jeziku, celo če govorijo naš jezik. Vrh tega ni odveč dodati, da nam znanje drugega jezika, pa najsi bo še tako neugleden, vedno odpira vrata v bogastvo drugačnega sveta.

Vendar rabijo zgornje misli nekaj važnih dopolnil. Sicer se kaj lahko zgodi, da napravimo napačne zaključke, zanemarimo svoj jezik in pričnemo rušiti integriteto ne samo strokovnega izražanja, ampak slovenskega jezika nasploh. To pa obenem pomeni rušenje lastne osebnosti in narodne trdnosti.

Znano je oziroma naj bi bilo, da jezik ni samo sredstvo »komunikacije«, ampak je nevrofiziološko in nevropsihološko vgrajen v dejavnost in strukturo osrednjega živčnega sistema. V vseh primerih, kjer je materin jezik kakorkoli ogrožen ali odrinjen, prihaja do motenj v harmoničnem delovanju CZS. Opažamo mnestične, čustvene in druge motnje, tja do pojavov socialne anomalije (2, 3). Odrinjenost vpliva tudi na strokovno razmišljanje. Zato ni dvoma, da moramo v svojem jeziku ne le razmišljati, ampak obenem tudi pisati. Šele kasneje pride po potrebi v poštev prevod neki drugi jezik. To pomeni, da moramo vsa strokovna dela pisati in objavljati doma v materinem jeziku. Angleške povzetke – in kjer je treba, prevode strokovnih in raziskovalnih prispevkov – pa objaviti v posebnih prilogah, namenjenih tujini. Nadaljnje opozorilo velja pojavu tako imenovanega imperalizma jezikov. Dandanes se tiče predvsem angleščine, čeprav nam je lahko nemščina še bolj nevarna. Vpogled v pisanje angleško pisoih avtorjev nam pokaže, da citirajo skoraj izključno le dela v angleščini. Pri tem upoštevaajo komaj kaj prevodov iz drugih jezikov. To pomeni, da amputirajo veliko in pomembno znanje, ki ni zabeleženo v angleščini. Vendar angleška strokovna literatura ni enostranska samo zaradi tega. Angleščina je kot vsak drug jezik vrh tega samo en odraz resničnosti. V uvodu k učbeniku Mumenthalerjeve nevrologije Toole prav poudarja: »Zaradi slabega znanja tujih jezikov so za večino od nas izgubljeni bogati prispevki nemških, švicarskih, italijanskih in francoskih šol. Naša tradicionalna ameriška in britanska orientiranost je privedla do pristranosti...« (4).

Zoper prevladovanje enega jezika govori ravno dejstvo, da nas različnost jezikov bogati, saj nudi obenem različnost vidikov in

pristopov k resničnosti. Danes, ko toliko govorimo o pluralizmu, je zato čas, da pomislimo nanj tudi na jezikovnem področju. Samo v raznovrstnosti prihaja do izraza tudi raznolikost pogledov in pristne čustvene ubranosti, to pa določa, kdo in kako se kakšnega vprašanja loti. Prevladovanje enega jezika je enako zloglasnemu enoumju. Izjeme so redke, npr. raba angleščine v letalskem prometu.

Zgradba nekega jezika se prične ob soočenju s svetom krušiti in razpade, če ni dograjena do strehe, ki je njen strokovni in sploh kulturni vrh. Zanemarjanje vrhov je zato enako sekanju korenin. Enojezičnost večinskega jezika spodkopava najprej njegove lastne govorce, ki bi bili prvi dolžni naučiti se še drugih jezikov. Toda še huje spodkopava ne le maloštevilne narode kot take, ampak obenem trdnost vsakega njihovega posameznika. Omenili smo že anomalijo. Rušenje ali zanemarjanje materinega jezika vodi prek na videz nedolžnih motenj lahko do katastrofalnih pojavov osebne in družbene dezintegracije. Več o tem je v prikazu o izkušnjah psihiatra med izseljenci v Avstraliji (5).

Tudi v znanosti zato tuj jezik ne sme izpodriniti materinega, kot se je to dogajalo pri nas v prejšnjem stoletju, ko sta se mu s svojim genijem lahko uprla in ga podredila le kakšna Prešeren in Levstik. Veliko drugih izobražencev je takrat podleglo in sredi Ljubljane jih je zajel hkrati z nemščino tudi duh tujinstva, kot sta zapisala Levstik (6) in Cankar (7).

Zaradi povedanega je kakršnakoli rehabilitacija pogledov, ki jih simbolizira Dragotin Dežman alias Karl Deschmann iz 19. stoletja, skrajno neodgovorna. Vračala bi nas v čas, ko so njegovi pristaši vzklikali »Deutsch bis zur Adria« in »Kein Oesterreich, kein Preussen, sondern ein einiges Deutschland« (6). Zdi se, da smo na to popolnoma pozabili, saj kdo še bere Levstika. Kam je pripeljalo omejevanje in odrinjanje materinega jezika, je pokazalo potujenje dveh tretjin slovenskega ozemlja, ki še danes pospešeno nadaljuje na Koroškem pod vladavino sedanje »demokratske« Avstrije. To je asimilacija, ki jo tujec zna dozirati po kapljicah oz. s taktiko malih korakov in hinavčenjem o spravi med narodi, kulturi velikih narodov itd. Ni torej čudno, če so sodobniki ravnanje Deschmanna ocenili kot renegatstvo in narodno izdajo.

Povsem zgrešeno in nevarno je mnenje, da nas zdaj »ne ogroža nihče več« (8). Nasprotno, nevarnost je po 1991. letu postala naenkrat še veliko večja. O ogroženosti slovenskega jezika smo brali v vrsti prispevkov v Delu januarja in februarja 1993, pričnši z Gradišnikom (9) člankom v Književnih listih. Celovč predsednik republike Kučan (10) in bivši član predsedstva Kmecl (11) sta opozorila, da že rišejo bodoče regije Evrope, ko Slovenije niti kot regije sploh ni več, ampak se namesto nje bohoto le pretežno nemški Norik. Še več vidikov te nevarnosti najdemo v zbornikih o geopolitičnem položaju Slovenije (12, 13).

Vse to pišem v premislek, da bi slovenski zdravniki ne postali grobarji lastnega naroda z opuščanjem rabe slovenskega pismenega jezika pri znanstvenem delu oziroma objavah v domačih revijah.

Literatura

1. Marcos LR, Urcuyo L, Kesselmann M, Alport M. The language barrier in evaluating Spanish American patients. In: Henderson G, Primaux M eds. *Transcultural Health Care*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1981: 38–48.
 2. Luria AR. *The nature of human conflicts*. New York – Washington: Scare Press, 1932: 1–130.
 3. Mead M. Cultural change and character structure. In: Stein M et al. eds. *Identity and anxiety*. New York: Free Press, 1966: 88–98.
 4. Toole JF. Introduction. In: Mumenthaler M. *Neurology*. Stuttgart: Georg Thieme Publishers, 1976: 1–1.
 5. Zalokar J. Mavrična kača. *Radovljica: Didakta*, 1991: 19–99.
 6. Levstik F. *Zbrano delo*. 9. knjiga. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1961: 289–361.
 7. Cankar I. *Izbrana dela*. 2. del. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1951: 265–428.
 8. Kordaš M. Pisati strokovna dela v slovenščini ali v tujem jeziku, to zdaj ni več vprašanje. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 65–6.
 9. Gradišnik J. Naredite nam to deželo angleško. *Delo – Književni listi* 7. 1. 1993.
 10. Anon. Iz nagovora Milana Kučana ob podelitvi Prešernovih nagrad študentom. *Republika* 11. 2. 1993.
 11. Kmecl M. Prešeren, Slovenija in Norik. *Republika* 8. 2. 1993.
- Nendl D(ea). Seminar za študije geopolitičnega položaja Slovenije. Ljubljana: Slovenski svetovni kongres, 1992: 9–30, 147–83.
- Nendl D(ea). Okrogla miza o vplivu geopolitičnega položaja Slovenija. Ljubljana: Slovenski svetovni kongres, 1992: 13–34, 65–72, 107–27.

Inštitut za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani

organizira seminar

IZBRANE TEME IZ MIKROBIOLOGIJE

10. in 11. junija 1993 na Medicinski fakulteti, Ljubljana, Korytkova 2, predavalnica 2.

PROGRAM

Četrtek, 10. junija 1993

9.00–11.30

M. Likar: Virologija v letu 1993

J. W. LeDuc: Pojavljanje novih virusnih bolezni: globalni izziv

T. Avšič-Županc, M. Poljak: Genomske variacije in razširjenost hantavirusnih infekcij v svetu

V. Preac-Muršič, G. Stanek: Lyme borelijoza: etiologija in patogeneza

B. Cvjetanović: Tifus: mikrobiologija in vloga v javnem zdravstvu

11.30–12.00

Odmor s kavo

12.00–14.30

V. Kotnik, M. Čížek-Sajko, A. Ihan, S. Simčič, B. Wraber, A. Štalc: Naravna in umetna imunomodulacija

A. Ihan: Molekule na površju celic, ki uravnavajo dejavnost naravnih celic ubijalk

B. Wraber, V. Kotnik, S. Simčič: In vitro modulacija sinteze citokinov v humanih MNC kulturah različnega izvora

S. Simčič, F. Bobanović, V. Kotnik, B. Wraber, S. Pečar: Modulacija makrofagov in produkcija superoksida v nevtrofilcih

J. Tomažič, V. Kotnik, S. Simčič, B. Wraber: Vpliv azitromicina na nekatere imunske funkcije pri človeku

Petek, 11. junija 1993

9.00–12.00

W. R. Fleischmann Jr.: Interferoni pri zdravljenju tumorjev: stanje danes in izgledi za prihodnost

R. Mažuran: Vloga interferonov pri uravnavanju delovanja celic in patogenezi bolezni

C. M. Fleischmann: Odpornost tumorskih celic za interferon

S. Koren, W. R. Fleischmann Jr.: Kronobiologija interferonskega sistema

C. La Bonnardiere: Paradokсни interferonski odzivi pri prašiču

B. Filipič, S. Zupan, K. Carlsson: Prašičji interferon gama

12.00–12.30

Odmor s kavo

12.30–14.00

G. Serša: Tumor nekrotizirajoči faktor: biološke značilnosti in uporabljivost za zdravljenje raka

V. Menart, V. Gaberc-Porekar, N. Kraševac, S. Miličič, R. Komel: Pridobivanje rekombinantnega humanega TNF-alfa iz dveh različnih sistemov E. coli

A. Štalc, B. Kus, M. Svetina, M. Šentjurs, S. Novaković, G. Serša: Biološko preizkušanje rekombinantnega humanega TNF-alfa in njegovih analogov

Informacije: dr. Srečko Koren, Inštitut za mikrobiologijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 61105 Ljubljana, telefon: 061 316-593 in 317-641, telefax: 061 302 895.

1. KONGRES
ŠOLSKE IN VISOKOŠOLSKE
MEDICINE
SLOVENIJE

RADENCI, 4. in 5. junij 1993

PROGRAM KONGRESA

ČETRTEK – 3. junija 1993

POPOLDNE

Prihod v Radence – Hotel Radin

17.00–20.00: Registracija v glavni avli hotela
19.00 : Sestanek Org. odbora v konf. sobi hotela
20.30 : Sprejem in cocktail

PETEK – 4. junij 1993

DOPOLDNE

9.00: Svečana otvoritev kongresa
Podelitev priznanj
10.00: Odmor s kavo
Ogled posterjev
11.00: Strokovni program
Tema: Promocija zdravja
13.00: Odmor za kosilo

PETEK – 4. junij 1993

POPOLDNE

14.00: Strokovni program
Tema: Zdravi šolarji, študentje in njihovo okolje
16.30: Odmor s kavo
17.00: Strokovni program
Tema: Bolni otroci in mladina
19.30: Zaključek popoldanskega dela strok. prog.
20.30: Svečana večerja ob glasbi
Ples

SOBOTA – 5. junij 1993

DOPOLDNE

9.00: Strokovni program
Tema: Mladi v prostem času
10.30: Odmor s kavo
11.00: Strokovni program
Tema: Psihosocialni problemi v mladosti
13.00: Zaključek strokovnega programa

SOBOTA

POPODNE: Izlet z ogledom značilnosti in znamenitosti
Pomurja

HEPATOBIILIARNI SEMINAR ALPE-ADRIA

Ljubljana, SLOVENIJA

PRVI PODIPLOMSKI SEMINAR IZ HEPATOBIILIARNE KIRURGIJE
PRVI PODIPLOMSKI SEMINAR IZ HEPATOBIILIARNE MEDICINE

5.–9. JULIJ 1993

Dva seminarja, kirurški in zdravniški, bosta potekala istočasno, nekaj srečanj pa bo skupnih. Namen tega seminarja je razširiti praktično, metodološko in razumsko diagnostično znanje, ter terapevtski pristop k najbolj pogostim boleznim jeter in žolčevodov.

Poučevanje bo zajemalo predavanja, predstavitve primerov in delavnice.

POVABLJENI PREDAVATELJI

Bengmark S., Boeckl O., Czygan R., Ferenzi P., Krejs P., Mazziotti M., Paguet K.–J., Schaffner F., Scheele J., Schmid R., Welte W., Wiechel K. L. in drugi.

KIRURŠKI SEMINAR

Kirurška anatomija jeter
Odkrivanje fokalnih jetrnih lezij
Jetrne metastaze
Jetrne resekcije
Jetrna travma

ZDRAVNIŠKI SEMINAR

Kronični hepatitis
Portalna hipertenzija
Jetrna ciroza
Jetrni tumorji
Žolčni kamni
Zlatenica

ROK ZA PRIJAVE

15. maj 1993

KRAJ PREDAVANJ

Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta
Ljubljana, Slovenija

ŠOLNINA

950 dolarjev
vključno s kosilom in poslovilno večerjo

ŠTEVILO
UDELEŽENCEV
omejeno
25 za kirurgijo
50 za medicino

JEZIK
Angleščina

PRIJAVE POŠLJITE
UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER
Oddelek za gastroenterološko kirurgijo
61000 Ljubljana, Zaloška 7
SLOVENIJA
Tel.: +38 61 32 22 82
Fax: +38 61 31 60 96

PRVI SEMINAR ALPE-JADRAN IZ HEPATOBILIARNE
KIRURGIJE IN MEDICINE

LJUBLJANA, SLOVENIJA

5.-9. JULIJ 1993

PREDVIDENI PROGRAM

SEMINAR IZ HEPATOLOGIJE

Ponedeljek, 5. julija 1993

8.15-9.00 UVOD (Schmid - San Francisco)

9.00-9.55 PRISTOP K ZDRAVLJENJU JETRNEGA
BOLNIKA

UVODNO PREDAVANJE (Schaffner - New
York)

10.00-10.55 VIRUSNI HEPATITIS (Hadžić - Zagreb)

10.55-11.15 Odmor za kavo

11.15-12.05 PROTIVIRUSNA ZDRAVILA PRI
ZDRAVLJENJU KRONIČNEGA HEPATITISA
(Pristautz - Graz)

12.10-13.00 HEPATO-PANKREATOBILIARNA SEPSA
(Bengmark - Lund)

13.00-15.00 Kosilo

15.00-18.30 SREČANJE S PROFESORJI
PORTALNA HIPERTENZIJA - STRATEGIJE
V DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU
(Paquet - Bad Kissingen)

SKLEROTERAPIJA (Kocijančič B. - Ljubljana)

NASVETI (Pavčnik, Šurlan - Ljubljana)

TERAPIJA Z ZDRAVILI (Krejs, Czygan,
Stauber)

Torek, 6. julij

8.00-8.50 DIFERENCIALNA DIAGNOZA FOKALNIH
JETRNIH LEZIJ
(Markovič - Ljubljana)

9.00-9.55 RADIOLOŠKE TEHNIKE - UZ, CT, NMR
(Bilič - Zagreb)

10.00-10.55 VLOGA LAPAROSKOPIJE V DIAGNOSTIKI
(Krejs - Graz)

10.55-11.15 Odmor za kavo

11.15-12.00 VLOGA PATOLOGA V DIAGNOSTIKI
FOKALNIH JETRNIH LEZIJ (Coggi - Milano)

12.05-13.00 INTERVENCIJSKA RADIOLOGIJA PRI
JETRNIH TUMORJIH (Pavčnik, Knific
- Ljubljana)

13.00-15.00 Kosilo

15.00-18.30 SREČANJE S PROFESORJI
ŽOLČNI KAMNI (Boeckl - Salzburg)

Vloga kirurgije (Pegan - Ljubljana)

Vloga endoskopije (Mlinarič - Ljubljana)

Litotripsija s šokovnim valom (Pristautz - Graz)

Medikamentna disolucija (Czygan - Neuss)

Laparoskopska holecistektomija

(Paquet - Bad Kissingen)

Sreda, 7. julij

8.00-8.55 JETRNE METASTAZE (Schelle - Erlangen)

9.00-9.55 BIOLOGIJA JETRNIH METASTAZ (Plesničar
- Ljubljana)

10.00-10.55 KOMBINIRANO ZDRAVLJENJE JETRNIH
METASTAZ (Markovič - Ljubljana)

10.55-11.15 Odmor za kavo

11.15-12.00 KIRURŠKO ZDRAVLJENJE JETRNIH
METASTAZ (Scheelle - Erlangen)

12.05-13.00 VLOGA PATOLOGA V DIAGNOSTIKI IN
TERAPEVTIČNI STRATEGIJI (Ferlan-Marolt
- Ljubljana)

13.00-15.00 Kosilo

15.00-18.30 SREČANJE S PROFESORJI

ALKOHOL IN JETRA (Ferenzi - Dunaj)

PATOLOGIJA, KLINIČNI PROBLEMI (Ferlan,
Denk, Schaffner, Czygan, Štepec)

KRONIČNI HEPATITIS (Schaffner - New
York)

PATOLOGIJA, KLINIČNI PROBLEMI

(Denk, Czygan, Hadžić, Lestan)

Četrtek, 8. julij

8.00-8.55 BOLNIK Z ZLATENICO (Vucelič - Zagreb)

9.00-9.55 IMUNOLOŠKI TESTI KOT POMOČ PRI
DIAGNOZI (Lestan, Kveder - Ljubljana)

10.00-10.55 PRIMARNA CIROZA ŽOLČEVODOV
(Schaffner - New York)

10.55-11.15 Odmor za kavo

11.15-12.00 OSTEOPOROZA PRI KRONIČNI JETRNI
BOLEZNI (Kocijančič A. - Ljubljana)

12.05-12.55 RAK NA ŽOLČEVODIH (Štabuc - Ljubljana)

13.00-15.00 Kosilo

15.00-18.30 SREČANJE S PROFESORJI
INTERVENCIJSKI RADIOLOG IN BOLNIK
Z ZLATENICO (Pavčnik - Ljubljana, Wiechel
- Stockholm, Šurlan - Ljubljana)

ENDOSKOPIST IN BOLNIK Z ZLATENICO
(Krejs - Graz, Czygan - Neuss, Rotkvič
- Zagreb, Mlinarič - Ljubljana)

Petek, 9. julij

8.00-8.55 JETRNA CIROZA - DIAGNOZA, OCENA
KLINIČNEGA STADIJA IN PROGNOZA (Krejs
- Graz)

9.00-9.55 VLOGA PATOLOGIJE PRI OCENI STADIJA
IN PROGNOZI (Denk - Graz)

10.00-10.55 HEPATOCELULARNI RAK PRI BOLNIKI
S CIROZO (Paquet - Bad Kissingen)

10.55-11.15 Odmor za kavo

11.15-12.05 ZDRAVLJENJE HEPATIČNE
ENCEFALOPATIJE (Ferenzi - Dunaj)

12.10-13.00 ZDRAVLJENJE VODENICE (Czygan - Neuss)

13.00-15.00 Kosilo

15.00–18.00 SREČANJE S PROFESORJI
DEDNE BOLEZNI JETER (Schmid – San Francisco)
OCENJEVANJE BOLNIKOV ZA JETRNO
TRANSPLANTACIJO (Schaffner – New York)

18.00 ZAKLJUČNE OPOMBE

KIRURŠKI SEMINAR

Ponedeljek, 5. julij

8.15–8.00 UVOD (Schmid – San Francisco)
9.05–9.55 KIRURŠKA ANATOMIJA JETER (Gadžijev – Ljubljana)
10.00–10.55 VARIANTE VASKULARNEGA IN
BILIARNEGA SISTEMA V JETRIH IN
JETRNEM HILUSU (Wiechel – Stockholm)
10.55–11.15 Odmor za kavo
11.15–12.05 INTRAOPERATIVNI ULTRAZVOK JETER IN
JETERNEGA HILUSA (Mazziotti – Bologna)
12.10–13.00 HEPATO-PANKREATOBILIARNA SEPSA
(Bengmark – Lund)
13.05–13.15 NAVODILA ZA DELAVNICO (Gadžijev – Ljubljana)
13.15–15.00 Kosilo
15.30–18.30 Skupina A: Delavnica
INTRAOPERATIVNI ULTRAZVOK
TEHNIKE RESEKCIJE JETER
ŠIVANJE JETER
NEKREKTOMIJA
15.00–18.30 Skupina B: SREČANJE S PROFESORJI

Torek, 6. julij

8.00–13.00 SKUPNA PREDAVANJA ZA UDELEŽENCE
OBEH SEMINARJEV
13.00–15.00 Kosilo
15.30–18.30 Skupina B: DELAVNICA
15.00–18.30 Skupina A: SREČANJE S PROFESORJI

Sreda, 7. julij

8.00–13.00 SKUPNA PREDAVANJA ZA UDELEŽENCE
OBEH SEMINARJEV
13.00–15.00 Kosilo

16.00–19.00 RESEKCIJA JETER: TV ODDAJA

Četrtek, 8. julij

8.00–9.15 SEGMENTNO ORIENTIRANE RESEKCIJE
JETER (Scheelle – Erlangen)
9.20–10.05 HEPATOKTOMIJA (Bengmark – Lund)
10.10–10.55 INSTRUMENTI ZA RESEKCIJO JETER
(Pleskovič – Ljubljana)
10.55–11.15 Odmor za kavo
11.15–12.00 ATIPIČNE RESEKCIJE JETER
(Gadžijev – Ljubljana)
12.05–12.50 POSTOPERATIVNA INTENZIVNA NEGA
(Kremžar – Ljubljana)
12.55–13.15 NAVODILA ZA DELAVNICO
(Gadžijev – Ljubljana)
13.15–15.00 Kosilo
15.30–18.30 Skupina A: DELAVNICA
MOBILIZACIJA JETER
VASKULARNA OKLUZIJA
SEGMENTALNE RESEKCIJE
SKELETONIZACIJA–RESEKCIJA
15.00–18.30 Skupina B: SREČANJE S PROFESORJI

Petek, 9. julij

8.00–8.45 OŽIVLJANJE PACIENTA Z JETRNO
TRAVMO
(Welte – München)
8.50–9.35 NADOMEŠČANJE KRVI IN KOMPONENTNA
TERAPIJA PRI PACIENTIH S POŠKODBAMI
JETER
(Lukič – Ljubljana, Vončina – Ljubljana)
9.40–10.40 OBRAVNAVANJE JETRNE POŠKODBE
(Pratschke – München)
10.40–11.00 Odmor za kavo
11.00–12.30 KOMPLIKACIJE PO POŠKODBI JETER:
ODKRIVANJE IN OBRAVNAVA
(Welte – München)
12.45 ZAKLJUČNE OPOMBE
13.00–15.00 Kosilo
15.30–18.30 Skupina B: DELAVNICA
15.00–18.00 Skupina A: SREČANJE S PROFESORJI
18.00 ZAKLJUČNE OPOMBE

II. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO 11.–12. JUNIJA 1993 V ŠMARJEŠKIH TOPLICAH

POSEBNA POGLAVJA V TERAPIJI IN DIAGNOSTIKI ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

11. JUNIJ 1993

9.00–10.00 Registracija
10.00–10.20 S. Kaplan-Pavlovič: PRESEJALNI TESTI ZA
RENOVASKULARNO HIPERTENZIJO
10.20–10.40 M. Malovrh: DOPPLERSKO MERJENJE PRETOKA
KRVI V LEDVIČNIH ARTERIJAH PRI DIAGNOSTIKI
RENOVASKULARNE HIPERTENZIJE
10.40–11.00 M. Šurlan: DILATACIJA RENALNIH ARTERIJ IN
UPORABA STENTOV
11.00–11.20 B. Bucič: PRIKAZ PRIMERA
11.20–12.00 Premor
12.00–12.20 J. Preželj: ARTERIJSKA HIPERTENZIJA PRI
PRIMARNEM HIPERALDOSTERONIZMU
12.00–12.20 J. Preželj: ARTERIJSKA HIPERTENZIJA PRI
PRIMARNEM HIPERALDOSTERONIZMU
12.20–12.40 J. Dobovišek: PRIKAZ PRIMERA
12.40–15.00 Kosilo

15.00–15.30 J. Vrhovac: ALFA BLOKATORJI V ZDRAVLJENJU
ARTERIJSKE HIPERTENZIJE
15.30–15.50 A. Grad: ZDRAVLJENJE ARTERIJSKE HIPERTENZIJE
OB CEREBROVASKULARNEM INZULTU IN PO NJEM
15.50–16.10 S. Beljanski-Rogan: ZDRAVLJENJE ARTERIJSKE
HIPERTENZIJE MED NOSEČNOSTJO
16.10–16.40 SKLEPNA RAZPRAVA

12. JUNIJ 1993

10.00–10.30 PREDSTAVITVE NOVEJŠIH PREPARATOV
V ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE
10.30–11.30 PREDSTAVITVE NEKATERIH ŠTUDIJ O ARTERIJSKI
HIPERTENZIJI V SLOVENIJI
R. Accetto: PREDLOG MULTICENTRIČNE EPIDEMIOLOŠKE
ŠTUDIJE O ARTERIJSKI HIPERTENZIJI V SLOVENIJI (SZO)
11.30 OBČNI ZBOR Sekcije za arterijsko hipertenzijo

Strokovno izpopolnjevanje

**POROČILO Z REDNEGA
SPOMLADANSKEGA SESTANKA
PERMANENT WORKING GROUP
FOR EUROPEAN JUNIOR HOSPITAL
DOCTORS V STOCKHOLMU**

Tit Albreht

S kolegom dr. Frasom sva se, kot delegata Sekcije mladih zdravnikov pri SZD, udeležila rednega spomladanskega sestanka PWG (Stalne delovne skupine evropske organizacije mladih zdravnikov), ki je potekal od 30. aprila do 2. maja 1992 v Stockholmu. Za našo sekcijo je bil omenjeni sestanek izredno pomemben, saj smo vložili prošnjo za sprejem v polnopravno članstvo. Sicer je bilo delo v delovnih skupinah namenjeno:

- pripravi vprašalnika za oceno zagotavljanja kvalitete specializacij
- spremljanju dela evropskih zdravniških združenj
- pripravi ankete o poteku specializacije interne medicine
- sprejemanju novih članic.

V zadnji delovni skupini je potekala obravnava prošenj, ki so jih, poleg Slovenije, vložile še Grčija - za polnopravno članstvo, Estonija - za status opazovalke ter Letonija in Poljska - za status gostje. Vse prošnje so dobile podporo s strani članov delovne skupine, pri prošnjah za polnopravno članstvo pa je bilo treba le-to utemeljiti s kratkim zagovorom pred člani skupine. Predlog delovne skupine je bil na plenarnem zasedanju sprejet z aklamacijo, nakar sva z dr. Frasom podpisala ustanovno listino organizacije ter tako ratificirala naše članstvo. Že na nadaljevanju plenarnega zasedanja je imela naša delegacija pravico glasovanja.

Delovna skupina za pripravo vprašalnika za oceno zagotavljanja kvalitete specializacije je pripravila osnutek, za katerega izpopolnitev in distribucijo je bila zadolžena britanska organizacija. Glede vprašalnika o specializaciji interne medicine še ni bilo dokončnega sklepa, saj gre za precej zahteven projekt, za katerega bo treba sestaviti projektno skupino in zagotoviti financiranje.

Dr. Stephen Brearley iz Velike Britanije, ki je bil koordinator analize specializacije kirurgije, ki je tekla v 14 evropskih državah, je predstavil rezultate, ki so bili še fragmentarni, vendar so se že nakazovale ugotovitve po posameznih državah. O končnih rezultatih te ankete bomo poročali še posebej. Poleg tega smo na plenarnem zasedanju poslušali izredno zanimivo predstavitev sprememb sistema zdravstvenega varstva na Švedskem. Najbolj izrazita novost je bila hitro in učinkovito skrajšanje čakalnih dob, ki so ga dosegli le z nekaj učinkovitimi administrativnimi posegi.

Organizacija sestanka je bila brezhibna, od zanimivosti pa bi omenil le prireditve ob kresu na obali ob Gamla Stan (starem mestnem jedru) na predvečer 1. maja in slovesno večerjo v prostorih muzeja na kraljevem gradu. Slednjo so nam popestrili tudi pevci kvarteta uppsalske univerze s čudovito izvedbo 5 pesmi, za katere so poželi dolgotrajen aplavz.

Ob koncu tega kratkega poročila velja zahvala vsem, ki so nama pomagali s finančnimi sredstvi, da sva se tega, za slovenske mlade zdravnike tako pomembnega sestanka sploh lahko udeležila. V prvi vrsti se zahvaljujema Izvršnemu odboru Slovenskega zdravniškega društva, od sponzorjev pa še posebej najbolj naklonjenima Krki in Leku.

Delo SZD

**OB 7. APRILU, SVETOVNEM DNEVU
ZDRAVJA**

Danica Rotar-Pavlič

Geslo letošnjega Svetovnega dne zdravja je bilo »Ravnaj pazljivo z življenjem, preprečuj nasilje in brezbriznost«. Slovensko zdravniško društvo je v sodelovanju z Ministrstvom za zdravstvo RS, Zdravniško zbornico Slovenije in Inštitutom za varovanje zdravja RS pripravilo okroglo mizo, ki ji je sledila slovesna podelitev naziva primarij. Ni naključje, da SZD že nekaj let usklajuje aktivnosti ob Svetovnem dnevu zdravja; tako je organizacijo letošnjega srečanja prevzel in nadvse uspešno izpeljal podpredsednik SZD prof. dr. Matjaž Rode, za kar se mu na tem mestu lepo zahvaljujemo.

Okroglo mizo, ki je potekala v Valvasorjevi dvorani, je vodila moderatorka dr. Alenka Höfferle. Opozorila nas je, da v svetu zaradi poškodb in bolezni vsako leto umre 3,5 milijona ljudi; od tega zahteva nasilje na cestah kar 700.000 življenj.

Pregled slovenske problematike umrljivosti in hospitalizacij zaradi poškodb in nasilja je predstavila dr. Mateja Kožuh-Novak. Posebej je opozorila na nasilje nad ženskami in otroki. Tako je raziskava med patronažnimi sestrami pokazala, da se kar pri 85% obiskov na domu srečajo z nasiljem nad ženskami, ki je pogosto povezano z alkoholom. Žal tudi nasilje nad otroki ni nobena redkost.

Klinična psihologinja dr. Onja Tekavčič-Grad je predstavila značilnosti slovenske samomorilnosti. Spregovorila je tudi o sicer še nepreverjeni kategoriji slovenskega značaja, ki da je perfekcionističen, pedanten, preveč redoljuben, obenem pa prezahteven do sebe in do drugih, malenkosten ter poln navznoter obrnjene agresivnosti. Ob tem seveda ne smemo pozabiti na problem alkoholizma in akutne opitosti. Ta osebnost dezintegrira psihično, fizično in socialno, a v izbranem trenutku deluje spodbudno ter preprečuje samonadzor.

Dejavnost Sveta za preventivo in vzgojo v cestnem prometu je predstavil gospod Bojan Žlender. Poleg velikih človeških izgub Slovenija letno izgubi zaradi prometnih nezgod 2-3% družbenega bruto proizvoda. Po podatkih za leto 1991 je bil ta znesek okrog 30 milijard tolarjev ali osmino proračuna Republike Slovenije v letu 1992.

O zastrupitvah je spregovorila gospa Majda Zorec-Karlovšek, izkušnje kliničnega zdravnika pri zdravljenju poškodb je predstavil prof. dr. Zoran Arnež. Poudaril je, da se urgentna služba po 18. uri hkrati s poškodbami srečuje tudi z alkoholno opitostjo (izključene so seveda poškodbe otrok).

Ogrožanje človekovega življenja z nasiljem je s pravnega stališča podal dr. sc. Janez Pečar. Kriminalistična inšpektorica Katja Bašič je spregovorila o nasilju nad otroki in povedala, da se pri reševanju tega vprašanja še vedno nismo premaknili z začetne točke.

O poškodbah in smrtnih primerih na delovnem mestu je spregovorila dr. Metoda Dodič-Fikfak. Pri tem je poudarila, da bi utegnili biti zapostavljanje področja medicine dela za nacionalno patologijo usodno.

Dipl. soc. Sonja Borštnar je predstavila vlogo epidemiologije pri preprečevanju nezgod v cestnem prometu v Sloveniji.

Prof. dr. Janko Strel je poudaril preventivne dejavnosti na področju športne kulture, o vlogi zdravstvene vzgoje na področju preprečevanja nezgod in poškodb pa je spregovorila mag. Eva Stergar.

Kot zaključek okrogle mize lahko podamo mnenje, da je preventivne programe mogoče izpeljati samo z vsestranskim sodelovanjem. Pri tem je nujen pristanek politike in minister za zdravstvo doc. dr. Božidar Voljč je že pokazal, da ima za preventivne programe veliko posluha. Že od samega začetka preventivnih dejavnosti ne smemo pozabiti na pomembno vlogo medijev in na sklepno oceno rezultatov opravljenih aktivnosti.

Slavnostno podelitev naziva primarij je s pozdravnim govorom odprl predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Anton Dolenc. Poudaril je, da se človeštvo vsak dan »potrošniško« spozablja nad življenjem, pa naj gre za vojaške spopade, civilne poboje, nesreče v gospodinjstvu in gospodarstvu, samomore ali za množične primere splavov. To je hkrati opozorilo zdravništvu, da bi kar največ prispevalo k preventivi in sodelovalo tudi pri zdravstveni vzgoji prebivalstva. Predsednik SZD je med drugim povedal, da bodo zdravniki na 130. letni skupščini SZD, ki bo maja letos, pripravili osnutek novega pravilnika za podeljevanje naziva primarij.

Slavnostni govornik podelitve, gospod minister doc. dr. Božidar Voljč, je poudaril, da sta nasilje in brezbriznost do nasilja nezdravljiva s prizadevanji za boljše in bolj zdravo družbo, ki so eden glavnih ciljev programa Zdravje za vse. Strahotno in brezumno vojno nasilje v naši sosesčini je nekaj, kar je človeka nevredno, vendar pa dobro in zlo dajeta vsakemu izmed nas možnost izbire, obremenjene z odgovornostjo do nas samih in do tistih okrog nas.

Poročilo Komisije za podeljevanje naziva primarij je podala njena predsednica prof. dr. Marica Marolt-Gomišček. Obravnavali so 63 predlogov, ki so v predpisanem roku prispeli na Ministrstvo za zdravstvo. Vse pogoje za dodelitev naziva je izpolnjevalo 24 kandidatov.

Na podlagi uskladitve mnenj so člani soglasno odločili, da Ministrstvu za zdravstvo predlagajo za podelitev naziva primarij naslednje kandidate: Risto Angelski, dr. med., Herbert Bernhardt, dr. med., asist. spec. akad. st. Irena Hedvika Brovet-Zupančič, dr. med., Silva Burja, dr. med., Fedor Fritsch, dr. med., Franc Grandovec, dr. med., doc. dr. Alojz Gregorič, dr. med., Helena Grošelj, dr. stom., dr. Jože Grošelj, dr. med., Gregor Homan, dr. med., mag. Franci Hrastar, dr. med., Peter Janežič, dr. med., Marta Križnar-Škapin, dr. stom., Franc Mrevlje, dr. med., Janez Novak, dr. med., asist. mag. Božena Podrumac, dr. med., mag. Marija Pompe-Tanšek, dr. med., mag. Alenka Pretnar-Darovec, dr. med., Janez Remškar, dr. med., spec. akad. st. Primož Reš, dr. med., Hilda Šavrič-Veličkov, dr. med., mag. Jože Zdravec, dr. med., doc. dr. Ljubica Žic, dr. med in Andrej Žmavc, dr. med.

Minister za zdravstvo je vsem naštetim izročil plakete, presenetil pa nas je s svojo namero, da že ob letošnjem Svetovnem dnevu zdravja imenuje tudi zdravstvene svetnike.

V imenu novih primarijev se je navzočim zahvalil dr. Herbert Bernhardt. Sledil je kulturni program v klubu Cankarjevega doma, kjer je zakusko s svojim programom popestril Ljubljanski kvintet trobil. Družabno srečanje, ki so se ga udeležili tudi novi primariji z njihovimi družinami, se je zavleklo pozno v noč.

Na koncu povejmo, da so bili pokrovitelji prireditve Zavarovalnica Adriatic iz Kopra, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Perutnina Ptuj.

Delo SZD

POROČILA ZA OBDOBJE 1992–93

POROČILO ORGANIZACIJSKE KOMISIJE SZD

Zlatko Fras

Pravilnik komisije

Jeseni 1992 je bil izoblikovan predlog pravilnika o delovanju Organizacijske komisije Slovenskega zdravniškega društva (v nadaljnjem besedilu OK SZD). Predstavljen in sprejet je bil na seji UO SZD v Slovenj Gradcu, decembra 1992.

Stanovske ugodnosti za slovenske zdravnike – predlogi Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč

Na 1. seji komisije sprejeti sklepi so bili posredovani skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč in UO SZD. Skupnost SNZ je sprejela sklep, da uživajo slovenski zdravniki od 1. 1. 1993 v zdraviliških skupnosti 15% popust za vse zdravstvene storitve, v zdravilišču Atomske Toplice pa velja za upokojene zdravnike 100% popust na vse zdravstvene storitve glede na indikacije zdravilišča. Istočasno direktor zdravstvene dejavnosti tega zdravilišča predlaga skupen sestanek s predstavniki našega društva v zvezi z morebitnimi dodatnimi ugodnostmi za naše člane. UO SZD je v skupino za nadaljnje pogovore v zvezi z morebitnimi podelitvami nalepk »Priporoča SZD«, za katero ideja je izšla iz vrst OK SZD, imenoval predsednika, generalnega sekretarja in predsednika OK SZD. Slednja sta se februarja 1993 sestala s tajnikom skupnosti SNZ g. R. Rumbakom, ki je na sestanku med drugim opozoril na precejšnjo nekooperativnost slovenskih zdravnikov v preteklosti in mnogokrat skoraj omalovažujoč odnos do dejavnosti slovenskih naravnih zdravilišč. Dodal je tudi, da je mogoče pričakovati bistveno večje sodelovanje z njihove strani takrat, ko struktura dejavnosti slovenskih naravnih zdravilišč ne bo več v glavnem turistične narave, temveč primarno zdravilske. Sklenjeno je bilo še, da bodo predstavniki SZD vabljeni na naslednji razširjeni strokovni sestanek predstavnikov vseh članov SSNZ ter da se sproži pobuda za ustanovitev balneološke sekcije pri SZD.

Uredništvu Zdravniškega vestnika je bila posredovana pobuda o objavljanju doktrinarnih stališč ter novosti s posameznih strokovnih področij, ki naj bi jih kontinuirano pripravljale strokovne sekcije SZD. Načeloma se je uredništvo strinjalo s predlogom, po zagotovitvi glavnega urednika ZV so bile podobne ideje prisotne tudi že v preteklem obdobju, vendar pa do realizacije nikoli ni prišlo. Poglavitni razlog naj bi bila nepripravljenost sekcij za takšno delo.

Sodelovanje predstavnikov OK pri pripravi ločene kolektivne pogodbe za zdravnike v Sloveniji – sodelovanje s sindikatom slovenskih zdravnikov FIDES.

Na pobudo FIDES-a je bil v koordinacijsko skupino za pripravo ločene kolektivne pogodbe za zdravnike v Sloveniji imenovan tudi predstavnik SZD, sočasno član OK SZD, dr. Ivan Mrzlikar, ki je tudi član Izvršilnega odbora FIDES-a. Pri razpravah o vsebini kolektivne pogodbe je sodeloval tudi predsednik komisije po pooblastilu Sekretariata SZD. Pomembno je poudariti, da je bilo ob oblikovanju kolektivne pogodbe za zdravnike v Sloveniji doseženo načelno soglasje vseh treh organizacijskih oblik slovenskega zdravništva, SZD, Zdravniške zbornice in FIDES-a. Pogle-

vitne točke predloga kolektivne pogodbe, predvsem pa oba variantna predloga tarifnega dela je mogoče prebrati v glasilu Zdravniške zbornice Slovenije, ISIS-u, št. 2 in 3, 1993.

Teškoče aktivnosti

Na predlog OK SZD je bil sprejet sklep, da bo pomemben del 130. rednega letnega srečanja SZD namenjen stanovskoorganizacijski problematiki. Sprejeta je bila pobuda, da bodo na srečanju obravnavane naslednje teme: organiziranost slovenskega zdravništva, stanovske ugodnosti za slovenske zdravnike ter zbolewnost, smrtnost in ogroženost slovenskih zdravnikov na delovnem mestu.

V preteklem letu je bilo potrebno po pooblastilu sekretariata SZD izpeljati še nekaj operativnih zadolžitvev praktično »čez noč«, tako da seveda sej komisije ni bilo mogoče sklicati. Gre za mnenja v zvezi z nagradami dr. Jožeta Potrča in pravilnikom za podelitve naziva primarij. Skladno s sklepom z 8. kongresa SZD smo se zavzeli za ohranitev nagrade dr. Jožeta Potrča, vendar pa pobuda ni bila sprejeta. Na osnovi takšne odločitve Ministrstva za zdravstvo smo v OK SZD sprejeli sklep o oblikovanju predloga za podeljevanje državnih nagrad zdravnikom.

Normativi in standardi v zdravstveni dejavnosti. V zvezi s predlogom normativov in standardov je bila izvedena anketa med strokovnimi sekcijami SZD. Njihova mnenja in pripombe so bile posredovane dr. Tonetu Koširju, koordinatorju priprave normativov in standardov.

Sekretariat SZD je na svoji seji 4. 3. 1993 zadolžil Organizacijsko in Strokovno komisijo SZD, da pripravita predlog za reorganizacijo oz. kvalitetno dograjevanje delovanja strokovnih sekcij. Na to temo je bil pripravljen osnutek izhodišč, o katerih je treba še razpravljati, predvsem v okviru strokovnih sekcij samih in jih po potrebi spremeniti, dopolniti. Poudariti je treba, da je delovanje v strokovnih sekcijah SZD temeljnega in vitalnega pomena za SZD. Zdi se umestno spodbujati in pospešiti pripravo konsistentnih strokovnih programov podiplomskega usposabljanja in izpopolnjevanja ter dati večji pomen strokovnim sekcijam pri izoblikovanju doktrinarnih stališč v slovenski medicini.

POROČILO STROKOVNE KOMISIJE SZD

Slavko Rakovec

V obdobju enega leta, od pomladi 1992 do pomladi 1993, so dejavnost Strokovne komisije obeleževale zlasti naslednje dejavnosti:

- Sodelovanje v delu sekretariata in upravnega odbora SZD.
- Sodelovanje z drugimi komisijami SZD, zlasti z Organizacijsko in Komisijo za informacije.
- Pripravljanje in sodelovanje pri izvedbi strokovnega dela rednega letnega srečanja slovenskih zdravnikov leta 1993. Pri tem velja opozoriti, da izvajalci strokovne teme niso pravočasno predložili svojih prispevkov Zdrav. vestniku in da zato ta tematska številka revije pred »srečanjem« ne bo izšla. To kljub temu, da so bili večkrat opozorjeni in so zagotavljali, da vse v redu poteka. Na »srečanju« bodo torej svoje prispevke na kratko predstavili, šele nato bo na vrsti razpravljanje.
- Pripravljanje strokovne teme za redno letno srečanje leta 1994.
- Sodelovanje pri načrtovanju uvedbe in izvedbe sekundariata.
- Sodelovanje pri delu odbora za primariate. Pri tem smo imeli dve bistveni pripombi:

1. pogoji, ki naj bi jih kandidati izpolnjevali in dokazila, ki naj bi jih predložili, v dosedanem pravilniku niso dovolj jasno opredeljeni, kar lahko vodi do nepravilnosti;

2. nekateri predpisani pogoji ustrezajo splošnim zdravnikom, drugi bolj specialistom. Redki so tisti, ki lahko v celoti izpolnjujejo vse kriterije. Zato predlagamo, da naj bodo pogoji popolnoma jasno in razumljivo opredeljeni ter da naj bodo za različne strokovne usmeritve nekateri predpisani pogoji drugačni.

– Usklajevanje dela in organiziranosti strokovnih sekcij SZD. Pojavljata se dve divergentni usmeritvi: prva po večji samostojnosti sekcij in druga po večji povezavi sorodnih sekcij. Zdi se, da za prvo ni pravih razlogov, saj so sekcije v svojem strokovnem in tudi finančnem poslovanju povsem samostojne, tudi v tujini in v zvezi s tem smo dali več sekcijam soglasje za preimenovanje v tujem jeziku. Drugo usmeritev, o povezovanju sekcij podpisamo in bomo v tem smislu delovali naprej. Številne strokovne sekcije o svojem delu ne poročajo, čeprav jih k temu vezuje statut SZD. Za tiste, za katere smo po večkratnih preverjanjih ugotovili, da ne delujejo, smo predlagali ukinitve. Dali smo soglasje k ustanovitvi Sekcije za senologijo SZD.

– Podpora prizadevanjem (Sekcija za akupunkturo SZD, Zveza geografskih društev Slovenije) za različno razmejitvev med znanstveno medicino in alternativnimi dejavnostmi.

– Podpora predlogu Endokrinološke sekcije SZD, da naj Zdravniška zbornica Slovenije utečeno strokovno izobraževanje, ki ga ustrezno urejajo in vodijo strokovne sekcije, prizna kot stalno strokovno izobraževanje, ki ga predpisuje za podeljevanje in podaljševanje dovoljenja za samostojno delo.

POROČILO KOMISIJE ZA INFORMACIJE SZD

Danica Rotar-Pavlič

Čeprav je mandat Komisiji za informacije Slovenskega zdravniškega društva (KI SZD) v stari sestavi potekel že maja lani, je bila nova sestava potrjena na drugi seji upravnega odbora SZD (UO SZD). Prvi sestanek naše komisije je tako potekal dne 16. 9. 1992, na njem pa smo člani soglasno sprejeli osnutek pravilnika o delu KI ter ga predložili v potrditev UO SZD.

V kratkoročnem programu se je KI najprej osredotočila na začetek promotivne dejavnosti strokovnih medicinskih knjig, katerih avtorji so slovenski zdravniki. Prva, ki smo jo predstavili 20. 10. 1992, je bila knjiga prof. dr. Ludvika Taborja z naslovom Diagnostična radiologija v stomatologiji. Poskrbeli smo tudi, da so bile informacije o izidu objavljene v medijih (Delo, Dnevnik, radio, posebna polurna oddaja na 3. radijskem programu). Dogovorili smo se tudi, da kratke vsebine knjig, ki so jih napisali slovenski zdravniki, objavimo tudi na straneh Delove priloge »Znanje za razvoj«.

KI je sodelovala tudi pri predstavitvi knjige Antibiotiki in kemo-terapevtiki v vsakdanji praksi avtorice prof. dr. Marice Marolt-Gomišček. Organizacijo predstavitve je v celoti prevzela tovarna Lek, v katerih prostorih je predstavitev tudi potekala.

Na prvem sestanku KI smo načeli vprašanja glede novih članskih izkaznic SZD, objave Kodeksa novinarske etike, volonterstva mladih zdravnikov ter vsebine morebitnih novih rubrik v Zdravniškem vestniku.

Dne 24. 11. 1992 smo v prostorih Doma slovenskih zdravnikov organizirali tiskovno konferenco ob izidu dveh novih knjig: dr. Edmund Kovačič nam je spregovoril o delu doc. dr. Antona Prijatelja z naslovom Pijem, torej sem; prof. Nada Perko pa je opisala knjigo z zgodovinsko tematiko prim. dr. Vasje Klavore z naslovom Plavi križ.

KI je 3. 11. 1992 zastopala Slovensko zdravniško društvo na okrogli mizi Ministrstva za zdravstvo, kjer smo predstavili prizadevanja SZD v akcijah za zmanjševanje škodljivih posledic kajenja

nja. Seznanili smo se tudi s projektom Slovenija brez kajenja in z novo nastajajočo restriktivno zakonodajo na področju omejevanja kajenja.

Na seji KI, ki je bila 22. 12. 1992, je na željo njenih članov sodeloval tudi v. d. direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje R Slovenije dipl. iur. Franc Košir. Zaradi pripombe nekaterih članov komisije na Navodila zavarovalnice in mnenja naših članov, da so z njimi kratene nekatere temeljne zdravnikove pravice, je bilo ozračje precej »naelektreno«.

Na omenjenem sestanku smo potrdili tudi predloge za televizijsko oddajo »Da ne bi bolelo«, ki so jih posredovale strokovne sekcije SZD. S Televizijo Slovenija smo se dogovorili za snemanje novega sklopa oddaj »Zrno do zrna«, ki bodo zajemale tudi zdravstveno problematiko. Oddaje že pripravljajo in bodo od začetka aprila ali konca marca na sporedu ob četrtkih in petkih pred osrednjim televizijskim dnevnikom.

Glede podeljevanja naziva primarij je KI menila, naj ne veljajo samo strogo strokovni pogoji. Premalo strokovnih nazivov ne sme onemogočati kandidature posameznim zdravnikom, ki so že – ali še bodo – izjemno prispevali k povečanju izgleda zdravništva na Slovenskem.

KI sodeluje tudi na rednih mesečnih sestankih akcijske skupine za zmanjševanje kajenja pri Ministrstvu za zdravstvo. V sodelovanju s posameznimi sekcijami pripravljamo nove letake proti kajenju, zadolženi pa smo tudi, da pošljemo pripombe SZD na projekt »Slovenija brez kajenja«, ki naj bi postal temelj strategije boja proti kajenju.

KI je februarja letos organizirala objavo skupnega mnenja SZD, Zdravniške zbornice in Sekcije za akupunkturo glede kongresa komplementarne medicine, ki je potekal v Ljubljani od 26.–28. februarja. Ugotavljamo, da so mediji zaradi nam nerazumljivih razlogov precej bolj naklonjeni alternativni kot klasični medicini. Dne 25. 2. 1993 smo v sejni dvorani SZD organizirali predstavitev knjige prof. dr. Antona Dolenc z naslovom Medicinska etika in deontologija – dokumenti s komentarji. Seznanili smo se tudi s ponatisom Anatomskega atlasa v treh delih (avtorja Bertolini in Leutert), ki ga je prevedla prof. dr. Alenka Dekleva in založila Tehniška založba Slovenije. O predstavitvi je v svojih poročilih obširno poročal Kanal A, poleg časopisov pa tudi Radio Ljubljana.

Zaradi številnih reklamnih akcij ob ponatisu knjige Zdravniško preizkušeno domače zdravljenje artritisa je KI organizirala objavo skupnega stališča SZD, Zdravniške zbornice Slovenije in Revmatološke sekcije SZD. Mnenje je poleg dnevnega tiska izšlo tudi v Zdravniškem vestniku in reviji ISIS.

Za objavo v Zdravniškem vestniku pripravljamo letno poročilo o delu sekcij SZD in s tem vzpodbujamo izmenjavo informacij med posameznimi sekcijami.

Ob koncu letnega poročila o delu KI se vsem, ki so pri njem kakor koli sodelovali, zahvaljujem in ponovno vabim vse kolege k aktivnejšemu sodelovanju v informacijskih dejavnostih komisije, društva in stroke.

Pravočasna, korektna in objektivna informiranost je prvi pogoj za učinkovito delo in neobremenjene medsebojne odnose.

POROČILO KOMISIJE ZA ZVEZE Z ZAMEJSTVOM IN INOZEMSTVOM SZD *Majda Toplak-Ostan*

Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom je imela v svoji novi sestavi od izvolitve do 130. rednega letnega srečanja slovenskih zdravnikov štiri seje.

Že v začetku svojega delovanja je pripravila osnutek novega Pravilnika o organizaciji in delovanju komisije. Pravilnik je bil brez zadržkov sprejet na seji UO SZD dne 4. decembra 1992.

V 2. členu Pravilnika komisija skupno s predsednikom SZD zastopa interese stanovske organizacije slovenskih zdravnikov in predstavlja SZD na mednarodni ravni. Člani komisije so se na sejah seznanili z novim Pravilnikom, z dolžnostmi in prednostmi, ki iz njega izhajajo. Komisija vzpostavlja stike in se povezuje z zdravniškimi društvi v tujini, WMA (Svetovnim zdravniškim združenjem), katerega člani smo, ter drugimi zdravniškimi institucijami v svetu, predvsem pa z našimi slovenskimi kolegi, ki živijo onstran meje. Na 130. srečanje slovenskih zdravnikov želi povabiti čimveč tujih kolegov in z njimi osebno navezati stike. Komisija je v letu 1992 pripravila in realizirala uspešen izlet zdravnikov v predele vzhodne Slovenije, ki so mnogim kolegom premalo poznani in obiskani. O izletu je poročala v Zdravniškem vestniku.

Tudi v tekočem letu pripravlja dva izleta.

Prvega v mesecu maju na Štajersko in drugega v jesenskem času na našo zahodno mejo, kjer bi se srečali s slovenskimi kolegi iz Italije.

POROČILO ČASTNEGA RAZSODIŠČA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA *Marko Kolenc*

V Častno razsodišče SZD (ČR SZD) so bili izvoljeni na volilni letni skupščini 1992 v Mariboru: za predsednika prof. dr. Marko Kolenc (prisoten na vseh 5 sejah ČR), za člane dr. Ivan Zupanc (prisoten na 4 sejah), prim. dr. Jurij Pesjak (prisoten na 3 sejah), dr. Andrej Drozg (prisoten na eni seji) in prim. dr. Zmago Turk (ni bil prisoten na nobeni seji). Za namestnika predsednika je bil izvoljen prim. dr. Vasja Klavora (ni bil vabljen), za namestnike članov pa dr. Kamilo Lukanovič (enkrat prisoten), prim. dr. Oton Herman (trikrat prisoten), prim. dr. Janez Vrbovšek (dvakrat prisoten), dr. Andreja Smukavec (ni bila vabljena). Za tožilko je bila izvoljena prim. dr. Metka Macerol-Hiti (prisotna na 5 sejah) in za njenega namestnika dr. Aleš Breclj (prisoten enkrat).

Vse seje razen tretje so bile sklepščne.

Obravnavali smo 10 predloženih zadev, ena od teh je bila ČR SZD poslana le v vednost, sicer pa poslana Etično-pravni komisiji Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS). V kolikor bi ZZS v tej zadevi ugotovila kršenje deontoloških načel, jo bo ČR SZD obravnavalo ponovno. Nekatere od teh zadev so bile naslovljene tako na SZD kot na ZZD, pa tudi na Ministrstvo za zdravstvo. V šestih zadevah je šlo za pritožbe bolnikov ali drugih oseb ali organizacij na delo in postopke zdravnikov, v dveh primerih pa na skupine zdravnikov.

ČR SZD je omenjene zadeve zaključilo tako, da je v enem primeru podalo stališče, da je bilo delo zdravnika neustrezno. Zaradi proceduralnih zapletov bo to zadevo ČR SZD obravna-

valo ponovno. En težji primer bo ČR obravnavalo še pred bližnjo letno skupščino v želji, da jo zaključijo. En primer pritožbe zdravnika na zdravnika, organizacijske narave, je ČR prepustilo zdravstveni organizaciji, drugega pa zaradi boljšega poznavanja razmer področnemu zdravniškemu društvu. V vseh ostalih primerih je ČR SZD ugotovilo, da so obtožbe na zdravnike neosnovane in predložilo Sekretariatu SZD, da v nekaterih primerih ustrezno ukrepa zaradi zaščite prizadetih zdravnikov.

Jasne razmejite obravnavanja zadev ali na ČR SZD ali pred organi ZZS nismo uspeli postaviti. Držimo se načela, da obravnavamo na ČR SZD zadeve, ki se tičejo kršenej deontoloških načel in različnih ravnanj posameznih članov SZD, zadeve strokovne narave pa prepuščamo ZZS, organizacijske pa Ministrstvu za zdravstvo. Za organ na katerem naj bi se zadeva obravnavala najbolj učinkovito, se odločamo tudi individualno, glede na težo in naravo zadeve.

ČR SZD je dalo pobudo Sekretariatu SZD, da sproži razprave v zvezi z delovanjem zdravnikov na strokovno spornih področjih paramedicine in alternativne medicine.

Delo v ČR SZD je mučno, ker ostaja večina strank prizadetih v sporih neomajana in često, do članov ČR sovražno razpoložena, zlasti, če izreki niso v skladu njihovih želja.

POROČILO GOSPODARJA SZD

Aleksander Doplihar

V letu 1992 smo zaključili z obnovitvenimi deli na stavbi Doma slovenskih zdravnikov v ulici Komenskega 4 v Ljubljani. Tako je stavba dobila svoj dokončni izgled. Urejeno pa je bilo tudi dvorišče z okolico, na katerem smo uredili asfaltirano površino in vrisali parkirne bokse za potrebe obiskovalcev doma. Za ureditev je tako ostala le še severna stran hiše – fasade, ki pa ji letos zaradi nejasnosti v zvezi z denacionalizacijskim postopkom nismo pristopili.

V tekočem letu smo zaključili obnovitvena dela na vhodnem stopnišču, uredili nadstrešek nad vhodom v kletne prostore, uredili parkirišče in ga z ustrezno zaporno rampo rezervirali za obiskovalce stavbe. Postavili smo tudi ustrezni žaromet za osvetlitev stavbe, kar v večernih urah lepo poudarja monumentalno vlogo tega objekta.

V preteklem letu smo izvedli tudi večja vzdrževalna dela v prostorih I. nadstr. Dalmatinove 10. Dela so zajemala razna obnovitvena dela v prostorih, ki so že last Slovenskega zdravniškega društva.

Od večjih nabav v letu 1992 je omeniti nakup faksa za potrebe Slovenskega zdravniškega društva in PC računalnika za potrebe Zdravniškega vestnika.

Veliko dela je bilo potrebno vložiti v denacionalizacijske postopke, ki so v teku tako za stavbo na Dalmatinovi 10 kot tudi za stavbo na Komenskega 4. Za stavbo na Dalmatinovi 10 smo vložili zahtevek za vračilo v last Slovenskega zdravniškega društva, kajti stavba nam je bila leta 1948 z nacionalizacijo vzeta in prepisana v splošno ljudsko imovino. Postopek denacionalizacije ovira dejstvo, da zdravniško društvo ni fizična oseba, zato smo na prvo vlogo prejeli negativni odgovor. Pripravili smo dodaten material in vse skupaj oddali ponovno komisiji za denacionalizacijo. Za stavbo na Komenskega 4 je družina Derganc vložila zahtevek za vračilo odvzetega premoženja. Vračilo smo ugovarjali z ozirom na zakonska določila, da stavbe oz. imetje, ki je v uporabi medicinskih ustanov, ne pride v poštev za postopek denacionalizacije. Sočasno pa smo izvršili tudi detajlno oceno vloženi sredstev v omenjeno stavbo, s katerimi je stavba bistveno pridobila na funkcionalnosti in nedvomno tudi na dejanski vrednosti. Kolikor bi bila vloga družine Derganc pozitivno rešena, bomo v postopku uveljavljali pravico do zgoraj omenjenih v izboljšave vloženi sredstev.

Oba postopka denacionalizacije sta še v teku in naši nadaljnji ukrepi bodo odvisni od rezultatov poteka postopka.

POROČILO UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA ZA LETO 1992

Jože Drinovec, Martin Janko

V letu 1992 smo izdali 11 števil (ena je bila dvojna) Zdravniškega vestnika in en suplement, od tega je bilo 6 rednih števil, številka VII. kongresa SZD, številka Kliničnega centra, številka Medicinske fakultete ter mariborska in celjska številka.

Od maja 1992 naprej se je dotedanji Zdravstveni vestnik ponovno preimenoval v Zdravniški vestnik.

Razvrstitev objavljenega gradiva je prikazana v tabeli 1. Pomembno se povečuje obseg v reviji na račun strokovnih prispevkov ter pisem uredništvu. Naprej se povečuje trend upadanja spontano prispelih člankov, kar dve tretjini objavljenih prispevkov je bilo spodbujenih s strani uredništva.

Tab. 1. Pregled objavljenega gradiva v ZV v letu 1992 po številu člankov in straneh.

Rubrika	Število člankov	Število strani
Uvodniki	12	24
Raziskovalni prispevki	6	31
Strokovni prispevki	71	273
Pregledni članki	16	67
Pisma uredništvu	18	45
Razgledi		208

S 1. januarjem 1993 je Zdravniški vestnik prevzel novo celotno podobo, kot jo je v sodelovanju z uredništvom ustvaril arhitekt Edi Berk.

Zanimanje za institucijske in regijske številke ostaja veliko, posebno prizadevni so souredniki s celjskega, mariborskega, pomurskega in novomeškega področja.

V uredništvu smo hvaležni za vsebinsko kritiko, predloge, ki zajemajo tudi nosilce za stvaritve in želje številnih bralcev za dejavno sodelovanje. Tega nimamo v preobilju, ne na strokovnem področju, še manj na društvenem. Prav ta del je ob cepljenju sil v slovenski medicini in v slovenski medicinski publicistiki še posebej potreben osvežitve. Koncept Zdravniškega vestnika kot osrednje nacionalne medicinske revije je ob ustanovitvi glasila Isis, ki ga izdaja Zdravniška zbornica Slovenije, jasnejši in nalog je več, kot se nam zdi, da smo jih sposobni uresničiti.

Materialno stanje v Zdravniškem vestniku je zadovoljivo, stabilno, 18% prihodkov za Zdravniški vestnik doteka iz članarine SZD, praktično enak del iz naročnine ustanov, zadovoljni smo s prilivi na račun oglaševanja in tematskih števil. Še vedno je bistveno premajhen delež sredstev iz Ministrstva za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije pa nas še nima v seznamu potrebnih in tudi za zavarovalnico in zavarovance koristnih sodelavcev.

Obseg in zahtevana kvaliteta dela nas usmerjata v postopno profesionalizacijo tudi pri organizaciji.

Odmevi

O SLOVENSKEM JEZIKU, NAS ZDRAVNIKI IN ŠE ČEM

Jože Drinovec, Martin Janko

Prav vesela sva, da se je prim. Zalokar ponovno oglasil tudi v Zdravniškem vestniku. V zadnjih treh, štirih letih smo ga srečevali predvsem v pisnih bralcev v dnevnem časopisju. Potrebno je bilo, da se vsaj del razprav o pomenu slovenskega jezika prenese tudi v strokovne revije. Skoraj v nebo vpajoče zanemarjanje oz. nizka kultura jezika v javnosti v zadnjih treh letih, pravo vsebinsko nasprotje med deklarirano samostojnostjo in samobitnostjo Slovencev in Slovenije ter vsebinsko skrbjo za jezik.

V zadnjih šestih mesecih na srečo ob mafijem pohlepu po denarju in v običaj prešlem podkupovanju kot antipod oživlja skrb za nekatere kulturne vrednote. Med njimi tudi povečana skrb za jezikovno kulturo.

V Zdravniškem vestniku so številni uredniki skrbeli za jezik, ga likali, spodbujali iskanje lepih in ustreznih slovenskih poimenovanj, iskali sodelavce, tudi kvalitetne lektorje. Motila nas je nezainteresiranost za pomembne publikacije, kot je Pravopis slovenskega jezika, neodmevnost na izid Slovenske slovnice, majhna odmevnost ob izidu celotnega Slovarja slovenskega knjižnega jezika. Pravzaprav smo se Slovenci zadnjič strnili pri zavračanju skupnih izobraževalnih jeder. Prav to nas je napotilo k razgovoru s prof. Toporiščem, katerega delo tudi še ni bilo ocenjeno, ne glede na to, koliko se z njim strinjamo ali ne. Zagotovo pa je malo slovenistov napravilo za slovenski jezik toliko, tako pri znanstvenem, pedagoškem in celo poljudnem pisanju, kot bojeviti Toporišč. Zdravniški vestnik je bil in ostaja osrednja revija slovenskega zdravništva in s ponosom nadaljuje tradicijo razvoja ne le stroke, ampak tudi kulture, slovenstva in kritičnega mišljenja do vsega okrog.

Jezik pa le ostaja predvsem sredstvo sporazumevanja v najširšem smislu. Res je, da smo Slovenci maloštevilen narod. Ohranjanje kulturne samobitnosti in tudi jezika je bilo pomembno v preteklosti in bo zagotovo tudi naprej. Že v preteklosti smo bili za večino nesreč le krivi pretežno sami. Gospodarska moč, politična zrelost, preudarnost, delavnost in znanje pa tudi spretnost bodo najbrž odločilni dejavniki za preživetje, sožitje z drugimi narodi v Evropi, zunaj nje, včasih pa tudi soočanje. Najbrž pa ne bo šlo brez notranje čvrstosti posameznika in skupnih teženj oz. teženj za uresničitev skupnih ciljev. Zdi se, da je na lestvici vrednot prej prišlo do dviga slovenskega jezika, kot siceršnja integracija med Slovenci. Medstrankarska ter siceršnja sovražnost in medsebojna agresivnost se še ni izživela. Najbrž je tudi za to potreben čas. V uredništvu se nam to kaže kot upadanje zanimanja za pisanje, še posebej o društvenem delu. Ustanavljajo se listi in lističi, glasilca, glasila – podmladki, sekcije, oddelki izdajajo svoja v majhnih nakladah, z majhnim krogom bralcev, majhno odmevnostjo, z nekaj ali mnogo oglasi, z velikimi stroški, z malo želje po združevanju. Ločitve, ne združitve je čas!

V najbrž pomembnih družbenih spremembah se slovenski zdravniki do sedaj nismo posebno izkazali. Pomembnejši so nam mali strankarski privilegiji, naklonjenost pomembnežev, ki se hitro menjajo, in javne funkcije, kot pa skupni interesi. Vsaj Zdravniška zbornica in Slovensko zdravniško društvo pa še kdo se ne bodo mogli orestiti odgovornosti, da nas zdravnike v državnem svetu zastopa medicinska sestra, ne zdravnik. To trdva kljub spoštovanju le-te in priznanju za vse, kar je dosegla.

Slovenci prav tako ne bomo preživeli z zapiranjem vaze, ampak s premišljeno odprtostjo, pripravljenostjo nanjo, s poglobljenim

znanjem tujih jezikov in tudi poznavanjem drugih kultur. Ne bo se mogoče enakopravno uveljaviti niti v medicini, še manj pa v gospodarstvu, če se ne bomo enakopravno pogovarjali brez prevajalca. O tem nam v Slovenskem zdravniškem društvu govori izkušnje ob včlanjevanju v Svetovno zdravniško združenje (WMA), kot zagotovo tudi osebne izkušnje prim. Zalokarja v Avstraliji. Bistveno za ugled tistih slovenskih vrhunskih politikov in s tem tudi države Slovenije, ki se ne morejo samostojno pogovarjati vsaj v enem svetovnih jezikov. Prepričan sem, da prim. Zalokar prav tako dobro kot mi pozna angleške in francoske gimnazije ter fakultete v nerazvitem, polrazvitem in razvitem svetu. Celó v tako nacionalno homogeni in nacionalno zavedni državi, kot je Poljska. Odprtost v svet, znanje jezikov ni in ne sme biti v nasprotju z znanjem in zavestno kulturo slovenskega jezika. Praviloma bo imel razumnik, ki obvlada zelo dobro en jezik, bolj poglobljen odnos tudi do drugega jezika. To velja tudi za materinega.

Zelo posrečen se mi zdi pojem »jezikovni imperializem«, vendar menim, da je jezikovni imperializem že posledica nekega drugega imperializma, ekonomskega, političnega, na vsak način drugačne moči in prevlade kot v jeziku. Jezikovna premoč pride kasneje, šele kot posledica prvotne. Če nam je vseč ali ne, je iz povedanih razlogov prišlo do prevzemanja angleščine kot skupnega jezika za sporazumevanje v svetu, nekakšnega esperanta, kot je bil pred dolgimi stoletji latinski jezik in pred nekaj desetletji francoski v diplomaciji.

Odmevnost pisca, ustanove, revije in tudi Slovenije se ne bo merila po medsebojnem priznavanju patriotizma in trepljanju po ramenih. Merila se bo po kvalitetnih prispevkih v najboljših mednarodnih revijah. Zato bodo, in prav je tako, najbolj plodni slovenski strokovnjaki pisali neposredno v najbolj priznane mednarodne revije. V Zdravniškem vestniku skušamo od takih strokovnjakov dobiti pregledne prispevke, vsaj nekaj izvirne znanstvene misli pa bomo tiskali v angleškem jeziku z razširjenim izvlečkom v slovenščini.

Naša revija si je z dolgoletnim delom in z zavestnim in prizadevnim delom piscev in uredništev, tehnično izvedbo ter rednim izhajanjem nekaj potrebnih kriterijev že pridobila. Indeks citiranosti in vključitev v Current Contents/Clinical medicine, Excerpta Medica in druge sekundarne revije so dokazi za to. Želimo izpolnjevati tako omenjene mednarodne standarde kot hkrati biti potrebna, zanimiva, celo neobhodna revija za čimvečji del zdravnikov v Sloveniji.

Še bi si želeli prispevkov prim. Zalokarja in njegovega odzivanja na aktualno tudi v naši reviji.

Prispelo 1993-04-09

Odmevi
**SPOŠTOVANA IN DRAGA KOLEGA,
 UREDNIKA »ZDRAVNIŠKEGA
 VESTNIKA«!**
Marjan Kordaš

Potem ko je bil objavljen moj prispevek »Pisati strokovna dela v slovenščini...«, me je – v moje veliko presenečenje – obiskalo ali poklicalo nekaj zdravnikov z namenom, da bi se pogovarjali o mojem zapisu. Žal pa se ni oglasil noben Albanec; tako nisem mogel ne podpreti, ne ovreči teze, da je v tem zapisu sporno le eno, namreč, da žalim Albance...

Stiki z mojimi sogovorniki so pokazali, da se ponavlja »Rashomon«, znameniti film Akira Kurosawe: Vsak človek razume dogajanje krog sebe tako, kot to zmore ali hoče. Tako so nekateri od mojih sogovornikov častili mojo strpnost do drugače mislečih in govorečih, drugi pa so napadali moje zaničevanje slovenščine ter malikovanje angleščine in nemščine. Oba odziva sta logična: tisti, ki se večjezičnosti boji, vidi Karla Deschmanna; tisti pa, ki se večjezičnosti ne boji, vidi Dragotina Dežmana in njegov spis »Preklete grablje«.

Pisma prim. dr. Zalokarja sem bil zelo vesel. Lahko ga razumem. Ne bom ga komentiral, ker ni potrebno. Njegovo pismo je eden tistih odzivov, ki pričajo, da se bridko zavedamo naloge, ki je pred nami: ohraniti svojo nacionalno identiteto (malega naroda) ter se hkrati uveljaviti med velikimi narodi. Zares: jezik in iz njega izhajajoča govorica imata velikanski iracionalen naboj in dobro je, če se ga zavedamo. Vsak od nas, slovenskih intelektualcev, ga bo nosil po svoje in po svoje bo prenašal iz njega izhajajočo odgovornost. Za to ne bo pisal receptov. Zato bo pisal v slovenščini ali v tujem jeziku tako in takrat, kot bo to presodil. Če bo presojal narobe, bo propadel. Če pa bo presojal prav, bo preživel!

Prispelo 1993-04-19

Zanimivo je vedeti
**K ZGODOVINI MEDICINE
 V 20. STOLETJU**
Anton Dolenc

Politika se v zadnjih desetletjih vedno bolj vtika v vse pore družbenega dogajanja. Tudi zdravstvo ni izjema. Iz tega pa izhaja, da zdravnik izgublja svoj položaj, ko mu vsemogoča državna administracija reže kruh in odloča o njegovem ravnanju. Ministri za zdravstvo tako postajajo podaljšana roka državne uprave (vlade), ne pa predstavniki zdravstva kot organizacije posebnega družbenega pomena. Nespособnost »upravljaljskih struktur« se kaže v posledicah, kot so čezmerno in nesmiselno administriranje, poseganje v neposredno delo zdravnika in zdravstvenega osebja, v vedno manjši učinkovitosti (storilnosti) zdravstvenega osebja, v nikoli končanih sestankovanjih, v postopnem odtujevanju do bolnikov, kar pripelje celo do brezdušnosti, ko postane vodilno, primarno vse drugo, samo bolnik ne. Ali je potem slučajno, če iz take prakse nastaja nuja po novi reformi (ki ne uspe) in jim sledijo nove in nove. Blagopokojna cesarica M. Terezija si je zato od drugod za svojo zdravstveno reformo poklicala na dvor Van Swieten, ki je stvar postavil na pravo mesto. Dosti bolj nepreviden pa je B. Clinton, ki bo reformo zdravstva opravil kar v »domači režiji«, saj je tovrstno komisijo predal kar svoji ženi.

Kako delujejo reforme v »domači režiji«, izkazuje zapis dr. J. Zalokarja v Mavrični kači (Radovljica, 1991, str. 101), v katerem se je »lotil« usode psihiatrije v ZDA.

V času vietnamske vojne in drugih težav so v ZDA pričeli z »osvobajanjem« bolnikov, z ukinjanjem bolnišnic in z nastopom zoper avtoriteto v stroki. J. Zalokar je zapisal: Številni psihiatri in sociologi so postali kronisti te tragedije ameriške psihiatrije, slepo pa so ji sledili tudi drugod po svetu, ker se niso zavedali njenega ozadja. Kar je prihajalo iz Amerike, je veljalo za moderno, pa čeprav je bilo strokovno, etično še tako oporečno. Za množice so pričarali privid svobode. Lepa gesla o deinstitutionalizaciji, o svobodi bolnikov, vrnitvi na dom, o antiavtoritativizmu itd. so bila le prazna retorika. Pri teh ukrepih je odigral pomembno vlogo kalifornijski guverner in poznejši predsednik ZDA R. Reagan. Uspelo mu je v kratkem času zmanjšati število psihiatričnih postelj od petdeset tisoč na samo sedem tisoč.

Posledica tega pa je bila, da se je večina bolnikov, nevajenih drugačnega okolja, znašla na cesti: spali so pod napušči in mostovi, po klopeh v parkih, zašli v izkoriščevalska, na hitro urejena prenočišča, ali pa končno pristali v zaporu. Njihova umrljivost je skokovito porasla zaradi samomorov, umorov, nesreč in raznih bolezni, ki jih nihče ni zdravil – je zapisal J. Zalokar.

Bogata družba se je tako znebila »dragih oskrbovancev«, skriti za državne ustanove planiranja, registracije – skratka politike do sloja ljudi, ki ni bil ekonomsko zanimiv oziroma ni za skupnost ničesar proizvajal – skratka bil je »parazit« in je živel na breme davkoplačevalcev. »Osamosvojitve« teh bitij in zapiranje njihovih azilov pa je bilo opravičilo, da se dá tudi tako »poskrbeti« za njih.

Pisec je v nadaljnjem še posebej poudaril, da so v »žalostni« kroniki ameriške psihiatrične »reform« oblasti spodkopale in zrušile najprej najboljše, zglede psihiatrične bolnišnice, ne pa najbolj zanemarjenih. Računica je bila jasna: ko pade dobro, se bo slabo samo od sebe sesulo. Orodje, ki so ga pri tem rabili, so bili raznovrstni osebni in javni pritiski, predvsem pa intrige, s katerimi so zrežirali slabe odnose med zaposlenimi, predstojniki so očrnili ali odstranili. Med orodja je sodilo tudi skupinsko delo, ki ima lepo zvence ime terapevtska skupnost (izumili so ga že ob koncu druge svetovne vojne na pobudo vojaško-policijskih oblasti, ki so iskale način, da bi preprečile upornost ali težavnost demobiliziranih vojakov).

Na podlagi tega zapisa bi se lahko vprašali, kako so se »terapevtske skupnosti ali teami« obnesli v naših razmerah, ki pogojujejo še bolj individualistično zdiferenciranega bolnika, ki se je tudi zaradi družbeno usmerjene duhovne kolektivizacije znašel v precepu med domačo in z zahoda »uvoženo« ideologijo. Prikaz takšnega nevrotičnega stanja bi za naše razmere pomenil bistveni prispevek k spoznanju, do kolikšne mere je oblast pri nas ravnala v prej navedeni smeri in koliko ji je pri tem »držala štango« splošna medicinska in ožja psihiatrična stroka.

Dr. Zalokar se v nadaljnjem besedilu sklicuje na psihiatra Greenblatta, ki je zapisal, da so tako ali drugače v zdravstvo vdrla zakoni džungle političnega podzemlja, pobijanje zaslug nasprotnika, udarec z nožem v hrbet, uporaba zvez in intrig ter pravilo »uniči sovražnika z vsemi sredstvi«. V takih razmerah zmaguje sebičnost nad nesebičnostjo, sovraštvo nad ljubeznijo, neumnost nad modrostjo.

Na dlani je, da je v takih razmerah sledil razkroj psihiatrije, za katerega sta značilna demoralizacija in pomanjkanje strokovnega vodstva ter perspektive. Boj zoper »birokracijo« se je končal z zmago brezčutnega odnosa, ki je zasenčil strokovnost in srce. Večji ko je bil kdo umetnik v nastopaštvu, lažje je v teh razmerah uspel. Profesorji psihiatrije so postali nevedneži. Trajalo je leta, preden je napredna javnost sprevidela, da je bila prevarana in da

taki antipsihiatri niso bili levi, kot je mislila, ampak le poslušno orodje visokih denarnih krogov.

V tem procesu je bilo dopustno vse: nekoč spreminjanje bolnišnic v zapore, danes pa prepuščanje bolnikov cesti, boleznin in smrti – in tako se je za ZDA končala ta črna revolucija v psihiatriji. Kritični zapis prim. Zalokarja, ki je brezdušnost ekonomike v zdravstvu spoznaval v daljni Avstraliji, nas navdaja z vprašanjem, kam nas vodijo zdajšnji zagnanci, ki politiki ponujajo svoj kamen modrijanov, ko se na zdravstvenem odru pojavljajo čudni rešitelji in nastopači, ki v enem kurzu (ali še tega ne) obvladajo vse zdravilstvo in register 35.000 bolezni, ki jih spoznajo običajni smrtniki na MF doma in po svetu v dolgih letih, da ne rečemo v desetletjih. Črna magija, ki jo dopušča država, da bi lažje prelivala namensko zbrani denar za »svoje višje cilje«, vsiljuje zdravnikom razprave o alternativni medicini. Za zdravnike je medicina samo ena, o alternativni medicini pa naj se pogovarjajo laiki (politiki, ekonomisti, šarlatani in vse zmožni rešitelji). Ob ugotovitvah, da si je zakonodajalec v zakonu o zdravstveni dejavnosti privoščil nekaj skrajno problematičnih določil o opravljanju »zdravstvenih uslug«, pa bo moral razmisliti sam. Ko bo treba zgrešenost zakona popravljati, pa tako zopet ne bo odgovoren nihče. Sodobno zdravstveno prosvetljeni posameznik pa je po zakonu itak odgovoren za svoje zdravje – kako pa bo do zdravja prišel, pa je očitno njegova stvar. O tempora – o mores!

Aktualni pogovori

POGOVOR UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA Z MOJCO DRČAR-MURKO

Mojca Drčar-Murko, rojena leta 1942 v Ljubljani, diplomirala na ljubljanski pravni fakulteti (1965) in magistrirala na zagrebški pravni fakulteti (mednarodno javno in zasebno pravo, mednarodni odnosi) leta 1973. Z novinarstvom se je začela ukvarjati še kot študentka (na ljubljanskem radiu) in – s sorazmerno kratkimi vmesnimi obdobji v Luki Koper in na ljubljanski politološki fakulteti – v njem tudi ostala; od leta 1977 na Delu, vmes na



dopisniških mestih v Bonnu in zdaj v Rimu. Novinarsko delo je bilo povod za vzporedno politično delovanje (v reformnem obdobju v 70-tih letih) in delovanje v strokovnem društvu novinarjev (med drugim vodenje častnega razsodišča). Pisala je tudi za druge slovenske in tuje publikacije, se udeleževala javnih televizijskih razprav v Avstriji, Švici in Nemčiji in sodelovala na mednarodnih konferencah, ki so obravnavale vprašanja mednarodnih odnosov, svobode tiska in poklicne etike.

ZV: Ste izjemno produktivna dopisnica iz Rima. Skoraj vsak dan beremo Vaše prispevke v Delu, redke so sobotne priloge brez njih. Od kod ta delavnost?

MD-M: Imam veliko snovi za pisanje, zanima me in poleg vsega rada pišem. Dodatni vzrok je dejstvo, da se mi zdijo dogajanja v Italiji silno pomembna tudi za druge, v dobrem in slabem pomenu. V slabem kot prisposoda pojužnenja, ubijalska mešanica bizantinizacije in političnega cinizma, ki zmaliči demokracijo do nespoznavnosti. V dobrem kot dokaz moči demokracije, ko družba nenadoma najde moči za začetek težavne reforme in ljudi, ki naj jih izvedejo. Nevarnosti so skratka splošne – korumpiranost in zloraba uradnih položajev, apatija javnosti, blokiranost odločanja in dogovori v okviru političnih elit profesionalnih politikov. Zdravila – kar nekaj, med njimi neodvisni tisk (vključno z elektronskimi mediji) kot nepogrešljiva nadzorna ravnila.

ZV: Vaše dopisovanje pokriva izredno široko področje, pravzaprav ni dogajanja v Italiji, ki ga niste obravnavali analitično in tudi z intelektualno ostrino. Od kod pravnici ta širina pogledov?

MD-M: Hvala za prijazne besede. Novinarstvo je po naravi stvari sinotega dogajanja v družbi, mejno območje politike, znanosti, sododkov, običajnega vsakdanjega življenja. Logika za poglobitev v logike posameznih področij življenja družbe. Privilegij je imeti možnost dotakniti se za zdaj tega zdaj onega področja, poglobljati in tešiti lastno radovednost in pri tem opraviti kaj koristnega tudi za druge. Privilegij, toda tudi odgovornost; odgovornost do ljudi, ki želijo svoje dosežke, dognanja, mnenja prek novinarjev sporočiti javnosti. Če je prenosni mehanizem slab, je ljudem narejena velika krivica in slab je vedno, če se novinar iz udobnosti ali neznanja v stvari ne poglobi. Izobrazba mi je dala podlago za delo, vse drugo pa je treba stalno dopolnjevati, brati. Imam nekaj trdnih idej o nepogrešljivosti poklicne etike, poleg tega spoštujem ljudi, ki se kjerkoli že za kaj trudijo. Jasno je, da vsega ni mogoče napisati enako dobro in vse ne pritegne pozornosti. Zgodi se, da se moram poglobiti v nekaj, kar navsezadnje preberejo le redki, toda ravno to je najtežje. Nerodno bi mi bilo, če bi poznavalci ugotovili, da sem bila površna. Priznam, da je to nenehno nihanje med nujnostjo poenostavljanja (prostor, širina bralcev) in dolžnostjo poglobljanja v snov največji problem. Kako skratka napisati tako, da bo zadovoljno čim več bralcev, da bi vzbudilo zanimanje strokovnjakov in morda prispevalo celo kakšno izvorno misel.

ZV: Ali je tudi v Italiji in drugih zahodnoevropskih državah novinarstvo tako feminizirano, kot je v Sloveniji? Kako si razlagate ta pojav v Sloveniji? Zakaj pa med slovenskimi dopisniki vseeno ne prevladujete ženske?

MD-M: Se vam zdi, da je feminizirano? Odvisno od zornega kota. Po podatkih novinarskega društva je razmerje pol na pol, čerav je res, da beležimo tendenco naraščanja novinarke, tudi v Italiji. Verjetno bo s tem tako kot v drugih poklicih; ženske je videti, ker jih prej ni bilo in so določeni poklici veljali za moške. Najbrž tudi zaradi televizije, kjer si publika očitno ženske obraze bolj vtisne v spomin. Dopisniki pa so v zvezi s področjem mednarodne politike, kjer je novinar relativno manj, vsaj bilo je tako.

ZV: Kaj pomeni biti dopisnica osrednjega slovenskega dnevnika v tujini in še posebej v Italiji? Je to priznanje, ugledno mesto? Kakšne so osnovne naloge rimske dopisnice Dela?

MD-M: Pomeni dobrodošlo priložnost živeti v drugi družbi, jo spoznati, primerjati. Italija je v mnogih pogledih fascinantna dežela, v mnogih pa trd oreh za razumevanje, tako samosvoja,

tako samozadostna je. Kratka potovanja so mi pustila drugačen vtis kot sem ga dobila potem, ko sem v njej dalj časa živela. Rekla bi, da kljub svetu kot eni sami veliki vasi dobivamo informacije od drugod zaprte, zaklenjene s šifro okolja, v kateri so zgodovina, tradicija, kulturna in civilizacijska raven, zgodovinski spomin, izkušnje. Besede je mogoče takoj prevesti, vsebine novice pa pogosto ne, če ne poznamo sestavin šifre okolja, ki jih proizvajajo.

ZV: *Ali je razlika med biti dopisnica in biti dopisnik? V čem je razlika med biti dopisnica majhne države in biti dopisnik v Rimu za Washington Post?*

MD-M: Je, posebno v Rimu. Potem ko vrtili telefon nekaj dni, da bi prišel od nekoga in na oni strani ljubeznivo povedo, da je »dottore odsoten« in da pusti številko, potem pa seveda ne pokličejo, si zaželiš biti novinar časopisa z imenom, ki odpira vrata.

ZV: *Mednarodni odnosi so bili za Slovence relativno obrobno področje, poti so vodile večinoma prek Beograda. Koliko je Slovencev, izobraženih na področju mednarodnih odnosov, koliko bi jih potrebovali? Kakšno izobraževanje je za to najbolj primerno?*

MD-M: Zadnja leta se je v »starem režimu« z različnimi vidiki mednarodnih odnosov Slovenije ukvarjalo kar precej ljudi, iz tega časa so zametki samostojne slovenske zunanje politike. Tudi kadri, ki so šli prek Beograda, so zvečine z enim očesom gledali na Slovenijo; to ni presenetljivo, Jugoslavija seveda enotna ni bila nikoli, razen vojske in nekaj časa partije. Kar zadeva izobraževanje, sta najbližja cilju politologija in pravo (mednarodni odnosi in mednarodno pravo) in mislim, da zdaj najbolj manjka izkušenih mednarodnih pravnikov.

ZV: *Kakšna naj bi bila strategija nastopanja Slovenije na dolgi rok? Po evforiji osamosvajanja je najbrž potrebno vsakdanje drobno a trdo delo, vendar z vizijo. Kakšno? Najbrž je tudi strategija in vizija precej specifična za državo z dvema milijonoma prebivalcev.*

MD-M: Povem lahko, kakšna je moja vizija, ne morem pa presoditi, če je tudi najbolj ustrezna. Slovenija ima zaradi svojega ozemlja in zemljepisnega položaja določeno vrednost za sosednje države in to prednost je treba izkoristiti. Povezati se je treba prometno in z drugimi vrstami komunikacij, vstopiti je treba v krog interesov sosednjih držav, čeprav se sodelovanje včasih rojeva v navzkrižnih interesih. Pogled na zemljevid bi nam povedal, da je slovensko ozemlje vredno cestne, železniške tesne povezanosti s svetom v vodoravni smeri od furlanske nižine do Madžarske in to je tudi smer, ki sami Sloveniji najbolj manjka. Cesta in železnica od Trsta in Gorice čez Ljubljano v Maribor in na Madžarsko, ki je ena taka perspektiva, ni pomembna samo za mednarodno povezovanje, ampak tudi za povezovanje Goriške in Primorske z Ljubljano in te z Mariborom. Mislim, da se stvari od Kavčičevih časov naprej niso premaknile, še naprej se lovimo okoli istih strateških vprašanj. V bližino naše meje pripeljejo evropski intercitijski, pripeljale bodo hitre železnice, težiti bi bilo treba, da bi se jim lahko priključili. Za precej dolgo obdobje prihodnosti lahko tudi predvidevamo, da bo Zahod s svojo tehnologijo težil proti Vzhodu, ta pa bo lahko plačeval samo z energijo in surovinami. Zakaj se ne bi postavili vmes kot nepogrešljivi člen in morda v teh velikih menjavah rešili tudi svoje energetske probleme? To je en vidik, ki zahteva miselno prilagoditev odprtim mejam in ne bi bil brez ugodnih posledic za stanje duha pri nas: tudi za razbijanje občutka klastrofobije, ki lahko zgrabi (je že zgrabil?) dva milijona ljudi, ki so takoj na meji, kamor koli se obrnejo. Mislim tudi na izkoriščenje drugih oblik posredništva med Vzhodom in Zahodom, recimo finanč-

nega, ki je zdaj zaupan Avstriji kot obrobju ES, ki pa bo kmalu članica in se bo njen položaj spremenil.

ZV: *Koliko ste Slovenka, koliko pa ste prevzeli italijanskega duha razmišljanja, logike? Ali do tega sploh pride?*

MD-M: Italijanskega razmišljanja in logike (s tema pojmomoma se navadno misli na povprečje, ki mu daje ton Rim) se ne morem navzeti, ker mi ne ležita. Bliže sem tako imenovanemu nemškemu čutu za racionalno. Vedno znova pa razmišljam, kako je ta dežela individualistov dosegla take pomembne rezultate in se sprašujem, če ni ravno ta produktivna zmeda vzrok uspeha; mislim seveda na italijansko zgodovino, ali bolje zgodovino Italijanov, nekeje od leta 1000 naprej, ki je prebivalce polotoka praktično ves čas postavljala v ospredje dogajanja in dosežkov po svetu.

ZV: *Koliko se identificirate s prevladujočimi slovenskimi interesi, koliko pa ste razvili distanco po tako dolgotrajnem bivanju v glavnem mestu Italije?*

MD-M: Distance ni, počutim se samo začasno odsotno, vsako stvar gledam skozi prizmo slovenskih interesov, najbrž slovenska dogajanja opazujem celo bolj naklonjeno, kot bi storila doma, kjer me ne bi motile primerjave.

ZV: *Dejavno ste se vključevali v javno življenje Slovenije tri desetletja in se na nek način tudi zdaj. Se je spremenila vloga novinarja v Sloveniji v tem času? Primerjajte mesto novinarjev v Sloveniji in v zahodni Evropi v tem obdobju!*

MD-M: Teoretično se je nedvomno spremenila. Spomnimo se samo ideoloških prisilnih jopičev za novinarje v formuli o »družbeno-političnem delavcu« in tiskom kot »medijem politike«. Pa zaplemb, procesov, nevidnega kaznovanja z marginalizacijo novinarjev, ki niso sodili v kalupe partijskih plenitev, kjer se je razpravljalo o dovoljenem in prepovedanem. Praktično pa je bilo v zadnjem času pred spremembami že kar precej prostora za gibanje, če ga je kdo hotel izkoristiti. Sprostitev umetnih spon, povezanih s pojmom partijske države, pa ni mogla prinesiti samo dobrih učinkov; niso vsi postali vestni, pametni, moralni. Ne pozabimo, javno obveščanje je tržišče z nekaterimi poslanstvi in zato zahteva izdelano poklicno moralo in kontrolno vlogo pravosodja, predvsem pa je gospodarska dejavnost. Težavno iskanje modelov in prave mere je povezano prav z mnogoterimi vlogami zdaj razsvetljevalcev zdaj prodajalcev idej, tu politikov in tam krošnarjev, hkrati učiteljev in učencev, propagandistov in idealistov.

ZV: *Bi lahko napravili primerjalno analizo med dnevniki in tedniki v Italiji in Sloveniji?*

MD-M: Mislim, da je tako na Zahodu nasploh, posebej pa v Italiji. Po mnenju nekaterih javna občila širijo dolgočasje, vulgarnost, konformizem, po mnenju drugih pa je sicer videti padce v vulgarnost, toda tudi vzpone v oblake žurnalizma, domišljije, intelektualnega bogastva, spretnosti. Tako kot tukaj tudi mi izhajamo z izhodišča, da v resnici svobodnih časopisov ni, da pa se trudimo, da bi bili intelektualno odprti, čim bolj neodvisni in nekakšen mehak nasprotni tok in nasprotna utež »oblasti«. Za svoje DELO bi si želela, da bi do konca izkoristilo intelektualne potencialne, ki jih po steku naključij ima in bi delovalo kot – čprav ne povsem zglajena – kontrola »oblasti«, kdorkoli je že na njej. Po vlogi, ki so jo imela javna občila v Italiji v težavnem in nevarnem procesu razkrivanja pajkove mreže korupcije, solidarno skrite med strankami in njihovimi veljaki, bi rekla, da so kakovostni časopisi z argumentiranimi ambicijami poseganja v politiko garancija prozornosti politike in poštenosti namer njihovih akterjev. Tisk te vrste zavrača tezo, da so ljudje

samo »mutast objekt, ki lahko govori samo skozi usta svojih prerokov«. Potrebuje namreč pomoč, podatke, sodelovanje vseh, ki bi radi kaj spremenili, pa menijo, da po kanalih političnega in institucionalnega sistema tega ne morejo storiti.

ZV: Italija je ne samo zaradi sosedstva pomemben politični, kulturni in gospodarski partner Slovenije. Se Vam zdijo odnosi Slovenije nasproti Italiji dovolj uravnoteženi glede na odnose z nemško govorečimi državami?

MD-M: Čeprav je včasih težko razmejiti občutke in dejstva (v Italiji na primer neprestano govorijo o Sloveniji kot »nemškem vplivnem območju«), se nagibam k odgovoru, da niso. Z naše strani je to razumljivo, vendar pa ne povsem opravičljivo. Italija je s svojim obnovljenim zanimanjem za geopolitiko (torej izpostavljanjem teritorija kot izhodišča mednarodne politike) in s svojo gmoto (57 milijonov ljudi), s svojimi zgodovinskimi koreninami v svetu unitarnih, centraliziranih, nedeljivih držav težavna sosedka, tudi če se ne ukvarjamo s političnimi skrajnostmi in težavno sosedsko zgodovino v tem stoletju. Med bojem za samostojnost Slovenije je bila Italija očitno naklonjena posegom, ki bi na mednarodni ravni zavrli postopek razpadanja Jugoslavije in takorekoč prisilili Slovence k življenju v njej. V naslednji fazi so pridobile veljavo teze, da bi maksimalno izkoristili razpad Jugoslavije in korigirali celo rezultate druge svetovne vojne, pogodbeno urejene in ratificirane. Možna pot stikov z novo državo, kjer bi se bila lahko zgodovina z ozemeljskimi težnjami vred umaknila sodobnim pogledom na nacionalne interese v evropskem miselnem okviru, torej odprtosti, pretočnosti, iskanju skupnih točk v razmerju do tretjih, se je tako nenehno križala s samozavestnostjo velike države in ambicijami regionalne sile na Balkanu. Slovensko občasno zatekanje v varstvo druge sosedbe, s katero Slovenci zanesljivo delijo več skupnih vrednot, je bilo zato nekako naravno.

Toda zemljepisu ne moremo uiti. Omenila sem že pomen prehodnosti slovenskega ozemlja v luči potencialnega izvoznega prodora na nekdanji evropski vzhod in kdaj pozneje, vendar zanesljivo pozneje, tudi na balkanski jug. Prehodnost ozemlja nima samo dobrih strani, to je jasno, toda brez tega si je težko zamisliti izvlečenje Slovenije iz oklepov in pasti obdobja po razpadu Jugoslavije, ki grozi z nevarno osamitvijo (realno, ekonomsko) in kljubovalno miselno, ki pride po njej. Italija je za nas kritična količina ljudi, industrijske moči, tehnologije; ne moremo mimo nje in nismo neenakopravni partnerji, če le poskušamo svoje primerjalne prednosti zadovoljivo vnovčiti. Kar zadeva izbiro med Avstrijo in Italijo, je torej tako, da ni izbire, samo prednostni vrstni red, večja teža tu in tam, prilagojen poudarek. Nimamo tehnologije, ne virov, ne energije, ne vodilnih industrijskih proizvodov, imamo potencialno pamet in ozemlje. Če bi se nam uspelo enakopravno povezati z interesi Italije, seveda tudi Avstrije – toda zdi se mi, da nam Avstrija s svojim položajem v marsičem konkurira – bi to zanesljivo zmanjšalo napetosti ob meji, ki so tako ali tako politične, ne pravne narave (ali bolje pravne rešitve bi se našle, če bi bila politična volja).

ZV: Prevladujoče mnenje v Sloveniji, vsaj po vojni, je bilo, da so Italijani zelo dobri diplomati, da so praviloma izgubljali bitke na vojnem polju, a jih dobivali v diplomaciji. Kako blizu resnice je to?

MD-M: Pisec klasičnega dela o diplomaciji Harold Nicolson (izšlo prvič 1939) piše, da je italijanska zunanja politika politika ambicij velike sile, izvajana z metodami majhne. Po mojem je to tipično. Poglejte naš zadnji konflikt: v okviru težnje po preureditvi državnih pogodbenih odnosov so odprli vprašanje zgodovinske obdelave problema 40 dni partizanske zasedbe Trsta leta 1945 in jim niti na kraj pameti ni padlo, da bi se obremenjevali

z zgodovinsko obdelavo dveh let zasedbe polovice Slovenije s strani italijanske vojske in poznejšim porazom. Odprli so vprašanje beguncev iz Istre, ne da bi se pošteno vprašali, kako je bilo s slovenskimi begunci po prvi svetovni vojni. Nastopili so skratka kot bogovi pravičnosti, ki jih stresa sveta jeza. Toda mi smo zmagali v zadnji vojni, ne? Rekla bi, da poskusijo narediti vse čim bolj brez predsodkov... če jih drugi pustijo. Ne morem se spomniti, da bi kdo v Ljubljani sklical tiskovno konferenco in takoj odgovoril na trditve z našimi dejstvi. Izgubili so imperialistično vojno, toda v defenzivi je Slovenija, le zakaj?

ZV: Ali je diplomacija stroka sama zase ali pa je dekla politike?

MD-M: Diplomacija je stroka posredovanja med državami, specifična strokovna obdelava politike. Zahtevna, zato ni vseeno, kako so uradniki v njej poklicno usposobljeni. Sodobna komunikacijska sredstva so ji spremenila nekaj oblike, niso pa prizadela vsebine. Toda diplomacija se mora naslanjati na študije, imeti pred očmi opcije, različne »scenarije«, kjer je videti dobre in slabe strani kakšne odločitve, in vedeti tudi za posledice, če se sprejme taka ali drugačna odločitev.

ZV: Italija je bila znana v povojni zgodovini kot politično nestabilna, vlade so se menjale včasih celo mesečno. Hkrati pa je bila gospodarsko stabilna, standard se je povečeval, gospodarska moč je rasla neodvisno od dnevne politike. Kakšna je Vaša razlaga takšne, za Italijane dobrodošle disociacije med politiko in gospodarstvom?

MD-M: Za Italijo je mogoče uporabiti izraz »nepopolna demokracija«, ki je nastala v razmerah premagane države in v ustavo napisala, da je izšla »iz Odpora in sloni na delu«, splošno amnestijo pa je ob koncu fašizma podpisal komunistični notranji minister. Demokracija skratka, ki je rasla na tveganim polju med Vzhodom in Zahodom, se soočala z dediščino fašizma in na drugi strani z navzočnostjo najmočnejše komunistične partije na Zahodu. Nepopolna zato, ker je imela v družbeno pogodbo vtisnjeno prepoved prevzema oblasti s strani KPI po mirni poti, torej s tem tudi nemožnost zamenjave med silami na oblasti in opozicije. Še vedno je šlo za demokracijo, da se razumemo, in ne »režim« kot zdaj jezno pravijo razočarani Italijani, ki je dovolila zgodovinski prehod od kmetijske države k industrijski, vzpostavila koncept socialne države in omogočila civilizacijsko preobrazbo. Toda v nepopolnosti demokracije se je skrivala nevarnost zlorabe oblasti. Vlade so se sicer res menjavale, toda oblast, tista, ki kaj šteje, je bila trdno ves čas v istih rokah: v vodilnih položajih v podjetjih z državno udeležbo, v državni televiziji, v sistemu dobesedne razdelitve oblasti po ključih, v sistemu sistemske in kapilarno razpredene korupcije, ki je najbrž najobsežnejša zloraba oblasti in uradnih položajev, kar jih je kdaj bilo v razmerah parlamentarnih demokracij. Vsaj del tako imenovanega čudeža – Craxijeva ureditev gospodarskih težav v 80-ih letih je sijajen primer – je slonela preprosto na zadolževanju države (izdajanju državnih obveznic), za notranje gospodarsko obračanje pa so skrbele obsežne naložbe v javna dela, kjer je nastala nevarna mešanica med interesi strank, mafije, torej organiziranega zločinstva, in potrebo po razvoju in zaposlovanju na italijanskem jugu in ne samo tam. Z javnim denarjem je mafija dobila naročila, vzela svoj delež in delo oddala naprej, v zameno je na lokalni in deželni ravni politikom, ki so investicije priskrbeli, zagotovila masovno volivno podporo. To je jedro »problema Andreotti« in praktično vseh zdaj spornih imen politikov italijanskega juga: v okviru omenjene družbene pogodbe, da komunisti ne smejo nikakor na oblast, in ob spodbudi Zahoda so ti politiki pač poskrbeli, da so na volitvah obvladovali območje. Ko se je zlomil sistem dvopolne ureditve, ko so se umaknili veliki zaščitniki in njihovi razlogi, se je zrušil tudi italijanski sistem,

posebno še, ker se je povezal s podpisom pogodbe iz Maastrichta in njenimi zahtevanimi čistimi računi. Lombardska liga, ki je nastala kot protestno gibanje razvitega severa, in pravosodna akcija »čiste roke« sta izvedbeni obliki nekrvavega udara proti korumpiranemu sistemu, ki je v okviru višjih interesov varoval tudi njihove zasebne interese in interese »plasti«, elite. Ko gredo prebrisani v procesijo, nosi križ hudič, pravijo v Italiji. In še eno vprašanje, ki je v zvezi s svobodo tiska. Ni mogoče reči, da ljudje ne bi o zadevah sproti pisali, vsi so vedeli, da obstaja velika korupcija, ker drugače delati ni bilo mogoče. Oblast je razumela, da tisk malo pomeni, kadar ima v rokah druge instrumente, na primer možnost premestitve zoprnega tožilca v drugo mesto, preložitve preiskave v drugo sodišče, razpustitev preveč zagnane skupine za boj proti mafiji. Kdor analizira to razmerje med svobodnim tiskom in oblastjo, lahko pride do zelo zanimivih rezultatov. Kadar oblast nadzoruje recimo 39, 51 ali kolikor pač odstotkov ekonomske moči, lahko mirno dela po svoje in pusti tisku, da piše kar hoče. Naj vpije, naj žali, nikoli ne more zadeti življenjsko pomembnih mehanizmov. Očitno je tisk manj vpliven, kot mislimo, če je ta »rop države« tako dolgo trajal.

ZV: Kateri so vzroki gospodarske krize v Italiji, ki se je začela leta 1991 in se še pogloblja v prvem četrtletju leta 1993?

MD-M: Del gospodarske krize je uvožen, vendar očitno manjši del. Podlaga je politična kriza, kriza institucij, ki vleče za seboj dediščino – kakšnih 160 milijard dolarjev javnega dolga, zvečne v obveznikah, za katere se plačujejo visoke obresti, ki pa se jih nihče ne upa dotakniti, ker bi s tem podrla zaupanje finančnih trgov. Edino upanje je obnova konjunktura, preureditev in osvojitve tujih tržišč s proizvodi, ki jih Italija ima. Toda gospodarska preureditev je odvisna od politične, ki v skrajni posledici zahteva odstranitev politične plasti profesionalnih politikov, ki so na oblasti nepretrgano 45 let. Nekateri pa menijo, da tudi to še ne bo zadostovalo: škandali, s katerimi se ukvarjajo sodniki, so samo najtežji trenutki političnega sistema, ki ga je štiri desetletja obvladovala južnjaška kulturna klientela, ki se je povezala z močnimi posegi države v gospodarstvo. Politični sistem skratka ni samo vsota strank in formalnih pravil, je tudi vsota obnašanj in vrednot, ki vladajo v določenem času med državljani in njihovimi političnimi voditelji.

ZV: Šablonsko gledanje na Italijo je: industrijsko zelo razviti sever, kjer je tudi eno svetovnih središč mode, tam je prijetno živeti. V nasprotju je zaostali, poljedelski, nerazviti in patriarhalni jug z mafijo, ter osrednja Italija z Rimom nekje vmes. So te predstave točne?

MD-M: Ni daleč od resnice. Italija je v resnici razdeljena na tri dele in verjetno bo nekoč postala federalna država ravno v mejah, po katerih se razpozna in loči zdaj. Sever – od Parme navzgor – je del srednje Evrope in na njeni ravni. Jug po statističnih kazalcih ni nerazvit – Sicilija ima na primer višji dohodek na prebivalca kot Slovenija – prej bi lahko govorili o nedokončani in zavrti modernizaciji. Jug je ena od študij Agnellijeve fundacije iz Torina razdelila na štiri območja: prostor razvitosti in blaginje (najmanjši), območje »industrijskega nazadovanja«, območje »propadanja mest« in prostor »propadanja obrobja«. Kdor primerja jug leta 1950 in zdaj sicer ne more reči, da so bila velikanska sredstva iz obnove in »priključevanja« razviti Italiji nekoristno naložena – bruto proizvod na prebivalca je štirikrat višji, industrijska proizvodnost sedemkrat – vendar je res, da »priključitve« ni bilo. Denar od drugod ni nikoli zadostoval, investirali so ga logiki »političnih investicij«, včasih ne glede na cilj in uporabnost, večina je končala v rokah organiziranega kriminala. Bo držalo, kot pravijo na severu, da je treba jugu vzeti pomoč zaradi njega, da bi se lahko postavil na noge, osvobodil servilnosti in razvil vse, tudi podjetniške pobude?

ZV: Ves svet je osupel nad obsegom povezanosti praktično vsega povojnega političnega establishmenta z mafijo in velika korupcija italijanske družbe. Katere so sociološke osnove za te pojave? Najbrž ne zgolj mediteranska lega in klima.

MD-M: Zdaj ni več presenečenje. Vzorec sodelovanja med mafijo in oblastjo se je v zgodovini nekajkrat ponovil in je za preteklost natančno sociološko obdelan. To je vzorec državljanja, ki je navajen obračati se k lokalnemu veljaku po pomoč in zaščito, zdaj k legalnemu, zdaj k mafijskemu. Na teoretični ravni je obdelano tudi novejšo obdobje, torej od ameriškega izkrcanja na Siciliji, ko so ZDA izvozile 60 mafijskih šefov, da bi politično prevzeli Sicilijo od fašistov. V bistvu je bilo treba samo vstaviti imena in na ta trenutek je bilo treba dolgo čakati. Vzemimo primer Andreotti: on in njegova struja krščanskih demokratov sta vladala deželi in zlasti Siciliji 40 let. Zelo pomemben delež (partijskih) izkaznic, kadrov je bil na Siciliji, in kdor je lahko nadzoroval te, je imel znatno politično težo v Rimu. Pripadnostne izkaznice so bile, bolj kot glasovi na volitvah, pravi prispevek mafijskih organizacij krščanskim demokratom, torej sicilskim politikom stranke in njihovim rimskim nadrejenim. Kadar kaka stranka ali kak politik obvladujeta nepretrgoma 40 let kako območje z zelo visoko stopnjo kriminala, potem je možno samo dvoje: ali premagata kriminal ali pa se z njim pogodita. Ker se po podatkih prva hipoteza ni uresničila, je verjetna druga. Toda kakšni so bili odnosi? Neposredni ali posredni? Andreottija obtožujejo direktnih zvez, celo poljuba prijateljstva z mafijskim šefom šefov Riino, ki so ga ujeli po dvajsetih letih begunstva po zaslugi nekdanjega šoferja, ki zdaj obtožuje Andreottija. Bolj verjetno je, da so bili stiki posredni. Prek raznih podjetnežev znamenite sive tamponske cone, ki je dovoljevala »koabitacijo« med ustanovami države in zločinstvom, vzporedno življenje legalne in podtalne oblasti kot oblike specifične družbene pogodbe. Pakt je razpadel, ko sicilski politiki niso mogli več zagotoviti uslug, ki so jih mafiji pričakovali, na primer prirediti izida kakšnega sodnega procesa. Z umorom Salva Lime, Andreottijeve desne roke na Siciliji, se je lani začel začetek konca dolgega obdobja političnega sožitja krščanskodemokratske oblasti z mafijo.

ZV: Politični sistem v Italiji je bil do sedaj proporcionalen. Je samo proporcionalni politični sistem vzrok za parlamentarno in vladno nestabilnost v povojni zgodovini?

MD-M: Ne, proporcni sistem – sistem zastopstva – je samo orodje, in kot vidimo, v Nemčiji kar dobro deluje. V Italiji je problem nastal zaradi velike razcepljenosti političnega prizorišča, ki so ga »ustanovne stranke« (ves čas po 1948 so vladale koalicije strank, treh, štirih, petih, ki so se povezale s krščanskimi demokrati kot stranko relativne večine) razdelile z družbenim bogastvom vred po ključih in s sistemom korupcije uvedle podtalno vzporedno obdavčitev. Posledica tako razloženega proporcionalnega sistema v Italiji torej ni bila nestabilnost – razen površne – ampak narobe, izjemna stabilnost ljudi na oblasti. Oblast obrablja tiste, ki je nimajo, je dejal velemojster političnega cinizma Andreotti. Proporcni sistem, obsežen politični »razred« profesionalnih politikov, privilegiran položaj tega razreda in prepovedanost zamenjave na oblasti, to je problem italijanske institucionalne krize. Okoliščine, ki bi si jih bilo dobro ogledati, da se ne bi še kje ponovile, če bi se sestavili vsi elementi (profesionalni politični razred z znatnimi privilegiji, razdeljenost, torej nujnost koaliranja in majhna sposobnost odločanja, manevriranje zaradi ostajanja na oblasti, majhna možnost vplivanja volilcev zaradi proporcionalnega sistema).

ZV: Komunisti so bili v Italiji dolgo po vojni izredno vplivna in številna stranka. Zakaj je potonila v zadnjem desetletju? Zaradi

lastne slabosti in napak ali pa zaradi odmiranja komunističnega sistema na vzhodu? Kako vitalna je KP Italije ta hip?

MD-M: KPI je del zgodovine Italije, en pol zgodovine, katere drugi pol sestavlja krščanskodemokratski krog. Oba sta prizadeta, oba sta doživela huda notranja trenja; KPI je prva zamenjala ime in doživela secesijo, KDS to čaka zdaj. Iz nasprotnih vzrokov: pri komunistih se je zlomil svetovni model, pri krščanskih demokratih (demokracija, krščanstvo) svetovni model ni prizadet, zato pa njihova politična izvedba modela. Lahko rečemo, da stare KDS, ki je bila kot velik zaščitni dežnik in je bilo v njej vse, od leve do desnice, ne bo več. V tem pomenu se bo politično prizorišče šele zdaj normaliziralo. Ironija usode bo najbrž, da je KPI zdaj edina od velikih strank, ki stoji pokonci. Po nekaterih javnomnenjskih raziskavah, vendar stvari se hitro spreminjajo, naj bi bila celo najmočnejša italijanska stranka.

ZV: *Prav presenetljiva je Vaša analiza v Delu 12. 1. 1993, da je tudi italijansko gospodarstvo treba polastniniti – privatizirati in da je »Italija najvzhodnejša država na zahodu«. Skratka, da je italijanska država lastnik vrste podjetij, celo sistemov. Ali ni tudi v Italiji država slab gospodar in bi moral biti javni interes, da se tudi v razviti Italiji le najde pravega lastnika tudi za pošto, železnico itd.? Angleški vzori najbrž vlečejo.*

MD-M: Vprašanje o izjemno močnem javnem sektorju v Italiji je spet povezano s političnim sistemom, kjer so bili ekonomski vzvodi v rokah strank in politika dogovori med njimi. Javni sektor v Italiji je večji kot v katerikoli zahodni državi in država lahko posega praktično v sleherno aktivnost, tja do preskrbe Rima s svežo zelenjavo. Državni holding IRI, ki združuje 140 družb in zaposluje pol milijona ljudi, naftnopredelovalni ENI, telekomunikacijska družba STET, kreditne in zavarovalniške družbe ustvarjajo na leto kakšnih 170 milijard mark prometa, toda so tudi požiralke subvencij, in ker so zato brez konkurence, tudi zaposlujejo znaten presežek delovne sile. Iz črnih skladov teh koncernov so se v zameno zivali potoki denarja k političnim strankam, ki so sistem držale pokonci. Torej: da bi zamenjali politični sistem, je nujno razdreti sistem neposrednih posegov države v gospodarstvo.

ZV: *V Sloveniji kritiziramo Službo družbenega knjigovodstva, Kardeljev sistem finančnega nadzora, frazarimo o finančni policiji. Italija to ima že zelo dolgo. Kaj je to finančna straža (guardia di finanza), katere naloge ima, kakšne so izkušnje z njo?*

MD-M: Italijanski sistem je teoretično precej izdelan, toda kot je videti, je bila uspešnost teh kontrolnih organizacij in ustanov zelo majhna. Davčne utaje so med največjimi, korupcije niso ustavili ne vrhovno računsko sodišče ne redna sodišča ne finančna straža. Ali bolje, zamajati se je moral celotni sistem, da so strokovni organi kontrole lahko začeli opravljati svoje delo, vključno s postopnim spreminjanjem vrednot in vsakdanjega obnašanja državljanov. Težava je s prenornostjo; 200 tisoč zakonov obstaja, ki so morda med najnaprednejšimi na svetu, zanesljivo pa med najbolj neupoštevanimi. Problem italijanskega pisanja zakonov je obsežnost, zakonodajalski prijem, ki hoče spraviti v zakon vse možne primere, in ker je to nemogoče, ostaja v njem vedno prostor za interpretacijo. To zmanjšuje stopnjo spoštovanja zakonov, ta večna možnost interpretacije, ki pripada uradniku.

ZV: *Za diplomatske in politične odnose z Avstrijo pravimo, da jih je zelo težko graditi, težko ali skoraj nemogoče izboriti pravice za našo manjšino tam. Toda, kar je dogovorjeno z Avstriji in tudi Nemci, velja. Za Italijo je vtis, da se da z njimi lepo pogovarjati, lepo dogovoriti, vendar se dogovorjeno izredno hitro pozabi. Najmanjša domača politična potreba je lahko*

vzrok za »pozabljanje« dogovorjenega. Ravnotežje in npr. pravice manjšine je treba dobojevati vsak dan. Se Vam vidi tudi iz Rima tako?

MD-M: Manjšina je poseben primer, strinjala pa bi se, da moramo biti nenehno pozorni in se ne zanašati, ne spregledati znamenj sprememb, delovati proti njim pravočasno. Italijanska država že zaradi svoje zasnove (»enotna in nedeljiva«) ni širokogrudna do manjšin; ne do nemške ne do slovenske. Vse si je treba izboriti in vse je podvrženo nenehnim interpretacijam. Toda ne bi rekla, da stvari, ki razburjajo Trst, v Rimu močno odmevajo, razen kadar postane zaostritev katerega od vprašanj orodje celotne meddržavne politike, zlasti zdaj, ko smo na določenem razpotju.

ZV: *Kakšni so bili motivi in kakšen je domet italijanskim grožnjam v marcu 1993 o odtegnitvi soglasja s strani Italije za članstvo Slovenije v EFTI, če Slovenija ne bo kompenzirala odvzetega premoženja italijanskim državljanom po vojni? Katere sile in silnice pritiskajo na osrednjo rimsko oblast za ponavljane pritiske na Slovenijo in revizijo Osimskih sporazumov? Površno deklarirane odlične odnose med Italijo in Jugoslavijo oz. Slovenijo v prejšnjem režimu in najbolj odprto mejo na svetu so najbrž spremljali nerazčiščeni odnosi ne le glede manjšin, ampak tudi še oportunistično obnašanje slovenskih in jugoslovanskih diplomatov do slovenskih ljudi onstran meje. Zaradi ljubega miru smo doslej mižali. Kakšna naj bi bila perspektivna slovenska diplomacija do groženj, ultimativov z italijanske strani, predvsem iz Trsta?*

MD-M: Omejujem se na opis stanja in morda kakšen namig za bližnjo prihodnost: Italija je z notranjimi težavami bolj neprijetna sosedka kot bi bila brez njih. Morda bi celo lahko rekli, da je šele začela z oblikovanjem prave zunanje politike, ki je bila vse doslej delegirana drugim (ZDA, NATO). Egoistični interesi lahko pridejo pod varstvom ožjih nacionalnih interesov bolj do izraza, toda računam, da gre za prehodno obdobje. Slovenija je že del mednarodne mreže pogodb in Italija je sestavni del evropskih integracij. Prav veliko prostora za vrnitev v geopolitiko danes vseeno ni, čeprav so želje morda velike.

ZV: *Zdi se, da osrednja rimska oblast bolj ali manj očitno podpira Srbijo in je podpirala osrednjo beograjsko oblast tudi v procesih osamosvajanja bivših jugoslovanskih republik. Je to politično stališče posledica podobnih razlogov, kot je v Rusiji? Se tudi Italija boji osamosvajanja ali vsaj avtonomizacije posameznih njenih delov? Pričakovali bi namreč prav nasprotno, da bo Italija zaradi sosesčine in enakosti vere bližja Hrvaški in Sloveniji kot Srbiji. Ali pa morda italijanska oblast ni mogla razumeti, da bivše republike Jugoslavije še nikoli niso imele svoje prave suverenosti?*

MD-M: Naj nadaljujem v obliki dodatka k prejšnjemu odgovoru. Nedavno je nekdanji veleposlanik v Beogradu Vento na neki javni mizi dejal, da »italijanskim nacionalnim interesom ne ustreza fragmentacija sveta naokoli«. Z drugimi besedami, če bi mogli, bi prisilili vse, da bi se spet vključili v balkansko federacijo. To je instinkt unitarne države, ki vlada v širokih plasteh uradništva, toda tudi zainteresirane regionalne sile, ki se pogovarja z domnevno najmočnejšo med sosedami. Verjetno je nekaj tudi na podobnosti načinov življenja in mišljenja: Rim je zelo podoben Beogradu, bolj kot Ljubljani ali celo Bolzanu.

ZV: *Zakaj bo papež prej obiskal Albanijo kot Slovenijo?*

MD-M: Papež Slovenije ne bo obiskal prej, preden ne bo rešeno vprašanje vse bivše Jugoslavije, vsekakor pa ne, če ne bo šel tudi na Hrvaško. Papež je vrhovni verski poglavar Katoliške cerkve, toda tudi na čelu Svetega sedeža, ki je vplivna majhna država s svetovnimi ambicijami.

ZV: Kakšne so možnosti za oblikovanje mednarodnega sodišča za vojne zločince na področju bivše Jugoslavije in kakšna je možnost, da bi tem zločincem ob njihovi navzočnosti tudi sodili?

MD-M: V Italiji namerno konflikt v Jugoslaviji ocenjujejo kot državljansko vojno, ker to poenostavlja zadeve. V tem duhu, da so v Bosni samo »slabi in slabši«, je bil tudi italijanski predlog mednarodnega kazenskega sodišča naperjen proti vsem stranem v vojni, proti čemur formalno ni mogoče ugovarjati, če ne bi podpiralo določene politične opredelitve, da je vseeno, kdo je vojno začel in kdo v njej najbolj trpi.

Pogovor je v imenu uredništva ZV vodil Jože Drinovec.

Zdravniki v prostem času SLOVENSKI ZDRAVNIKI V FRANCIJI Franci Koglot

Svetovnega smučarskega prvenstva zdravnikov v Meribelu v Franciji se je udeležila tudi slovenska ekipa, ki je dosegla nekaj odličnih rezultatov. Z ozirom na močno konkurenco po kategorijah velja posebej omeniti v alpskih disciplinah drugo mesto Pfeiferjeve, četrto Koglota in Podnarja.

V teku na 10 km dolgi progi na višini 2000 m pa so bili: Pirc drugi, Pust tretji in Turk prvi.

Ostali rezultati:

SL – Tatjana Pintar 7., Franci Koglot 4., Borut Pust 8.

VSL – Miša Pfeifer 2., Simon Podnar 4., Vojko Kanič 17., Andrej Bručan 8.

SUPER G – Tatjana Pintar 6., Simon Podnar 7., Andrej Bručan 6., Josip Turk 1.



Slovenski zdravniki v Franciji (z leve proti desni: Tatjana Pintar, Miša Pfeifer, Franci Koglot, Simon Podnar, Josip Turk, Borut Pust, čepita Andrej Bručan in Vojko Kanič).

Nove knjige

PRIKAZ

Anton Dolenc: *Medicinska etika in deontologija, dokumenti s komentarjem*. Založba Tangram, Ljubljana 1993, 556 strani, cena: 3750,00 SIT.

Knjiga vsebuje sedem poglavij: 1. Uvodne besede, 2. Zgodovinski zapisi, 3. World Medical Association WMA – SZZ – Svetovno zdravniško združenje, 4. OZN – Generalna skupščina in delovna telesa, 5. Mednarodne in državne – nacionalne določbe in smernice: Anglija, Francija, Italija, Nemčija, Poljska, Švica, ZDA, Kanada, 6. Razno, 7. Slovenija, včeraj – danes.

Vsebina knjige je zbirka priseg, deklaracij, kodeksov, načel, stališč, smernic, pravilnikov in zakonov in je nastajala skozi več let. Posamezni fragmenti so izhajali v reviji *Medicinski razgledi* za potrebe študija deontologije v okviru programa pouka Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Hkrati se je na ta način tudi izpolnjevala potreba zdravstvenih delavcev, ki so se s hitrim razvojem moderne tehnologije vedno česče pri vsakdanjem delu srečevali z medicinsko etičnimi problemi. Tudi razširitev biomedicinskega raziskovanja na bolnikih in prostovoljcih je zahtevala izostritev etičnih načel o zaščiti človekovih pravic in dostojanstva. Ker se pa vsak dan uvajajo v proces zdravljenja in biomedicinskih raziskovanj novi postopki in dognanja, je jasno, da obstoječi dokumenti ne vsebujejo rešitev vseh nastajajočih načel in smernic, ki bi urejale nove probleme, posebej na področju moderne genetike, asistiranе reprodukcije in ne nazadnje tudi uveljavljanja odločanja človeka o svojem življenju. Avtor zbirke dokumentov je poskušal v svojih komentarjih pokazati na določene nedorečenosti in že presežena dejstva v medicinski praksi ter s tem opozoriti na večjo odprtost moralnih in etičnih načel.

Vendar bi v kontekstu juridičnega videza dokumentov bilo vredno diferencirati etiko in moralo, četudi se asimilirata. Kajti z uveljavitvijo dokumentov, ki jih vsebuje knjiga, postaja Etika rezultat arbitraže med različnimi moralnimi koncepti človeka in družbe, sinteza usklajenosti, ki vodi posameznika v sožitje z bližnjim.

Pravo naj bi posledično sankcioniralo in organiziralo življenje v družbi in odnose med posamezniki z upoštevanjem in spoštovanjem osebne svobode in morale posameznika. Zato naj bi pravna določila imela vedno ustrezen časovni in izkustveni zamik od razvoja in usklajevanja etičnih načel v družbi in moralnih norm posameznika.

Kar zadeva uporabnost zbirke dokumentov in komentarjev, bi sodil, da ima knjiga v veliki meri pedagoško-didaktično vrednost tudi zaradi svojega zgodovinskega pregleda razvoja deontologije pri nas doma in na tujem.

V tem smislu ima knjiga vzporedni pomen v ocenjevanju ravni slovenske praktične medicine, biomedicinskega raziskovanja in vzgoje zdravstvenih delavcev.

Gotovo pa delo pokriva določeno področje medicinske literature, ki ga potrebujemo, ker ga zahteva moderen čas.

Srečko Rainer

NOVO

PAGING

T E X T

Možnost sprejema do 80 znakov!

DOSEGLJIVI BOSTE TAM, KJER TO NI BILO MOGOČE!



Spoznajte učinkovitost, zasebnost in udobje brezžičnih telekomunikacij! S Pagingom boste dosegljivi povsod v Sloveniji in na Hrvaškem; na poti, v avtu, ko "se ne ve" kje ste.

PAGER - sporočilo je v vaših rokah!

Za podrobnosti nas pokličite oz. se oglasite:

TELERAY

TELERAY, d.o.o
Bohoričeva 11, 61000 Ljubljana
Tel: 061/301 926, 310 927
Fax: 061/312 448
Paging: 917/100 725

Radenska

ZDRAVILIŠČE

RADENCI

TERMOMINERALNE VODE V RADENSKI, V RADENCIH IN V BANOVCIH

Naravne zdravilne vode so se za zdravstvene namene izkoriščale že zelo dolgo. Že konec 19. stoletja se je pri nas organiziralo zdravljenje številnih kroničnih bolezni s pomočjo termomineralnih vod.

Dobre rezultate so dosegli pri preprečevanju, zdravljenju in rehabilitaciji s pitjem, kopanjem, tuširanjem, izpiranjem, z inhalacijami in oblogami na osnovi termomineralnih vod različne sestave. Mineralnim vodam so pričeli pripisovati zdravilnost v začetku 19. stoletja, ko so napravili prve kvantitativne kemijske analize. Zdravilnost termomineralnih vod so pripisovali tako različnim makroelementom, mikroelementom in elektrolitični disociaciji vod.

Pri kopelih v termomineralni vodi pride do različnih učinkov na organizem: mehanskih, termičnih in kemijskih.

Mehanski učinek je osnovan na vzgonu, kjer je potopljeno telo navidezno lažje zaradi teže izpodrinjene tekočine. (V navadni vodi za 88,6%, v mineralni srednje koncentracije pa za 91,0%). Zato je v vodi olajšano gibanje takšnih sklepov, ki so sicer zaradi bolezni zunaj vode le omejeno gibljivi. Poleg vzgona se pojavljajo še drugi učinki: zmanjševanje prsnega obsega za 1–3,6 cm, respiracijski volumen zraka se zmanjša za cca 20% pri enaki frekvenci dihanja, poveča se diureza itd.

Termični učinek je osnovan na veliki toplotni prevodnosti, kot tudi na majhni toplotni kapaciteti. V vodni kopeli s temperaturo 34 °C se minutni volumen srca poveča za 19%, v kopeli s temperaturo 38 °C pa za 29%, kar se očitno odraža predvsem na izboljšanem krvnem obtoku na koži. Minutni volumen srca pri temperaturi kopeli 42 °C je 2× večji od normalnega.

Kemijski učinek je osnovan na zmožnostih resorpcije kemijskih sestavin vode skozi kožo. Beljakovine v koži imajo izoelektrično točko pri pH vrednosti 3,7, zato je koža prepustna na katione. Vode z večjo koncentracijo kationov naredijo kožo elektro pozitivno in zato prepustno za anione.

V Zdravilišču v Radencih in Banovcih razpolagamo z različnimi tipi termomineralnih vod, ki se medsebojno razlikujejo po kemijski sestavi, po različnih temperaturah na izviri in po terapevtskih učinkih.

Vse naše termomineralne vode so bogato mineralizirane, količina netopnih snovi znaša v vodi, ki jo uporabljamo za CO₂ vsebujoče kopeli 3100 mg/l, pri vodi za terapevtsko-rekreativni bazen v Radencih (pretežno zdravilišče za stacionarne zdraviliške goste) je netopnih soli kar 11.000 mg/l, v kopališču v Banovcih pa ima voda 9.140 mg/l netopnih snovi.

Termomineralne vode in njihova sestava v zdraviliščih Radenske

Sestavine (mg/l)	Individualne CO ₂ vsebujoče kopeli Radenci	Terapevtsko-rekreativni bazen Radenci	Kopališče Banovci
Na ⁺	1820	2215	2699
K ⁺	224	520	19
Ca ⁺⁺	204	173	3,9
Mg ⁺⁺	74,5	142	1
Cl ⁻	202,3	160,1	747
HCO ₃ ⁻	5375	7527	5936
F ⁻	2,2	1,3	7,6
SO ₄ ⁻	379,4	179	1,6
CO ₂	1290	1160	-
Temperatura na izviri v °C	29,3	41	51

CO₂, ki ga je mnogo v delu naših termomineralnih vod se resorbira skozi kožo in pospešuje krvni obtok in resorpcijo soli skozi kožo. Resorpcija natrijevega klorida skozi kožo je lokalni dražljaj, ki povečuje temperaturo in zmanjšuje vnetno-eksudativne procese. Normalizira se reaktivnost vegetativnega živčevja, zmerno se pospešuje delovanje srca, zmanjšuje tlak, izboljšuje prekrvljenost periferije in zmanjšuje se vsebnost glukoze v krvi.

Glede na fizikalno-kemijsko sestavo, izkušnje in tudi izsledke lastnih raziskav, priporočamo kopeli in kopanje v naših termomineralnih vodah v Radencih in v Banovcih pri naslednjih stanjih po navodilih našega zdravnika:

- lažja in zmerna arterialna hipertenzija,
- kronične kompenzirane bolezni srca,
- pri rehabilitaciji po infarktu srčne mišice,
- nekatere bolezni perifernega krvnega obtoka,
- pri rehabilitaciji po operacijah srca in krvnega obtoka,
- degenerativne bolezni sklepov in hrbtenice,
- kontrakture sklepov in atrofija mišičja po zlomih,
- stanja rekonvalescence po hudih boleznih,
- kronična vnetja adneksov,
- vnetne bolezni sklepov in hrbtenice, revmatoidni artritis,
- nevrovegetativne motnje.

UNIPRES® 10

tablete 10 mg

UNIPRES® 20

tablete 20 mg

nitrendipin

nov vazoselektivni antagonist kalcijevih ionov

- visokoučinkovit in varen v zdravljenju vseh oblik hipertenzije
- deluje zaščitno na srce in ledvice
- zmanjša hipertrofijo levega prekata in zboljša njegovo delovanje
- ne vpliva na metabolizem glukoze in lipidov in ne spreminja stanja elektrolitov
- ugodno doziranje, večinoma samo enkrat dnevno, omogoča boljše bolnikovo sodelovanje
- rezultat Krkinega lastnega raziskovalnega dela

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



KRKA

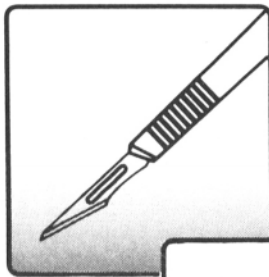
tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija

NOVO

Tramal[®]

tramadol HCl

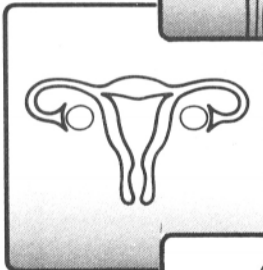
zanesljiv analgetik s centralnim delovanjem



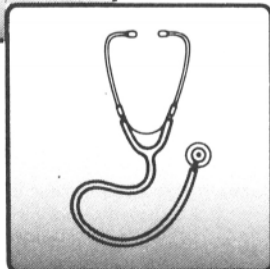
v kirurgiji



**v travmatologiji
in ortopediji**



**v ginekologiji
in porodništvu**



v interni medicini

Oblike: Tramal 50: 5 ampul po 50 mg tramadola/ml
Tramal 100: 5 ampul po 100 mg tramadola/2 ml
Tramal kapljice: 10 ml raztopine (100 mg tramadola /ml)
Tramal kapsule: 20 kapsul po 50 mg tramadola
Tramal svečke: 5 svečk po 100 mg tramadola

Izdeluje: Bayer Pharma d.o.o. Ljubljana
po licenci Grünenthal GmbH

GRÜNENTHAL

zaščiteno ime

HISTAZOL

tablete *astemizol*



- antihistaminik brez sedacije, ki ga doziramo samo enkrat dnevno
- ne vpliva na psihofizične sposobnosti
- nima medsebojnega delovanja z alkoholom in depresorji CZS
- učinkovit od prvega do zadnjega dne pri preprečevanju in zdravljenju
 - sezonskega in celoletnega alergičnega rinitisa
 - alergičnega konjunktivitisa
 - urtikarije in angionevrotičnega edema
 - drugih alergičnih stanj (alergije na hrano in zdravila, pikov insektov ...)
- bolniki ga odlično prenašajo

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.

 **KRKA**

tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija
s sodelovanjem JANSSEN Pharmaceutica, Belgija

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je Zdravniški vestnik, Komenskega 4, 61000 Ljubljana, tel. (061) 317-868.

Splošna načela

ZV objavlja le izvirna, še neobjavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če ima članek več avtorjev, je treba navesti natančen naslov (s telefonsko številko) tistega avtorja, s katerim bo uredništvo kontaktiralo pri pripravi teksta za objavo, ter kateremu avtorju se pošiljajo zahteve za reprint.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene v skladu z načeli Kodeksa etike zdravstvenih delavcev SFRJ in Deklaracije iz Helsinkov/Tokia.

Če delo obravnava poizkuse na živalih, mora biti razvidno, da je bilo opravljeno v skladu z etičnimi načeli.

Prispevki bodo razvrščeni v eno od naslednjih rubrik: uvodnik, raziskovalni prispevek, strokovni prispevek, pregledni članek, pismo uredništvu in razgledi.

Raziskovalna poročila morajo biti napisana v angleščini. Dolga naj bodo do 8 tipkanih strani. Slovenski izvleček mora biti razširjen in naj bo dolg do tri tipkane strani. Angleški ne sme biti daljši od 250 besed.

Če besedilo zahteva aktivnejše posege angleškega lektorja, nosi stroške avtor.

Ostali prispevki za objavo morajo biti napisani v slovenščini jedrnato ter strokovno in slogovno neoporečno. Pri raziskovalnih in strokovnih prispevkih morajo biti naslov, izvleček, deskriptorji (ključne besede), tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (s tabelami, slikami in literaturo vred).

V besedilu se lahko uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih (Uradni list SFRJ št. 13/76).

Spremní dopis

Spremnó pismo mora vsebovati: 1. izjavo, da poslano besedilo ali katerikoli del besedila (razen abstrakta) ni bilo poslano v objavo nikomur drugemu; 2. da so vsi soavtorji besedilo prebrali in se strinjajo z njegovo vsebino in navedbami; 3. kdaj je raziskavo odobrila »Etična komisija«; 4. da so preiskovanci dali pisno soglasje k sodelovanju pri raziskavi; 5. pisno dovoljenje za objavo slik, na katerih bi se ev. lahko prepoznala identiteta pacienta; 6. pisno dovoljenje založbe, ki ima avtorske pravice, za ponatis slik, shem ali tabel.

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 27 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu na 5 1/4 inčnih disketah, formatiranih na 360 Kb ali 1,2 Mb, kar bo pospešilo uredniški postopek. Ko bo le-ta končan, uredništvo diskete vrne. Besedila naj bodo napisana s programom Wordstar ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi. V besedilu so dovoljene kratic, ki pa jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Že uveljavljenih okrajšav ni treba razlagati (npr. l za liter, mg za miligram itd.).

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in akademskim naslovom, popoln naslov ustanove, kjer je bilo delo opravljeno (če je delo skupinsko, naj bodo navedeni ustrezni podatki za soavtorje). Naslov dela naj jedrnato zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z avtorjevimi priimkom in imenom daljši od 90 znakov, je treba navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter eventualni financierji raziskave (s številko pogodbe).

Druga stran naj vsebuje slovenski izvleček, ki mora biti strukturiran in naj vsebuje naslednje razdelke in podatke:

Izhodišča (Background): Navesti je treba glavni problem in namen raziskave in glavno hipotezo, ki se preverja.

Metode (Methods): Opisati je treba glavne značilnosti izvedbe raziskave (npr. trajanje), opisati vzorec, ki se ga proučuje (npr. randomizacija, dvojno slepi poizkus, navzkrižno testiranje, testiranje s placebom itd.), standardne vrednosti za teste, časovni odnos (prospektivna, retrospektivna študija).

Navesti je treba način izbora preiskovancev, kriterije vključitve, kriterije izključitve, število preiskovancev, vključenih v raziskavo in koliko jih je vključenih v analizo. Opisati je treba posege, metode, trajanje jemanja posameznega zdravila, kateri preparati se med seboj primerjajo (navesti je treba generično ime preparata in ne tovarniško) itd.

Rezultati (Results): Opisati je treba glavne rezultate študije. Pomembne meritve, ki niso vključene v rezultate študije, je treba omeniti. Pri navedbi rezultatov je treba vedno navesti interval zaupanja in natančno raven statistične značilnosti. Pri primerjalnih študijah se mora interval zaupanja nanašati na razlike med skupinami. Navedene morajo biti absolutne številke.

Zaključki (Conclusions): Navesti je treba le tiste zaključke, ki izhajajo iz podatkov, dobljenih pri raziskavi; treba je navesti ev. klinično uporabnost ugotovitev. Navesti je treba, kakšne dodatne študije so še potrebne, preden bi se zaključki raziskave klinično uporabili. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot negativne ugotovitve.

Ker nekateri prispevki (npr. pregledni članki) nimajo niti običajne strukture članka, naj bo pri teh strukturiranost izvlečka ustrezno prilagojena. Dolg naj bo od 50 do 200 besed; na tretji strani naj bodo: angleški naslov članka, ključne besede v angleščini in angleški prevod izvlečka.

Na naslednjih straneh naj sledi besedilo članka, ki naj bo smiselno razdeljeno v poglavja in podpoglavja, kar naj bo razvidno iz načina podčrtavanja naslova oz. podnaslova, morebitna zahvala in literatura. Odstavki morajo biti označeni s spuščeno vrstico. Tabele, podpisi k slikam, prevedeni tudi v angleščino in razlaga v tekstu uporabljenih kratic morajo biti napisani na posebnih listih.

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnih listih in zaporedno oštevilčene. Imeti morajo najmanj dva stolpca. Vsebovati morajo: naslov (biti mora dovolj poveden, da razloži, kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo treba brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je treba v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; treba je navesti, od kod so podatki iz tabele, ev. mere, če veljajo za celotno tabelo, razložiti podrobnosti glede vsebine v glavi ali čelu tabele), čelo, glavo, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter opombe ali pa legendo uporabljenih kratic v tabeli. Vsa polja morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če ev. manjkajo podatki.

V besedilu prispevka je treba označiti, kam spada posamična tabela.

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je treba upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (88 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (180 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z letraset črkami Helvetica Medium. Treba je upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

Na hrbtni strani vsake slike naj bo s svinčnikom napisano ime in priimek avtorja, naslov članka in zaporedna številka slike. Če je treba, naj bo označeno, kaj je zgoraj in kaj spodaj.

V besedilu prispevka je treba označiti, kam spada posamična slika.

Literatura

Vsako trditev, dognanje ali misel drugih je treba potrditi z referenco. Neobjavljeni podatki ali pa osebno sporočilo ne spada v seznam literature. Navedke v besedilu je treba oštevilčiti po vrstnem redu, v katerem se prvič pojavijo, z arabskimi številkami v oklepaju. Če se pozneje v besedilu znova sklicujemo na že uporabljeni navedek, navedemo številko, ki jo je navedek dobil pri prvi omembi. Navedki, uporabljeni v tabelah in slikah, naj bodo oštevilčeni po vrstnem redu, kakor sodijo tabele ali slike v besedilo. Pri citiranju več del istega avtorja dobi vsak navedek svojo številko, starejša dela je treba navesti prej. Vsi navedki iz besedila morajo biti v seznamu literature.

Literatura naj bo zbrana na koncu članka po zaporednih številkah navedkov. Če je citiran članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih je treba navesti vse; pri 7 ali več je treba navesti prve tri in dodati et al. Če pisec prispevka ni znan, se namesto imena napiše Anon. Naslove revij, iz katerih je navedek, je treba krajšati, kot to določa Index Medicus.

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

1. Bohinjec J. Temelji klinične hematologije. Ljubljana: Dopolna delavska univerza Univerzum, 1983: 182–3.

– primer za poglavje iz knjige:

2. Garnick MB, Brenner BM. Tumors of the urinary tract. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS eds. Harrison's principles of internal medicine. 11th ed. Vol 2. New York: McGraw Hill, 1987: 1218–21.

– primer za članek v reviji:

3. Šmid L, Žargi M. Konikotomija – zakaj ne. Med Razgl 1989; 28: 255–61.

– primer za članek iz revije, kjer avtor ni znan:

4. Anon. An enlarging neck mass in a 71-year-old woman. AM J Med 1989; 86: 459–64.

– primer za članek iz revije, kjer je avtor organizacija:

5. American College of Physicians. Clinical ecology. Ann Int Med 1989; 111: 168–78.

– primer za članek iz suplementa revije:

6. Miller GJ. Antithrombotic therapy in the primary prevention of acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1989; 64: Suppl 4: 29B–32B.

– primer za članek iz zbornika referatov:

7. Schneider W. Platelet metabolism and membrane function. In: Ulutin ON, Vinazzer H eds. Proceedings of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: Goetzlem Printing and Publishing Co, 1985: 11–5.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru [tel. (061) 317-868].

Vsak članek daje uredništvo v strokovno recenzijo in jezikovno lekturo. Po končanem redakcijskem postopku, strokovni recenziji in lektoriranju vrnemo prispevek avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in oskrbi čistopis, ki ga vrne s popravljenim prvotnim izvornikom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

Avtor dobi v korekturo prvi krtačni odtis s prošnjo, da na njem označi vse tiskovne pomote. Spreminjanja besedila ob tej priliki uredništvo ne bo upoštevalo. Korekture je treba vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da avtor nima pripomb.

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je treba zaprositi od Uredništva Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

Če zaprošeni recenzent prispevka ne more sprejeti v oceno, naj rokopis vrne. Hvaležni bomo, če v tem primeru predlaga drugega primernega recenzenta. Če meni, da poleg njega prosimo za oceno prispevka še enega recenzenta (multidisciplinarna ali mejna tema), naj to navede v svoji oceni in predlaga ustreznega strokovnjaka.

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odločitev uredništva o usodi prispevka. S svojimi ocenami in sugestijami recenzenti prispevajo k izboljšanju kakovosti našega časopisa. Po ustaljeni praksi ostane recenzent avtorju neznan in obratno.

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu.

Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV ter jim je treba pomagati z nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna zapažanja in sporočila.

Od recenzenta uredništvo pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu ter da bo ugotovil, če je avtor upošteval navodila sodelavcem, ki so objavljena v vsaki številki ZV, in da bo preveril, če so podane trditve in misli verodostojne. Recenzent mora oceniti metodologijo in dokumentacijo ter opozoriti uredništvo na ev. pomanjkljivosti, posebej še v rezultatih.

Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej prosimo, da je pozoren na to, ali je naslov dela jasen in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor cit isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 62, MAY 1993, Page 177-228, Number 5

CONTENTS

LEADING ARTICLE

- Does Slovene medicine need an internal medicine specialists-oncologists?, S. Markovič** 177

PROFESSIONAL ARTICLES

- Barium peritonitis after irigography, J. Avžner** 181
- Can a handy oscillometric blood pressure measuring device substitute the mercury sphygmomanometer? P. Rožman, B. Peršič, M. Vuksan** 183
- Optimum care and treatment of high-risk premature infants and their influence on the incidence of retinopathy of prematurity, S. Burja, B. Gračner, T. Nikolič** 187
- Natural history of acquired cystic disease of the kidney in patients on maintenance haemodialysis: a prospective study, R. Hojs** 191
- Diffuse malignant pleural mesothelioma. Diagnostic problems, A. Debeljak, Z. Remškar, D. Ferluga, T. Rott, M. Mermolja** 195

REVIEW ARTICLES

- A contribution to the history of the founding of the "Slovene Medical Society", P. Ribnikar** 199

LETTER TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS