



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 67, JUNIJ 1998, str. 337-400, ŠT. 6

VSEBINA

STROKOVNI PRISPEVKI

- Vincenc Kern in njegove zasluge pri uvajanju cepljenja proti črnim kozam v slovenskih deželah Habsburške monarhije**, C. Toplak, Z. Zupanič-Slavec 337
- Vloga provokacijskega testa in vitro za ugotavljanje neželenih reakcij na nesteroidne antirevmatike**, M. Košnik, B. Wraber, I. Grmek-Košnik, A. Skralovnik-Štern, E. Mušič, S. Šuškovič, M. Fležar 341
- Hilotoraks in psevdokhilotoraks – prikaz primerov**, I. Koren, J. Panjan 345
- Umrljivost v Sloveniji v letu 1996**, J. Šelb 349
- Bronhoskopska igelna aspiracija brez računalniške tomografije prsnega koša v zamejevanju pljučnega raka: kdaj in kje**, A. Debeljak, N. Triller, M. Terčelj, I. Kern 355

PREGLEDNI PRISPEVKI

- Vloga patologije pri opredeljevanju kronične obstruktivne bolezni**, T. Rott, D. Ferluga, I. Kern 359

RAZGLEDI

- Medikohisotrična rubrika** 365
- Delo SZD** 369
- Zdravniški vestnik pred 60 leti** 382
- V tej številki so sodelovali** 348
- Oglasi** 354, 364



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

P. Kapš (predsednik/president),
I. Švab (namestnik predsednika/vice-president),
J. Bedernjak, F. Dolšek, J. Drinovec, M. Janko, M. Jereb
I. Kapelj, V. Kostevc-Zorko, F. Košir, M. F. Kenda,
S. Levak-Hozjan, V. Petrič, A. Prijatelj, P. Rode, B. Šalamun,
Z. Turk, F. Urlep, T. Vahtar, F. Verovnik, G. Voga, M. Žargi

Uredniški odbor/Editorial Board:

B. R. Binder, Dunaj - Avstrija, B. Brinkmann, Münster - Nemčija, V. Dolenc,
D. Ferluga, S. Herman, S. Julius, Ann Arbor - ZDA, M. Jung, Zürich - Švica,
P. Kapš, D. Keber, M. Kordaš,
I. Krajnc, G. J. Krejs, Graz - Avstrija, G. Lešničar, M. Likar, J. Milič,
Montreal - Kanada,
A. P. Monaco, Harvard - ZDA, D. Pokorn, S. Primožič, M. Rode,
E. Stålborg, Uppsala - Švedska,
J. Šorli, J. Trontelj, B. Vrhovac, Zagreb - Hrvaška, B. Žekš

Poslovna tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:

J. Faganel, T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

A. Snedec

**Naslov uredništva in uprave/
Address of the Editorial Office and Administration:**

1000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Domača stran na Internetu/ Internet Home Page:

<http://vestnik.szcd.si/>

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.

To število so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
Po mnenju Urada vlade RS za informiranje št. 4/3-12-1388/95-23/294
šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje
5% davek od prometa proizvodov.

- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d.d., Ljubljana - Naklada 4100 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting.

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

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d.d., Ljubljana - Printed in 4100 copies

//98528

Strokovni prispevek/Professional article

VINCENC KERN IN NJEGOVE ZASLUGE PRI UVAJANJU CEPLJENJA PROTI ČRNIM KOZAM V SLOVENSKIH DEŽELAH HABSBURŠKE MONARHIJE

Ob dvestoletnici cepljenja proti črnim kozam (1798-1998)

VINCENZ KERN AND HIS MERIT IN THE INTRODUCTION OF THE VACCINATION IN
SLOVENIAN LANDS OF THE HABSBURG MONARCHY

At 200th Anniversary of the Vaccination against small pox (1798-1998)

Cirila Toplak, Zvonka Zupanič-Slavc

Inštitut za zgodovino medicine, Medicinska fakulteta, Zaloška 7a, 1105 Ljubljana

Prispelo 1997-10-08, sprejeto 1998-04-06; ZDRAV VESTN 1998; 67: 337-40

Ključne besede: črne kozе; variolizacija; vakcinacija; Edward Jenner; Vincenc Kern; Slovenija

Key words: small pox; variolation; vaccination; Edward Jenner; Vincenz Kern; Slovenia

Izvleček – Po dvesto letih, odkar je Edward Jenner odkril vakcinacijo proti črnim kozam in je bila uvedena tudi v deželah Habsburške monarhije, želita avtorici obuditi spomin na slovenskega zdravnika Vincenca Kerna (1760-1829), pomembnega člana dunajske medicinske fakultete, ki je še kot profesor na ljubljanskem medicokirurškem liceju takoj po Jennerjevem odkritju uvedel novo cepljenje med Slovenci.

Abstract – At the 200th anniversary of Edward Jenner's discovery of vaccination against small pox and its subsequent application in the Habsburg monarchy, the authors would like to remind of dr. Vincenz Kern (1760-1829) who represented an important personality of the Vienna Medical School. He introduced the new vaccination among Slovenian population immediately after Jenner's discovery, working as a professor at the Medico-Surgical Lyceum in Ljubljana.

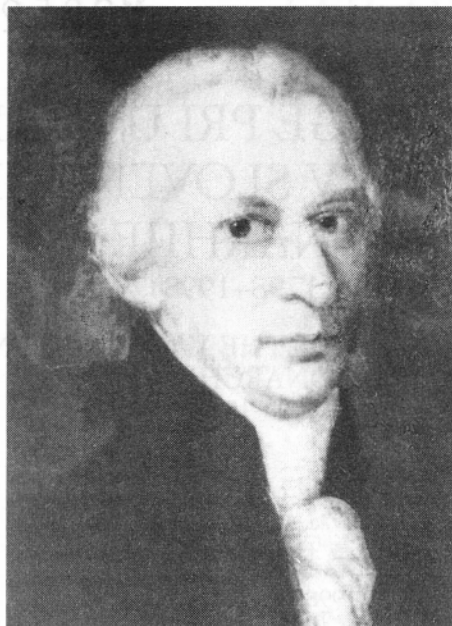
Uvod

Črne kozе (variola maior) so značilen primer kužnih bolezní, ki so pogosto zajele eno ali več celin, zdesetkale narode in širile strah pred »božjo kaznjivo«, dokler njihov resnični vzrok ni bil znan. Prve človeške žrtve koz so bile verjetno v Aziji ali Afriki približno 10.000 let pr. n. št. Na nekaterih egipčanskih mumijah so paleopatološki dokazi, da so stare dinastije poznale to bolezen. Med prvimi je epidemijo z imenom »Antonijeva kuga« opisal rimski zdravnik Galen. Zaradi nje naj bi umrlo od 3 do 7 milijonov ljudi (1). V srednjem veku se je bolezen počasi širila proti severu Evrope in dosegla Islandijo v 15. stoletju. V naslednjih dveh stoletjih je redno pustila po celini in na določenih območjih občasno pomorila do 30% prebivalcev iz vseh socialnih razredov. Slaven primer je angleška kraljica Elizabeta I., ki je že odrasla srečno prestala okužbo s kozami. Kozе, ki so po navadi pustile grde brazgotine, so le redki preživel brez sledov. Ker so nato postali imuni, so kozе večinoma prizadevale otroke in so bile najpogostejši vzrok smrti pri manj kot pet let starih otrocih. Prenos virusa koz na obe ameriški celini je povzročil množično umiranje Indijancev in jih skoraj iztrebil.

Črne kozе postanejo endemične pri gosti naseljenosti, zato je bolezen dosegla Evropo sorazmerno pozneje kot gostejše naseljeni Afrika in Azija. Evropejci so se sprva branili pred kozami samo s puščanjem krvi in počitkom. Stanje se je izboljšalo, ko je bila leta 1377 v Dubrovniku uvedena prva karantena na svetu. Evropski zdravniki so tudi dobivali zmeraj več novic o novi metodi zdravljenja koz z Daljnega vzhoda.

Kitajci so že dolgo prej opažali, da ljudje ne zbolevalo za kozami, če so že preboleli lažjo obliko te bolezni. Bombaž, okužen z gnojem, so zdravim ljudem vstavljali v nos, da bi se izognili brazgotinam na koži (2). Ta primitivna oblika vnosa – variolizacija – je bila pozneje za osnovo vrsti imunizacijskih metod v evropski medicini, potem ko je žena angleškega poslanika v Istanbulu lady Mary Wortley Montagu o njej poročala v Londonu (3). Tudi Balthasar Hacquet (1740-1815), dolgoletni raziskovalec naših krajev, je poročal v delu *Abbildung und Beschreibung der südwest und ostlichen Wenden, Illyrer und Slaven*, da poznajo podobno metodo tudi na slovenskem Balkanu (4). Variolizacijo so zaradi pogostega širjenja koz podpirali zdravniki in monarhi večine evropskih dežel. V 18. stoletju so jo izpopolnili, vendar je bila še zmeraj precej tvegana in je imela zato veliko nasprotnikov. Neznalost variolizacije je spodbudila intenzivne znanstvene raziskave o vzroku in naravi koz. Posebej dragocena so bila odkritja italijanskega patologa Domenica Cotugna (1736-1822), ki je prvi opisal (strukturne) učinke virusa koz na kožo (5).

Leta 1796 je angleški zdravnik Edward Jenner po dolgotrajnih opazovanjih izvedel kitajski metodi le delno podoben poizkus. Sledil je izkušnjam kravarjev, da postanejo imuni na črne kozе po prestanih kravjih kozah, ki so blaga in nenevarna bolezen. Uporabil je gnoj iz ranice, ki je povzročil kravje kozе, in ga vnesel v prasko na roki dečka. Dva meseca pozneje je E. Jenner dečka okužil s človeškim virusom in deček ni zbolel. Revolucionarno odkritje je opisal v delu, ki je bilo ob izidu komaj opaženo, nato pa je postalo najbolj polemično



Sl. 1. Dr. Vincenc Kern (1760–1829), portret neznanega slikarja. Slika je last Klinike za ginekologijo in porodništvo v Ljubljani.

medicinsko delo svojega časa *An Inquiry into Causes and Effects of the Variolae Vaccinae*. Z vakcinacijo se je za nalezljive bolezni pričelo novo obdobje (6).

Vakcinacija je imela precej prednosti pred variolizacijo. V nasprotju z variolizacijo ni ogrožala bolnika in njegovih bližnjih. Posledice vakcinacije so bile v primeru okužbe nenevarne in karantena ni bila potrebna. Nejasnosti so bile sprva med drugim tudi v trajanju imunosti in možnosti prenosa drugih nalezljivih bolezni s cepljenjem (1). Jenner je vztrajal, da je imunost trajna, dokler ni potrdilo nasprotnega kljub cepljenju veliko število zbolelih. Zaradi uvedbe obvezne vakcinacije v skoraj vseh državah v začetku 20. stoletja Evropa ni več poznala koz. Nekaj primerov je še bilo v Afriki in Braziliji, vendar so infektologi ugotovili, da je bolezen povzročil sorodni virus (7). Po akciji splošnega obveznega cepljenja po vsem svetu, ki jo je vodila Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), so bile leta 1977 koze tudi uradno razglašene za iztrebljene. Samo v nekaj laboratorijih so bakteriologi obdržali virus v svojih arhivih, da bi v primeru ponovnega izbruha lahko izdelali cepivo. Vendar pa v zadnjem času spet poročajo o izbruhih kozam podobnih bolezni, predvsem iz centralne Afrike, ki je žarišče številnih kužnih bolezni. Ni še znano, ali gre res za virus koz ali za še neznane, kozam podobne nalezljive bolezni (8).

Vincenc Kern in cepljenje proti kozam v slovenskih deželah

Ko je Jenner poročal o svojem odkritju, so se medicinski krogi in javnost zelo različno odzivali. Nekateri so ga slavili kot genija, drugi so ga imeli za šarlatana. Vendar so Jennerjevemu zgledu kmalu sledili številni zdravniki in poročali o uspehu. Leto dni po Jennerjevi objavi so vakcinacijo pričeli izvajati na Dunaju in drugje v Habsburški monarhiji. V slovenskih deželah monarhije je bil za uvajanje nove metode imunizacije najzaslužnejši Vincenc Kern (9).

Vincenc Kern je bil rojen v Gradcu leta 1760 (10), najverjetneje v slovenski družini (11). Prve poklicne izkušnje si je pridobil kot kirurški asistent, potoval pa je tudi v tujino, da bi

se spoznal z delom drugih kirurgov, predvsem slavnih Italijanov v Benetkah in Trstu. Leta 1784 je diplomiral iz kirurgije, pet let pozneje pa še doktoriral. Zdravil je dunajsko gospodo in potoval po Evropi, da bi sledil novim medicinskim dognanjem. Vincenc Kern je poosebljal napredek, ki je značilen za kirurški poklic ob koncu 18. stoletja, korak »od obrti do znanosti« (11).

Leta 1797 je postal profesor na ljubljanskem mediko-kirurškem liceju, kjer je poučeval kirurgijo, anatomijo in porodništvo. Zgodaj se spoznal povezavo med vojnam in širjenjem nalezljivih bolezni. V tistem času so kože morale po vsej Evropi. Kranjska, kjer je okoli leta 1800 živelo približno 417 tisoč ljudi, je v času epidemije 1798–1801 izgubila v vsakem okraju več tisoč ljudi; samo v Ljubljani je umrlo 1200 otrok (12). Najuspešnejša dotodanja varovalna metoda je bila variolizacija, čeprav je bila nevarna. Zdravniki so jo opravljali tako, da so zdrave okužili s kužnino bolnikov, ki so preživeli blažjo obliko koz, ali pa so zdrave preprosto oblekli v srajce okuženih in čakali, da bolezen opravi svoje. Kerna je skrbelo širjenje koz med Slovenci in še posebej njihov strah pred variolizacijo. V poduk je napisal esej z naslovom *Errinerungen über die Einführung der Blattern-Einimpfung im Herzogthum Krain* (13), ki je bil objavljen v Ljubljani leta 1798. Naslednje leto ga je v slovenščino prevedel V. Vodnik (*Nauk od kose stavlenja*, 1799), da bi kranjsko prebivalstvo poučil o bolezni in možnosti njenega preprečevanja.

Drugi veliki val epidemije koz v Evropi v zadnjem desetletju 18. stoletja so sprožili variolizirani bolniki. Samo na Dunaju se je v letu 1790 okužilo 16.000 ljudi, medtem ko so v nemško govorečih deželah leta 1798 našteji 65.000 smrtnih žrtev. Evropa je vsako leto izgubila več kot 400.000 prebivalcev zaradi koz, ki so povzročile tudi tretjino vseh trajnih oslepitev (14). Drugi avtorji navajajo, da je v Evropi v tistem času zaradi koz umrlo vsako leto celo milijon ljudi (1).

Kerna je Jennerjevo odkritje prevzelo. O njem je bral v časopisu *Mediziner Chirurgische Zeitung*. Verjetno je bil seznanjen tudi z delom Aloysiusa Carene in Jeana de Carroja, ki sta v Avstriji prva pisala o vakcinaciji. Z denarno pomočjo Žige Zoisa in nekaterih drugih slovenskih plemičev je odpotoval v Celovec po novo cepivo k tamkajšnjemu protomediku Lovru pl. Križantu Vestu, ki je prvi varioliziral na Koroškem že leta 1768 in pozneje tam uvedel tudi vakcinacijo (9, 15).

Leta 1801 je nova epidemija koz zajela Kranjsko in umrlo je na stotine otrok. Kljub temu so se ljudje bali vakcinacije, saj je navidezno prinesla le delen uspeh, ker je bila pogosto prepoznana. Leta 1803 je Kern napisal še eno obvestilo o kozah: *Aufruf an die Bewohner Krains zur Allgemeinen Annahme der Kuhpockeneinimpfung* (16), ki naj bi ga prebral prav vsak prebivalec Kranjske. Kern je v njem primerjal prednosti vakcinacije proti variolizaciji v enajstih točkah in uvedel učinkovit slogan *med dvema zloma manjše zberi* (4), da bi populariziral novo metodo zdravljenja. Takole sporoča v svojem »pripogandnem« zapisu:

1. Bolezen, izzvana z vakcinacijo, je blaga in nenevarna.
2. Cepljenje je možno ob kateremkoli času.
3. Cepljenje je primerno za vse starosti.
4. S cepljenjem izzvana bolezen ni nalezljiva.
5. Ne pojavi se izpuščaj.
6. Ni notranjih komplikacij.
7. Ni krčev.
8. Cepljenih tudi gripa ne prizadene.
9. Cepljenih ni potrebno izpostavljati na zraku.
10. Cepljenje naredi koze, če jih bolnik že ima, manj nevarne.
11. Cepljenje je varstvo pred kozami.

Sledi natančen opis vakcinacije in posledic. Kernov poziv ni utemeljeval nove metode s primeri kot Jennerjeva *Raziskava* (17), ampak je bil napisan z namenom prepričati prepro-

ste ljudi. Naloga je bila težavna, saj so ljudje že ob uvajanju variolizacije postali nezaupljivi. Razen tega je tudi podprl Jennerjevo zmoto o nepotrebnosti ponovnega cepljenja in ni navajal tudi estetskih razlogov za cepljenje, čeprav je bila iznakaženost preživelih po bolezni splošno znana.

Ko je Kern pričel leta 1801 vakcinirati otroke, je bil uspeh le delen. Večina otrok ni »prenesla« cepiva (9). Njegovi stanovski tovariši so se odkrito opredelili proti vakcinaciji, toda Kern je vztrajal v prepričanju, da je resnično uporabna. Žal se je Kernu pripetila tragedija: najstarejši sin, ki ni bil pravočasno cepljen, je umrl zaradi koz. Kmalu zatem mu je umrla tudi žena. Razširile so se govorice, da je otrok umrl zaradi posledic cepljenja, in prebivalci Ljubljane so pričeli Kernu odkrito kazati nezaupanje (9). Kljub temu so ga številni zdravniki v slovenskih deželah pričeli posnemati. Tudi Cerkev je sčasoma pričela javno podpirati cepljenje, čeprav so duhovniki sprva oznanjali, da morajo ljudje sprejeti prekletstvo črnih koz kot kazen za grehe. Papež je po epidemiji v Rimu 1814 (1) podprl cepljenje kot dragoceno odkritje; Cerkev je namreč izgubljala v epidemijah na tisoče vernikov. Slovence, ki so bili pod močnim vplivom katoliške cerkve, saj je v 19. stoletju kmečkemu prebivalstvu še zmeraj predstavljal prvi vir učenosti, so duhovniki opogumljali, naj se znebijo predsodkov in se dajo cepiti. Prepričevanje je bilo težavno. Podeželjske matere so na splošno še verjele, da cepljenje izniči krst in so takoj po njem pogosto izsesale cepivo iz otrokove kože (18). Leta 1800 je poročal časopis *Laibacher Zeitung* (15), da je v sedmih letih vsak prvorojeni otrok v okolici Ljubljane umrl zaradi koz. Leta 1812 je bilo na Kranjskem cepljenih 7200 otrok (18). Kernu gre zasluga, da je bilo slovensko prebivalstvo cepljeno skoraj deset let pred prebivalci ostalih habsburških dežel. Trst in Reka sta s Kernovo pomočjo dobivala cepivo iz Ljubljane in ne z Dunaja.

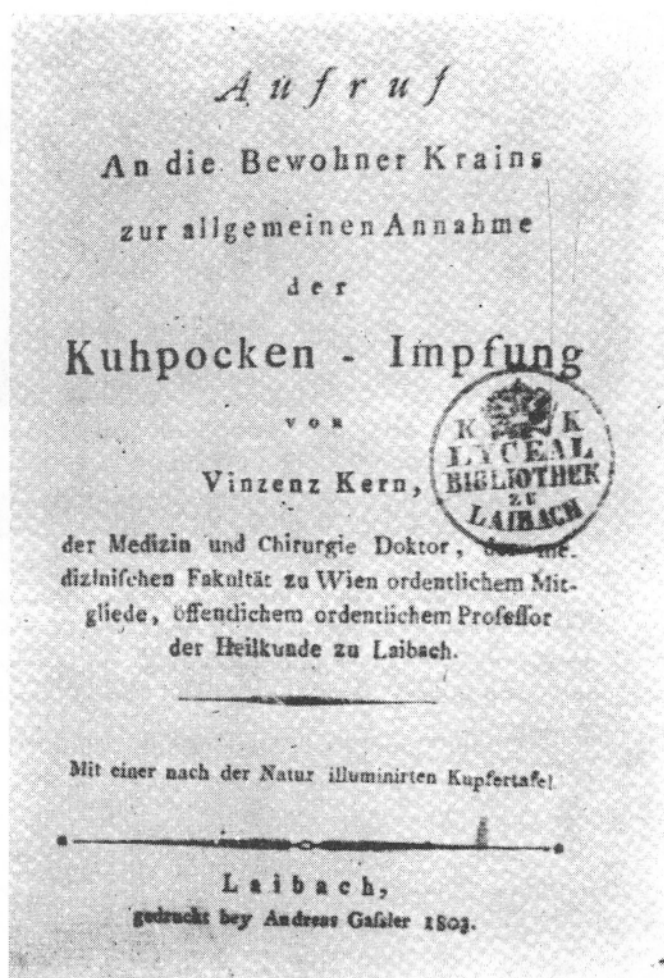
Za cepljenje je bilo veliko storjenega tudi v času francoske okupacije slovenskih dežel v letih 1809–1813. Leta 1814 so uvedli obvezno potrdilo o cepljenju za vse, ki so se želeli zaposliti v državni upravi. Uvedeni so bili tudi posebni davki za kritje stroškov cepljenja. Francoske in pozneje avstrijske oblasti so razpisale posebne nagrade za zdravnike, ki so se izkazali z največjim številom cepljenj. Ob Kernu so bili za uvedbo cepljenja zaslužni še slovenski zdravniki, kot B. Hafner iz Idrije, J. Stroj iz Kranja in A. Pober iz Novega mesta (15). Bleiweis je prav tako pripomogel k splošnemu sprejetju cepljenja med Slovenci s številnimi spisi in s pozivanjem cerkvenih veljakov, npr. nadškofa A. M. Slomška (19).

Kernova zasluga za napredek kirurgije v Habsburški monarhiji v začetku 19. stoletja

Leta 1803 je Kern odpotoval v Benetke, kjer je specializiral kirurgijo pri slavnem Francescu Pajoli. Nove urološke metode, kot vezikotomijo in litotomijo, je izpopolnjeval pred avditorijem, ki ga je napolnilo tudi do sto študentov. Kern je bil zadnji litotomist v Evropi, saj je še za njegovega življenja Franz J. C. Civil razvil litotripično metodo odstranjevanja kamnov iz mehurja (9). *Die Steinbeschwerden der Harnblase* (1828) (21) predstavlja strokovni povzetek Kernovih uroloških izkušenj.

Vincenc Kern je bil imenovan za profesorja dunajske Medicinske fakultete, ko je še deloval v Ljubljani. Leta 1805 so ga na pobudo protomedika J. A. Stiffa, ki je cenil Kernove organizacijske in pedagoške sposobnosti, poklicali na Dunaj, da bi prevzel vodstvo katedre za praktično kirurgijo (9).

Res je s Kernom nastopil pomemben preobrat v izobraževanju avstrijskih kirurgov. Le-ti so bili v drugi polovici 18. stoletja osredotočeni predvsem na vojaško kirurgijo, novo stoletje pa je prineslo bolj »civilnega« kirurga. V tem času je bila av-



Sl. 2. Naslovna stran Kernovega teksta *Aufruf an die Bewohner Krains zur Allgemeinen Annahme der Kuhpocken-Impfung* (1803).

strijska medicina pod močnim vplivom naravnih filozofskih šol, ki so ovirale njen sodobni razvoj. Avstrijski zdravniki so se zanašali na stare metode zdravljenja (npr. antiflogozo in polipragmazijo) in se seveda v marsičem niso strinjali z naprednim človekom, kakršen je bil V. Kern. Med njegovimi pomembnejšimi prispevki k razvoju medicinskega študija na Dunaju sta ustanovitev klinične knjižnice in uvedba odprtega zdravljenja ran, s katero je zaslovel po vsej Evropi (9). Opisal jo je v članku *Avis aux chirurgiens* (1809) (10). Kern je pravilno identificiral vir okužbe v rani, vendar si ni znal razložiti vzroka okužbe. Z novim zdravljenjem, ki je pospeševalo naravne obnovitvene procese v rani, se je medicina znebila neučinkovitega pretiravanja z mazili in povoji (21). Leta 1803, ko je bil V. Kern še v Ljubljani, je v delu *Lehrsätze aus dem manuellen Theil der Heilkunde* podal sistematični pregled sodobnih metod zdravljenja ran, ki ga je pozneje uporabljal kot teoretično podlago pri dunajskih predavanjih (9).

V. Kern je na Dunaju ustanovil kirurški inštitut (Operationszöglinginstitut ali Operateur-Institut), ki je postal najpomembnejše učno središče za bodoče avstrijske kirurge. Za vpis so bili potrebni zahtevni izpiti; med dveletnim študijem so gojenci dobivali državne štipendije. Številni med njim, kar nekaj tudi Slovencev, so postali slavni kirurgi. V. Kern je vodil Inštitut do 1824, ko se je zaradi zdravstvenih težav omejil na teoretično kirurgijo.

Leta 1815 je bil imenovan za imperialnega svetnika in cesarjevega osebnega zdravnika. Številne medicinske fakultete v



Schutzpocken IMPFUNGS-ZEUGNISS

*Olga Mally, alt 2½ Jahre, geboren von
Laibach, St. Peters-W. Nr. 20, aus Berlin, ist von dem Un-
terzeichneten im Jahre 1867 den 11. September mit Schutzpocken-
stoffe geimpft worden, und hat den regelmäßigen Verlauf derselben
überstanden.
Krainburg den 11. September 1867.*

*J. J. Reinwald
Krainburg*

Sl. 3. Potrdilo o cepljenju proti kozam za dveipolletno Olgo Mally iz Kranja, 1867.

Evropi so ga imenovali za častnega člana. Ko je v devetinšestdesetem letu življenja umrl na Dunaju, je zapustil obsežno bibliografijo. Nemški kirurg T. Billroth je o njemu zapisal: »Videli smo, kako izrednega pomena je bilo Kernovo osebno delovanje na razvoj kirurgije in izboljšanje položaja kirurgov na Avstrijskem. S strokovnimi deli si je Kern priboril za vse čase slavo kirurga z nenavadno bistrim razumom, izrednim darom opazovanja, z obilnim znanjem ter s kritično presojo in smislom za mnoga praktična vprašanja.« (9)

Zaključek

Ob preučevanju literature o Kernu in njegovem delu zbudi pozornost podatek o pogostem nasprotovanju njegovega poklicnega okolja. Očitno pa so prebivalci in zdravniki Ljubljane postali nezaupljivi do Kernovih prizadevanj za cepljenje šele po njegovi družinski tragediji. Pred tem so se tudi zdravniki na Kranjskem zanimali za Jennerjevo odkritje, saj je bil prvi članek o novih metodah zdravljenja koz objavljen v *Ljubljanskih novicah* že leta 1798. Tomaž Kristan, ki je kot

prvi slovenski zdravnik znanstveno poročal o primerih variolizacije leta 1798, je prav tako zanesel okužbo v lastno hišo, a uspešno pozdravil tri hčere, kakor tudi trideset drugih otrok (15). Toda Kernovi nasprotniki so brez predsodkov izrabili nesrečni dogodek, da bi ljudi odvrnili od nove metode. Ne le zdravniki, večina prebivalcev Ljubljane in Kranjske je bila proti vakcinaciji, čeprav so kože pustošile po deželi in je bila nujnost ukrepanja očitna. Zakaj? Nove metode nasploh zbujajo nezaupanje in strah v ljudeh, še posebej, če zadevajo zdravje. Nedvomno je treba zavarovati ljudi pred prenašalnimi novostmi, ki so včasih prinesle več škode kot koristi. Vincenc Kern pa je bil človek napredka, katerega pomen je daleč presegel narodnostne meje. Sposoben je bil ugledati luč novega upanja in ji slediti. Za to pot je moral biti ne le pronicljiv znanstvenik, ampak tudi izredno pogumen človek.

Enako velja za Edwarda Jennerja, katerega odkritje je pomenilo resničen preobrat pri preprečevanju nalezljivih bolezní. Rešilo je nešteta življenja in nakazala smer preventive številnih drugih nalezljivih bolezní, ne le koz. Med neprekinjenim razvojem človeške civilizacije se razvijajo in prilagajajo spreminjajočim se pogojem okolja tudi bolezní, zato se znanstveniki tudi danes soočajo z neznanim. Odkritje vakcinacije ostaja eden od mejnikov ne le zdravstvene, ampak tudi splošne sodobne zgodovine človeštva.

Literatura

- Hopkins D. Princes and peasants - small pox in history. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1983: 3; 22, 75, 85.
- Glesinger L. Povijest medicine. Zagreb: Školska knjiga, 1978: 32.
- Dieppen P. Die Heilkunde und der ärztliche Beruf. Berlin, München: Urban & Schwarzenberg, 1947: 157-8.
- Pintar I. Kratka zgodovina medicine. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1950: 199, 266.
- Belloni L. Auf dem Wege zur Gewebepathologie: 1769 erkennt Cotugno die schichtigen Veränderungen der Haut im Verlaufe des Pockenprozesses. In: Eulner H, Mann G, Preiser G, Winau R, Winkelmann O. Medizingeschichte in unserer Zeit. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1971: 245-58.
- Meyer-Steinig T, Sudhoff K. Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen. Jena: Gustav Fischer Verlag, 1928: 376-8.
- Fališevac J. Variola. In: Medicinska enciklopedija 6 Sol.-Ž. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod, 1970: 534-4.
- Moulin A. L'aventure de la vaccination. Paris: Fayard, 1996: 117-21.
- Borisov P. Od ranocelnštva do začetkov znanstvene kirurgije na Slovenskem. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 1977: 193-205.
- Lesky E. Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz-Köln: Verlag Hermann Böhlau Nachf., 1978: 62-2.
- Pintar I. Kern Vinzenz. In: Medicinska enciklopedija 3 Glj.-Kom. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod, 1968: 648-8.
- Pintar L. Črne kozice in začetki cepljenja proti njim v Sloveniji. Ljubljana: 10. Derčevi pediatrični dnevi, 1987: 17-8.
- Kern V. Erinnerungen über die Einführung der Blattern-Einimpfung im Herzogthum Krain. Laibach: J. F. Licht, 1798.
- Rogina J. Historija Variole. Beograd: Štamparija Centralnog higijenskog zavoda, 1930: 25.
- Pintar I. Borba protiv variole u Sloveniji. Acta Historica Medicinæ Pharmaciae Veterinæ II, 1962: 44-57.
- Kern V. Aufruf an die Bewohner Krains zur Allgemeinen Annahme der Kuhpocken-Impfung. Laibach: Andreas Gassler, 1803.
- Jenner E. An inquiry into the causes and effects of the Variolæ vaccinae. London: Sampson Law, 1798: 9-42.
- Zupanič-Slavce Z. Razvoj pediatrije v svetu in med Slovenci do sredine 20. stoletja. Slov Pediatr 1995; 1: 28-34.
- Zupanič-Slavce Z. Dr. Janez Bleiweis - zdravstveni prosvetitelj. Med Razgl 1995; 35: 399-9.
- Kern V. Die Steinbeschwerden der Harnblase, ihre verwandten Übel und der Blasenschnitt bei beiden Geschlechtern. Wien, 1828.
- Sigerist H. Grosse Ärzte. München: Lehmanns Verlag, 1954: 261.

Strokovni prispevek/Professional article

VLOGA PROVOKACIJSKEGA TESTA IN VITRO ZA UGOTAVLJANJE NEŽELENIH REAKCIJ NA NESTEROIDNE ANTIREVMATIKE

INTOLERANCE TO NONSTEROIDAL ANTIINFLAMATORY DRUGS: ROLE OF IN-VITRO DIAGNOSTIC TEST

Mitja Košnik,¹ Branka Wraber,² Irena Grmek-Košnik,³ Aleksandra Skralovnik-Štern,¹
Ema Mušič,¹ Stanislav Šuškovič,¹ Matjaž Fležar¹

¹ Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik

² Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 1108 Ljubljana

³ Zavod za zdravstveno varstvo, Gosposvetska 12, 4000 Kranj

Prispelo 1997-09-17, sprejeto 1998-02-13; ZDRAV VESTN 1998; 67: 341-4

Ključne besede: aspirin; alergija za zdravila; anafilaksa; sulfidolevkotrieni

Izveleček – Izhodišča. Zdravljenje z aspirinom in nesteroidni antirevmatiki se pogosto zaplete s hudim poslabšanjem astme, urtikarijo in angioedemom ali anafilaktoidno reakcijo. Sistemska neželena reakcija je posledica preobčutljivosti za farmakološke učinke zdravila. Želeli smo oceniti vrednost *in vitro* testa CAST-ELISA v diagnostiki neprenašanja nesteroidnih antirevmatikov (NA). Test ugotavlja koncentracijo sulfidolevkotrienov, sproščenih iz levkocitov po provokaciji z lizin-aspirinom *in vitro*.

Metode. Retrospektivno smo analizirali diagnostični postopek pri bolnikih, ki so bili napoteni na pregled zaradi suma neprenašanja NA. Iz anamneze ali rezultata obremenitvenega testa smo ocenili verjetnost, da so bile bolnikove težave posledica neprenašanja NA. Klinično diagnozo smo primerjali z rezultati testa CAST-ELISA.

Rezultati. Test CAST-ELISA je bil pozitiven pri dveh od 24 bolnikov, katerih reakcije smo ocenili kot verjetno povzročene z zaužitjem NA, in pri nobenem od 18 bolnikov, pri katerih smo ocenili, da neželene reakcije verjetno niso bile povzročene z zaužitjem NA.

Zaključki. Glede na naše rezultate je test CAST-ELISA pri diagnostiki neprenašanja NA premalo občutljiv. Obremenitveni test je še vedno edini zanesljiv način, da ugotovimo prenašanje NA.

Uvod

Aspirin in nesteroidni antirevmatiki (NA) so med najbolj uporabljanimi zdravili. Učinkoviti so pri zdravljenju bolečine, povišane temperature in vnetja. Zmanjšajo tveganje nastanka trombocitnih strdkov. Žal pa se zdravljenje z njimi pogosto zaplete. Najpogostejši in pričakovani so zapleti zaradi škodljivih učinkov na zaščitne mehanizme želodčne sluznice. Predvidljivi stranski učinki so tudi nefritis, krvne diskrazije in nag-

Key words: aspirin; drug allergy; anaphylaxis; sulphido-leukotrienes

Abstract – Background. Treatment with aspirin and nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAID) is frequently complicated with worsening of asthma, urticaria and angioedema or anaphylactoid reaction. Systemic reactions are due to hypersensitivity to pharmacological actions of the drug. We wanted to evaluate CAST-ELISA test (release of sulphidoleukotrienes from leukocytes after *in vitro* provocation with lysin-aspirin) in the diagnostics of NSAID intolerance.

Methods. Retrospective analysis of diagnostic procedure in 42 patients referred to our department because of suspected intolerance to NSAID. According to medical history and in some patients by performing oral or inhalation provocation test with NSAID we classified patients as probably NSAID tolerant or probably NSAID intolerant and compared clinical probability with the results of CAST-ELISA test.

Results. CAST-ELISA was positive in 2 out of 24 patients with high clinical probability of NSAID intolerance and negative in all patients with low clinical probability of NSAID intolerance.

Conclusions. According to our results CAST-ELISA test has very low sensitivity in the diagnostics of NSAID intolerance. Provocation test still remains the only way to confirm tolerance to NSAID.

njenost h krvavitvam. Pri velikem odmerku nastanejo simptomi zastrupitve (tinitus, metabolna acidoza). Bolj nepričakovane, vendar po navadi še bolj dramatične, so sistemske neželene reakcije. Simptomi so podobni alergijski reakciji, vendar jih ne posredujejo protitelesa IgE. Neprenašanje NA se izrazi z urtikarijo in angioedemom, s hudim poslabšanjem astme, z anafilakso ali pnevmonitisom (1). Simptomi nastanejo nekaj minut do tri ure po zaužitju zdravila in so lahko precej dramatični ali celo življenje ogrožajoči. Urtikarija in

angioedem se pojavita po zaužitju NA pri sicer zdravih ljudeh (prevalenca 0,3%). To je najpogostejša oblika neprenašanja NA. Po drugi strani ta zdravila poslabšajo bolezen kar četrtini bolnikov s kronično urtikarijo. Rinosinuzitis in astma, ki se dramatično poslabšata po zaužitju NA, se po navadi pojavita po tridesetem letu starosti. Praviloma imajo ti bolniki diagnozo intrinzične astme in nosnih polipov. Anafilaktoidna reakcija je precej redek zaplet zdravljenja z NA. Še redkejši je preobčutljivostni pnevmonitis. Po zaužitju NA dobi bolnik vročino, kašlja, lahko se pojavijo tudi pljučni infiltrati. Bolniki z astmo in rinosinuzitisom imajo po neželjeni reakciji nekajdnevno obdobje, ko ta zdravila brez težav prenesejo. Nekaterim se ob vsakodnevem prejetanju NA astma in rinitis celo izboljšata (2, 3). Bolnikom s kožnimi simptomi se toleranca za NA ne razvije.

Mehanizmov neprenašanja NA še vedno povsem ne razumemo. Večina bolnikov ima neželene reakcije po večini zdravil iz skupine NA (navzkrižna preobčutljivost) (1). Zaradi tega menijo, da je mehanizem preobčutljivosti povezan s farmakološkimi učinki teh zdravil in ne z imunsko reakcijo proti zdravilu kot alergenu. Poglavitno farmakološko delovanje NA je zaviranje ciklooksigenaze (4-6). Ta encim katalizira pretvorbo arahidonske kisline v smer prostaglandinov. Ob zmanjšani aktivnosti ciklooksigenaze se arahidonska kislina metabolizira pretežno v smer levkotrienov, ki so bistveno močnejši vnetni in bronhokonstriktorni mediatorji od prostaglandinov (7-10). Šibka točka te hipoteze je, da z njo ni mogoče razložiti, zakaj večina ljudi NA prenese brez zapletov. Kaže, da imajo bolniki, ki ne prenašajo NA, večjo sposobnost sinteze levkotrienov in da so bolj občutljivi za učinke levkotrienov kot osebe, ki NA prenesejo brez zapletov (11). Med neželjeno reakcijo se aktivirajo mastociti in bazofili, iz katerih se sprosti histamin in triptaza (12). Nekateri dokazujejo, da so neželene reakcije posledica neustrezne aktivacije trombocitov, iz katerih se sprostijo prosti radikali (13-15).

Neprenašanje NA je praviloma trajno in navzkrižno. To pomeni, da moramo pri potrjeni diagnozi bolniku za vedno odsvetovati prejetanje vseh zdravil iz te skupine. Brez bojazni pred navzkrižno reaktivnostjo smejo ti bolniki prejemati le analgetike, ki delujejo na centralni živčni sistem (1).

Diagnozo lahko potrdimo z obremenitvenim testom z zaužitim ali vdihanim NA. To je zamuden postopek, ki je poleg tega za bolnika tudi neprijeten in nevaren. S kožnim testiranjem diagnoze ne moremo potrditi. Zato poskušajo razviti metode, pri katerih bi provokacijski test naredili in vitro. Eden testov, ki ga proizvajalec ponuja za diagnostiko neprenašanja NA, je CAST-ELISA (16). Princip testa je aktivacija levkocitov in vitro z acetilsalicilno kislino in merjenje sproščenih levkotrienov. Levkotriene sintetizirajo predvsem eozinofili, bazofili in mastociti (17).

Bolniki, material in metode

Raziskava je bila retrospektivna. Analizirali smo diagnostični postopek pri bolnikih, ki so bili napoteni na pregled zaradi suma, da ne prenašajo NA. V raziskavo smo vključili le bolnike, ki jim je bil v diagnostičnem postopku narejen tudi test spodbujanja levkocitov in vitro z lizin-aspirinom. Analizirali smo bolnike, testirane med februarjem 1995 in majem 1997. Iz anamneze smo ocenili verjetnost, da so bile težave, ki jih je bolnik navajal, posledica neprenašanja NA. Preiskovance smo po anamnezi glede neprenašanja NA razdelili v tri razrede:

1. zelo verjetno neprenašanje NA:
 - dušenje, urtikarija in angioedem ali anafilaktoidna reakcija nekaj minut do nekaj ur po zaužitju NA;
2. možno neprenašanje NA:
 - začetek sistemske reakcije več ur po zaužitju NA,
 - izpuščaji brez značilnosti urtikarije ali angioedema;

3. neprenašanje NA je malo verjetno:

- bolečina v epigastriju, bruhanje,
- mravljinčenje ali srbež brez izpuščaja,
- bolnik je imel podobne simptome večkrat, tudi kadar ni zaužil NA,
- ugotovili smo drug jasen vzrok za simptome,
- bolnik je kasneje večkrat prejel NA brez zapleta.

Nekaterim bolnikom smo naredili obremenitveni test z aspirinom in s tem dokončno potrdili ali ovrgli sum neprenašanja NA. Te bolnike smo uvrstili v podskupini 1a s pozitivnim obremenitvenim testom in 3a z negativnim obremenitvenim testom. Nato smo klinično diagnozo primerjali z rezultati testa CAST-ELISA. Kri za test CAST-ELISA smo vedno vzeli pred obremenitvenim testom.

Spodbujanje levkocitov z lizin-aspirinom in vitro: CAST-ELISA test (Bühlmann Laboratories, Švica)

Test smo naredili po navodilih proizvajalca. Odvzeli smo 4 ml krvi. Levkocite smo osamili s sedimentacijo na dekstranu in jih resuspendirali v 4 ml stimulacijskega pufrja, ki vsebuje IL-3. 400 μ l suspenzije levkocitov smo dodali 100 μ l lizin-aspirina v končni koncentraciji 1 mg/ml (aspirin je slabo topen v vodi) ali protitelesa proti receptorjem velike afinitete za IgE (Fc ϵ -RI) (pozitivna kontrola). Spontano sproščanje levkotrienov smo izmerili tako, da smo celični suspenziji dodali 100 μ l stimulacijskega pufrja.

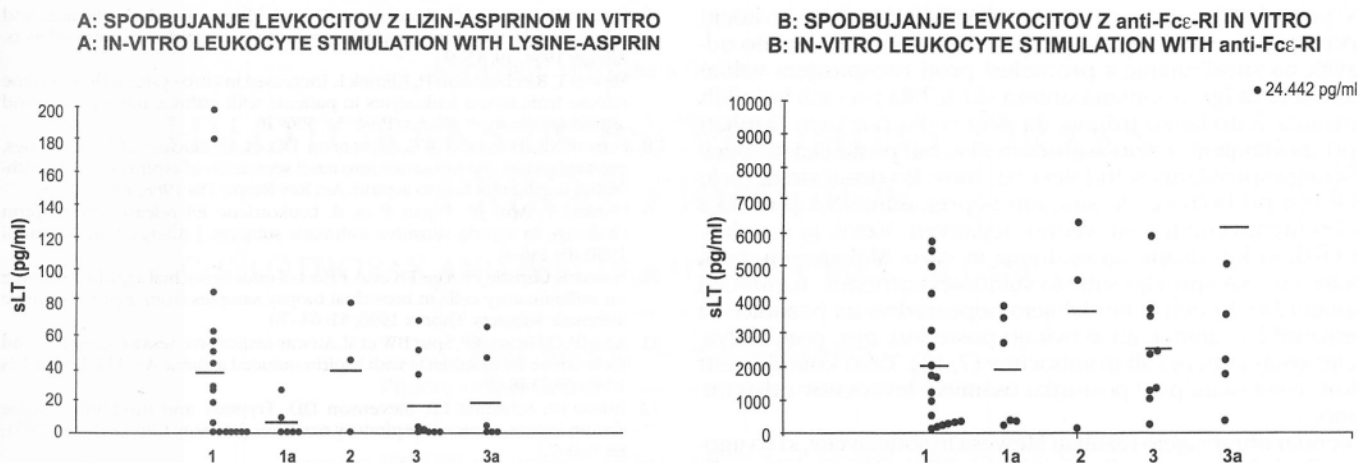
Koncentracijo sulfidolevkotrienov LTC₄, LTD₄ in LTE₄ (sLT) smo izmerili s kompetitivno ELISA metodo (Bühlmann Laboratories AG). Po navodilu proizvajalca je test pozitiven, kadar je koncentracija sproščenih sLT v kulturi z lizin-aspirinom za 152 pg/ml večja od spontanega sproščanja sLT. Ta meja je srednja vrednost plus tri standardne deviacije rezultatov provokacij levkocitov zdravih preiskovancev z lizin-aspirinom.

Obremenitveni test z zaužitjem aspirina

Test smo naredili enojno slepo po standardiziranem postopku (18, 19). Bolnikom smo uvedli intravenski kanal. Nato so bolniki v dvehurnih razmakih zaužili prvi dan 3-krat placebo (1 g laktoze), drugi dan 30, 60 in 100 mg acetilsalicilne kisline ter tretji dan 150, 250 in 500 mg acetilsalicilne kisline v laktozi. Ves čas testiranja je bila ob bolniku vsaj medicinska sestra. Spremljali smo simptome, stanje kože, krvni tlak in utrip ter maksimalni ekspiratorni pretok. Testiranje smo aktivno spremljali še dve uri po zaužitju zadnjega odmerka ter bolnika skrbneje opazovali do naslednjega jutra. Na dan testiranja je bila v pripravljenosti tudi postelja na oddelku za intenzivno zdravljenje. Test smo prekinili, če so se pojavili simptomi urtikarije, angioedema ali rinokonjunktivitisa ali če se je zmanjšal največji pretok pri forsiranem izdihu (PEF) za več kot 20%.

Obremenitveni test z vdihovanjem lizin-aspirina

Prilagodili smo že opisane postopke (20, 21). Bolnikom smo vstavili i.v. kanilo, pripravljen je bil set zdravil za zdravljenje anafilaktične reakcije. Bolnik na dan testa ni vzel bronhodilatatornih zdravil, antihistaminikov ali kromoglikata. Pripravili smo izotonično raztopino lizin-aspirina (Aspegic Injectable, Laboratories Synthelabo, Francija) v koncentraciji 50mg/ml. pH smo uravnali z NaHCO₃. Bolnik je vdihaval raztopino po dozimetrični metodi. Pri enem globokem vdihu, trajajočem eno sekundo, je vdihnil 0,0065 ml raztopine. Kumulativni odmerki so bili 0,325 mg, 1,3 mg, 4,6 mg, 15,25 mg, 21,5 mg in 43 mg acetilsalicilne kisline. Presledek med odmerki je bil 10 minut. Učinek provokacije smo preverjali z meritvami vitalne kapacitete (VC) in forsiranega pretoka v prvi sekundi (FEV₁) s polzaprtim spirometrom (Vitalograph Ltd., Bucking-



Sl. 1. Sproščanje sulfidolevkotrienov (sLT) iz levkocitov po spodbujanju in vitro z lizin-aspirinom (A) in protitelesi proti receptorjem močne afinitete za IgE (anti-Fcε-RI) (B). Rezultati so izraženi kot neto produkcija sLT (odštet je spontana sinteza). Prikazana je srednja vrednost. Med skupinami 1, 2 in 3 ni statistično pomembnih razlik v sproščanju sLT iz levkocitov po nobenem od aktivatorjev. 1 – zelo verjetno neprenašanje NA, 2 – možno neprenašanje NA, 3 – majhna verjetnost neprenašanja NA, 1a – pozitiven obremenitveni test z aspirinom, 3a – negativen obremenitveni test z aspirinom.

Fig. 1. Leukocyte sulphidoleukotriene (sLT) release after in vitro stimulation with lysine-aspirin (A) and antibodies against high affinity IgE receptors (anti-Fcε-RI) (B). Results are expressed as net production of sLT (spontaneous release is subtracted). Mean value is marked by a line. There is no statistically significant difference in release of sLT from leukocytes among groups 1, 2 and 3 after stimulation with either stimulus. 1 – intolerance very probable, 2 – intolerance probable, 3 – intolerance unprobable, 1a – positive provocation test with aspirin, 3a – negative provocation test with aspirin.

hamshire, U.K.) pred testom, po vdihavanju fiziološke raztopine in po vdihavanju naraščajočih koncentracij lizina-spirina. Po končanem testiranju smo spremljali največji pretok pri forsiranem izdihu z Wrightovim PEF metrom še osem ur. Testiranje smo prekinili ob zmanjšanju FEV₁ za 20% pod vrednost, izmerjeno po vdihavanju fiziološke raztopine ali ob pojavu hudega kašlja, piskanja, vrtoglavice, tahikardije, urtikarije, slabosti in mravljinčenja po telesu.

Rezultati

V času med februarjem 1995 in majem 1997 smo spodbujanje levkocitov z lizin-aspirinom in vitro naredili 42 bolnikom (31 žensk), starim 43±18 let. Pri sedmih bolnikih so nesteroidni antirevmatiki poslabšali astmo, pri 19 bolnikih so povzročili urtikarijo in angioedem, en bolnik je imel anafilaktoično reakcijo, 15 bolnikov pa ni imelo prepričljivih težav po nesteroidnih antirevmatikih. Glede na anamnezo in obremenitveni test smo bolnike razdelili:

Zelo verjetno neprenašanje NA: 24 bolnikov (šest potrjenih s pozitivnim obremenitvenim testom).

Možno neprenašanje NA: trije bolniki.

Majhna verjetnost neprenašanja NA: 15 bolnikov (pet potrjenih z negativnim obremenitvenim testom).

Z namenom ugotoviti ponovljivost meritev smo test CAST-ELISA z lizin-aspirinom prvim 19 bolnikom naredili štirikrat. Povprečen koeficient variacije je bil 18% (95% interval zapanja: 10–26%).

Rezultat testa CAST-ELISA je bil pozitiven le pri dveh bolnikih, ki smo ju sicer glede na anamnezo uvrstili v skupino 1. Eden je imel astmo, drugi urtikarijo in angioedem. Pri teh dveh bolnikih obremenitvenega testa z aspirinom nismo naredili. Pri vseh ostalih bolnikih je bil test CAST-ELISA prepričljivo negativen.

Rezultate sproščanja sLT iz levkocitov po spodbujanju z lizin-aspirinom in protitelesi proti receptorjem močne afinitete za IgE in vitro prikazuje slika 1. Razlike med skupinami niso bile statistično pomembne, razen med skupinama 1 in 1a. Ta

razlika je nastala zato, ker dveh bolnikov v skupini 1, ki sta imela pozitiven test CAST-ELISA z lizin-aspirinom, nismo testirali z obremenitvenim testom.

Razpravljanje

Diagnostični postopek pri sumu neprenašanja NA največkrat končamo že z anamnezo. Če bolnik opiše prepričljivo klinično sliko intolerančne reakcije, ki je sledila zaužitju tega zdravila, in predvsem če se je reakcija pojavila večkrat, je obremenitveni test z zaužitjem aspirina sporen že z etične plati. Obremenitveni test je koristno narediti v sledečih primerih:

- Kadar bolnik navaja intolerančne reakcije po analgetikih iz pirazolonske skupine, ki so sestavine kombiniranih analgetikov. Neprenašanje za te analgetike je po navadi izolirano in bolnik zelo verjetno (vendar ne nujno) prenaša NA (1).
- Kadar je bolnik pred intolerančno reakcijo zaužil več vrst zdravil (najpogosteje v kombinaciji z antibiotiki). V tem primeru je pomembno ugotoviti, katero od zdravil je povzročilo neželjeno reakcijo.

- Kadar anamneza ni dovolj prepričljiva za neprenašanje NA. Hitrejši in varnejši je obremenitveni test z vdihavanjem lizina-spirina. Test je manj občutljiv od testa z zaužitjem in je primeren le za bolnike z aspirinsko astmo (20, 21).

Bolnikom, ki so imeli zelo verjetno reakcijo po zaužitju NA, pa večkrat naredimo obremenitveni test s paracetamolom, ki je šibek inhibitor ciklooksigenaze, in se tako pričamo o prenašanju tega analgetika/antipiretika. Čeprav večina teh bolnikov prenese manjše odmerke šibkih inhibitorjev ciklooksigenaze, jim večji odmerki teh zdravil tudi lahko povzročijo neželjeno reakcijo. V odmerku 1500 mg je paracetamol povzročil blažje simptome pri 25% bolnikov z neprenašanjem NA (22). Nevarnost neprenašanja paracetamola je bila posebno velika med bolniki, ki so v obremenitvenem testu reagirali že na majhen odmerek aspirina. Opisanih je tudi nekaj primerov težkih anafilaktičnih zapletov po paracetamolu (23).

V provokacijskem testu in vitro CAST-ELISA so se levkociti preiskovancev iz vseh skupin precej podobno in močno odzivali na spodbujanje s protitelesi proti receptorjem velike afinitete za IgE. Spontana sinteza sLT je bila pri vseh bolnikih majhna. Zato lahko trdimo, da sicer redki pozitivni rezultati pri spodbujanju z lizin-aspirinom niso bili posledica nespecifičnega sproščanja sulfidolevkotrienov. Po drugi strani pa je bil test pri bolnikih, ki smo jim neprenašanje NA potrdili z obremenitvenimi testi, vedno negativen. Vzrok je morda v nefizioloških razmerah testiranja in vitro. Mehanizem, prek katerega NA sprožijo sintezo sulfidolevkotrienov, namreč ni znan (24). Verjetno ne delujejo neposredno na bazofilce in eozinofilce, ampak jih aktivirajo posredno, npr. prek aktivacije komplementa ali trombocitov (7, 13). Tako komplement kot trombocite pa v postopku osamitve levkocitov odstranimo.

Vendar ohrabrujejo rezultati Mewesa in sodelavcev, ki so ugotovili, da hkratno spodbujanje levkocitov z lizin-aspirinom in aktivirano peto komponento komplementa skoraj vedno loči bolnike z intoleranco za NA od bolnikov, ki ta zdravila prenašajo (7).

Zaključek

Obremenitveni test je edini zanesljiv način, da ugotovimo prenašanje NA. Glede na naše rezultate je test CAST-ELISA za klinično uporabo pri diagnostiki neprenašanja NA neuporaben.

Literatura

1. Szczeklik A, Gryglewski RJ, Czerniawska-Mysik G. Clinical patterns of hypersensitivity to nonsteroidal antiinflammatory drugs and their pathogenesis. *J Allergy Clin Immunol* 1977; 60: 276-84.
2. Joubert JR, Shephard E, Mouton W et al. Non-steroidal antiinflammatory drugs in asthma: Dangerous or useful therapy? *Allergy* 1985; 40: 202-7.
3. Lumry WR, Curd JG, Zieger RS, Pleskow WW, Stevenson DD. Aspirin-sensitive rhinosinusitis: the clinical syndrome and effects of aspirin administration. *J Allergy Clin Immunol* 1983; 71: 580-7.
4. Szczeklik A, Gryglewski RJ, Czerniawska-Mysik G. Relationship of inhibition of prostaglandin biosynthesis by analgesics to asthma attacks in aspirin-sensitive patients. *BMJ* 1975; 1: 67-8.
5. Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nature* 1971; 231: 232-5.

6. Dahlen B, Boreus LO, Zetterstrom O et al. Plasma acetylsalicylic acid and salicylic acid levels during aspirin provocation in aspirin-sensitive subjects. *Allergy* 1994; 49: 43-9.
7. Mewes T, Riechelmann H, Klimek L. Increased in vitro cysteinyl leukotriene release from blood leukocytes in patients with asthma, nasal polyps and aspirin intolerance. *Allergy* 1996; 51: 506-10.
8. Ferreri NR, Howland WC, Stevenson DD et al. Release of leukotrienes, prostaglandins and histamine into nasal secretions of aspirin-sensitive asthmatics during reaction to aspirin. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: 847-54.
9. Christie P, Arm JP, Tagari P et al. Leukotriene E4 release after aspirin challenge in aspirin sensitive asthmatic subjects. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 246-6.
10. Nasser S, Christie PE, Lee TH et al. Effect of endobronchial aspirin challenge on inflammatory cells in bronchial biopsy samples from aspirin-sensitive asthmatic subjects. *Thorax* 1996; 51: 64-70.
11. Arm JP, O'Hickey SP, Spur BW et al. Airway responsiveness to histamine and leukotriene E4 in subjects with aspirin induced asthma. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 148-8.
12. Bosso JV, Schwartz LB, Stevenson DD. Tryptase and histamine release during aspirin-induced respiratory reactions. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 88: 830-7.
13. Ameise JC, Capron A, Joseph M et al. Aspirin-sensitive asthma: Abnormal platelet response to drug inducing asthmatic attacks. *Int Arch Allergy Immunol* 1985; 78: 438-42.
14. Guez S, Gualdez N, Beziau JH, Cabanieu G. In vitro study of platelets and circulating mononuclear cells of subjects presenting an intolerance to aspirin. *Int Arch Allergy Immunol* 1992; 97: 233-6.
15. Plaza V, Casals F, Alonso A, Picado C. Platelet kinetics in asthmatic patients with and without aspirin intolerance. *Thorax* 1992; 47: 533-6.
16. DeWeck AL. Perspectives in allergy diagnosis. *Int Arch Allergy Immunol* 1992; 99: 252-6.
17. Lewis RA, Austen KF, Soberman RJ. Leukotrienes and other products of the 5-lipoxygenase pathway: biochemistry and relation to pathology in human disease. *N Engl J Med* 1990; 323: 645-9.
18. Samter M, Beers RF. Intolerance to aspirin. *Ann Intern Med* 1968; 68: 975-9.
19. Pleskow WW, Stevenson DD, Zieger RS et al. Aspirin desensitization in aspirin sensitive asthmatics: characterization of the refractory period. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 11-5.
20. Dahlen B, Zetterstrom O. Comparison of bronchial and per oral provocation with aspirin in aspirin sensitive asthmatics. *Eur Respir J* 1990; 3: 527-34.
21. Phillips GD, Foord R, Holgate ST. Inhaled lysine-aspirin as a bronchoprovocation procedure in aspirin-sensitive asthma: Its repeatability, absence of a late-phase reaction, and the role of histamine. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84: 232-41.
22. Settignano RA, Schrank PJ, Simon RA et al. Prevalence of cross-sensitivity with acetaminophen in aspirin-sensitive asthmatic subjects. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 480-5.
23. Leung R, Plomley R, Czarny D. Paracetamol anaphylaxis. *Clin Exp Allergy* 1992; 22: 831-3.
24. Czech W, Schopf E, Kapp A. Release of sulfidoleukotrienes in vitro: Its relevance in the diagnosis of pseudoallergy to acetylsalicylic acid. *Inflamm Res* 1995; 44: 291-5.

Strokovni prispevek/Professional article

HILOTORAKS IN PSEVDOKHILOTORAKS – PRIKAZ PRIMEROV

CHYLOTHORAX AND PSEUDOKHILOTHORAX – A CASE REPORT

Igor Koren, Jasmina Panjan

Pljučni oddelek, Bolnišnica Topolšica, 3326 Topolšica

Prispelo 1997-10-14, sprejeto 1998-03-09; ZDRAV VESTN 1998; 67: 345-8

Ključne besede: hilotoraks; pseudohilotoraks; pleuralni izliv; lipoproteini; terapija

Izvelek – Izhodišča. Hilotoraks je pojav hilotne tekočine (limfe) v pleuralnem prostoru. Vsebnost trigliceridov v njem je po navadi višja od 1,2 mmol/l. Je simptom različnih bolezni. Nastane kot posledica poškodbe ali zapora torakalnega voda, pogosteje na desni strani prsnega koša.

Pseudohilotoraks je prisotnost s holesterolom bogate tekočine v pleuralnem prostoru. Vrednosti holesterola v pleuralni tekočini so vedno višje od 5 mmol/l. Je prav tako simptom različnih bolezni. Nastane kot posledica ponavljajočih se pleuralnih izlivov zaradi kroničnega vnetja v fibrotično spremenjeni porebrni mreni.

Metode. V prispevku prikazujemo potek bolezni dveh bolnikov s hilotoraksom in pseudohilotoraksom s poudarkom na značilnostih biokemičnih kazalcev pleuralnega izliva in na različni diagnostiki in zdravljenju obeh bolezni.

Zaključki. Pri pleuralnem izlivu mlečnega videza nam analiza lipoproteinov lahko bistveno pripomore k usmeritvi v nadaljnje diagnostične postopke za opredelitev osnovne bolezni. Tipično vlečljiv, lesketajoč se, mlečno belkast izliv je vedno sumljiv na visoko vsebnost maščob in/ali holesterola. V diferencialni diagnozi moramo izključiti morebitni parapneumonični empiem!

Uvod

Hilotoraks je pleuralni izliv zaradi nabiranja hilotne tekočine v pleuralni prostor (1-5). Nastane kot posledica različnih bolezni. Mehanizem nastanka izliva je poškodba ali zapora torakalnega voda (2, 3, 6).

Diagnoza se postavi s pleuralno punkcijo in analizo pleuralne tekočine, kjer je visoka raven trigliceridov oz. hilomikronov (1-3, 6).

Maščobe vstopajo iz črevesja v limfne vode, kjer se v obliki hilomikronov združijo na višini 2. ledvenega vretenca v »cisterno hili«. Od tam vodi torakalni vod prek odprtine za požiralnik na preponi v prsno votlino in po desni strani v zadnjem medpljučju do 4. prsnega vretenca, kjer prečka stran in se po levi strani vlija v levo podključnično veno (1, 7).

Torakalni vod vsebuje številne zaklopke, ki omogočajo gibanje tekočine samo v eno smer.

Dihanje povzroča gibanje hilotne tekočine (6).

Key words: chylothorax; pseudochylothorax; pleural effusion; lipoproteins; therapy

Abstract – Background. Chylothorax is the occurrence of chylus (limph) in the pleura. Triglyceride levels greater than 1.2 mmol/l are highly suggestive of a chylous effusion. It is a symptom of various diseases. It occurs due to damage or blockage of the thoracic duct.

Pseudochylothorax is the occurrence of high levels of cholesterol with normal values of triglycerides in the pleura. Cholesterol levels are always over 5 mmol/l. It is also the result of various diseases. It usually occurs in fibrotic pleura due to chronic inflammation with long-standing pleural fluid.

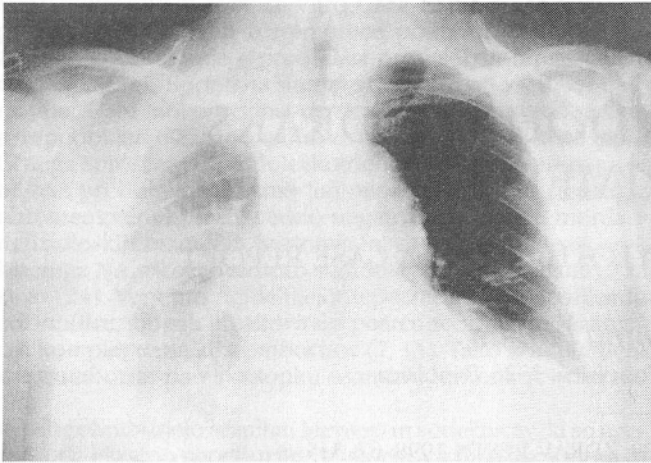
Methods. This paper is a case report of two patients with chylothorax and pseudochylothorax. The accent of representation is on characteristics of pleural effusion and different diagnostic and therapeutic approaches of these diseases.

Conclusions. In a pleural effusion with milky appearance, lipoprotein analysis can be very helpful in guiding us to further diagnostic methods to determine the reason of illness. Usually thick, opalescent and whitish pleural fluid is always suspicious to a high level of triglycerides and/or cholesterol. The differential diagnosis is a parapneumonic empyema.

Pseudohilotoraks ali holesterolni izliv ima visoko raven holesterola, nastane pa kot posledica dolgotrajnega pleuralnega eksudata kateregakoli vzroka (2, 6). Je proizvod kroničnega vnetnega procesa, najpogosteje tuberkuloznega ali revmatskega. Tudi pseudohilotoraks diagnosticiramo s pleuralno punkcijo. Holesterol nastaja pri razpadanju levkocitov in se slabo resorbira iz pleuralne votline (2, 6). Pri holesterolnem izlivu so vrednosti holesterola praktično vedno višje kot 5 mmol/l (6). Zadnja dognanja nakazujejo, da gre pri tem predvsem za HDL holesterol, ki naj bi izhajal iz serumskih lipoproteinov in ne razpadlih celic (8). Tipično se holesterolni izliv pojavlja v fibrozno zadebeljeni ali celo kalcinirani plevri (2, 6).

V obeh primerih gre za lesketajočo, belkasto, vlečljivo tekočino z zelo visoko vsebnostjo maščob (1, 2, 4, 6, 8). Razen tega nimata nič skupnega!

Trigliceridi, višji kot 1,2 mmol/l, z visoko verjetnostjo potrjujejo hilotni izliv, pod 0,55 mmol/l pa ga praktično izključuje-



Sl. 1. Rentgenogram pljuč in srca bolnika s hloznim pleuralnim izlivom.

Fig. 1. Chest X-ray of the patient with chylus pleural effusion.

jo (6). Pri vmesnih vrednostih moramo z elektroforezo lipoproteinov dokazati hilomikrone, kar potrди ali ovrže sum na hlozni izliv.

Prikaz primerov

Primer hloznega izliva

63-letni moški, nekadilec, je bil prvič hospitaliziran na pljučnem oddelku. Eno leto pred sprejemom so mu zaradi adenokarcinoma želodca opravili popolno gastrektomijo in anastomozo med požiralnikom ter dvanajstnikom. Tri mesece pred sprejemom je opazil zatrdlino v nadključnični kotanji levo, lečeči onkolog pa je v bezgavki potrdil zasevek žleznega raka in ga pričel zdraviti s kemoterapijo.

K nam je bil sprejet zaradi 14 dni trajajočih subfebrilnih temperatur, oteženega dihanja in otekanja v noge ter spolovilo.

Ob sprejemu je bil prizadet, tahikarden, ortopnoičen, s perkutorno zamolkline nad prsnim košem desno bazalno, z neslišnim dihanjem na tem mestu, s tipno bezgavko v nadključnični kotanji levo ter oteklimi nogami in mošnjo.

Pregledni rentgenogram prsnih organov je pokazal normalno srce, razširjen mediastinum, desnostranski pleuralni izliv brez pljučnega zastoja (sl.1).

Razen povišane SR so bili vsi laboratorijski izvidi v mejah norme.

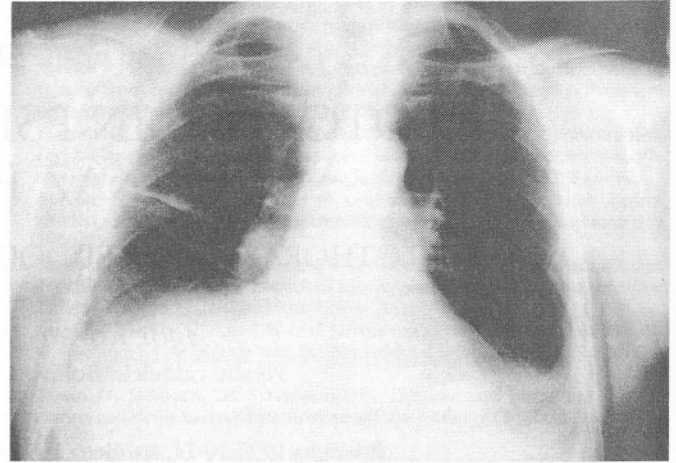
Tab. 1. Značilnosti pleuralnega izliva.

Tab. 1. Characteristics of pleural effusion.

	Pleuralni izliv Pleural effusion	Serum Serum
Sladkor / Glucose	2,6 mmol/l	5,3 mmol/l
Beljakovine / Proteins	55,2 g/l	65,1 g/l
LDH / LDH	7,22 mikro kat/l (microcat/l)	3,2 mikro kat/l (microcat/l)
Amilaza / Amylase	6,4 mikro kat/l (microcat/l)	2,2 mikro kat/l (microcat/l)
Holesterol / Cholesterol	4,8 mmol/l	4,1 mmol/l
Trigliceridi / Triglycerides	35,2 mmol/l	2,3 mmol/l
Štev. levkocitov / No. of leukocytes	1300 celic (cells)/mm ³	

Citološki pregled sedimenta pleuralnega izliva ni potrdil adenokarcinoma, poredne mreže, kužnine pleuralnega izliva so bile na bacil tuberkuloze in na ostale bakterije sterilne.

Ehokardiogram ni pokazal odstopanja od norme, z ultrazvokom smo tudi izključili razsoj v trebuhu. Normalen je bil tudi bronhoskopski izvid.



Sl. 2. Rentgenogram pljuč in srca bolnika s holesterolnim pleuralnim izlivom.

Fig. 2. Chest X-ray of the patient with cholesterol pleural effusion.

Računalniška tomografija je potrdila številne povečane mediastinalne bezgavke ob požiralniku vse do razcepitve sapnice.

Bolnika smo zdravili s pleuralno drenažo, s hipolipidno dieto, parenteralnim nadomeščanjem maščob ter empirično s penicilinom G. Dva-krat smo neuspešno poizkusili s plevrodezo z tetraciklinom (Achromycin 500 mg).

Bolnika smo nato premestili k onkologom za dodatno kemoterapijo.

Odpustne diagnoze:

1. Žlezni rak želodca.
2. Stanje po odstranitvi celega želodca.
3. Razsoj v lokalne in oddaljene bezgavke mediastinuma, Virchowava bezgavka.
4. Hilotoraks desno.

Primer holesterolnega izliva

51-letni bolnik, nekadilec, je bil prvič hospitaliziran na pljučnem oddelku. Od svojega 18. leta se je pri dermatologih zdravil zaradi kroničnih razjed obeh goleni.

Dober mesec pred sprejemom na naš oddelk je zbolel z znaki oteženega dihanja, hujšanja ter subfebrilnih temperatur. Več kot pet let je bil opažal občasne »prehlade« z mraženjem in kašljem. Ob sprejemu je bil neprizadet, brez tipnih perifernih bezgavk, evpnoičen, normokarden, s perkutorno zamolkline nad prsnim košem obojestransko ter s slabo slišnim dihanjem na tem mestu. Obe goleni sta pokrivali kronični kožni razjedi, na obrobju vneti, v sredini pa nekoliko zagnojeni.

Pregledni rentgenogram prsnih organov je pokazal povečano srce in obojestranski pleuralni izliv (sl. 2).

V laboratoriju je bila v ospredju anemija s hemoglobinom 83 g/l, MCV 79, hematokritom 0,24, znižanima serumskim železom in TIBC, ob SR 15 mm, CRP 7 ter normalnimi levkociti, trombociti, elektroliti, dušičnimi retenti, jetrnimi testi, sečom, holesterolom in maščobami. Opravili smo tudi revmatske teste, antinuklearni antigen ter tuberkulinski test; vsi so bili negativni. Elektroforeza serumskih beljakovin je pokazala disproteinemijo z znižanimi albumini (22 g/L).

Tab. 2. Biokemične značilnosti pleuralnega izliva.

Tab. 2. Biochemical characteristics of pleural effusion.

	Pleuralni izliv Pleural effusion	Serum Serum
Sladkor / Glucose	5,9 mmol/l	5,4 mmol/l
Beljakovine / Proteins	30,4 g/l	56,6 g/l
LDH / LDH	2,22 mikro kat/l (microcat/l)	4,05 mikrokat/l (microcat/l)
Amilaza / Amylase	1,3 mikro kat/l (microcat/l)	1,8 mikrokat/l (microcat/l)
Holesterol / Cholesterol	8,0 mmol/l	2,9 mmol/l
Trigliceridi / Triglycerides	5,1 mmol/l	0,9 mmol/l
Štev. levkocitov / No. of leukocytes	900 celic (cells)/mm ³	

V sedimentu pleuralnega izliva nismo dokazali malignih celic, v vzorcih izliva pa ne bacilov tuberkuloze niti ostalih bakterij. V diferencialni sliki izliva je bilo 73% nevtrofilnih granulocitov, 15% limfocitov, 12% mezotelinih celic.

Tako klinično kot z ehokardiografijo smo potrdili normalno velikost in delovanje srca, brez diastolne disfunkcije levega prekata. Z računalniško tomografijo prsnega koša smo izključili proces v pljučih in v mediastinumu. Tudi ultrazvok trebušnih organov ni pokazal odstopanj od normale.

Iz brisa kožne razjede smo izolirali *Staphylococcus epidermidis*.

Bolnika smo zdravili ciljano z antibiotikom, občutljivim na izolirano bakterijo ter z nego razjed. Po 20. dneh smo bolnika odpustili z delno epiteliziranimi okvarami kože in več kot 50% regresom pleuralnega izliva. Bolnik se zdravi pri dermatologih. Na kontroli po sedmih mesecih smo beležili le obojestransko pleuralno debeliko.

Odpustne diagnoze:

1. Kronične razjede kože goleni.
2. Anemija kronične okužbe in disproteinemija.
3. Pseudohilotoraks obojestransko.

Razpravljanje

Na neobičajno bolezen plevre smo pri obeh bolnikih posumili že pri poizkusni pleuralni punkciji. Makroskopsko smo obakrat opazovali tipični gost, lesketajoč se mlečno bel izliv (1-6, 8-12).

Po biokemičnih parametrih pleuralnega punktata pri bolniku s hloznom izlivom je šlo za nedvoumni eksudat, ki je po vrednostih trigliceridov večkrat presegal vrednost 1,2 mmol/l, ki je mejna vrednost za zelo verjeten hlozni izliv (1, 6).

Hlozni izlivi so pogostejše na desni strani, ker torakalni vod v dolgem segmentu poteka v zadnjem mediastinumu desno od prsnih vretenc (7). Če pride do poškodbe, ko prečka vretenca na levo stran, je izliv obojestranski (13). Izliv je na levi strani, če je poškodba višje, pred izlivom torakalnega voda v levo podključnično veno (14).

Poleg visoke vsebnosti beljakovin in maščob vsebuje hlozna tekočina še limfocite ter je bakteriostatska (1, 3, 5, 6). Za pleuralno drenažo smo se pri bolniku odločili zaradi ventilatornega popuščanja, občutka dispneje in septičnega vročinskega stanja.

Dnevni pretok hlozne tekočine je pri odrasli osebi okoli 2000 ml. Plevralna drenaža pri takem bolniku povzroči veliko izgubo hranilnih snovi s hujšanjem in zmanjšanjem odpornosti (1, 2, 6). To smo opazovali tudi pri našem bolniku. Zato smo se ob dieti in parenteralni prehrani zelo hitro odločili za tetraciklinsko pleurodezo. Kljub ponovitvi posega ta ni bila uspešna. V citirani literaturi smo naknadno zasledili podatke o neuspešnosti te terapije pri zdravljenju hloznega pleuralnega izliva (6).

Pleurodeza z Achromycinom sicer zadnja leta skoraj povsem nadomešča pleurodezo s smukcem (vpihanje skozi torakoskop ali vbrizgavanje suspenzije v pleuralno votlino). Tetraciklin Achromycin je relativno neuspešen, ker nima dovolj kislega pH.

Zadnje obdobje se pri nas največkrat odločamo za pleurodezo z vbrizgavanjem suspenzije smukca v pleuralno votlino. Torakalni vod je sicer relativno krhek in lahko počne že pri močnejšem kašlju, bruhanju ali porodu (1, 5, 6, 11). Med nepoškodbenimi vzroki je najpogostejši malignom, ki zajema medpljučje (1-6, 12). Pri tem vodijo limfomi (12). Pri našem bolniku je prišlo do progressa adenokarcinoma želodca v bezgavke mediastinuma in poškodbo (nekrozo) torakalnega voda v poteku spodnjega dela prsne votline. Sumljivo povečane bezgavke smo dokazali z računalniško tomografijo, ki je metoda izbora za dokazovanje progressa malignoma v medpljučje (1).

Histološko pa ga najpogosteje dokažemo s pertorakalno punkcijo, torakoskopsko ali z mediastinotomijo. Za histološko potrditev se nismo odločili, ker je že onkolog dokazal

razsoj žleznega raka in nadključnično bezgavko levo. Zaradi istega vzroka se nismo odločili za slepo igelno biopsijo parietalne plevre.

Take bolnike po navadi zdravimo s pleuralno drenažo, s hipolipidno dieto, z nadomeščanjem maščob parenteralno ali peroralno v obliki trigliceridov srednje dolgih verig, ki se resorbirajo neposredno v kri in ne prek limfe (6). Podobno smo zdravili tudi našega bolnika, z izjemo diete ustreznih prečiščenih maščob, ki jih ni bilo na našem tržišču.

Po pravilu se vedno zdravi osnovna bolezen: malignomi z onkološko terapijo, poškodbe torakalnega voda pa s kirurško terapijo. Predvsem pri travmatskem hilotoraksu je možno torakoskopsko podvezati torakalni vod takoj po vstopu v prsno votlino (1, 4-6). Zaradi številnih kolateral ni nikoli problem zastoja limfe (13).

Najpogostejše nastane holesterolni izliv kot posledica tuberkulozne ali revmatoidnega plevritisa (6). Nasploh je holesterolni izliv zelo redek in o njem v literaturi ni veliko podatkov (2). Po navadi so takšni izlivi enostranski, predvsem pod zadebeljeno pleuro bolnikov, pri katerih so zdravili tuberkulozo s terapevtskimi pnevmotoraksi, ali pri bolnikih s slabo resorbiranimi parapnevmoničnimi empiemi.

Podatkov o obojestranskih holesterolnih izlivih v literaturi nismo zasledili.

Nedokazana podmena pri našem bolniku je naslednja: do sprejema na naš oddelek so se mu 33 let ponavljale kronične razjede goleni, ki so anamnestično bile pogosto zagnjene. Iz teh žarišč so občasno nastale hematogeno zasejane pljučnice s parapnevmoničnimi izlivi. Slabo ali nezdravljeni empiemi so se sčasoma prelevili v holesterolni izliv?

Razen podaljšane zdravljenja najverjetnejšega izvora ponavljajočih se okužb (kožne razjede) nismo izvajali dodatne simptomatske terapije. Izlivi so se po nekaj mesecih te terapije popolnoma resorbirali.

Vrednosti pleuralnega izliva pri drugem bolniku ne kažejo na izraziti eksudat. Hipoalbuminemija manjša verjetnost transudata. Prav tako ultrazvočno ni verjetna restriktivna kardiomiopatija in posledično popuščanje srca ob njegovi rentgensko normalni silhueti in razvoju transudata.

Nizko SR in CRP pa lahko pojasnimo na eni strani s disproteinemijo (SR je posledica razmerja med koncentracijama albuminov in globulinov v serumu) na drugi strani pa s kronično jetrno okvaro (hipoalbuminemija) in moteno proizvodnjo beljakovin oz. CRP-ja v hepatocitih.

Zaključek

je naslednji: pri pleuralnem izlivu mlečnega videza nam analiza lipoproteinov lahko zelo pomaga pri usmeritvi v nadaljnje diagnostične postopke, ki vodijo do osnovne bolezni. Vsak izliv mlečne ali kakavne barve, po gostoti vlečljiv, je sumljiv na visoko vsebnost maščob. Diferencialno diagnostično je podoben izliv tudi pri empiemu. Pri centrifugiranju nastane nad gnojno vsebino empiema bister supernatant, medtem ko pri »maščobnih« izlivih ostane supernatant mlečen.

Literatura

1. Winterbauer RH. Nonneoplastic pleural effusion. In: Fishman AP. Pulmonary diseases and disorders. New York: McGraw Hill, 1988; 2150-3.
2. Debeljak A. Bolezni plevre. In: Kocijančič A, Mrevlje F eds. Interna medicina. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993; 318-8.
3. Light RW. Pleural diseases. Philadelphia: Lea & Febiger 1983; 146-6.
4. McFarlane RJ, Holman CW. Chylothorax. Am Rev Respir Dis 1972; 105: 287-91.
5. Fairfax AJ, McNabb WR, Spiro SG. Chylothorax: A review of 18 cases. Thorax 1986; 41: 880-5.
6. Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. Eur Respir J 1997; 10: 1157-62.

7. Kiss-Szentagothai. Anatomski atlas človeškega telesa. Zagreb 1966, 213-5.
8. Hamm H, Phalzer B, Fabel H. Lipoprotein analysis in chyloform pleural effusion: implication for pathogenesis and diagnosis. *Respiration* 1991; 58: 294-300.
9. Villena V, DePablo A, Martin-Escribano P. Chylothorax and chylous ascites due to heart failure. *Eur Respir J* 1995; 8: 1235-9.
10. Parker M, Torrington KG, Philips YY. Sarcoidosis complicated by chylothorax. *South Med J* 1994; 87: 860-2.
11. Cammarata SK, Brush RE, Hyzy RC. Chylothorax after childbird. *Chest* 1991; 99: 1539-40.
12. O'Callaghan AM, Mead GM. Chylothorax and lymphoma: mechanism and management. *Ann Oncol* 1995; 6: 603-7.
13. Flaherty S, Ellison R. Bilateral chylothorax following thymectomy: resolution following unilateral drainage. *Mil Med* 1994; 159: 627-8.
14. Cheng WC, Chang CN, Lin TK. Chylothorax after endoscopic sympathectomy: case report. *Neurosurgery* 1994; 35: 330-2.

V tej številki so sodelovali:

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

prof. dr. Andrej Debeljak, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

Zdenko Domančič, zdravilec, Kranjska Gora

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

akad. prof. dr. Dušan Ferluga, dr. med., specialist patolog, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana

asist. Matjaž Fležar, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

Irena Grmek-Košnik, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Kranj

prof. dr. Matija Horvat, dr. med., specialist internist, Center za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana

Izidor Kern, dr. med., specialist patolog, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

prim. mag. Igor Koren, dr. med., specialist internist, Bolnišnica Topolšica

asist. mag. Mitja Košnik, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

prof. dr. Ema Mušič, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

Jasmina Panjan, dr. med., specializantka interne medicine, Bolnišnica Topolšica

mag. Petar Papuga, dr. med., Grosuplje

prof. dr. Ada Polajnar-Pavčnik, dipl. iur., Ljubljana

prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za žilne bolezni, KC Ljubljana

doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, Nova Gorica

prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za ustne in zobne bolezni, Zdravstveni dom Ljubljana

prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., specialist patolog, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana

doc. dr. Primož Rožman, dr. med., Zavod RS za transfuzijo, Ljubljana

doc. dr. Aleksandra Skralovnik-Štern, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

mag. Jožica Šelb, dr. med., specialistka anesteziologije z reanimatologijo, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana

doc. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

mag. Marjeta Terčelj, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

Cirila Toplak, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana

Nadja Triller, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., specialist nevropsihiater, Klinični oddelek za nevrofiziologijo, KC Ljubljana

dr. Branka Wraber, dipl. biol., Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana

prim. Janez Zajec, dr. med., specialist fizikalne medicine, Ministrstvo za zdravstvo RS, Ljubljana

mag. Zvonka Zupanič-Slavc, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana

dr. Nena Židov, dipl. etnologinja, Slovenski etnografski muzej, Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

UMRLJIVOST V SLOVENIJI V LETU 1996

MORTALITY RATES IN SLOVENIA IN 1996

Jožica Šelb

Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Prispelo 1997-12-31, sprejeto 1998-04-03; ZDRAV VESTN 1998; 67: 349-53

Ključne besede: pregled enoletne umrljivosti; najpogostejši vzroki smrti; spol; starostne skupine; območja bivališča

Izveleček – Izhodišča. Za ocenjevanje zdravja prebivalstva se še vedno uporabljajo negativni kazalci zdravja, med katerimi so najverodostojnejše stopnje umrljivosti. Namen vsakoletnega prikaza je spremljati umrljivost prebivalcev Slovenije po osnovnih epidemioloških lastnostih in vrniti informacijo zdravnikom, ki izpisujejo vzroke smrti.

Metode. Prispevek je enostaven prikaz umrljivosti v Sloveniji leta 1996, razdeljene po spolu, starosti in območjih bivališča. Uporabili smo podatke o umrlih, ki se zbirajo na Zdravniškem potrdilu o smrti in vzrokih smrti ter Prijavi smrti. Računali smo stopnje in starostno standardizirane stopnje umrljivosti, prezgodnjo umrljivost ter mediano starosti ob smrti.

Rezultati. Najvišje stopnje umrljivosti smo zabeležili v območjih Maribor in Murska Sobota. Tu je bila tudi najvišja prezgodnja umrljivost in v Mariboru najnižja mediana starosti ob smrti.

V Sloveniji so dojenčki umirali predvsem zaradi prirojenih nepravilnosti in stanj, nastalih v perinatalnem obdobju, otroci zaradi poškodb in zastrupitev, šolarji in mladi zaradi poškodb in zastrupitev ter neoplazem. Najpogostejši vzroki smrti mladih odraslih moških so bili samomori, enako starih žensk prometne nezgode; starejših odraslih moških rak dihal in ishemična bolezen srca, enako starih žensk rak prebavil in dojke. Stari so najpogosteje umirali zaradi srčne in možganske kapi, ostalih bolezni srca ter raka dihal in prebavil.

Zaključki. Pri nas se včasih še vedno površno beležijo vzroki smrti, vendar so agregirani podatki kljub temu uporabni za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva.

Key words: cross sectional review; most frequent causes of death; gender; age groups; regions

Abstract – Background. The negative indices are still used for the population health status measurement of which mortality rates are the most easily accessible. The purpose of the article is an annual monitoring of mortality of the population of Slovenia by the basic epidemiological characteristics.

Methods. This paper is a simple cross section of the mortality situation in Slovenia in 1996 presented by gender, age group, and region. The data about the deceased and the causes of death are collected in: The Death Certificate and The Registration of Death or the DEM-2 form. The rates, the age standardised death rates, years of potential life lost, and median age at death were calculated.

Results. The highest mortality rates were registered in the regions of Maribor and Murska Sobota. The highest premature mortality rates were also registered in these two regions and the lowest median age at death in Maribor.

In Slovenia babies mostly died due to congenital anomalies and states originating in prenatal, natal and postnatal period. Children mostly died because of injuries and poisonings and this was also the most frequent cause of death of boys throughout their youth. Other causes of death of school children and youth besides injuries and poisoning were also malign neoplasm. The most frequent cause of death in young adult men were suicides, and the most frequent cause of death in women were traffic accidents. Older adult men most frequently died of respiratory cancer and ischaemic heart disease, women of the same age died of digestive organs cancer and breast cancer. Old people mostly died of heart attack, stroke and other heart diseases and also of respiratory and digestive organs cancer.

Conclusions. We still notice a lower quality of registering of causes of death, but the aggregated data are still useful for measuring population health status.

Uvod

Skrb za zdravje prebivalcev kot celote sodi na področje preventivnih vej medicine. Ker za ocenjevanje zdravja populacije niso razviti primerni preprosti pozitivni kazalci, se še vedno uporabljajo negativni, med katerimi so najlažje dostopne stopnje obolevnosti in umrljivosti (1). Beleženje podatkov o umrlih je najbolj razvit in standardiziran sistem zbira-

nja zdravstvenih podatkov, saj so podatki na voljo za skoraj vse evropske dežele za najmanj 20 let. Vendar stopnje obolevnosti in umrljivosti predstavljajo samo težja, specifična, klinično ugotovljena stanja, lažjih oblik motenj ali bolezni samo s temi podatki ne moremo zajeti.

Namen pričujočega prikaza umrljivosti je predstaviti vsakoletno sistematično spremljanje umrljivosti prebivalcev celotne Slovenije po temeljnih epidemioloških lastnostih, kot so:

starost, spol, mesto stalnega prebivališča ter vzroki smrti, in preskrbeti povratne informacije zdravnikom, ki ugotavljajo in izpisujejo vzroke smrti.

Metode

Na Inštitutu za varovanje zdravja RS hranimo zdravstveno-statistične podatke za vso Slovenijo. To so podatki o dejavnosti in obolevnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu, ambulantnospecialistični in bolnišnični dejavnosti ter podatki o umrlih. Med vsemi temi podatki imajo največjo epidemiološko vrednost podatki o umrlih, saj zajamejo vse umrle in predstavljajo incidenčno stopnjo. Podatki o umrlih se zbirajo na Zdravniškem potrdilu o smrti in vzrokih smrti ter Prijavi smrti ali obrazcu DEM-2.

V prispevku predstavljamo podatke o umrlih in vzrokih smrti v letu 1996 kot vsakoletni pregled umrljivosti prebivalcev celotne Slovenije. Vzrok smrti je vedno osnovni vzrok smrti, ki je opredeljen kot bolezen ali poškodba, ki je sprožila bolezenske ali poškodbene dogodke, da so privedli do smrti ali okoliščine nezgode ali nasilja za usodno poškodbo (2). Stopnje umrljivosti so, če ni navedeno drugače, računane na 1000 prebivalcev ustreznih populacijske skupine. Pri starostno standardiziranih stopnjah umrljivosti (SSSU) smo uporabili novo evropsko standardno populacijo. Kot zgornjo mejo za računanje prezgodnje umrljivosti (years of potential life lost-YPLL) smo vzeli 65. leto starosti. Srednjo vrednost starosti predstavlja mediana starosti ob smrti. Prebivalci so razdeljeni v biološke starostne skupine: dojenčke, male otroke, predšolske otroke, šolarje in odrasčajoče, v skupino mlajših odraslih, ki jo predstavljajo prebivalci, stari od 20 do 44 let, starejših odraslih od 45 do 64 let in starih od 65 let starosti naprej. Prikazani so trije najpogostejši vzroki smrti otrok, ki zaradi majhnega števila niso razdeljeni po območjih, in pet najpogostejših vzrokov smrti odraslih. Prazna polja pomenijo, da v tem območju prikazani vzrok smrti ne sodi med pet najpogostejših.

Rezultati

Stopnje umrljivosti po spolu in območjih v Sloveniji

Najobičajnejši kazalci za opisovanje umrljivosti so poleg pričakovanega trajanja življenja še: specifične stopnje umrljivosti, starostno standardizirane stopnje, starost ob smrti in prezgodnja umrljivost. Vsak teh kazalcev ima svojo uporabno vrednost. Kadar primerjamo umrljivosti različnih skupin prebivalcev med seboj, s kombinacijo kazalcev ugotavljamo stanje v opazovani skupini v primerjavi z drugimi skupinami (tab. 1).

Tab. 1. *Absolutno število umrlih, specifične stopnje umrljivosti, starostno standardizirane stopnje umrljivosti, mediana starosti ob smrti in prezgodnja umrljivost po spolu.*

Tab. 1. *Number of deceased, specific death rate, age standardised death rate (SDR), median age at death, years of potential life lost (YPLL) by gender.*

Spol	Število	Stopnja	SSSU	Mediana (25,75%)	Prezgod. umrlj.
Gender	Number	Rate	SDR	Median (25,75%)	YPLL
Moški / Male	9498	9,80	11,20	68,7 (58,4-79,1)	65,1
Ženske / Female	9122	8,93	9,75	79,4 (68,9-85,9)	27,8
Skupaj / Total	18620	9,35	10,30	73,8 (63,1-83,8)	46,6

Specifične stopnje umrljivosti po spolu in starostno standardizirane stopnje so bile v letu 1996 nekoliko nižje kot v letu 1995. Pri moških je mediana starosti ob smrti, ki predstavlja

mejo starosti, pred in za katero je umrlo po 50% umrlih, v letu 1996 nekoliko porasla, a se je znižala pri ženskah. Praktično enaka kot leto prej ostaja prezgodnja umrljivost (3). Največ umrlih na 1000 prebivalcev, ne oziraje se na starostno sestavo prebivalstva, je bilo v letu 1996 v regijah Maribor in Murska Sobota. V teh dveh regijah je bila tudi najvišja stopnja prezgodnje umrljivosti in v Mariboru, poleg Raven, tudi najnižja mediana starosti ob smrti (tab. 2).

Tab. 2. *Absolutno število umrlih, specifične stopnje umrljivosti, starostno standardizirane stopnje umrljivosti, mediana starosti ob smrti in prezgodnja umrljivost po območjih.*

Tab. 2. *Number of deceased, specific death rate, age standardised death rate, median age at death, years of potential life lost, by region.*

Območje	Število	Stopnja	SSSU	Mediana	Prezgod. umrlj.
Region	Number	Rate	SDR	Median	YPLL
Celje	2916	9,73	11,12	72,87	48,93
Nova Gorica	1021	9,89	9,22	75,67	39,52
Koper	1229	8,90	9,12	75,16	38,70
Kranj	1617	8,26	9,28	73,91	41,53
Ljubljana	5192	8,66	9,53	74,24	36,42
Maribor	3232	9,95	11,36	72,46	50,02
Murska Sobota	1522	12,04	12,60	74,90	56,27
Novo mesto	1225	9,13	10,57	72,91	47,54
Ravne	666	8,98	11,21	72,17	45,07

Vzroki smrti po starostnih skupinah in območjih bivališča

Stopnje umrljivosti po vzrokih smrti predstavljajo tveganje, ki ga je imel posameznik opredeljene skupine prebivalcev v opredeljenem obdobju, da bi umrl za opazovano boleznijo (4).

Specifična stopnja umrljivosti moških je bila tako kot vsa leta, za katere so bili podatki, dostopni na elektronskih medijih, analizirani, tudi v letu 1996 višja kot stopnja umrljivosti žensk, vendar so kljub temu ženske umirale pogosteje kot moški zaradi boleznih srca in ožilja, presnovnih bolezni, boleznih krvi in krvotvornih organov, duševnih motenj ter boleznih sečil in spolovila (tab. 3).

Dojenčki so v letu 1996 umirali predvsem zaradi prirojenih nepravilnosti in stanj, nastalih v perinatalnem obdobju. Ne navadno je, da uradno ni bilo zabeležene nobene nenadne smrti dojenčkov. Umirali so tudi zaradi poškodb in zastrupitev, ki pa so bile najpogostejši vzrok smrti malih otrok. Visoke stopnje umrljivosti zaradi poškodb in zastrupitev so se, predvsem pri dečkih, nadaljevale v vsem mladostnem obdobju s tem, da so bile stopnje umrljivosti dečkov zaradi poškodb in zastrupitev bistveno višje kot stopnje deklic. Poleg poškodb in zastrupitev so šolarji in mladi najpogosteje umirali zaradi neoplazem. Pri desetih otrocih, starih od 15 do 19 let, so mrliški ogledniki kot osnovni vzrok smrti zabeležili simptome, znake in neopredeljena stanja (tab. 4).

V celoti je v letu 1996 umrlo 29 otrok manj kot v letu poprej. Po pet otrok manj kot prejšnje leto je umrlo zaradi poškodb in zastrupitev ali pa so bili kot osnovni vzrok smrti zabeleženi simptomi, znaki ali nezadostno opredeljena stanja. Osem otrok manj je umrlo zaradi neoplazem, od tega štirje manj zaradi akutne limfatične levkemije in dva zaradi malignih tumorjev možganov; ostali malignomi, zaradi katerih so otroci umirali, so v obeh letih pripadali popolnoma različnim skupinam.

Najpogostejši vzrok smrti mladih odraslih moških so bili v letu 1996 samomori in najpogostejši vzrok smrti enako starih žensk prometne nezgode (tab. 5).

V tej starostni skupini je bila najvišja stopnja samomorilnosti v štajersko-koroškem območju. Tako je v območju Maribor naredilo samomor v letu 1996 osem moških več kot v letu

Tab. 3. *Specifične stopnje umrljivosti na 10.000 prebivalcev po 17 (MKB-9) skupinah vzrokov smrti in spolu.*

Tab. 3. *Specific death rate per 10,000 inhabitants by underlying cause of death (17 groups in ICD-9) and gender.*

Skupine osnovnih vzrokov smrti po MKB-9 Underlying cause of death (ICD-9 group)	Vsi umrli Total n.	Moški Male	Ženske Female	Stopnja vsi Total rate	Moški Male	Ženske Female
Bolezni srca in obočil Diseases of the Circulatory System	7903	3379	4524	39,69	34,87	44,26
Neoplazme Neoplasms	4617	2561	2056	23,19	26,43	20,12
Poškodbe in zastrupitve Injury and Poisoning	1812	1226	586	9,10	12,65	5,73
Bolezni dihal Diseases of the Respiratory System	1358	790	568	6,82	8,15	5,56
Bolezni prebavil Diseases of the Digest. System	1138	667	471	5,72	6,88	4,61
Simptomi, znaki in slabo opred. stanja Symptoms, Signs and Ill-defined Cond.	536	293	243	2,69	3,02	2,38
B. endokr. ž. prehrane, metab., motn. imun. Dis. Endoc. Gl. Nutrit. Metab., Immunity	454	187	267	2,28	1,93	2,61
Duševne motnje Mental Disorders	204	104	100	1,02	0,98	1,07
Bolezni sečil in spolovil D. of the Genitourinary System	179	75	104	0,90	0,77	1,02
Bolezni živčnega sistema in čutil D. of Nervous System, Sense Organs	150	82	68	0,75	0,85	0,67
Nalezljive in parazitske bolezni Infectious and Parasitic Diseases	89	40	49	0,45	0,41	0,48
Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	71	43	28	0,36	0,44	0,27
Bolezni krvi in krvotvornih organov D. of Blood and Blood Forming Org.	43	15	25	0,22	0,19	0,24
Stanja, nastala v perinatalnem obdobju Conditions Originating in Perinatal P.	40	28	12	0,20	0,29	0,12
Bolezni kosti in gibal D. of the Musculoskeletal, Connect. Sy.	20	2	17	0,10	0,03	0,17
Bolezni kože in podkožnega tkiva D. of the Skin and Subcutaneous Tissue	3	2	1	0,02	0,02	0,01
Zapleti nosečnosti, poroda, puerperija Complication of Pregnancy, Childbirth	3	0	3	0,02	0,00	0,03
Skupaj Total	18620	9498	9122	93,51	98,01	89,25

poprej. V območju Nove Gorice še naprej ostaja stopnja samomorilnosti veliko nižja kot v preostali Sloveniji. Stopnje umrljivosti mladih odraslih žensk zaradi prometnih nezgod se niso bistveno razlikovale od stopenj umrljivosti zaradi samomorov in ne dovolj poznanih ali opredeljenih stanj.

Med ostalimi vzroki smrti pri mlajših moških izstopajo druge bolezni prebavil, kamor sodijo bolezni jeter in trebušne slinavke, ter ne dovolj opredeljeni in neznani vzroki. Pri mlajših ženskah izstopata v Novem mestu umrljivost zaradi raka dojke in simptomov, znakov in ne dovolj opredeljenih stanj.

Tab. 4. *Tri najpogostejše skupine vzroki smrti dečkov in deklc po bioloških starostnih skupinah.*

Tab. 4. *Children and adolescents, three of the most frequent groups of causes of death by biological age group and gender.*

Starost Age group	Osnovni vzroki smrti Underlying cause of death	Število Number	Stopnja Rate
< 1 leto <1 year	Stanja, nastala v perinatalnem ob.	M/M 13	2,95
	Perinatal Conditions.	Ž/F 28	1,46
	Prirojene nepravilnosti	M/M 12	2,22
	Congenital Anomalies	Ž/F 21	1,35
	Bolezni dihal, poškodbe in zastrupitve Respiratory dis., Injuries and Poisonings	M/M 3,3	0,32
1-3 leta 1-3 years	Infekcijske b., neoplazme, b. ŽS, čutil Infectious d., Neoplasms, d.NS, Sense Organs	Ž/F 1,1,1,1.	0,03
	Poškodbe, zastrupitve Injury and Poisonings	M/M 4	0,13
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	Ž/F 3	0,10
	Neoplazme Neoplasms	M/M 4	0,13
	Bolezni živčnega sistema in čutil Diseases of Nervous Sy., Sense Organs	M/M 1	0,03
4-6 let 4-6 years	Neoplazme Neoplasms	Ž/F 2	0,07
	Poškodbe in zastrupitve Injury and Poisonings	M/M 1	0,03
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	Ž/F 1	0,03
	Bolezni živčnega sistema in čutil Diseases of Nervous Sy., Sense Organs	M/M 1	0,03
	Poškodbe in zastrupitve Injury and Poisonings	Ž/F 2	0,07
7-14 let 7-14 years	Poškodbe in zastrupitve Injury and Poisonings	M/M 11	0,10
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	Ž/F 7	0,07
	Neoplazme Neoplasms	M/M 5	0,05
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	Ž/F 1	0,01
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	M/M 5	0,05
15-19 let 15-19 years	Poškodbe in zastrupitve Injury and Poisonings	Ž/F 1	0,01
	Poškodbe, zastrupitve Injury and Poisonings	M/M 64	0,82
	Simptomi, znaki, slabo definirana stanja Symptoms, Signs, Ill-defined Conditions	Ž/F 13	0,18
	Neoplazme Neoplasms	M/M 8	0,10
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	Ž/F 2	0,03
	Neoplazme Neoplasms	M/M 5	0,06
	Prirojene nepravilnosti Congenital Anomalies	Ž/F 2	0,03

ŽS - živčni sistem, NS - nervous system

Zaradi nizkega absolutnega števila smrti v tej starostni skupini količniki med posameznimi regijami in primerjave med dvema letoma lahko zelo variirajo.

V letu 1996 sta bila v Sloveniji najpogostejša vzroka smrti starejših odraslih moških rak dihal in ishemična bolezen srca. V tej starostni skupini je bila umrljivost zaradi raka dihal najvišja v območju Nova Gorica, kjer je za 55% preseгла umrljivost v Sloveniji kot celoti. Najpogostejša vzroka smrti starejših odraslih žensk sta bila rak prebavil in rak dojke (tab. 6). Med starimi ljudmi se zaporedje vzrokov smrti po spolu bistveno ne razlikuje več. Najpogostejši vzroki smrti med starimi so: srčna in možganska kap, ostale bolezni srca ter rak dihal in prebavil (tab. 7).

Razpravljanje

Podatki o umrlih so v pomoč pri prepoznavanju najtežjih zdravstvenih problemov. Koristno nam služijo le, če upoštevamo kakovost zapisanih podatkov, če so osnovni vzroki smrti za vso državo enotno kodirani in če statističnih metod ne uporabljamo nasilno. V Sloveniji se zapisi vsako leto izboljšujejo, vzpostavili smo tudi enotno kodiranje na vseh območnih zavodih za zdravstveno varstvo. Izračunane stopnje umrljivosti včasih precej odstopajo od sosednjih ali tistih iz prejš-

Tab. 5. *Specifične stopnje umrljivosti najpogostejših vzrokov smrti mlajših odraslih po spolu in območjih prebivališča.*Tab. 5. *Mortality rates for the most frequent causes of death among young adults by gender and region.*

Območje/Region Vzroki smrti Cause of Death		CE	NG	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	RA	SLO
Samomori	M/M	0,52	0,20	0,48	0,47	0,40	0,53	0,48	0,49	0,59	0,46
Suicides	Ž/F	0,12	0,05	0,12	0,13	0,10	0,08	-	-	0,14	0,09
Prometne nezgode	M/M	0,34	0,30	0,26	0,13	0,40	0,39	0,48	0,61	0,19	0,36
Traffic accident	Ž/F	0,12	-	0,08	0,08	0,13	0,10	0,13	0,04	-	0,10
Druge bolezni prebavil	M/M	-	-	0,18	0,15	0,09	0,30	0,40	0,38	0,13	0,17
Other d. of Digest. Sy.	Ž/F	0,07	-	-	0,02	0,04	0,08	0,09	0,04	0,07	0,05
Ne dovolj opredeljeni vzroki	M/M	0,18	-	0,11	0,10	0,07	0,02	0,12	0,08	-	0,12
Ill defined Conditions	Ž/F	-	-	0,04	0,02	0,04	-	0,09	0,16	0,07	0,09
Rak kosti, kože, dojke	Ž/F	0,09	0,11	-	0,08	0,06	0,06	0,05	0,20	0,07	0,07
Bone, Skin and Breast Cancer											
Ishem. bolezen srca	M/M	-	-	0,11	0,10	0,07	0,08	0,04	0,08	0,07	0,09
Ischaemic Heart Disease											

Tab. 6. *Specifične stopnje umrljivosti najpogostejših vzrokov smrti starejših odraslih po spolu in območjih prebivališča.*Tab. 6. *Mortality rates for the most frequent causes of death among senior adults by gender and region.*

Območje / Region Vzroki smrti Cause of Death		CE	NG	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	RA	SLO
Rak dihal	M/M	1,55	2,42	1,40	1,36	1,44	1,67	1,44	1,60	0,82	1,55
Neopl. of Respiratory Org.	Ž/F	-	-	-	-	0,29	-	0,14	-	0,60	-
Ishemična b. srca	M/M	1,41	1,50	1,28	1,67	1,31	1,39	1,30	1,07	1,06	1,37
Ischaemic Heart Disease	Ž/F	0,20	0,17	0,30	0,34	0,49	0,36	0,54	0,61	0,12	0,41
Rak prebavil	M/M	1,12	1,50	0,79	0,95	1,17	1,01	1,88	1,07	1,30	1,16
Neopl. of Digestive Org.	Ž/F	0,89	0,50	0,54	0,68	0,64	0,58	0,75	0,74	1,81	0,73
Rak kosti, kože, dojke	Ž/F	0,72	0,41	0,42	0,60	0,75	0,75	0,61	0,61	0,06	0,68
Bone, Skin and Breast Cancer	Ž/F										
Druge bolezni prebavil	M/M	1,32	0,92	1,04	0,94	0,94	1,39	1,81	2,41	0,59	1,17
Other Digestive Sy. Dis.	Ž/F	0,37	0,08	0,30	0,30	0,41	0,78	0,88	0,20	0,72	0,47
Rak sečil	Ž/F	0,66	0,17	0,58	0,58	0,16	0,39	0,48	0,81	0,24	0,51
Genitourinary Cancer F											
Bolezni možganskih žil	M/M	1,26	0,42	0,49	0,99	0,75	0,91	1,08	1,20	0,47	0,86
Cerebrovascular Disease M											

Tab. 7. *Specifične stopnje umrljivosti najpogostejših vzrokov smrti starih ljudi po spolu in območjih prebivališča.*Tab. 7. *Mortality rates for the most frequent causes of death among elderly by gender and region.*

Območje / Region Vzroki smrti Cause of death		CE	NG	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	RA	SLO
Ishemična bolezen srca	M/M	9,66	8,32	7,42	11,42	10,22	9,04	8,90	6,68	11,78	9,42
Ischaemic Heart Disease	Ž/F	8,63	6,87	5,01	9,29	7,72	4,92	5,17	5,54	6,21	6,60
Bolezni možganskih žil	M/M	9,97	5,54	4,90	6,30	7,50	11,05	15,26	8,23	7,74	8,48
Cerebrovascular Disease	Ž/F	8,88	6,36	7,22	6,12	7,25	8,02	12,75	9,07	7,96	7,97
Druge bolezni srca	M/M	7,21	5,37	4,50	6,19	5,39	4,95	15,26	8,23	4,03	6,91
Other Heart Disease	Ž/F	6,52	6,16	5,77	6,78	6,02	4,48	14,45	9,17	7,61	7,67
Rak dihal	M/M	4,29	5,20	5,17	4,40	5,43	5,67	4,45	3,93	4,71	5,95
Neopl. of Respiratory Organs	Ž/F	0,88	0,41	0,76	0,34	0,75	0,83	0,34	0,96	0,97	3,32
Rak prebavil	M/M	6,82	7,62	4,37	6,30	5,36	6,38	6,36	6,80	5,38	4,95
Neopl. of Digestive Organs	Ž/F	3,32	3,59	3,31	3,69	3,30	3,67	3,36	2,58	2,72	1,93

njih let zato, ker je absolutno število umrlih v majhnih regijah, drobljeno na številne statistične enote, iz leta v leto lahko zelo nestabilno.

Čeprav so bile v letu 1996 specifične stopnje umrljivosti po spolu in starostno standardizirane stopnje umrljivosti nekoliko nižje kot v letu 1995, sodijo v okvir sekularnega nihanja umrljivosti med 9 in 10 umrlimi na 1000 prebivalcev, kar v Sloveniji opazamo že od 50. let dalje (3, 5).

Umrlijivost zaradi bolezni srca in ožilja se s starostjo veča. Ker je v Sloveniji število žensk, starejših od 55 let, večje kot število enako starih moških, je bila umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja višja pri ženskah (starih od 0 do 100 in več let) kot pri moških. Šele starostno standardizirane stopnje umrljivosti izničijo vpliv različnega deleža starih moških in žensk na umrljivost, vendar tudi na ta način izračunana umrljivost kaže, da ženske približno 1,25-krat pogosteje umirajo zaradi bolezni

srca in ožilja kot moški. Večjo umrljivost žensk zaradi bolezni srca in ožilja bi delno lahko pripisali nenatančnemu ugotavljanju resničnega vzroka smrti pri starih ljudeh in pristajanju na to, da vpisujemo, zlasti pri starih ženskah, simptome in načine umiranja, kot je npr. odpoved srca kot osnovni vzrok smrti.

Maligne neoplazme so bolezni, pri katerih iniciatorji in promotorji nastajajo v celici in celičnem okolju v večji meri zaradi sprememb, ki so povezane s staranjem (6). Zato lahko med prebivalci, kjer je večji delež starih ljudi, pričakujemo večjo incidenco malignih neoplazem in kot posledico tega ter iztrošenosti starega organizma večjo umrljivost. Zato bi bila najvišja stopnja umrljivosti zaradi raka prebavil na območju Nove Gorice, ki strmo narašča s starostjo, povezana tudi z velikim deležem starih ljudi v teh krajih.

V starosti od 45 do 65 let se začenja kazati dolgoletni škodljivi učinek načina življenja na zdravje. Po predvidevanjih strokovnjakov bodo v naslednjih desetletjih, predvsem v vzhodni in južni Evropi, ženske dohitele svoje moške partnerje v umrljivosti zaradi raka dihal. To se že kaže v naraščajoči umrljivosti žensk zaradi raka dihal, pokazalo pa se bo tudi v naraščanju umrljivosti zaradi ishemične bolezni srca (7). Kot dejavnika tveganja za rak dojke sta opisana urbanizacija in višji življenjski standard (8). Zanimivo je, da je bila umrljivost zaradi raka dojke najpogostejša v treh največjih slovenskih mestih, kjer je zdravstveno varstvo najbolj razvito, saj država kot lastnik bolnišnic skrbi predvsem za sekundarno in terciarno raven zdravstvenega varstva (9).

Pri starih ženskah je nekaj manj kot 40% vzrokov smrti iz skupine poškodb in zastrupitev posledica slučajnih padcev. Ti velikokrat nastanejo zaradi neprilagojenega okolja, okvar in bolezni, ki jih prinaša starost.

Delež skupine simptomov in znakov naj bi v strukturi osnovnih vzrokov smrti, po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije, ne presegal 10% (10). Slovenija s svojimi tremi odstotki v celotnem deležu ta merila dosega, vendar ne moremo biti zadovoljni s številom umrlih zaradi neznanih in neopredeljenih vzrokov v posameznih starostnih skupinah, kar velja predvsem za mlade in mlajše odrasle prebivalce. Temu je najbrž vzrok nedopustna površnost beleženja vzrokov smrti, ne pa slabo diagnosticiranje in zdravljenje mladih ljudi. Pri mlajših ljudeh bi zaradi preprečevanja prezgodnje umrljivosti morali, kolikor je mogoče natančno, ugotoviti in tudi zapisati vzroke smrti. Pri uradno zabeleženem velikem številu umrlih zaradi neznanih vzrokov se pojavi upravičen dvom v učinkovitost zdravstvenega varstva.

Zaključki

V Sloveniji so stopnje umrljivosti in najpogostejši vzroki smrti primerljivi s stopnjami umrljivosti v drugih razvitih državah. Ker še vedno najdemo med mladimi in mlajšimi odraslimi zabeležen velik odstotek simptomov, znakov in nedefini-

ranih stanj kot osnovni vzrok smrti, bi pri teh smrtih lahko pomislili na slabo diagnosticiranje bolezni in nezadostno zdravljenje bolnikov. Kljub temu so agregirani podatki o umrlih v naši zdravstveni statistiki epidemiološko najpomembnejši podatki za grobo ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalcev. Omogočajo iztočnico za nadaljnje epidemiološke študije umrljivosti in dejavnikov tveganja za najpomembnejše vzroke smrti ter izbiro socialnomedicinskega ukrepanja, s katerim bi morali začeti najprej.

Zahvala

Avtorica se zahvaljuje gospodu Milošu Kravani za izračune stopenj umrljivosti in gospe Anici Ficko za vestno vzdrževanje zbirke podatkov o vzrokih smrti.

Literatura

1. Jakšič Ž. Mjerila zdravlja. In: Jakšič Ž et al. Socialna medicina. 7th ed. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1994: 48-51.
2. Pravila in smernice za kodiranje obolevnosti in umrljivosti. In: MKB-10. 2. knjiga. Navodila. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995: 30-123.
3. Šelb J. Umrljivost v Sloveniji v letu 1995. Zdrav Vestn 1997; 66: 293-7.
4. Mausner JS, Bahn AK. Selected indices of health. In: Mausner JS, Bahn AK. Epidemiology: an introductory text. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company, 1985: 91-118.
5. Cvahte S, Kastelic I, Neubauer R, Odar Z. Gibanje prebivalstva. In: Cvahte S, Kastelic I, Neubauer R, Odar Z. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 5-29.
6. Vijg J, Wei JY. Understanding the biology of ageing: The key to prevention and therapy. JAGS 1995; 43: 426-34.
7. State of human health. CET/CHAP 5. For advance information only. WHO, 1993: 1-33.
8. Primic-Žakelj M. Oralni kontraceptivi in rak na dojki v Sloveniji. Doktorsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996.
9. Stanojevič-Jerkovič O. Vzroki pogostejše in prezgodnje umrljivosti v regiji Maribor v primerjavi s preostalo Slovenijo v obdobju 1991-1995. Specialistična naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1997.
10. Ruzicka LT, Lopez AD. The use of cause of death statistics for health situation assessment: national and international experiences. Wld Hlth Statist Quart 1990; 43: 249-62.

Zdravljenje hiperholesterolemije je najučinkovitejši preventivni ukrep pri bolnikih s koronarno boleznijo.

HOLSTAR[®]

tablete po 20 mg lovastatin

- učinkovito in varno zdravi izolirano primarno hiperholesterolemijo
- upočasni napredovanje ateroskleroze
- zmanjša tveganje za ponovitev kardiovaskularnih zapletov pri bolnikih z angino pectoris in prebolelim srčnim infarktom

Skrajšano navodilo

Indikacije

- primarna hiperholesterolemija tipa IIa in IIb
- kombinirana hiperlipidemija, če je hiperholesterolemija osnovna motnja

Doziranje

začetna doza 1 tableta po 20 mg, zvečer med obrokom
največja doza* 80 mg**

* 40 mg za bolnike, ki jemljejo tudi imunosupresive.

** Večjo dozo zdravila bolnik lahko vzame v celoti zvečer ali pa v dveh odmerkih.

Dozo po potrebi spremenimo po 4 tednih.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za katerokoli sestavino zdravila, aktivna faza jetrne bolezni, trajno povečana aktivnost serumskih transaminaz, nosečnost in dojenje. **Previdnostni ukrepi:** Zdravljenje z lovastatinom moramo prekiniti, če se izrazito poveča aktivnost kreatinske fosfokinaze (10-kratno povečanje zgornje meje normalne vrednosti), če ugotovimo miopatijo, pri bolnikih s hudimi akutnimi obolenji, ki kažejo na miopatijo ali pomenijo potencialno nevarnost za razvoj ledvičnega odpovedovanja po rabdomiolizi. **Interakcije:** Sočasno jemanje lovastatina in antikoagulantov lahko podaljša protrombinski čas, ki ga je treba redno kontrolirati. Pri bolnikih, ki sočasno jemljejo imunosupresive, niacin v odmerkih, ki zmanjšujejo koncentracijo maščob, ali fibrate, je nevarnost pojava miopatije večja. **Stranski učinki:** Napenjanje in bolečine v trebuhu, driska, zaprtje, prebavne motnje, anoreksija, krči in bolečine v mišicah, slabost, vrtoglavica, zamagljen vid, glavobol in kožni izpuščaji. Redkeje se pojavijo utrujenost, srbečica, suha usta, nespečnost, motnje spanja in okusa, sindrom preobčutljivosti, rabdomioliza. Nenormalno povečane vrednosti laboratorijskih testov (povečana aktivnost transaminaz, alkalne fosfataze in nekardialne frakcije kreatinske fosfokinaze ter povečana koncentracija bilirubina) so večinoma začasne. **Oprema:** 20 tablet po 20 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Strokovni prispevek/Professional article

BRONHOSKOPSKA ITELNA ASPIRACIJA BREZ RAČUNALNIŠKE TOMOGRAFIJE PRSNEGA KOŠA V ZAMEJEVANJU PLJUČNEGA RAKA: KDAJ IN KJE

BRONCHOSCOPIC NEEDLE ASPIRATION WITHOUT COMPUTER TOMOGRAPHY OF THE THORAX IN THE STAGING OF LUNG CANCER: WHEN AND WHERE

Andrej Debeljak, Nadja Triller, Marjeta Terčelj, Izidor Kern

Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik

Prispelo 1998-01-30, sprejeto 1998-03-29; ZDRAV VESTN 1998; 67: 355-8

Ključne besede: pljučni tumorji; bronhoskopija, mediastinalne bezgavke; torakalna kirurgija

Izvleček - Izhodišča. Cilj študije je bil ugotoviti, kdaj in kje je pri bolnikih s pljučnim rakom najbolje napraviti bronhoskopsko igelno aspiracijo (BIA) za ugotavljanje zasevanja v bezgavke mediastinuma.

Metode. V prospektivno študijo smo vključili 115 bolnikov s sumom na pljučnega raka, ki niso imeli narejene računalniške tomografije prsnega koša. BIA smo napravili z Olympusovo iglo NA2C desno, levo paratrahealno ter na glavni karini. Brise smo barvali po metodah May-Grünwald-Giems ter Papanicolaou.

Rezultati. Pljučnega raka smo ugotovili 99-krat, po enkrat limfom in raka debelega črevesa. Maligne celice smo našli v BIA pri 37 bolnikih, od tega petintrideset s pljučnim rakom. Med 69 centralnimi tumorji smo v BIA našli maligne celice 22-krat in med 30 perifernimi 10-krat. Med 30 bolniki z rakom desnih pljuč smo ugotovili zasevanje v bezgavke desno paratrahealno 12-krat, pod glavno karino 14-krat ter levo paratrahealno 4-krat. Med 22 bolniki z rakom levih pljuč pa smo našli zasevke v bezgavke levo paratrahealno 9-krat, pod glavno karino 6-krat in desno paratrahealno 7-krat.

Zaključki. Za potrditev zasevanja v bezgavke mediastinuma je BIA treba napraviti na glavni karini, desno in levo paratrahealno ne glede na vrsto in lego pljučnega raka.

Uvod

Bronhoskopska igelna aspiracija (BIA) lahko nadomesti dražjo in za bolnika težjo kirurško lokalno zamejitev pljučnega raka (1). Za izbiro mesta punkcije je pomembna računalniška tomografija prsnega koša (CT), ki pokaže, katere bezgavke v mediastinumu so povečane (2).

Ker v naših razmerah večina bolnikov nima narejene računalniške tomografije pred bronhoskopijo, smo želeli ugotoviti, kje je najbolje delati BIA brez natančnejših podatkov o

Key words: lung neoplasms; bronchoscopy; mediastinal lymph nodes; thoracic surgery

Abstract - Background. *The aim of the study was to find out when and where it is the best to perform bronchoscopic needle aspiration (BNA) for confirmation of mediastinal lymph node metastases in patients with lung cancer.*

Methods. *One hundred and fifteen patients without computer tomography of the thorax in whom lung cancer had been suspected were included into the prospective study. BNA was performed right and left paratracheally and through the main carina. The smears were stained by May-Grünwald-Giemsa and Papanicolaou.*

Results. *There were 99 patients with lung cancer, one with lymphoma and one with cancer of the colon. We found malignant cells in BNA of 37 patients, 35 of them had lung cancer. We confirmed malignant cells in 22 BNAs among 69 patients with central and in 10 BNAs among 30 patients with peripheral tumours. Among 30 patients with cancer of the right lung, BNA confirmed metastases to the right paratracheal lymph nodes in 12, to the subcarinal in 14 and to the left paratracheal in 4 cases. Among 22 patients with cancer of the left lung we found metastases into the left paratracheal lymph nodes in 9, to the subcarinal in 6 and to the right paratracheal in 7 cases.*

Conclusions. *BNA should be performed right and left paratracheally and through the main carina for confirmation of mediastinal lymph nodes metastases, regardless of the type and location of lung cancer.*

povečanih bezgavkah v mediastinumu. Zanimalo nas je, ali je potrebno delati aspiracijo samo pri centralnih ali tudi pri perifernih pljučnih malignomih in ali je potrebno izbirati mesto aspiracije glede na lego malignoma v pljučih.

Material in metode

Leta 1995 in 1996 smo vključili v prospektivno študijo 115 bolnikov, 100 moških in 15 žensk, pri katerih smo sumili na

pljučnega raka in pri katerih bi morebiti še prišlo v pošte operativno zdravljenje. Bolniki so imeli pred posegom narejen klinični pregled, rentgensko sliko pljuč v dveh projekcijah, pljučno funkcijo, elektrokardiogram, osnovne biokemične preiskave, ne pa tudi računalniške tomografije prsnega koša.

Bronhoskopije smo delali v lokalni anesteziji z lidokainom. Uporabljali smo bronhoskope Olympus 1T30, ki smo jih uvažali skozi nos ali s pomočjo cevke skozi usta. BIA smo delali z Olympusovo iglo NA2C na treh mestih: na desni strani skozi steno sapnika 1-2 cm nad glavno karino, na glavni karini spredaj ter skozi lateralno steno sapnika na levi strani v višini glavne karine (aortopulmonalno okno). Bezgavke, ki jih na teh mestih lahko dosežemo, so spodnje paratrahealne desno in levo - 4, bezgavke aorto pulmonalnega okna - 5 in bezgavke pod glavno karino - 7 (3). Igelne aspiracije smo delali pred biopsijami tumorja. Po vrsti smo najprej punkturali paratrahealno na drugi strani, nato na glavni karini in nazadnje paratrahealno na isti strani, kot je ležal tumor. Na vsakem od teh mest smo napravili aspiracijo po trikrat. Dvakrat smo z vzorcem naredili razmaz, tretjič pa smo vzorec izprali v tekočino za ohranjanje celic (Haemacell, Hoechst). Izpirek smo centrifugirali (Cytospin II, Shandon). Brise smo barvali po metodah-May-Grünwald Giemsa in Papanicolaou.

Tumorje, ki smo jih videli z upogljivim bronhoskopom, smo šteli kot centralne, ostale pa kot periferne. Razlike v pojavljanju malignih celic in limfocitov v igelnih aspiratih smo ocenjevali s hi-kvadratnim testom.

Rezultati

Med 115 bolniki smo ugotovili maligne bolezni pri 101 (starost 60,8±9,7 leta) in nemaligne pri 14 bolnikih (starost 61±9,5 leta). Razlike v starosti niso bile značilne. Na tabeli 1 smo prikazali bolezni, ugotovljene pri naši skupini preiskovancev.

Tab. 1. Bolezni 115 bolnikov, vključenih v študijo.

Tab. 1. Diseases of 115 patients included into the study.

Maligne - Malignant	101	Nemaligne - Nonmalignant	14
Pljučni rak - Lung cancer	99	Pljučnica - Pneumonia	6
Ne-Hodgkinov limfom		Bronhitis - Bronchitis	3
Non-Hodgkin's lymphoma	1	Empiem plevre - Pleural empyema	1
Žlezni rak debelega črevesa	1	Benigni tumor - Benign tumor	2
Adenocarcinoma of the colon		Tuberkuloza - Tuberculosis	1
		Srčno popuščanje - Heart failure	1

Bronhoskopsko smo videli 70 centralnih malignomov, 31 je bilo perifernih. Pri vseh bolnikih s centralnim rakom (100%) smo potrdili diagnozo s citološkimi ali histološkimi pregledi vzorcev, dobljenih z bronhialno biopsijo in krtačenjem. Pri bolnikih s perifernim tumorjem smo s pomočjo transbronhialne biopsije ter krtačenja postavili diagnozo pri 24 bolnikih (77%). Pri ostalih je bila diagnostična pljučna biopsija štirikrat, mediastinoskopija 1-krat, torakoskopija 1-krat in 1-krat samo bronhoskopska igelna aspiracija.

Maligne celice smo našli v bronhoskopskem igelnem aspiratu pri 37 bolnikih. Pri 4 bolnikih je bilo v aspiratu malignih celic malo, izvid je bil za malignost sumljiv. Te smo šteli med pozitivne. 35 bolnikov je imelo pljučnega raka, po eden pa ne-Hodgkinov limfom plevre levo in žlezni rak debelega črevesa z zasevanjem v pljuča in desni glavni bronhij. Tabela 2 prikazuje uspešnost bronhoskopske igelne aspiracije glede na posamezno histološko vrsto malignoma.

Na naslednji tabeli 3 vidimo, na koliko punktiranih mestih smo našli v aspiratu maligne celice.

Med 303 aspirati, odvzetimi pri 101 bolniku z maligno boleznijo, smo v 60 brisih našli limfocite (20%). Med 56 vzorci z

Tab. 2. Bronhoskopska igelna aspiracija pri posameznih vrstah malignih tumorjev.

Tab. 2. Bronchoscopic needle aspiration in different malignant tumours.

Histološki tip tumorja	Vsi bolniki	Bolniki z malignimi celicami v igelnem aspiratu
Histologic type of the tumour	Patients total	Patients with malignant cells in needle aspiration
Rak pljuč - Lung cancer	99	35 (35%)
drobnocelični - small cell	19	11 (58%)
žlezni - adenocarcinoma	19	8 (42%)
velikocelični - large cell	15	6 (40%)
ploščatocelični - squamous cell	44	10 (23%)
nedrobnocelični - non small cell	1	0
slabo diferenciran - non differentiated	1	0
Ne-Hodgkinov limfom	1	1 (100%)
Non-Hodgkin's lymphoma		
Žlezni rak debelega črevesa	1	1 (100%)
Adenocarcinoma of the colon		
Vsi bolniki - All patients	101	37 (37%)

Tab. 3. Število mest, na katerih smo v bronhoskopski igelni aspiraciji našli maligne celice.

Tab. 3. Number of sites with malignant cells in bronchoscopic needle aspiration.

Maligni tumor	1 mesto	2 mesti	3 mesta
Malignant tumour	1 site	2 sites	3 sites
Pljučni rak - Lung cancer:			
drobnocelični - small cell	5	5	1
žlezni - adenocarcinoma	4	3	1
velikocelični - large cell	5	1	0
ploščatocelični - squamous cell	6	4	0
Limfom plevre - Pleural lymphoma	1	0	0
Rak črevesa - Cancer of the colon	0	0	1
Vsi pozitivni bolniki	21	13	3
All positive patients			

malignimi celicami smo našli limfocite 10-krat (18%). Razlika je neznačilna ($p < 0,05$).

Prisotnost malignih celic v bronhoskopskem igelnem aspiratu pri bolnikih s centralnim in perifernim pljučnim rakom pokaže tabela 4.

Tab. 4. Igelni aspirati z malignimi celicami glede na lego pljučnega raka.

Tab. 4. Needle aspirations with malignant cells regarding to the location of lung cancer.

Maligne celice v aspiratu	Centralni pljučni rak	Periferni pljučni rak
Malignant cells in aspirate	Central lung cancer	Peripheral lung cancer
Prisotne - Present	22 (32%)	10 (33%)
Brez - Absent	47	20
Vsi aspirati - All aspirates	69	30

Razlike med centralnimi in perifernimi tumorji niso značilne ($p < 0,05$). Differences between central and peripheral tumours are insignificant ($p < 0,05$).

V bronhoskopski igelni aspiraciji desno paratrahealno smo našli maligne celice 20-krat, na glavni karini 21-krat in v aortopulmonalnem oknu 15-krat.

Zasevanje ne-Hodgkinovega limfoma leve plevre smo z bronhoskopsko igelno aspiracijo dokazali le v bezgavkah aortopulmonalnega okna. Pri raku debelega črevesa smo našli maligne celice v aspiratu na vseh treh punktiranih mestih.

Na naslednjih dveh tabelah je prikazano, na katerih punktiranih mestih smo našli v 52 aspiratih maligne celice glede na lego raka pljuč.

Razen minimalnih krvavitev po punkcijah nismo opazovali zapletov.

Tab. 5. *Maligne celice v bronhoskopski igelni aspiraciji pri 30 bolnikih z rakom desnih pljuč.*Tab. 5. *Malignant cells in bronchoscopic needle aspiration of 30 patients with cancer of the right lung.*

Lega tumorja Position of the tumour	Bronhoskopska igelna aspiracija z malignimi celicami Bronchoscopic needle aspiration with malignant cells			
	Vsi All	Levo paratrahealno Left paratracheal	Glavna karina Main carina	Desno paratrahealno Right paratracheal
Desna pljuča Right lung	30	4 (13%)	14 (47%)	12 (40%)
Glavni bronhij Main bronchus	1	0	0	1 (100%)
Zgornji reženj Upper lobe	21	3 (14%)	10 (48%)	8 (38%)
Srednji reženj Middle lobe	1	0	1 (100%)	0
Spodnji reženj Lower lobe	7	1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)

Tab. 6. *Maligne celice v bronhoskopski igelni aspiraciji pri 22 bolnikih z rakom levih pljuč.*Tab. 6. *Malignant cells in bronchoscopic needle aspiration of 22 patients with cancer of the left lung.*

Lega tumorja Position of the tumour	Bronhoskopska igelna aspiracija z malignimi celicami Bronchoscopic needle aspiration with malignant cells			
	Vsi All	Levo paratrahealno Left paratracheal	Glavna karina Main carina	Desno paratrahealno Right paratracheal
Leva pljuča Left lung	22	9 (41%)	6 (27%)	7 (32%)
Glavni bronhij Main bronchus	4	3 (75%)	1 (25%)	0
Zgornji reženj Upper lobe	14	4 (28,5%)	4 (28,5%)	6 (43%)
Spodnji reženj Lower lobe	4	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)

Razpravljanje

CT prsnega koša je običajna standardna preiskava pri bolnikih s sumom na pljučnega raka (4). S to preiskavo ugotavljajo prisotnost povečanih bezgavk mediastinuma prek 1 cm v premeru. V meta analizi 42 študij je bila ugotovljena specifičnost 0,89 (5). Drugi avtorji so ugotovili, da 37% bezgavk premera 2 do 4 cm ni bilo tumorsko prizadetih (6). Do 15% bezgavk, ki na CT niso bile povečane, je bilo pri operaciji metastatsko spremenjenih (7). Kadar na CT ni povečanih bezgavk, je bolnika treba operirati (4). Kadar pa CT pokaže povečane bezgavke, je treba napraviti BIA ali mediastinoskopijo, ker CT ne loči netumorskih od malignomsko spremenjenih povečanih bezgavk (2). CT usmerja kirurga, kje naj napravi biopsijo (8).

Najpomembnejša indikacija za BIA je lokalna zamejitev pljučnega raka. CT pomaga načrtovati najboljše mesto za BIA (4). Ker pa pri nas CT ni lahko dostopna preiskava, delamo BIA brez CT. V prejšnji študiji smo ugotovili pri BIA visoko občutljivost 64% kljub temu, da prav tako nismo imeli CT prsnega koša. Zato menimo, kot tudi nekateri drugi avtorji (9), da CT prsnega koša za načrtovanje BIA ni neobhodno potreben. Menimo, da je pomembno, da smo BIA delali pred biopsijo tumorja, kot so priporočali drugi avtorji (10), da ne bi aspirata kontaminirali z malignimi celicami iz bronhija.

37% senzitivnost BIA v naši skupini bolnikov je primerljiva z drugimi avtorji 34% (11) ali 46% (12). So pa nekateri imeli

višjo občutljivost. Verjetno je pomembna tudi izbira bolnikov in punkcija povečanih bezgavk v mediastinumu, ugotovljenih s pomočjo CT. V naši poprejšnji študiji smo ugotovljali občutljivost BIA 64%, vendar so bili vključeni bolniki s centralnim pljučnim rakom in že rentgensko ugotovljenimi povečanimi bezgavkami v mediastinumu, BIA pa smo delali tudi s togo iglo (13).

Malo malignih celic v aspiratu lahko pomeni kontaminacijo s tumorskimi celicami, ki so ležale na površini sluznice (14). Tak izvid je lahko le sumljiv na zasevek v bezgavko. Na malignost sumljivega citološkega izvida ne smemo zanemariti. Če je bolnik sicer primeren za operacijo, je potrebna nadaljnja kirurška ocena lokalne razširjenosti, običajno z mediastinoskopijo ali mediastinotomijo.

BIA je v naši skupini bolnikov le pri 1 bolniku (3%) izboljšala bronhoskopsko diagnostiko pljučnega raka, kar je malo v primerjavi z nekaterimi drugimi avtorji, ki so izboljšali svojo bronhoskopsko diagnostiko celo v 18% (15).

Kot so ugotavljali že drugi avtorji (9), smo tudi mi ugotovili, da je najpogosteje in tudi v več skupin bezgavk mediastinuma metastaziral drobnocelični rak, le malo manj pogosto pa žlezni in velikocelični rak. Ploščatocelični rak je zaseval v bezgavke mediastinuma najredkeje, dokaj pogosto pa hkrati v dve skupini bezgavk mediastinuma.

Limfocite smo našli v eni petini aspiratov, skupaj z malignimi celicami in tudi brez njih. Najdba limfocitov in redkih epiteljskih celic je znak zadovoljivega vzorca (16). Mislimo, da je najdba limfocitov dragocena potrditev, da je bil vzorec vzet iz bezgavke, ni pa nujen dokaz za to.

V aspiratu bezgavk mediastinuma smo našli maligne celice ne glede na centralno ali periferno lego pljučnega raka. Ker je pri perifernih tumorjih limfna pot metastaziranja daljša kot pri centralnih, smo pričakovali manj zasevkov.

V precejšnjem odstotku smo ugotavljali tudi zasevanje v bezgavke mediastinuma na nasprotni strani mediastinuma (N3). Zasevanje smo ugotavljali v bezgavke mediastinuma na desni strani mediastinuma pri tumorjih levih pljuč, pa tudi v bezgavke levo pri tumorjih desnih pljuč. Znano je bilo, da gre pot zasevanja tudi na drugo stran mediastinuma (17).

Zapletov po BIA smo imeli malo. To so bile manjše krvavitve, ki so se same ustavile. Tudi drugi avtorji so ugotavljali, da sta krvavitev in pnevmotoraks glavna zapleta, ki pa sta zelo redka (18).

Sklep

Pri bolnikih s pljučnim rakom, ki pred bronhoskopijo niso imeli narejene računalniške tomografije prsnega koša in so morebitni kandidati za kirurško zdravljenje, je treba napraviti bronhoskopsko igelno aspiracijo na glavni karini, desno in levo paratrahealno. Na treh mestih je treba punktirati ne glede na vrsto raka, glede na to, v katerem režnju leži in ne glede na to, ali je z upogljivim bronhoskopom viden ali ne. Da bi dosegli boljše uspehe, bi morali bolniki imeti pred bronhoskopijo napravljeno računalniško tomografijo prsnega koša.

Literatura

1. Wang KP. How I do it. Transbronchial needle aspiration. *J Bronchol* 1994; 1: 63-8.
2. Naidich DP. Controversy. Staging of lung cancer: Computed tomography versus bronchoscopic needle aspiration. *Pro computed tomography. J Bronchol* 1996; 3: 69-73.
3. Naruke T, Suemasu K, Ischikawa S. Lymph node mapping and curability at various levels of metastasis in resected lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 76: 832-9.
4. American Thoracic Society, European Respiratory Society. Pretreatment evaluation of non-small-cell lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 320-32.

5. Dales RE, Stark RM, Raman S. Computed tomography to stage lung cancer: approaching a controversy using meta-analysis. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 1096-101.
6. McCloud T, Bourgouin P, Greenberg R et al. Bronchogenic carcinoma: analysis of staging in the mediastinum with CT by correlative lymph node mapping and sampling. *Radiology* 1992; 182: 319-23.
7. Shea J, Lillington G. Preoperative staging of lung cancer. *West J Med* 1994; 161: 508-9.
8. Shaffer K. Radiologic evaluation in lung cancer. Diagnosis and staging. *Chest* 1997; 112: 235S-8S.
9. Harrow EM, Halber M, Hardy S, Halteman W. Bronchoscopic and roentgenographic correlates of positive transbronchial needle aspiration in the staging of lung cancer. *Chest* 1991; 100: 1592-6.
10. Blainey AD, Curling M, Gree M. Transbronchial aspiration of subcarinal lymph nodes. *Br J Dis Chest* 1988; 82: 149-54.
11. Schaberg T, Mai J, Thalmenn U, Loddenkemper R. Die transbronchiale Lymphknotenpunktion über das Fiberbronchoskop bei pulmonalen Neoplasmen. *Prax Klin Pneumol* 1986; 40: 306-11.
12. Harrow EM, Oldenburg FA, Smith AM. Transbronchial needle aspiration in clinical practice. *Thorax* 1985; 40: 756-9.
13. Debeljak A, Mermolja M, Orel J, Rott T. Transbronchial needle aspiration with fiberoptic and rigid bronchoscope in the diagnosis and staging of lung cancer. *Radiol Oncol* 1994; 28: 309-15.
14. Cropp AJ, DiMarco AF, Lankerani M. False-positive transbronchial needle aspiration in bronchogenic carcinoma. *Chest* 1984; 85: 696-7.
15. Bhat N, Bhagat P, Pearlman ES et al. Transbronchial needle aspiration in the diagnosis of pulmonary neoplasms. *Diagn Cytopathol* 1990; 6: 14-7.
16. Baker JJ, Solanki PH, Schenk DA, Pelt CV, Ramzy I. Transbronchial fine needle aspiration of mediastinum. Importance of lymphocytes as an indicator of specimen adequacy. *Acta Cytol* 1990; 34: 517-23.
17. The Canadian lung oncology group: Investigation for mediastinal disease in patients with apparently operable lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1382-9.
18. Schenk DA, Bower JH, Bryan CL et al. Transbronchial needle aspiration staging of bronchogenic carcinoma. *Am Rev Respir Dis* 1986; 134: 146-8.

Pregledni prispevek/Review article

VLOGA PATOLOGIJ PRI OPREDELJEVANJU KRONIČNE OBSTRUKTIVNE PLJUČNE BOLEZNI

THE ROLE OF PATHOLOGY IN DEFINING CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Tomaz Rott,¹ Dušan Ferluga,¹ Izidor Kern²

¹ Inštitut za patologijo Medicinske fakultete, Korytkova 2, 1105 Ljubljana

² Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik

Prispelo 1998-02-10, sprejeto 1998-04-02; ZDRAV VESTN 1998; 67: 359-63

Ključne besede: kronični bronhitis; pljučni emfizem; bolezen malih dihalnih poti; astma; biopsija

Izvleček – Izhodišča. Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) danes vključuje kronični bronhitis (KB), pljučni emfizem (PE) in bolezen malih dihalnih poti (BMDP), čeprav mnogi prištevajo v to skupino še druge sorodne bolezni z obstruktivnimi motnjami. Kljub pogostosti KOPB pa sta diagnostična biopsijska dejavnost in njena vrednost pri teh boleznih omejeni.

Metode. Najpogostejše bronhialne/transbronhialne biopsije z upogljivim bronhoskopom so zelo majhne in pogosto nudijo poškodovane biopsijske vzorce, ki velikokrat kažejo artefakte. Pri PE je biopsijski material redko diagnostičen, vsekakor pa ne omogoča ocene vrste in obsega PE. Za diagnozo KB je odločilna predvsem klinična slika. V biopsijskih vzorcih večkrat zajete manjše dihalne poti kažejo pretežno nespecifične in redkeje značilne spremembe pri BMDP in številnih drugih diferencialno diagnostično pomembnih boleznih, ki lahko povzročajo obstruktivne motnje. Med njimi so tudi astma in nekatere bolezni, pri katerih različne nebiopsijske klinične preiskave dajejo uporabnejše diagnostične podatke.

Zaključki. Pri boleznih v okviru KOPB morajo biti indikacije za biopsijo pretehtane, da njihovi rezultati odtehtajo tveganje in ne postanejo preiskave celo etično vprašljive. Za diagnostiko so pomembnejše klinične, laboratorijske, funkcionalne in druge sodobne preiskave. Iz istih razlogov so maloštevilne in omejene tudi raziskave o etiopatogenezi in patologiji KOPB na biopsijskem materialu.

Key words: chronic bronchitis; pulmonary emphysema; small airways' disease; asthma; biopsy

Abstract – Background. Pulmonary emphysema (PE), chronic bronchitis (CB) and small airways disease (SAD) are nowadays included in chronic obstructive pulmonary disease (COPD), although many other similar diseases with obstructive disturbances are added to COPD by different authors. In spite of high incidence of COPD, the diagnostic value of the bioptic specimens in patients with COPD is limited.

Methods. The most common bronchial/transbronchial bioptic tissue specimens, obtained with fiberbronchoscopy, are very small, often traumatized, and display many artifacts. Such material is usually unsatisfactory for the diagnosis of PE, and the evaluation of its type and size is impossible. Clinical data are the most relevant for the diagnosis of CB. Small airways are often present in bioptic specimens. Thus, frequent non-specific and seldom specific changes may be observed in SAD and many other diseases, including asthma, which may also cause airways obstruction; they should be considered in differential diagnosis of COPD.

Conclusions. Better diagnostic yield of clinical, functional, laboratory etc. methods in COPD demands thorough indication for the biopsy to be ethically justified and professionally rewarding. Ethical limits for biopsies in patients with COPD have also restrictive influence on research of etiopathogenesis and pathology with modern methodologies in human bioptic specimens.

Uvod

Če želimo odgovoriti, kakšna je vloga patologije pri obravnavi oz. diagnostiki bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB), moramo upoštevati več stvari:

– Vsi zdravniki morajo biti usklajeni glede tega, katere bolezni danes sodijo v okvir **KOPB**, in poznati **druge** pomembne **bolezni**, ki tudi pripeljejo do obstruktivnih motenj ventilacije.

– Ob strokovno upravičenem **izboru biopsije** se moramo zavedati njenih omejenih možnosti in predvideti njen rezultat. Specifičnost in občutljivost (senzitivnost) biopsije je odvisna od ustreznega vzorčenja, velikosti in kakovosti **tkivnih vzorcev**. Zavedati se je treba relativne **diagnostične vrednosti patoloških sprememb**.

– Ne smemo zanemariti **subjektivnih dejavnikov**, ki vplivajo na rezultate biopsije.

- Pri preučevanju KOPB s pomočjo biopsijske dejavnosti se moramo zavedati **omejenih možnosti raziskovalnega dela**.

Kronična obstruktivna pljučna bolezen

KOPB predstavlja skupino bolezni, za katere sta značilni dispneja in napredujoč kronično moten pretok zraka med izdihom (obstrukcija). Vzroki za obstrukcijo so različne spremembe v dihalnih poteh (endobronhialni) in/ali pljučnem parenhimu (ekstrabronhialni) z izgubo elastičnosti, zmanjšanim pretokom zraka in kolapsom dihalnih poti (1). Pri KOPB so spremembe, ki povzročajo obstrukcijo, difuzne, ne pa lokalizirane, kot so tujki, tumorji, lokalizirana vnetja in redke prirojene anomalije v dihalnih poteh.

Danes naj bi **KOPB** predstavljali kronični bronhitis (KB), bolezen malih dihalnih poti (BMDP) in pljučni emfizem (PE) s spremembami v bronhijih, bronhiolah in pljučnem parenhimu. Pri napredovali bolezni se spremembe pojavijo tudi v pljučnem krvnem obtoku (alveolna hipoksija z muskularizacijo perifernih žil in fibrozo intime pljučnih arterij, redukcija žilne mreže), na desnem srcu (hipertrofija in/ali dilatacija desnega prekata) in dihalnih mišicah (atrofija trebušne prepone) (2-5).

Kronični bronhitis

Definicija je klinična: produktivni kašelj najmanj 3 mesece/ leto najmanj dve leti zapored. Klinično definiran pojem KB je za patologa neustrezen, zato nekateri govorijo o **kronični bolezni velikih dihalnih poti** (6).

Pomembne morfološke značilnosti pri KB so naslednje:

- Hipertrofija in predvsem hiperplazija mukoznih žlez s hiperplazijo čašic v respiratornem epiteliju; nastaja več sluzi, kar ima za posledico razširjena žlezna izvodila s sluznimi čepi, ki jih lahko najdemo tudi v svetlini dihalnih poti (7).
- Povečani kislost in viskoznost sluzi (8).
- Vnetna infiltracija. Pri enostavnem kataralnem bronhitisu ni vnetne infiltracije. Pri okužbi jo lahko predstavljajo nevtrofilni in eozinofilni granulociti (9, 10), limfociti, plazmatke. Skoraj vedno jo najdemo pri kadilcih (11-13). V svetlini dihalnih poti so običajno granulociti (14, 15), v steni pa enojedrne vnetnice (16, 17).
- Žariščna ploščatocelična metaplazija bronhialnega epitela in atrofijske sluznice, podsluznice ter hrustanca so običajno pozne spremembe.
- Občasno se pojavita hipertrofija gladkega mišičja in redkeje zadebelitev bazalne membrane pod epitelijem v dihalnih poteh, kar ob pomnoženih čašicah in infiltratu z eozinofilnimi granulociti ni mogoče ločiti od sprememb pri astmi.

Hipertrofija in hiperplazija submukoznih žlez, sluzni čepi z večjo viskoznostjo, vnetna infiltracija, hipertrofija gladkega mišičja itd. privedejo do endobronhialnih obstruktivnih motenj.

Bolezen malih dihalnih poti

Definicija: spremembe v dihalnih poteh, bronhih in bronhiolah, ki merijo v premeru manj kot 2 mm (18). BMDP je zgodnja oblika KOPB. Nekateri jo morfološko netočno enačijo z **bronhiolitom**, ki predstavlja etiološko široko skupino bolezni, pri kateri so spremembe le v bronhiolah (19).

Pomembnejše značilnosti BMDP so:

- Mukocelularna hiperplazija (oz. metaplazija) bronhialnega oz. bronhiolarnega epitela z nastajanjem sluznih čepov.
- Vnetna infiltracija, edem lamine proprie in hiperplazija gladkega mišičja v dihalnih poteh.
- Stenoze in deformacije zaradi vezivnega brazgotinjenja (20).
- Obliteracija bronhiolov (bronchiolitis obliterans).
- Širjenje vnetja iz dihalnih poti v alveolne pregrade → zmanjšano število pritrditev alveolnih pregrad na steno dihalne poti, zmanjšana parenhimska opora dihalnih poti → okvara radiarne trakcije (21, 22).

BMDP verjetno ni specifična samostojna patološka entiteta, saj je tako po etiopatogenezi kot po morfoloških spremembah podobna KB (23, 24). Vendar pa majhen premer dihalnih poti in histološka zgradba (ni hrustančne opore) privedeta pri BMDP hitreje do obstrukcije in širjenja vnetnih sprememb v okolni pljučni parenhim. BMDP predstavlja glavni vzrok za obstrukcijo pri KOPB (25).

Pljučni emfizem

Definicija je morfološka: trajno razširjeni dihalni prostori distalno od terminalnega bronhiola z destruktivnimi spremembami njihovih sten brez intersticijske fibroze.

- Glavne oblike so centroacinarni, panacinarni, distalni acinarni in iregularni emfizem (26, 27).
- Stanjšane, potrgane ali izginule alveolne pregrade privedejo do zmanjšane radiarne trakcije in posebno ob izdihu do obstrukcije v dihalnih poteh.
- Pri pljučnem emfizemu najdemo tudi deformacije in stenoze malih dihalnih poti, obliteracijo dihalnih poti z zmanjšanim številom bronhiolov, zmanjšano je tudi žilno mrežo.
- Makroskopsko je emfizem očiten, ko je alveolna površina zmanjšana že za 75%.
- 1/4 kadilcev ima emfizem, stopnja ne korelira s kajenjem.

Osnovni mehanizem pri nastanku emfizema je zelo verjetno poškodba drobnih žil. Zmanjšano alveolno površino lahko odkrijemo mikroskopsko še pred makroskopskimi spremembami (26, 28). Uničenje alveolnih pregrad, posebno tistih, ki so pritrjene na bronhiole, je zelo pomembno za nastanek ekstrabronhialno povzročene obstrukcije (29). Pomemben vzrok za velika voluminozna in prenapihnjena pljuča je zmanjšana elastičnost zaradi motenega strukturnega povezovanja elastike pri obnavljanju poškodovanega tkiva.

KOPB in sorodne bolezni

Nekateri avtorji uvrščajo v okvir KOPB tudi **bronhiektazije** (19, 30), **cistično fibrozo** (30), več sodobnih učbenikov patologije pa tudi še **astmo** (31-34). Zato se zdi smiselno skupno poimenovanje navedenih bolezni kot »**KOPB in sorodne bolezni**«, kamor naj bi sodila tudi velika skupina ekstrinzičnih alergičnih bronhoalveolitov (**EABA**) (30).

Bronhiektazije

Definicija: trajna razširitev dihalnih poti.

- Najpogosteje v spodnjih režnjih in vertikalnih bronhijih.
- Nastajajo do štirikratne razširitve predvsem distalnih bronhijev in bronhiolov, ki segajo do poplučnice.
- Cistični videz pljuč na rezni ploskvi.
- Luščenje - deskvamacija in razjede - ulceracije v bronhialnem epiteliju.
- Bazalnocelična hiperplazija, ploščatocelična metaplazija bronhialnega epitela.
- V steni dihalnih poti vnetni infiltrat z nevtrofilnimi granulociti, limfociti, plazmatkami, makrofagi. Večkrat intenzivna limfocitna infiltracija z nastajanjem limfatičnih foliklov.
- Fibroza bronhialne stene in neposredne okolice.

Mukoviscidoza - cistična fibroza

Pri tej bolezni se pojavljajo številni mukozni ali mukopurulentni čepi. Spremembe v številnih organih, pojav zgodaj v otroštvu ter patološki biokemični kazalci odkrijejo bolezen prej kot morebitne biopsije.

Astma

Definicija: klinično ponavljajoči se napadi piskanja in dispneje, tiščanja v prsih in kašlja, povezani z vsaj delno povratnim

difuznim zoženjem dihalnih poti, fiziološko trajna povečana odzivnost dihalnih poti na različne dražerice snovi in alergene, patološko persistentno kronično vnetje dihalnih poti z vnetnim infiltratom eozinofilcev, limfocitov T, mastocitov, imunološko pri 2/3 bolnikov povečana tvorba protiteles IgE proti alergenom iz okolice (35).

Pogostejše spremembe pri astmi:

- Pomnožitve čašic v bronhialnem in bronhiolarnem epiteliju in manj izrazita hiperplazija mukoznih žlez.
- Razširjena žlezna izvodila lahko izgledajo kot bronhialni divertikli. Njihovo raztrganje lahko privede do intersticijskega emfizema.
- Sluzni čepi: njihova pogostnost je različna.
- Zadebelitev bazalne membrane pod respiratornim epitelom: že v zgodnjih in pri blagih oblikah bolezni, tudi pri otrocih. Pod bazalno membrano se kopičijo kolagen III in V, fibronektin in le deloma kolagen I in miofibroblasti (24).
- Edem lamine proprie in pod bazalno membrano razširjen površinski žilni pletež.
- Charcot-Leydenovi kristali: membranski protein iz eozinofilnih zrnč z lizofosfolipazo (36).
- Curschmannove spirale: spiralno oblikovani trakovi sluzi.
- Luščenje bronhialnega epitelija z nastajanjem t. i. Creola telesca, ki predstavljajo skupke epitelnih celic brez bazalnih celic. Telesca najdemo v sputumu, bronhioalveolnem izpirku, so povezana s številom eozinofilcev in z bronhialno hiperreaktivnostjo.
- Vnetna infiltracija z nevtrofilnimi granulociti, T limfociti (Th2), eozinofili, mastociti, bazofili in makrofagi (37). Vnetna infiltracija je prisotna tudi pri blagih oblikah bolezni. Število T limfocitov korelira s številom eozinofilnih granulocitov, to pa s stopnjo bolezni (38). Eozinofilna infiltracija je značilna za astmo v vseh starostnih obdobjih. Eozinofilnih granulocitov ni v sluznici zdravih ljudi.
- Hipertrofija in hiperplazija gladkega mišičja v bronhijih in bronhiolah s premerom, večjim od 2 mm, je posledica ponavljajočega se krčenja mišic zaradi sproščanja histamina in prostaglandinov iz mastocitov po delovanju protiteles IgE. Mitogenezo gladkega mišičja verjetno povzročata tudi vnetni eksudat (39).
- Poškodbe elastike: raztapljanje in drobljenje - fragmentacija elastičnih vlaken (40).
- Zadebelitev celotne stene dihalne poti.

Obstrukcija nastane predvsem zaradi zastoja krvi v žilah/kongestije in krčenja gladkega mišičja.

Danes večinoma astmo obravnavajo kot posebno bolezensko enoto zaradi različnih razlogov:

- **Obstrukcija** pri astmi je običajno akutna, povratna (reverzibilna) in začasna, ne pa kronična. To je še najbolj prepričljiv argument za ločevanje astme od KOPB. Vendar tudi pri določenem odstotku bolnikov s PE in KB ni kronične obstrukcije (23).
- Pri astmi je pomembno **vnetje** (4), ki jo ločuje od KB. Vendar podarjajo pomen vnetja tudi v patogenezi KB. Infiltracija s T limfociti in makrofagi v bronhialni sluznici je pri KB povezana tudi z obstrukciivnimi motnjami (16, 26, 41, 42). Možna vnetna infiltracija z eozinofilnimi granulociti pri KB je lahko povsem podobna tisti pri astmi (9, 10).
- Eden od razlogov ločevanja astme od KOPB je **etiopatogenetska povezanost** in sočasen pojav **KB in PE**. Vendar se lahko sočasno pojavijo tudi KB, PE in astma v okviru t. i. mešane bolezni.
- Za astmo je značilno **akutno dogajanje**. To je deloma v protislovju z definicijo astme, ki govori o astmi kot o kroničnem vnetnem procesu v dihalnih poteh (35).
- Pri astmi naj bi bil **mehanizem obstrukcije razjasnjen**, kar ne velja za PE in KB. Vendar bi ob upoštevanju tega stališča morali iz KOPB izvzeti tudi emfizem zaradi pomanjkanja α -1-antitripsina, bronhiektazije, mukoviscidozo in večino bronhioolitov (43).
- **Morfologija vnetja** pri astmi se razlikuje od vnetij pri ostalih boleznih dihalnih poti in pljučnega parenhima: pri astmi ni bronhioolitisa, razraščanja granulacijskega tkiva in fibroze (44).

Iz navedenega je razvidno, da sta klasifikacija oz. razdelitev KOPB ter njeno ločevanje od astme le stvar različnih zornih kotov, ne pa nekaj absolutno veljavnega. Čeprav določeni elementi navedene bolezni združujejo (akutnost/kroničnost, reverzibilnost/ireverzibilnost procesa), pa jih nekateri vseeno združujejo (sočasno pojavljanje oz. mešane oblike

bolezni, obstrukcija, vnetne spremembe, pretežna prizadetost dihalnih poti).

Druge bolezni z obstrukciivnimi motnjami

Kronično moten pretok zraka med izdihom je lahko še pri drugih boleznih dihalnih poti in nekaterih sistemskih boleznih: pri **granulomskih vnetjih** (sarkoidozi, tuberkulozi), **bronhocentrični granulomatozi** (glive, mikobakterije), etiopatogenetsko različnih oblikah **bronhioolitisa** in redkejših boleznih, kot so **hondroosteoplastična traheobronhopatija**, **traheobronhialna amiloidoza**, **traheobronhomegalija**, **stenoze v traheji**, **ponavljajoči (relapsni) perihondritis**, **Kartagenerjev sindrom** in **sindrom negibnih migetalk** (immotile cilia syndrome) itd.

Pri **obliterantnem bronhiolitisu** so v sluznici nekroze epitelija s fibrinsko eksudacijo, ki jim sledi proliferacija granulacijskega tkiva in končna vezivna obliteracija dihalnih poti.

Etiologija obliterantnega bronhioolitisa je raznovrstna:

- KOPB in sorodne bolezni: PE, KB, bronhiektazije, astma, cistična fibroza.
- Mikroorganizmi (bakterije, glive, adenovirusi, virus ošpic, respiratorni sincicijski, mikoplazma, Pneumocystis).
- Aspiriranje želodčne vsebine.
- Toksični plini: dušikovi oksidi, amonijak, žveplov dioksid, cigaretni dim in kovinski hlapi.
- Zazdravljena difuzna alveolna okvara (DAO), morfološka slika kliničnega sindroma dihalne stiske pri odraslem (SDSO oz. ARDS - adult respiratory distress syndrome).
- Sistemske bolezni (revmatoidni artritis, Sjögrenov sindrom).
- Iatrogeni vzroki: zdravlila (penicilamin), zavrtnite presadkov.
- Alergične reakcije (eozinofilna pnevmonija, eozinofilni fasciitis, EABA, bronhocentrična granulomatoza).
- Posebne oblike: difuzni panbronhioilitis, bronhioilitis obliterans organising pneumonia (BOOP), bronhioilitis obliterans interstitial pneumonia (BIP), idiopatski - kriptogeni (30-40%).

Izbira preiskave

Pri sumu na pljučni tumor se moramo čimprej odločiti za biopsijo, vključno z agresivnejšimi metodami. To pa naj ne velja za KOPB. Vedno je treba oceniti **smiselnost in prednost biopsije** pred ostalimi preiskavnimi metodami. Za biopsijo naj bi se odločili šele takrat, ko lahko upravičeno pričakujemo **dodatne informacije, pomembne za zdravljenje** bolnika. Pričakovani uporabni rezultati morajo odtehtati tveganja pri posameznih biopsijah. Biopsije ne smemo enačiti z različnimi avtomatiziranimi laboratorijskimi preiskavami. Celo slednje zahtevajo za uporaben izvid ustrezno količino materiala.

Pri boleznih v okviru KOPB imajo anamneza, različne klinične, laboratorijske (pregled sputuma, bronhoalveolno izpiranje), funkcijske, radiološke preiskave, plinske analize krvi itd. velikokrat odločilno prednost pred biopsijami (45).

Tako so npr. dokazali korelacijo med številom eozinofilcev v bronhoalveolnem izpirku, sputumu in bronhialni sluznici in zato priporočili pregled sputuma kot neinvazivno metodo za ugotavljanje eozinofilije v dihalnih poteh (38, 46). Prav tako nekateri pri KOPB in predvsem pri PE priporočajo računalniško tomografijo z visoko ločljivostjo in dinamično računalniško tomografijo (47). Kot neinvazivno metodo za oceno dihalnih prostorov uporabljajo tudi morfometrijo s pomočjo aerosolov (48).

Patolog ne more ocenjevati funkcionalnih sprememb (obstrukcije, hiperreaktivnosti). Če je klinična slika na osnovi anamneze, laboratorijskih, funkcijskih, radioloških idr. preiskav dovolj jasna za ustrezno ukrepanje/zdravljenje, je dodatna biopsija, ki nosi določeno tveganje, lahko etično vprašljiva.

Tkivni vzorci

Pri izbiri biopsije je predvsem treba vedeti, kakšna je **topografska razporeditev patoloških sprememb** pri določeni bolezni in katere strukture lahko zajamemo z določeno biopsijo. Upoštevati moramo torej, ali je običajna **velikost vzorca** pri določeni biopsiji sploh zadostna za oceno določene patološke spremembe.

Patolog ocenjuje spremembe v zelo majhnih vzorcih, ki večkrat ne odlikavajo dogajanja v celotnih pljučih. Tkivni vzorec je tako pri bronhialnih/transbronhialnih biopsijah velikokrat nezadosten ali neustrezen, poleg tega tudi poškodovan, s pogostimi različnimi artefakti, kar onemogoča ustrezno oceno: večkrat dobimo le sluznico (z odluščenim epitelom, bazalno membrano in pičlo zajeto lamino proprijo), redkeje gladko mišičje, še redkeje pa primeren vzorec bronhialnih žlez in tudi del hrustančnih ploščic.

Problem je lahko tudi ustrezno **vzorčenje**. Tudi difuzne spremembe niso vedno povsem difuzne. V biopsijskem odvzemu lahko tako dobimo povsem »nemo področje«, ki se ne ujema s klinično sliko.

Pri astmi sicer mesto odvzema bronhialne biopsije ne bi smelo vplivati na rezultat, saj so ugotovili, da so morebitne spremembe razsejane po celotnem traheobronhialnem sistemu (49).

Bronhialne/transbronhialne biopsije kljub morebitnim obilnim vzorcem skoraj povsem odpovedo pri diagnostiki pljučnega emfizema, vsekakor pa z njimi ni mogoče oceniti njegove stopnje in vrste. Tudi rezultati odprte pljučne biopsije pri emfizemu ne odtehtajo tveganja. Bronhoskopija z upogljivim bronhoskopom pri KB le redko daje zadovoljiv vzorec za oceno sprememb. Bronhoskopija z rigidnim bronhoskopom, ki pa je pri tej bolezni danes neupravičena, daje morebitne zadovoljive vzorce za oceno indeksa Reidove. Vendar ta indeks upošteva le žleze na notranji strani bronhialnega hrustanca, ne pa ob njem ali na zunanji strani. Zato ima tudi obilnejša bronhialna biopsija pri KB le relativno vrednost, morebitna bronhialna biopsija z rigidnim bronhoskopom pa je že neupravičen anahronizem.

Diagnostična vrednost patoloških sprememb

Pljučno tkivo ima omejeno število vzorcev odzivanja na različne škodljive dejavnike in kaže podobno histološko sliko po delovanju različnih dejavnikov oz. pri različnih boleznih. Le redke spremembe so značilne oz. specifične za določeno bolezen.

Za ilustracijo le nekaj primerov.

Pri astmi je najbolj specifična sprememba **zadebelitev bronhialne bazalne membrane**, ki je pri razviti astmi večinoma že svetlobno mikroskopsko dobro vidna, v zgodnjih stadijih bolezni pa le z elektronskim mikroskopom. Vendar smo jo našli tudi npr. pri aspiraciji tujkov. Mnogo manj značilne spremembe so **mukocelularna hiperplazija respiratornega epitelija** s pojavljanjem sluznih čepov in **hiperplazija mukoznih žlez**. Omenjene spremembe so lahko pogosteje posledica kajenja in drugih dražečih vplivov. To velja tudi za hiperplazijo žlez, ki je sploh bolj značilna za KB. Hiperplazijo submukoznih žlez in mukocelularno hiperplazijo/metaplazijo v bronhiolarnem ali bronhialnem epitelu ter sluzne čepke lahko najdemo tudi pri bolezni malih dihalnih poti, cistični fibrozi - mukoviscidozi in astmi (4). Hiperplastične in hipertrofične žleze, predvsem pa razširjena žlezna izvodila s sluznimi čepki, govore v prid kataralnemu KB.

Pri vnetju ocenjujemo stopnjo in **obliko vnetja** (eksudacijsko, alteracijsko, produktivno). Vnetje v bronhialni sluznici najdemo pri astmi, vendar je lahko tudi posledica raznovrstnih specifičnih in nespecifičnih lokaliziranih vnetij v dihalnih poteh, spremlja druga vnetna dogajanja v pljučnem parenhimu in je lahko zaplet kroničnega kataralnega bronhitisa. Novejše raziskave potrjujejo vlogo vnetja v patogenezi KB (9, 10, 26). Tudi kajenje povzroči pri vseh bolnikih vnetje v bronhialni sluznici. Bolniki s KB in obstrukcijo imajo manj vnetnih celic v bronhoalveolnem izpirku kot tisti brez obstrukcije (15).

Sestava vnetnega infiltrata. V sputumu običajno prevladujejo pri KOPB nevtrofilni granulociti, pri astmi pa eozinofilni granulociti in predvsem mastociti (38). Vendar najdemo eozinofilne infiltrate mnogokrat ob parazitozah, mikozah in celo pri KB. KB naj bi v takih primerih ločili od astme le z dokazom povečane koncentracije interleukina-5 v celicah bronhialne sluznice (50). Na drugi strani pa pri povsem

tipični klinični sliki astme večkrat ne najdemo vnetne infiltracije ali pa dobimo vnetje brez mastocitov in/ali eozinofilcev (51).

Verjetno je pojav eozinofilnih granulocitov odvisen od razvojne stopnje bolezni. Z biopsijo dokazano vnetje pokaže na domnevni vzrok sprožitve vnetja in razloži poslabšanje astme, vsekakor pa ni diagnostično za astmo. Tudi število eozinofilnih granulocitov v sputumu korelira z intenziteto astme, vendar ne loči vedno zanesljivo astme od KB (10). Pri astmi sicer imamo v sputumu večinoma eozinofilne granulocite, vendar pa pri 28% astmatikov prevladujejo nevtrofilni granulociti. Število eozinofilnih granulocitov je obratnosorazmerno s FEV1, FEV1/VC (38).

Subjektivni dejavniki

Pri boleznih, ki jih velikokrat lahko ugotovimo z drugimi metodami, so še toliko bolj vprašljive biopsije, ki dajejo slabe rezultate zaradi neizkušenosti ali nespretnosti preiskovalcev, tako klinika kot patologa. Biopsijski vzorci so že pri istem preiskovalcu lahko zelo različni po količini in kakovosti, velikokrat pa so povsem neprimerljivi pri različnih preiskovalcih. Prav tako že en sam patolog brez jasnega protokola težko konsistentno oz. dosledno enako ocenjuje prevečkrat slabe tkivne vzorce pri določeni bolezni, še težje pa več različnih in celo različno usposobljenih patologov.

Možnosti raziskovalnega dela

Ob koncu je treba omeniti pomen patologije pri raziskovanju KOPB in sorodnih boleznih. Številne nove tehnologije (npr. imunohistologija, molekularna patologija, morfometrija, molekularna biologija in biokemija) nudijo velik izziv. Vendar pa je težje priti do ustreznega materiala. Večina spoznanj temelji na avtopsiskem materialu, torej na primerih končnih bolezenskih stanj KOPB.

Področje raziskovanja patologije KOPB je zelo široko. Usmerjeno je na študij etiopatogeneze bolezni in predvsem kvantitativne morfološke patologije sprememb. Tematika zajema tudi genetske študije, vlogo latentne virusne okužbe v pljučih (o kateri so mnenja deljena, 52), zapletena vnetna dogajanja v dihalnih poteh in pljučnem parenhimu (pomen citokinov, mehanizmi kemotakse, adhezije in diapedeze vnetnic, vloga adhezijskih molekul v patogenezi KB, biokemične osnove aktivacije različnih receptorjev, regulacija efektorskih poti in pomen nevropeptidov, 53-57), primerjavo strukturalnih in funkcijskih sprememb (z natančnimi stereološkimi in drugimi morfometričnimi preiskavami vnetnih celic, mišičja in medceličnine itd., 26, 58, 59). Računalniško podprta tridimenzionalna rekonstrukcija dihalnih poti npr. omogoča oceniti intenzivnost sprememb in mesto obstrukcije v bronhiolih; tako so dokazali razlike v lokalizaciji sprememb pri panbronhiolitu in obliterantnem bronhiolitu (60).

Že omenjene omejitve narekujejo deloma avtopsijske raziskave, pretežno pa gre za preiskave in vitro in na živalskih modelih. Rezultati redkih in številčno omejenih raziskav na humanem materialu so nasprotujoči. Nekaj novejših spoznanj temelji predvsem na analizah inducirane sputuma, bronhoalveolnega izpiranja, nekaj tudi izvira iz bronhoskopskih biopsij in resektatov pljuč.

Zaključek

Delež patologa oz. biopsijsko diagnostiko KOPB omejuje običajno uporabljena diagnostična tehnika - bronhoskopija z upogljivim bronhoskopom, ki daje sorazmerno majhne biopsijske vzorce. Patološke spremembe pri KOPB so neznatne, saj se iste spremembe lahko pojavljajo pri različnih boleznih v okviru ali celo zunaj KOPB. Pri PE biopsija praktično ni smiselna. Pri klinično ugotovljeni astmi ali KB sicer lahko potrdimo diagnozo, če najdemo sorazmerno dovolj značilne spremembe. Pogosto pa najdemo povsem neznatne in nedijagnostične, pretežno vnetne spremembe, ki so lahko posledica raznovrstne etiopatogeneze in različnih stopenj različnih boleznih.

Večkrat protislovni in nekonsistentni rezultati biopsij pri KOPB in sorazmerno pomembno tveganje v primerjavi z dobljenimi rezultati velikokrat ne opravičujejo biopsije pri KOPB. Na meji etičnosti pa so biopsije pri klinično dovolj jasnih primerih predvsem v raziskovalne namene. Neodgovorjenega je še marsikaj, kot npr., zakaj le 15% do 20% kadilcev razvije klinično sliko KOPB, čeprav je pri vseh kadilcih v dihalnih poteh prisotno vnetje, in zakaj imajo KOPB tudi nekadilci. S spoznanji o patologiji KOPB še nismo na koncu, ampak šele na začetku konca (27).

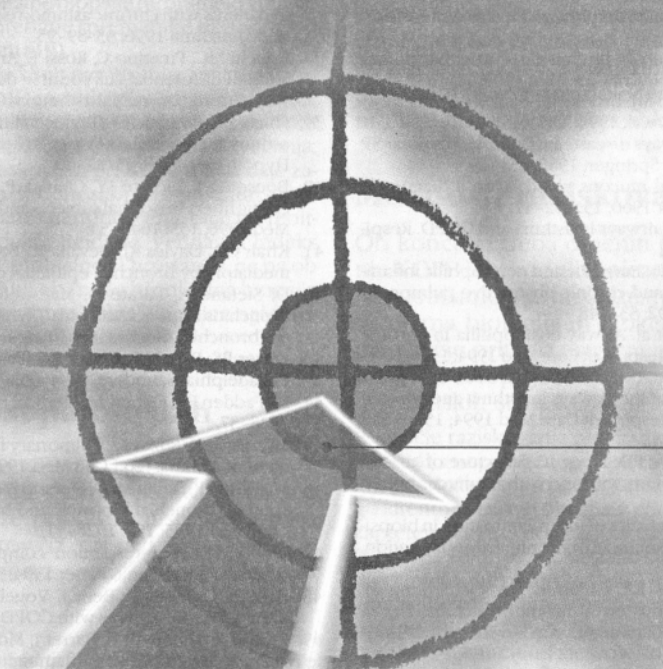
Literatura

- Tiddens HA, Bogaard JM, de Jongste JC, Hop WC, Coxson HO, Pare PD. Physiological and morphological determinants of maximal expiratory flow in chronic obstructive lung disease. *Eur Respir J* 1996; 9: 1785-94.
- Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). ERS - consensus statement. *Eur Resp J* 1996; 8: 1396-420.
- Arora NS, Rochester DF. COPD and human diaphragm muscle dimensions. *Chest* 1987; 91: 719-24.
- Standards for diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. ATS statement. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: S77-120.
- Merino MJ. Lung. In: LiVolsi VA, Merino MJ, Brooks JSJ, Saul SH, Tomaszewski JE eds. *Pathology*. Philadelphia: Harwal, 1994: 185-6.
- Pratt PC. Emphysema and chronic airways disease. In: Dail DH, Hammar SP eds. *Pulmonary pathology*. New York: Springer, 1988: 651-69.
- Reid L. Measurement of the bronchial mucous gland layer: a diagnostic yardstick in chronic bronchitis. *Thorax* 1960; 15: 132-41.
- Jeffery PK. Histological features of the airways in asthma and COPD. *Respiration* 1992; 59, Suppl 1: 13-6.
- Lacoste JY, Bousquet J, Chanez P et al. Eosinophilic and neutrophilic inflammation in asthma, chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 92: 537-48.
- Saetta M, Di Stefano A, Maestrelli P, et al. Airway eosinophilia in chronic bronchitis during exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 1646-52.
- Jeffery PK. Comparative morphology of the airways in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: S 6-S 13.
- Mullen JBM, Wright JL, Wiggs BR, Pare PD, Hogg JC. Structure of central airways in current smokers and exsmokers with and without mucus hypersecretion. *Thorax* 1987; 42: 843-6.
- Ollerenshaw SL, Woolcock AJ. Characteristics of the inflammation in biopsies from large airways of subjects with asthma and chronic airflow limitation. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 922-7.
- Thompson AB, Daughton D, Robbins RA, Ghafouri MA, Oehlerking M, Rennard SI. Intraluminal airway inflammation in chronic bronchitis: characterization and correlation with clinical parameters. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 1527-37.
- Linden M, Rasmussen JB, Piitulainen E et al. Airway inflammation in smokers with nonobstructive and obstructive chronic bronchitis. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 1226-32.
- Saetta M, Di Stefano A, Maestrelli P et al. Activated T-lymphocytes and macrophages in bronchial mucosa of subjects with chronic bronchitis. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 301-6.
- Fournier M, Lebarry F, Le Roy Ladurie F, Lenormand E, Pariente R. Intraepithelial T-lymphocyte subsets in the airways of normal subjects and of patients with chronic bronchitis. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 737-42.
- Wright JL, Cagle P, Churg A, Colby TV, Myers J. Diseases of the small airways. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 240-62.
- Creagh T, Krausz T. Chronic obstructive airways disease. In: McGee J'OD, Isaacson PG, Wright NA eds. *Oxford Textbook of Pathology*. Volume 2a. Oxford: Oxford University Press, 1992: 974-85.
- Cosio MG, Hale KA, Niewoehner DE. Morphologic and morphometric effects of prolonged cigarette smoking on the small airways. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122: 265-71.
- Wright JL, Hobson JE, Wiggs B, Pare PD, Hogg JC. Airway inflammation and peribronchial attachments in the lungs of nonsmokers, current smokers and ex-smokers. *Lung* 1988; 166: 277-86.
- Saetta M, Ghezzi H, Wong DK et al. Loss of alveolar attachments in smokers: a morphometric correlate of lung function impairment. *Am Rev Respir Dis* 1985; 132: 894-900.
- Thurlbeck WM. Chronic airflow obstruction. In: Thurlbeck WM ed. *Pathology of the lung*. New York: Thieme, 1988: 519-75.
- Roche WR. The pathology of bronchial asthma. In: Hasleton P ed. *Spencer's pathology of the lung*. New York: McGraw-Hill, 1996: 695-706.
- Hogg JC, Macklem PT, Thurlbeck WM. Site and nature of airway obstruction in chronic obstructive lung disease. *N Engl J Med* 1968; 278: 1355-60.
- Hogg JC, Wright JL, Wiggs BR, Coxson HO, Saez AO, Pare PD. Lung structure and function in cigarette smokers. *Thorax* 1994; 49: 473-8.
- Thurlbeck WM. Emphysema then and now. *Can Respir J* 1994; 1: 21-39.
- Gillooly M, Lamb D. Microscopic emphysema in relation to age and smoking habit. *Thorax* 1993; 48: 491-5.
- Lamb D, McLean A, Gillooly M, Warren PM, Gould GA, MacNee W. Relation between distal airspace size, bronchiolar attachments, and lung function. *Thorax* 1993; 48: 1012-7.
- Stoller JK, Aboussouan LS. Chronic obstructive lung disease: emphysema, chronic bronchitis, bronchiectasis, and cystic fibrosis. In: George RB, Light RW, Matthay MA, Matthay RA eds. *Chest medicine. Essentials of pulmonary and critical care medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 201-46.
- Howat AJ. Respiratory tract. In: Underwood JCE ed. *General and systemic pathology*. New York: Churchill, 1996: 361-400.
- Stevens A, Lowe J. Pathology. London: Mosby, 1995: 168-73.
- Kobzik L, Schoen FJ. The lung. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, Schoen FJ eds. *Robbins pathologic basis of disease*. Philadelphia: Saunders, 1994: 673-734.
- Saldana MJ. Pathology of pulmonary disease. Philadelphia: Lippincott, 1994: 275-322.
- Makino S. Changing understanding and definition of bronchial asthma. *Jap J Clin Med* 1996; 54: 2881-5.
- Weller PF, Goetzl EJ, Austen KF. Identification of human eosinophil lysophospholipase as the constituent of Charcot-Leyden crystals. *Proc Natl Acad Sci USA* 1980; 77: 7440-3.
- Koshino T, Arai Y, Miyamoto Y et al. Airway basophil and mast cell density in patients with chronic asthma: relationship to bronchial hyperresponsiveness. *J Asthma* 1996; 33: 89-95.
- Ronchi MC, Piragino C, Rossi E, Amendola M, Duranti R, Scano G. Role of sputum differential cell count in detecting airway inflammation in patients with chronic bronchial asthma or COPD. *Thorax* 1996; 51: 1000-4.
- Shiels IA, Bowler SD, Taylor SM. Airway smooth muscle proliferation in asthma: the potential of vascular leakage to contribute to pathogenesis. *Med Hypotheses* 1995; 45: 37-40.
- Bousquet J, Lacoste JY, Chanez P, Vic P, Godard P, Michel FB. Bronchial elastic fibers in normal subjects and asthmatic patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 1648-54.
- Khair OA, Davies RJ, Devalia JL. Bacterial-induced release of inflammatory mediators by bronchial epithelial cells. *Eur Respir J* 1996; 9: 1913-22.
- Di Stefano A, Turato G, Maestrelli P et al. Airflow limitation in chronic bronchitis is associated with T-lymphocyte and macrophage infiltration of the bronchial mucosa. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 629-32.
- Fraser RS, Pare JAP, Fraser RG, Pare PD. Synopsis of diseases of the chest. Philadelphia: Saunders, 1994: 653-71.
- McFadden ER, Gilbert IA. Medical progress: asthma. *N Engl J Med* 1992; 327: 1928-37.
- Miyazawa N, Suzuki S. Pulmonary function tests for diagnosis and management of asthma. *Jap J Clin Med* 1996; 54: 2914-8.
- Maestrelli P, Saetta M, Di Stefano A et al. Comparison of leukocyte counts in sputum, bronchial biopsies, and bronchoalveolar lavage. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1926-31.
- Webb WR. High-resolution computed tomography of obstructive lung disease. *Radiol Clin N Amer* 1994; 32: 745-57.
- Beinert T, Brand P, Behr J, Vogelmeier C, Heyder J. Peripheral airspace dimensions in patients with COPD. *Chest* 1995; 108: 998-1003.
- Carroll N, Lehmann E, Barret J, Morton A, Cooke C, James A. Variability of airways structure and inflammation in normal subjects and in cases of nonfatal and fatal asthma. *Path Res Pract* 1996; 192: 238-48.
- Saetta N, Di Stefano A, Maestrelli P et al. Airway eosinophilia and expression of interleukin-5 in asthma and in exacerbations of chronic bronchitis. *Clin Experiment Allergy* 1996; 26: 766-74.
- Turner MO, Hussack P, Sears MR, Dolovich J, Hargreave FE. Exacerbations of asthma without sputum eosinophilia. *Thorax* 1995; 50: 1057-61.
- Singer A, Panacek EA, Sokhandan M, Huang YT. Is there an association between acute asthma exacerbations and viral respiratory infections in adults? *Internet* 21/4/1997: <http://gema.library.ucsf.edu:8081/Originals/SA-EMabs/z.abs7x2.html>.
- Gross NJ. Airway inflammation in COPD. *Chest* 1995; 107: 210S-3S.
- Gelb AF, Hogg JC, Mueller NL et al. Contribution of emphysema and small airways in COPD. *Chest* 1996; 109: 353-9.
- Sato M, Takizawa H, Ohtoshi T et al. Eosinophil adhesion to human bronchial epithelial cells: regulation by cytokines. *Int Arch Allergy Immunol* 1997; 113: 203-5.
- Romagnani S, Parronchi P, D'Elios MM et al. An update on human Th1 and Th2 cells. *Int Arch Allergy Immunol* 1997; 113: 153-6.
- Di Stefano A, Maestrelli P, Roggeri A et al. Upregulation of adhesion molecules in the bronchial mucosa of subjects with chronic obstructive bronchitis. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 803-10.
- Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzi H, Cosio MG. Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1666-72.
- Kuwano K, Bosken CH, Pare PD, Bai TR, Wiggs BR, Hogg JC. Small airways dimensions in asthma and in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1994; 148: 1220-5.
- Yaegashi H, Takahashi T. The site, severity, and distribution of bronchiolar obstruction in lungs with chronic obstructive pulmonary disease. Morphometry and computer-assisted three-dimensional reconstruction of airways. *Archiv Pathol Lab Med* 1994; 118: 975-83.

ASPIRIN® DIREKT

ŽVEČLJIVE TABLETE

Hitreje do cilja!



- hitro lajša bolečine
- želodec ga dobro prenaša
- lahko ga jemljemo brez tekočine

produkcija: Studio Moderna, oblikovanje: DVA

Bayer 
Bayer Pharma d.o.o.

100 
Stoletje Aspirina

PODROBNEIŠE INFORMACIJE O ZDRAVILU DOBITE PRI PROIZVAJALCU.

Medikohistorična rubrika

SANATORIJ EMONA*

Matija Cevc

Leta 1912 je kirurg dr. Franc Derganc kot zasebnik ustanovil prvi zasebni sanatorij v Sloveniji. Nahajal se je v stavbi Komenskega 4.

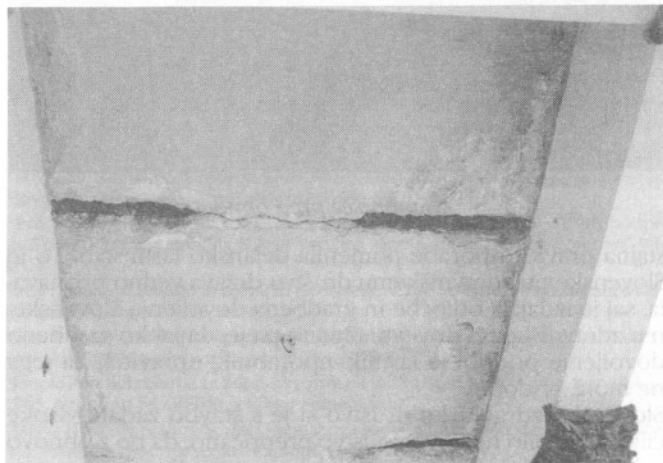
Leta 1939 je v Ljubljani dr. Franc Derganc umrl in vodstvo sanatorija je prevzela njegova vdova Heda Derganc. Leta 1939 je bilo v sanatoriju 7 bolniških ležišč, ki so bila v pritličju¹, od l. 1940 pa tudi rentgenska soba z aparatom in temnica, kate polovični lastnik je bil rentgenolog dr. Rudolf Del Cott².

Sanatorij Emona je med 2. svetovno vojno odigral pomembno vlogo, ko je deloval v tesni povezavi z OF. Že od septembra 1941 so se v njem zdravili prvi ranjeni partizani in ilegalci. Pod upravo Hede Derganc so v sanatoriju ranjence zdravili dr. Venčeslav Arko, dr. Bogdan Breclj, dr. Božidar Lavrič, dr. Franci, Derganc, dr. Kristijan Derganc in dr. Mirko Derganc, rentgenolog dr. Rudolf Del Cott ter ftiziolog dr. Robert Neubauer. V njem so zbirali tudi sanitetni material za partizanske enote. Zaradi prostorske stiske so že med 2. svetovno vojno del prvega nadstropja preuredili v bolniške prostore³, bolniki pa so skupno z dvanajstčlansko družino Derganc (ti so stanovali v levem delu prvega nadstropja in v treh podstrešnih sobah) uporabljali tudi kopalnico v tem nadstropju. Zaradi izdaj leta 1942 se je število zdravljenih partizanov v Emoni precej znižalo. Ob izdaji bivšega partizanskega ranjenca Miroslava Boneta so Italijani zaprli dr. Mirka Derganca, dr. Božidarja Lavriča in dr. Bogdana Breclja. Emona je prišla pod zelo strogo nadzor in tako so morali v njej prenehati z ilegalnim delom⁴. Zaradi medvojnega delovanja sanatorija je bil objekt Sanatorij Emona po Odloku o razglasitvi spomenikov delavskega gibanja NOB in socialistične graditve razglašen za zgodovinski spomenik (Ur. l. SRS št. 33/83) in na podlagi Zakona o varstvu naravne in kulturne dediščine razvrščen kot zgodovinski spomenik II. stopnje.

Po vojni, še pred nacionalizacijo, je Heda Derganc ponudila sanatorij Emona novi državi⁵. Na željo državnih in političnih funkcionarjev pa je sanatorij kljub vsemu vodila še nekaj časa po vojni⁶. O nadaljnji usodi sanatorija so potekali številni pogovori v najvišjem slovenskem državnem vrhu⁷, saj so se jih udeležili takratni sekretar za zdravstvo dr. Marjan Ahčin, ki je izjavljal, da je bila »nacionalizacija« sanatorija Emona sporazumna, pa tudi Miha Marinko. Verjetno gre tudi tem pogovorom in dogovorom pripisati, da so se takoj po vojni, ko je vladalo vsesplošno pomanjkanje, izvedla obnovitvena dela v sanatoriju, ki jih je opravila vzdrževalna služba Kliničnih bolnišnic v Ljubljani. Pod vodstvom vodje vzdrževanja g. Tonea Steklase, je bila že septembra 1946 adaptirana centralna kurjava (predelava dveh peči, zamenjava cevi v kurilnici, montaža varnostne posode, predelava vseh spojev cevi celotne centralne napeljave), popolnoma nova vodovodna napeljava v operacijski sobi z zamenjavo umivalnika in vstavitvijo sodobne armature ter zamenjava zastarelega plinskega sterilizatorja z novim, električnim. Tudi druga obrtniška (mizarška, električarska) dela so opravljali uslužbenci vzdrževalnih delavnic Kliničnih bolnišnic v Ljubljani. Tako je sanatorij Emona postal »majhna elitna bolnišnica za režimske prvake«⁸, vodila pa ga je Heda Derganc. Vsa vzdrževalna dela od jeseni tega leta pa do 1955, vključno z rednimi tedenskimi kontrolami, je opravljal inštalater v vzdrževalnih delavnicah pri Kliničnih bolnišnicah v Ljubljani Ivan Sršen v okviru svoje redne službe.⁹

Leta 1948 je bil sanatorij Emona (skupaj z Leoniščem) nacionaliziran. Zanimivo je, da je bil nacionaliziran le sanatorij kot ustanova, ne pa sama zgradba¹⁰. Na to je kazalo predvsem

to, da je bil ob »nacionalizaciji« popisan le inventar sanatorija, ne pa celotna hiša. Tako tudi ni bilo mogoče družbene lastnine vpisati v zemljiško knjigo. Iz zapisnikov pa sledi, da je bilo leta 1948 v njem šest bolniških sob za dvanajst bolnikov¹¹. Družina Derganc¹² je imela takrat prostore v levem delu prvega nadstropja, kjer so si delili z bolniki tudi kuhinjo in kopalnico, na podstrešju pa so imeli še tri provizorične sobe za otroke. V sanatoriju je bilo zaposlenih pet ljudi¹³. Družina Derganc si je tako pred nacionalizacijo delila z bolniki in osebjem kuhinjo, za vse pa se je skupno nabavljala in pripravljala tudi hrana¹⁴. Očitno so se v sanatoriju prehranjevali tudi tisti člani družine Derganc, ki v sanatoriju sicer niso stanovali, saj iz zapisnika izhaja, da se je prehranjevalo deset do dvanajst družinskih članov. Sanatorij Emona je oskrbovalo Predsedstvo vlade LRS iz proračunskih sredstev¹⁵. V pogovorih z dr. Marjanom Ahčinom je bilo dogovorjeno, da v stavbi ostane še naprej sanatorij, ge. Hedi Derganc in njeni hčeri pa so ponudili nadomestno stanovanje, kar pa je prva odločno odklonila in želela še naprej prebivati v stavbi¹⁶. Kljub temu da je bilo leta 1948 ugotovljeno, da se je v Sanatoriju Emona vodilo primitivno knjigovodstvo¹⁷, so Hedi Derganc (na osebno priporočilo sekretarja za zdravstvo dr. Marjana Ahčina) ponudili, da sanatorij vodi še naprej in je za to še leta 1951 prejela plačo¹⁸.



Sl. 1. Strop nad vhodom pred prenovo.

Ko so leta 1950 celotno prvo nadstropje preuredili v bolniške sobe zaradi zdravljenja Josipa Broza Tita v sanatoriju¹⁹, so preuredili mansardne prostore, ki so jih pred tem uporabljali stara mati, sinovi in šivilja, v zasilno stanovanje²⁰, sestojče iz treh sob, kopalnice, kuhinje in stranišča. Iz tega izhaja izredno veliko zaupanje takratne oblasti do družine Derganc, saj je v času informbiroja stanovala v isti hiši kot Tito. To zaupanje izraža tudi to, da je bil njen sin Mirko Derganc od leta 1953 do 1963 kot kirurg določen za spremstvo Josipa Broza Tita na potovanjih²¹. Tako tudi ni nelogična izjava dr. Marjana Ahčina, da je bila nacionalizacija sanatorija Emona sporazumna.

Na podlagi zakona o nacionalizaciji je bil z odločbo Predsedstva vlade LRS z dne 6. 8. 1951 določen obseg nacionalizacije objekta Emona, saj je bila leta 1948 nacionalizirana le ustanova Emona, ne pa nepremičnina²². Zato je bila šele 1951 izdana tudi odločba o obsegu nacionalizacije in služnostne pravice²³, upravljanje s sanatorijem pa je 1951 prevzela najprej Medicinska visoka šola²⁴, njej pa je l. 1953 sledil Državni sekretariat za notranje zadeve^{25, 26}, ki je sanatorij še naprej uporabljal kot bolnišnico za privilegirani sloj. Ker so takrat že gradili bolnišnico dr. Petra Držaja, kamor naj bi se sanatorij Emona

preselil, stavbe na Komenskega niso več tako skrbno vzdrževali. Z dograditvijo nove bolnišnice v Šiški se je vanjo leta 1963 preselil tudi Sanatorij Emona, ki je imel tudi na novi lokaciji poseben status kot bolnišnica organov za notranje zadeve, v kateri so se zdravili najvišji politični in partijski funkcionarji. Sanatorij Emona je v sklopu Bolnišnice dr. Petra Držaja deloval do leta 1996, ko se je preimenoval v Center za veterane Kliničnega centra v Ljubljani. Tako je stavbo na Komenskega 4 leta 1964 prevzel v upravljanje najprej Zdravstveni dom dr. Petra Držaja²⁷, še istega leta pa je bila podeljena Slovenskemu zdravniškemu društvu²⁸ ob stoletnici njegovega delovanja. Za razliko od drugih, ki so dobili za stavbo le upraviteljstvo, pa je bila društvu dodeljena v stalno uporabo²⁹. Pri tem je potrebno poudariti, da je v takratnem času



Sl. 2. Stopnišče pred obnovo.

stalna pravica uporabe pomenila dejansko lastništvo. To je Slovenskemu zdravniškemu društvu država vedno priznavala, saj je izdajala odločbe in gradbena dovoljenja Slovenskemu zdravniškemu društvu. Znano pa je, da lahko gradbeno dovoljenje pridobi le lastnik-uporabnik, upravitelj pa tega ne more pridobiti.

Slovensko zdravniško društvo si je s stavbo zadalo visoke cilje, saj je bilo njegovo vodstvo prepričano, da bo z obnovo zelo načete in zanemarjene stavbe ter ureditvijo prostorov zacvetela tudi društvena dejavnost³⁰.

Vendar pa je veselju ob pridobitvi takoj sledila streznitev, saj je takoj po prevzemu stavbe s strani SZD sledila zahteva Hede Derganc, da se obnovi stanovanje v 1. nadstropju hiše in se ji ga vrne v last. Pri tem se je sklicevala na obljube raznih političnih in državnih veljakov. Ker društvo zahtev samo ni moglo izpolniti, je prišlo do tožbe, predsednik SZD dr. Radivoj Ozvald pa je takrat zaradi vseh zapletov, v katere se je vključila tudi politična oblast, odstopil³¹. 10. 9. 1965 je bil sklican sestanek³², na katerem so se dogovorili, da bo Slovensko zdravniško društvo adaptiralo stanovanje v 1. nadstropju, kolikor Izvršni svet pismeno zagotovi, da bo Hedi Derganc in njeni hčeri Martini Derganc zagotovilo nadomestno stanovanje v drugi hiši v Ljubljani. Seveda se to ni zgodilo.

Na osebno posredovanje Mihe Marinka³³, republiškega sekretarja za zdravstvo in socialno varstvo g. Staneta Šeliha in dr. Marjana Ahčina ter drugih odgovornih funkcionarjev je bila ge. Hedi Derganc 1965 vrnjena služnostna pravica do stanovanja v prvem nadstropju hiše, ki ga je pred tem na lastne stroške preuredilo Slovensko zdravniško društvo v skladu z zahtevami in željami ge. Hede Derganc³⁴. Stanovanje je bilo za tedanje čase luksuzno urejeno³⁵. V zvezi s tem stanovanjem se je med društvom in Hedo Derganc več let vodil spor pred ustreznimi sodišči glede njene upravičenosti do stanovanja. Vendar pa so bili že takrat sodni postopki nena-

vadni, saj so se vanje v korist ge. Hede Derganc vpletali politični veljaki³⁶ in dosegli zanjo ugodno sodbo³⁷. Med postopki je bilo večkrat ugotovljeno, da je bilo njej in otrokom v času nacionalizacije ponujano nadomestno stanovanje, kar pa je ga. Heda Derganc zase odklonila in želela ostati v prostorih sanatorija Emona, torej bolnišnice organov za notranje zadeve. Leta 1965 je republiški sekretar za zdravstvo Staneta Šelih izjavil, da se vprašanje stanovanj Derganc³⁸ otrok še rešuje.

Heda Derganc je bila takoj po 2. svetovni vojni brez večjih denarnih sredstev, saj je morala vzdrževati veliko družino, med vojno pa ji sanatorij ni prinašal dohodkov. Tako ne presenečajo hipotekarni vpisi v zemljiški knjigi, ki so bremenili Sanatorij Emona³⁸. Kljub temu je v letih po vojni Heda Der-



Sl. 3. Pričetek obnove stopnišča.

ganc skušala sanatorij Emona vzdrževati v solidnem stanju, kar ji je omogočala in zagotavljala vzdrževalna služba Kliničnih bolnišnic v Ljubljani in državni proračun, ki je prevzel tudi kredite³⁹. Ko pa je bila v njem bolnišnica organov za notranje zadeve, se je objekt očitno zelo zanemaril in se vanj ni vlagalo pomembnejših sredstev, saj je bilo predvideno, da se bo sanatorij Emona preselil v nove prostore v Šiški. Tako je Slovensko zdravniško društvo leta 1964 prevzelo objekt, ki je bil skrajno zanemarjen in slabo vzdrževan⁴⁰.

Takoj s prevzemom stavbe se je Slovensko zdravniško društvo lotilo nujno potrebnih in velikih obnovitvenih ter prenovitvenih del, ki so potekala v letih 1964-1965 na temelju gradbenih⁴¹ in drugih dovoljenj ter soglasij. Že leta 1964 je bila napeljana popolnoma nova centralna kurjava⁴², topla in hladna voda, na novo je bila razpeljana elektrika v prvem nadstropju in v kleti⁴³, temeljito sta bila prenovljena ostrešje in streha⁴⁴, popolnoma so bile predelane sanitarije, predelani pa so bili tudi notranji prostori⁴⁵ tako, da je postala hiša funkcionalno uporabna. Leta 1965 pa je bilo med drugim na novo narejeno luksuzno stanovanje v prvem nadstropju, v katerega se je po sporni odločitvi sodišč vselila Heda Derganc s hčerko. Skupno je Slovensko zdravniško društvo za vsa ta dela porabilo kar 24,132.407 takratnih dinarjev^{46,47} (današnja vrednost skoraj 140.000 DEM), adaptacije pa so bile tako obsežne, da je bilo potrebno po njihovem zaključku opraviti celo tehnični pregled⁴⁸ in na novo pridobiti uporabno dovoljenje.

V naslednjih letih je društvo v hišo vlagalo še izredno veliko lastnih sredstev. V podstrešnih prostorih so se uredili pisarniško poslovni prostori in manjša sejna dvorana. 1977 je bila hiša priključena na mestni toplovod, ob čemer je bila narejena centralna toplotna podpostaja z razvodom instalacije centralne kurjave. Popolnoma je bila obnovljena električna napeljava. V letih 1985-1988 so se začela znova velika investicij-



Sl. 4. Pročelje z leta 1992 obnovljenim stopniščem.

ska dela, saj se je izkazalo, da hiša ni bila grajena tako **solidno**, kot se je sprva mislilo. Tako odtok meteornih vod ni bil speljan v kanalizacijo in je vlaga močno načela temelje stavbe⁴⁹. Potrebna je bila izolacija temeljev in ureditev odтока meteornih voda. Temeljito je bila obnovljena tudi streha, popravljena so bila vsa okna in obnovljena polkna. Zaradi slabe izdelave je bila fasada dotrajana do te mere, da jo je bilo potrebno odstraniti do opeke in stavbo popolnoma na novo ometati. Zato so se sprva predvideni stroški povišali za več kot 100%⁵⁰. Da bi lahko zastavljeni projekt uresničili, se je velik del sredstev za njegovo realizacijo zbralo med drugim tudi s **samopriskupkom zdravnikov in zobozdravnikov**⁵¹.

Že leta 1985 se je pokazalo, da je zaradi slabe izdelave nujno potrebno sanirati vhodno stopnišče, saj se je to pogrezalo in je bilo pomemben vzrok za vlago, ki se je širila na fasado. Posedanje stopnišča pa je ogrožalo tudi statiko balkona⁵². Tako je bilo vhodno stopnišče sanirano ob zelo visokih stroških v začetku leta 1992.

* * *

Do 1992 je Slovensko zdravniško društvo, po predhodnih pridobitvah gradbenih in drugih dovoljenj v stavbo na Komenskega ulici 4, imenovano tudi Dom slovenskih zdravnikov, vložilo izredno velika sredstva, ki jih je pridobilo s članarino, s samopriskupkom zdravnikov in zobozdravnikov za obnovo in izboljšanje Doma slovenskih zdravnikov, ter z dotacijami in sponzorskimi sredstvi. Na ta način je SZD uspelo objekt, ki predstavlja kulturni spomenik, ne le ohraniti, ampak ga tudi obnoviti in bistveno izboljšati. Pri tem je SZD ves

čas upoštevalo dejstvo, da je objekt spomeniško zaščiten, kar je še bistveno povečevalo stroške obnove.

V 34 letih je tako Slovensko zdravniško društvo v Dom slovenskih zdravnikov vložilo prek **630.000 DEM, kar je dokumentirano z računi in gradbenimi situacijami do leta 1992!!! Ob tem pa je bila revalorizirana vrednost hiše po cenitvi sodnega cenilca, ki ga je predlagala družina Derganc, ob nacionalizaciji okrog 750.000 DEM**^{53, 54}! Seveda pa v tej vsoti niso vračunane neštete ure in skrbi, ki so jih za obnavljanje in vzdrževanje stavbe v svojem prostem času žrtvovali funkcionarji Slovenskega zdravniškega društva. Njihova zagnanost ter zavest, da je hišo potrebno ne le ohraniti, ampak tudi izboljšati, sta omogočili, da je stavba še danes v ponos tako slovenskim zdravnikom kakor tudi mestu Ljubljana. Ta zavest je Slovensko zdravniško društvo gnala tudi v času denacionalizacije, ko je kljub denacionalizacijskemu postopku še naprej vlagalo denar v obnavljanje in izboljševanje hiše, da bi preprečilo njeno propadanje. Pri tem seveda s strani denacionalizacijskih upravičencev, razen stalnih grobih očitkov in groženj, ni dobilo ničesar!

Prepričani pa smo, da lahko v strpnem dialogu najdemo rešitev, ki bi zadovoljevala tako denacionalizacijske upravičence, kot tudi Slovensko zdravniško društvo. Zato je bila s strani Slovenskega zdravniškega društva upravičencem večkrat ponujena možnost poravnave, za katero pa niso pokazali niti najmanjšega razumevanja. To so pokazali v ostrem javnem nastopu⁵⁵.

* Pričujoči prispevek, ki odraža pogled skozi očala SZD, je nastal iz potrebe ponovno pregledati dogajanja polpretekle zgodovine, sprožila pa ga je sodba, po kateri ostaja SZD po 34 letih brez zgradbe Sanatorija Emone, v katero je vložilo toliko investicijskih sredstev, da sedaj toži nove lastnike na priznanje lastniškega deleža do 88/100 celote.

¹ Meršol V. Bolnišnice v Sloveniji. V: Lavrič J, Mal J, Stele F eds: Spominski zbornik Slovenije. Založba Jubilej, Ljubljana, 1939, 490-506.

² Priloga k zapisniku o nacionalizaciji sanatorija Emone z dne 29.4.1948, podpisani dr. Rudolf Del Cott, dr. Kuralt-Vončina Marija, Heda Derganc, Menard Vilko.

³ M. P. Sanatorij Emone in njegovo podstrešje. Zgodbe historije razlaščenja. Demokracija, 24. april 1990, str. 10.

⁴ Gradivo o slovenski partizanski saniteti. Ljubljana, Sekcija za partizansko zdravstvo Slovenskega zdravniškega društva, 1979; 8-9.

⁵ Dopis Rep. Sekretariata za zdravstvo in socialno varstvo, št. 464-1/65, z dne 14. 9. 1965, podpisan republiški sekretar Stane Šelih.

⁶ Izjava Hede Derganc v Sodbi Občinskega sodišča I v Ljubljani, P 1075/65 z dne 8. 3. 1966, predsednik senata Vauhnik Gabriel Helena: »Od leta 1939 dalje, ko je umrl njen mož, je Sanatorij vodila sama. Med vojno so se v sanatoriju skrivaj zdravili udeleženci NOB in je zaradi pomanjkanja bolniških prostorov v pritličju spremenila v bolniške sobe tudi nekatere prostore svojega stanovanja v I. nadstropju. Na željo državnih in političnih voditeljev je vodila sanatorij še nekaj časa po vojni, stanovala pa je še naprej v svojem stanovanju v I. nadstropju, v katerem so bili nekateri prostori začasno spremenjeni v bolniške sobe.«

⁷ Dopis odvetnika Marka Prepeluha, zastopnika družine Derganc, Slovenskemu zdravniškemu društvu z dne 24. 2. 1975 vpisan v knjigo prejete pošte SZD 25. 2. 1975, št. 105-155/1.

⁸ M. P. Sanatorij Emone in njegovo podstrešje. Zgodbe historije razlaščenja. Demokracija, 24. april 1990, str.10.

⁹ Izjava v zvezi s postopkom vračanja sanatorija Emone, z dne 7. 6. 1994, podpisan Ivan Sršen, ki je bila dana na prošnjo družine Derganc.

¹⁰ Dopis Ministrstva za ljudsko zdravje Generalnemu sekretariatu Predsedstva vlade LRS, št. pov. sekr. 32/1-51 z dne 6. 2. 1995, podpisan pomočnik ministra dr. Perušek Milan.

¹¹ Izjava v zvezi z denacionalizacijo Sanatorija Emone z dne 29. 5. 1994, ki jo je napisala Silva Derganc, je navedena naslednja razporeditev prostorov: *klet*: laboratorij, spalnica za kuharje, kuhinja, pralnica, šivalnica in likalnica, kurilnica, shramba za živila; *pritličje*: operacijska soba, soba za preglede, čakalnica, rentgenska soba, 2 bolniški sobi, soba za bolniške sestre; *I. nadstropje*: tri bolniške sobe, stanovanje, ki je zajemalo kuhinjo, kopalnico, shrambo, malo jedilnico, dnevno sobo, 2 spalnici, WC; *podstreha*: 3 spalnice, kopalnica, WC.

¹² Po podatkih iz Zahteve za denacionalizacijo z dne 2. 7. 1992, so bili ob nacionalizaciji v stanovanju naslednji družinski člani: ga. Heda Derganc, mag. Martina Derganc, dr. Viktor Derganc, polkovnik dr. Kristijan Derganc z ženo in dvema otrokoma.

¹³ Zapisnik ob prevzemu Sanatorija Emone št. R-405/48 z dne 29. 4. 1948, podpisani Heda Derganc, Menard Vilko, Kopač Zora, Drenik Zdenka, Trpin Stefan, Piškur Viktor.

¹⁴ Zapisnik ob prevzemu Sanatorija Emona št. R-405/48 z dne 29. 4. 1948, podpisani Heda Derganc, Menard Vilko, Kopač Zora, Drenik Zdenka, Trpin Štefan, Piskur Viktor.

»V sanatoriju je le ena skupna kuhinja, v kateri se kuha za 12 bolnikov, 20 se jih hrani dietetično. 10–12 je družinskih članov in v sanatoriju zaposlenih 5 sester in 5 ostalih uslužbencev. Za vse te osebe se nabavljajo živila skupno, skupno se jih tudi prehranjuje.«

¹⁵ Zapisnik o primopredaji Sanatorija »Emona« v Ljubljani, Komenskega ulica 4, sestavljen dne 23. januarja 1951 v Ljubljani (podpisani Mirko Jančigaj, Nograšek Jože, Sever Silva), točka VIII.

Sanatorij »Emona« je predsedstvo vlade LRS oskrbovalo iz proračunskih sredstev, zalog živil ni bilo, razen 1000 kg krompirja, 150 kg jabolk, 3 steklenice vina, 1000 kg premoga, 3 prm drv, 3 kg masti, 2 l olja, 4 l kisa, 1 kg sladkorja, 1 kg testenin, 2 kg riža, 40 kom. jajc, 25 dkg čaja, 40 dkg kakava, 1 kg kave, 20 kom. toaletnega mila, 10 kg pralnega mila.

¹⁶ Izjava dr. Marjana Ahčina v Sodbi Občinskega sodišča v Ljubljani, P 1075/65 z dne 8. 3. 1966.

¹⁷ Zapisnik o prevzemu sanatorija Emona, št. 3466/2 z dne 22. 5. 1948.

¹⁸ Zapisnik o primopredaji Sanatorija »Emona« v Ljubljani, Komenskega ulica 4, sestavljen dne 23. januarja 1951 v Ljubljani (podpisani Mirko Jančigaj, Nograšek Jože, Sever Silva), točka V:

Ministrstvu za ljudsko zdravstvo LRS se odstopijo vsi uslužbenci, ki so zaposleni v sanatoriju »Emona« in sicer:

Derganc Heda, upravitelj z mesečnimi prejemki din 4510.–
Šumenjak Antonija, med teh. z mesečnimi prejemki din 4070.–
Filipič Ljubomira, viš. med. sestra z mesečnimi prejemki din 3900.–
itd.

¹⁹ Sodba Okrožnega sodišča v Ljubljani Gš 722/66-2 z dne 15. 6. 1966, predsednik senata Živko Zobec

»... ko je prevzela upravo hiše družba, je prišlo do prezidave celotnega prvega nadstropja v bolniške sobe. To je bilo okrog leta 1950, nekaj prej predno se je v sanatoriju prvič zdravil naš predsednik republike tov. Tito.«

²⁰ Izjava Martine Derganc v Sodbi Občinskega sodišča v Ljubljani, P 1075/65 z dne 8. 3. 1966:

»V mansardi so bile sobe, kjer je stanovala šivilja, stara mama in pozneje sinovi, ko so odrasli. Med vojno so odstopili dve sobi v I. nadstropju desno za bolniške sobe ter je tako stanje ostalo tudi po vojni. Približno leta 1950 – predno se je predsednik republike prvič zdravil v Ljubljani – pa so celotno prvo nadstropje predelali v bolniške sobe, njim pa so uredili stanovanje v mansardi, kajti v tem času je bila že izdana odločba o nacionalizaciji.«

²¹ Slovensko zdravniško društvo: Predlog za podelitev diplome zveze zdravniških društev Jugoslavije prof. Mirku Dergancu, dr. med., str. 2:
Kot kirurg je od leta 1953 do leta 1963 spremljal predsednika Jugoslavije, tovariša Josipa Broza Tita, na njegovih potovanjih v tujino.

²² Zapisnik o primopredaji Sanatorija »Emona« v Ljubljani, Komenskega ulica 4, sestavljen dne 23. januarja 1951 v Ljubljani (podpisani Mirko Jančigaj, Nograšek Jože, Sever Silva), točka VII:

Ugotovi se, da iz dosedanjih prevzemnih zapisnikov ni razvidno, da bi bila zgradba sama z vrtom nacionalizirana oziroma, da bi bila predmet primopredaje.

²³ Odločba št. s-nac./46/4-50 z dne 6. 8. 1951.

Po tej odločbi je izključno Hedi Derganc pripadla dosmrtna služnostna pravica stanovanja v treh sobah s kuhinjo in pritliklinami, shrambo za drva pod stopničcem in eno sobo v kleti poleg laboratorija, dosmrtna souporaba ostalega dela podstrešja, kleti in pralnice in dosmrtna služnostna pravica užitka nezazidane deli zelenjavnega in sadnega vrta.

²⁴ Listina o določitvi organa upravljanja, Ministrstvo za ljudsko zdravje in socialno skrbstvo, št. S-1-687/7-51 z dne 21. 8. 1951.

²⁵ Direkcija ustanov Medicinske visoke šole Ljubljana, Sanatorij Emona, prenos osnovnih sredstev, op. št. 3256/1-53 z dne 17. oktober 1953, podpisana Koracin Jože:

Avgusta 1953 smo izročili sekretariatu za notranje zadeve LRS - v upravo »Sanatorij Emona« z vsemi osnovnimi in obratnimi sredstvi. Ker do danes še nismo prejeli tozadevne odločbe o prenosu osnovnih in obratnih sredstev, se naprošate, da nam isto čimprej izposlujete.

To odločbo nujno potrebujemo zaradi izknjiženja inventarja in obratnih sredstev iz naših poslovnih knjig.

²⁶ Odločba Izvršnega sveta ljudske skupščine LRS, S-106/2-53 z dne 3. 11. 1953.

²⁷ Odločba Republiškega sekretariata za finance v Ljubljani št. 465-181/64 z dne 12. 2. 1964.

²⁸ Listina o določitvi organa upravljanja, Republiški sekretariat za finance v Ljubljani št. 464-1/64 z dne 16. 11. 1964, podpisana Stane Šelih:

Na podlagi 7. člena uredbe o vknjižbi lastninske pravice na državnih nepremičninah (Ur. l. FLRJ št. 58/64) v zvezi z navodilom za izvajanje te uredbe (Ur. l. FLRJ št. 10/49) v skladu z zdravstvenim domom dr. Petra Držaja v Ljubljani, danim v njegovi rešitvi št. 2194 z dne 12. 11. 1964 O d l o č b a m : Uprava nacionalizirane nepremičnine v lastnini Splošnega ljudskega premoženja vl. št. 528 k.o. Sv. Petra predmestje I. del, sestojече se iz parc. št. 29/2 (vrt) in št. 339 (hiša z dvoriščem), se prenese od Zdravstvenega doma dr. Petra Držaja v Ljubljani na Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani kot nov organ upravljanja te nepremičnine z omejitvami v smislu odločbe vlade LRS z dne 6. 8. 51 št. S-nac.64/4-50.

²⁹ Dopis Staneta Šeliha št. 464-1/65 z dne 14. 9. 1965.

³⁰ Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo Ljubljana, dopis št. 402-10/67 z dne 7. 7. 1967, podpisana republiški sekretar Stane Šelih.

... Omenjena stavba, ki je dana društvu v stalno uporabo, je v zelo slabem stanju in je nujno potrebna popravila

³⁰ Strukelj M. Sanatorij »Emona« Dom Slovenskega zdravniškega društva. Zdrav Vestn 1964; 23: 185–8.

³¹ Dopis Staneta Šeliha št. 464-1/65 z dne 14. 9. 1965.

³² Ibidem.

Udeležili so se ga sekretar za zdravstvo Stane Šelih, dr. Šegedinova, dr. Benigar, B. Kocjančič, dr. Rado Ozvald, dr. Dular, Tratnik).

³³ Izjava Hede Derganc v Sodbi Občinskega sodišča I v Ljubljani P 1075/65 z dne 8. 3. 1966:

»Sanatorij je prenehal obstojati leta 1964 in ko je spomnila takratnega predsednika Ljudske skupščine LRS Miha Marinka na omenjene okoliščine, je prejela pismo šefa kabineta Franca Kotnika, da predsednik Ljudske skupščine LRS tov. Miha Marinko smatra, da je upravičena do primerne stanovanja v stavbi sedanega sanatorija Emone po izselitvi zdravstvene ustanove.«

³⁴ Sodba Občinskega sodišča I v Ljubljani P 1075/65 z dne 8. 3. 1966:

»... saj so prostori v I. nadstropju že preuredili po njeni želji in tudi člani tožene stranke govorijo o tem, da je dejansko stanje tako, kot to tožnica navaja.«

³⁵ Dopis odvetnika dr. Maček Viktorja št. Z 7/66 – dr.MV/DV z dne 8. 10. 1966 Slovenskemu zdravniškemu društvu:

Menim pa, da Vam pristojna posebna pravica takozvane obogatitvene tožbe, saj ne gre, da bi se nasprotnica obogatila z moderno urejenim stanovanjem, ker bi ji kvečjemu pristojalo tako stanovanje, kot je bilo ob nacionalizaciji v najboljšem primeru, če ne celo stanovanje, kakor je bilo dotrajano in iztrošeno pred pričetkom Vaših investicij.

³⁶ Dopis odvetnika dr. Maček Viktorja št. Z 7/66 – dr. MV/DV z dne 8. 10. 1966 Slovenskemu zdravniškemu društvu:

Sprejel sem presenetljivo drugoinstančno sodbo Vam v škodo, s katero je pritožba zavrnjena. Razlogi sodbe so dobesedno nevzdržni, da si prihranim kake druge označbe. Očitno je šlo za neko višjo pravičnost.

³⁷ Ljudska skupščina, Kab. preds. st. 57/62 z dne 8. 3. 1962, podpisana šef kabineta France Kutin:

Predsednik Ljudske skupščine LRS tovariš Miha Marinko smatra, da ste upravičeni do primerne stanovanja v stavbi sedanega sanatorija Emone po izselitvi zdravstvene ustanove, ki te prostore zaseda.

Mnenje tovariša Predsednika smo sporočili tudi načelniku Sanitetnega oddelka Državnega sekretariata za notranje zadeve LRS tov. Vinku Domitroviču, v kategorijo pristojnost spada sanatorij Emona.

³⁸ Zemljiška knjiga, K.o. Petersko predmestje I. del, vl. št. 525:

12/ vloženo 6. 6. 1945 – Dn. št. 1627

Vrstni red za najetje kredita do največ 120.000.- lir z učinkom do 5. 6. 1946

14/ Vloženo 6. 6. 1946 – Dn. št. 2181/46

Zastavna pravica za menično kreditno terjatev M. H. v Ljubljani do najvišjega zneska 120.000.- lir 36.000 pod red. št. 12 zaznamovanem vrstnem redu ne glede na vknjižbo fideikomisarične substitucije

16/ Vloženo 25. 8. 1947 – Dn. št. 4229

Vrstni red za nameravano najetje kredita do največ din 34.500.- z učinkom do 24. 8. 1948 in ne kvarno fideikomisarični substituciji pod B/2

17/ Vloženo 22. 7. 1948 – Dn. št. 3271

Zastavna pravica za menično kreditno terjatev M. H. v Ljubljani do največ 22.500

³⁹ Zapisnik o primopredaji Sanatorija »Emona« v Ljubljani, Komenskega ulica 4, sestavljen dne 23. januarja 1951 v Ljubljani (podpisani Mirko Jančigaj, Nograšek Jože, Sever Silva), točka IV:

Otvorjeni krediti s potrošeno vred na partiji 4-17, pozicija 1-7 in part. 4-18, pozicija 1 se bodo prenesli konec januarja 1951 na Ministrstvo za ljudsko zdravstvo LRS, kjer je za mesec januar 1951 razpoložljiv kredit na razpolago na akreditivno Predsedstva vlade LRS 52.

⁴⁰ Dopis Zavoda za ureditev stare Ljubljane v zvezi z obnovo stavbe sanatorija Emona, št. 353/67 – VJ z dne 11. 4. 1967 (podpisana direktor Marijan Kolarič):
Objekt Sanatorija Emona ščitimo zaradi arhitekturnih kvalitiet ter spomeniške vrednosti objekta NOB. Stavba je v sedanjem stanju skrajno zanemarjena ter potrebna takojšnjega popravila. Zaradi navedenega spomeniškega svojstva pa obnova ni samo nujna, temveč po Zakonu o varstvo kulturnih spomenikov tudi obvezna.

⁴¹ Gradbeno dovoljenje za adaptacijo zgradbe bivšega sanatorija Emona, Upravno pravni oddelek Skupščine občine Ljubljana Center št. 351-615/64-24/KL z dne 6. 8. 1964.

⁴² Gradbeno podjetje Bežigrad, Začasna situacija, 202/64 z dne 7. 12. 1964, račun št. 322 (25. 11. 1964).

⁴³ Elektrovod Ljubljana, račun z dne 26. 11. 1964.

⁴⁴ Gradbeno podjetje Bežigrad, Začasna situacija, 202/64 z dne 7. 12. 1964, račun št. 311 (5. 11. 1964).

⁴⁵ Gradbeno podjetje Bežigrad, Začasna situacija, 202/64 z dne 7. 12. 1964, rekapitulacija.

⁴⁶ Ugovor na zaključno situacijo gradbenega podjetja Bežigrad, št. 255/65 z dne 29. 9. 1965.

⁴⁷ Gradbeno podjetje Bežigrad, Končna obračunska situacija 30/66 z dne 16. 3. 1966.

⁴⁸ Odločba Službe za gradbeništvo in komunalno Skupščine občine Ljubljana-Center o odstranitvi pomanjkljivosti ob tehničnem pregledu adaptirane zgradbe Komenskega ul. 4, dne 6. 1. 1966 št. 351-615/64-6/KL-hm z dne 15. 1. 1966, podpisana Kren Boris.

⁴⁹ Zavod za raziskavo materiala in konstrukcij Ljubljana, Poročilo o pregledu vlage v objektu Komenskega 4 s predlogom za sanacijo, 32 DN -3/352 ing. Kos/JA z dne 3. 7. 1987.

Zgradba je v celoti zgrajena brez potrebne horizontalne in vertikalne hidroizolacije, zaradi česar se zidovi prosto navlažujejo s kapilarnim dvigom vlage prek dna temeljev, predvsem pa tudi prek vertikalnega stika zidu z navlaženim trenom. Močno pa se zidovi vlažijo tudi zaradi zunanjih vzrokov. Predvsem zaradi neustrezno izdelanih peskolovov, v območju katerih so zidovi vidno lokalno močnejše navlaženi.

Velik vir vlaženja je tudi odprt vertikalni jašek, ki leži ob vzhodni fasadi zgradbe. Le-ta nima urejenega talnega iztoka za meteorno vodo in je na splošno povsem zanemarjen.

⁵⁰ Poročilo o obnovi Doma slovenskih zdravnikov v Ljubljani za obdobje 1985-1988, podpisan mag. Marjan Premik.

⁵¹ Černelč S. Poročilo o samoprispevku zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva. Zdrav Vestn 1989; 58: 191-1.

⁵² Zavod za raziskavo materiala in konstrukcij Ljubljana, Poročilo o pregledu vlage v objektu Komenskega 4 s predlogom za sanacijo, 32 DN-3/352 ing. Kos/JA z dne 3. 7. 1987.

Zahodni zid pa se močno vlaži tudi zaradi neustrezno izvedenega naklona vhodnih stopnic (nagnjene so proti zidu). Samo stopnišče s kamnitim nadstreškom se zaradi pomanjkljivega temeljenja stopniščenega zidu (ki ima tudi konstrukcijski razpoki) diferenčno poseda. Zaradi tega so nastale razpoke med posameznimi stopniščnimi elementi, kot tudi med elementi balkona (oziroma lože) nad vhodnimi stopnicami, ki je ravno tako deloma oprt na kritični zid.

⁵³ Vrhovno sodišče Republike Slovenije, Sodba v imenu ljudstva, U 826/95-16 z dne 28. 1. 1998:

Prav iz navedenih vzrokov je tožena stranka v postopku imenovala izvedenca gradbene in komunalne stroke Janeza Polaka ...

⁵⁴ Polak Janez, Poročilo o določitvi vrednosti nepremičnine v zvezi z vračanjem nacionaliziranega premoženja, poslovno stanovanjska stavba Sanatorij Emona, Ljubljana, Komenskega 4, z dne julij 1994.

⁵⁵ Boštjan Derganc: Odprto pismo ministru Voljču. Delo, 21. 4. 1995.

Boštjan Derganc: Javni poziv poslankam in poslancem Državnega zbora Republike Slovenije. Delo, 22. 4. 1995.

Družina Derganc: Odprto pismo dr. Božidarju Voljču! Dnevnik, 23. 4. 1995.

Boštjan Derganc: Javni poziv poslankam in poslancem Državnega zbora Republike Slovenije. Delo, 23. 4. 1995.

Marko Derganc, Boštjan Derganc: Vesel Božič in srečno novo leto 1996.

Družine Derganc, Pipan in Tomažević: Javni poziv poslancem in poslankam DZ. Slovenec, 22. 2. 1996.

Boštjan Derganc: Javni poziv poslankam in poslancem. Delo, 14. 2. 1996.

Delo SZD

4. POGOVOR V DOMU SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV O ZDRAVILSTVU 12. 5. 1998 OB 18.00

Tema je po pričakovanju vzbudila veliko zanimanje med zdravniki, pa tudi novinarji in zdravlilci. To se je kazalo tako na udeležbi kot tudi pri živahni razpravi.

V uvodnem delu so zaprošeni strokovnjaki ali predstavniki institucij strok v 10-minutnih prispevkih, ki jih v celoti objavljamo, podali strokovni pregled, svoja stališča, pa tudi izhodišča za razpravo.

Alternativna oziroma komplementarna medicina v Sloveniji

Nena Židov

Terminologija

Za uradno medicino velja, da temelji na razumevanju človeškega telesa in njegovega delovanja, kakor ga je sprejela zahodna družba. Gre za koncept bolezni in zdravlja, ki je v da-

nem okolju politično in kulturno sprejemljiv, predvsem pa za institucionaliziran medicinski sistem, ki ga je državni aparat priznal ter vključil v uradni sistem izobraževanja in zdravstvenega varstva neke države. Uradna medicina torej pomeni uradno medicinsko doktrino v neki državi in »zagotavlja le tiste terapevtske pristope, katerih učinkovitost se da preveriti s kliničnim eksperimentom. Za te vrste zdravljenja obstajajo znanstveno-racionalne osnove ali hipoteze« (1). Kot sinonimi za uradno medicino se najpogosteje uporabljajo konvencionalna medicina, klasična medicina, ortodoksna medicina, biomedicina, znanstvena medicina, šolska medicina, zahodna medicina, moderna medicina in alopatska medicina. Sinonimi pa imajo lahko tudi subtilnejše pomene.

Nasprotni pol uradne medicine je neuradna medicina. Kot možni sinonimi zanjo se največkrat uporabljajo mazaštvo, šarlatanstvo, padarstvo, ljudska medicina, tradicionalna medicina, alternativna medicina, komplementarna medicina, nekonvencionalna medicina, neortodoksna medicina, celostna medicina in naravna medicina. Lahko jih razumemo bolj ali manj kot nekakšne sinonime, lahko pa tudi kot izraze, ki imajo določene pomenske odtenke. Kadar govorimo o neuradni medicini kot o šarlatanstvu, mazaštvu, padarstvu ali paramedicini, predvsem v povezavi z ilegalnim delovanjem, gre vsekakor za slabšalni prizvok (2). Običajno uporabljajo take termine tisti, ki neuradni medicini nasprotujejo. Šarlatanstvo se nanaša na osebo, ki se pri svojem delu pretvarja, da je strokovnjak z znanjem in sposobnostmi, v bistvu pa gre le za goljufijo. Podobno naj bi šlo tudi pri mazaštvu za nestrokovno opravljanje nekega dela, zlasti zdravljenja, pri padarstvu pa za zdravljenje brez ustrezne poklicne izobrazbe.¹ Izraz tradicionalna medicina se nanaša na medicino oz. medicinski sistem, ki se je predvsem na temelju izkušenj razvil znotraj določene kulturne tradicije. Podobno je lahko razumljena tudi ljudska medicina.

Poimenovanja, kot so nekonvencionalna, neortodoksna in neuradna medicina, naj bi kazala na odstopanja od uradno postavljenih norm. Izraz celostna medicina naj bi kazal na to, da se gleda na človeka kot na individualno celoto, celostna pa naj bi bila tudi terapija. Naravna medicina naj bi poudarjala zdravljenje z naravnimi sredstvi, vendar so lahko pogledi na to, kaj je naravno, zelo deljeni. Alternativno medicino lahko razumemo kot nasprotje uradni medicini, kot sistem zdravljenja, ki uradno medicino izključuje, medtem ko naj bi komplementarna medicina kazala na možnost sodelovanja oz. dopolnjevanja obeh sistemov. Nekateri avtorji vidijo razliko med alternativno in komplementarno medicino glede na to, na kakšen način se ljudje zatekajo k tovrstnim zdravljenjem. V primeru, da jih uporabljajo hkrati z uradno medicino, se jim zdi ustrežnejši termin komplementarna medicina, če pa jih uporabljajo namesto uradne medicine, govorijo o alternativni medicini (3). Alternativno medicino lahko povezujemo tudi z načini življenja ljudi, ki so manj konvencionalni, ki tudi sicer žive bolj »alternativno«. Vendar pa je priljubljenost alternativne medicine v številnih državah, tako npr. v Veliki Britaniji, narasla do take mere, da »termin alternativna medicina – s konotacijo kulturnega okusa manjšine ali odstopajoče dejavnosti – ne bo več dolgo primeren« (4).

Pogledi na razmerje med alternativno oz. komplementarno in ljudsko medicino so različni. Nekaterim etnologom, ki imajo dolgoletne izkušnje z raziskovanjem evropske ljudske medicine, se zdi, da je alternativna oz. komplementarna medicina sodobna inačica ljudske medicine (5, 6), medtem ko se drugi zavzemajo za uporabo terminov, kot sta alternativna oziroma komplementarna medicina. Slednja možnost se zdi

¹ Slovar slovenskega knjižnega jezika 4, Preo-Š, Ljubljana 1985, str. 1048;

Slovar slovenskega knjižnega jezika 2, I-Na, Ljubljana 1985, str. 712;

Slovar slovenskega knjižnega jezika 3, Ne-Pren, Ljubljana 1986, str. 506.

bolj ustrežna, saj danes alternativna oz. komplementarna medicina deluje v povsem drugačnem kontekstu, kot je nekoč ljudska. Tako za Slovenijo velja, da je bila ljudska medicina v preteklosti stvar nižjih socialnih slojev, predvsem kmečkih. Slovenski kmet se je npr. v 19. stoletju zatekal k ljudski medicini oz. ljudskim zdravilcem², ker so mu bili tako socialno kot krajevno najbližji. Zdravnikov je bilo malo, večina zdravnikov je bilo nemško govorečih; kmetje jim niso zaupali, nanje so se obračali le v skrajni sili, ko običajno ni bilo več kaj storiti (7).

Pri opredeljevanju pojma alternativna oz. komplementarna medicina moramo vedno upoštevati konkreten prostor in čas, saj se meje med uradno in neuradno medicino lahko menjajo, status iste metode zdravljenja se lahko časovno in krajevno spreminja. Akupunktura, ki je del kitajske tradicionalne medicine, se je v Evropi najprej pojavila kot alternativna oz. komplementarna medicina, dokler ni bila znanstveno dokazana in v večini držav sprejeta v okviru uradne medicine. Homeopatija je bila v Sloveniji do prepovedi leta 1819 del uradne medicine (8), danes pa pri nas velja za alternativno metodo zdravljenja, v Angliji pa je uradno priznana.

Termin alternativna oziroma komplementarna medicina lahko razumemo kot različne preventivne, diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske postopke, ki so se pri nas, podobno kot tudi v drugih državah, razširili v zadnjih dvajsetih do tridesetih letih in niso del uradne medicinske prakse.

Viri alternativnih terapij pa so lahko zelo različni. Lahko je to ljudska oz. tradicionalna medicina, lahko gre za »izmečke« uradne medicine, ali pa za »pogruntavščine« znanih posameznikov, tudi zdravnikov (npr. Bachova cvetlična zdravila). Zdi se, da je za tovrstno medicino v Sloveniji še najbolj razširjen izraz alternativna medicina, vendar bi bil z vidika uporabnikov ustrežnejši izraz komplementarna medicina, saj večina ljudi uporablja alternativno medicino istočasno z uradno medicino. Nekateri slovenski zdravniki se zavzemajo za uveljavitev izraza nekonvencionalna medicina (9), v zadnjem času pa Državna komisija za medicinsko etiko govori o zdravilstvu (10). Ko govorimo o alternativni oz. komplementarni medicini, nas zanima predvsem na ravni odnosa izvajalec – uporabnik. Za razliko od izrazov zdravnik – bolnik/pacient, ki so se uveljavili v okviru uradne medicine, uporabljamo za izvajalce alternativne medicine termin zdravitelj in za uporabnike zdravljencev.

Alternativna oz. komplementarna medicina v Sloveniji

O alternativni oz. komplementarni medicini nikakor ni moč govoriti kot o specifično slovenskem pojavu, saj tako raziskave v Evropi kot tudi v Severni Ameriki in Avstraliji kažejo na njen vse večji pomen (11). Vsekakor je zanimivo, da se je začela alternativna oz. komplementarna medicina v svetovnem okviru najprej pojavljati v okoljih, ki so bila gospodarsko visoko razvita in je bilo javno zdravstveno varstvo dobro organizirano. V Severni Ameriki se je npr. začela pojavljati že v šestdesetih letih (12), v Evropi pa nekoliko kasneje – npr. v Britaniji v začetku sedemdesetih let (11) in v Nemčiji konec sedemdesetih in v začetku osemdesetih (6). Vzroki za njeno vse večjo uveljavitev so številni, nekateri se zdijo racionalni, drugi spet ne. Kot specifično slovenski razlogi se omenjajo slabe gospodarske razmere v času razcveta alternativne oz. komplementarne medicine pri nas. Konec osemdesetih let se je denar, namenjen zdravstvu, radikalno znižal (13). Leta 1990 smo zdravstvu namenili le 4% družbenega proizvoda

(14). Alternativna oz. komplementarna medicina naj bi sploh naletela na plodna tla v času gospodarske krize, ko naj bi prišlo pri nas do propadanja vrednot in avtoritet (15). Obstajajo hipoteze, po katerih naj bi bil razmah alternativne oz. komplementarne medicine na Slovenskem posledica zmanjšane ugleda slovenskega zdravnika po drugi svetovni vojni, ko je postal »uradnik v sivo-beli uniformi« (16). Drugi spet krivijo javne medije, ki pri pisanju o alternativni medicini niso objektivni (17), in pravno zmedo ter socialno-psihološko specifiko slovenskega prostora (18). Brez dvoma pa krije alternativna oz. komplementarna medicina potrebo po doseganju (boljšega) zdravja, saj javnomnenjske raziskave kažejo, da je zdravje pomembna vrednota Slovencev. Na prvo mesto postavljajo družino, na drugo pa zdravje (19).

Tako kot drugod po svetu je tudi v Sloveniji težko govoriti o alternativni oz. komplementarni medicini, ne da bi upoštevali njen širši kontekst. Tako se je v sedemdesetih letih začela buditi ekološka zavest, razširjati so se začele ideje o biološkem pridelovanju hrane. Posamezniki so začeli iskati duhovne vrednote s študijem evropske ezoterične tradicije ter vzhodnjaških filozofij in religij. Začelo se je uveljavljati gibanje nove dobe (New Age). Ustanavljali so začeli razne centre, ki naj bi gojili duhovnost. V začetku osemdesetih let so se začele pri nas pojavljati zeliščne lekarne, v sredo devetdesetih let pa sodijo prve trgovine z »zdravo« prehrano. Pogosto se z alternativno oz. komplementarno medicino povezujejo nekatere tehnike (npr. joga, tai ji) in razne oblike psihoterapij (npr. rebirthing, regresija). Vse več ljudi se je začelo zanimati za pojave, ki so za znanost nerazložljivi, in povečalo se je zanimanje za razne uvide v preteklost in prihodnost.

Nova dogajanja na Slovenskem so našla svoje mesto in podporo v medijih, ki so bili njihovi glasniki, hkrati pa so jim zagotavljala finančni uspeh. Izhajati so začele specializirane revije, ki so bralce seznanjale tako z uradno kot z alternativno medicino (npr. Zdravje in Viva). Tudi drugi časopisi, dnevniki in mesečniki so začeli sredi sedemdesetih let prinašati vse več prispevkov tako o pogledih uradne medicine na zdravje kot o tem, kaj lahko sami storimo za svoje zdravje. Začele so izhajati revije, ki se ukvarjajo z mejnimi področji znanosti in prinašajo tudi prispevke o alternativni medicini (Aura, Karma). Vse več je posameznikov, inštitutov, podjetij ipd., ki ponujajo razne »alternativne« zdravstvene storitve in pripomočke. Priča smo poplavi raznih tujih in domačih knjig o alternativni oz. komplementarni medicini. Svoje odmeve je našla v sejmski dejavnosti (sejem Narava-zdravje) in v turistični ponudbi v nekaterih zdraviliščih. Alternativna medicina je postala predmet javnega razmišljanja tako laikov kot zdravnikov.

Začetki pojavljanja alternativne oz. komplementarne medicine v Sloveniji segajo v sedemdeseta leta s povečanim zanimanjem za zdravljenje s pomočjo zdravilnih zelišč, pridružila pa se jim je tudi akupunktura – slednjo so po prvotnih nasprotovanjih uradne medicine že konec sedemdesetih let začeli izvajati v ljubljanskem Kliničnem centru in je postala del uradne medicine. Za uveljavitev alternativne oz. komplementarne medicine v Sloveniji je bil še posebno pomemben konec osemdesetih let, ko se je opazno povečalo zanimanje predvsem za radiestezijo in bioenergijo. V začetku devetdesetih let so se pri nas začele uveljavljati tudi druge alternativne metode zdravljenja, kot npr. razne masaže, manipulativne terapije, različne diete, čigong, reiki, homeopatija, kristaloterapija, aromaterapija, iridiologija, antropozofska medicina itd.

Zdi se, da zanimanje za alternativno oz. komplementarno medicino še vedno raste in s tem tudi število zdraviteljev in zdravljencev. Ker tovrstno zdravljenje nima legalnih temeljev, poteka bolj ali manj ilegalno oziroma registrirano pod krinko »drugih dejavnosti«. Zato je tudi dejansko stanje na tem področju težko oceniti. Tako nimamo zanesljivih podat-

² Etnologinja Marija Makarovič zdravilce definira kot samouke, ki so zdravili ljudi in živali z zdravili naravnega izvora, največkrat z zelišči in mazili, ter uravnavali zlomljene okončine (Makarovič 1991: 488).

kov niti o številu zdraviteljev niti o deležu Slovencev, ki že imajo izkušnje z alternativno medicino. Še manj vemo o denarju, ki so ga porabili v te namene. Nekateri zdravitelji pa tudi zdravljenci že dalj časa čutijo potrebo po ureditvi razmer na tem področju. Zdravitelji so se začeli samoiniciativno organizirati in svoje interese združevati v društvih (npr. bioenergetiki, radiestezisti, zeliščarji, homeopati, reikisti). Začeli so tudi že vzpostavljati neformalne sisteme izobraževanja. Med izvajalci alternativne medicine srečamo tako laike kot tudi zdravnike. V Slovenijo prihajajo tudi zdravitelji iz tujine. V drugih državah, pa tudi pri nas med zdravljenci prevladujejo osebe, ki imajo kronične zdravstvene težave. Ženske se pogosteje kot moški odločajo za alternativno medicino, vendar pa je znano, da se ženske tudi sicer bolj kot moški posvečajo zdravstvenemu varstvu in hodijo tudi k zdravnikom bolj pogosto (4). Med uporabniki alternativne medicine je malo zelo mladih ali starih ljudi. Zdi se, da med zdravljenci prevladujejo osebe, ki so v »aktivnem delu« svojega življenja in je (kronična) bolezen moteča pri njihovem vsakdanjem življenju in delu. Sicer pa je med zdravljenci malo »ideoloških« uporabnikov – torej tistih, ki bi se brezpogojno prepuščali le alternativni medicini. Večina skuša s pomočjo obeh medicinskih sistemov doseči le svoj cilj – izboljšanje zdravstvene stanja.

Raziskave kažejo na to, da med zdravljenci prevladujejo bolj plačani in bolj izobraženi ljudje (15). Po nekaterih ocenah naj bi se v Sloveniji za alternativno oz. komplementarno medicino odločal predvsem srednji in višji sloj prebivalstva, saj je uporaba alternativne medicine v večini primerov povezana s samoplačništvom. Vendar pa so med zdravljenci pripadniki različnih socialnih slojev. O alternativni oz. komplementarni medicini v Sloveniji vse težje govorimo kot o pojavu, ki je vezan na specifično skupino ljudi, kot o nekem subkulturnem pojavu. Kljub temu da formalno tako rekoč ne obstaja, pa se zdi, da tako kot tudi marsikje drugje v svetu prestopa v svet večinske, prevladujoče oziroma matične kulture. Med delom zdraviteljev in zdravjencev je že dalj časa prisotna potreba po drugačni ureditvi statusa alternativne oz. komplementarne medicine.

Urejanje statusa alternativne oz. komplementarne medicine pa vsekakor ni enostavno, saj se v zvezi s tem poleg ustreznih terminologije zastavlja vrsta vprašanj:

- kdo je pristojen za urejanje tega področja,
 - kdo in kako naj vzpostavi sistem izobraževanja znotraj Slovenije,
 - katere šole izven Slovenije priznati tudi v Sloveniji,
 - kdo je pristojen za izdajanje licenc,
 - kdo naj nadzira delovanje posameznih zdraviteljev in
 - vprašanje položaja zdravnikov v zvezi z alternativno oz. komplementarno medicino.
- Vsekakor je urejanje statusa alternativne oz. komplementarne medicine zelo odgovorna in zahtevna naloga, pri kateri bo verjetno morala sodelovati država, uradna medicina in laiki. Bolj ko bodo država, zakonodaja in uradna medicina tolerantni do alternativne oz. komplementarne medicine, večji bo možen nadzor nad njo, del neuradne medicine pa se bo verjetno podobno kot v preteklosti iz takih ali drugačnih razlogov vedno izmikal družbenemu nadzoru.

Literatura

1. Rozman B, Godec M. »Alternativna medicina« ni medicina. Zdrav Vestn 1989; 58: 109-9.
2. Rorbye B. Ethnomedicine. Ethnologia Scandinavica, 1982: 53-84.
3. Penkala-Gawecka D. Medycyna komplementarna w Polsce i jej badanie. Lud 74, 1991: 43-54.
4. Sharma U. Complementary medicine today. London, New York: Practitioners and patients, 1992.
5. Motyčková D. Lidové léčitelství a jeho etnografický výzkum. Český lid 1992; 79: 355-65.
6. Wiegelmann G. Die Situation der Volksmedizin in der Nachkriegszeit. Münster: Volksmedizin heute, 1987: 1-9.

7. Makarovič M. Zdravstvena kultura agrarnega prebivalstva v 19. stoletju. Slovenski etnograf 1988-1990; 33-34: 481-528.
8. Borisov P. Zgodovina medicine. Ljubljana, 1985.
9. Rožman P. Nekonvencionalne medicinske metode. Položaj in perspektive. Zdrav Vestn 1993; 62: 479-85.
10. Trontelj J. Stališča državne komisije za medicinsko etiko o zdravilstvu. Medicina in zdravilstvo. Razmišljanje ob stališču državne komisije za medicinsko etiko o zdravilstvu. Isis 1998; 4: 23-5, 25-8.
11. Sharma U. Contextualizing alternative medicine. The exotic, the marginal and the perfectly mundane. Anthropology today 9, 1993: 15-8.
12. Grossinger R. Planet medicine. From stone age shamanism to post-industrial healing. Berkeley, 1990.
13. Letica S. Intelektualac i kriza. Zagreb, 1989.
14. Golmajer J. Kako zdraviti zdravstvo? Zdrav Vestn 1990; 59: 434-6.
15. Rudolf Z. Rak in alternativa. Zdrav Vestn 1989; 58: 139-43.
16. Gregorič A. Padarstvo, alternativna medicina in hipoteza o zmanjšanem ugledu slovenskega zdravnika. Zdrav Vestn 1989; 58: 119-9.
17. Dolenc A, Balažič J. Razmišljanja o nekvalificiranem zdravljenju. Zdrav Vestn 1989; 58: 123-6.
18. Zupančič BM. Pravni pogled na vprašanje alternativne medicine. Zdrav Vestn 1989; 58: 120-1.
19. Partlič S. Za večino Slovencev je na prvem mestu družina. Delo, 29. 4. 1995: str. 4.

Pogled zdravilca – bioenergetika

Zdenko Domančič

Želim si sodelovanja s strokovnjaki, ki zastopajo celostni, holistični način zdravljenja. Sprejemam vse kritike, predloge in dobrotamerne nasvete.

Vsebina tega razglabljanja naj bi vas usmerila k razumevanju principa, ki veleva poseben pristop k človeškemu organizmu kot energetskega bitju in v zvezi s tem k zdravju, ohranjanju zdravia in po potrebi zdravljenju na tej podlagi.

Človek, ki želi biti zdrav in živeti polneje in bogateje, lahko to doseže le, če odpre srce življenju in ljubezni. Brez nesebične ljubezni do sebe, skupnosti, v kateri živi, svojih bližnjih, narave in vesolja je vsaka oseba hladna, nedostopna, nehumana in predvsem energetske neuskajana.

Energetsko ravnovesje človeškega organizma je v veliki meri odvisno od duševne higiene, ki je osnova zdravia in bolezn. Cilj naših terapij je poleg blažitve ali odstranjevanja zdravstvenih tegob obogatiti človekovo osebnost in jo odpreti za dajanje in sprejemanje ljubezni.

Porabil sem neizmerno količino energije in časa. Dokazal sem, da se v bioterapiji lahko pomaga bolnikom, ko so izčrpane že vse ostale oblike pomoči.

Telo kot energetske sistem je v stalnem energetske ravnotežju s svojo okolico. Vsi smo občutljivi in sprejemljivi za sile in energije, ki nas obkrožajo. Celotno naše fizično in duhovno telo se stalno oskrbuje s to življenjsko energijo, brez katere obstoj ni mogoč.

Tradicionalna kitajska medicina je že pred nekaj tisoč leti opisala in vgradila v svoj sistem del večjih energetske tokov v človeškem organizmu. Do nedavnega zahodna medicina ni priznavala obstoja meridianov. Njihov obstoj ne nedvoumno dokazale raziskave dr. J. C. Darrasa in prof. dr. Verneula s Klinike za nuklearno medicino pariške bolnišnice Necker. Moderni človek, ki je v marsičem izstopil iz naravnega reda, bo rešitev poiskal v svoji notranjosti. Ogromen odstotek človeških bolezni in tegob je povezan z vsakodnevnimi nezdravimi mislimi in spopadi. Bolezni in tegobe so rezultat lastnih napak. Proces izboljšanja zdravia in očunvanja tega se ne more ločiti od vsakodnevnega življenja. Sprejeti moramo dejstvo, da je bolezen naravni pojav. Vsaka agresivna metoda, s katero naj bi se odpravili simptomi, ne more biti vedno ustrezna. V naravi bolezn same je težnja po ponovni vzpostavitvi ravnotežja.

Ne moremo spremeniti sveta – spremenimo lahko le sebe. Človekovo psihofizično ravnovesje mora biti usklajeno z življenjskim okoljem in ga lahko dosežemo s pravilnim odnosom do narave in vsega, kar nas obkroža. Nujno je misliti na izbiro hrane, ustreznega prostora za stanovanje, premišljeno in koristno delovanje v skupnosti, še posebej če človek namerava spremeniti način življenja, da bi se izognil zdravstvenim tegobam.

Skladnost z univerzalnim principom reda lahko dosežemo s pravilnim odnosom do življenja, pravilnim načinom razmišljanja ter odnosom do bližnjih, prijateljev in celo sovražnikov. Ta načela mentalne higijene niso enostavna in lahko dosegljiva. Današnji človek je obremenjen s kulturo življenja, ki ni usmerjena le h kreativni ustvarjalnosti in notranjim zadovoljstvom. Način življenja, ki ga vsiljuje industrializirana družba, ni usklajen z dobrinami narave niti z ritmom živega telesa, ampak s kompliciranimi stroji in materialnim pridobitništvom.

Ne glede na to, da je bioterapija izjemna metoda pomoči, se mora bolnik vključiti v celoten proces zdravljenja, sprejeti vse potrebne spremembe svojega mišljenja in vztrajati v njem, če to zahteva narava njegove bolezni ali je to potrebno za trajno ozdravitev.

Predstavitev in ovrednotenje nekonvencionalnih zdravilnih metod, stanje nekonvencionalne medicine v Evropi

Nekonvencionalne medicinske metode. Položaj in perspektive v svetu in pri nas leta 1998

Petar Papuga, Primož Rožman, Slovensko zdravniško društvo – Društvo za akupunkturo, Komenskega 4, Ljubljana

Ključne besede: *nekonvencionalne medicinske metode; alternativna medicina*

Izvleček – *Uporaba nekonvencionalnih medicinskih metod (NMM) na področjih preventive, diagnostike, terapije in rehabilitacije v razvitem svetu narašča kljub mnogim pomanjkljivostim, ki jih očitajo nekonvencionalnim medicinskim sistemom. Širjenje teh metod nas obvezuje, da se odločimo glede njihove prihodnosti. Čeprav smo pričakovali, da se bodo pri nas te metode razširile, v zadnjih nekaj letih na tem področju ni bilo napredka. Nekonvencionalna medicina pri nas še zmeraj ni evidentirana in popolnoma pravno legalno urejena. Ukrepi za zagotovitev varnosti bolnikov so eden prvih korakov pri legislačijski obravnavi NMM. Le s takšnimi ukrepi lahko preprečimo mazaštvo in pridružimo učinkovite NMM svetovni medicini.*

Abstract – *The use of unconventional medical methods for prevention, diagnostics, therapy and rehabilitation in the developed countries is rising in spite of certain disadvantages that have been attributed to the unconventional medicine. The extent of these activities here urges us to decide about their future. The authors analyse the causes of the popularity and situation world-wide as well in Slovenia and forecasts further rise of unconventional medicine. They state that the unconventional medicine is not either officially or legally*

supported so they suggest some measures to be done in order to guaranty the patients' safety. Only by implementing those, medical fraud can be prevented and the effective unconventional medical methods can be integrated into the global medicine.

Uvod

S svetovnega stališča je medicina sestavljena iz več medicinskih sistemov. Trenutno je zdravstvo v svetu še zmeraj v zelo slabem stanju, saj sodobna medicina iz znanih geopolitičnih razlogov še zmeraj ni prodrla v nerazvite dežele Juga. Te okoliščine so narekemale Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) akcijo za oživetev in priznanje lokalnih tradicionalnih oblik medicine, zato je leta 1987 svetovala, naj države članice pritegnejo v projekt Zdravje za vse do leta 2000 tudi lokalne tradicionalne sisteme, ob tem pa naj bi tudi poskrbele za kritično ocenjevanje teh metod (2).

V razvitem svetu se že kakih dvesto let ohranjajo in razvijajo tudi različne oblike neuradne medicine, ki uporablja nekonvencionalne metode preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, vsem tem metodam pa je po zdajšnjih znanstvenih merilih skupno predvsem to, da niso ustrezno znanstveno preverjene.

Nekonvencionalne medicinske metode – definicije

Nekonvencionalna medicina zajema celo vrsto heterogenih dejavnosti. Nekonvencionalnih sistemov preventive, diagnostike, terapije in rehabilitacije je po različnih virih več kakor 100. Kar zadeva koncepte o zdravju, bolezni in medicini, so nekateri zelo neorganizirani, drugi pa tudi sistematični in organizirani. Za to področje mnogi uporabljajo tudi pojem alternativna medicina, vendar ta dandanes semantično ne ustreza.

Za kaj pravzaprav gre in katere izraze uporabljata laična in medicinska javnost neustrezno? Pojem alternativne medicine ni natančno definiran. Iz študije Evropskega sveta (3) je razvidno, da razumejo z izrazom alternativna medicina različne evropske državne zdravstvene institucije kar najbolj različne dejavnosti, ki segajo od popularnih tradicionalnih preventivnih metod do najbolj eksotičnih metod zdravljenja. Za tem izrazom se skrivajo torej v vsaki deželi drugačne dejavnosti. Najširša definicija alternativnih sistemov medicine je verjetno tista, ki pravi, da zajema alternativna medicina določene dejavnosti, ki jim je skupno to, da so sicer povezane s človekovim zdravjem, obenem pa niso uradno priznane (3). Po tej logiki lahko v neki družbi hkrati obstajata uradno priznana in nepriznana medicinska dejavnost. Za oba pojma poznamo tudi več sopomenk, ki pa ne opisujejo vseh značilnosti obeh pojmov. Tako so sopomenke za uradno medicino tudi ortodoksna medicina, znanstvena medicina, šolska medicina, konvencionalna medicina. Sopomenke za neuradno (alternativno) medicino pa so še komplementarna medicina (komplementaren [4]: dopolnilen), nekonvencionalna medicina (konvencionalen [4]: ki se drži ustaljenih norm, pravil), naravna medicina, paramedicina, biološka medicina, holistična medicina itn.

Nesporno je, da se nekonvencionalni medicinski sistemi uveljavljajo (3, 4) in da se čedalje več ljudi odloča za načine zdravljenja, ki niso del uradnega medicinskega sistema. Razlog za to je preprost: ljudje bi se radi bolje počutili (5), takšnega počutja pa z uporabo konvencionalne medicine ne morejo doseči.

NMM se naglo širijo, postale so priljubljene ne samo med bolniki, temveč se zanje čedalje bolj zanimajo tudi zdravniki. Anketa, ki so jo izpeljali l. 1983 in vanjo zajeli sto mladih zdravnikov splošne medicine (6), je pokazala osupljive podatke: pozitiven odnos do alternativne medicine ima kar 86% mla-

dih zdravnikov, 18% jih obvlada vsaj eno alternativno metodo, 70% se jih želi naučiti katero od alternativnih metod, 31% jih je že kdaj napotilo bolnika k alternativnemu zdravilcu in kar 12 od teh zdravnikov je napotilo bolnika k medicinsko nekonvencionalnemu zdravilcu! Ista študija kaže, da zdravniki nekonvencionalnih metod ne štejejo za alternativne, temveč za komplementarne; ugotavljajo pa, da medicinske fakultete niso poskrbele za izobraževanje s tega področja z ustreznimi programi. Zato je laikov, ki se v Angliji ukvarjajo s temi metodami, čedalje več. Isti vir obenem predvideva še nadaljnjo ekspanzijo NMM kot dopolnitev metodam konvencionalne medicine v prihodnje.

To napoved potrjuje Eisenberg s sodelavci (7). Po njihovi skrbno izpeljani študiji je v ZDA leta 1990 uporabilo vsaj eno od nekonvencionalnih metod kar 34% vseh ljudi. Tretjina od teh je tudi obiskala nekonvencionalnega zdravilca, in to v povprečju kar devetnajstkrat letno. Skupina ljudi, ki je uporabljala nekonvencionalne medicinske metode, je imela značilno višješolsko izobrazbo in višje dohodke. Večina od njih (83%) je za enake težave iskala pomoč tudi pri svojem uradnem zdravniku, a mu kar 72% od njih ni povedalo, da so uporabljali nekonvencionalne metode. Tisto leto so Američani obiskali nekonvencionalne zdravilce kar 425-milijonkrat, in to je močno presegle obiske v vsem primarnem zdravstvu (388-milijonkrat)!

V čem so vzroki za to izredno in naraščajočo priljubljenost alternativnih metod? Odgovor je tako na strani nekonvencionalne kot konvencionalne medicine. Vsekakor imajo nekatere nekonvencionalne metode objektivno prednost. Tako npr. lahko z metodami tradicionalne kitajske medicine včasih diagnosticirajo bolezen v zgodnejši fazi kakor z najsoodobnejšimi metodami uradne medicine in najdejo na take motnje tudi terapevtske odgovore (8). Na drugi strani so vzroki za priljubljenost in razširjenost nekonvencionalnih metod tudi v sami konvencionalni medicini in v sistemu zdravstva. Za prvi vzrok navajajo kar normalen razvoj evolucije klasične zahodne medicine (3). Ta se je po velikih uspehih in odkritjih v 19. in 20. stoletju, po katerih je npr. premagala množične epidemije nalezljivih bolezni, razvila do stopnje, ko se spoprijema predvsem s problemi kroničnih in težko ozdravljivih bolezni, npr. z rakom. Pri zdravljenju takšnih bolezni je sodobna medicina manj uspešna, kakor so pričakovali. Kljub silnemu razvoju znanosti se je zaradi razmaha tehnologije in birokracije medicina tudi dehumanizirala, in to moti kar precej bolnikov in jih odvrča od nje. Kot vzrok navajajo tudi razvrednoten položaj zdravnika, pomanjkanje njegove karizičnosti in skaljen odnos med bolnikom in zdravnikom (9). Za drugi vzrok navajajo spremembo v posameznikovem mišljenju: pogledi na posameznikovo svobodo izbire so postali liberalnejši in nekatere države so zaradi tega povsem opustile medicinski nadzor nad zdravilci, ki delajo brez zdravstvene izobrazbe in licenc. Zadnja kategorija vzrokov je sociološke, kulturne in ekonomske narave. Nematerialistični nauki se čedalje bolj širijo, narašča pa odpor do tehnologije, povečuje se želja po individualnosti na vseh področjih, nastajajo ekološka gibanja itn. Avtorji poudarjajo tudi potrebo bolnika po iracionalnem, čustvenem, religiji in magiji ter na drugi strani omenjajo kot vzrok za širjenje nekonvencionalne medicine tudi boljšanje komunikacijskih in informacijskih možnosti in učinkovito propagando nekonvencionalne medicine (10).

Značilnosti sistemov nekonvencionalne medicine

V čem se nekonvencionalni medicinski sistemi razlikujejo od konvencionalne medicine? Opažajo, da ima vsak tak sistem nekonvencionalne medicine vsaj nekatere od značilnosti, ki jih bomo navedli, prvih pet pa jih ima v primerjavi z uradno medicino prednost.

- Za stik z bolnikom si vzame alternativni zdravilec po navadi dovolj časa (11).
- Zdravilec se pogovarja z bolnikom v preprostem, vsakdanjem jeziku.
- Avtorji in izvajalci alternativnih metod po navadi trdijo, da njihova metoda krepi predvsem sposobnost organizma za samoozdravitev.
- Po nekaterih sistemih je mogoče zdravstveni problem že zgodaj diagnosticirati (8).
- Nekateri sistemi so precej učinkoviti pri posameznih kroničnih boleznih (8).
- Pri njihovih postopkih velikokrat manjka osnovni klinični algoritem: pregled - diferencialna diagnoza - diagnoza - prognoza - terapija.
- Nekateri temeljijo na mističnih, magičnih in teurgičnih predstavah o naravi (11).
- Razmišljanje nekaterih je omejeno v avtistično - nedisciplinirano smer (11).
- Pri nekaterih je očitno, da ne upoštevajo znanstvenih načel (merljivosti pojavov, objektivnosti meritev, uporabe statističnih metod itn.) (4).
- Pri nekaterih je očitno nepoznavanje temeljev farmakologije (zakonitosti odmerka-učinek, razlikovanje med posebnimi in stranskimi učinki, nepoznavanje kontraindikacij) (4).
- Ne upoštevajo temeljnih in kliničnih raziskav (4).
- Ne upoštevajo zakonitih in dogovorjenih poti za registracijo novih metod ali zdravil (4).
- Po navadi niso dovolj podprti z znanstveno literaturo (3).
- Zdravilci so samozvani, uradna medicina jih večinoma ne priznava (3, 4).
- Te dejavnosti niso del rednih študijskih programov medicinskih šol in fakultet (1).
- Zdravilci velikokrat izražajo željo, da bi uradna medicina njihovo delo spremljala, preverjala in vrednotila (9).

Za nekonvencionalne medicinske sisteme je torej značilna uporaba diagnostičnih, preventivnih in terapevtskih metod, ki so znanstveno pomanjkljivo preverjene ali povsem nepreverjene. Po navadi jih bolniki uporabljajo hkrati z uradno medicino (7). Približno tretjina nekonvencionalnih medicinskih posegov se opravi tudi za stanja, ki niso ocenjena kot resen medicinski problem ali za krepitev zdravlja in za preventivo (7). Povsod jim je skupna tudi velika družbena prilagodljivost, saj izrabljajo anomalije, ki jih imajo vsi uradni medicinski sistemi. Ob slabem strokovnem in zakonskem nadzoru nad to dejavnostjo so pogosto tudi tarča šarlatanstva in mazaštva.

V ZDA so v osemdesetih letih uporabljali nekonvencionalne medicinske metode najpogosteje pri bolnikih z rakavimi boleznimi, artritidom, bolečinami v križu, bolnikih z aidsom, gastrointestinalnimi težavami, kronično odpovedjo ledvic in motnjami prehranjevanja (cit. 7). Leta 1990 pa so največ posegov napravili pri bolnikih, ki so se pritoževali zaradi bolečin v križu (36%), anksioznosti (28%), glavobola (27%), kroničnih bolečin (26%) in rakavih bolezni (24%); najbolj popularne nekonvencionalne metode pa so bile leta 1990 različne relaksacijske tehnike (13%), sledila je kiropraktika (19%) in tej masaža (7%), nato imagerija, spiritualno zdravljenje, komercialno hujšanje in dietne metode z makrobiotiko vred (vse po 4%), nato herbalna medicina (3%), megavitaminske terapije (2%), zdravljenje v skupinah na podlagi samopomoči (2%), bioenergija (1% T) itn. (7). Pri tem preseneča majhna priljubljenost bioenergije in homeopatije (le po 1% od vseh nekonvencionalnih posegov).

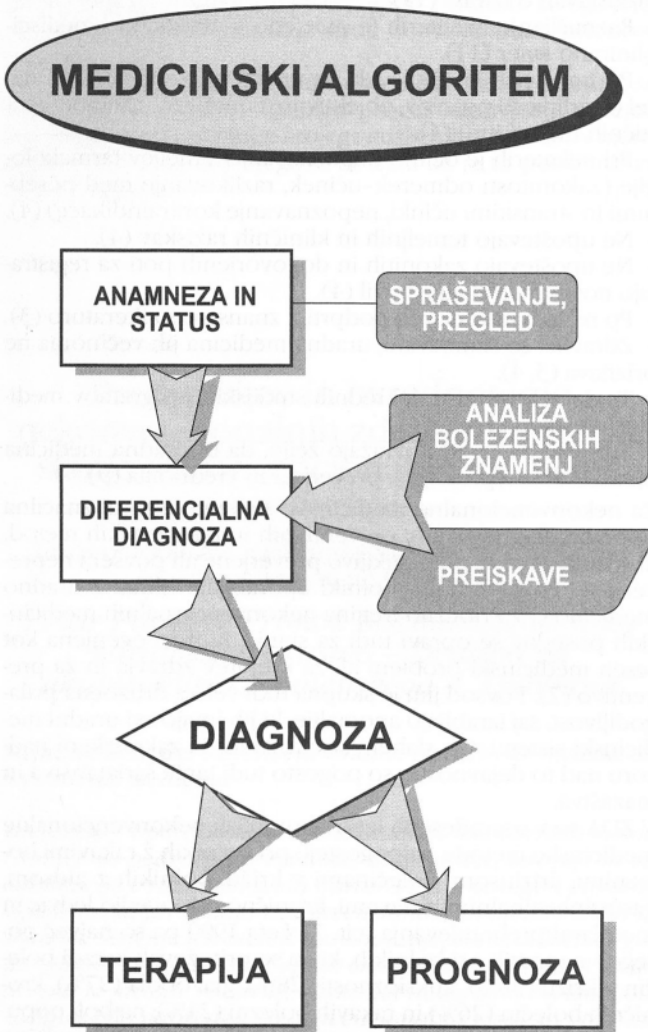
Najpogosteje nekonvencionalne metode v Evropi so drugačne od ameriških: v Angliji in skandinavskih deželah so to kiropraktika, osteopatija in manipulacija; v Nemčiji: naturopatija, homeopatija in antropozofska medicina; v Švici: antropozofska medicina in kiropraktika; in v Franciji: homeopatija, manipulativna medicina in radiestezija (3).

Kritike nekonvencionalnih medicinskih metod

Kjer je na voljo sodobna in dobro organizirana znanstvena medicina, imajo v primerjavi z njo nekonvencionalni medicinski sistemi več pomanjkljivosti. Kritiki iz vrst uradne medicine jim poleg že omenjenega neupoštevanja sodobnih načel znanosti iz prejšnje točke očitajo še tele strokovne pomanjkljivosti:

Neznanstvenost: takšni sistemi ne temeljijo na znanstvenih načelih. (Preskus, merljivost, ponovljivost, dokazljivost, razločevanje naključnega od vzročnega, razločevanje med platicom in dejanskim učinkom, primerjalne skupine itn.)

- Sistemi NMM nimajo popolnega medicinskega algoritma
- manjkajo jim nekateri deli - npr. anamneza, analiza simptomov in znakov itn. (glej sliko 1).



Sl. 1. Popoln medicinski algoritem, ki je značilen za konvencionalne medicinske metode.

- V sistemih nekonvencionalne medicine ni ustreznega profesionalizma (odgovornosti do stroke in do poklicne dolžnosti).

- Ne vodijo vseh potrebnih zdravstvenih evidenc in medicinske dokumentacije, ki bi omogočala retrogradni strokovni in etični nadzor.

- Nekonvencionalni zdravniki imajo do uradne medicine in do njenih strokovnih delavcev odklonilen in slabšalen odnos.

- Diagnoze, ki jih postavljajo, so nezanesljive, učinkovitost negotova, zato bolniku ni zagotovljena potrebna varnost.

- Če izvaja te postopke oseba, ki ni zdravstveno izobražena, je dvomljivo, ali pozna etična načela. Te osebe namreč kršijo temeljna etična načela, kakor molčečnost in zaupnost, ali celo nagovarjajo bolnika k odklanjanju zdravljenja.

- Bolniki o obiskih pri nekonvencionalnih zdravniki po navadi molčijo (7).

- Ti sistemi zato ne omogočajo sodelovanja z uradnim sistemom zdravstva, z bolnikovim zdravnikom, specialistom in bolnikom, to pa nadalje povzroči, da ni dovolj študij o zdravstvenem, socialnem in psihološkem profilu obiskov pri alternativcih.

- Zaradi vsega tega tudi ni nadzora in primerne triaže, kontinuiranega zdravljenja itn.

- Za takšne metode ni urejenega izobraževalnega sistema, preverjanja znanja in dopolnilnega strokovnega izobraževanja (diploma, podiplomski tečaji, specializacije, subspecializacije), pa tudi ne izdelanega nadzora nad strokovnostjo (npr. interni nadzor, strokovni pregledi itn.).

- Stalno strokovno izpopolnjevanje v komplementarni medicini, mentorstvo in raziskovalna dejavnost so področja, na katerih še ni bilo narejeno ničesar, kaj šele da bi pri tem sodelovale fakultete.

- Te dejavnosti niso standardizirane, zato je eksaktno povezanost teorije in prakse na tem področju težko doseči.

- Ti sistemi imajo zato slabo izdelane doktrine.

- V nekaterih državah so tudi opazili, da se kljub naraščanju porabe NMM še ni zmanjšala poraba farmacevtskih izdelkov, to pa pomeni, da te metode v resnici ne pripomorejo k zmanjšanju zdravstvenih izdatkov države (12).

Zmote in zablode o »alternativni medicini«

Množična občila namenjajo »alternativni medicini« veliko pozornosti, ki je pri nas še posebno neobjektivna (13). Priljubljene teze so, da je alternativna medicina celostna ali holistična, integralna (integralen [14]: vseobsežen, v medicini je spomenka za celostno, holistično, komprehenzivno medicino). Pod pojmom alternativna medicina se razume naravna medicina (uporablja samo »naravna«, neškodljiva sredstva), zmeraj pa za tradicionalne zdravilne metode, ki so se zanesljivo »potrdile« v zgodovini (tradicionalno [14]: upošteva, kar se je uveljavilo v daljšem času). Alternativne metode naj bi bile neškodljive ali vsaj manj škodljive od metod sodobne medicine itn. Obstaja tudi teza, da je »alternativna medicina« (alternativa [14]: izbira med dvema možnostma, od katerih ena izključuje drugo), pravzaprav komplementarna (komplementaren [14]: dopolnilen) sodobni znanstveni medicini.

V teh domnevah pa je veliko nepravilnosti in protislovij. V resnici se pri alternativnih metodah uporablja celostni prijem le občasno, ni pa to pravilo, tako kakor alternativno zdravljenje ni zmeraj naravno, saj se pri mnogih oblikah zdravljenja uporabljajo tudi drugačni prijemi in zmeraj tudi ne tradicionalni postopki, temveč na novo izmišljeni. In ker vse te metode niso znanstveno ovrednotene, tudi ne moremo govoriti, da niso škodljive. Za mnoge ljudske in tradicionalne metode zdravljenja je znano, da so v resnici škodljive. Protisloven je tudi sam izraz alternativna medicina, saj če pomeni alternativno izključujoče, pomeni, da se uradni in alternativni sistem izključujeta in sta si torej protislovna, ne pa dopolnjujoča se. Pojem alternativna medicina torej ni ustrezen, zato je bolje uporabljati izraz nekonvencionalna medicina (3). Avtorji opisanih domnev v svoji preveliki vnemi tudi pozabljajo spremljati sodobna dognanja znanstvene medicine. Sodobna znanstvena medicina res temelji na kartezijski paradigmi, ki jo mnogi zavračajo, vendar se zadeve tudi v znanosti spreminjajo v prid hologramske paradigme. Zato je sodobna medicina tako tradicionalna, komplementarna, integralna, celostna, alternativna, in obenem tudi znanstvena. Tradicionalna je zato, ker upošteva veliko starih dognanj in izkušenj, kom-

plementarna pa zato, ker uporablja vrsto dopolnilnih metod. Tudi integralna je, saj zajema vse dozdajšnje izsledke medicine in drugih panog, in celostna, ker upošteva poleg fizičnih tudi psihične, socialne in ekološke vidike bolezni. Sodobna splošna medicina ima namreč celostno obravnavo človeka za edino pravo teoretično in praktično rešitev, ki pripomore k enovitosti medicine (15). Znanstvena pa je sodobna medicina zato, ker preverja vse metode po načelih dokazljivosti domneve s preskusom. Zato v njej ni prostora za špekulacije, sholastičnost, metafiziko, transcendenco in dogme. Znanstvena dokazljivost omogoča sodobni medicini, da razlikuje med resnično in lažno učinkovitostjo zdravilnih metod, in za to je medicinska znanost razvila zanesljive metode, kakor npr. dvojno slepi poskus, s katerim preverimo, ali je kaka metoda zdravljenja res učinkovita ali ne. Sodobna znanstvena medicina zato torej priporoča le tiste metode zdravljenja, ki so prestale znanstveno dokazovanje in preverjanje, torej preverjene metode. Vse metode zdravljenja, ki jih šele preverjajo ali pa še niso niti tako daleč, šteje sodobna medicina za nepreverjene. Teh metod sicer ne zavrača, vendar poudarja, da je za dobro bolnikov treba najprej preveriti njihovo učinkovitost in dokazati, ali res niso škodljive. Preverjanje vseh novih metod v sodobni medicini je stalen proces in normalna sestavina sodobne medicinske dejavnosti. Takšno preverjanje zahteva določen čas in veliko prizadevanja. Prav v bližnji preteklosti se je pokazalo, da je površno preverjanje novih metod in pripravkov v resnici kršenje medicinskih etičnih načel, ki lahko povzročijo prave tragedije (primer talidomid).

Pri srečanju uradne medicine z nekonvencionalnimi metodami zdravljenja gre torej v bistvu za vzporejanje preverjenih in nepreverjenih medicinskih metod. Da bi uporabne nekonvencionalne metode dobile uradno priznan status, morajo vzdržati preverjanje po navadni metodologiji, ki so ji izpostavljeni vsi redni medicinski postopki. Te metodologije morajo biti etično neoporečne in upoštevati načela helsinške sklepne listine o raziskavah na ljudeh.

Izvajalci nekonvencionalnih medicinskih sistemov

Izvajalce nekonvencionalnih načinov zdravljenja lahko, tako kakor poudarja profesor Dolenc (13), razdelimo na tri glavne skupine:

- na povsem laične osebe: to so osebe brez dejanskega znanja o medicini;

- na samozvane zdravilce: ti so si pridobili znanje s fragmentarnim prebiranjem medicinske literature;

- na zdravstvene delavce (tudi z visokošolsko izobrazbo), ki zdravijo po nekonvencionalnih metodah.

Ob tem se mora spregovoriti še o izrazih mazač, šarlatan in padar. (Mazač [14]: kdor nestrokovno opravlja zdravljenje; šarlatan [14]: kdor se dela, da je strokovnjak, čeprav nima znanja, sposobnosti; šarlatanstvo [14]: goljufija, sleparija; padarstvo [14]: zdravljenje brez potrebne poklicne izobrazbe.) Avtorji se strinjajo, da je mejo med nekonvencionalno medicino in mazaštvom težko postaviti in da mazaštvo in padarstvo v medicini obstajata že od njenega začetka in ju verjetno še zlepa ne bo konec (9, 16). Nekateri imajo kar vse, ki se ukvarjajo z nekonvencionalnimi metodami, za padarje (9). Če bi prvi dve skupini izvajalcev nekonvencionalnih medicinskih metod, to je popolne laike in samozvane zdravilce, še lahko označili za mazače, je to v tretji skupini težje. V skladu z medicinskimi etičnimi načeli bi to skupino izvajalcev morda primerneje označili kot zdravstvene delavce, ki uporabljajo nepreverjene metode zdravljenja.

Šarlatanstvo ali mazaštvo (padarstvo) ima poleg vseh že omenjenih lastnosti, ki smo jih pripisali nepreverjenim medicinskim metodam, še nekatere posebne značilnosti. Oglejmo si jih nekaj.

- Takšni »zdravilci« po navadi uporabljajo fenomen dotika.

- Vedejo se avtoritativno, uporabljajo zdravniški žargon.

- Postavljajo modne, domnevne »diagnoze«, pri tem uporabljajo trike ali dozdevno smiselne »preiskave«.

- Postavljajo se s formalnimi certifikati in diplomami, uporabljajo zvaneče nazive, sodelujejo z izrednimi »avtoritetami z tujine«, uporabljajo lažna priporočila itn.

- Svojim metodam ali pa kar sebi pripisujejo posebne odlike, »čarobne lastnosti«.

- Postavljajo splošne indikacije in uporabljajo univerzalna zdravila.

- Njihove metode so pogosto nekritično namenjene »popolni ozdravitvi«.

- Po navadi zberejo bolnike v svoj »klub«, in ti potem zbirajo podpise, da bi podprli svojega »zdravilca« itn. Podobno razvijajo cele apologetske sisteme.

- Uporabljajo goljufive in zavajajoče reklame (revolucionarni in čudežni pripravki) in zelo radi nastopajo v množičnih občilih.

- Zavajajo bolnike, češ da jih bodo povsem ozdravili, in jih celo nagovarjajo, naj opustijo zdravljenje pri svojem zdravniku.

- Uporabljajo zdravljenje z vero, mističnimi obredi itn.

- Obljubljajo ozdravitve pri značilnih hudih neozdravljivih boleznih (»zadnje upanje«).

- Uporabljajo številne nove dietne in vitaminske kure kot edino zdravilo.

- Kampanje šarlatanskega zdravilstva potekajo izrazito ciklično in trajajo le nekaj časa (zakoni tržnosti - svoje storitve po navadi namreč zaračunavajo), zato so tudi predvidljive.

Če presojamo mazaštvo po omenjenih merilih, vidimo, da vsakršne uporabe NMM ne moremo enačiti s šarlatanstvom ali mazaštvom. Resna osteopatija, kiropraktika in tudi nekatere druge nekonvencionalne metode ne ustrezajo niti enemu izmed opisanih meril mazaštva, če se seveda pravilno uporabljajo. To pa obenem pomeni, da se mazaštvo lahko pojavlja tako v konvencionalnih kakor v nekonvencionalnih medicinskih sistemih! Vsekakor pa je res, da je drugo področje privlačnejše za mazače vseh vrst. Ta pojav so opazovali v ZDA že pred več kakor 20 leti, kjer se je ob prepletanju različnih kultur izredno povečalo trženje raznih vzhodnjaških, okultnih, eksotičnih in na novo sestavljenih panog. Podobne pojave opazujemo pri nas zdaj, saj Slovenija zaradi svoje odprtosti ne more biti izjema. Ob tem lahko znova ugotovimo, da mazaštvo v naših zdravstvenih zakonih še zmeraj ni niti natančno definirano niti sankcionirano.

Nekonvencionalna medicina in mazaštvo predstavlja zrcalno sliko stanja in učinkovitosti uradne medicine. Ukrepi, da se mazaštvo preprečuje, so trojni:

- izboljšanje zdravstvenih standardov,

- normiranje in nadziranje nekonvencionalnih metod zdravljenja,

- sankcioniranje mazaštva po ustreznih strožjih zakonih.

Pri vpeljevanju omejevalnih ukrepov se moramo zavedati, da je vmes tudi nekaj družbenega licemerstva, ki ga zaznavamo v medijski poplavi lažnih in neresničnih propagandnih akcij za zdravo hrano, zdrave pijače, »izredno učinkovite« zeliščne pripravke ipd.

Status nekonvencionalnih medicinskih metod v svetu

Ker je preverjanje zdravstvenih metod dolgotrajno in drago, saj po navadi zahteva precej truda, javnost pa si NMM zelo želi, dopuščajo ponekod v svetu opravljanje neškodljivih NMM zdravljenja brez poprejšnjega popolnega akademsko-znanstvenega preverjanja (3). Skoraj nobena država nima nekonvencionalnih medicinskih metod natančno zakonsko predpisanih. Po navadi priznavajo nekaj nekonvencionalnih metod za dopuščene, drugih pa niti ne omenjajo. Najpogostejše dovoljene in najbolj razširjene nekonvencionalne me-

tode (akupunktura, kiropraktika, osteopatija in manipulacija, naturopatija, homeopatija, antropozofska medicina in radiestezija) so v nekaterih državah Evrope dovoljene, zanje imajo zagotovljeno tudi bolj ali manj zadovoljivo izobraževanje. Tako dejavnost po navadi tudi zakonsko urejajo, npr. v Nemčiji z zakonom o zdravilcih (heilpraktikerji) (16). Ti zdravilci imajo široko območje konvencionalnega in nekonvencionalnega delovanja, a ne smejo predpisovati zdravil, ki se dobijo na recept, zdraviti spolnih in infekcijskih bolezni, cepiti ali opravljati porodništva. Podobno je na Danskem, Švedskem, Norveškem, v nekaterih kantonih Švice in v Angliji, le da tam ti zdravilci ne smejo uporabljati anestetikov in opravljati kirurških posegov (3). Kar zadeva odnos držav in javnega zdravstva do konvencionalne in nekonvencionalne medicine, ugotavlja Stepan J. v svoji študiji (17) pet različnih sistemov organizacije v zdravstvu: *monopolni, tolerantni, mešani, upoštevaajoči in enotni*.

– *Monopolni sistem organizacije zdravstva* dovoljuje le prakticiranje moderne, znanstveno utemeljene medicine, izključuje in kaznuje pa vse druge medicinske prijeme.

– *Tolerantni sistem* temelji na moderni, znanstveni medicini, vendar v določeni meri omogoča legislativno uporabo NMM.

– *Mešani sistem* dovoljuje medicinsko izobraženim strokovnjakom nekatere prijeme NMM. Hkrati dopušča delovanje nekvalificiranih zdravilcev na področjih, ki jim medicinska stroka ne namenja posebne pozornosti.

– *Upoštevaajoč sistem organizacije zdravstva* priznava in podpira uporabo konvencionalne in nekonvencionalne medicine v javnem zdravstvu (države v Srednji in Južni Aziji).

– *Enoten sistem* uradno spodbuja sodelovanje med NMM in znanstveno utemeljeno medicino na katerikoli ravni. Kurikulum v šolah vsebuje enotni minimum (Kitajska, Nepal, Koreja).

	Monopolni sistem	Tolerantni sistem	Mešani sistem
Avstrija	x		
Belgija	x		
Bolgarija			x
Danska			x
Finska			x
Francija	x		
Nemčija	x		
Velika Britanija		x	
Grčija	x		
Madžarska			x
Irska		x	
Italija	x		
Latvija	x		
Luksemburg			
Nizozemska	x		
Norveška			
Poljska	x		
Španija	x		
Švica			x
Švedska			x
Ukrajina	x	x	

Način povračila stroškov za zdravljenje z NMM.

	Zasebno in javno zdravstveno zavarovanje	Iz javnega zdravstvenega zavarovanja	Zasebno zavarovanje	Ni povračila stroškov
Avstrija	x			
Belgija	x			
Bolgarija		x		
Danska		x		
Finska		x		
Francija	x			
Nemčija	x			
Velika Britanija	x			
Irska		x		
Italija	x			
Latvija	x			
Luksemburg		x		

	Zasebno in javno zdravstveno zavarovanje	Iz javnega zdravstvenega zavarovanja	Zasebno zavarovanje	Ni povračila stroškov
Nizozemska	x			
Norveška	x			
Poljska	x			
Španija			x	
Švedska				
Švica	x			
Ukrajina				
	x			

V večini držav ne dovolijo medicinsko neizobraženim osebam samostojno opravljati nekonvencionalne medicinske dejavnosti. Zakoni so zelo liberalni v Angliji, kjer smejo uporabljati različne metode (celo akupunkturo) laiki. Na Danskem, Norveškem, v Nemčiji in na Švedskem smejo laiki opravljati samo nekatere medicinske dejavnosti, pri tem pa bolnikov in ti pri tem določenih kategorij ne smejo zdraviti. V drugih državah v Evropi je uporaba nekonvencionalnih metod dovoljena samo zdravstvenim delavcem (Belgija, Francija, Nizozemska). V mnogih državah se ustanovljajo združenja, ki postavljajo pravila in doktrine nekaterih nekonvencionalnih medicinskih panog, a po pravilu nimajo dovolj vpliva, da bi onemogočila delovanje oseb brez licenc in certifikatov. Skoraj v vseh omenjenih državah opažajo veliko popuščanje ob kršitvah teh zakonov; če pa je kdo kaznovan, so kazni zelo nizke (3). Ob tem je pomemben tudi podatek, da zavarovalnice v veliki večini držav ne plačujejo stroškov nekonvencionalnih metod zdravljenja (3).

COST Action B4 (Cooperation of Science and Technology: Unconventional Medicine)

Evropska gospodarska skupnost je problemu NMM namenila nekaj pozornosti ob projektu COST B4.

Ustanoviteljice projekta, Španija, Norveška, Velika Britanija, Finska in Švica, so 6. junija 1993 podpisale Dogovor o sodelovanju (Memorandum of Understanding), ki zadeva preučevanje in znanstveno preverjanje nekonvencionalnih metod zdravljenja. Ustanovitvena seja upravnega odbora COST B4 je bila 26. oktobra 1993 v Bruslju. Petim podpisnicam Dogovora o sodelovanju so se pridružile Švedska, Danska, Nemčija, Madžarska, Italija in Slovenija. Leta 1994 so pristopile še Belgija, Nizozemska in Francija, tri leta pozneje pa še Hrvaška. Sodelovanje pri projektu naj bi pripomoglo k enotnemu stališču do NMM in kakovostni koordinaciji raziskovalnega dela v državah članicah Evropske gospodarske skupnosti.

Namen projekta COST B4 je bil čim natančnejša opredelitev stališč do nekonvencionalnih metod zdravljenja, ki se brez ustreznih šol in zakonskih normativov čedalje bolj širijo v evropskih državah. Osrednje smeri preučevanja so: medicinske raziskave, sociološko-kulturološke in psihološke raziskave ter legislacija in ekonomski vidiki NMM.

Naloge projekta so:

- ustanavljanje podatkovne baze o raziskovalni dejavnosti in znanstvenem preverjanju nekonvencionalnih metod zdravljenja,
- določanje temeljnih načel kakovosti raziskav, ki bi se lahko upoštevale pri vrednotenju NMM,
- izboljšanje komunikacij med raziskovalci,
- zagotavljanje znanstvenih informacij vsem zainteresiranim raziskovalnim in zakonodajnim ustanovam.

Po končanem projektu so predvidene smeri delovanja: nadaljnje dopolnjevanje podatkovne baze o raziskovalcih in raziskavah, spremljanje objavljene literature na področjih temeljnega pomena, metodološke usmeritve za izboljševanje kakovosti raziskav, ustanavljanje mednarodnega direktorija

o možnostih za financiranje raziskav, priprava terminološkega priročnika definicij poglavitnih izrazov nekonvencionalne medicine, analiza zavrženih referenc o raziskavah in njegovo vnovično znanstveno vrednotenje.

Delovna skupina za dialog med uradno in nekonvencionalno medicino je s pogovori s svetovno znanimi izvedenci z obeh področij skušala odgovoriti na štiri vprašanja (21).

- V čem se razlikujeta nekonvencionalna in uradna medicina, kar zadeva temeljno medicinsko izrazje, raziskave in uporabo?

- Ali različna izhodišča nekonvencionalne in uradne medicine vplivajo na raziskave, ki naj bi odgovorile na nekatera vprašanja?

- Kaj je povzročilo povečano uporabo NMM in kako le-ta vpliva na uradno medicino in varnost bolnikov?

- Kaj so pokazali izsledki raziskav s tega področja v svetu? Ali sploh obstajajo primeri kakovostno izpeljanih raziskav o NMM?

Po dolgotrajnih delavnicah in nekaj razširjenih strokovnih srečanjih smo povzeli več sklepov.

- Posamezne terapije lahko razumemo kot subkulturne enote, združene v posebno zaznavo realnosti med bolnikom in terapevtom.

- Merila učinkovitosti moramo osredotočiti na bolnikove subjektivne zaznave zdravja in bolezni, ki so odvisne od kulturnih razmer na posameznem območju.

- Raziskave naj bi preučevale takšne prijeme brez kakršnegakoli manipuliranja. Pri presojanju učinkovitosti NMM moramo upoštevati razlike v zasnovanosti posameznega sistema (npr. homeopatije, tradicionalne kitajske medicine itn.).

- Kakovost raziskav je odvisna od tega, ali pravilno postavimo vprašanje, na katero želimo dobiti odgovor, in od ustreznosti pomagal, ki jih uporabimo pri iskanju odgovora.

Vloga nekonvencionalnih medicinskih metod v zdravstvu

Na podlagi tega razmišljanja se postavlja vprašanje, kakšna je v resnici družbena vloga nekonvencionalnih medicinskih metod in ali so družbeno koristne ali škodljive. Ideal zdravstvene politike je doseči ravnotežje med interesi in potrebami udeleženih subjektov. Ti interesi so nedvomno različni in velikokrat nasprotujejo; zato je naloga države doseči ravnotežje med nasprotujočimi si in zaželenimi cilji, kakršni so: visok zdravstveni standard, nizki stroški zdravljenja, čim manjši delež družbenega proizvoda, namenjenega zdravstvu, itn. NMM metode imajo lahko družbeno pozitivno vlogo samo tedaj, če povzročijo ugodne spremembe omenjenih parametrov - če zvišajo zdravstveni standard ob enakih stroških ali pa zmanjšajo zdravstvene stroške.

Ker NMM nekoliko vendarle pripomorejo k izboljšanju načina življenja (zdrava prehrana, zadostna telesna vadba, skrb za duševno zdravje), pospeševanju zdravja (usposabljanje ljudi za premagovanje nalog, stresa itn.) in samemu uresničevanju kurativnega zdravstva, so torej usmerjene v spodbujanje zdravja in opuščanje razvad.

Ker ni na voljo zadovoljivih socioloških podatkov o škodljivosti nekonvencionalnih medicinskih metod, npr. o večanju stroškov za zdravstvo ali o zmanjševanju zdravstvenega standarda v deželah, kjer so dovoljene (10), in če upoštevamo kot splošno pravno načelo, da je »neortodoksna terapija sprejemljiva, pod pogojem, da ne škoduje s storitvijo in da ne škoduje zaradi opustitve« (16), lahko domnevamo, da NMM zdravju same po sebi niso škodljive. Ugovori zoper teh metod zadevajo večinoma padarstvo in mazaštvo, ki pa se prav tako pojavljata v konvencionalni medicini. Dokler zdravstvo ne odpravi anomalij, ki smo jih navedli, in dokler se dejansko ne uveljavi vseobsegajoča sodobna znanstvena medicina, so NMM očitno celo potrebne. Iz etičnih razlogov je torej treba

edino zagotoviti vsaj minimalen sistemski nadzor nad to dejavnostjo. Ta nadzor bi tudi preprečeval bohotenje padarstva in mazaštva.

Še pomembnejša je ekonomska vloga teh panog, ki so že prerasle v pravo industrijo (5). Za povprečen obisk pri nekonvencionalnem zdravilcu je bilo v ZDA l. 1990 treba odšteti 27,60 dolarja. Skupni stroški za NMM so znašali približno 13,7 milijarde dolarjev in od tega so bolniki sami plačali kar 10,3 milijarde; to je skoraj toliko kot znesek, ki so ga morali plačati bolniki sami za vse hospitalizacije v istem letu (7)! Po teh podatkih lahko sklepamo, kako pomembne so NMM tudi v našem okolju, saj bi ob enaki razširjenosti kot v ZDA letna poraba za NMM v Sloveniji znašala okrog 87 milijonov nemških mark.

Te metode torej višajo zdravstveni standard in obenem zelo verjetno zmanjšujejo stroške preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije s konvencionalnimi medicinskimi metodami.

Pravni položaj nekonvencionalne medicine pri nas

Zakon o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992 obravnava od 57. do 60. člena izvajanje NMM. Tako lahko po 58. členu opravljajo »alternativne in tradicionalne« oblike diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije samo zdravstveni delavci. Po člelih 59. in 60. morajo biti te metode preverjene in strokovno neoporečne, ne smejo škodovati zdravju ljudi in jih mora odobriti ministrstvo za zdravstvo s soglasjem ustrezne medicinsko-etične komisije. Kazenska določba istega zakona (člen 88) pa predvideva kaznovanje osebe, ki opravlja zdravstveno dejavnost brez dovoljenja. NMM so v novem zakonu torej predvidene in jih lahko opravljajo le zdravstveni delavci z dovoljenjem ministrstva za zdravstvo. Edina nejasnost se torej skriva v izrazu »preverjen in strokovno neoporečen«. Kot smo videli, večina NMM sploh ni zadovoljivo znanstveno preverjena, a jih nekatere države vseeno dovoljujejo, ker njihova škodljivost ni dokazana, javnost pa si jih zelo želi. Da bi bile te metode strokovno neoporečne, pa je treba standarde te strokovne neoporečnosti najprej izoblikovati. Lahko jih izdela le ustrezno strokovno združenje, ki zagotavlja ustrezen profesionalizem v takih panogah, kakor je npr. v ZDA (19). Pri nas se je po določeni dobi preverjanja podobno zgodilo z akupunkturo, ki ima zdaj kot preverjena medicinska metoda svoja strokovna telesa v okviru Slovenskega zdravniškega društva, stalne strokovne skupine za akupunkturo pri Ministrstvu za zdravstvo in nadzor pri Zdravniški zbornici Slovenije. Nekonvencionalnim metodam, ki še niso prestopile praga konvencionalnosti, pa je treba natančneje opredeliti pravni položaj s kazenskoopravnega, civilnopravnega in upravnopravnega (javno medicinskopravnega in profesionalno medicinskopravnega) stališča (16).

Sklep

Do nekonvencionalnih medicinskih metod lahko zdravstvena politika zavzame konservativno ali pa liberalno stališče. Evropske države imajo precej različna merila, ki pa se nagibajo bolj v liberalno smer. In tako se nagiba pri nas tudi trenutni zakon. Ker slab zdravstveni standard narekuje veliko liberalnost do NMM, se je treba sprijazniti, da bomo v Sloveniji ob upadu zdravstvenega standarda prisiljeni oblikovati zakone, ki bodo strpnejši do NMM, šele ob višanju zdravstvenega standarda pa je upravičeno nekonvencionalne metode zdravljenja strože omejevati. Ampak to jim zaradi razcveta teh metod ni uspelo še nikjer.

Zavedati se moramo tudi, da lahko tisto, kar je nekonvencionalno danes, kar hitro postane klasično jutri, zato lahko ob koncu sklenemo takole:

- V Sloveniji lahko pričakujemo širjenje NMM.

- Sodeč po dogajanjih drugod bodo verjetno najbolj zažele ne metode homeopatija, kiropaktika, osteopatija in manipulativna medicina, naturopatija, antropozofska medicina in radiestezijska.
- Vnaprejšnje preganjanje NMM je v demokratični družbi nesmiselno tako z etičnega kot s strokovnega stališča.
- Na podlagi posameznih strokovnih in etičnih kršitev ne smemo kar vnaprej zanikati uporabnosti nekaterih NMM (npr. homeopatije).
- Največ preglavic povzroča našemu zdravstvu vprašanje, kako izboljšati standarde na področju uradne medicine, saj bi to zmanjšalo potrebo po NMM in preprečevalo padarstvo.

Na področju nekonvencionalnih medicinskih metod pa je treba storiti tole:

- Natančneje bi morali opredeliti dovoljene metode nekonvencionalne medicine in zagotoviti temeljno jurisdikcijo za zavarovanje bolnikov.
- Nujna je institucionalizacija izobraževanja NMM.
- Delovanje nekonvencionalnih zdravilcev je treba preverjati in ustrezno nadzirati.
- Treba je omogočiti znanstvenoraziskovalno delovanje na tem področju (npr. povečati sodelovanje Slovenije pri evropskem projektu COST B4 (12, 21).
- Zagotovili naj bi določeno strpnost družbenega okolja in uredili razmerje do zavarovalništva ter davčne službe.
- Nujno je razlikovati med nekonvencionalno medicino in padarstvom; to naj uredi Zakon o zdravnikih.
- Ker v zdajšnjem »zdravstvenem omrežju« ni predvidena nekonvencionalna dejavnost, ji bo treba prej ali slej nameniti ustrezen prostor v skladu z evropskimi normativi.
- Zavedati se moramo torej, da nekonvencionalne medicinske metode obstajajo, da so neogiben del zdravstva in da jih represivni ukrepi zanesljivo ne morejo zatreti. Bolje bi bilo torej, da bi sistem zdravstva nakonvencionalno medicino včlenil in nadziral, vplival na njen kakovosten in varen razvoj ter tako pripomogel k poenotenju svetovne medicine.

Sklepi projekta COST B4

Evropski parlament je 27. maja 1997 sprejel Resolucijo o začetku procesa priznavanja NMM na podlagi opravljenih analiz in raziskav. Pri tem nastajajo težave pri izdelavi meril, po katerih bomo presojali posamezno metodo. Pozornost bo namenjena predvsem raziskavam pogosto uporabljenih NMM. V končnem poročilu projekta bodo objavljeni bistvena merila za vrednotenje že opravljenih raziskav in merila za kakovostno raziskovanje v prihodnosti. Raziskave o klinični uporabi NMM, ki ne bodo upoštevale obojestransko sprejetih metodoloških navodil (sodobnih znanstvenih in metodoloških navodil, ki veljajo za posamezno NMM), ne bodo vplivale na končno oceno posamezne metode.

Literatura

1. Report of the consultation on approaches for policy development for traditional health practitioners, including traditional birth attendants. New Delhi: World Health Organization, 1985: 1-49.
2. Vidmar J. Kam z alternativno medicino? Zdrav Vestn 1989; 58: 115-7.
3. Council of Europe. Legislation and administrative regulations on the use by licensed health service personnel of nonconventional methods of diagnosis and treatment of illness. Strasbourg: Council of Europe, Publications Section, 1984: 1-39.
4. Rudolf Z. Rak in alternativa. Zdrav Vestn 1989; 58: 139-43.
5. Campion WE. Why unconventional medicine? N Engl J Med 1993; 328: 282-3.
6. Reilly DT. Young doctors' views on alternative medicine. Br Med J 1983; 337-7.
7. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C et al. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs and patterns of use. N Engl J Med 1993; 328: 246-52.
8. Rožman P, Osojnik J. Tradicionalna kitajska medicina in akupunktura - I. del. Ljubljana: Slovensko društvo za orientarno medicino, 1993: 13-20.
9. Zihler Z, Lokar J. Alternativne metode in psihiatrija. Zdrav Vestn 1989; 58: 145-7.

10. Boh K. Uspeh alternativnih metod zdravljenja - poskus sociološke analize. Zdrav Vestn 1989; 58: 11-3.
11. Angelski R, Rozman B, Godec M. Alternativna medicina ni medicina. Zdrav Vestn 1989; 58: 109-9.
12. Memorandum of understanding for the implementation of COST action in unconventional medicine. Annex II. Draft version. Bruxelles, 1992: 1-8.
13. Dolenc A, Balazic J. Razmišljanja o nevalificiranem zdravljenju. Zdrav Vestn 1989; 58: 123-6.
14. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1991.
15. Voljč B. Celostni pristop k zdravstvenemu problemu. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev - SZD, 1992: 50-5.
16. Zupančič BM. Pravni pogled na vprašanje alternativne medicine. Zdrav Vestn 1989; 58: 120-1.
17. Stepan J. Traditional and alternative systems of medicine: A comparative review of legislation. In: International digest of health legislation: 1985, Vol. 36, No. 2.
18. Plan zdravstvenega varstva republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1993: 1-166.
19. Florida Statutes 457 and Rules 21AA. Florida department of professional regulation, Board of Acupuncture, 1989: 1-34.
20. Homeopathy in Europe. Present state of affairs and policy plan for the near future. European Committee for Homeopathy, July 1994.
21. Unconventional medicine. COST Action B4. Draft final report. April 1998.

Stališče komisije za medicinsko etiko o zdravilstvu

Jože Trontelj

Stališče KME je bilo objavljeno v Zdravniškem vestniku v številki 3/98 (str. 179-181).

Nastalo je po mesecih razprav. Nekaj o razmišljanjih, ki so bila podlaga za naše stališče, sem napisal v reviji Isis. Javna razprava je bila odprta po novinarski konferenci 30. 3. 1998 v organizaciji Ministrstva za zdravstvo, ki ji je prisostvoval tudi minister. KME se bo mogoče ponovno oglasila šele potem, ko bo morebiti prejela predloge za spremembe svojega stališča, se do njih opredelila in ocenila, da so strokovna in laična javnost in predstavniki zdravilstva imeli dovolj časa, da na stališče reagirajo.

Odzivi na stališče KME so pretežno ugodni, tisk ga je povzel korektno. V celoti (razen citatov) ga je objavila Sobotna priloga Dela. Ponatisnila ga je revija Zdravje. Dnevnik je objavil komentar, ki očitno prihaja iz vrst homeopatov.

Naslednja poteza je torej na ministru, da sproži postopek za izdelavo podzakonskega akta. Tu je med drugimi treba angažirati RSK-je, morda v prvi vrsti RSK za javno zdravstvo. KME je seveda prav tako pripravljena, če bo vprašana, dati svoj komentar k osnutku pravilnika.

Pravni vidiki zdravilstva

Ada Polajnar-Pavčnik

Govoriti o pravnih vidikih zdravilstva, pomeni proučiti, ali o tej dejavnosti obstajajo posebne pravne norme in ali je ureditev ustrezna. Vsa družbena razmerja namreč niso urejena s pravnimi pravili. Od zakonodajalčeve presoje je odvisno, ali bo določeno razmerje pravno uredil, torej za udeležence predpisal zeleno ravnanje in ga tudi sankcioniral. To lahko uspešno stori, če gre za razmerja, ki po svoji naravi pravno ureditev prenesejo oziroma jo zahtevajo. Pravna teorija ugotavlja, da je treba pravno urediti predvsem tista razmerja, ki

so interesno toliko konfliktna, da bi njih neureditev ogrozila obstoj določene družbe in njeno normalno funkcioniranje, in tista, v katerih mora biti ravnanje pravnih subjektov relativno določeno in določljivo zato, da se konfliktom izognemo ali jih vsaj omilimo (1). Zdravstvena dejavnost nedvomno sodi med tista družbena razmerja, ki morajo biti pravno urejena, saj gre za varovanje temeljnih vrednot in pravic, ki jih zagotavljajo vse sodobne pravne ureditve v svojih najvišjih pravnih normah, to je v ustavnih predpisih. Glede na pomen te dejavnosti se vprašanja v zvezi z njo urejajo s pravnimi normami različnih pravnih panog. Pravna razmerja v zdravstveni dejavnosti so tako urejena z upravnimi (organizacijskimi) normami, osvetljujemo pa jih tudi s civilnopravnega in kazenskopravnega zornega kota. Ko govorimo o zdravstveni dejavnosti, imamo v prvi vrsti pred očmi medicino, to je »ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev« (2). Podobno kot medicina pa se ukvarja s človekovim življenjem in zdravjem tudi zdravilstvo in že samo iz tega razloga tudi ta dejavnost zahteva primerno pravno ureditev. Razlog za še bolj skrbno in pretehtano pravno normiranje tega področja pa je sama narava zdravilske dejavnosti, saj ta za razliko od medicine ne temelji na znanstveno preizkušenih metodah (3) in glede na to lahko pomeni resno nevarnost za posameznika. Še posebej postaja to vprašanje aktualno zaradi velikega porasta zdravilske dejavnosti v zadnjem času pri nas. O zdravilski dejavnosti je bil leta 1939 sprejet poseben zakon v nemški pravni ureditvi (Heilpraktikergesetz), ki se uporablja še danes. Za izvrševanje zdravilske dejavnosti je potrebno posebno dovoljenje zdravstvenih oblasti, določena področja (spolne bolezni, porodništvo, cepljenja) pa so izzeta. Zdravilci so po tem zakonu odgovorni za svoje delo in so dolžni ravnati po zdravniških standardih ne glede na to, ali so zdravniki ali ne (4).

Pravna ureditev zdravilstva v zakonu o zdravstveni dejavnosti

Pri nas je sedes materiae pravnega urejanja zdravstvene dejavnosti ZZD, v katerem najdemo tudi določbe o zdravilstvu. Vsebinsko sta nedvomno pomembni določba 45. člena zakona, ki vse zdravstvene delavce zavezuje, da svoje delo »opravljajo v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi« in določba 55. člena zakona, ki zdravstvenim delavcem dopušča samostojno opravljanje vsakega dela, za katero imajo ustrezno izobrazbo in so zanj usposobljeni ter imajo na razpolago ustrezno opremo, pri tem pa za svoje delo prevzemajo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Menim, da lahko določbi uporabljamo tudi za zdravilce ne glede na to, ali so zdravstveni delavci v smislu zakona ali ne, ker nimajo ustrezne strokovne izobrazbe. Opravljajo namreč dejavnost, ki jo z zdravstveno dejavnostjo lahko primerjamo, saj gre za isti predmet delovanja oziroma iste cilje, ki jih zakon želi doseči (varstvo bolnikov). Izrecno pa je zdravilstvo omenjeno v 58. in 59. členu zakona. V skladu s prvim lahko zdravstveni delavci uporabljajo »samo preverjene in strokovno neoporečne dopolnilne tradicionalne in alternativne oblike diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, ki ne škodujejo zdravju ljudi in jih odobri ministrstvo za zdravstvo s soglasjem medicinsko-etične komisije«. 59. člen opredeljuje, katere dejavnosti je dopustno opravljati in pod katerimi pogoji. Vse ostale metode so tedaj nedopustne in zakon zanje predpisuje tudi upravnokazensko sankcijo, to je denarno kazen (91. člen ZZD). Opozorim naj, da se ta določba ne nanaša samo na zdravstvene delavce, tj. zdravnike, ampak na »izvajalce« zdravilske dejavnosti.

Sankcioniranje zdravilstva s sredstvi drugih pravnih panog

Kazensko pravo

Pravna pravila predpisujejo želeno ravnanje v pravnih razmerjih in za kršitve predvidevajo pravne sankcije. Ker zahtevе, ki jih pravni red postavlja pred naslovljenec, nimajo enake teže in pomena, so tudi sankcije različne. Določena ravnanja so npr. samo želena, druga pa absolutno zapovedana ali prepovedana. Naloga pravne politike je, da opredeli in razvršča vrednote, ki jih varuje. Pravna panoga, ki najbolj dosledno sankcionira kršitve pravnih vrednot, je kazensko pravo, ki najhujša nedopustna dejanja, katerih pravna država zaradi njihove družbene nevarnosti ne more tolerirati, inkriminira kot kazniva dejanja in zanje predpisuje kazenske sankcije. Postopek se praviloma začne na zahtevo državnega tožilca. Kazensko pravo pomeni torej reakcijo države na kršitev najpomembnejših pravno zavarovanih dobrin. Namen kazenskega postopka je predvsem kaznovalno-represivni, opozarja pa se tudi na preventivno funkcijo kazenskega prava (generalna in specialna prevencija).

Na področju kazenskega prava je uveljavljeno načelo *Nulum crimen nulla poena sine lege praevia*, kar pomeni, da mora biti dejanje kot kaznivo opredeljeno v kazenskem zakonu, da bo storilec zanj kazenskopravno odgovoren. Ob pregledu našega kazenskega zakonika (5) lahko ugotovimo, da zdravilstva med kaznivimi dejanji ne pozna. Prejšnja kazenska zakonodaja (6) pa je poznala kaznivo dejanje mazaštva in ga opredeljevala v 124. členu: »Kdor se protipravno in na škodljiv način ukvarja z zdravljenjem ali z drugo zdravstveno dejavnostjo, se kaznuje...« Do dekriminalizacije je prišlo zaradi zakonodajalčevega prepričanja, da dejanja, ki pomenijo golo kršitev predpisa, ne povzročajo pa očitne nevarnosti za zdravje ali drugih posledic, ne morejo biti kazniva dejanja, temveč so lahko le prekrški (7). Ukvarjanje z zdravilstvom samo po sebi torej po veljavni slovenski zakonodaji ni kaznivo dejanje. Kadar pa zaradi te dejavnosti pride do škodnih posledic, bo storilec kazensko odgovarjal za ustrezna kazniva dejanja. V poštevek pridejo zlasti kazniva dejanja: povzročitev smrti iz malomarnosti (129. člen), huda telesna poškodba iz malomarnosti (3. odstavek 134. člena) in posebno huda telesna poškodba iz malomarnosti (3. odstavek 135. člena). Navedena pravila se nanašajo tako na zdravilce z medicinsko izobrazbo kakor tudi na tiste brez nje.

Civilno pravo

Če je za kazensko pravo značilen njegov javnopravni značaj – gre torej za razmerje med državo in posameznikom, je civilno pravo tisto področje, ki ureja razmerja med prirejenimi, enakopravnimi posamezniki. Za ta razmerja velja temeljno načelo avtonomije, kar pomeni, da lahko stranke svoja razmerja urejajo po svoji svobodni volji. Država s prisilnimi predpisi posega v ta razmerja samo takrat, kadar želi varovati javni interes in temeljna načela pravne ureditve. Na temelju pravil civilnega prava tako lahko osvetlimo zdravilstvo kot pogodbeno obligacijsko razmerje, na podlagi katerega se zdravilec svoji stranki zaveže opraviti določeno storitev. Pri tem je dolžan ravnati s profesionalno skrbnostjo. V primeru, da jo prekrši, odgovarja za nastalo škodo, ki se v tem primeru kaže kot poslabšanje zdravja. Zanj bo seveda odgovoren le, če je kriv, krivda v civilnem pravu pa pomeni ravnanje v nasprotju z dolžno skrbnostjo. Menim, da bi bilo treba tudi pri nas standard dolžne skrbnosti zdravilca presojati po pravilih, ki veljajo za zdravnike. Predvsem pa se tudi za zdravilce, analogno kot za zdravnike, postavlja zahteva po pojasnilni dolžnosti.

Odškodninska odgovornost zdravilca se lahko v civilnem pravu presoja tudi po pravilih o neposlovni odškodninski odgo-

vornosti, odgovornosti za civilni delikt. Le-ta je podana, kadar je zdravilčevo nedopustno ravnanje povzročilo bolniku pravno priznano škodo. Kot nedopustno ravnanje v smislu odškodninskega prava lahko opredelimo vsako ravnanje, ki je v nasprotju z 59. členom ZZD. Oškodovančeva privolitev v škodno posledico, ki načeloma sicer izključiti protipravnost (nedopustnost) ravnanja, v takšnem primeru najbrž ne bo upoštevana, saj gre za ravnanje, ki je z zakonom prepovedano in je zato privolitev nična.

Sklep

Podani sumarni pregled odnosa pravnega reda do zdravilstva nam kaže, da problematika ni pravno neurejena. Stvar diskusije pa je, ali je obstoječa ureditev ustrezna. Prikazano je bilo, da je po upravnopravnih predpisih (ZZD) dovoljeno opravljanje samo tiste zdravilske dejavnosti, ki ne škoduje zdravju ljudi. Pogoje za njeno opravljanje in postopek za njeno odobritev določi minister za zdravstvo, ki je prav tako pristojen za izdajo in odvzem dovoljenja ter določitev dokumentacije, ki jo mora izvajalec dejavnosti voditi o svojem delu. Kolikor mi je znano po podatkih iz registra pravnih predpisov RS, ustrezni podzakonski akti s tega področja niso bili sprejeti. Izvajanje zdravilske dejavnosti v nasprotju z določbami zakona pa je nedopustno in bo storilec za storjeni prekršek kaznovan z denarno kaznijo.

Sámo opravljanje zdravilske dejavnosti ne predstavlja več kaznivega dejanja. Pred kazenskim sodiščem bo zdravilec torej obtožen samo, če je zaradi njegovega ravnanja nastopila škodljiva posledica (smrt, telesna poškodba), kar pomeni, da so podani znaki enega od omenjenih kaznivih dejanj. Tudi ta zakonodajalčeva odločitev je lahko stvar diskusije, vendar je treba poudariti, da je za sodobno pravo značilna dekriminilizacija, kot kazniva dejanja se inkriminirajo le tista, ki imajo v sebi visoko stopnjo družbene nevarnosti.

In končno, zdravilec je zaradi nastale škode bolniku oziroma njegovim svojcem lahko tudi odškodninsko odgovoren po splošnih pravilih odškodninskega prava. Pri tem pa naj poudarim, da pri odškodninski odgovornosti ne gre za razmerje med državo in zdravilcem kakor pri kazenskem pravu, funkcija odškodninskega prava je izravnalna, njen namen je povrnitev škode oškodovancu, ne pa kazen za povzročitelja in ta sankcija ne vključuje vrednostne sodbe. Uveljavljanje zahtevka je prepuščeno oškodovancu in samo na njegovo zahtevo bo sodišče v civilnem (pravdnem) postopku odločalo o odškodnini, ki naj bi mu jo poškodovalec povrnil. Tu torej ne gre za državno represijo, ampak za varstvo pravice posameznika (oškodovanca), katerega pravna dobrina (pravica) je bila prekršena. To varstvo dosežemo s povrnitvijo povzročene škode.

Literatura

1. Pavčnik M. Teorija prava. Ljubljana, 1997, str. 88 in nasl.
2. 1. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, v nadaljevanju ZZD; Ur. l. RS št. 9/92.
3. Trontelj J. Tudi opomin medicini. Delo (Sobotna priloga), 4. 4. 1998.
4. Deutsch E. Medizinrecht. Berlin 1997, str. 33; Llaufs A. Arztrecht, München 1993, str. 27 in nasl.
5. Kazenski zakonik Republike Slovenije, Ur. l. RS št. 63/94.
6. Kazenski zakon SRS, Ur. l. SRS št. 12/77.
7. Bele I. V: Kazenski zakonik Republike Slovenije z uvodnimi pojasnili (več avtorjev). Ljubljana 1994, str. 69.

Zdravilstvo s stališča Zdravniške zbornice Slovenije

Matija Horvat

Odnos Zdravniške zbornice Slovenije do zdravilstva je odnos zdravniškega poklica do metod zdravljenja, ki niso znanstveno potrjene.

Zdravilstvo označujemo kot nepovezano skupino postopkov zdravljenja, ki jih utemeljujejo na način, ki ne ustreza običajnim biomedicinskim razlagam. Zdravilci uporabljajo svoje metode brez primerne znanstvene utemeljitve.

Zdravljenje je vzročno, ko je usmerjeno proti bolezenskemu vzroku. Simptomatsko zdravljenje je namenjeno odstranitvi simptomov, kot so bolečina, kašelj, bruhanje, krči, vrtoglavica, onemoglost, povišana temperatura in podobno, torej zdravljenje, ki je namenjeno odstranjevanju ali ublažitvi bolezenskih znakov.

V obeh primerih je nujno potrebna predhodna diagnoza vzroka, ki je povzročil bolezenski znak ali simptom.

Vsem zdravnikom, pa tudi laikom bi moralo biti popolnoma jasno, da je bolezenski znak ali simptom pri enem bolniku lahko odraz bolezni, ki je popolnoma nenevarna, pri drugem bolniku pa bo odraz nevarne bolezni, ki nespoznana lahko v nekaj mesecih, tednih, dneh, urah ali minutah, celo sekundah povzroči bolnikovo smrt ali vsaj težko invalidnost. Medicinska diagnoza ni samo preprosta ugotovitev vzroka kake bolezni ali stanja, ampak je tudi neprestano preverjanje že postavljene delovne diagnoze med spremljanjem poteka bolezni in ugotavljanjem reakcije na zdravljenje.

Pred pričetkom zdravljenja je osnovna zdravnikova dolžnost ugotavljanje bolnikove prognoze. Tudi prognostično ugotovitev je treba nenehno kontrolirati glede na potek in uspehe zdravljenja. Bolnikova prognoza je bistvena za pravilno izbiro načina in obsega celovite obravnave, vsekakor tudi zdravljenja.

Vse metode, ki jih uvrščamo v tako imenovana »zdravilstva«, se pravi, poglobljeni diagnostiki in ugotavljanju zapletov, ne malo posevčajo. Zdravljenje pri teh načinih ni vzročno in ni prilagojeno posamezniku, čeprav pripadniki zdravilstva trdijo prav nasprotno.

Zdravilstvo je v prvi vrsti namenjeno odstranjevanju simptomov. Ni opremljeno niti z znanjem niti s tehnologijo, ki omogoča spoznavo bolezni, njenega vzroka in njenih zapletov. Precej boleznin in težav lahko mine brez vsakega zdravljenja: po preteku določenega časa, po spremembi načina življenja, na lepo besedo. K ozdravitvi lahko zelo pomaga bolnikovo zaupanje v osebo, ki ga zdravi, in v njene načine zdravljenja. Pri teh bolnikih ima zdravilec veliko uspeha, dostikrat večjega kot zdravnik. To posebej velja, če se njegov pristop razlikuje od preobremenjenega, utrujenega, mnogokrat nestrpnega in otopelega zdravnika.

Zelo veliko je slabosti v sodobni medicinski praksi, ki omogočajo razcvet zdravilcev in njihovih metod. Nekatere od teh slabosti imajo svoje korenine v:

- Nepovratnem izgubljanju stika sodobnega človeka z naravo.
- Filozofiji o vsemočnosti človeka in njegovem obvladovanju narave.
- Birokratizaciji medicine - premalo časa je namenjena kliničnemu pregledu bolnika in ugotavljanju njegove prognoze.
- Zapletenosti diagnostičnih in terapevtskih postopkov - udeleženih je veliko oseb. Veriga je tako čvrsta kot njen najšibkejši člen.
- Nerazumnem in nekritičnem hvaljenju medicinskih dosežkov.
- Lažnivih izjavah, obetih in prozornih izgovorih.

- Nezmerni polipragmaziji pri predpisovanju zdravil.
 - Izgubi osebne zdravniške odgovornosti. Bolnik se pogosto vpraša, kdo je pravzaprav odgovoren za njegovo zdravljenje od številnih oseb v belih haljah, ki jih videva v bolnišnici.

- Nadutem odnosu do bolnika in njegovih svojcev.

Tem slabostim se zdravitelci dokaj uspešno izogibajo. Vendar je njihovo delo nevarno in za družbo nesprejemljivo. Velikokrat bodo njihovi načini zdravljenja povzročili usodno zamudo pri spoznavi in ustreznemu vzročnemu načinu zdravljenja. Do takih napak in zamud ne bo prišlo vselej, vendar bo pomota nepredvidljiva. Tudi če drvimo z avtomobilom skozi strnjeno naselje s hitrostjo 200 km/h, ne bo vedno prišlo do nesreče, vendar takega načina vožnje zato še ne bomo dovoljevali. Zaradi tega in ne zaradi nekakšne konkurence bo resna zdravniška organizacija nasprotovala uvajanju in priznavanju zdravilskih metod.

Za zdravnika je nevedno, da se poslužuje zdravilskih metod. Zdravniška dolžnost mu nalaga, da spozna bolnikov problem v celoti, da ga pravilno prognozično oceni, da uvede znanstveno smiselni, po možnosti preverjen način zdravljenja, da to zdravljenje nadzira in ga sproti prilagaja bolnikovim potrebam. Po svojem najboljšem znanju bo tudi pravčasno preveril pravilnost diagnoze in jo pri spremenjenem poteku bolezni ali pri novo nastalih bolezenskih znakih tudi spremenil. Kje naj bi bilo potem mesto za nepreverjene zdravilske metode?

Zdravilstvo najde plodna tla pri kroničnih, neozdravljivih boleznih. Pri takih bolnikih medicina ne more bistveno spremeniti poteka bolezni. Zato bolnik poišče pomoč tam, kjer mu jo obljublajo - pri zdravilcu. Največkrat bodo iskali tako pomoč rakavi bolniki z zasevki. Vendar - tudi pri kroničnem bolniku ni vedno diagnoza pravilna in dokončna, prognoza se lahko večkrat tudi spremeni.

Zato tudi pri teh bolnikih ne vidimo vrednosti zdravilstva in menimo, da je tudi tukaj nevarno, ker včasih pomeni za bolnika izgubljeno priložnost. Pripominjam pa, da nismo nikoli nasprotovali sodelovanju zdravilca pri bolniku z nedvomno brezupno boleznijo, če je to željo izrazil bolnik ali pa (v primeru nezavesti) njegovi najožji svojci.

Pridružujemo se ugotovitvi Odbora evropskih zdravnikov (Standing Committee of European Doctors) aprila 1997, da ni nobenega razloga za uvajanje neznanstvenih oblik zdravljenja v medicinsko prakso v Evropi. Odbor odklanja vključevanje teh metod v medicinski študij, v farmakopeje in podobno. Z največjim poudarkom trdi, da terapije brez poprejšnje znanstvene osnovne diagnoze nasprotuje vsem medicinskim načelom. Uvajanje terapevtskih metod, katerih vrednosti se ne da preverjati, bi pomenilo vrnitev v predznanstveno dobo, ne predstavlja perspektive za boljše zdravje, za daljše življenje ali za izboljšanje kateregakoli socialno pomembnega dejavnika. Zamujanje pri uporabi ali neuporaba medicinskih metod lahko privede do hude okvare zdravja državljanov Evropske zveze.

Sklepi

Ne vidimo pomena in mesta zdravilstva pri obravnavi akutnega in kroničnega bolnika. Uporaba zdravilstva lahko večkrat zavre diagnostični postopek, odloži ponovno diagnostično presojo in primeren način zdravljenja. Zaradi tega je zdravilstvo nevarno in nasprotujemo njegovemu legalizaciji. Ne vidimo možnosti za delovanje primerne telesa, kontrole, ki bi lahko podelila licenco zdravilcu, da lahko uporablja svoje metode pri bolniku in ki bi nadzirala njegovo delo. Nobeno telo ne bo moglo z gotovostjo oceniti škode, ki bo nastala zaradi zamud pri diagnostiki in zdravljenju ob uporabi »alternativnih metod«.

Zaradi tega se naše mnenje razlikuje od večinskega mnenja Komisije za medicinsko etiko.

Zdravilstvo s stališča Ministrstva za zdravstvo

Janez Zajec

Ministrstvo za zdravstvo je s problemom zdravilstva zelo dobro seznanjeno, saj je v zadnjih štirih in pol letih Zdravstveni svet, ki je posvetovalni organ Ministrstva za zdravstvo, to področje že trikrat obravnaval. Dvakrat je to tematiko obravnaval Zdravstveni svet pod vodstvom pokojnega prof. dr. Jožeta Lokarja in obakrat zavzel zelo negativno stališče do priznanja zdravilstva - takrat smo temu še rekli alternativna medicina. Če bi te metode vključili v redni program zdravstvenega zavarovanja, bi jih tudi financiral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zadnjikrat je bila ta tematika obravnavana pred mesecem in pol na Zdravstvenem svetu in o zaključkih te zadnje obravnave je na široko poročal tudi član Zdravstvenega sveta na tiskovnih konferencah prof. dr. Jože Trontelj. Tokrat je Zdravstveni svet zavzel nekoliko drugačno stališče in ugotovil, da se lahko metode, ki so preverljivo dokazljive in dokazan njihov učinek, pod določenimi kriteriji priznajo. Tako se je ugotovilo, da je že kar dolgo let priznana metoda zdravilstva akupunktura, da se je v zadnjih letih močno uveljavila kiropraktika. Je pa Zdravstveni svet zavzel stališče, da sta obe metodi nujno v rokah zdravništva. Zelo nevarno pa bi bilo, če bi se vse v zdravilstvu znane metode priznale kar povprek, kar bi gotovo dokazalo našo nekritičnost do posamezne metode na področju zdravilstva.

Res je, da je tudi v Evropi zelo različen pristop do teh metod. V Angliji priznavajo praktično vse alternativne metode, druge evropske države pa so do teh metod še vedno dokaj zadržane.

V glavnem v uradni medicini velja, da je metoda sprejeta, ko je znanstveno preverljivo dokazano, da je učinkovita. Prav to pri mnogih metodah zdravilstva pogrešamo, saj se mnoge stvari, ki jih zdravitelci navajajo kot učinkovite, ne morejo dokazati.

Ministrstvo za zdravstvo se s temi problemi največkrat srečuje, ko pride do posameznih ekscesov oz. zlorabe takih metod. Vsem je dobro znan primer kitajske zdravilke, ki je zdravila množice v kinu Šiška, ko je pri nekaj primerih prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja.

Zelo jasno je treba povedati, da Ministrstvo za zdravstvo do danes ni izdalo nobenemu zdravilcu v Sloveniji niti enega uradnega dovoljenja za delo in vsi ti t.i. zasebni sanatoriji, ki se ukvarjajo z zdravilstvom, imajo izključno dovoljenje od Obrtne zbornice Slovenije in zapadejo le pod tržni inšpektorat. Zato naj se v bodočem zakonu natančno opredeli problem mažaštva in se v zakonu tudi sankcionira.

Ministrstvo za zdravstvo ne bo storilo prav ničesar, kar bi bilo v nasprotju z mnenjem stroke. Tu pa se stvari še dolgo časa ne bodo odvile, saj je zdravništvo v Sloveniji med seboj zelo razdvojeno - od uradnega stališča Zdravniške zbornice, ki absolutno odklanja kakršnokoli obliko zdravilstva, pa do zdravnikov, ki to obliko zdravilstva že uporabljajo. Prav zaradi tega bo treba v pripravi nove zdravstvene zakonodaje ta dejstva upoštevati, navesti natančno, katere metode s področja zdravilstva se bodo v Sloveniji lahko uporabljale in kakšne bodo sankcije v primerih, ko se bodo te zadeve izigravale.

Zaključek

V uro in pol dolgi, zavzeti akademski razpravi smo se na odprt način soočili z različnimi, celo nasprotujočimi si stališči. Ugotovili smo, da je zdravilstvo oziroma njegove nekonven-

cionalne metode tu, ljudje se jih poslužujejo ne le v Ameriki in Rusiji, ampak tudi v Sloveniji v velikem številu. Bolnik je tisti, ki sam odloča, ima pravico izbirati, pa tudi odkloniti. Zdravniki nismo zato, da bi obsojali metode, še manj bolnike, ampak moramo s tem živeti. To pa nas ne odvezuje dolžnosti, da pojasnimo bolniku nujnost nekaterih medicinskih diagnostičnih in terapevtskih postopkov in tudi prikažemo škodo, ki bi nastala, če bi ukrepali prepozno. Tudi alternativne metode mora zdravnik poznati, da se lahko z bolnikom pogovarja.

Zdravilske metode za razliko od šolske, konvencionalne, fakultetne medicine poimenujejo tudi: paramedicina, neuradna medicina, alternativna medicina, ljudska medicina, tradicionalna medicina, komplementarna medicina, naravna medicina, nekonvencionalna medicina in seveda zdravilstvo. Delno je medicina že vključila nekatere od teh metod med svoja orodja. Mednje sodi: akupunktura pri bolečini, manualna medicina pri prizadetosti predvsem spodnjega dela hrbtenice. Od zdravilskih metod so v Evropi najbolj priznane: akupunktura, manualna medicina, homeopatija in naravna medicina.

Večjo kredibilnost ima tista zdravilska metoda, ki si prizadeva za objektivno ovrednotenje svojih postopkov.

Zdravniku ni treba braniti medicino in se postavljati v vlogo nadzornika ali inšpektorja. Sčasoma bo potrebno, da država s predpisi in nadzorom uredi tudi področje zdravilstva. Vrsto vprašanj pa že sedaj razrešuje tržišče samo.

Niti medicine niti zdravilstva ne velja soditi po ekscesih. Čim bolj kakovostna bo medicina in čim bolj profesionalno bo delo zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev, tem manjša bo potreba bolnikov po iskanju medicinske pomoči zunaj uradne medicine.

Jože Drinovec, Pavel Poredoš, Matjaž Rode

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 6-7/1938

Anton Prijatelj

Šesta in sedma številka Zdravniškega vestnika, strokovnega glasila slovenskega zdravništva, je izšla junija 1938. Uredništvo in uprava dr. R. Neubauer - Golnik.

- Dr. Ljudevit Merčun: Elektrokardiogram pri tuberkulozi
- Dr. Ivan Peršič: Testikularna torzija (Klinika za dečjo kirurgijo in ortopedijo v Parizu, prof. Ombrédanne)
- Dr. Fran Cundrič in dr. Viktor Tominšek: Intralumbalna aplikacija streptazola pri streptokokni meningitidi
- Dr. Stane Lutman: Meningitis in preparati sulfamida (k poročilu dr. F. Cizlja v št. 4 Zdravniškega vestnika)
- Dr. Frane Novak: Banovinski institut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani
- Dr. Mirko Karlin - Golnik: Malarija v Ljubljani pred sto leti
- Dr. Bogomir Magajna: dr. Štefan Divjak +

Banovinski institut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani

V obeh dvojnih številkah, tako junijski-julijski ter avgustovski-septembrski leta 1938, sta bila objavljena dva članka o novem **Banovinskem institutu za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani**. Prvega je napisal dr. Frane Novak, drugega urednik Zdravniškega vestnika dr. Robert Neubauer.

V Novakovem članku je zanimiv statistični uvod, ki kaže na letno umrljivost za TBC v Ljubljani in je bil leta 77 mrtvih, medtem ko je zaradi raka umrlo 109 ljudi. Poleg tega navaja, da je bila prva bolnica ustanovljena v Franciji leta 1740. V Angliji 1791, v Moskvi leta 1903, v Petrogradu pa leta 1911. Na Češkoslovaškem leta 1921, na Poljskem je dala pobudo za ustanovitev instituta sama Marija Sklodowska-Curie in se institucija imenuje po njej. V Zagrebu je bil zavod za radium terapijo ustanovljen 1931, v Beogradu pa leta 1932. Ob instituciji sta bili le oddelka za radium terapijo. Nov ljubljanski institut pa je ustanova tako za raziskovanje kakor tudi za zdravljenje novotvorb. Do ustanovitve novega instituta so bolnike z novotvorbami zdravili na kirurških, ginekoloških, otoloških, okulističnih in drugih oddelkih. V glavnem so jih zdravili operativno. Kirurgi so posvečali operacijam mnogo truda, ob recidivih, metastazah pa so bili bolj ali manj brez moči, saj so le redkokdaj lahko zdravili s radijem in rentgenom.

Vodstvo instituta je prevzel doc. dr. Cholewa, ki je že leta 1921 ustanovil v Brežicah onkološki laboratorij. S svojim delom v Brežicah je vzbudil zanimanje in dobil priznanje tako jugoslovanskih kot tudi inozemskih strokovnjakov. Primarij na oddelku je postal dr. Leo Šavnik, njima v pomoč pa so bili še trije mlajši zdravniki. Histopatološki laboratorij je vodil prof. dr. Alija Košir, kemičnega prof. Vladimir Premru, rentgenski aparati, radij in drugi fizikalni aparati so bili pod nadzorom ing. Franceta Avčina. Institut je ob ustanovitvi imel tri rentgenske aparate za terapijo, ki so bili v tistem času najnovejši svoje vrste v Evropi.

Prispevek dr. Roberta Neubauerja daje vtise z obiska in že takoj ob začetku zapiše, da verjetno prostori ne bodo zadoščali za sprejem vseh bolnikov, ki bi želeli zdravljenja v tej ustanovi. Po njegovem mnenju je operacijska soba, »ki bi služila boljši in večji prostor«. Dr. Neubauer kot fiziolog primerja zdravljenje in uspehe pri zdravljenju tuberkuloze in raka ter ugotavlja: »Borba proti raku je še pred nedavnim spominjala na začetke borbe proti tuberkulozi, ko je ta veljala kot popolnoma neozdravljiva bolezen; ko tuberkuloze skoraj nikoli niso pravočasno diagnosticirali, ko je vladal med ljudmi še paničen strah pred samo besedo 'jetika'. Slično je z rakom še danes. Vkljub vsem razveseljivim uspehom je rana diagnoza te bolezni še vedno 'rak rana' vsega dela. Še se ni našel kak Koch, ki bi odkril povzročitelje raka, še prihaja pri raku še mnogo bolj kot pri tuberkulozi večina bolnikov prepozno k zdravniku, še si večina zdravnikov samih ni na jasnem glede rane diagnostike in pravočasne terapije in še je beseda rak ta beseda, ki jo je treba vedno brezpogojno skrivati za drugimi diagnozami. Časi 'zatekline' zelo sličijo komaj minuli dobi 'katarja':

Velika in težavna je naloga, ki čaka novi zavod, njegovega vodjo in njegove zdravnike. Zdravljenje bolnikov z rakom je danes mnogo težje kot zdravljenje ftizika in bo morda še dolgo, če ne vedno, težje ostalo že zaradi tega, ker narava ne zavija raka v svojem poteku v blagodejni plašč euforije, kakor to stori pri ftizi do zadnjih dni onega, ki ga napada.«



AKTUALNA SPOROČILA

135. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

v Radencih dne 16 in 17. oktobra 1998

PROGRAM

Petek, 16. oktobra 1998

10.00	Tenis, plavanje
15.00	Otvoritev skupščine
16.00	Odmor
16.30	Program skupščine
19.00	Zaključek
20.30	Večerja v hotelu Radin

Sobota, 17. oktobra 1998

9.00	Strokovni program
10.45	Odmor
11.00	Strokovni program
13.00	Zaključek srečanja

Rezervacija prenočišč v recepciji hotela Radin (možnost koriščenja vikend paketa). Kotizacija 10.000,00 SIT plačljiva na žiro račun Zdravniškega društva Pomurja št. 51900-678000-0048412 sklic na občni zbor 00 1998-10 ali ob prihodu.

Informacije: **dr. Arpad Norčič**
tel. 069 / 32-010, int. 202
in
mag. dr. Maja Šeruga
tel. 069 / 32-010, int. 522

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
SLOVENIAN MEDICAL SOCIETY
Sekcija za klinično mikrobiologijo
in hospitalne infekcije

INŠTITUT ZA MIKROBIOLOGIJO IN IMUNOLOGIJO
MEDICINSKE FAKULTETE

1000 Ljubljana, Zaloška 4
Tel.: 061 / 302-795, 316-593; faks 061 / 302-895

PROGRAM SREČANJA

IMUNOLOGIJA IN KLINIKA

13. in 14. novembra 1998, srednja predavalnica nove Medicinske fakultete,
Ljubljana, Korytkova 2

Petek, 13. novembra 1998

10.00	<i>V. Kotnik</i>	Imunologija in klinika
10.25	<i>A. Ihan</i>	Kaj pričakujemo od imunoloških testov – metode, rezultati, interpretacija
10.50	<i>J. Tomažič</i>	Pomen imunskih testov pri bolnikih z zmanjšanim imunskim odzivom
11.15–11.45		Odmor za kavo
11.45	<i>S. Koren</i>	Interferoni – pomembni dejavniki v imunskem odzivu
12.10	<i>B. Wraber</i>	Citokini v kliniki – koristna informacija ali podatek odveč
12.35	<i>P. Černelč</i>	Citokini – perspektiva za terapijo
13.00	<i>J. Pretnar</i>	Transplantacija – korist ali škoda
13.25–14.30		Odmor za kosilo
14.30	<i>A. Skralovnik-Štern</i>	Imunski odziv pri tuberkulozi
14.50	<i>M. Terčelj</i>	Humoralna imunost pri pljučnicah
15.10	<i>M. Turelj</i>	Mediatorji eozinofilnega granulocita in astma
15.30	<i>Š. Grosek</i>	Sindrom sistemskega imunskega odziva pri otroku (SIRS)
15.50–16.15		Odmor
16.15	<i>Jochen Barths</i>	External quality control as contribution to standardization
16.40	<i>Francis Vanlangendonck</i>	Interpretation of FACS analysis results
17.05–17.45	Občni zbor sekcije	
18.00	Okrogla miza	Akreditacija mikrobiološko-imunološkega laboratorija
19.00		Družabno srečanje

Sobota, 14. novembra 1998

9.00	<i>V. Glavnik</i>	Pogostnost prirojenih imunskih pomanjkljivosti v Sloveniji
9.25	<i>S. Simčič</i>	Klinični pomen dokazovanja sestavin in naravne odpornosti – fagocitoza
9.50	<i>T. Malovrh</i>	Celična imunost pri spoznavi imunskih pomanjkljivosti in mikrobnih bolezni
9.10	<i>M. Škobrne</i>	Kemotaksa – merilo prizadetosti fagocitnih celic
10.30–11.00		Odmor za kavo in pecivo
11.00	<i>B. Kremžar</i>	Imunski odziv pri politravmatiziranem bolniku
11.25	<i>M. Kuhar</i>	Zdravljenje bolnikov s prirojenimi imunskimi pomanjkljivostmi
11.50	<i>T. Lužnik-Bufon</i>	Prirojene pomanjkljivosti komplementa
12.15	<i>M. Škerl</i>	Zaščita imunsko oslabelega bolnika v bolnišnici
12.30		Razprava in zaključek srečanja

Kotizacija za udeležence znaša 10.000,00 SIT, za člane Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije 8.000,00 SIT in 5.000,00 SIT za sekundarije. Študenti MF in upokojeni zdravniki kotizacije ne plačajo.

Udeležba na srečanju se priznava za podaljšanje licence vsem udeleženiim zdravnikom in zobozdravnikom.

Prijavo s potrdilom o plačani kotizaciji pošljite najkasneje **do 1. novembra 1998 na naslov:**

prim. dr. Marjeta Škerl, dr. med.
Klinični center Ljubljana
Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana
tel. 061 / 321-682

Kotizacijo nakažite na žiro račun SZD št. 50101-678-48620 sklic na številko 22-600 s pripisom Imunologija in klinika.

PRIJAVNICA IMUNOLOGIJA IN KLINIKA

13. do 14. novembra 1998

Priimek in ime _____

Poklic _____ Datum in kraj rojstva _____

Naslov _____

Ustanova _____

Tel./faks _____ Podpis _____

Pravilno in čitljivo izpolnjeno prijavnico pošljite skupaj s potrdilom o plačilu kotizacije ali jo prinesite s seboj (podatki za podaljšanje licence).

ZDRUŽENJE INTERNISTOV SZD
in
SEKCIJA ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO SZD

vabita zdravnike interniste in zdravnike splošne medicine
na strokovni sestanek

NAJNOVEJŠA DOGNANJA NA PODROČJU INTERNE MEDICINE

18. in 19. septembra 1998, srednja predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova
2, Ljubljana

PROGRAM

Petek, 19. septembra 1998

9.30 10.00	<i>P. Vidali</i> <i>M. Ravnik-Oblak</i> <i>F. Mrevlje</i> <i>M. Medvešček</i>	Odprtje sestanka in poročilo Etiopatogeneza, opredelitev, diagnoza in razvrstitev sladkorne bolezni tipa 2 Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 Ambulantna obravnava bolnika s tipom 2 sladkorne bolezni Razprava
11.30	<i>J. M. Cruickshank</i> <i>P. Rakovec</i>	Današnja vloga β -blokatorjev pri kardiovaskularni bolezni β -blokatorji pri srčnem popuščanju Razprava
13.30–15.00		Kosilo
15.00	<i>S. Julius</i> <i>J. Dobovišek</i> <i>B. Varl</i> <i>K. Fazarinc</i>	Patofiziologija povezave hiperaktivnosti simpatikusa, tveganja za koronarno bolezen in hipertenzijo Hipertenzija in hipertrofija levega prekata Hipotiroza in arterijska hipertenzija Današnji pogledi na preprečevanje in razvoj hipertenzivne okvare ledvic – vpliv strukturnih in funkcionalnih sprememb ledvic na izbiro antihipertenzivov Razprava
19.00 20.30		Podelitev diplom častnim članom Združenja internistov SZD Slavnostna večerja

Sobota, 19. oktobra 1998

9.00	<i>V. Videčnik</i> <i>P. Peternel</i> <i>A. Blinc</i>	Diagnostični postopek pri sumu na vensko trombozo Zdravljenje venske tromboze Zdravljenje motenj arterijske prekrvitve udov
10.30		Društvene informacije in problematika

Udeležbo na strokovnem sestanku priznava Zdravniška zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov in jo upošteva pri podaljšanju licence (št. odločbe 98085).

Kotizacija 15.000,00 ST (ta vključuje certifikat ZZS, Zbornik predavanj, obisk predavanj, kosilo in slavnostno večerjo) plačate pred pričetkom predavanj.

Študentje, sekundariji in upokojenci kotizacije ne plačajo.
Razstava izdelkov farmacevtske industrije in medicinske opreme.

UNIVERZA V LJUBLJANI
MEDICINSKA FAKULTETA
KATEDRA ZA INTERNO MEDICINO

in

KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
SPS INTERNA KLINIKA

organizirata

40. TAVČARJEVE DNEVE

6. in 7. novembra 1998 v Grand hotelu Emona v Portorožu

PRVO OBVESTILO

Organizacijski odbor

Prof. dr. **Andreja Kocijančič**, dr. med., predsednica

Prim. **Franc Mrevlje**, dr. med., generalni sekretar

Prim. mag. **Miha Koselj**, dr. med., blagajnik

Jana Mrak, dr. med. (LEK)

Doc. dr. **Maja Ravnik-Oblak**, dr. med.

Asist. dr. **Dušan Štajer**, dr. med.

Marjeta Tomažič, dr. med.

Mag. **Vilma Urbančič-Rovan**, dr. med.

Prim. mag. **Matjaž Vrtovec**, dr. med.

Programski odbor

Asist. mag. **Hugon Možina**, dr. med., predsednik

Asist. mag. **Ivo Ferkolj**, dr. med.

Prof. dr. **Irena Keber**, dr. med.

Prof. dr. **Polona Peterneš**, dr. med.

Prof. dr. **Blaž Rozman**, dr. med.

Kraj in čas

Grand hotel Emona, Kongresni center Bernardin

Portorž, 6. in 7. november 1998

Prijava

Prijavnico pošljite na naslov: **Katedra za interno medicino**
Medicinska fakulteta v Ljubljani
Zaloška 7, 1105 Ljubljana, Slovenija

Prijava bo možna tudi na recepciji srečanja v hotelu Emona. Število udeležencev ni omejeno.

Kotizacija 4.000,00 SIT vključuje udeležbo na strokovnem programu, zbornik, prigrizke in svečano večerjo s plesom. Po prejemu vaše prijavnice vam bomo poslali položnico za plačilo kotizacije.

Kotizacijo boste lahko vplačali tudi neposredno na recepciji strokovnega srečanja.

Kotizacije so oproščeni sekundariji, mladi raziskovalci in študenti medicine.

Namestitev v hotelu ni vključena v kotizacijo. Organizira si jo vsak udeleženec sam.

Rezervacija namestitve:

- po pošti: Hoteli Bernardin, Obala 2, 6320 Portorož
- po telefonu: 066 / 475 51 04 ali 475 51 06
- po faksu: 066 / 75 491

PROGRAM

Petek, 6. novembra 1998

10.00–11.30		Satelitski simpozij LEK Pozdravni nagovor
	<i>I. Kranjec</i> <i>P. Rakovec</i>	Obravnavna bolnika z angino pectoris Nove možnosti zdravljenja bolnika z angino pectoris
11.30–12.00		Odmor
12.00–13.00		Pogovor s strokovnjakom Ateroskleroza in prehrana Obstipacija
	<i>I. Keber</i> <i>I. Križman</i> <i>D. Andoljšek</i> <i>M. Medvešček</i>	Ocena krvne slike s hematološkim analizatorjem Oralno zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2
13.00–14.00		Prigrizek (sponzor LEK)
14.00–15.00		Otvoritev 40. Tavčarjevih dnevov Prehospitalna obravnava bolnikov z akutnim miokardnim infarktom. Ali kje zamujamo?
15.00–15.45	<i>M. Noč</i>	
15.45–16.10	<i>S. Kržišnik-Zorman</i>	Mesto novejših in že ustaljenih laboratorijskih kazalcev nekroze srčne mišice
16.10–16.30	<i>V. Gorjup</i>	Telefonski EKG, opora zdravniku splošne medicine – enoletne izkušnje
16.30–17.00		Odmor s kavo
17.00–18.30		Sekundarna preventiva po srčnem infarktu (vodja sklopa <i>I. Keber</i>) Doktrina
	<i>I. Keber</i> <i>T. Zorko</i> <i>N. Vene-Klun</i> <i>B. Gužič-Salobir</i> <i>M. Šabovič</i> <i>Z. Fras</i>	Nefarmakološki ukrepi Antitrombocitno in antikoagulacijsko zdravljenje Zdravljenje z lipolitiki Beta-adrenergični blokatorji in druga zdravila ACE-zaviralci in druga kardioprotektivna zdravila
20.00		Večerja s plesom

Sobota, 7. novembra 1998

9.00–9.30	<i>M. Tomšič</i>	Kdaj je stanje v revmatologiji urgentno?
9.30–10.00	<i>T. Plešivčnik-Novljan</i>	Osteoartroza
10.00–10.30	<i>P. Černelč</i>	Pospešena sedimentacija eritrocitov – pomen koncentracije globulinov gama
10.30–12.00		Kronične vnetne črevesne bolezni (vodja sklopa <i>I. Ferkolj</i>) Zakaj, kako in kje se bolezen pojavlja
	<i>I. Ferkolj</i> <i>S. Štepec</i> <i>M. Hafner</i> <i>I. Ferkolj</i> <i>B. Kocijančič</i>	Diagnostični algoritem Posebne oblike Skupinski pristop k zdravljenju Ocena delazmožnosti in invalidnosti
12.00–13.00		Prigrizek
13.00–13.30	<i>A. Bren</i>	Razpoznava in obravnava nujnih stanj v nefrologiji
13.30–14.00	<i>R. Kveder</i>	Novosti pri zdravljenju kronične ledvične odpovedi
14.15–16.00		Pogovor s strokovnjakom Ateroskleroza in prehrana Obstipacija
	<i>I. Keber</i> <i>I. Križman</i> <i>D. Andoljšek</i> <i>M. Medvešček</i>	Ocena krvne slike s hematološkim analizatorjem Oralno zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2
16.00–16.15		Odmor s kavo
16.15–17.15		Predstavitev kliničnih primerov
17.15–18.30		Ambulantno antikoagulantno zdravljenje (vodja sklopa <i>P. Peternel</i>) Kdo naj nadzira antikoagulantno zdravljenje
	<i>P. Peternel</i> <i>A. Mavri</i> <i>B. Salobir-Pajnič</i> <i>N. Vene-Klun</i>	Antikoagulantno zdravljenje pred operacijo in po njej Krvavitev med antikoagulacijskim zdravljenjem. Kaj jo napoveduje in kako ukrepamo? Preprečevanje tromboemboličnih zapletov pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo in undulacijo

Spoštovana kolegica in spoštovani kolega

Tudi letos vas vljudno vabim k aktivnemu sodelovanju. To lahko storite bodisi v obliki krajše predstavitve kliničnega primera, ki bi utegnil biti po vašem mnenju dovolj zanimiv in poučen za slušatelje (predstavitve bodo v soboto popoldan), bodisi v obliki posterja.

Teme posterskih predstavitev naj bodo čim bližje predavanjem, ki jih najdete v programu. Na vašo željo vas lahko povežemo tudi s predavatelji.

Tako za predstavitev kliničnega primera kot posterja pošljite povzetek. Po pregledu poslanega povzetka vas bomo obvestili o tem, ali je vaš prispevek izbran za samostojno predstavitev ali za poster.

Povzetek vašega prispevka bo objavljen v zborniku 40. Tavčarjevih dnevov.

Povzetek pošljite na naslov: *Asist. mag. Hugon Možina, dr. med.*
40. Tavčarjevi dnevi
 Katedra za interno medicino
 Medicinska fakulteta
 Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Povzetek pošljite najkasneje do 15. 9. 1998. Povzetkov, ki bodo prispeli po tem datumu, ne bomo mogli natisniti v zborniku, lahko pa jih boste predstavili, če bodo prispeli do 15. 10. 1998.

Najboljši prispevek bo nagrajen s plačilom vseh stroškov obiska izbranega evropskega kongresa s področja interne medicine.

Navodila za izdelavo posterja bomo poslali tistim udeležencem, ki se bodo prijaviili za postersko predstavitev.

Organizacijski odbor 40. Tavčarjevih dnevov se veseli srečanja z vami.

Odrežite in pošljite v kuverti na naslov

PRIJAVNICA

Katedra za interno medicino
Medicinska fakulteta
 Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prijavljam se za 40. Tavčarjeve dneve v Portorožu, 6. in 7. novembra 1998.

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum: _____ Podpis: _____

SPOŠTOVANI ORAŽNOVCI, DRAGE KOLEGICE, DRAGI KOLEGI!

Naslednje leto bo minilo 130 let od rojstva dobrotnika in mecena Medicinske fakultete v Ljubljani, dr. Ivana Oražna, ki je z oporoko zapustil revnim slovenskim študentom medicine stavbi v Wolfovi ulici in na Dolenjski cesti v Ljubljani. Tako je že leta 1925 Oražnov dom na obeh lokacijah sprejel kot stanovalce prve študente naše fakultete. Številne generacije medicink in medicincev so se v tem času zvrstile v obeh domovih in vsem je čas, ki smo ga preživeli v Oražnovem domu, ostal v lepem spominu.

Z namenom počastitve 130. obletnice rojstva tega velikega moža in z željo po osvežitvi njegovega spomina in prijetnih trenutkov, ki smo jih preživeli kot stanovalci Oražnovega doma, prireja Medicinska fakulteta

SREČANJE »ORAŽNOVCEV VSEH GENERACIJ«

v soboto, dne 10. oktobra 1998 v Kostanjevici na Dolenjskem

Z avtobusi se bomo iz Ljubljane, oz. glede na prijave tudi iz drugih središč Slovenije, odpeljali v Kostanjevico, kjer si bomo pod strokovnim vodstvom ogledali rojstno hišo in spominsko sobo dr. Ivana Oražna. Po kulturnem delu programa bomo nadaljevali z družabnim srečanjem do poznih popoldanskih ur.

Poleg Medicinske fakultete, ki je generalni pokrovitelj, so svojo aktivnost pri organizaciji potrdili tudi Ministrstvo za zdravstvo, Zdravniška zbornica in Zdravniško društvo.

Pričakujemo, da se bo tega srečanja, ki bo pomenilo uvod v praznovanje 80-letnice Medicinske fakultete, udeležila velika večina nekdanjih stanovalk in stanovalcev Oražnovega doma ter njihovih zakoncev, ne glede na starost in kraj bivanja.

Ker žal nimamo seznama stanovalcev Oražnovega doma, prosimo, da izpolnite natisnjeni obrazec in ga pošljete na naslov:

Tajništvo Medicinske fakultete
Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
s pripisom »Srečanje Oražnovcev«

Če se srečanja ne morete udeležiti, Vas vljudno prosimo, da kot Oražnovec kljub temu izpolnite prvi del formularja, saj bomo tako z vašo pomočjo prišli do skupnega seznama stanovalcev Oražnovega doma. Obvestite tudi druge, še posebej kolege, ki bivajo v tujini in zamejske Slovence, ki so v času študija prebivali v Oražnovem domu in ne prejema Zdravniškega vestnika.

V pričakovanju snidenja Vas toplo pozdravljamo.

*Predsednik organizacijskega odbora:
Prof. dr. Stane Repše*

PRIJAVNICA

»Srečanje Oražnovcev vseh generacij«

Kostanjevica - 10. 10. 1998

Ime: _____

Priimek: _____ dekliški: _____

Naslov: _____

LL _____

Telefon: _____

Stanovalec/ka Oražnovega doma od: _____ do: _____

Leto diplome: _____

Akademiški naziv/i in leto podelitve: _____

Sedanje delovno mesto: _____

Srečanja se bom udeležil (označite v kvadratku):

 DA NE sam z _____ družinskim/i članom/i z lastnim prevozom z organiziranim prevozom - avtobus iz Ljubljane iz Maribora* iz Celja* iz Nove Gorice* iz Kopra*

* Prevoz iz teh mest samo pri prijavi najmanj 30 udeležencev!

Potrjujem, da bom prispevek 6.000,00 SIT na osebo za udeležbo na srečanju nakazal ob prijavi na ŽR Medicinske fakultete št. 50103-603-41175 sklic na št. 23004501.

Zmagovita kombinacija...

ULTOP®

omeprazol
kapsule po 20 mg

FROMILID®

klaritromicin
tablete po 250 mg in 500 mg

EFLORAN®

metronidazol
tablete po 400 mg



...za zdravljenje ulkusne bolezni

Zdravilo	1. teden	2. in 3. teden
Utop	2-krat po 20 mg na dan	20 mg na dan (zjutraj)
Fromilid	2-krat po 250 mg ali 500 mg na dan	
Efloran	2-krat po 400 mg na dan	

Opisano zdravljenje je primerno za bolnike z nedvomno ugotovljeno ulkusno boleznijo in potrjeno okužbo z bakterijo *H. pylori*. Odmerki zdravil in trajanje zdravljenja, navedeni v tabeli, predstavljajo enega od najuspešnejših načinov zdravljenja ulkusne bolezni. Za tako zdravljenje je treba predpisati eno skatlico Fromilida in po dve skatlici Eflorana in Utopa. Če namesto Eflorana uporabimo Hiconcil (2-krat po 1000 mg), dnevni odmerek Fromilida naj ne bo manjši od 1000 mg. Na zdravniški recept. 2/98. Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**

Krka, d. d., Novo mesto
Šmarješka cesta 6
8501 Novo mesto

Objavo slike igralnih kart je dovolil Ferdinand Piatnik, Dunaj.

Za bolnike z depresijo

**Pomaga povrniti
mirne noči**

**Pomaga pri
nadaljevanju
terapije**

**Pomaga povrniti
aktivne dni**

Indikacije

- depresija
- obsesivno-kompulzivne nevroze
- bulimia nervosa

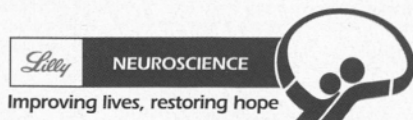
Oblika in pakiranje

- kapsule 14 x 20 mg
- kapsule 28 x 20 mg
- oralna raztopina, steklenička à 70 ml raztopine

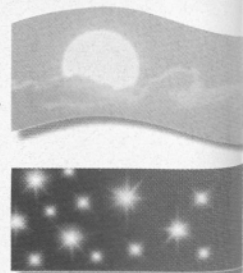
Vse informacije o zdravilu so na voljo v strokovnih publikacijah, ki jih dobite na našem naslovu.

Izberite najboljšo možnost

PROZAC[®]
fluoksetin hidroklorid
Za mirne noči in aktivne dni



Eli Lilly (Suisse) S. A., Podružnica v Ljubljani
Vošnjakova 2, 1000 Ljubljana
telefon: 061 319-648, telefaks: 061 319-767



Cynt[®]
moksonidin

pomeni učinkovito in fiziološko uravnavanje krvnega pritiska tekom celega dne z enkratnim odmerkom



Preprečuje skoke krvnega tlaka v **zgodnjih jutranjih** urah in s tem varuje pred srčnim infarktom in možgansko kapjo.

Zmanjšuje nevarne padce krvnega tlaka **ponoči**.

Učinkovito uravnava tlak v **dnevni** urah z enkratnim odmerkom.

Zato je Cynt najboljša izbira za bolnike:

- s povišanim simpatikotonusom
- z motnjami v presnovi lipidov
- s prizadetim respiratornim sistemom
- s sladkorno boleznijo
- za starejše bolnike
- ki ne prenašajo drugih antihipertenzivov

Indikacije: Esencialna arterijska hipertenzija

Oblika in pakiranje: 30 filmskih tablet po 0,2 mg moksonidina
30 filmskih tablet po 0,3 mg moksonidina
30 filmskih tablet po 0,4 mg moksonidina

Dodatne informacije o zdravlilu so na voljo v strokovnih publikacijah, ki jih dobite na našem naslovu.

Čas je za Cynt



Eli Lilly (Suisse) S. A., Podružnica v Ljubljani,
Ljubljana, Vošnjakova 2, tel.: (061) 319-648, faks: (061) 319-767

Kaj je LCAS?

LCAS - The Lipoprotein and Coronary Atherosclerosis Study je prva angiografska raziskava narejena s fluvastatinom, ki je pokazala, da je za bolnike z blago do zmerno povečano koncentracijo holesterola in koronarno srčno boleznijo koristno, če se zdravijo s hipolipemikom. Ugotovili so, da zdravljenje s fluvastatinom pomembno upočasni napredovanje aterosklerotičnih sprememb na koronarnih arterijah.¹

"Do sedaj so bila mnenja strokovnjakov o agresivnem zdravljenju bolnikov z blago do zmerno povečano koncentracijo holesterola deljena. Vendar je tudi blago ali zmerno povečana koncentracija holesterola previsoka za bolnika, pri katerem se razvije koronarna srčna bolezen."

*Prof. dr. Antonio M. Gotto,
Cornell University, New York*

Fluvastatin je registriran v Sloveniji pod imenom LESCOL® in je razvrščen na pozitivno listo.

Na voljo je 28 kapsul po 20 mg in 40 mg.

LESCOL®

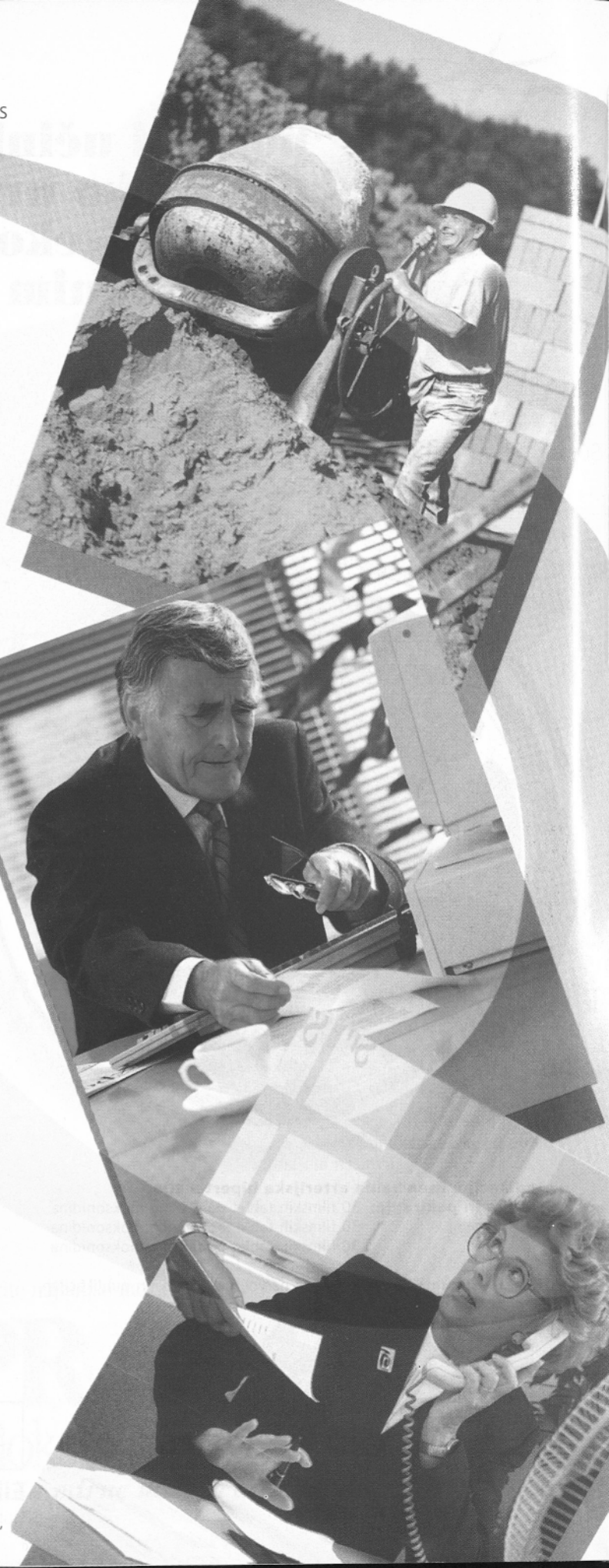
F L U V A S T A T I N

nadzorovano uravnavanje holesterola

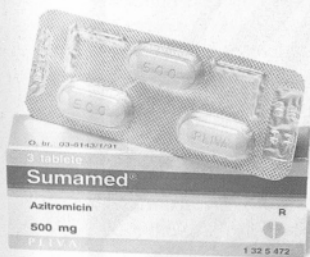
1. Herd JA et al. Effects of Fluvastatin on Coronary Atherosclerosis in Patients With Mild to Moderate Cholesterol Elevations (Lipoprotein and Coronary Atherosclerosis Study /LCAS). American Journal of Cardiology 1997; Vol. 80. No. 3: 278 - 286

 **NOVARTIS**

Informacije in literatura so na voljo pri Novartis Pharma Services Inc., Podružnica v Sloveniji, Dunajska 22, 1511 Ljubljana.



Naučiti se morate samo treh lahkih
korakov in že lahko plešete valček.
S Sumamedom postane antibiotično
zdravljenje tako privlačno preprosto kot valček.
Enkrat na dan, samo tri dni.
Sumamed, en in enkrat.



1-2-3.

Trije lahki koraki

Širokospektralni
antibiotik
za zdravljenje
okužb dihal.

Sumamed[®]
azitromicin



Proizvajalec: PLIVA d.d., Zagreb, Hrvaška, Zastopnik: PLIVA LJUBLJANA d.o.o., Dunajska 51, 1000 Ljubljana, Telefon: 061/302 150; telefaks 061/302 850

SKRAJŠANO NAVODILO: Sumamed je prvi predstavnik makrolidnih antibiotikov nove generacije, imenovanih azalidi. **Indikacije:** Okužbe zgornjega dela dihal: bakterijsko vnetje žrela in tonzil, akutno vnetje srednjega ušesa in sinusov. Okužbe spodnjega dela dihal: akutne eksacerbacije kroničnega bronhitisa, intersticijske in bakterijske pljučnice. Okužbe kože in mehkih tkiv: erizipel (sen), impetigo in sekundarne piodermije. **Kontraindikacije:** Preobcutljivost za makrolidne antibiotike. **Interakcije:** Hrana zmanjšuje absorpcijo azitromicina, zato moramo zdravilo jemati uro pred jedjo ali dve uri po njej. Antacidi upočasnijo absorpcijo azitromicina, zato priporočamo vsaj 2-urni presledek med jemanjem obeh zdravil. V nasprotju z večino makrolidov azitromicin ne inaktivira citokroma P-450, zato doslej niso opazili interakcij z drugimi zdravili. **Posebna opozorila:** Previdnost pri jemanju zdravila je potrebna pri bolnikih z okvarami jetrnih funkcij. Prilaganje odmerkov pri starejših bolnikih ni potrebno. **Nosečnost in dojenje:** Poskusi na brejih živalih niso pokazali škodljivih učinkov zdravila na plod, vendar so klinični podatki le malostevilni, zato uporabljamo azitromicin med nosečnostjo in dojenjem le, če je res potreben. **Odmerki in uporaba:** Okužbe dihal, kože in mehkih tkiv: odrasli vzamejo tri dni zapored po 500 mg enkrat na dan. **Stranski učinki:** Azitromicin redko povzroča stranske učinke. Lahko se pojavijo prebavne motnje (napenjanje, slabost, bruhanje, driska, bolečine v trebuhu) in izpuščaji. Opazili so prehodno rahlo povečanje vrednosti jetrnih encimov, nevtropenijo ter le redko nevtrofilijo in eozinofilijo. Zvečane vrednosti se povrnejo na normalno raven v dveh do treh tednih po koncu zdravljenja. **Oprema:** kapsule po 250 mg, tablete po 500 mg. **Podrobnejše informacije o zdravilu so vam na voljo pri zastopniku.**

Kaj je LCAS?

TUDI V TABLETI S POČASNIM SPROŠČANJEM
NESTEROIDNI ANTIREVMATIK

ELDERIN®

*Da bi telo v gibanju,
ostalo v gibanju.*

ELDERIN® SR

etodolak

ELDERIN® FORTE

etodolak



*Lek, tovarna farmacevtskih
in kemičnih izdelkov, d.d.*

Ljubljana

Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu

Razred zase

Lamisil®
terbinafinum
TABLETE, KREMA

Zdravilo prve izbire za zdravljenje glivičnih infekcij kože, nohtov in lasišča

LAMISIL - antimikotik za sistemsko in lokalno zdravljenje.

Sestava: Tablete vsebujejo 125 mg in 250 mg terbinafina v obliki hidroklorida.

1 g 1% kreme vsebuje

10 mg terbinafinovega hidroklorida.

Indikacije: Tablete: glivične infekcije kože, nohtov in lasišča. Krema: glivične infekcije kože.

Odmerjanje: Otroci (do 40 kg telesne teže): 62,5 do 125 mg 1-krat na dan.

Odrasli: 250 mg 1-krat na dan. Kremo nanese na obolelo mesto in okolico zjutraj in zvečer. Zdravljenje traja glede na indikacijo in resnost infekcije.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za terbinafin ali katerokoli sestavino zdravila.

Previdnostni ukrepi: Tablete: nosečnice in matere, ki dojijo, stabilno kronično moteno delovanje jeter, oslABLJENO delovanje ledvic. Krema: samo za zunanjo uporabo. Ne sme priti v stik z očmi.

Interakcije: Tablete: zdravila, ki inducirajo encime (rifampicin), zaviralci citokroma P450 (cimetidin).

Stranski učinki: Tablete: prebavne motnje, kožne reakcije, motnje okusa.

Krema: na mestu uporabe se lahko pojavi rdečica, srbeč in pekoč občutek.

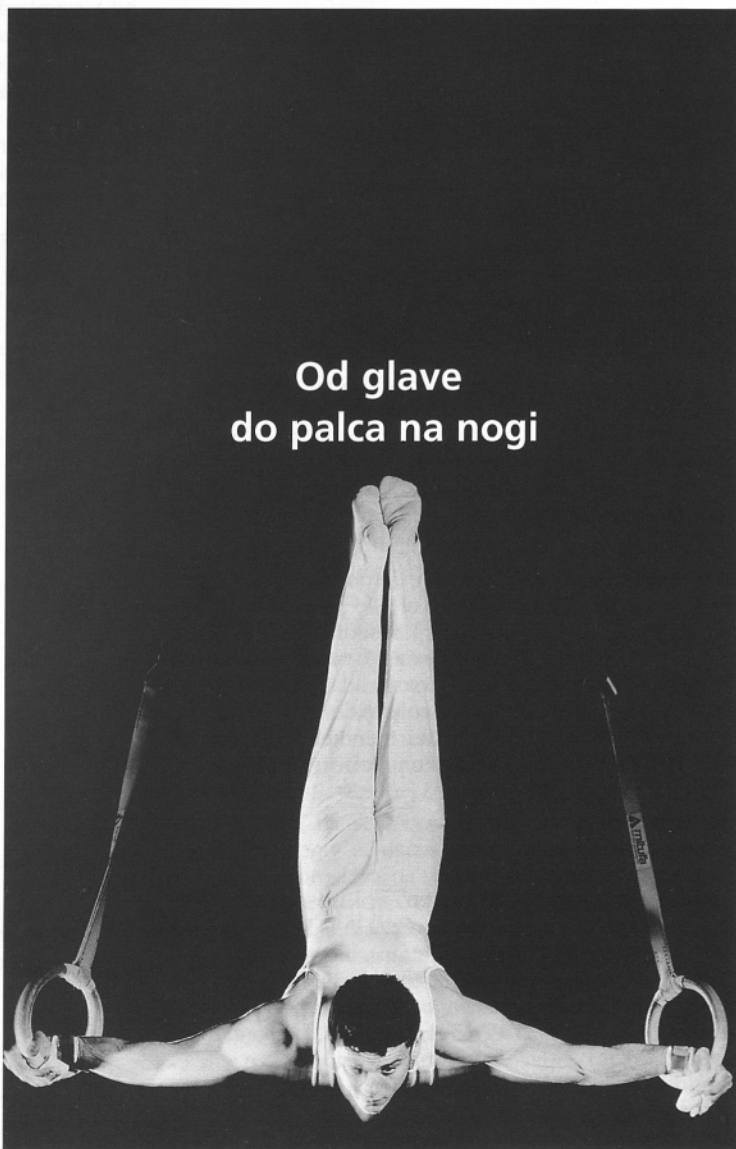
Oprema: Tablete: 14 tablet po 125 mg ali 250 mg; 28 tablet po 250 mg. Krema: 15 g.

Informacije in literatura so na voljo pri
Novartis Pharma Services Inc.,
Podružnica v Sloveniji,

Dunajska 22, 1511 Ljubljana,
tel. 061/133 04 04,
faks 061/133 96 55.

Pred uporabo preberite celotno navodilo!

 **NOVARTIS**



Od glave
do palca na nogi

Neprekosljiv nastop v dermatologiji

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je: Zdravniški vestnik, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, telefon (061) 317 868, telefaks (061) 301 955.

Splošna načela

ZV objavlja le izvorna, še ne objavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če je članek pisalo več soavtorjev, je treba navesti natančen naslov (s telefonsko številko) tistega avtorja, s katerim bo uredništvo sodelovalo pri urejanju teksta za objavo ter mu pošiljalo prošnje za odtis.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene skladno z načeli Kodeksa medicinske deontologije in Deklaracije iz Helsinkov/Tokija.

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

Prispevki bodo razvrščeni v eno od naslednjih rubrik: uvodnik, raziskovalni prispevek, strokovni prispevek, pregledni članek, kakovost v zdravstvu, pisma 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, ključne besede, tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (po 30 vrstic) s tabelami in literaturo vred.

V besedilu se uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih.

Spremni dopis

Spremno 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 morebiti 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 30 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 v enem izpisu in na 5.25 ali 3.5 inčni disketi, formatirani na 360 KB ali 1,2 MB, kar bo olajšalo uredniški postopek. Ko je le-ta končan, uredništvo disketo vrne. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows ali z drugim besediilnikom, 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

akademskega 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 imenom in priimkom daljši od 90 znakov, je potrebno 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 ev. 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, opisati vzorec, ki se preučuje (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 ugotovitke.

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 in razlaga v tekstu uporabljenih kratic morajo biti napisani na posebnih listih.

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnem listu. Vsaka tabela mora biti oštevilčena z zaporedno številko. Tabela mora imeti najmanj dva stolpca. Vsebovati mora: 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; navesti je treba 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 tabele morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če morebiti podatki manjkajo.

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 (81 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (168 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z laserskim tiskalnikom. Pri velikosti črk je treba 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 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 in 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 vsebovani v seznamu literature.

Literatura naj bo zbrana na koncu članka po zaporednih številkah navedkov. Če je citirani članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih navedite vse; pri 7 ali več je treba navesti prve tri in dodati et al. Če pisec prispevka v originalni objavi ni imenovan, se namesto njega napiše Anon. Naslove revij, iz katerih je navedek, je treba krajšati kot 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, 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. Proceeding of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: Goezlem Printing and Publishing Co, 1985: 11–5.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 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 izvirnikom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

Avtor dobi v korekturo prvi krtačni odtis s prošnjo, da na njem označi vse tiskovne napake. 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 na Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

Če zaproseni recenzent prispevka ne more sprejeti v oceno, naj rokopis vrne. Hvaležni bomo, če v tem primeru predlaga drugega primernega recenzenta. Če meni, naj bi uredništvo poleg njega prislo 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; tem 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 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 potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jase in koncizen ter ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovjšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih ali v ZV; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali so literaturni citati točni. Preveriti je treba dostopne reference. Prav tako je treba oceniti, če so slike, tabele in grafi točni in da se v tabelah ne ponavlja tisto, kar je že navedeno v tekstu; da ne vsebujejo nepojasnjenih kratic, da so številčni podatki v tabelah ustrezni onim v tekstu ter da ni napak.

Če recenzent meni, da delo potrebuje dopolnilo (komentar) ali da bi ga sam lahko dopolnil (s podatki iz literature ali lastnimi izkušnjami), se lahko dogovori z urednikom, da se tak komentar objavi v isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 67, JUNE 1998, Pages 337-400, Number 6

CONTENTS

PROFESSIONAL ARTICLES

- Vincenz Kern and his merit in the introduction of the vaccination in Slovenian lands of the Habsburg monarchy**, C. Toplak, Z. Zupanič-Slavec 337
- Intolerance to nonsteroidal antiinflammatory drugs: role of in-vitro diagnostic test**, M. Košnik, B. Wraber, I. Grmek-Košnik, A. Skralovnik-Štern, E. Mušič, S. Šuškovič, M. Fležar 341
- Chylothorax and pseudochylothorax – a case report**, I. Koren, J. Panjan 345
- Mortality rates in Slovenia in 1996**, J. Šelb 349
- Bronchoscopic needle aspiration without computer tomography of the thorax in the staging of lung cancer: when and where**, A. Debeljak, N. Triller, M. Terčelj, I. Kern 355

REVIEW ARTICLES

- The role of pathology in defining chronic obstructive lung disease**, T. Rott, D. Ferluga, I. Kern 359

NEWS AND VIEWS