

Č 98528

zdravniški vestnik 1992 v 602

UDK 61 + 614.258(061.1)=863=20

CODEN : ZDVEA 8

YU ISSN 0350-0063

zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

VSEBINA

NA MESTU UVODNIKA

Ob sprejemu Slovenije v Svetovno zdravstveno organizacijo, B. Voljč 425

STROKOVNI PRISPEVKI

Ne-endemski Burkittov limfom odraslih, M. Vovk, M. Fidler-Jenko, G. Petrič-Grabnar, M. Bizjak-Schwarzbartl, J. Jančar 427

Kronična taktilna halucinoza, B. Kores-Plesničar, M. Rus-Makovec 431

Posttravmatski stresni sindrom pri otroku, A. Kos-Mikuš, M. Gorišek, V. Slodnjak 435

PREGLEDNI PRISPEVKI

Maligni melanom žilnice, B. Jančar 439

Vrtoglavica žilnega porekla – Nevrološki aspekt, A. Grad 443

PISMA UREDNIŠTVU

Sprememba koncepta prve pomoči pri odprtih poškodbah prsnega koša, I. Kalinšek 447

Diagnostika tuberkuloze, A. Debeljak, A. Skralovnik-Štern, V. Maček, A. Rus, B. Mežnar 448

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo: BIOLOGICAL ABSTRACTS, BIOMEDICINA SLOVENICA, BULLETIN SCIENTIFIQUE, CURRENT CONTENTS/CLINICAL MEDICINE, EXCERPTA MEDICA, MEDLARS

Zdrav Vestn	Letnik 61	Št. 9	Str. 425–464	Ljubljana	September 1992
-------------	-----------	-------	--------------	-----------	----------------



RAZGLEDI

Strokovno izpopolnjevanje	451
Strokovna srečanja	438
Zanimivo je vedeti	453
Aktualni pogovor	453
Nove knjige	458
Errata corrigé	458
V tej številki so sodelovali	433
Oglasi	430, 434, 442, 446, 459, 460, 461, 462, 463

Glavni urednik / Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik / Responsible Editor:

M. Janko

Uredniki / Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik / Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet / Editorial Council:

S. Herman (predsednik/president), F. Urlep (namestnik predsednika/vice-president), B. Baraga, J. Bedernjak, A. Gregorič, J. Jakša, J. Jeras, V. Kostevc-Zorko, T. Košir, A. Kovačič, I. Kralj, M. Lavrič, J. Lešničar, Ž. Ostojic, A. Planinšek, M. Porenta, A. Prijatelj, T. Ravnikar, M. Skulj, M. Strojan, B. Šalamun, T. Šiler, B. Šuštaršič, Z. Turk, T. Vahtar, M. Žitnik

Uredniški odbor / Editorial Board:

J. Bedernjak, A. Bren, S. Bunta, M. Cevc, J. Darovec, A. Dernikovič, D. Ferluga, D. Keber, E. Kovačič, G. Lešničar, L. Marion, J. Markež, J. Marolt, M. Marolt-Gomišček, L. Morela, E. Mušič, M. Pajntar, D. Pokorn, S. Repše, Z. Rudolf, J. Simoniti, J. Sketelj, K. Šparaš, L. Toš, R. Turk

Tajnica uredništva / Secretary of the Editorial Office: K. Jovanovič

Lektor za slovenščino / Readers for Slovenian: T. Korošec, **za angleščino / for English:** M. Davis

Naslov uredništva in uprave / Adress of the Editorial Office and Administration: 61000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Tekoči račun pri / Curent Account with LB 50101-678-48620

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec. Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino, ki znaša 2.600,00 SIT, za študente 650,00 SIT, za ustanove 20.000,00 SIT, za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 400,00 SIT. To številko so sofinancirali: Ministrstvo za znanost in tehnologijo in Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo – Tisk ČGP DELO – Tiskarna, Ljubljana – Naklada 4200 izvodov

Zdravniški vestnik

LETNIK 61 – ŠTEVILKA 9

GLASILO SLOVENSKEGA
ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY



**OB SPREJEMU SLOVENIJE
V SVETOVNO ZDRAVSTVENO
ORGANIZACIJO**

Na redno letno zasedanje Svetovne zdravstvene organizacije v Ženevi sem odpotoval na hitro, tako rekoč od danes na jutri. Do zadnjega se namreč ni vedelo, ali bo naša prošnja za sprejem obravnavana ali ne, saj še nismo bili člani Združenih narodov, za obravnavo prošnje pa mora biti predhodno opravljena tudi vrsta formalnosti. Razen tega smo bili edini od novih držav na ozemlju bivše Jugoslavije, ki smo zaprosili za sprejem. A bolj ko se je čas odmikal, bolj so nam stvari kazale in verjetnost, da nam bo uspelo, je bila vse večja. Na sedežu Združenih narodov v New Yorku so bili vloženi potrebni instrumenti in v Ženevi so bili o tem obveščeni. Treba se je bilo torej odpraviti tja z lepo, a težko nalogo; Slovenija naj bi kot prva od vseh bivših jugoslovanskih republik postala polnopravna članica Svetovne zdravstvene organizacije. To naj bi bilo tudi njeno prvo članstvo v katerikoli organizaciji Združenih narodov.

V Ženevi me je z dobrimi novicami pričakal naš konzul, gospod Jure Gasparič. Stvari da sploh ne stojijo slabo, večina delegacij, zlasti najpomembnejših, je našemu sprejemu naklonjena, edina, ki bi utegnila povzročati probleme, je Jugoslavija, vendar pa zaradi razmer v Bosni ni pričakovati, da bi se tega sploh lotila. Vendar, njen vpliv med neuvrščeniimi je velik, trenutno je tudi predsedujoča država in nič čudnega ne bi bilo, če bi med njimi prišlo do kakšnega dogovora.

Palača narodov v Ženevi s svojimi hodniki, dvoranami in sobanami, po katerih me je vodil gospod Gasparič, ni prav nič pomirjujoče delovala name. Razen tega je bil sprejem novih članic iz srede pomaknjen na četrtek popoldne, kar je najino negotovost samo povečevalo in podaljševalo. Priložnostni pogovori s to ali ono delegacijo pa so vlivali upanje na dobro rešitev. Zvedela sva, da nas bodo podprle vse članice Evropske skupnosti in da tudi Združene države ne bodo povzročale problemov. Jugoslovanski predstavniki pa v zvezi z našo prošnjo niso imeli še nobenih navodil. Jugoslavija je vseeno ostajala najina največja skrb.

V sredo pa se je spričo vojne na Hrvaškem in v Bosni razvnela razprava o upravičenosti nadaljnega članstva Jugoslavije v Svetovni zdravstveni organizaciji. Končala se je tako, da Jugoslavija sicer lahko prisostvuje zasedanju še naprej, kar pa ne pomeni, da bo tako ostalo tudi v bodoče. Ta razprava naju je precej pomirila, saj je bila z njo vloga jugoslovanske delegacije na tem zasedanju močno zmanjšana.

Končno je prišel četrtek, končno je minilo tudi kosilo in velika dvorana se je pričela polniti. Za polnopravno članstvo sta zaprosili Slovenija in Gruzija, za status opazovalca pa Portorico. Gruzinski minister za zdravstvo je bil silno nervozen, kar naprej si je brisal čelo, Portoričan pa čisto sproščen, saj so Združene države že dale svoje soglasje. Vsi smo sedeli skupaj in mirili Gruzince. Predsedujoči je najprej poročal o prošnji Gruzije in vprašal, ali ima katera delegacija v zvezi z njeno prošnjo kakšne zadržke; ni jih bilo, Gruzija je bila sprejeta in Gruzinec je imel kratek govor. Na vrsto je prišla Slovenija; predsedujoči je povedal, da so vsi instrumenti vloženi in spet vprašal po zadržkih. V dvorani je zavladala nekajsekundna tišina, nato pa je zadonel glasen aplavz. Predsednik je ugotovil, da je bila Slovenija pravkar z aklamacijo sprejeta za polnopravno članico Svetovne zdravstvene organizacije in me pozval na oder. V kratkem govoru sem se vsem delegacijam zahvalil za podporo, povedal, da to članstvo Sloveniji veliko pomeni in da

bo izpolnjevala vse dolžnosti, ki iz njega izhajajo. Po končani ceremoniji so nam najprej čestitale delegacije Avstrije in Nemčije. Nemški minister je povedal, da je obiskal prek 30 delegacij in nam zagotovil njihovo podporo. V primeru, da bi bile kakršnekoli



težave, je dejal, bi se Skupnost odločno postavila v naš bran. Delegat Turčije je v javnem nastopu postavil Slovenijo za zgled vsem ostalim bivšim jugoslovanskim republikam, kako je treba ravnati. Edino delegat Mehike je menil, da bi Slovenija morala prej postati članica Združenih narodov, nato pa šele Svetovne zdravstvene organizacije. Čestitala nam je še vrsta drugih delegacij, med njimi tudi jugoslovanska. Poiskal me je gospod Norman Sartorius, eden od direktorjev Svetovne zdravstvene organizacije in nam čestital. Naslednji dan sem imel z njim zelo koristen razgovor.

V prostoru slovenskega konzulata, ki ga ljubeznivo gosti slovenski rojak in arhitekt, gospod Janez Hacin, smo skupaj z njim nazdravili Sloveniji. Bilo je 7. maja popoldne, slavni vodomet ob Ženevskem jezeru je visoko pod nebo bruhal svojo vodo in nad Ženevo je sijalo prijazno sonce.

* * *

S sprejemom v Svetovno zdravstveno organizacijo so se pred slovenskim zdravstvom znašle odgovorne naloge. Naši strokovnjaki so z organizacijo sicer že prej sodelovali, vendar kot Jugoslovani. Komaj kdo jih je poznal kot Slovence, nemara za Slovenijo

celo vedel ni. Zato moramo Slovenijo in njeno zdravstvo v Svetovni zdravstveni organizaciji uveljaviti s solidnim in strokovnim delom. Ker je Svetovna zdravstvena organizacija specializirana agencija Združenih narodov, se veljava njenih članic ne presoja po velikosti države oziroma po desetinah milijonov prebivalcev, pač pa strokovnosti in kakovosti njihovih prispevkov. S polnopravnim članstvom smo slovenski zdravniki zato sprejeli velik izziv in upam, da bomo sposobni nanj tudi ustrezno odgovoriti, tako, da bo Slovenija postala aktivna in pomembna članica Svetovne zdravstvene organizacije.

Na Ministrstvu smo s tem v zvezi že pričeli z ustreznimi aktivnostmi. Stekle so priprave za odprtje urada za sodelovanje s Svetovno zdravstveno organizacijo, pospešili smo delo Komisije za sodelovanje z njo, obiskal nas je že gospod dr. Norman Sartorius, predsednik vlade je na obisk že povabil generalnega direktorja Svetovne zdravstvene organizacije, gospoda dr. Hiroshija Nakayimo, intenzivirajo se stiki z evropskim uradom v Kopenhagnu, v pripravi je obisk naših strokovnjakov v Ženevi, javljajo se rojaki, ki so bili ali ki so še dolgoletni sodelavci Svetovne zdravstvene organizacije in se želijo vključiti v delo, prav tako pa se bo poglobilo tudi delo treh kolaborativnih centrov, ki jih v Sloveniji že imamo. Predvsem pa želimo, da bi se naši zdravniki čimprej vključili v konkretne projekte, v katerih bi z njihovim znanjem in izkušnjami lahko koristno sodelovali. Prav tako pa lahko pričakujemo od Svetovne zdravstvene organizacije pomoč na tistih področjih, kjer bomo to sami želeli. Predvsem pa je pomembno, da bo to sodelovanje zajelo čimvečje število naših zdravnikov, ki se bodo na ta način strokovno, mednarodno, pa tudi socialno brusili. Slovenija potrebuje veliko strokovnjakov, ki jo bodo v svetu predstavljali in zastopali na v vsakršnem oziru ustrezen način. Zato pozivam vse slovenske zdravnike, zlasti pa mlajše, da poleg strokovnega izpopolnjevanja ne pozabijo na tuje jezike, predvsem pa ne na angleščino, brez katere je postalo gibanje po strokovnem svetu skoraj nemogoče.

Slovenci se lahko ozremo na lepo strokovno preteklost. Številni rektorji dunajske univerze so bili Slovenci, še danes naši ljudje po svetu zasedajo pomembna strokovna in znanstveno vodstvena mesta. Tudi domača znanost v marsičem ne zaostaja. Nobenega razloga torej ni, da bi ne šli uspešno naprej. S članstvom v Svetovni zdravstveni organizaciji se nam prijazno odpirajo številna nova vrata. Stopimo zato skozi njega s potrebnim pogumom in modrostjo.

Dr. Božidar Voljč

Minister za zdravstvo, družino in socialno varstvo

NEENDEMSKI BURKITTOV LIMFOM ODRASLIH

NON-ENDEMIC BURKITT'S LYMPHOMA OF ADULTS

Marjeta VOVK, Marija FIDLER-JENKO, Gabrijela PETRIČ-GRABNAR, Marija BIZJAK-SCHWARZBARTL, Janez JANČAR

Onkološki inštitut, Zaloška 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1991-05-28

Sprejeto 1992-03-11

Zdrav Vestn 1992; 61: 427-9

KLJUČNE BESEDE: zdravljenje

KEY WORDS: treatment

IZVLEČEK – Izhodišča. Burkittov limfom uvrščamo med visoko maligne ne-Hodgkinove limfome, ki imajo nezdravljeni smrtni izid, so pa rezultati njihovega zdravljenja tudi pri nas v zadnjih letih zelo ohrabrujoči.

Metode. Retrospektivno smo ocenili uspeh zdravljenja sedem odraslih bolnikov z BL, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani od leta 1984 do 1989.

Rezultati. Šest bolnikov je imelo limfom lokaliziran v trebuhu (5 – v želodcu, 1 – ileocekalno), pri petih je bil premer limfoma več kot 10 cm, nihče ni imel bolezni v kostnem mozgu ali CŽS. Nikomur nismo operativno odstranili več kot 90% tumorske mase. Vse smo zdravili z intenzivno kemoterapijo (šest po BFM protokolu, enega s KT po shemi m-BACOD), po zaključeni KT smo trem obsevali ležišče limfoma, nikomur pa nismo preventivno obsevali CŽS. En bolnik je umrl četrty dan zdravljenja zaradi aritmije, ki jo je povzročila limfomska infiltracija prevodnega sistema srca.

Ostale bolnike smo sledili povprečno dve leti in deset mesecev (eno leto in en mesec – 4,5 leta) po zaključenem zdravljenju. S KT smo dosegli popolni odgovor, ki še traja pri vseh bolnikih.

Zaključki. Izsledki naše raziskave kažejo, da je mogoče z intenzivno KT ozdraviti večino bolnikov z BL, ki nimajo neugodnih prognostičnih kazalnikov (zajetje KM ali CŽS), čeprav je seveda število bolnikov premalo za statistično pomemben zaključek.

ABSTRACT – Background. Burkitt's lymphoma (BL) is classified as high malignant Non-Hodgkin lymphoma, which untreated ended with death. The results of medical treatment are in last years good also in our institution.

Methods. The efficacy of treatment of Burkitt's lymphoma (BL) was assessed in a retrospective study of 7 adult patients, treated in the Institute of Oncology Ljubljana, from 1984–1989.

Results. 6 patients had intraabdominal disease (5 – stomach, 1 ileocecal region), 5 patients had bulky disease (tumor mass more than 10 cm in diameter), none had bone marrow (BM) or CNS involvement and none had debulking surgery. All patients were treated by intensive chemotherapy (ChT) (6 with BFM, 1 with m-BACOD ChT), 3 of them by involved field radiotherapy (RT), none had preventive CNS-RT. One patient died 4 days after the beginning of ChT with arrhythmia due to BL involvement of the cardiac conducting system. The median duration of follow up in 6 of 7 patients evaluable for response to treatment was 2 years 10 months (range 1 year 1 months – 4.5 years). After ChT complete remission was achieved in all patients. All are still alive and disease free.

Conclusions. The number of our patients is too small to allow any conclusion, but it seems that using aggressive multiagent ChT cure can be expected in a high percentage of adults in a subset without adverse prognostic factors (BM or CNS involvement).

Uvod

Leta 1958 je Burkitt prvič opisal tumor čeljusti pri otrocih Ekvatorialne Afrike (1). Ta tumor so kasneje uvrstili med limfome (2) in definirali njegove patomorfološke značilnosti (3).

Po Kielski klasifikaciji uvrščamo danes Burkittov limfom (BL) in B-limfoblastni (ne-Burkittov) limfom med visoko maligne ne-Hodgkinove limfome (NHL) (4, 5). Diagnoza temelji na patomorfoloških značilnostih in imunološki potrditvi B-fenotipa. Tudi akutne limfoblastne levkemije B-imunofenotipa, ki jo zdravimo enako kot BL, citološko in imunološko ni mogoče ločiti od BL (6, 7).

Kolikor nam je znano, je v slovenskem in jugoslovanskem slovtvu le malo opisov BL pri otrocih (8–12), nič pa pri odraslih. Tudi incidenca bolezni v Sloveniji in Jugoslaviji je vprašljiva, saj boleznj dostikrat niso razpoznali ali pa je niso ločili od ostalih visoko malignih NHL.

Ta redka bolezen odraslih ima nezdravljena smrtni izid, ohrabrujoči pa so rezultati zdravljenja v zadnjih letih, tudi pri nas.

Bolniki in metode

Retrospektivno smo ocenili uspeh zdravljenja sedem bolnikov z BL, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani od januarja 1984 do decembra 1989. Diagnozo smo ugotovili na osnovi patomorfoloških kriterijev in je nismo imunohistološko potrdili. Razsežnost bolezni smo ocenili z anamnezo, pregledom bolnika, krvno sliko, biokemičnimi preiskavami (jetrni testi, dušični retenti, LDH), punkcijo in biopsijo kostnega mozga (KM), lumbalno punkcijo, rtg pljuč, CT prsnega koša in trebuha ali UZ trebuha. Pri štirih bolnikih je bila narejena diagnostična laparotomija, ker iz endoskopskih biopsijskih vzorcev ni bilo mogoče določiti histološke diagnoze. Nikomur nismo operativno odstranili več kot 90% tumorske mase (»debulking surgery«).

Stadij smo določili po Ann Arborju (13) in Zieglerju (14). Tumor premera več kot 10 cm smo definirali kot »veliko tumorsko maso (VTM)«, bolezen v KM ali CŽS pa kot »neugodne prognostične kazalnike«. Vse bolnike smo zdravili s kemoterapijo (KT): enega s KT po shemi m-BACOD (15) – 9 ciklusov, šest bolnikov pa po BFM 81/83 protokolu (tab. 1) (16) – 3 do 6 ciklusov. Kljub temu, da smo s KT dosegli popolni odgovor pri vseh bolnikih, smo trem obsevali področje lokalizacije BL, nikomur pa preventivno

BL – Burkittov limfom; NHL – ne-Hodgkinov limfom; KM – kostni mozeg; CT – računalniška tomografija; UZ – ultrazvok; KT – kemoterapija.

CŽS. Bolnik z BL v področju ORL je bil ob 4., 5. in 6. ciklusu KT obsevan s tumorskim odmerkom 1000 cGy–200 cGy dnevno, dva bolnika z BL v trebuhu pa sta bila obsevana po KT s tumorskim odmerkom 2000 cGy v dveh tednih oziroma 3000 cGy v štirih tednih. Preživetje smo definirali kot čas od zaključka zdravljenja do datuma analize (september 1990) ali smrti.

Rezultati

Zdravili smo pet moških in dve ženski. Povprečna starost je bila 27 (17–43) let. Ob diagnozi je bil BL lokaliziran pretežno v prebavilih pri šestih bolnikih (5 – želodec, 1 – ileocekalno), pri enem bolniku pa v nebnici. Nihče ni imel bolezni CŽS ali KM.

Stadij bolezni smo ocenili po Ann Arborju: II₂ – štirje bolniki (3 VTM), III – en bolnik (1 VTM), IV – dva bolnika (1 VTM) in po Zieglerju: B – en bolnik, C – štirje bolniki (4 VTM), D – dva bolnika (1 VTM).

Eden od sedmih bolnikov je umrl četrti dan po začetku KT zaradi aritmije, ki jo je povzročilo zajetje prevodnega sistema srca in obsežna lokalizacija BL v desnem atriju. Uspeh zdravljenja zato lahko ocenjujemo pri 6/7 bolnikov. Popolni odgovor, ki še vedno traja, smo dosegli pri vseh bolnikih.

Sledili smo jih povprečno dve leti in deset mesecev (eno leto in en mesec – 4,5 leta).

Razpravljanje

BL je endemski v Ekvatorialni Afriki, kjer predstavlja več kot 50% vseh tumorjev otrok z najvišjo incidenco med 5.–10. letom (17, 18). Lokaliziran je predvsem ektranodalno, najpogosteje v čeljustnih kosteh, prebavilih, redkeje drugje, zelo redko v kostnem mozgu, bezgavkah, jetrih, vranici (18–20).

Ne-Afriški ali neendemski (Evropa, Severna Amerika) BL predstavlja le 30–50% NHL otrok in je enako pogost pri otrocih kot pri mladih odraslih (18, 19). Ob diagnozi je najpogosteje v bezgavkah, prebavilih (zlasti v želodcu in ileocekalno) in tudi v KM (18, 20, 21). Endemski in neendemski BL je redko v CŽS ob diagnozi, se pa tu najpogosteje ponovi, zato je že ob prvem zdravljenju potrebna preventivna CŽS.

Bolezen vzbuja zanimanje genetikov in virologov zaradi tipičnih kromosomskih translokacij (22) in še nepojasnjene povezave z okužbo z Epstein-Barrovim virusom (17, 22–24).

BL je najhitreje rastoči človeški tumor s podvojitvenim časom 24–66 ur in 70% izgubo celic (15, 25). Ker se lahko v nekaj dneh izredno poveča, pogosto povzroča urgentna stanja: zaporo dihalnih poti, prebavil, uretrov, krvavitve iz prebavil, paraplegijo ali uratno nefropatijo.

Zaradi specifične celične kinetike povzroči KT zelo hiter razpad celic limfoma, kar lahko privede do sindroma »tumor lysis« – obilnega sproščanja kalija, fosforja, sečne kisline... in celo do smrti zaradi motenja ritma srca ali akutne ledvične odpovedi... (26). Zato je treba bolnika pred zdravljenjem ustrezno pripraviti s hiperhidracijo, alkalizacijo, Allopurinolom in zlasti prve dni zdravljenja pogosto kontrolirati elektrolite, dušične retente, acidobazno ravnotežje.

Zaradi zelo hitre rasti moramo začeti zdravljenje čimprej, najkasneje 24–48 ur od diagnoze. Danes je jasno, da je poli-KT s preventivno CŽS zdravljenje izbora. Prvi izsledki zdravljenja večjega števila bolnikov z BL niso bili ohrabljeni. Bolezen se je ponovila pri 46% bolnikov (27), dve leti je preživel le 30% bolnikov (28). Še slabši so bili rezultati zdravljenja B-ALL, saj skoraj nihče ni ozdravel (29, 30). Prve uspehe so dosegli z zdravljenjem po protokolu za otroške ALL in NHL (31) in s KT po LSA₂L₂ protokolu za otroške NHL (32).

Z zdravljenjem limfoblastnih in nediferenciranih limfomov opisuje Magrath s sodelavci 51% povprečno preživetje brez zna-

Tab. 1. BFM 81/83 – kemoterapija za Burkittov limfom, modificirana.

Tab. 1. BFM 81/83 – chemotherapy for Burkitt's lymphoma, modified.

Citostatik	Odmerek	Način	Dan
– Citoredukcija:			
CP	200 mg/m ²	i. v.	1–5
P	0,5–1 mg/kg	per os	1–5
– Blok-1:			
VCR	2 mg	i. v.	1
MTX	15 mg	i. th.	1
MTX	50 mg/m ²	i. v. bolus	1
MTX + LV	500 mg/m ²	24 ^h inf	1
CP	200 mg/m ²	i. v. ali per os	1–5
VM 26	165 mg/m ²	1 ^h inf	5
ARA-C	300 mg/m ²	1 ^h inf	5
– Blok-2:			
VCR	2 mg	i. v.	1
MTX	15 mg	i. th.	1
MTX	50 mg/m ²	i. v. bolus	1
MTX + LV	500 mg/m ²	24 ^h inf	1
CP	200 mg/m ²	i. v. ali per os	1–5
ADRIA	50 mg/m ²	i. v.	5

LV 48^h po začetku MTX: 15 mg/m²/6^h × 3

Blok 1 + Blok 2 = 1 cikel

Razmak med 1. in 2. blokom je 2–3 tedne.

P 60 mg/m² per os od začetka 1. bloka do konca 2. bloka, nato v naslednjem tednu postopoma nižaj odmerek.

CP = cyclophosphamide P = prednisone
 MTX = methotrexate ADRIA = adriamycin
 VCR = vincristine LV = levkovorin

Modifikacijo originalne sheme pomenita višji odmerek MTX in dodatek VCR.

kov bolezni pri vseh in 88% pri bolnikih z zgodnjim stadijem. Kasneje se je izkazalo, da je najuspešnejša tista KT, ki vključuje srednje odmerke metotreksata, ciklofosfamid in preventivno CŽS. Te osnove vključuje doslej najuspešnejši BFM 81/83 protokol za zdravljenje otroški ALL in NHL (16). Po tem protokolu so zdravili tudi BL in B-ALL odraslih in dosegli popolni odgovor pri vseh bolnikih (16, 33), samo pri 29% se je bolezen ponovila (33). Kasneje so ta protokol izpopolnili, vključili nove citostatike in opustili obsevanje glave (BFM/86).

Po BFM 81/83 KT protokolu smo zdravili vse naše bolnike, razen enega.

Popolni odgovor smo dosegli pri vseh bolnikih, vsi so še živi in brez znakov bolezni. To verjetno pomeni ozdravitev, saj so večina mnenja, da se BL ponovi, če se, zgodaj – pol do enega leta po zaključnem zdravljenju, kasneje zelo redko.

Večina je mnenja, da obsevanje ni koristno (27, 34–37). Morda je smiselno le, če je po KT dosežen le delni odgovor.

Odprto ostaja vprašanje operativne odstranitve limfoma pred KT. Izkušnje nekaterih so pokazale, da več kot 90% odstranitve tumorske mase pred KT bistveno izboljša prognozo, zmanjša smrtnost zaradi sindroma »tumor lysis« in zaplete po KT, ki nastanejo zaradi hitre topitve tumorja (npr. perforacija želodca, če limfom zajema celo debelino stene) (15, 27, 38–40). Koristi od operacije ni, če ne začnemo KT v nekaj dneh po kirurgiji (kinetika!). Drugi pa menijo, da operacija ni opravičljiva, ker pomeni odlog začetka KT in dostikrat nepotrebno odstranitev organov – želodca, ovarijev, uterusa... (41, 42). Po naših izkušnjah je operacija v smislu zdravljenja nepotrebna. Pri štirih bolnikih je bila narejena delna operativna odstranitev prebavil (diagnostična laparotomija), toda že nekaj dni po operaciji je bila tumorska masa večja kot pred operacijo. Kljub temu je bilo zdravljenje s KT uspešno.

Zaključek

Večino bolnikov z BL lahko danes s poli-KT ozdravimo. Zdravljenje moramo začeti čimprej, 24–48 ur od diagnoze. Zato je pomembno bolezen hitro razpoznati. Nanjo naj pomisli kliniki zlasti pri mladih s hitro rastočimi bezgavkami ali tumorsko maso predvsem v trebuhu, ki zajema prebavila (zapora, krvavitev), ledvice, rodila... S tankoigelnno aspiracijsko biopsijo bezgavk ali tumorske mase v trebuhu lahko že v nekaj urah ugotovimo orientacijsko ali celo dokončno diagnozo. Tako se izognemo nepotrebnim odstranitvi organov (želodca, ledvice, rodil...) in nepotrebnim izgubi časa zaradi operacije. Če pa je bolnik že operiran, naj kirurg takoj po odpustu z intenzivnega oddelka bolnika napoti na Onkološki inštitut (odraslega) ali na Univerzitetno pediatrično kliniko (otroka), patologa pa opozori na možnost BL in urgenco. Nedopustno in za bolnika usodno je dolgo čakanje na histološko diagnozo. Zelo pomembno je, da patolog ugotovi diagnozo že iz endoskopskega odvzema in tako prepreči nepotrebno diagnostično operacijo. Seveda pa mora biti biopsija kakovostna, kar pomeni npr. več kot 10 globokih gastroskopskih odvzemkov iz sumljivih in drugih mest, zaradi možne submukozne rasti. Od patologa in citologa seveda pričakujemo, da bo razpoznal in imunološko potrdil BL ali B-limfoblastni limfom, saj ju zdravimo drugače kot ostale visoko maligne NHL.

Literatura

- Burkitt D. A sarcoma involving the jaws in African children. *Br J Surg* 1958; 46: 218–23.
- O'Connor GT, Davies JNP. Malignant tumors in African children with special reference to malignant lymphoma. *J Pediatr* 1960; 6: 526–35.
- Berard C, O'Connor GT, Thomas LB et al. Histopathological definition of Burkitt's tumor. *Bull WHO* 1969; 40: 601–7.
- Hutchison RE, Murphy SB, Fairclough DL et al. Diffuse small non-cleaved cell lymphoma in children. Burkitt's versus non-Burkitt's types. *Cancer* 1989; 64: 23–8.
- Stansfeld AG, Diebold J, Kapanci Y et al. Updated Kiel classification for lymphomas. *Lancet* 1988; i: 292–3.
- Flandrin G, Brouet JC, Daniel MT, Preud'homme JL. Acute leukemia with Burkitt's tumor cells: a study of six cases with special reference to lymphocyte surface markers. *Blood* 1975; 45: 183–8.
- Gill PS, Levine AM, Pavlova Z et al. Clinico-pathologic characteristics of B-cell acute lymphocytic leukemia (All-Burkitt leukemia) in adults. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1984; 20: 197–7.
- Krpan-Antonin N, Leković A, Dominis M. Burkittov limfom. *Liječ Vjesn* 1988; 110: 152–5.
- Benedik M, Mihevc N, Petrič G, Anžič J. Ne-Hodgkin limfom kod djece u SR Sloveniji. In: *Zbornik radova III kongresa hematologa i transfuziologa Jugoslavije*. Sarajevo, 1987; 643–6.
- Vuković I, Stojimirović E. Burkittov limfom kod dece. *Srp Arh Celok Lek* 1987; 115: 1135–42.
- Burkitt-like lymphoma in Central Europe. Rare tumors symposium. Milano: European School of Oncology. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1990.
- Ferluga D, Kornhauser P. Burkittov tumor. *Zdrav Vestn* 1970; 39: 459–62.
- Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, Smithers DW, Tubiana M. Report of the Committee on Hodgkin's disease staging classification. *Cancer Res* 1971; 31: 1860–0.
- Ziegler JL. Burkitt's lymphoma. *N Engl J Med* 1981; 305: 735–45.
- Skarin A, Canellos G, Rosenthal D et al. Moderate dose methotrexate (m) combined with bleomycin (B), adriamycin (A), cyclophosphamide (C), oncovin (O), and dexamethosone (D), m-BACOD in advanced diffuse histiocytic lymphoma (DHL) /Abstract/. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1983; 2: 220–0.
- Pees HW, Riehm HJ, Schwaborn J. Effective treatment of lymphomas of Burkitt's type and B-ALL in adults. *Blut* 1985; 50: 213–8.
- Magrath I. Burkitt's lymphoma: clinical aspects and treatment. In: Molander DV ed. *Diseases of the lymphatic system: diagnosis and therapy*. New York, Berlin: Springer, 1984: 103–39.
- Ziegler JL. Burkitt's lymphoma. *New Engl J Med* 1981; 305: 735–45.
- Othieno Abinya NA, Nyong'o AO, Nyabola L. Burkitt's lymphoma: a twenty year retrospective survey (in Kenya). In: Program and abstracts. Fourth international conference on malignant lymphoma. Lugano, 1990.
- Hesseling P, Wood RE, Notje DJ, Mouton S. African Burkitt's lymphoma in the Cape province of South Africa and in Namibia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68: 162–6.
- Welling DB, McCare BF. American Burkitt's lymphoma of the mastoid. *Laryngoscope* 1987; 97: 1038–42.
- Levine AM, Pavlova Z, Pockros AW et al. Small monocleaved follicular centered cell (FCC) lymphoma: Burkitt and non-Burkitt variants in the United States: I. clinical features. *Cancer* 1983; 52: 1073–9.
- Singer E. Burkitt's lymphoma as an El Dorado for tumor research: from clinical observation to molecular biology. *Triangle* 1989; 28: 69–78.
- Gordon H. Oncogenes. *Mayo Clin Proc* 1985; 60: 697–713.
- Iversen OH, Iversen U, Ziegler JL, Bluming AZ. Cell kinetics in Burkitt's lymphoma. *Eur J Cancer* 1974; 10: 155–63.
- Stokes DN. Tumor lysis syndrome and the anaesthesiologist: intensive care aspects of paediatric oncology. *Semin Surg Oncol* 1990; 6: 156–61.
- Ziegler JL. Treatment results of 54 American patients with Burkitt's lymphoma are similar to the African experience. *N Engl J Med* 1977; 297: 75–80.
- Gill PS, Levine AM, Pavlova Z et al. The American Burkitt's lymphoma registry: eight years' experience. *Cancer* 1982; 49: 1016–21.
- Flandrin G, Brouet JC, Daniel MT, Preud'homme JL. Acute leukemia with Burkitt's tumor cells: a study of six cases with special reference to lymphocyte surface markers. *Blood* 1975; 45: 183–8.
- Schaison G, Jacquillat C, Feuillade F et al. Acute lymphoblastic leukemia with Burkitt cells: 23 cases. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1981; 17: 486 (abstr. C-600).
- Müller-Weihrich ST, Beck J, Henze G et al. BFM-Studie 1981/83 zur Behandlung hochmaligner Non-Hodgkin-Lymphome bei Kindern: Ergebnisse einer nach histologisch-immunologischem Typ und Ausbreitungsstadium stratifizierten Therapie. *Klin Paed* 1984; 196: 135–42.
- Anderson JR, Wilson JF, Jenkin DT et al. Childhood non-Hodgkin's lymphoma: the results of a randomized therapeutic trial comparing a 4-drug regimen (COMP) with a 10-drug regimen (LSA2-12). *N Engl J Med* 1983; 308: 559–65.
- Kath R, Hoffken K, Gunzel K et al. Chemotherapie des nichtendemicen Burkitt-Lymphoms. *Dtsch Med Wschr* 1990; 115: 1219–26.
- Ziegler JL, Magrath IT, Deisseroth AB et al. Combined modality treatment of Burkitt's lymphoma. *Cancer Treat Rep* 1978; 62: 2031–4.
- Ziegler JL, DeVita VT, Graw RG et al. Combined modality treatment of American Burkitt's lymphoma. *Cancer* 1976; 38: 2225–31.
- Murphy SB, Hustu O, Rivera et al. End results of treating children with localized non-Hodgkin's lymphomas with a combined modality approach of lessened intensity. *J Clin Oncol* 1983; 1: 326–30.
- Murphy SB, Hustu HO. A randomized trial of combined modality therapy of childhood non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer* 1980; 45: 630–7.
- Magrath IT, Lwanga S, Carswell W, Harrison N. Surgical reduction of tumour bulk in management of abdominal Burkitt's lymphoma. *Br Med J* 1974; 2: 308–12.
- Kemeny MM, Magrath IT, Brennan MF. The role of surgery in the management of American Burkitt's lymphoma and its treatment. *Ann Surg* 1982; 196: 82–6.
- Magrath IT, Lee YJ, Anderson T et al. Prognostic factors in Burkitt's lymphoma: importance of total tumor burden. *Cancer* 1980; 45: 1507–10.
- Al-Altar A, Attra A, Al-Bagdadi R, Al-Naimi M, Al-Saleem T, Pritchard J. »Debulking« surgery is unnecessary in advanced abdominal Burkitt lymphoma in Iraq. *Br J Cancer* 1989; 59: 610–2.
- Kaufman BH, Burgert EO, Banks PM. Abdominal Burkitt's lymphoma: role of early aggressive surgery. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 671–4.

Radenska

ZDRAVILIŠČE

RADENCI

TERMOMINERALNE VODE V RADENSKI, V RADENCIH IN V BANOVCIH

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

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

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

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

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

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

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

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

Termomineralne vode in njihova sestava v zdraviliščih Radenske

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

CO₂, ki ga je mnogo v delu naših termomineralnih vod se resorbira skozi kožo in pospešuje krvni obtok in resorpcijo soli skozi kožo. Resorpcija natrijevega klorida skozi kožo je lokalni dražljaj, ki povečuje temperaturo in zmanjšuje vnetno-eksudativne procese. Normalizira se reaktivnost vegetativnega živčevja, zmerno se pospešuje delovanje srca, zmanjšuje tlak, izboljšuje prekrvlenost periferije in zmanjšuje se vsebnost glukoze v krvi. Glede na fizikalno-kemijsko sestavo, izkušnje in tudi izsledke lastnih raziskav, priporočamo kopeli in kopanje v naših termomineralnih vodah v Radencih in v Banovcih pri naslednjih stanjih po navodilih našega zdravnika:

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

KRONIČNA TAKTILNA HALUCINOZA**DELUSIONS OF PARASITOSIS (INFESTATION) OR DERMATOZOENWAHNSYNDROM**

Blanka KORES-PLESNIČAR, Maja RUS-MAKOVEC

Center za klinično psihiatrijo, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Univerzitetni klinični center, Studenc 48, 61260 Ljubljana-Polje

Prispelo 1988-05-18
Sprejeto 1991-09-19

Zdrav Vestn 1992; 61: 431-3

KLJUČNE BESEDE: kronična taktilna halucinoza; dermatologija; pimoziid**KEY WORDS:** delusions of parasitosis; dermatology; pimoziid

IZVLEČEK – Izhodišča. Kronična taktilna halucinoza je redko diagnosticirana duševna motnja, katere značilnost je blodnjava razlaga proprioceptivnih zaznav. Avtorici ob primeru dveh bolnikov prikazujeta značilnosti obolenja.

Zaključki. Osnova tega sindroma so najverjetneje organski procesi, katerim se pridružijo še endogene komponente, sociogeni in psihoreaktivni dejavniki. Pri vrednotenju bolnikovih težav je pomembna natančna diferencialna diagnoza zaradi izključitve sistemskih bolezni, nekaterih dermatoloških obolenj in simptomatskih psihotičnih stanj. Opisani sindrom predstavlja specifično psihiatrično obolenje, ki ga pogosteje opažamo v domovih starejših občanov in dermatoloških ambulantah. Nevroleptična terapija bolniku olajša ali odpravi mučno psihopatološko dogajanje.

ABSTRACT – Background. Delusions of parasitosis is a rarely diagnosed mental disturbance, characterized by rambling explanation of proprioceptive awareness. The authors describe the characteristics of the illness in the case of two patients.

Conclusions. The basis of this syndrome is most probably organic processes, to which are also linked endogenic components, and sociogenic and psychoreactive factors. In evaluating the patients' difficulties, it is important to have an exact differential diagnosis in order to exclude systemic diseases, certain dermatological diseases and symptomatic psychotic states. The syndrome described represents a specific psychiatric illness, which is quite often observed in old people's homes and dermatological clinics. Neuroleptic therapy relieves the patient or frees him/her from this tortured psychopathological happening.

Uvod

Kronična taktilna halucinoza (KTH) je duševna motnja, za katero je značilna bolnikova blodna prepričanost o infestaciji s paraziti ali majhnimi živalicami (1, 2). Diagnoza tega sindroma je redka, ker ga ne prepoznamo. Za to obstajajo različni vzroki:

- bolniki iščejo pomoč pri mnogih zdravnikih,
- kot nozološke enota sindrom ni natančno opredeljen,
- čeprav se KTH lahko pojavi v vseh starostnih obdobjih, je pogostejši pri starejših ljudeh, ki pa so redkeje vključeni v psihiatrično oskrbo.

Ameriška literatura tega sindroma ne opredeljuje kot diagnostično kategorijo (3). Evropski avtorji, predvsem nemški, madžarski in francoski, klasificirajo KTH kot samostojno nozološko enoto in jo obravnavajo kot sindrom, ki je lahko povezan z različnimi psihiatričnimi boleznimi (shizofrenija, afektivne psihoze, organske psihoze), lahko pa se pojavi izolirano kot »čista« KTH (4–6). Zasedimo pa tudi razlago, da to ni posebna kvalitativna motnja telesnih občutkov, temveč so v ospredju blodnjave razlage proprioceptivnih zaznav (7).

Zgodovinski pregled

Prvi opisi te bolezni segajo v leto 1894, ko je francoski dermatolog Thibierge prvi začel zbirati podatke in opisovati bolnike, »ki so bili prepričani, da imajo bolhe«. To bolezen je imenoval akarofobija (7).

Kasneje najdemo za ta sindrom različna imena: prava hipohondrija, cirkumskriptna hipohondrija, psihogena kožna bolezen in

druga (7). Ekboj je prvi natančneje opredelil ta sindrom, ki so ga drugi avtorji za njim poimenovali Ekbojov sindrom.

Križala so se tudi mnenja o etiopatogenezi. V preteklosti so vzroke za opisani sindrom iskali v involutivnih spremembah centralnega živčevja (7), omenjali so organsko pogojene popačene zaznave (8), Bers in Conrad pa sta leta 1954 menila, da ne gre za nozološko enoto, temveč za sindrom, ki je podoben halucinozi, kot jo vidimo pri alkoholikih, luesu ali v seniumu. Klinično sliko taktilne halucinoze sta povezovala z eksogenim reakcijskim tipom Bonhoeffer (9).

Etiopatogeneza

Videti je, da so organski procesi osnova za etiopatogenezo KTH (10). Le-ta pa se razvije tedaj, ko se pridružijo še drugi dejavniki: endogene komponente, psihoreaktivni in sociogeni dejavniki (4).

Pri etiopatogenezi KTH pogosto najdemo organske vzroke oziroma neposredno ali posredno dokazane možganske bolezni ali poškodbe možganov. Klinična slika KTH se lahko pokaže v okviru akutne reverzibilne organske psihoze, na primer pri alkoholnem deliriju, kokainskem deliriju, pri alkoholni halucinozi in pri toksikomanih, zasvojenih z amfetamini (2). Taktilne halucinacije lahko sproži tudi predoziranje z zdravili, ki imajo antiholinergične učinke (atropin, triciklični antidepresivi, antiholinergični antiparkinsoniki).

Gamper in Kehrer smatrata, da so telesne senzacije rezultat involutivnih sprememb v predelu talamusa oziroma posledica hialinoze inzule, možganskega debla in striatuma. Kehrer omenja tudi ishemične spremembe v Purkinjevih celicah malih možganov, v piramidnih celicah Ammonovega roga in v arei striati (4).

KTH – kronična taktilna halucinoza.

Pri mnogih bolnikih lahko najdemo dejavnike tveganja za nastanek procesov na možganskem žilju (diabetična in hipertenzivna angiopatija), prav tako pa so opazovali tudi povečani tretji možganski ventrikel. Najverjetneje pa so telesne senzacije pri »čisti« KTH talamični simptom, vendar brez dokazljivega substrata (4).

Nekateri avtorji prištevajo KTH v krog shizofrenije in navajajo, da so svojevrstne kvalitativne motnje telesnih senzacij pri KTH analogne telesnim senzacijam pri shizofreniji. Opisali so tudi podobne organske spremembe kot pri shizofreniji (povečanje tretjega možganskega ventrikla) in podobne spremembe afektivnosti (4).

Socialna izolacija in pomanjkanje interpersonalnih odnosov so sicer nespecifični, toda zelo pomembni dejavniki pri razvoju klinične slike. V večini primerov so bolniki s KTH premorbidno obsesivno-anankastično osebnostno strukturirani. Večinoma so samski, ovdoveli ali ločeni, kar kaže na določeno stopnjo socialne izolacije, ki pa se lahko v razvoju bolezni še stopnjuje. Bolniki se namreč bojijo, da bi s svojo »kožno« boleznijo okužili še druge. Nasprotno pa se nekateri bolniki ne izolirajo, ampak z veliko prepričljivostjo inducirajo svojo okolico (blodnjavost v dvoje, troje). Ta inducirana oblika pa običajno nima endogene ali organske osnove, kar bi naj bil pogoj za vrednotenje KTH.

Poleg motenj dekodiranja somatosenzoričnih dražljajev opazujemo tudi motnje dekodiranja na drugih področjih zaznavanja (vidnem, vohalnem in slušnem). Bolniki vidijo živalice, ki jih ogrožajo, in poudarjajo, da so zelo majhne in komaj vidne s prostim očesom. Kot živalice označijo najmanjše dele kože ali umazanije na njej, ranice na koži, brazgotinice, pigmentacije in druge defekte na koži. Ti majhni, amorfni partikli ležijo na spodnji meji vidnega zaznavanja in s tem določitev. Bolnik jih označi kot parazite, bolhe, mušice (11).

Pri poškodbah perifernih živcev pa lahko neznačilno napačne zaznave tudi privedejo do čezmernega draženja kognitivnega sistema in s tem sprožijo motnje dekodiranja (12). To se lahko zgodi neodvisno od tega, ali se lahko dokaže poškodba perifernega živca ali ne. Bolniki s »čisto« KTH te kvalitativno določene občutke zaznavajo in jih ne poskušajo samo opisati kot praskanje ali srbenje, odločilno pa je, da jih paranoidno interpretirajo.

Klinična slika

Bolnika z značilno sliko KTH je lahko prepoznati. Največkrat je to ženska (incidenca moški:ženske je 1:2,5–3,5), stara nad 40 let, osamljena in nezaupljiva do zdravnikov. Meni, da nihče ne zna prav oceniti njenih težav. Bega od zdravnika do zdravnika, najprej se zateče k dermatologu. Natančno opisuje svoje parazite, mušice, bolhe, črne živalice, črvičke, jajčeca in larve, ki so na njeni koži ali v telesnih odprtinah. Mučijo jo s srbenjem, pikanjem in draženjem. Skušaja se jih rešiti s čezmernim umivanjem, ure in ure si kožo čisti z milom, bencinom, alkoholom in drugimi razkužili. Zaradi tega se na koži resnično pojavijo spremembe, ki pa so posledica nenehnega kemičnega in mehničnega draženja kože. Prav tako se trudi očistiti, razkužiti obleko in stanovanje. Pokaže lahko papir ali škatlico, v katero je spravila živalice (delčke kože, keratin). Natančno tudi opiše, kako je ujela te zajedalce.

Za natančno ilustracijo KTH dodajamo še dva primera iz naše ustanove.

Primer A

Osemindesetletna bolnica je eno leto pred hospitalizacijo videla po koži rjave živalice. Čez čas so izginile, ni jih več videla nekaj mesecev, ko so se poleti pojavili beli izločki, ki so jo pikali. Imela je mravljinčaste roke in noge. V rokah je imela majhne živalice, če se je prijelja in potipala po koži. Vedno več jih je čutila. Te majhne živalice so bile zelo odporne in jih ni mogla odstraniti. Poskusila je s pranjem in kemikalijami, vendar neuspešno.

Živalice je opazila tudi po prostorih, na tleh so bile kot majhna jajčeca. V zadnjem času je našla takšna jajčeca tudi na glavi. Na glavo si je dala belo ruto in jih ni več videla, ko pa se je pokrila s črno ruto, jih je videl. Bila so majhna in bela. Zvečer jih je čutila v postelji. Stanovanje je pogosto razkužila, vse stare obleke je zažgala.

Bolnica je bila rojena kot dvojčica in je živala v urejeni, dovolj premožni družini. Slabo se je učila, po štirih razredih osnovne šole je ostala doma na kmetiji. Kmalu po vojni se je poročila z vdovcem, s katerim je imela enega otroka. Po 18 letih zakona se je ločila od moža, ker je imela z njim težave.

Bolnica je bila v pogovoru lucidna, dobro pogovornjiva. Navajala je optične in haptične halucinacije. Čustveno je bila topla in razgibana, inteligentnostno je imponirala nekoliko nižje, spominske funkcije so bile primerne. Klinični vtis in psihološko testiranje sta govorila za diskreten organski psihosindrom, najverjetneje vaskularne geneze, saj je bila bolnica diabetik s hiperlipidemijo tipa IV. Reoencefalografija je pokazala zvišani tonus žilja, z razmeroma dobro ohranjeno elastičnostjo ostenja. V nevrološkem statusu je bilo opaziti lažjo periferno polinevropatijo. Okulistični pregled je pokazal obojestransko blago katarakto.

Po odpustu iz bolnišnice je bolnica redno hodila na kontrolne preglede, poleg internistične terapije je nadaljevala terapijo s tioridazinom (Melleril), ki ga pa po heteroanamnestičnih podatkih ni redno jemala. Občasno je še omenjala, da vidi živalice. S tem se je sprjaznila, menila je, da bo to ostalo.

Primer B

Bolnica, stara 72 let, je povedala, da je prvič zbolela na morju pred leti, ko se je okužila z zastrupljeno morskovo vodo. Po telesu je dobila rdeč izpuščaj, ki ji je ostal. Ponoči jo je zelo bolet. Če ne bi bila verni, bi skočila skozi okno. Takoj po nastopu prvega izpuščaja so jo zdravili na interni in dermatološki kliniki. Zadnje leto je začelo iti iz nje nekaj pesku podobnega. Bilo je živo, grizlo jo je in peklo. To si je želela izpraskati, zato je bila vsa v krastah. Pred enim mesecem ji je prijateljica odkrila v krasti mravljičico oz. ribico. Sama je izbežala iz izpuščajev na trebuhu za celo pest živalic, prav tako pa tudi hroščke in ribice.

Živalice so ji ponoči lezle pod kožo, zato ni mogla spati. Želela je, da bi ji na kirurgiji operirali noge in poiskali živalice. Vse živalice, ki jih je izbežala, je dala v škatlico in pokazala zdravniku. Začela je razmišljati, kako bi se jih sama znebila. Umivala se je s kisom in pelinom, mazala z različnimi kremami, vendar ni pomagalo.

Bolnica je izhajala iz kmečke družine in je bila najmlajša med štirimi otroki. Zaposlena je bila pet let, potem je gospodinjila. Zadnja leta je bila vdova z dvema odraslimi otrokoma in je živala v domu starejših občanov. Dolga leta je bolehala zaradi astmatskih napadov, bila je operirana zaradi razjede na želodcu.

Bolnica je bila v pogovoru komunikativna. Blodno je bila prečiščena v okužbo z zajedalci, v povezavi s tem je navajala optične, haptične in cenestetične halucinacije. Čustvovanje je bilo adekvatno, spominsko je bila primerno ohranjena, inteligentnostno pa v mejah povprečja. V somatskem statusu so bile po hrstu in spodnjih okončinah vidne lividne makule. Na nogah je imela zmerne pretibialne edeme. Nad srcem je bil slišen sistoličen šum, jetra so bila povečana za tri prste.

Blodno doživljanje je po terapiji z butirofenonom (Haldol) zbledelo in se umirilo, vendar kritičnosti do svojega stanja ni dosegla.

Diferencialne diagnoze

Izključiti moramo somatske sistemske bolezni, ki lahko povzročajo podobne težave. To so ledvične bolezni, limfomi, obstruktivne jetrne bolezni, levkemije in druge. Kot vzrok za omenjene težave moramo upoštevati tudi zdravila (barbiturati, salicilati).

Diferencialno diagnostično upoštevamo tudi različne dermatološke bolezni. Pruritus in kožne spremembe pri KTH so lahko podobne resnični okužbi z garjami, ušmi, kontaktnemu in herpetiformnemu dermatitisu, urtikariji . . .

Upoštevati je treba simptomatska psihotična stanja druge etiologije, kot je npr. alkoholni bledež, alkoholna halucinoza.

Terapija

Izkušnje avtorjev kažejo, da KTH dobro reagira na terapijo z nevroleptiki, ki jo kombiniramo z antidepresivi, kadar so navzoči še depresivni simptomi (5).

Zdravilo izbora je pimozid (Orap forte). Avtorji ga imajo za tako uspešnega, da govorijo o obdobju pred pimozidom in po njem (13, 14). Za enako uspešna veljajo tudi zdravila iz skupine butirofenonov (Haldol).

Pri bolnikih, ki neredno jemljejo terapijo ali pri katerih iz različnih vzrokov ne moremo izpeljati peroralne terapije, je dokaj uspešno zdravljenje z injkcijami nevroleptikov v obliki depoja (15).

Zaključek

Opisani sindrom predstavlja specifično psihiatrično bolezen, katere poimenovanje, etiopatogeneza in klasifikacija so še nepopolni in nedorečeni in so predmet številnih razprav.

Pri nas smo KTH pogosteje opažali v domovih starejših občanov, prav tako pa so bolniki prihajali iz dermatoloških ambulant. Zaradi razsežnosti in narave težav smo to bolezen prikazali z namenom, da bi nanjo pogosteje pomislili in uporabili terapijo, ki bolniku olajša ali odpravi mučno psihopatološko doživljanje.

Literatura

- Bourgeois M, Amestoy JM, Durand J. Délires d'infestation, dermatozooses et ectoparasitoses délirantes, syndrome d'Ekbom. *Ann Med Psychol (Paris)* 1981; 7: 819–29.
- Bourgeois M, Nguyen-Lan A. Syndrome d'Ekbom et délires d'infestation cutanée. *Ann Med Psychol (Paris)* 1986; 144: 321–40.
- Engels DW. Delusional parasitosis. In: Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed. Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985: 1182–3.
- Maier Ch. Zum Problem des Dermatozoenwahnsyndroms. *Nervenartz* 1987; 20: 107–15.
- Ungvári G, Vladár K. Pimozid – Therapie des Dermatozoenwahns. *Dermatol Monatsschr* 1984; 170: 443–7.
- McLaughlin JA, Sims A. Co-existence of the Capgras and Ekbom syndromes. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 439–43.
- Ganner H, Lorenzi E. Der Dermatozoenwahn. *Psychiatr Clin* 1975; 8: 31–44.
- Harbauer H. Das Syndrom des »Dermatozoenwahns« (Ekbom). *Nervenartz* 1949; 20: 254–8.
- Hopkinson G. Delusions of infestation. *Acta Psychiatr Scand* 1970; 46: 111–9.
- Bergmann B. Zur Genese der taktilen Halluzinose bzw. Dermatozoenwahnes. *Nervenartz* 1957; 28: 22–7.
- Rüdiger E. Ein kasuistischer Beitrag zum Ekbom Syndrom. *Wien Med Wochenschr* 1980; 17: 563–5.
- Wendland KL. Periphere Nervenschädigung bei Dermatozoenwahn. *Dtsch Med Wochenschr* 1973; 26: 1305–5.
- Lindskov R, Baadsgaard O. Delusions of infestation treated with Pimozide: A follow up study. *Acta Derm Venerol* 1985; 65: 267–70.
- Riding J, Munro A. Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 52: 23–50.
- Frithz A. Delusions of infestation: treatment by depot injections of neuroleptics. *Clin Exp Dermatol* 1979; 4: 485–8.

V tej številki so sodelovali:

Marija Bizjak-Schwarzbartl, dr. med., specialist citolog, Onkološki inštitut Ljubljana
 asist. Borut Bratanič, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika Ljubljana
 doc. dr. Andrej Debeljak, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, KRKA Novo mesto
 Marija Fidler-Jenko, dr. med., specialist internist, Onkološki inštitut Ljubljana
 Majda Gorišek, dr. med., specializant psihiatrije, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
 asist. mag. Anton Grad, dr. med., specialist internist, specializant nevrologije, Nevrološka klinika Ljubljana
 Boris Jančar, dr. med., specialist radioterapevt, Onkološki inštitut Ljubljana
 Janez Jančar, dr. med., specialist patolog, Onkološki inštitut Ljubljana
 prof. dr. Ivan Kalinšek, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika Ljubljana

prof. dr. Aleksej Kansky, dr. med., specialist dermatovenerolog, Ljubljana
 asist. Blanka Kores-Plesničar, dr. med., specialist psihiater, Psihiatrična klinika Ljubljana
 prim. Anica Kos-Mikuš, dr. med., specialist psih. in specialist pediater, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
 mag. Franc Košir, dipl. iur., Zavod za zdravstveno zavarovanje Ljubljana
 Vasilija Maček, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika Ljubljana
 mag. Branko Mežnar, dr. med., ZD Celje
 Gabrijela Petrič-Grabnar, dr. med., specialist radioterapevt, Onkološki inštitut Ljubljana
 mag. Alenka Rus, dipl. biol., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 asist. mag. Maja Rus-Makovec, dr. med., specialist psihiater, Psihiatrična klinika Ljubljana
 dr. Aleksandra Skralovnik-Stern, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 Vera Slodnjak, dipl. psih., specialist klinični psiholog, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
 Marjeta Vovk, dr. med., specialist internist, Onkološki inštitut Ljubljana

Lekoptin[®]

(verapamil)

NOVO IME

antianginalgik

antihipertenziv

antiaritmik



Lekoptin[®]

dražeji po 120 mg
dražeji po 80 mg
mite po 40 mg

Lekoptin[®]

ampule po 5 mg/2 ml

Lekoptin[®]

retard
tablete po 240 mg

**Lekoptin[®] je učinkovit kalcijev antagonist,
ki ga bolniki tudi med dolgotrajnim zdravljenjem
dobro prenašajo**



lek tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov d.d.
Ljubljana

POSTTRAUMATSKI STRESNI SINDROM PRI OTROKU

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS IN CHILDHOOD

Anica MIKUŠ-KOS, Majda GORIŠEK, Vera SLODNJAK

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18, 61000 Ljubljana

Prispelo 1991-11-25

Sprejeto 1992-02-04

Zdrav Vestn 1992; 61: 435-8

*KLJUČNE BESEDE: posttraumatski stresni sindrom; otrok; diagnostika; preprečevanje; zdravljenje**KEY WORDS: post-traumatic stress disorders; child; diagnosis; prevention; therapy*

IZVLEČEK – Izhodišča. Avtorice opisujejo klinično sliko posttraumatskega resnega sindroma pri otroku, dejavnike, ki vplivajo na klinično sliko, možnosti preprečevanja ter terapevtskega delovanja. Predstavljeni so primeri iz klinične prakse. Zaključki. Avtorice opozarjajo na možnost, da ostaja sindrom pogosto neprepoznan in otrok ne prejme ustrezne pomoči.

ABSTRACT – Background. The clinical picture of the post-traumatic stress disorder in children is described. The authors discuss the factors influencing the child's reactions on extreme traumatic situations. The preventive and therapeutic approaches are exposed. The disorder is illustrated by clinical cases. Conclusions. The authors emphasize that the disorder might be often overlooked and the child does not receive the necessary help.

Uvod

Posttraumatski stresni sindrom (PSS) je diagnoza, ki označuje spremembe na področju čustvovanja, vedenja, vegetativnega delovanja in delovne storilnosti, ki se pojavijo kot posledica doživljanja izjemno stresogenega dogodka in trajajo več kot mesec dni. Ameriška klasifikacija bolezni uvaja ta sindrom kot opredeljeno entiteto psihiatričnih motenj v otroštvu v svoji tretji izdaji leta 1987 – DSM-3-R (1). Pri otrocih so bile proučene psihološke posledice nekaterih katastrof kot potapljanje dveh angleških ladij, ostrorelski masovni uboji šolskih otrok v ZDA, psihološke posledice naravnih katastrof v ZDA, pa tudi posledice nekaterih vojn, npr. vojne v Kambodži (2, 3). V Sloveniji in na področjih nekdanje Jugoslavije je diagnoza pritegnila pozornost v času preteklih in sedanjih vojnih dogajanj. Vendar se klinična slika PSS pojavlja tudi v številnih mirnodobskih izjemno stresogenih okoliščinah, kot so prometne nesreče, nasilje v družini, spolna zloraba, telesno trpinčenje, življenjsko nevarne bolezni ali poškodbe, naravne katastrofe.

Klinična slika

V klinični sliki so navzoči podobni simptomi kot pri odraslih, vendar z drugačnimi poudarki in nekaterimi specifičnimi spremljajočimi pojavi (1, 4).

Osrednje čustvo je čustvo strahu ali groze ob spremljajočem občutku nemoči. Često se preplete z depresivno sliko. To čustvo vpliva tudi na spoznavne procese in ovira normalno procesiranje informacij.

Podoživljanje dogodka je ena osnovnih značilnosti klinične slike. Vsiljujejo se spomini na dogodek, le-ti imajo različne modalitete – slike, zvoki, vonji, misli. So vselej povezane z neprijetnimi čustvi, podobnimi tistim, ki jih je otrok doživljal ob stresogeni situaciji in jih je težko odgnati.

Pogoste so sanje o travmatskem dogodku ali pa sanje z grozljivimi vsebinami, v katerih otrok ne prepozna travmatskega

dogodka. Grozljive sanje so eden od razlogov, da otroci želijo spati pri starših.

Otrok vedno znova obnavlja dogodek skozi igro, risbo ali pripoved. Dober znak je, če otrok v igri spremeni potek dogajanja v ugodno smer. Pri starejših otrocih in mladostnikih se lahko kaže težnja po ponavljanju vedenja iz stresne situacije; na primer mladostnik, ki je pri šofiranju doživel prometno nesrečo, se bo na enak način kot ob nesreči vozil po isti poti. Vrsta pojavov ima značaj pomnikov, ki spominjajo otroka na nesrečo. Ti pomniki povzročajo enaka stanja tesnobe ali strahu kot prvotni dogodek. Na primer zvok sobotne opoldanske sirene povzroča pri nekaterih otrocih, ki so pribežali iz Hrvaške v Ljubljano, hudi strah, pritečejo k staršem, se jih oklenejo.

Drug sveženj simptomov vsebuje izogibalno vedenje in čustveno otplost. Otroci se branijo pred neprijetnimi čustvi, ki izvirajo iz stresogenega dogodka tako, da se izogibajo dogodkom in pojavom, ki bi jih lahko spomnili na travmatski dogodek.

Način zavarovanja je tudi nekakšna splošna čustvena oteplotost. Kaže, kot bi se otrok obdal z lupino, ki ga varuje pred bolečimi čustvi. Težnja po tem, da bi se izognil negativnim čustvom, ima za posledico splošno zavoro na področju čustvovanja. Otroku lahko obnavlja travmatski dogodek na faktografsko opisni način, ne želi pa govoriti o tem, kaj je tedaj doživljal.

Zmanjšanje interesov za običajne aktivnosti je lahko odraz nezmožnosti čustveno investirati v življenje ali pa je tudi odraz izogibalne strategije. Posledica tega je lahko šolski neuspeh pri poprej uspešnem otroku. Pri otrocih se pojavi občutek drugačnosti, osamljenosti, oddvojenosti, vse to zlasti v odnosu do oseb, ki niso doživele istega kot otrok. Tudi če otrok tega ne zna besedno izraziti, se takšno stanje prepozna po tem, da postane otrok bolj sámošen, bolj vase zaprt. Spominske motnje se kažejo predvsem v izkrivljeni predstavi o dogodku, zlasti o podrobnostih dogodka.

Za PSS pri otrocih so značilni regresivni pojavi, ko otrok zdrkne na nižjo raven delovanja, kot bi ustrezalo njegovi starosti, na primer prične ponovno močiti posteljo, noče ostati sam, hoče spati v postelji svojih staršev. Mnogi otroci postanejo težavnejši, bolj jokavi ali bolj agresivni. Motnje na področju mišljenja in koncentracije predstavljajo veliko težavo za šolskega otroka in lahko znatno vplivajo na učinkovitost in uspeh njegovega šolskega dela. Pogoste so tudi spremembe v videnju prihodnosti. Nekateri

PSS – posttraumatski stresni sindrom.

otroci postanejo črnogledi, prihodnost se jim ne zdi obetavna, imajo slutnje, da se jim bo še kaj hudega zgodilo. Otrok je lahko pretirano previden, ves čas na preži, se pretirano odziva na nepomembne dražljaje.

Značilne so psihofiziološke spremembe. Mednje sodijo motnje spanja, glavoboli, bolečine v trebuhu in druge somatske težave. Podoživljanje travmatskega dogodka često spremljajo intenzivni vegetativni simptomi – pospešeno bitje srca, senzacije v trebuhu, splošni občutek slabosti in medlosti in drugi. Te znake mora otroški ali šolski zdravnik upoštevati ob diferencialni diagnozi somatskih težav otrok, ki so bili izpostavljeni hudim stresogenim doživetjem.

Dokaj značilen je refleks zdrznjenja, ki se pojavi ob nenadnih in nepričakovanih zvočnih ali drugih dražljajih. Razdražljivost in jokavost sta tudi znaka povečane vzdražljivosti.

Pri otrocih, ki so imeli že poprej kake psihosocialne motnje, lahko travmatski dogodek sproži ponovitev ali ojačenje simptomov. Na primer, pri dečku z Gilles de la Touretteovo boleznijo so se v času vojne izredno ojačili in pomnožili telesni in vokalni tiki, slika je še tri mesece po zaključku vojne toliko intenzivna, da je potrebna hospitalizacija.

Med spremljajočimi pojavi, ki jih odrasli pogosto spregledajo, so občuta krivde (5). Ta so zlasti izražena, če je otrok storilec dejanja: sedemletni otrok je doživljal huda občutja krivde po tem, ko je po nesreči sprožil očetovo lovsko puško v brata in ga ubil. Vendar se velika občutja krivde lahko pojavijo tudi v okoliščinah, h katerim je otrok nepomembno prispeval: huda avtomobilska nesreča se zgodi na izletu, katerega je otrok proučeval in na katerega so se starši podali predvsem, da bi ustregli otroku. Otrok si pogosto očita, da ni storil tistega, s čimer bi lahko preprečil nesrečo: otrok, katerega oče je v vinjenem stanju ubil otrokovo mater, si očita, da je bil v času dogodka v počitniški koloniji. Mnoga občutja krivde pa so povsem iracionalna: otrok se počuti krivega, ker je edini iz družine preživel katastrofo. Na občutja krivde še posebej opozarjamo, ker o njih otrok običajno ne govori, niti jih ne izraža na druge načine, so pa zelo pomembna za terapevtsko delo. Po hudem stresogenem doživljanju kaže otrok veliko zaskrbljenost za osebo, od katerih je odvisen. Skrbi ga, da se ne bi kaj zgodilo staršem ali sorojencem. Ima tudi bojzani, da se travmatski dogodek ne bi ponovil, četudi ne obstaja stvarna nevarnost glede tega.

Kadar je v stresogenem dogajanju otrok izgubil osebo, ki je zanj pomembna (starše, sorojence, bližnjega prijatelja), se klinična slika PSS preplete s sliko žalovanja (6). Naravni proces žalovanja, v katerem otrok predeluje izgubo, je oviran in moten. Izrine ga PSS, v katerem otrok porablja svoje psihične energije za obvladovanje stresogenega doživetja. Za proces žalovanja značilni lepi spomini na ljubljeno osebo so izrinjeni s spomini na grozljiv dogodek, ki se jih otrok boji. Včasih se zdi, kot bi otrok le premleval grozoviti dogodek in ne kaže pričakovane čustvene prizadetosti zaradi izgube drage osebe, na primer dogodek, v katerem je bil priča nasilne smrti svoje matere.

Pojav sindroma, klinična slika in potek so odvisni od številnih dejavnikov. Predvsem pomembni so intenziteta dogodka in izpostavljenost (5), na primer ob katastrofah in vojnih situacijah, je pomembna razdalja od centra dogajanja. Hujša je psihična prizadetost, če je povzročitelj dogodka človek, in še zlasti, če je to človek, ki je otroku bližji, kot je to pri nasilju v družini, in če je dogodek bil storjen namenoma (7). Otrokova psihična odpornost ali ranljivost, otrokova starost in zrelost, pomen dogodka za otroka, otrokov stvarni ali namišljeni prispevek k dogodku sodoločajo prizadetost zaradi dogodka. Vpliva pa tudi kulturalni in vrednostni kontekst dogajanja.

Doživljanje in vedenje staršev ob krizni situaciji vpliva na otrokov odziv na krizno situacijo. Vsekakor pa so občutljivost, informiranost in odnos staršev prvenstvenega pomena za prepoznavanje simptomov pri otroku, za njihovo razumevanje in spr-

nost za regresivne in druge moteče pojave v vedenju in pri šolskem delu ter za pomoč, ki jo starši lahko nudijo otroku.

Potek PSS je odvisen tudi od spremljajočih neugodnih okoliščin. Te so pomembne tudi za dolgoročne posledice PSS. Delovanje več neugodnih okoliščin ima znatno hujše psihosocialne posledice kot posamični škodljivi vplivi. Tako imenovani multipli stresi (8) znatno bolj ogrožajo otrokov psihosocialni razvoj kot posamični. Vojna situacija je dober primer večkratno stresogene situacije, ki vključuje izjemno zastrašujoča dogajanja, pomanjkanje, zapustitev doma, ločitev družinskih članov, izgubo ali poškodovanost družinskih članov.

V diferencialni diagnostiki je treba upoštevati prehodne reakcije na stres, ki ne trajajo dalj od enega meseca. Pri prilagoditvenih reakcijah, ki so posledica manj ekstremne stresogene situacije, so odsotni pojavi podoživljanja dogodka, znatno manj je psihofizioloških simptomov, celotna slika je manj intenzivna. Običajna fobična stanja niso specifično vezana na pomnike dogodka. Depresivna stanja se lahko pojavijo hkrati s PSS. Pri otrocih, ki so ob nesreči utrpeli kranio-cerebralno travmo, je vprašanje, katere simptome sprememb v čustvovanju, vedenju, mišljenju je pripisati PSS in katere prizadetosti možganov.

Kar zadeva potek sindroma, je znano, da je lahko navzoč še vrsto let po stresogeni izkušnji. Nekateri avtorji navajajo, da lahko povzroči tudi osebne spremembe (7). Izsledki različnih študij o posledicah izjemno stresogenih doživetij v otroštvu na duševno stanje in psihosocialno delovanje v odrasli dobi so neenotni, marsikdaj izrazito kontradiktorni. Garmezy in Rutter (3, 8) ugotavljata, da te razlike izhajajo iz proučevane populacije. Klinične raziskave kažejo na dolgotrajne posledice, vendar se h klinikom zatečejo ljudje, ki imajo psihiatrične ali psihosocialne motnje. Epidemiološke raziskave, ki proučujejo tudi neklinično populacijo, ki je bila izpostavljena izjemnemu stresu v otroštvu, ugotavljajo, da večina ljudi živi in deluje normalno, da duševne bolezni in psihosocialne motnje niso pomembno pogostejše kot v populaciji na sploh (8). Ostajajo pa nekatere psihične posledice, kot velika občutljivost za pomnike, težnja po odrivanju mučnih dogodkov, o katerih ljudje ne želijo govoriti. Zastavlja se vprašanje, kakšni so možni pozitivni učinki izjemno stresogene izkušnje na človekovo empatijo, sposobnost obvladovanja kriznih situacij. Odgovore na ta in mnoga druga vprašanja bodo podale raziskave sledenja skupin otrok, ki so bili izpostavljeni izjemnim stresogenim okoliščinam.

Iz kazuistike svetovalnega centra

Prvi primer

M. D., star 15 let, prihaja v Svetovalni center zaradi učnega neuspeha, nemotiviranosti za učenje, izostajanja iz šole in drugih šolskih problemov. Ko je bil deček star osem let, je oče v alkoholnem opoju zadavil mater. V času dogodka je bil deček v koloniji. Medtem ko je oče prestajal zaporno kazen, je bil deček v rejji. Oče je bil pred dvema letoma pogojno izpuščen in sedaj živi skupaj s svojima sinovoma. V prvih dveh stikih smo obravnavali otrokove šolske težave. Poiskali smo mu inštruktorja, s katerim je terapevt kontaktiral in mu svetoval, kako naj dela z otrokom. Šolske težave so se hitro omilile. Deček je razvil zaupljiv odnos do terapevta. Ob tretjem obisku v večernih urah je brez posebnega povoda sam od sebe pričel v podrobnosti opisovati družinske dogodke pred materino smrtjo v obdobju, ko je bil star 6–8 let. Pričel je zgodbo z ugotovitvijo, da je on kriv materine smrti. Pred ubojem mu je že nekajkrat uspelo preprečiti očetovo nasilje. Zato ni hotel v kolonijo in so ga starši prisilili, da je šel. Lahko bi se uprl in ne bi šel, tako bi rešil mamo. In med tem, ko je bil v koloniji, se je zgodilo. Očeta ne krivi, on sam je tisti, ki je kriv. Saj je že leta poprej pazil, da ni oče mami česa storil. Če je bilo hudo, je ponoči spal med staršema in pazil, da ni oče grobo segel po mami. Celu udaril je očeta, ko je branil mamo, poklical je policijo. Ne bi smel iti od doma. Predstave o dogodku so še vedno žive. Večkrat se mu vsiljujejo misli o dogodku in takrat se počuti podobno kot tedaj, ko je zvedel za smrt matere.

Drugi primer

Starši šestletne deklice prihajajo šest tednov po končani vojni v Sloveniji s pritožbo, da je deklico izredno strah grmenja, noče iz stanovanja in se sploh ne igra več zunaj z otroki, tudi k stari mami na obisk noče. Ponoči se zbujata, pripoveduje, da je imela grozne sanje in gre k staršem v posteljo. Veliko sprašuje starše o tem, ali bo še vojna, ali je res, da bodo vojaki vili trup v vodo in se bodo vsi zastrupili. Če je zunaj veter, je še posebej zstrašena, govori, da se bodo drevesa podrla nanjo. Ko zasliši zvok letala, prebledi, pokrije si ušesa in se stisne k mami. Ob nenadnih zvokih se močno zdrzne. Poprej ni kazala bojazni, ki bi bile neobičajne za njeno starost. Ker starši odhajajo naslednji dan na dopust, pri deklici ni možno opraviti pedopsihiatrične diagnostike. Svetujemo staršem glede ravnanja z otrokom. Dogovor, da se bodo ponovno zglasili, če bodo težave vztrajale, vendar se starši ne oglasijo.

Tretji primer

Mati devetletnega otroka, ki je pribežal v Slovenijo iz okolice Vinkovcev, pravi, da so njihovo vas hudo obstreljevali. Skoraj teden dni so bili stalno v kleti. Otrok se je zelo prestrašil ob vsaki eksploziji. V Sloveniji so že sedem tednov. Otrok se zbujata ponoči in zleze k mami v posteljo, ker ga je strah. Ko sliši letalo, se stisne k mami. Ob zvoku sirene v soboto popoldne prebledi in se prične tresti. Ob nenadnem zvoku se zdrzne. Z otroki se igra le v sobi, v kateri biva, ali pred vrati sobe. Na dvorišče noče z drugimi otroki. V svojih pogovorih z mamo predstavlja najhujše možne scenarije prihodnosti.

Preventivni in terapevtski ukrepi

Ti se med seboj prepletajo. Otrokom, ki so bili izpostavljeni izjemnim stresogenim okoliščinam in kažejo znake stresnega stanja, je treba nuditi psihološko pomoč, da bi zmanjšali njihovo trpljenje. Hkrati s to pomočjo preprečujemo razvoj PSS.

Uporabljajo se različni pristopi psihološke pomoči, vsem pa je skupno osnovno načelo: otroku je treba nuditi možnosti za reproduciranje in psihično predelavo travmatskega dogodka. Otrok mora imeti možnost za obnavljanje dogodka v varnem in razumevajočem okolju – govoriti o njemu, ga narisati, ga dramaturgirati, ga preigrati. Vendar zgolj premlavanje dogodka, ventiliranje ali katarza po Garmeziju in Rutterju (3) nimajo zdravilnih učinkov. Pomembno je, da otrok skozi obnavljanje dogodka doseže konstruktivno predelavo travmatskega dogodka. Ta proces vključuje spoznavne, čustvene in socialne vidike. Le-ti se med seboj prepletajo. S spoznavnimi pristopi dosegamo, da otrok spremeni svoje videnje situacije, korigira nerealne podobe, zmotne ocene lastne vloge in krivde za dogodek ali vloge in krivde drugih, zagleda dogodek v kontekstu človeških usod in ga s tem relativizira, korigira svojo neutemeljeno pesimistično ali že kar zlovesčjo naravnost do prihodnosti in zagleda prihodnost v bolj realistični luči. Pri tem je pomembna sestavina pomoči, da starši, vzgojitelji, terapevti usmerjajo otrokovo videnje in doživljanje situacije v optimistične vidike. Terapevti, ki so se ukvarjali s skupinami otrok po dogodkih, kot so potapljanje ladje (3), pišejo, da so pomembna sporočila Življenje teče dalje, še veliko lepšega se ti bo zgodilo. Nisi edini, ki se ti je to zgodilo. V svoji nesreči nisi sam.

Spodbujanje otroka, da mobilizira sile svojega jaza za obvladovanje psihičnih motenj, je pomembno. To pomeni tudi pomagati otroku, da vzpostavi normalno psihosocialno delovanje, da dobi občutek, da zmora obvladovati nesrečo, ki ga je doletela, ali travmatsko izkušnjo. Tako se zmanjšuje občutek nemoči in se izboljša samopodoba.

Relaksacijske tehnike, avtogeni trening, meditacija, biofidbek in druge tehnike samoobvladovanja so lahko otroku in mladostniku v pomoč pri obvladovanju simptomov ali preprečevanju obnove simptomov v okoliščinah, ki imajo značaj pomnikov.

Starši in drugi odgovorni odrasli naj zaščitijo otroka pred pojavi, ki lahko sprožijo po asociativnih poteh podoživljanje dogodka. Koristno je, da otrok sam prepozna asociativno nevarne okoliščine in se jih izogiba. Vendar na drugi strani, če

postane krog okoliščin, ki se jih izogiba, preširok, to lahko znatno omejuje normalne življenjske aktivnosti. V teh primerih velja uporabiti načela vedenjske terapije, predvsem postopno desenzitizacijo in zavarovano soočanje otroka s pomniki.

Individualni psihoterapevtski ukrepi vključujejo predvsem kratko fokalno terapijo in redkeje daljšo individualno. Pri majhnem otroku bo to predvsem igralna terapija, pri starejšem verbalna. Vendar je treba upoštevati, da se otroci s PSS razmeroma redko zglasijo v terapevtskih ustanovah. Vzroki so različni – sindrom ostaja neprepoznan pri starših, starši so mnenja, da gre za razumljive posledice grozotnega dogodka, ki jih bo otrok moral prerasti ali sam obvladati. Razširjeno je tudi mnenje staršev, da je bolje čim manj drezati v otroka, tako bo najhitreje pozabil, kar se mu je zgodilo. Včasih je PSS posledica dogodka, ki se ga družina sramuje in zato ne želi obnavljanja, na primer družinsko nasilje ali spolna zloraba otroka. Res pa je, da je sindrom pri nas še neudomačen, da doslej nismo bili pozorni nanj ob dogajanjih, ki so del mirnodobskih okoliščin (prometne nesreče, družinsko nasilje, elementarne nesreče) in ga zdravstveni delavci še ne prepoznajo. Tudi drugi avtorji (5, 6) opozarjajo, da je prepoznavanje pojava pri otrocih v zdravstvu slabo.

V primerih, ko je bilo izpostavljenih istemu ali enakemu izjemno stresogenemu dogodku večje število otrok, so dobre izkušnje s skupinskim terapevtskim delom. V skupini se otrok zave, da v svojih stiskah ni sam, prejema spodbude in sugestije pri iskanju načinov in tehnik obvladovanja svojih simptomov. Ob težki prizadetosti in simptomih, ki dodatno zmanjšujejo otrokovo psihično odpornost, kakršne so hude motnje spanja, je indicirana raba psihofarmakov.

Pri načrtovanju pomoči, ki naj bi jo starši nudili otroku, je treba najprej ugotoviti, če starši sami ne doživljajo PSS ali hude depresije zaradi smrti v družini in ne potrebujejo predvsem pomoči zase. Svetujemo jim, naj omogočajo otroku, da izraža in ventilira svoje doživljanje, in ob tem usmerjajo otrokovo videnje v pozitivno smer. Za otroka, ki je bil izpostavljen izjemnemu stresu, je izrednega pomena, da mu starši zagotovijo občutek varnosti. Važno je, da prisluhnejo otrokovim posebnim potrebam in da tolerirajo njegovo regresivno vedenje.

Šola lahko nudi ob množičnih nesrečah psihološko prvo pomoč otrokom. Lahko izvaja posebne terapevtske programe v sodelovanju z mentalnohigienskimi delavci. Otroku, pri katerem se pojavijo učne težave ali moteče oblike vedenja, lahko šola znatno pomaga z razumevanjem, s posebno pomočjo pri učenju in ravnanjem, ki omili moteče vedenjske pojave.

Podpora širše socialne mreže – družine, šole, širše skupine, v katero je otrok vključen, pomembno sodoloča odziv otroka na stresogene okoliščine in potek PSS. Anna Freud (9) opisuje skupine otrok, ki so preživeli nacistična taborišča in so spletli neobičajno socialno mrežo vzajemne podpore in solidarnosti. Izkušnje naših sedanjih vojn kažejo, da so očitne tendence po strnitvi družine na eni strani, na drugi strani pa, da so starejši otroci in pubertetniki kazali veliko težnjo po povezovanju v skupine. Vendar je vloga socialne suportivne mreže odvisna tudi od tega, koliko je otrok sposoben uporabljati razpoložljive vire pomoči. V terapevtskem postopku usmerjamo in učimo otroka, da se poslužuje pomoči, ki mu jo je pripravljeno nuditi okolje. Obenem pa skozi svetovalno delo skušamo doseči, da postane ponudba okolja za otroka sprejemljiva in zaželena.

Ob stresogenih situacijah, ki jim je izpostavljeno veliko število otrok, priporočajo uvedbo kriznega telefona, ki se ga lahko poslužijo otroci in starši za splošne nasvete, pa tudi ob pojavih anksioznosti, ki jih sprožijo različni dražljaji, ki po asociativnih poteh priklicajo simptomatiko PSS.

Sklep

Na PSS pri otroku smo opozorili zaradi vojnih dogajanj, ki so jim bili otroci ali so jim še izpostavljeni. Možno je, da se bo

zdravstveni delavec srečal s pojavom pri otroku ali mladostniku, ki je bil neposredna priča vojnim dogodkom v Sloveniji ali pa prihaja kot begunec v Slovenijo. Vendar PSS ni vezan le na vojna dogajanja. Z njim se tudi v mirnodobskih okoliščinah lahko srečujejo zdravstveni delavci na kirurških in travmatoloških oddelkih, v otroškem in šolskem zdravstvu in v mentalnohigienskih službah. Ob tem je tudi vprašanje prve psihološke pomoči po hudem stresu, ki bi je otrok lahko bil deležen že na kirurškem oddelku ali kakem drugem bolniškem oddelku, v vrtcu, v šoli.

Strinjamo se z avtorji (5), ki opozarjajo, da bi mentalnohigienske službe morale več storiti za prepoznavanje sindroma in za pomoč otroku in njegovi družini. Dosedanje izkušnje kažejo, da je z zgodnjimi ukrepi pomoči ob množičnih nesrečah možno opozoriti, informirati in svetovati staršem, vzgojiteljem in učiteljem, kako naj pomagajo otrokom, ki so bili izpostavljeni skupnemu stresogenemu dogodku. Javno preventivno delovanje mentalnohigienskih strokovnjakov, zlasti uporaba radia in televizije, je velikega pomena za preprečevanje pojava in pomoč otrokom ob množičnih nesrečah.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American psychiatric press, 1987: 247-50.
2. Yule W, Udwin O, Murdoch K. The »Jupiter« sinking: effects on children's fears, depression and anxiety. 1990; 31: 1051-61.
3. Garmez N, Rutter M. Acute reaction to stress. In: Rutter M, Hersov L ed. Child and adolescent psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publication, 1985: 152-76.
4. Pynoos SR. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In: Garfinkel BD, Carlson GD, Weller EB eds. Psychiatric disorders in children and adolescents. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1990: 48-63.
5. Yule W, Williams R. Posttraumatic stress reactions in children. J Trauma Stress 1990; 3: 279-95.
6. Garmez N. Stressors in childhood. In: Garmez N, Rutter M eds. Stress, coping, and development in children. New York: McGraw-Hill, 1983; 43-85.
7. Terr LC. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In: Lewis M ed. Child and adolescent psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991: 755-63.
8. Rutter M. Stress, coping, and development: some issues and some questions. In: Garmez N, Rutter M eds. Stress, coping and development in children. New York: McGraw-Hill, 1983: 1-43.
9. Freud A, Danns S. An experiment in group upbringing. In: The psychoanalytic study of child. New York: International university press, 1951.

strokovna srečanja

POROČILO O 50. KONGRESU AMERIŠKE AKADEMIJE ZA DERMATOLOGIJO

Dallas, 7.-12. december 1991

Največje ameriško Združenje dermatologov (American Academy of Dermatology, AAD), ki ima nad 9000 članov, je pripravilo svoj 50. kongres v Dallasu (Teksas), na katerem je sodelovalo skoraj 6000 udeležencev.

Strokovni del kongresa je organiziral Odbor za znanstvene sestanke AAD, ki ga je vodil L. E. Golitz. Udeleženci so lahko izbirali med več oblikami strokovnih dogajanj. Število *glavnih predavanj* je bilo zelo skrceno, 19 je bilo raznih *tečajev* (udeležbo je bilo treba posebej plačati), 49 *simpozijev*, 59 *monotematskih sestankov*, 4 *konference*, posvečene laboratorijski tematiki; 195 je bilo *diskusijskih krožkov* (focus sessions), za katere je bila značilna obravnava različnih problemov pod vodstvom strokovnih mentorjev med zajtrki in kosili (seveda proti dodatnemu plačilu). Vse naštete oblike izobraževanja so organizirali najkompetentnejši der-

matologi in drugi povabljeni strokovnjaki. Ob tako pestri izbiri strokovnih dogajanj je imel človek v začetku občutek zmedenosti, vendar se je izkazalo, da je bila organizacija zelo dobra: udeleženci so imeli na razpolago obširen in pregledno pripravljen program; prostori in čas dogajanj so bili skrbno označeni, na razpolago je bilo dovolj dvoran v Kongresnem centru. Vsak udeleženec, ki je proučil program, je mogel kljub razdaljam med dvoranami prisostvovati predavanjem, ki so ga zanimala. Sodelovalo je okoli 1300 predavateljev, prikazanih pa je bilo tudi 222 plakatov. Posebej velja omeniti obsežno razstavo farmacevtskih in kozmetičnih proizvodov, najrazličnejših aparatov, strokovnih knjig in drugega.

AAD skrbi za reševanje najvažnejših strokovnih, organizacijskih, pravnih, finančnih in davčnih problemov svojih članov. To je mogoče doseči tako, da ima AAD poleg

devetčlanskega izvršilnega odbora ter 17-članskega Upravnega odbora (Board of directors) še številne komisije in odbore, od katerih imajo mnogi še pododbore in komisije. Mandat predsednika traja eno leto, vendar se eno leto pred nastopom kandidat uvaja v svojo funkcijo kot izvoljeni predsednik (president elect), leto po končanem mandatu pa deluje kot bivši predsednik. Zato so dnevi kongresa izpolnjeni s številnimi organizacijskimi sestanki, poleg že omenjenih teles AAD so v času kongresa še sestanki najrazličnejših strokovnih, stanovskih in univerzitetnih združenj, kakor tudi raznih fondacij, npr. Ameriškega društva za rak, Nacionalne fondacije za vitiligo, fondacije za raziskovanje distrofičnih buloznih epidermoliz in drugih.

Na koncu velja še omeniti, da je AAD pooblaščen za izvajanje trajnega izobraževanja dermatologov (Continuing Medical Education, CME) po načelu ura za uro, tako kot to predvideva za splošne zdravnike Ameriško zdravniško društvo. V teku 50. kongresa je bilo mogoče na podlagi ustreznih potrdil o udeležbi dobiti priznanje za največ 49 ur postdiplomskega izobraževanja.

Aleksej Kansky

MALIGNI MELANOM ŽILNICE**MALIGNANT MELANOMA OF THE CHOROID**

Boris JANČAR

Onkološki inštitut, Vrazov trg 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1990-12-27

Sprejeto 1990-12-27

KLJUČNE BESEDE: maligni melanom; žilnice; zdravljenje

Zdrav Vestn 1992; 61: 439-41

KEY WORDS: malignant melanoma; choroid; treatment

IZVLEČEK – Izhodišča. Maligni melanom žilnice je najpogostejši tumor v očesu pri odraslih. Njegova etiologija ni znana. Z razvojem diagnostičnih metod se je zanesljivost njegove diagnoze močno izboljšala z 80% v preteklosti na več kot 95%.

Zaključki. Prognoza malignega melanoma žilnice je odvisna od različnih dejavnikov, najpomembnejša sta histološka vrsta in velikost tumorja. Tradicionalni način zdravljenja je zgodnja enukleacija. Novi pogledi na potek bolezni ter razvoj tehnologije so prinesli različne nove načine zdravljenja, s katerimi skušamo ohraniti oko in vid zbolelega očesa. S sodelovanjem Očesne klinike in Onkološkega inštituta v Ljubljani smo uvedli nov način zdravljenja z radioaktivnimi aplikatorji, ki je dal dobre rezultate, vendar pa bo ocena njegove uspešnosti možna šele po daljšem času opazovanja bolnikov.

ABSTRACT – Background. Malignant melanoma of the choroid is the most common tumor of the eye in adults. His etiology is unknown. The development of diagnostic methods resulted in the improvement of diagnosis from 80% in the past to more than 95% today.

Conclusions. Among different prognostic features, size and histological type seem to be most important. The conventional way of treatment i.e. early enucleation, changed with the development of new technologies and new knowledge on tumor growth, is thus becoming less frequent. New types of treatment are aimed at retaining the diseased eye, as well as its function.

University Department of Ophthalmology and the Institute of Oncology in Ljubljana introduced a new type of treatment with radioactive applicators.

Incidenca in lokalizacija

Maligni melanom žilnice (MMŽ) je najpogostejši primarni tumor v očesu pri odraslih. Pri osebah, starejših od 20 let, maligni melanomi veznice, šarenice, ciliarnika in žilnice skupaj obsegajo 80% vseh očesnih tumorjev (1).

Incidenca je 2 do 5 na 10.000 očesnih bolnikov; incidenca v splošni populaciji pa 1,3 na 100.000 prebivalcev. Pri obeh spolih je zbolečnost enako pogosta, s tem da je vzorec po starosti zbolevanja enak kožnim melanomom, torej da zboleujejo ženske pretežno v mlajših letih, moški pa v starejših (2).

V Sloveniji je bilo po podatkih Registra raka za SR Slovenijo v letih 1971 do vključno 1981 novo ugotovljenih 66 primerov malignega melanoma v predelu očesa. Ker je prognoza bolezni glede na mesto nastanka različna, sem skušal podatke o lokalizaciji melanoma v očesu dobiti iz popisov bolnikov. Popisi so bili dosegljivi le za 43 bolnikov. Od teh je pri 32 bolnikih maligni melanom izviral iz žilnice, pri petih iz veznice, pri petih iz ciliarnika in pri enem iz šarenice.

Etiologija

Etiologija, kot pri vseh drugih malignih melanomih, ki niso lokalizirani na koži, ni znana. Ultravijolično sevanje, ki velja kot najpomembnejši sprožilni dejavnik pri melanomu kože, pri melanomu očesa (razen veznice), nima nikakršnega pomena, ker ga leča in roženica učinkovito zadržita (3).

Pri živalih so uspeli izzvati maligne melanome očesa z različnimi snovmi (platina, sulfid niklja, metilholantren, tionin), z radijem in virusi (4). Porast incidence kožnih in očesnih melanomov

v zadnjih letih bi lahko pripisali skokovito naraščajoči porabi oziroma pojavu vedno novih kemičnih snovi v okolju, ki delujejo kot fotosenzibilizatorji. Albert in sodelavci (1980) so ugotovili nepričakovan in statistično pomemben porast očesnih melanomov pri delavcih v kemičnih tovarnah (5).

Prognoza

Med številnimi prognostičnimi dejavniki so trije, pri katerih je stopnja povezave s preživetjem bolnika največja: histološka vrsta, velikost tumorja ter razrast izven zrkla.

Najpomembnejši prognostični dejavnik je histološka vrsta tumorja. Calendarjeva klasifikacija iz leta 1931 je nekoliko spremenjena v rabi še danes (6). Histološko ločimo več vrst malignih melanomov ciliarnika in žilnice: vretenastocelični tip A in B, epiteloidni in mešanocelični tip, ki se pojavljajo po tem vrstnem redu v 5%, 39%, 3% in 45% primerov. V 7% primerov najdemo tumor, katerega celice so povsem nekrotične, tako da tipa ni mogoče identificirati. Prognostični pomen teh celičnih vrst so potrdile številne študije. Paul in sodelavci so analizirali 2652 primerov melanomov ciliarnika in žilnice. Petnajst let po enukleaciji je bilo živih še 81% bolnikov od tistih z vretenastoceličnim tipom A, 74% z vretenastoceličnim tipom B, 41% z mešanoceličnim tumorjem ter samo 28% od onih s tumorjem epiteloidnega tipa (7).

Pri novih primerih v Sloveniji v zgoraj omenjenem obdobju je bilo od 32 bolnikov z malignim melanomom žilnice histološki tip tumorja možno ugotoviti le za 16 bolnikov; med temi je bil pri štirih bolnikih malignom epiteloidnega tipa, pri štirih vretenastoceličnega tipa B, pri dveh vretenastoceličnega tipa A, pri petih mešanoceličnega tipa, pri enem pa je bil samo podatek, da gre za vretenastocelični tip brez oznake tipa.

MMŽ – maligni melanom žilnice.

Shammas in Blodi (1977) sta ugotovila, da je pri največjem premeru tumorja do 10 mm smrtnost pribl. 13%; pri bolnikih s tumorjem s premerom več kot 12 mm pa je smrtnost 70% (8).

Prognostično izrazito neugoden je razrast tumorja čez beločnico, ki se pojavlja v 10 do 14% primerov. Zelo pogosto je ta povezan še z bolj malignim celičnim tipom (epiteloidni ali mešano-celični) (9).

Diagnoza

V preteklosti je diagnoza MMŽ temeljila samo na izgledu pri direktni oftalmoskopiji. Zanesljivost diagnoze je bila pribl. 80% (10, 11). Z razvojem diagnostičnih metod, kot so barvna fotografija očesnega dna, posredna oftalmoskopija, ultrazvočna preiskava zrkla in fluoresceinska angiografija, se je zanesljivost diagnoze izboljšala na več kot 95%. Davidorf poroča o 1,7% napačnih diagnoz (12), Manschott pa o histopatološki preiskavi 171 očes po enukleaciji, pri katerih je bila klinična diagnoza potrjena pri vseh (13).

Zdravljenje

Zdravljenje je sprva temeljilo na domnevi, da je naraven potek boleznih tak kot pri malignem melanomu na koži. Zgodnja enukleacija, s katero naj bi preprečili metastaziranje, je bila logičen terapevtski ukrep. Opazovanja pri bolnikih, ki so odklonili enukleacijo, so pokazala, da pri majhnih MMŽ zgodnje metastaziranje ni pravilo, nasprotno, sistemski razsoj se pojavi le pri 1% bolnikov ob postavitvi diagnoze. Sobanski poroča o desetih bolnikih, ki so odklonili enukleacijo in so zaradi metastaz vsi umrli v teku desetih let. Posamezni od teh bolnikov so živeli še 9, 8, 5, 4 leta, štirje dve leti in dva po eno leto po diagnozi (14).

Smrtnost bolnikov pred enukleacijo je nizka, ocenjena je približno na 1% na leto. Smrtnost po enukleaciji močno poraste, vrh 8% doseže dve leti po enukleaciji in se nato v nekaj letih zniža v običajni delež pred enukleacijo. Te podatke je 1977 objavil Zimmerman in so osnova za njegovo trditev, da enukleacija pospeši metastaziranje (15). Ker je enukleacija najpogostejši način zdravljenja MMŽ, je imela ta študija seveda precejšen odmev.

Od nasprotnih mnenj Manschott (16) kot najmočnejši argument npr. navaja trditev, da je rast malignega melanoma v očesu prepočasna, da bi lahko smrt dve leti po enukleaciji pripisali razsoju malignih celic pri operaciji. Sklicuje se na podatke Collinsa (17), ki trdi, da je potrebnih 35 do 40 podvojitvev tumorskega volumna, preden nastopi smrt zaradi metastaz. Podvojitveni čas (doubling time) je čas, v katerem tumor podvoji svoj volumen. Za melanome uvee je izračunan čas podvojitve v razponu od 30 do 365 dni. Če pri operaciji pride do razsoja malignih celic, je torej najkrajši čas, v katerem pride do smrti zaradi metastaz, tri leta, najdaljši pa celo več kot 30 let.

Analize kliničnih podatkov o recidivih tumorjev (18) ter neposredne meritve v zadnjih letih so potrdile domneve, da tumor oz. preostale tumorske celice močno pospešijo rast po terapevtskem posegu. Pri tumorjih glave in vratu je npr. izmerjeni podvojitveni čas pribl. štiri dni (19).

Novi pogledi na potek boleznih skupaj z razvojem tehnologije so razširili spekter terapevtskih možnosti. Danes imamo na voljo več načinov lokalnega zdravljenja MMŽ: enukleacija, fotokoagulacija, krioterapija, lokalna ekscizija, eksenteracija ter radioterapija.

Izbor lokalnega zdravljenja je odvisen predvsem od velikosti tumorja. Še najmanj dvomov o terapiji je pri velikih tumorjih (največji premer več kot 15 mm, višina več kot 5 mm). Pri teh je enukleacija metoda izbora, pogosto združena tudi z »no-touch« tehniko, ki je v tem, da se med enukleiranjem z zmrazjenjem zrkla prepreči pretok krvi ali tekočine do zrkla in od njega. Pri majhnih tumorjih (premer manj kot 10 mm, višina manj kot 2 mm) se že

pojavi nasprotujoča si mnenja o prednostih ali slabostih posameznih metod. Ta nesoglasja so sedaj največja glede zdravljenja tumorjev srednje velikosti (premer 10 do 15 mm, višina 2 do 5 mm).

Opazovanje s čakanjem zagovarjajo nekateri avtorji pri majhnih tumorjih, ki ne prizadenejo centralnega vida, ker je znano, da takšni tumorji lahko mirujejo več let (20). Vendar se zdi tako opazovanje neopravičljivo igranje z biološko bombo – tumorjem. Nevarnost je namreč v tem, da tumor lahko nenadno »eksplozivno« zraste in metastazira. Opazovali so primere, pri katerih je prišlo do prodora tumorja izven zrkla, brez klinično opazne rašče tumorja v očesu. Ko je bolezen v stadiju sistemskega razsoja, upanja na ozdravitev ni (21).

Enukleacija je tradicionalen in še vedno najpogostejši način zdravljenja celo pri majhnih tumorjih. Pri velikih tumorjih in pri že uničenem ali zelo slabem vidu je po mnenju večine avtorjev metoda izbora (22).

Fotokoagulacija se izvaja s ksenonskim lokom ali laserskim žarkom. Z dvema nizoma koagulacij se obkroži tumor, ki mu s tem prekinemo dotok krvi, tri tedne kasneje pa koaguliramo sam tumor. Tudi ta način je uporaben samo pri majhnih tumorjih, ki niso debelejši od globine prodora laserskega »pečata« v tkivo, tj. 2 mm.

Krioterapija z večkratnim zmrazjenjem in odtajanjem tumorja s sondo, ki jo prisolimo na steno zrkla, je uspešna pri majhnih tumorjih. Število tako zdravljenih tumorjev je majhno, zato je po nekaterih neugodnih rezultatih ta metoda v glavnem opuščana (23).

Lokalna ekscizija z resekcijo dela zrkla je zahteven poseg, ki zaradi nevarnosti lokalnega in sistemskega razsoja vzbuja resne pomisleke. Avtor, ki je prvi uporabil to metodo, poroča, da je bila pri tretjini tako zdravljenih tumorjev potrebna enukleacija zaradi komplikacij po operaciji (24). Jakobiec poroča o več takšnih uspešnih operacijah, kljub temu pa metoda ostaja le eksperimentalna (25).

Eksenteracija z delno ali popolno izpraznitvijo orbite je zelo redek poseg, celo pri razrastu tumorja izven zrkla. Lokalni prodor je običajno združen z metastaziranjem, zato se večina avtorjev izogiba obsežni operaciji, ki močno pohabi bolnika, prognoze glede preživetja pa ne izboljša. Pri takšnih tumorjih je umestno dodatno zdravljenje, s kemoterapijo in imunoterapijo, ki pa sta danes omejeni samo na klinične študije, predvsem kot paliativno zdravljenje pri sistemskega razsoju boleznih (26).

Radioterapija

Eksterna radioterapija

Najuspešnejši način radioterapije je eksterne obsevanje s protoni ali helijevimi ioni. Fizikalne lastnosti teh visokoenergijskih nabitih delcev (minimalno sipanje, točno določen domet v tkivih, predvsem pa maksimalna gostota ionizacije ob koncu dometa) omogočajo natančno lokalizacijo in v veliki meri selektivno obsevanje samega tumorja. Rezultati so dobri, saj pri pribl. 90% bolnikov, zdravljenih na ta način, pride do regresije tumorja (27). Edina slabost te metode je zelo visoka cena aparature (ciklotron), ki jo premore le nekaj centrov na svetu (Harvard in Berkeley v ZDA ter po en ciklotron v Švici, Švedski in SZ).

Eksterno obsevanje orbite z žarki X pred enukleacijo zmanjša nevarnost metastaziranja, zato je presenetljivo, da v literaturi ni podatkov o uspešnosti takšnega obsevanja. Učinkovitost obsevanja orbite s temi žarki po enukleaciji pa je dokazana, saj po trditvah več avtorjev podvoji delež bolnikov, ki preživijo pet let (28, 29).

Brahiradioterapija

Era brahiradioterapije se je začela leta 1959, ko je Stallard z objavo rezultatov zdravljenja z radioaktivnimi aplikatorji prepričljivo ovrgel do tedaj veljavno domnevo, da je MMŽ radiorezistenten (30). Radionuklid kobalt (Co-60), ki ga je uporabljal, ni najbolj optimalna rešitev iz več razlogov: Zaradi prodornega visokoenergijskega sevanja žarkov gama so neželenemu sevanju izpostavljeni tako bolniki kot tudi kirurška ekipa. Razporeditev odmerka pri teh aplikatorjih ni najboljša, ker je relativno visokim odmerkom sevanja razen tumorja izpostavljena tudi celotna orbita prizadetega očesa ter tudi drugo oko. Med lažje komplikacije pri takem obsevanju spadajo epilacija trepalnic, vnetje veznice ter teleangiektazije. Hujše komplikacije, ki so sicer redke, so nekroza beločnice, perimakularni izliv, krvavitev v steklovino ter katarakta. Od 100 bolnikov, zdravljenih s to metodo, je pri 96 prišlo do regresije tumorja. Trije bolniki so umrli zaradi metastatskega razvoja bolezni. Radiacijska retinopatija ali papilopatija se je razvila pri 30% bolnikov, katarakta kot posledica sevanja pa pri 7% (31).

Večini omenjenih zapletov se izognemo z uporabo drugega radionuklida, katerega sevanje ima krajši doseg in boljše razporeditev odmerka. To je rutenij 106 (Ru-106), sevalec delcev beta, ki ga je uvedel Lommatzsch (1966) (32). Aplikatorji imajo obliko krogelnega odseka, ki se prilaga zrklu. Notranja površina aplikatorja je izpolnjena z radionuklidom. Ker je ta kovinski (srebrn), debeline 1 mm, je to dovolj za absorpcijo elektronov na njegovi konveksni strani, s tem je sevanje omejeno samo na zrklo. Zaradi eksponentnega padca sevanja je odmerek že 1 cm od središča aplikatorja zelo nizek, približno 1% osnovne vrednosti. Z operacijo v splošni anesteziji kirurg prišije aplikator neposredno na sklero nad bazo tumorja. Odmerek sevanja izračunamo glede na velikost tumorja, katerega višino izmerimo z ultrazvokom. Kurativni odmerek je v razponu od 80 do 140 Gy na vrhu tumorja. Od komplikacij, ki so, kot že rečeno, redke, ostaja samo radiacijska retinopatija v obsevanem predelu. Vid se po zdravljenju običajno ne poslabša, večinoma ostane vsaj tak, kot je bil pred posegom, v nekaterih primerih pa se celo izboljša.

V Ljubljani smo leta 1986 na pobudo zdravnikov iz Očesne klinike pričeli zdraviti bolnike z MMŽ po opisani Lommatzschevi metodi. V zadnjih petih letih smo tako zdravili 50 bolnikov. Pri vseh bolnikih je prišlo do regresije tumorja, pri dveh pa do ponovne rasti po začetni regresiji. Pri omenjenih dveh je bila potrebna enukleacija. Vsi bolniki so živi, nihče od njih nima oddaljenih metastaz (vključno z zgoraj omenjenima bolnikoma, pri katerih je bila opravljena enukleacija). Dokončna ocena uspešnosti tega načina zdravljenja bo možna šele po daljšem času opazovanja.

Zahvala

Zahvaljujem se prof. dr. Boženi Ravniharjevi za strokovne nasvete pri pripravi članka.

Literatura

- Cutler SJ, Young JL eds. Third national cancer survey incidence data. Natl Cancer Inst Monogr 1975; 41: 1-454.
- Scotto J, Fraumeni JF, Lee JAH. Melanomas of the eye and other noncutaneous sites. J Natl Cancer Inst 1976; 56: 489-91.
- Taylor HR, West SK, Rosenthal FS et al. Effect of ultraviolet radiation on cataract formation. NEJM 1988; 319: 1429-33.
- Albert DM, Shadduck JA, Liu HS et al. Animal models for the study of uveal melanomas. Intl Ophthalmol Clin 1980; 20: 143-60.
- Albert DM, Puliafito CA, Fulton AB et al. Increased incidence of choroidal malignant melanoma occurring in a single population of chemical workers. Am J Ophthalmol 1980; 89: 323-37.
- TNM classification of ophthalmic tumours. Geneva: International union against cancer, 1985.
- Paul EU, Paunell BL, Braker M. Prognosis of malignant melanoma of the choroid and ciliary body. Int J Ophthalmol Clin 1962; 2: 387-402.
- Shammas HF, Blodi FC. Prognostic factors in choroidal and ciliary body melanomas. Arch Ophthalmol 1977; 95: 63-9.
- Afteldt JC, Mirekler DS, Azen SP et al. Prognosis in uveal melanoma with extraclearal extension. Arch Ophthalmol 1986; 98: 1975-9.
- Ferry AP. Lesions mistaken for malignant melanoma of the posterior uvea. Arch Ophthalmol 1964; 72: 463-9.
- Shields JA, Zimmerman LE. Lesions simulating malignant melanoma of the posterior uvea. Arch Ophthalmol 1973; 89: 466-71.
- Davidorf FH, Letson AD, Weiss ET et al. Incidence of misdiagnosed and unsuspected choroidal melanomas. Arch Ophthalmol 1983; 101: 410-2.
- Manschot WA, von Peperzeel HA. Choroidal melanoma: enucleation or observation? A new approach. Arch Ophthalmol 1980; 98: 71-7.
- Sobanski J, Zeydler-Grzedzielewska L, Szusterowska-Martinowa E. Decreased mortality of patients with intranuclear malignant melanoma after enucleation of the eyeball followed by orbit x-ray irradiation. Polish Med J 1972; 11: 1512-2.
- Zimmerman L, McLean IW. An evaluation of enucleation in the management of uveal melanomas. Am J Ophthalmol 1979; 87: 741-60.
- Manschot WA, Strik Van R. Is irradiation a justifiable treatment of choroidal melanoma? Analysis of published results. Br J Ophthalmol 1987; 71: 348-52.
- Collins VP, Loeffler RK, Tivey H. Observations on growth rates of human tumors. Am J Roentgenol 1956; 76: 988-1000.
- Budihna M, Škrk J, Šmid L, Furlan L. Tumor cell repopulation in the rest interval of split-course radiation treatment. Strahlentherapie 1980; 156: 402-8.
- Begg AC, McNally NJ, Schrieve DC, Karcher J. A method to measure the duration of DNA synthesis and the potential doubling time for a single sample. Cytometry 1985; 6: 620-6.
- Goss JDM. Observation of suspected choroidal and ciliary body melanomas for evidence of growth prior enucleation. Ophthalmology 1980; 87: 523-8.
- Ruiz R. Malignant melanoma of the choroid and ciliary body. Cancer Bull 1985; 37: 6-12.
- Jakobiec FA ed. Ocular and adnexal tumors. Birmingham: Aesculapian Publ, 1978.
- Lincoff N, McLean J, Long R. The cryosurgical treatment of intraocular tumors. Am J Ophthalmol 1967; 63: 389-9.
- Peyman GA, Axelrod AJ, Ericson ES, May DR, Goldberg MF. Full thickness eye wall resection in various species. An experimental approach in treatment of choroid melanoma. Albrecht von Graefes Arch Klin Ophthalmol 1973; 186: 157-7.
- Peyman GA, Raichand M. Resection of choroidal melanoma. In: Jakobiec FA ed. Ocular and adnexal tumors. Birmingham: Aesculapian Publ, 1978: 61-9.
- Shields JA. Approaches to the management of choroidal melanoma. In: Jakobiec FA ed. Ocular and adnexal tumors. Birmingham: Aesculapian Publ, 1978: 4-11.
- Munzenrider JE, Gragoudas ES, McNulty P, Seddon JM, Urif M. Uveal melanoma: conservative treatment with radiation therapy. In: Withers HR, Peters LJ eds. Innovations in radiation oncology. Berlin: Springer, 1988: 41-50.
- Vannas S. Zur Prognose der malignen Geschwulste der Aderhaut. Klin Monatsbl Augenheilkd 1959; 135: 678-8.
- Lommatzsch P, Dietrich B. The effect of orbital irradiation on the survival rate of patients with choroidal melanoma. Ophthalmologica 1976; 173: 49-9.
- Stallard HB. Malignant melanoma of the choroid treated with radioactive applicators. Trans Ophthalmol Soc UK 1957; 79: 373-92.
- Stallard HB. Radiotherapy for malignant melanoma of the choroid. Br J Ophthalmol 1966; 50: 660-0.



Canesten® krema

Posebno primerna
za področja s
suhimi ali zmerno
vlažnimi mikozi.

Canesten® raztopina

Posebno primerna
za dlakasta in težko
dostopna področja
(npr. uho) ter za
vlažne mikoze.

Canesten® posip

Posebno primeren
za dodatno in
profilaktično
zdravljenje
pri uporabi kreme
oziroma raztopine.

Doziranje: Kremo Canesten oziroma raztopino Canesten nanesemo 2 do 3 krat na dan v tanki plasti in vtremo v obolelo področje. Posip Canesten podpira lokalno zdravljenje s kremo in raztopino Canesten, uporablja pa se tudi za dodatno poznejše zdravljenje glivičnih bolezni kože in kožnih gub. Obolela področja posipavamo 1 do 2 krat na dan; v preprečevalne namene tudi obutev in oblačila.

Kontraindikacija: Preobčutljivost za klotrimazol.



Canesten®

stop za glivice



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

VRTOGLAVICA ŽILNEGA POREKLA – NEUROLOŠKI ASPEKT**VASCULAR VERTIGO – NEUROLOGIC VIEW**

Anton GRAD

Univerzitetna nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1991-06-19

Sprejeto 1991-11-28

KLJUČNE BESEDE: vrtoglavica; cerebrovaskularne bolezni; vertebrobazilarna insuficienca; vestibularni labirint

Zdrav Vestn 1992; 61: 443-5

KEY WORDS: vertigo; cerebrovascular diseases; vertebrobasilar insufficiency; vestibular labyrinth

IZVLEČEK – *Izhodišča. Občasni napadi vrtoglavice so pogosti pri bolnikih z ishemijo v povirju vertebrobazilarne cirkulacije. Lahko se pojavijo skupaj s persistentnimi znaki infarkta možganskega debla in/ali malih možganov, skupaj s prehodnimi simptomi vertebrobazilarne insuficienca ali kot izolirani napadi vrtoglavice.*

Zaključki. Izolirani napadi vrtoglavice so posledica okvare vestibularnega labirinta, katerega zgornji del je selektivno bolj občutljiv za ishemijo v vertebrobazilarnem sistemu. Kljub hitremu razvoju nevroradioloških metod temelji diagnoza ishemije v povirju posterioorne cerebralne cirkulacije primarno na kliničnih podatkih. Vrtoglavico žilnega porekla moramo razlikovati od drugih, benignejših okvar notranjega ušesa. Kljub vsemu ostaja terapija vaskularne vrtoglavice le simptomatska.

ABSTRACT – *Background. Episodic vertigo frequently occurs in patients suffering from ischemia in the distribution of the vertebrobasilar circulation. It may occur with persisting symptoms and signs of infarction of the brain stem and/or cerebellum, with transient symptoms of vertebrobasilar insufficiency or as isolated episodes.*

Conclusions. Isolated episodes of vertigo are due to damage of the vestibular labyrinth, the upper part of which is selectively vulnerable to ischemia within the vertebrobasilar system. Despite the rapid advances in neuroimaging techniques, the diagnosis of ischemia within the posterior cerebral circulation is primarily a clinical diagnosis. Vascular vertigo should be differentiated from other more benign inner ear disorders. However, therapy of vascular vertigo remains symptomatic only.

Vrtoglavica (vertigo) in omotica sta pogosti težavi, ki privedeta bolnika k zdravniku. Vertigo pomeni iluzijo gibanja, premikanja; sama omotica pa je slabše definirana in lahko pomeni občutek »prazne glave«, negotovosti pri stoji ali hoji, občutek »pijanosti« itd. Rock (1) meni, da sta tako vrtoglavica kot omotica odraz motnje v vestibularnem sistemu, razlika je le v jakosti dražljaja, podobno kot lahko močan dotik občutimo kot bolečino. Zlasti pogosto se vrtoglavica pojavlja pri starejših ljudeh, ki imajo hkrati tudi dejavnike tveganja za cerebrovaskularne bolezni, npr. arterijsko hipertenzijo, sladkorno bolezen, bolezn srca ali pa se že preboleli cerebrovaskularni inzulit. Tako je pri teh bolnikih opravičen sum, da so omotice ali vrtoglavice posledica t.i. vertebrobazilarne insuficienca, ki je pogosto zlorabljan, netočen in težko dokazljiv izraz za simptome, ki so posledica tranzitorne ishemije v povirju vertebrobazilarne sistema.

Vertebrobazilarni sistem

Od obeh vertebralnih arterij je praviloma ena dominantna (1). Iz obeh vertebralnih arterij izhajajo osrednje perforantne in kratke stranske cirkumferentne veje. Glavni veji vertebralnih arterij sta parni posteriorni inferiorni cerebelarni arteriji, ki poleg dela malih možganov prehranjujeta tudi stranski del podaljšane hrbtnjače. Vertebralni arteriji se združita v bazilarno arterijo, iz katere poleg manjših osrednjih in cirkumferentnih arterij mostiča izhaja kot glavna veja parna anteriorna inferiorna cerebelarna arterija, ki prehranjuje del malih možganov, pa tudi območje vestibularnih jeder. Iz nje ali pa direktno iz bazilarne arterije izhaja labirintna arterija, ki prehranjuje labirint. Sama bazilarna arterija pa odda še parni zgornji cerebelarni arteriji in se takoj zatem razcepi v posteriorni cerebelarni arteriji, ki oskrbujejeta tudi temporalni režanj velikih možganov.

Kakšne so značilnosti vaskularno pogojene vrtoglavice?

Že leta 1962 sta Williams in Wilson (2) postavila trditev, da so občasni, ponavljajoči se napadi vrtoglavice najpogostejši zgodnji simptom ishemije v področju vertebrobazilarne sistema. Pri njenih dvajsetih bolnikih je bila vrtoglavica navedena kot glavna težava pri skoraj 2/3 bolnikov. Praviloma je bila to huda vrtoglavica, povezana z nenadno spremembo položaja glave, brez tinitusa ali izgube sluha. Pri vseh bolnikih so bili v času vrtoglavice prisotni tudi drugi simptomi ali znaki ishemije v območju vertebrobazilarne sistema: motnje vida (diplopije, hemianopsija, scintilacije), dizartrijska, motnje motorike (ataksija, pareze), motnje senzibilitete (parestezije, hipestezija).

Dve leti kasneje sta Loeb in Roccatagliata (3) objavila svoja opazovanja 23 bolnikov, ki so imeli skupno 55 epizod prehodnih nevroloških simptomov možganskega debla kot posledico ishemije. V več kot 45% so imeli bolniki vrtoglavico. Podobno kot Williams in Wilson (2) sta pri večini bolnikov našla poleg vrtoglavice tudi druge simptome ishemije, v 10% pa se je vrtoglavica pojavila kot izoliran simptom.

Za navedeni študiji je značilno, da sta se s problemom vrtoglavice ukvarjali le posredno, njun cilj pa je bil iskanje značilnosti in pogostosti simptomov in znakov ishemije v vertebrobazilarnem povirju.

Podrobno je o vrtoglavici pri cerebrovaskularnih boleznih poročal Fisher (4) na simpoziju, posvečenem vrtoglavici. Navajal je podatke o 112 bolnikih, ki so imeli na obdukciji dokazano okluzijo bazilarne arterije. Retrogradno je iz bolniških popisov ugotovil, da je imelo vrtoglavico ali omotico kar 77% izmed njih. V 1/4 primerov je bila vrtoglavica izoliran (brez drugih spremljajočih simptomov ali znakov ishemije vertebrobazilarne sistema), pa tudi prvi simptom bolezni. Šele kasneje so se pojavile motnje

vida, dizartrija, pareze okončin, parestezije okoli ust, ataksija ali pareze okončin.

Z namenom, da bi bolje definirala značilnosti vaskularno pogojene vrtočglavice, sta Grad in Baloh (5) izbrala in v retrospektivni študiji pregledala bolniške popise 84 bolnikov, ki so se zdravili zaradi vrtočglavice domnevno vaskularnega vzroka. Domneva o vaskularnem vzroku je temeljila na dejstvu, da so bili napadi vrtočglavice vsaj enkrat povezani tudi z drugimi spremljajočimi simptomi ishemije ali pa nevrološkimi znaki inzulata v povirju vertebrobasilarnega sistema. Kakor pri drugih avtorjih (2–4) je bil najpogostejši spremljajoči simptom prehodne ishemije v povirju vertebrobasilarnega sistema motnja vida (diplopija, zoženje vidnega polja), nato dizartrija, motnje motorike in senzibilitete.

Nevrološki znaki inzulata so bili odvisni od lokalizacije vaskularne lezije. Najpogosteje je bil inzulat lokaliziran v območju malih možganov, nato v povirju zadnje spodnje cerebelarne arterije, redkeje pa v povirju sprednje spodnje cerebelarne arterije. Kar 29% bolnikov z inzulatom in celo 62% bolnikov s simptomi tranzitorne ishemije je navedlo vsaj eno epizodo izoliranega napada vrtočglavice, ki je značilno trajal nekaj minut in je bil po značilnostih enak tistemu napadu vrtočglavice, ki so ga spremljali drugi simptomi ishemije ali peristentni znaki inzulata v povirju vertebrobasilarnega sistema. Pri skoraj 1/5 bolnikov so bili izolirani napadi vrtočglavice tudi prvo znamenje ishemije ali inzulata. Elektronistagmografija je pokazala pri 42% bolnikov odsoten ali znižan odgovor na kalorično draženje na eni strani, kar kaže na okvaro perifernega vestibularnega sistema. Zanimivo je, da so imeli nekateri bolniki okvaro labirinta brez okvare sluha (normalen avdiogram).

Noveljša poročila so potrdila ta opazovanja. Amarencu in sod. (6) so pogosto opazovali vrtočglavico pri infarktu v povirju posteriorne inferiorne cerebelarne arterije, ki jo je vedno spremljal vsaj še en nevrološki znak: nistagmus, dizartrija, najpogosteje pa lateropulzija. Pri infarktu v povirju zgornje cerebelarne arterije je vrtočglavica redek pojav, pogosta pa dizartrija. Kar je za posteriorno inferiorno cerebelarno arterijo vertigo, je za zgornjo cerebelarno arterijo dizartrija (7). V retrospektivni študiji 43 bolnikov z infarktom v lateralnem delu podaljšane hrbtenjače opisujeta Norving in Cronquist (8) pri treh bolnikih številne, ponavljajoče se epizode nekajminutne vrtočglavice tri do štiri tedne pred infarktom.

Kako razložiti vaskularno pogojene epizode vrtočglavice?

Če vrtočglavico spremljajo tudi drugi spremljajoči prehodni simptomi ishemije ali celo peristentni znaki inzulata možganskega debela in/ali malih možganov, je vrtočglavica posledica ishemije vestibularnih jeder v podaljšani hrbtenjači.

Če pa gre za izolirane epizode vrtočglavice, je razlaga težja. Glede na dokazano izolirano enostransko okvaro labirinta ob normalnem avdiogramu je najverjetnejša hipoteza o selektivni okvari zgornjega dela vestibularnega labirinta (5). Kot smo že omenili, prehranjuje labirint labirintna arterija (oz. art. auditiva interna), ki je veja sprednje spodnje cerebelarne arterije. V notranjem ušesu se razcepi v večjo art. cochlearis in manjšo art. vestibularis anterior, ki prehranjuje zgornji del labirinta (zgornji in horizontalni kanal, utrikularno makulo, zgornjo in stransko ampulo). V tem predelu ni anastomoz med obema žilnima vejama (9). Art. vestibularis anterior je ozka, a sorazmerno dolga arterija, zato je potreben velik gradient tlaka za zadosten pretok krvi. Tako bo selektivno ishemijo zgornjega labirinta povzročil padec tlačnega gradienta, katerega vzrok bo stenoza daleč stran od notranjega ušesa; npr. pritisk osteofita na dominantno vertebralno arterijo bo tako povzročil ishemijo zgornjega labirinta, kar bo bolniku povzročilo vrtočglavico (1).

Diagnostični postopek

Diagnoza vaskularno pogojene vrtočglavice temelji na anamnezi in kliničnem pregledu. Napadi vrtočglavice se praviloma ponavljajo, trajajo od nekaj minut do ene ure, vsaj pri enem od napadov pa mora biti prisoten vsaj en simptom tranzitorne ishemije oz. moramo pri nevrološkem pregledu najti vsaj enega od peristentnih znakov inzulata v povirju vertebrobasilarnega sistema, ki smo jih že uvodoma omenili (1–5). Nevroradiološke (računalniška aksialna tomografija, nuklearna magnetna resonanca) in angiografske preiskave so v pomoč pri bolnikih z inzulatom, ne pa tudi pri bolnikih s tranzitorno ishemijo (5). Obetavna je transkranična ultrazvočna preiskava žilja (1), toda rezultati tovrstne študije še niso bili objavljeni.

Če pa ima starejši bolnik z enim ali več dejavniki tveganja za cerebrovaskularno bolezen le en sam napad vrtočglavice brez drugih simptomov ishemije možganskega debela, je diagnoza vaskularnega vertiga lahko le domnevna.

Vsekakor pa mora bolnika, pri katerem sumimo na vaskularno pogojeno vrtočglavico, pregledati tudi otolog. Bolnik naj opravi tudi testiranje vestibularnega in kohlearnega aparata.

Ponavljajoče se napade vrtočglavice pogosto povzročata tudi Menièreova bolezen in benigni pozicijski nistagmus (10). Če se Menièreova bolezen pojavi v tipični obliki (nekaj ur trajajoči napad vrtočglavice, tinitus, slabši sluh prizadetega ušesa, občutek polnosti v ušesu), diagnoza ni težka, vendar se lahko pojavi tudi v blažji obliki. Pri starejših bolnikih je pogost benigni pozicijski vertigo, pri katerem vrtočglavica traja nekaj sekund in je vedno povezan s premikom glave (11). Tudi nastanek vrtočglavice pri benignem pozicijskem vertigu razlagamo s selektivno okvaro zgornjega labirinta (5).

Migrena je lahko povezana s ponavljajočimi se napadi vrtočglavice (12). Pri jemanju anamneze moramo biti pozorni na glavobol, ki je glavni simptom in ki sledi vrtočglavici, ter na spremljajoče simptome tranzitorne ishemije možganskega debela. Mehanični pritisk na vertebralno arterijo v območju vratne hrbtenice zaradi osteofitov, masaže vratu ali sindroma kradeža podključnične arterije (1, 13) bodo tudi povzročili vaskularno pogojeno vrtočglavico. Vrtočglavica zaradi deformacij na vratni hrbtenici je pogosta pri bolnikih, ki so utrpeli poškodbo vratne hrbtenice in imajo bolečine v vratu. Značilno traja nekaj sekund do minut in je povezana s premikanjem glave (14). Upoštevati moramo, da so deformacije vratne hrbtenice običajna najdba pri rentgenski preiskavi, saj lahko pričakujemo deformacije vratne hrbtenice pri 70% ljudi, starih 50–60 let, in kar pri 90% ljudi, starejših od 60 let (1).

Troost (15, 16) omenja številne bolezni, ki lahko povzročajo vrtočglavico. Praviloma povzročijo vrtočglavico, ki traja več ur, npr. zdravila (antiepileptiki, nevroleptiki, analgetiki), alkohol, meningitis in hipotireoza. Bolezni osrednjega živčevja (tumori pontocebelarnega kota, demielinizacijske bolezni, spinocerebelarna degeneracija, olivopontocerebelarna degeneracija itd.) pa spremljajo tudi drugi nevrološki znaki.

Pri razlikovanju vaskularne vrtočglavice od vrtočglavice drugih vzrokov moramo upoštevati tudi ortostatsko hipotenzijo, ki je velikokrat posledica zdravil ali sladkorne bolezni, anemije, policitemije in sistemske bolezni veziva (15).

Zdravljenje vaskularne vrtočglavice

Terapevtske možnosti so omejene, s čimer moramo seznaniti tudi bolnika. Ker so napadi kratki, bo bolnik le izjemoma potreboval antiemetike ali pomirjevala. Pogosto uporabljamo betahistin, čeprav je njegova učinkovitost pri vaskularno pogojeni vrtočglavici vprašljiva. Flunaricin in sulpirid sta v nekaterih državah popularna, vendar njuno delovanje ni jasno (17).

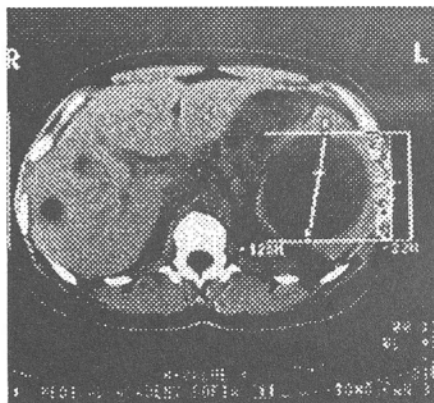
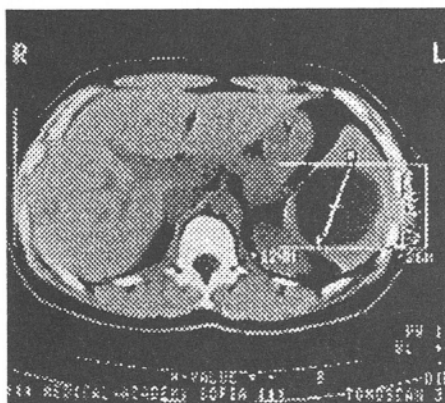
Vsekakor pa moramo zdraviti dejavnike tveganja in cerebrovaskularne bolezni. Lažje nam bo, če bo vaskularna vrtočglavica posledica ortostatske hipotenzije, anemije ali drugega vzroka, ki ga lahko zdravimo.

Literatura

1. Rock EH. Vascular dizziness and transcranial Doppler ultrasonography. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98 (Suppl 141): 3–23.
2. Williams D, Wilson TG. The diagnosis of the major and minor syndromes of basilar insufficiency. *Brain* 1962; 85: 741–4.
3. Loeb C, Roccatagliatta G. Aspetti clinici dell'insufficienza cerebrovascolare. *Sist Nerv* 1964; 16: 403–15.
4. Fisher CM. Vertigo in cerebrovascular disease. *Arch Otolaryngol* 1967; 85: 529–34.
5. Grad A, Baloh RW. Vertigo of vascular origin: Clinical and electronystagmographic features in 84 cases. *Arch Neurol* 1989; 46: 281–84.
6. Amarenco P, Roullet E, Hommel M, Chaine P, Marteau R. Infarction in the territory of the medial branch of the posterior inferior cerebellar artery. *J Neurol Neurosurg Psych* 1990; 52: 731–5.
7. Amarenco P, Roullet E, Goujon C, Cheron R, Hauw JJ, Bousser MG. Infarction in the anterior rostral cerebellum (the territory of the lateral branch of the superior cerebellar artery). *Neurology* 1991; 41: 253–8.
8. Norrving B, Cronquist S. Lateral medullary infarction: Prognosis in an unselected series. *Neurology* 1991; 41: 244–8.
9. Mazzoni A. Internal auditory artery supply to the petrous bone. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1974; 81: 13–21.
10. Slater R. Vertigo. *Postgrad Med* 1988; 84: 58–67.
11. Baloh RW, Honrubia V, Jacobson K. Benign positional vertigo: Clinical and oculographic features in 240 cases. *Neurology* 1987; 37: 371–8.
12. Caplan LR. Migraine and vertebrobasilar ischemia. *Neurology* 1991; 41: 55–61.
13. Nishijima M, Akai T, Kawayama N, Nakada J, Furuichi S, Takalu A. Vertigo caused by scalenus anterior compression of the subclavian artery: a report of two cases. *Brit J Neurosurg* 1990; 4: 135–40.
14. Biesenger E. Vertigo caused by disorders of the cervical vertebral column. *Adv Oto Rhino Laryngol* 1988; 39: 44–51.
15. Troost BT. Dizziness and vertigo in vertebrobasilar disease. Part I: Peripheral and systemic causes of dizziness. *Stroke* 1980; 11: 301–3.
16. Troost BT. Dizziness and vertigo in vertebrobasilar disease. Part II: Central causes and vertebrobasilar disease. *Stroke* 1980; 11: 413–5.
17. Hofferberth B, Grottemeyer KH. Flunarizin und Sulpirid – Ein Vergleich zweier gebrauchlicher Antivertiginosa bei vertebrobasilarbedingtem Schwindel. *Nervenarzt* 1985; 56: 553–9.

DALBEN[®] 400

tablete



Echinococcus granulosus

- izbirno zdravilo za zdravljenje ehinokokoze
- visok odstotek ozdravitev
- nizka toksičnost

Način izdajanja

Na zdravniški recept.

Oprema

56 tablet po 400 mg

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



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

SPREMEMBA KONCEPTA PRVE POMOČI PRI ODPRTIH POŠKODBAH PRSNEGA KOŠA

Nemški strokovnjaki s področja urgentne medicine (Notfallmedizin) že več let opozarjajo, da naj bi v okviru prve pomoči pri odprtih penetrantnih poškodbah prsnega koša *ne delali nepredušne obveze*. Poudarjajo, da nepredušna obveza pri odprtem pnevmotoraksu lahko povzroči postopen razvoj kompresijskega pnevmotoraksa, ki je pri takem poškodovancu, če hitro ne pride do zdravniške oskrbe, lahko usoden. Kot prvo pomoč pri takem poškodovancu svetujejo rahlo sterilno obvezo rane, pravilen položaj in takojšen prevoz v najbližjo zdravstveno ustanovo.

To stališče je logično in postopoma pridobiva veljavo v doktrini prve pomoči po vsem svetu, tudi v angleško govorečih deželah, kjer je bil uveden koncept nepredušne obveze in od koder smo tak način prve pomoči povzeli tudi pri nas.

Zato bi bilo potrebno, da bi to stališče sprejeli tudi mi in v okviru prve pomoči pri odprtih poškodbah prsnega koša opustili učenje in uporabo nepredušne obveze. Ta bi bila na sploh smiselna le pri takih poškodbah prsnega koša, kjer je poškodovana (prebodena, prekinjena) le stena prsnega koša, notranje strukture (visceralna plevra, pljuča) pa niso prizadete. Če pa so prizadete tudi te, nepredušna obveza ni logična in smiselna, ker dejansko lahko

pripelje do usodnega kompresijskega pnevmotoraksa. Kako globoko in kam sega poškodba, pa prvi pomagalec, ki daje takemu poškodovancu prvo pomoč na terenu, seveda ne more točno vedeti. Mehurčki zraka v rani mu povedo, da je poškodba penetrantna, ne povedo pa mu, ali in koliko so prizadete tudi notranje strukture.

Predlog, da bi v prvi pomoči pri odprtih poškodbah prsnega koša delali le rahlo sterilno obvezo, ne pa nepredušne obveze, bi torej kazalo takoj sprejeti kot doktrino in uvesti v prakso tudi pri nas. Dopuščeno naj bi morda bilo, da bi nepredušno obvezo v okviru nujne medicinske pomoči lahko uporabil le zdravnik. Kajti le zdravnik bi, če bi se razvil kompresijski pnevmotoraks, lahko takoj ustrezno ukrepal z razbremenilno punkcijo z debelo iglo v II. interkostalnem prostoru. Na iglo bi nato privezal na konici zastrizen prst gumijaste rokavice, kar bi delovalo kot ventil v nasprotnem smislu – zrak bi lahko izhajal iz prsne votline, ne bi pa mogel prihajati vanjo, in nevarnost kompresijskega pnevmotoraksa bi bila s tem preprečena.

Prof. dr. Ivan Kalinšek

Prispelo in sprejeto 1992-05-15

DIAGNOSTIKA TUBERKULOZE*

Odrasli

Tuberkuloza pljuč, plevre, bronhov, bezgavk mediastinuma in pljuč

Klinika

Tuberkuloza je dolgotrajna bolezen, prisotne so nizke vročine, potenje, slab apetit in hujšanje. Kašelj je suh ali produktiven. Izpljunek je gnojen ali celo krvav.

Pri plevritisu so pogoste plevralne bolečine, suh kašelj in težko dihanje.

Bolnik je pogosto astenik, shujšan, subfebrilen in poten. Nad prizadetim delom pljuč so slišni inspiratorni poki, pri večini bolnikov je dihanje normalno.

Pri plevritisu prizadeti hemitoraks zaostaja pri dihanju. Pri poslušanju je dihanje oslabiljeno, perkutorno je slišna zamolklna.

Rentgenski znaki

Pogosti so acinarni infiltrati, razpadi, možen je miliarni razsoj po pljučih. Po navadi so spremembe v apikalnih predelih pljuč; apikalnih segmentih zgornjih in spodnjih režnjev. Možne so povsem netipične slike.

Pri tuberkulozi bezgavk so le-te povečane, običajno enostransko (UHL), redko se vidi slabša predihanost pljuč za zoženim bronhom. Pri plevritisu je viden praviloma enostranski, obilen, prost plevralni izliv.

Tuberkulinski test

V Sloveniji je infiltrat prek 5 mm premera običajno posledica BCG vakcinacije. Pri zmerni reakciji (od 10 do 20 mm) je verjetnost tuberkuloze večja, pri močnih reaktorjih (nad 20 mm) pa velika. Pri imunsko manjvrednih bolnikih nam tuberkulinski test brez infiltrata ne izključi tuberkuloze. Značilen pokazatelj tuberkulozne infekcije pri teh bolnikih je že manjši premer infiltrata.

Bronhoskopija

Vidimo pigmentacije, brazgotine pri tuberkulozi bronhij, lokalizirano vnetje, nekrotične granulacije ali perforacijo bezgavke v bronhij. Uporabiti moramo čim manj anestetika.

Odvzamemo vzorce za citološko, histološko in bakteriološko preiskavo.

Torakoskopija

Po plevri vidimo difuzno drobne vozličke, plevra je povsod vneta, pordela in zadebeljena.

Vzorci parietalne plevre pregledamo histološko in bakteriološko.

Algoritem potrjevanja intratorakalne tuberkuloze pri odraslem bolniku

Tuberkuloza pljuč in bronhijev

Pregled razmaza in kultur sputuma ali inducirane sputuma. Pregledamo tri vzorce.

Če so razmazi negativni, rentgensko so lezije minimalne ali so

prisotni razpadi, naredimo bronhoskopijo z odvzemi materialov za bakteriološke, citološke in histološke preglede.

Tuberkuloza plevre

Pregled sputuma kot pri pljučni tuberkulozi. Punktat plevralnega eksudata pregledamo biokemično, citološko in bakteriološko. Koščke parietalne plevre, dobljene s slepo igelno biopsijo in izjemno s torakoskopijo, pregledamo histološko in bakteriološko.

Tuberkuloza bezgavk v mediastinumu in pljučih

Pregled sputuma kot pri pljučni tuberkulozi. Bronhoskopija s perbronhialno biopsijo bezgavk. Vzorce pregledamo citološko, histološko in bakteriološko. Kolikor ti pregledi niso diagnostični, pregledamo vzorce bezgavk, ki smo jih odvzeli na kirurški način (cervikalna mediastinoskopija, prednja mediastinotomija, mala torakotomija) citološko, histološko in bakteriološko.

Če z vsemi diagnostičnimi preiskavami tuberkuloze ne potrdimo bakteriološko, citološko ali histološko, izvidi pa dopuščajo to bolezen in smo druge bolezni izključili, tedaj govorimo o verjetni aktivni tuberkulozi.

Izvenpljučna tuberkuloza

Med začetkom bolezni in dokončno diagnozo je večji zamik kot pri pljučni tuberkulozi.

Vodila:

1. Epidemiološki podatki: Soprizadetost drugih organov ob aktivni ali inaktivni pljučni tuberkulozi v 1/3 primerov. Izolirana izvenpljučna tuberkuloza v 2/3 primerov.

2. Večinoma nespecifični, zelo redko specifični simptomi in znaki (vročina neznanega izvora itd.). Misli na tuberkulozo!

3. Signifikanten tuberkulinski test, vendar možnost napačno negativnih rezultatov v 10 do 15%.

4. Histologija tkiv ni absolutno specifična, večkrat nepričakovana. Zaželeno uvedba antituberkulotikov že pred kirurškimi posegi.

5. Novejše diagnostične metode pri nekaterih lokalizacijah bolj senzitivne (CT, NMR); tudi možnost ciljanih punkcij.

Dokončno diagnozo potrdi MT v kulturi izločkov ali tkiva.

Perikarditis

V okviru poliserozitisa 1/3, ostalo izolirano.

Perikardiocenteza – eksudat s prevladujočimi limfociti, MT v kulturi pozitiven izjemoma.

Terapevtski poizkus z antituberkulotiki, diagnostična biopsija perikarda izjemoma.

Peritonitis

Abdominalna punkcija – večinoma eksudat, možen transudat s prevladujočimi limfociti, na MT kulturo poslati sediment večje količine ascitesa. Laparoskopija s ciljano biopsijo peritoneja.

Enteritis

Večinoma v okviru razširjene odprte pljučne tuberkuloze. Blato na MT.

Limfadenitis

Punkcija bezgavk (citologija + kultura na MT) – diagnostična biopsija, če v punktatu ni kaznozno nekroze. Preiskave na HIV pri vseh odraslih!

* Po sklepu republiškega strokovnega kolegija z dne 8. 3. 1991 velja ta doktrina in se od tedaj dalje je uporabljala.

Genitourinarna tuberkuloza

Jutranji urin na BK 3 do 6-krat. Direktni razmazi opuščeni (M. segmatis lahko daje napačne pozitivne rezultate).

UZ, pielografija – nespecifične spremembe, sugestija za obdelavo.

Ledvična biopsija.

Skeletna tuberkuloza

Za razvit spondilitis rentgenska slika (konvencionalna, CT) patognomonična.

Začetni spondilitis, tuberkulozni artritis ali sinovitis (najčešče prizadeti kolenski in skočni sklepi) – slepa ali odprta biopsija mehkih tkiv oziroma kosti.

MT kultura sinovialne tekočine izjemoma.

Očesna tuberkuloza

Fliktenulozni keratitis praviloma tuberkulozen.

Terapevtski poizkus z antituberkulotiki pri hiororetinitisu in uveitisu.

Kožna tuberkuloza

Sum po videzu lezij.

Dokončna diagnoza biopsije kože.

Meningitis in druge oblike prizadetosti CZS

Likvorska konstelacija (polimorfonuklearna pleocitoza → limfocitoza, znižan ↓ sladkor).

MT kultura likvorja.

CT, NMR.

Diseminirana (miliarna) tuberkuloza

Misliti na diseminirano tuberkulozo že pred rentgensko vidnim razsojem na pljučih.

Upoštevati možnost subakutne in kronične oblike diseminirane tuberkuloze pri »vročini neznanega izvora«.

Diseminirane nereaktivne tuberkuloze pri imunosuprimiranih bolnikih je vse več – fulminanten potek, v tkivih je veliko bacilov, vendar do oblikovanja granulomov ne pride.

V diagnostiki kultura izločkov in tkiv na MT, TBB, biopsija jeter in kostnega mozga.

Izvenpljučna tuberkuloza manjkrat MT pozitivna kot pljučna, zato sicer zaenkrat premalo senzitivne diagnostične tehnike bolj zaželeno kot pri pljučni tuberkulozi: testi hibridizacije nukleinskih kislin, dokaz antiteles.

Pri izvenpljučni tuberkulozi na dveh organih, izvenpljučni tuberkulozi bezgavk pri odraslih in atipični izvenpljučni tuberkulozi so potrebne preiskave na okužbo z virusom HIV.

Tuberkuloza pri otrocih

Pri otrocih le redko potrdimo tuberkulozo s pozitivnim bakteriološkim ugotovkom. Otroci malo kašljajo in izkašljejejo. Primarne lezije imajo malo bacilov.

Tuberkulozo pri otroku diagnosticiramo po ugotovitvi kontakta z MT pozitivnim bolnikom, pozitivnim tuberkulinskim testom, najpogosteje pregledan material za bakteriološki pregled pa je želodčni sok.

UZ vranice ter jeter lahko pokaže miliaren razsoj. Pri kongenitalni tuberkulozi, ki je lahko le abdominalna, tuberkulozo lahko potrdimo s pregledi punktata jeter. Sternalni punktata in pregled očesnega ozadja lahko potrdi miliaren razsoj. Pri dojenčkih je potreben pregled sluhovoda.

*Laboratorijske preiskave**Bakteriološki pregledi**Testi za ugotavljanje mikobakterijskih celic in njihovih sestavin*

Ti testi se med seboj razlikujejo tako po občutljivosti in specifičnosti kot po tehniki izvedbe in ceni, skupno pa jim je, da trajajo postopki samo nekaj ur, čeprav so v nekaterih primerih zelo zapleteni.

Baciloskopija obarvanega razmaza

S tem postopkom se ugotavlja samo acido in alkoholo rezistentne bacile (ARB). Pri nezdravljenih bolnikih je občutljivost baciloskopije med 10^5 do $5 \cdot 10^5$ ARB v ml kužnine. Specifičnost je odvisna od prevalece tuberkuloze in od vrste kužnine. Zaradi hitrejšega in lažjega mikroskopiranja se priporoča uporaba fluorescenčne mikroskopije, kjer je oprema na voljo. Direktna baciloskopija je osnovni test tako v rutinskih kot v specializiranih laboratorijih.

Plinska kromatografija in masna spektrometrija (PK/MS)

S PK/MS se odkriva tuberkulostearinsko kislino v kužninah. Tehnika je zelo občutljiva. Specifičnost je odvisna od prevalece tuberkuloze in od vrste kužnine. Ta test je perspektiven za bakteriološke laboratorije, ki delajo v sklopu dobro opremljenih biokemičnih laboratorijev. V Sloveniji bi prišel v poštev na pediatrični kliniki v sodelovanju z biokemičnim laboratorijem ali z inštitutom Jožefa Stefana.

Ugotavljanje bacilov tuberkuloze in njihovih topnih antigenov s specifičnimi protitelesi.

Ta postopek naj bi se uporabljal za diagnozo tuberkuloznega meningitisa. Specifičnost je več kot 90%, občutljivost pa v primerjavi s kulturo od 40 do 60%. Test je perspektiven za bakteriološke laboratorije, ki delajo v sklopu dobro opremljenih seroloških laboratorijev.

Test hibridizacije nukleinskih kislin (genska sonda, genski test)

Test je 100% specifičen, občutljiv pa od 50 do 90% v primerjavi s kulturo. V prihodnosti bo to eden osnovnih testov za hitro diagnostiko v mikrobioloških (mikobakterije, klamidije, mikoplazme, virusi) in drugih laboratorijih.

Testi za izolacijo mikobakterij

Testi iz te skupine so specifični, ker se izolirano kulturo lahko identificira, in občutljivi, ker se bakterijska masa v času testiranja poveča. Njihova pomanjkljivost pa je v času, ki je potreben za pozitiven rezultat.

Gojenje na standardnih gojiščih

Za gojenje se uporablja trdna (jajčna ali agarska) in tekoča gojišča. Večinoma se uporablja jajčno gojišče IUTM ali Jensenovo, ki sta modifikaciji Löwensteinovega gojišča. Kultura je za sedaj najbolj specifičen in občutljiv rutinski test in spada med osnovne za diagnozo tuberkuloze.

Gojenje v radiometričnem sistemu

Avtomatični radiometrični sistem Bactec 460 TB omogoča hitrejšo odkrivanje mikobakterij in ugotavljanje njihove občutljivosti za antituberkulotike. Pregled z Bactec traja pri direktno pozitivni kužnini do 8 dni in pri direktno negativni do 15 dni.

Pozitivnost je enaka ali večja od pozitivnosti samo na jajčnih gojiščih.

Test bo uveden v rutinsko diagnostiko v Sloveniji.

Izolacija v občutljivih laboratorijskih živalicah

Biološki preskus je zelo občutljiv test za odkrivanje živih in virulentnih bacilov. Test je omejen na specializirane laboratorije, ki pregledujejo kužnine pri otroški tuberkulozi.

Serološki testi

Na voljo sta komercialna kita za ugotavljanje specifičnih protiteles IgG in IgM proti antigenu 60 (A 60), ki je skupina termostabilnih makromolekulskih antigenov in je glavna sestavina tuberkulina RT 23. Zaenkrat ne spada med rutinske teste za diagnozo tuberkuloze.

Biokemični pregledi

Plevralni punkt pregledujemo biokemično, določamo beljakovine in mlečno dehidrogenazo, glukozo.

Citološki pregledi

Pregledujemo krtačenje bronhija, bris biopsije bronhialne sluznice, transbronhialne biopsije pljuč, bronhoalveolarni izpirek, aspirat punkcijske biopsije bezgavk.

V preparatu lahko najdemo epitelioidne celice, histiocite, Langhansove velikanke, kazeozno nekrozo ali celo acidirezistentne bacile. V plevralnem eksudatu najdemo limfocitozo.

Histološki pregledi

Pregledamo vzorce bronhialne sluznice, pljuč, dobljenih s transbronhialno ali celo odprto biopsijo, parietalne plevre, bezgavk ob traheji in bronhijih, dobljenih s perbronhialno biopsijo ali kirurškim posegom.

Diagnozo tuberkuloze potrdijo epitelioidnocelični granulomi z Langhansovimi velikankami ter kazeozno nekrozo. Redko najdemo celo acidorezistentne bacile.

Kužnine

Temelj učinkovite laboratorijske diagnostike je kvalitetna kužnina. Odvzeta mora biti tako, da vsebuje čim več bacilov tuberkuloze. Po odvzemu pa se ne sme zmanjšati ne njihovo število in ne viabilnost (še zlasti ne v primeru pregleda s kulturo).

Sputum

Pri pljučni tuberkulozi je sputum (skašljek) osnovna kužnina, ki jo pregledujemo. Sputum je kužnina, ki pride iz pljuč po produktivnem kašlju. Ker ni mogoče, da bi sestra v vsakem primeru nadzorovala odvzem sputuma, je pomembno, da bolniku pove, kako mora izkašljati. Poučiti ga mora, da nazofaringealni sekret in slina nista sputum. Sputuma se ne sme odvzeti takoj po uporabi ustnih vod. Bolniku je treba povedati, da mora posodico čim bolj približati ustom. Kašljati mora tako dolgo, da začuti, da je globoko zakašljajal. Najboljše je, da se odvzame sputum zjutraj, ker se večina bolnikov najlaže izkašlja kmalu po tem, ko vstane. Nekateri bolniki se laže izkašljajo po jedi ali po tem, ko nekaj časa govorijo. V tem primeru si morajo pred izkašljanjem sprati usta. Sputum je treba čim prej poslati v laboratorij.

Inducirani sputum

Bolniku se pojasni postopek in se ga prosi, da naj sodeluje. Dobro je, če je bolnik tešč. S krtačko in toplo vodo si dobro očisti zobe, jezik in dlesni. Nato močno grgra s sterilno vodo, da spere iz ust vse ostanke hrane in odmrlih celic. Iz ultrazvočnega inhalacijskega aparata inhalira 5 do 15 minut 3% raztopino NaCl. Med inhaliranjem bolnik močno kašlja in sestra ga mora spodbujati, da se dobro izkašlja. Inducirani sputum je treba takoj poslati v laboratorij.

Kužnine, odvzete pri bronhoskopiji

Pri bronhoskopiji se odvzame za bakteriološki pregled aspirat bronhija, košček pljuč, bronhialne sluznice ali bronhoalveolarni spirek (BAL). Po bronhoskopiji bolnik še nekaj dni izkašlja in ta sputum je tudi primeren za bakteriološko preiskavo.

Želodčna lavaža

Želodec je treba sprati zgodaj zjutraj, najbolje, dokler je bolnik še v postelji. Spere se z 250 ml sterilne vode (pri otrocih 30 do 60 ml). Celotno količino se takoj pošlje v laboratorij.

Urin

Najprimernejši je jutranji urin. V posodico s širokim vratom se ujame srednji curek spontano odvajanega urina. Odvzeti je treba najmanj tri dni zaporedoma po 20 ml.

Drugi materiali

Glede na lokalizacijo tuberkuloze kirurško odvezamo različne bioptične materiale.

Andrej Debeljak, Aleksandra Skralovnik-Štern, Vasilija Maček,
Alenka Rus, Branko Mežnar

Prispelo in sprejeto 1991-11-29

strokovno izpopolnjevanje

POROČILO O MEDNARODNEM SESTANKU O BILIRUBINU 1992

Od 9. do 11. aprila 1992 je bilo v Trstu drugo mednarodno srečanje o bilirubinu (Second international bilirubin workshop 1992).

Strokovnega srečanja oz. delavnice, ki sta jo organizirala Claudio Tiribelli iz Trsta in J. Donald Ostrow iz Chicaga, se je udeležilo več kot 60 raziskovalcev iz Evrope, Severne in Južne Amerike in Male Azije. Ob nekaj pediatrih in mlajših raziskovalcih je bila tudi večina najbolj znanih strokovnjakov na tem zanimivem in dinamičnem področju raziskovanja in kliničnega dela.

Program je bil razdeljen na šest tem: kemija, fizikalna kemija in konjugacija bilirubina, transport in presnova, regulacija hepatičnega privzemanja bilirubina, alternativne poti presnove bilirubina in nekonjugirana hiperbilirubinemija pri novorojenih.

Predavanja so potekala v Centro Congressi, Stazione Marittima na obali tržaškega zaliva.

Večina avtorjev je s sodelavci pripravila tudi plakate, ki smo si jih lahko ogledali ob odmorih in so jih nato mlajši sodelavci predstavili v večernem delu predavanj ob zelo zanimivih razpravah.

Ob prijavi smo dobili povzetke predavanj in plakatov, vezane v živahni rumeni barvi, kot se seveda spodobi za »rumeno srečanje«.

Srečanje, ki je bilo ponovitev podobnega, zelo uspelega strokovnega sestanka v Trstu pred tremi leti, sta tokrat odprla oba organizatorja, C. Tiribelli in J. Donald Ostrow.

Prvi del prispevkov je bil s področja kemije in fizikalne kemije bilirubina.

Predavanja so potekala pod vodstvom znanega Davida Lightnerja iz Rena v Nevadi. O topnosti in ionizaciji bilirubina je kot prvi spregovoril J. D. Ostrow iz Chicaga. S sodelavci so ugotovili, da pri fiziološkem pH obstaja bilirubin v obliki dvojne kisline, dominantni ion pa je monoanion. Iz drugih študij je znano, da pri višanju pH od 6,8 proti 9,0 eritrociti, možgani, mitohondriji in fosfolipidne vezikule vežejo vedno manj bilirubina. To naj bi bil dokaz, da je dvojna kislina najverjetnejša oblika bilirubina, ki ga vežejo te strukture. V drugem delu raziskav so proučevali vezavo kalcija na bilirubin. Ugotovili so, da je v žolču možno prenasičenje s kalcijevim bilirubinatom tedaj, kadar je povečana koncentracija nekonjugiranega bilirubina (NKB) v žolču (hemoliza ali hidroliza bilirubinskih glukuronidov), kadar je povečana koncentracija kalcijevih ionov (hiperparatiroidizem) ali kadar je povečana

molarna frakcija NKB anionov ob zvišanju pH nad 6,8.

O vezavi bilirubina in njegovih fizikalno-kemijskih lastnostih je spregovoril R. P. Wennberg. V raziskavi je prekušal hipotezo o bilirubinu kot translokatorju protonov. Po tej hipotezi naj bi bilirubin, ko bi se vezal na površino celične membrane, sprejel proton, ki bi ga nato po prehodu skozi membrano, na citoplazemski strani oddal. Glavnina bilirubina naj bi tako bila v obliki bilirubin monoaniona.

J. Gollan iz Bostona s sodelavci raziskuje antioksidativne lastnosti bilirubina in ostalih žolčnih pigmentov. Raziskujejo s pomočjo podganjih hepatičnih mikrosomnih membran. Rezultati podpirajo hipotezo, da bilirubin, bilirubin ditaurat in mesobilirubin lahko v bioloških sistemih delujejo kot fiziološki antioksidanti. Ščitili naj bi torej hepatocelularne membrane pred peroksidativno poškodbo. Še zlasti bilirubin kaže ob fizioloških ravneh, ki naj bi jih imel v hepatocitih, izrazito antioksidativno delovanje.

Po kratkem odmoru, med katerim smo ob pogovorih s kolegi lahko opazovali od burje razburkani tržaški zaliv, smo še posebej pozornost sledili predavanju o presnovi in izločanju bilirubinskih analogov. Govoril je eden najvidnejših »bilirubinologov«, A. F. McDonagh iz San Franciscu. Skupaj z D. A. Lightnerjem iz Rena v Nevadi že več let raziskujejo bilirubinske molekule, njihovo prostorsko razporejanje in fiziološke posledice tega pri sesalcih. Tokrat so z umetnim spreminjanjem tridimenzionalne strukture bilirubinskih molekul študirali presnovo in izločanje bilirubina in podobnih molekul pri dveh skupinah podgan: normalnih pasme Sprague-Dawley in Gunn, ki imajo dedno pomanjkanje glukuronil transferaznega sistema, zaradi česar bilirubina ne morejo biotransformirati in izločati skozi jetra. Rezultati so pokazali, da je za privzemanje in izločanje bilirubinu podobnih organskih anionov skozi jetra pomembno predvsem ekstra- in intracelularno povezovanje bilirubina na beljakovine. Za tako vezavo pa so pomembne predvsem proste skupine CO-OH na omenjenih molekulah. Morda taki rezultati izključujejo hipoteze o specifičnih membranskih prenašalcih (carriers) za bilirubin?

Popoldanski sklop o konjugaciji bilirubina je vodil J. Gollan. Prvi je nastopil B. Burchell iz Dundeeja na Škotskem. Pregledno je predstavil delo skupine raziskovalcev, ki delajo na glukuronil transferaznih izoenzimih, lokaliziranih v jetrnem endoplazmatskem retikulumu in jedrnih ovojih hepatocitov. Raziskujejo predvsem regulacijo genske ekspresije s pomočjo kemičnih in hormonskih induktorjev. S pomočjo specifičnih

DNK sond so ugotovili, da se nahajajo zaporedja specifičnih genov za glukuronil transferaze na humanem kromosomu številka 2. Genetske raziskave potekajo tudi pri družinah s Crigler-Najjarjevimi sindromom, kjer je dedno odsotna jetrna glukuronil transferazna aktivnost.

J. Roy Chowdhury iz New Yorka s svojo skupino raziskovalcev sodi v tiste pionirske kroge, kjer poskušajo z genetsko terapijo – tokrat somatsko gensko terapijo pomanjkanja bilirubinske glukuronil transferaze. Za raziskovalni model ciljane genske terapije je jeter jim je služil preskus na pasmi zajcev Watanabe, ki so hiperlipidemični zaradi pomanjkanja LDL receptorjev. Izdelali so humane retrovirusne nosilce, ki so bili sposobni prenesti humane LDL receptorske gene v hepatocite. Take hepatocite, ki so nosili humane LDL receptorske gene, so nato presadili z injiciranjem v vranice zajcev Watanabe. Injicirani hepatociti so potovali v jeter, v katerih so nato uspeli dokazati ekspresijo človeških receptorjev LDL na nivoju mRNA. Obenem so pri zajcih dokazali znižanje serumskega holesterola LDL za 25 do 40%, kar je persistiralo ves čas eksperimenta. Nadaljujejo raziskave na bilirubinski glukuronil transferazi s sestavljanjem virusnih in tarčnih nosilcev za zdravljenje prirojenega pomanjkanja omenjenega encima.

N. Blanckaert iz Leuvna raziskuje katalitični center glukuronil transferaze, ki se nahaja na endoplazmatskem retikulumu. Katalitični center naj bi bil orientiran proti lumnu endoplazmatske retikularne membrane.

Program prvega dne je zaokrožila predstavitev plakatov, kjer so avtorji na kratko predstavili svoja dela o: micelarni elektrosmični kapilarni kromatografiji (W. E. Kurtin), bakrovih soleh bilirubina (R. D. Soloway), vezavi bilirubina na eritrocite (D. Brites), učinkih antioksidantov na peroksidacijo maščob in presnovo bilirubina pri podganah pasme Gunn (M. Joshi) in črevesnem izločanju bilirubina pri sindromu Crigler-Najjar in podganah Gunn (P. Kotal).

Drugi dan se je pričel s prispevki na temo prenosa in presnove bilirubina pod vodstvom C. Tiribellija iz Trsta.

Prispevka D. Berka iz New Yorka in G. L. Sottocasa iz Trsta sta se nanašala na prestopanje bilirubina iz krvi v hepatocite. Prvi avtor je na modelu privzemanja ³H-oleata v izolirana perfundirana jetra podgan Sprague-Dawley ugotavljal, da za prehod prostih maščobnih kislin skozi hepatocitno membrano obstaja maščobno kislinska vezalna beljakovina, ki jo je pri podganah mogoče izolirati tudi iz jejunalnih enterocitov, srčnih miocitov in tkivnih adipocitov.

G. L. Sottocasa je opisal proces razpoznavanja, opredelitve in osamitve beljakovine, ki naj bi delovala kot nosilec za bilirubin in sorodne substance na sinusoidnem delu hepatocitnih membran. To beljakovino so poimenovali bilitranslokaza. Raziskave nada-

COOH – karboksilna skupina; CN – Crigler-Najjar sindrom; DNK – dezoksiribonukleinska kislina; LDL – lipoprotein nizke gostote; mRNA – sporočilna (messenger) ribonukleinska kislina.

ljujejo v smeri odkrivanja primarne strukture omenjene beljakovine.

A. W. Wolkoff iz Bronxa s svojo skupino raziskuje od kloridov odvisni prenosni sistem za organske anione v hepatocitnih membranah.

»Drugo stran« bilirubinskega prenosa predstavlja prehod bilirubinskih glukuronidov iz jetrnih celic v žolčevode. Prenos bilirubina in mnogih drugih organskih anionov iz hepatocitov v žolč omogoča od ATP odvisni kanalikularni multispecifični prenašalec. Iz raziskav sklepajo, da verjetno obstaja za ta prenos številna družina nosilcev.

Popoldanski del z naslovom: Transport: regulacija in hepatični privzem je vodil P. D. Berk.

R. Weisiger je pregledno orisal prenos organskih anionov prek hepatocitne membrane. Za novejša dognanja pri prestopanju snovi prek hepatocitnih membran je uporabil model kinetične analize. Ugotovil je, da igra pri prenosu pomembno vlogo tudi tanka plast tekočine, ki se stalno nahaja tik nad opnami celic.

D. Zakim iz New Yorka proučuje pomen beljakovin za privzem in prenos bilirubina prek celičnih membran. Pri eksperimentalnem prehodu bilirubina skozi membranske dvoplasti so ugotovili, da bilirubin ne reagira z vodo ali katero od membranskih plasti, temveč zasede volumen med polimetilenskiimi verigami, ki je sicer prost. Torej naj bi bila topnost bilirubina v membranskih dvoplasteh fizikalna in ne kemična značilnost. V tem pogledu bi bila vloga integralnih membranskih beljakovin pri topnosti pomembna zaradi povečanja prostih predelov med polimetilenskiimi območji.

C. Tiribelli iz Trsta proučuje fizikalno-kemične vplive na vezavo organskih anionov v plazmi in na prehod le-teh prek celičnih open. Vezavi bilirubina na albumin sledi protonacija molekule, prosta oblika pigmenta pa obstaja v deprotonirani, barvni obliki. Protonacija v hepatocitih naj bi delovala kot mehanizem »pasti« za bilirubin. Eden od dejavnikov, ki vplivajo na hepatični privzem organskih anionov, so tudi spolni steroidi. Pri živalih in ljudeh imajo samice in ženske hitrejši plazemski očistek različnih žolčnih barvil in tudi bilirubina. S kastracijo in hormonskim nadomeščanjem so dokazali, da je hitrejši očistek za te snovi posledica učinkovanja steroidov. Sam način delovanja teh hormonov še ni znan. Ena od možnih razlag bi lahko bila, da steroidi vplivajo na membranski potencial hepatocitov. Tako bi manj polarizirani hepatociti (kot so pri samicah)

omogočali večjo transportno aktivnost njihovih open.

Po zaključenem drugem dnevu je bila pod pokroviteljstvom firme Beckman Instruments svečana večerja za vse udeležence srečanja.

Tretji in zadnji dan delavnice je potekal v soboto pod vodstvom J. D. Ostrowa. V prvem delu so bile na vrsti tri teme: J. Kapitunlik iz Jeruzalema je poročal o svojem eksperimentalnem delu pri spodbujanju alternativnih poti bilirubinske presnove prek citokroma P-450, pri podganah Gunn in otrocih s sindromom Crigler-Najjar (CN). Pri otrocih, ki preživijo zgodnjo fazo hiperbilirubinemije zaradi CN, po prvem mesecu bilirubin v krvi doseže dokaj stalno, a visoko raven. To je posledica vključitve alternativne poti presnove bilirubina, ki pa je očitno manj učinkovita od glukuronizacije. Pri eksperimentalnih živalih so snovi, ki inducirajo citokrom P-450, znatno znižale raven bilirubina v serumu. Povečanje ravni citokroma P-450 je posledica povečane ekspresije genov. Med naravnimi induktorji P-450, variante P-4501A1 in 1A2, ki najmočneje vplivata na presnovo bilirubina, so indoli iz zelja, cvetače in ohrovt. Po intragastrični aplikaciji indol-3-karabinola so dokazali pri dveh otrocih s CN sindromom značilno znižanje bilirubina že po sedmih dneh zdravljenja. Nadaljujejo z dolgotrajnejšim zdravljenjem v upanju, da bodo dosegli trajnejše znižanje bilirubina in preprečili možno možgansko okvaro ter izboljšali in podaljšali življenje teh otrok.

P. Kotal iz Prage je poživil razpravo po svojem prispevku o črevesnem izločanju ter spremembi bilirubina v urobilinogen, ki naj bi pri lačnih podganah Gunn odražal raven serumskega bilirubina. Gladovanje naj bi pri teh podganah zmanjšalo črevesno gibljivost. S tem se zmanjša tudi pretvorba bilirubina v urobilinogen v debelem črevesu, kar sicer normalno privede do nepovratnega izločanja bilirubina iz telesa. Nabiranje bilirubina v črevesu privede do povratnega toka pigmenta v plazmo in do z lakotnjenjem inducirane hiperbilirubinemije.

M. M. Elias iz Rosaria v Argentini je predstavila svoje delo pri proučevanju ledvične presnove bilirubina. Uporabljala je izolirane preparate podganjih ledvic in ugotovila, da je teoretično ledvično tubularno izločanje žolčnih anionov podobno jetrnemu. Vendar pri podganah in vivo izločanje bilirubina poteka samo skozi jetra kljub temu, da so v ledvičnem parenhimu (proksi-

malnih tubulih podganjih ledvic), dokazali bilitranslokazo. Vzroki za to so še neznan.

Zadnji del kongresa je bil namenjen neonatalni hiperbilirubinemiji.

D. Bratlid iz Osla je predstavil eksperimentalno delo na toksičnosti bilirubina. Znana je strupenost bilirubina pri novorojenih s hudimi posledicami na možganih, ki jih danes redko srečamo. Pogostejše pa so druge posledice hiperbilirubinemije, posebno pri nedonošenčkih. Na nevrološkem področju se lahko pojavijo kot zaostajanje vidnega zaznavanja, vidno-motoričnih funkcij in neverbalne intelektualne funkcije. In vitro so ugotavljali strupeni vpliv bilirubina na presnovno delovanje različnih celic in celičnih sistemov (možganski homogenati). Ugotavljali so okvaro oksidativne fosforilacije v možganskih mitohondrijih. Bilirubin ima vpliv tudi na nekatere druge encimske sisteme. Dokazali so zavoro nevrotransmisije v podganjih hipokampusnih rezinah ter inhibicijo fosforilacije synapsina I, ki je ključna stopnja pri sproščanju nevrotransmiterjev. Poleg možganov vstopa bilirubin tudi v celice drugih organov, npr. v kožo (fototerapija) in ledvice. Za otrokov razvoj je lahko najusodnejše vstopanje bilirubina v možgane. Pri tem igrajo vloge: albumin, ki v krvi veže bilirubin, pH krvi in krvno-možganska pregraja. V osrednje živčevje vstopa »prosti« bilirubin ali po okvari krvno-možganske pregrade tudi na albumin vezani bilirubin. To vstopanje je do neke mere povratno, na kar pa verjetno razen koncentracije bilirubina v serumu vplivajo še dokaj številni drugi dejavniki (možganski pretok, acidoza, nedonošenost in bolezn novorojenca).

D. Stevenson iz Kalifornije je nastopil zadnji s predavanjem o novih načinih zdravljenja neonatalne zlatenice. V zadnjih desetih letih so se uveljavili zaviralci hem oksigenaze, ki preprečujejo razgradnjo hem proteinov hem in s tem nastajanje bilirubina. Sprva so uporabljali kositrov protoporfirin, ki pa ima precej neugodnih ali celo strupenih stranskih učinkov. Zato raziskujejo številne umetne metaloporfirine, v zadnjem času predvsem cinkov protoporfirin, ki kaže manj neugodnih stranskih pojavov.

Po zadnji razpravi je C. Tiribelli uradno zaključil zelo uspešno strokovno in znanstvenoraziskovalno srečanje, kjer je in bo tudi v bodoče interdisciplinarni pristop močno obogatil znanje in vedenje o bilirubinu.

Morda bodo tako na novo odkrita spoznanja čez nekaj let privedla še do tretje delavnice o bilirubinu.

Borut Bratanič, dr. med.

zanimivo je vedeti

ŠE O ŠKODLJIVOSTI TOBAKA

Gibanje, ki se je razvilo do svetovnih razsežnosti kot posledica spoznanja, v kako visokem odstotku človeštvo plačuje z zdravjem in smrtjo za svojo »nikotinsko naslado«, je seglo tudi do SZZ, ki je do danes sprejelo že kar 3 deklaracije o tobaku (Deklaracija o škodljivosti tobačnih izdelkov, 40. skupščina, Dunaj, september 1988; Deklaracija o proizvodnji, uvozu, izvozu, prodaji ter reklamiranju tobaka, 42. skupščina, Rancho Mirage, oktober 1990; Deklaracija o prepovedi kajenja na mednarodnih (po)letih, 43. skupščina, Malta 1991).

Ker smo prvi dve deklaraciji objavili v Zdrav Vestn 1992; 3: 117 in z njimi seznanili slovensko zdravniško javnost, danes objavljamo tretjo Deklaracijo o prepovedih kajenja na mednarodnih (po)letih, s katero se SZZ pridružuje in podpira akcijo mednarodne organizacije za civilno letalstvo (MOCL). Deklaracijo posredujemo tudi zato, ker ta vsebuje smernice nacionalnim zdravniškim združenjem, kako naj na tem področju ravnajo in ukrepajo. Čeprav Slovenija še ni na seznamu članic MOCL, je dobro, da se že vnaprej seznanimo z vsebino, ki jo bomo tudi mi sprejeli takoj, ko bo SZZ vključeno v Svetovno zdravniško združenje in si bo prizadevalo, da bi v naše ordinacije in doma vnesli breznikotinske dneve.

Anton Dolenc

RESOLUCIJA SVETOVNEGA ZDRAVNIŠKEGA ZDRUŽENJA O PREPOVEDI KAJENJA NA MEDNARODNIH LETIH 43. skupščina SZZ Malta, november 1991

Ker

je svetovno zdravniško združenje sprejelo »Deklaracijo o škodljivosti tobačnih izdelkov«, ki zahteva prepoved kajenja, in

ker

se nacionalna zdravniška združenja z vsem svojim ugledom zavzemajo za družbo brez tobaka in se zavedajo svoje odgovornosti za kakovostno zdravstveno varstvo, dostopno vsem, in

ker

je Mednarodna organizacija za civilno letalstvo kot pridružena članica Organizacije združenih narodov prevzela odgovornost za določanje mednarodnih norm za civilno letalstvo, ki bodo obvezovale 162 držav članic, in

ker

je treba vlade nujno zaprositi, naj podprejo iniciativo Mednarodne organizacije za ci-

vilno letalstvo (MOCL) za prepoved kajenja na mednarodnih letih,

je

Svetovno zdravniško združenje sprejelo naslednja priporočila:

1. Nacionalna zdravniška združenja naj se zavzemajo za takojšnjo sklenitev bilateralnih in multilateralnih sporazumov o prepovedi kajenja in obenem podpirajo dolgoročni načrt MOCL za sprejem ukrepov proti kajenju.

2. Nacionalna zdravniška združenja naj takoj zaprosijo državne organe, zadolžene za reguliranje mednarodnih komercialnih poletov, naj podprejo ukrepe MOCL-a proti kajenju.

3. Nacionalna zdravniška združenja naj na predstavnike MOCL naslovijo nujno prošnjo, da sprejmejo ukrepe, ki prepovedujejo kajenje v letalih.

4. Vsa nacionalna zdravniška društva naj apelirajo na svoje prometne ministre, naj sklenejo bilateralne in multilateralne dogovore o prepovedi kajenja na vseh poletih.

5. Nacionalna zdravniška združenja naj apelirajo na ministrstvo za zdravje in na člane parlamenta, naj podprejo to iniciativo.

6. Nacionalna zdravniška združenja naj sekretariat svetovnega zdravniškega združenja obveščajo o ukrepih za prepoved kajenja na vseh komercialnih poletih. Tako bo omogočena izmenjava mnenj.

Svetovno zdravniško združenje želi izrazi-

ti svojo hvaležnost American Cancer Society, ki je preskrbela temeljno dokumentacijo za pričujočo resolucijo o prepovedi kajenja na mednarodnih poletih.

Pomembnost Sveta MOCL

Pomembne odločitve sprejema Svet MOCL, sestavljen iz predstavnikov 33 držav. Ker je podpora vseh držav nujna, da pride do konsenzualne odločitve o prepovedi kajenja na mednarodnih letih, je zelo pomembno, da svoja stališča predstavijo tudi nacionalni komiteji držav članic.

Sledi seznam 33 članic in njihovih predstavnikov:

Nemčija – U. Gartner, Saudska Arabija – S. Al-Ghamdi, Argentina – R. F. Cardoso, Avstralija – B. Weeden, Brazilija – C. Pinheiro, Kanada – Gilles H. Duguav, Čile – J. B. Lavin, Kitajska – Li Keli, Egipt – M. A. Abulmagd, Španija – L. Androver, ZDA – D. M. Newman, Finska – V. M. Metsalampf, Francija – P. Henault, Gana – J. O. Koranteng, Honduras – C. A. Vasquez Rodriguez, Indija – V. Pattanayak, Indonezija – A. Boediman, Irak – S. A. A. Al-Khayat, Italija – O. Stea-Antoni, Japonska – T. Fujita, Madagaskar – A. Razafindramisa, Mehika – J. Perez y 'Bouras, Nigerija – D. O. Eniojukan, Pakistan – E. A. Qureshi, Nizozemska – A. C. H. van Schelle, Velika Britanija – F. A. Neal, Senegal – P. Diouf, Trinidad – M. E. Nancoo, Tanzanija – Dr. C. V. Mpinga Mgana, Češka in Slovaška – O. Vodicka, Tunizija – A. R. El Hicheri, SZ – I. F. Vasin, Venezuela – Dr. L. E. Vera Barrios.

aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR Z G. FRANCEM KOŠIRJEM, DIPL. IUR., V. D. DIREKTORJA ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE



Košir Franc, dipl. pravnik, je bil rojen 24. 4. 1944 v Sodražici. Leta 1967 je diplomiral na Pravni fakulteti v Ljubljani.

Od leta 1970 dalje se permanentno strokovno izpopolnjuje na področju računalništva in zdravstvene informatike na tečajih in seminarjih doma in v tujini.

Od leta 1963 dalje dela neprekinjeno v socialnem zavarovanju v Ljubljani. Prvih 6 let kot finančni in pokojninski referent. Do leta 1975 je delal na računalniških aplikacijah v Regionalni zdravstveni skupnosti Ljubljana. Od leta 1975 do 1981 je formiral in vodil oddelka AOP. V začetku 1982 je ustanovil in organiziral specializirani strokovni team (55 članov) Zdravstveno informacijskega centra Ljubljana. dve mandati dobi je bil direktor centra.

V strokovnih publikacijah je objavil več strokovnih prispevkov s področja razvoja zdravstvene informatike v Sloveniji.

Ob napovedih nove zdravstvene zakonodaje leta 1989 je prevzel vodenje strokovne službe bivših zdravstvenih SIS mesta Ljubljane. S 1. 1. 1990 vodja Območne enote Ljubljana v Republiški upravi za zdravstveno varstvo. Od 1992 je v. d. direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje v Ljubljani.

ZV: Prihajate iz informatike, računalništva. Kako dobro oz. kako slabo je slovensko zdravstvo »informatizirano«? Še bolj me zanima ta »informatiziranost«, pa ne samo opremljenost z računalniki pri strokovnem delu – pri fakturiranju, obračunavanju osebnih dohodkov in podobnem.

FK: V zdravstvo zadnjih nekaj let vse bolj prodira spoznanje, da brez računalniško podprte informatike v bodoče ne bo več mogoče poslovlati. Informacijska tehnologija se danes uporablja na vseh ravneh dela v zdravstvu (velikokrat že neracionalno), osebe se je z njo seznanilo in jo sprejelo, v nekaterih zavodih imamo dobre SW rešitve na poslovno finančnem področju. Manj so računalniki v pomoč in podporo zdravniškemu delu.

Nimamo sprejete nacionalne strategije razvoja te dejavnosti. Zdravstveni sistem ima podatkovno zelo obsežen in komunikacijsko izjemno zahteven informacijski sistem, zato bi morala država »top down« vzpostaviti koncept informatike, ki primarno podpira operativno izvajanje in načrtovanje zdravstvenega varstva, ocenjevanje uspešnosti in pomanjkljivosti, spremljanje in stimuliranje razvoja, zagotavlja informacije za nacionalne potrebe in mednarodno izmenjavo. Za takšno funkcioniranje sistema država zagotovi osnovno infrastrukturo: glavne podatkovne baze, standarde, protokole in osnovno mrežo komunikacij, na katero se zaradi lastnih in skupnih potreb vežejo »s priključki« vsi udeleženci sistema (zdravstveni zavodi, zasebniki, zavarovanje, država itd.).

Hoteli ali ne, postajamo informacijska družba, pogoj za uspeh in razvoj je prava in hitra informacija. Zdravstvo jo gotovo potrebuje vsak trenutek. Ministrstvo za zdravstvo je zato pred odgovorno nalogo.

ZV: Ali vam bodo lahko izkušnje iz informatike do neke mere koristile pri delu v zavarovalništvu?

FK: Pridobljena znanja in izkušnje s področja informatike mi gotovo ustrezno koristijo tudi v zavarovalništvu, predvsem zaradi:

- poznavanja organizacije in »cehovskih posebnosti« zdravstva ter zdravstvenega zavarovanja doma in v razvitem svetu;
- strokovnega prepričanja, da lahko zdravstveno zavarovanje v naši državi funkcionira samo ob dobro postavljeni strukturi osnovnih podatkovnih baz, kot so: zavarovanci, zavezanci prispevkov, zdravstveni kadri, zdravila, storitve (ne po zeleni knjigi) in skupnih standardih za komuniciranje v sistemu medicinskih in nemedicinskih dejavnosti;
- načina razmišljanja, da je potrebno čimbolj logično postaviti konkretno definicijo problema in projektno izvajati njegovo razreševanje;
- izkušnje, da je v medicinski stroki in

diagnostiki velikokrat težko odgovoriti z računalniško binarnim 1 ali 0;

– spoznanja, da v medicinsko stroko izjemno težko prodrejo tako imenovana paramedicinska znanja: ekonomika, informatika, organizacija;

– poslovnega ravnanja, ki je značilno za informacijsko dejavnost.

Ta in še nekatera bolj specializirana informacijska vedenja mi velikokrat kot pravniku olajšajo odločitve.

ZV: V nam po miselnosti najbližjih evropskih državah temelji organizacija zdravstva na treh nosilcih: država oz. ministrstvo, zavarovalnica in zdravniška zbornica. Kako si Vi predstavljate mesto zavarovalnice oz., kot se uradno imenuje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije?

FK: Zavod za zdravstveno zavarovanje bi moral po novi zakonodaji predvsem predstavljati interese zavarovancev, katerih obvezno plačani prispevki morajo pokriti z zakonom določena zavarovalna tveganja. Z zbranim denarjem naj bi ravnal kot dober gospodar, sklepal poslovno ugodne pogodbe za zavarovance z izvajalci zdravstvenih storitev in nadzoroval njihovo izvajanje. Interesi obojih so si ves čas v objektivnem nasprotju: z manj denarja dobiti boljšo kakovost in več storitev, oz. dobro vnovčiti delo, znanje in strokovnost. Drug brez drugega ne moremo. Zato Zavod v »partnerskem« odnosu in zakonsko določenem dialogu uresničuje svoj del obvez in odgovornosti v funkcioniranju in razvoju zdravstva v okviru nacionalnega plana, ki povzema cilje SZO »Zdravje za vse do leta 2000«.

Rad bi še posebej poudaril, da si bo »zdravstvena zavarovalnica« pridobila zupanje predvsem z dobrim strokovnim delom, javnostjo dela, transparentno podatkov in informacij, poslovnostjo do izvajalcev in varovanjem interesov zavarovancev v obveznem in prostovoljnem zavarovanju. »Politiko« pa naj bi krojilo Ministrstvo za zdravstvo.

ZV: Kako je organiziran Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije oz. kako bo, kako bo prisoten v regijah, koliko ljudi bo zaposloval, kolikšen del denarja za zdravstvo bo potrošil?

FK: V odgovoru na to vprašanje je treba jasno povedati, da je ustanovitev in organizacija Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije predvsem obsežen, strokovno zahteven organizacijski projekt, ki ga ni mogoče izpeljati v nekaj mesecih. Gre za proces nastajanja novega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki mu je sicer nova zakonodaja dala osnove in izhodišča, je pa veliko stvari ostalo nedorečenih oz. so bili sprejeti kompromisi s stari sistemom. Zavod bo zato lahko le postopoma začel izvajati nove funkcije v 9 območnih enotah in 46 izpostavah, ki omogočajo približanje služb zavarovanja zavarovancem. Za prostovoljno zavarovanje,

razvojne in skupne naloge obsežnega informacijskega sistema bosta funkcijsko organizirani še dve samostojni enoti. Organizacijska koncentracija nekaterih funkcij na direkciji Zavoda bo izvedena le za tista področja in naloge, ki jih je zaradi enotnosti sistema obveznega zavarovanja, specializacije strokovnega kadra, smotrno in racionalno opravljati enotno na enem mestu kot: priprava podzakonskih aktov, določanje skupnih izhodišč za vrednotenje programov in storitev, podlage za sklepanje pogodb, planiranje, mednarodno zavarovanje, izdelava skupnih razvojnih projektov za informacijski sistem Zavoda ipd.

Za izvajanje operativnih nalog (izvajanje zavarovanja, finančno poslovanje, obdelava podatkov, administrativno tehnične naloge) potrebujemo približno 600 delavcev, okrog 80 delavcev pa naj bi opravljalo zahtevne visoko strokovne kreativno razvojne naloge: razvoj sistema zdravstvenega zavarovanja, zdravstvena ekonomika, izvrševanje nadzornih funkcij, informacijska dejavnost, zavarovalniški management, pravna dejavnost in podobno.

Za učinkovito izvajanje funkcij s potrebno tehnično opremljenostjo bi smeli potrošiti v prvih dveh letih do 2,5 % sredstev za zdravstveno zavarovanje, kasneje, z vse večjo uporabo informacijske tehnologije in funkcioniranja prostovoljnega zavarovanja, pa od 3 do 4% sredstev.

ZV: Katere so po Vašem bistvene razlike od do sedaj veljavnega zavarovalniškega sistema in novega sistema, ki je v nastajanju oz. ki postopno prehaja v življenje?

FK: Do leta 1962 smo res imeli organizacijo državnega zdravstvenega zavarovanja, kasneje samoupravo, zadnji dve leti proračun. Ves povojni razvoj zdravstvenega varstva pa je temeljil na utopičnem pričakovanju socialistične družbenoekonomske ureditve, da so dosegljive s solidarnostjo vseh državljanov vse dobrine na področju družbenih dejavnosti. Dosegli smo stanje, da imajo prebivalci Slovenije praktično pravico do vseh zdravstvenih storitev, ki jih znate opraviti, in to ne glede na materialni položaj in sposobnost plačevanja prispevkov. Širili smo zdravstvene kapacitete, imeli smo stanje naravnosti zgolj k boleznim in bolniku, ne pa na zdravje.

Razviti svet je tu v zadnjih desetih letih napravil odločilne korake v porazdelitvi odgovornosti in skrbi za zdravje med državljani, vlado, parlamentom, delodajalci. Sprejeti so tudi številni dokumenti v okviru Svetovne zdravstvene organizacije (Alma Ata, Frankfurtska listina, Ottawska listina), ki usmerjajo vlade, parlamente in celotno prebivalstvo v aktivnosti, ki vodijo k boljšemu zdravju.

Tako tudi naš Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju sledi tem zgledom in konkretno določa odgovornosti in naloge pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi

zdravja. Sestavni del sistema družbenih aktivnosti in nosilec za krepitev zdravja je tudi avtonomen sistem pravic iz zdravstvenega zavarovanja, s katerim se zagotavlja socialna varnost prebivalcem v primeru bolezni, poškodb ali smrti. Z obveznim zavarovanjem so zavarovana tveganja preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja bolezni in poškodb posameznika, dana je možnost zavarovanja s prostovoljnim zavarovanjem, vzpostavljen je obvezen sistem vplačevanja prispevkov za vsa zavarovana tveganja. Za izvajanje obveznega zavarovanja je z Zakonom ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot servis zavarovancem za uresničevanje pravic zavarovanja.

ZV: V Nemčiji se v t.i. bolniških blagajnah obrača nepredstavljivo velika vsota denarja. Vtis pa je, da je gospodarjenje s tem denarjem zelo smotno in nadzorovano. Takšne bolniške blagajne izdajajo celo svoje revije, vrsta zdravnikov je specializirana tudi za področje zavarovalniškega organiziranja in financiranja zdravstvene dejavnosti. Najbrž bo pri nas zaradi številčnosti in tudi manjše razvitosti vse v skromnejšem obsegu. Ali pa bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri nas res avtonomen subjekt? Se bodo vanj res zlivala vsa sredstva za zdravstvo v državi? Ali pa bo vsaj nekaj naslednjih let, morda deset, mati država pobirala »viške« in jih usmerjala v področja, ki jih bo imela tedaj za najbolj pomembna?

FK: Čeprav je bilo na območju današnje Slovenije uvedeno obvezno zdravstveno zavarovanje že pred 103 leti, takoj za Bismarkovo Nemčijo, smo po 45 letih iskanja »izvirnih rešitev« prišli končno do trenutka rešnice: ali se bo sistem ob iskanjih in posegih države zrušil sam v sebi, ali pa koncipiramo sistem zdravstvenega zavarovanja v skladu z demokratičnimi načeli in principi, ki jih priznava razviti svet. Eden izmed teh je tudi avtonomnost sistema zdravstvenega zavarovanja, ki pomeni izločitev sredstev za zdravstvo, ki so letos velika 1/3 državnega proračuna, iz proračuna države, vpliv zavarovancev na njihovo zbiranje in porabo, prispevanje vseh in vsakogar za pokrivanje zavarovalnih tveganj.

Nova zakonodaja avtonomnost ob določeni asistenci države zagotavlja, vsa sredstva za zdravstveno varstvo se zbirajo na enem računu. O »viških« govore le tisti, ki razmišljajo proračunsko, vsak normalni poslovni zavarovalniški sistem mora plemeniti zbrana sredstva za to, da pokriva nepričakovana tveganja ali pa zmanjšuje finančne obremenitve zavarovancev. Mi smo začeli s temi aktivnostmi. Država lahko poseže v izvajanje tega sistema z interventnim zakonom oz. z občutnim zmanjšanjem prispevnih stopenj. Ker mora take odločitve sprejeti parlament, »optimistično« dvomim o njihovi uresničitvi. Avtomatično pobiranje morebitnih »viškov« ob spoštovanju pravil pravne države zaenkrat ni mogoče!

ZV: Nova zdravstvena zakonodaja, ki vključuje tudi zdravstveno zavarovalništvo, je stopila v veljavo v marcu 1992. Vrste podzakonskih aktov še nimamo, življenje pa mora teči dalje. Kljub za Slovence znani konservativnosti se prebija tudi zasebna iniciativa v zdravstvu, ki naj bi pripeljala tudi do konkurence, lastništva vseh oblik in na koncu tudi do večjih možnosti za izbiro zdravstvenih storitev za bolnika, pa morda tudi za vas, za zavarovalnico. Koliko zasebne iniciative v zdravstvu je v avgustu 1992?

FK: Zasebno delo v zdravstvu s težavo trga »vezi in okove socialističnega kolektivizma«, saj je Zavod sklenil do začetka avgusta le dve pogodbi z zasebniki za opravljanje specialistične dejavnosti, Ministrstvo pa je izdalo mislim da osem koncesij oz. odločb o vpisu v register zasebnih delavcev. Odpore je predvsem čutiti v monopolnem razmišljanju v javnih zavodih, ki ima oporo tudi v občinskih administracijah. Ugovori so tudi v tem, da ni vseh potrebnih pravnih podlag (plan ZV, mreža kapacitet, drugi pogoji itd.). Ocenjujem, da pa ob 200 vloženi zahtevki za izdajo koncesij in ponovnem razpisu za zbiranje ponudb, ki ga bo konec septembra Zavod objavil samo za zasebnike, zasebnemu delu do konca tega leta na široko odpiramo vrata.

ZV: Že v razpravah pri pripravi pretekle zakonodaje je bilo živo vprašanje, ali naj se za nekatere tvegane dejavnosti, kot je šport, npr. zimsko smučanje, vsak od nas zavaruje posebej, dodamo? Ali naj bo možnost diferencialnega zavarovanja, zavarovanja za zdravstvene storitve v širšem ali predvsem kakovostnejšem obsegu? Razprave je tedaj prekinila SZDL, ki je bila vroč in odločilni zagovornik egalitarnosti. Te razmere so presežene, tudi denarja iz enotnega zavarovanja zagotovo ne bo dovolj za vse storitve, ki jih je slovensko zdravstvo sposobno nuditi oz. ki jih v resnici tudi nudi. Prosim, če povsem shematično prikažete, kaj pokriva obvezno zavarovanje, tj. tisto zavarovanje za zdravstvo, ki ga obvezno plačujemo vsi?

FK: Pravice iz obveznega zavarovanja obsegajo pravice do zdravstvenih storitev, do nadomestila za čas nezmožnosti za delo, do pogrebne, posmrtnine in povračila potnih stroškov v zvezi z zdravljenjem.

Storitve so zavarovanim osebam zagotovljene v različnem obsegu oz. vrednosti glede na status ali naravo bolezni oz. poškodbe. Tako 1. točka 23. člena Zakona določa, da krije obvezno zavarovanje polno ceno za vse primere odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije otrok, učencev in študentov, žensk v zvezi z načrtovanjem družine, nosečnostjo in porodom, HIV in nalezljivih bolezni, obvezna cepljenja, poškodbe pri delu in poklicne bolezni, nujna medicinska pomoč in nujni reševalni prevozi, presajanje tkiv in organov drugim osebam, patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu in socialnih zavodih,

kakor tudi zdravljenja in rehabilitacija malignih bolezni, mišično in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze.

Prav tako so zagotovljena zdravila na recept, ortopedski pripomočki in drugi pripomočki osebam z bolezenskimi stanji, ki so bila prej navedena.

V vseh drugih primerih pa bodo zavarovanci od januarja 1993 dalje dolžni prispevati določen del ceni storitev, in sicer od 5 do 55 %. Zakon pozna tudi nekaj »socialnih varovalk« za tiste osebe, ki nimajo sredstev, invalide ter osebe, starejše od 75 let, ko bo Zavod poravnal nujno zdravljenje, če ne bodo prostovoljno zavarovani.

ZV: Za katere zdravstvene storitve se je mogoče zavarovati dodatno? Ali to pomeni, da dodatno zavarovanje rešuje zavarovanca pred delnim plačilom oz. participacijo storitev, ki bi jih bil dolžan poravnati, če se ne bi dodatno zavaroval? Samo za orientacijo, morda v obliki indeksa oz. indeksov prikažite, koliko dodatno zavarovanje velja. Npr. bolnik na dializi, ki bi moral plačevati določen delež cene, pa bi se želel zavarovati – kolikšen odstotek več bi moral plačati za svoje zdravstveno zavarovanje, če bi hotel pokriti tudi morebitne te stroške? Morda navedite še kak drug pogostejši očitni primer.

FK: Posebna projektna skupina Zavoda je pripravila organizacijske rešitve in 10 programov (paketov) prostovoljnega zavarovanja, ki predstavljajo ponudbo zavarovancem, da se zavarujejo za tveganja razmeroma visokih doplačil, ali pa se zavarujejo še za t.i. nadstandardne storitve. Naj jih primeroma nekaj naštejemo:

- zavarovanje za razliko do polne cene storitev za vse zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke.

- za poškodbe izven dela,
- za najzahtevnejše zdravstvene storitve,
- za zobozdravstvene storitve,
- za zdraviliško zdravljenje,
- za nemedicinsko (laično) nego,
- za pokrivanje višjih stroškov zdravljenja pod boljšimi pogoji in na ugodnejši način itd.

Prostovoljno zavarovanje lahko sklenejo podjetja in druge institucije za svoje delavce (npr. tudi pokojninsko zavarovanje za vse upokojence) ali pa posamezniki.

Najugodnejši je prvi paket, saj bo znašala premija, preračunano na mesec, približno 25 DEM ob dodatnih popustih in zmanjšanju, če v določenem letu niso bile koriščene zdravstvene storitve.

Zavarovalniški sistemi poznajo premije v zneskih in ne v odstotkih, posamezna bolezenska stanja običajno niso predmet zavarovanja, zato jih nimajo tudi naši paketi.

Moram pa izraziti pomislek glede funkcioniranja takšne naše zopet »izvirne« rešitve, sestavljalci zakona niso bili dovolj poučeni,

da pomeni takšen sistem dnevno 40.000 faktur, ki jih javni zavodi glede na raven informatike gotovo niso sposobni izdati takoj ob odpustu bolnika iz bolnišnice ali odhodu bolnika iz ambulante. Problem je namreč v tem, da je soudeležba določena v odstotkih, ne pa vnaprej v znesku za storitev.

ZV: Tisti, ki ima denar, ima po svetu vedno tudi moč. Zato si predstavljam, da bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vplival tudi na razvoj medicine in organizacijo zdravstva. Prepričan sem, da že imate vizijo, kako je mogoče slovensko zdravstvo približati evropskim državam, po katerih se pogosto zgledujemo.

Ali je mogoče z ukrepi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije usmerjati razvoj zdravstva, njegovo kakovost, količino, dostopnost in tako naprej? Ali vaš Zavod lahko vpliva na potrebno zmanjševanje nekaterih dejavnosti, povečevanje drugih, odpiranje novih, itd., o čemer se zdravniki med seboj zelo težko sporazumemo?

FK: Naj začnem z odgovorom na drugi del vašega vprašanja. Zavod gotovo lahko z »odkupom« programov in storitev tako v javni mreži kot pri zasebnikih vpliva na razvoj in organizacijo zdravstva, dostopnost, zmanjševanje nekaterih dejavnosti in podobno. Takšen »vpliv« mora zasledovati določene, že sprejete cilje strategije razvoja zdravstvenega varstva, biti mora predvsem strokovno pretehtan in izvajalcem vnaprej znan. Ni dopustno, da junija skušamo uveljaviti vplive od preteklega januarja dalje. Sam se zavzemam, da ta vpliv vsaj nekaj let ne bi bil omejevalen, temveč pozitiven, v smislu čimprejšnje usposobitve zdravstva kot poslovnega sistema, ki prispeva h gospodarskemu razvoju države in družbe. Zdravstvo ne sme veljati v mišljenju državljanov za porabniško, kot strošek družbe. Poenostavljeno rečeno, zagotoviti moramo normalno ceno storitve, predvsem z ustreznim vrednotenjem stroškov poslovanja zdravstva, posebej pa vrednotenje zdravniškega dela in dela drugih zdravstvenih delavcev. Že danes je za nadaljnji razvoj zdravstva nevzdržno večkratno manjše vrednotenje zdravnikovega dela kot v razvitih državah, hkrati pa od njega zahtevamo evropsko raven znanja, humanost, etiko itd. Z uvajanjem zasebnega dela in s tem konkurenčnosti v kvaliteti (ne toliko v cenah), šolanjem in usposobitvijo zdravstvenih managerjev v javnih zavodih, odpravo neracionalnosti in tudi zmanjšanjem nekaterih kapacitet, smotrno organizacijo dela z racionalno uporabo informacijske tehnologije ter dopolnjevanjem in posodobitvijo medicinskega izobraževalnega sistema, lahko slovensko zdravstvo postane v nekaj letih sestavni del razvitega zdravstva Evrope. Zavod ima med drugim tudi poslovni interes, da bi vplival na del programov izobraževanja. Postal naj bi po mojem mišljenju v nekaj letih tudi lastnik dela javnih

zavodov in bi s tem lahko bistveno vplival na konkurenčnost ponudbe. Če bomo zmogli konsenzualno z dogovorom v parlamentu in v skupščini zdravstvenega zavarovanja urediti cilje, potem bi lahko enakopravno komunicirali tudi z razvitim svetom.

ZV: Zagotovo bo še nekaj časa v Sloveniji prevladujoča javna zdravstvena služba. Kakšno bi bilo za Slovenijo, njen ekonomski in kulturni razvoj po Vašem primerno razmerje med javno in zasebno zdravstveno dejavnostjo čez pet, deset let?

FK: Menim, da bi morali zasebno dejavnost organizirano uvajati sedaj in v prihodnje kot dopolnilo javni zdravstveni službi in ne zaradi »Evrope ali Amerike« pozabiti njenih prednosti, zlasti v osnovnem zdravstvu. Zasebna dejavnost naj pomaga rušiti monopol in nedotakljivost »velikih«, omogoča konkurenčnost v kvaliteti, humanejše odnose do zavarovancev, zagotavlja večje varovanje njihove zasebnosti, sprošča naj kreativnost in ustvarjalnost tudi med zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci.

ZV: Normativi v zdravstvu v obliki zelene ali modre knjige so bili med najbolj osvojenimi literaturo med zdravstvenimi delavci. Pretekli normativi so bili bolj prilagojeni trenutnim plačilnim sposobnostim, obstoječi mreži, pa morda nekaterim političnim željam, kot pa realnosti. V številnih državah je zdravnik zadolžen za določeno število bolnikov, od njega pa je odvisno, koliko obiskov, storitev itd. opravi. Država in zavarovalnica pa sta zainteresirani, naj bi jih bilo čim manj, naj bi bili čim bolj racionalni, naj bi bila sredstva tudi čim bolj racionalno uporabljena. Kako Vi gledate na to vprašanje?

FK: Ne bi želel dajati vrednostnih ocen o sistemu (zelena knjiga), ki ga še uporabljamo. Je rezultat nekega političnega obdobja in tudi strokovnih znanj, ki so bila pred 15 leti prisotna v Evropi. Gotovo je, da v preusmeritvi na avtonomno zdravstveno zavarovanje postaja neuporaben in bi bilo najbolje, da bi ga takoj opustili.

V svetu so znani različni sistemi financiranja zdravstva: proračunski sistem, storitveni, sistem vrednotenja programov, pavšalni, kombinacija teh itd. V nobenem ni mogoče obravnavati vseh zdravstvenih dejavnosti na enak način (mi pa smo prav to počeli). Zato mora pravičen pristop do financiranja zdravstva oz. njegovih programov temeljiti na potrebah prebivalstva, ki so posledica zdravstvenega stanja. Žal še niso nikjer ugotovili pravih potreb, zato je potrebno pri planiranju programa (storitev) upoštevati dejavnike, ki vplivajo na koriščenje, kot: starostna struktura prebivalstva, znani vplivi določenega okolja, industrija in stopnje težavnostnih del, urbanizacija, prosvetljenost prebivalstva idr.

Ob previdnem in skrbnem strokovno dorečenem prilaganju nekaterih v svetu znanih rešitev bi lahko npr. osnovno zdravstvo fi-

nancirali po zavarovancu (glavarina), bolnišnice po sistemu DRG ali oskrbnem dnevu, specialistično zdravljenje po ožje definirani skupini storitev z uporabo sočasne destimulacije zdravnikov osnovnega zdravstva v primeru prevelikega koriščenja specialistov. Gotovo gre za izjemno strokovno nalogo, ki jo moramo opraviti v nekaj letih brez revolucije z »mehkim« prilagajanjem. Že imenovana projektna skupina Zavoda, v kateri sodelujejo tudi strokovnjaki zdravstva, naj bi to opravila predvidoma do sredine leta 1994. Za naslednje leto pa bodo pripravljene nekatere začasne rešitve najbolj aktualnih problemov: financiranje splošnega osnovnega zdravstva, dialize, posebej zaračunljiv material, socialni zavodi ipd.

Vabim pa vse, ki imajo znanje in voljo sodelovati v tej zahtevni nalogi, da se nam pridružijo. Sprejemamo vse pobude in predloge, kajti samo stroka lahko odpravi uporabo te »literature«.

ZV: Poenostavljeno povedano se troši v ambulantnem delu v svetu okrog 25% denarja za zdravstvo, za zdravila 10%, za bolnišnično zdravstvo pa več kot 50%. Kako je mogoče racionalno usmerjati porabo tega največjega dela sredstev prek ukrepov zavarovalnice?

FK: Financiranje zdravstvene dejavnosti s plačevanjem vseh opravljenih storitev ali bolje rečeno »prikazanih«, ne zmore nobena družba. Zato vsi financirji (zavarovalnice, država) postavljajo limite, iščejo kar najbolj racionalne načine porabe denarja, kajti ponudba je taka, da je lahko vse prodano. To še toliko bolj velja za bolnišnično zdravstveno varstvo. Zavod bo moral, kot že rečeno, pripraviti ustrezen sistem financiranja bolnišnice, pred tem pa:

- opredeliti potrebne posteljne kapacitete (te so gotovo sedaj prevelike),
- razvrstiti bolnišnice predvidoma v 3 kategorije glede na strokovno raven,
- določiti potrebno število kadrov na enoto (spodnja meja za opravljeno storitev),
- v kirurških strokah posebej ovrednotiti zahtevnejše operativne posege,
- določiti posebej zaračunljiv material,
- za vsako specialnost določiti ceno dela na oskrbni dan,
- izračunati ob upoštevanju podatkov in izkustvenih znanj materialne stroške,
- uvesti učinkovit sistem zavarovalniškega nadzora.

Uvedba kakršnegakoli sistema financiranja (DRG sistem, na oskrbni dan) terja pred uporabo pilotski preskus, neprimerno bi bilo direktno prenašati tuje sisteme. Sistem mora biti administrativno enostaven in omogočati izvedbo nadzora.

ZV: Dobršen odstotek dela v osnovni zdravstveni službi, pa tudi v nekaterih drugih ambulantah, je posledica razreševanja socialnih problemov, ne medicinskih. Ali je mogoče tudi z organizacijskimi ukrepi obravna-

vati v zdravstvenih organizacijah zdravstvene probleme, socialne pa tam, kamor sodijo?

FK: Verjetno socialnega aspekta v diagnostiki in zdravljenju zavarovancev ne bo mogel zdravnik nikoli povsem izločiti. Res pa je, da naj bi obvezno zdravstveno zavarovanje pomenilo le pokrivanje zdravstvenih tveganj, za socialne probleme pa naj bi poskrbele druge državno organizirane institucije in prostovoljne karitativne dejavnosti. Smo na začetku razreševanja teh problemov in odnosov, dosedanj sistem »socialne blaginje« ni imel podlage v gospodarski moči države in je zato propadel.

ZV: Ste eden redkih, ki se trudi za odpiranje zasebnega zdravstva na organiziran način. Zdi se, da bo zasebno zdravstvo v širokem spektru, od povsem samoplačniškega do takšnega, ki bo imelo popolno koncesijo oz. katerega dejavnost bo v celoti plačeval ZZS. Na osnovi katerih argumentov boste dodeljevali ali pa tudi zadrževali koncesije? Kaj je za vas najugodnejša ponudba in kako nameravate plačevati strokovnost? Ali pa nameravate dati enotne cene, večjo strokovnost pa naj v zasebnem delu plačuje vsak bolnik sam?

Ali zavarovalnica lahko prepreči odprtje zasebne ordinacije?

FK: Zavod ne daje koncesij, temveč občina oz. mesto (za primarno dejavnost) in Ministrstvo za zdravstvo za sekundarno dejavnost. Za podelitev koncesije je med drugim potrebno tudi mnenje Zavoda in zdravniške oz. lekarniške zbornice. Zavod praviloma ne bi mogel s svojim negativnim mnenjem preprečiti odprtja privatne ordinacije, saj upoštevanje mnenja za koncedenta ni obvezno. Je pa gotovo vprašljivo uspešno poslovanje takšne ordinacije, saj brez pogodbe z Zavodom (razen v redkih izjemah) ne bo dovolj zaslužka z nudenjem storitev samoplačnikom (širok obseg pravic iz obveznega zavarovanja ter še nekaj let slaba plačljivost prebivalstva, ki bi si želelo t.i. nadstandardnih storitev). Posebnih kriterijev za sklepanje pogodb s »pogumnimi« zasebniki nimamo, kajti veliko investirajo, nihče ne bo pokrtil njihovih izgub, klientele še nimajo zagotovljene, konkurirati bodo morali na razpise Zavoda itd.

Sklepamo pogodbe z vsemi, ki so pridobili koncesijo pod enakimi pogoji kot z javnimi zavodi. Kakovost in strokovnost imata absolutno prednost. Ob sedanjem neustreznem sistemu določanja cen storitev se skušamo z zasebniki dogovoriti o minimalni nižji ceni. Nakazujejo pa se kriteriji, ki jih bo potrebno uveljaviti za boljši odnos do zavarovancev, skrajšanje čakalnih dob in podobno, predvsem v javnih zavodih.

ZV: Zavarovalnice v svetu imajo zaposlene zelo ugledne zdravnike z veliko avtoriteto in zvenciimi naslovi. Pa ne le za komisije, ampak tudi za siceršnje ekspertno delo. V preteklosti pri nas to zagotovo niso bile prestižne službe. Se bo zdaj to spremenilo?

Koliko zdravnikov bo zaposloval Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in kakšno delo bodo opravljali?

FK: V zaostanku smo, kot že rečeno, tudi tu 45 let. Gotovo je, da potrebujemo že danes na Zavodu strokovno ugledne in priznane zdravnike. Zaposliti, vzgojiti jih bomo morali najmanj 30, strokovne reference pa naj bi si pridobili s strokovnim delom in uveljavljanjem »zavarovalniške miselnosti« oz. v svetu že priznane »stroškovne zavesti« zdravstvenih delavcev. Delovali naj bi predvsem v izvajanju funkcij nadzora, planiranja, pripravi standardov, socialnomedicinskih nalogah, dajanju ekspertnih mnenj ipd. Zaposlili smo že 10 zdravnikov za delo v zdravstvenih komisijah, vključujemo pa tudi zunanje sodelavce v določene projektne skupine, ki pripravljajo strokovne podlage za posamezne segmente zavarovanja.

Veste, veliko pa razmišljam, katere so tiste najpomembnejše motivacije, ki bi privabile v naš že kar ugleden Zavod tudi kakšnega uglednega doktorja.

ZV: Kako boste organizirali nadzor za tisti del, ki je v pristojnosti ZZS?

FK: Zdravstvo je težko nadzirati, zlasti rezultate, ali je delo opravljeno ali ne. Funkcija nadzora Zavoda za zdravstveno zavarovanje se po samem Zakonu izvaja na tri načine:

– z delom ZK I. in II. stopnje, ki dajejo izvedeniška mnenja pri uresničevanju pravic in v pritožbenih postopkih zavarovancev;

– z nadzorom uresničevanja sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebnimi izvajalci;

– z nadzorom nad plačevanjem prispevkov za zdravstveno zavarovanje.

Za te obsežne in pomembne naloge bomo morali zaposliti ustrezne strokovnjake, iščemo pa tudi zunanje sodelavce, ki bi bili pripravljeni Zavodu nuditi znanje in nemajno »strokovno avtoriteto« za delo v nadzoru.

ZV: V zahodnoevropskih državah je več zavarovalnic oz. bolniških blagajn. Tako ima veliko število zdravnikov koncesijo od vseh bolniških blagajn, nekateri pa samo od ene ali nekaj od njih. Pri nas bo očitno še nekaj časa ena, kar neposredno jo imenujemo monopolna zavarovalnica. Se vam zdi to dobro?

FK: Vprašujete z zornega kota izvajalca. Spomnite se nekaj let nazaj, ko smo imeli 60 SIS-ovskih »zavarovalnic«, toliko stopenj prispevkov, prepire o republiški solidarnosti, pet resnejših malignih obolenj in dva zahtevnejša »krpanja« zavarovancev prometnih nesreč, ki so tako »zavarovalnico« pripeljali v izgubo. Uzakonili smo obvezno »državno« zavarovanje, kar pomeni za zavarovance dobro socialno varnost, saj so vsi prebivalci Slovenije obvezno zavarovani na podlagi popolne solidarnosti. To je kompro-

mis s prejšnjim samoupravnim oz. proračunskim sistemom, glede na doseženo raven pravic, število zavarovancev in na trenutno gospodarsko moč države je verjetno ta sistem edino možen. (Upam, da ga bomo uveljavili.)

Država je zato ob taki vsebini zavarovanja in zagotavljanju ustrezne avtonomnosti ustanovila za izvajanje zavarovanja – javne službe – le eno institucijo. Ker prispevne stopnje sprejema parlament, vzpostavlja pa se tudi partnerski odnos: država–Zavod–izvajalci (organizirani v zbornicah in drugih asociacijah), v katerem se morajo dogovoriti izhodišča za pogodbe, ocenjujem, da je monopolnost Zavoda bistveno zožena. Pričakujem, da se bo ob ustreznih spremembah zakonodaje v naslednjih letih tudi na tem področju pojavila konkurenca (dajanje koncesij drugim zavarovalnicam), kajti zame je kakršen koli monopol zavora v možnostih človeške ustvarjalnosti. Vstopenje drugih zavarovalnic pa Zakon že sedaj omogoča na področju prostovoljnega zavarovanja.

ZV: Čeprav ne sodi samo na vaše področje, nam, prosim, opišite zaporedje potrebnih organizacijskih korakov, da zdravnik odpre zasebno ordinacijo.

FK: Postopek je dokaj preprost. Zakon daje zdravstvenemu delavcu možnost, da ureja vse, kar je potrebno za začetek zasebnega dela in pridobitev koncesije, dokler je še v delovnem razmerju. Ob izpolnjevanju strokovnih, prostorskih in tehničnih pogojev, ki so določeni v ustreznem pravilniku Ministrstva za zdravstvo in jih ugotavlja njegova komisija, zainteresirani vložijo vlogo na Ministrstvo za izdajo dovoljenja za opravljanje zasebne dejavnosti oz. za vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev. Če gre za sekundarno ali terciarno dejavnost, lahko ta vloga vsebuje tudi zahtevek za izdajo koncesije in sklenitev pogodbe o koncesiji. Za primarno dejavnost je potrebno takšno vlogo nasloviti na občinski oz. mestni upravni organ. Tako Ministrstvo kot občina bosta zahtevala pred izdajo odločbe o koncesiji mnenja Zavoda, zdravniške oz. lekarniške zbornice. Zavod in zbornici bodo v svojih pravilih določili nekatere pogoje za pridobitev pozitivnega mnenja, pri zdravniški zbornici bo potrebno med drugim opraviti tudi obvezen izobraževalni seminar. Gotovo je, da Zavod tudi če bo izdal pozitivno mnenje, z vsakim izvajalcem ne bo sklepal pogodbe za opravljanje storitev (prevelike kapacitete, kvalitetnejše in cenejše druge ponudbe, storitve niso pravica iz obveznega zavarovanja ipd.). Zato bo moral vsak izvajalec ob vsakokratnem razpisu Zavoda za opravljanje programov in storitev konkurirati na tak razpis s svojo ponudbo.

ZV: Kako bi se zavarovali kot zdrav človek srednje starosti, da bi kar najmanj plačevali, pa imeli kar največjo gotovost za dobro zdravstveno oskrbo v primeru hude bolezni ali poškodbe?

FK: Z obveznim zavarovanjem sem zavarovan do določenega odstotka cene storitev za vse primere poškodb ali bolezni, odsotnosti zaradi bolezni, pogrebne in posmrtnine. Sklenil bi še pogodbo o prostovoljnem zavarovanju z Zavodom za paket, ki krije

vsa potrebna doplačila pri koriščenju zdravstvenih storitev. Ob plačilu mesečne premije v približnem znesku 25 DEM mi je z januarjem 1993 zagotovljena popolna zdravstvena oskrba. (Upam, da mi jo bodo izvajalci tudi nudili?!) Če pa bi več posvečal skrbi za svoje

zdravje in se manj ukvarjal z zavarovalništvom ter ne bi koristil storitev, mi pogodbeno dogovorjeni paket zagotavlja še določen letni bonus 5 % zmanjšanja premije.

Pogovor je v imenu uredništva vodil Jože Drinovec

nove knjige

PRIKAZ

Mikrobiologija

Jernej Logar: *Medicinska parazitologija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1991, 171 strani, 53 črno-belih slik in skic ter 32 barvnih fotografij.

Doc. J. Logar nadaljuje nadvse hvalevredno tradicijo sprotnega posodabljanja uč-

benikov in priročnikov s področja mikrobiologije. Državna založba Slovenije je izdala grafično bogat učbenik medicinske parazitologije. Bogat je ne le po lepih črno-belih slikah, ampak tudi po shemah in barvnih slikah na koncu knjige, kar je prispeval prof. dr. Borut Drinovec. Izdajo knjige je podprla slovenska farmacevtska industrija.

Naslov knjige je do neke mere preambiciozen. Dobro je obdelan mikrobiološki in tudi epidemiološki del, razumljivo pa je precej šibkejši klinični del od simptomatologije do poteka bolezni in zdravljenja. Zdravlje-

nje je nakazano pretežno kakovostno, naštetata so za bolezen ustrezna zdravila, praviloma brez odmerkov in trajanja zdravljenja. Kar bogat je seznam virov, zelo koristno pa stvarno kazalo.

Pozdravljam novo slovensko *Medicinsko parazitologijo*, ki bo nujen pripomoček predvsem za študente. Pisec je pokazal izreden posluš za slovenski jezik in tudi za domača poimenovanja. Grafični del knjige je izjemen, vzoren.

Jože Drinovec

obvestila

Ortopedska klinika v Ljubljani organizira za zdravnike splošne medicine

10. ortopedske dneve

BOLEZNI RAMENSKEGA OBROČA

v Ljubljani 14. novembra 1992

Teme

Uvod

1. Anatomske posebnosti ramenskega obroča
2. Diferencialna diagnoza bolečin v rami
3. Klinični pregled ramenskega obroča
4. Diagnostika bolezni ramenskega obroča
5. Akutna boleča rama
6. Utesnitveni subakromialni sindrom
7. Patologija rotatorne manšete in terapija
8. Nestabilnosti glenohumeralnega sklepa in terapija
9. Akutne poškodbe ramenskega obroča
10. Kronična bolečnost ramenskega obroča
11. Fizioterapija ramenskega obroča pred operativnimi posegi in po njih

Errata corrigé

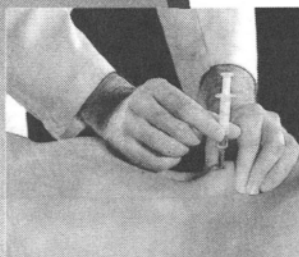
V Zdrav Vestn št. 7/1992 na str. 359 v članku »TBC – Obnova in pregled doktrine« v organogramu odnosno za organogram št. 1 odpade samo okence Zvezni zavod za zdravstveno varstvo (ZZZV).

FRAHEPAN[®]

injekcije 3000 i.e./0,5 ml

subkutano

prvi nizkomolekulski heparin pri nas



- antikoagulant za profilakso trombembolij
- odličen antitrombotični učinek
- manjše tveganje krvavitve
- samo ena subkutana injekcija dnevno
- primeren za dolgotrajno antikoagulacijsko tromboprofilakso

Oprema

20 ampul po 3000 i.e./0,5 ml

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



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



**Nova možnost
za zmanjšanje
izločanja želodčne
kisline**

Ortanol[®]


omeprazol

- pri:
- hiperacidnosti
 - refluksnem ezofagitisu
 - razjedi na dvanajstniku ali želodcu
 - razdraženju želodčne sluznice, ki jo povzročajo različni dražljaji (alkohol, kava, nikotin ipd.)

Kontraindikacije
niso znane

Stranski učinki

Redkokdaj se pojavi slabost, glavobol, driska, kožni izpuščaji.

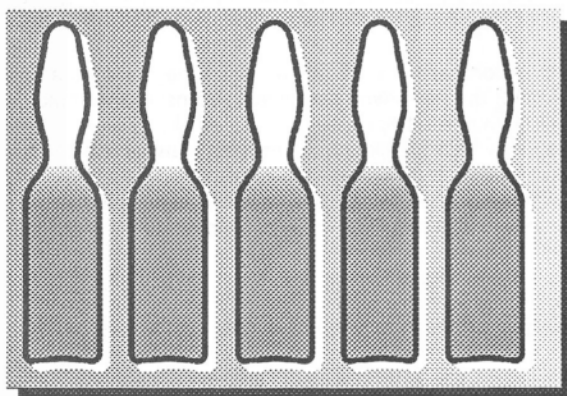
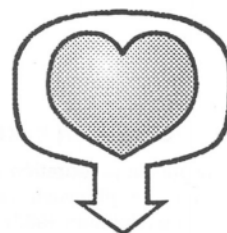
 **lek** tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, p. o.
Ljubljana



Za zdravljenje hipertenzije, kadar oralno jemanje zdravila ni možno

ENAP[®] iv.

injekcije



(enalaprilat 1,25 mg/ml)

- prvi parenteralni inhibitor ACE pri nas
- edini parenteralni antihipertenziv pri nas, pri katerem lahko zdravljenje nadaljujemo z oralno obliko (tablete Enap 5, Enap 10, Enap 20)

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.

KRKA

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

ŠPORT, ŠPORTNIKI IN REKREACIJA V RADENSKI

Medicina športa je teoretična in praktična medicina, ki proučuje učinke gibanja, treninga in športa, kot tudi vpliv zmanjšane gibljivosti na zdravih in bolnih ljudeh vseh starosti ter deluje v smislu preventive, terapije in rehabilitacije (Hollman 1982).

Izhajajoč iz te definicije je v Zdravilišču Radenci v centru za rehabilitacijo srčnih in ledvičnih bolnikov spontano nastal program aktivnosti za vrhunske športnike, športnike in rekreativce, katere ob bioklimatskih danostih Radenci zmorejo.

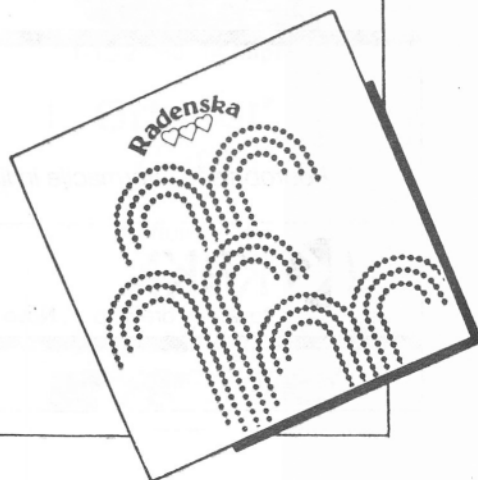
Pri izvajanju programa upoštevamo izsledke stroke in priporočene standarde Univerzitetnega inštituta za medicino dela, prometa in športa v Ljubljani (Šilc, Vuga 1980) za preventivno obravnavo vrhunskih športnikov, športnikov z večjo tveganostjo poškodb, drugih športnikov in rekreativcev.

V Zdravilišču Radenci v centru za rehabilitacijo srčnih in ledvičnih bolnikov izvajamo za vrhunske športnike, športnike z večjo tveganostjo poškodb, druge športnike in rekreativce naslednji program:

- stalni strokovni medicinski nadzor, ki je prilagojen zahtevam skupin ali posameznika pred, med in po obremenitvah v tesnem sodelovanju s športniki, trenerji in psihologi ter ostalimi ustreznimi strokovnimi sodelavci skupin;
- izvaja raziskave na področju fizilogije vode in mineralnih vod pri vrhunskih športnikih, športnikih in rekreativcih ob iskanju optimalnih režimov pitja tekočin;
- usklajuje energetske potrebe športnikov v času treninga, počitka in okrevanja, sodeluje pri sestavi jedilnikov in nadzira izvajanje režima prehrane;
- skrbi in izvaja fizioterapevtske posege poškodovanih športnikov in pri preveciji svežih poškodb;
- skrbi za specialistično zobozdravstveno nego in sanacijo fokaloz;
- v dogovoru s psihologi, trenerji, posebej pa športniki, planira nujno potreben dodatni program v času počitka;
- pri stalnem strokovnem medicinskem nadzoru pred obremenitvami in po njih upošteva biotropne razmere v prostoru oz. biovremenske pogoje na odprtem.

Vrhunskim športnikom, športnikom z večjo možnostjo poškodb, drugim športnikom in rekreativcem je razen širšega okolja na razpolago še: večnamenska športna dvorana v Radencih, zaprti in odprti bazen, fitnes kabinet, igrišča za tenis in kegljišče.

Od rekreativnih dejavnosti so idealni pogoji za kolesarjenje po bližnji in daljni okolici z zato prilagojenimi kolesi, možnost jogginga v širšem okolju, jahanja in uporabe fitnes studia, plavalnega bazena ter bazena s termomineralno vodo na prostem ter igranje tenisa.



natreen®

sladilo brez kalorij



natreen

je dietetično sladilo brez kalorij in ogljikovih hidratov, ne rеди in je prijetnega okusa. Nadomešča sladkor v nizkokalorični in dietetični prehrani ter prehrani diabetikov.

natreen

tabletke uporabljamo za tople napitke, tekočino pa za pripravo hladnih pijač, sadnih solat, sladic, vkuhanega sadja in marmelad.

natreen

se odlično obnese tudi pri kuhanju in pečenju. Jedi, pripravljene z natreenom, lahko tudi zamrzujemo, ne da bi spremenile okus.

natreen


je 100-krat slajši od sladkorja.

1 tabletko ali 8 kapljic natreen tekočine nadomesti 1 žličko sladkorja.

1 žlička sladkorja = 8 kapljic natreena
1 žlica sladkorja = 25 kapljic natreena
100 g sladkorja = 1,5 žličke natreena

		Nadomesti sladkor	Prihranek kalorij
1 tabletko natreen		4,4 g	17,5 kcal
žepna doza	120 tbl.	0,5 kg	2.100 kcal
namizna doza	600 tbl.	2,6 kg	10.500 kcal
strip	2 tbl.	8,8 g	35 kcal
8 kapljic tekočine natreen		4,4 g	17,5 kcal
tekočina	125 ml	1,6 kg	6.600 kcal
tekočina	1000 ml	13,2 kg	52.800 kcal

Natreen je v prodaji že več kot dve desetletji v številnih zdravilnih pripravkih in zdravilih.

Bayer 

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVSTVENEGA VESTNIKA

Zdravstveni vestnik (ZV) je glasilo Zveze zdravniških društev – slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je Zdravstveni vestnik, Komenskega 4, 61000 Ljubljana, tel. (061) 317-868.

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremní dopis

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

Tipkopis

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

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški

naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in akademskim naslovom, popoln naslov ustanove, kjer je bilo delo opravljeno (če je delo skupinsko, naj bodo navedeni ustrezni podatki za soavtorje). Naslov dela naj jedrnatostrokovno zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z avtorjevim priimkom in imenom 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 eventualni financerji raziskave (s številko pogodbe).

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

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

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

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

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

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

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

Na naslednjih straneh naj sledi besedilo članka, ki naj bo smiselno razdeljeno v poglavja in podpoglavja, kar naj bo razvidno iz načina podčrtavanja naslova oz. podnaslova, morebitna zahvala in literatura. Odstavki morajo biti označeni s spuščeno vrstico. Tabele, podpisi k slikam 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. Tabele morajo imeti najmanj dva stolpca. Vsebovati mora: naslov, (biti mora dovolj poveden, da razloži kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo potrebno brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je potrebno v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; potrebno je navesti od kod so podatki iz tabele, ev. mere, če veljajo za celotno tabelo, razložiti podrobnosti glede vsebine v glavi ali čelu tabele) čelo, glavo, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter opombe ali pa legendo uporabljenih kratic v tabeli. Vsa polja tabele morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če ev. manjkajo podatki.

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

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je potrebno 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 letraset črkami Helvetica Medium. Pri velikosti črk je potrebno 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 potrebno označiti, kam spada posamična slika.

Literatura

Vsako trditev, dognanje ali misel drugih, je potrebno potrditi z referenco. Neobjavljeni podatki ali pa osebno sporočilo ne spada v seznam literature. Navedke v besedilu je potrebno oštevilčiti po vrstnem redu, v katerem se prvič pojavijo z arabskimi številkami v oklepaju. Če se pozneje v besedilu znova sklicujemo na že uporabljeni navedek, navedemo številko, ki jo je navedek dobil pri prvi omembi. Navedki, uporabljeni v tabelah in slikah, naj bodo oštevilčeni po vrstnem redu, kakor sodijo tabele ali slike v besedilo. Pri citiranju več del istega avtorja, dobi vsak navedek svojo številko, starejša dela je potrebno 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 citiran članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih je potrebno navesti vse; pri 7 ali več, je treba navesti prve tri in dodati et al. Če pisec prispevka ni znan, se namesto imena napiše Anon. Naslove revij, iz katerih je navedek, je potrebno krajšati kot to določa Index Medicus.

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

Avtor dobi v korekturo prvi krtačni odtis s prošnjo, da na njem označi vse tiskovne pomote. Spreminjanja besedila ob tej priliki uredništvo ne bo upoštevalo. Korekture je potrebno 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 potrebno zaprositi na Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

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

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odličitev 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 članke po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu.

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

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

Ni 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 jasev in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih in 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

CONTENTS

ON THE PLACE OF LEADING ARTICLE

At the admission of Slovenia in World Health Organization, B. Voljč 425

PROFESSIONAL ARTICLES

Non-endemic Burkitt's lymphoma of adults, M. Vovk, M. Fidler-Jenko, G. Petrič-Grabnar, M. Bizjak-Schwartzbartl, J. Jančar 427

Delusions of parassitosis (infestation) or dermatozoenwahnsyndrom, B. Kores-Plesničar, M. Rus-Makovec 431

Posttraumatic stress disorders in childhood, A. Kos-Mikuš, M. Gorišek, V. Slodnjak 435

GENERAL REVIEWS

Malignant melanoma of the choroid, B. Jančar 439

Vascular vertigo – Neurological view, A. Grad 443

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS

The Journal appears regularly every month. Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society is included in the membership amounting to 2.600,00 SIT, for students 650,00 SIT, for institutions 20.000,00 SIT, for foreign countries 300 US \$; single number costs 400,00 SIT. The issue is subsidized by Ministry for research and technology and Ministry for health, family and social service – Printed by DELO – Printed in 4200 copies

Zdrav Vestn	Year 61	No. 9	Page 425–464	Ljubljana	September 1992
-------------	---------	-------	--------------	-----------	----------------