



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 64, MAREC 1995, str. 133-192, Št. 3

VSEBINA

UVODNIKA

Oregonska iniciativa - priložnost za razmislek, dogovor in ravnanje,
J. Drinovec, M. Cevc, Z. Fras 133

Čas je, da strnemo svoje vrste, M. Cevc, Z. Rudolf 135

STROKOVNI PRISPEVKI

Alergijske reakcije po piku žuželk, M. Košnik 137

Ambulantni endoskopski posegi v lokalni anesteziji - analiza 142 posegov,
M. Veselko, V. Senekovič, M. Tonin 141

PREGLEDNI PRISPEVKI

Epidemiološke značilnosti lymške borelioze v Sloveniji, F. Strle,
V. Maraspin-Čarman, S. Furlan-Lotrič, E. Ružič-Sabljič, D. Pleterski-Rigler, J. Cimperman 145

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Priporočila za izvedbo in vrednotenje kožnih testov alergije,
S. Šuškovič, M. Košnik, J. Šorli 151

PISMA UREDNIŠTVU

Evtanazija in zdravnik, M. Cevc 155

Evtanazija in zdravnik, V. Flis 161

RAZGLEDI

Vprašanja-dileme-rešitve-predlogi 167

Jubileji 173

Nekrologi 174

Stokovno izpopolnjevanje 175

Strokovna srečanja 176

Delo SZD 179

Zdravniški vestnik pred 60 leti 180

Aktualni pogovori 181

Nove knjige 184

V tej številki so sodelovali 150

Oglasi 134, 136, 140, 144, 154, 166, 189, 190, 191

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, D. Klančič, V. Kostevc-Zorko, F. Košir, M. Kotnik,
S. Levak-Hozjan, V. Petrič, A. Planinšek, A. Prijatelj, S. Rakovec,
P. Rode, D. Rotar-Pavlič, 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:

J. Gubenšek

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 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 6.400,00 SIT, za študente 1.600,00 SIT, za ustanove 48.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.500,00 SIT.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo in Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., 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 6.400,00 SIT,
for students 1.600,00 SIT, for institutions 48.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.500,00 SIT.

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

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Printed in 4200
copies

Uvodnik/Leading article

OREGONSKA INICIATIVA – PRILOŽNOST ZA RAZMISLEK, DOGOVOR IN RAVNANJE

Jože Drinovec, Matija Cevc, Zlatko Fras

Pred dobrim letom je prišlo v zvezni državi Oregon do pobude za zakonito pomoč zdravnika pri samomoru, kar so nekateri kritično in sarkastično poimenovali tudi kot »smrt na recept«, »smrt a la cart« in podobno.

V uredništvu Zdravniškega vestnika smo se v decembru 1994 obrnili na uredništvo revije *The New England Journal of Medicine*, naj nam dovoli prevod članka G. J. Annasa (1), ki smo ga želeli objaviti in s tem spodbuditi čim širšo kvalificirano razpravo. Žal so nam dovolili ponatisniti le izvirmek v angleščini, ki ga objavljamo na str. 167 te številke Zdravniškega vestnika.

Tokrat smo pripravili rubriko »Vprašanja – dileme – rešitve – predlogi« nekoliko drugače. Začenjamo jo s tem uvodnikom, nadaljujemo s prispevkoma M. Cevca in V. Flisa, v »razgledih« pa s ponatisom že omenjenega članka iz *The New England Journal of Medicine* ter s prispevki drugih zaprosenih avtorjev, kot navadno tistih, ki so se prizadevno in pravočasno odzvali na aktualno družbeno tematiko tudi pri nas. Žal ni prispevkov pravnikov iz Ljubljane, razveseljiv je odziv tako iz zdravniških kot pravniških vrst iz Maribora. Tam so pripravili kakovostna srečanja o podobni problematiki že več let zapored (2, 3).

Kriza v etičnih odnosih med zdravnikom in bolnikom je permanentna, sprožajo jo novi problemi, ki zahtevajo sprotne rešitve. Sproža jo nova tehnologija, večja zahtevnost bolnikov, na katerih ramena se prelaga tudi vedno večja materialna odgovornost za zdravljenje (4, 5).

Znana so gibanja, predvsem v ZDA, še posebej med zdravniki, katerih člani pri polni zavesti in z verifikacijo sodnika oz. notarja prepovedujejo, da bi jih v primeru neozdravljive ali hudo invalidizirajoče bolezni sprejeli v intenzivne oddelke in pri njih uporabljali sodobne aparature za vzdrževanje življenjskih funkcij in oživljanje.

Po drugi strani pa so tako v zahodni Evropi kot v ZDA razvili sicer drage, a humane oddelke oz. hospice za kronične bolnike in ostarele ljudi. Ti bolniki in njihovi svojci potrebujejo pomoč, predvsem lajšanje bolečine, nekateri podnevi, drugi ponoči, nekateri ambulantno, glede na zaposlenost in druge razmere v družini. Razvila se je diferencirana, strokovno utemeljena in

vodena protibolečinska služba doma, v ambulantah in bolniških ustanovah. Ta dejavnost je postopno humanizirala tudi običajne bolniške oddelke v omenjenem delu sveta (6, 7).

Kljub temu je majhen, a medijsko zelo odmeven del bolnikov, ki zahteva pravico do samomora, hkrati pa tudi pravico, da mu pri tem pomaga zdravnik. Legalizacija takšnih zahtev je šla najdlje na Nizozemskem, v večini držav pa so takšne iniciative naleteli na odpor laične javnosti in ne samo pravnikov in zdravnikov. Posledice morebitnega legaliziranja takšnih zahtev bi bile daljnosežne, težko predvidljive, možne zlorabe še bolj (8).

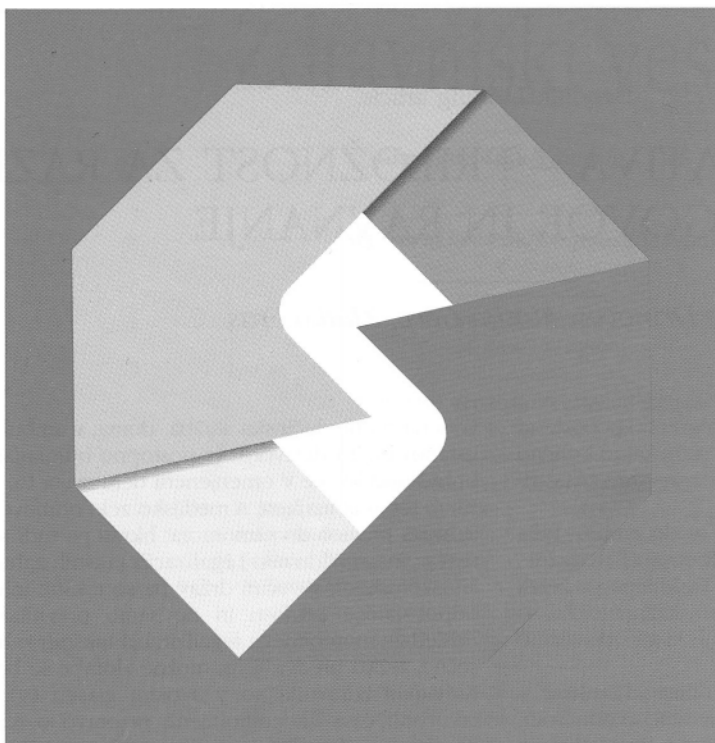
Kanadski zdravniki so v svojem glasilu (9) priznali, da niso izkoristili časa za poglobljeno razpravo o teh vprašanjih. Slovenskemu zdravništvu nudimo takšno možnost zdaj, brez prevelikega zaostanka.

Kljub širokemu odzivu na »oregonsko iniciativo« v tisku, radiu in televiziji po svetu, ne le v ZDA in zahodni Evropi, je zvezni sodnik Michael Hogan v Oregonu začasno preprečil izvajanje Ukrepa 16, ki ga je izzvala »oregonska iniciativa«, z obrazložitvijo, da bi lahko povzročil nepopravljivo škodo (10).

Literatura

1. Annas GJ. Death by prescription. *New Engl J Med* 1994; 331: 1240-4.
2. Flis V, Planinšec V. Medicina in pravo I. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor, 1993: 1-225.
3. Flis V, Planinšec V. Medicina in pravo II. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor, 1994: 1-179.
4. Council on Ethical and Judicial Affairs. Ethical issues in managed care. *JAMA* 1995; 273: 330-5.
5. Emanuel JE, Neveloff-Dubler N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995; 273: 323-9.
6. Wilson WC, Smedira NG, Fink C, McDowell JA, Luce JM. Ordering and administration of sedatives and analgesics during the withholding and withdrawal of life support from critically ill patients. *JAMA* 1992; 267: 949-53.
7. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald eds. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993: 1-845.
8. Quill TD. Doctor, I want to die. Will you help me? *JAMA* 1993; 270: 870-3.
9. Anon. Physician-assisted death. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 248A-B.
10. Chartan FB. Judge blocks Oregon's assisted suicide measure. *Brit Med J* 1994; 309: 1603-3.

Sandostatin[®] octreotide



- oktreatid v obliki prostega peptida
- prvi sintetični derivat naravnega somatostatina, ki je klinično učinkovit
- farmakološko učinkuje podobno kot somatostatin
- odlikuje se z znatno podaljšanim časom delovanja (razpolovna doba je okoli 90 minut po intravenskem dajanju)

Sandostatin

- * prvi analog somatostatina z dolgotrajnim delovanjem
- * že uveljavljen v endokriologiji
- * že uveljavljen v gastroenterologiji
- * uveljavlja se za zdravljenje diareje tudi pri bolnikih z AIDSOM

INDIKACIJE

- *akromegalija*
- *GEP endokrini tumorji*
- *krvavitev iz varic požiralnika*
- *dumping sindrom*
- *diareja vsled različnih motenj in obolenj*

Podrobnejše informacije so vam na voljo pri:
SANDOZ PHARMA SERVICES AG BASEL

Predstavništvo Ljubljana
Dunajska 107/XI
tel: 061 - 16 18 422
fax: 061 - 340 096

Proizvajalec:

SANDOZ PHARMA LTD
Basel ŠVICA

[®] Voltaren Rapid – kalijev diklofenak,

posebej prirejen za hitro djelovanje

[®] Voltaren Rapid – pri:

- * zvinih sklepov
- * nategih mišic
- * udarninah
- * zlomih in dislokacijah

Analgetsko začne delovati že po 15 do 30 minutah.

Učinkovito zmanjšuje otekanje in edem.

[®] Voltaren Rapid

DELUJE, KJER BOLI

[®] Voltaren Rapid hitro ublaži bolečine in vnetje, s tem pa pospeši okrevanje bolnika.

Oprema

10 dražejev po 50 mg kalijevega diklofenaka



PLIVA d.d. Zagreb
Program farmaceutike
PLIVA d.o.o. Ljubljana
Dunajska 51, Ljubljana

Uvodnik/Leading article

ČAS JE, DA STRNEMO SVOJE VRSTE

Matija Cevc, Zvonimir Rudolf

Z osamosvojitvijo Slovenije se je zdelo, da se začneta vse na novo in lepše. Zdravniki smo pričeli z novim poletom soustvarjati novo državo upajoč, da bo nova Slovenija prenehala z mačehovskim odnosom do zdravnikov, ki smo ga bili vajeni do tedaj. Ni čudno, da so se številni zdravniki, ki so bili pred tem politično neangažirani, prebudili in pričeli z aktivnim družbenim delovanjem. Ni pomembnejše slovenske politične stranke, v katere vodstvu ne bi sodelovali zdravniki.

Zgodilo pa se je, kot se zgodi vedno, kadar so pričakovanja velika. Vodstva vseh zdravstvenih zavodov so prešla v zdravniške roke, v političnih strankah vodijo zdravstvene odbore zdravniki, na Ministrstvu za zdravstvo se je število zdravnikov povečalo, ustanovljena je bila nova Zdravniška zbornica Slovenije, ustanovljen je bil Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides – zdravniški poklic pa je ostal tam, kjer je bil prej. Na obrobju dogajanja. Veliko dogajanja, a le malo sprememb na bolje.

Pred leti smo tarnali, da je država kriva za nizek ugled, ki ga imamo zdravniki v družbi. Sedaj imamo zdravniki v rokah vse instrumente, da bi si lahko dvignili ugled. Pa smo si ga?

Če pogledamo polemike zadnjih let, vidimo, da vrednost zdravniškega poklica še nikoli ni bila tako nizka, kot je sedaj. V teh polemikah je bilo le redko slišati glas, ki bi prihajal iz laičnih, nezdravniških krogov, in bi pohvalno govoril o našem poklicu. Po drugi strani pa še nikoli ni toliko zdravnikov pisalo v razna »pisma bralcev«¹ dnevnih časopisov in vodilo polemike, kot se dogaja sedaj. Zdi se, da so ravno te polemike povzročile padec ugleda zdravnikov. Če pustimo v nemar razprave, ki so potekale ob nesrečnih smrtih mladih bolnikov, v katerih smo zdravniki v dnevnem časopisu z neustreznimi argumenti (najpogosteje je bila omenjana nizka plača, le redko pa preutrujenost in prezaposlenost zdravnikov) skušali zaščititi kolege. Logično je, da je argument nizke plače ob smrti mladega bolnika metal zelo čudno luč na zdravništvo. Kako naj bi povprečni bralec razumel razmišljanje zdravnika, da je slabo delal zato, ker je bil slabo plačan? Še slabšo uslugo pa smo si zdravniki naredili s tem, da smo v medijih prali domače umazano perilo. Še tako dobronameren državljan Slovenije se mora globoko zamisliti nad zdravniki, ki so sposobni takega medsebojnega zmerjanja in nizkotnosti po časopisih, kot smo ga brali v zadnjih mesecih. Ne gre se čuditi, če se bolniki raje

zatekajo po pomoč k raznim bioenergetikom in zeliščarjem kot pa k zdravnikom.

Po drugi strani pa smo v Zdravniškem vestniku kar nekajkrat povabili zdravnike, da bi v naši reviji argumentirano razpravljali o zelo številnih aktualnih problemih, s katerimi se vsakodnevno srečujemo. Odmeva s strani zdravnikov pa ni bilo. Zdi se, da nekateri očitno mislijo, da si bodo s prepiranjem in zmerjanjem po časopisih dvignili osebni ugled in ceno. Žal ti še niso spoznali, da v polemikah vsi udeleženci samo izgubljajo, pridobi pa le javnost, ki se zabava nad pritlehnostjo polemike.

Vendar to še ni vse. Da bi bila mera polna, v dnevnem časopisu zdravniki napadajo lastna združenja, katerih člani so. Ne izkoristijo možnosti, ki jim jo dajeta Zdravniški vestnik ali ISIS, da bi urejali nerazčiščene stvari v »družini«. Raje oznanjajo »urbi et orbi«, kaj vse je narobe v zdravniških združenjih in s tem zmanjšujejo ugled teh združenj in zdravnikov samih, hkrati se s tem odpovedujejo lastnemu prispevku, da bi se razmere izboljšale. Kot v vsaki veliki družini je logično, da je tudi znotraj zdravništva veliko različnih mnenj. Pričakovali bi, da se ta mnenja krešejo znotraj združenj, kjer je mesto za izmenjavo in boj argumentov. Če se kdo ne strinja z delom združenja, katerega član je, naj to pove sočlanom. Ne bo prvič, da se bodo na straneh Zdravniškega vestnika kresala mnenja. To je koristno in potrebno, saj brez izmenjav stališč ne more priti do novih kakovosti pri organiziranju in delovanju zdravnikov in njihovih združenj. Morda bomo iz takih kresanj izluščili rešitve, ki bodo vnesle nov polet in ogenj v delovanje Slovenskega zdravniškega društva in ga izboljšale. Če pa se posameznik z delom društva konceptualno ne strinja, naj raje izstopi in pusti drugim, ki se s konceptom strinjajo, da delajo naprej po svoji vesti in prepričanju. Članstvo v Slovenskem zdravniškem društvu je prostovoljno, nihče nikogar ne sili, da bi bil član. Razumljivo pa je tudi, da znotraj društva ni mesta za tiste, ki rušijo njegov ugled in zavirajo njegovo delo.

Dogodki zadnjih mesecev nas silijo v to, da strnemo svoje vrste in z uglašnim delovanjem dvignemo ugled svojega poklica. Vsekakor je potrebno »očiščenje«, ki naj poteka znotraj društva in ne v sredstvih javnega obveščanja. Ko bodo koncepti razjasnjeni in do neke mere poenoteni, skupni, bomo lažje nastopali kot partnerji v dogovorih z oblastjo in zavarovalništvom. Šele to je pot do ugleda stanu in vsakega od nas.

Strokovni prispevek/Professional article

ALERGIJSKE REAKCIJE PO PIKU ŽUŽELK

INSECT STING ALLERGY

Mitja Košnik

Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo, 64204 Golnik

Prispelo 1993-01-12, sprejeto 1995-02-17; ZDRAV VESTN 1995; 64: 137-9

Ključne besede: *kožokrilci; alergija; anafilaktična reakcija***Key words:** *Hymenoptera; allergy; anaphylactic reaction***Izvleček** – Izhodišča. *Alergija za strup žuželk je pogosta in življenje ogrožajoča bolezen***Abstract** – Background. *Insect sting allergy is a common and life threatening disease.*

Metode. V članku so predstavljeni epidemiološki podatki, patogeneza in naravni potek senzibilizacije za strup žuželk iz reda kožokrilcev. Opisan je pristop k diagnostiki pri bolniku, ki je po piku žuželke doživel sistemsko reakcijo. Navedeni so previdnostni ukrepi, s katerimi zmanjšamo tveganje za pik kožokrilca. Poseben poudarek je na samopomoči in prvi pomoči bolniku s hudo sistemsko alergijsko reakcijo po piku žuželke. Navedene pa so tudi indikacije za specifično imunoterapijo.

Methods. The epidemiological data, pathogenesis and natural history of sting insect hypersensitivity are presented. A diagnostic approach to patients who experienced a systemic reaction following insect sting is described. Precautions to reduce the risk of Hymenoptera stings are mentioned. A special emphasis is put on self aid and first aid to patients experiencing anaphylactic reaction after Hymenoptera sting. Indications for specific immunotherapy are mentioned as well.

Zaključki. Bolnik, ki je imel alergijsko reakcijo po piku žuželke, mora biti poučen in opremljen za samopomoč v primeru ponovnega pika.

Conclusions. Education and emergency medications must be given to all patients with a history of systemic allergic reaction to insect sting.

Uvod

Klinično so pomembne predvsem alergijske reakcije, ki so posledica senzibilizacije za strup žuželk iz reda kožokrilcev (Hymenoptera) – čebel, os, sršenov, čmrljev. Alergeni v strupu žuželk spodbudijo limfocite k sintezi specifičnih protiteles razreda IgE (1, 2). Ta protitelesa se vežejo na tkivne mastocite in krvne bazofilce ter jih senzibilizirajo. Ob naslednjem stiku s strupom se iz senzibiliziranih celic sprostito mediatorji, ki povzročijo simptome. Klinična slika alergijske reakcije je odvisna od porazdelitve in števila mastocitov v telesu ter količine sproščenih mediatorjev (tab. 1).

Biološke značilnosti kožokrilcev

V družino Apidae spadajo čebele in čmrlji. Antigenska sestava strupa obeh rodov žuželk je podobna. Čmrlj ni napadalen in redko piči. Alergijska reakcija po piku čmrlja je po navadi posledica senzibilizacije s strupom čebele. Za razliko od čebele čmrlj žela po piku ne pusti v koži. Pri piku čebela izbrizga 50 µg strupa.

V družino Vespidae spadajo ose in sršeni. Tudi med tema rodovoma je antigenska sestava strupa podobna in pride do navzkrižne senzibilizacije. Ose gnezdiijo pod zemljo v bližini hiš ali v ostrejših. Hranijo se s sladkorjem ali razkrajajočimi snovmi. Pri piku osa izbrizga 3 µg strupa. Sršeni gnezdiijo v drevju in jih sladkor ter meso ne privlači. Pri vespidah zimo preživi le matica, zato so piki os in sršenov možni le v poletnih in jesenskih mesecih, medtem ko so piki čebel možni celo v toplejših zimskih dneh. Navzkrižne senzibilizacije med strupom čebel in os ni.

Kožokrilci postanejo bolj agresivni, kadar sta temperatura in vlaga zraka visoka. Kadar se te žuželke počutijo ogrožene ali kadar pičijo, sprostito v okolico feromone, ki povečajo agresivnost drugih žuželk iste vrste, ki so v bližini (3).

Sestavine strupa kožokrilcev

Strup vsebuje biogene amine (histamin, dopamin, noradrenalin), toksične peptide (melitin, apamin, kinini, peptid, ki degranulira mastocite) in encime (fosfolipaza A₂, hialuronidaza, kislata fosfataza), ki pri človeku povzročajo lokalne reakcije zaradi neposrednega delovanja na mikrocirkulacijo, sproščanja mediatorjev iz vnetnih celic ter toksičnega delovanja na celice (3). Velika količina strupa po piku roja žuželk povzroči po istem mehanizmu sistemsko reakcijo. Najpomembnejša alergogena sestavina strupa je fosfolipaza A₂ (4-6).

Pogostost preobčutljivosti za strup žuželk iz reda Hymenoptera

Specifična protitelesa IgE razreda ali pozitivne kožne teste proti strupu žuželk iz rodu Hymenoptera ugotovimo pri 10-20% ljudi (7-10). Pik teh žuželk lahko sproži sistemsko alergijsko reakcijo pri 0.35 do 5% ljudi (11, 12). Ocenjujejo, da v Združenih državah Amerike letno umre zaradi alergije za čebelji in osji strup 40 ljudi. V Sloveniji je bilo v letih 1970-89 registriranih 14 smrtnih primerov zaradi alergijske reakcije po piku žuželk (13). Vzrok smrti je

Tab. 1. *Klinična slika reakcije na pik žuželke iz reda kožokrilcev.*Tab. 1. *Classification of allergic reactions to hymenoptera sting.*

Normalna reakcija	Bolečina, eritem in otekline na mestu pika, ki traja do 2 uri
Normal reaction	Pain, erythema, swelling at site of sting which resolves in 2 hours
Velika lokalna reakcija	Otekline premera nad 10 cm na mestu pika prisotna več kot 24 ur
Large local reaction	Local swelling larger than 10 cm lasting over 24 hours
Sistemska preobčutljivostna reakcija	
Systemic reactions	
I. stopnje	Generalizirana urtikarija, srbenje, oslabeledost, anksioznost
Grade I	Generalized urticaria, itching, malaise, anxiety
II. stopnje	Poleg znakov I. stopnje še vsaj dva od naslednjih: angioedem, stiskanje v prsih, slabost, bruhanje, driska, bolečina v trebuhu, omotica
Grade II	Two or more of the following: angio-oedema, constriction in chest, nausea vomiting, diarrhoe, abdominal pain, dizziness
III. stopnje	Poleg znakov II. stopnje še vsaj dva od naslednjih: dispneja, piskanje, stridor, disfagija, disartrija, hripavost, zmedenost
Grade III	Two or more of the following: dyspnoea, wheezing, stridor, dysphagia, dysarthria, hoarseness, confusion
IV. stopnje	Poleg znakov III. stopnje še vsaj dva od naslednjih: hipotenzija, kolaps, izguba zavesti, inkontinenca vode in blata, cianoza
Grade IV	Two or more of the following: hypotension, collapse, loss of consciousness, incontinence, cyanosis
Toksične reakcije	Po piku velikega števila žuželk
Toxic reactions	Multiple stings
Psihogene reakcije	Vazovagalna sinkopa, hiperventilacijski sindrom
Psychogenic reactions	Vasovagal syncope, hyperventilation

največkrat angioedem grla, redkeje anafilaktični šok (14). Ljudje, ki sicer niso preobčutljivi za strup kožokrilcev, lahko umrejo zaradi zadušitve po piku v usta ali vrat. Redek vzrok smrti je toksična reakcija po piku velikega števila žuželk (vsaj 100). Sistemska alergijska reakcija se navadno spontano ugodno izteče, vendar ljudje, ki so tako reakcijo preživeli, živijo v strahu pred ponovnim pikom.

Naravni potek preobčutljivosti

Naravni potek preobčutljivosti je nepredvidljiv. Pri 40–50% oseb, ki so doživele sistemsko alergijsko reakcijo po piku žuželke, se ta pri ponovnem piku enake žuželke ne pojavi (15–18). Le 60% bolnikov, preobčutljivih za čebelji in 30% preobčutljivih za osji strup, reagira s sistemsko alergijsko reakcijo na ponovni pik. Manjše tveganje ponovne sistemske alergijske reakcije po piku ose razlagajo z majhno količino vbrizganega strupa (18). Osa (za razliko od čebele) pri piku ne izbrizga vsega strupa. Kadar je ogrožena, strup razprši v okolico že pred pikom. Osa, ki je pred kratkim pičila, v strupni žlezi nima velike količine strupa.

Bolniki s sistemsko alergijsko reakcijo imajo pri naslednjem piku največkrat podobne ali blažje simptome, redkeje je reakcija težja (15). Bolniki, ki so imeli po piku žuželke le generalizirano kožno reakcijo, po naslednjih pikih skoraj nikoli nimajo simptomov na dihalih in obtočilih. Vendar so tudi izjeme. Pri otrocih, pri katerih se sistemska alergijska reakcija izrazi le s kožnimi spremembami, je naravni potek še ugodnejši.

Bolnik, ki je preživel alergijsko reakcijo, se dva do tri tedne po tej reakciji manj burno odzove na ponovni pik (refrakterno obdobje). Občutljivost za strup pri nekaterih bolnikih izgine, če jih žuželka več let ni pičila (15).

Diagnostični postopek

Diagnostika temelji na natančni anamnezi. Zaradi biogenih aminov in toksičnih peptidov v strupu je pik kožokrilca vedno boleč. Sistemska reakcija se navadno pojavi nekaj minut po piku in skoraj vedno prej kot v eni uri. Značilni simptomi anafilaktične reakcije so: urtikarija, angioedem kože, konjunktivitis, rinitis, stridor, piskanje nad pljuči. Poleg alergijske reakcije je lahko sistemskim simptomom vzrok tudi hiperventilacijski sindrom ali vazovagalna reakcija. Za slednje so značilni simptomi bledica, znojenje in bradikardna srčna akcija. In vivo ter in vitro diagnostične metode le malo pripomorejo v diagnostičnem postopku (4, 5, 16–19). Z vbodnimi ali intradermalnimi kožnimi testi ter določanjem specifičnih IgE protiteles v krvi potrdimo senzibilizacijo za strup žuželke in ugotovimo, katera žuželka je povzročila alergijsko reakcijo, če bolnik ob piku žuželke ni prepoznal. Ker je možna anafilaktična reakcija, se smejo kožni testi s strupom žuželk izvajati le v pogojih, kjer je zagotovljena možnost takojšnjega ukrepanja in intenzivnega zdravljenja.

Zdravljenje

Povsem zanesljivega in enostavnega načina vodenja in zdravljenja bolnika, ki je imel sistemsko alergijsko reakcijo po piku žuželke, ni. Način vodenja takega bolnika temelji na oceni verjetnosti ponovnega pika enake žuželke in verjetnosti, da bo bolnik ob naslednjem piku življenjsko ogrožen. Iz anamneze in imunoloških preiskav bolnika ni mogoče predvideti tveganja za nastanek sistemske reakcije in njeno intenzivnost po ponovnem piku (16–20).

Pomembno je izogibanje ponovnemu piku. Bolnikom svetujemo, naj se izogibajo nenadnih kretenj, ki se približujejo osa ali čebela. Odsvetujemo pobiranje čezmerno zrelega odpadlega sadja. Žuželke privlači vonj parfumov, lakov za lase, dišečih krem za sončenje in šamponov ter pisana oblačila. Ker jih privabljata tudi znoj in ogljikov dioksid, svetujemo previdnost pri ukvarjanju s športi na prostem. Alergičen čebelar mora opustiti rejo čebel. Če je alergičen član čebelarjeve družine, je treba panje odstraniti več sto metrov od hiše. Sredstva za odganjanje mrčesa (repelanti) in generatorji ultrazvoka so proti kožokrilcem neučinkoviti (3).

Takojšnje zdravljenje po piku

Bolnik, ki je že imel sistemsko alergijsko reakcijo, mora biti poučen in opremljen za samopomoč v primeru ponovnega pika žuželke (21). Pri sebi mora stalno nositi:

- hitro delujoči antihistaminik v maksimalnem dnevnem odmerku (npr. terfenadin, loritidin, ne pa astemizol),
- kortikosteroid (npr. metilprednizolon 40–80mg = Medrol 2 tbl),
- adrenalin v pripravljenih setih za podkožno uporabo (Fastjekt, Epipen, Anakit, Anahelp ter za otroke Epipen Jr) ali v pršilcu (Medihaler-Epi).

Takoj po piku je treba odstraniti želo, če je ostalo v koži. Pri tem je treba paziti, da se ne stisne strupnega mešička. Bolnik takoj po piku tudi vzame tablete antihistaminika in kortikosteroida. Nato pripravi adrenalin, ki si ga, če se razvija težja sistemska reakcija, vbrizga v podkožje (Fastjekt) oziroma inhalira 10 do 20 vdihov (Medihaler-Epi). Potreben je čimprejšnji zdravniški nadzor.

Zdravniška pomoč pri alergijski reakciji po piku žuželk

V primeru kožne sistemske reakcije: antihistaminik (klemastin 1 mg) v počasni intravenski injekciji ali adrenalin do 0,5 mg (½ ampule) pod kožo ter nato še kortikosteroid intravensko (metilprednizolon 80 mg).

V primeru dušenja: adrenalin do 0,5 mg (½ ampule) pod kožo ali 10–20 vdihov skozi usta (Medihaler-Epi) ter kortikosteroid intravensko (metilprednizolon 80 mg). Adrenalin damo lahko večkrat

v 10-minutnih presledkih. Posebej moramo biti pozorni na razvoj angioedema grla, pri katerem je včasih potrebna intubacija ali celo konikotomija.

V primeru anafilaktičnega šoka: adrenalin v koncentraciji 1:10.000 (1 ml adrenalina razredčen z 9 ml fiziološke raztopine) intravensko v ponavljajočih odmerkih po 0,1–0,2 mg (1–2 ml), antihistaminik, kortikosteroid intravensko (metilprednizolon 80 mg), nadomeščamo plazemsko tekočino, damo vazokonstriktor (noradrenalin, dopamin).

Otrokom prilagodimo odmerke zdravil glede na telesno maso (adrenalin: 0,1 mg/10 kg telesne mase, metilprednizolon: 16 mg/10 kg telesne mase).

Specifična imunoterapija

Imunoterapija je absolutno indicirana pri bolnikih, ki so imeli po piku kožokrilca hujšo sistemsko alergijsko reakcijo (stopnja III in IV). Devetdeset odstotkov bolnikov po imunoterapiji nima več anafilaktične reakcije po piku kožokrilca, pri ostalih pa je reakcija blažja kot pred imunoterapijo (20, 22). Pri bolnikih z reakcijo I. ali II. stopnje sta verjetno tveganje in neprijetnost povezana z imunoterapijo večja od pričakovane koristi. V teh primerih se o načinu zdravljenja odločimo glede na tveganje ponovnih pikov in duševno stanje bolnika. Tudi o trajanju imunoterapije ni dokončnega mnenja. Nekateri zagovarjajo zdravljenje tri leta, drugi pet let, tretji do negativizacije kožnih testov ali izginotja specifičnih IgE, nekateri pa pri posebej ogroženih skupinah bolnikov (npr. čebelarjih) sploh ne priporočajo prenehati z imunoterapijo. Vsekakor pa mora bolnik kljub imunoterapiji vedno imeti pri sebi komplet za samopomoč (21).

Z imunoterapijo lahko povzročimo anafilaktično reakcijo, zato se sme to terapijo izvajati le tam, kjer je zagotovljena možnost takojšnjega ukrepanja in intenzivnega zdravljenja.

Reakcije na pik žuželk, ki pijejo kri

V slini parazitarnih žuželk (komarjev, bolh, stenic, muh) so antikoagulanti, hemaglutinini, encimi in mukopolisaharidi, na katere se organizem lahko senzibilizira. Lokalna reakcija po ugrizu žuželke nastane prek imunoloških mehanizmov. Sistemske alergijske reakcije po ugrizu parazitarnih žuželk so redke in so večinoma Artusovega tipa (23, 24). Smrtne alergijske reakcije so opisane po ugrizu ameriške stenice (*Triatoma protracta*).

Zaključek

Naloga splošnega zdravnika so: prva pomoč in zdravljenje anafilaktične reakcije, bolnika opremiti s priborom in navodili za samopomoč, bolnika napotiti k alergologu, ki se bo odločil o ukrepih za preprečitev ponovnih anafilaktičnih reakcij.

Literatura

1. Ewans PW. Allergy to insect stings: a review. *JR Soc Med* 1985; 78: 234–9.
2. Lessof MH. Allergy and its mechanisms. *Br Med J* 1986; 292: 385–7.
3. Mueller UR. Insect sting allergy. Stuttgart: Gustav Fisher, 1990.
4. Sobotka KA, Adkinson NF, Valentine MD, Lichtenstein LM. Allergy to insect stings. IV: Diagnosis by RAST. *J Immunol* 1978; 121: 2477–84.
5. Valentine MD. Insect venom allergy: Diagnosis and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 1984; 73: 299–304.
6. Uhlin T, Nordvall SL, Einarsson R. Detailed IgG and IgE antibody patterns during immunotherapy with honey bee venom. *Allergy* 1987; 42: 222–9.
7. Zora JA, Swanson MC, Yunginger JW. A study of prevalence and clinical significance of venom-specific IgE. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 81: 77–82.
8. Juarez C, Blanca M, Fernandez J, Sanchez F. Epidemiologic study on the prevalence of specific IgE to Hymenoptera in an exposed population (abstract). *J Allergy Clin Immunol* 1991; 87: 238–8.
9. Lomnitzer R, Rabson AR. Lack of responsiveness of beekeeper mononuclear cells to in vitro stimulation with pure bee venom. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78: 25–30.
10. Reisman RE, Georgitis WJ. Frequency of positive venom skin tests in insect sting allergic and nonallergic population (abstract). *J Allergy Clin Immunol* 1984; 73: 187–7.
11. Frazier CA. Insect sting – a medical emergency. *JAMA* 1976; 235: 2410–5.
12. Müller U, Spiess J, Roth A. Serological investigation on Hymenoptera sting allergy: IgE and haemagglutinating antibodies against bee venom in patients with bee sting allergy, beekeepers and non-allergic blood donors. *Clin Allergy* 1977; 7: 57–64.
13. Mali P, Mazič U. Uspešnost hiposenzibilizacije s čebeljim in osjim strupom kot profilaksa proti anafilaktičnemu šoku. Prešernova naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1991.
14. Barnard JH. Studies on 400 Hymenoptera sting deaths in the United States. *J Allergy* 1973; 52: 259–64.
15. Settigane GA, Chafee FH. Natural history of allergy to Hymenoptera. *Clin Allergy* 1979; 9: 385–90.
16. Parker JL, Santrach PJ, Dahlberg MJE, Yunginger JW. Evaluation of Hymenoptera sting sensitivity with deliberate sting challenge: inadequacy of present diagnostic methods. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 200–7.
17. Müller U, Helbling A, Bischof M. Predictive value of venom-specific IgE, IgG and IgG subclass antibodies in patients on immunotherapy with honey bee venom. *Allergy* 1989; 44: 412–8.
18. Kampelmacher MJ, van der Zwan JC. Provocation test with a living insect as a diagnostic tool in systemic reactions to bee and wasp venom: a prospective study with emphasis on the clinical aspects. *Clin Allergy* 1987; 17: 317–27.
19. Blaauw PJ, Smithuis LOMJ. The evaluation of the common diagnostic methods of hypersensitivity for bee and Yellow jacket venom by means of an in-hospital insect sting. *J Allergy Clin Immunol* 1985; 75: 556–62.
20. Hunt JK, Valentine MD, Sobotka AK, Lichtenstein LM et al. A controlled trial of immunotherapy in insect hypersensitivity. *N Engl J Med* 1978; 299: 157–61.
21. Müller U, Mosbech H, Blaauw PJ, Dreborg S et al. Emergency treatment of allergic reaction to Hymenoptera stings. *Clin Exp Allergy* 1991; 21: 281–8.
22. Golden DBK, Kagey-Sobotka AK, Lichtenstein LM. Risk and benefit of discontinuing venom immunotherapy after 5 years (abstract). *J Allergy Clin Immunol* 1991; 87: 237–7.
23. Reunala T, Brummer H, Lappalainen P, Palosuo T. Immunology and treatment of mosquito bites. *Clin Exp Allergy* 1990; 20 (Suppl 4): 19–24.
24. Reunala T, Lappalainen P, Palosuo T. Cutaneous reactivity to mosquito bites: effect of cetirizine and development of anti-mosquito antibodies. *Clin Exp Allergy* 1991; 2: 617–22.
25. Mueller HL. Diagnosis and treatment of insect sensitivity. *J Asthma Res* 1966; 3: 331–3.
26. Mellanby D. Man's reaction to mosquito bites. *Nature* 1946; 158: 554–4.

PROZAC[®]
fluoxetin hidroklorid

Zdravilo, ki ga v
antidepresivni
farmakoterapiji
najpogosteje
predpisujejo
ameriški psihiatri*

- dokazano učinkovito zdravljenje depresivnih bolnikov
- 10 milijonov bolnikov v 58 deželah
- ugodno doziranje 20 mg enkrat dnevno
- prvi je terapevtski odmerek – titracija največkrat ni potrebna
- dokazano blagi profil stranskih učinkov, ki jih lahko nadzorujemo, zagotavlja bolnikom prednosti neprekinjenega zdravljenja
- razpolovni čas varuje pred sporadično nekomplianso
- širok varnostni faktor v primeru predoziranja



Lilly

* Podatki neodvisne tržne raziskave od decembra 1988 do avgusta 1992.

132. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Bled, 12.–13. maj 1995
Bela dvorana hotela Park

Petek, 12. maj 1995

132. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva

Protokolarni del

Otvoritev, izvolitev organov, poročila, razprava o poročilih, volitve častnih članov in druge zadeve

Stanovsko organizacijski del

Sobota, 13. maj 1995

Strokovni del: SPOLNO PRENOSLJIVE BOLEZNI

- 09.00–11.00 **Matičič M.:** Spolno prenosljive bolezni danes v svetu in doma
Marolt-Gomišček M.,
Arzenšek J.: Spolno prenosljive okužbe s klamidijami
Potočnik M.: Sifilis in gonoreja danes
Fetih A.: Pelvične vnetne bolezni kot posledica spolno prenosljivih okužb
Diskusija
- 11.00–11.30 Odmor
- 11.30–13.00 **Radšel-Medvešek A.:** Spolno prenosljivi herpesvirusi
Uršič-Vrščaj M.,
Poljak M.: Voznik ali sopotnik – pomen virusov humanega papiloma pri nastanku nekaterih vrst raka
Tomažič J.: Aids kot spolno prenosljiva bolezen
Diskusija

KOTIZACIJO 15.000 SIT plačate ob prihodu v sprejemni pisarni ali nakažete na žiro račun št. 50101-678-48620 ZZZ – Slovensko zdravniško društvo, Ljubljana, s pripisom »132. srečanje«.

Hotelske rezervacije: do 10. maja 1995 na recepciji hotela Park, po telefonu 064/79-30 ali po telefaksu 064/741-505. Pri prijavi navedite, da ste udeleženci letnega srečanja Slovenskega zdravniškega društva.

Cene v DEM na dan	Dvoposteljna soba	Enoposteljna soba
Polni penzion	92,00	112,00
Polpenzion	72,00	92,00
Nočitev z zajtrkom	57,00	77,00

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

Upravni odbor Slovenskega zdravniškega društva je na osnovi razprave po regionalnih društvih sprejel pobudo Organizacijske komisije SZD, da bodo imele nove članske izkaznice obliko preproste, plastične identifikacijske kartice, ki so predvsem v zadnjem času tudi v Sloveniji že precej razširjene (oblika t. i. plačilne, kreditne kartice). Odločeno je bilo tudi, da bodo izkaznice opremljene s sliko in nekaterimi osnovnimi podatki o lastniku, vključno z najrazličnejšimi (ne)poklicnimi nazivi. Grafično oblikovanje nove izkaznice je končano, smo pred njihovo izdelavo. Zaradi relativno zahtevne tehnologije izdelave te oblike izkaznice v primeru, ko je le-ta opremljena s sliko, je potrebno naenkrat izdelati kolikor je mogoče veliko število kosov. Seveda je od števila odvisna tudi cena. Dodatna težava je v tem, da ugotavljamo, da je evidenca o strokovnih, znanstvenih in akademskih nazivih naših članov pomanjkljiva.

*Zaradi vsega navedenega vas prosimo, da nam kot član SZD čimprej pošljete eno **fotografijo velikosti 2,5 X 3,0 cm** (prosimo, da na hrbtno stran zapišete ime in priimek) in izpolnjen vprašalnik, ki je objavljen v nadaljevanju na naslov:*

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

KLINIKA ZA INFEKCIJSKE BOLEZNI IN VROČINSKA STANJA
Ljubljana, Japljeva 2

in

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO – INFEKTOLOŠKA SEKCIJA

vabita na

Ustanovni občni zbor Sekcije za kemoterapijo

in

I. infektološki simpozij

Ljubljana, 7. in 8. april 1995
Predavalnica Infekcijske klinike

Na ustanovni občni zbor Sekcije za kemoterapijo vabimo vse zdravnike, ki se na svojem strokovnem področju ukvarjajo s kemoterapevtiki pri zdravljenju okužb in malignih bolezni.

Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, ki jih zanimajo teme, obravnavane na simpoziju.

PROGRAM USTANOVNEGA OBČNEGA ZBORA

Petek, 7. aprila 1995 ob 12.00

Predstavitve Sekcije za kemoterapijo
Izvolitev organov ustanovnega občnega zbora
Volitve v upravni in nadzorni odbor sekcije
Program dela sekcije za leto 1995

PROGRAM I. INFEKTOLOŠKEGA SIMPOZIJA

Petek, 7. april

- | | | |
|-------------|---------------------------|---|
| 15.00–18.00 | B. Beovič | Klinične slike okužb, ki jih povzročajo betahemolitični streptokoki |
| | F. Pikelj | Zdravljenje in preventiva streptokoknih okužb |
| | M. Čižman | Zdravljenje okužb dihal pri otrocih z antibiotiki, danimi peroralno |
| | M. Sočan | Empirično zdravljenje bakterijskih pljučnic |
| | M. Marolt-Gomišček | Kinoloni v zdravljenju okužb dihal |

Sobota, 8. april

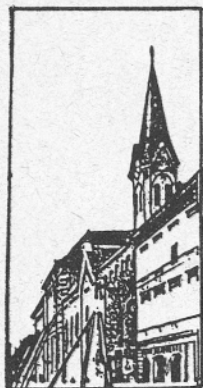
- | | | |
|-------------|----------------------------|--|
| 9.00–12.00 | F. Strle | Epidemiološke značilnosti lymške borelioze |
| | E. Ružič-Sabljič | Etiologija lymške borelioze |
| | F. Strle | Prizadetost kože pri lymski boreliozi |
| | J. Cimperman | Prizadetost živčevja pri lymski boreliozi |
| | S. Lotrič-Furlan | Prizadetost sklepov pri lymski boreliozi |
| | V. Maraspin-Čarman | Druge manifestacije lymške borelioze |
| 14.00–18.00 | D. Pleterski-Rigler | Značilnosti lymške borelioze pri otrocih |
| | V. Maraspin-Čarman | Lymška borelioza v nosečnosti |
| | J. Cimperman | Klinična diagnoza lymške borelioze |
| | E. Ružič-Sabljič | Laboratorijsko potrjevanje borelijske okužbe |
| | F. Strle | Zdravljenje in preprečevanje lymške borelioze |
| | | Razprava o delazmožnosti bolnikov z lymsko boreliozo |

Kotizacija je 2.000,00 SIT.

Vsi udeleženci bodo prejeli razširjene izvlečke predavanj.

Zdravniška zbornica Slovenije priznava udeležbo za strokovno izobraževanje in ga upošteva pri podaljševanju licence.

Informacije: doc. dr. Milan Čižman
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
61000 Ljubljana, Japljeva 2
Telefon: 061/310-558, telefax: 061/302-781



Medicinska fakulteta – Inštitut za zgodovino medicine



Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije



Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva



MEDICINSKI IN SOCIALNI POGLEDI NA VELIKI LJUBLJANSKI POTRES 1895

Ljubljana, 20.–21. april 1995

Klinični center, Zaloška 7, predavalnica št. 3

PROGRAM

Četrtek, 20. aprila 1995

- 17.00 Svečano odkritje spominske plošče na mestu prve civilne bolnišnice na Kranjskem, Ljubljana, Slovenska 44 (Slovenijašport)
- 17.45 Uradna otvoritev srečanja z novinarsko konferenco
Dvorana Slovenskega zdravniškega društva, Ljubljana, Komenskega 4
Pozdravni nagovori
Umetniški program

Petek, 21. aprila 1995

Klinični center, Zaloška 7, predavalnica št. 3

Delovno predsedstvo

Hribar Z., Zupanič-Slavec Z., Musajo-Somma A., Škrobonja A.

- 9.00 *Lapajne J., Šket-Motnikar B., Zupanič P., Kocijančič M., Šega J., Kraker-Starman A., Vulikić V., Šega J., Mrevlje V. G., Štolfa F.*
- Potresne značilnosti Slovenije
Zdravje in bolezen v predpotresni Ljubljani
Zdravstvo in higiena v predpotresni Ljubljani
Higiena po potresu v Ljubljani
Zobozdravstvo v popotresni Ljubljani
Potresi in duševne motnje
Pomoč in sodelovanje južnih železnic po potresu
- 11.00 Odmor za kavo (15 minut)

Delovno predsedstvo

Hribar Z., Štolfa F., Kocijančič M., Fatović-Ferenčič S.

- Glaser E., Pokorn D., Premik M., Gröger H.* (Avstrija)
Smrkolj V., Musajo Somma A. (Italija)
Balažič J., Štefanič B., Slavec-Zupanič Z.
- Ljubljanski potres v mariborskih časopisih
Javnozdravstveni vidiki elementarnih nesreč
The Origins of Disaster Management in Rescue Service
Razvoj travmatologije v izrednih razmerah
Earthquakes: Historical Perspectives for a Scientific Model of Disaster Medicine
Problematika potresov z vidika sodne medicine
Predpotresno bolnišnično delovanje v Ljubljani
- 13.00 Odmor za kavo (15 minut)

Delovno predsedstvo
Hribar Z., Vulikić V., Jurca J., Šega J.

Borisov P.	Vpliv potresa na dograditev in razvoj ljubljanske bolnišnice na Zaloški cesti
Fatović-Ferenčič S. (Hrvaška)	Veliki zagrebački potres 1880
Škrobonja A. (Hrvaška)	Potres u Rijeci 1750. godine u djelima suvremenika
Kolar B.	Potres, vera in versko življenje prebivalcev
Hvala I., Kikel A.	Rdeči križ po potesu
Dugac Ž. (Hrvaška)	Čovjekov kraj i početak u mitovima o potresu i potopu
Kocijančič M.	Potresi u literaturi
14.45	Razprave in zaključek srečanja
	Odmor za kosilo
16.30	Vodstvo po razstavi o potresu v Narodni galeriji v Ljubljani, Prežihova 1

Strokovno srečanje so omogočili:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo
 Mesto Ljubljana
 Medicinska fakulteta Ljubljana
 Klinični center Ljubljana

Častna predsednica: *doc. dr. Zlata Hribar*

Organizacijski odbor: *Mario Kocijančič* – predsednik, *Zvonka Zupanič-Slavc* – sopredsednica, *Jelka Sever* – tajnica, *Edvard Glaser, Jože Jurca, Dražigost Pokorn, Marijan Premik, Judita Šega, Franc Štolfa*

Kotizacije ni!

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
 MINISTRSTVO ZA ZDRAVSTVO R SLOVENIJE
 INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA R SLOVENIJE
 ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Vabimo vas na prireditev ob

SVETOVNEM DNEVU ZDRAVJA

7. aprila 1995

16.00–18.00	Cankarjev dom – Štihova dvorana Okrogla miza: Svet brez otroške paralize Moderator: prim. <i>Metka Macarol-Hiti</i> , dr. med., direktorica Inštituta za varovanje zdravja
18.30	Cankarjev dom – Štihova dvorana Ob svetovnem dnevu zdravja Slavnostni govor: doc. dr. <i>Božidar Voljč</i> , dr. med., minister za zdravstvo Glasbena medigra Podelitev naziva in listin svetnikom in višjim svetnikom: doc. dr. <i>Božidar Voljč</i> , dr. med., minister za zdravstvo Podelitev naziva primarij Poročilo: prof. dr. <i>Marica Marolt-Gomišček</i> , dr. med., predsednica Komisije za podelitev naziva primarij
20.00	Podelitev listin: doc. dr. <i>Božidar Voljč</i> , dr. med., minister za zdravstvo Klub Cankarjevega doma Sprejem

**SPLOŠNA BOLNIŠNICA MARIBOR
GINEKOLOŠKO-PERINATOLOŠKA SLUŽBA
GINEKOLOŠKI ODDELEK
CENTER ZA DIAGNOSTIKO BOLEZNI DOJK**

1. TEČAJ DIAGNOSTIKE RAKA DOJK

od 29. 5. do 1. 6. 1995

Ponedeljek	9.00–9.30	Sprejem udeležencev in pozdrav
	9.30–10.00	Ogled oddelka za ginekologijo in perinatologijo s Centrom za bolezni dojk
	10.00–10.15	Kava
	10.15–11.00	Anatomija in fiziologija dojk
	11.15–12.45	Patomorfologija displazij in benignih tumorjev dojk
	13.00–14.00	Kosilo
	14.15–15.00	Epidemiologija raka dojk in dejavniki tveganja
	15.15–18.00	Delo v Centru za bolezni dojk
Torek	8.30–10.00	Patomorfologija malignomov dojk
	10.00–10.15	Kava
	10.15–12.00	Pregled različnih diagnostičnih metod
	12.15–13.00	Osnove kliničnega pregleda dojk
	13.00–14.00	Kosilo
	14.15–15.00	Ultrasonomamografija
	15.15–18.00	Delo v Centru za bolezni dojk
Sreda	8.30–10.00	Tehnika odvzema citološkega materiala ter vloga citologije pri diagnostiki bolezni
	10.00–10.15	Kava
	10.15–11.00	Osnove tehnike mamografije
	11.15–12.45	Osnove analiz mamogramov
	13.00–14.00	Kosilo
	14.15–15.00	Delo medicinske sestre v Centru za bolezni dojk
	15.00–18.00	Delo v Centru za bolezni dojk
Četrtek	8.30–9.15	Probatorna biopsija nepalpabilnih lezij
	9.30–10.15	Vpliv hormonskega zdravljenja v ginekologiji na dojke
	10.15–10.30	Kava
	10.30–13.00	Izkušnje s presejanjem v svetu
	13.00–14.00	Kosilo
	14.15–15.00	Možnost organiziranja detekcije in zgodnje diagnostike raka dojk v Sloveniji
	15.15–17.00	Zaključna razprava

Namen: Tečaj je namenjen ginekologom, specializantom ginekologije, kakor tudi splošnim zdravnikom, z željo dati osnovne informacije in orientacijo za vsakdanje delo z ženskami, predvsem tistimi, ki jih rak dojk najbolj ogroža.

Kraj in čas tečaja: Predavalnica ginekološkega oddelka Splošne bolnišnice Maribor od 29. 5. do 1. 6. 1995.

Prijave: od 1. 3. 1995 do 10. 5. 1995 na naslov:

Splošna bolnišnica Maribor
Ginekološko-perinatološka služba
Ginekološki oddelek
Center za diagnostiko bolezni dojk

Kotizacija: Kotizacija znaša 400 DEM, plačano v tolarski protivrednosti na ŽT Slovensko zdravniško društvo Maribor, ŽR 51800-678-81888, s pripisom »Tečaj diagnostike dojk«.

S plačilom kotizacije ima vsak udeleženec zagotovljeno kosilo ter kavo.

Informacije: Splošna bolnišnica Maribor
Ginekološko-perinatološka služba
Ginekološki oddelek
Center za diagnostiko bolezni dojk
Tel. (062) 37-221, int. 34-47

ZDRUŽENJE ZA URGENTNO MEDICINO SLOVENIJE

(v ustanavljanju)

organizira

DRUGI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI z mednarodno udeležbo

22.–24. junij 1995

Cankarjev dom, Ljubljana, Slovenija

SIMPOZIJ JE NAMENJEN zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, ki se pri svojem delu ukvarjajo ali srečujejo z urgentno medicino oziroma se želijo na tem področju dodatno teoretično in praktično usposobiti. Organizator želi poudariti pomen timskega pristopa različnih profilov zdravstvenih delavcev za učinkovito in kakovostno oskrbo in transport kritičnih bolnikov in poškodovancev.

Del predavanj bo skupnih, preostala bodo potekala v dveh dvoranah.

VABLJENI PREDAVATELJI: L. Bassaert (Belgija), H. Delooz (Belgija), P. J. F. Baskett (Velika Britanija), M. Baubin (Avstrija), W. F. Dick (Nemčija), Gregory T. Mullen (ZDA), John Rumph (ZDA).

URADNA JEZIKA sta slovenščina in angleščina. Organizirano bo simultano prevajanje.

POŠILJANJE ABSTRAKTOV IN PRISPEVKOV. Organizator vabi k aktivni udeležbi. Svoja spoznanja, dosežke in izkušnje lahko predstavite v obliki predavanja ali s posterjem. Zadnji rok za dospelje abstraktov je 28. februar 1995. Avtorji bodo do 31. marca 1995 obveščeni o sprejetju (predavanje ali poster). Sprejeti prispevki in izbrani abstrakti bodo objavljeni. Zadnji rok za dospelje dokončnih prispevkov je 10. maj 1995.

OBRAZEC ZA IZVLEČEK (abstrakt) z navodili za pisanje izvlečka in referatov je na voljo pri organizatorju in ga lahko na željo pošljemo po pošti. Obrazcesu zdravstvene ustanove prejele po pošti in jih je moč fotokopirati.

KOTIZACIJA znaša za vplačila do 30. 5. 1995 15.000 SIT, kasneje 20.000 SIT. Številka žiro računa in navodila za vplačilo bodo objavljeni v drugem obvestilu.

DRUŽABNI PROGRAM. Sprejem s koktajlom, slavnostna večerja, dve kosili, okrepčila med odmori.

NAMESTITEV. Hoteli v Ljubljani.

PROGRAMSKI ODBOR. A. Bručan (predsednik), A. Baraga, A. Fink, M. Gričar, M. Horvat, M. Hribar-Habinc, B. Kocijančič, M. Možina, M. Pečan, V. Pegan, J. Prinčič, A. Žmavc.

OKVIRNI PROGRAM

	Zdravniki	Medicinske sestre in zdravstveni tehniki
22. 6. 1995 dopoldan	Zgodnja defibrilacija (vabljeni uvodno predavanje).	
	Urgentna stanja v gastroenterologiji.	Pregled poškodovanca. Poškodba hrbtenice.
22. 6. 1995 popoldan	Predstavitev in primerjava organizacije urgentne medicine v nekaterih evropskih državah, ZDA in Sloveniji (vabljeni predavanja).	Politravma. Proste teme. Prikaz zanimivih primerov.
23. 6. 1995 dopoldan	Proste teme. Prikaz zanimivih primerov.	Urgentnaopravila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
23. 6. 1995 popoldan	Predhospitalna oskrba in transport kritičnega bolnika in poškodovanca – strokovni in organizacijski problemi (plenarno zasedanje).	
24. 6. 1995 dopoldan	Praktično usposabljanje za oživljanje in test. (Lokacija: Klinični centr Ljubljana, Zaloška 7)	

DODATNE INFORMACIJE: Andrej Bručan, Marko Gričar
Klinični center Ljubljana, Interne klinike Zaloška
Zaloška 7, 61000 Ljubljana, Slovenija
Tel. +386 61 302-544, 317-375, fax. +386 61 302-455

**MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA PEDIATRIJO**

organizira

XIII. DERČEVE DNEVE

stalno podiplomsko izpopolnjevanje iz pediatrije

v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani 9. in 10. junija 1995

Podiplomska šola je namenjena pediatrom, specialistom šolske in visokošolske medicine, splošnim zdravnikom in vsem drugim, ki delajo v otroškem in mladinskem zdravstvu.

PROGRAM

Petek, 9. 6. 1995

- | | | |
|-------|---|---|
| 8.45 | Ciril Kržišnik | Uvodne misli ob otvoritvi XIII. Derčevih dnevov
Kratek koncert mešanega pevskega zbora Dr. Bogdan Derč |
| 9.15 | Problematika diferenciacije spola
Moderator: Ciril Kržišnik | |
| | Ciril Kržišnik
Nina Canki
Zoran Grubič
Olga Vraspir-Porenta
Tadej Battelino, Ciril Kržišnik
Milivoj Veličković | Spolna diferenciacija – uvod
Genetski vidiki diferenciacije spola
Fiziološki in patofiziološki vidiki diferenciacije tkiv v prenatalnem obdobju
Diferenciacija in razvoj spolnih žlez in spolovil
Vloga hormonov pri spolni diferenciaciji
Razlike med spoloma v nevrološkem razvoju |
| 10.45 | | Odmor |
| 11.15 | Tadej Battelino
Mojca Tanšek
Ciril Kržišnik, Tadej Battelino,
Mojca Tanšek | Nepravilnosti v diferenciaciji gonad
Patološka diferenciacija genitala

Obravnavanje bolnikov z motnjo v diferenciaciji spola |
| 12.15 | | Odmor |
| 13.00 | Aktualna pediatrična klinična kazuistika
Vrojene žilne nepravilnosti
Moderator: Jana Freljih | |
| | Borut Bratanič, Marjeta Sever
Jana Freljih, David Neubauer
Silvo Kopriva, Jana Freljih,
David Neubauer
Neža Župančič, Štefan Kopač
David Neubauer, Marjeta Sever,
Jana Freljih, Borut Bratanič | Diseminirane hemangiometoze
Cutis marmorata teleangiectatica congenita

Kavernozni hemangiom z malignim potekom
Sturge-Webrova anomalija

Klippel-Trenaunay-Webrova bolezen |
| 14.00 | | Odmor |
| 14.10 | Avtoimune bolezni vezivnega sistema
Moderator: Marjana Kuhar | |
| | Meta Accetto, Marjana Kuhar,
Iztok Jakša
Lev Bergant, Nedeljko Krevs
Vesna Glavnik, Marjana Kuhar,
Meta Accetto
Marjana Kuhar, Meta Accetto,
Vesna Glavnik, Izток Jakša
Marjana Kuhar, Vesna Glavnik | Sistemski lupus eritematosus
Neonatalni lupus eritematosus

Dermatomiositis

Vasculitis urticaria sindrom
Behcetov sindrom |
| 15.15 | | Zaključne besede |

Sobota, 10. 6. 1995

- 8.45 **Kronične vnetne bolezni črevesja pri otrocih in mladostnikih**
Moderator: *Gordana Logar-Car*
- Gordana Logar-Car* Kronične vnetne bolezni črevesja – uvod
Rok Orel Etiopatogeneza in epidemiologija kroničnih vnetnih bolezni črevesja
Marjeta Sedmak Klinična slika in diferencialna diagnoza bolezni
Albin Jutršek Histopatološke značilnosti kroničnih vnetnih obolenj črevesja
- 10.15 Odmor
- 10.30 *Dušica Micetić-Turk* Ekstraintestinalne manifestacije kroničnih bolezni črevesja
Živa Župančič Radiološka diagnostika bolezni
Nataša Budihna Radioizotopska diagnostika bolezni
- 11.30 Odmor
- 11.45 *Gordana Logar-Car* Endoskopske preiskave in zdravljenje kroničnih bolezni pri otrocih in mladostnikih
Stane Repše, France Jelenc Kirurško zdravljenje kroničnih vnetnih obolenj črevesja
- 12.30 Odmor
- 12.30 *Alenka Fetih* Korekcija ambivalentnega genitala v žensko smer
Bojan Tršinar Urološka obravnava bolnikov z motnjami v diferenciaciji spola
- 13.30 Odmor
- 13.40 *Živa Župančič* Radiološka opredelitev motenj v diferenciaciji spola
Tadej Battelino, Ciril Kržišnik,
Nina Canki Prenatalna diagnostika in ukrepi pri motnjah v diferenciaciji spola
Vali Tretnjak, Ljubica Vrba Psihološka problematika staršev in otrok pri motnjah diferenciacije spola
- 14.30 Odmor za kosilo
- 16.15 **Novosti v intenzivni terapiji otrok**
Moderator: *Janez Primožič*
- Janez Primožič, Ivan Vidmar,*
Gorazd Kalan, Štefan Grosek ECMO – Dolgotrajna zunajtelesna membranska oksigenacija pri otrocih
Metka Derganc, Inka Lazar,
Štefan Grosek, Biserka Moder Diagnostika in zdravljenje neonatalne sepse
- 17.00 Odmor
- 17.15 *Metka Derganc, Brane Gaber,*
Inka Lazar, Štefan Grosek,
Arsen Brčić Intenzivno zdravljenje otrok z obsežnimi opeklinami.
Prikaz uspešnega zdravljenja otroka z 80% opeklino.
- Štefan Grosek, Gorazd Kalan,*
Ivan Vidmar, Inka Lazar,
Metka Derganc, Janez Primožič,
Živa Župančič Uporaba surfaktanta pri zdravljenju novorojenčkov v hudi dihalni stiski
- 19.30 Koncert in sprejem za udeležence strokovnega srečanja na Ljubljanskem gradu

Udeležba na podiplomskem izpopolnjevanju iz pediatrije bo upoštevana za podaljšanje licence zdravnikov. Predavanja bodo objavljena v fakultetnem priročniku »Izbrana poglavja iz pediatrije«, ki ga bodo prejeli udeleženci XIII. Derčevih dnevov. Izbrani prikazi klinične kazuistike bodo objavljeni v reviji »Slovenska pediatrija«.

Kotizacija za XIII. Derčeve dneve bo 250 DEM v tolarški protivrednosti na dan vplačila. Kotizacija, vplačana po 31. maju 1995, bo znašala 300 DEM v tolarški protivrednosti, kar bo veljalo tudi za plačilo kotizacije na sami prireditvi.

Informacije v zvezi z organizacijo XIII. Derčevih dnevov pri as. mag. Borutu Brataniču, dr. med., po telefonu 061/313-546 ali 13 24 124, interna št. 274 ali 284 ali po telefaksu na številki 061/310-246 vsak delovni dopoldan.

ICD-10 (WHO, 1992)

NOVA REVIZIJA Mednarodne klasifikacije bolezni

MKB PRVIČ TUDI V SLOVENŠČINI
Izdaja IVZ, sodelovali so številni priznani slovenski strokovnjaki

Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije izdaja prvi slovenski prevod ICD-10 s slovenskim naslovom MEDNARODNA KLASIFIKACIJA BOLEZNI IN SORODNIH ZDRAVSTVENIH PROBLEMOV ZA STATISTIČNE NAMENE.

1. knjiga: Pregledni seznam
2. knjiga: Navodila

Novosti desete revizije MKB:

- Nov sistem alfa numeričnih kod (šifer) omogoča večje število statističnih skupin (kategorij), ker je na prvem mestu kode črka (A–Z)
- Vsebinske posodobitve, dopolnitve in prerazporeditve
- Ohranjena preglednost za tradicionalne statistične in epidemiološke namene
- Povečana raven podrobnosti za klinične namene
- Dopolnjene definicije in standardi
- Razširjene opombe in navodila

V Sloveniji bomo prešli a deseto revizijo MKB (MKB-10) s 1. 1. 1996. Ker se knjigi dopolnjujeta in bosta skupaj nepogrešljiv pripomoček za uvajanje MKB-10 v Sloveniji, vam toplo priporočamo, da si ju zagotovite v kompletu takoj! Cena kompleta knjig v prednaročilu do 15. aprila 1995 je 10.900 SIT.

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam(o) _____

Priimek in ime (delovna organizacija) _____

Ulica, kraj, poštna številka _____

Priimek kontaktne osebe in telefon _____

_____ izvodov 1. knjige MKB-10 po prednaročniški ceni 9000 SIT (velja do 15. 4. 1995)
in

_____ izvodov 2. knjige MKB-10 po prednaročniški ceni 1900 SIT (velja do 15. 4. 1995)

Datum: _____ Podpis in žig ustanove: _____

Naročilnico pošljite na naslov: Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, Enota za založništvo, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana. Fax: 061 323 955.

INICIATIVNI ODBOR SREČANJA GENERACIJE ZDRAVNIC, ZDRAVNIKOV,
ZOBOZDRAVNIC IN ZOBOZDRAVNIKOV VPISANIH V LETU 1979/80 V 1. LETNIK
MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

organizira

STROKOVNO SREČANJE GENERACIJE 1979/80

27. maja 1995 v hotelu Špik v Gozd Martuljku

PROGRAM

Do 10.00	Prihodi udeležencev	
10.00–10.30	Otvoritev srečanja, pozdravi	
10.30–11.00	Odmor za kavo	
11.00–12.30	Referati:	
	Aleš Blinc in Mirza Šabovič	Raztapljanje krvnih strdkov
	Samo Fokter	Rotatorna manšeta
	Janko Kersnik	Zagotavljanje kakovosti
	Igor Klavora	Laparoskopska operacija žolčnika
	Frenk Krištofelc	Zapleti po dilataciji in kiretaži
12.30–14.00	Kosilo	
14.00–15.30	Vlado Senekovič	Artroskopija gležnja
	Matjaž Sajovic	Poškodbe kolena
	Franci Šalamun	Fokomalacija pri operaciji katarakte
	Franci Šifrer	Sodobni trendi v kardiologiji
	Alenka Urbančič	Sodobni pogledi na klinično prehrano
	Nina Vene-Klun	Antikoagulantna terapija
15.30–18.00	Delo po skupinah	
19.00	Slavnostna večerja	

KOTIZACIJA 10.000 SIT pokriva stroške organizacije, kavo, kosilo, slavnostno večerjo in dodatne dejavnosti po programu. Kotizacijo boste poravnali ob registraciji na dan srečanja.

INFORMACIJE IN PRIJAVE: **Katarina Turk**, ZD Logatec, tel. 061/741-217, **Andrej Šubic**, Novi svet 10, Škofja Loka, tel. 064/629-577 in **Janko Kersnik**, Koroška 2, Kranjska Gora, tel. 064/881-906.

Prenočišče lahko rezervirate v recepciji hotela Špik, tel. 064/880-120 ali fax 880-115 s pripisom Srečanje generacije.

Prisrčni pozdrav in nasvidenje!

GASTROENTEROLOŠKA SEKCIJA SZD

organizira

od 18. do 20. maja 1995 strokovni sestanek

ROGAŠKI DNEVI 95

s temo

DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE BOLEZNI DVANAJSTNIKA IN OZKEGA ČREVEVA

Prijave pošljite na naslov:

Jože Kokovnik, dr. med.

Zdravilišče Rogaška

63250 Rogaška Slatina

Tel. 063/811-7302, fax 063/811-7320

Rezervacija sob: Irena Petan

Zdravilišče Rogaška

63250 Rogaška Slatina

Tel. 063/811-6425

Fax 063/811-6427

**GINEKOLOŠKA KLINIKA
KLINIČNI CENTER**

organizira

II. TEČAJ GINEKOLOŠKE ENDOSKOPSKE KIRURGIJE

19.–22. aprila 1995

Sreda, 19. 4. 1995

Moderator: **Tomaž Tomažević**

8.00	Božo Kralj	Pozdrav udeležencem
8.15–8.30	Tošo Cizelj	Zgodovina razvoja ginekološke endoskopske kirurgije
8.45–13.00		Prenos iz operacijske dvorane Vmes predavanji
	Tomaž Tomažević	Prednosti endoskopskega operiranja
	Martina Ribič-Pucelj	Tehnika operativne laparoskopije
13.00–14.00		Kosilo
14.00–16.00		Praktične vaje na modelih

Moderator: **Martina Ribič-Pucelj**

16.00–16.45	Borut Kobal	Elektrokirurgija
16.45–17.00	Andrej Vogler	Laser (15 minut)
17.00–17.15	Andrej Omahen	Šivi, endozanke, sponke
17.15–17.30		Odmor s kavo
17.30–17.45	Martina Slabe-Zajfert	Anestezija pri laparoskopiji
17.45–18.00	Veruška Meglič, Miran Dintinjana	Preoperativna priprava in pooperativna nega
18.00–18.20	Tomaž Tomažević	Kirurške komplikacije

Četrtek, 20. 4. 1995

Moderator: **Andrej Omahen**

8.00	Tone Lovšin	Predstavitve instrumentov Ethicon
8.45–13.00		Prenos iz operacijske dvorane Vmes predavanji
	Andrej Vogler	Endoskopski načini sterilizacije (20 minut)
	Borut Kobal	Endoskopija pri pelvičnih vnetjih (20 minut)
13.00–14.00		Kosilo
14.00–16.00		Praktične vaje na modelih

Moderator: **Andrej Vogler**

16.00–16.20	Andrej Vogler	Zunajmaternična nosečnost
16.20–16.40	Martina Ribič-Pucelj	Endometrioza
16.40–17.00	Marija Pompe-Tanšek	Adhezioliza in fimbrioplastika
17.00–17.15		Odmor s kavo
17.15–17.35	Martina Ribič-Pucelj	Laparoskopske operacije na jajčnikih
17.35–17.55	Andrej Omahen	Laparoskopska histerektomija in limfonodenektomija

Petek, 21. 4. 1995

Moderator: **Marija Pompe-Tanšek**

8.00		Histeroskopske operacije z uporabo resektoskopa
8.45–13.00		Prenos iz operacijske dvorane Vmes predavanji
	Helena Meden-Vrtovec	Preoperativna hormonska priprava endometrija (15 minut)
	Martina Ribič-Pucelj	Vaginalni ultrazvok v preoperativni pripravi na histeroskopske operacije (15 minut)
13.00–14.00		Kosilo
14.00–16.00		Praktične vaje na modelih

Moderator: **Borut Kobal**

16.00–16.15	Tomaž Tomaževič	Distenzija maternice za histeroskopske operacije
16.15–16.30	Borut Kobal	Ablacija endometrija – tehnike, indikacije in kontraindikacije
16.30–16.45	Miran Dintinjana	Anestezija pri histeroskopskih operacijah
20.00		Skupna večerja

Sobota, 22. 4. 1995

8.30–12.00 Praktične vaje na modelih

Praktični del tečaja na modelih

Vodja: **Andrej Vogler**
 Sodelujejo: **Tomaž Tomaževič, Martina Ribič-Pucelj, Andrej Omahen, Borut Kobal, Sonja Zatler, Stanka Kralj, Avgušтина Rajič, Mili Kaučič**
 12.00 Podelitev diplom
Božo kralj, predsednik Ginekološke sekcije SZD

Pokrovitelji**STORZ, ETHICON-ENDOSURGERY, SHARPLAN**

Tečaj bo potekal v operacijskem bloku in predavalnici na Ginekološki kliniki, Šljajmerjeva 3.

KOTIZACIJA: 1000 DEM v tolarški protivrednosti, vključuje prisostvovanja na predavanjih in videoprenos endoskopskih operacij, praktične vaje na modelih, zbornik kratkih povzetkov predavanj, diplomu, kosila in skupno večerjo. Število udeležencev je omejeno na 15.

Ponovno je izšel priročnik NUJNA STANJA

Sekcija za splošno medicino SZD je pripravila in založila že tretjo, popolnoma obnovljeno izdajo priročnika NUJNA STANJA, katerega prednost je, da so poleg novih doktrinarnih stališč v njem tudi popravki prejšnjih izdaj, ki so nastali po preverjanju prporočil v vsakdanji praksi. Avtorji izdaje so: asist. dr. Igor Švab, prof. dr. Jože Lokar, dr. Jurij Petrin, dr. Andrej Žmavc, mag. dr. Tone Košir, dr. Janko Kersnik, doc. dr. Martin Možina, asist. dr. Štefan Kopač, dr. Nedeljko Krevs, prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. Marjana Kuhar, asist. dr. Janez Primožič in prof. dr. Milan Štrukelj.

Priročnik po ceni 4.000,00 SIT lahko naročite s spodnjo naročilnico, ki jo pošljite na naslov: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Knjigo z računom (upoštevajoč poštnino) Vam bomo poslali po pošti.

**NAROČILNICA**

Nepreklicno naročam _____ izvodov knjige NUJNA STANJA

Priimek in ime _____

Ulica _____

Kraj, poštna številka _____

Datum: _____ Podpis _____

**SEZNAM STROKOVNIH SESTANKOV
SEKCIJE ZA ŠOLSKO IN VISOKOŠOLSKO MEDICINO SZD
ZA LETO 1995**

- 27. maj 1995** Mednarodno srečanje Slovenije, Hrvaške in Italije
Problemi šolskih otrok v Sloveniji, Italiji in na Hrvaškem
Portorož
- 30. 8. do 3. 9. 1995** Congress of the European Union for School and University Medicine
Growing up in Europe
Environment, Employment, Disability, Parenthood, Distress
York – United Kingdom
- September, oktober,
november, december** Predstavitve raziskav s področja šolske medicine
Obremenitev šolarjev z delom za šolo
Stres v šoli
Posebna športna vzgoja

**RAZPIS DELOVNIH MEST
SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE (WHO)**

Podrobnejše informacije dobite v Uradu Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) v Ljubljani, Štefanova 5, tel. 061/217-951.

Administrativni častnik, Hanoi, Vietnam, Regionalni urad za zahodnopacifiško območje

Administrativni častnik, Peking, Kitajska, Regionalni urad za zahodnopacifiško območje

Direktor, razvoj zdravstvenega varstva, Aleksandrija, Egipt, Regionalni urad za vzhodno Sredozemlje

Častnik za informiranje (regionalni svetovalec za komunikacije in javne zadeve), Kopenhagen, Danska, Regionalni urad za Evropo

Raziskovalec, Lion, Francija, Mednarodna agencija za raziskovanje raka, Enota genetske epidemiologije

Sanitarni inženir, Aman, Jordanija, Regionalni urad za vzhodno Sredozemlje

Vodja oddelka, Varstvo žena in matere, Ženeva, Švica, Oddelek družinskega zdravstva

Medicinski častnik, Ženeva, Švica, program tehnologije zdravstva, Zdravstvena laboratorijska tehnologija

OBVESTILO

Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo obvešča, da bo tečaj klinične nevrofiziologije na temo **OSNOVE NEVROFIZIOLOŠKE DIAGNOSTIKE OSREDNJEGA ŽIVČEVJA** potekal od 2. do 30. novembra 1995. Opozarjamo, da bo naslednji tečaj, ki je za specializante nekaterih medicinskih strok obvezen del njihovega izobraževalnega programa, predvidoma šele v letu 1997. Prosimo, da se na tečaj pravočasno prijavite (zadnji rok za prijave je mesec dni pred pričetkom tečaja).

**SEKCIJA ZA FIZIKALNO MEDICINO IN REHABILITACIJO
ORTOPEDSKA SEKCIJA
TRAVMATOLOŠKA SEKCIJA
pri Slovenskem zdravniškem društvu**

organizirajo

**INTERSEKCIJSKI STROKOVNI SESTANEK
POŠKODBE VRATNEGA DELA HRBTENICE**

Sestanek bo v Termah Čatež od 19. do 20. 5. 1995

na posvetu bodo interdisciplinarno obravnavane stabilne in nestabilne poškodbe vratnega dela hrbtenice, njihova diagnostika, operativni posegi ter rehabilitacija. Posebej bodo razčlenjeni odškodninski zahtevki po poškodbah vratnega dela hrbtenice ob prometnih nesrečah.

Strokovni sestanek se šteje kot strokovno izpopolnjevanje, je brez kotizacije, potrebna pa je rezervacija nočitev v Termah Čatež.

Za vse informacije je pristojen prim. dr. **Zmago Turk**, predsednik Sekcije za fizikalno medicino in rehabilitacijo, Splošna bolnišnica Maribor, telefon 062/35-181.

OBVESTILO

Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo obvešča specializante iz oftalmologije, da bo 14-dnevni tečaj **ELEKTROFIZIOLOŠKO VREDNOTENJE DELOVANJA VIDNEGA SISTEMA** potekal od 1. do 15. decembra 1995. Prosimo, da se na tečaj pravočasno prijavite (zadnji rok za prijavo je mesec dni pred pričetkom tečaja). Naslednji tečaj bo predvidoma leta 1997.

**83. KONGRES FDI
Hong Kong 1995**

Stomatološka sekcija SZD obvešča

83. svetovni kongres FDI bo v Hong Kongu od 23. do 27. oktobra 1995.

Na pobudo Stomatološke sekcije so tri agencije pripravile podobne programe za obisk kongresa in vključile tudi ogled zgodovinskega dela južne Kitajske oziroma severne Kitajske s Pekingom.

Podrobne informacije so dosegljive na navedenih agencijah:

- **ALBATROS Bled** (ga. Majda Zidanski) – telefon: (064) 74 11 01
- **COME US Ljubljana** (ga. Nina Tasič) – telefon: (061) 57 41 88
- **GLOBTOUR Ljubljana** (g. Prašnikar) – telefon: (061) 12 57 112

Rok prijav je 15. april 1995.

**SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO SLOVENSKE ISTRE IN KRASA
SLOVENSKO DRUŠTVO ZA MEDICINSKO INFORMATIKO**

vabijo
na strokovno srečanje

ZDRAVNIK IN RAČUNALNIK

Portorož, 20. in 21. april 1995, Hotel Metropol

Prosimo avtorje, da dostavijo svoje izvlečke do 31. marca 1995 na naslov ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO SLOVENSKE ISTRE IN KRASA, Vojkovo nabrežje 6, 66000 Koper. Prispevki bodo lahko objavljeni v reviji INFORMATICA MEDICA SLOVENICA.

Kotizacija za udeležbo je 5.000,00 SIT.

Vse ostale informacije dobite na naslovu: ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO SLOVENSKE ISTRE IN KRASA, tel. (066) 21 449, fax. (066) 21 449 in 24 698.

**PEDIATRIČNI ODDELEK KIRURŠKIH STROK
Kliničnega centra v Ljubljani**

vljudno vabi na

**PRVI SIMPOZIJ DEŽEL ALPE-JADRAN
IZ PEDIATRIČNE INTENZIVNE TERAPIJE**

Ljubljana, 20.–22. aprila 1995

Program za zdravnike

- Dihalna odpoved pri novorojenčkih in otrocih
- Novi pogledi na enteralno in parenteralno prehrano kritično bolnega otroka
- Hospitalne okužbe v enotah za intenzivno zdravljenje
- Pomen točkovalnih načinov v napovedi izhoda zdravljenja in kot merilo obremenitve enote za intenzivno terapijo

Program ni zanimiv samo za pediatre, ampak tudi za druge zdravnike, saj bomo prvič v Sloveniji spregovorili o dolgotrajni izventilesni oksigenaciji (ECMO) in uporabi dušičnega oksida (NO) v ventilaciji kritično bolnih otrok.

Poseben program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike

- Nega otrok po zahtevnih operacijah
- Nega kritično bolnih novorojenčkov
- Hospitalne okužbe v enotah za intenzivno zdravljenje
- Delovne obremenitve in kadrovske normativne za sestre v enotah za pediatrično intenzivno zdravljenje

Predavanja bodo v predavalnicah Medicinske fakultete in Kliničnega centra. Kotizacije ni.

Strokovni prispevek/Professional article

AMBULANTNI ARTROSKOPSKI POSEGI V LOKALNI ANESTEZIJI – ANALIZA 142 POSEGOV

OUTPATIENT ARTHROSCOPIC PROCEDURES UNDER LOCAL ANESTHESIA – ANALYSIS OF 142 PROCEDURES

Matjaž Veselko, Vladimir Senekovič, Martin Tonin

Travmatološka klinika, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-07-04, sprejeto 1995-01-03; ZDRAV VESTN 1995; 64: 141-3

Ključne besede: artroskopija; lokalna anestezija; ambulantni posegi; sprejemljivost bolnikov.

Key words: arthroscopy; local anesthesia; outpatient procedures; patients acceptance

Izvleček – Izhodišča. Artroskopski posegi v lokalni anesteziji so v svetu precej razširjeni, pisnih podatkov o razširjenosti uporabe lokalne anestezije pri artroskopskih posegih v Sloveniji pa nismo zasledili. Z raziskavo smo preverili sprejemljivost naše populacije za artroskopije v lokalni anesteziji in učinkovitost te metode.

Abstract – Background. Arthroscopic procedure under local anesthesia is well known in certain parts of the world, while it is seldom performed in our country. The object of the study was to verify acceptance of our patient population for arthroscopic surgery under local anesthesia.

Metode. Artroskopijo v lokalni anesteziji smo kot alternativo artroskopiji v splošni ali regionalni anesteziji predlagali bolnikom brez preobčutljivostnih reakcij v anamnezi. Za artroskopski poseg v lokalni anesteziji so se odločili bolniki sami. Kot anestetik smo uporabili 60 ml 0,66% lidocaina (Xylocain) z dodatkom vazokonstriktorja. Po posegu so bolniki izpolnili anketni list. V prospektivno študijo smo vključili 142 bolnikov.

Methods. After exclusion of patients with possible contraindications, decision for arthroscopy under local anesthesia was made by the patients. In one year, 142 arthroscopies were performed. 0.66% lidocaine (Xylocaine) with vasoconstrictor was injected around portals and instilled into the joint for anesthesia. After the procedure patients filled in a questionnaire, rating their discomfort. Results of prospective study were analysed.

Rezultati. V letu dni smo opravili 142 ambulantnih artroskopskih posegov kolenskega sklepa v lokalni anesteziji. 41 je bilo diagnostičnih, 101 pa operativnih posegov. 8 artroskopskih posegov smo nadaljevali v artrotomijo v lokalni anesteziji. 114 anketiranih bolnikov (80,3%) po opravljenem posegu med posegom ni čutilo bolečin, niti neugodja, nevzdržne bolečine pa je imelo šest bolnikov (4,2%). Sprejemljivost bolnikov za artroskopije v lokalni anesteziji je bila 90,9%. Zapletov ni bilo.

Results. In one year 142 outpatient arthroscopic procedures of the knee joint were performed. 41 were diagnostic and 101 operative arthroscopies. 8 arthroscopies were converted into arthrotomies under local anesthesia. There were no complications. 80.3% of patients had no pain or discomfort during operation, 10.2% experienced a moderate discomfort, 4.9% experienced pain only while introducing the arthroscope, and 4.2% experienced intolerable pain or discomfort, so that procedure had to be discontinued.

Zaključki. Raziskava je pokazala, da je sprejemljivost naše populacije in učinkovitost metode primerljiva z navedbami v literaturi in da so tudi pri nas artroskopije v lokalni anesteziji ustrezná alternativa artroskopijam v splošni ali regionalni anesteziji.

Conclusions. The results of the study demonstrate high acceptance of our population for arthroscopies under local anesthesia (90.9%), comparable to other studies.

Uvod

Uporaba lokalne anestezije v kirurgiji različnih sklepov ni nova. L. 1895 je francoski kirurg Paul Reclus v svoji monografiji zapisal, da lahko artrotomijo zlahka izvajamo v lokalni anesteziji (1). Heinrich Braun ugotavlja v svojem učbeniku: Die örtliche Betäubung (2), da lahko z anestetikom, ki ga vbrizgamo v sklep, omrtvimo njegovo notranjost. O tem so že pred njim pisali Reclus, Lorentz in Hacker. Braun v svojem delu poudarja, da lahko intraartikularno anestezijo uporabljamo za kirurške posege na sklepih in za naravnavanje izpahnenih sklepov.

Lokalno anestezijo je za artroskopske posege začel uporabljati E. Eriksson l. 1973. Odtlej se je njena uporaba razširila po vsej Skandinaviji, v Švici in delu Združenih držav Amerike. Uporabna je predvsem za artroskopske posege na kolenskem, skočnem in komolčnem sklepu (3).

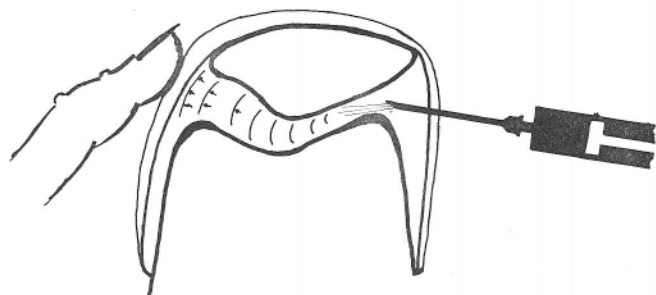
Material in metode

V prospektivno študijo so vključeni vsi bolniki, artroskopirani ambulantno v lokalni anesteziji od 29. 1. 1993 do 28. 1. 1994 v

okviru Ambulante za športne poškodbe, Travmatološke klinike v Ljubljani. Povprečna starost 142 bolnikov je bila 32 let (min. 16 do maks. 54 let). Prevladovali so bolniki moškega spola (98; 62,6%), ženski je bilo 44 (37,4%). V letu dni smo izvedli 142 artroskopskih posegov kolenskega sklepa. V 66 primerih (46,5%) je bila vzrok za artroskopijo akutna poškodba kolenskega sklepa: akutni travmatski hemartros (16), zvin s klinično izraženo nestabilnostjo kolenskega sklepa (12), inkarceracija meniskusa (22), več tednov zaostajajoča omejitev gibljivosti ali persistirajoča bolečina po akutni poškodbi kolenskega sklepa (16). V 76 primerih (53,5%) so bile vzrok za artroskopijo kronične težave: nestabilni kolenski sklep (10), ponavljajoči se nerazjasnjeni izlivi v sklep (12), znaki okvare meniskusa (54).

Posege smo izvajali v operacijski dvorani, ki omogoča uvajanje splošne anestezije. Na razpolago smo imeli reanimacijski komplet. Uporabljali smo standardne pristope za kolenski sklep po D. J. Dandyju (4). Sklep smo dilatirali z raztopino Ringer-laktata, brez uporabe črpalke. Anestetiku smo dodali vazokonstriktor, tako da uporaba manšete za poseg v ishemiji ni bila potrebna. Uporabljali smo standardni set instrumentov s 4,0 mm artroskopom s 30- in 70-stopinjsko optiko.

Tehnično izvedbo lokalne anestezije smo povzeli po E. Erikssonu (3): 40 ml 0,66% raztopine Xylocaina, z dodanim vazokonstriktorjem smo vbrizgali v lateralni suprapatelarni recessus kolenskega sklepa: 1 cm lateralno in 1 cm proksimalno od zunanjega zgornjega roba navzven potisnjene pogačice. Položaj igle v sklepu



Sl. 1. Položaj igle v sklepu kontroliramo tako, da pred vbrizganjem aspiriramo sklepno tekočino in da med vbrizgavanjem s prsti nad medialnim recessusom kolenskega sklepa otipamo curek.

Fig. 1. The position of the needle is controlled by aspiration of synovial fluid prior to injection, and by palpation of the flux by fingertips, positioned over the medial recessus of the knee, while injecting anesthetic.

smo kontrolirali tako, da smo pred vbrizganjem aspirirali sklepno tekočino in da smo med vbrizgavanjem s prsti nad medialnim recessusom tipali curek (sl. 1). Področje vseh potrebnih pristopov smo infiltrirali do sklepne kapsule z 20 ml 0,66% Xylocaina.

Enainštirideset je bilo diagnostičnih posegov (29,8%). Za diagnostični poseg smo opredelili poseg, ki ga nismo nadaljevali v operativni poseg, ne glede na razlog. Med njimi smo našli patologijo v 85,2%. Dvaindvajset bolnikov smo kasneje operirali v splošni ali regionalni anesteziji (plastika prednjega križnega ligamenta 17, ekscizija Backerjeve ciste 3, šivi meniskusa 2), ostale smo zdravili konservativno. Artroskopskih operativnih posegov je bilo 101 (70,2%). Osem posegov smo nadaljevali skozi artrotomijo (5,6%), šest posegov pa smo morali zaradi bolečin ali izrazitega neugodja prekiniti (4,2%). Vrsta posegov je prikazana v tabeli 1.

Bolnike smo po posegu anketirali in jih odpustili v domačo nego. Dobili so navodila za oblaganje kolena z ledom prva dva dni po poškodbi, za razgibanje v razbremenjenem položaju in za razbremenjevanje operirane noge z berglami dva dni oz. dokler je koleno oteklo. Tri dni po posegu so jemali nesteroidne analgetike per os. Bolnike smo spremljali do končanega specialističnega zdravljenja.

Tab. 1. Vrsta posegov pri 142 bolnikih, artroskopiranih ambulantno v lokalni anesteziji na Travmatološki kliniki v Ljubljani od 29. 1. 1993 do 28. 1. 1994.

Tab. 1. Types of procedures performed arthroscopically under local anesthesia on an outpatient basis on 142 patients in Department of Traumatology from 29th January 1993 to 28th January 1994.

Vrsta posega Type of procedure	N	%
Diagnostični posegi Diagnostic procedures	41	29,8
Operativni posegi Operative procedures		
Delna meniscektomija Partial meniscectomy	84	59,8
Glajenje hrustanca Chondroplasty	8	5,6
Delna sinovektomija Partial synovectomy	6	4,2
Resekcija sinovialne gube Resection of synovial plica	3	2,1
Skupaj Total	142	100,0

Rezultati

Od 142 anketiranih bolnikov jih je 114 po opravljenem posegu odgovorilo, da med posegom niso čutili bolečin, niti neugodja. Občutek neugodja med posegom je imelo 15, bolečine ob penetraciji artroskopa 7, stalne bolečine pa 6 bolnikov (tab. 2). 13 bolnikov (9,1%) je v anketi odgovorilo, da bi se v primeru ponovnega artroskopskega posega raje odločilo za drugo od predlaganih oblik anestezije.

Tab. 2. Toleriranje artroskopskega posega pri 142 bolnikih, artroskopiranih ambulantno v lokalni anesteziji na Travmatološki kliniki v Ljubljani od 29. 1. 1993 do 28. 1. 1994.

Tab. 2. Patients' tolerance during arthroscopic procedures in 142 patients operated as outpatients under local anesthesia in The Department of Traumatology in Ljubljana from 29th January 1993 to 28th January 1994.

Spremenljivka Variable	N (%)
Brez bolečin Without pain	114 (80,3)
Občutek neugodja Feeling discomfort	15 (10,2)
Bolečine ob penetraciji instrumentov Pain at introducing the instruments	7 (4,9)
Nevzdržne bolečine Intolerable pain	6 (4,2)

Izmed 101 artroskopskega operativnega posega smo jih osem nadaljevali skozi artrotomijo (5,6%) v lokalni anesteziji in poseg zaključili brez bolečin. Artrotomirane bolnike smo hospitalizirali. Šest posegov smo morali zaradi bolečin ali izrazitega neugodja prekiniti (4,2%). Vsi artroskopirani bolniki, razen sprejetih na oddelek zaradi artrotomije, so prispeli domov brez bolečin. Jemanje nesteroidnih analgetikov prve tri dni po posegu je zadovoljivo omililo bolečine, ki so se pojavile po izzvenitvi lokalne anestezije. Med uvajanjem anestezije ali med operativnimi posegi, razen že omenjenih bolečin, ni bilo zapletov. V pooperativnem obdobju je bila potrebna punkcija kolenskega sklepa pri 30 bolnikih (21%), zaradi hemartrosa pri desetih bolnikih (7%), zaradi seroznega ali serohemoragičnega eksudata pa pri 20 bolnikih (14%). Šestim bolnikom smo punktirali kolenski sklep več kot enkrat.

Razpravljanje in zaključki

Artroskopski posegi v lokalni anesteziji so v nekaterih delih sveta precej razširjeni (3, 5–21), uporabljajo pa se tudi pri nas (22). Pisanih podatkov o razširjenosti artroskopskih posegov v lokalni anesteziji v Sloveniji ni.

V svetu uporabljajo kot anestetik za artroskopske posege v lokalni anesteziji lidocain (5–9), prilocain (10–12) in bupivacain (13–16). Absorpcija lokalnega anestetika v sinovialno membrano je minimalna, tako da je strah pred toksičnostjo anestetika v priporočenih odmerkih neupravičen. Zapletov, ki se pojavljajo po splošni anesteziji, kot so slabost, bruhanje, motnje koordinacije, bolečine v grlu zaradi intubacije ali mišične bolečine zaradi mišičnih relaksantov, pri lokalni anesteziji ni (20). V nobeni od objavljenih serij ni bilo zapletov in v vseh so dosegli zadovoljivo analgezijo precej pod toksičnim nivojem anestetika v krvi. Lokalna anestezija zagotavlja podaljšano pooperativno obdobje analgezije. Bolniki, ki jim v sklep injiciramo 0,5% bupivacain, redkeje zahtevajo opioidne analgetike in v povprečju potrebujejo nižje odmerke analgetikov v pooperativnem obdobju, rehabilitacija pa je po lokalni anesteziji značilno krajša kot po splošni anesteziji (21). Martin in Brown ugotavljata, da je kar 93% bolnikov med artroskopskim posegom raje budnih, kar 80% pa bi v primeru ponovnega posega želelo imeti enako, torej lokalno anestezijo (19).

V okviru ambulante za športne poškodbe Travmatološke klinike v Ljubljani smo ambulantne artroskopske posege v lokalni anesteziji uvedli 29. 1. 1993.

Pri vseh naših bolnikih smo uporabili kot anestetik 0,66% lidocain (Xylocain), ki je pri nas najbolj razširjen, in smo zato lahko v anamnezi ugotavljali morebitno preobčutljivost. Priporočenega odmerka (500 mg) nismo nikoli presegle, čeprav je bilo že dokazano, da se kar 41%–66% lidocaina med posegom izpere z irigacijsko raztopino in bi torej lahko brez tveganja uporabljali tudi večje odmerke (9). Toksičnih reakcij, alergij ali kardiovaskularnih komplikacij nismo imeli.

Samo pri šestih bolnikih (4,2%) so bile bolečine ali neugodja nevzdržni, tako da smo morali poseg prekiniti. Pri vseh smo poseg prekinili, preden smo začeli z operativnim delom.

V osmih primerih (5,6%) poškodovanega dela meniskusa nismo uspeli artroskopsko odstraniti. Področje reza smo dodatno infiltrirali z 1% Xylocainom in odstranili poškodovani del meniskusa skozi miniartrotomijo, ne da bi bolnike bolelo.

Pogostost pooperativnega hemoragičnega, serohemoragičnega ali seroznega izliva je primerljiva s podatki, navedenimi ob artroskopskih menisectomyjih (22).

Sprejemljivost naših bolnikov za artroskopski poseg v lokalni anesteziji (90,9%) in učinkovitost metode (95,8% uspešno dokončanih operativnih posegov) sta primerljivi z navedbami v literaturi.

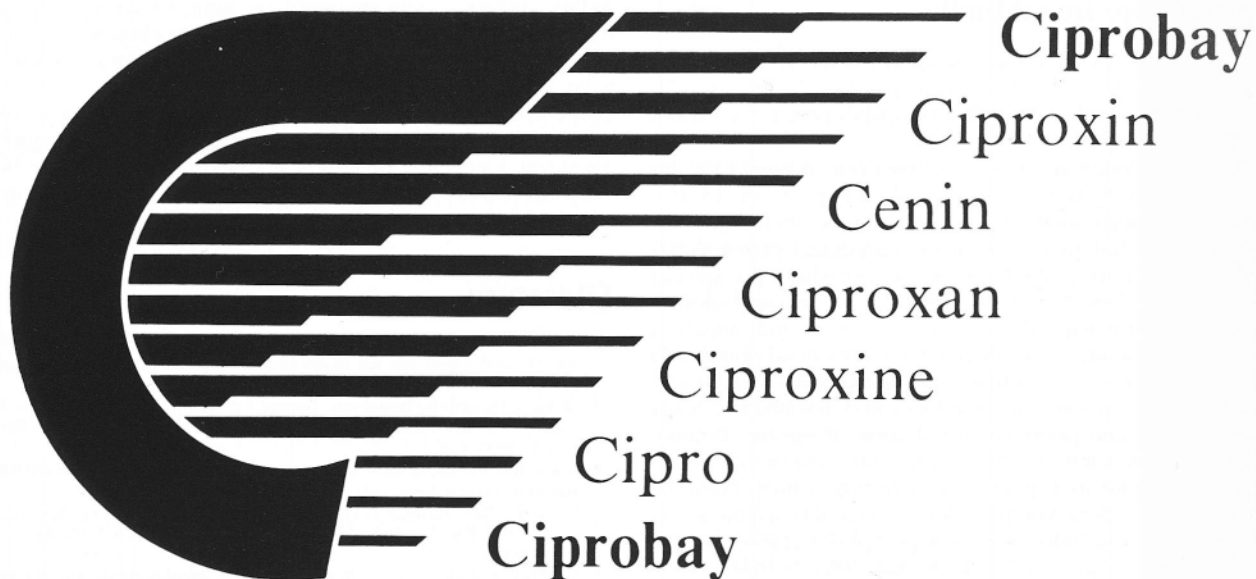
Prednost posegov v lokalni anesteziji je v relativno enostavni aplikaciji. Zapleti anestezije so v primerjavi s splošno in regionalno

redke, anestezija nam omogoča ne samo diagnostični pregled, temveč, razen najtežjih, praktično vse artroskopske operativne posege in traja dovolj dolgo, da lahko gre po posegu bolnik brez težav domov.

Z raziskavo smo ugotovili, da je artroskopski poseg v lokalni anesteziji sprejemljiva alternativa posegu v splošni ali regionalni anesteziji, kjer stalna prisotnost anesteziologa ni nujna in je hospitalizacija nepotrebna. Zaradi tega je poseg bolnikom dostopnejši (krajše čakalne vrste), zdravljenje pa je cenejše.

Literatura

1. Reclus P. La cocaine en chirurgie. Paris: G. Masson, 1895. Cit. iz Eriksson E. The use of local anesthesia for diagnostic and operative arthroscopy. *Medicom Europe* 1990; 1–5.
2. Braun H. Die örtliche Betäubung. Leipzig: J. A. Barth, 1905. Cit. iz Eriksson E. The use of local anesthesia for diagnostic and operative arthroscopy. *Medicom Europe* 1990; 1–5.
3. Eriksson E. The use of local anesthesia for diagnostic and operative arthroscopy. *Medicom Europe* 1990; 1–5.
4. Dandy DJ. Basic technique: The standard approach. In: McGinty JB, Caspari RB, Jackson RW, Poehling GG eds. *Operative arthroscopy*. New York: Raven Press, 1991: 183–96.
5. Aglietti P, D'Andrea S, Buzzi R, Pischaneschi A. Meniscectomie arthroscopiche in anestesia locale. *Int J Sports Traumatol* 1989; 3: 207–11.
6. Anderson E, Poulsen TD. Plica mediopatellaris – arthroscopic resection under local anesthesia. *Arch Orthop Trauma Surg* 1986; 106: 18–9.
7. Massay T et al. Serum lidocaine levels during arthroscopy using continuous irrigation with lidocaine. *Clin Orthop* 1988; 229: 182–4.
8. Kirkeby OJ, Aase S. Knee arthroscopy and arthrotomy under local anesthesia. *Acta Orthop Scand* 1987; 58: 133–4.
9. Saunders B, Wing PC. Washout of local anesthetic during arthroscopy. *Arthroscopy* 1988; 4: 19–2.
10. Eriksson E, et al. Knee arthroscopy with local anesthesia in ambulatory patients: methods, results and patient compliance. *Orthopedics* 1986; 9: 186–8.
11. Wredmark T, Lundh R. Arthroscopy under local anesthesia using controlled pressure-irrigation with prilocaine. *J Bone Joint Surg* 1982; 64 B: 583–5.
12. Buckley JR, Hood GM, Macrae W. Arthroscopy under local anaesthesia. *J Bone Joint Surg* 1989; 71 B: 126–7.
13. Besser MIB, Stahl S. Arthroscopic surgery performed under local anesthesia as an outpatient procedure. *Arch Orthop Trauma Surg* 1986; 105: 296–7.
14. Yoshiya S, Kurosaka M, Hirohata K, Andrich JT. Knee arthroscopy using local anesthetic. *Arthroscopy* 1988; 4: 86–9.
15. Chirwa SS, MacLeod BA, Day B. Intra-articular bupivacaine (Marcaine) after arthroscopic meniscectomy: a randomized double blind controlled study. *Arthroscopy* 1989; 5: 33–5.
16. Meinig RP, Holtgrewe JL, Wiedel JD, Christie DB, Kestin KJ. Plasma bupivacaine levels following single-dose intra-articular instillation for arthroscopy. *Am J Sports Med* 1988; 16: 295–300.
17. Ngo IU, Hamilton WG, Wichern WA, Andree RA. Local anesthesia with sedation for arthroscopic surgery of the knee: a report of 100 consecutive cases. *Arthroscopy* 1985; 4: 237–41.
18. McGinty JB, Matza RA. Arthroscopy of the knee. Evaluation of an out-patient procedure under local anesthesia. *J Bone Joint Surg* 1978; 6 A: 787–9.
19. Martin RC, Brown DE, Zell BK, Lichtman DM. Diagnostic and operative arthroscopy of the knee under local anesthesia with parenteral medication. *Am J Sports Med* 1989; 17: 436–9.
20. Wedel DJ. *Orthopedic anesthesia*. Mayo Foundation 1993.
21. Smith I, van Hemelrijck J. Effect of local anesthesia on recovery after outpatient surgery. *Anesth Analg* 1991; 73: 536–9.
22. Pavlovčič V. Artroskopska menisectomyja. *Med Razgl* 1991; 30: 279–88.



- Fluorirani kinolon, danes najuspešnejši v svoji skupini
- Zdravljenje, ki ustvarja zaupanje (preizkušen pri 100 milijonih bolnikov)
- Začetno parenteralno zdravljenje je moč učinkovito nadaljevati peroralno (doma)



Ciprobay[®]

ciprofloksacin — Bayerjeva kakovost

v 57 državah (tudi v ZDA, Veliki Britaniji, Japonski in Rusiji)

Ciprobay: ciprofloksacin: 10 tablet 250/500 mg; infuzijski raztopini (50 ml, 100 ml) 100/200 mg.
Doziranje: Peroralni odmerek Ciprobaya je 125—750 mg dvakrat na dan ali 100—400 mg (i.v.) dvakrat na dan. Polovični odmerek je priporočljiv kadar je očistek kreatinina manjši od 20 ml/min. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za ciprofloksacin in druge kinolone; otroci in mladi v obdobju rasti, nosečnost, dojenje dokler ni dovolj izkušenj o možnih poškodbah sklepne hrustanca med rastjo, posebej previdno dajemo zdravilo starejšim bolnikom in pri tistih s poškodbami osrednjega živčevja.

Bayer

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Pregledni prispevek/Review article

EPIDEMIOLOŠKE ZNAČILNOSTI LYMSKE BORELIOZE V SLOVENIJI

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF LYME BORRELIOSIS IN SLOVENIA

Franc Strle¹, Vera Maraspin-Čarman¹, Stanka Furlan-Lotrič¹, Eva Ružič-Sabljič²,
Dušica Pleterski-Rigler¹, Jože Cimperman¹

¹ Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Japljeva 2, 61000 Ljubljana

² Inštitut za mikrobiologijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 61000 Ljubljana

Prispelo 1994-11-25, sprejeto 1995-02-10; ZDRAV VESTN 1995; 64: 145-50

Ključne besede: *lymska borelioza; epidemiologija; Slovenija; Borrelia burgdorferi; incidenca*

Key words: *Lyme borreliosis; epidemiology; Slovenia; Borrelia burgdorferi; incidence*

Izvleček - Izhodišča. Opisane so glavne epidemiološke značilnosti lymške borelioze (LB) v Sloveniji. Prva izolacija *Borreliae burgdorferi* iz materiala slovenskih bolnikov je uspela leta 1988, iz klopov pa šele leta 1993. Pri nas so prisotne vse tri vrste povzročiteljev LB: *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii* in *B. garinii*. Živalski rezervoar je razmeroma slabo raziskan. Borelijska protitelesa so ugotovili tako v krvi miši *Apodemus* kot tudi srnjadi in jelenjadi. Klopi *Ixodes ricinus* so bili okuženi v vseh doslej pregledanih območjih. Največji delež okuženih klopov je ugotovljen na obrobju Ljubljane (skoraj 50% odraslih klopov in tretjina nimf). Za LB zbolevajo tako ženske kot moški v vseh starostnih obdobjih. Zbolevnost je največja med 30. in 50. letom. Pojav LB je vezan na aktivnost klopov. Najbolj izrazito sezonsko pojavljanje se pokaže pri erythema migrans, to je pri zgodnji manifestaciji bolezni. LB se javlja po vsej Sloveniji. Največ okužb je pri osebah, ki so klopom najbolj izpostavljene, nevarnost za okužbo po vbodu enega klopa pa je večja pri osebah, ki imajo klopov malo, kot pri tistih s številnimi vbodi.

Abstract - Background. Epidemiological features of Lyme borreliosis (LB) in Slovenia are presented. First isolations of *Borrelia burgdorferi* from material of Slovene patients succeeded in 1988 while first isolates from ticks were obtained as late as 1993. All three *Borrelia* species causing LB were found: *B. afzelii*, *B. garinii* and *B. burgdorferi sensu stricto*. Data on the animal reservoir are relatively modest. Borreliant antibodies were found in blood of mice *Apodemus* as well as deer. *Ixodes ricinus* ticks have been found to be infected in all geographical regions examined till now. The highest proportion of infection was found in the vicinity of Ljubljana (almost 50% of adult ticks and one third of nymphs). LB affects both sexes and all age groups; the incidence is the highest between 30 and 50 years. The onset of LB is temporary connected with the activity of ticks. The most pronounced seasonal distribution is seen in erythema migrans, i. e. an early manifestation of LB. LB is present all over Slovenia. Persons with high tick exposure have higher risk for infection. However, chances for infection after a single tick bite are higher in a person with a low number of bites than in a person who experiences tick bites often.

Zaključki. Podobno kot v drugih državah tudi v Sloveniji prava incidenca in prevalenca LB nista znani. Za boljše podatke bi potrebovali standardizirane (serološke) metode za dokazovanje borelijske okužbe in dodatne teste, s katerimi bi ločili svežo okužbo od zastarane oziroma aktivno okužbo od neaktivne.

Conclusions. The true incidence and prevalence of LB in Slovenia (and also in other countries) are not well defined. For more reliable results standardised and more dependable (serological) tests for demonstration of borreliant infection would be needed as well as tests that would distinguish between recent and long lasting infection, and between active and inactive infection.

Uvod

Lymška borelioza (LB) je bolezen, ki prizadene številne organske sisteme (1). Ime Lyme je dobila po okrožju v ZDA, kjer so pred približno 20 leti odkrili večje število bolnikov z do takrat neznano boleznijo (2), borelioza pa po bakteriji, ki bolezen povzroča (3). Podobno kot sifilis jo delijo v zgodnjo in kasno okužbo, zgodnjo pa še naprej v lokalizirano in diseminirano (1). Bolezen ima zelo pester in variabilen potek, tako da imajo bolniki le redko vse značilne bolezenske znake. To klinično diagnozo zelo otežuje. Z

epidemiološkega stališča je najvažnejša zgodnja kožna manifestacija bolezni, erythema migrans (EM), ki je za LB patognomonični klinični znak (1, 4).

Tipični EM je lahko prepoznaven: nekaj dni do nekaj tednov po vbodu klopa se na tem mestu pojavi rdečina, ki se veča, na sredini pa začne bledeti. Razvije se značilen obročast izpuščaj, ki se postopno širi navzven. Običajno traja nekaj tednov do nekaj mesecev (4).

V Sloveniji, ki je v precejšnjem predelu endemsko področje za klopni meningoencefalitis (5), poznamo EM (in s tem LB) po

navedbah dermatologov več kot 40 let, vendar je pri nas o EM prvi poročal šele Lešničar leta 1981: med 1150 bolniki s klopnim meningoencefalitisom je odkril tri take, ki so imeli EM (6).

Poznan je tudi Bannwarthov sindrom. Od leta 1976 do 1984 so slovenski nevrologi registrirali 15 bolnikov z značilnimi kliničnimi simptomi in znaki; etiologije niso potrjevali s serološkimi preiskavami. Le dva od 15 bolnikov sta se spomnila vbodov kloпов; nihče ni navajal predhodnih sprememb na koži (7, 8).

V zadnjih letih je bilo o EM oziroma o LB pri nas več poročil (9–34).

Namen sestavka je na podlagi objavljenih poročil predstaviti glavne epidemiološke značilnosti LB pri nas, jih dopolniti z nekaterimi še neobjavljenimi podatki in jih primerjati s tujimi ugotovitvami.

Vir okužbe

Povzročitelj

Lymsko boreliozo povzročata *Borrelia burgdorferi* (BB). Odkrili so jo leta 1982 v klopih, ki bolezen prenašajo (3), kmalu nato pa izolirali tudi iz materiala bolnikov z LB.

Prve izolacije BB iz materiala slovenskih bolnikov so uspele leta 1988 Preac-Muršičevi s Pettenkoferjevega inštituta v Münchnu, že leto kasneje pa tudi Ružičevi z Mikrobiološkega inštituta v Ljubljani (35, 36). V zadnjih dveh letih je bilo precej izolacij tudi v okviru raziskav, ki jih delamo v sodelovanju s kolegi iz Chicaga. Večinoma gre za osamitve iz kože bolnikov z EM, acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) ali za LB ne povsem značilnih kožnih sprememb, poleg tega pa tudi za nekaj izolatov iz cerebrospinalnega likvorja (32), dva izolata iz tkiva limfocitoma (doslej je opisan le en primer uspešne izolacije – 37), izolat iz kože pri bolnici z granuloma annulare (38) in izolat iz sklepne ovojnice. Osamitev borelij iz likvorja je redkost, iz sklepne ovojnice pa velika izjema, saj sta o tem doslej v literaturi le dva opisa (39, 40). Prva osamitev iz kloпов *Ixodes ricinus* v Sloveniji je uspela šele l. 1993 (Strle, Picken in Nelson, še neobjavljeni podatki).

Ameriški in evropski izolati BB se nekoliko razlikujejo po fenotipskih in genotipskih značilnostih: razlikujejo se glede na izraženost posameznih beljakovin (proteinski profil) in po reaktivnosti z monoklonskimi protitelesi (41, 42). Razlikujejo se tudi glede na plazmide (plazmidni profil – 43) in po skladnosti DNA molekul (1, 41, 44, 45). Na splošno so evropski izolati bolj pestri kot ameriški (1). Na heterogenost kažejo tudi naše ugotovitve (29). Po sistemu tipizacije, ki so ga uvedli Wilske in sodelavci (1, 41), so v Münchnu pregledali del izolatov iz materiala naših bolnikov in določili pri večini serotip 2 (to je najbolj pogost serotip pri izolatih iz kože v Evropi), pri nekaterih pa tudi serotip 4, 6 in 0 (znanih je vsaj 7 serotipov).

Narejene so tudi že prve raziskave naših izolatov z verižno reakcijo s polimerazo (polymerase chain reaction, PCR), ki so tudi pokazale heterogenost DNA molekul BB (46).

V zadnjem času so na podlagi različnih molekularnih in genetskih razlik ugotovili, da povzročajo LB tri različne vrste borelij (45), to je BB sensu stricto, *B. garinii* in *B. afzelii*; izraz BB v širšem smislu (sensu lato) vsebinsko pokriva vse tri species. Pri nas so prisotne vse tri borelijske vrste (Chang in sod., še neobjavljeni podatki).

Živalski rezervoar

Živalski rezervoar BB še ni dovolj raziskan. Verjetno se v posameznih predelih razlikuje. Najbrž so najbolj pomembni mali glodalci, za katere so v Connecticutu v ZDA, v endemičnem predelu, ugotovili okuženost v 75 do 100% (47, 48). V ZDA je najbolj pomemben gostitelj za odrasle klope srnjad, vendar ne edini, saj so klope našli na več kot 300 vrstah živali: 148 vrstah sesalcev, 149 vrstah ptic in 20 vrstah plazilcev (47). Natančnih raziskav živalskega rezervoarja v Evropi je razmeroma malo. Podatki za Slovenijo še niso objavljeni, raziskave so v teku.

Borelijska protitelesa v titru 1 : 64 ali več po imunofluorescenčni metodi (IFT) ima 15% (7/47) miši *Apodemus* (Ružič-Sabljic, še neobjavljeni podatki). Pomemben gostitelj v razvoju kloпов (predvsem odraslih) je tudi srnjad in jelenjad. Pri 19% (5/26) pregledane srnjadi in pri 22% (5/23) jelenjadi s področja Notranjske so bila v serumih prisotna borelijska IgG protitelesa v titrih 1:64 ali več (Ružič-Sabljic in sod., še neobjavljene ugotovitve). Raziskava še ni končana.

Pot prenosa

BB prenašajo klopi: v Evropi *Ixodes ricinus*, v ZDA *Ixodes dammini*, *Ixodes pacificus* in *Ixodes scapularis*, redko *Amblyomma americanum* in drugi, v Aziji *Ixodes persulcatus* (49).

Okuženost kloпов je različna. V nekaterih endemičnih predelih v ZDA je 50% in več kloпов okuženih z BB (1). V Avstriji je okuženih približno 20% kloпов *Ixodes ricinus* (2,2 do 40%). Podobno je v Švici in Nemčiji (49).

V Sloveniji je z BB okuženih približno 4% nimf in 25% odraslih kloпов (50, 51). Iz kloпов, nabranih v letu 1993 v predmestju Ljubljane (obronki Rožnika v bližini Kosez), so bile izolirane borelije iz 46 od 171 (27%) pregledanih kloпов oziroma iz 36/124 (29%) odraslih kloпов in iz 10/47 (21,3%) pregledanih nimf. Pozitivnih je bilo tudi 6/79 (7,6%) nimf, nabranih v dolini Radovne (Strle, Picken, Nelson, še neobjavljeni podatki).

V nasprotju s KME so s povzročiteljem LB okuženi klopi po celi Sloveniji: ni varnih območij – kjer so klopi, tam je tudi borelijoza. Klopi se lahko okužijo na katerikoli stopnji razvoja; pogoj za okužbo je, da pijejo kri okužene živali. Čeprav je možen tudi vertikalni (transovarialni) prenos od klopa ženskega spola na jajčeca in iz njih na larve, nimfe ter končno na odraslega klopa, je v naravi dosti pomembnejši horizontalni prenos. Okužene larve, nimfe in odrasli klopi lahko prenesejo borelije na živali oziroma na človeka in povzročijo bolezen (49).

Bolezen prenašajo tudi žuželke, saj se pri delu bolnikov značilna zgodnja manifestacija LB (erythema migrans) razvije na mestu žuželčjega pika. BB so uspeli dokazati v komarjih in muhah (52). Od 848 slovenskih bolnikov z EM, ki smo jih registrirali od leta 1985 do 1988 (17), jih je 73% navajalo vbode kloпов, 10% se jih je spominjalo pikov žuželk na mestu kasnejših kožnih sprememb, 17% pa za pike oziroma vbode ni vedelo. Podobni so tudi rezultati pri odraslih bolnikih s tipičnim EM, ki smo jih registrirali 1993 na Infekcijski kliniki v Ljubljani: od 889 bolnikov se jih je 72% spomnilo vboda klopa na mestu EM, 6% je navajalo pike insektov, 22% pa pikov oziroma vbodov ni imelo.

Poskusi na živalih nakazujejo tudi možnost neposrednega prenosa od živali na žival z dotikom ali prek seča (53). Opisan je tudi primer prenosa z neposrednim stikom pri človeku (54). Tudi če so ti podatki verodostojni, predstavljajo najbrž le zanimivo izjemo, ne pa pomembnega načina prenosa boleznin v naravi.

Cilj okužbe – zboleli

Za LB zbolevalo ljudje in nekatere domače živali, kot na primer psi, konji in govedo, ne pa divje živali, ki predstavljajo živalski rezervoar.

V pričujočem prikazu se bomo omejili na ugotovitve pri ljudeh.

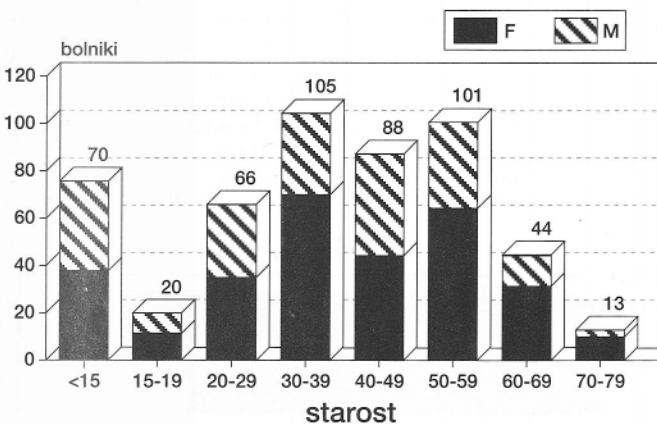
Spol in starost zbolelih

LB se javlja pri ženskah in moških v vseh starostnih obdobjih. Največja zboleznost je med 30. in 50. letom.

Poročajo, da se kožne spremembe pogosteje pojavljajo pri ženskah kot pri moških, nevrološka prizadetost pa je nekoliko pogostejša pri moških (55).

Izmed 1592 bolnikov z LB, ki so bili registrirani v Sloveniji v letih 1985 do 1988, je bilo 955 (60%) žensk in 637 (40%) moških (17).

Na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja v Ljubljani smo podobno razmerje med spoloma ugotavljali tudi kasneje. Povprečna starost naših bolnikov je bila 37 let, moških 35,4 leta in žensk 38,2 leta. 11% je bilo otrok, mlajših od 15 let (19). Starostna struktura in razmerje med spoloma se pri posameznih kliničnih manifestacijah precej razlikujeta. Precej več je odraslih bolnikov kot otrok. So pa tudi izjeme. Tako na primer smo od leta 1986 do 1992 na Infekcijski kliniki v Ljubljani registrirali limfocitom na ušesni mečici pri 17 bolnikih: pri 15 otrocih in samo pri dveh odraslih. Velik je tudi delež otrok med bolniki s parezo obraznega živca po perifernem tipu borelijske etiologije, saj le nekoliko prevladujejo odrasli (od 190 bolnikov, registriranih na Infekcijski kliniki v 4-letnem obdobju, je bilo 78 mlajših od 15 let in 112 starejših). Pri EM, ki je pri nas najbolj pogosto ugotovljena manifestacija LB, je bilo med 848 bolniki, registriranimi v letih 1985 do 1988, 13% otrok, v kasnejših letih pa je delež otrok nekoliko nižji (56). Razmeroma malo otrok je med bolniki, pri katerih v klinični sliki vodi prizadetost sklepov, zelo redek je pri otrocih meningoradikulitis, naš najmlajši registrirani bolnik z ACA pa je bilo 15-letno dekle. V skupini bolnikov z ACA izrazito prevladujejo starejše ženske, ki predstavljajo 73% tovrstnih bolnikov. Povprečna starost bolnikov z ACA, ki so bili registrirani na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja, je bila 58 let; kar 65% bolnikov je bilo v času postavitve diagnoze starih 60 let ali več (Strle in sod., še neobjavljeni podatki). Starost in spol pri bolnikih z EM, registriranih v Sloveniji leta 1988, sta prikazana na sliki 1.



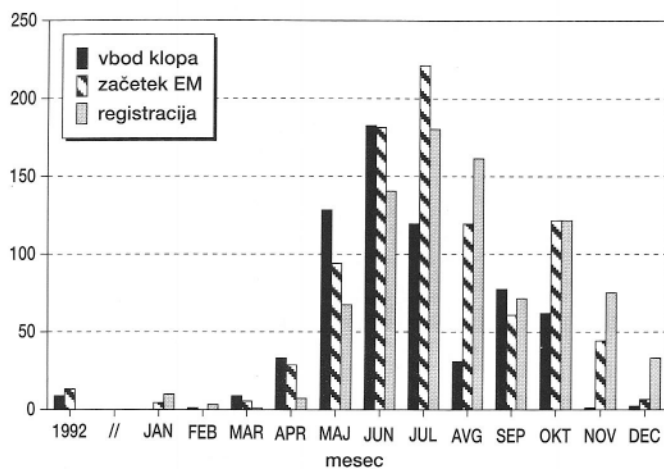
Sl. 1. Starost in spol pri bolnikih z erythema migrans, registriranih v Sloveniji leta 1988 (M – moški, F – ženske).

Fig. 1. Age and sex in patients with erythema migrans registered in Slovenia in 1988.

Sezonsko javljanje

Podobno kot drugje po Evropi je tudi pri nas daleč najbolj pomemben prenašalec LB klop Ixodes ricinus, zato je pojav LB vezan na aktivnost klopov. V osrednji Sloveniji postanejo klopi aktivni spomladi, ko se otopli (običajno aprila), in delujejo do jeseni (običajno do oktobra). Po pričakovanju ugotavljamo najbolj izrazito sezonsko pojavljanje pri EM, to je pri zgodnji manifestaciji bolezni, ki se praviloma pojavi nekaj dni do nekaj tednov po vbodu klopa. Največ bolnikov z EM registriramo pri nas v juniju, juliju in avgustu (v četrta leta običajno več kot polovico), praviloma največ julija. Mesec klopovega vboda, začetek kožnih sprememb in čas registracije kožnih sprememb pri odraslih bolnikih z EM leta 1993 na Infekcijski kliniki v Ljubljani je prikazan na sliki 2.

Manj izrazito je sezonsko javljanje pri manifestacijah, pri katerih od vboda klopa do prvih kliničnih znakov poteče dalj časa. Pri največ naših bolnikih z limfocitomom se je kožna sprememba začela avgusta, bolnikov z zgodnjo nevrološko prizadetostjo je več v drugi polovici leta kot v prvi, pri bolnikih s prizadetostjo sklepov,



Sl. 2. Mesec klopovega vboda, začetek kožnih sprememb in registracije kožnih sprememb pri odraslih bolnikih, ki so bili zaradi EM l. 1993 pregledani na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja.

Fig. 2. Month of tick bite, onset of skin lesion and registration in adult patients with erythema migrans examined at Clinic for infectious diseases and febrile illnesses in 1993.

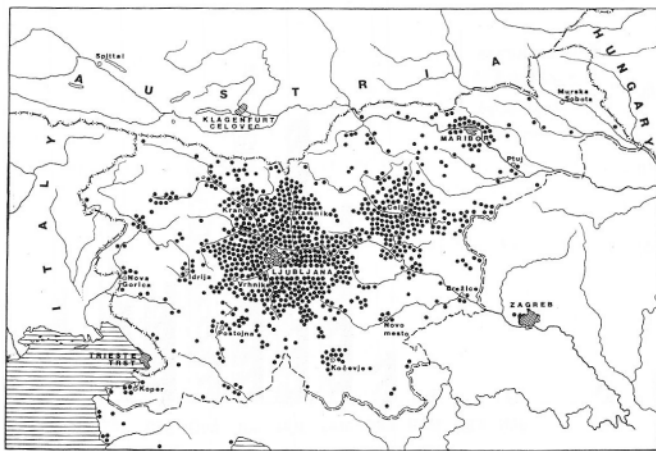
s kasnimi nevrološkimi manifestacijami bolezni in pri tistih z ACA pa večjih sezonskih nihanj ne ugotavljamo.

Geografski podatki

Bolniki z LB se pojavljajo po vsej Sloveniji. Videti je, da je LB povsod, kjer so klopi. To je v nasprotju s klopnim meningoencefalitisom, ki je omejen na posamezne predele države (5, 34). Z epidemiološkega stališča so najbolj pomembni podatki o mestu (geografskem) klopovega vboda pri bolnikih z EM. Ker se kožna sprememba praviloma pojavi nekaj dni do tednov po vbodu klopa, in to na mestu vboda, lahko s veliko verjetnostjo predvidevamo, da je bolzen prenesel prav klop, ki je bolnika vbodel. Če bolnik ve, kje (geografsko) je klop dobil, dobimo s tem dokaj zanesljiv podatek, kje okuženi klopi so. Slika 3 prikazuje na ta način dobljene podatke za obdobje od 1985 do 1988. Iz slike je razvidno, da je bilo vbovov klopa, ki jim je sledil EM, največ v okolici Ljubljane in Celja, kar pa ne pomeni nujno, da je tu največ okuženih klopov. Podatke smo namreč dobili od bolnikov z Infekcijske klinike v Ljubljani in Dermatološkega oddelka celjske bolnišnice (19), ne pa iz drugih predelov Slovenije, saj bolniki zaradi EM praviloma ne iščejo pomoči pri nas, pač pa pri pristojnem lokalnem zdravniku. Vbode klopov izven ljubljanskega in celjskega območja, ki so prikazani na sliki 3, so torej večinoma navajali Ljubljančani in Celjani, ki so šli v drugo območje na izlet ali obisk in so tam dobili klopja in kasneje EM, ne pa domačini. Nedvomno smo v Celju in Ljubljani registrirali le del bolnikov z EM z domačega območja in skoraj nobenega, ki živi izven teh dveh območij; zato so podatki o mestu vbovov klopa na sliki 3 nepopolni in v regijah izven Ljubljane in Celja še dodatno podcenjeni.

Rizične skupine

Smiselno bi bilo pričakovati, da bo največ okužb z BB pri osebah, ki so klopom najbolj izpostavljeni. To smo potrdili z raziskavo pri 1359 osebah, zaposlenih v gozdarstvu v 11 od 14 gozdnih gospodarstev v Sloveniji (Strle in sod., še neobjavljeni podatki). Gozdni delavci so imeli pozitiven IFT titer IgG borelijskih protiteles (1:256 ali več) v 13,3%, administrativni delavci pa v 5,3%. Možnost za nastanek EM in za seropozitivnost je bila značilno večja pri skupinah oseb z velikim številom vbovov klopa na leto kot



Sl. 3. Mesto (geografsko) vboda klopa pri bolnikih s tipičnim EM, registriranimi v Sloveniji v obdobju od 1985 do 1988.

Fig. 3. Site (geographical) of a tick bite in patients with a typical erythema migrans registered in Slovenia in the period from 1985 to 1988.

pri tistih, ki imajo klope redko, vendar manjša, kot bi pričakovali glede na razlike v številu vbodov klopor.

Prevalenca lymske borelioze v Sloveniji

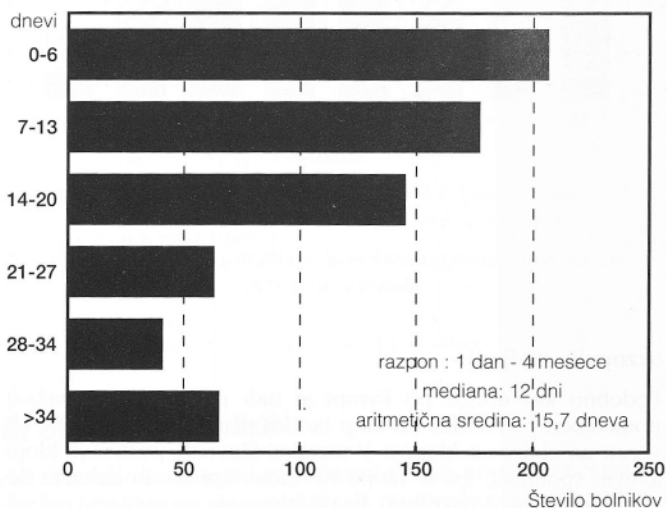
Natančnega števila bolnikov z LB pri nas ne vemo. Podobno je tudi v drugih državah (55). Število registriranih bolnikov v Sloveniji narašča iz leta v leto. Ni povsem pojasnjeno, v kolikšni meri je to odraz resničnega porasta števila zbolelih, koliko pa gre na račun boljšega prepoznavanja bolezni in/ali boljše registracije. Poznavanje bolezni in s tem možnost prepoznave se nedvomno izboljšuje in zanesljivo prispeva k večjemu številu registriranih primerov bolezni. Prijavljanje LB je pri nas obvezno od l. 1988 dalje in se je v zadnjih letih verjetno izboljšalo, vendar je najbrž še daleč od zadovoljivega. Z bolniki, ki imajo LB, se srečujejo številni zdravniki, ki so z boleznijo različno dobro seznanjeni, pa tudi različno stimulirani k prijavljanju. Tipičen EM, ki omogoča klinično diagnozo borelijske okužbe, je lahko prepoznati. Skokovito naraščanje števila teh bolnikov v ambulantah splošnih zdravnikov in pri nekaterih specialistih (npr. v Ambulanti za lymsko boreliozo na Infekcijski kliniki v Ljubljani, kjer smo l. 1985 registrirali 4 bolnike z EM, naslednje leto 138, l. 1987 189, l. 1988 že 517 in v letu 1993 samo med odraslimi bolniki 892 takih s tipičnim EM) najbrž ne more biti le odraz boljšega poznavanja bolezni, ampak tudi resničnega porasta števila zbolelih. Prepoznavanje EM je sicer lahko, registracija pa ni dobra. Morda so ravno enostavnost, pogostnost in dejstvo, da se bolniki z EM zatekajo po pomoč k številnim zdravnikom (splošnim, dermatologom, infektologom...) razlog, da je prijavljanje slabo. Pri kasnejših manifestacijah bolezni je prijavljanje verjetno boljše, vendar so te manifestacije pogosto klinično trd diagnostični oreh, tako da je prepoznavna težka in je zato kljub dobri registraciji prijavljenih precej manj bolnikov, kot je njihovo resnično število.

Tudi prijavljanje oziroma registracija na podlagi pozitivnih titrov borelijskih protiteles daje močno izkrivljeno sliko, še posebno če rezultatov protiteles ne spremljajo zanesljivi klinični podatki. V zadnjih nekaj letih je število laboratorijev, ki opravljajo serološke teste, tudi pri nas precej poraslo. Ker testi niso standardizirani in ker se rezultati med posameznimi laboratoriji lahko precej razlikujejo, je interpretacija zelo otežena. Tudi če bi se na rezultate lahko zanesli, ostanejo številne težave. Zgodaj v poteku LB ima pozitivna protitelesa le majhen del bolnikov, kasneje pa vse več. Pri EM, najbolj pogosti manifestaciji LB, ima pozitivna protitelesa le približno ena četrtina bolnikov. Ker je pri tipičnem videzu

kožnih sprememb mogoča zanesljiva klinična diagnoza, se zdravniki za določitev borelijskih protiteles pogosto sploh ne odločijo. Na ta način je število registriranih oseb z EM na podlagi pozitivnih izvidov seroloških preiskav še dodatno močno podcenjeno. Po drugi strani pa pozitivni laboratorijski izvidi ne omogočajo ločitve med nedavno in zastarano okužbo, kakor tudi ne zagotavljajo, da ima (je imela) seropozitivna oseba kakršnekoli bolezenske znake oziroma da so ti simptomi in znaki vzročno povezani z laboratorijsko ugotovljeno borelijsko okužbo. To je zlasti pomembno v predelih, kjer je bolezen endemična, saj ima lahko precejšen del asimptomatskih oseb, ki so izpostavljene klopor, v krvi borelijska protitelesa v pozitivnih titrih.

Trajanje inkubacije

Inkubacija LB traja od nekaj dni do nekaj let. Razmeroma lahko je določiti čas od vnosa povzročitelja do pojava prvih bolezenskih znakov pri bolnikih z EM; ker se kožne spremembe praviloma pojavijo na mestu vboda, so lahko ti podatki dokaj zanesljivi. Pri naših bolnikih se EM pojavi približno 12 dni (od enega dneva do štiri mesece) po vbodu klopa (56). Podatki so grafično prikazani na sliki 4. Nevrološka prizadetost v sklopu zgodnje diseminirane borelijske okužbe se pojavi večinoma nekaj tednov do mesecev po vnosu povzročitelja v telo, prizadetost sklepov še kasneje (nekaj dni do nekaj let, srednja vrednost 6 mesecev), najdalj pa traja inkubacija pri ACA (1, 55). Ocena trajanja inkubacije je v teh primerih večkrat težka in nezanesljiva, ker pogosto ne moremo natančno določiti časa vnosa povzročitelja, saj precej bolnikov za vbod klopa ne ve, nekateri, ki vbode navajajo, pa se ne spomnijo, kdaj so jih vbodli oziroma zaradi večjega števila klopor ne vemo, pri katerem vbodu je prišlo do okužbe. Slovenci smo močno povezani z naravo, zato vbodi klopor pri nas niso nikakršna redkost. Primer: 43% pomičnih odraslih bolnikov, ki so bili zaradi različnih bolezni hospitalizirani na enem od oddelkov za odrasle Infekcijske klinike oktobra, novembra in decembra 1988, je navajalo vbode klopor v zadnjih šestih mesecih pred sprejemom v bolnišnico.



Sl. 4. Inkubacija pri 517 bolnikih z EM, ki so bili registrirani leta 1988.

Fig. 4. Incubation period in 517 patients with erythema migrans registered in 1988.

Pogostnost posameznih kliničnih manifestacij

Pogostnost posameznih kliničnih manifestacij LB je težko oceniti zaradi precejšnjih težav pri prepoznavanju in dokazovanju LB in zaradi nepopolne registracije bolezni. Ker je klinična slika zelo pestra, je razumljivo, da se bolniki z LB zatekajo po pomoč k

zdravnikom splošne medicine in številnim specialistom, kar ob slabi oziroma nepopolni registraciji onemogoča natančno oceno pogostnosti posameznih kliničnih znakov bolezni. Razmeroma dober vpogled dobimo v Ambulanti za LB na Infekcijski kliniki v Ljubljani, saj se k nam zatekajo bolniki s sumom na LB ne glede na to, kateri organ oziroma organski sistem je prizadet. Naše ugotovitve pri 1592 bolnikih z dokazano LB v letih 1985 do 1988 (17, 19) so prikazane v tabeli 1. Tudi kasneje je bilo daleč največ bolnikov z EM (dobro polovico vseh registriranih bolnikov z LB pri nas), v porastu pa so predvsem bolniki z ACA.

Tab. 1. Pogostnost posameznih manifestacij lymške borelioze pri bolnikih, registriranih v Sloveniji od leta 1985 do leta 1988.

Manifestacije LB	Število bolnikov				
	1985	1986	1987	1988	1985–1988
Erythema migrans	4	138	189	517	848
Zgodnje manifestacije brez erythema migrans		6		21	27
Borelijski limfocitom		2	2	14	18
Prizadetost živčevja: zgodnja	6	84	104	134	328
kasna		4	10	45	59
Sklepne težave		1	22	139	162
Kasne kožne spremembe		4	11	25	40
Razni bolečinski sindromi		3	11	31	45
Drugo		3	12	50	65
Vsota	10	245	361	976	1592

Zaključek

Zlasti v zadnjih letih je bilo pri nas opravljenih in objavljenih več raziskav v zvezi z LB, ki je v Sloveniji najbolj pogosta bolezen, ki jo prenašajo klopi in ki jo v nasprotju s klopnim meningoencefalitisom lahko dobimo povsod, kjer so pri nas klopi. Številna, tudi enostavna vprašanja še vedno ostajajo brez odgovorov. Nedvomno je registriran le manjši del resničnega števila zbolelih – pri bolnikih z EM predvsem zaradi slabe registracije, pri drugih manifestacijah pa verjetno v precejšnji meri tudi zaradi težav pri prepoznavanju bolezni. Za boljše podatke bi potrebovali standardizirane (serološke) metode za dokazovanje borelijske okužbe in dodatne teste, s katerimi bi mogli ločiti svežo okužbo od zastarane oziroma aktivno od neaktivne (stanja po okužbi).

Literatura

1. Steere AC. Lyme disease. *N Engl J Med* 1989; 321: 586–96.
2. Steere AC, Malawista SE, Snyderman DR et al. Lyme arthritis: an epidemic of oligoarticular arthritis in children and adults in three Connecticut communities. *Arthritis Rheum* 1977; 20: 7–17.
3. Burgdorfer W, Barbour AG, Hayes SF, Benach JL, Grunwaldt E, Davis JP. Lyme disease – a tick-borne spirochetosis? *Science* 1982; 216: 1317–9.
4. Asbrink E, Hovmark A. Early and late cutaneous manifestations in Ixodes-borne borreliosis (Erythema migrans borreliosis, Lyme borreliosis). *Ann NY Acad Sci* 1988; 239: 4–15.
5. Lešničar J. Klopni meningoencefalitis. In: Lešničar J, Strle F, eds. Klopni meningoencefalitis, lymška borelioza. Celje 1992, 3–70.
6. Lešničar J. Erythema migrans po klopovem vbodu. *Zdrav Vestn* 1981; 50: 305–5.
7. Kartin P, Žele J, Hrašnik F. Limfocitni meningoradikulitis (Bannwarthov sindrom). *Zdrav Vestn* 1982; 51: 395–8.
8. Kambič-Budkovič M, Hrašnik F. Meningoradikulitis lymphocytaria (Bannwarth-sindrom). Pula: 25 Internationales Gerald-Grinschgl-Symposium, 1985, 67–8.
9. Lotrič-Furlan S. Spiroheta klopa – povzročitelj erythema chronicum migrans. *Zdrav Vestn* 1985; 54: 393–4.
10. Strle F, Breitenfeld V. Lyme borelioza – i opet jedna nova infektivna bolest. *Liječ Vjesn* 1986; 108: 501–3.
11. Strle F. Nekaj zgodovinskih in epidemioloških podatkov o Lyme boreliozii v Sloveniji. V: kongres infektologov Jugoslavije. Portorož: Zbornik Krke, 1987: 795–801.
12. Strle F. Lymška bolezen. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 55–9.
13. Strle F. Klinična slika lymške borelioze. *Zdrav Obzor* 1989; 23: 163–70.
14. Pikelj F, Strle F, Možina M. Seronegative Lyme disease and transitory atrio-ventricular block. *Ann Intern Med* 1989; 111: 90.

15. Strle F, Pejovnik–Pustinek A, Stanek G, Pleterski D, Rakar R. Lyme borreliosis in Slovenia in 1986. In: Stanek G, Kristoferitsch W, Pletchette M, Barbour AG, Flamm H eds. Lyme borreliosis II. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1989: 50–4.
16. Pleterski-Rigler D. Peripheral facial palsy and Borrelia burgdorferi infection in children in Yugoslavia. In: Stanek G, Kristoferitsch W, Pletchette M, Barbour AG, Flamm H eds. Lyme borreliosis II. Stuttgart – New York, Gustav Fischer Verlag, 1989: 203–5.
17. Strle F, Cimperman J, Pleterski-Rigler D, Stanek G, Pejovnik-Pustinek A, Jereb M, Ružič E. Lyme borelioza u Sloveniji. Glavne kliničke karakteristike u razdoblju od 1985. do 1988. godine. In: Ropac D ed. Lyme borelioza u Jugoslaviji. Zagreb: Medicinska akademija Hrvatske, 1989: 93–100.
18. Strle F, Maretič T, Breitenfeld V. Lyme borelioza – historijski pregled. In: Ropac D ed. Lyme borelioza u Jugoslaviji. Zagreb: Medicinska akademija Hrvatske, 1989: 15–21.
19. Strle F, Cimperman J, Pejovnik-Pustinek A, Stanek G, Pleterski-Rigler D, Jereb M, Ružič E. Lyme borreliosis: epidemiološki podaci za Sloveniju. In: Ropac D ed. Lyme borelioza u Jugoslaviji. Zagreb: Medicinska akademija Hrvatske, 1989: 35–43.
20. Ružič E, Strle F. Serološka diagnostika lyme borelioze. In: Ropac D ed. Lyme borelioza u Jugoslaviji. Zagreb: Medicinska akademija Hrvatske, 1989: 69–75.
21. Strle F. Lymška borelioza. *Med Razgl* 1990; 29: 197–220.
22. Černelc S, Strle F, Vatovec J, Gros A. Bolniki s prizadetostjo sluha in/ali ravnotežja v poteku lymške borelioze. *Symp Otorinolug* 1991; 21: 67–71.
23. Strle F. Kakšna je možnost, da po vbodu klopa dobimo lymško boreliozo? *Zdrav Vestn* 1991; 60: 140–1.
24. Ružič E, Strle F, Preac-Mursic V. Serološka diagnostika erythema migrans. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 117–9.
25. Strle F, Pleterski-Rigler D, Stanek G, Pejovnik-Pustinek A, Ružič E, Cimperman J. Solitary borrelial lymphocytoma: report of 36 cases. *Infection* 1992; 20: 201–6.
26. Strle F, Ružič E, Cimperman J. Erythema migrans: comparison of treatment with azithromycin, doxycycline and phenoxymethylpenicillin. *J Antimicrob Chemother* 1992; 30: 543–50.
27. Pleterski-Rigler D. Lymška borelioza pri otrocih in njeno zdravljenje. *Krka v medicini in farmaciji* 1993; 27: 16–25.
28. Strle F. Lymška borelioza. In: Lešničar J, Strle F eds. Klopni meningoencefalitis, lymška borelioza. Zdravstveni center Celje 1992: 75–106.
29. Ružič-Sabljič E. Klinični pomen izolacije Borreliae burgdorferi. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Ljubljana 1993: 1–37.
30. Strle F, Ružič E, Preac-Mursic V, Cimperman J, Maraspin V, Jereb M. Azithromycin versus doxycycline for treatment of erythema migrans: clinical and microbiological findings. *Infection* 1993; 21: 83–8.
31. Nelson J, Strle F. Management of neurologic and cardiac manifestations of Lyme disease. *J Crit Illness* 1993; 8: 27–40.
32. Strle F, Ružič E, Cimperman J, Maraspin V, Lotrič S. Isolation of Borrelia burgdorferi from normal cerebrospinal fluid in seronegative patients with erythema migrans and peripheral facial palsy. *Ann Rheumatic Dis* 1993; 52: 411–1.
33. Strle F. Zdravljenje lymške borelioze. *Klinična Farmacija* 1993; 4: 10–1.
34. Strle F. Klopni meningoencefalitis in lymška borelioza: podobnosti in razlike. Bedjencičev simpozij o klopem meningoencefalitisu v Dobrni 1993, Celje: Zbornik predavanj 1993: 42–50.
35. Ružič E, Preac-Mursic V, Strle F, Cimperman J. First isolations of Borrelia burgdorferi from the skin in Slovenia. *Therapy Inf Dis* 1991; 6: 270–6.
36. Strle F, Ružič E, Preac-Mursic V, Cimperman J, Wilske B. Isolation of Borrelia burgdorferi from skin in patients with erythema migrans, unspecific skin lesions and granuloma annulare. *Acta Dermatol Alpina, Adriatica et Panonica* 1992; 1: 79–83.
37. Hovmark A, Asbrink E, Olsson I. The spirochetal etiology of lymphadenitis benigna cutis solitaria. *Acta Derm Venerol* 1986; 66: 479–84.
38. Strle F, Preac-Mursic V, Ružič E, Wilske B, Cimperman J. Isolation of Borrelia burgdorferi in a patient with granuloma annulare. *Infection* 1991; 19: 351–2.
39. Snyderman DR, Schenkein DP, Berardi VP, Lastavica CC, Pariser KM. Borrelia burgdorferi in joint fluid in chronic Lyme arthritis. *Ann Intern Med* 1986; 104: 798–400.
40. Schmidli J, Hunziker T, Moesli P, Schaad UB. Cultivation of Borrelia burgdorferi from joint fluid three months after treatment of facial palsy due to Lyme borreliosis. *J Infect Dis* 1988; 158: 905–6.
41. Wilske B, Preac-Mursic V, Gobel UB et al. An OspA serotyping system for Borrelia burgdorferi based on reactivity with monoclonal antibodies and OspA sequence analysis. *J Clin Microbiol* 1993; 31: 340–50.
42. Wilske B, Preac-Mursic V, Schierz G, Kuhbeck R, Barbour AG, Kramer M. Antigenic variability of Borrelia burgdorferi. *Ann NY Acad Sci* 1988; 539: 126–43.
43. Barbour AG. Plasmid analysis of Borrelia burgdorferi, the Lyme disease agent. *J Clin Microbiol* 1988; 26: 475–8.
44. Picken RN. Polymerase chain reaction primers and probes derived from the flagellin gene sequences for specific detection of the agents of Lyme disease and north American relapsing fever. *J Clin Microbiol* 1992; 30: 99–114.
45. Baranton G, Postic D, Saint Girou I et al. Delineation of Borrelia burgdorferi sensu stricto, Borrelia garinii sp. nov., and group VS641 associated with Lyme borreliosis. *Int J Syst Bacteriol* 1992; 42: 378–83.
46. Ružič-Sabljič E, Pipan C, Strle F, Cimperman J, Botta G. Detection of Borrelia burgdorferi by the polymerase chain reaction using different primer pairs. *Alpe Adria Microbiol J* 1992; 3: 153–61.
47. Anderson JF. Mammalian and avian reservoirs for Borrelia burgdorferi. *Scan J Inf Dis* 1991; Suppl 77: 23–34.

48. Levine JF, Wilson ML, Spielman A. Mice as reservoirs of the Lyme disease spirochete. *Am J Trop Med Hyg* 1985; 34: 555-60.
49. Gern L, Burgdorfer W, Aeschlimann A, Krampitz HE. The ecology of Lyme borreliosis in Europe. In: Weber K, Burgdorfer W eds. *Aspects of Lyme borreliosis*. Berlin Springer-Verlag, 1993: 59-69.
50. Ružič E, Strle F, Cimperman J. Presence of *Borrelia burgdorferi* in *Ixodes ricinus* ticks from Slovenia. *Giorn Malat Infet Parassit* 1993; 45: 412-4.
51. Ružič-Sabljič E, Strle F, Cimperman J. The *Ixodes ricinus* tick as a vector of *Borrelia burgdorferi* in Slovenia. *Eur J Epidemiol* 1993; 9: 396-400.
52. Magnarelli LA, Anderson JF. Ticks and biting insects infected with the etiologic agents of Lyme disease, *Borrelia burgdorferi*. *J Clin Microbiol* 1986; 26: 1482-6.
53. Burgess EC. *Borrelia burgdorferi* infection in Wisconsin horses and cows. *Ann NY Acad Sci* 1988; 539: 235-43.
54. Rockstroh T, Mochmann HP, Stanek G. Lyme borreliosis by contact infection. *Zbl Bakt* 1989; 18 (Suppl): 40-1.
55. Stanek G, Satz N, Strle F, Wilske B. Epidemiology of Lyme borreliosis. In: Weber K, Burgdorfer W eds. *Aspects of Lyme borreliosis*. Berlin: Springer-Verlag, 1993: 358-70.
56. Strle F, Cimperman J, Pejovnik-Pustinek A, Pleterski-Rigler D, Ružič-Sabljič E, Jereb M. *Erythema migrans* - findings in 848 patients. *Malat Infect Parassit* 1994; 46: 102-6.

V tej številki so sodelovali:

dr. George J. Annas, dipl. iur.

Matija Cevc, dr. med., specialist internist, Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana

Ivan Cibic, dr. med., specialist splošne medicine, Ljubljana

Jože Cimperman, dr. med., specialist internist, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana

prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana

prof. dr. Vera Ferlan-Marolt, dr. med., specialistka patologinja, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana

Nataša Fikfak, dr. med., SB dr. Franca Derganca Šempeter pri Gorici

asist. Vojko Flis, dr. med., specialist kirurg, SB Maribor

Zlatko Fras, dr. med., specializant interne medicine, Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana

Stanka Furlan-Lotrič, dr. med., specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

Metka Klevišar, dr. med., Ljubljana

Jože Kociper, dr. med., SB Maribor

asist. mag. Mitja Košnik, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana

Vera Maraspin-Čarman, dr. med., specialistka internistka in infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

doc. dr. David Neubauer, dr. med., specialist pediater, pediatrična klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Marija Pečan, dr. med., specialistka anesteziologinja, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana

mag. Vojko Planinšec, dipl. iur., sodišče, Višje sodišče v Mariboru
prim. Dušica Pleterski-Rigler, dr. med., specialistka pediatrija, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

prim. Marija Pompe-Tanšek, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, ZD Nova Gorica
prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za ustne bolezni in parodontopatije, ZD Ljubljana

prof. dr. Zvonimir Rudolf, dr. med., specialist radioterapevt, Onkološki inštitut Ljubljana

mag. Eva Ružič-Sabljič, dr. med., specialistka mikrobiologinja, Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana

Vladimir Senekovič, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Franc Strle, dr. med., specialist internist in infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

doc. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

asist. dr. Igor Švab, dr. med., specialist splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

Jože Tisnikar, med. tehnik, slikar, Slovenj Gradec

dr. Martin Tonin, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana

mag. Matjaž Veselko, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana

Kakovost v zdravstvu/Quality in health service

PRIPOROČILA ZA IZVEDBO IN VREDNOTENJE KOŽNIH TESTOV ALERGIJE*

GUIDELINESS FOR PERFORMANCE AND EVALUATION OF ALLERGY SKIN TESTS

Stanislav Šuškovič, Mitja Košnik, Jurij Šorli

Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 64204 Golnik

Prispelo 1994-06-01, sprejeto 1995-03-06; ZDRAV VESTN 1995; 64: 151-3

Uvod

Pomembnost alergije v razvoju astme ugotovimo predvsem z anamnezo in kliničnim pregledom (1). Prisotnost specifičnih IgE protiteles pri bolniku najenostavneje, najhitreje in najceneje potrdimo s kožnimi testi alergije (2, 3).

Izvedba kožnih testov

Pripravki alergenov

Za kožne teste uporabljamo standardizirane pripravke alergenov, ki morajo vsebovati vse pomembne alergenske determinante naravnega alergena. Njihova biološka učinkovitost mora biti vedno enaka (3).

V vodi raztopljeni pripravki alergenov izgubljajo učinkovitost tem hitreje, čim bolj so razredčeni. Njihova stabilnost se poveča z dodatkom 0,03% humanih albuminov (za intradermalne teste) oziroma 50% glicerina (za vbodne teste). Pripravke alergenov hranimo pri temperaturi +4° C (4).

Kontrola pozitivnega in negativnega ugotovka

V kožno testiranje alergije vedno vključimo kontrolo pozitivnega in negativnega ugotovka (5).

Za kontrolo negativnega ugotovka uporabimo topilo za alergen. S tem preiskujemo nespecifično odzivnost kože na poškodbo in topilo. Ugotovimo tudi, ali ima bolnik dermografizem.

Za kontrolo pozitivnega ugotovka uporabimo histamin dihidroklorid v koncentraciji 1 mg/ml (5,43 mmol/l) ali 10 mg/ml za vbodne in 0,01 mg/ml za intradermalne teste. Lahko uporabimo tudi snov, ki povzroči sproščanje mediatorjev iz mastocitov (npr. kodein). S to kontrolo ugotavljamo odzivnost kože na mastocitne mediatorje. Kožna reaktivnost na histamin je majhna pri novorojenčkih, največja pri mladih odraslih, nato pa z leti upada. S tem testom ugotovimo tudi neodzivnost kože na histamin zaradi jemanja zdravil z antihistaminskim učinkom ali bolezni.

Mesta za kožno testiranje

Najprimernejše mesto je volarna stran podlahti vsaj 3 cm od komolčne kotanje in 5 cm od zapestja. Antekubitalni predel je bolj reaktivno mesto od zapestja. Primerno mesto je tudi koža hrbta, ki je bolj reaktivna na histamin in alergene od podlahti. Kože ni treba razkužiti, pač pa mora biti povsem suha.

Mesta, kjer se testira, je treba točno označiti (5). Kožnih testov ne delamo na vnetih predelih kože.

Vpliv zdravil

Nekatera zdravila močno zmanjšajo odziv pri kožnem testiranju. Kratko delujoče antihistaminike je treba ukiniti vsaj 3 dni pred testiranjem, hidrokiszin, ketotifen in triciklične antidepresive 2 tedna, dolgo delujoči nesedativni antihistaminiki pa vplivajo na rezultat testa do 2 meseca po prenehanju jemanja (5). Kratkodelujoči simpatikomimetiki, teofilin in glukokortikoidi v dozi, manjši od 10 mg prednizolona dnevno, ne vplivajo na rezultat kožnih testov. Dlje časa trajajoče zdravljenje z višjimi dozami kortikosteroidov per os ali lokalno zdravljenje kože, kjer se izvaja kožno testiranje, s kortikosteroidi v mazilu pomembno zmanjša kožni odziv.

Ocenjevanje testov

Kožne teste ocenjujemo po 15 minutah. Ker se pri nekaterih bolnikih kožna reakcija razvije kasneje, je potrebno teste vrednotiti še po 30 minutah. Če ugotovimo dermografizem ali neodzivnost kože na histamin, kožnih alergoloških testov ne ocenjujemo. Velikost urtike in eritema izmerimo z milimetrskim ravnilom. Izmerimo največji in nanj pravokotni premer. Psevdropodijev ne merimo. Izračunamo srednjo vrednost obeh premerov (5).

Pisanje izvida

Izvid kožnega testiranja mora biti napisan tako, da ga lahko vrednotijo tudi drugi zdravniki (2). Zato mora vsebovati naslednje informacije: koncentracijo pripravka alergena, metodo kožnega testiranja, uporabljeno pripravo za vbodno testiranje, premer urtike in eritema, povzročiteljev z alergenom, ter pozitivno in negativno kontrolo.

Previdnostni ukrepi

Kožnega testiranja se ne sme izvajati, če ni prisoten zdravnik, ki ukrepa v primeru sistemske alergijske reakcije. Vedno moramo imeti pripravljeno opremo za oživiljanje. Opisani so smrtni zapleti pri intradermalnih testih in sistemske reakcije pri vbodnih testih (6). Kožnih testov ne delamo, kadar ima preiskovanec močno izražene simptome alergijske bolezni.

* Doktrina Inštituta za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik.

Ponovljivost testov

Intradermalni testi so dobro ponovljivi. Vbodne teste naredimo v dvojniku, ker se tako zmanjša verjetnost lažno negativnega izvida. Dopustna variabilnost vbodnih testov, izražena s koeficientom variacije povprečnega premera, je 20% (7).

Vbodni testi

Izvedba

Uporabljamo standardizirano lanceto s konico dolžine 1 mm in ščitnikom. Z njo pritisnemo pravokotno na kožo skozi kapljico raztopine pripravka alergena (7, 8, 9). Pomembno je, da vsakokrat uporabimo enak pritisk. Po vbodu lahko kapljo pripravka alergena takoj obrišemo (10). Test je potrebno delati v dvojniku. Razdalja med testi mora biti vsaj 3 cm (11).

Alergene, za katere ni ustreznega standardiziranega pripravka, testiramo z vbodno-vbodno metodo. Najprej z lanceto vbodemo v alergen (npr. sadje, zelenjava, meso), nato z isto lanceto v kožo (5).

Vrednotenje

Sam vbod oziroma vbod in topilo po navadi povzroči komaj opazno urtiko. Le izjemoma ta doseže premer do 2,5 mm (7). Če vbod povzroči urtiko, večjo od 3 mm, govorimo o dermatografizmu. Če preiskovanec nima dermatografizma, so z alergenom povzročene urtike, večje od 3 mm, pozitiven rezultat testa.

Za vrednotenje vbodnih testov uporabljamo tudi stopenjski sistem, ki primerja velikost urtike, povzročene z alergenom, in velikost urtik po kontrolnih vbodih (tab. 1). Test je pozitiven, kadar je površina urtike enaka ali večja od polovice površine urtike, povzročene s histaminom (12).

Tab. 1. *Vrednotenje vbodnih kožnih testov. Stopenjski sistem, ki primerja velikost urtike, povzročene z alergenom, in velikost urtik negativne in pozitivne kontrole. Test je pozitiven, kadar je površina urtike, povzročene z alergenom, enaka ali večja od polovice površine urtike, povzročene s histaminom (12).*

Stopnja	Odstotek površine histaminske urtike (1 mg/ml)
-	negativna kontrola
+	25
++	50
+++	100
++++	200

Intradermalni testi

Indikacije

Za klinično rabo naredimo intradermalni test le takrat, kadar je vbodni test z istim alergenom negativen, v anamnezi pa so podatki, ki nakazujejo v prid pomena tega alergena za bolnika. To se zgodi največkrat, kadar delamo teste s šibkim alergenom. Senzitivnost intradermalnega testa je namreč vsaj 10.000-krat večja od senzitivnosti vbodnega testa (3).

Izvedba

Uporabimo tanko podkožno iglo. V brizgalko pripravimo 0,1 ml pripravka alergena. V napeto kožo zabodemo pod kotom 45° z odprtino igle obrnjeno navzdol. S konico igle dvignemo kožo, brizgalko pa prislonimo ob kožo tako, da kot med njima izgine. Prodremo med plasti kože. Vbrizgamo 0,01–0,05 ml pripravka alergena. Tako nastane mehurček premera 3–5 mm. Rezultat je bolj odvisen od koncentracije kot od količine vbrizganega pri-

pravka alergena. Če mehurček ne nastane ali raztopina alergena izteče, moramo test ponoviti na drugem mestu. Razdalja med testi mora biti vsaj 5 cm (5).

Ker se z intradermalnimi testi lahko izzove sistemska alergijska reakcija, je treba te teste delati z metodo titriranja. Najprej naredimo vbodni test. Če je ta negativen, naredimo intradermalni test z majhno koncentracijo alergena. Šele če je rezultat negativen, nadaljujemo z večjimi koncentracijami (6).

Vrednotenje

Pomembna je najmanjša koncentracija alergena, ki izzove večjo urtiko kot topilo za alergen.

Po ameriških standardih je pozitiven rezultat testa urtika premera vsaj 5 mm z eritemom premera vsaj 21 mm, ali urtika premera vsaj 10 mm (tab. 2). Če želimo zasledovati senzibilizacijo v določenem časovnem intervalu, izračunamo koncentracijo alergena, ki izzove urtiko določenega premera (13).

Tab. 2. *Vrednotenje intradermalnih testov. Test je pozitiven, kadar je enak ali večji od ++ (13).*

Stopnja	Eritem	Urtika
0	<5 mm	<5 mm
±	5–10 mm	5–10 mm
+	11–20 mm	5–10 mm
++	21–30 mm	5–10 mm
+++	31–40 mm	10–15 mm
++++		psevdropodiji
++++	>40 mm	>15 mm

Diagnostični pomen kožnih testov

Pozitiven kožni test pri zdravi osebi

Pozitiven kožni test pomeni, da ima testirana oseba specifična protitelesa IgE proti testiranemu alergenju. Tak izvid ima majhen kliničen pomen, lahko pa napoveduje začetek alergijske bolezni (5).

Pozitiven kožni test z alergenom, ki ga oseba z alergijsko boleznijo tolerira

Tak rezultat je najbolje vrednotiti tako, kot je opisano v prejšnjem odstavku. Možno je, da ob primerni izpostavljenosti temu alergenju nastanejo simptomi ali da ta alergen prispeva k alergijskemu vnetju (14).

Lažno pozitivni in negativni kožni testi

Rezultat testa je lažno pozitiven, če alergenski pripravek vsebuje histamin ali snovi, ki sprostito histamin iz mastocitov (strup kozokrilcev, hišni prah, nekatera zdravila, hrana in konzervansi). Močna reakcija na alergen se lahko prek aksonskega refleksa z enega testa prenese na okolne teste. Tudi dermatografizem se lahko pomotoma vrednoti kot pozitivna reakcija.

Rezultat testa je lažno negativen, če se uporabi šibek alergenski pripravek, če bolnik prejema zdravila, ki preprečijo kožni odziv, ali če je reaktivnost kože zmanjšana (atopijski dermatitis, majhni otroci, starejše osebe) (5).

Korelacija z drugimi testi alergije

Zelo dobra je korelacija med močno pozitivnim kožnim testom in pozitivnim in vitro testom ter med negativnim kožnim testom in negativnim in vitro testom. Pri dobro standardiziranih alergenih je ujemanje večje kot 90%. V večini primerov, kjer se rezultata kožnega in in vitro testa ne ujemata, je kožni test pozitiven in in vitro test negativen. To je posledica prisotnosti IgE proti alergenskim determinantam, ki jih in vitro test ne zazna.

Korelacija s specifičnim provokacijskim testom je dobra, kadar so kožni testi jasno pozitivni in anamneza govori v prid vzročni povezavi med alergenom in simptomi. Korelacija je slaba, kadar med kožnim testom in anamnezo ni ujemanja (15).

Diagnostična vrednost kožnih testov

Pozitiven kožni test z inhalacijskim alergenom ob ustrezni anamnezi je močan dokaz, da je alergen povzročitelj simptomov. Podobno napovedno vrednost ima tudi negativen test ob negativni anamnezi. Kožni testi z alergeni iz prehrane so bistveno manj zanesljivi. Pogosto ugotovimo pozitiven rezultat z alergenom, ki ga bolnik tolerira. Priporočilo o izogibanju določeni hrani ne sme temeljiti le na pozitivnem rezultatu kožnega testa (5).

Nediagnostični pomen kožnih testov

Standardizacija alergenov

Kožne teste uporabljajo za vrednotenje biološke aktivnosti alergenskega standarda ali za kalibracijo vzorca alergena proti znemu alergenskemu standardu.

Farmakološke študije

S spremembami kožne senzitivnosti so ocenjevali učinek številnih zdravil, predvsem antihistaminikov H1.

Ocena imunoterapije

Kožne teste lahko uporabimo za oceno uspešnosti imunoterapije. Bousquet je ugotovil, da je klinično pomembna šele tista vzdrževalna doza alergena, ki pomembno zmanjša velikost kožnega testa (16).

Kožna senzitivnost za strupe kožokrilcev se med specifično imunoterapijo zmanjšuje. Nekateri menijo, da lahko z imunoterapijo proti strupu kožokrilcev (os, čebel) prenehamo, ko postanejo kožni testi negativni, ali ko specifična IgE protitelesa izginejo (17).

Povezava med kožnimi testi in specifičnimi provokacijskimi testi

Kožni testi so lahko lažno pozitivni ali negativni. Zato se zdi, da pravi klinični pomen določenega alergena ugotovimo šele s provokacijskim testom. Pri takem testu damo enega ali več odmerkov pripravka alergena v nos, na veznico ali v bronhije ter ocenjujemo povzročene simptome, znake ali (pri bronhialnem provokacijskem testu) spremembe v pljučni funkciji.

Vrednotenje specifičnih provokacijskih testov, zlasti bronhialnih, je zapleteno. Ugotovili so, da z bronhialnimi provokacijskimi testi s pelodnimi pripravki ne moremo razlikovati oseb z alergijskim rinitisom od oseb z alergijskim rinitisom in istočasno alergijsko astmo (14). V tej študiji so imeli številni bolniki z rinitisom, ki so bili brez simptomov astme in brez bronhialne preodzivnosti, pozitiven bronhialni provokacijski test s pelodnimi alergeni.

Poročajo o 4% incidenci pozitivnih bronhialnih provokacijskih testov s specifičnimi alergeni ob negativnih kožnih testih z istim alergenom (15). Vendar je možno, da bi z manj strogimi kriteriji za oceno kožnih vbodnih testov ali uporabo intradermalnih testov incidenco lažno pozitivnih provokacijskih testov zmanjšali.

Pomen pozitivnega kožnega testa ob negativnem specifičnem bronhialnem provokacijskem testu tudi ni razjasnjen. Domnevajo, da so v takšnih primerih vsaj nekateri bronhialni provokacijski testi narejeni tehnično slabo ali pa s premajhnim odmerkom inhaliranega alergena.

Ravno tako ni pojasnjena povezava med klinično sliko alergijske astme in velikostjo odziva na inhalirani alergen. Inhalacija alergena lahko povzroči povečanje bronhialne preodzivnosti za metaholin in klinično poslabšanje astme tudi tedaj, kadar pride po inhalaciji alergena le do minimalnega bronhospazma.

Inhalacijski testi so nevarni. Po inhalaciji alergena lahko nastopi hud bronhospazem ali celo sistemska anafilaktična reakcija.

Menimo, da za klinične potrebe izvajanje specifičnih bronhialnih provokacijskih testov ni potrebno. Trenutno ni prepričljivih dokazov, da s provokacijskim testom z alergenom dobimo več klinično pomembnih informacij, kot s pravilno narejenimi kožnimi testi in skrbno odvzeto anamnezo.

Literatura

- Mušič E, Furlan J, Rus A. Diagnostika alergijskih bolezni. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 535–40.
- AAAI Board of Directors. Allergen skin testing. Position statement. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 92: 636–7.
- Sub-committee on skin tests of EAAAI. Position paper. Allergen standardization and skin tests. *Allergy* 1993; 48 (Suppl 14): 49–82.
- Nelson HS. Effects of preservative and conditions of storage on the potency of allergy extracts. *J Allergy Clin Immunol* 1981; 67: 64–7.
- Sub-committee on skin tests of EAAAI. Skin tests used in type I allergy testing. Position paper. *Allergy* 1989; 44 (Suppl 10): 22–30.
- Lockey RF, Benedict LM, Turkeltaub PC, Bukantz SC. Fatalities from immunotherapy and skin testing. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 79: 660–77.
- Nelson HS, Rosloniec DM, McCall LI, Ikle D. Comparative performance of five commercial prick skin test devices. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 92: 750–6.
- Basomba A, Sastre A, Pelaez A et al. Standardization of skin prick test. A comparative study of three methods. *Allergy* 1985; 40: 395–9.
- Bousquet J, Michel FB. In vivo methods for study of allergy. In: Middleton E et al eds. *Allergy principles and practice*. London: Mosby 1993: 573–94.
- Owby DR, Anderson JA. An improved prick skin test procedure for young children. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 533–5.
- Terho EO, Husman K, Kivekas J, Riihmanki H. Histamine control affects the wheal produced by the adjacent diluant control on skin prick tests. *Allergy* 1989; 44: 30–2.
- Aas K, Belin L. Suggestions for biological quantitative testing and standardization of the allergen extracts. *Acta Allergol* 1974; 29: 238–40.
- Van Metre TE et al. How should we use skin testing to quantify IgE sensitivity? *J Allergy Clin Immunol* 1990; 86: 583–6.
- Fish JE, Ankin MG, Kelly JF. Comparison of responses to pollen extract in subjects with allergic asthma and non-asthmatic subjects with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1980; 65: 154–9.
- Spector S, Farr R. Bronchial inhalation challenge with antigens. *J Allergy Clin Immunol* 1979; 64: 580–4.
- Bousquet J, Hejjaoui A, Michel FB. Specific immunotherapy in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 86: 292–303.
- Bousquet J, Knani J, Velasquez G. Evolution of sensitivity to hymenoptera venoms in 200 allergic patients followed for up to 3 years. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84: 944–9.

PROZAC®

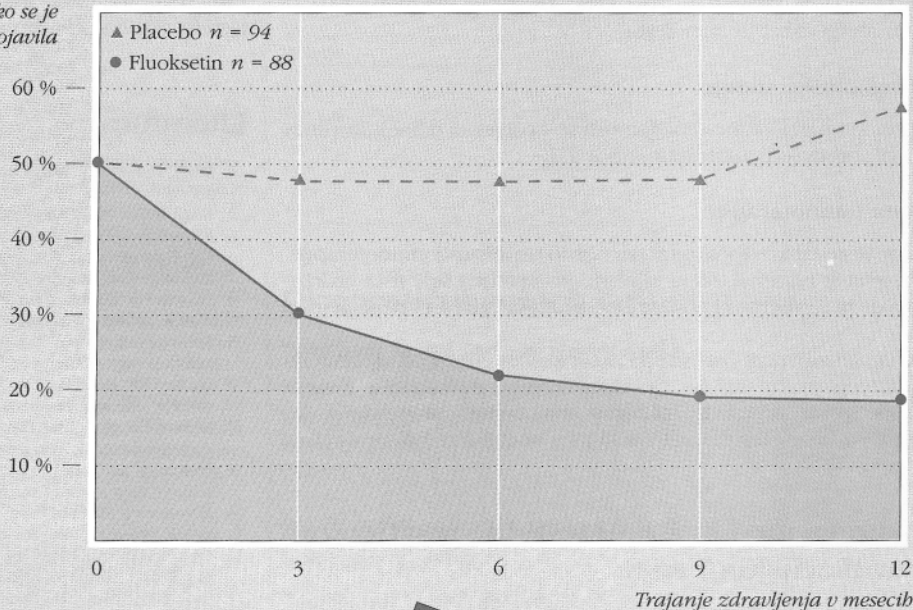
fluoksetin hidroklorid

dolgoročno več varnosti

- Prozac – antidepresiv z edinstvenim delovanjem
- Varnost in zanesljivost zaradi selektivnega delovanja^{3,4}
- Enostavno odmerjanje: 1-krat 20 mg dnevno⁵
- Izredno dobro prenašanje^{3,4}

Manjše število ponovitev bolezni v enoletni profilaksi depresije¹

Odstotek primerov, ko se je
depresija ponovno pojavila



Priporočilo
Svetovne
zdravstvene
organizacije

Da bi preprečili recidiv
priporočamo, da še
nadaljnjih 6 mesecev po
ozdravitvi nadaljujete z
zdravljenjem depresije.²



Eli Lilly

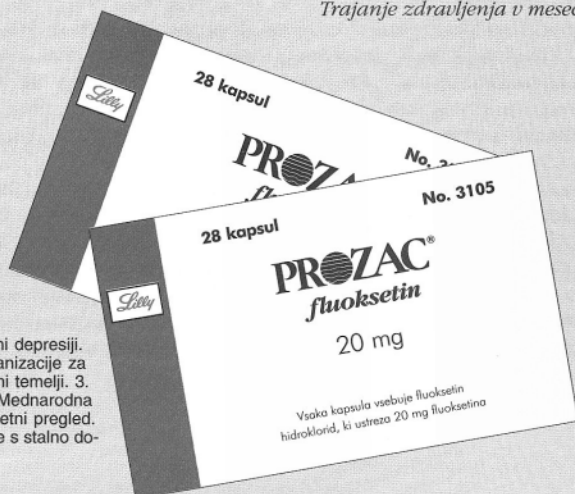
Predstavništvo Ljubljana
61000 Ljubljana, Parmova 53
telefon (061) 319-648, (061) 131-7244 / int. 346, telefaks (061) 319-767

Literatura

1. Montgomery SA, Dufour H et al. Profilaktična učinkovitost fluoksetina pri enopolarni depresiji. Brit J Psychiatry, 153, zvezek 3, 69-76, 1988. 2. Centri Svetovne Zdravstvene Organizacije za duševne bolezni (februar 1989). Farmakoterapija depresivnih bolezni, Splošno veljavni temelji. 3. Montgomery SA, Kratkoročna in dolgoročna uspešnost fluoksetina kot antidepresiva. Mednarodna klinična psihofarmakologija, zvezek 1, 113-119, 1989. 4. Stokes PE, Fluoksetin: Petletni pregled. Klinična terapevtika, zvezek 15, št. 2, 1992. 5. Wernicke JF et al. Zdravljenje depresije s stalno dozo fluoksetina. Bilten psihofarmakologije, 23, št. 1, 164-68, 1987.

Kratka strokovna informacija

Prozac 20 mg kapsule. **Sestava:** Vsaka kapsula vsebuje fluoksetin hidroklorid oziroma 20 mg fluoksetina. **Indikacije:** Fluoksetin je namenjen zdravljenju depresije, obsesivno-kompulzivne nevroze in bulimie nervose. **Doziranje:** Depresija pri odraslih in starejših bolnikih: priporočamo odmerek 20 mg dnevno; obsesivno-kompulzivna nevroza: 20 do 60 mg dnevno; bulimia nervosa pri odraslih in starejših bolnikih: priporočamo odmerek 60 mg dnevno. Odmerki fluoksetina naj ne presegajo 80 mg dnevno. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za fluoksetin. O uporabi pri otrocih in mlajših od 18 let še ni na voljo ustreznih kliničnih izkušenj. Pri hudih okvarah jeter in ledvic ter epilepsiji je potrebna previdnost. **Nosečnost in dojenje:** Čeprav ni dokazov o škodljivem vplivu fluoksetina na naraščaj, priporočamo, da pred uporabo fluoksetina v prvih treh mesecih nosečnosti zdravnik pretehta med koristjo in morebitnim tveganjem. Fluoksetina ne dajemo doječim materam. **Dodatne informacije so na voljo v strokovnih publikacijah.**



Pismo uredništvu/Letter to the editor

EVTANAZIJA IN ZDRAVNIK

Matija Cevc

Klinika za žilne bolezni, Klinični center, Riharjeva 24, 61000 Ljubljana

*Prijazna smrt, predolgo se ne mudi!
Ti ključ, ti vrata, ti si srečna cesta,
ki pelje nas iz bolečine mesta
tje, kjer trobljivost vse verige zgrudi.*

Uvod

V prispevku ne želim govoriti o dilemah, ki jih postavlja evtanazija ali pravica do izbire smrti, s pravnega vidika. Ne zanima me torej problem evtanazije kot postopka, ki ga je možno izkoristiti in zlorabiti. Prepričan sem namreč, da evtanazije same ni možno zlorabiti, zlorabi se lahko izvajalca. Znameniti nemški «evtanazijski programi» niso zlorabili evtanazije, pač pa pravo in medicino, da sta podlegla političnim namenom. Tako imenovani «evtanazijski program» torej ni bil evtanazijski v etičnem pomenu, ampak pogrom, ki je temeljil na enakih izhodiščih, kot program iztrebljanja v koncentracijskih taboriščih.

Če pogledamo nekoliko drugače. Evtanazijo lahko prepovemo in najstrože kodificiramo, ne moremo pa prepričati, da bi moralno izprijena oseba izkoristila možnost, ki jo daje medicina z usmrtnimi pod krinko evtanazije. Po drugi strani pa tudi popolna dopustitev evtanazije, če sta morala in etika ljudi (predvsem zdravstvenega osebja) na ustrezni višini, ne bo izrabila evtanazije v nepošteno namene. Z vidikom možne zlorabe se morata ukvarjati pravo in sodstvo in pripraviti tako zakonodajo in nadzor, da bo tak medicinski poseg, tj. zloraba medicine za morilske namene, kar najmanj verjeten in izvedljiv.

Na problem evtanazije je po moji misli treba gledati iz dveh zornih kotov. Prvi vidik je *pravni*, drugi pa je, ali je evtanazija *moralno sprejemljiva*, ali ni v nasprotju s človekovo bitjo. Po teh dveh vidikih se tudi razločuje definicija evtanazije. S pravnega vidika lahko definiramo evtanazijo kot umor nekoga na njegovo lastno, izrecno in jasno željo. V tem svojstvu jo obravnava tudi slovenski kazenski zakonik. Za pravo je seveda stvar preprosta in jasna. Toda umiranje je lahko dolgotrajen proces, smrt je le zadnji dogodek. Pri razmišljanju o evtanaziji pa ni pomemben končni dogodek – smrt, marveč pot, ki vodi do nje, torej umiranje. Ta jasna in enostavna definicija torej ne zajema številnih moralnih in filozofskih podtonov, ki jih evtanazija sproža. S temi pa se srečuje zdravnik, ki je po vesti in načelih etike odgovoren predvsem svojemu varovancu – bolniku. Temeljno poslanstvo zdravnikovega poklica je, da mora bolniku, za katerega odgovarja, kar najbolj olajšati tako življenje kot umiranje (vsakdo ima pravico do človeka vredne smrti). Seveda pa je zdravnik tudi socialno bitje, ki živi v družbi in je kot državljan za svoje delo odgovoren tudi pred zakonom. Obveza, ki jo ima zdravnik do zakonov, pa je lahko v nasprotju s obveznostjo do bolnika.

Napredek medicine je poleg nedvomno koristnih dosežkov prinesel človeštvu tudi marsikaj slabega. Pri številnih boleznih, zaradi katerih bi pred 25 leti umrli, lahko z današnjimi metodami vzdržujemo in podaljšujemo življenje. Res je sicer, da utegne včasih taka pomoč omogočiti skoraj čudežno ozdravljenje nekaterih bolnikov, toda žalostna resnica je tudi, da mnogo takih bolnikov le životari, ker ne morejo niti umreti niti živeti. Druga skupina so tisti bolniki, ki zaradi «uspešnega zdravljenja» sicer živijo dlje, toda cena za tako življenje so hude duševne ali telesne

muke. Ni torej čudno, da je Vittorio Messori zapisal: «*Mar moderna razsvetljenska medicina – skupna marksistom in kapitalistom – ne podaljšuje in zagrenjuje tega trpljenja s tem, da proslavlja sebe (podčrtal pisec), obenem pa dela silo ljudem, ko jim onemogoča, da bi umrli, kakor in kadar boče narava? Mar ni tu običajna zmešnjava protislovij družb, ki zahtevajo, naj z evtanazijo prenebajo bolečine, ki so jih same ustvarile z medicinsko tehnologijo, po kateri vsak napredek avtomatično velja za pozitivnega?*» (1) Za mnoge je to nesprejemljivo, zato številni zdravstveni delavci odklanjajo, da bi jih v primeru nuje oživljali.

To kaže, da je medicina na nekaterih področjih verjetno preseгла meje sprejemljivega. Napredek medicine in način življenja sta sprožila nove dileme in razmisleke glede življenja in umiranja. Če je bil v prejšnjih stoletjih cilj zdravljenja podaljševanje življenja, današnji človek vedno bolj terja, da naj bo cilj zdravljenja poleg podaljševanja življenja predvsem izboljšanje kakovosti življenja. Vnovič se je začelo javno postavljati vprašanje evtanazije, ki je bilo dolgo časa «prepovedano».

Kaj je evtanazija?

Seveda je že na samem začetku treba razložiti, kaj evtanazija komu pomeni, kajti definicije so dokaj različne.

Najbolj preprosta definicija evtanazije je: evtanazija je pomoč pri umiranju s pasivnim (opušcanje) ali aktivnim (ukrepanje) poseganjem v tok življenja posameznika, ki nam je zaupan, pri čemer je vodilo usmiljenje do sočloveka, kateremu skrajšamo življenje. Vsako skrajševanje življenja, ki ima drugačen namen, pa je umor. Po mišljenju nekaterih pomeni evtanazija «lahko smrt» ali njeno povzročitev, ki s postopki ali ukrepi sproži nebolečo smrt osebe, ki trpijo zaradi neozdravljivega stanja ali bolezni. Pri tem ločijo šest različnih oblik evtanazije (2): 1. pasivna (npr. zdravnik se odloči, da ne bo zdravil pljučnice, pri bolniku z Alzheimerjevo boleznijo); 2. semipasivna (npr. zdravnik preneha s parenteralno prehrano pri bolniku z malignomom in metastazami); 3. semiaktivna (npr. zdravnik odklopi ventilator osebi, ki je sicer hemodinamsko stabilna, vendar v vegetativnem stanju po obsežni možganski kapi, ko ni verjetnosti, da bi se spet ovedla); 4. slučajna (npr. zdravnik zvišuje odmerek morfinskih analgetikov, kar povzroči depresijo dihalnega centra); 5. samomor (npr. bolniku z rakom in razsevi v pljučih zdravnik omogoči dostop do smrtnega odmerka barbituratov); 6. aktivna (npr. zdravnik da zavestno previsoko dozo morfija terminalno bolnemu in s tem povzroči smrt).

Po nizozemski definiciji pomeni evtanazija zavesten odvzem življenja osebi, ki to eksplicitno želi in terja, s pomočjo druge osebe. Ta definicija je opredeljena s tremi pomembnimi pogoji: 1. evtanazija je postopek, pri katerem se nekaj *aktivno stori* (običajno z nekim sredstvom), in ne pomeni opustitve nekega dejanja (opustitev zdravljenja), 2. definirana je kot *prostovoljna* (v to definicijo ne moremo zajeti novorojenčkov ali nezavestnih bolnikov) in 3. *zavestna*, to je da se akt evtanazije izpelje z jasnimi namenom, da povzroči smrt (dajanje zdravil, s katerimi nameravamo primarno lajšati bolečine, se ne šteje za evtanazijo). Če uporabimo to definicijo, predstavlja na Nizozemskem evtanazija kot vzrok smrti v letu 1990 kar 1,8% vseh smrti (3).

Družbeno in osebno razmerje do smrti

Umor iz usmiljenja je človeštvo vznemirjal že od nekdaj. Vse kulture so se srečevale s problemom, kako pristopiti k sočloveku, ki trpi v neznosnih mukah (duševnih ali telesnih). Dokončnega odgovora doslej ni dal še nihče in ga tudi ne more dati. Razmerje do smrti in evtanazije izhaja iz religioznega, etičnega in družbenega pogleda na smrt, ki se stalno spreminjajo tako, kot se je skozi zgodovino človeštva spreminjal tudi pogled na samomor.

Razmerje do smrti je odvisno od tega, kaj so ljudje posameznih dob čutili kot posledek smrti. Ali je bilo to prenehanje tostranskega življenja in prehod v onstranstvo (v Pavlovih pismih je zapisano: *Vemo namreč, da če razpade naša šotorna biša na zemlji, imamo božjo zgradbo, bišo, ki ni narejena z rokami in je večna, v nebesih*. 2Kor 5, 1–2) (4), kot uči krščanstvo, ali je to prehod v drugo življenje ali reinkarnacija, kakor učijo nekatere vzhodne religije, ali je smrt prenehanje bivanja in razkroj telesa, kakor so verovali antični ljudje, ko so bili nesmrtnosti deležni le heroji.

Poleg filozofsko-religioznega pogleda na smrt pomembno so oblikuje odnos do evtanazije tudi občutje družbe do smrti. Bretonci so s »posvečenim kladivom« razbijali lobanje umirajočih, ki so predolgo umirali. Na enak način še danes nekatera polinezijska plemena odstranjujejo iz skupnosti starce, ki so nekoristni njihovi sredini. Med Eskimi je bila navada, da so ostareli, ki niso bili več sposobni samostojno skrbeti zase, odšli umret v divjino. Z napredkom znanosti in medicine, ko se je zdelo, da so možnosti človeštva brezmejnje in da bo človek premagal in si podredil naravo, je prišlo do zanikanja smrti v vzpostavitvijo kulta zdravih, močnih, lepih in mladih. Bolne, pohabljenе in umirajoče so skušali potisniti na obrobje družbe, da bi ne motili dobrega počutja drugih. Najbolj izrazito se je to manifestiralo v totalitarnih režimih. Zato ni čudno, da umiranje, ki je sicer normalen del življenja, odrivamo iz naše zavesti. Neokusno in skoraj nemoralno je v družbi govoriti o smrti, otroci ne smejo videti umrlega, če je le mogoče, skušamo umiranje prenesti v ustanove, kot so bolnišnice ali razni socialni domovi.

Čeprav je strah pred smrtjo normalen in pričujoč povsod v naravi, pa se včasih razmišljanja o njej niso izogibali. Pisale so se knjige o pripravi na smrt in »umetnosti umiranja«. Sveti Avguštin je učil, da se strahu pred smrtjo najlaže ubraniš tako, da stalno misliš nanjo (5). Misel na lastni konec in na minljivost in trohobnost človeka je bila v človeškem razmišljanju od nekdaj prisotna. Verjetno ravno iz tega izhajajo razna religiozna načela, katerih eden temeljnih namenov je bil človeku omogočiti lažje preživeti spoznanje o lastni minljivosti in prehod v onstranstvo. Minevanje časa je boleče. Življenje je v resnici le pot k določenemu koncu in ni čudno, da se zdi pot iz življenja bolj boleča od prihoda. Prihoda, to je rojstva, se veselimo vsi, odhoda pa le redkokdo. Morda je temu vzrok, da življenje večinoma poznamo, kaj pa nas čaka v onstranstvu, ne ve nihče. Pomemben je torej tudi strah pred neznanim. Veliko lažje nam je, če odhodu sledi upanje na prihod v boljše življenje. V naravi velja, da vsa živa bitja stremijo k temu, da bi si ohranila življenje. Vendar pa je znano tudi to, da se nekatere živali, ko zaslutijo smrt, predajo »usodi«. Človek pa se bistveno razločuje od živali tudi po tem, da ima svobodo izbire in svobodo duha. Iz tega izhaja, da se more svobodno odločiti, ali hoče živeti ali ne.

Po tibetanskem nauku je izredno pomembno, da umirajočega obdaja ustrezno okolje, ki njegovega duha, ki odhaja, ne vznemirja. Umirajočega ali umrlega je treba »obdati z ljubečimi in koristnimi mislimi, in to že na prvih stopnjah novega ali zasmrtnega bivanja, pri čemer pa ne sme dovoliti, da umirajočega ali umrlega zmoti čustvena navezanost ali da ta izzove morbidno duševno depresijo« (6). Idealno bi bilo torej, če bi se lahko posameznik, ki je tega sposoben, samostojno odločil, kdaj bo zapustil ta svet, in to storil v popolni harmoniji samega s seboj in z Bogom.

Etika, smrt in evtanazija

Etika je filozofski nauk o etičnem ali moralnem. Razpravljaja predvsem o tem, kaj je v moralnega vidika dobro ali slabo, kako naj človek ravna, da bo njegova dejavnost v skladu z moralnim pojmom dobrega, in kako naj živi, da bo njegovo življenje moralno. Številne etike so v središču postavljale vprašanje, kaj je sreča, saj naj bi bila etičnost nujen pogoj za srečo in pravzaprav nauk o sreči. Etika se je vedno ukvarjala tudi s problemom svobodne volje človeka (7). Vsa ta vprašanja so seveda še kako pomembna, ko skušamo razjasniti dileme (tudi dilemo z evtanazijo), s katerimi se srečamo ob trpečem in umirajočem bolniku. S temi problemi so se kajpak ukvarjali zdravniki že od pradavnine. Deontologija starogrških zdravnikov je nasprotovala evtanaziji, o čemer nam priča Hipokratova prisega, ki pravi, *»da ne bom nikoli nikomur – tudi ko bi me prosil – zapisal smrtne droge ali ga z nasvetom napeljeval na tako misel«* (8). Seveda pa tako niso mislili vsi Grki. Platon (427–347 pr. n. š.) je v knjigi *Država* zapisal, da človek, ki ni sposoben za življenje, ni vreden, da bi ga zdravili, kajti tak človek je nekoristen zase in za družbo. Za Platona je torej ključnega pomena korist države ter kakovost in ne dolžina življenja. Platon je zagovarjal omejitve zdravljenja kot akt pravičnosti do države in do posameznika. Aristotel (384–322 pr. n. š.) sicer ni govoril o pomoči umirajočim, razmišljal pa je o samomoru, ki ga je odklanjal, saj je trdil: *»Umreti zato, da se izogneš revščini, ljubezni ali drugim bolečim stvarim, ni dokaz brabrosti, ampak strabopetnosti«* (9). Čeprav Aristotel nikjer ne govori o smrti in zdravljenju, pa lahko sklepamo, da je evtanazijo odklanjal. Podobno je mislil tudi Sokrates (470–399 pr. n. š.), za katerega Platon v *Faidonu* pravi: *»Nemara se ti bo zdelo čudno, da je stavek o nedopustnosti samomora med veliko množino vseh drugih pravil edini, ki ne dovoljuje nobene izjeme, kakor je sicer običaj na svetu. In vendar utegne biti smrt ob določenih okoliščinah in za določene ljudi boljša mimo življenja: glede takih, pravim, se ti bo zdelo čudno, da jim ni dovoljeno storiti samim sebi dobro, temveč da morajo čakati drugega dobrotnika.«* ... *Nauk, ki ga oznanjajo glede tega misteriji, da bivamo ljudje v življenju kakor v ječi, in da te ječe ne smemo samovoljno zapustiti in pobe gniti – ta nauk je po mojem mnenju nenavadno pomemben in težko razumljiv; pač pa se mi zdi trditev, da so bogovi naši varuhi in da je človek del njih lastnine, povsem pravilna in lepa«* (10). Torej tako Aristotel kot tudi Sokrat nista dopuščala pravice do samomora, saj je človek božja last in ne sme posegati po življenju. Še posebej je ta trditev zanimiva za Sokrata, ki je prostovoljno popil strup trobelike in umrl, vendar pa je to naredil na ukaz države in je bila njegova državljanska dolžnost, da uboga. Večina poznoantičnih mislecev pa je bila naklonjena samomoru in evtanaziji, saj so v tistem času prevladovali epikurejski in stoični filozofi. Epikurejci so na splošno zagovarjali prijetnost življenja in se izogibali trpljenju in zato zagovarjali tudi samomor, da bi se izognili neprijetnostim boleznim in trpljenju. Podobno stališče so imeli tudi stoiki, ki so trdili, da je treba živeti in umreti prijetno. Smrt so obravnavali kot pomembno zadnjo preizkušnjo v človekovem življenju. Zeno iz Kitona (333–262 pr. n. š.), ki je bil začetnik stoicizma, je napravil samomor zaradi boleče poškodbe noge, podobno je storil tudi Kleantenes, Zenonov naslednik, ki se je ubil zaradi opeklin v ustih. Na splošno najdemo v stoični literaturi pogosta priporočila za samomor še posebej kot reakcijo na neozdravljive bolezni. Mark Avrelij (121–180) je zapisal: *»Človeškega življenja dolgotrajnost je le točka, njegova bitnost v nenebnem teku, čutenje temno, vsega telesa ustroj obsojen na razpad. Duša je vrtavka, usoda zagonetna, sloves dvomljiv: skratka, vse, kar sodi k telesu, je reka, kar k duši, je sanja in dim. Življenje je boj, popotovanje po tujem; smrti spomin je – pozabljenje. Kaj je torej, kar mora človeka voditi? Eno samo in edino: filozofija. Ta pa je v tem, da čuvaš božanski glas v sebi pred sramoto in onečaščenjem, tako da je močnejši od naslad in bolečin, da ne dela ničesar v en dan, da si ne pomaga z lažjo in binavstvom, da ni odvisen od dela in nedela ostalega sveta, poleg tega jemlje vse dogodke in tudi njemu odmerjeni delež tako, kot da prihaja od*

ondod, od koder je sam prišel. Ob vsem tem pa z vedro mislijo pričakuje smrti, ker mu ta ne pomeni drugega kakor razkroj prvin, iz katerih je sestavljena sleberna živa stvar. Če pa za prvine ni nič strašnega v tem, da se nebežno spreminjajo, čemu bi potem gledal človek s sumljivim očesom na presnavljanje in razkrajanje vsega živega? Saj se dogaja v naravi: a kar je po naravi, ne more biti zlo. In dalje pravi: *Heraklit je ob vsem svojem prirodoznanskem ugibanju o svetovnem požaru na kupu gnoja za vodenico preminil. Demokrita so uši snedle, Sokrata tudi, samo da druge vrste. Čemu use to? Tudi ti si se vkrcal, ali se vozil, si pristal. Tudi tebi velja: Izslopi! Če te povede pot v drugo življenje, tudi tam ni brez bogov, če pa v brezčutje, boš pač nehal prenašati bolečine in slasti, boš nehal tlačaniti posodi, ki je vendar toliko slabša kot to, čemur posoda služi: saj to je tvoj um in božanski glas, posoda pa le prst in trobnoba* (11). Seneka (4 pr. n. š.–65. n. š.) je zapisal: *Človeštvo se godi dobro, saj ni nihče nesrečen, če sam to noče. Živi, če želiš; če ne želiš, se lahko vrneš na kraj, od koder si prišel. ... Lanceta ti bo odprla pot k veliki svobodi in spokojnost se lahko doseže za ceno pika igle*. Seneka je naredil samomor. Ker trup, ki mu ga je dal zdravnik, ni deloval dovolj hitro, si je dal prerezati zapestje. Podobno je mislil o samomoru tudi eden največjih klasičnih medicinskih piscev, Cornelius Celzus (1. pol. 1. stol. n. š.). Po rimskem pravu se je imetje samomorilca zaplenilo v korist države, če pa je bil samomor narejen zaradi bolezni, trpljenja ali norosti, do konfiskacije ni prišlo. Plinij ml. (61–113), ki je zapisal *pri tistih, ki so si sami priklicali smrt, je naša žalost nepomirljiva, ker si mislimo, da bi mogli še dolgo živeti. Korelija pa je najvišji ukaz razuma, ki je modrim toliko kakor nujnost, pogнал v smrt, ko je vendar imel dovolj vzrokov, da bi še živel*. Zapisal je tudi: *Kajti nekako v navalu obupa hiteti smrti nasproti, to zmorejo mnogi, toda mirno premišljati o vzrokih smrti, jih tako rekoč polagati na tehtnico in si potem po svoji pameti izbirati življenje ali smrt, to morejo le veliki dubovi* (12). Zadosten razlog za samomor mu je bil, če ima nekdo ledvične kamne, hude glavobole ali težave z želodcem. Podoben seznam sta napisala tudi Diogenes in Cicero (106–43 pr. n. š.), ki je v Tuskulanskih razgovorih zapisal: *Čemu bi trpeli? Vrata so nam odprta: smrt, večno pribežališče, kjer se nič več ne občuti* (13). Med temi vzroki in dejanskim samomoru pa je bil le majhen korak, saj so bili številni strupi vedno na razpolago. Zdravniki so v antiki seveda sledili filozofskim tokovom, zdi pa se, da so se evtanazije izogibali, čeprav je niso popolnoma odklanjali. Že to, da je v t. i. Hipokratovi prisegi zapisano, da zdravniki ne bodo zavestno pomagali pri umiranju, kaže, da je taka praksa obstajala. Na to kaže tudi Senekova smrt. Po drugi strani pa rimski zdravnik Aretej iz Kapadokije (1. pol. 2. stol. n. š.) omenja, da čeprav mnogi bolniki, ki trpijo zaradi bolečih bolezni, bežijo od smrti, drugi prosijo zanjo. Menil pa je, da se za zdravnika ne spodobi, da bi zavestno povzročil takemu bolniku smrt, mora pa se truditi, da bi kar najbolj olajšal umiranje z zdravili, ki lajšajo bolečine. Obstaja tudi poročilo, da zdravnik, kateremu je cesar Hadrijan (76–138) ukazal, naj ga ubije, tega ni storil in je raje sam napravil samomor, kot da bi zavdal Hadrijanu (14). V srednjem veku pa se je razmerje do samomora in s tem smrti bistveno spremenilo. Vera je prepovedovala, da bi se človek mešal v božje stvaritve, saj je le v božji oblasti dodelitev življenja ali smrti. V Pismih Rimljanom je apostol Pavel zapisal: *Zakaj nobeden med nami ne živi zase in nobeden ne umira zase. Če namreč živimo, živimo za Gospoda; če pa umiramo, umiramo za Gospoda. Naj torej živimo ali umiramo, smo Gospodovi. Zakaj Kristus je umrl in oživel prav zato, da bi gospodoval živim in mrtvim* (Rimlj 14, 7–9) (15). Sveti Avguštin (354–430) v delu *De Civitate Dei* trdi, da nima nihče pravice do samomora zato, da bi ušel prehodnemu trpljenju na tem svetu, saj bi se s tem obsodil na večno trpljenje (13). Smrt je dobivala vedno bolj pomemben verski značaj. Pisale so se knjige, kot *Umetnost umiranja*, v katerih so predpisovali, kaj mora umirajoči storiti pred smrtjo, da pobezne satanovim kreppljem. Lateranski koncil je 1215 posebej opozarjal, da mora k umirajočemu klerik, ne pa zdravnik, saj je po svetem pismu smrt kazen za greh in kdo je torej bolj poklican, da tolaži umirajočega,

kot duhovnik. Zaradi svetosti življenja sta bila samomor ali kakršnokoli drugo skrajševanje življenja prepovedana. Zdravnik pa je bil od umirajočih odrinjen. Od 5. do 15. stoletja so se zdravniki izogibali smrtno bolnih, če pa so prišli k umirajočim, zaradi svetosti življenja niso niti poskušali pospešiti smrt. Kot večina ljudi so se tudi zdravniki bali smrti in so bežali pred njo, težko bolne pa so se bali zdraviti zaradi pičlih uspehov, ki so načenjali njihov položaj. Tako je mir in spokojnost umirajočim prinašal duhovnik in ne zdravnik, ugled zdravnikov pa je bil boren in ni čudno, če je Henri de Mondeville (1260–1320) o zdravnikih napisal stavek: *Od nekdanj je vsem znano, da je vsak kirurg tat, morilec ali pa slepar*. Krščanstvo je močno vplivalo na medicino srednjega veka, ki je vedno bolj propadala. Z renesanso pa je doživljala prerod tudi medicina. Vrstila so se nova spoznanja, stare avtoritete so padle. S tem se je spremenil tudi pogled na življenje in smrt. Ljudje so znova verjeli v možnost daljšanja življenja. S tem časom pa se je spremenil tudi pogled na poseganje v življenje in smrt. Thomas More (1480–1535) je v delu *Utopija* (1516) predlagal, da bi bolniku, ki trpi v neznosni bolezni, skrajšali življenje, če bi se s tem strinjal kolegij duhovnikov in oblastnikov. Michael de Montaigne (1533–1592) v svojih Esejih odobrava princip evtanazije. Verjetno je prav njegova filozofija spodbudila Shakespeara pri pisanju znamenitega Hamletovega monologa: *To be, or not to be, that is the question ...*. Francis Bacon (1561–1626) je z veseljem in odobravanjem povzel misel Seneke: *Pomislí, kako dolgo si počel isto: človek si lahko zaželi smrt ne samo zato, ker je pogumen ali žalosten, ampak tudi zato, ker je z dolgočasen*. Sam pa pravi: *Prav tako naravno je umreti, kot biti rojen; za dojenčka je morda prvo prav tako boleče kot drugo. Tisti, ki umrje za dušo in srцем predan delu, je kot oni, ki je ranjen in je tolikanj zagnan, da nekaj časa ne čuti rane. ... Smrt odpira vrata tudi slavi in pogasi zavist* (16). Bacon je tudi prvi uporabil besedo evtanazija v knjigi *Novum Organum* (1620), kjer je zapisal: *Naj bo jasno, da je delo zdravnika ne le, da povrne zdravje, ampak da tudi olajša bolečine in muke bolezni; in ne le lajšanje bolečin, tudi lajšanje nevarnih simptomov, pomaga in vodi k ozdravljenju; toda tudi kadar je izgubljeno vsako upanje na izboljšanje, služi samo temu, da olajša prehod iz življenja. Ni majhna sreča, za katero je Augustus Cezar tako vroče prosil, neka Euthanasia, ki taka, kot jo je opazoval pri smrti Antonin Pij, ni bila podobna smrti, ampak bolj prebodu v globok spanec*. Bacon je v svojih delih torej prvi uporabil besedo «euthanasia» za smrt, ki jo povzroči zdravnik iz usmiljenja. Čeprav ta čas ni bil naklonjen samomoru tako kot antika, pa sta vendarle Bacon in More spremenila razmerje do prostovoljne smrti, ki je veljal od 3. do 16. stoletja. Teologi pa so posvečali dokajšnjo pozornost zdravniškemu poklicu in še naprej poudarjali svetost življenja. Zdravniki tega časa so bili najstrožji privrženci moralnih določil, ki jih danes poznamo kot Hipokratovo prisego (v antiki je bila skoraj nepoznana, uporabljali pa naj bi jo privrženci medicinske šole na otoku Kosu), ter jih zelo strogo upoštevali ter zvesto sledili verskim načelom ter s tem popolnoma odklanjali evtanazijo in prostovoljno smrt. Toda vsemu navkljub je William Harvey (1578–1657) končal življenje z evtanazijo. Ko je namreč spoznal, da je slep, česar se je vedno bal, je popil stekleničko z opijem, ki jo je imel v ta namen vedno pri sebi. Razsvetljenstvo in pozitivizem sta sprožila prve jasne razgovore o skrbi za umirajoče. V tem obdobju je skrb zanje prešla iz rok menihov in duhovnikov vnovič k zdravnikom, ki pa so, kot npr. John Locke (1632–1704), prvi britanski empirik, odklanjali evtanazijo, saj so zagovarjali predvsem pravico do življenja, ki so jo imeli za najpomembnejšo človečansko pravico. David Hume (1711–1776) pa je že zavračal Lockovo etiko, ki je temeljila na pravicah, kot tudi druga etična pravila, ki so temeljila na svetosti. Zagovarjal je stališče, da lahko krutost bolezni opravičuje junaški pobeg. Montesquieu (1689–1755) se je 1721 javno zavzel za pravico do samomora za tiste, ki trpe v neznosnih mukah. Mirabeau (1715–1789) je od svojih zdravnikov izprosil trup, da si je končal trpljenje. Tudi nekateri drugi, kot npr. Benjamin Franklin (1706–1790) in Jeremy Bentham (1748–1832), so opra-

vičevali evtanazijo s sklicevanjem na hedonistične vrednote prijetnosti. Njihovo geslo je bilo: «Biti srečen ali pa sploh ne obstajati.» Pozitivizem 19. st. je bil gibal napredka moderne medicine pa tudi resnejših razmišljanj o umiranju. François-Xavier Bichat (1771–1802) je opisal življenje kot tiste funkcije, ki se upirajo smrti. Vsa medicina je bila usmerjena v to, da bi se kar najbolj upirala smrti. Čeprav je bil vpliv vere pri umiranju še vedno močan, so zdravniki vnovič zamenjali duhovnika pri postelji umirajočega; kljub temu je bilo v tem času le malo napisanega o razmerju med zdravnikom in umirajočim. Tudi medicinska etika se s tem problemom ni ukvarjala. Zdravniki so v tem času odločno odklanjali pomoč pri umiranju. Tako tudi John Keats (1795–1821), ki je umiral zaradi tuberkuloze, ni mogel izprostiti od svojega zdravnika smrtonosnega napoja. Medicina 19. stoletja je dobila dokaj uspešna sredstva za lajšanje bolečine, pri podaljšanju življenja pa je bila še neuspešna. Tako je bilo v tem času mogoče tisto, kar ni bilo ne prej in ne pozneje, to pa je, da so lahko ljudje umrli naravne smrti, ne da bi bili preveč trpeli. Tako v tem obdobju ni bilo klasične in večne moralne dileme, kako srbeti za umirajoče. Zato je William Osler (1849–1919) lahko zapisal: «*Če je sploh vredno živeti, potem je gotovo vredno živeti do naravnega konca, to je stališče, kateremu se noben odgovoren zdravnik ne more izogniti pri skrbi za bolnike, b katerim je poklican, da bi jim pomagal*» (17).

V stoletjih se je misel o skrbi za umirajoče vedno bolj razvijala in postajala vse bolj zapletena. V 20. st. se je razvila cela vrsta raznih pogledov na smrt in evtanazijo. Po eni strani so veljale ideje, ki jih je zagovarjal biolog Ernst Haeckel (1834–1919; v praksi pa jih je prenesel nacizem), da je treba nekoristne ljudi na hitro odstraniti z zastrupitvijo. To je bil temelj nemškega «evtanazijskega» programa. Po drugi strani pa je katoliška cerkev zagovarjala svetost življenja in učila, da nima nihče pravice posegati v tek življenja in smrti, saj je to v domeni Boga. V prvi polovici 20. st. so v Veliki Britaniji poskušali legalizirati evtanazijo za neozdravljivo bolne in trpeče bolnike. Več poskusov je bilo, da bi bila, na željo bolnika, dovoljena evtanazija. 1873 je poskušal Lionel Tollemach v Veliki Britaniji doseči, da bi bila evtanazija pred pričami dovoljena (13). 1936 je bila ustanovljena Voluntary Euthanasia Legalisation Society, ki jo je vodil Lord Moynihan. Ta je zapisal: «*Številni ljudje trdijo, da je Bog poslal na zemljo trpljenje. Toda zdi se, da so pozabili, da je poslal tudi sredstva za lajšanje. Zdi se, da je naša trenutna dolžnost, da vzdržujemo ljudi pri življenju, čeprav je njihovo življenje nepotrebno in povzroča hudo trpljenje. Nekateri med nami, zaposlenimi v združenem poklicu, pa smo nesrečni zaradi te prisile. Čutimo, da bi ob najstrožjih varovalnih ukrepih lahko končali življenje, ki je brez smisla in povzroča le trpljenje vsem, ki imajo trpečega radi*» (18). 1906 je poskušal parlament države Ohio legalizirati evtanazijo za neozdravljivo bolne. 1946 je 379 pastorej in rabinov napisalo poslanico parlamentu države New York za dopustitev evtanazije (13). Kljub strastnim debatam so bili ti predlogi zavrnjeni.

V Kazenskem zakoniku (KZ) stare Jugoslavije, sprejetem 27. 1. 1929, je bilo v 168. členu uzakonjeno za posebno *krivično* delo odvzema življenja, če je bilo storjeno na izrecno in nepreklicno zahtevo ali prošnjo, do 5 let zapor, če pa bi storilec upošteval prošnjo ali zahtevo zaradi usmiljenja ob brezupnem stanju trpečega, se je to štelo kot prestop in kaznovalo z do 3 leta zapor. Kot brezupno stanje je veljala tudi neozdravljiva bolezen ali drugo stanje, ki je povzročalo hudo trpljenje žrtve. Kazenski zakonik iz leta 1951 pa nima več takega določila in se je evtanazija tako obravnavala kot naklepni umor, pri čemer pa se je lahko upoštevalo olajševalne okoliščine po 38. členu KZ (13). Kazenski zakonik iz leta 1959, ki je veljal še v 80. letih, je v 139. členu predvideval strogi zapor do 5 let za tistega, ki pomaga pri samomoru in ni predvideval olajševalnih okoliščin (19). Nič bolje ni bilo niti po letu 1977, ko je bil sprejet nov KZ. Po 50. členu je bilo za pomoč pri samomoru osebi, ki nima v oblasti svoje ravnanje (v to kategorijo pa se da šteti vsakega bolnika) zagroženo celo z 10 leti zapor, če pa bi npr. zdravniku uspelo

dokazati posebne olajševalne okoliščine, mu je bilo zagroženo z do tremi leti zapor (20). Po 122. členu se je lahko kaznovalo z do tremi leti zapor zdravnika, «ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti ravna v očitnem nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje» (21). Pod nevestno zdravljenje pa se je dalo šteti tudi opuščanje zdravljenja pri umirajočih! V novem slovenskem KZ so določila o pomoči pri samomoru prepisana bodesedno v 131. členu, malomarno zdravljenje pa je po 190. členu kaznovano z do enim letom zapor (22).

Toda razvoj medicine je povzročil, da lahko preživijo tudi taki bolniki, ki bi še pred kratkim umrli. S tem se vedno bolj veča številna tistih, ki trpijo v peklenskih mukah. To je znova sprožilo številna gibanja, ki se zavzemajo za pravico do človeka vredne smrti.

Evtanazija in današnji čas

Izziv sodobnega razvoja medicine je povzročil, da se je pogled na evtanazijo spremenil. Najbolj izrazito so nove razmisleke sprožili nekateri odmevni članki v ameriškem dnevnem in strokovnem tisku (23–26), po drugi strani pa pravne rešitve na Nizozemskem (3).

Tako medicinska srenja kot tudi del javnosti sta sprejeli nekatere oblike evtanazije kot dopustne. Kot dopustne so sprejete vse oblike pasivne evtanazije, pa tudi nekatere aktivne. V številnih enotah intenzivne terapije so v 80. letih vpeljali priporočila DNR (do not resuscitate – ne oživljaj) za terminalne kronične bolnike. Čeprav naj bi pri odločitvi, da naj se bolnika ne reanimira, odločali bolniki sami, pa se le v redkih (14–19%) primerih vpraša bolnega za njegovo stališče (27). Verjetno je do določene mere razumljivo, da je že itak trpečega bolnika zelo težko spraševati, ali se strinja, da se ga v primeru nujne oživlja. Zdi pa se, da se človekove vrednote z leti spreminjajo in pogled in razumevanje «kakovosti življenja» temelji na osebnem doživljanju. Za mladega športnika pomeni kakovost življenja čisto drugačen način življenja kot za 80 let starega človeka, ki je zadovoljen, če lahko živi v miru in spokojnosti. Temu pritrjuje tudi raziskava, ki je pokazala, da je večina starejših bolnikov za to, da se jih oživlja, večino soglasij temu, da se terminalno bolne ne oživlja, pa so dali sorodniki ali zakoniti zastopniki bolnikov (28). Res pa je, da je iz bolnišnice odpuščenih le okoli 14% kroničnih bolnikov, ki so bili oživljeni (29). Kljub vsemu ni več sporno, da se z opuščanjem zdravljenja umirajočim skrajša čas trpljenja. To je ena najbolj pogostih in tudi splošno sprejetih oblik evtanazije (30), ki se izvaja tudi pri nas (31). Sporno tudi ni več, da se lahko pri bolnikih v permanentnem vegetativnem stanju (pri tem niso mišljeni možgansko mrtvi bolniki, ki jim vzdržujejo življenje z aparaturnami, ampak bolniki, ki se občasno še zavejo) preneha z ukrepi za vzdrževanje življenja tudi z opustitvijo parenteralne prehrane in hidracije (32). Pri tej obliki evtanazije pa je treba predhodno soglasje bolnikovih zakonitih zastopnikov in s tem se mora strinjati tudi več različnih zdravnikov, ki takega bolnika poznajo in so vsi nedvomno ocenili, da je stanje bolnika brezupno. Ne le, da je ta oblika dovoljena, o njej se pišejo raziskovalna poročila (33–35). Nekoliko drugačen pa je problem aktivne evtanazije. Tu še ni jasnih stališč, a zdi se, da bo v prihodnosti tudi «pomoč pri samomoru» v zahodnih deželah dovoljena (o vzhodnih deželah ni podatkov in tako teh ne moremo zajeti v obravnavo). Prvi večji preskok na pravnem področju je sprožila odločitev sodišča v Leeuwardenu (Nizozemska) 1973, ki je prvič dopustila možnost evtanazije, če je bolnik neozdravljivo bolan in ob tem nezno trpi, če bolnik sam prosi za pomoč pri smrti in če to opravi bolnikov osebni zdravnik. Leta 1988 je angleško zdravniško združenje sprejelo smernice o evtanaziji (36), dve leti pozneje pa je Inštitut za medicinsko etiko že sprejel stališče, da se sme pod natančno določenimi pogoji bolniku pomagati umreti (37). Še večji preskok pa pomenita Oregonska iniciativa (38) in Nizozemska praksa, s katerima je bila aktivna pomoč pri umiranju dovoljena.

Evtanazija in mi

Jasno je, da se v našem prostoru srečujemo z enakimi moralnimi dilemami ob umirajočem ali trpečem bolniku kot na Zahodu. Pri tem pa na Zahodu vedno bolj poudarjajo pomen bolnikove soodločitve v poteku zdravljenja, s čimer bolnik tudi prevzema del odgovornosti za svoje zdravljenje. S tem se priznava bolniku njegova temeljna pravica, da sam odloča o sebi. Vloga zdravnika je vedno bolj v tem, da bolniku pove in mu svetuje, kaj je zanj najbolj koristno, dokončna odločitev pa je bolnikova. Sam se lahko odloči, da zdravljenje sprejme ali pa ne. Sočasno s tem pa imajo zdravniki pri obravnavi smrtno bolnih na razpolago nekatere etične smernice, ki mu lajšajo pomoč pri umirajočem bolniku. Vendar pa kljub pomagalom zdravniku ostaja končna odločitev, ali bo bolniku povedal, kakšno je njegovo stanje, koliko časa bo še živel in kako bo njegovo predsmrtno življenje potekalo. Pri nas pa je zdravnik ob umirajočem oz. trpečem bolniku prepuščen samemu sebi in mora ravnati le po svoji vesti in lastnem spoznanju. Pri tem si ne more pomagati niti z zakonodajo niti s Kodeksom medicinske deontologije (39), saj izhajata oba akta iz že zdavnaj preživelega pogleda na sožitje med bolnikom in zdravnikom. Tako najdemo v 46. členu Kodeksa dokaj dvoumno formulacijo, ki pravi: *«Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen, razen če se njegova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi merili zdravnika.»* Če gledamo ta odstavek v kontekstu 43. člena, ki pravi: *«Zdravnik odklanja evtanazijo in jo ima za lažni humanizem,»* vidimo, da sta tako pasivna kot aktivna evtanazija prepovedani.

Načeloma se zdi vsem logično, da se samomorilca oživlja in se mu skuša rešiti življenje. Pa imamo zdravniki to pravico? V čem je razlog med gladovno stavko in samomorom (razen v tehničnem pogledu)? Pa vendar 56. člen Kodeksa prepoveduje zdravniku, da bi osebo, ki gladovno stavka, nasilno hranil. Zdravnikom pri nas zaenkrat ni dopuščeno, da bi brezupno bolne prenehali zdraviti. Nekateri bolniki iz verskih razlogov npr. odklanjajo transfuzijo. Zakaj je zdravnik pri takem bolniku dolžan upoštevati njegovo željo, ki lahko neposredno ogrozi njegovo življenje in povzroči smrt, pri brezupno bolnem bolniku pa je ne sme?

Slovenski Kodeks medicinske deontologije torej ni opravičil tistega, kar je dopuščeno po učenju katoliške cerkve že več kot 10 let (40). Če so še 1972 učili: *«Ker je smrt vendarle nekaj neprijetnega, večkrat nekaj hudega in včasih celo groznega, so si ljudje od nekdaj prizadevali, da bi smrt ublažili in tako potlačili tudi strah in grozo pred smrtjo. Iz smrti, po grško 'thanatos', so skušali narediti 'evtanazijo', to je blago in mirno smrt... Do gotove meje ni kaj ugovarjati. Če pa bolnika, ki je bil še čisto pri zavesti, spravijo v nezavest, mu ukradejo morda najdragocenejše trenutke pogovora z Bogom in se tako oteži vpliv božje milosti na umirajočega»* (41). V. Grmič pa je napisal: *«...Bog da v trenutku smrti potrebno milost za zveličanje tudi otrokom, ki umrejo brez krsta. Drugič pa je skoraj gotovo v trenutku smrti vsakemu človeku dana poslednja milost in možnost, da se odloči za Boga ali proti Bogu in tako dokončno zapečati svojo usodo»* (42). A v novem Katekizmu katoliške cerkve so že zapisali: *«Prenebanje z dragimi, nevarnimi, izrednimi ali s pričakovanimi rezultati nesorazmernimi medicinskimi postopki more biti zakonito.»* In v nadaljevanju: *«Uporaba analgetikov za olajšanje bolečin umirajočega more, tudi z nevarnostjo skrajšanja njegovih dni, biti npravo skladna s človekovim dostojanstvom, če smrt ni botena niti kot cilj niti kot sredstvo, marveč samo predvidevana in tolerirana kot neizogibna. Lajšanje bolečin sestavlja privilegirano (prednostno) obliko ne-sebične ljubezni. Zato jo moramo podpirati.»* (43). Ta stavek se da seveda razumeti kot dopustitev določenih oblik aktivnega poseganja v bolnikovo življenje, čeprav katekizem evtanazijo sicer zavrača.

Zaključek

Verjetno je še prezgodaj pričakovati, da bi se v bližnji prihodnosti pri nas korenito spremenilo stališče tako do pasivne kot aktivne evtanazije. Ni pa več dvoma, da novi dosežki pri zdravljenju terjajo tudi nove presoje o spremljanju umirajočih, pri čemer moramo upoštevati pravico do naravne smrti brezupno bolnega in trpečega bolnika. V prid tega govore tudi zahteve, da je treba v Sloveniji čimprej opredeliti in kodificirati 'pravila' za opuščanje reanimacije brezupno bolnih (44). Zagotovo je že skrajni čas, da se uradno dopusti tisto, kar se že dolgo časa izvaja, to pa je vsaj pasivna evtanazija, v sklop katere štejem tudi intenzivno analgezijo (pri kateri se zdravnik zaradi bolnikovega trpljenja ne sme ustrašiti tega, da bo zaradi lajšanja bolečin brezupno bolni morda nekoliko hitreje umrl) ter opuščanje zdravljenja in oživljanja (v zahodnih deželah ti postopki sploh ne veljajo več za evtanazijo, ampak za običajno ukrepanje pri obravnavanju brezupno bolnih in umirajočih) (45).

Napredek medicine naj bi služil ohranjanju in vračanju zdravja in naj bi ne povzročal trpljenja in podaljševanja agonije. Tu pa se znova vrnemo k vprašanju aktivne evtanazije (mišljeni sta aktivna pomoč pri smrti [assisted death] in pomoč pri samomoru [assisted suicide]). To pa ni samo vprašanje zdravnikove etike, ampak **temeljne človekove pravice do življenja, a tudi do človeka dostojne smrti.**

Literatura

- Messori V. Izziv smrti. Predlog krščanstva: slepilo ali upanje. Ljubljana: Knjižnica, 1986: 57-7.
- Ludberg GD. 'It's over, Debbie' and the euthanasia debate. JAMA 1988; 259: 2142-3.
- Dillmann RJM, Legemaate J. Euthanasia in Netherlands: the state of the legal debate. Eu J Health Law 1994; 1: 81-7.
- Sveto pismo Nove zaveze. Maribor: Levantinski škofijski ordinariat, 1961: 534-4.
- Tenenti A. Občutje smrti in ljubezni do življenja v renesansi. Ljubljana: Filozofska fakulteta, ŠKUC. Studia humanitatis, 1987.
- Lama Anagorika Govinda. Uvod. In: Tibetanska knjiga mrtvih. Ljubljana: Mihelač, 1994: 16-6.
- Kos J. Oris filozofije. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1970: 252-72.
- Dolenc A. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Tangram, 1993: 21-1.
- Aristoteles. Nikomahova etika. Ljubljana: Slovenska matica, 1994.
- Platon. Faidon. In: Poslednji dnevi Sokrata. Ljubljana: Slovenska matica, 1988: 145-5.
- Mark Avrelij. Dnevnik cesarja Marka Avrelija. Ljubljana: Slovenska matica, 1971: 48, 50.
- Plinij Gaj Cecilij. Pisma. Maribor: Založba Obzorja, 1962: 32, 46-6.
- Medicinska enciklopedija. 2. knjiga. Zagreb: Jugoslovanski leksikografski zavod, 1967: 481-2.
- Gregorovius F. Glanz und Untergang Roms. Gemälde der römischen-hellenischen Welt zur Zeit des Kaisers Hadrian. Berlin: Verlag Paul Aress, 1932: 154-4.
- Sveto pismo Nove zaveze. Ljubljana: Nadškofijski ordinariat v Ljubljani, 1984.
- Bacon F. Eseji. Ljubljana: Slovenska matica, 1972: 34-4.
- Osler W. Our attitude toward incurable disease. Boston Med Surg J 1899; 141: 531-1.
- Debate in the House of Lords. Br Med J 1936; 2: 1232-3.
- Pravni predpisi s področja zdravstva. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1975: 310-1.
- Kazenski zakonik SFR Jugoslavije in Kazenski zakonik SR Slovenije. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1992: 160-0.
- Kazenski zakonik SFR Jugoslavije in Kazenski zakonik SR Slovenije. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1992: 191-1.
- Kazenski zakonik Republike Slovenije. Ur. l. RS 94/63.
- Anon. It's over, Debbie. JAMA 1988; 259: 272-2.
- Gaylin W, Kass LR, Pellegrino ED, Siegler M. Doctors must not kill. JAMA 1988; 259: 2139-40.
- Vaux KL. Debbie's dying: mercy killing and the good death. JAMA 1988; 259: 2140-1.
- Fairman RP. Withdrawing life-sustaining treatment. Lessons from Nancy Cruzan. Arch Intern Med 1992; 152: 25-7.
- Gleeson K, Wise S. The do-not-resuscitate order. Still too little too late. Arch Intern Med 1990; 150: 1057-60.
- Torian LV, Davidson AJ, Fillit HM, Fulop G, Sell LL. Decisions for and against resuscitation in an acute geriatric medicine unit serving the frail elderly. Arch Intern Med 1992; 152: 561-5.
- Stern SG, Orłowski JP. DNR or CPR - the choice is ours. Critical Care Med 1992; 20: 1263-72.

30. Vaux KL. Debbie's dying: mercy killing and the good death. JAMA 1988; 259: 2140-1.
31. Kozak M. Nekaj pripomb k predlogu Kodeksa medicinske deontologije Slovenije. Zdrav Vestn 1992; 61: 220-0.
32. Institute of Medical Ethics Working Party on the ethics of prolonging life and assisting death: withdrawal of life-support from patients in a persistent vegetative state. Lancet 1991; 337: 96-8.
33. Lee DKP, Swinburne AJ, Fedullo AJ, Wahl GW. Withdrawing care. Experience in a medical intensive care unit. JAMA 1994; 271: 1358-61.
34. Smedira NG, Evans BH, Grais LS et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. New Engl J Med 1990; 322: 309-15.
35. Institute of medical Ethics Working Party on the ethics of prolonging life and assisting death: Withdrawal of life-support from patients in a persistent vegetative state. Lancet 1991; 337: 96-8.
36. Working party to review the British Medical Association's guidance on euthanasia. The euthanasia report. London: British Medical Association, 1988.
37. Institute of Medical Ethics Working Party on the ethics of prolonging life and assisting death. Lancet 1990; 336: 610-3.
38. Annas GJ. Death by prescription. The Oregon initiative. New Engl Med J 1994; 331: 1240-3.
39. Kodeks medicinske deontologije. In: Zbornični akti. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, ISIS, 1993: 1-93.
40. Misbin RI. Physicians' aid in dying. New Engl J Med 1991; 325: 1307-11.
41. Ukmar J. Nauk o poslednjih rečeh ali eshatologija. Škedenj pri Trstu: Dom Jakoba Ukmarja, 1972: 40-0.
42. Grmič V. Iskanje in tveganje. 3. in 4. del. Ljubljana: Zadruga katoliških duhovnikov, 1974: 630-0.
43. Katekizem katoliške cerkve. Ljubljana: Slovenska škofovska konferenca, 1994: 571-1.
44. Kozak M. Ravnanje ob zelo bolnem bolniku – pogled z etične strani. Zdrav Vestn 1994; 63: 689-90.
45. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement on the triage of critically ill patients. JAMA 1994; 271: 1200-3.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

EVTANAZIJA IN ZDRAVNIK

Vojko Flis

Oddelek za žilno kirurgijo, Splošna bolnišnica, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Uvod

S spreminjanjem odnosa med zdravnikom in bolnikom (1) se je bistveno premaknilo ravnotežje v načinu presojanja in odločanja o poteku in zdravljenju bolezni. Paternalistično gledanje, da je bolnikova »korist«¹ zdravniku najvišji zakon (*salus aegroti suprema lex esto*), je izražalo misel, da samo zdravnik ve, kaj je za bolnika dobro in tako lahko zgolj on sam odloča o postopkih zdravljenja. Takšen odnos se je v zadnjih dvajsetih letih moral umakniti povsem drugačnemu konceptu: bolnikova volja ima načelno prednost pred vsemi drugimi odločitvami in morebitnimi pomisleki (1).

Tako se je s spremembo etičnih in deontoloških konceptov, ki so prinesli nova vsebinska razmerja v normativna vprašanja sodobne etike (2–4), bistveno spremenil tudi etični koncept pogleda na evtanazijo in na pomoč pri samomoru. Ker pa je evtanazija zaradi krutih dogodkov med drugo svetovno vojno označena z izredno slabšalnimi pojmovnimi poljem (5), je pred analizo trenutnih dogajanj v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) in na Nizozemskem (6–9), treba predstaviti nekatere koncepte, na katerih slonijo določeni pogledi na smrt.

Smrt predstavlja osrednjo točko življenja, saj o življenju lahko govorimo le toliko časa, dokler se ne konča s smrtjo. Že nekaj milijonov let je neizogibno dejstvo, da je življenje minljivo in časovno omejeno dejanje. Koncept smrti se stalno spreminja in je odvisen predvsem od osnovnih kulturnih, filozofskih in religioznih izhodišč. Vseh na tem mestu ne bo mogoče obravnavati.

Kadar se življenje izteče samo po sebi, bi lahko govorili o naravni smrti. Ne da bi posebej razlagali koncept naravne smrti, lahko rečemo, da v vseh doslej znanih človeških združbah obstajajo ali so obstajale prepovedi o predčasnem končevanju življenja. Pri tem bomo predčasen konec življenja označili kot tisti dogodek, ki se namenoma, z naklepom dogodi pred naravno smrtjo. Rečemo lahko tudi drugače: pri predčasni smrti gre v osnovi za krajo časa. Takšno krajo časa lahko storimo z umorom ali samomorom.

Komu je ukraden čas? Ukraden je predčasno umrlemu posamezniku, ukraden pa je tudi združbi, v kateri je živel. Ker je čas trajanja posameznikovega življenja za njegovo združbo izredno pomemben, so v človeški zgodovini vse združbe poznale posebne prepovedi o predčasnem končevanju življenja. Povsem razvidno je namreč, da ni združbe brez živih posameznikov.

Predčasen konec življenja

Vendar pa omenjene prepovedi v zvezi s predčasnim končevanjem življenja v dolgi človeški zgodovini niso bile nikoli enoznačne in nedvoumne. Običajno so se omejevale na ozko skupnost. Načelno tako ni bilo dovoljeno ubijanje znotraj skupnosti. Umor drugih izven skupnosti pa je bil vedno obravnavan blagohotneje, v okviru posebnih olajševalnih okoliščin ali pa je bil v določenih razmerah (značilen primer je vojna) celo dovoljen. Pogostokrat je bil dovoljen celo umor znotraj same skupnosti (»infanticid«² v Kitajski, Indiji, stari Grčiji [10] ali »senilicid«³ med Eskimi ali nekaterimi indijanskimi plemeni [10]). Tudi dandanes ne obravnavamo vsakega umora enako.

Kot nobena teorija doslej še ni zadovoljivo pojasnila vseh obrazov morilstva (vsi moralno niso nujno negativni), tako tudi ne poznamo vseobsežne teorije, ki bi pojasnjevala samomorilstvo. V tisočletni zgodovini civilizacij tudi ni najti sozvočja o samomoru ne med filozofi in še manj med dramatikami.

Platon v Zakonih govori (11), da je treba tistega, ki sam skrajša svoje življenje, v nasprotju s pravno voljo države ali v nasprotju s svojo usodo, kaznovati z odtgnitvijo častnih ritualov ob njegovi smrti.

V evropskem prostoru, ki je deloma bil in je pod vplivom krščanske etike, je nato do 16. stoletja prevladovalo mnenje, da je življenje sveto in da nobenemu sleherniku ni dovoljeno jemati v svoje roke božjih odločitev. Čas smrti je bil po tem gledanju popolnoma v božjih rokah. Samomor je pomenil greh s smislu nasprotovanja božji volji (nasprotovanje božje odrejeni dolgosti življenja). Pri tem so najpogosteje navajali božjo zapoved – »Ne ubijaj!«, ki naj bi jo bilo možno uporabiti tudi v primeru samomora (torej, ne ubijaj samega sebe). To trditev so skušali podkrepiti s trditvijo, da mimo pravice do življenja obstaja tudi svetost življenja. Svetost življenja naj bi v tem kontekstu pomenila, da je življenje lahko zgolj v božjih rokah in kot tako nedotakljivo. Tako je Tomaž Akvinski celo sodil, da pomeni samomor uzurpacijo božje moči. Ne glede na protislovnost takšne trditve (protislovnost je trditev o vsemogočnosti boga in hkratni človekovi možnosti uzurpacije njegove moči) je trditev nesporno veljala le do pojava prvih skeptikov.

Pogledi skeptikov na koncepte o »svetosti življenja«⁴ in na veljavno religijo v nekem kulturnem okolju so pripeljali do napada na prepoved samomora. Vrh so verjetno doživeli z Montesquejem, ki ne le, da je trdil, da je samomor dovoljen, prepričan je bil, da lahko pomeni dejanje najvišje časti. Podobno nemara misli Nietzsche v poglavju »O svobodni smrti«⁵ iz Zaratustre, ko govori, da nekateri umrejo prepozno, nekateri prezgodaj in ko pravi: »Umri pravočasno!«⁶ Spet na drugem koncu stoji filozof Wittgenstein, ko označuje samomor kot »elementarni greh«. Durkheim pa loči anomičen, egoističen in altruističen samomor.

Ta kratek in nujno nepopolen sprehod skozi poglede na samomor kaže, da to dejanje ne iz antropološkega niti iz sociološkega, etičnega ali psihiatričnega zornega kota samo zase, ni bilo nikoli dokončno raziskano, niti ni vedno patološko, še manj pa je vedno obsojanja vredno dejanje (5).

Umirajoči in konec življenja

Ob spoznanju, da samomora ni vedno jemati kot patološko dejanje (samomor je lahko tudi herojsko dejanje), je treba dodati še spoznanje, da se v vsaki skupnosti določila o varovanju življenja oziroma prepovedi namernega skrajševanja dolgosti življenja ostro križajo z nekaterimi drugimi zahtevami takrat, ko postane človekovo življenje, v obdobju umiranja zaradi bolezni, neznosno in ko telo kaže znake odmiranja, ki jih ni več možno ustaviti. Telo lahko v tem obdobju postane tako iznakaženo in tako razpadajoče, da umirajočemu odvzema človeško dostojanstvo. Smrt je v tem trenutku že neizogibna. Toda, ali umirajoči res nima pravice do ohranitve vsaj najmanjšega človeškega dostojanstva?

Ve, da bo umrl. Ve, da ga je usoda zaznamovala s hudo boleznijo brez možnosti ozdravitve in morda s človeka nevrednim življenjem. Si lahko ukrade nekaj utrinkov od preostalega časa življenja, ko ga je usoda že doletela, ko mu je neizogibna smrt že namenjena?

Umiranje zaradi bolezni ima vsaj dve obdobji: agonijo in samo smrt. Skrajšanje obdobja agonije tako v strogem smislu besede mnogih teoretikov sploh ne pomeni samomora, saj ni le-ta privedel do točke umiranja, temveč je bila to nesporno (nesporno za strokovnjake in laike) neozdravljiva bolezen (12, 13). Gre za izredno pomembno načelo (načelo višje sile ali načelo naravne smrti) s tehničnimi posledicami pri sprejemanju medicinskih, etičnih in pravnih odločitev.

V etičnih pogledih se tako zastavljajo naslednja vprašanja: ima umirajoči pravico iskati pot k skrajšanju obdobja agonije? Če jo ima, v kakšnih okoliščinah in kako jo lahko uveljavli?

Ker vprašanja o smrti in umirajočem torej sploh niso zgolj medicinska vprašanja, temveč so tesen splet religioznih, etičnih, filozofskih in pravnih pogledov, se mimo tega zastavlja tudi vprašanje, kdo naj o njih odloča? Naj bo to zdravnik? Naj bo to bolnik? Naj bo to bolnikova družina? Naj bodo to etična načela bolnikove religiozne opredelitve? Naj bo to bolnišnična komisija? Ali morebiti od sodišča (države) določen varuh življenja (ombudsman)? Morda celo sodišče samo? Katera osnovna načela naj uporabimo pri odločanju?

Načelo »Voluntas aegroti suprema lex esto«

V etičnih razpravah v zvezi z vprašanji o življenju in smrti se lahko pri prištevem bolniku (ostalih možnosti na tem mestu ne bo možno obsežneje obravnavati; opozoriti pa je treba, da se lahko volja s časom spreminja in tudi na novo izoblikuje in da lahko ta proces vse analize še dodatno zaplete) naslonimo na naslednje tri koncepte: gre za princip popolne avtonomije osebnosti, princip dobrotelosti in princip pravičnosti. Vsa omenjena načela niso vedno v sozvočju.

Načelo »voluntas aegroti suprema lex esto« pravi, da je človekova volja vrhovni zakon. Gre za načelo popolne avtonomije osebnosti. Ta koncept vključuje poudarjanje in dajanje privilegirane prednosti človekovi osebnosti in njeni zasebnosti, njenim pravicam, njeni osebni svobodi s povsem suverenim odločanjem o sebi. Avtonomija osebnosti zajema človekovo telo in njegovo duševnost z umom. To načelo domneva, da se nobena druga osebnost ali družbena institucija ne more vtikati v odločitve, ki jih je neka oseba sprejela o sebi ali v zvezi s seboj, ali jih spreminjati. Načelo gre tako daleč, da odreja celo državnim interesom prioritete, ki so se včasih zdele povsem samoumevne.

Koncept smiselno vsebuje tudi načelo, da bolnikova privolitev v neko aktivno zdravnikovo delovanje ali v opustitev takšnega delovanja, sam akt je morebiti v očeh nevtralnih opazovalcev lahko več kot sporen, odstrani pravni in moralni element nedopustnosti. Paradigma »voluntas aegroti suprema lex esto« tako razlaga, da so bolnikove odločitve nemara v očeh opazovalca lahko še kako »napačne«, a jih kljub temu nima nihče, razen bolnika samega, pravice spreminjati ali nanje vplivati. Načelo, da je bolnikova korist zdravniku najvišji zakon (salus aegroti suprema lex), se je torej v celoti umaknilo novi paradigmi: bolnikova volja je najvišji zakon.

To pomeni, da bolnik lahko odkloni vse medicinske posege ne glede na to, da morebiti vsa okolica (kajpak vključno z zdravnikom) ve, da bi mu ti ukrepi zagotovo lahko podaljšali ali olajšali življenje. Zdravilnih posegov bolniku, v sozvočju s konceptom popolne avtonomnosti osebnosti, nikakor ni mogoče vsiliti. Z odklonitvijo posegov pa lahko bolnik neposredno vpliva na dolgotrajnost svojega življenja.

Koncept dobrotelosti označuje tisto, kar je za neko osebo dobro. Ne zajema samo elementov Hipokratove prislege v pomenu »ne stori nikomur nič hudega« (13), kar označuje zgolj neko pasivno

držo, temveč zahteva zavezanost k načelu »delaj dobra dela«. Zdravnik je v luči koncepta dobrotelosti dolžan svojemu bolniku sicer načelno nuditi največjo možno kakovost medicinskih ukrepov, toda le tiste ukrepe, ki so za bolnika dobri.

Načelo popolne avtonomnosti slehernika in načelo dobrotelosti hudo trčita takrat, ko posameznik odkloni vse posege, ki so v očeh zdravnika zajet dobrodelni in ko gre za posege, ki zmorejo podaljšati njegovo življenje. Tako lahko umirajoči sprejme odločitev, da se odpove vsem medicinskim posegom, ki bi morebiti lahko podaljšali čas njegovega odhajanja iz življenja.

Odklonitev posegov, ki podaljšujejo čas odhajanja iz življenja, pomeni v območju koncepta »voluntas aegroti suprema lex esto« jasen neposreden vpliv na dolgotrajnost življenja. Pomeni lahko sprejemanje odločitev, ki namenoma in z naklepom skrajšujejo čas življenja.

Rekli bi, da bolnik lahko, pa četudi morda posredno, sprejema odločitve ne samo o samomoru, temveč tudi o načinu samomora. Zdravnik se v okviru paradigme »voluntas aegroti suprema lex esto« običajno mora takšni odločitvi podrediti (kar kajpak še ne pomeni, da mora pri dogodku sodelovati) ne glede na to, ali se z njo strinja ali ne. Slednja trditev velja vsaj za vse primere jasne in prištevne odklonitve zdravniške pomoči. Tako smo prišli do točke, kjer je možno trditi, da ne samo, da ima umirajoči človek pravico do življenja, ima tudi pravico do dostojanstvene, človeka vredne smrti. V sodobnih etičnih konceptih se je skrb za dolgotrajnost življenja povsem umaknila skrbi za kakovostno življenje (4). Gre za še en izredno pomemben etični koncept, ki ne daje prednosti zgolj matematičnemu sledenju časa, temveč zgolj in samo kakovosti življenja. Brez pomembnih ugovorov je torej moč trditi, da ima v sodobnih bioetičnih konceptih načelo avtonomije osebnosti vedno hierarhično prednost pred konceptom dobrotelosti (paradigma »voluntas aegroti suprema lex esto« ima prednost pred načelom »salus aegroti suprema lex esto«). Ostala etična in pravna načela so z opisanim načelom (hierarhično) v naslednjem odnosu:

1. načelno je prepovedana predčasna zaključitev življenja, ki bi jo morebiti lahko umestili v pojmovno polje umora,
2. zaščiten je popolna avtonomija osebnosti,
3. spoštovati je treba medicinske etične norme,
4. pravo naj skuša ob avtonomnih odločitvah slehernika zmanjšati možnost prizadetosti vpletenih ali nepletenih nedolžnih ljudi (princip pravičnosti) in hkrati ob tem obvarovati interese države.

Zadnja zahteva po varovanju interesov države ima smisel samo takrat, ko lahko govorimo o zdravem posamezniku. V takšnem primeru je primarni interes države, da deluje proti samomoru. V primerih, ko bolezen končuje življenjsko pot slehernika, ko gre torej za višjo silo ali že neizogibno naravno smrt, pa se morajo interesi države povsem umakniti volji umirajočega.

Oregonska pobuda

Ima torej trpeči umirajoči pravico iskati pot k skrajšanju obdobja agonije? Če jo ima, v kakšnih okoliščinah in kako jo lahko uveljavli? Zasebno ameriško združenje Hemlock, ki se zavzema za »dostojanstveno smrt«, zagovarja pravico do samomora v primerih, ko bi samomor skrajšal bolnikov pekel na zemlji (obdobje agonije) in ko samomor zahteva bolnik sam. V največjem številu primerov gre za bolnike v obdobju umiranja zaradi raka ali aidsa, četudi niso izvzete tudi druge bolezni (15). Gre torej za bolnike, ki jim je narava smrt že odredila (višja sila) in je medicinska znanost ne zna preprečiti.

Združenje Hemlock je bilo tudi pobornik misli, da mora zdravnik bolniku pri samomoru pomagati. Misel so sprva skušali uzakoniti z referendumoma, ki sta postala znana pod imeni »Washingtonska pobuda 119« in »Kalifornijski predlog 161« in nista bila uspešna. Zadnja pobuda, znana pod imenom »Oregonska iniciativa«, pa je bila na referendumu (8. 11. 1994) izglasovana (16).

Washingtonska in kalifornijska pobuda

Pobuda 119 je bila dana na glasovanje kot dodatek washingtonskemu Zakoniku o naravni smrti iz leta 1972. Pobuda je šla daleč prek nespornega vprašanja o pravici do odklonitve podaljševanja življenja (pasivna evtanazija). Volilno vprašanje je bilo suhoparno: »Ali smejo odrasli umirajoči bolniki zaprositi zdravnika za pomoč pri samomoru in biti uslišani?»

Zagovorniki zamisli o »pomoči pri samomoru« so trdili, da gre enostavno za možnost izbire, enako oni, ko bolnik odklanja zdravljenje. Če bolnik lahko določene ukrepe odklanja, jih lahko tudi zahteva. Nasprotniki so trdili, da pojem »pomoč pri samomoru« več skriva kot razlaga in da ne pozna nobenih varovalnih mehanizmov pred zlorabo. Nasprotniki so tudi trdili, da bi uzakonitev omenjene pobude dala zdravnikom »večjo ali manjšo pravico do ubijanja. Na referendumu v državi Washington je bila zamisel uzakonitve o »pomoči pri samomoru« zavržena (6). Ob tem je treba povedati, da ameriško vrhovno sodišče, ki mimo tega ne dela razlike med odklonitvijo zdravljenja in samomorom, sodi, da je zahteva o »pomoči pri samomoru« umirajočim bolnikom protiustavna, saj krši določilo o enakosti vseh bolnikov pri zaščiti življenja.

Leta 1992 je združenje »Kalifornijci proti trpečemu umiranju« poskušalo znova v Kaliforniji s »Predlogom 161«. Predlog je prav tako vseboval sintagmo »pomoč pri samomoru« in predlagal, da jo lahko zahteva vsak umirajoči, ki je pravno-poslovno prisoben. Zahtevo bi lahko vložili samo bolniki, ki jim ni preostalo več kot šest mesecev življenja. Dodali so nekatere varnostne ukrepe: umirajoči bi moral svojo voljo izraziti pisno, priča pa bi moral biti bolnikov advokat ali ombudsman kot predstavnik države. Bolnišnice bi morale voditi natančno evidenco in letno poročati državi. Predlog je leta 1992 na referendumu pogorel.

Oregonski volilni predlog št. 16

Združenje Hemlock je leta 1988 preneslo svoj sedež iz Kalifornije v Oregon. Šele konec leta 1994 (8. 11. 1994) pa jim je uspelo na referendum spraviti predlog, znan kot »Oregonski volilni predlog št. 16«. Gre za naslednji predlog:

»V soglasju s tem aktom ima vsak odrasli prebivalec (prebivalca) Oregona, za katerega sta ležeči in konziliarni zdravnik ugotovila, da umira v trpljenju zaradi neozdravljive bolezni in ki je svobodno izrazil (izrazila) svojo voljo do predčasne smrti, pravico pisno zahtevati medicinske snovi, s katerimi bo končal (končala) svoje življenje na human in dostojanstven način.«

Omenjeni akt je bil v primerjavi s prejšnjima predlogoma opremljen še z nekaterimi dodatnimi varovalnimi ukrepi. Bolnik mora pomoč pri samomoru zahtevati najprej dvakrat ustno. Druga ustna zahteva ne sme biti podana v manj kot petnajstih dnevih po prvi. Po drugi ustni zahtevi mora bolnik podati pisno zahtevo. Potrebni sta vsaj dve priči, ki jamčita, da bolnik prištevno in svobodno izraža svojo voljo. Potrebni sta izjavi vsaj dveh zdravnikov, ki se morata ujemati v dejstvu, da bolniku ne preostaja več kot šest mesecev življenja. Če obstaja dvom o stanju bolnikove duševnosti (dvom o prištevnosti), se zahteva obvezen psihiatrični ali psihološki pregled. Če je zahtevi po pomoči pri samomoru ugodeno, potrebnih medicinskih snovi ni moč predpisati znotraj osemindesetih ur po ugoditvi. Pomembna novela je bilo dejstvo, da noben zdravnik ni primoran predpisati za samomor potrebnih medicinskih snovi. Predpiše jih lahko ali ne, v skladu s lastnim preudarkom. Zdravnik mora ravnati »v dobri veri«, smrt pa mora biti humana in dostojanstvena. Če zdravnik potrebne snovi predpiše, mu Oregonski akt številka šestnajst jamči imunost pred kazenskimi ali civilnimi pregoni.

Tvorci oregonske pobude so se tako tudi jasno omejili od načina pomoči pri samomoru, kot ga uporablja v ZDA dr. Kevorkian (15) – raba ogljikovega monoksida v skorajda dvajsetih primerih. Oregonski volilni akt številka šestnajst je bil na referendumu dne 8. 11. 1994 sprejet.

Vendar pa je treba opozoriti, da omenjeni akt velja le v državi Oregon in da je v neposrednem nasprotju s federalnim Zakonom o nadzorovanih snoveh. Zakon zahteva, da je moč nadzorovane snovi (mednje sodijo tudi snovi, ki jih je moč uporabiti pri samomoru) predpisati le za zakonita medicinska dejanja v skladu z običajnimi profesionalnimi normami. Po federalnem zakonu pomoč pri samomoru kajpak ni običajna profesionalna norma. Toda običajna profesionalna norma je pojasnilna dolžnost: ali bi bil torej zdravnik dolžan razložiti različne možne načine samomora?

Oregonski akt je tudi v protislovju z zahtevami ameriškega zveznega Urada za hrano in zdravila. Zdravnik, ki bi predpisal medicinske snovi za »humano in dostojanstveno« smrt, bi kršil določila zveznega Urada za hrano in zdravila, kjer nobena snov ni registrirana za te namene.

Tvorci »Oregonske pobude« so pozabili tudi na farmacevte. Le-ti imajo svoj kodeks etike in nikakor niso dolžni izročiti snovi za samomor, pa četudi je le-ta na recept. Naj bo torej na receptu zapisano, da se snov izdaja v samomorilne namene? Kašna naj bo farmacevtova razlaga ob izročanju takšnih snovi? Kot je pogostokrat običajno, bodo bolniki in njihovi svojci imeli v lekarni veliko več vprašanj kot poprej pri zdravniku. Kakšna bo reakcija bolnika in svojcev, če bolnik zaradi napačne rabe ali zaradi naključja ne bo umrl? Bo preživetje treba razlagati kot stranski učinek? Bo treba v odstotkih razlagati število preživelih (na primer: ob takšnem in takšnem odmerku preživi eden od tisoč). Kakšna naj bo torej vloga farmacevta?

Zdravniki v ZDA bi se s splošno veljavnostjo »Oregonskega akta št. 16« znašli še v dodatnih pravnih in etičnih zagatah: obstajajo nekatera določila, ki jim nalagajo, da storijo vse nujne medicinske ukrepe za podaljševanje življenja – kako torej ravnati pri mejnih primerih, kjer bi morda nekdo zahteval nujno medicinsko pomoč, nekdo drug pa opustitev vseh medicinskih ukrepov in celo evtanazijo? Ob tem ne smejo predpisovati nekaterih snovi (na primer heroína), ki lahko smrtno bolnim olajšajo bolečino, lahko pa bi predpisovali snovi, ki bi smrtno bolnim pomagale umreti. Načelo enakosti pred zakonom bi kot nujen in potreben pogoj (alternativa samomoru) moralo omogočati predpisovanje katerihkoli snovi za izboljšanje kakovosti življenja v obdobju agonije.

Razpravljanje

Vse zagate okoli trpljenja na smrt umirajočega morebiti razgalja starosta Ameriške zdravniške zveze Max Harry Weil, ko pravi (16), da se mu z omejitvami oziroma varovalnimi mehanizmi oregonske izjave zdi aktivna evtanazija pravično dejanje. Pripoveduje:

»... Ko nekemu ne ostane nič več od življenja in dva ali trije strokovno usposobljeni zdravniki ugotovijo, da ta oseba nima nikakršne možnosti za ozdravljenje, temveč ima samo še bolečino, ki bo peknila tudi njegovo družino, in ta posameznik – ne zdravnik, ne vlada, nihče drug kot on (poudaril pisec) – pri polni zavesti odloči, da noče več trpeti skozi življenje, potem je njegova pravica, da konča življenje dostojanstveno, z vsem spoštovanjem. To se mi zdi prav.«

»...Vse to pred dvajsetimi leti ni bilo potrebno. Tedaj je obstajalo takšno zaupanje med bolnikom in zdravnikom, da je slednji tistega, ki je močno trpel in dejansko že ležal na smrtni postelji, tako ali drugače, v skladu s svojim zdravniškim odposlanstvom, osvobodil muk. In nikogar niso dali na sodišče, nihče ni bil obsojen za zločin, njegovo dejanje je bilo razumljeno. Zdravniki smo bili vzgajani in izobraževani za to, da razumemo človekovo bitje in zanj skrbimo v dobri veri. »Tragedija« pomoči pri samomoru ni nič drugega kot umeten rezultat izgube pravega odnosa med bolnikom in zdravnikom v našem času, ko nam vsem vlada visoka tehnologija.«

Zdi se, da je bil blizu takšnemu mnenju tudi profesor J. Milčinski (5), ko je zapisal, da žal zdravniku ob vprašanih o življenju in smrti ni mogoče z navodili predpisati, kako naj se odloči ob takšnih ali drugačnih okoliščinah. Opozarjal je, da zdravniku grozi nevarnost

dvojne napake: lahko postane sosterilec smrti, lahko pa v »športni-tekmi s smrtjo pozabi na bolnika. Želja za »zmago« nad smrtjo lahko zasenči resnično korist za bolnika – mirno in neboleče umiranje. Obe zapisani stališči sta sicer blizu najbolj pristnemu gledanju na zelo intimen odnos med zdravnikom in bolnikom, stališči stojita tik ob sodobnih etičnih konceptih (4), sta pa bistveno oddaljeni od sodobnih pravnih pogledov, še bolj pa od sodobne svetovne pravne prakse. Po bolnikovi smrti si namreč nekateri svojci, ki jim bližina denarja ni prav nič odbijajoča, velikokrat kar sami vzamejo pravico razlaganja domnevno samo in zgolj njim znane volje umrlega (takšno dejanje pomeni hud in največkrat izredno sporen naknadni poseg v odnos med zdravnikom in bolnikom). Pogostokrat svojci tožijo. Pogostokrat tožbo dobijo (govorimo o tuji pravni praksi, domače praktično pač še ni). Kako po bolnikovi smrti dokazovati njegovo voljo? Očitno so v dandanašnjem času določeni pravni varovalni mehanizmi več kot potrebni!

A vendarle, takoj ko vključite tretjo stranko, se zelo osebni odnos med zdravnikom in bolnikom nujno mora pokazati v povsem novi perspektivi. Če obstajajo ob smrti slehernika skorajda vedno interesi tretje stranke, ali res ni mogoče na neki način zagotoviti varstva pravic, ki izhajajo iz izvorne volje umrlega in tako zaščititi vse vpletene strani? V tej luči je treba tudi razumeti vse opisane ameriške pobude v zvezi z evtanazijo, ki pa niso osamljene.

Še najbolje je položaj v zvezi z aktivno evtanazijo raziskati na Nizozemskem (7, 8). Znova je treba povedati, da se oba pojma uporabljata zgolj in samo v zvezi z načelom »voluntas aegroti supra lex esto« in da načelno nikakor ne zajemata vseh mladoletnih, duševno motenih ali vseh ostalih oseb, ki niso na smrt bolne in ki niso sposobne na prištevni način izraziti svoje svobodne volje. Slednja omejitev naj bi varovala predvsem komatozne bolnike (7). Pojem se uporablja izključno v zvezi z naklepom oziroma premislekom, ki jima sledi aktivno dajanje določenih snovi: medicinske snovi morajo torej biti dane z izključnim namenom skrajšanja življenja. Sem ne sodijo primeri, ko je smrt spremljevalec zdravljenja bolečin ali ko gre za opustitev zdravljenja ali ko je bila sprejeta odločitev »ne oživljaj«.

Zanimiv je tudi pravni položaj nizozemskega zdravnika: aktivna evtanazija ali pomoč pri samomoru sta kazenska delikta, zaradi katerih je lahko zdravnik obsojen na zaporno kazen od treh do dvanajstih let. Če se nizozemski zdravnik odloči za enega izmed obeh omenjenih dejanj, ravna vedno pod grožnjo kazenskega pregona. Vendar se je nizozemska pravna praksa izoblikovala v takšni meri, da sodišča običajno ne obsodijo zdravnika, ki je ravnal v skladu z bolnikovo voljo in modro s stališča sodobnih etičnih pogledov. Pravna podlaga za takšno odločanje nizozemskih sodišč je koncept višje sile, ki ga razlagajo takole: neustavljivo umiranje s trpljenjem je povzročila bolezen (višja sila). Zdravnik je soočen s konfliktnim položajem, v katerem pa je primoran ravnati: pravno pomeni aktivna evtanazija zanj možnost kazenskega pregona, sodobni etični pogledi pa ga obvezujejo, da spoštuje voljo svojega bolnika. V tej konfliktni situaciji je dolžan spoštovati jasno izraženo voljo bolnika, ki želi umreti predčasno. Dodatno morajo pri aktivni evtanaziji ali pomoči pri samomoru biti podane še nekatere druge okoliščine, ki so kumulativne (7): bolnikova volja mora biti trdna, bolezen mora biti neozdravljiva in mora povzročati neodpravljlivo trpljenje, alternativnih poti zdravljenja ni, potreben je posvet še z najmanj enim zdravnikom. Po smrti zdravnik ne sme izpolniti obrazca o smrti. Izpolniti mora obsežen vprašalnik, s katerim obvesti preiskovalnega sodnika. Leta obvesti tožilca, ki končno odloča o pregonu. Če so opisane okoliščine podane, je zdravnik običajno obvarovan pred kazenskim pregonom.

Leta 1993 so na Nizozemskem sprejeli amandma 22572. V njem so precizirali postopek prijavljanja primerov aktivne evtanazije in zahtevali posebno obravnavo vseh primerov, kjer je do aktivne evtanazije ali pomoči pri samomoru prišlo brez bolnikove zahteve. Ta dodatek je bil potreben, saj je število prijavljenih primerov v obdobju od 1981–1992 naraslo od 4 na 1322 (tab. 1). Ob tem so se pričeli pojavljati tudi ugovori, da zdravniki prijavljajo samo tiste

primere, ki so nesporni, da pa je število neprijavljenih primerov vsaj še nekajkrat višje. Zdravniki so največkrat odgovarjali, da sta aktivna evtanazija ali pomoč pri samomoru dejanje največjega zaupanja med zdravnikom in bolnikom, kjer se mora zakon umakniti (7). Takšna razlaga je dajala več kot zmoten vtis, da je aktivna evtanazija brez bolnikove zahteve enaka oni, kjer jo bolnik jasno zahteva.

Tab. 1. *Prikazuje število uradno zabeleženih aktivnih evtanazij na Nizozemskem v letih od 1981–1992. Dodano je število primerov, kjer je bil sprožen kazenski pregon (8).*

Leto	Število vseh primerov	Kazenski pregon opuščen	Kazenski pregon začel
1981	4	NZ	NZ
1982	7	NZ	NZ
1983	10	8	2
1984	19	16	3
1985	31	27 (1)*	4
1986	84	82 (1)*	2
1987	126	123 (1)*	3
1988	184	182 (1)*	2
1989	338	337 (1)*	1
1990	454	454	
1991	591	590	1
1992	1322	NZ	4

NZ – podatki niso znani

* – takojšen pregon ali pregon po zaslišanju

- pregon po zaslišanju opuščen

Nizozemsko kraljevo zdravniško združenje je zahtevalo spremembo kazenskega zakonika, kar pa se ni zgodilo. Število prijavljenih primerov pa še kar naprej narašča. Skorajda 1,8% vseh smrti na Nizozemskem je posledica aktivne evtanazije ali pomoči pri samomoru in skorajda polovica le-teh se dogodi brez eksplícitno izražene volje bolnika (17)! Slednjih primerov je letno okoli 270. Pijnenborg in sodelavci v svoji raziskavi razlagajo (17), da gre praviloma za primere, ko je bilo življenje skrajšano za manj kot 24 ur (42%), v ostalih primerih pa največkrat ne za več kot za mesec dni. In zakaj v opisanih primerih ni bilo izražene volje bolnika? Isti raziskovalci znova razlagajo, da je včasih ni bilo mogoče pridobiti (bolnikovo stanje), včasih pa starejši bolniki enostavno pričakujejo, da bo zdravnik napravil tisto, kar se jim zdi, da je zanje najboljše (skrajšal jim bo trpljenje) (tab. 2).

Tab. 2. *Tabela prikazuje kriterije, na osnovi katerih so se nekateri nizozemski zdravniki odločili za aktivno evtanazijo brez jasno izražene bolnikove volje. Za primerjavo je prikazana skupina aktivno evtanaziranih bolnikov, kjer je bila volja po skrajšanju življenja jasno izražena (17). Podatki v tabeli so izraženi v odstotkih.*

Kriteriji za odločitev	Brez privolitve (N=47)		Jasno izražena volja (N=157)	
	% od N=47		% od N=157	
<i>Razprava, zahteva, prej izražena želja</i>				
Razprava, izrecna zahteva				100
Brez izrecne zahteve, a prej izražena želja		59		
Brez razprave in brez želje		41		
<i>Prištevnost</i>				
Prišteven		36		99
Neprišteven		56		1
Neznano		8		0
<i>O odločitvi se je razpravljalo</i>				
z drugimi zdravniki		70		84
z medicinskimi sestrami		66		38
s sorodniki		83		89
z nobenim		2		0
<i>Skrajšanje življenja</i>				
<24h		42		18
1 dan–1 teden		44		40
1 do 4 tedne		6		25
Več kot 1 mesec		8		17
Neznano		0		1

Vprašanje o aktivni evtanaziji tudi, a ne samo v takšnem primeru (brez izrecno izražene bolnikove volje), pa še vedno ostaja zelo pereče: umor ali medicinska praksa? Pijnenborg in sodelavci odgovarjajo (17), da ne gre ne za eno in ne za drugo, in da naj bi šlo zgolj za izjemno odstopanje od običajnih profesionalnih standardov. Vendar je prav to vprašanje na Nizozemskem sprožilo najostreje razprave o evtanaziji.

In kako torej gledati na aktivno evtanazijo in pomoč pri samomoru, ko takšno dejanje bolnik izrecno zahteva? Pasivne evtanazije, torej vseh postopkov, ki sodijo v območje opustitve ukrepov ali prekinitve zdravljenja, ne bomo obravnavali. Prav tako ne bomo obravnavali medicinskih odločitev, ki se dotikajo vprašanj o življenju in smrti in ki sodijo v območje navodila »ne oživljaj« (13, 18).

Sodobna, doslej pravno in etično najbolj natančno razčlenjena pogleda, govoreča v prid evtanaziji (in pomoči pri samomoru), sta le dva: pravkar uzakonjena oregonska pobuda in nizozemski zgled. Nasprotniki oregonske pobude trdijo, da bo že sprejeti zakonik akt še bolj porušil razmerje med bolnikom in zdravnikom in ga dejansko pahnjal v neko uradniško, birokracijsko logiko. Hkrati opozarjajo, da oregonska pobuda morebiti prinaša dobrodelnost le ozki skupini bolnikov iz višjih socialnih slojev. V svetu, kjer je že zgolj povprečna kakovost zdravstvenih storitev dosegljiva le redkim, kjer obstajajo velike socialne razlike in kjer si le redki lahko privoščijo visoko kakovostne medicinske storitve, pomeni legalizacija evtanazije in pomoči pri samomoru veliko nevarnost predvsem za revne in obubožane oziroma za tiste, ki imajo praktično zaprt pot do vrhunske medicine (6). Po mnenju Annasa (6) so sporni tudi referendumski ali volitve, ki naj bi o takšnih stvareh odločali. Trdi, da gre pri zapletenih vprašanjih, takšno je tudi vprašanje evtanazije in pomoči pri samomoru, za zadevo, kjer je težko meriti razliko med tem, kar javnost reče, izjavi, in tem, kar javnost dejansko misli. Ob tem isti avtor opozarja, da je moč z javnim mnenjem prek medijev še kako manipulirati. Sporno naj bi v tem primeru bilo celo referendumsko izjasnjevanje. Kjer torej smo?

Če odmislimo popolnoma odklonilna stališča do obravnavanega problema, ki niso redka, potem je jasno, da bo treba v bodoče o njem veliko pogostejše razmišljati kot doslej. Nizozemski model, ki bi mu dodali nekatere elemente oregonske pobude, je za bodočnost videti še najbolj sprejemljiv. Sam akt aktivne evtanazije ali pomoči pri samomoru pri tem modelu še vedno nosi elemente kazenskega delikta, kjer pa se lahko družba po natančnem tehtanju dejstev kazenskemu pregonu odpove. Dejanje se tako vedno znova presoja po načelu kazuističnega pristopa in tudi ni samoumevno. Zdravnik mora vsakič znova natančno preudariti, v kaj se s storitvijo pomoči pri samomoru ali aktivni evtanaziji podaja. Uzakonitev po oregonskem modelu je namreč preveč sporna in omogoča že sedaj hude možnosti zlorab. Vsekakor pa bi se bilo pri nizozemskem modelu treba popolnoma odreči možnosti evtanazije pri bolnikih, ki niso sposobni prištevno izraziti svoje volje. Če bi zdravnik sodil, da je treba tudi v takšnih primerih nekaterim neozdravljivim bolnikom olajšati trpljenje, bi se pred kakršnimkoli ukrepanjem moral posvetovati še z najmanj enim zdravnikom in obvezno z ombudsmanom.

Pravni in etični položaj v Sloveniji aktivni evtanaziji nasprotuje. Po veljavnem Kazenskem zakoniku Republike Slovenije (19) bi bil akt aktivne evtanazije najverjetneje obravnavan po 127. členu. Ta člen obravnava umor. V svojem zadnjem členu govori, da se umor,

storjen v posebno olajševalnih okoliščinah, kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let. Tudi pomoč pri samomoru je krivdno dejanje. Obravnava jo 131. člen novega Kazenskega zakonika RS (19). Ta člen pozna pomoč pri samomoru v posebnih olajševalnih okoliščinah, ki se kaznuje z zaporom do treh let.

Zaključek

Sodobni etični pogledi dovoljujejo razpravo o evtanaziji v njenem dobrodelnem in ne slabšalnem pojmovnem polju zgolj in samo v tistem delu, kjer lahko govorimo, da smrt neizogibno prihaja zaradi višje sile. Višja sila je v tem primeru bolezen, ki povzroča neznosno trpljenje v umiranju, ki ga ni mogoče omiliti in niti preprečiti. V obdobju takšne agonije ima umirajoči izključno po načelu »voluntas aegroti suprema lex esto« pravico do skrajšanja tega obdobja. Ta pravica etično več ni sporna. Zelo sporen pa je lahko postopek, skozi katerega naj bi bila takšna pravica uveljavljena. Pasivna evtanazija na zahtevo bolnika (opustitev ukrepov, opustitev zdravljenja) v etičnih okvirih praktično že dolgo ni več predmet prehudih protislovij. Aktivna evtanazija ostaja sporna. Tako še vedno ni videti zelo prepričljivih argumentov za uzakonitev aktivne evtanazije, kot jo prinaša »Oregonska pobuda«. Morebitne prednosti tega modela zaenkrat še ne odtehtajo nevarnosti možnih zlorab. Bliže sodobnim etičnim konceptom je morda nizozemski model, ki pa bi nujno potreboval nekatere dodatne varovalne ukrepe. V Sloveniji bi po veljavni zakonodaji aktivna evtanazija ali pomoč pri samomoru pomenili kaznivo dejanje.

Literatura

1. Ezekiel JE, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
2. Rawles J. A theory of justice. Oxford: University press, 1971.
3. MacIntyre A. Kratka zgodovina etike. Ljubljana, 1993: 282-6.
4. Rawles J. Castigating QALYS. *J Med Ethics* 1989; 15: 143-7.
5. Milčinski J. Dva obraza evtanazije. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Univerzum, 1982: 159-67.
6. Annas GJ. Death by prescription. The Oregon Initiative. *N Engl J Med* 1994; 331: 1240-3.
7. Van der Maas PJ et al. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; 338: 669-74.
8. Van der Wal G, Dillman RJM. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ* 1994; 308: 1346-9.
9. Pijnenborg LP et al. Nationwide study of decisions concerning the end of life in general practice in the Netherlands. *BMJ* 1994; 309: 1209-12.
10. David L. Death. Anthropological perspective. In: *Encyclopedia of Bioethics*. New York: McGraw Hill, 221-8.
11. Platon. Zakoni. Maribor: Založba Obzorja, 1982: 1-144.
12. Bringewat P. Diskussionsbericht III: Ethische und rechtliche Perspektiven zu Suizid und Euthanasie. In: Eser A ed. Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart: Enke, 1976: 408-22.
13. Life and death decisions. In: Furrow BR, Johnson HS, Jost TS, Schwartz RL eds. *Health law: cases, materials and problems*. St. Paul: West Publishing, 1987: 826-937.
14. Hipokratova prisega. In: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija. Dokumenti s komentarjem. Ljubljana: Tangram, 1993: 21-1.
15. Meršol M. Dr. Smrt ali dr. Odrešitev? Delo, Sobotna priloga, 3. 12. 1994.
16. Cena človeškega življenja. Delo, Sobotna priloga, 26. 11. 1994, str. 34.
17. Pijnenborg L et al. Life-terminating acts without explicit request of patients. *Lancet* 1993; 341: 1196-9.
18. Schechter WP. Withdrawing and withholding life support in geriatric surgical patients. Ethical considerations. *Surg Clin N Am* 1994; 74: 245-59.
19. Kazenski zakonik Republike Slovenije. Ljubljana: ČZ Uradni list RS 1994: 152-3.

SANDOZ

je koncern z dolgoletno zgodovino. Ustanovljen je bil leta 1886 v Baslu kot kemijska tovarna, ki je izdelovala sintetične barve. Leta 1917 je bil ustanovljen farmacevtski oddelek in že leto za tem (1918), so v raziskovalnih laboratorijih izolirali iz rženih rožičkov alkaloid ergotamin, nato pa še kardiotonične glikozide, kar je bil revolucionaren napredek v zdravljenju žilnih bolezni. V teh pionirskih časih so uspeli tudi poskusi zamenjave do tedaj uporabljenih soli kalcija z lažje prenosljivimi in Ca - Sandoz je postal pojem za nekaj nadaljnjih let.

Na slovenskem tržišču je Sandoz Pharma prisotna od leta 1952. Sodeluje s slovensko farmacevtsko industrijo in tovarno zdravil Krka, ki proizvaja 7 zdravil po licenčni pogodbi s Sandozom. Tudi za zdravila, ki se uvažajo, so narejene klinične študije v Sloveniji, ki potrjujejo in zagotavljajo kakovost.



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd.
Basel, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107, 61113
Ljubljana, tel. 061/168 14 22, faks 061/34 00 96.

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil[®] (terbinafin)

- nov pristop k zdravljenju glivičnih infekcij kože, nohtov in lasišča
- prvi fungicidni antimitotik za oralno in lokalno uporabo

Leponex[®] (klozapin)

- antipsihotik za bolnike s shizofrenijo, ki se ne odzivajo na klasične nevroleptike

Lescol[®] (fluvastatin)

- sintetični inhibitor reduktaze HMG-CoA
- učinkovito in varno zniža holesterol v krvi tudi pri rizičnih skupinah bolnikov

Leucomax[®] (molgramostim)

- rekombinantni humani dejavnik, ki pospešuje nastanek kolonij granulocitov in makrofagov
- normalizira število belih krvničk in makrofagov pri bolnikih z zmanjšano imunsko odpornostjo

Melleril[®] (tioridazin)

- anksiolitik v nizkih dozah, nevroleptik v visokih dozah
- ne povzroča ekstrapiramidnih sopojavov

Miacalcic[®] (kalcitonin)

- hormon, ki regulira metabolizem kosti in mineralov
- za zdravljenje pomenopavzalne in senilne osteoporoze, Pagetove bolezni, Sudeckove distrofije

Navoban[®] (tropisetron)

- antagonist receptorjev 5-HT₃
- visokoselektivni antiemetik pri emetogeni kemoterapiji, radioterapiji in pooperativnem bruhanju

Sandimmun Neoral[®] (ciklosporin)

- imunosupresiv, ki preprečuje zavrnitveno reakcijo pri transplantacijah,
- učinkovit pri avtoimunih boleznih in boleznih, kjer je udeležena avtoimuna komponenta, kot so psoriza, revmatoidni artritis, atopični dermatitis in endogeni uveitis

Sandostatin[®] (oktreotid)

- sintetični oktapeptidni derivat somatostatina
- pomemben v gastroenterologiji, endokrinologiji in intenzivni medicini

Sirdalud[®] (tizanidin)

- mišični relaksant s centralnim delovanjem
- za zdravljenje bolečine v križu, mišičnih spazmov in spastičnosti

Syntocinon[®] (oksitocin)

- sintetični oksitocin za spodbujanje materničnih kontrakcij
- Syntocinon - nosni spray za spodbujanje izločanja mleka

Tavegyl[®] (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

Vprašanja – dileme – rešitve – predlogi

Legal issues in medicine

DEATH BY PRESCRIPTION* The Oregon Initiative

George J. Annas, J. D., M. P. H.

Society and physicians in the United States remain unable to accept death and thus unable to deal with the physical, psychological, and spiritual approach of death. The hour of death itself «is commonly tranquil», but «the serenity is usually bought at a fearful price – and the price is the process by which we reach that point» (1) – a process that has been described as «a purgatory that may last for weeks» (1). Suicide has been seen as a rational way to avoid that purgatory, especially as a response to end-stage cancer and AIDS, and proposals to «legalize» physician-assisted suicide in well-defined cases have persisted. Such proposals have been the subject of reports by commissions in New York (2) and Michigan (3, 4), and court decisions on the constitutionality of laws against assisted suicide, as they apply to physicians and their terminally ill patients, are currently on appeal in the states of Washington (5) and Michigan (6).

In addition to courts and legislatures, there is a third way to change state law: almost half the states permit a direct vote by an initiative petition. Even though all «Death with Dignity» initiatives to date have come from a single lobbying group, the Hemlock Society, they have struck a responsive cord with the public and deserve to be taken seriously.

Two «Death with Dignity» initiatives have been voted on so far, one in Washington in 1991 (Initiative 119) and the other in California in 1992 (Proposition 161). On November 8, 1994, the voters of Oregon will decide the fate of a third (Ballot Measure 16). The drafters of the Oregon initiative are convinced that they have learned from the defeat of the two previous measures and, by incorporating these lessons into their much narrower proposal, have given it a much better chance of passage and implementation. A brief review of the Washington and California proposals will help explain the Oregon initiative.

Washington's initiative 119

Washington's initiative was written by the state chapter of the Hemlock Society as a series of amendments to Washington's 1979 Natural Death Act (the nation's second living-will law). Initiative 119, however, went far beyond making it easier to refuse treatment in that it included both physician-assisted suicide and voluntary euthanasia in the term «physician aid-in-dying.» The official ballot question was phrased simply: «Shall adult patients who are in a medically terminal condition be permitted to request and receive from a physician aid-in-dying?» Aid-in-dying is a term that disguises more than it reveals (7), and few voters were likely to have had an accurate idea of what they were asked to vote on. Initiative 119 defined physician aid-in-dying as «a medical service, provided in person by a physician, that will end the life of a conscious and mentally competent qualified patient in a dignified, painless, and humane manner, when requested voluntarily by the patient through a written directive.»

Campaigns for and against Initiative 119 provided the public with little useful information. Proponents concentrated on a straight «choice» message, using statements from terminally ill cancer patients asking for the right to choose «a humane and dignified

death» (8). Opponents argued that Initiative 119 had «no safeguards»; their advertisements featured a nurse saying it would «let doctors kill my patients» and an elderly farmer saying it gave physicians too much power, «more or less a right to kill» (8). Ultimately the fear of a painful and degrading death was overcome by fear of killing by unaccountable physicians, and Initiative 119 was defeated, receiving 46 percent of the 1.5 million votes cast (8, 9). Opponents did, however, agree to support long-overdue changes in the 1979 Natural Death Act, and in 1992 the legislature enacted provisions that broadened patients' ability to use advance directives to order the withholding and withdrawal of treatment in the case of terminal illness or «a permanent unconscious condition.» The experience with Initiative 119 also inspired a group called Compassion in Dying to challenge the constitutionality of the state's law prohibiting assisted suicide in the case of terminally ill persons. A federal district court judge, who also could not distinguish between refusal of treatment and suicide, ruled the statute unconstitutional because it denied equal protection under the law to competent terminally ill patients who had no life-sustaining treatment to refuse. The decision is currently on appeal (5).

California's proposition 161

California's 1992 death-with-dignity initiative was based on an early Hemlock Society proposal (the Humane and Dignified Death Act) that failed to qualify for the 1988 ballot (9). In its reincarnated form it was sponsored by a group called Californians against Human Suffering. It continued the use of the ambiguous phrase «physician aid-in-dying», although it more clearly defined the phrase to encompass voluntary euthanasia and assisted suicide:

«Aid-in-dying» means a medical procedure that will terminate the life of the qualified patient in a painless, humane and dignified manner, whether administered by the physician at the patient's choice or direction or whether the physician provides means to the patient for self-administration.

In addition to being clearer than Initiative 119, Proposition 161 attempted to incorporate more safeguards to prevent abuses. Special protection, for example, was given to patients in skilled nursing facilities, whose written directives were invalid unless witnessed by a patient advocate or ombudsman designated by the state Department of Aging for this purpose. In addition, hospitals and health providers were required to keep records and to file an annual report to the state Department of Health Services that included each patient's age, type of illness, and the date on which the directive was carried out (but not the identity of the patient). The written directive itself was to be put into the patient's medical record «in each institution involved in the patient's care.»

The patients who qualified for aid in dying were, like those covered by Washington's Initiative 119, only those who physicians believed has less than six months to live. Also like Initiative 119, Proposition 161 was defeated by a margin of 54 percent to 46 percent. Defeat was followed by renewed regulatory efforts to encourage physicians to deal more effectively with pain management, including a proposal to eliminate triplicate prescription forms for controlled substances, which are believed to inhibit the proper use of medication (10, 11).

Oregon's ballot measure 16

The Hemlock Society moved its national headquarters from California to Oregon in 1988. Nonetheless, it was not until 1994 that one of its initiatives, Ballot Measure 16, made it onto the Oregon Ballot. The society's founder and former president, Derek Hum-

* Ponatis iz The New England Journal of Medicine 1994; 331: 1240-4.

«good faith.» Since the physician is required to prescribe a drug regimen that induces death in a «humane and dignified manner», and since no drugs have been approved for this use, additional data could reasonably be required before concluding that any such drug was prescribed in good faith. All this is not to say that Ballot Measure 16 necessarily conflicts with federal law, only that it is unlikely to reassure physicians who do not already help their dying patients by prescribing potentially lethal drugs because of fear of potential legal entanglements.

Pharmacists

Pharmacists face similar quandaries, since it is the pharmacist who actually supplies the drugs to the individual patient. Pharmacists will have to decide not only whether they are violating federal law, but also what their own ethical and professional standards demand in this situation. Pharmacists are not even mentioned in Ballot Measure 16, and it is doubtful that the drafters took this group into consideration at all; rather, the authors of the proposal probably considered pharmacists simply as agents of the attending physician. This view may be reasonable when pharmacists are dispensing drugs to help patients live better or longer, but it is not tenable in this situation. Patients and their families will naturally have questions for pharmacists about how the drug is likely to act and how it should be taken, for example. What should pharmacists' role be? What advice on suicide can and should they provide?

Enactment of Ballot Measure 16 would also create a new paradox in our drug laws. Physicians would be permitted to prescribe drugs with the intent that patients use them to kill themselves, but they could not prescribe less dangerous drugs, such as heroin, marijuana, and lysergic acid diethylamide, that might prevent suicide. Drugs not only can relieve depression and pain, they can also give patients a sense of control that permits them to live. One dramatic example is the most famous suicidal patient of the 1980s, Elizabeth Bouvia (20). Quadriplegic and in pain, she abandoned her legal quest to commit suicide with medical assistance after she was given control over the administration of her own morphine and has continued to live ever since. A necessary prerequisite to legalizing death by prescription should be the ability to prescribe similar drugs to prolong life. Of course, supporters of Ballot Measure 16 would probably favor laws permitting the terminally ill to take any drugs their physicians believe might prevent them from committing suicide by enhancing the quality of their lives. However, this is not only a state issue, but a federal issue as well.

Better or worse?

Since physicians will want to be covered by the immunity provisions of Ballot Measure 16, those who now supply potentially lethal drugs to their patients will probably do so only in the manner prescribed by the measure if it passes (including the requirements for a minimal 17-day waiting period, the witnessed written request, record keeping, and the involvement of a second physician). These requirements will make the practice of prescribing such drugs much more bureaucratic and burdensome, and less private and accountable. It seems better to retain the current system – in which physicians can act to favor life, with therapeutic intent (accepting the risk of suicide) and with flexibility, while accepting responsibility for their actions – than to replace the current system with a more mechanical one in which physicians are not responsible for their actions and must specifically intend the deaths of their patients.

Oregon voters will also have to decide whether providing lethal drugs to a few who cannot now get them from their physicians is sufficient reason to put disadvantaged Oregonians, who are already relegated to the country's only formally rationed medical

service delivery system, at even higher risk of underservice, alienation, and abandonment. The New York Task Force on Life and the Law, for example, unanimously concluded that «ideal» cases, like that described by Quill, are an insufficient basis for changing public policy in a country where medicine continues to be practiced in the context of bias and social inequality, and where hospice care is not generally available. They rightly concluded that in the real world, legalizing assisted suicide would «pose the greatest risks to those who are poor, elderly, members of a minority group, or without access to good medical care» (2).

The initiative approach

Initiatives let the public vote on issues on which elected representatives have no special expertise, and they can circumvent unresponsive legislatures. On relatively simple questions this method is reasonable. But neither euthanasia nor physician-assisted suicide is a simple question, and legalizing either or both requires not only carefully worded legislation but also a thorough and detailed public debate and discussion. Contemporary initiative petitions tend to degenerate into televised sloganeering and permit neither of these. That is probably why both the Washington and the California initiatives went down to defeat, even though public opinion polls consistently showed large majorities in favor of them.

Opinion polls measure what people say, but they cannot measure what people mean unless very sophisticated and complete questions are asked (10, 21). In the early stages of the debate over euthanasia, people may hold opinions that are inconsistent (for example, supporting both the belief that everyone should be treated equally under the law and the belief that only competent adults who are terminally ill should have access to lethal drugs) (22) without even realizing it. Only as the public debate matures do «people's views become more integrated and thoughtful» (21). It is only then that public opinion can be accurately measured, and it is only then that it should be taken seriously. In my view, Oregon's Ballot Measure 16 should be rejected by the voters because it is likely to do more harm than good for terminally ill patients. Even if it does pass, it will be some time before either the people of Oregon, or their physicians, will know what it means.

References

1. Nuland SB. How we die. New York: Alfred A. Knopf, 1994: 288.
2. When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context. New York: State Task Force on Life and the Law, 1994.
3. Final report of the Michigan Commission on Death and Dying. Lansing: Michigan Death and Dying Commission, 1994.
4. Annas GJ. Physician-assisted suicide – Michigan's temporary solution. *N Engl J Med* 1993; 328: 1573–6.
5. Compassion in Dying v. Washington, 850 F. Supp. 1454 (D. C. Wash. 1994).
6. People v. Kevorkian, 205 Mich. App. 194, 518 N. W. 2d 487 (1994).
7. Capron AM. Euthanasia in The Netherlands: American observations. *Hastings Cent Rep* 1992; 22 (2): 30–3.
8. Carson R. Washington's I – 199. *Hastings Cent Rep* 1992; 22 (2): 7–9.
9. Humphry D. Dying with dignity: understanding euthanasia. Secaucus, N. J.: Carol Publishing Group, 1992.
10. Skelly FJ. California protects doctors who prescribe for pain. *American Medical News*. September 12, 1994: 19.
11. Overview. In: Management of Cancer Pain Guideline Panel. Management of cancer pain. Clinical practice guideline no. 9. Rockville, Md.: Department of Health and Human Services, 1994: 16–9 (AHCPR publication no. 94–0592).
12. Gianelli DM. Oregon voters face «RX-only» suicide initiative. *American Medical News*. September 12, 1994: 1, 34.
13. Quill TE. Death and dignity – a case of individualized decision making. *J Engl J Med* 1991; 324: 691–4.
14. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1992; 267: 2229–33.
15. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. *N Engl J Med* 1994; 331: 89–94.
16. Callahan D. The troubled dream of life: living with morality. New York: Simon and Schuster, 1993.

17. Weiler PC, Hiatt HH, Newhouse JP, Johnson WG, Brennan TA, Leape LL. A measure of malpractice: medical injury, malpractice litigation, and patient compensation. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1993: 55.
18. 21 CFR 1306.04.
19. Annas GJ. Killing with kindness: why the FDA need not certify drugs used for execution as safe and effective. *Am J Public Health* 1985; 75: 1096-9.
20. Bouvia v. Superior Court, 179 Cal. App. 3d 1127, 225 Cal. Rptr. 297 (1986).
21. Yankelovich D. What polls say – and what they mean. *New York Times*. September 17, 1994: 23.
22. Orentlicher D. Physician-assisted dying: the conflict with fundamental principles of American law. In: Blank RH, Bonnicksen AL, eds. *Medicine unbound: the human body and the limitations of medical intervention*. New York: Columbia University Press, 1994: 256-68.

OREGONSKA POBUDA JE V NASPROTJU S TEMELJNIMI ETIČNIMI IZHODIŠČI ZDRAVNIŠKEGA POSLANSTVA

Anton Dolenc

V zadnjem času so v javnih občilih vedno bolj pogoste razprave o evtanaziji oziroma o pravici do smrti. Pisanje raznih deklaracij na to temo in odločanje o evtanaziji v nekaterih parlamentih daje slutiti, da so se intenzivirali poskusi, kako spremeniti poslanstvo zdravnika v orodje politike in posameznega bolnika pod geslom pravice do smrti. Zanimivo je, kako bolj obotavljaje se človeštvo loteva vprašanja pravice do življenja najbolj nezaščitenih bitij, npr. nerojenih otrok.

Kot da človeštvo, ko zastavlja postulat pravice do smrti, postopoma zavrača prvi zapisani socialni zakon – dekalog in pozablja iz dekaloga postulat »ne ubijaj«. Kot da se zdravnik ne bi mogel s svojim znanjem in pripomočki pregrešiti proti temu načelu.

Posebno združenje prijateljev evtanazije je v Angliji 1. 12. 1936 dalo v parlament predlog za uzakonitev evtanazije, ki pa je bil odklonjen iz religioznih načel, ker bolnik ni vedno priseben, kadar je pod vplivom bolečin in ker bi lahko nanj vplivali sorodniki, željni nasledstva; pa tudi fatalna diagnoza ni absolutno v vsakem primeru tudi brezpogojna smrtna bolezen.

W. Osler je zapisal, da je med 500 umirajočimi bilo le 100 bolnikov, ki so trpeli.

Medicinska evtanazija bi teoretično prišla v poštev le pri bolnikih, ki so neozdravljivo bolni. Goldwater je v New Yorku pustil bolnikom tablete z opozorilom, da ne smejo vzeti več kot eno tableto prek noči: nihče ni izrabil ponujene evtanazije.

Zanimiva je predvojna statistika iz Zagreba, ki kaže, da je samomorilcev med bolniki s fatalno diagnozo manj kot v povprečnem prebivalstvu.

Prvi, posebej za zdravnike napisan moralnoetični zakon, je Hipokratova prisega, stara več kot dve tisočletji. Zdravnik je svečano prisegel, da ne bo nikoli nikomur, tudi ko bi ga prosil – zapisal smrtno drogo ali ga z nasvetom napeljeval na tako misel; prav tako ne bo nobeni ženski dal pripomočka za uničenje telesnega ploda.

Tudi Amatus Lusitanus (1511–1568) je zapisal po Hipokratu: »Nikoli nisem dal bolniku smrtonosnega strupa. Nobena ženska ni z mojo pomočjo napravila splava.«

Svetovno zdravniško združenje (WMA – SZZ), ki je nastalo po II. svetovni vojni, s svojimi deklaracijami ponuja sodobnemu zdravstvu moralnoetična izhodišča ter usmerja njihovo ravnanje, če bi bili v dvomih, kako se odločiti, da bo človeško dobro in zdravniško prav. Takih deklaracij je do sedaj objavilo že več kot 70.

Ta ista organizacija je leta 1948 obnovila Hipokratovo prisego, v kateri je zapisala: »Brezpogojno bom spoštoval človeško življenje od spočetja dalje.« SZZ je to v naslednji inačici (glede na razvoj v

medicini) do neke mere modificiralo: »Človeško življenje bom v največji možni meri spoštoval od spočetja dalje.«

Mednarodni kodeks zdravniške etike nalaga zdravniku, naj se vedno zaveda, da je njegova dolžnost ohranjevati človeško življenje in naj se ravna po temeljih Ženevske zaobljube (London 1949, Sydney 1968, Benetke 1983).

Tudi v pravilih za ravnanje zdravnikov med oboroženimi spopadi SZZ zavezuje zdravnika, da upošteva enaka moralnoetična načela kot v miru (Havana 1957, Istanbul 1967, Benetke 1983).

V deklaraciji 12 načel zdravniške pomoči, ki naj bi veljala za vse nacionalne sisteme zdravstva, je zapisano: »Dolžnost SZZ je, da zaščiti temeljna načela zdravniške prakse in svobode zdravniškega poklica. Vsak poseg v zdravje ter telesno in duševno celovitost človeka, ki ni utemeljena s terapevtskimi posegi, je prepovedana« (Benetke 1983).

SZZ podpira načrtovanje družine, cilj pa je obogatitev in ne omejevanje človeškega življenja (Benetke 1983).

Deklaracija o terapevtski prekinitvi nosečnosti SZZ postavlja: »Če zdravnik misli, da mu njegovo prepričanje ne dovoljuje, da bi svetoval prekinitve nosečnosti ali da bi ta poseg opravil, ga lahko odkloni, vendar pod pogojem, da zagotovi za nadaljnje zdravljenje drugega, usposobljenega zdravnika« (Oslo 1970, Benetke 1983). SZZ v posebni deklaraciji prepoveduje sodelovanje zdravnikov pri izvrševanju smrtno kazni (Lizbona 1981).

Po deklaraciji iz Lizbone ima bolnik pravico, da pristane na zdravljenje ali ga odkloni, potem ko je bil ustrezno obveščen, in pravico, da umre dostojanstveno ter da sprejme ali odkloni duševno ali moralno uteho, vključno s pomočjo ustreznega verskega predstavnika.

Posebno pozornost je SZZ posvetilo Deklaraciji o terminalni bolezni: »Zdravnik lahko olajša trpljenje bolnika z neozdravljivo boleznijo tako, da s soglasjem bližnjih sorodnikov v primeru, ko bolnik ne more več izreči svojega mnenja, prekine zdravljenje, ki pa zdravnika ne razrešuje obveze, da umirajočemu pomaga in mu da zdravlila za lajšanje končne razvojne stopnje njegove bolezni (Benetke 1983).

Osrednje mesto v našem prispevku namenjamo deklaraciji o evtanaziji, ki jo je SZZ sprejelo v Madridu leta 1987. Po tej deklaraciji je evtanazija dejanje, s katerim se namenoma konča bolnikovo življenje ne glede na bolnikovo lastno prošnjo ali na prošnjo bližnjih sorodnikov in je neetična. To pa zdravniku ne preprečuje, da ne bi spoštoval bolnikove želje, naj dovoli naravnemu procesu smrti nemoten potek v končni fazi bolezni.

Deklaracija o trajnem vegetativnem stanju (Hongkong 1989) govori, da razen redkih izjem, po 6-mesečnem nezavestnem stanju, ozdravitev ni več možna. Previdnost pa terja, da diagnozo postavimo šele po 12. mesecu opazovanja, čeprav je malo verjetno, da bi se bolnik, starejši od 50, let po 6 mesecih znova zavedel. Ko je problem odtegnitve ali zavrnitve pomoči odprt, ga je treba proučevati s pravnega in etičnega vidika.

Načelna deklaracija o oskrbi bolnikov, ki v zadnjih stopnjah bolezni trpijo hude kronične bolečine: treba je izbrati take načine, ki bodo bolniku omogočile, da se njegovo življenje konča na dostojanstven način. Zdravnik mora znati razlikovati med silno bolečino, akutno bolečino in bolečino, ki bo lahko postala kronična, kar odloča pri uporabi analgetikov (Rancho Mirage 1990).

SZZ je sprejelo posebno deklaracijo o samomoru z zdravnikovo pomočjo. Samomor z zdravnikovo pomočjo je enako kot evtanazija neetičen in ga mora zdravniški poklic odkloniti. Kjer je zdravnikova pomoč namenoma in prostovoljno usmerjena k temu, da bolniku omogoči končati svoje življenje, je to zdravnikovo dejanje neetično (Marbella 1992). Vendar je zdravnikova dolžnost, da lajša bolečino in trpljenje na smrt bolnim bolnikom ter da jim omogoči dostojanstvo in samostojnost. To vključuje tudi skrb za učinkovito ublažitev bolečin, pa čeprav lahko tudi pospeši smrt.

Opozarjamo na 3. člen Splošne deklaracije človekovih pravic (OZN 1948): Vsakdo ima pravico do življenja.

Evropski svet je leta 1976 sprejel Resolucijo in priporočila o pravicah bolnikov. Noben zdravnik in tudi noben delavec v zdravstvu ne sme biti prisiljen k ravnanju, ki je v nasprotju z njegovo vestjo in v nasprotju s pravico bolnikov, da ne smejo po nepotrebnem trpeti.

Pravni svet AMA je leta 1982 zapisal: »Zdravnik lahko pusti smrtno bolnega umreti, vendar ne sme povzročiti smrti.«

Mednarodni komite za zaščito nerojenih otrok (Dunaj 1986) je izjavil: »Nerojeni otrok ima pravico do življenja. Nerojeni otrok je pravni subjekt.«

Kodeks etike zdravstvenih delavcev SFRJ (Beograd 1963) zahteva: »Zdravstveni delavec obsoja evtanazijo in jo ima za lažni humanizem. Nasprotno pa si v mejah medicinske znanosti in možnosti prizadeva olajšati bolniku telesno in duševno trpljenje in se trudi za njegovo življenje in zdravje.«

Ustava Republike Slovenije v 17. členu uzakonjuje: »Človekovo življenje je nedotakljivo.«

Kodeks medicinske deontologije Slovenije (december 1991).

38. člen: Zdravnik spoštuje človekovo življenje od samega spočetja dalje v največji možni meri.

43. člen: Zdravnik odklanja in obsoja evtanazijo in jo ima za lažni humanizem.

44. člen: Pri bolniku, ki je na smrt bolan, mora zdravnik ukreniti vse potrebno za smiselno zdravljenje in lajšanje trpljenja. Bolnikovo umiranje in smrt je del zdravnikovega zdravljenja.

45. člen: Umirajoči ima pravico do oskrbe, nege in človeškega odnosa ter do navzočnosti svoje družine v trenutkih končnega obdobja njegove bolezni oziroma bližajoče se smrti.

Zdravnik bo bolnikovi družini skrbno obrazložil svoja prizadevanja in postopke pri lajšanju trpljenja bolnika in do kod lahko seže njegova pomoč.

Zdravnik je dolžan umirajočemu v okviru možnosti zagotoviti priložnost, da se lahko duševno in duhovno pripravi na pričakovano smrt.

46. člen: Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen, razen, če se njegova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi merili zdravnika.

Pri nezavestnih ali nerazsodnih bolnikih se je treba odločiti po medicinskih merilih, pri tem pa je treba upoštevati tudi domnevno voljo bolnika, spoštovati je treba tudi mnenje oseb, ki bolnika dobro poznajo; dokončno in odgovorno pa odloča zdravnik.

Ker je življenje po 17. členu naše Ustave nedotakljivo, imamo tudi v zvezi z odvzemanjem življenja ustrezne določbe v Kazenskem zakoniku. V njem sicer nimamo penalizirane evtanazije, vendar se kaznuje nasilna prekinitev življenja kot umor ali pomoč in napeljevanje k samomoru.

131. člen govori o napeljevanju k samomoru in pomoči pri samomoru. Kdor koga naklepno napelje k samomoru ali mu pomaga pri samomoru in ta stori samomor, se kaznuje.

Hujše kazni so zagrožene za to dejanje proti mladoletnim osebam. Iz vsega prej predločenega lahko zaključimo, da ima slovenski zdravnik dovolj možnosti, da se izogne zlorabam svojega poklica tudi pri evtanaziji za bolnike v terminalni fazi njihove bolezni, zato za nas oregonska pobuda ni sprejemljiva.

ravnanju pa ima ta nesmiselni odpor zelo težke posledice. Namesto da bi ob neizogibnem dejstvu, da ljudje umiramo, poskrbeli za to, da bi drug drugega v umiranju čim bolj človeško spremljali in naredili vse, da bi človek živel čim znosneje in bi do konca ohranil svoje dostojanstvo, hoče današnja družba umirajočega enostavno odstraniti in navzven živeti naprej, kot da smrti sploh ni. To shizofreno ravnanje zapušča v ljudeh občutek stalne ogroženosti in preprečuje, da bi življenje, kakršno je, lahko živeli čimbolj kakovostno.

Pomoč pri samomoru, ki jo v oregonski pobudi ponujajo kot »racionalno pot, da se izognejo pecku, posebno kot odgovor na zadnji stadij bolnikov z rakom in aidsom«, je ponudba, ki jo zdravi ljudje današnje družbe ponujajo bolnim na racionalni ravni. Problem vidim predvsem v zdravih ljudeh, ki niso sposobni gledati nekoga, ki umira, in obstati pri njem. Ko je človek bolan, gleda na marsikaj drugače, kot je gledal prej, ko je bil zdrav. Lestvica življenjskih vrednot se spremeni, mnoge prej nepomembne stvari so mu sedaj dragocene. Predvsem pa je zanj dragocena skrb ljudi, ki so ob njem, tudi če je težko, in mu dajo čutiti, da ga ne bodo zapustili. Če se zdi torej nekaterim zdravim ljudem samomor v hudi bolezni najboljša rešitev, to še ne pomeni, da tako mislijo tudi hudo bolni in umirajoči. Ravno v času hude bolezni in umiranja se tudi pokaže, da človek še zdaleč ni samo racionalno bitje, ampak se odziva v vseh svojih razsežnostih. Zato tudi rešitve ni iskati samo na racionalni poti. Sicer pa tudi na racionalni ravni evtanazija za mnoge ni sprejemljiva.

O samomoru pri hudo bolnih ni veliko literature. Nekateri navajajo, da je samomora pri hudo bolnih celo manj kot pri zdravih ljudeh, gotovo pa ga ni več.

Ponujanje samomora in pomoči pri samomoru kot najboljše rešitve pa lahko pomeni tudi manipulacijo z umirajočimi. Izkušnje iz Nizozemske (o tem govorijo mnogi dokumentarni filmi) kažejo, da se mnogi hudo bolni odločajo za evtanazijo iz obzirnosti do svojih ljudi, da jih ne bi prehudo obremenjevali, posebno če jim ti dajejo čutiti, da jim skrb za hudo bolnega predstavlja hudo breme. Če te nekdo, od katerega si odvisen, prepričuje, da je zaključitev življenja za vse najboljša pot, se je temu težko upreti. Smrtni odmerek zdravila naj bi zdravniki smeli na njegovo željo predpisati bolniku, pri katerem se predvideva manj kot šest mesecev življenja. Kdor je že spremljal hudo bolne, ve, kako nepredvidljive so časovne napovedi, kako hitro se uštejemo, v eno ali drugo smer. Medicinski izvidi so samo en del resnice o bolniku, po katerih lahko sklepamo na najbolj verjetni potek bolezni. Kako pa bo bolnik s svojo boleznijo in resnici živel in kako dolgo, se izkaže šele v življenju samem. Tu resnično objektivnih kriterijev ni in neizogibno je, da bi pri takšnem predpisovanju zdravil igrali veliko vlogo tudi zdravnikovi čisto subjektivni dejavniki, lahko tudi pod vplivom svojcev, družbe itd. Zdravniki resnice o poteku bolezni ne moremo imeti v posesti.

Ne zdi se mi smiselna delitev evtanazije na aktivno in pasivno, ker to lahko zavaja. Prenehanje z agresivnimi preiskavami in z agresivno terapijo v stanju, ko se bolezen samo še slabša in vodi v smrt, ne pomeni evtanazije, ampak večje spoštovanje človekovega življenja. To ne pomeni, da bolnika enostavno kar pustimo, ampak ga skušamo bolj kot kdajkoli zares celostno »zdraviti«. To pomeni, da ga tudi kot ljudje spremljamo in mu lajšamo težave, ki jih ima. Tako imenovana paliativna medicina, ki človeka ne bo ozdravila, mu bo pomagala, da bo lažje živel, dokler bo živel, si šele počasi utira pot v zavesti medicincev in le malo je medicinskih fakultet, kjer nastopa paliativna medicina kot samostojen predmet. Danes je v medicini bolj prisotna nevarnost, da se za bolnika ne dela »premalo«, ampak »preveč« v tem smislu, da prepozno začnemo s paliativnim zdravljenjem. Za bolnika pravzaprav nikoli ne moremo narediti preveč, lako izberemo le neustrezno, preagresivno, neučinkovito zdravljenje. To se pogosto dogaja iz nezmožnosti sprejeti smrt kot del našega življenja. Dejstvo je, da se večina ljudi boji umiranja. Bolj kot smrti same se bojijo, da bodo ostali sami in da jih bo bolelo. Če hočemo resnično pomagati umirajočim, je treba nekaj narediti na tem področju. To

NEKAJ MISLI OB OREGONSKI POBUDI ZA LEGALIZACIJO EVTANAZIJE

Metka Klevišar

Evtanazija je problem družbe, ki ni sposobna sprejemati umiranja in smrti kot nujnega dela našega življenja. Toda naj bo družba še tako proti smrti in se z njo na noben način ne more sprijazniti, dejstva, da bomo vsi umrli, ne bo mogla spremeniti. V praktičnem

pomeni predvsem dvoje: ljudi (svojce in zdravstveno osebje) opogumljati, da ne zbežijo od umirajočih, da ostanejo pri njih, v zavesti, da pri tem tudi sami kot ljudje pridobijo; drugo pa je neprestano prizadevanje za izboljšanje analgetske terapije, pri čemer je treba upoštevati, da je bolečina zelo kompleksen pojem, kjer imajo veliko vlogo ne samo telesna, ampak tudi emocionalna, duhovna in socialna razsežnost. Če to dvoje dobro deluje, postane vprašanje evtanazije večinoma odveč. Čimbolj kakovostno življenje umirajočih je njihova temeljna »pravica izbire«.

O evtanaziji bi bilo treba nasploh veliko več govoriti v javnosti in pomagati razjasniti, kaj evtanazija pravzaprav je. Mnogi, ki se zavzemajo zanjo, niti točno ne vedo, kaj to v resnici je. Vedo samo, da je treba nekaj narediti proti bolečini. Tudi med samim zdravstvenim osebjem ta pojem ni dovolj jase, kaj šele med medicinsko nepoučenimi ljudmi. Za marsikoga pomeni evtanazija že to, da bolnik dobi injekcijo morfija ali pa da ne dobiva infuzij. Mnogi razumejo kot evtanazijo prenehanje z aktivno terapijo.

Pa tudi s študenti medicine bi se bilo treba že v času študija več pogovarjati o temeljnih vprašanjih: Kaj pomeni biti zdrav, kaj bolan? Kaj pomeni zdraviti? Kaj je tisto, kar je skupno vsem terapevtskim poklicem in je temelj vsega dela? Ob tem bi se lahko dotaknili mnogih bistvenih vprašanj in o njih razmišljali, tudi vprašanja evtanazije.

Čas umiranja ni samo »pekkel«, ampak je lahko kljub teži, ki vedno ostane, dragoceno obdobje za umirajočega in za njegovega spremljevalca. V takšnih ekstremnih situacijah se drug od drugega lahko učimo občutiti, kaj je bistveno v našem življenju, kar nas tudi do drugih, ki jih srečujemo, dela bolj razumevajoče in bolj strpne. To vnaša v naše življenje novo kakovost. Lahko pa se temu izzivu in tej ponudbi ne odzovemo in življenje preprosto prekinemo. V tem primeru seveda samo izglablamo.

NEKAJ PRAVNIŠKIH POGLEDOV NA »DOBRO SMRT«

Viktor Planinšec

Pred nedavnim smo Slovenci v svoji zgodovini dobili svoj prvi celotni Kazenski zakonik (KZ, Ur. l. Republike Slovenije št. 63/94 z dne 13. oktobra 1994), ki je pričel veljati s 1. januarjem 1995. Ob oblikovanju nove kazenske zakonodaje se je pojavilo tudi vprašanje dopustnosti evtanazije, ki se že uveljavlja ponekod po svetu v civilizacijsko razvitejših in urejenejših državah. Zakonodajalec »pravice do smrti« ni sprejel očitno iz izvenpravnih – filozofskih, moralnih, religioznih, tradicionalnih pogledov naše družbe na to občutljivo področje.

Tako ostaja opredelitev, da tudi zdravnik, ki pomaga bolniku v brezupnem in trpečem stadiju bolezni k hitrejši smrti, zagreši kaznivo dejanje umora iz 127. člena kazenskega zakona. Toda v tretjem odstavku tega člena je vendarle določba, ki se posebej ozira na problem evtanazije, ko pravi: če kdo komu vzame življenje v posebnih olajševalnih okoliščinah, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let (sicer je zagrožena kazen za umor najmanj pet let in pri kvalificiranih oblikah do 20 let; znano je, da smrtne kazni pri nas ni). Zdravnika, ki bi pomagal nezdravljivemu in hudo trpečemu bolniku do smrti, bo kazensko sodišče obravnavalo po tej privilegirani obliki kaznivega dejanja umora.

Podobno velja za storilce kaz. dejanja pomoči pri samomoru iz 131. člena KZ, kjer je v petem odstavku določeno: kdor komu pomaga pri samomoru in ta stori samomor, pa so pri tem podane posebne olajševalne okoliščine, se kaznuje z zaporom do treh let (sicer je predpisana kazen do pet let oziroma pri kvalificirani obliki celo kazen kot za umor).

Zakonodajalec je torej vendarle pokazal nekaj razumevanja za pereča vprašanja evtanazije, kar je pripisati spoznanju, da je »kazensko pravo produkt človekove kulture in civilizacije, če seveda pomeni oblast prava nad nasiljem in uveljavitev vrednostnega pojmovanja kazenskega prava« (Poročevalec Državnega zbora št. 22/1993).

Zdravnika, ki bi storil navedeni kaznivi dejanji, bo sodišče spoznalo za krivega in ga obsodilo na kazen, ustrezno »posebnim olajševalnim okoliščinam«. – Pri tem pa seveda zdravnik ne bo zagrešil kaznivega dejanja, če bolnika ne bo zdravil in bo ta umrl, če je bolnik odklonil predlagane medicinske posege, do česar ima pravico po peti alineji prvega odstavka 47. člena zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 9/1992 z dne 21. februarja 1992). Seveda pa mora bolnik predhodno izvedeti za diagnozo svoje bolezni in za obseg, način, kakovost ter predvideno trajanje zdravljenja ter za posledice in učinke zdravljenja (tretja in četrta alineja 47. čl.). Če torej bolnik ne da soglasja – in to kadarkoli v času zdravljenja oziroma že pred tem v tako imenovani zdravniški oporoki – potem opustitev zdravljenja ne predstavlja delikta, ker v zdravnikovem ravnanju ni elementa protipravnosti oziroma sploh nedopustnosti. Pasivna evtanazija potemtakem sploh ne predstavlja kaznivega dejanja, seveda ob pogoju bolnikovega soglasja zanjo.

Glede zdravnikove premoženjskopravne odškodninske odgovornosti (oziroma »izvedene« odgovornosti zdravstvene ustanove za svoje zdravnike po 170. čl. zakona o obligacijskih razmerjih iz 1978. leta) je pomembna določba tretjega odstavka 12. člena Zakona o pravnem postopku, da je »sodišče glede obstoja kaznivega dejanja in kazenske odgovornosti storilca vezano na pravnomočno sodbo kazenskega sodišča, s katero je bil obtoženec spoznan za krivega«. V primeru kazenske obsodbe (pravnomočne) bo torej pravno sodišče moralo morebitnemu oškodovancu priznati ustrezno odškodnino, se pravi, da je pravni temelj podan, vprašanje je le še višina odškodnine. Pri tem pa bo sodišče seveda vrednotilo stopnjo soodgovornosti samega oškodovanca oziroma umrlega bolnika, ki je sam zahteval zdravnikovo pomoč pri smrti iz usmiljenja. Načelo »volenti non fit iniuria« torej tu ne pride v poštev oz. le toliko, kolikor se upošteva bolnikova soodgovornost (oz. njegovih zastopnikov) zaradi njegove zahteve po odrešitvi od trpljenja. Po določbi drugega odstavka 163. člena ZOR je namreč nična izjava, s katero je oškodovanec privolil, da mu nekdo stori škodo z dejanjem, ki je po zakonu prepovedano. Normalen je seveda potek sodnih postopkov tak, da se storilca kaznivega dejanja preganja po uradni dolžnosti in v primeru prištevnosti in krivde obsodi. Vedno temu ni tako iz različnih vzrokov in takrat pravno sodišče samo ugotavlja, ali so podani temelji odškodninske odgovornosti zdravnika: nastanek same škode (premoženjske in nepremoženjske, ki jo bodo event. uveljavljali svojci); nedopustnost ravnanja (upoštevajoč pač, da evtanazija pri nas ni dopustna); storilčeva odgovornost (ki je pri medicinskih posegih načelno po uveljavljeni sodni praksi subjektivna v obliki naklepa ali malomarnosti; vendar se odgovornost predpostavlja, kar pomeni, da je oškodovancu ni treba dokazovati, ampak da mora storilec – zdravnik dokazati, da je škoda nastala brez njegove krivde, kot to določa prvi odstavek 154. člena ZOR); in vzročna zveza (pretežno velja teorija adekvatne vzročnosti, po kateri se upoštevajo tisti vzroki na strani storilca, ki običajno po normalnem teku stvari privedejo do konkretne škode). Šele če so podane vse te okoliščine, bo sodišče ugotovilo materialnopravni temelj zdravnikove odškodninske odgovornosti in nato določilo odškodnino za posamezne vrste škode. Vendar pa se postavlja vprašanje, kako specifično škodo bi sploh utrpeli svojci pokojnika zaradi njegove evtanazije, saj bi »umorjeni« itak preminil naravne smrti že prav kmalu? Za žalna oblačila in spomenik?! Ali so bolečine zaradi »smrti iz usmiljenja« večje kot ob naravni smrti? Ali niso bolečine svojcev zaradi bolnikovih neznosnih bolečin in počasnega propadanja hujše? Izguba na prispevku za preživljanje otrok? Na vse to bi moralo odgovoriti sodišče, če bi prišlo do sodnega uveljavljanja odškodnine zaradi »prerane« smrti.

To je le nekaj osnovnih pogledov na pozitivnopravno ureditev vprašanj evtanazije. Vsekakor pa, gre svet naprej in de lege ferenda se bo pri nas gotovo že v bližnjem času z resnostjo govorilo o uveljavitvi človekove pravice ne samo do življenja, ampak tudi do smrti ob asistenci zdravnika, kajti v »razviti in zanesljivi« družbi bi verjetno ne smelo biti zadržkov do smrti iz usmiljenja ali dostojanstva neozdravljivih in hudo trpečih bolnikov na njihovo zahtevo. Menda se bo tudi pri nas že pojavilo evtanazijsko združenje po vzorcu ameriške Hemlock Association – »združenje za trobeliko« (s katero si je vzela življenje skoraj pred dvema in pol tisočletji filozof Sokrates), ki ima sedaj za seboj uspelo ljudsko glasovanje v Oregonski iniciativi 16 (za aktivno evtanazijo). Očitno ne bo mogoče večno vztrajati pri nedopustnosti »dobre smrti« zgolj zaradi Hipokratove prisega ali iz religijskih ozirov po načelu Fiat justitia – pereat mundus, enostavno zaradi resnice, da je duševno in telesno trpljenje bolnikov v terminalnem stadiju tako neznosno, da razkraja osebnost. In iusta lex non est lex.

OB OREGONSKI INICIATIVI

Matija Cevc, Jože Drinovec, Zlatko Fras

Misel o umiranju in smrti tudi zdravniki odganjamo. Kljub temu je soočenje s smrtjo naših bolnikov in tudi svojo smrtjo neizogibno. Humanosti ne velja enačiti z drago in najsodobnejšo tehnologijo, bolj je vezana na človeško prisotnost in razumevanje. Evtanazija ni medicinski pojem. Tudi kadar dopustimo naravni potek bolezni, delamo to v globokem prepričanju, da je tako najbolje za bolnika, in mu pri tem ne odtegujemo tudi nege, želimo mu zagotoviti čim bolj prijetno okolje in varnost ter vedno vsaj olajšati, če že ne preprečiti bolečino. Zdravniki nismo razsodniki nad življenjem in smrtjo, smo zgolj skromni sopotniki in pomočniki bolnikom ob njihovem individualnem soočenju z umiranjem in smrtjo.

Jubileji

PROF. DR. ALEKSANDER JANEŽIČ – SEDEMDESETLETNIK

Peter Rakovec

6. aprila letos praznuje prof. dr. Aleksander Janežič, internist in kardiolog, svoj sedemdeseti rojstni dan. Hkrati odhaja v zaslužni pokoj po skoraj 44 letih zdravniškega, pedagoškega in raziskovalnega delovanja.

Jubilant je leta 1943 maturiral na Državni klasični gimnaziji v Ljubljani. Zaradi vojnih razmer se je šele 2 leti kasneje lahko vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, na kateri je promoviral leta 1951. Že med študijem je prejel tri nagrade za uspešen študij. Po odsluženju vojaškega roka in stažu so ga poslali v cono B Svobodnega tržaškega ozemlja, kjer je tedaj hudo primanjkovalo zdravnikov. Po vrnitvi v Ljubljano je delal najprej na Šolski polikliniki, nato pa je leta 1955 dobil specializacijo na Interni kliniki v Ljubljani. Tri leta kasneje je bil izvoljen za asistenta po pozitivni oceni asistentske naloge »Nekateri novejši pogledi na etiopatogenezo ateroskleroze«. Leta 1960 je opravil specialistični izpit iz interne medicine.

Že zgodaj se je pričel zanimati za tedaj novo področje funkcionalne kardiopulmonalne diagnostike. Svoje znanje je izpopolnjeval na podiplomskih študijih v Angliji, Nemčiji, Franciji, Belgiji

in na Nizozemskem. Na temeljih pridobljenega znanja je v Ljubljani ustanovil Kardiorespiratorni laboratorij, ki je pozneje pod njegovim vodstvom prerasel v Inštitut za klinično kardiorespiratorno fiziologijo. S sorodnim laboratorijem na Golniku je vpeljal z gledno sodelovanje in je bil več let tudi konziliarni kardiolog in sodelavec laboratorija za kardiorespiratorno diagnostiko na Golniku. Že zgodaj je spoznal pomen neinvazivnih diagnostičnih metod v kardiologiji. Z nekaj mladimi sodelavci je uvedel pri nas ehokardiografijo in nekatere elektrokardiološke metode. Iz kar-



diopulmonalne diagnostike izhaja tudi njegova doktorska disertacija »Pljučne funkcije pri mitralni hibi«, ki jo je obranil leta 1974. Leta 1975 je bil izvoljen za izrednega, leta 1980 pa za rednega profesorja za predmet interna medicina – kardiologija na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Bil je vodja podiplomskega tečaja iz kardiologije in sodeloval na podiplomskem študiju iz pulmologije. Med letoma 1976 in 1991 je vodil Interne klinike Zaloška v Ljubljani. Do leta 1980 je bil hkrati predstojnik Inštituta za klinično kardiorespiratorno fiziologijo, od takrat dalje pa predstojnik Centra za bolezni srca in ožilja; slednji je nastal z združitvijo Klinike za bolezni srca in ožilja in prej omenjenega Inštituta. Nekaj časa je bil podpredsednik Medicinskega sveta Univerzitetnega kliničnega centra in član kolegija predsednika poslovnega odbora.

Pomembno je tudi jubilentovo delo na področju klinične farmakologije, s katero se ukvarja dolga desetletja. Bil je član stalnega strokovnega sveta za vprašanja farmakoterapije pri Zveznem zavodu za zdravstveno varstvo v Beogradu in v treh mandatnih obdobjih član zvezne komisije za zdravila. V posebni delovni skupini je sodeloval pri uvajanju sodobnih meril pri registraciji zdravil. Skupaj s prof. dr. Kozjekom je uvedel prve študije farmakokinetike zdravil v Sloveniji. S področja farmakoterapije je predaval na številnih srečanjih in kongresih.

Bil je eden od pobudnikov ustanovitve Lipidnega odbora pri Združenju kardiologov Jugoslavije in po ustanovitvi njegov predsednik. Z delovanjem tega odbora so se pričele sistematske akcije za preprečevanje in zdravljenje hiperlipidemij in ostalih dejavnikov tveganja za razvoj koronarne ateroskleroze.

Jubilant je član številnih domačih in tujih strokovnih društev in združenj. V Slovenskem zdravniškem društvu je vodil Komisijo za stike z inozemstvom. Je član Nemskega kardiološkega društva in ustanovni član Mednarodnega združenja za monitorizacijo po Holterju.

Bil je mentor pri več magisterijih in doktoratih. Njegova bibliografija obsega 123 strokovnih in raziskovalnih publikacij. Je soavtor knjige Osnove internistične propedeutike.

Za svoje delo je prejel številna priznanja. Omenimo naj nagrado Sklada B. Kidriča (s sodelavci), priznanje Mednarodnega centra klinik v Clevelandu, častno priznanje mesta Ljubljana in državno odlikovanje reda zaslug za narod s srebrnimi žarki.

Prof. dr. Aleksander Janežič je s svojim strokovnim in organizacijskim delom prav gotovo dal svoj pečat dolgoletnemu obdobju slovenske kardiologije. Sodelavci mu želimo ob življenjskem jubileju mnogo sreče in zdravja.

PRIMARIJ DR. PAVLA JERINA-LAH – OSEMDESETLETNICA

Ivan Cibic

Dr. Pavla, tako jo kličejo in poznajo številni kolegi zdravniki ter mnogi še živeči ranjeni partizanski borci, predvsem s Primorske in Gorenjske, praznuje visoki življenjski jubilej, še polna misli in načrtov, kaj bo še opravila v tem in naslednjih letih. Luč sveta je zagledala 18. februarja 1915 v Borovnici, preživela rano mladost in študentska leta v Logatcu. Gimnazijo je končala v Ljubljani 1934. leta ter se nato vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani in diplomirala v Zagrebu 1940. leta. Po končanem stažu je volontirala na kirurškem oddelku bolnišnice v Ljubljani. Življenje v Ljubljani jo je vodilo v druženje z napredno intelektualno družbo, ki je občutila socialne krivice in zatiranje. Prav ta spoznanja so bila vodilo njenega izredno plodovitega in vztrajnega dela, ki je bilo vselej prežeto z veliko skrbjo za človeka, bolnika in ranjenca. Kot mlada specializantka na kirurškem oddelku je pričakala italijansko okupacijo Ljubljane. Je bila med prvimi članica matičnega odbora Osvobodilne fronte, ki je prevzel skrb za ranjene partizane in aktiviste, zbiranje sanitetnega materiala in instrumentarija za partizanske bolnišnice na Dolenjskem.



Po kapitulaciji Italije je odšla v partizane, kjer je zdravila ranjene partizane na območju Ribnice. Ob nemški ofenzivi so jo zajeli Nemci, odpeljali v zapore v Trst, od kjer je po srečnem naključju pobegnila in prispela v partizane na Primorsko. Na novo leto 1944 je prevzela vodstvo, upravništvo in vso kirurško delo v komaj zgrajeni partizanski bolnišnici v Trnovskem gozdu, ki je po njej dobila ime – Slovenska vojaška partizanska bolnišnica Pavla. Primorska jo je sprejela medse, postala je njihova, saj je v nepopisno težkih pogojih do osvoboditve v maju 1945 zdravila prek 1600 ranjencev in bolnikov. Njeno strokovno delo vojnega kirurga, čeprav je potekalo pogosto v velikem pomanjkanju pribora in zdravil, ob nešteti nemških ofenzivah, je dosegalo uspehe zdravljenja, podobnim urejenim armadam. Njena vestnost pri delu je posebno značilna tudi v tem, da je vodila vso dokumentacijo ranjenih partizanov in civilistov, ki je ohranjena v celoti do danes. Prav to bogato gradivo in vsa doživetja vojnih grozot, ki jih je skrbno zapisovala vso vojno, je z njej značilno čustvenostjo in prizadevnostjo opisovala v svoji knjigi »Partizanska bolnišnica Pavla v Trnovskem gozdu«.

Leta 1946 je nadaljevala s specializacijo kirurgije, vendar za kratek čas, saj je morala prevzeti skrb za organizacijo in delovanje transfuzijske službe v ljubljanski bolnišnici in bila njena upravnica do odhoda v Beograd leta 1948. Tam je končala specializacijo iz kirurgije.

Drugo značilno obdobje njenega strokovnega dela je bilo obdobje ustanovitve in vodenje transfuziološke službe Srbije od leta 1951 do 1969, ko se je upokojila in se vrnila v Ljubljano. Njeno delo na področju transfuzije je ogromno. Poleg organizacijskega dela v organiziranju službe, oblikovanju strokovnih meril, raziskoval-

nega dela, strokovnega dviga zdravnikov in tehničnega kadra, organizacije prostovoljnih dajalcev krvi v sklopu organizacije Rdečega križa, je bila tudi izdajanje Biltena transfuzije Jugoslavije, ki je pomembno vplival na strokovni razvoj te službe. V tem obdobju je napisala nad 40 strokovnih del, objavljenih v strokovnih revijah doma in v tujini, ter 15 referatov o transfuziji krvi in uporabi krvi kot zdravilo doma in v tujini.

Tretje obdobje njenega aktivnega delovanja je delo v Slovenskem zdravniškem društvu. Od ustanovitve Sekcije partizanskih zdravnikov, katere predsednik je bila polnih 13 let, tudi sedaj, ob še redko živečih partizanskih zdravnikih daje sekciji zagon za delo. V času njenega predsednikovanja je bil na občnih zborih društva prikazan razvoj in delo partizanske sanitete na Dolenjskem, Gorenjskem, Primorskem in Štajerskem ter izdani separati v ZV. Napisala je nad 20 člankov o delu partizanske sanitete, objavljenih v raznih revijah, in končno svojo knjigo, s katero se je oddolžila vsem ranjencem, ki jih je zdravila, primorskemu narodu za vso pomoč v času vojne in osebju bolnišnice. Prezreti ne smemo njenega prispevka za razvoj in boljše delo v slovenskem zdravstvu, ki ga je dala v družbenih organizacijah in tudi kot predsednica sveta Medicinske fakultete od leta 1976 do 1980. Za njeno požrtvovalno in nesebično delo, polno topline in tovarištva do ranjencev in bolnikov, je prejela številna priznanja in odlikovanja ter postala častna članica našega društva in častna občanka občine Idrija. Sem njen sopotnik in mi je bila vselej vzor zdravstvenega delavca od prvega srečanja na novoletni dan 1944 pa do danes. V živem spominu mi ostaja njen lik, ki ga želim izreči v pesmi kot voščilo: še mnogo lepih dni življenja med nami!

*Sneži, sneži, sneži...
na vsakem koraku smrt preži,
tam doli v grapi baraka stoji
v njej mlad, ranjeni partizan ječi.*

*Koraki, koraki, koraki...
biti po stezi čez drn in strn,
da reši bolečino in skrbi,
saj dan svobode se že dani!*

*Prišla je...
molk in tišina tako,
da še bolečina molči,
le up v srcih budi,
da življenje v nevarnosti več ni.*

*Topel pogled, nežne roke...
a tudi oster nož vibti,
da proč gre vsa bolečina,
in življenje se prebudi;
nasmejani obrazi, vesele oči,
spremljajo rešiteljico naših skrbi!*

*Naj Tvoje vse življenja dni
veselje in sreča bogati,
da vsem Tvojim in nam
prijetna srečanja podari!*

Nekrologi

POKOJNI LILJANI KUKMAN

Jože Kociper

Liljana, težko mi je in hudo, ko začenjam s tem pisanjem. Tako nenadoma in nepreklicno si odšla. To pismo te nikoli ne bo doseglo. Kljub temu pa čutim potrebo, da izrečem svoje misli. Rad bi odgrnil za trenutek tančico, ki zakriva skrivnost tvoje smrti.

Življenje je dostikrat takšno kot smrt: uhaja iz rok in nas pušča daleč zadaj, zasipa nas z darovi in duši z bridkostmi – na kraju, v smrti pa vsak ostaja sam.

Štiri leta sem te poznal in bil tvoj kolega in službi. Žal nikoli ni bilo priložnosti, da bi ti povedal eno svojih temeljnih izkušenj v življenju. Zgodilo se mi je tisti dan, ko sem stal ob postelji svojega očeta, ki je umiral. Ko je izdihnil zadnjikrat, sem začutil bližino onstranstva tostran. V zadnjem pogledu njegovih oči sem nenadoma zagledal odblesek svetlobe, ki obdaja temine našega bivanja. Zmeraj bolj sem hvaležen za to izkušnjo. Pred leti sem v bolnišnici zatisnil oči svojemu tastu. Tudi v dežurstvih se pogosto srečujem z umiranjem. Z vsako smrtjo drugih čutim nekoliko manj groze pred popolnim izničenjem naših posamičnih življenj. Zaradi tistega doživetja ob očetu bom v svoji uri umiranja gotovo nekoliko manj drhtel.



Ob tvoji nenadni smrti pa sem začel močno trepetati. In bolj ko razmišljam o tebi, o tvojem življenju in tvojem preprostem pogrebu v Trebnjem, bolj čutim nemir in svoji notranjosti. Kako je mogoče, da je vsak od nas otok, ki se tako nepovratno pogrezne v ocean smrti? Ali res ni več poti in sredstev, ki bi nas združevali in povezovali? Saj vendar v vsakem od nas – tudi v tebi – tli žilava želja po obstanku, po bivanju. Tudi ti si bila ukoreninjena v življenje. Liljana, zdaj te lahko gledam le z notranjim pogledom. Vidim te kot mlado, lepo žensko. Dostopna si in odprta do bližnjih, do domačih in tujih ljudi. Prizadevna v iskanju stika. Korektna pri delu. V delu si našla smisel in poslanstvo, ki ga je vredno opravljati. In znala si poskrbeti za svoje materialne potrebe. Pomoč drugim v stiski, vztrajnost in srčnost so bile tvoje osrednje vrednote in kreposti. Takšna ostajaš v mojih očeh in v mojem srčnem spominu. In vendar me žge v grlu trpka, neizpodbitna resnica, da si umrla stara komaj enaintrideset let. In prostovoljno si šla v smrt.

Kaj te je nagnilo v smrt?

Si želela morda do kraja uresničiti sanje, ki si mi jih zaupala pred dvema letoma? Videla si samo sebe, kako ležiš na postelji v narkozi in se ti približuje ženska, oblečena v belo in modro obleko – mislila si, da bi to lahko bila tvoja mama. Prime te za roko in te zbudi. Zbudila si se s čudovitim občutkom.

Takrat si mi razlagala, kako je ta podoba ženske in matere bila tvoj ideal in vzor zdravnice. Tudi ti si želela tako pristopati k ljudem in jih klicati v polnejše življenje.

Vendar pa si pred slabim letom izkusila tudi drugo plat teh sanj. V resnici si bila v komi in še v narkozi po hudi nesreči. Do skrajnih meja si doživela vlogo pacientke. To je izredno oplemenitilo tvoje zdravnikovanje. V zadnjih mesecih je bilo čudovito delati s teboj. V delu s pacienti si znala uravnoteženo črpati iz teh svojih mejnih izkušenj ob nesreči.

Ali si v svoji prostovoljni smrti želela z golimi rokami zgrabiti na videz nedosegljive oblake sanj? Ali si zares želela leči v zadnji spanec, globlji od narkoze, iz katerega se ne zbudi več noben človek? Ali pa te je vodilo upanje, da te bo vendarle zbudila neka mati, morda pramati našega bivanja? Te je zapeljala misel, da so sanje o nekakšni pramateri človekovega bivanja del sanj mnogih ljudi? Se ti je zdelo, da ne umiramo v nič, ampak se prek umiranja

vračamo nazaj v praživljenje? To se pravi v življenje, ki pa je tako drugačno, da je tu za nas kakor nič...

Liljana, toliko vprašanj je odprla v meni tvoja preuranjena smrt. In tudi drugi se sprašujejo. Vendar pa to sploh ni več pomembno. Vsak človek je večno vprašanje, ki išče odgovor. V resnici mi je najhujše zaradi tega, ker se nisem znal in mogel pravočasno pogovarjati s teboj. Oprosti mi, ker nisem bil pripravljen na globlje srečanje s teboj.

Strokovno izpopolnjevanje

POROČILO Z 2. PODIPLOMSKEGA TEČAJA IZ REVMATOLOGIJE

Marseille, 7.–13. september 1994

Nataša Fikfak

Od 7. do 13. septembra 1994 je v Marseillu potekal 2. seminar iz revmatologije za mlade evropske revmatologe, ki ga je organiziral EULAR. V l. 1993 sem se udeležila prvega seminarja v Leuvenu. Takrat sem bila zelo navdušena zaradi kakovosti programa in obilice informacij, ki sem jih dobila na enem mestu. Prav zato sem se odločila za ta nadaljevalni tečaj. Napovedane teme so bile namreč drugačne od lanskih. Iz Slovenije smo se udeležili skupaj s štirimi kolegi iz Maribora, Murske Sobote, Novega mesta in Izole. Vseh udeležencev nas je bilo okrog 100 iz praktično vseh evropskih držav ter držav bivše Sovjetske zveze, Južnoafriške republike in Kolumbije. Vsi smo bili nameščeni v študentskem domu v neposredni bližini bolnišnice La Conception, kjer je seminar potekal. Hranili smo se v študentski menzi, ki ji lahko zavida marsikatera restavracija. Od centra mesta smo bili oddaljeni približno 20 minut peš oz. 5 minut z metrom. Prvi dan nas je sprejel župan v mestni hiši, ki je verjetno ena najlepših renesančnih stavb v Marseillu. S kotizacijo 500 DEM so bili kriti vsi stroški.

Uradni in sporazumevalni jezik je bil angleški. Vzdušje je bilo zelo sproščeno, tako rekoč študentsko, saj smo bili udeleženci večinoma približno enake starosti in s podobnimi strokovnimi izkušnjami in predznanjem. To smo testirali že prvi dan s pisnim testom, kjer so bila zajeta vsa poglavja revmatologije, ki smo jih kasneje obravnavali v teku seminarja. Predavanja so bila organizirana v tematske sklope in so potekala od 9^h zjutraj do opoldanskega odmora, popoldne pa od 14^h do 19^h.

Večere smo organizirali večinoma sami, bili pa so nadaljevanje dneva – družili smo se v neformalne »mednarodne« skupine, kjer smo dolgo v noč izmenjavali ideje in uživali v mediteranski klimi. Prvi dan smo poslušali dve uvodni predavanji o epidemiološki situaciji revmatskih bolezni v Evropi ter o izobraževanju revmatologov v različnih državah Evrope. V severnih državah, Franciji in Veliki Britaniji je revmatologija posebna specializacija, ki traja 4–6 let.

Naslednji sklop predavanj je obsegal predvsem bolezni kosti od metaboličnih do osteoporoze in športnih poškodb. Spoznali smo se z diagnostiko, epidemiologijo in terapijo. V večernih urah pa smo imeli učno delavnico o osteoporozi. Terapija te bolezni se nekoliko razlikuje med različnimi evropskimi institucijami, o čemer smo zelo zagreto razpravljali.

Naslednji sklop predavanj je začel prof. Moutsopoulos iz Grčije, verjetno vodilni v svetu na področju Sjögrenove bolezni, ki nas je s svojim izbornim predavanjem popolnoma očaral; tako da so bila naslednja predavanja o virusnih artropatijah in tropski revmatologiji nekoliko manj zanimiva. Žal ni bilo prof. Smolena, katerega

smo že bili slišali govoriti o sistemskih boleznih veziva, vendar ga je popolnoma nadomestil prof. Ziedler, ki nam je predstavil diagnostične dileme nediferencirane spondilartropatije. Predavanje je bilo odlično predstavljeno in končni aplavz je potrdil privlačnost teme. Že na prvem seminarju je prof. Ziedler izredno plastično predstavil diagnostični algoritem reaktivnih spondilartritisov, tako da sem prvič dobila vtis o celovitosti teh bolezni. Letos nas je očaral z novo entiteto, tj. nediferencirani spondilartritis. Verjetno se s to boleznijo srečujemo zelo pogosto v redni revmatološki ambulanti, saj predstavlja klinično sliko prekrivanja sindromov spondilartropatij z značilnostmi perifernega oligopoliartritisa, entezopatije, prizadetostjo hrbtenice in z različnimi ekstraartikularnimi manifestacijami.

Tudi ta sklop predavanj smo zaključili s predstavitev primerov, ob katerih smo lahko razpravljali o diagnostičnih in terapevtskih pristopih.

V sklopu sistemskih boleznih veziva je prof. Valentini iz Neaplja predstavil več epidemioloških študij sistemske skleroze s poudarkom na raznolikosti zgodnje klinične predstavitve; prof. Serratrice iz Marseilla pa je povzel najpogostejše klinične sindrome polimiozitisa in dermatomiozitisa pri odraslih s predstavitvijo atipičnih oblik, npr. menopavzalno miopatijo, poikilodermatomiozitis, edematozni in amiotrofični polimiozitis. Posebna zanimivost pa je bila predstavitev miozitisa z inkluzijskimi telesci.

Prof. Yazici iz Turčije je vodil razpravo o vaskulitisu. Tudi na tem predavanju je zelo nazorno in didaktično predstavil razvrstitev vaskulitičnih sindromov glede na velikost prizadetih žil s posebnim poudarkom na PAN. Razpravljali smo o kazalnikih slabe prognoze in možnosti uporabe indeksa aktivnosti bolezni, tj. BVAS indeks, ki upošteva aktivnost bolezni, okvaro tkiv in funkcionalno prizadetost organov. V večernih urah je vodil razpravo o PAN na kliničnem primeru.

Prof. Balsa iz Madrida je povedal novejša spoznanja o revmatični polimialgiji tudi z razpravo ob primeru. Z enakim pristopom smo spoznali diagnostične in terapevtske dileme sindroma bolečega ramena.

Za večino udeležencev seminarja iz sredozemskih držav je bilo vsekakor zanimivo predavanje prof. Prasa iz Izraela o familiarni mediteranski vročici. Ostali udeleženci smo lahko le razmišljali o tem, ali smo kdaj v vsakdanji praksi sploh pomislili na možnost diferencialne diagnoze te bolezni glede na neobičajno klinično sliko in redkost bolezni.

Peti dan seminarja je bil posvečen boleznim hrbtenice: od prizadetosti vratnih vretenc v poteku revmatoidnega artritisa, nediskoidne ledvene bolečine, spondilodiscitisa in tumorjev hrbtenice. Spoznali smo se z novejšimi slikovnimi tehnikami. Predvsem so nas očarali kolegi iz Marseilla v sklopu predavanj o diagnostičnih možnostih NMR. Žal so moje izkušnje zelo skromne, zato pa lahko napišem, da sem videla izredne diagnostične možnosti s to novo preiskovalno metodo.

Zadnji dan predavanj je bil verjetno vrhunec ali poslastica za večino udeležencev, ki nas zanimajo sistemske bolezni veziva. Sklop predavanj je vodil prof. Shoenfield iz Izraela, ki je prav gotovo izreden predavatelj in nas je vse očaral z zbirnim predavanjem o sistemskem lupusu in antifosfolipidnih protitelesih. Z začetnim zanikanjem definicije SLE kot avtoimunske bolezni nas je popeljal skozi klinično sliko, serološke kazalnike in eksperimentalne modele APL sindroma do spoznanja, da je naše znanje o teh boleznih le delec v mozaiku avtoimunskih fenomenov. V nadaljevanju je prof. Bombardieri iz Pise predstavil indekse aktivnosti SLE in nove predloge za diagnostične kriterije te bolezni. Seminar smo zaključili s predavanji o revma faktorju v patologiji in diagnostiki revmatskih bolezni in ANCA avtoprotitelesih ter krioglobulinemijah. Vsako od teh je bilo vsekakor zanimivo, še bolj pa smo bili pozorni zato, ker smo ob koncu opravili test znanja oz. preizkus razumevanja predvanih tem.

Pravi slavnostni zaključek seminarja pa smo doživeli s sprejemom v regionalni skupščini, kjer nas je nagovoril predsednik regionalnega sveta Provance in nas pogostil z zelo bogatim banketom.

Tu smo lahko še nazadnje izmenjali izkušnje udeležencev iz različnih evropskih revmatoloških centrov.

Seminar je v celoti potekal v zelo sproščenem vzdušju, predavatelji niso bili le ex-catedra, ampak vedno dostopni za razgovor in prenos informacij. Tudi razgovori med udeleženci so bili tako izmenjava izkušenj kot tudi prijateljska razpravljanja o težavah pri vsakdanjem delu. Kljub različnim jezikom in oddaljenosti smo našli veliko skupnih točk. Mislim, da je bila to zelo pomembna izkušnja, predvsem pa spodbuda za nadaljnje delo in upanje v nove možnosti zdravljenja revmatoloških bolezni. Upam, da se bom lahko udeležila tudi naslednjih seminarjev.

Strokovna srečanja

POROČILO O TRETJI MEDNARODNI KONFERENCI O NENADNI NEPRIČAKOVANI SMRTI DOJENČKA

Stavanger, 31. 7. do 4. 8. 1994

David Neubauer

Stavanger je majhno turistično in konferenčno mesto ob jugozahodni obali Norveške, približno 200 km oddaljeno od glavnega mesta Osla. Mestece je zelo slikovito, saj je večina hiš lesenih in različnih barv.

V tem mestu se je letos zbrala skupina 400 ljudi; staršev, znanstvenikov, zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov, ki se ukvarjajo s problemom nenadne nepričakovane smrti dojenčka (NNSD).

Moto letošnjega srečanja je bil: Vaša prizadevanja nas približujejo rešitvam.

Sestanek se je začel v nedeljo z mašo zadušnico za vse umrle otroke. Potekala je v eni najstarejših katedral na Norveškem (iz XI. stoletja), v kateri se izvorni gotski stil prepleta s kasnejšim barokom. Vsak od staršev, ki je otroka izgubil zaradi NNSD, je prižgal svečo in kmalu jih je gorelo več sto.

Predavanja so potekala v nekaj kilometrov oddaljenem velikem konferenčnem centru, v različnih konferenčnih dvoranh, tako da je bilo res težko slediti vsem »naprej izbranim« predavanjem, saj so nekatera potekala istočasno. Razstava plakatov je bila v velikih hodnikih, tako da je bilo med odmori dovolj časa za ogled najpomembnejših. Najprej je predavala psihologinja Doris Zagdanski, ki je zelo občuteno (saj je tudi sama izgubila otroka zaradi NNSD) prikazala vse stopnje, ki jih doživljajo starši po taki izgubi otroka:

- izguba nadzora nad seboj,
- izguba samospoštovanja,
- izguba upov v prihodnost,
- izguba vere in življenjskih vrednot
- in izguba starševske vloge.

Temu predavanju je sledila panelna razprava vodilnih patologov o tem, ali je NNSD sindrom ali zgolj naključno srečanje številnih dejavnikov. V tej diskusiji so med drugimi sodelovali: M. Valdes-Dapena, G. Norvenius, E. Mallet, P.J. Berry in J. Huber. Vsem je bilo skupno vprašanje, ali danes, 25 let po postavljeni definiciji NNSD, vemo kaj več o tem sindromu. Vemo predvsem, kateri so tisti preventivni ukrepi, ki jih moramo upoštevati, če želimo incidenco NNSD še naprej zmanjševati. Nekatere države so pojavnost sindroma NNSD več kot razpolovile le s tem, da so javnost seznanile s preventivnimi ukrepi in jo poučile o tem, kako pomembno je, da jih starši skrbno upoštevajo. Ene same etiologije

pa seveda ni. Tu gre za niz dejavnikov (genetskih, okolja, presnove, možnosti okužbe, vzorca srčno-dihalnih funkcij in zrelosti možganskega debla), ki se v določenem trenutku hkrati pojavijo (in se zatorej negativnosti seštevajo) pri enem samem otroku. Najbolj ranljivo obdobje je prav dojenčkovo obdobje med 3. in 6. mesecem starosti. Nova definicija, ki pa v ničemer ne spodbija stare, le nekoliko bolj poudarja spanje, je: nenadna smrt dojenčka, ki je časovno tesno povezana s spanjem in ki je ne moremo pojasniti tudi po skrbni patomorfološki preiskavi.

V bolj fiziološko (celo nekoliko filozofsko) usmerjenem predavanju je P. Johnson iz Oxforda poskušal pojasniti vprašanje: Zakaj se prav moj otrok ni več zbudil?

Od obdobja ploda naprej obstaja nekakšna kontinuiteta, kjer se prepletajo vplivi genetske predispozicije, nenormalne plodove prehrane (materino kajenje), intrinzični dejavniki in povezava med otrokom in starši. Johnson meni, da bi nas moralo skrbeti predvsem v primerih, v katerih je zavrt intrauterina rast, kajti nadomestek za hitrost metabolizma je pravzaprav nadzor srčno-dihalnih funkcij. Zato je pri novorojenčku izredno pomembno merjenje kožne gube, s katerim ugotovimo, ali je morda rast zavrt ali ne. Pomemben pa je tudi zgodnji stik materine kože z otrokovo kožo, ker ta dokazano zveča hitrost presnove, izboljša dihanje, zmanjša število dihalnih premorov, omogoča pa tudi boljše hranjenje in s tem povezan hitrejši odpust iz bolnišnice.

P. Fleming iz Londona je svoje predavanje o vplivu temperature na pojav NNSD začel nekako takole: če vas zebe, boste morda staknili prehlad, ne boste pa umrli. Presnova, prehranjenost, temperatura, dihanje, spanje in dojemljivost za okužbe so med seboj tesno povezani in eden od drugega odvisni.

Hunt iz ZDA pa je še vedno goreč zagovornik hipoteze, da je dihalni premor glavni dejavnik, ki je vpleten v NNSD. Disfunkcija ali nezrelost možganskega debla vplivata neposredno na spanje, uravnavanje srčno-dihalnih mehanizmov in reakcije zbujanja, vse to pa se kaže kot dihalni premor z bradikardijo ali brez nje, kar lahko zabeležimo na različne načine. Govoril je tudi o otrokovi legi v spanju. Vsi vemo, da otrok na trebuhu spi več (za 16%) in bolje (ne REM spanje se zveča za 25%), in vsi vemo, da po zakonitosti težnosti ta položaj omogoča odprtost zgornjih dihalnih poti in s tem preprečuje obstruktivne dihalne premore in smrcanje. Seveda pa za NNSD velja prav obratno, kar pomeni, da je udeležba obstruktivnih dihalnih premorov pri tem sindromu nepomembna, ker ni nevarno obstruktivno dihanje, ampak ponovno vdihavanje ogljikovega dioksida (CO_2). Zakaj je tako? Mar so ti otroci manj občutljivi na povečano vsebnost CO_2 v zraku (in se ne odzovejo fiziološko s potrebno hiperventilacijo, tako da se dobesedno »zadušijo v lastnem izdihnem zraku«)? Ali pa so morda pretirano in/ali paradoksnno občutljivi na povečano vsebnost zvečanega CO_2 ?

Tem glavnim predavanjem je sledila še vrsta krajših predavanj, na koncu pa je bilo predstavljenih še več kot 150 plakatov. Med najzanimivejšimi kratko predstavljam le nekatere.

Mage je proučeval vplive okolja na Havajih, kjer med zimo in poletjem ni sprememb temperature in kjer ni onesnaženosti zaradi vremenskih vplivov. Ugotovil je, da je smrtnost zaradi NNSD še vedno največja pozimi, kar pomeni, da je NNSD bolj povezana z okužbami (ki so zaradi šole in večjega vala turistov pozimi tudi na Havajih pogostejše).

Švedski avtorji so ugotovili, da je najboljši označevalec pri navideznem življenju ogrožajočem dogodku zvečana vsebnost hipoksantinov v možganski tekočini in v plazmi, medtem ko bo za določanje sveže okužbe dihal (zlasti virusne) v kratkem postal interleukin-1 beta.

Belgijski avtorji so celo ugotovili, da je pojavnost gastroezofagealnega refluksa, kot tudi centralnega dihalnega premora, pogostejša pri legi na trebuhu. Preiskavo na refluksu vedno opravijo le z ultrazvokom.

J. Millerad iz Stockholma je raziskoval vpliv nikotina in kotinina na nastanek zahiranosti in pojav NNSD. Ugotovil je, da je materino kajenje v nosečnosti največji dejavnik tveganja, medtem ko kajenje

očeta ni statistično značilno. Na koncu je celo špekuliral, da bi utegnile imeti materine kadilske navade in pojavnost NNSD isti genski označevalec.

H Lagercrantz je spet zagovarjal svojo teorijo, predvsem o disfunkciji avtonomnega sistema. Izhajal je iz tako imenovanega paradoksnega odgovora, kjer se plod in novorojenček na hipoksijo odzove z bradikardijo in dihalnimi premori, in da bi do takega refleksa (ki ga pri večjih poznamo kot refleks ohromitve zaradi strahu in kot refleks potapljanja pri vodnih sesalcih) lahko prišlo zaradi agonije v zadnjih trenutkih življenja, ko naj bi odpovedali glavni centri, ki so pomembni za oživljanje. Ti pa so: nadledvičnici, paragangliji in locus ceruleus. Le-ti pa delujejo le do 3. meseca starosti, potem pa oslabijo, kajti njihove (zlasti simpatične) funkcije prevlada vagus.

Med patološkimi študijami je bila najzanimivejša študija patologinje Kinney in Harvarda, ki je jasno dokazala, da gre pri vseh žrtvah NNSD za hudo hipoplazijo arkuatnega jedra na ventralnem delu medule oblongate. V nekaterih primerih sindroma kongenitalne hipoventilacije pa je odkrila celo popolno agenezijo tega jedra.

Avstralski avtorji so dokazali, da kratkotrajna hipoksija zveča reakcijo zbujanja, večkratna, ponavljajoča se in kronična hipoksija pa jo izrazito zmanjša.

Skupina iz Osla je pokazala prve korake do možnega »presejanja« otrok z navideznim življenju ogrožajočim dogodkom (NŽOD). Izhajali so iz znanega dejstva, da imajo žrtve NNSD pomembno zvečano vsebnost hipoksantinov v steklovinu. Ko pa so merili razmerje med hipoksantini in kreatininom v seču, so ugotovili, da imajo otroci z NŽOD še osem ur po takem dogodku zvečane vrednosti, medtem ko so imeli kontrolni otroci in sorojenci otrok z NNSD normalne vrednosti.

Na koncu naj še povem, da sta bila v času kongresa tudi dva zelo uspešna sestanka sodelujočih v ECAS. To je usmerjena evropska študija za preprečevanje NNSD, v kateri bo v letu 1995 sodelovalo 12 evropskih držav, med njimi tudi Slovenija.

Namen študije je predvsem raziskati epidemiološke dejavnike in dejavnike okolja v zvezi z NNSD in v primerjavi z zdravimi dojenčki enake starosti.

Ob zaključnem koncertu odlične norveške pevke, ki je pela znano pesem Michaela Jacksona »We are the world«, smo spoznali, da smo, čeprav smo se zbrali na Svetovni konferenci NNSD, glede poznavanja vzrokov tega sindroma res še otroci in da bo potrebnih še veliko prizadevanj, preden se bomo približali končnim rešitvam.

Udeležbo na Konferenci v Stavangerju mi je v celoti omogočila Pediatrična klinika Kliničnega centra, za kar se jim iskreno zahvaljujem.

I. MEDNARODNI SIMPOZIJ O ASISTIRANI REPRODUKCIJI

Bled, 16.–18. oktober 1994

Marija Pompe-Tanšek

Minilo je deset let, odkar sta se v Sloveniji rodili prvi dvojčici s postopkom zunajtelesne oploditve. Od takrat se je rodilo 985 otrok in Ginekološka klinika v Ljubljani se je odločila, da bo organizirala I. mednarodni simpozij o asistirani reprodukciji. Pokrovitelj simpozija, ki je potekal od 16. do 18. oktobra 1994 na Bledu, je bil predsednik Republike Slovenije Milan Kučan. Povabili smo vodilne tuje strokovnjake s tega področja. Povabilo so se odzvali profesorji R. Goswami in S. L. Tan iz Velike Britanije, Z. Blumenfeld, R. Homburg in J. Schenker iz Izraela, W. Feichtinger iz Avstrije, M. Plachot iz Francije, P.L. Nayudu iz Nemčije, M. Seppala

s Finske, A.R. Genazzani iz Italije, B. Tarlatzis iz Grčije, J. Yovich iz Avstralije in A. Kurjak s Hrvatske.

V nedeljo ob 19. uri je simpozij odprla predsednica organizacijskega odbora prof. dr. Helena Meden-Vrtovec. Pozdravni govor je imel častni predsednik simpozija in direktor Ginekološke klinike v Ljubljani prof. dr. Božo Kralj, ki je na kratko opisal delo klinike na področju asistiranе reprodukcije. Simpozij je v imenu predsednika Republike Slovenije in Ministrstva za zdravstvo pozdravil državni sekretar prim. dr. Janez Zajec. Župan občine Radovljice dipl. ing. Vladimir Černe je zaželel simpoziju uspešno delo in povabil vse sodelujoče na ogled Bleda in njegove čudovite okolice. Sledil je kratek kulturni program, ki ga je povezoval odlični dramski igralec Vojko Zidar. Za program sta poskrbela Ljubljanski oktet in otroška plesna skupina z Bleda.

Simpozija se je udeležilo 150 tujih in domačih zdravnikov. V ponedeljek je z odličnim uvodnim predavanjem začel delo profesor Schenker iz Izraela. Predavanje je bilo posvečeno etičnim problemom, ki jih je na področju asistiranе reprodukcije izredno veliko. Zanimivo je to, da imajo različne dežele do določenih problemov zelo različen pristop. Nujno pa je, da vsaka dežela izdela določene smernice in predpise, ki obvezujejo tako strokovnjake kot tudi bolnike.

V dopoldanskem času tega dne so bila predavanja posvečena indukciji ovulacije. Velik problem predstavljajo policistični ovariji, zato je mnogo avtorjev poročalo o tem, na kakšen način in s katerimi zdravili skušajo pridobiti zrele jajčne celice. Pri tem je bilo poudarjeno, da se je treba zavedati možnih zapletov pri hiperstimulaciji.

V popoldanskih prispevkih so avtorji prikazali, kako ravnati z nosečnico, ki je zanosila po različnih postopkih asistiranе reprodukcije. Razvidno je bilo, da se odstotek spontanih splavov bliža odstotku spontanih splavov pri ženskah, ki so zanosile po naravni poti. Ugotovili so, da je problem zunajmaternične nosečnosti prisoten in predlagali različne načine, kako jo preprečiti.

Drugi dan dopoldne je začel delo profesor Y. Yovich z izredno nazornim predavanjem o metodah zdravljenja moške neplodnosti. Osvetlil je vse načine zdravljenja in poudaril, da je v zadnjem času najuspešnejši neposredni vnos spermija v jajčno celico (mikromanipulacija).

Asistiranе reprodukcije si ne moremo več predstavljati brez ultrazvoka. Kako ga je najbolje uporabiti in kakšne rezultate lahko pričakujemo, je v odsotnosti profesorja A. Kurjaka iz Zagreba prikazala dr. S. Kupešičeva iz Zagreba.

Zanimiva je bila razprava za okroglo mizo, ki jo je vodila profesorica L. Andolšek na temo Asistirana reprodukcija in privatna praksa. Povabila je tuje strokovnjake, ki se z njo že leta ukvarjajo v deželah, kjer je privatna praksa ves čas prisotna. Ugotovili so, da so predpisi v različnih deželah različni in veljajo v enaki meri za delo v privatni praksi kot v javnih ustanovah. Zakoni morajo obravnavati zelo natančno vse postopke asistiranе reprodukcije in določati, pod kakšnimi pogoji se lahko izvajajo. Vedno se moramo zavedati, da ravnamo pri teh postopkih z genetskim materialom.

18. oktobra ob 17. uri je predsednica organizacijskega odbora zaključila simpozij.

Poskrbeli smo tudi za družabni program. Za spremljevalke in spremljevalce udeležencev simpozija sta bila organizirana obisk Ljubljane in ogled Bleda z okolico. V ponedeljek zvečer je bil v župnijski cerkvi na Bledu koncert, v terek pa slavnostna večerja v vili Bled.

Organiziranje simpozija so finančno podprle farmacevtske firme in proizvajalci medicinske opreme, glavni sponzor prireditve je bila farmacevtska družba SERONO. Ob času simpozija so farmacevtske firme in proizvajalci medicinske opreme priredili razstavo svojih proizvodov.

Ob samem simpoziju smo prejeli mnogo pohval samih predavateljev, kot tudi ostalih udeležencev simpozija. Glede na to, da je bila tema zelo specifična, je bilo število udeležencev razveseljivo visoko. Vsi so se izredno dobro počutili na gostoljubnem Bledu.

1. SVETOVNI KONGRES HRVAŠKIH STOMATOLOGOV – 1. SVJETSKI KONGRES HRVATSKIH STOMATOLOGA

Matjaž Rode

Od 3. do 5. novembra 1994 so hrvaški stomatologi pripravili svoj prvi strokovni kongres v novi državi in mu nadeli ambiciozen naslov: 1. svjetski kongres.

Ambicije organizatorja so namreč bile, da bi v Zagreb privabili tudi tiste kolege, ki so se s trebuhom za kruhom podali po svetu. Kongres je potekal v zagrebškem hotelu Intercontinental, in to pod pokroviteljstvom dr. Franja Tuđmana, predsednika Republike Hrvatske, in v organizaciji Stomatološke fakultete v Zagrebu in Stomatološkega društva pri Hrvaškem zdravniškem združenju.

Dvorane in ostali prostori velikega hotela so nudili vse udobnosti in ugodnosti kongresa »na enem mestu« udeležencem, ki se jih je zbralo okoli 700.

Po svečani otvoritvi in nekaj pozdravnimi govori se je pričel strokovni del kongresa. Najprej so bili na vrsti povabljeni predavatelji, ki so prišli iz nekaterih evropskih držav.

Med njimi je bila »prva dama« evropske oralne patologije profesorica Banoczyjeva iz Budimpešte, ki je v svojem izredno zanimivem predavanju o oralnih prekancerozah poudarila pomen zgodnjega odkrivanja prekanceroznih stanj v ustni votlini in seznanila poslušalce z novim načinom klasifikacije oralnih prekancerov, ki je zasnovan podobno kot TNM klasifikacija tumorjev.

Skupina avtorjev iz Nemčije je poročala o izkušnjah z enosealnimi dentalnimi implantati. Profesor Slavicek, ki ga mnogi imajo za enega vodilnih teoretikov na področju kinetike zobnega organa, je prikazal možnost računalniške analize nekaterih nepravilnosti pri žvečenju in opozoril, da glavna vloga zob že dolgo ni več žvečenje, ampak fonacija. Njegova zasluga je, da Dunaj, kjer živi in dela, postaja spet pomembno mesto za razvoj nekaterih stomatoloških ved.

Že v uvodnih predavanjih se je v vsej svoji krutosti pojavila tudi trenutna balkanska stvarnost, saj so kolegi, maksilo-facialni kirurgi prikazali oskrbo vojnih ran v predelu ustne votline in predavanje podkrepili z množico naravnost grozljivih posnetkov predvsem strelnih poškodb obraznih tkiv.

Profesor Wirz iz Basla, eden od najbolj znanih evropskih strokovnjakov za dentalne materiale, je ponovno argumentirano zavrgel očitke o toksičnosti dentalnih amalgamov; sam sem bil povabljen v Zagreb, da predstavim lastne izkušnje, ki sem jih pridobil pri večletnem delu z enosealnimi dentalnimi implantati in da opišem moje sodelovanje z nekaterimi nemškimi raziskovalci dentalnih materialov.

Drugi dan se je kongres nadaljeval ločeno v več dvoranah. Teme so bile smiselno združene po posameznih specialnostih stomatološke vede.

Kongres je potekal v svečanem vzdušju in z bliščem, ki ga včasih prav pogrešam pri naših strokovnih sestankih. Radio in televizija sta kongresu namenila veliko časa in časopisi veliko prostora.

Večerni klepeti predavateljev s člani organizacijskega odbora in nekaterimi priznanimi hrvaškimi stomatologi pa so še dodatno vplivali na prijetno počutje in mojo ugodno končno oceno kongresa.

Delo SZD

PREDSTAVITEV KNJIGE

Bogdan Leskovic

V Mariboru so 25. januarja 1995 predstavili že drugo knjigo iz cikla *Medicina in pravo*, skupno delo pravnikov in zdravnikov, ki obravnava aktualne teme in skupne probleme pravnikov in zdravnikov. Slovesnost je bila ne le strokovni, ampak tudi kulturni dogodek v belo-zlati, zrcalni Kazinski dvorani Slovenskega narodnega gledališča, ki so jo udeleženci napolnili do kraja. Vodili so jo dr. Jelka Gorišek, prof. dr. Šime Ivanjko in dr. Vojko Flis.

V prvem kulturnem delu je podal dramski umetnik Vlado Novak recital z dvema deloma, godalni kvartet Zdravniškega društva Maribor pa je zaigral dvoje krajših del iz Mozartovega opusa.

V drugem strokovnem delu so prisotne pozdravili sekretar Ministrstva za pravosodje g. Lučovnik, rektor ljubljanske Univerze akademik prof. Tišler, rektor mariborske Univerze prof. Toplak, mariborski župan prof. Križman, dalje še predstavniki pravnih in zdravniških organizacij.



Sl. 1. *S predstavitev (z leve proti desni): prof. dr. Ada Pavčnik-Polajnar, prof. dr. Jože Drinovec, prof. dr. Anton Dolenc, asist. dr. Vojko Flis, dr. Jelka Gorišek in prof. dr. Šime Ivanjko.*

Sledila je predstavitev knjige:

Medicina in pravo II. Odgovornost zdravnika. Medicinska napaka. Uredila: Vojko Flis, Viktor Planinšec. Sourednika: Jelka Gorišek, Šime Ivanjko. Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor, Maribor 1994. 180 strani.

V prvih uvodnih besedah razvija Jelka Gorišek svoje misli iz mota strokovnih pravnih in zdravniških srečanj »Primum bonum facere – primum nil nocere«. V boju za ohranitev človekovega zdravja in življenja je nepogrešljiv zdravnik, za obrambo in zaščito človeških pravic pa pravnik. Nista nasprotnika, oba imata isti cilj – koristiti človeku.

Druga uvodna misel je pravniška Viktorja Planinšeca, ki ugotavlja, da pravo zaradi nujnega sožitja med ljudmi razrešuje različne poglede in sporna razmerja med njimi. Med delom pravnik in zdravnik pa je vsaj deontološko gledano bistvena razlika. Zdravnik je dolžan vedno in povsod pomagati ljudem v stiski, pravnik-sodnik pa je pravo dolžan uveljavljati le v organiziranem okviru svoje funkcije.

Uvodne misli Šime Ivanjka so posvečene dilemam pri vprašanju odgovornosti za škodo, ki jo lahko pri zdravljenju pretrpi pacient oziroma klient pri nudenju pravniške pomoči. Tema je strokovno zapletena na obeh straneh in na zastavljena vprašanja ni dokončnih odgovorov.

Vojko Flis se v svojem zapisu »Namesto predgovora« že na začetku ustavi pri tezi in antitezi: Nezmotljivost ni človeška lastnost, a pravi zdravnik je predvsem človek. Pri temi o zdravnikovi odgovornosti

in o medicinski napaki postavlja ob nedavnih tragičnih dogodkih naslednja vprašanja: Kakšna je sistemska in zakonska ureditev slovenskega zdravstva, primerjalno z deželami demokratičnega zahodnega vzorca? Kakšna naj bo obravnava zdravniške napake? Kakšno naj bo pravno varstvo obeh vpletenih strani – bolnika in zdravnika? Po kritičnem razmišljanju naših tozadevnih razmer zaključiti, da gre pri nas po obstoječi ustavi in kazenski zakonodaji za povsem individualno povezanost med zdravnikom in bolnikom. In sedaj ključno vprašanje: kako učinkovito pravno zaščititi razmerje med bolnikom in zdravnikom?

In referati:

Jože Drinovec obravnava problem Zdravnik in javna beseda, Anton Dolenc poklicno odgovornost zdravnika, Vojko Flis medicinsko napako. Ada Polajnar-Pavčnik se loteva problema Od zdravniške napake do »informed consent«. Zlatko Dežman razpravlja o kriterijih za presojanje poklicne odgovornosti pri kirurških posegih. Vojko Flis sproža vprašanje: Katalogizacija medicinskih napak? Zlatko Dežman govori o metodi tipizacije pojasnitvenega postopka v zdravstvu in Igor Strnad o pojasnevalni dolžnosti zdravnika v sodni praksi Republike Avstrije. Odškodninsko odgovornost zdravstvenega zavoda kot pravne osebe podaja Viktor Planinšec. O zavarovanju poklicne odgovornosti zdravnika je s pravne strani obdelal Šime Ivanjko, z zdravnikove pa Matjaž Rode. Karel Zupančič je podal sklepni referat »Varstvo življenja pred rojstvom in osebne pravice ženske, ki ga nosi«. Dodane so ključne besede za dober pregled zbornika.

Sledili so še bogati strokovni razgovori in kramljanje med kolegi v predsobi dvorane – bifeju.

Strokovna srečanja pa ne bi bila tradicionalna, če ne bi napovedali še nadaljnje, že četrtega strokovnega posveta Zdravniškega in Pravniškega društva Maribor za 22. marec t.l. na temo: Zdravnikova pojasnjevalna dolžnost (informed consent).

PREDSTAVITEV KNJIG

Bogdan Leskovic

Ob slovenskem kulturnem prazniku je bila na SZD 9. 2. 1995 predstavitev knjig, in kot se za praznik spodobi, je šlo za troje zdravniških literarnih del. Predsednik SZD prof. dr. Anton Dolenc je v uvodu poudaril velik prispevek slovenstvu in njegovi kulturi s strani primorskih Slovencev, med katere se upravičeno prišteva tudi dr. Rafka Dolharja, zdravnika, univerzitetnega profesorja, planinca in pisca, ki je avtor te svoje že enajste knjige. Predsednica komisije za informacije pri SZD dr. Danica Rotar-Pavlič je v nadalje vodila predstavitev pesniške zbirke dr. Terezije Potokar in dr. Primoža Jovana.

Rafko Dolhar: *Od Trente do Zajzere*. Julius Kugy, slovenske gore in ljudje. Goriška Mohorjeva, Trst 1994, 144 strani, 14 umetniških avtorskih fotografij, 3 zemljevidi.

V tej knjigi »hodi« avtor po sledih Juliusa Kugyja (1858–1944), priznanega alpinista in humanista. Po njegovi zaslugi zažive ob prebiranju njegovih knjig pred nami slovenske gore, naši ljudje in naša preteklost, kot jih je doživljal sam v teku dolgih let. Knjiga se nam predstavlja z odlomki njegovih del, avtor pa jih je približal sedanjemu času s tem, da jih je povezal v celoto s svojimi komentarji in podoživljanjem. Gre bolj za Kugyjevo monolog kot dialog, niti ne za roman ali biografijo. Avtor namenja knjigo predvsem mladim bralcem, katerim je spomin na Kugyja že zbledel, da bi pristopali v gore z ljubeznijo in strpnimi odnosi med ljudmi, v kar jih navaja gorniško življenje.

Terezija Potokar: *Za rojstni dan. Andražu, Marjanci in Gregu za njihovo pomlad*. Samozaložba, Kranj 1994. 36 strani.

Poezija teh trindvajsetih pesmi je prava ženska poezija, ki jo preveva topla materinsko čustvo. Čeprav odsevajo pesmi izrazito osebno doživetje in doživljanje življenja, okolja in sveta, so tudi toliko splošne, da lahko ponazarjajo občutenje in doživljanje marsikatero matere. Pesmi prikazujejo odnos med materjo in otrokom, ali bolje, odnos matere do otroka od spočetja, prek vse nosečnosti do poroda in dalje do prvih korakov v družinski svet. Zadnje tri pesmi pa so posvečene pogledu otroka na mater in očeta. S tem je zaključen spev ljubezni v družini.

Primož Jovan: *Ptica in neon*. Didakta, Radovljica 1993. 72 strani. Že iz naslova pesniške zbirke se da razbrati, da gre pri teh sedemdesetih pesmih za podoživljanje današnjega sveta, življenja in narave. V prvih vrsticah pesmi je opis motiva, nato sledi izčiščenje, v zadnjih vrsticah pa je povzetek. Obdelava pesmi je podobna kiparskemu delu, ki daje vtis z vseh strani.

Predstavitev dveh novih medicinskih knjig je bila tudi 22. 2. 1995. Uvod je podal generalni sekretar SZD prof. dr. Zvonimir Rudolf, predsednica Komisije za informacije pri SZD dr. Danica Rotar-Pavlič pa je predstavitev v nadalje vodila kot običajno.

Nujna stanja. 3. izdaja. Urednik Janko Kersnik. Avtorji: Igor Švab, Jože Lokar, Jurij Petrin, Andrej Žmavc, Tone Košir, Janko Kersnik, Martin Možina, Štefan Kopač, Nedeljko Krevs, Ciril Kržišnik, Marjana Kuhar, Janez Primožič, Milan Štrukelj. Strokovni sodelavci: Matija Horvat, Martin Janko, Vasilij Cerar, Vladimir Smrkolj, Gorazd Kolar.

Sekcija za splošno medicino SZD, Ljubljana 1994.

Knjiga je urejena pregledno, tabelarično in kartotečno. Ima naslednja poglavja: interna medicina, nevrologija, psihiatrija, kirurgija, ginekologija in porodništvo, pediatrija, okulistika, zastrupitve, posegi, oprema.

Sedanja tretja izdaja 1994 (predhodni 1988 in 1990) je predelana in posodobljena ter je plod priporočil in dopolnil iz prakse. Predvsem naj olajša reševanje strokovnih vprašanj pri delu z bolnikom v nujnem stanju bodisi na obisku ali v ambulanti. Ni zbirka predpisov, temveč le pomoč pri iskanju lastnih poti in organizacijske sheme prilagojene lastnim razmeram. Tako ravnanje zagotavlja tudi določeno varnost v spornih primerih. Knjiga je plod dela zdravnikov splošne medicine in drugih specialističnih strok.

McMinne: R. M. H., Hutchings R. T., Pegington J., Abrahams P. H. *Barvni atlas anatomije človeka*. Prva slovenska izdaja. Urednik slovenske izdaje: Dean Ravnik. Prevajalci v slovenščino: Vita Čebašek, Marjana Hribnik, Senja Mali-Brajovič, Erika Snoj-Cvetko, Vika Smerdu, Bojan Vandot. – EWO-DZS, Ljubljana 1995. 360 strani. Osnova atlasa so barvne fotografije izdelanih anatomskega preparatov, kar je prednost pred idealiziranimi risbami. Človeško telo obravnava po načelu »od glave do pete«. Kljub temu da je zasnovan topografsko, se da iz njega brez večjih težav izluščiti tudi sistematska poglavja. Posamezna poglavja (glava, vrat in možgani, hrbtenica in hrbtenjača, zgornji ud, prsni koš, trebuh in medenica, spodnji ud, v dodatku pa še skelet, mišičje, arterije, vene, žilci, mezočni sistem, mišice in prestopišča v lobanji) so urejena tako, da je najprej opisan skelet, nato pa površinska anatomija. Podpoglavja si sledijo, kot bi študent seciral sam. Zato so prikazana vedno globlja področja, ki se praviloma končujejo s sklepi. Opombe poudarjajo posebnosti ali njihov klinični pomen. Zahtevnejše slike so pojasnjene s skicami. Rentgenske, magnetno-resonančne in ultrazvočne slike povezujejo predklinično s klinično medicino.

Angleški izvornik uporablja zvečine angleške ali anglizirane latinske izraze. Zato so imeli prevajalci pred seboj zelo zapleteno delo. Vodila je misel, da mora bralec besedilo tekoče brati in ga z lahkoto razumeti. Zadrege je bila, ali uporabljati originalen latinski, poslovenjeni ali slovenski izraz. Enega samega pravila niso našli. Kdaj in do katere mere uporabljati eno od treh možnosti, je bilo prepuščeno dogovoru in koordinaciji med prevajalci. Zavedajo se kritik, menijo pa, da bo latinščina ali njena poslovenjena oblika

kljub vsem nasprotovanjem temelj medicinskega izrazoslovja tudi v prihodnje.

Atlas je namenjen predvsem študentom medicine in stomatologije ter mladim zdravnikom, prav bo pa prišel tudi drugim zdravstvenim strokovnim delavcem in vsem, ki morajo poznati zgradbo človeškega telesa.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 3/1935

Anton Prijatelj

Tretja številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini je izšla 31. marca 1935. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

- Ruptura vaginae et parametriae progrediens ad cavum peritoneale per corpus alienum
Dr. Bogo Skalický, sekundari splošne bolnišnice v Mariboru. Ob 60 letnici prof. Dr. G. Müllerja. Predavanje na VI znanstvenem sestanku mariborskih zdravnikov
- Diagnostika, diferencijalna diagnostika i terapija osteo-artikularne tuberkuloze
Dr. Miroslav Delić
Predavanje održavano na Golniku 16. IX. 1934
- Maligni tumorji debelega črevesa
Dr. Božidar Lavrič
- Prekužni indeks za tuberkulozo na Gorenjskem
Dr. Tomaž Furlan, asistent zdravilišča na Golniku
- O refrakciji naše mladine
Dr. Rainer Bassin
- Telovadba in človeško telo
Priv. doc. dr. B. Škerlj
- Moribundus adlatus
Dr. F. Hribar

Prekužni indeks za tuberkulozo na Gorenjskem

Dr. Tomaž Furlan, asistent zdravilišča Golnik, je ugotavljal, da stanje tuberkuloze v kakem kraju ugotavljamo s pomočjo števila umrlih oziroma s pomočjo števila bolnih za tuberkulozo. Ugotovil je, da sta oba načina dokaj nezanesljiva. Vzrok smrti določi ali mrliški oglednik ali domači župnik in ga vnese v mrliško knjigo, ki nam potemtakem ne more služiti kot objektivna osnova za presojo stanja tuberkuloze gotovega okoliša. Ravno tako slabo osnovo nam pa daje poznanje tuberkuloznih bolnikov. Noben dispanzer na svetu ne more reči, da pozna vse jetične s svojega področja. Odstotek teh nepoznanih še daleč ni tako majhen, da bi ga pri računih lahko prezrli; celo najbolj vodeni in najbogatejše fundirani dispanzerji ostajajo daleč od zaželenega 100-odstotnega poznanstva tuberkuloze v svojem okolišu.

»Vendar obstoja metoda, ki nam omogoča podati objektivna števila glede stanja tuberkuloze. Ta metoda je določitev prekužnega indeksa s pomočjo tuberkulinske reakcije, napravljene po vseh razredih krajevne šole. Na ta način dobljeno število lahko smatramo kot najobjektivnejše merilo tuberkuloze dotičnega kraja, kot njegov objektivni prekužni indeks. Izpolnjen mora biti le en pogoj: vse delo, ki je v zvezi s tuberkulinsko probo, posebno pa pregled izvrši *zdravnik sam*. Kakor je vse delo enostavno, tako je lahko goljufovo, posebno pri presoji in dvomljivih slučajih. Iz tega vidika bomo lahko najhitreje razumeli nesoglasja med našimi drugimi in rezultati.

Zaključno lahko ugotovimo: Za Gorenjsko velja prekužni indeks 30 za ljudske šole in indeks 50 za meščanske šole. Število smo povišali zato, da upoštevamo tudi one slučaje, ki so morda vključ visoki koncentraciji

tuberkuloznih raztopin še vedno ostali negativni in tudi zato, da dobimo praktična števila. Od sedaj bomo lahko smatrali kraje z indeksom nad 35 za ljudske šole kot močno okužene, kraje z indeksom pod 25 kot malo okužene.

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR S SLIKARJEM JOŽETOM TISNIKARJEM

Jože Tisnikar se je rodil leta 1928 v Mislinji pri Slovenj Gradcu. Tam je obiskoval osnovno šolo. Leta 1951 se je zaposlil v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec kot obdukcijski pomočnik. V tem letu se je pričela tudi njegova samosvoja slikarska pot.



Sl. 1. Slikar z ženo v svojem domu.

S svojimi deli je sodeloval na številnih samostojnih in skupinskih razstavah doma in v svetu, njegovo delo je predstavljeno v kar nekaj monografijah in katalogih. Za svoje delo je prejel številna priznanja in nagrade, med drugimi tudi priznanje Prešernovega sklada in Bernekerjevo nagrado. Danes živi in ustvarja v Slovenj Gradcu.

ZV: Kdaj ste pričeli slikati in kaj Vas je sililo v slikanje?

JT: Kako sem začel slikati? To je bilo že leta 1951 – kar dolga vrsta let nazaj – sem prišel v bolnico v službo in v prostih urah nisem vedel, kaj bi počel. Že kot otrok sem imel veliko veselje do risanja. To je bil moj najljubši predmet v osnovni šoli. Na začetku sem pač slikal z akvarelnimi barvami. Potem sem prišel v službo in sem kopiral stare mojstre. Ampak ne iz razglednic, iz revij, ki sem si jih izposodil v muzeju pri g. Sokliču. Spomnim se holandskih slikarjev – Breugla itd. Tako sem začel kopirati in to je videl prim.dr. Strnad – takratni direktor bolnišnice, ki je bil velik ljubitelj umetnosti in je imel veliko zbirko slik znanih slikarjev. V meni je videl talent in me je poslal s posredovanjem medicinske sestre Mire Češarek k akademskemu slikarju Karlu Pečku, ki je leta 1954 končal akademijo. Dvakrat tedensko sva se dobivala v njegovem stanovanju ali ateljeju in mi je pustil prosto pot izražanja. Rekel mi je, naj slikam tisto, kar čutim. Na začetku sva tudi risala piramide, kako pada senca. To sem opustil, anatomije nisem študiral (pa bi jo lahko, saj sem bil v službi v secirnici), ampak sem izražal v sliki to, kar sem občutil. Prva moja slika je bila obdukcija.

ZV: Kaj Vas je pravzaprav učil oz. naučil prof. Pečko? Dal Vam je svobodo, usmeritev, da rišete iz sebe, ali Vas je naučil tudi kaj tehničnega?

JT: Seveda, abecedo slike, kako se predmeti postavljajo, da ni slika prepolna. Kje je težišče slike. Če kompozicijo dobro obvladaš z leti, je slika lahko dobra. Glede tehnike pa: začel sem z oljnimi barvami iz tub. Kasneje, po letu 1960, sem bil tri tedne v Rimu in sem se zagledal v šolo Giotta v Vatikanu. Zagledal sem se v staro slikarsko tehniko, ki se imenuje jajčna tempera. Ta se meša z emulzijo in naravnimi pigmenti. Tako sem prešel do tehnike z jajčno tempero. Veliko pa sem študiral tehnologijo, predvsem slovenskega tehnologa Hudoklina, ki je bil profesor na ljubljanski akademiji.

ZV: Kako pa je prišlo do izbora tematike? Ena Vaših glavnih tematik je obdukcija, kar je v zvezi s svojci pokojnikov, prevzem predmetov in podobno.

JT: Slikal sem pač iz okolja, ki sem ga poznal. Hlebinjski navici slikajo kmečko življenje, ki ga poznajo. Sam pa sem slikal nepregledne množice, ki so prihajale objokovat svojce. Moje slikarstvo je zaobsegalo vse od rojstva do smrti.

ZV: Nekateri razlagajo to tematiko Vašega slikarstva s tem, da Vas je delo s trupli obremenjevalo oz. preobremenjevalo. Je to res?

JT: Kaj vem, vsa leta sem bil notranje nezadovoljen. Celozamorjen, vdal sem se tudi alkoholizmu. Dvakrat sem se celo zdravil. Če sem začel slikati, mi je bilo lažje. Na neki način sem se ob slikanju sproščal.

ZV: Barve, ki so zamolklo zelenkaste, se zdijo številnim temačne in težke. Ali so to barve zaradi Vaše tehnologije in zagledanosti v giottovsko slikarstvo ali zaradi barv v Vašem okolju?

JT: Ne bi rekel. Ni kriva jajčna tempera starih mojstrov, ki sem jo pričel uporabljati. Našel sem ambientu primerno barvo. Oljne barve so prežive, prekričeče. V jajčni temperi sem našel mir, spokojnost, mrak. Morda tega ne bi našel v drugi tehniki. Slike so takšne zato, ker je pač okolje formalinsko zeleno.

ZV: Mrak vam pomeni mir, spokojnost?

JT: Da, spokojnost. Še sedaj imam atelje v kleti, delam v mračnem okolju.

ZV: Morda je najbolj slavna Vaša slika, ko vračate svojcem, mislim, da je to žena, prstan pokojnega moža.

JT: Ta prizor sem večkrat doživel. Žene so hotele imeti edini spomin na moža. Snel sem prstan in ga izročil.

ZV: Ti prizori vračanja svojcem so bili pretresljivi. Prizadeli so Vas in morali ste jih naslikati. To sliko po pretresljivosti in veličini pravzaprav primerjam z Miheličevim »Mrtvim kurentom«.

JT: Zanimivo. Miheliča močno cenim. Že od začetka. Je eden prvih profesorjev na Akademiji, ki me je že leta 1962, na začetku mojega dela, obiskal. V meni je videl slikarja.

ZV: Zanimivo je, da ste že v svojem zgodnjem obdobju, ko v družbi to še ni bilo posebno dobro sprejemano, slikali Kristusa.

JT: Res je. Moje slikarstvo prej ni bilo preveč priljubljeno. Socializem naj bi bil svetel, optimističen družbeni sistem, jaz sem pa slikal temno. Požvižgal sem se na to, da mi J. Vidmar ni bil naklonjen, slikal sem tako, kot sem čutil.

ZV: So stvari pri nekaterih Vaših Kristusih, ki zelo močno učinkujejo. Prvo, nekateri izgledajo taki, kot da ste postavili Vaša trupla na križ, drugi, prav tako močan pa je Kristus, ki mu manjka del roke.

JT: Okrnjenosti, brez roke, še sam ne morem razložiti. Tako sem čutil, ko sem slikal.

ZV: Kristus, ki je sam pobabljen, je še večji revež, kot sicer križani.

JT: Zanesljivo. Tudi na secirni mizi sem veliko ljudi videl brez rok ali brez nog.

ZV: Odnos do seciranih je pravzaprav zelo človeški. Ali lahko razložite epizodo z nageljni na truplih v secirnici ob dnevu žena?

JT: To je slika »8. marec«. Takrat sem se vozil v Maribor na prakso k dr. Kušarju. Ko sem vstopil v secirnico, sem videl 6 ali 7 žensk, ki so prav na ta dan umrle. Na truplih pa so imele rdeče nageljne. Ta prizor se mi je tako globoko vtisnil v spomin, da sem takoj, ko sem prišel domov, naredil risbo in kasneje 3 ali 4 slike.



Sl. 2. Osmi marec.

ZV: To se mi zdi močna slika. Tipični socialistični praznik, katerega pomen je zvođenel, tu pa simbol človečnosti s cvetjem za umrle žene. Vaš najpogostejši motiv, ki je v tujini celo najbolj znan, je vran. Večina ljudi ga razumeva kot simbol smrti in zato ocenjuje in doživlja te slike strašljivo.

JT: Vran je zelo pameten ptič. Udomačenega sem imel v ateljeju kar 13 let. Spoznal sem njegov značaj, prebral nekaj literature o tej vrsti ptičev in ga začel slikati. Vrani so zelo bistri in pretkani. Slikal sem ga v raznih variantah. Tudi mrtvega vrana, okrog katerega se zberejo drugi vrani in žalujejo kot ljudje. Nekaj minut se požalostijo in odletijo. Vrana postavljam tudi kot apokalipso, ampak pri meni je bil predvsem ljubeč ptič, prijatelj, s katerim sva se imela rada. Iz tega cikla sem naslikal veliko slik, sedaj pa vrana slikam vse manj.

ZV: Po mnenju nekaterih strokovnjakov je najdragocenejša Vaša gostilniška motivika.

JT: Reči moram, da sem skoraj polovico življenja prebil po gostilnah, kar po nekaj dni skupaj. Tam pozabiš na vse. Moje gostilne niti niso preveč vesele. Kadar je velika kriza, so tudi gostilne polne. Tako sem veliko svojega življenja prebil v gostilnah, se kasneje tudi zdravil. V času zdravljenja v Mariboru sem bil v sobi z ljudmi, ki so doživljali delirij. Iz tega cikla sem naslikal kakih 30 slik. Imam še mnogo risb, a sedaj, ko ne pijem, ko nisem med temi ljudmi, ni več tako doživeto, kot je bilo takrat. Vseeno še tu in tam naredim kakšno takšno sliko.

ZV: To je ciklus delirija, ki ga nekateri imenujejo podobe iz dna. Gostilniška tematika je po eni strani sicer čuteča, ni pa prav bude

radosti. Z naslovom vred vidim simboliko, da je tudi malo tragike pri vsem skupaj.

JT: Pri meni ni gostilniške folklore, veselja, ki ga poznamo pri drugih slikarjih, recimo pri Gaspariju. V mojih slikah je več drame in tragedije kot veselja.

ZV: Tematika, ki se vleče skoraj skozi vse Vaše delo, je smrt, umiranje – je to neka stalnica Vašega dela?

JT: Bolečina me spremlja kar ves čas. Zdaj se mi zdi, da slike postajajo malo milejše.

ZV: Vsem se nam dozdeva, da ste se v slikah omeščali.

JT: Več je zadovoljstva. Moja mladost je bila zelo trda. Rodil sem se v Mislinji v delavski družini. Trpeli smo hudo pomanjkanje. Tragika me je spremljala vse življenje.

ZV: V novejših delih, ki niso več tako trpka, je pogost motiv apokalipse. Kaj ste doživljali kot apokalipso ali kot možno apokalipso?

JT: Drugo svetovno vojno sem sicer doživel, doživel sem leta 1945 celo polje mrtvih. Kot petnajstletnik sem si vse to dobro zapomnil. S svojimi apokaliptičnimi slikami opozarjam, da do tega lahko še pride, lahko pride do še večje apokalipse, kot je bila.

ZV: Na Vaših slikah se vedno pojavljajo t.i. mali ljudje v tragičnem obdobju svojega življenja. Nikoli niste slikali meščanov, veljakov, uglednežev.

JT: Tega še sedaj ne slikam, ko mi gre dobro. Moja notranjost je takšna, kot je bila. Tudi ko sem za nekaj dni izginil, sem šel v svoj rojstni kraj Mislinjo in se tam zapil s preprostimi ljudmi. To je moje okolje.

ZV: Kakšno vlogo Vam je igrala risba v primerjavi s sliko na platno ali na les? V letu 1994 smo doživeli razstavo Vaših risb. Kakšen odnos imate do risbe in kakšna je funkcija risbe?

JT: Izredno pomembne so. Risbe sem delal od samega začetka, seveda neizpoljene, okorne, ampak iskrene. Risba mi je bila prva osnova za sliko. Še v službenem plašču sem vedno nosil kakšne lističe in sem beležil, kar me je vzpodbudilo. Teh lističev imam nekaj sto. Iz teh lističev so nastale risbe, včasih po 10 risb, kot strip. Ideja se mi razvija kot film. Iz najboljšega zapisa nastane risba, iz risbe pa slika. Nikoli ne grem direktno na platno. Vedno prej delam študije. Zato risbo zelo zelo cenim.

ZV: Leta 1970 se je dr. Marjan Tršar razpisal tudi o kriterijih. Kako gledate na te delitve? Ali ocenjujete, da ste v nekem času bili samorastnik? Kako ocenjujete odnos med samorastništvom in t.i. akademskim slikarstvom?

JT: Samorastnik si v tem pogledu, da si sam, da imaš svoj slog, da nimaš formalne izobrazbe. Je pa to nekaj drugega kot amaterizem. Tega se ne da primerjati.

ZV: Kaj pa z leti? Vi le slikate blizu 40 let. Če ste v tem času še študirali, poglobljali, razvijali svoj pristop k tehnikam itd., bi Vas bilo v sedanjem času težko imenovati samorastnika.

JT: Dr. Ivan Sedej pravi, da ne spadam k nobeni šoli, ampak imam svojo akademijo. To je moj svet. Moja akademija je bila v secirnici, tam sem spoznal vse, od rojstva do smrti. Mnogi veliki slikarji v svetovnem merilu, recimo Van Gogh, Gauguine,

Francis Bacon itd. niso imeli akademije. Pa tudi stari slikarji, ker akademije včasih sploh ni bilo. Mojster je vzel nekaj učencev, kot jih danes vzame vsak čevljar. V začetku so mu pometali atelje, napenjali platna, ampak ves čas so se učili. Vsega so se naučili. Ko so bili že toliko zreli, so lahko vstopili v ceh Sv. Luka. To je bilo priznanje.

ZV: Če je imel kaj povedati, ko je osvojil tehnike, je lahko postal slikar.

JT: Tako je, tega pa se je naučil pri mojstru.

ZV: Česa se pa slikar ne more naučiti pri mojstru ali pa v šoli?

JT: Če slikar nima talenta, mu ga ne more dati nobena akademija. Akademija te samo izpopolni.

ZV: Kakšno je slovenjgraško kulturno okolje? Kako je naklonjeno kulturi in kako sprejema slikarstvo in seveda tudi Vas?

JT: Če bi živel v Mislinju, bi bil vaški podobar. Pomembno je, v kakšnem okolju živiš. Živim med kulturnimi ljudmi. Tu se zbirajo slikarji, pisatelji in drugi intelektualci. Izmenjavamo si informacije, mnenja. Vsekakor je tukajšnje okolje kulturno zelo visoko. Vesel sem, da živim v takem kraju.



Sl. 3. Razpelo.

ZV: Kako je Vaše družbeno, bolniško ali medicinsko okolje gledalo na Vaše ustvarjanje? Še posebej Vaši šefi, direktorji?

JT: Težko reči. Prvi, ki mi je bil res naklonjen in skoraj kot oče, je bil prim.dr. Stanko Strnad. Niso pa mi bili vsi naklonjeni. Ko so

začele izhajati monografije, ko sem dobil nagrado Prešernovega sklada, so me že malo prijazneje gledali. Kasneje mi je bil prim.dr. Drago Plešivčnik kar naklonjen. Tudi šefinja dr. Metoda Mikuš. Nikakor pa ne vsi. Sedaj je drugače.

ZV: Kdaj ste se uveljavili, kdaj ste dosegli vrh?

JT: O tem ne mislim. Če bi razmišljal o tem, da sem dosegel vrh, se ne bi več trudil. Zelo zgodaj (leta 1963) so me sprejeli v Društvo likovnih umetnikov, leta 1970 pa sem že dobil nagrado Prešernovega sklada. Vrh pa nisem dosegel.

ZV: Kdaj pa so pričeli kupovati slike in so te dosegale ugledno ceno?

JT: 20 let nisem nič prodal. Takrat sem prodal le toliko, da sem imel za barve in juto, ki je bila cenejša od platna. Kakih 10 let pa nimam več gmotnih problemov.

ZV: Glede na to, da običajni ljudje zelo pogosto sprejemajo Vaše slike kot mrakobne, deprimirajoče, Vas pri pogovoru ni moč ocenjevati za takega. Kdo pa so ljubitelji Vaših slik?

JT: Preprosti ljudje zanesljivo ne, ampak intelektualci, zahtevnejši. Preprosti ljudje bi morda imeli le kakšno mojo sliko krokarjev.

ZV: Ali ste slikali portrete, slike po naročilu?

JT: Po naročilu nikoli ne delam. Prav na začetku, ko sem začel, sem se nekaj malega res ukvarjal s portretiranjem. Kasneje sem videl, da je treba slikati tako, kot človek čuti.

ZV: Udeležujete se tudi slikarskih kolonij. Kaj Vam to pomeni?

JT: V kolonije hodim že vrsto let. Bil sem na najmanj 20 slikarskih kolonijah. Tam se zberemo slikarji, izmenjamo si mnenja. To je nekaka šola na prostem. Pokrajine ne slikam, ampak že najdem kaj.

ZV: Ocenjujejo Vas: Vaše zgodnje obdobje kot naivno, kasneje kot ekspresionista, nekateri kot surrealist, mislim pa, da ima to ocenjevanje samo sbematično šolsko vrednost.

JT: Že na začetku sem si govoril: »Naj bo smer, kakršna hoče, samo da je iskrena.« Tudi če je naivna. Po eni strani je moje slikarstvo (ob risbah) bližje naivi, po drugi strani pa bližje ekspresionizmu.

ZV: Dela katerih slikarjev so Vam prav zaradi tega, kar povedo, najbližja?

JT: Mihelič absolutno, Stupico tudi cenim. Od svetovnih sem se zagledal v Breugla, vseh mi je grafičarka Katja Kolwitz, Goya. Zelo všeč so mi bili holandski slikarji. Zelo rad imam Ver Meerja, trikrat sem se vračal k njemu in ga gledal v Metropolitan muzeju v New Yorku.

ZV: Sami se niste nikoli poskušali v grafiki?

JT: Ne, gojim le risbo in sliko. Grafiko cenim, pa me ne privlači. Naklade so sedaj malo prevelike.

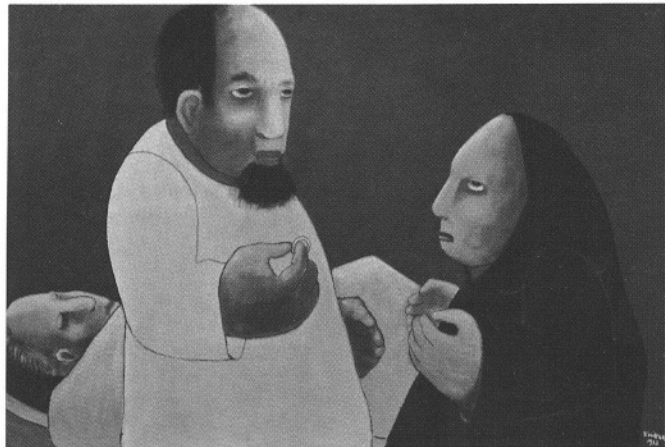
ZV: Poskusili ste se v mednarodni sceni.

JT: Leta 1989 so me povabili v gledališče Shakespeare. V Londonu živi Branka Jurca in ona je našla v knjigarni mojo monografijo in me predlagala za scenografa. Poiskali so me. Ustrašil sem se in nisem hotel delati, češ da se ne ukvarjam s tem. Dolgo so me prepričevali, poslali scenarij. Drama se imenuje Singer. To je židovski nobelovec, ki je napisal dramo o koncentracijskem taborišču Mathausen, kjer dva Žida, taboriščna nadzornika, tepeta druge sojetnike. Scensko sliko sem naredil zelo doživeto. Poslali so letalski karti zame in za ženo za primiero, a se je nisva udeležila.

Delal sem tudi lutkovno sceno za delo Svetlane Makarovič »Mrtvec pride po ljubico«. To je bilo leta 1988.

ZV: *Ali imate kot slikar še kaj povedati?*

JT: Če bi mislil, da sem vse povedal, bi nehal slikati.



Sl. 4. Prstan.

ZV: *Ali je v Vaših slikah samo memento mori in bolečina ali je tudi kaj optimizma?*

JT: Povsod nakazujem svetlobo. Ob smrt postavim rojstvo. Življenje se nadaljuje.

ZV: *Zakaj ste tako pogosto na slikah tudi sami?*

JT: To mi uide nehote. Sam sebe najbolj poznam.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec.

Nove knjige

RECENZIJA

Patologija

Tumorji ledvic. Zbornik predavanj 25. Memorialnega sestanka profesorja Janeza Plečnika. Glavni urednik: prof. dr. Andrej Mašera. Izdajatelj: Inštitut za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Ljubljana 1994, 200 strani.

Knjigo, ki obravnava teme predavanj, predstavljenih na 25. Memorialnem sestanku profesorja Janeza Plečnika, je napisalo 41 avtorjev z Medicinske fakultete, Kliničnega centra in Onkološkega inštituta. Namenjena je študentom dodiplomskega študija Oddelka za splošno medicino in stomatologijo, kot tudi izkušenim strokovnjakom s kliničnega in raziskovalnega področja urologije. Vsebina knjige ima tri obsežne dele, ki vključujejo 25 poglavij. Prvi del obsega sedem poglavij o anatomiji in razvoju ledvice, epidemiologiji ledvičnega raka v Sloveniji in citogenetskih zasnovah tumorjev ledvic s specifičnimi biološkimi ter morfološkimi značilnostmi. Poglavja so metodološko pregledna in razumljivo napisana. Celovit in hkrati podroben prikaz citogenetskih osnov razvoja ledvičnih tumorjev dopolnjuje odličen opis njihovih patohistoloških posebnosti. Poudarjene so temeljne morfološke značilnosti teh tumorjev, spremenjeno biokemično oz. funkcijsko izražanje celic, ki jih tvorijo in jih tumorski označevalci opredelijo

kot neoplastične, pa tudi celična kinetika, ki odkriva možnosti razraščanja in napredovanja tovrstne rakaste bolezni.

Temeljne značilnosti karcinogeneze dopolnjujejo ugotovitve naj-novejših raziskav neoplastičnih dogajanj v ledvici. Informacije, ki jih bralcu nudi zahtevna, a hkrati dovolj preprosto napisana problematika tega dela knjige, bodo prav gotovo poglobile njegovo poznavanje onkologije, odločilno tudi v praktični diagnostiki.

Drugi del obravnava patohistološke značilnosti in diagnostiko ledvičnih tumorjev pri odraslih. Kriteriji patomorfološke diagnostike so sodobni in podani zgoščeno, hkrati pa odsevajo kompleksnost tovrstne problematike. Bogatijo jih prikazi izbranih primerov ledvičnih tumorjev (v sklopu balkanske nefropatije in cistične bolezni ledvic, tumorji pri dializnih bolnikih, angiomiolipom ipd.), ki odražajo praktične izkušnje avtorjev in poznavanje najsodobnejših strokovnih izsledkov. Odlično jih dopolnjujejo klinična poglavja iz diagnostike, kirurškega ter sistemskega zdravljenja.

Pregledno podano vsebino tematsko zaokrožajo deontološka vprašanja in dileme ob radikalnih kirurških posegih na ledvicah in transplantaciji tega organa.

Poglavja tretjega dela obravnavajo nefroblastom – ledvični tumor pri otrocih. Poglobljeno predstavljeno patomorfološko in citološko diagnostiko popestri sodobno citogenetsko odkrivanje posebnosti tega tumorja. Takšnemu celovitemu opisu diagnostike nefroblastoma sledijo poglavja o klinični diagnostiki in zdravljenju nefroblastoma z mnogimi praktičnimi napotki. Vsebino kliničnih poglavij sklene zanimivo razmišljanje o prognozičnih dejavnikih in njihovem vplivu na potek zdravljenja nefroblastoma.

Praktične izkušnje avtorjev poglavij so spodbuda bralcu, ki se pri vsakdanjem delu srečuje z ledvičnimi tumorji. Navedena sodobna literatura pa bralcu omogoča še dodatno poglobljanje znanja.

Uredniku knjige je uspelo vsebinsko in oblikovno poenotiti slog posameznih avtorjev. Preostalo je le nekaj pomanjkljivosti, ki zahtevajo presojo lektorja.

Ta pregledna in zanimivo napisana knjiga bo koristno dopolnila znanje klinikov in raziskovalcev-onkologov. Nedvomno jo bodo prebirali tudi študenti medicine, saj odkriva tudi nekatera temeljna vprašanja karcinogeneze v ledvicah.

Vera Ferlan-Marolt

RECENZIJA

Ekonomika v zdravstvu

A. Brus: *Organizacijsko-ekonomski in informacijski procesi v zdravstveni dejavnosti.* Moderna organizacija, Kranj 1994.

V roke sem dobil knjigo dr. Alojza Brusa, ki jo je izdala založba Moderna organizacija. Naslov knjige je aktualen, saj se organizaciji sistema zdravstvenega varstva zlasti v zadnjem času posveča vse večja pozornost. Knjiga obravnava tipični problem, s katerim se srečuje slovenska družba, ki je na začetku prehoda iz industrijske v postindustrijsko in ki prehaja iz enega sistema zdravstvenega varstva v drugega. Zadostni razlogi torej, da jo vzamemo v roke. Seveda si ne lastim pravice o tem, da bi o knjigi sodil s stališča organizacijskih ved, poskusim pa lahko podati svoje mnenje s stališča zdravnika, ki pozna javnozdravstvene probleme v Sloveniji. To se mi zdi še toliko bolj pomembno, ker sta oba recenzenta knjige s področja organizacijskih ved in imata verjetno slabše znanje z medicinskega področja. Menim, da sta osnovni slabosti knjige dve:

1. Avtor za medicinsko področje ni imel na voljo zadostnih konzultacij s strokovnjaki s tega področja, zato se mu je večkrat zapisala cela vrsta nerodnih ali celo nepravilnih trditev, kot npr.,

da v sistemu osnovne zdravstvene dejavnosti obstajajo dispanzerji za zdravstveno varstvo borcev NOV (stran 42). Teh ni že nekaj let! Trditve, da ni možno naročiti bolnikov za prve preglede (stran 50), so preprosto neresnične! Z doslednim naročanjem je to možno (precej zgledov je v tujini), se pa pri nas pogosto ne izvaja. Takih trditev je v knjigi precej in bi jih strokovnjaki s posameznih področij tudi zlahka našli.

2. Izračuni v preglednicah so sicer formalno pravilni, vendar so preglednice same sestavljene na napačnih izhodiščih in brez vsebinske podlage. Tako preglednica 4.2 prikazuje povprečno število prebivalcev na Zdravstveni dom po posameznih regijah, kar odraža upravno organiziranost zdravstvenega varstva, ne pa njegove vsebine. V nekaterih tabelah je imenovalec napačen. Najbolj v nebo vpiječ primer take napake je v preglednici 4.3, ko avtor izračunava prebivalce na splošno ambulantno ali na ambulantno medicino dela, ob tem pa ne upošteva, da za isto prebivalstvo skrbijo tudi nekateri dispanzerji. Tako pride do astronomske številke 6814 prebivalcev na eno ambulantno, kar je nekajkrat več, kot je povprečno število prebivalcev na enega zdravnika. Dejstvo, da zdravniki splošne medicine ne skrbijo za več kot 6000 ljudi, ve vsak zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti. Ponekod se v preglednicah uporablja medicinski žargon («otorina», «infekcija»). Našlo bi se tudi kaj manjših spornih trditev, ki bi jih bilo treba razjasniti (uvrstitev Medicinske fakultete v sistem delovnih organizacij medicinskega podsistema v sliki 3-2, pri poti bolnika na sliki 9-1 je predvidena možnost, da bi bolnik umrl samo v bolnišnici ipd.).

Razočaranje nad knjigo je bilo precejšnje, saj bi si zaradi aktualnosti in pomembnosti tema zaslužila, da bi jo predstavili bolj kakovostno. Očitno je, da avtor ne pozna dovolj vsebine dela v zdravstvu in je zaradi tega zagrešil veliko strokovnih napak. Zaradi vsega tega knjige žal ne morem priporočiti.

Igor Švab

PRIKAZ

Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije. Drugi tečaj. Srce in ožilje. Kri in transfuzija. Portorož, april 1994.

Knjigo sta izdala Inštitut za anesteziologijo, KC in Razred za anesteziologijo MF, Ljubljana. Glavna urednica je V. Paver-Eržen. Knjiga ima 388 strani. Tisk: B&M Povše, Ljubljana. Naklada 300 izvodov.

Drugi tečaj Podiplomskega izobraževanja anesteziologov po programu Evropske fundacije za anesteziologijo (Fondation Européenne d'Enseignement en Anesthesiologie, F.E.E.A.) je potekal ravno ob desetletnici te fundacije, ki deluje pod okriljem Evropskega sveta.

I. Srce in ožilje

1. *Fiziologija* obsega naslove Krvni tlak, Minutni volumen srca, Tlaki v srcu in Elektrofiziologija srčne mišice. Našteta temeljna predavanja se tekoče berejo.

2. *Farmakologija* obravnava Inotropne učinkovine in Anti-aritmike, Blokatorje adrenergičnih receptorjev beta in kalcijeve antagoniste, Vazodilatatorje in vodeno hipotenzijo ter Zdravila z učinkom na adrenergične receptorje alfa. Posamezne teme so napisane podobno kot pregledni članki, ki razlagajo fiziologijo, mehanizme delovanja posameznih skupin učinkovin z anatomijo receptorjev in učinkovine same. Večina nam predstavlja zdravila za urgentno rabo in tista za ambulantno zdravljenje. Za anestezijsko prakso poglavje Vazodilatatorji in vodena hipotenzija izstopa. Je lahko berljivo, dovolj kratko, a vseeno vsebuje vse relevantne podatke.

3. Anestezija

Predoperativna ocena bolnikovega stanja. Opisani so dejavniki tveganja in razložene možnosti objektivne presoje tveganja z Tvedmanovo točkovno oceno ter iz nje izvedenih štirih razredov tveganja. Poleg anamneze in kliničnega pregleda so potrebni EKG, Holterjev postopek, radiološki, obremenilni testi in kateterizacija. Pomembna je bolnikova funkcijska sposobnost, le-to rangirajo iz anamnestičnih podatkov v štiri stopnje po kanadskem (CCS) ali newyorškem (NYHA) vzorcu. To temeljno besedilo podpirajo izčrpnosti sveži bibliografski podatki.

Pri bolnikih s koronarno boleznijo je predvsem pomembna hemodinamska stabilnost. Mehanizmi nastanka hipoksemije miokarda zaradi iztirjenih dejavnikov hemodinamike so razloženi. Nato je od faze do faze splošne anestezije opisano, s katerimi postopki, s kakšnim trajnim nadzorom in s katerimi anestezijskimi učinkovinami je primerno in uspešno vzdrževaje optimalne globine anestezije, volumskih ter temperaturnih razmer pri bolniku. Arterijska hipertenzija je obravnavana najprej iz etiopatogenetskih in terapevtskih vidikov. V drugem delu so opisani anesteziološki pripravljalniki in perioperativni postopki zelo zgoščeno; posebej je poudarjen pomen optimalnega uvajanja v splošno anestezijo.

Motnje srčnega ritma pogosto spremljajo anestezijo (16–60%). Vzrok so fiziološka in patofiziološka dogajanja ali pa vpliv zdravil. Vzroki disritmij iz vidika delovanja anestezioloških učinkovin so prikazani sistematično in izčrpno z upoštevanjem perianestezijskih razmer. Prispevek je temeljno anesteziološko branje.

Operacije na odprtem srcu in zunajtelesni krvni obtok (ZTO) pri odraslih. S tabelami so prikazani bolezenski znaki, ocene srčne zmogljivosti po različnih vzorcih in učinki običajnih zdravil. Navedene so potrebne laboratorijske preiskave (kolikič?). Opisani so načini obveznega trajnega merjenja življenjskih funkcij (pod podnaslovom »premedikacijska sredstva«) in indikacije za merjenje tlaka v pljučni arteriji (TPA). Pri ZTO venska kri prek kanile izteče v cevje do oksigenatorja, arterializirano kri pa črpalka usmerja v bolnikov arterijski sistem. Perfuzija bolnikovih tkiv je primerna pri srednjem arterijskem tlaku med 80 in 100 mmHg. Sistem je napolnjen z elektrolitno raztopino, ki razredči kri na hematokrit 0,25. To in zmerna ohladitev ima svoj vpliv na medikacijo med ZTO. V natančno določeni fazi operacije je treba dodajati anestezijska sredstva, kajti osrednje živčevje (OŽ) se lahko ogreje prej kot periferija.

Pri otrocih z ZTO na odprtem srcu operirajo prirojene anomalije srca in velikih žil. Patofiziološke spremembe zaradi drugačne anatomije srca pri otrocih s prirojenimi srčnimi hibami se klinično kažejo kot cianoza in kongestivno popuščanje srca.

Razdeljene so na tiste s povečanim pretokom krvi skozi pljuča, z zmanjšanim in na kongestivne. Vsaka terja svojo prilagoditev mehanske ventilacije in deloma tudi poseben izbor anestetikov. Izčrpen pregled učinkov inhalacijskih anestetikov na funkcijo srca in ožilja razlaga, zakaj uporabljajo predvsem analgetike in sedative, pri rabi inhalacijskih anestetikov pa veljajo omejitve (tudi pri odraslih srčnih bolnikih). Za vzpostavitev ZTO pri otroku so cevje in aparati manjšega volumna, pa vendar je prostornina le-teh za do 300% večja od otrokovega krvnega volumna (pri odraslem do 30%). Zato je polnilna tekočina taka mešanica polne krvi in kristaloidne raztopine, da je vrednost hematokrita 0,20–0,25%. Globoka hipotermija zaščiti funkcijo organov. Dogajanja med globoko hipotermijo so razložena in diskutirana z izkušnjami drugih avtorjev, prav tako postopki, ki so potrebni za gladko ločevanje otroka od ZTO.

Navedena je obsežna zbirka citatov.

Aorto je največkrat treba operirati zaradi natrganja, anevrizme in travmatskega raztrganja. Natrganje aortne stene lahko prizadene odcepišča več arterij. Priprave na poseg potekajo pred radiologijo, CT in angiografijo. Potreben je EKG, i.v., CVP, i.a. kanal in po možnosti pljučni arterijski kateter. Pomirjevala in analgetiki pomagajo znižati tlak. Blokatorje adrenergičnih receptorjev beta uporabijo za zmanjšanje moči srčnega iztisa; zelen je tlak 115, utrip 60–80, srčni indeks (CI) 2–2,5 l/min/m². Ocenjujejo zavest, merijo

diurezo in acidobazično stanje. Ker to niso načrtovani posegi, je potreben nadzorovan uvod v splošno anestezijo z uporabo Sellickovega postopka. Operacije na ascendentnem delu aorte opravijo v ZTO, operacije na aortnem loku pri zaustavljenem obtoku in zaradi zaščite možganov ob ohladitvi do 20 stopinj. Pri operaciji na prsnem descendentnem delu pa največkrat aorto zatisnejo nad mestom okvare in pod njim. Včasih uporabijo premostitveni obtok ali ZTO. Uravnavanje zvišanega tlaka nad zatisnjenjem in nizkega pod njim je pomembno anesteziologovo opravilo. Za uspešnost je potreben popoln trajen nadzor in upoštevanje protokola (manitol za zaščito ledvic, natrijev nitroprusid za znižanje tlaka, zdravljenje presnovne acidoze). Za preprečitev šoka že pred popustitvijo aortne stiskalke uredijo tekočinsko ravnovesje in povečajo polnitveni tlak. Vazopresor uporabijo šele, ko je bolnikovo tekočinsko stanje urejeno. Posebno nevarna zapleta sta ishemija hrbtenjače in ledvic. Potek operacije trebušnega dela aorte je podoben, le obremenitev srčnega prekata ni tako huda. Pri vseh teh posegih je optimalno vodenje anestezije zelo pomembno za končni uspeh operacije. Iz opisanih postopkov je to bralcu povsem razumljivo.

Anestezija pri operativnem zdravljenju zožitev arterije karotis. Rezultati evropske policentrične študije (vir ni naveden) so pokazali, da imajo bolniki s kritično zožitvijo arterije karotis z operacijo boljšo prognozo kot z uporabo zdravil. Pred operacijo je treba zdraviti hipertenzijo. Med operacijo nadzirajo hemodinamske parametre, koncentracijo CO_2 in možgansko prekrvljenost. Bolnikov srednji tlak in CO_2 morata biti med operacijo stalno v mejah njune predoperativne vrednosti. Enake razmere naj ostanejo tudi po posegu, saj nevrološki in srčni zapleti nastopijo najpogosteje v zgodnji pooperativni dobi.

Zapleti pri operativnem zdravljenju srčnih bolezni so odvisni od zatečene patologije, kirurških manipulacij, natančnosti sprotih meritev ter presoj in reakcij nanje. Med najhujše zaplete štejejo natrganje aorte, čezmerni pretok skozi karotidne arterije in zrak v aortnem sistemu. Podani so znaki in postopki odstranjevanja letega. Na nezadostno strjevanje krvi vplivajo kirurški dejavniki, v krvi krožeči akutni antikoagulanti, pomanjkanje faktorjev strjevanja in nenormalna funkcija trombocitov. Znan je sindrom zmanjšane srčne minutnega volumna (low cardiac output – LOS), ki lahko nastopi zaradi dogajanj med ZTO in če je moteno presnovno ravnovesje srca. Pri vrednotenju stanja in zdravljenju pomaga možnost merjenja minutnega srčnega volumna (CO) in CI prek pljučnega arterijskega katetra z ustreznim monitorjem. Algoritem za zdravljenje LOS predvideva zvišanje volumna, inotropna zdravila, vazodilatatorje, znova zvečanje volumna. Če ni uspeha, uporabijo mehansko napravo za podporo srca, obstaja tudi možnost transplantacije. Izmed zapletov so možni še infarkt, tamponada osrčnika in okužba.

4. Intenzivna terapija

Kardiogeni šok je definiran s hudo zmanjšanim pretokom krvi skozi tkiva ob povečanem polnilnim tlakom. Ocenjevan je s polnjenostjo vratnih ven. Opisani so vzroki in razložene diagnostične pasti. Diferencialno diagnostično je treba pomisliti na tamponado srca, tenzijski pnevmotoraks in pljučno embolijo. Poudarjen je pomen anamneze in fizikalnega pregleda. Odpravljjanje dihalne stiske in zagotavljanje primerne krvnega obtoka sta glavna terapevtska postopka. Zdravljenje terja včasih elektrokonzervzijo, drugič srčni spodbujevalnik, pri obsežnem infarktu perkutano balonsko angioplastiko. Nadomeščanje tekočin je previdno in kontrolirano s trajnim merjenjem zagozditvenega pritiska. Srčno krčljivost spodbujajo predvsem z dobutaminom, tlak odkpirajo tudi z vazopresorji. Povzetek poteka diagnostike in ukrepov ponudi v gladko se beročem besedilu izčrpne, razumljive in objektivne podatke, ki so potrebni za uspešno zdravljenje.

Srčni zastoj (SZ) v zvezi z operativnim zdravljenjem nudi dobre možnosti kardiopulmonalnega oživiljanja, pa vendar je končno preživetje le 50%. Iz pregleda najnovejšega slovstva je razvidno, da

SZ lahko izzovejo tehnične napake, zdravila, refleksno dogajanje itd., pri vsem utegne do neke mere sodelovati človeški dejavnik. Podana je temeljna epidemiologija SZ v operacijskih prostorih in na različnih oddelkih, prav tako tudi preprečevanje tega najhujšega zapleta zdravljenja v bolnišnici. Številni citati iz zadnjih let. Pljučna tromboembolija. Venska tromboza nastane zaradi sistemskega ali lokalnega venskega zastoja, zaradi okvar žilne stene; izzove jo nagnjenost k povečanemu strjevanju krvi in zmanjšana pretočnost krvi. Je pogosta in nevarna spremljevalka operacije. S preprečevanjem venske tromboze preprečujejo tudi pljučno embolijo. Za to uporabljajo majhne odmerke heparina, dekstran in antiagregacijska sredstva.

Pljučna embolija ima obliko mikroembolije, submasivne in bliskovite embolije. Zadnji dve obliki se kažejo z dispneo, znaki akutnega popuščanja srca in šokom. Diagnozo potrdijo s pomočjo EKG, plinske analize, RTG in s prekrvitveno scintigrafijo pljuči. Za specifično diagnostično metodo pa velja pljučna angiografija. Opisane so preiskave, ki pomagajo pri nezanesljivih kliničnih znakih in v kasnejšem zdravljenju. Kavzalno zdravljenje je raztopitev strdka.

Patofiziologija in zdravljenje motenj strjevanja krvi. Opisane so normalni potek strjevanja krvi. Podane so pridobljene motnje strjevanja krvi. Masivna transfuzija s shranjeno polno krvjo lahko privede do hemoragične diateze. Pri jetrni boleznih je okvarjena sinteza mnogih dejavnikov koagulacije in fibrinolize ter njih zaviralcev. Lahko je povečana fibrinolitična dejavnost. Pri pomanjkanju vitamina K so dejavniki neučinkoviti, nadomestijo ga, ko je podaljšan protrombinski čas. Diseminirana intravaskularna koagulacija (DIK) je dinamičen patološki proces, v razvoju katerega hiperkoagulabilnost preide v fazo porabljanja in aktiviranja fibrinolize. Ko povsem odpove hemostaza in so motnje tudi v delovanju različnih organov, je faza defibrinacije. V telesu nastajajo zaviralni mehanizmi. Opisani so sprožilni dejavniki in diagnostični testi. Zdravljenje DIK terja natančno nadomeščanje dejavnikov ob podpori ustreznih antikoagulantov. Motnje strjevanja krvi povzročata tudi zmanjšano število in kakovostne spremembe trombocitov. Opisani so odmerki heparina za preprečevanje in za zdravljenje tromboz, skupaj z indikacijami, kontraindikacijami in postopki zavore njegovega učinka. Pri obsežnih svežih venskih trombozah je treba strdek raztopiti; splošne indikacije so opisane. Podane so vse stopnje kontraindikacij, prav tako kot streptokinaza, ki je najpomembnejše sredstvo fibrinolitičnega zdravljenja. To pregledno poglavje je podprto s številnimi citati.

EKG je posrečeno napisano poglavje. Zelo jedrnato je – navedeni so standardni in enopolni odvodi, opisani pa so tisti, ki so anesteziologu med posegom najbolj povedni. Prikazane so najbolj relevantne patološke spremembe. Najprej je navedeno, s katerimi anesteziološkimi postopki preprečiti poslabšanje. Sledi nevrofiziološka razlaga spremenjene oblike krivulje; tako pri ishemiji, infarktu, pri hiper- in hipokaliemiji. Hemodinamski monitoring obsega merjenje srčne frekvence in arterijskega tlaka na posredni način, neprekinjeno in neposredno-invasivno. Med invazivna merjenja hemodinamskih dejavnikov štejejo še centralni venski tlak in merjenje tlakov v pljučni arteriji (TPA). Opisani so tehnični in fiziološki podatki, tudi o merjenju minutnega volumna srca in neprekinjenem merjenju nasičenosti mešane venske krvi s kisikom. Vprašanje je, zakaj je to temeljno poglavje na vrsti šele proti koncu knjige, ko bralec v prejšnjih poglavjih večkrat zasledi indikacije za merjenje TPA, pomembnost merjenja TPA itd.

Srčni spodbujevalniki (SS). To je pregledno poglavje, ki opisuje fiziologijo, osnovni spodbujevalnik, njegove nove oblike, disritmije, ki jih uravnavajo SS, izbiro, zaplete in kontrolo. Anesteziološki postopki pri nameščanju SS niso obravnavani. Podporni mehanizmi srca so znotrajaortna balonska črpalka – navedene so indikacije in zapleti – črpalke z nepulzirajočim tokom; umetni srčni prekat in umetno celotno srce. Zanimivost poglavja povečujejo nazorne sheme in številni citati iz najnovejšega slovstva.

II. Kri in transfuzija

Kri, krvne sestavine in produkti. Nacionalni program samozadostnosti temelji na razvitosti neplačanega krvodajalstva in na izvajanju programa zdravljenja s komponentno terapijo. Komponente krvi so eritrociti, trombociti, levkociti in plazma. Produkti iz krvi pa so dejavniki strjevanja, protrombinski kompleks, albumin in gamaglobulini. Poudarjena je napačna indikacija za transfuzijo konzervirane polne krvi za nadomeščanje izgubljenega krvnega volumna, saj le-ta prenaša povzročitelje bolezni, povzroča maksimalno možno senzibilizacijo, oksiformna kapaciteta pa je majhna. Eritrocite nadomeščajo v različnih oblikah pripravkov: koncentrirani eritrociti, ki so lahko brez levkocitov, obsevani ali oprani. Vsi pripravki in sestavine so razloženi, podane so indikacije za njihovo uporabo. Pri transportu je treba zagotoviti enake pogoje, kot so pri hranjenju. Pri najnujnejšem zdravljenju krvavitve lahko izjemoma uporabimo 0 Rh negativne eritrocite, sicer v zelo nujnih primerih lahko dajemo transfuzijo eritrocitov brez čakanja na rezultate testov, z določanjem krvne skupine in Rh faktorja. Najbolj varno pa je narediti navzkrižni preizkus pred transfuzijo. Opisane so stopnje nujnosti.

Indikacije za transfuzijo homologne krvi. Najprej obravnavajo fiziološke posledice krvavitve na metabolizem, na delovanje in reagiranje obtočil. Nato predstavijo vzorec zdravljenja akutne krvavitve s sestavinami krvi (citata št. 5 ni v seznamu slovstva) in podajo indikacije za transfuzijo trombocitne plazme, sveže zmrznjene plazme in za uporabo albuminov. Stranski učinki transfuzije krvi. Takojšnje škodljive učinke transfuzije izzovejo imunološke reakcije, preobremenjeni krvni obtok, okužba z bakterijami in prenos virusnih bolezni (hepatitis A, B, C, D, parvovirus, HIV1, HIV2, citomegalovirus itd.). Najbolj dramatična je hemolitična reakcija, hemolizo povzročijo plazemska protitelesa prejemnika, anafilaktična reakcija pa nastane pri bolnikih, ki nimajo dovolj imunskih globulinov (IgA). Opisani so škodljivi učinki masivne transfuzije, mikroembolija in zakasneli učinki transfuzije krvi. Poudarjeno je, da transfuzija krvi slabi imunski sistem.

Metode za zmanjšanje potrebe po transfuziji homologne krvi med operacijo in po njej. Med operacijo zmanjšajo potrebe po transfuziji z vzdrževanjem nižjega tlaka, z vodenjo hipotenzijo, z regionalno anestezijo. Specifična farmakološka sredstva so eritropoetin, vazopresin, aprotinin in epsilon aminokaprnska kislina. Citatov ni.

Avtotransfuzija (AV). Predoperativno zbiranje in hranjenje krvi je možno pri bolnikih s Hb nad 110 in Ht nad 0,35. Za AV je primeren vsak bolnik, ki je sposoben za operacijo. Volumen odvzete krvi je približno 10% bolnikovega krvnega volumna. Kontraindikacije so: anemija, srčna bolezen, huda bolezen dihal, bakteriemija in rakava bolezen z razsojem. Opisani so učinki odvzema krvi in organizacijski problemi.

Predoperativna normovolemična hemodilucija (PNH) izboljšuje reološki učinek, zavira nastajanje tromboz in edemov. Normovolemijo pri takem odvzemu vzdržujejo s kristaloidi (3-krat odvzeti volumen) in plazemski nadomestki. Mehanizmi posameznih učinkov PNH so razloženi in ilustrirani. Odvzem se pri PNH začne eno uro pred posegom, ko počasi odvzamejo 1000–1500 ml krvi. Medoperativni avtotransfuzijski postopki omogočajo, da kri iz operativnega polja posrkajo s posebno vakuumsko črpalko in jo po nadaljnjih postopkih (premešanje z antikoagulantom, filtriranje, koncentracija in pranje) v obliki koncentriranih eritrocitov bolniku vrnejo. Takšni eritrociti opravljajo svojo funkcijo popolnoma, takoj po transfuziji. Plazma z vsemi sestavinami se zavrže. Obstajajo tudi nekatere nevarnosti. Ta aktualna snov je podana pregledno in ponuja precejšen seznam sodobnega slovstva.

Plazemski ekspanderji. Pri izgubi krvnega volumna zaradi krvavitve, travmatskih, termičnih poškodb in zaradi spremenjene prepustnosti ožilja uporabljajo naravne in umetne koloide. Doseči želijo obnovo onkotskega tlaka in premik tekočine iz intersticija v ožilje. Pri takih stanjih je temeljna sprememba neustrezna poraba

kisika v tkivih. Pri travmatskem hipovolemskem šoku je treba čimprej nadomestiti volumen s koloidi in kristaloidi v razmerju 1:2 do 2:1. Pri hudi izgubi krvi (30%, v prejšnjem poglavju 20–50%) začnejo zdraviti s krvnimi sestavinami, mejna vrednost razredčitve je Hb 8–10 g/100 ml in Ht 0,30–0,35. Opisani so želatinski, dekstranski in pripravki iz hidroksietilnega škroba. Na tabeli so zgoščeni podatki vseh pripravkov in njihovi volumenski učinki. Podane so tudi hiperosmotsko-hiperonkotske raztopine in številni citati.

Knjiga predstavlja zanimivo, v Sloveniji prvič objavljeno anesteziološko snov z interdisciplinarno nadgradnjo. Medtem ko mnogo obsežnejši prvi del vsebuje pomembna, med njimi pa tudi zelo specialna poglavja, je drugi del izredno pomemben za splošno strokovno raven anesteziologov, posebno če upoštevamo navedbo enega od avtorjev, da 1/3 do 1/2 vseh transfuzij dajo perioperativno anesteziologi. Gladko beroča se poglavja so mestoma kar preveč zgoščena.

Knjigi se pozna, da je delo številnih avtorjev, za kar veljajo ocene recenzentov podobnih, dokaj pogostih publikacij. Nekateri avtorji pišejo monografije, drugi pa prispevke za prakso, tretji zopet se srčike lotijo šele po obsežnem uvodu iz druge snovi. Poglavja so napisana od zelo dobro do znosno. Uredniki so storili, kar so mogli in zmogli. V tej knjigi so bibliografske normative v precejšnji meri upoštevali. Knjigo v svoji danosti lepo povezuje strokovno lektoriranje. Napak je zelo malo in kljub nekaterim pomanjkljivostim, tehničnim in uredniškim, je Drugi tečaj podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije zelo zanimivo delo in velik strokovni dosežek.

Marija Pečan

PRIKAZ

Leposlovje

Rafko Dolhar: *Od Trente do Zajzere*. Julius Kugy, slovenske gore in ljudje. Izdala zadruga Goriška Mohorjeva. Trst 1994. Oprema: Edi Žerjal. Fotografije: Rafko Dolhar. Zemljevidi: Miroslav Črnivec – Vodnik po planinski poti SPDT. Lektoriranje: Nada Pertot. Tisk: Graphart Trst, 1994. 140 strani.

Zopet imamo pred seboj novo knjigo tržaškega zdravnika dr. Rafka Dolharja. Enajsta knjiga. Samo dve nista bili posvečeni slovenskim goram: Človek in cesta (Trst 1971) in Na naši koži (Dnevnik slovenskega politika v Trstu iz leta 1975) (Trst 1990), vse ostale so gorniške.

Njegova enajsta knjiga pa je posvečena dr. Juliusu Kugyju, planincu in planinskemu pisatelju, kot ga je opisal v Primorskem slovenskem biografskem leksikonu Ivo Jevnikar (9. snopič, str. 213–214). Ivo Jevnikar je o Kugyju zapisal: »Rojen 19. jul. 1858 v Gorici, ker je bila v domačem Trstu, kjer je živel do svoje smrti, 5. febr. 1944, takrat kolera. Mati Julija je bila najstarejša hči pesnika Jovana Vesela-Koseskega, ki je bil poročen z Italijanko. V gore ga je najprej zvalilo mladostno navdušenje za botaniko. Svoje nagnjenje, ljubezen in premoženje pa je začel vse bolj posvečati goram in planinski literaturi. Sistematično je iskal nove dostope in smeri, poskušal zimske vzpone. Na njega spominjajo tudi nekatera imena v gorah. Hoja v gore mu je bila srčna zadeva, estetsko doživetje, skromno izpopolnjevanje notranjega glasu. V Trenti stoji mogočni spomenik (delo Jakoba Savinška, arhitekturni del Borisa Kobeta).

Knjiga je razdeljena v 22 poglavij, približno tako, kot je potekalo Kugyjevo življenje, ali če smo natančnejši, se začne s prihodom Kugyjevega očeta v Trst in s tem opisuje izvor rodbine, ki je prišla s Koroške, in nadaljuje s prvimi izleti v koroške gore, opisuje mladost, študij ter začetek njegovega gorništv. Poglavja so

naslednja: Uvodna misel, Poklon Kugyju, Kugyjeve oče in Trst, Botaniziranje zlate trojke, Počitnice na Koroškem, Prvič na Triglavu in Jalovcu, Scabiosa Trenta, Planinske organizacije, Jakob Aljaž in tekma za Triglav, Čarobna Trenta, Študentska leta na Dunaju, Sreča na Škrlatici, Kugyjeve orgle, Hiša mehkih src, Zahodni Julijci, Od Mangarta do Vevnice, Sončna gora Viš, Police bogov, Kaninska skupina, Kraljevski Montaž, Julius Kugy v Ovčji vasi, Sporni Ojcingerjev prehod, Dve vojski v Julijcih.

Knjigo dopolnjuje 14 barvnih fotografij. Avtor vseh je dr. Rafko Dolhar. Za ilustracijo prehojenih planinskih poti tako Kugyja kot Dolharja pa so zelo koristni trije zemljevidi, še posebej za tiste, ki teh gora niso prehodili.

Kugy je gore ne samo obiskoval, iskal nove poti in smeri, ampak je o gorah tudi pisal. Poleg mnogih člankov v planinskih časopisih je napisal tudi sedem knjig.

Iz mojega življenja v gorah (1925), Delo, glasba, gore (1931), Julijske Alpe v podobi (1934), Anton Ojcinger – življenje gorskega vodnika (1935), Pet stoletij Triglava (1938), Božanski nasmeh Monte Rose (1940), Iz minulih dni (1944).

Vseh sedem knjig imamo Slovenci v prevodu. Iz vseh teh sedmih knjig in tudi iz mnogih člankov dr. Kugyja je Dolhar črpal podatke in jih v svoji knjigi navajal ter dodajal komentarje. Knjigo Od Trente do Zajzere so nekateri označili kot pogovor med dr. Kugyjem in dr. Dolharjem. Oba »dohtarja«, prvi starejši, sicer »jezični«, drugi zdravnik, oba z veliko ljubeznijo do gora. Pa še nekaj imata skupnega: oba sta iz osrčja slovenskih gora prišla v Trst in oba sta se stalno vračala nazaj v njima tako ljube gore. Oba sta pismena. Oba sta napisala mnogo člankov in zapisov. Eden sedem knjig, drugi je sedaj napisal enajsto in upam – ne zadnjo.

Težko je pri prvem branju ločiti misli in ugotovitve Kugyja in dolharja, saj imata mnogo skupnega. Res, to je razgovor. Ugotovitve Kugyja in potrditev Dolharja. Nisem si prav gotov, vendar zdi se mi, da je Dolhar dodobra spoznal Kugyjeve poti in jih več ali manj tudi ponovil. Morda je kakšna izjema.

Ne glede na to, da se je imel Kugy za Nemca in je šele ob koncu svojega življenja priznal, da ima slovenske prednike po očetovi in materini strani, je vedno in povsod uporabljal slovenska imena za vrhove in planine. Sicer je vedno imel s seboj domače vodnike, ki jih je zelo spoštoval, saj je o Ojcingerju napisal celo knjigo. Dolhar

piše takole: »V vseh Julijcih je pač geološka struktura skalnatih vrhov taka, da razkazujejo proti severu svoja najbolj strma in prepadna in torej najbolj očarljiva ostenja. Južna pobočja istih vrhov Julijcev so običajno bolj položna, včasih skoraj do samega vrha obraščena z ruševjem in travnatimi blazinami. Zato je razumljivo, da so na marsikaterem vrhu že zdavnaj stali pastirji, ko so iskali svojo drobnico, in si pri tem niso mislili nič posebnega. To je bilo pač njihovo naravno okolje, planine, kjer se je pasla drobnica, ki jim je dajala možnost za preživetje. Naravno je, da so planine in vrhove tudi poimenovali z imeni, ki so bila navadno povezana z obliko ali značilnostjo kraja. Kugyju je treba priznati, da je pod vplivom domačih vodnikov, ki jih je vedno jemal za svoje gorske podvige, tudi spoštljivo uporabljal domača imena vrhov in planin.

Šele meščanski turisti so začeli v gore zahajati zaradi drugih, estetskih ali športnih nagibov. Domači pastirji namreč v gorah niso iskali težav. Če niso bili prisiljeni, da v skalah poiščejo svojo ovco ali uplenjenega gamsa, se v skale niso podajali. Težave v gorah so začeli iskati šele planinci, ki so v premagovanju težav iskali potrditev lastne volje. V iskanju in osvajanju deviških plezalnih smeri pa je mogoče videti tudi zadostitev neke tipično moške želje. Prvenci in prvenstva, prvi pristopi in neodkrita smeri pač spadajo med tihe želje mnogih ljudi.«

Še eno Kugyjevo misel bi rad poudaril: »Gore naj ne bodo sovražniki... Alpinizem ni boj in ne vojno stanje. Le sem in tja lahko kaka dogodivščina, kaka podoba spominja na boj. Podlaga alpinizma mora biti vselej čista ljubezen do narave in do gora, globoka poglobitev v njih življenje, bistvo in dušo.«

Navedki iz Kugyjevih knjig so izredno zanimivi in posebej izbrani. Za vse nas, ki nismo zavzeti planinci in morda poznamo bolj Trento kot druge opisane doline in gore, pa so posebnost tisti del Julijcev, ki so ostali pod Italijo po prvi svetovni vojni in jih morda poznamo manj. Posebnost in odlika knjige pa je opis mnogih krajev med Trento in Zajzero, kot jih je dal Kugy, in današnjih, ločenih z državno mejo med Slovenijo in Italijo, ter z mnogimi betonskimi naselji, ki kazijo naravo. Res so ogromne razlike, saj so bile v Kugyjevem času meje drugačne in mnogo bolj prehodne kot kasneje.

Anton Prijatelj

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE

Uredništvo Zdravniškega vestnika in galerija Visconti Fine Art Kolizej iz Ljubljane sta za svoje bralce in slovenske zdravnike pripravila v naslednjih letih kakovostni izbor grafičnih listov priznanih slikarjev v omejeni nakladi.

Na vsake tri mesece skupaj izberemo po enega od domačih grafikov in enega iz tujine. V vernih barvah dela ponatiskujemo v Zdravniškem vestniku, črno bele reprodukcije pa v Farmaceutskem vestniku in ponatise praviloma ponovimo še v naslednjih dveh številkah. Okvirno predstavljamo vsakokratnega slikarja-grafika in tudi dimenzije ter tehniko grafičnega lista.

Za zdravnike in farmacevte nudi galerija znaten (galerijski) popust. Takšna ugodnost pa je pri vsakem listu omejena na 10 izvodov.

Pisne rezervacije za želeni grafični list pošljite na telefaksa: Zdravniški vestnik 061 30 19 55 in Farmaceutski vestnik 061 34 48 05, z zagotovilom, da boste list zagotovo tudi kupili. Razumljivo je, da imajo prednost zgodnejše dospеле rezervacije. Cene posameznega lista so dostopne po telefonu v uredništvih Zdravniškega vestnika in Farmaceutskega vestnika. Če bo interesentov dovolj pred potekom treh mesecev, bomo z objavljanjem listov končali predčasno. Po sklenjeni objavi bomo vse naročnike povabili v prostore galerije Visconti Fine Art Kolizej, Ljubljana, Gosposvetska 13, II. nadstropje, kjer bodo zainteresenti grafične liste ob manjši slovesnosti in ogledu stalne zbirke tudi prevzeli. Nadaljnji izvodi predstavljenih listov in druga dela iz zbirke (brez posebnega popusta) so na voljo neposredno v galeriji.

Skupaj z galerijo smo prepričani, da je med slovenskimi zdravniki, stomatologi, pa morda tudi farmacevti veliko zavzetih ljubiteljev slikarstva, celo zbiralcev in poznavalcev. Če bo zanimanje preseglo začetna pričakovanja, se bomo skupaj z Vami lotili tudi podjetnejših akcij, morebitnih ogledov slikarskih del pred razstavami, tako v Sloveniji kot v drugih državah, s prednostjo pri nakupu, ogled posameznih grafičnih in slikarskih tehnik v največjih slikarskih delavnicah v Evropi in podobno.

Uredništvo

Živko Ira Marušič

Slikar in grafik. Rojen septembra 1945 v Colornu pri Parmu, Italija. Študiral je na Akademiji za likovno umetnost v Benetkah, nato pa je dve leti bil na specialki za slikarstvo – od 1971 do 1973 na Akademiji za likovno umetnost v Ljubljani. Živi in dela v Kopru. Osebnostne razstave: 1972 – Dom omladine, Beograd; 1978 – Mala galerija, Ljubljana; 1982 – Meduza, Koper, Capella Underground, Trst, Mala Galerija, Ljubljana; 1984 – Studentski kulturni center, Beograd; 1985 – Galerie Ingrid Dacić, Tübingen; 1986 – Torbandena, Trst, Torbandena, Treviso; 1988 – Sebastian, Dubrovnik, Sebastian, Varaždin; 1989 – Meduza, Koper; 1990 – Equrna, Ljubljana; 1992 – Torbandena, Trst, Teatro Miela Trst; 1994 – Ruggerini & Zonca, Milano, Galerija Kolizej, Ljubljana, SAGA (Visconti Fine Art), Paris, Art Multi (Visconti Fine Art) Düsseldorf.

Živko Ira Marušič jr že uveljavljeno slikarsko ime v svetu sodobne likovne produkcije in ima lepe uspehe predvsem v Italiji. Je slikar z izrazito in svojsko barvno skalo in skorajda kiparsko oblikovanimi figurami, postavljenimi v poetični, včasih zelo erotični svet podzavesti, izražen z njemu karakterističnimi simboli. Njegove slike so za gledalca silovito likovno doživetje, saj izžarevajo energijo in čudno poetiko, nenavadno za slikarja evropskega temperamenta in umirjenega slikarskega izročila srednje Evrope.

Najnovejše edicije »Visconti Fine Art«, Lazo in Živa Vujić:



»Čarobna piščal«, 1994/95, lesorez, 1/35, 10 E.A., tiskano na svilenem papirju, kolažiranem na 300 gr Fabriano 70×50 cm.



»Vizionar«, 1994/95, lesorez, 1/35, 10 E.A., tiskano na svilenem papirju, kolažiranem na 300 gr Fabriano 70×50 cm.

Jean Michel Folon

Slikar, grafik in ilustrator. Rojen 1934 v Brüsselu, Belgija. Študiral na šoli za arhitekturo The Abbaye de la Chambre v Brüsselu, nakar je zapustil študij in odpotoval v Pariz, kjer se je posvetil samo študiju slikarstva in risanju. Njegove risbe so bile objavljene v pomembnih revijah in časopisih po svetu, kot so Time, Fortuna, Graphis, L'Express itd. Ukvarja se z dizajnom plakatov, ilustriranjem knjig in audiovizualnim raziskovanjem. Njegov zelo značilni projekt je bil otvoritveni znak letječega moža za osrednji francoski televizijski kanal. Razstavljal je v skoraj vseh pomembnih galerijah in muzejih v svetu od New Yorka, Milana, Pariza, Chicaga, Brüssela, Benetk do Sao Paula, ena zadnjih velikih njegovih razstav pa je bila v Metropolitan Museumu v New Yorku. Živi in dela v Parizu.

Značilno za Jean Michel Folona je precizna, minuciozna risba s pastelnim koloritom (tudi v grafikah), vedno figuralna in s posebnim sporočilom, ki je skoraj vedno humorno obarvano. Je zelo svojstven umetnik s takoj razpoznavnim rokopisom in nežno poetiko.



»Let«, barvna jedkanica in akvatinta, 1983, Rives papir 85×62 cm, edicija 1/200, edicija Visconti Fine Art, Živa in Lazo Vujić.



Lilly

Kaj
pomaga
pri
bakterijskih
okužbah?

Ceclor

CECLOR® včeraj, danes, jutri!

Kratka strokovna informacija: Ceclor (cefaklor) je polsintetični cefalosporinski antibiotik z baktericidnim delovanjem proti številnim grampozitivnim in gramnegativnim okužbam.

Indikacije: Ceclor je namenjen zdravljenju lahkih in srednje težkih infekcij dihalnih poti, vključno pnevmonije, akutnega bronhitisa in poslabšanj kroničnega bronhitisa, faringitisa, tonzilitisa, sinusitisa, vnetja srednjega ušesa, infekcij kože in mehkih tkiv, kot tudi infekcij urinarnega trakta.

Kontraindikacije: Pri ugotovljeni preobčutljivosti na cefalosporine. Pri bolnikih s preobčutljivostjo na penicilin moramo biti pazljivi, ker se lahko pojavi alergija.

Nosečnost in dojenje: Čeprav škodljivo delovanje Ceclora do sedaj ni znano, ga med nosečnostjo in dojenjem zdravnik lahko predpiše le po temeljiti presoji.

Doziranje: Odrasli – 3 krat 250 mg do 500 mg dnevno.

Pakiranje: kapsule blister 15 x 250 mg in blister 15 x 500 mg.

Dodatne informacije lahko dobite v objavljenih strokovnih tekstih in na našem naslovu.

Lilly

Eli Lilly • Parmova 53, 61000 Ljubljana
tel.: 061 319-648, 061 131-7244 / int. 348
faks: 061 319-767

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).

Spremeni dopis

Spremenno 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 diskeete vrne. Besedila naj bodo napisana s programom Wordstar ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi. V besedilu so dovoljene kratice, 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 avtorjevim 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 financerji 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 letaset 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: Dopisna 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 izvirkom. 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 primerne 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 jasn in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izveček 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 64, MARCH 1995, Page 133-192, Number 3

CONTENTS

LEADING ARTICLES

Oregon initiative – the liberation, agreement and action,

J. Drinovec, M. Cevc, Z. Fras

133

It is time to join our forces, M. Cevc, Z. Rudolf

135

PROFESSIONAL ARTICLES

Insect sting allergy, M. Košnik

137

Outpatient arthoscopic procedures under local anesthesia - analysis of 142 procedures, M. Veselko, V. Senekovič, M. Tonin

141

REVIEW ARTICLES

Epidemiological features of Lyme borreliosis in Slovenia, F. Strle,

V. Maraspin-Čarman, S. Furlan-Lotrič, E. Ružič-Sabljič, D. Pleterski-Rigler, J. Cimperman

145

QUALITY IN HEALTH SERVICE

Guidelines for performance and evaluation of allergy skin test,

S. Šuškovič, M. Košnik, J. Šorli

151

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS