



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 64, NOVEMBER 1995, str. 623-666, Št. 11

VSEBINA

STROKOVNI PRISPEVKI

Analiza kardiovaskularnih dejavnikov tveganja pri slovenskih poslovnemih, 623
J. Fürst, B. Tepeš, J. Lavrič, D. Košutić

Prispevek k diagnostiki in zdravljenju benigne paroksizmalne pozicijske vrtoglavice, 629
J. Vatovec, M. Žargi, S. Černelč

Uspešno zdravljenje hude zastrupitve s strihninom, A. Marolt 633

PREGLEDNI PRISPEVKI

Ali je fibrinogen samostojen dejavnik tveganja za aterosklerozo?, B. Žižek, P. Poredoš 637

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Priporočila za napotitev bolnikov v specialistično alergološko ambulanto, 643
M. Košnik, E. Mušič, J. Šorli, S. Šuškovič

PISMA UREDNIŠTVU

Vera/filo-zofija, verstva in medicina, J. Zalokar 645

RAZGLEDI

Nekrologi 647

Mednarodno sodelovanje 647

Strokovno izpopolnjevanje 650

Zdravniki v prostem času 651

Zdravniški vestnik pred 60 leti 657

V tej številki so sodelovali 635

Oglasi 628, 632, 636, 659 - 666



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

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

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Naklada 4300 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 6.400,00 SIT,
for students 1.600,00 SIT, for institutions 48.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.500,00 SIT.

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

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Printed in 4300 copies

Strokovni prispevek/Professional article

ANALIZA KARDIOVASKULARNIH DEJAVNIKOV TVEGANJA PRI SLOVENSКИH POSLOVNEŽIH

Osnova za prospektivno študijo

ANALYSIS OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AMONG SLOVENIAN MANAGERS

A base for the prospective study

Jurij Fürst, Bojan Tepeš, Jože Lavrič, Darko Košutič

Zdravilišče Rogaška, Zdravstvo d. o. o., Zdraviliški trg 4, 63250 Rogaška Slatina

Prispelo 1995-06-13, sprejeto 1995-08-06; ZDRAV VESTN 1995; 64: 623-7

Ključne besede: *kardiovaskularni dejavniki tveganja; prevalenca; primerjalna študija; M-program; Cindi; Procarn*

Izveček – Izhodišča. Želeli smo ugotoviti pogostnost kardiovaskularnih (KV) dejavnikov tveganja za koronarno srčno bolezen pri populaciji slovenskih poslovnežev in rezultate primerjati s študijama Cindi in Procarn.

Metode. Analizirali smo podatke 142 moških in 53 žensk, ki so opravili preventivni menedžerski pregled v letih 1992-93. To so bili predvsem slovenski poslovneži. Razdelili smo jih po desetletjih od 25-65 let, le pri ženskah najvišje desetletje ni zastopano. Dobili smo podatke o izobrazbi, BMI, prevalenci debelosti, kajenja, arterijske hipertenzije, hiperholesterolemije, povišanega krvnega sladkorja in sečne kisline.

Rezultati. Dobljeni podatki se v veliki meri ujema z rezultati študij slovenske Cindi ter nemške Procarn, izstopajo pa naslednji parametri: moški kadijo pomembno manj ($P < 0,001$) kot pri Cindi, prevalenca debelosti ($BMI > 26$) pri ženskah je nižja ($P < 0,001$) kot pri Cindi, prav tako tudi prevalenca hipertenzije (moški: $P < 0,001$, ženske: $P < 0,05$) in zvišane glukoze pri moških ($P < 0,001$). V naši skupini moških sta visoki prevalenci hiperurikemije (12,6%) in patoloških jetrnih testov (23,6%). Pri 10,7% moških se pojavlja nema ST denivelacija med obremenitvenim testom.

Zaključki. Prisotnost znanih KV dejavnikov tveganja je v naši populaciji visoka, vendar usaj v nekaterih pomembnih parametrih nižja kot v primerjalnih študijah. To je zanimiva osnova za načrtovano prospektivno študijo na večjem številu preiskovancev, ki bo ugotavljala kardiovaskularno zboleznost in smrtnost v naslednjih letih.

Uvod

Preventivna dejavnost je ena temeljnih nalog našega zdravilišča. Že leta 1982 smo začeli opravljati preventivne preglede, leta 1992 pa smo se odločili za t. i. preventivni specialistično-konziliarni pregled menedžerjev (M-program). Nobenega dvoma ni, da so

Key words: *cardiovascular risk factors; prevalence; comparative study; M-program; Cindi; Procarn*

Abstract – Background. We had a population group of Slovene businessman. The frequency of cardiovascular risk factors was wanted to be established by our work group. We wanted to compare our results with the results got in studies Cindi and Procarn.

Methods. We analyzed the data of the group of 142 men and 53 women. They passed our preventive manager medical examination in the years 1992-93. The group consisted of Slovene businessman mainly. They were divided into decades from 25 to 65 years. The last decade is not represented in the women group. We were given several data, as: education, BMI, obesity prevalence, smoking, hypertension, hypercholesterolaemia, increased blood glucose and uric acid.

Results. Our given data correspond to a high degree to Slovene Cindi and German Procarn. But the following parameters stand out in our study:

- men smoke noteworthy less as it is in Cindi study ($P < 0,001$);
- the women obesity prevalence ($BMI > 26$) is lower as it is in the Cindi ($P < 0,001$);
- it's the same in the case of hypertension prevalence (men: $P < 0,001$, women: $P < 0,05$) and increased blood glucose in men group ($P < 0,001$);
- in our men group there are high hyperuricaemia (12.6%) and pathologic liver tests prevalences;
- at 10.7% of the men group the silent ST denivelation at exercise stress test appears.

Conclusions. The prevalence of known CV risk factors is discovered to be high in our population. But at least in some important parameters it's lower as it is in compared studies. This is a very interesting base for the planning (future) prospective study. The study will state the cardiovascular disease and mortality rate in the years to come. The test group of examined person in our future work will be larger.

takšni pregledi potrebni, saj obstajajo v različnih državah natančna navodila za opravljanje rednih preventivnih pregledov odraslih. Takšen primer so smernice Kanade in ZDA, ki se razlikujejo le v nekaterih podrobnostih in vključujejo mamografijo in celo kolo-skopijo za določene starostne oziroma rizične skupine (1-4). Slovenska medicina dela je doslej skrbela za preventivne preglede

zaposlenih, sedaj se odpirajo možnosti tudi za osebne zdravnike, vendar so sredstva zelo omejena. Ker so naši pregledi samoplačniški, razbremenjujejo zdravstveno zavarovanje in se smiselno vključujejo v sedanji sistem zdravstva, ob tem pa se tudi krepi posameznikova odgovornost za zdravje.

Statistični podatki o kardiovaskularni zbolevalnosti in umrljivosti kažejo za Slovenijo neugodno sliko. Umrljivost moških zaradi kardiovaskularnih bolezni (KVB) po letu 1989, ko je bila najnižja, ponovno narašča, pri ženskah pa niha (5, 6). Tudi umrljivost zaradi novotvorb se povečuje. Najpogostejši vzrok prezgodnje umrljivosti (pred 65. letom) so pri moških poškodbe in zastrupitve, sledijo KVB, pri ženskah pa so KVB na tretjem mestu za novotvorbami ter poškodbami in zastrupitvami. Na področju preventivnega dela nas čaka torej še veliko nalog, ravno populacija mladih moških pa je bila doslej najbolj zapostavljena.

V Sloveniji že poteka preventivni program preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (CINDI) v okviru evropskega programa Zdravje za vse v letu 2000. Leta 1991 so pregledali 1692 prebivalcev Ljubljane ter ugotavljali nivo telesne aktivnosti, prisotnost zvišanega krvnega sladkorja, čezmerno telesno težo, hiperholesterolemijo, hipertenzijo in kajenje (7, 8). Naš zgled je tudi kardiovaskularna münsterska študija (PROCAM), ki je šest let sledila skoraj 20.000 zaposlenih v 52 podjetjih (9, 10). Rezultati so potrdili povečano kardiovaskularno ogroženost ob prisotnosti že znanih dejavnikov tveganja in definirali povišano raven fibrinogena kot neodvisni dejavnik tveganja.

Preiskovanci in metode

Našo populacijo predstavljajo v največji meri vodilni uslužbenci slovenskih podjetij, samostojni podjetniki in obrtniki, redko celotni kolektivi manjših podjetij. Le redki so bili doslej preventivno pregledani. Večini je skupna izrazita profesionalna obremenjenost z izpostavljenostjo psihičnim stresom. Tako morda lahko govorimo v vzorcu slovenske menedžerske populacije.

Med tridnevnim bivanjem v zdravilišču smo naredili internistični pregled z meritvijo krvnega tlaka sede na levi roki (srednja vrednost vsaj dveh meritev), nad 20 laboratorijskih preiskav (za glukozo heksokinazna metoda, za holesterol CHOD-PAP, za trigliceride GPO-PAP metoda), EKG v mirovanju in obremenitveni test (Bruceov protokol na traku), spirometrija, psihološko testiranje in pogovor s psihoterapevtom. Po potrebi smo razširili diagnostiko na področje gastroenterološke in dodatne neinvazivne kardiovaskularne, preiskovanke pa smo motivirali tudi za ginekološki pregled. Izvide smo preiskovancem predstavili in naredili, če je bilo potrebno, terapevtski plan. Rezultate smo statistično obdelali in primerjali, kolikor je bilo mogoče glede na različne pristope, z rezultati študij Cindi in Procam. Razlike smo testirali s Studentovim t-testom in hi-kvadrat testom. Preiskovance smo razdelili po dekadah od 25–65 let, le da v skupini žensk ni zadnje deкаде (55–65 let). Med 195 pregledanimi je bilo 142 moških (72,8%) in 53 žensk (27,2%). Povprečna starost moških je $44 \pm 7,8$ (leta \pm SD), žensk $40,9 \pm 7,0$. Moški so bili stari od 25–62 let, ženske 24–54. Visoko je izobraženih 72%, opravljeno višjo šolo ima 11%, srednjo 17%.

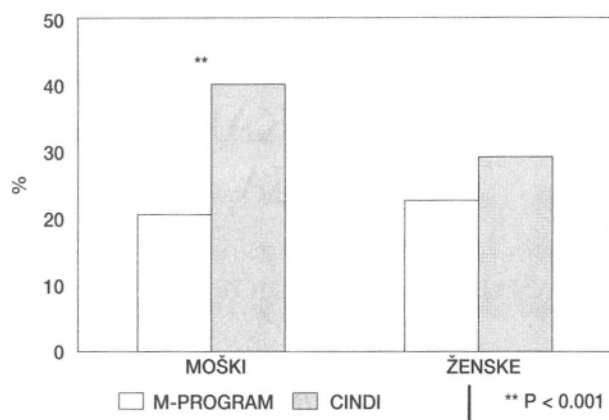
Rezultati

Kajenje

Med moškimi je 20,4% kadilcev, med ženskami 22,6%. V skupini Cindi je kadilcev 40%, kadilk 29%. Razlika pri moških je statistično značilna ($P < 0,001$) (sl. 1). Tudi Nemci v študiji Procam kadijo znatno bolj, prevalenca sega od 27,3% pri starejših moških do 50,5% pri mlajših (ženske 43,8–18,8%).

BMI

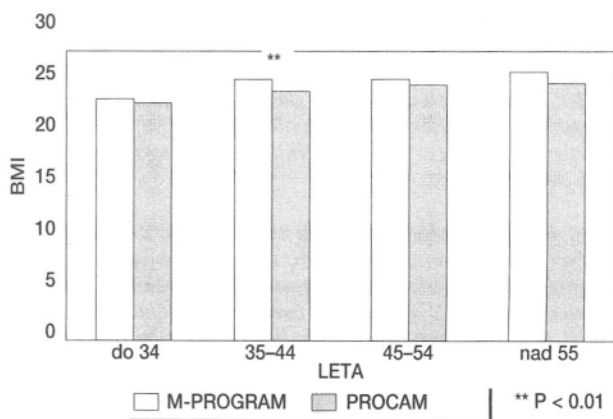
Body mass index (BMI, teža v kg deljena s kvadratom višine v m) narašča z leti pri obeh spolih. V vseh starostnih skupinah imajo



Sl. 1. Pogostnost kajenja: primerjava M-program–Cindi.

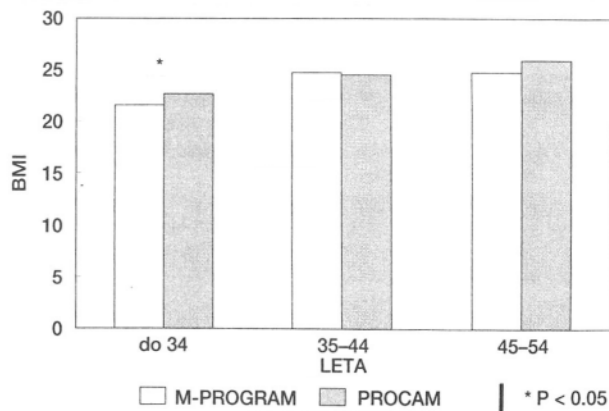
Fig. 1. Prevalence of smoking: comparison of M-program and Cindi.

moški statistično značilno višji BMI kot ženske ($P < 0,01$). Pri moških poraste od 25,0 pri najmlajših na 27,8 v najstarejši skupini ($P < 0,01$), pri ženskah od 21,6 do 24,7 ($P < 0,01$). Naredili smo primerjavo z enakimi starostnimi skupinami iz študije Procac, kjer ugotavljamo, da so slovenski moški sicer nekoliko težji v vseh skupinah, vendar le v skupini 35–44 let statistično značilno na ravni $P < 0,01$ (sl. 2). Pri ženskah je statistično značilna razlika le v starostni skupini do 34 let ($P < 0,05$), Nemke so težje (sl. 3).



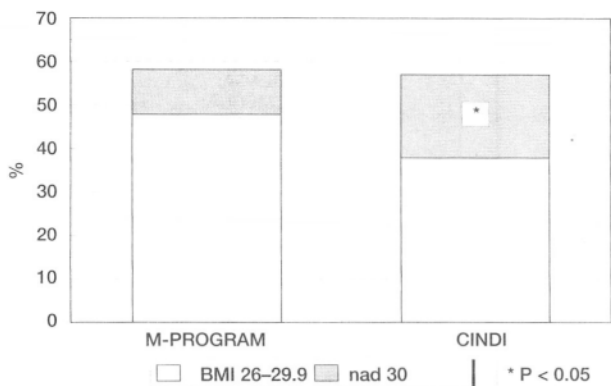
Sl. 2. BMI: primerjava M-program–Procac (moški).

Fig. 2. BMI: comparison of M-program and Procac (men).



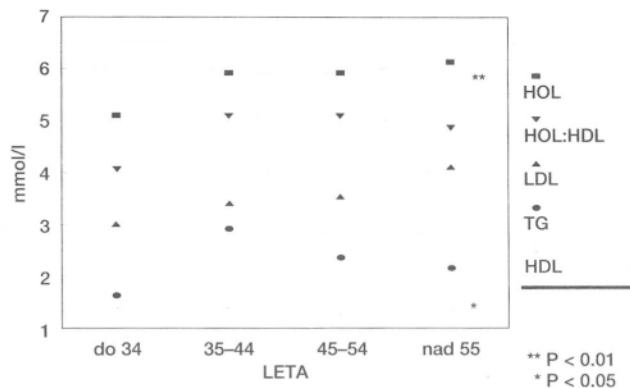
Sl. 3. BMI: primerjava M-program–Procac (ženske).

Fig. 3. BMI: comparison of M-program and Procac (women).



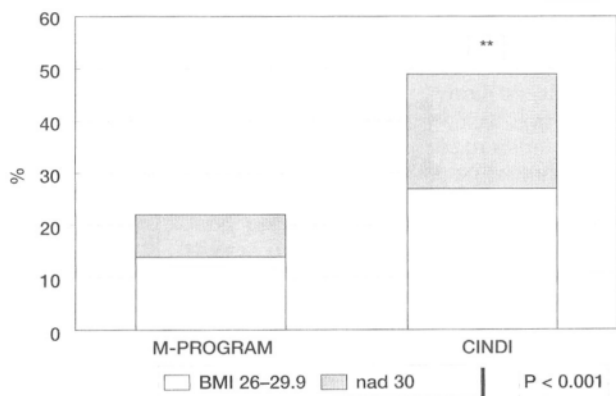
Sl. 4. Prevalenca debelosti: primerjava M-program–Cindi (moški).

Fig. 4. Prevalence of obesity: comparison of M-program and Cindi (men).



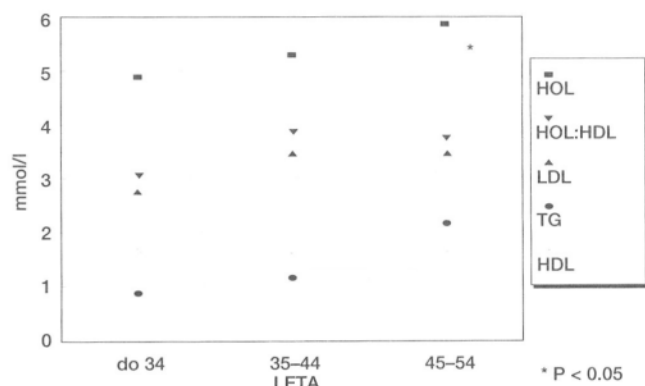
Sl. 6. Srednje vrednosti lipidov po starostnih skupinah (moški).

Fig. 6. Mean serum lipid concentrations in relation to age (men).



Sl. 5. Prevalenca debelosti: primerjava M-program–Cindi (ženske).

Fig. 5. Prevalence of obesity: comparison of M-program and Cindi (women).



Sl. 7. Srednje vrednosti lipidov po starostnih skupinah (ženske).

Fig. 7. Mean serum lipid concentrations in relation to age (women).

Prevalenca debelosti (BMI>26) je pri moških v naši skupini 58%, pri ženskah 22% (P<0,001). Primerjava s Cindi kaže enako prevalenco pri moških (57%) (sl. 4), pri ženskah pa nižjo kot pri moških, vendar statistično pomembno višjo (P<0,001) kot v naši skupini (49%) (sl. 5).

Prevalenca hude debelosti (BMI>30,0) je pri moških 9,9%, pri ženskah 8,0%, v Cindi pri moških 19% (P<0,05 glede na našo skupino) (sl. 4), pri ženskah celo 22% (sl. 5). Zaradi majhnega števila tu statistični izračun ni možen. V študiji Procama sega od 3,6–16%.

Holesterol

Srednja vrednost celokupnega holesterola pri moških naraste od 5,1±1,1 pri najmlajših do 6,2±1,3 mmol/l pri najstarejših (P<0,01) (sl. 6), pri ženskah od 4,9±0,9 do 5,9±1,3 (P<0,05) (sl. 6, 7). Primerjava vrednosti za enake starostne skupine med M-programom ter Cindi in Procacom kaže le statistično neznačilna odstopanja pri obeh spolih.

Prevalenca hiperholesterolemije sega od 52,4% pri najmlajših moških do 71,4 v najstarejši skupini (skupaj 68,3%), pri ženskah od 30–58,5% (skupaj 50,9%) (sl. 8, 9). V skupini Cindi je prevalenca pri moških 67%, pri ženskah 60%. V skupini Procama so vrednosti pri moških 45,2–76,4%, pri ženskah 36–79,8%.

Huda hiperholesterolemija (nad 7,8 mmol/l) se pri obeh najmlajših skupinah ne pojavi, pri najstarejših pa že v 14,3% (moški) oziroma 5,9% (ženske) (sl. 8, 9). Prevalenca v študiji Cindi je pri obeh spolih 5%, v skupini Procama 4,9% pri moških in 9,7% pri ženskah.

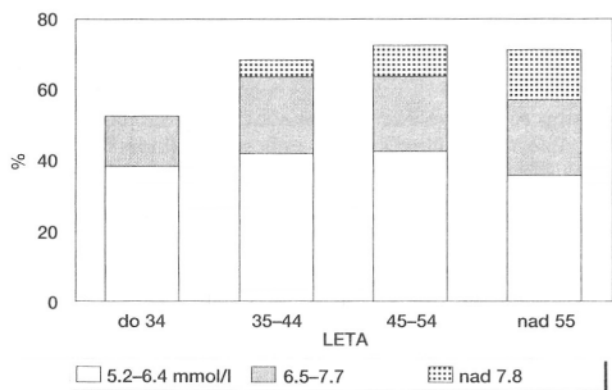
HDL

Srednja vrednost HDL holesterola s starostjo pri moških pada od 1,4±0,5 do 1,3±0,4 mmol/l (P<0,05), pri ženskah pa ostaja na ravni 1,7±0,4 mmol/l. Primerjava s skupino Cindi kaže statistično pomembno odstopanje le pri moških v desetletju 45–54 let, kjer so vrednosti pri Cindi višje (P<0,05). Primerjava s skupino Procama ne kaže statistično pomembnih razlik.

Vrednost HDL holesterola pod 0,9 mmol/l šteje za visoko rizično. Prevalenca takšnih vrednosti je v naši skupini pri moških 10,5%, pri ženskah pa jih nismo izmerili. V skupini Cindi so ustrezne vrednosti pri moških 14%, pri ženskah 8%, v skupini Procama pa pri moških približno 15%.

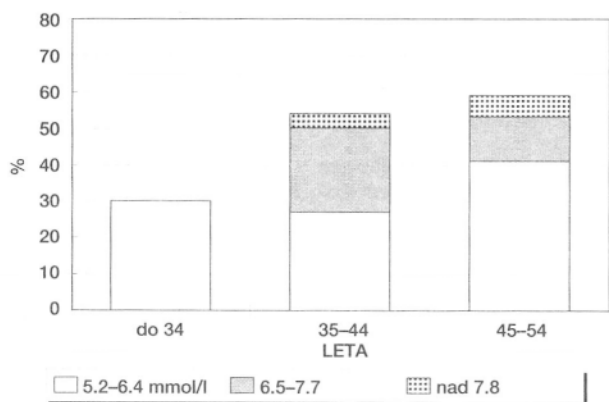
Trigliceridi

Pogostnost hipertrigliceridemije (>1,7 mmol/l) ni vezana toliko na starosti (sl. 6, 7) kot na porast BMI. Pri osebah z višjim kot 30 se pojavlja v 92% (moški) oziroma 75% (ženske).



Sl. 8. Prevalenca hiperholesterolemije po starostnih skupinah (moški).

Fig. 8. Prevalence of hypercholesterolaemia in relation to age (men).



Sl. 9. Prevalenca hiperholesterolemije po starostnih skupinah (ženske).

Fig. 9. Prevalence of hypercholesterolaemia in relation to age (women).

Krvni sladkor

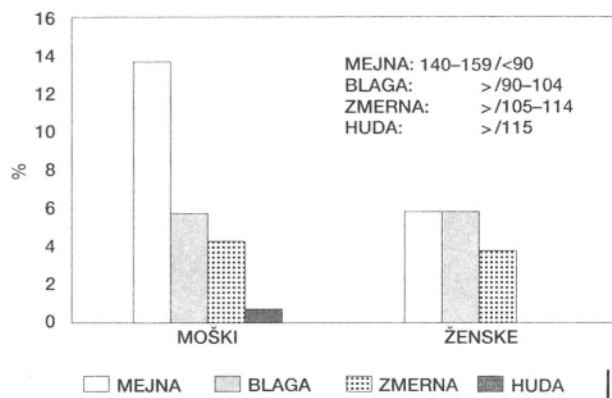
Povišan KS (nad 6,1 mmol/l) smo našli le pri moških (10,6%), tu sta všteta tudi dva znana diabetika. Če upoštevamo kot zgornjo mejo normale 5,6 mmol/l kot pri Cindi, je prevalenca hiperglikemije pri moških 21,8%, pri ženskah 7,5%, pri Cindi pa 64,1% pri moških ($P < 0,001$) in 49,1% pri ženskah (statistična analiza ni možna). Sladkornih bolnikov (KS nad 8,0) je v naši populaciji 1,5%, pri Cindi 3,4%. Bistvena razlika je torej v mejnem območju, kjer pa tudi mi nismo delali OGTT, pač pa ga seveda svetovali. Primerjava s Procami zaradi drugačnih normalnih vrednosti (6,7 mmol/l) ni možna.

Sečna kislina

Tudi hiperurikemija (s. k. nad 420 $\mu\text{mol/l}$) je prisotna le pri moških, in sicer pri 12,6%. Znana je vezanost na debelost, saj se pojavlja pri ljudeh z BMI nad 30 kar v 53,8 odstotkih.

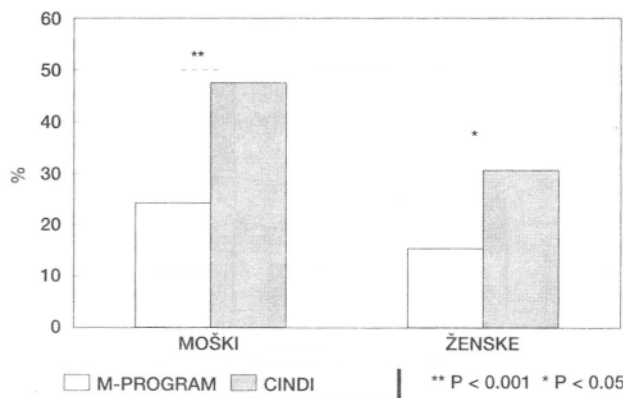
Arterijska hipertenzija

Zaradi velikih nihanj tlaka pri preiskovancih so ti podatki manj zanesljivi, čeprav smo imeli možnost večkratnih meritev in je vsak opravil tudi obremenitveni test, ki lahko da dodatne informacije



Sl. 10. Prevalenca hipertenzije.

Fig. 10. Prevalence of hypertension.



Sl. 11. Prevalenca hipertenzije: primerjava M-program-Cindi.

Fig. 11. Prevalence of hypertension: comparison of M-program and Cindi.

glede hipertenzije (lahko ga interpretiramo podobno kot glukozni tolerančni test pri mejnem KS) (13). Višino tlaka smo ocenili po smernicah JNC (13).

Pri moških je prevalenca hipertenzije 24,3%, pri ženskah 15,4%. Razlika med spoloma gre predvsem na račun mejne hipertenzije, ki je pri moških pogostejša (sl. 10). Primerjava s Cindi kaže zopet izrazitejšo odstopanje, pri moških je namreč 47,3% hipertonikov ($P < 0,001$), pri ženskah 30,9% ($P < 0,05$) (sl. 11). Mejna hipertenzija je ugotovljena pri 23,6% moških in pri 16,8% žensk. Primerjava s Procami ni možna. Naši podatki o razširjenosti hipertenzije so zelo podobni tistim, ki jih je dobila Klinika za hipertenzijo v Ljubljani leta 1985 (14). Znašala je 19% pri odraslih osebah med 40. in 70. letom. Ta populacija je bila starejša, kot je naša.

Ergometrija

Ergometrija ni običajna metoda v preventivni medicini, proti njej govori predvsem cena in možnost lažno pozitivnih rezultatov. Daje pa zelo dober vpogled v telesno zmogljivost preiskovancev, ki se zanjo radi odločajo. Povprečna telesna pripravljenost je v vseh starostnih skupinah pri obeh spolih primerna (hoja nad 6 min. na traku). Težave predstavlja predvsem interpretacija neme ST denivelacije, ki se pojavlja pri 10,7% moških in 1% žensk.

Podatek je primerljiv študiji Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), kjer je bila nema ST denivelacija prisotna pri 12% moških. Imela je velik prognostični pomen, 7-letna koronarna smrtnost je bila v tej skupini skoraj štirikrat višja (15). Podobne podatke navajajo tudi drugi avtorji (16, 17).

Drugi izvidi

Izstopajo patološki jetrni testi pri moških v 23,6% (pri ženskah le pri 1,6%), ki govorijo za pretirano nagnjenje k alkoholu z običajno razlago o potrebnem sodelovanju s poslovnimi partnerji... Pogoste dodatne diagnoze so bili žolčni kamni, gastritisi in ulkusna bolezen, nefrolitiazia ter ortopedske težave. Pogosto smo ugotavljali psihosomatične motnje.

Zaključki

Primerjava naše populacije z mnogo obsežnejšima Cindi in Procama ima gotovo statistične zadržke, posebno ženske so preslabo zastopane. Preseneča velika podobnost med skupinami glede prehranjenosti in lipidnega statusa, bistvena odstopanja pa so pri kajenju, kjer je naša moška populacija med najbolj zadržanimi, kolikor nam je znano iz študij. Glede na skupino Cindi je bistveno manj hipertenzije, naši podatki so mnogo bližji ljubljanski epidemiološki študiji Klinike za hipertenzijo. Velika odstopanja so tudi pri vrednosti glukoze v okvirnih mejah motene tolerance, kar je težko razložiti.

Preventivni pregledi so namenjeni ugotavljanju trenutnega zdravstvenega stanja na somatski in duševni ravni, so pa tudi odlična priložnost za pogovor o drugih temah, ki so za preiskovance pomembne, npr. zdravi prehrani, primerni telesni teži, redni telesni aktivnosti, odnosu do alkohola (glede na pogostnost patoloških jetrnih testov pri moških). Tudi defenzivna vožnja, pripenjanje varnostnih pasov in uporaba modernih varnostnih pripomočkov (zračna blazina) so glede na slovensko cestno varnost nujni. Zdi se, da je še največ uspeha pri odvajanju od kajenja, ki je v tujini in na srečo marsikje tudi že pri nas v poslovnih krogih zelo nezaželeno. Posebno poglavje je vpliv stresa, ki so mu poslovneži izpostavljeni, saj so zahteve modernih podjetij vedno večje, in negativnih posledic stresa, kar pa je že snov za nadaljnje raziskovanje.

Z zbiranjem podatkov nadaljujemo in upamo, da jih bo v naslednjih letih dovolj za statistično ustrezen prikaz kardiovaskularne in druge zboleznosti in umrljivosti, saj je to tudi naš končni namen.

Zahvala

Dr. Keršiču se zahvaljujemo za statistične analize, ki jih je tako hitro in skrbno opravil. Šele s podatki študije Cindi, ki jih je posredoval dr. Mramor, je dobilo naše delo ustrezen okvir in možnost primerjave v Sloveniji, za kar se mu najlepše zahvaljujemo. Hvala tudi dr. Stefanovi in dr. Mrevljetu. Hvala vsem sodelavcem kolegom v Zdravilišču. Brez računalniškega učitelja in »tehničnega urednika« Luke pa tega dela ne bi bilo.

Literatura

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination: 2. 1987 update. *Can Med Assoc J* 1988; 138: 618-26.
2. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the U. S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
3. Eddy DM ed. Common screening tests. Philadelphia: American College of Physicians, 1991.
4. Sox HC. Preventive health services in adults. *N Engl J Med* 1994; 330: 1589-95.
5. Kožuh-Novak M, Šelb J, Grobovšek-Opara S, Hovnik-Keršmanec M. Zdravstveno stanje v Sloveniji. Osnovna načela preventivne medicine. *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 1-12.
6. Moravec-Berger D, Turk J, Florjančič M. Nekaj pomembnih podatkov o boleznih srca in ožilja v Sloveniji. *Zdrav Var* 1992; 31: 57-61.
7. Mramor M, Stanič-Stefan N, Kafol-Šušterčič A, Gradišnik A, Bulc M. Mednarodni program kroničnih nenalezljivih boleznih CINDI. *Zdrav Var* 1992; 31: 109-12.
8. Mramor M, Stanič-Stefan N, Bulc M et al. CINDI 91 – Integrirani program preventivne in kontrole množičnih nenalezljivih boleznih. Letno poročilo II, 1991.
9. Assmann G, Schulte H. Procama trial. Panscienta Publishing house, Hedingen Zürich, 1986.
10. Assmann G ed. Lipid metabolism disorders and coronary heart disease: primary prevention, diagnosis, and therapy guidelines for general practice 2., enl. ed. München: MMV-Medizin Verl., 1993.
11. The international task force for the prevention of coronary heart disease. Prevention of coronary heart disease – Scientific background and new clinical guidelines. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 1992; 2: 113-56.
12. Franz IW. Belastungsblutdruck bei Hochdruckkranken: diagnostische, prognostische und therapeutische Aspekte. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1993: 3-14, 38-62.
13. Joint national committee: The 1988 report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1023-3.
14. Jezeršek P, Acceto R, Cibic B et al. Epidemiološka študija arterijske hipertenzije v SR Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 403-5.
15. Rautaharju PM, Prineas RJ, Eifler WJ et al. Prognostic value of exercise electrocardiogram in men at high risk of future coronary heart disease: multiple risk factor intervention trial experience. *J Am Coll Cardiol* 1986; 8: 1-1.
16. Doyle JT, Kinch SH. The prognosis of an abnormal electrocardiographic stress test. *Circulation* 1970; 41: 545-5.
17. Ellestad MH, Wan MKC. Predictive implications of stress testing: Follow-up of 2700 subjects after maximum treadmill stress testing. *Circulation* 1975; 51: 363-3.

prvi in največ predpisovani
nesedativni antihistaminik

TERIDIN®

terfenadin tablete po 60 mg
 tablete forte po 120 mg
 suspenzija po 30 mg/5 ml

- za zdravljenje alergičnih manifestacij na zgornjih dihalih in urtikarije
- delovati začne že v prvi uri
- ne zmanjšuje psihomotoričnih sposobnosti
- zadošča 1 tableta forte na dan
- suspenzija je primerna že za otroke, težje od 5 kg

Indikacije: Preprečevanje in zdravljenje alergijskih bolezni in bolezenskih stanj, ki jih sproža histamin v alergični reakciji tipa I. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo in huda jetna okvara, sočasna uporaba ketokonazola, itrakonazola, eritromicina, josamicina in troleandomicina. **Previdnostni ukrepi:** Bolniki s prirojenim sindromom podaljšane intervala QT ali stanji, ki vodijo k podaljšanju intervala QT. Sočasno jemanje Teridina in flukonazola, metronidazola, ciprofloksacina, verapamila, diltiazema, disulfirama, kinidina, disopiramida, prokainamida, amiodarona, sotalola, prenilamina, bepridila, tiotridazina, prednizona ali furosemda. Bolniki z akutno porfirijo. Starejših bolnikov ne zdravimo z velikimi dozami terfenadina. **Nosečnost in dojenje:** Le pri hudih bolezenskih stanjih, ko je korist večja od tveganja. **Posebno opozorilo:** Na začetku zdravljenja svetujemo previdnost pri upravljanju motornih vozil in strojev, ker zdravilo pri posameznikih povzroča zaspanost. **Doziranje:** Odraslim in otrokom, starejšim od 12 let, dajemo eno 120-miligramsko tableto ali dve 60-miligramski tableti na dan. Običajni dnevni odmerek za otroke, mlajše od 12 let, je 2 mg/kg telesne mase, razdeljeno v dva odmerka. **Stranski učinki:** Redko zaspanost, glavobol, utrujenost in slabost, prebavne motnje, suha usta, nos ali grlo, kožni izpuščaji, stranski učinki na srce in ožilje. **Predoziranje:** Glavobol, slabost, bruhanje, zaspanost ali krči, zmedenost, sinkopa, zmerna hipotenzija, motnje srčnega ritma, izjemoma srčni zastoj in smrt. Zdravimo simptomatično in nadzorujemo srce najmanj 24 ur, oz. dokler je podaljšan interval QT. **Oprema:** 20 tablet po 60 mg, 20 tablet po 120 mg, 100 ml suspenzije (30 mg/5 ml).

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Strokovni prispevek/Professional article

PRISPEVEK K DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU BENIGNE PAROKSIZMALNE POZICIJSKE VRTOGLAVICE

A CONTRIBUTION TO THE DIAGNOSTICS AND THERAPY OF BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO

Jagoda Vatovec, Miha Žargi, Smilja Černelč

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-06-06, sprejeto 1995-09-05; ZDRAV VESTN 1995; 64: 629–31

Ključne besede: *vrtočlavičica; nistagmus; kupulolitijaza; kanalolitijaza; elektronistagmografija*

Izveček – Izhodišča. *Vrtočlavičica je pogost simptom, ki ga srečujemo v otorinolaringoloških ambulantah. Eden od vzrokov so prosto plavajoči precipitanti v endolimfi notranjega ušesa. Značilni nistagmus in pomanjkanje drugih neuroloških znakov potrjujejo periferno, labirintno okvaro.*

Metode in rezultati. *V prospektivno raziskavo smo zajeli 301 bolnika z vrtočlavičico in ugotovili pri 26, to je 8,6 %, benigno paroksizmalno položajno vrtočlavičico (BPPV). Zdravljenje je bilo uspešno kar pri 24.*

Zaključki. *BPPV je labirintopatija, na katero pri bolnikih z vrtočlavičico premalo pogosto pomislimo. Čeprav je etiologija velikokrat nejasna, je pravočasna spoznavna pomembna zaradi uspešnega in enostavnega zdravljenja.*

Uvod

Že l. 1921 je Barany opisal paroksizmalno vrtočlavičico z nistagmusom, ki nastopi v določenem položaju glave, in domneval, da je patogeneza tega pojava v povezavi z zbolelostjo otolitskega aparata (1). Dix in Hallpike sta l. 1952 prav tako menila, da je okvara pri benigni paroksizmalni pozicijski vrtočlavičici (BPPV) v vestibularnem čutilu (2). Njihove izsledke je histološko potrdil Schuknecht, ko je našel bazofilne depozite na kupuli zadnjega polkrožnega kanala pri bolnikih, ki so imeli BPPV, a so umrli zaradi drugih bolezni (3–5).

Otolitično čutilo tvorijo makule utrikulusov in sakulusov, ki so zgrajene iz podpornih celic in čutnic. Iz slednjih izhajajo cilije v prekrivajočo jih otolitsko membrano, v kateri so kristalčki kalcijevega karbonata – otokoniji. Dražljaj je sprememba gravitacijske sile. Refleksi, ki se ob tem sprožijo, služijo ohranjanju ravnotežja ob premikih glave in telesa v prostoru (6).

Zaradi degenerativnih procesov (npr. v starosti, zaradi poškodbe glave, vnetnega procesa ali ishemije arterije vestibularis anterior) pride do izplavljanja otokonijev, ki padejo na kupulo kriste zadnjega polkrožnega kanala. Ta namreč leži pod utrikulusom, če je glava v pokončnem položaju. Pri BPPV naj bi torej prišlo do transformacije čutila za kotne pospeške v čutilo za spremembo gravitacije (7). Vendar je Brandt nekoliko drugačnega mnenja: otokoniji, ki padejo na kupulo zadnjega polkrožnega kanala, naj bi povzročili večjo vzdražnost kriste zadnjega polkrožnega kanala

Key words: *vertigo; nystagmus; cupulolithiasis; canalolithiasis; electronystagmography*

Abstract – Background. *Episodes of vertigo are common complain in patients seen by otorinolaryngologists. One of the causes are free floating inorganic particles in the endolymph of the inner ear. Typical nystagmus and lack of other neurological findings support peripheral, labyrinthine lesion.*

Methods and results. *There were 301 patients with vertigo included in prospective study. In 26 of them BPPV was confirmed. The treatment was successful in 24.*

Conclusions. *BPPV is a labyrinthopathy that we do not think of enough. Although the etiology often remains unclear the diagnosis is important because of successful and simple treatment.*

na kotne pospeške v ravnini, specifični za ta kanal (8). Aktivnost zadnjega polkrožnega kanala pa je lahko povečana tudi zaradi zmanjšane inhibicije, ki je posledica okvare utrikulusa (6–10). Vestibulo-okularni refleksi lok gradijo trije nevroni. Pri vzdraženju zadnjega polkrožnega kanala pride do ekscitacije očesnih mišic – istostranskega zgornjega oblikvusa in nasprotnostranskega spodnjega rektusa ter do značilnega nistagmusa (6). McChire pa je l. 1985 opisal paroksizmalni nistagmus, ki je verjetno nastal zaradi vzdraženja horizontalnega polkrožnega kanala (11). Prav tako je Katsarkas poročal o bolnikih s horizontalnim paroksizmalnim pozicijskim nistagmusom (12).

Klinična slika in spoznavna

Za BPPV je značilno, da se pojavi nenadoma pri obračanju oziroma nagibu glave na stran bolnega ušesa. Vrtočlavičica je kratkotrajna. Diagnozo potrdi:

1. značilni pozicijski paroksizmalni nistagmus, ki ga izzovemo s hitro spremembo položaja iz sedenja v položaj z visečo glavo na stran prizadetega ušesa,
2. vrtočlavičica in nistagmus imata latenco nekaj sekund,
3. prisotni sta manj kot 60 sekund,
4. nistagmus ima smer (hitro komponento) proti spodaj ležečemu ušesu – geotropni nistagmus,
5. če manever ponovimo, so znaki zaradi utrudljivosti manjši ali pa jih ni več (5, 6, 7, 10).

Diferencialna diagnoza

Sakata in sodelavci (13) so poročali o 47 bolnikih s pozicijskim nistagmusom paroksizmalnega tipa in lezijo cerebelarnega vermis-a. Edini znak, ki je kazal na centralno okvaro, je bil, da pri ponavljanju testa ni prišlo do utrudljivosti.

Perilimfatska fistula je tudi lahko vzrok pozicijske vrtoglavice. Pri teh bolnikih gre dostikrat za istočasno nenadno okvaro sluha, pa tudi nistagmus ima značilnosti, ki ne veljajo za BPPV (10, 14).

Pozicijsko vrtoglavico pri alkoholni intoksikaciji (PAV) razlagajo z manjšo specifično težo alkohola od endolimfe. Ko nivo alkohola v krvi preseže 40 mg/dl, ta prehaja v kupulo. Slednja postane lažja od endolimfe in tako spremeni kristo v čutilo za gravitacijske spremembe. Postopoma se nivo alkohola v kupuli izenači z nivojem alkohola v endolimfi in nastopi »mirno« obdobje. Po približno 5–10 urah po zaužitju alkohola pa ta »zapusti« kupulo prej kot endolimfo, kar ponovno povzroči PAV (10).

Zdravljenje

V zdravljenju se priporoča Semontov maneuver, Epleyev maneuver oziroma program vaj, podprt z zdravili, ki zmanjšajo vegetativne simptome. S Semontovim in Epleyevim maneuverom naj bi se otokoniji razpršili po labirintu, z vajami pa spodbudimo centralni proces prilagajanja (14, 15).

Le pri majhnem številu bolnikov je utemeljena nevrektomija živca zadnjega polkrožnega kanala (9).

Zanimala nas je incidenca BPPV pri naših bolnikih.

Bolniki in metode

V prospektivno obravnavo smo zajeli bolnike, ki so prišli v avdiološko ambulanto Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo zaradi epizod vrtoglavice v obdobju od oktobra 1993 do aprila 1994. Bilo jih je 301. BPPV smo ugotovili pri 26, to je 8,6 %. Od bolnikov z BPPV jih je bilo 20 ženskega in 6 moškega spola, starih 47–77 let, povprečno 59 let. Pri vseh je bila narejena izčrpna anamneza, otorinolaringološki pregled, Rombergov test, test hoje po Weil-Babinskem, pregled na spontani nistagmus s Frenzelovimi očali, Hallpikeov maneuver, elektronistagmografija, prazni tonki avdiogram, meritev krvnega tlaka. Opravili so hemogram in biokemične preiskave krvi. Pregledal jih je nevrolog. Ravnovesni ustroj smo preiskovali s sistemom za računalniško elektronistagmografijo (ENG), ki ga sestavlja vrtilni stol Toennies TS z dodatki in programski paket TENA IV. Opravili smo teste na spontani, pogledni, položajni, paroksizmalni, cervikalni in optokinetični nistagmus, test gladkega sledenja, kalorični test po Hallpikeu in rotatorni test. Vsem smo naredili prazno tonko avdiometrijo na avdiometru Amplaidd 300 po priporočilih ISO R 389. Pri sumu na retrokohelarno okvaro so opravili meritev akustičnih evociranih potencialov možganskega debla.

Rezultati

Rombergov test je bil pri vseh preiskovancih negativen, test hoje po Weil-Babinskem pa je bil pri 12 pozitivnih. Nobeden ni imel spontanega nistagmusa. Hallpikeov maneuver je bil pozitiven na eni strani pri 25, obojestransko pa pri enem preiskovancu. Rezultati ENG preiskave so zbrani v tabeli 1.

Kalorični vestibulogram je pokazal normalno vzdržljivost vestibularnega ustroja pri 12 preiskovancih, pri treh smo ugotovili prevago smeri nistagmusa, pri 11 pa enostransko kompenzirano parezo. Preostali ENG testi niso pokazali odstopov od normale. Pri štirih preiskovancih smo ugotovili enostransko, pri treh pa obojestransko srednjetežko kohlearno okvaro. Vsi so bili brez drugih nevroloških izpadov. Pri vseh smo opravili repozicijski maneuver: bolnik obrne glavo proti zboleli strani in se hitro spusti vznak tako, da glava obvisi. V tem položaju počaka dve minuti. Nato glavo obrne na nasprotno stran in ponovno počaka dve minuti. Zatem

Tab. 1. Spremembe v ENG testih pri bolnikih z BPPV.

Tab. 1. Changes in ENG tests in patients with BPPV.

preizkus test	bolniki (N=26) patients (N=26)
nistagmus	
nystagmus	
spontani spontaneous	0
pogledni gaze	0
paroksizmalni benigni paroxysmal benign	26
položajni positional	0
cervikalni cervical	0
kalorični test po Hallpikeu caloric test according to Hallpike	
obojestranska simetrična vzdražnost bilateral symmetrical excitability	12
enostranska zmanjšana vzdražnost unilateral hypoexcitability	11
prevaga smeri nistagmusa directional preponderance	3
optična supresija ustrezna visual supression good	26
rotatorni test rotatory test	
simetrična vzdražnost symmetric excitability	26
optokinetični test optokinetic test	
simetrična vzdražnost symmetric excitability	26
test sledenja pursuit movement	
gladko spremljanje nihajočih ciljev smooth pursuit of moving target	26

se počasi usede. Vsi so tudi prejeli navodila za vestibularne vaje, mesec dni so prejemali Urutal. Ob kontroli čez 2–3 mesece sta dva bolnika še vedno imela nezmanjšane težave, preostali pa niso več imeli vrtoglavice.

Razpravljanje

BPPV smo potrdili v 8,6 % naših bolnikov, Drachman in Hart (16) pa ugotavljata BPPV pri 10 % svojih vrtoglavih bolnikov. Pri naših preiskovancih je bilo več žena, podobno pa so ugotavljali tudi drugi avtorji (17, 18).

Povprečna starost naših bolnikov je bila 59 let, kar se tudi ujema z izsledki drugih raziskav, ki ugotavljajo BPPV pogosteje pri populaciji, starejši od 50 let (9,10,18).

Pri 11 preiskovancih smo ugotovili parezo enega od labirintov, vendar zanesljive etiologije razen pri enem bolniku, ki je imel kraniocerebralno poškodbo, nismo mogli določiti. Baloh (18) ugotavlja preboleli vestibularni nevritis pri 12% svojih bolnikov, poškodbo glave pa pri 17%. V več kot 50% je navadno vzrok neznan (18).

V literaturi (10) navajajo obojestranski BPPV v 10%, pri nas pa smo obojestranski BPPV zasledili zgolj pri enem preiskovancu. Ob kontroli čez 2–3 mesece sta imela le še dva preiskovanca nezmanjšane težave, a se za operativni poseg nista odločila. Brandt (10) je mnenja, da težave persistirajo več kot leto dni pri 20% bolnikov z BPPV.

Kot večina avtorjev (10,17,18) tudi Froehling (19) poroča, da je prognoza pri bolnikih z BPPV dobra, kar smo ugotovili tudi pri

naših preiskovancih. Tveganje za cerebrovaskularni inzulit ni večje kot pri preostali populaciji, prav tako tudi preživetje ni slabše (19).

Zaključek

Pri diagnostiki motenj ravnovesja je treba pomisliti tudi na BPPV. Bolezenska znamenja so namreč značilna, tako da je spoznava razmeroma zanesljiva. Kljub temu da etiologija ostane večkrat nerazjasnjena, pa je zdravljenje za razliko od nekaterih drugih labirintopatij uspešno, zato je še posebej pomembno odkrivanje teh bolnikov.

Literatura

1. Barany R. Diagnose von Krankheitserscheinungen im Bereiche des Otolithenapparates. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1921; 2: 434-7.
2. Dix R, Hallpike CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1952; 6: 987-1016.
3. Schuknecht HF. Positional vertigo. Clinical and experimental observations. *Transam Acad Ophthal Otolaryngol* 1962; 66: 319-31.
4. Schuknecht HF. Cupulolithiasis. *Arch Otolaryngol* 1969; 90: 765-78.
5. Schuknecht HF, Ruby RRF. Cupulolithiasis. *Adv Oto-Rhino-Laryngol* 1973; 22: 434-43.
6. Gresty M, Bronstein A, Brandt T, Dieterich M. Neurology of otolith function. *Brain* 1992; 115: 647-73.
7. Gacek R. Cupulolithiasis and posterior ampullary nerve transection. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1984, Suppl 112; 93: 25-9.
8. Brandt T. Vertigo and dizziness. In: A. Asbury, G. McKhann, I. McDonald eds. *Diseases of the nervous system* 1986: 561-76, Philadelphia, Saunders.
9. Gacek RR. Singular neurectomy update II. Review of 102 cases. *Laryngoscope* 1991; 101: 855-62.
10. Brandt T. Positional and positioning vertigo and nystagmus. *Journal of Neurological Sciences* 1990; 95: 3-28.
11. McClure JA. Horizontal canal BPV. *J Otolaryngol* 1985; 14: 30-5.
12. Katsarkas A. Nystagmus of paroxysmal positional vertigo: our new insights. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987; 96: 305-8.
13. Sakata E, Ohtsu K, Itoh Y. Positional nystagmus of benign paroxysmal type (BPPN) due to cerebellar vermis lesions. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1991; Suppl 481: 254-7.
14. Herdman S. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Physical Therapy* 1990; 70: 381-8.
15. Brandt T, Steddin S, Daroff R. Therapy for benign paroxysmal positioning vertigo, revisited. *Neurology* 1994; 44: 796-800.
16. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology* 1972; 22: 323-34.
17. Katsarkas A, Kirkham T. Paroxysmal positional vertigo. A study of 255 cases. *J Otolaryngol* 1978; 7: 320-30.
18. Baloh R, Honrubia V, Jacobson V. Benign positional vertigo. *Neurol* 1987; 37: 371-78.
19. Froehling D, Silverstein M, Mohr D, Beatty C, Offord K, Ballard D. Benign positional vertigo: Incidence and prognosis in a population - based study in Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc* 1991; 66: 596-601.

® Voltaren Rapid – kalijev diklofenak,

posebej prirejen za hitro djelovanje



® Voltaren Rapid – pri:

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

Analgetsko začne delovati že po 15 do 30 minutah.

Učinkovito zmanjšuje otekanje in edem.

® Voltaren Rapid

DELUJE, KJER BOLI

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

Oprema

10 dražejev po 50 mg kalijevega diklofenaka



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

Strokovni prispevek/Professional article

USPEŠNO ZDRAVLJENJE HUDE ZASTRUPITVE S STRIHNINOM

SUCCESSFUL MANAGEMENT OF SEVERE STRYCHNINE POISONING

Apolon Marolt

Interni oddelek, Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 63326 Topolšica

Prispelo 1995-05-22, sprejeto 1995-08-03; ZDRAV VESTN 1995; 64: 633-5

Ključne besede: *stribnin; akutna zastrupitev; samomor.***Key words:** *strychnine; acute poisoning; suicide.***Izvleček** – Izhodišča. *Opisan je primer uspešnega zdravljenja zastrupitve s stribninom 45 minut po zaužitju čajne žličke samomorilnega strupa v prahu (pribl. 3000 mg).***Abstract** – Background. *A case of successful management of acute suicidal strychnine poisoning in a 72-year-old female, 45 minutes after the ingestion of a teaspoon of powdered poison (c. 3000 mg) is described.**Rezultati. Toksikološke preiskave so potrdile prisotnost stribnina v krvi in urinu, medtem ko ga v želodčnem izpirku ni bilo več. Prikazan je tudi kratek pregled dosedanjega znanja o farmakodinamiki, mehanizmu delovanja, diferencialni diagnozi in terapiji zastrupitve s stribninom.**Results. Toxicological testing confirmed the presence of strychnine in blood and urine, while in gastric aspirate the poison was no longer detectable. The patient's history as well as the course and the outcome of the poisoning are presented along with a brief review of pharmacokinetics, mechanisms, signs and treatment of strychnine poisoning.**Zaključki. 72-letna bolnica je preživela kljub nastopu toničnih krčev, izgubi zavesti, prenehanja dihanja in metabolni acidozi.**Conclusions. The patient survived although she developed convulsions, apnoea, severe metabolic acidosis, and lost consciousness.*

Uvod

Stribnin je alkaloid, ki ga najdemo v semenu indijske rastline *Strychnos nux vomica* (1).

Je potenten stimulator centralnega živčnega sistema in konvulzant, ki selektivno blokira postsinaptično nevronske inhibicije s preprečevanjem vstopa nevrottransmiterja glicina predvsem v hrbtenjači. Zato je tudi potrebna minimalna periferna senzorna stimulacija, da sproži difuzne mišične kontrakcije (2). Gladke mišice ob tem niso prizadete (3).

Stribnin ima ekscitacijsko delovanje tudi na hrbtenjačo in poveča občutek dotika, sluha, vida in vonja (4). Zato so ga včasih uporabljali v manjših koncentracijah kot tonik za izboljšanje cirkulacije in mišičnega tonusa, sicer pa kot strup za glodalce in zveri (5).

O metabolizmu stribnina je malo znanega. Po hitri absorpciji iz prebavil se ga okrog 20% izloči nespremenjenega v urinu, ostalo se presnovi v jetrih z oksidativno biotransformacijo v neznane metabolite, le manjši del pa se veže na eritrocite (6).

Smrtna doza po literaturi variira med 50 in 100 mg. Vzrok smrti je navadno paraliza dihalne miškulature (7). Minimalna letalna koncentracija v krvi je ocenjena na 0,5 mg/l (2).

Prikaz primera

72-letno bolnico smo sprejeli v intenzivno enoto 45 minut po zaužitju čajne žličke stribnina v samomorilne namene. Strup, ki ga je njen pokojni mož – lovec uporabljal za zatiranje steklih lisic, je imela v čisti kristalni obliki shranjen v neoriginalni embalaži.

Ob sprejemu je bila pri zavesti, subfebrilna 37,1 °C, tahikardna 116/min, RR 160/90 mmHg, s frekvenco dihanja 24/min in s toplo, vlažno kožo. Povedala je, da ne čuti spodnjih udov. EKG je kazal sinusno tahikardijo in nespecifične spremembe ST spojnice. Že pri prvem močnejšem dotiku je prišlo do paroksizmov generaliziranih toničnih krčev z izraženim opistotonusom v trajanju 60 sekund. Med napadom je postala cianotična, prenehala je dihati in izgubila zavest. Bila je intubirana in ventilirana. Naslednji napadi krčev so sledili v krajših časovnih intervalih in trajali po 60 do 180 sekund. Obvladovali smo jih s sprotnim intravenskim dajanjem visokih količin diazepamov tudi do 100 mg naenkrat in jo obenem dodatno razdihavali, sicer pa je kasneje med posameznimi napadi spontano dihal sama. V pripravljenosti smo imeli tudi nevro-muskularni blokator, vendar zanj ni bilo več prave potrebe.

Prvi laboratorijski izvidi so pokazali ekstremno metabolno acidozo (pH 6,88, pCO₂ 3,63 kPa, pO₂ 13,7 kPa, bikarbonat 5,2 mmol/l), povečano anionsko vrzel (AV 44), povečan laktat (laktat 19,6 mmol/l) in relativno hipokaliemijo glede na acidozo (K 4,3 mmol/l).

Lavažo želodca smo opravljali med posameznimi napadi in jo zadovoljivo končali šele po šestih prekinutih. Dodali smo aktivno oglje, jo intenzivno hidrirali z infuzijskimi tekočinami, elektrolitskimi nadomestki in bikarbonatom, tako da je že po nekaj urah prišlo do normalizacije pH.

Bolnica se je ovedla po treh urah, in krči, ki so bili proti koncu vse šibkejši, so izveneli. Zadnji napad krčev je imela peto uro po sprejemu, bil pa je že tako šibak in kratkotrajen, da diazepam ni več potrebovala. Vseh napadov skupno je bilo po naši oceni okrog 25.

Med ostalimi laboratorijskimi izvidi smo ugotovili povečane vrednosti pri kreatin kinazi (CPK 16,28 ukat/l, od tega 1,04 na račun MB, ostalo pa MM frakcije). Dušični retenti so bili ves čas v mejah normale, medtem ko je bil urin patološki še skoraj teden dni v smislu blage proteinurije, hematurije in mioglobinurije. Z ustrežno hidracijo smo jo varovali pred večjimi ledvičnimi zapleti.

V toksikološko analizo smo poslali več vzorcev krvi, urina, želodčni izpirek in ostanek praška v neoriginalni embalaži. Analizo so opravili v toksikološkem laboratoriju Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Uporabljali so metodo tekočinske kromatografije. V vseh materialih so z orositvenim reagentom dokazali strihnin. Rezultati so bili naslednji:

Kri:	vzorec ob sprejemu	3,5 mg/l
	po 6 urah	1,2 mg/l
	po 12 urah	0,9 mg/l
	po 18 urah	/ (interferenca z drugimi zdr.)*
Urin:	vzorec ob sprejemu	21,1 mg/l
	po 6 urah	26,3 mg/l
	po 12 urah	2,1 mg/l
	po 18 urah	2,0 mg/l
Želodčni izpirek:	ni bilo merljivih vrednosti strihnina	
Ostanek praška:	100% kristali strihnina	

* Bolnica je namreč kronično uživala veliko pomirjeval, antidepressivov in uspaval.

Bolnica se je v naslednjih dneh psihofizično povsem uredila in smo jo po pregledu in s soglasjem psihiatra po 10 dneh odpustili iz bolnišnice.

Razpravljanje

Zastrupitev s strihninom je dandanes izjemno redka, medtem ko je bil to še v prejšnjem stoletju množično uporabljani strup (8) ter dodatek raznim tonikom, anestetikom, pomirjevalom, poživilom in drogam (9).

Strihnin nima pomembne medicinske uporabe, čeprav poročajo o poskusih pri zdravljenju neketonske hiperglicinemije (10), impotence (11) in sindroma »sleep apnea« (12).

Strihnin se izredno hitro absorbira prek sluznice prebavil, kože ali po i.m. injekciji, tako da prvi simptomi nastopijo že po 15 do 30 minutah. Zelo hitro se porazdeli tudi v vsa tkiva (7). V našem primeru poldrugo uro po zaužitju strupa v želodcu ni bilo več. Opisali so smrtne primere po zaužitju že 5 do 10 mg strihnina, na drugi strani pa so omenjeni primeri preživetja po zaužitju prek 3500 mg (13). Ocenjujemo, da je v našem primeru bolnica zaužila okrog 3000 mg.

Po kratki epizodi hiperrefleksije, nemira, strahu, mišičnih trzljajev in napetosti nastopijo generalizirane konvulzije (14). Gre za tonični ekstenzorni krč (opistotonus) s prisotnim trizmusom in spotegnjenimi usti (risus sardonius). Konvulzije trajajo nekaj minut, lahko pa so kontinuirane (15).

Zavest je navadno zožena zaradi anoksije. Po spazmu dihalne muskulature nastopi smrt (16). Konvulzije sprožajo že minimalni senzorni dražljaji (17). Če bolnik preživi prvih 6 do 12 ur, potem lahko pričakujemo v glavnem dobro prognozo (7).

V diferencialni diagnozi moramo pomisliti na tetanus, steklino, meningitis, histerijo, zastrupitev s fenotiazini, kokainom, PCP, izoniazidom in drugimi snovmi, ki povzročajo mioklonus oz. krče (13).

Specifičnega antidota ni. V terapiji igra najpomembnejšo vlogo vzdrževanje dihanja in odprava konvulzij. Sredstvo izbora je diazepam v dovolj visoki dozi (18–20), ki poveča inhibitorni učinek nevrotansmitterjev v centralnem živčnem sistemu (21). Pomagajo tudi anestetiki in nevro-muskularni blokatorji ob umetni ventilaciji (22, 23). Tema ukrepoma sledi temeljito in čimprejnejše izpiranje želodca, kljub izredno hitri absorpciji, in dajanje aktivnega oglja. Potrebna je dobra hidracija zaradi varovanja led-

vične funkcije po rbdmiolizi, zdravljenje hipokaliemije in metabolne acidoze, ki je lahko ekstremna, ko pade pH tudi pod 6,6 (24, 25). Acidoza gre na račun povečanega laktata (3), drugih, predvsem fosfatnih anionov ter povečanega kopičenja CO₂ (23). Nekateri avtorji opisujejo še pojav zelo visoke temperature do 43 °C, ki pa jo v našem primeru nismo zasledili (3, 15).

Zaključek

V zaključku lahko strnem, da je zastrupitev s strihninom izredno redka, dramatična, vendar ozdravljiva oblika zastrupitve, če nanjo pravočasno pomislimo in če pravilno razumemo njene osnovne patofiziološke mehanizme in pravočasno zdravimo.

V našem primeru nam je bolnica še sama uspela povedati vrsto zgorajga strupa in vzrok zastrupitve, zatem pa je kmalu prišlo do zgodaj opisanih krčev in izgube zavesti. Opazovali smo praktično vse v literaturi opisane znake zastrupitve, razen močnejše povišane temperature, kar pripisujem ogromnim količinam diazepamov, ki ga je dobila in so bili krči omejeni na krajši čas. Tudi ledvična funkcija zato ni bila huje prizadeta. Veliko zanimivost nam je predstavljala odsotnost strupa v želodčnem izpirku, opravljenem poldrugo uro po zaužitju, kar samo potrjuje veliko hitrost absorpcije iz želodca in postavlja dvom v nujnost izpiranja želodca, ki kot močan dražljaj še dodatno povzroča nove napade krčev. Bolnica je zaužila daleč prekoračeno smrtno dozo strupa in morda jo je prav dejstvo, da je poprej jemala druga pomirjevala (med njimi tudi diazepam), rešilo, da ni že pred sprejemom v bolnišnico prišlo do usodnih krčev in neizbežne smrti.

Zahvala

Zahvaljujem se dr. M. Možini in dr. M. Jamškovi iz Centra za zastrupitve UKC Ljubljana za pomoč pri iskanju literature, kot tudi dipl. ing. farm. A. Kustrin-Sambi iz Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani za opravljene toksikološke analize.

Literatura

1. Clarke's EGC. Isolation and identification of drugs in pharmaceuticals, body fluids and postmortem materials, 1986: 976–7.
2. Winek CL, Wahba WW, Esposito FM, Collam WD. Fatal strychnine ingestion. *J Anal Toxicol* 1986; 10: 120–1.
3. Ellenhorn MJ, Barcloux DG. Medical toxicology, diagnosis and treatment of human poisoning, Elsevier 1986: 1086–7.
4. Burgen ASV, Mitchell JF. Gaddum's Pharmacology, VIII edition. Oxford: Oxford Medical Press, 1978: 62–3.
5. Disposition of toxic drugs and chemicals in men. 1978: 228–9.
6. Adamson RH, Fouts JR. Enzymatic metabolism of strychnine. *J Pharm Exp Ther* 1959; 127: 87–91.
7. Gosselin RE, Hodge HC, Smith RP, Gleason MN. Clinical toxicology of commercial products, 5th ed. Baltimore: Saunders, 1984: 375–9.
8. Norris CJ. Corn whiskey and strychnine poisoning. *Amer J Clin Pathol* 1937; 7: 531–5.
9. Haddad LM, Winshester JF. Clinical management of poisoning and drug overdose. Baltimore: Saunders, 1983: 728–39.
10. Arneson D, Chien LT, Chance P et al. Strychnine therapy in nonketotic hyperglycinemia. *Pediatrics* 1979; 63: 369–73.
11. Savion M, Segenrieh E, Kahan E. Pharmacologic, nonhormonal treatment of impotence: evaluation of associated factors. *Urology* 1987; 29: 510–2.
12. Rammers JE, Anch AM, deGroot WJ et al. Oropharyngeal muscle tone in obstructive sleep apnea, before and after strychnine. *Sleep* 1980; 3: 447–53.
13. Yamarick W, Walson P, DiTraglia J. Strychnine poisoning in an adolescent. *Clin Tox* 1992; 30: 141–8.
14. O'Callaghan WG, Joyce N, Counihan HE et al. Unusual strychnine poisoning and its treatment: report of eight cases. *Br Med J* 1982; 285: 478–8.
15. Boyd RE, Brennan PT, Deng JF, Rochester DF, Spykes DA. Strychnine poisoning, recovery from profound lactic acidosis, hypertermia and rhabdomyolysis. *Am J Med* 1983; 74: 507–12.
16. Goodman and Gilman, Rall TW, Nies AS, Taylor P. Pharmacological basis of therapeutics. Oxford: Pergamon, 1991: 1632–3.
17. Lambert JR, Byrlich RJ, Hammeke MD. Management of acute strychnine poisoning. *Can Med Assoc J* 1981; 124: 1268–70.
18. Maron BJ, Krupp JR, Tune B. Strychnine poisoning successfully treated with diazepam. *J Pediatr* 1971; 78: 697–9.

19. Jackson G, Ng SH, Diggle GE et al. Strychnine poisoning treated successfully with diazepam. *Br Med J* 1971; 3: 519-20.
20. Herishanu Y, Landau H. Diazepam in the treatment of strychnine poisoning. *Br J Anesth* 1972; 44: 747-8.
21. Sangiah S. Effects of glycine and other inhibitory aminoacid neurotransmitters on strychnine convulsive threshold in mice. *Vet Hum Toxicol* 1985; 27: 97-9.
22. Sgaragli GP, Mannaion PF. Pharmacokinetic observation on a case of masive strychnine poisoning. *Clin Toxicol* 1973; 6: 533-40.
23. Gordon AM, Richards DW. Strychnine intoxication. *J Amer Coll Emerg Phys* 1979; 8: 520-2.
24. Loughhead M, Breithwaite J, Denton M. Life at Ph 6.6. *Lancet* 1978; 2: 952-2.
25. Goldstein MR. Recovery from severe metabolic acidosis. *JAMA* 1975; 234: 119-9.

V tej številki so sodelovali:

prim. Smilja Černelč, dr. med., specialistka otorinolaringologinja, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialni kirurgijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, KRKA Ljubljana
 Jurij Fürst, dr. med., specialist internist, Zdravilišče Rogaška Slatina
 mag. Mitja Košnik, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 Darko Košutič, dr. med., specialist internist, Zdravilišče Rogaška Slatina
 prim. Jože Lavrič, dr. med., specialist internist, Zdravilišče Rogaška Slatina
 Apolon Marolt, dr. med., specialist internist, Bolnišnica Topolšica
 Maja Mihelič-Brčić, dr. med., specialistka internistka, Klinika za hipertenzijo, Bolnišnica dr. Petra Držaja Ljubljana
 prof. dr. Ema Mušič, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., specialist internist, Interna klinika Trnovo, KC Ljubljana
 doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., specialist ortodont in specialist socislane medicine z organizacijo zdravstvenega varstva, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana

doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, ZD Nova Gorica
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. med., specialist za zobne in ustne bolezni, ZD Ljubljana
 Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 doc. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 mag. Bojan Tepeš, dr. med., specialist internist, Zdravilišče Rogaška Slatina
 mag. Jagoda Vatovec, dr. med., specialistka otorinolaringologinja, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 asist. Ivan Vidmar, dr. med., specialist pediater, Pediatrični oddelek kirurških strok, KC Ljubljana
 prof. dr. Miha Žargi, dr. med., specialist otorinolaringolog, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 mag. Bogomir Žižek, dr. med., specialist internist, Interna klinika Trnovo, KC Ljubljana

SANDOZ

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

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



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

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

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil[®] (terbinafin)

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

Leponex[®] (klozapin)

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

Lescol[®] (fluvastatin)

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

Leucomax[®] (molgramostim)

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

Melleril[®] (tioridazin)

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

Miacalcic[®] (kalcitonin)

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

Navoban[®] (tropisetron)

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

Sandimmun Neoral[®] (ciklosporin)

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

Sandostatin[®] (oktreotid)

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

Sirdalud[®] (tizanidin)

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

Syntocinon[®] (oksitocin)

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

Tavegyl[®] (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

Pregledni prispevek/Rewiev article

ALI JE FIBRINOGEN SAMOSTOJEN DEJAVNIK TVEGANJA ZA ATERO SKLEROZO?

IS FIBRINOGEN INDEPENDENT CARDIOVASCULAR RISK FACTOR?

Bogomir Žižek, Pavel Poredoš

Interna klinika Trnovo, Klinični center, Riharjeva 24, 61000 Ljubljana

Prispelo 1995-05-16, sprejeto 1995-10-17; ZDRAV VESTN 1995; 64: 637-42

Ključne besede: fibrinogen; dejavnik tveganja; hemoreologija; aterogeneza

Izvleček – Izhodišča. Številne noveše epidemiološke študije ugotavljajo, da je raven fibrinogena pomemben dejavnik tveganja za razvoj ateroskleroze in da ima primerljivo napovedno vrednost kot običajni dejavnik tveganja. Koncentracija fibrinogena je eden od kazalnikov kardiovaskularne ogroženosti pri bolnikih s hiperholesterolemijo, hipertenzijo in sladkorno boleznijo. Klinične študije so tudi pokazale, da je fibrinogen lahko kazalnik kardiovaskularnih zapletov pri že napredovali žilni bolezni. Današnje razumevanje vpletenosti fibrinogena v aterogenezo je nepopolno. Fibrinogen vpliva na koagulacijo krvi, na reološke lastnosti krvi, agregacijo trombocitov in monocitov/makrofažov. Poleg tega ima neposredni vpliv na žilno steno. Vsa ta medsebojno se prepletajoča učinkovanja so sestavni del patofizioloških dogodkov v aterogenezi. Vloga fibrinogena v aterogenezi podpira tudi tesna povezanost med koncentracijo fibrinogena in kardiovaskularnimi dogodki.

Zaključki. Čeprav ostajajo nekatera ključna vprašanja nerazjasnjena, lahko zaključimo, da so izsledki dosedanjih študij pokazali povezanost med koncentracijo fibrinogena in kardiovaskularnimi boleznimi in da je le-ta povezana s prevalenco koronarne, cerebralne in periferne arterijske obliterativne bolezni.

Uvod

Fibrinogen je glikoprotein z veliko molekulsko maso (340.000 Da). Raztegnjena molekula (480 × 90) je sestavljena iz treh polipeptidnih verig (α , β , γ) (1). Po poškodbi, med kirurškim posegom, ob akutni okužbi in infarktu pride v nekaj urah do povečane tvorbe fibrinogena in ostalih snovi akutne faze (α_2 -makroglobulin, C-reaktivni protein itd.) (2-5). Sinteza fibrinogena v jetrih je odvisna od pozitivne povratne zveze, ki temelji na koncentraciji fibrinogena in citokinov (predvsem interleukina-6) v aktiviranih monocitih (3). Po poškodbi ali vnetju nastopi dva- do štirikratno povečanje koncentracije, vrh doseže v treh do petih dneh in ostane povečana 12-14 dni (1). Velike molekule fibrinogena povzročijo povečano agregabilnost (zlepljanje) eritrocitov in s tem pospešeno sedimentacijo (SR) (6). Razpolovni čas fibrinogena v plazmi je ca. 100 ur. Malo je znanega o razgradnji fibrinogena pri zdravih ljudeh, kajti s fibrinolizo se odstrani iz krvnega obtoka le manjši del fibrinogena. Stalno povečane vrednosti nakazujejo na kronično okužbo, kronično vnetno ali maligno bolezen (1). Poleg dobro znane vloge v sekundarni hemostazi je fibrinogen pomemben sodejavnik pri aktivaciji trombocitov. Veže se na specifičen glikoproteinski receptor IIb/IIIa in s tem v odvisnosti od koncentracije omogoči zlepljanje trombocitov (7-9). Nekateri

Key words: fibrinogen; cardiovascular risk; hemorheology; atherogenesis

Abstract – Background. Several epidemiologic studies have shown that fibrinogen is involved in atherogenesis and that its predictive value is comparable to that of conventional risk factors. Fibrinogen level is a major determinant of cardiovascular risk in persons with hypercholesterolaemia, hypertension and diabetes. Clinical cohort studies also demonstrated that fibrinogen might be an indicator for the sequels of cardiovascular disease. At present, knowledge of the mechanisms through which fibrinogen is involved in the atherogenesis is fragmentary. Fibrinogen affects blood coagulation, blood rheology, platelets and monocytes/macrophages aggregation, and in addition it has direct effect on the vascular wall. All of these interactive pathophysiological mechanisms are involved in the atherogenesis. The role of fibrinogen in atherogenesis is supported by close association between fibrinogen concentration and cardiovascular events.

Conclusions. Even though many crucial question remain unanswered, on results of several studies it is concluded that fibrinogen is related to cardiovascular diseases and to the prevalence of coronary, cerebral, and peripheral arterial occlusive disease.

avtorji poročajo, da ima fibrinogen pri vnetnih stanjih pomemben vpliv na povečano adhezivnost/agregabilnost levkocitov (10). Ne nazadnje pa je treba omeniti vpliv fibrinogena na reološke lastnosti krvi. Viskoznost (židkost) krvi kot globalni reološki parameter namreč poleg števila eritrocitov in njihovih lastnosti določa viskoznost plazme, ki je v pretežni meri odvisna od beljakovin velike molekularne mase – to je fibrinogena in globulinov (6-11).

Fibrinogen in dejavniki tveganja za aterosklerozo

Izsledki dosedanjih epidemioloških študij navajajo pogloblitve dejavnike tveganja za aterosklerozo: arterijsko hipertenzijo, kajenje, sladkorno bolezen in motnje v presnovi maščob. Toda še vedno ni jasno, kako ti dejavniki tveganja povzročajo oziroma pospešujejo aterosklerozo. Med obstoječimi razlagami so tudi take, ki vključujejo fibrinogen in mu pripisujejo pomembno patofiziološko vlogo v trombogeni teoriji nastanka ateroskleroze (12).

Po do sedaj znanih podatkih ima največji vpliv na koncentracijo fibrinogena starost in kajenje. S staranjem narašča vrednost fibrinogena (13). Pri kadilcih je v vseh starostnih skupinah raven

fibrinogena značilno večja v primerjavi z nekadilci. Povečanje je odvisno od števila pokajenih cigaret in je vsaj deloma posledica poškodbe alveolarnega epitela v pljučih in/ali žilnih endotelijskih celic, kar povzroči aktivacijo monocitov/makrofagov in lokalno povečano tvorbo citokinov (14–16). Po opustitvi kajenja se šele po dvajsetih letih vrednosti fibrinogena znižajo na raven tistih, ki niso nikoli kadili (15).

Pri *sladkorni bolezni* so povečane vrednosti fibrinogena in ostalih reaktantov akutne faze, kot tudi nekaterih frakcij komplementa in imunoglobulina A (17). Najnovejše raziskave kažejo na ključni pomen levkocitov in trombocitov v patogenezi bolezni malih žil pri sladkorni bolezni. Povečana je njihova agregabilnost in adhezivnost (18–20). Literatura navaja tudi porušeno ravnovesje med koagulacijskim in fibrinolitičnim sistemom. Pri navedenih spremembah se vpleta v dogajanje tudi fibrinogen (18, 21).

Tudi pri nezdravljeni *esencialni arterijski hipertenziji* nekateri avtorji poročajo o povečani koncentraciji fibrinogena, kar ima za posledico povečano viskoznost krvi (20, 22, 23). Pomen židkosti krvi pri hipertenziji pa je še toliko večji, če predpostavimo, da je periferni upor produkt žilnega upora in viskoznosti krvi. Ne glede na to, ali je povečana raven fibrinogena le spremljajoči pojav ali pa igra patogenetsko vlogo, je znano, da antihipertenzivno zdravljenje z zaviralci β -receptorjev in kalcijevih kanalov spremlja značilno znižanje fibrinogena in izboljšanje ostalih hemoreoloških spremenljivk (24, 25).

Pri primarnih oblikah *biperlipoproteinemij*s povečanimi vrednostmi celokupnega holesterola samega ali v kombinaciji z tri-gliceridi ugotavljajo povečane koncentracije fibrinogena (26–28).

Z naraščanjem telesne teže se povečujejo vrednosti fibrinogena (29). Telesna aktivnost ima ugoden vpliv na raven fibrinogena, kar verjetno prispeva k znižanju pojavnosti koronarne srčne bolezni in možganske kapi. Pivci imajo nižje vrednosti fibrinogena v primerjavi z abstinenti (15). Domnevno zmanjšana sinteza fibrinogena v jetrih lahko prispeva k zmanjšani zbolevalnosti za ishemično boleznijo srca pri zmernih pivcih. Podatki o vplivu oralne kontracepcije in nadomestnega hormonskega zdravljenja na raven fibrinogena so si nasprotujoči (15). Ena od novejših študij dokazuje ugoden vpliv nadomestnega hormonskega zdravljenja v klimakteriju na koncentracijo fibrinogena in sicerna njegovo znižanje (30).

Treba je tudi omeniti, da zunanji dejavniki lahko spremenijo raven fibrinogena le do 20%, medtem ko genetski polimorfizem lahko spreminja njegovo koncentracijo za 30–50% (1, 31).

Vpletenost fibrinogena v aterosogenezo

Vedno več je podatkov o tem, da je fibrinogen posredno ali neposredno vpleten v aterosklerotični proces. Za to obstajajo različni dokazi: epidemiološki, klinični in patofiziološki.

Epidemiološki dokazi

Izsledki šestih prospektivnih epidemioloških študij zadnjih let ugotavljajo neodvisno vlogo fibrinogena pri nastanku žilnih bolezni (tab. 1).

Študija Northwick Park Heart je pokazala, da je povečana koncentracija fibrinogena med moškimi srednjih let povezana z večjo zbolevalnostjo/umrljivostjo zaradi ishemične bolezni srca, povečano drugače, 20% povečanje vrednosti fibrinogena je povezano s ca. 80%-im povečanjem tveganja za razvoj koronarne srčne bolezni. Več kot polovica smrtnih in nesmrtnih srčnih dogodkov se je zgodila v zgornji tretjini izmerjenih vrednosti fibrinogena (32). Tudi v študiji Caerphilly/Speedwell so z metodo multivariatne analize ugotovili, da sta koncentracija fibrinogena in viskoznost plazme neodvisna dejavnika tveganja in da imata primerljivo napovedno vrednost za razvoj kardiovaskularnih dogodkov kot holesterol, telesna teža in diastolni krvni tlak (33). Rezultati gothenburške študije so potrdili kajenje, holesterol in fibrinogen kot dejavnike tveganja za razvoj miokardnega infarkta, medtem ko je bilo za arterijsko hipertenzijo in fibrinogen ugotovljeno, da sta dejavnika tveganja za nastanek možganske kapi. Če so z multivariatno analizo izključili običajne dejavnike tveganja, se je povezanost med fibrinogenom in miokardnim infarktom na eni strani ter med fibrinogenom in možgansko kapjo na drugi pokazala kot šibka, vendar je bila povezanost z možgansko kapjo še vedno značilna (34). Tudi v framinghamski študiji poročajo, da je fibrinogen samostojni dejavnik tveganja za razvoj ishemične bolezni srca pri obeh spolih in da ima primerljivo napovedno vrednost kot sladkorna bolezen, hematokrit, kajenje, arterijska

Tab. 1. *Fibrinogen in kardiovaskularne bolezni (ugotovitev prospektivnih epidemioloških študij).*
Tab. 1. *Fibrinogen and cardiovascular diseases (conclusions from prospective epidemiological studies).*

Študija Study	Število/spol Number/sex	Leta opazovanja Follow-up years	Opazovani dogodek – incidenca End point – incidence	Ugotovitev Conclusion
Northwick Park Heart Study	1511 moških/men	10	Ishemična bol. srca Ischemic heart dis.	↑ raven fibrinogena je povezana z ↑ obolevnostjo in umrljivostjo ↑ increased level of fibrinogen is associated with ↑ morbidity and mortality
Caerphilly/ Speedwell Collaborative Heart Disease Study	4860 moških/men	4	Ishemična bol. srca Ischemic heart dis.	Fibrinogen je neodvisni dejavnik tveganja, primerljiv z običajnimi dejavniki Fibrinogen is independent risk factor, comparable to conventional risk factors
Gothenburg Study	792 moških/men	13	Miokardni infarkt Myocardial infarction Možganska kap Stroke	Fibrinogen je dejavnik tveganja za oba opazovana dogodka v univariatni analizi, toda le za možgansko kap v multivariatni analizi Fibrinogen is risk factor for both end points in univariate analysis but only for stroke in multivariate analysis
Framingham Study	554 moških/men 761 ženski/women	12	Ishemična bol. srca Ischemic heart dis. Možganska kap Stroke	Fibrinogen je neodvisni dejavnik tveganja pri obeh spolih Fibrinogen is independent risk factor for both sexes
Prospective Cardiovascular Muenster Study	2187 moških/men	4	Ishemična bol. srca Ischemic heart dis.	Fibrinogen je neodvisni dejavnik tveganja Fibrinogen is independent risk factor
Goettingen Risk, Incidence and Prevalence Study	5239 moških/men	5	Miokardni infarkt Myocardial infarction	Fibrinogen je neodvisni dejavnik tveganja Fibrinogen is independent risk factor

hipertenzija in debelost. Tveganje za koronarno srčno bolezen se povečuje skladno s povečanjem koncentracije fibrinogena, kot se tudi povečuje tveganje za nastanek možganske kapi. Če z multivariatno analizo analiziramo vsak posamezni dejavnik tveganja, koncentracija fibrinogena pokaže značilno povezanost z incidenco kardiovaskularnih boleznih pri moških in le šibko pri ženskah (13). Namen prospektivne Muenster študije (PROCAM) je bil izboljšati napovedno vrednost za razvoj koronarne srčne bolezni. Poleg običajnih dejavnikov tveganja so proučevali tudi dejavnike hemostaze. Ugotovili so povečano raven fibrinogena v skupini preiskovancev s koronarnimi dogodki, medtem ko pri aktivnosti dejavnika VII ni bilo razlik. Večina ishemičnih srčnih dogodkov (53%) se je zgodila v zgornji tretjini vseh izmerjenih koncentracij fibrinogena (35). Goettingenska študija je pokazala, da ima fibrinogen pomembno napovedno vrednost za razvoj miokardnega infarkta. Z izključitvijo LDL-holesterola v multivariatni analizi povezanost fibrinogena z infarktom sicer oslabi, toda je še vedno značilna. Dejavnike tveganja so razvrstili po vrstnem redu glede na njihovo napovedno vrednost: LDL-holesterol, družinska anamneza, lipoprotein (a), HDL-holesterol, fibrinogen, starost, kajenje, krvni sladkor (36).

Rezultati presečne študije Scottish Heart Health so potrdili, da obstaja pozitivna povezanost med vrednostmi fibrinogena in starostjo, kajenjem, holesterolom, klimakterijem, telesno težo ter negativna z alkoholom. V tej študiji so tudi opazovali značilno povečane vrednosti fibrinogena pri bolnikih z ishemično srčno boleznijo, možgansko kapjo, periferno arterijsko obliterativno boleznijo (PAOB) in pri bolnikih z družinsko anamnezo zgodnje prizadetosti koronarnih arterij (15, 20). V edinburški študiji poročajo, da imajo bolniki s PAOB spremenjene reološke lastnosti krvi. Te spremembe so pripisovali povečani viskoznosti krvi/plazme, hematokritu in povečani koncentraciji fibrinogena. Ugotovili so pomembno povezanost med židkostjo krvi/plazme in običajnimi dejavniki tveganja. Povezava fibrinogena z običajnimi dejavniki tveganja pa je bila šibka. Avtorji pripisujejo fluidnosti krvi in fibrinogenu pomemben in neodvisen vpliv na razvoj aterosklerotične bolezni perifernih arterij (37).

Kljub navedenim razlikam v oceni pomena fibrinogena v aterogenezi, ki so bile verjetno posledica različnih metodologij določanja fibrinogena in izbire populacij, je skupno večini študij ugotovitev, da se z večanjem koncentracije fibrinogena od spodnje do zgornje tretjine koncentracije postopno povečuje tveganje za razvoj kardiovaskularnih dogodkov (sl. 1).

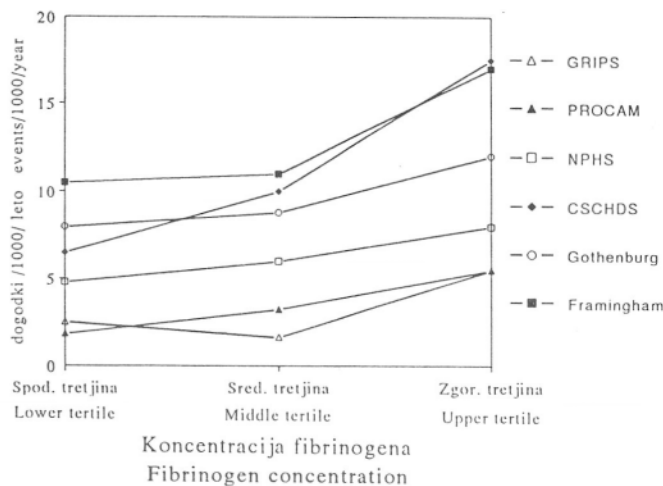
V zadnjem času se za določanje koncentracije fibrinogena vedno bolj uveljavljajo standardne metode, ki dajejo primerljive vrednosti. Večina avtorjev je mnenja, da je pri teh metodah mejna vrednost zgornje tretjine koncentracij fibrinogena pri populaciji srednjih let 3,0 g/L (5). Koncentracije nad to vrednostjo pomenijo povečano tveganje za razvoj kardiovaskularnih dogodkov. Zaradi možnih prehodnih vplivov (okužbe) priporočajo trikratno določitev vrednosti fibrinogena.

Rezultati epidemioloških študij torej ugotavljajo, da je fibrinogen pomemben kazalnik kardiovaskularne zboleznosti in da ima primerljivo napovedno vrednost kot običajni dejavniki tveganja.

Klinični dokazi

Koronarna srčna bolezen

Novejša odkritja kažejo, da vrednosti fibrinogena naraščajo skladno z obsegom koronarne okvare in dosežajo največje vrednosti pri nestabilni angini pectoris ter pri akutnem miokardnem infarktu (38–40). Nekateri ugotavljajo pomembno večje koncentracije fibrinogena in viskoznosti plazme pri tistih bolnikih z nestabilno angino pectoris, ki so kasneje doživeli akutni miokardni infarkt (41). V literaturi najdemo nasprotujoče si podatke o spremembah v koncentraciji fibrinogena in različnim obsegom žilne okvare pri bolnikih s stabilno angino pectoris. Nekateri avtorji namreč niso ugotovili statistično značilnih razlik v koncentraciji fibrinogena med bolniki s prizadetostjo ene ali več koronarnih arterij (42, 43).



Sl.1. Pogostost kardiovaskularnih dogodkov v odvisnosti od ravni fibrinogena. Rezultati šestih prospektivnih študij (ponatisnjeno z dovoljenjem [5]).

Fig. 1. Frequency of cardiovascular events depending on fibrinogen level. Results from six prospective studies (reproduced with permission from [5]).

PROCAM – Prospective Cardiovascular Muenster Study; NPHS – Northwick Park Heart Study; CSCHDS – Caerphilly/Speedwell Collaborative Heart Disease Studies; GRIPS – Goettingen Risk, Incidence and Prevalence Study.

Možganska kap

Raven fibrinogena je povečana med razvijajočo se možgansko kapjo. Povečanje pripisujejo nekrozi možganskega tkiva in posledično večji produkciji reaktantov akutne faze (44, 45). Ker so ugotovili povečano viskoznost plazme tudi pri bolnikih s tranzitorno ishemično atako, domnevajo, da je koncentracija fibrinogena povečana že pred možgansko kapjo (46).

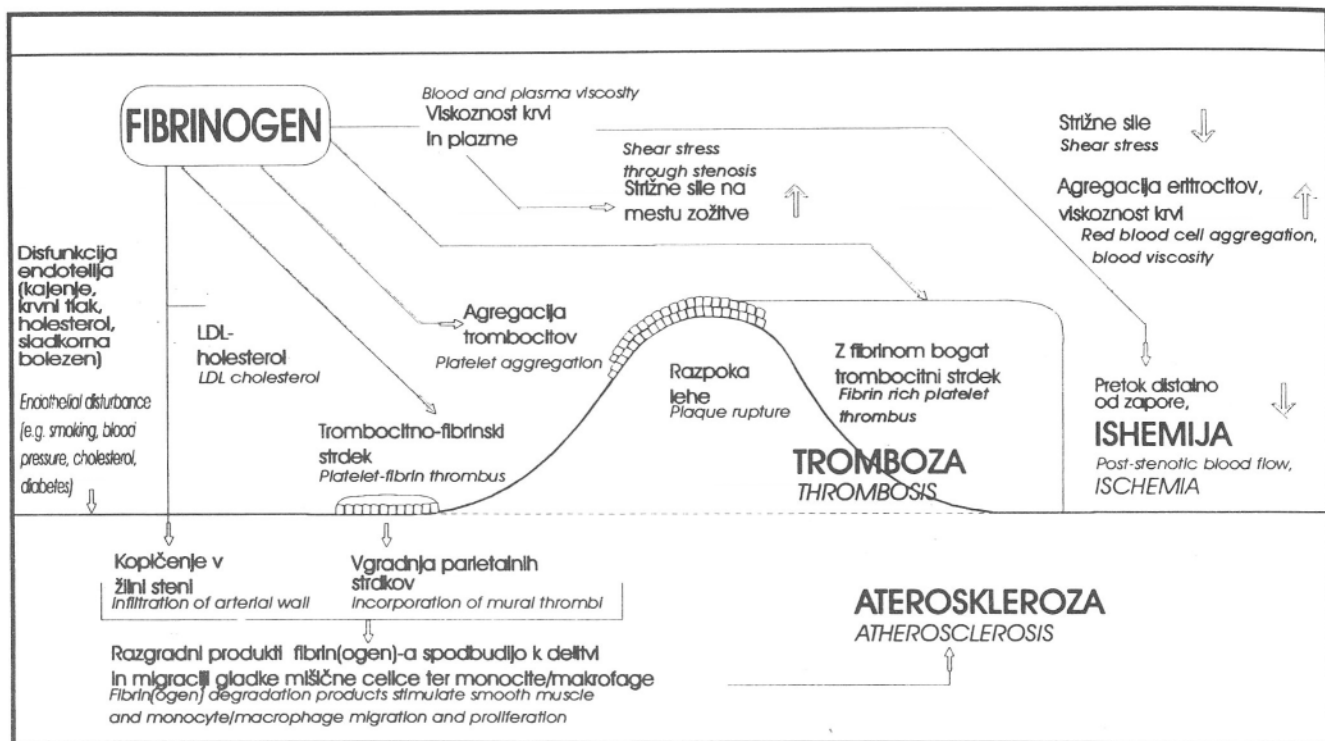
Nadalje je fibrinogen neodvisni dejavnik tveganja za razvoj akutnih ishemičnih sindromov v naslednjih dveh letih po preboleli možganski kapi (47). Bolniki, pri katerih so ugotovili z Dopplerjevo sonografijo napredovanje aterosklerotičnega procesa na karotidih, so imeli večje vrednosti fibrinogena v primerjavi z bolniki brez napredovanja žilne bolezni. Isti avtorji poročajo, da poleg LDL-holesterola povečane vrednosti fibrinogena z 80% verjetnostjo napovedujejo progresijo stenoze na arteriji karotis (48).

Periferna arterijska obliterativna bolezen (PAOB)

Večina bolnikov s PAOB ima povečane vrednosti fibrinogena in s tem tudi spremenjene reološke lastnosti krvi/plazme, ki so v veliki meri odvisne od napredovalnosti bolezni (49, 50). Povečana koncentracija fibrinogena pa ima tudi pomemben in neodvisen vpliv na razvoj zožen femoro-poplitealnega avto-venskega obvođa (51). Najnovejši študiji dokazujeta, da ima fibrinogen pri bolnikih z intermitentno klavdikacijo pomembno napovedno vrednost za umrljivost teh bolnikov ne glede na vzrok smrti (v večini primerov možganska kap ali miokardni infarkt) (52, 53). Nekateri avtorji pa poročajo o znižanju ravni fibrinogena in izboljšanju hemoreoloških razmer pri bolnikih z uspešno fizikalno terapijo ali po medikamentni terapiji s clofibratom (54, 55).

Patofiziološki dokazi

Danes menijo, da je aterotrombogeneza posledica številnih medsebojno se prepletajočih patofizioloških dogajanj. Nekdanja lipidna, trombogeneza in imunogeneza teorija o nastanku ateroskleroze so



Sl. 2. Vpliv fibrinogena na medsebojno se prepletajoča patofiziološka dogajanja v aterogenezi.

Fig. 2. Influence of fibrinogen on different pathophysiological processes in atherogenesis.

se združile v enotno večdejavniško teorijo odgovora žilne stene na poškodbo (56–58, 70). Fibrinogen se lahko na različne načine vpleta tako v nastanek zgodnjih aterosklerotičnih sprememb kot tudi v njihovo napredovanje, kar vodi v končni posledici do razpoke lehe in do akutnih ishemičnih sindromov.

Posamezna dogajanja še niso povsem razjasnjena, vendar neizpodbitno dejstvo je, da hiperholesterolemijo, hipertenzijo, kemične iritante v cigaretnem dimu, vnetja in cirkulirajoče imunske komplekse spremlja povečana koncentracija fibrinogena (13, 33–37). Fibrinogen je lahko skupni patofiziološki imenovalec, prek katerega običajni dejavniki tveganja vplivajo na razvoj ateroskleroze (59).

Razvoj spontane, počasi napredujoče aterosklerotične lehe je lokalni proces, ki se praviloma prične na razcepišču in pregibih žil, to je na mestih z vrtinci, majhno strižno silo in počasnim pretokom (69). V teh reoloških razmerah endotelijska celica preneha proizvajati endotelijski dejavnik z vazodilatatornim delovanjem (EDRF) (11, 61, 62), to pa ima za posledico žilni spazem, povečano propustnost ter povečano agregabilnost in adhezivnost trombocitov (63). Tudi pri povečani vrednosti holesterola ugotavljajo zmanjšano vazodilatacijsko sposobnost rezistenčnih žil, verjetno je posledica zmanjšane sinteze in/ali difuzije EDRF (64). Ob endotelijski disfunkciji se začnejo v intimi kopičiti plazemske beljakovine: fibrinogen, albumin itd. (57). Fibrinogen, fibrin in razgradni produkti fibrin(ogen)a so glavne sestavine zgodnje aterosklerotične lezije žilne stene (57, 58, 65). Na nadaljnjo aterogenezo vplivajo na različne načine. Domnevajo, da fibrin poškoduje endotelijske celice, fibrinska mreža pa deluje kot adsorpcijska površina za oksidirane lipoproteine majhne gostote (LDL), ki vstopajo v makrofage in jih spreminjajo v penaste celice (65, 66). Med fibrinolizo nastali razgradni produkti fibrin(ogen)/a po mehanizmu pozitivne povratne zveze spodbudijo monocite/makrofage k še večji sintezi fibrinogena, gladke mišične celice pa k delitvi in migraciji (66–68). Aktivirani makrofagi z izločanjem kisikovih radikalov in lizosomskih encimov dodatno poškodujejo endotelij in s pomočjo levkotrienov povzročijo produkcijo reak-

tantov akutne faze: fibrinogena, α_2 -globulina, C-reaktivnega proteina itd. (3, 69). Razgalitev endotelija skupaj s povečano koncentracijo fibrinogena (veže se na specifični glikoproteinski receptor IIb/IIIa na trombocitu) še stopnjuje adhezijo in agregacijo trombocitov ter monocitov/makrofagov (sl. 2) (8–10).

Aterosklerotične lehe pa po drugi strani povzročijo spremembo tokov in vrtnice s pomembnimi reološkimi posledicami distalno od same lezije. Na mestu zožitve, kjer so strižne sile največje, prihaja do aktivacije trombocitov in nekaterih faktorjev koagulacije (71). Povečana vrednost fibrinogena ima zlasti v razmerah počasnega toka krvi distalno od zožitve znaten vpliv na viskoznost plazme, agregabilnost eritrocitov in tudi na spontano agregabilnost trombocitov (7). Medsebojno učinkovanje reoloških spremenljivk lahko v končni fazi pripelje do nastanka s fibrinom bogatih trombocitnih čepkov, blokade pretoka in/ali ishemije v mikrocirkulaciji (sl. 2) (11, 72).

Kljub omenjenim dejstvom še ni dokončnega odgovora o tem:

– ali je povečana koncentracija fibrinogena in s tem spremenjena hemoreologija primarna sprememba in igra samostojno vzročno vlogo pri razvoju ateroskleroze in tromboze (16, 19),

– ali pa te spremembe predstavljajo le specifičen, sekundarni celični in biokemični odgovor na poškodbo endotelija oziroma da okvara endotelija pripelje do tako imenovanega hematološkega »stress-sindroma«, ki ga spremlja tudi povečana raven fibrinogena in je torej fibrinogen le kazalnik napredovalosti bolezni (19, 73, 74).

Ker izolirano povečano raven fibrinogena srečamo redko brez prisotnosti običajnih dejavnikov tveganja, se zdi bolj verjetna druga možnost, kar pomeni, da je povečan fibrinogen samo odgovor na kronično disfunkcijo endotelija, ki jo ti dejavniki povzročijo.

Možnosti vplivanja na raven fibrinogena

Pri trombolitičnem zdravljenju, ki se ga poslužujemo pri akutnem miokardnem infarktu, pljučnih tromboembolizmih ter pri akutnih

zaporah perifernih ven in arterij, je naš cilj raztopitev krvnega strdka v prizadeti veni ali arteriji. Toda sočasno pride tudi do sistemske aktivacije fibrinolize, kar ima med drugim za posledico zmanjšanje koncentracije fibrinogena kjerkoli v krvnem obtoku (75). Zaradi tega lahko pride do kliničnega izboljšanja tudi v primeru, ko raztopitev krvnega strdka ne uspe. To si razlagamo z izboljšanjem hemoreoloških razmer distalno od zapore zaradi zmanjšanja koncentracije fibrinogena (76). Toda učinki fibrinolitikov (streptokinaza, urokinaza, tkivni aktivator plazminogena) na raven fibrinogena so kratkotrajni in prehodni. Fibrinogen je možno selektivno znižati tudi s pomočjo proteolitičnega encima anrod (Arwin), ki odcepi peptid A v α -verigi fibrinogena (7). Tega se poslužujemo pri zdravljenju napredovalih motenj periferne arterijske cirkulacije, ko rekanalizacijski poseg ni možen.

Dolgoročno pa lahko vplivamo na znižanje koncentracije fibrinogena z odstranjevanjem in/ali zdravljenjem običajnih dejavnikov tveganja.

Ugotovljeno je, da fibrati poleg lipidov znižujejo tudi raven fibrinogena za 20–40% in bi morda lahko s tem vplivali na razvoj žilnih bolezni. Način delovanja fibratov na koncentracijo fibrinogena ostaja nepojasnen, domnevajo pa, da je zmanjšana njegova sinteza v jetrih, kar naj bi bila posledica neposrednega delovanja na interleukin-6 (77, 78). Na drugi strani pa so se zaviralci HMG-CoA reduktaze, ki so zadnji večji dosežek v zdravljenju hiperholesterolemij, v večini študij izkazali kot neuspešni pri zniževanju ravni fibrinogena (79).

Nekatera antiagregacijska sredstva tudi znižujejo raven fibrinogena. Še zlasti je to dokazano za ticlopidin. Njegovo delovanje temelji na povečani razgradnji ali pa zmanjšani tvorbi fibrinogenske molekule. To ima za posledico zmanjšano agregabilnost trombocitov (80, 81). Treba je omeniti ugoden vpliv redne telesne vadbe na posamezne reološke spremenljivke, tudi na fibrinogen, kar je lahko eden od možnih načinov vplivanja na zmanjšanje ogroženosti celotne populacije ter na izboljšanje klinične simptomatike že zbolelih za aterosklerozo (54, 82).

Zaključki

Običajne dejavnike tveganja: kajenje, sladkorno bolezen, arterijsko hipertenzijo in hiperholesterolemijo spremlja povečana koncentracija fibrinogena.

Epidemiološke študije so pokazale, da je raven plazemskega fibrinogena pomemben dejavnik tveganja za razvoj ateroskleroze in je zato povezan tudi s prevalenco koronarne, cerebralne in periferne arterijske obliterativne bolezni.

Fibrinogen in ostale hemoreološke spremenljivke so po drugi strani tudi pomemben kazalnik napredovalosti oziroma generalizacije aterosklerotičnega procesa.

V klinični praksi bi nam določitev koncentracije fibrinogena in/ali viskoznosti krvi/plazme pri bolnikih z žilno boleznijo omogočila ugotoviti tiste, pri katerih je celovita ogroženost velika oziroma pri katerih bi bilo umestno uporabiti radikalnejše načine odstranjevanja običajnih dejavnikov tveganja in morda tudi selektivno znižati raven fibrinogena. Prva poročila o uspešnem zdravljenju za aterosklerozo ogroženih bolnikov (medikamentnega in preventivnega), pri katerih je prišlo do pomembnega znižanja ali celo normalizacije koncentracije fibrinogena in drugih hemoreoloških spremenljivk, zbujajo upanje in kažejo na novo možnost preprečevanja ranega aterosklerotičnega procesa.

Literatura

- Dang CV, Bell WR, Shuman M. The normal and morbid biology of fibrinogen. *Am J Med* 1989; 87: 567–76.
- Chooi CC, Gallus AS. Acute phase reaction, fibrinogen level and thrombus size. *Thromb Res* 1989; 53: 493–501.
- Castell JV, Gomez-Lenchon MJ, David M et al. Interleukin-6 is the major regulator of acute phase protein synthesis in adult human hepatocytes. *FEBS Lett* 1989; 242: 237–9.
- Dodds AJ, Boyd MJ, Allen J, Bennett ED, Flute PT, Dormandy AJ. Changes in red cell deformability and other haemorrhological variables after myocardial infarction. *Br Heart J* 1980; 44: 508–11.
- Ernst E, Resch KL. Fibrinogen as a cardiovascular risk factor: a meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1993; 118: 956–63.
- Chien S, Usami S, Dellenback RJ, Gregersen NI. Shear-dependent interaction of plasma proteins with erythrocytes in blood rheology. *Am J Physiol* 1970; 219: 143–53.
- Lowe GDO, Reavey MM, Johnston RV, Forbes CD, Prentice CRM. Increased platelet aggregates in vascular and non-vascular illness: correlation with plasma fibrinogen and effect of anrod. *Thromb Res* 1979; 14: 377–86.
- Nachman RL, Leung LLK. Complex formation of platelet membrane glycoproteins IIb and IIIa with fibrinogen. *J Clin Invest* 1982; 69: 263–9.
- Niewiarowski S, Kornecki E, Budzynski AZ, Morinelli TA, Tuszyński GP. Fibrinogen interaction with platelet receptors. *Ann NY Acad Sci* 1983; 408: 536–55.
- Berliner S, Fuchs J, Seligsohn U et al. Possible role of fibrinogen in the aggregation of white blood cells. *Thromb Haemostas* 1987; 58: 749–52.
- Lowe GDO. Blood viscosity and cardiovascular disease. *Thromb Haemostas* 1992; 67: 494–8.
- Von Rokitsansky C. A manual of pathological anatomy. Berlin: Sydenham Society, 1852; 4: 261–1.
- Kannel WB, Wolf PA, Castelli WP, D'Agostino RB. Fibrinogen and risk of cardiovascular disease. The Framingham Study. *JAMA* 1987; 258: 1183–6.
- Ludwig PW, Hoidal JR. Alterations in leukocyte oxidative metabolism in cigarette smokers. *Am Rev Respir Dis* 1982; 126: 977–80.
- Lee AJ, Smith WCS, Lowe GDO, Tunstall-Pedoe H. Plasma fibrinogen and coronary risk factors: the Scottish heart health study. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 913–9.
- Jay RH, Rampling MW, Betteridge DJ. Plasma viscosity, fibrinogen, white cell count, and cardiovascular risk factors. *Circulation* 1992; 85: 1956–7.
- McMillan DE. Plasma protein changes, blood viscosity, and diabetic microangiopathy. *Diabetes* 1976; 25: Suppl 2: 858–64.
- Fuller JH, Keen H, Jarrett RJ et al. Haemostatic variables associated with diabetes and its complications. *Br Med J* 1979; 2: 964–6.
- Koppensteiner R. Haemorrhologie und Angiologie. *Fortschr Med* 1992; 110: 108–10.
- Lee AJ, Lowe GDO, Woodward M, Tunstall-Pedoe H. Fibrinogen in relation to personal history of prevalent hypertension, diabetes, stroke, intermittent claudication, coronary heart disease and family history: the Scottish Heart Health Study. *Br Heart J* 1993; 69: 338–42.
- Small M, Lowe GDO, MacCuish AC, Forbes CD. Thrombin and plasmin activity in diabetes mellitus and their association with glycaemic control. *QJ Med* 1987; 65: 1025–31.
- Letcher RL, Chien S, Pickering TG, Sealey JE, Larch JH. Direct relationship between blood pressure and blood viscosity in normal and hypertensive subjects. Role of fibrinogen and concentration. *Am J Med* 1981; 70: 1195–201.
- Ernst E, Matrai A, Wehmayr T, Paulsen F. Haemorrhologische Veränderungen bei unbehandelter, essentieller Hypertonie. *Muench Med Wschr* 1987; 41: 727–8.
- Leschke M, Motz W, Strauer BE. Beeinflusst eine antihypertensive Therapie Blutrheologie? *Klin Wschr* 1987; 20: 1006–7.
- Ernst E. Haemorrhologische Wirkung von Kalziumantagonisten im Vergleich zu Betarezeptorenblockern. *Z Kardiol* 1989; 78: Suppl 5: 12–5.
- Lowe GDO, Wood DA, Douglas JT et al. Relationships of plasma viscosity, coagulation and fibrinolysis to coronary risk factors and angina. *Thromb Haemostas* 1991; 65: 339–43.
- Hense HW, Krobot K, Eberle E, Keil U, Cremer E. Lipoproteins and fibrinogen in the general population—results from MONICA Augsburg survey 1989/90. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW eds. Fibrinogen: a «new» cardiovascular risk factor. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 146–9.
- Jay RH, Rampling MW, Betteridge DJ. Abnormalities of blood rheology in familial hypercholesterolaemia: effects of treatment. *Atherosclerosis* 1990; 85: 249–56.
- Ernst E, Matrai A. Haemorrhologie und kardiovaskuläre Risikofaktoren – wenig beachtete Assoziationen. *Herz/Kreislauf* 1984; 4: 165–72.
- Lee AJ, Lowe GDO, Smith WCS, Tunstall-Pedoe H. Plasma fibrinogen in women: relationships with oral contraception, the menopause and hormone replacement therapy. *Br J Haematol* 1993; 83: 616–21.
- Fowkes FGR, Connor JM, Smith FB, Wood J, Donnan PT, Lowe GDO. Fibrinogen genotype and risk of peripheral atherosclerosis. *Lancet* 1992; 339: 693–6.
- Meade TW, Mellows S, Brozovic M et al. Haemostatic function and ischaemic heart disease: Principal results of the Northwick Park Heart Study. *Lancet* 1986; 6: 533–7.
- Yarnell JWG, Baker IA, Sweetnam PM et al. Fibrinogen viscosity, and white blood cell count are major risk factors for ischemic heart disease. The Caerphilly and Speedwell Collaborative Heart Disease Studies. *Circulation* 1991; 83: 836–44.
- Wilhelmsen L, Sværdsudd K, Korsan-Bengtson K, Larsson B, Welin L, Tibblin G. Fibrinogen as a risk factor for stroke and myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984; 311: 501–5.
- Heinrich J, Schulte H, Balleisen L, Assman G, van de Loo J. Predictive value of haemostatic variables in the PROCAM-Study. *Thromb Haemostas* 1991; 65: 815–5.
- Cremer P, Nagel D, Boettcher B, Seidel D. Fibrinogen: ein koronarer Risikofaktor. *Diagnose Lbor* 1992; 42: 28–35.
- Lowe GDO, Fowkes FGR, Dawes J et al. Blood viscosity, fibrinogen and activation of coagulation and leucocytes in peripheral arterial disease and the normal population in the Edinburgh artery study. *Circulation* 1993; 87: 1915–20.

38. Broadhurst P, Kelleher C, Hughes L, Imeson JD, Raferty EB. Fibrinogen, factor VII clotting activity and coronary artery disease severity. *Atherosclerosis* 1990; 85: 169-73.
39. Handa K, Kono S, Saku K et al. Plasma fibrinogen levels as an independent indicator of severity of coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis* 1989; 77: 209-13.
40. ECAT angina pectoris study: baseline associations of haemostatic factors with extent of coronary arteriosclerosis and other coronary risk factors in 3000 patients with angina pectoris undergoing coronary angiography. ECAT angina pectoris study group. *Eur Heart J* 1993; 14: 8-17.
41. Fuchs J, Pinhas A, Davidson E, Rotenberg Z, Agmon J, Weinberger I. Plasma viscosity, fibrinogen and haematocrit in the course of unstable angina. *Eur Heart J* 1990; 11: 1029-32.
42. Hahn R, Mueller-Seydlitz PM, Joeckel KH, Hubert H, Heimburg P. Viscoelasticity and red blood cell aggregation in patients with coronary heart disease. *Angiology* 1989; 40: 914-20.
43. Rainer C, Kawanishi DT, Chandraratna AN et al. Changes in blood rheology in patients with stable angina pectoris as a result of coronary artery disease. *Circulation* 1987; 76: 15-20.
44. Coull BM, Beamer N, de Garmo P et al. Chronic blood hyperviscosity in subjects with acute stroke, transient ischemic attack, and risk factors for stroke. *Stroke* 1991; 22: 162-8.
45. Dessi G, Marongiu F, Enna P et al. High fibrinogen levels and acute ischemic stroke. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW, eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 223-5.
46. Ernst E, Matrai A, Marshall M. Blood rheology in patients with transient ischemic attacks. *Stroke* 1988; 19: 634-6.
47. Resch KL, Ernst E, Matrai A, Paulsen HF. Fibrinogen and viscosity as risk factors for subsequent cardiovascular events in stroke survivors. *Ann Intern Med* 1992; 117: 371-5.
48. Grotta JC, Yatsu FM, Pettigrew LC et al. Prediction of carotid stenosis progression by lipid and hematologic measurements. *Neurology* 1989; 39: 1325-31.
49. Dormandy JA, Hoare E, Colley J, Arrowsmith DE, Dormandy TL. Clinical, haemodynamic, rheological, and biochemical findings in 126 patients with intermittent claudication. *Br Med J* 1973; 4: 576-80.
50. Žižek B, Poredoš P. Peripheral arterial disease is associated with increased plasma viscosity. *Clin Hemorheol* 1993; 13: 404-4.
51. Wiseman S, Kenchington G, Dain R et al. Influence of smoking and plasma factors on patency of femoropopliteal vein grafts. *Br Med J* 1989; 299: 643-6.
52. Banerjee AK, Pearson J, Gilliland EL et al. A six year prospective study of fibrinogen and other risk factors associated with mortality in stable claudicants. *Thromb Haemostas* 1992; 68: 261-3.
53. Fowkes FGR, Lowe GDO, Housley E et al. Cross-linked fibrin degradation products, progression of peripheral arterial disease, and risk of coronary heart disease. *Lancet* 1993; 342: 84-6.
54. Gallasch G, Diehm C, Doerfer C, Schmitt T, Stage A, Moerl H. Einfluss von koerperlichem Training auf die Blutfliessenigenschaften bei Claudicatio intermittens-Patienten. *Klin Wschr* 1985; 63: 554-9.
55. Dormandy JA, Gutteridge JMC, Hoare E, Dormandy TL. Effect of clofibrate on blood viscosity in intermittent claudication. *Br Med J* 1974; 4: 259-62.
56. Clerc G. Atherosclerosis as an immune disease? *Med Hypotheses* 1991; 36: 24-6.
57. Badimon JJ, Fuster V, Chesebro JH, Badimon L. Coronary atherosclerosis, a multifactorial disease. *Circulation* 1993; 87: Suppl 2: 3-16.
58. Fuster V, Badimon L, Badimon JJ, Chesebro JH. The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 1992; 326: 242-50.
59. Binder BR, Geiger M. Possible links between risk factors for cardiovascular disease: fibrinogen, endothelial cells, coagulation and fibrinolysis. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 19-26.
60. Glagov S, Zarins C, Giddens PD, Ku DN. Hemodynamics and atherosclerosis. *Arch Pathol Lab Med* 1988; 112: 1018-31.
61. Foersterman U, Muegge A, Alheid U, Haverich A, Froelich JC. Selective attenuation of endothelium-mediated vasodilatation in atherosclerotic human coronary arteries. *Circulation* 1988; 62: 185-90.
62. Rubanyi GM, Romero CJ, Vanhoutte PM. Flow-induced release of endothelium-derived relaxing factor. *Am J Physiol* 1986; 19: 1145-9.
63. Bassenge E, Busse R, Pohl U. Hemmung der Thrombozytenaggregation und -adhesion durch EDRF und deren pathophysiologische Bedeutung. *Z Kardiol* 1989; 78: Suppl 6: 54-8.
64. Creager MA, Cooke JP, Mendelsohn ME et al. Impaired vasodilation of forearm resistance vessels in hypercholesterolemic humans. *J Clin Invest* 1990; 86: 228-34.
65. Smith EB. Fibrinogen, fibrin and fibrin degradation products in relation to atherosclerosis. *Clin Haematol* 1986; 15: 355-70.
66. Sinzinger H, Pirich C. Platelet function and fibrinogen. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 46-50.
67. Smith EB, Crosbie L. Fibrinogen and fibrin in atherogenesis. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 4-10.
68. Thompson WD, Stirk CM, Smith EB. Fibrin degradation products as the pathological growth stimulus to atherosclerotic plaque formation. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW, eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 35-40.
69. Cybulsky MI, Gimbrone MA. Endothelial expression of a mononuclear leukocyte adhesion molecule during atherogenesis. *Science* 1991; 251: 788-91.
70. Schwartz CJ, Valente AJ, Sprague EA. A modern view of atherogenesis. *Am J Cardiol* 1993; 71: 9B-14B.
71. Nemerson Y, Turitto VT. The effect of flow on hemostasis and thrombosis. *Thromb Haemostas* 1991; 66: 272-6.
72. Koenig W, Ernst E. The possible role of hemorheology in atherothrombogenesis. *Atherosclerosis* 1992; 94: 93-107.
73. Stuart J, George AJ, Davies AJ, Aukland A, Hurlow RA. Haematological stress syndrome in atherosclerosis. *J Clin Pathol* 1981; 34: 464-7.
74. Reizenstein P. The haematological stress syndrome. *Br J Haematol* 1979; 43: 329-34.
75. Šabovič M. Trombolitično zdravljenje (principi, mehanizem delovanja trombolitičnih sredstev in pogoji za uspešno raztapljanje). *Med Razgl* 1994; 33: Suppl 1: 21-9.
76. Poredoš P, Videčnik V. Lokalna uspešnost trombolitičnega zdravljenja arterijskih zapor udov. *Med Razgl* 1994; 33: Suppl 1: 45-51.
77. Andersen P, Smith P, Seljeflot I, Brataker S, Arnesen H. Effects of gemfibrozil on lipids and haemostasis after myocardial infarction. *Thromb Haemostas* 1990; 63: 174-7.
78. Cook NS, Tapparelli C, Dyer M, Powling M. Effect of bezafibrate and other drugs on plasma fibrinogen levels in rats. *Thromb Haemostas* 1991; 65: 902-2.
79. Branchi A, Rovellini A, Gugliandolo AG, Sommariva D, Fasoli A. Comparative evaluation of the effect of 3 fibrates and of 2 HMG-CoA reductase inhibitors on plasma fibrinogen in hypercholesterolemic patients. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 262-5.
80. Coccheri S, Palareti G. Fibrinogen-lowering activity of ticlopidine. In: Ernst E, Koenig W, Lowe GDO, Meade TW eds. *Fibrinogen: a -new- cardiovascular risk factor*. Vienna: Blackwell-MZV, 1992; 427-8.
81. Randi ML, Mares M, Fabris F, Tison T, Barbone E, Girolami A. Decrease of fibrinogen in patients with peripheral atherosclerotic disease by ticlopidine. *Drug Res* 1991; 41: 414-6.
82. Ernst E, Matrai A. Intermittent claudication, exercise, and blood rheology. *Circulation* 1987; 76: 1110-4.

Kakovost v zdravstvu/Quality in health service

PRIPOROČILA ZA NAPOTITEV BOLNIKOV V SPECIALISTIČNO ALERGOLOŠKO AMBULANTO

Mitja Košnik, Ema Mušič, Jurij Šorli, Stanislav Šuškovič

Inštitut za pljučne bolezni in TBC, 64204 Golnik

Prispelo 1995-05-25, sprejeto 1995-09-26, ZDRAV VESTN 1995; 64: 643-4

Uvod

Alergologija je veda, ki obravnava bolezni, nastale zaradi pretiranega in škodljivega imunskega odziva na snovi (alergene), ki sami (nesenzibiliziranemu) organizmu ne bi povzročili škode (1). V patogenezi alergijskih reakcij sodelujejo mehanizmi, ki sta jih že Coombs in Gell uvrstila v štiri skupine (tab. 1) (2, 3).

Tab. 1. Patogeneza preobčutljivostnih reakcij.

Patogeneza	Temeljni diagnostični postopki
I. Takojšnja preobčutljivost, posredovana z IgE protitelesi	Vhodni testi
II. Preobčutljivost, posredovana s citotoksičnimi protitelesi	Laboratorijska diagnostika
III. Preobčutljivost zaradi odlaganja imunskih kompleksov biopsije	Laboratorijska diagnostika
IV. Preobčutljivost, ki jo posredujejo celice	Epikutani testi

Alergijske reakcije takojšnje preobčutljivosti (posredovane z IgE protitelesi) so najpogostejša oblika alergije (4). Senzibiliziran je ves organizem, simptomi pa se praviloma izrazijo le na enem ali nekaj organih.

Preobčutljivostne reakcije drugega in tretjega tipa so pomembne predvsem v patogenezi avtoimunih bolezni, čeprav po tem tipu potekajo tudi nekatere preobčutljivostne reakcije po zdravljenih in alergijski bronhioloalveolitis (5).

Preobčutljivost kasnega tipa, posredovana s celično imunostjo, je med drugim pomembna v patogenezi kontaktnega dermatitisa, stomatitisa in alergijskega bronhioloalveolitisa.

Alergija je eden od mehanizmov v patogenezi astme, rinitisa, urtikarije, atopijskega dermatitisa, konjunktivitisa in še nekaterih bolezni. Bolezni z enako klinično sliko lahko povzročijo tudi drugi, neimunski mehanizmi. V tem primeru včasih govorimo o psevdalergiji (6, 7) ali intoleranci (npr. intoleranca za hrano, zdravila).

Kaj naj stori alergolog?

- Prepozna, ali je v patogenezo bolezni pri konkretnem bolniku vključen tudi alergijski ali neimunski mehanizem;
- ugotovi, kateri alergeni so pri tem pomembni;
- priporoči in izvaja alergološko zdravljenje.

Kaj naj stori splošni zdravnik?

Ker se alergolog ukvarja predvsem z razjasnitvijo etiologije bolezni, naj bi bila domnevna diagnoza bolezni ugotovljena že pred pregledom pri alergologu. Pri obravnavi bolnikov z boleznimi dihal tega problema ni, ker alergolog-pulmolog hkrati ugotavlja diagnozo bolezni in oceni vlogo alergije v etiologiji. Drugače je pri boleznih drugih notranjih organov, nosu, očesne veznice in kože. Anafilaksa pa je bolezen, ki naj bi jo etiološko opredelil alergolog-internist, čeprav opažamo, da se te bolnike zaradi hkratne kožne simptomatike pogosto napoti k dermatologu.

Katere bolnike napotiti k alergologu-internistu (pulmologu)?

V številnih državah so diagnostiko in zdravljenje bolnikov z internističnimi alergijskimi boleznimi najbolj razvili pulmologi. Tudi v Sloveniji so alergološko dejavnost začeli razvijati v pulmoloških ambulantah že pred četrto stoletje. K alergologu-internistu (pulmologu) napotimo:

- bolnike s simptomi bolezni dihal (astma, alergijski bronhioloalveolitis, kronični ali sezonski rinitis), bolnike z nosnimi simptomi naj bi predhodno pregledal otorinolaringolog;
- bolnike, pri katerih domnevamo, da gre za sistemsko alergijsko reakcijo (anafilaksija) ali alergijskim reakcijam podobna stanja (nekateri reakcije, povzročene z zdravili);
- bolnike, pri katerih domnevamo o nutritivni alergiji.

Katere bolnike usmeriti najprej k drugim specialistom?

V ambulanto alergologa-internista bi napotili naslednje skupine bolnikov šele po pregledu in nasvetu drugih specialistov:

- Bolnike s pretežno kožno simptomatiko je pravilno najprej napotiti na pregled k specialistu dermatologu, ki naj postavi diagnozo kožne bolezni. Šele dermatolog se bo odločil, ali je potrebna nadaljnja alergološka diagnostika in kdo jo bo izvajal.
 - Bolnike, katerih simptomatika je značilno psihogena in brez jasne organske prizadetosti, je pravilno najprej napotiti k psihiatru. Neredko so k alergologu napoteni tudi bolniki s povsem neznačilno simptomatiko z željo, naj se izključi alergija.
- Včasih je alergološki pregled del kompleksne obravnave bolnika, pri kateri sodeluje več specialistov. Pri sumu na poklicno alergijo

sodeluje alergolog s specialistom medicine dela in specialistom tiste stroke, ki se ukvarja z bolnikovo boleznijo. Drug primer je etiološka opredelitev konjunktivitisa.

Katere bolnike alergolog pregleda nemudoma?

- To so bolniki z alergijo (ali intoleranco) za zdravila, ki zdravljenje nujno potrebujejo (npr. zdravljenje z nesteroidnimi anti-revmatiki, inzulinom, antibiotiki).
- S pregledom ne smemo odlašati pri bolnikih z anafilaktično reakcijo po piku žuželk (v mesecih od marca do oktobra), pri bolnikih z drugimi anafilaktičnimi reakcijami ali angioedemom grla (8).
- Tudi bolniki s hudo klinično sliko polinoze (v času, ko imajo težave) potrebujejo takojšen posvet z alergologom.

Kateri podatki naj bodo na napotnici?

Na pregled naj bolniki prinesejo zdravstveno dokumentacijo, iz katere naj bo razvidno:

- zaradi katere bolezni so napoteni na pregled,
- kako in s kakšnim uspehom so bolezen zdravili do sedaj,
- ali imajo še druge bolezni,
- katera zdravila prejemajo.

V državah, s katerimi se radi primerjamo, splošni zdravnik priloži napotnici pomembne podatke v obsegu tipkane strani A4 formata.

Prejemanje zdravil pred alergološkim testiranjem

Ker je temeljna preiskovalna metoda v alergologiji kožno testiranje, svetujemo, da bolniki vsaj dva tedna pred prvim pregledom (razen v primeru, če to ni mogoče) ne prejemajo antihistaminikov, astemizola (Histazol) pa 2 meseca (9,10). Bolniki z astmo naj po možnosti na dan pregleda ne uporabijo bronhodilatatorjev v inhalacijah. Lokalnih protivnetnih zdravil (inhaliranih kortikosteroidov, kromoglikata) in vazokonstriktorjev pred prvim pregledom ni treba ukiniti.

Literatura

1. Furlan J. Alergija. Zdrav Vestn 1993; 62: 441–4.
2. Vozelj M. Imunologija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1978: 379–9.
3. Terr IA. Alergijske bolezni. In: Stites DP, Stobo JD, Wells JV eds. Osnovna i klinička imunologija. Beograd: Savremena administracija, 1989: 435–5.
4. Kay AB, Lessof MH. Allergy, conventional and alternative concepts. Clin Exp Allergy 1992; 22: Suppl 3: 1–5.
5. Newman-Taylor AJ. Extrinsic allergic alveolitis. In: Brewis RAL, Gibson GJ, Geddes DM eds. Respiratory medicine. London: Bailliere Tindall, 1990: 1104–14.
6. Barnes PJ, Holgate ST. Pathogenesis of asthma. In: Brewis RAL, Gibson GJ, Geddes DM eds. Respiratory medicine. London: Bailliere Tindall, 1990: 558–603.
7. Mušič E, Furlan J, Rus A. Diagnostika alergijskih bolezni. Zdrav Vestn 1993; 62: 535–40.
8. Košnik M. Alergija za strupe žuželk. Zdrav Vestn 1995; 64: 137–9.
9. Sub-committee on skin tests of EAACI. Skin tests used in type I allergy testing. Position paper. Allergy 1989; 44: Suppl 10: 22–30.
10. Šuškovič S, Košnik M, Šorli J. Priporočila za izvedbo in vrednotenje kožnih testov alergije. Zdrav Vestn 1995; 64: 151–3.

Pisma uredništvu/Letter to the editor

VERA/FILO-ZOFIJA, VERSTVA IN MEDICINA

Jurij Zalokar

Vprašanja vere in etike so za medicino vsekakor nekaj bistvenega in jih ni mogoče zožiti le na kakšno medicinsko deontologijo, niti skriti na to ali ono filozofsko ali konfesionalno (teološko) ideologijo. To je področje, ki ga je preteklost zanemarila zlasti glede vere. Razvoj medicine je šel v drugo smer, medtem ko je vera ostala zunaj nje, nemalokrat izrinjena iz zavesti.

Pričujoča študija skuša vprašanje približati in obenem nakazati, kako se ga lotiti. Pri tem mora sproti pojasnjevati nekaj najvažnejših izrazov, ki jih uporablja. Pri vsakdanji rabi so besede dostikrat večpomenske, to pa kaj lahko povzroči nesporazume in prepreči razumevanje sporočila. Že v začetku je treba pojasniti, da v študiji strogo ločimo vero od verstva, veroizpovedi ali konfesije. Vera tu ne pomeni nič takega, kot izraža vsakdanja govorica, ko govori o krščanstvu, islamu, hinduizmu itd. kot o veri. Namesto vera bi bilo morda boljše zapisati filozofija, če tudi filozofija ne bi prišla na slab glas kot nekaj racionalističnega, špekulativnega in sprevrženega.

Zgodovina medicine opisuje od šamanizma naprej razne oblike nekdanje povezanosti med verovanjem in zdravljenjem. Grška medicina je še v prejšnjem stoletju poznala poklic iatrofilozofa, ki je poskušal oboje združevati (1).

Po ločitvi obeh smeri je med njima prišlo do hude konfliktnosti. Spor je doživel svoj vrh v srednjeveškem in novoveškem cerkvenem preganjanju znanstvenikov. Kasneje so sledili tudi povratni udarci, npr. med francosko in rusko revolucijo. Naposled je počasi vendarle prišlo do nekakšnega hladnega sožitja, ko se je vsaka stran omejila z visokimi plotovi samozadostnosti.

Samo na videz je s tem zavladal mir, ni pa prišlo do kakršnegakoli omembe vrednega dialoga ali preseganja obeh področij. Razen seveda s strani posameznikov, na katere pa sta obe strani gledali s sumom, ali pa jih prezrli (2-6). Tak prikrito sovražen mir je prizadel obe nasprotujoči si področji. Verstva zato, ker so obtičala v svojem odpujenem dogmatizmu in institucionalizmu, povezanima z najbolj posvetnim oblastništvom in manipulacijo vernikov; znanost zato, ker je zapostavila duhovnost in se posvetila vse preveč samo pojavnemu svetu, seveda z izjemo nekaterih vidnih znanstvenikov (7-11).

Če se je vera razen pri prej omenjenih izjemah kdaj pa kdaj kljub plotovom vidneje oglasila znotraj znanosti – to pa velja tudi za medicino – to navadno niti ni bila vera, ampak socialno, tradicionalistično ali integristično zožena konfesionalnost. Se pravi kot nekaj, kar je veri pravzaprav še bolj sovražno, kot sta lahko najbolj nespravljivi materializem ali scientizem. Primer za to je mešanica duhovnih prebliskov, znanstvenih sodb in verskega praznovanja v svojem angleškem zdravniku T. Browna, pisca znanega dela *Religio medici* iz srede 17. stoletja (12). Sodeloval je celo pri smrtnih obsodbah v čarovniških procesih!

Vera, kakršna je tu mišljena, je nekaj povsem drugega od konfesij ali verstev oziroma raznih verskih ustanov in skupnosti. Verstva so zgodovinsko nastala in s časom okostenela verovanja in teološke konstrukcije, ki si lastijo sloves resnice. Kot ideologije in ustanove, ki jim služijo, vero dušijo, ne pa gradijo in širijo. Medtem pa vera, ki hoče ostati vera, nima oblik in se ne pusti ujeti v besedo. Če že išče svoj izraz, je zanj značilna enaka minljivost in času ustrezna oblika, kot to velja za vse pojavno življenje. Enako velja za

dojemanje sveta, ki ga omogoča, kakor tudi za naravnost in dejavnost, ki ju narekuje. Če vera pri tem poseže po simbolih, ve, da je treba njihovo obliko streti kot lupino, če hočemo priti do resnice v njih. Znani nemški mistik Meister Eckhart iz 14. stoletja, ki je bil posmrtno obsojen krivoverstva s strani katoliške cerkve, je to misel tako povedal: »Wiltu den kern haben, so muostu die schalen brechen.« (13) Drugače je pri verstvih. Svoje simbole in dogme zapredajo v učne razlage, nekatera izmed njih pa si lastijo pravico, da lahko o verskih naukih odloča edinole cerkveno učiteljstvo. Živ izraz na tak način spreminjajo v magične in racionalistične obrazce in okamenine, ki njihove vernike trgajo od samih sebe in od življenja. Enako spreminjajo moralo v duha ubijajoči moralizem, ki v svoji izrojeni logiki in racionalizmu ne pozna več srca. Predvsem pa verstva stopnjujejo strah pred idoliziranimi bogovi ali božanstvi ter posredno pred cerkvijo, ko poudarjajo greh in kazen. Svojeva boga prikazujejo kot strašnega sodnika. Občutek krivde in strah sicer tudi odvezajo, npr. z ustanovo pokore s spovedjo in »spravo«, vendar s tem še bolj zožijo človekovo svobodo in povečajo njegovo anksioznost, saj se vrinejo med človeka in njegovo notranje bistvo ter ga tako cepijo in obenem spravljajo v odvisnost od cerkvenega reda. V tako nastali odvisnosti človek sam projicira najbolj dragoceno resnico samega sebe na neko zunanje veličastje in na tujo ustanovo, ki se ga potem povsem polasti. To pa pomeni, da je povsem zgrešeno mnenje, po katerem naj bi bila cerkvena spoved nekakšna odlična oblika psihoterapije oziroma da naj bi bila psihiatrična psihoterapija samo druga oblika duhovniške službe.

Vsa verstva so v najboljšem primeru samo kačji levi, ki jih je treba odvreči. Drugače je z vero, kakršno imamo tu v mislih. Od vere znanstvenika je ni mogoče ločiti. Globlje ko je, manj je izrekljiva. Kadar pa se izrazi, je prej podobna naravi znanstvene hipoteze ali teorije kot pa kaki zaukazani večni »resnici«. Enako kot znanost veruje v osnovno resnico, ta pa vključuje poleg »znanstvenih« tudi estetična, etična in sploh duhovna spoznanja. Predvsem pa je v njej vzgib za ustvarjalno delo in prizadevanje, ki se sproti trudi uresničiti dobro.

Besede o veri v tem prispevku moramo torej ostro ločevati od tistega, kar razumemo kot verstvo oziroma veroizpoved in od vseh verskih skupnosti oziroma ustanov. Bolj ko se kaka skupnost materializira, bolj izgublja še zadnje ostanke naravne vernosti in postaja zgolj ena od političnih, pa tudi gospodarskih silnic družbe. Enako nepristnost, ki z resnično vernostjo nima več nobene zveze, opazujemo tudi pri zdravnikih ali znanstvenikih, ki se štejejo za vernike. Zato uvodoma omenjene shizme med verovanjem in zdravljenjem v ničemer ne ukinjajo. Ko je nedavno v Vzhodni Evropi prišlo do velikih družbenih sprememb v smislu restavracije kapitalizma in je hkrati s tem mrknilo eno od obdobij v razvoju socializma in ateizma, se je sicer kar nekaj zdravnikov pričelo ozirati na cerkev. Tak obrat ni bil samo oportunističen.

Mnogi izobraženci, ki do tedaj niso skrbeli za svoj duhovni razvoj, so zaznali, da so nekaj zanemarili in da nekaj bistvenega pogrešajo. Ker pa v tem iskrenem zanimanju niso imeli potrebnih izkušenj, se je zgodilo, da jih je vsej znanstveni kritičnosti navkljub omrežila vnaprej pripravljena »instant« cerkvena propaganda, ki je ponujala na videz prav to, kar so iskali. Seveda to ni bilo to! Ni bila vera, ampak so bili konfesionalni miselni, obredni in vedenjski vzorci,

ki so fascinirali duhovno še nedozorelo hotenje. Poleg takih iskrenih hotenj prav v tem času ne manjka še drugačnih, zgolj oportunističnih teženj, za katere je značilno obračanje po vetru. Omeniti pa je treba še naravnost strokovnjakov, ki so bili že kot otroci tako močno indoktrinirani v svojem cerkvenem okolju, da so ohranili konfesionalne prvine vsej svoji kritičnosti navkljub. Med njimi najdemo enako kot med novimi konvertiti izrazito ozke ali nacepljene osebnosti z avtoritarnimi lastnostmi, nagnjenimi k fundamentalizmu.

Nepristnosti in sprevrženosti vere je seveda treba postaviti ob stran tudi stranpota razvoja znanstvene misli, ki jih označujemo kot scientizem (14). Vendar je bilo zmalčenje v znanosti manj izraženo, saj je narava stroke s pomočjo prakse in poskusa vsaj do neke mere uspela sproti odstranjevanju zgrešene nazore in predpostavke. Podobno kot za verstva pa velja za razvoj materialističnega ateizma. S tem, ko je postal del revolucionarne prakse, se je moral prikloniti zahtevam akcije in sprejeti zakonitost črno-bele odzivnosti množic. Dnevna politika je zahtevala od njega, da je postal še sam črno-bel in s tem pristranski, ali kot so nedavno govorili, sektaški. Njegova glavna hiba ni bil nastop zoper sprevrženo konfesionalnost, ampak zavračanje ali preziranje globlje vere in morale, ki so ju verstva izkoriščala in zasužnjevala. Odnos scientizma ni bil kaj prida drugačen. Ozek racionalizem je pri znanosti amputiral nekaj bistvenega. To pa ne velja le za osnovna eksistencialna vprašanja, ampak tudi za široko področje etičnega in estetičnega vrednotenja. Racionalistični pristop skratka ni dojel, da sta tako vera kot morala zgolj ujetnika verstev, ki ju je treba osvoboditi, ne pa skupaj z njimi zavreči ali prezreti. Cervki je s tem dal idealno priložnost, da se je predstavila kot zaščitnica vere in morale, časa odrinjenosti pa ni izrabila za kako katarzo, ampak za kovanje načrtov, kako spet postati oblast.

Pri orisu okoliščin, ki pomagajo vzdrževati zmedo glede tu obravnavanih vprašanj, kaže omeniti na kratko še nekatere. Predvsem ne moremo mimo pomena arhetipov v psihologiji. Jung (3) je poudaril njihovo vlogo pri vzdrževanju ravnovesja in identitete osebnosti. Predstavljamo si jih kot energetska žarišča podzavesti, ki vstopajo v zavest v obliki raznovrstnih simbolov in dogem, tako konfesionalnih kot povsem »posvetnih«. Obvladujejo tisto, kar je Kretschmer označil kot hiponoično zavest (6). Seveda pa je to zavest, ki jo je sicer treba upoštevati, nikakor pa ne vzdrževati. Mistificirana zavest je namreč najnevarnejši rezervoar raznovrstnih demagogov, od verskih do političnih. To je zavest, ki je ni težko manipulirati. V njej koreninijo številne najhujše osebnosti in družbene katastrofe.

Potem ne moremo mimo splošne krize vrednot, ko se zgodi, da ljudje slepo hitijo v objem kakega drugega verstva ali drugega družbenega sistema, ko se jim je podrl lastni, idealizirajoč vse, kar je tuje. Verniki Vzhoda postajajo verniki Zahoda in obratno. Enako je z nasprotujočimi se ideologijami. Ali pa nastajajo sekte, ki niso nič boljše od verstev. Ob vse to stopi še uničujoči enako totalitaren skeptizem.

Poskus, kako doseči enovitost obeh tu obravnavanih odnosov do realnosti na novi, višji ravni kot pri šamanizmu, mora izključiti skrajnosti in sprevrženost tako verovanj kot razumskih zgradb. Samo obžalujemo lahko, da 19. stoletje ni zmoglo tesnega srečanja in dialoga med Feuerbachovo kritiko religij (15) in marksističnim naukom o osvobajanju človekovega dela. Samo v korist študija družbenoekonomskih gibal bi bil istočasni posluš za psihološka gibala in iskanje prave naravnosti v življenju in delu. Zanimivo je, da je rojak iz Slovenije Fister (16) v tistem času že nakazal to nalogo, ki še danes ostaja neizpolnjena.

Na tem mestu se zdi nujna potreba po celovitem (17) pristopu k temu vprašanju. Žal pa je tudi celovitost samo pojem, ki prav tako kot drugi prej zapira, kot odpira. Bolj ko se trudi prikazati se kot nekaj širokega, bolj vodení v ohlapnost, ki pride potem prav raznim demagogom v politiki ali šarlatanom v zdravstvu.

Čeprav je bil samo nakazan, je bil širši okvir našega vprašanja potreben, da pokaže, kakšne so v tem pogledu doslej vse preveč

zastavljene naloge v zdravstvu. Zdravnik se ukvarja s človekom in ne samo s posamezno boleznijo. Njegovo odzivanje daleč presega domeno fiziologije in patologije, kakor smo ju vajeni. Zahteva po enovitosti torej ni nikakršna »filozofija«. Cepitev na objektivnost in subjektivnost očitno ne more biti zadnja resnica. Doživljanje in razumska spoznava se dopolnjujeta. Veda, tudi zdravniška, se nikoli ne more zvesti le na nauk »o nečem«, ampak mora hkrati biti »nekaj« in »v nečem«, ko preseže cepitev na objektivno in subjektivno. Tako ustvarjeno enovitost moremo – seveda nepopolno – označiti kot istost resničnosti.

Pot k takemu poglobljenemu odnosu do stroke in življenja je obenem pot zapuščanja najrazličnejših indoktrinacij in predsodkov preteklosti. Osvoboditev od njih je nujna, če naj zdravnik to svojo izkušnjo posreduje bolniku. Tako pred zdravnikom kot bolnikom so vprašanja, kako razumeti ali sprejeti, da vse živo gine, da vse lepo oveni, da vse dobro podleže, in obratno, da se življenje spet prižge, lepota zacveti, dobro triumfira. Samo vera v svoji prvotni in neizrekljivi obliki lahko pripomore k takemu gledanju. V njej more biti tudi več zdravilnosti kot v še tako doganem fizikalnem zdravljenju.

Potreba po takem gledanju seveda ni niti malo teoretična. V medicini se neprestano srečujemo z vprašanji, kjer običajni biopsiho-socialni okvir ne zadostuje. To so vprašanja o koncepciji na enem koncu in smrti na drugem. Potem so to vprašanja mej medicinskega ukrepanja: do kod je dovoljeno medicinsko posegati? Kdaj postane npr. neprimerno utapljati strah in anksioznost s pomočjo tablet in z navidezno, površno umiritvijo? Ali pa, ali je prav s pomočjo sodobne tehnologije vzdrževati zgolj biološki avtomatizem, namesto da bi na neki meji odstopili in prepustili naravi, da konča svoje delo? In naprej, ali je prav z enakimi merili obravnavati odrešujočo transfuzijo in transplantacijo celotnih organov? Kje je meja, ko se mora zdravnik brez odobritve bolnika lotiti njegovega zdravljenja?

Vseh teh vprašanj ne moremo ločiti od osnovnih eksistencialnih neznank življenja, sveta, smisla itd. Medicine zato ni mogoče iztrgati iz filozofskih razmišljanj in spoznavanja, pri čemer naj pojmuje filozofijo v njenem etimološkem smislu kot ljubezen do znanja in vednosti, ne pa kot racionalistično zgradbo, kakršno je skozi tisočletja oblikovala človeška misel. Filozofija v takem smislu se od vere ne loči. Uspeva lahko le, kolikor se nezadržno približuje svobodi. Se pravi k svojemu cilju, ali še bolje, k resnici kot taki, in ne k nečemu, kar si kdo kdaj sam zamisli ali poželi oziroma zmotno oceni kot resnico. Naj dodam, da je za resnico ustrežnejši izraz istina, ki je žal v slovenščini zastarel in se ne uporablja več. Mogoče ni daleč od tistega, kar je Eckhart razumel kot Istigkeit (13).

Literatura

1. Ware T. *Eustratios argenti – A study of the Greek Church under Turkish rule*. Oxford: Oxford University Press, 1964: 43–64.
2. Baruk H. *Psychiatrie morale expérimentale*. Paris: Presses universitaires, 1950: 1–180.
3. Jung CG. *Psychologie et religion*. Paris: Buchet/Chastel, 1958: 1–220.
4. Jaspers K. *Philosophische Aufsätze*. Frankfurt am Main/Hamburg: Fischer Bucherei, 1967: 1–236.
5. Frankl VE. *Man's search of meaning: an introduction to logotherapy*. Boston: Beacon Press, 1966: 1–110.
6. Kretschmer E. *Medizinische Psychologie*. Stuttgart: G.Thieme, 1971: 1–240.
7. Allport GW. *Individual and his religion*. London: Constable Publ., 1951: 1–240.
8. Einstein A. *Mein Weltbild*. Frankfurt am Main/Berlin: Ullstein Bücher, 1966: 1–200.
9. Huxley A. *Unser Glaube*. Stockholm: Bermann-Fischer, 1939: 1–59.
10. Heisenberg W. *Del in celota*. Celje: Moharjeva založba, 1977: 1–278.
11. Toynbee A. *Experiences*. London: Oxford University Press, 1969: 1–153.
12. Browne Th. *Religio medici*. In: *The consolation of philosophy*. New York: The Modern Library, 1943: 321–406.
13. Blakney RB ed. *Meister Eckhart*. New York: Harper and Row, 1941: xiv.
14. Lecomte de Nöuy. *Human destiny*. New York: The New America Library, 1959: 1–85.
15. Feuerbach L. *Bistvo krščanstva*. Ljubljana: Slovenska matica, 1982: 1–461.
16. Fister A. *Izbrani spisi*. Ljubljana: Arhiv SR Slovenije, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, 1992: III, 22–182.
17. Zalokar J. *Celostna sremljenja v medicini*. Zdrav Vestn 1990; 59: 513–5.

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

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

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____



SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC

vabi na seminar

SPREMLJANJE HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH

PROGRAM

- Moje izkušnje z umirajočimi
- Kaj umirajoči najbolj potrebuje
- Proces umiranja
- Komunikacija
- Kako ravnamo z »resnico« ob umirajočem bolniku
- Kaj pomeni upati z umirajočim
- Kje naj bi ljudje umirali
- Pomoč družini umirajočega
- Kako ravnamo ob smrti
- Spremljanje žalujočih

Seminar je namenjen svojcem in prijateljem hudo bolnih in umirajočih, zdravstvenemu osebju in vsem, ki jih to zanima.

Zainteresirani lahko izbirajo med dvema terminoma, in sicer:

24. 2. 1996 in

9. 3. 1996

od 9. do 17. ure v klubskem prostoru Doma upokoјencev Center-Tabor, Tabor 10, Ljubljana.

Prispevek za seminar je 1.000,00 SIT, za študente 500,00 SIT.

Število udeležencev je omejeno, zato prosimo, da se prijavite pisno ali po telefonu na naslov: Slovensko društvo hospic, Neubergerjeva 4, 61000 Ljubljana, tel. 13 71 284.

INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

vabi ob 50-letnici svoje ustanovitve na

1. MEMORIALNI SESTANEK AKADEMIKA J. MILČINSKEGA – strokovno srečanje IZVEDENSTVO 95

z delovno temo

NARKOMANIJA NA SLOVENSKEM

6. decembra 1995 v sredni predavalnici Medicinske fakultete, Korytkova 2, Ljubljana

PROGRAM

- | | | |
|-------|--|--|
| 9.00 | Svečani del | |
| | <i>Anton Dolenc</i> | Uvodne in pozdravne besede |
| | | Akademik Janez Milčinski 1913–1993 |
| | <i>Zvonka Zupanič-Slavec</i> | Priznanja in nagrade |
| | | Pol stoletja Inštituta za sodno medicino – zgodovinski oris |
| | | Odmor |
| 11.00 | Strokovni del | |
| | <i>Cirila Toplak,</i>
<i>Zvonka Zupanič-Slavec</i> | Oprij skozi zgodovino človeštva |
| | <i>Dušan Nolimal</i> | Razširjenost uporabe drog v Sloveniji |
| | <i>Anton Dolenc</i> | Narkomanija na Slovenskem – vloga in pomen Inštituta za sodno medicino |
| | <i>Tatja Kostnapfel-Rihtar</i> | Nova zakonodaja na področju drog |
| | <i>Andrej Kastelic</i> | Mreža pomoči odvisnim od ilegalnih drog, metadonski vzdrževalni program in etični pomisleki ob teh programih |
| | <i>Milan Krek, Jelka Mišigoj-Krek</i> | Moralno etične dileme pri predpisovanju metadona zasvojenim od opiatnih drog |
| | <i>Anton Dolenc</i> | Svetovno zdravniško združenje in mamila |
| | <i>Jože Balažič</i> | Etična in deontološka vprašanja pri obravnavi narkomanov |
| | <i>Jurij Zalokar</i> | Pomen vrednot pri preventivi in obravnavanju narkomanij |
| | | Odmor |
| 14.00 | <i>Dušan Žagar</i> | Psihiatrično izvedensko poročilo in mnenje o odvisniku od drog |
| | <i>Majda Zorec-Karlovshek</i> | Stanje pod vplivom drog – toksikološko izvedensko mnenje |
| | <i>Jože Lovšin, Martin Janko,</i>
<i>Majda Zorec-Karlovshek</i> | Predlog za zdravniško preiskavo in odvzem telesnih tekočin zaradi ugotavljanja stanja pod vplivom drog v forenzične namene |
| | <i>Jože Trontelj</i> | Vprašanje prisilnega odvzema krvi v forenzične namene |
| | <i>Marija Jamšek</i> | Problemi akutnih zastupitev z mamili |
| | <i>Borut Štefanič</i> | Smrt zaradi droge v kazuistiki Inštituta za sodno medicino |
| | <i>Gordana Koželj, Borut Štefančič</i> | Problematika razlage analiznih rezultatov v primeru opiatne smrti |
| | | Smrt zaradi droge |
| | <i>Boris Židanik, Rajko Kalavar</i> | – v kazuistiki Oddelka za patologijo Splošne bolnišnice Maribor |
| | <i>Velimir Košuljandič</i> | – v kazuistiki Oddelka za patologijo Splošne bolnišnice Šempeter pri Gorici |
| | <i>Jan Struhar, Nada But-Cigler</i> | – v kazuistiki Oddelka za patologijo Splošne bolnišnice v Novem mestu |
| | | Odmor |

Branko Ermenc**Alenka Kuštrin-Samba****Gordana Koželj****Dušan Nolimal,****Vesna Kerstin-Petrič****Irena Weber, Dušan Nolimal****Nino Rode, Dušan Nolimal,****Dare Kocmur**

Iz toksikološke kazuistike Inštituta za sodno medicino

Hitri imunokemijski testi za dokaz prisotnosti drog v urinu

Določanje drog in psihoaktivnih snovi s plinsko kromatografijo – masno spektrometrijo (GC-MS)

Osnovne informacijske zahteve na področju problematike drog

Predstavitve etnografskega raziskovanja problematike uživanja drog

Program izmenjave brizg in igel

Usmerjena razprava o deontoloških, etičnih in forenzičnih vprašanjih v primeru zlorabe drog

18.00 Zaključek srečanja

Kotizacije ni.

Če želimo kot zdravniki celostno obravnavati posameznega človeka, ki se je k nam zatekel po pomoč, potem se moramo z njim najprej znati pogovoriti.

Priročnik **SPORAZUMEVANJE MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM** je v nekaj izvodih še na voljo. Naročite ga lahko (cena 3000,00 SIT) pri uredniku doc. dr. Igorju Švabu – **Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva, Komenskega 4, 61000 Ljubljana**, ali z naročilnico. Knjigo vam bomo poslali po povzetju.

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam(o) _____ izvodov priročnika

SPORAZUMEVANJE MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM

Ime in priimek _____

Naslov _____

Zavod _____

Poštna številka in kraj _____

Datum _____ Podpis in žig _____

V

**UČNA BOLNIŠNICA MARIBOR
ZDRAVSTVENI DOM »DR. ADOLFA DROLČA« MARIBOR
SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
PEDIATRIČNA SEKCIJA**

vabijo na

**IX. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU
Z MEDNARODNO UDELEŽBO**

(ob 50-letnici otroškega oddelka Splošne bolnišnice Maribor)

Maribor, Škofijska avla, 9.–11. maja 1996

PROGRAM

- | | |
|-----------------------|---|
| Četrtek, 9. maja 1996 | Socialna pediatrija
Moderator prim. dr. Kurt Kancler |
| Petek, 10. maja 1996 | Preprečevanje ateroskleroze in hipertenzije pri otrocih in mladostnikih
Moderator doc. dr. Alojz Gregorič |
| Sobota, 11. maja 1996 | Akutna driska pri otrocih
Moderator doc. dr. Dušanka Mičetić-Turk
Alergični rinitis pri otrocih
Moderator prim. dr. Aleksander Brunčko |

Prijava in informacije: Tajništvo Oddelka za otroške bolezni
Učna bolnišnica Maribor
Ljubljanska 5, 62000 Maribor
Tel.: 062/37-221, int. 34-65
Fax: 062/35-136

PRIJAVNICA

**IX. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU
Z MEDNARODNO UDELEŽBO
Maribor, 9.–11. maja 1996**

Ime in priimek: _____

Ustanova: _____

Naslov: _____

Tel.: _____

Fax: _____

se prijavljam na IX. srečanje pediatrov v Mariboru

Datum: _____ Podpis: _____

Prosimo, da prijavnico pošljete na naslov: Tajništvo Oddelka za otroške bolezni
Učna bolnišnica Maribor
Ljubljanska 5
62000 Maribor

OBVESTILO

ZDRAVNIKE, ZOBOZDRAVNIKE, MEDICINSKE SESTRE IN DRUGE ZDRAVSTVENE DELAVCE VABIMO NA
RAČUNALNIŠKI SEMINAR

IV. HIPOKRATOVI DNEVI

13. in 14. decembra 1995
v prostorih Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani

VSEBINA DELA V RAČUNALNIŠKI DELAVNICI

1. Vodeno delo na računalnikih: program HIPOKRAT v splošni, zobni in specialistični ambulanti, laboratoriju, fizioterapiji, v reševalni službi, bolnišnici
2. Vpliv dnevnega dela na mesečni obračun in statistiko
3. Uporaba programa BesAna v programih HIPOKRAT

Pravilna uporaba programov HIPOKRAT zagotavlja delo po veljavni zakonodaji in omogoča izdelavo najrazličnejših strokovnih in finančnih poročil.

VSEBINA SEKCIJE ZA SKRBNIKE SISTEMOV

1. Reševanje enostavnih problemov pri vsakodnevem delu
2. Shranjevanje podatkov
3. EDIFACT
4. Obračun in statistika
5. Konfiguracija sistema

OKROGLA MIZA

Pričakovanja in zahteve zdravstvenih in vodilnih delavcev v zvezi z uporabnostjo računalniškega programa HIPOKRAT, diskusija o nadaljnjem razvoju, možnosti uporabe podatkov za strateško odločanje, ...

V dopoldanskem času med 9. in 12. uro bodo individualne predstavitve programov HIPOKRAT za zainteresirane zdravstvene delavce.

Za informacije v zvezi s seminarjem pokličite firmo
LIST d.o.o. po telefonu 061/125 9876.

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO – SEKCIJA ZA SPLOŠNO MEDICINO

v sodelovanju s

KRKO ZDRAVILIŠČI, d.o.o.

organizira

1. KRKINE REHABILITACIJSKE DNEVE

Hoteli Otočec, 15. in 16. december 1995

PROGRAM

Petek, 15. december 1995, Sejna dvorana Hotela Šport

15.00		Pozdrav gostiteljev
15.10	<i>Martin Štefančič</i>	Mesto in vloga naravnih zdravilišč v okviru medicinske rehabilitacije
15.30	<i>Metka Križaj</i>	Pregled epidemiologije poškodb
15.50	<i>Janez Prinčič</i> <i>Marija Gažič, Martina Bregar,</i> <i>Daniilo Radošević</i>	Medicinska rehabilitacija poškodovancev Indiciranost nadaljevalnega zdravljenja
16.50	<i>Andreja Fatur-Videtič</i>	Osnovni principi medicinske rehabilitacije v Zdravilišču Dolenjske Toplice
17.10	<i>Simona Pregelj</i>	Ocena delazmožnosti poškodovancev
17.30	<i>Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije</i>	Medikamentozna podpora pri zdravljenju poškodovancev
17.50		Predstavitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja s poudarkom na možnostih zdraviliškega zdravljenja poškodovancev
		Diskusija, sklepne besede, po zaključku odhod v Dolenjske Toplice, ogled zdravilišča in večerja

Sobota, 16. december 1995, Sejna dvorana Hotela Šprt

8.30	<i>Miran Kenda</i>	Celovita rehabilitacija srčnega bolnika
8.50	<i>Daroslav Ivaškovič</i>	Rehabilitacija srčnega bolnika v Zdravilišču Šmarješke Toplice
9.10	<i>Igor Švab, Mateja Bulc</i>	Zmanjšanje dejavnikov tveganja pri delu v ambulanti splošne medicine
9.30	<i>Tomislav Majič</i>	ocena ogroženosti in delovne sposobnosti bolnikov po miokardnem infarktu
10.10	<i>M. Sečnik, A. Znidaršič</i>	Medicinska sestra v programu rehabilitacije in edukacije srčnega bolnika v Zdravilišču Šmarješke Toplice
10.30	<i>Andrej Kožar</i>	Psihološki aspekti rehabilitacije srčnega bolnika v Zdravilišču Šmarješke Toplice
10.50	<i>Iztok Gradecki</i>	Potreba po ambulantni rehabilitaciji srčnega bolnika
11.00	<i>Duša Oblak</i>	Medikamentozna podpora v rehabilitaciji srčnega bolnika
11.20		Diskusija, sklepne besede, po zaključku odhod v Šmarješke Toplice, ogled zdravilišča in kosilo

Dodatne informacije: G. *Stane Barbo*, ga. *Branka Badovinac*, tel. 068/321-830, 75-419.

Prijave: Do 10. 12. 1995, g. *Stane Barbo*, tel. 068/321-830, 75-419, 75-165 ali telefax 068/75-420.

Bivanje: Šport Hotel Otočec (nočitev z zajtrkom v 1/2 – 5.500,00 SIT, v 1/1 – 8.500,00 SIT).

Kotizacija: 10.000,00 SIT, plača se na ŽR 52100-603-30970 ali pred pričetkom seminarja.

Zdravniška zbornica Slovenije bo priznala udeležbo pri podaljšanju licence za zdravnike v splošni medicini.

INŠTITUT ZA PATOLOGIJO
 INŠTITUT ZA ANATOMIJO
 INŠTITUT ZA HISTOLOGIJO IN EMBRIOLOGIJO
 INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO
 MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

prirejajo ob sodelovanju

KLINIKE ZA EMBRIOLOGIJO IN BOLEZNI PRESNOVE
 KLINIKE ZA NUKLEARNO MEDICINO
 INŠTITUTA ZA RADIOLOGIJO KLINIČNEGA CENTRA
 ONKOLOŠKEGA INŠTITUTA V LJUBLJANI

26. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA Z MEDNARODNO UDELEŽBO

s strokovno temo

DIFUZNI NEUROENDOKRINI SISTEM

v četrtek in petek, 7. in 8. decembra 1995, v veliki predavalnici Medicinske fakultete, Korytkova 2

STROKOVNI PROGRAM

Četrtek, 7. decembra

- | | | |
|--|------------------|--|
| <i>S. Falkmer</i> | <i>Stockholm</i> | Introductory review of the diffuse neuroendocrine system |
| <i>G. Bussolati</i> | <i>Torino</i> | Contribution of molecular biology to the study of neuroendocrine tumors |
| <i>S. Markovič</i> | | Klinika endokrinih tumorjev prebavil
Usmerjena diskusija o bolniku s karcinoidom v prebavilih
Moderator: <i>S. Markovič</i>
Sodelujejo: <i>N. Budihna, E. Brenčič, A. Cerar, F. Jelenc</i> |
| <i>B. Vodopivec in sod.</i> | | Hiperplazija endokrinih celic v prebavilih |
| <i>S. Falkmer</i> | <i>Stockholm</i> | Etiology and pathogenesis of hypergastrinaemia – associated gastric carcinoids |
| <i>T. Rott, A. Hvala,
A. Vodovnik</i> | | Imunohistologija in elektronska mikroskopija v diagnozi in klasifikaciji neuroendokrinih tumorjev |
| <i>Ž. Pohar-Marinšek,
M. Us-Krašovec</i> | | Citopatologija neuroendokrinih tumorjev
Usmerjena diskusija o bolniku z inzulinomom
Moderator: <i>F. Mrevlje</i>
Sodelujejo: <i>S. Štepec, E. Brenčič, M. Šurlan, S. Repše, P. Berden, T. Rott</i> |
| <i>O. Vraspir-Porenta</i> | | Embriogeneza in anatomija obščitnic
Usmerjena diskusija o bolniku s hiperparatiroidizmom
Moderator: <i>A. Kocijančič</i>
Sodelujejo: <i>U. Gantar-Rott, N. Budihna, A. Perovič, J. Eržen, T. Rott</i> |

Petek, 8. decembra

- | | | |
|-------------------|------------------|--|
| <i>U. Falkmer</i> | <i>Stockholm</i> | Peculiar signs and symptoms in patients with neuroendocrine tumors
Usmerjena diskusija o bolniku s hipofiznim tumorjem
Moderator: <i>J. Lamovec</i>
Sodelujejo: <i>M. Pfeifer, J. Knific, M. Škrbec</i> |
|-------------------|------------------|--|

A. Mašera in sod.		neuroendokrini diferenciacija karcinoma sečnega mehurja
V. Ferlan-Marolt in sod.		Primarni jetrni tumorji z neuroendokrino diferenciacijo
U. Falkmer	<i>Stockholm</i>	Basic aspects on the therapy of neuroendocrine neoplastic diseases
V. Eusebi	<i>Bologna</i>	Neuroendocrine tumours of the skin
U. Gantar-Rott in sod.		Predstavitev dveh bolnikov z malignim melanomom in feokromocitomom Usmerjena diskusija o bolniku z multiplo endokrino neoplazijo Moderator: J. Preželj Sodelujejo: J. Lamovec, N. Budihna, D. Bergant
V. Gould	<i>Chicago</i>	Neuroendocrine differentiation in PNET
D. Praprotnik, M. Popovič		Primitivni neuroektodermalni tumorji (PNET) v centralnem živčevju
R. Golouh in sod.		PNET mehkih tkiv in kosti

Za udeležbo na 26. mednarodnem memorialnem sestanku prof. Janeza Plečnika ni potrebno plačilo kotizacije. Zdravniška zbornica Slovenije bo strokovno izpopolnjevanje na sestanku upoštevala pri podaljševanju licence zdravnikom.

Blaž Mlačak: ANGIOLOGIJA ZA PRAKSO

Neugoden izid zdravljenja je lahko posledica strokovne napake, pogojene z nezadostnim znanjem zdravnika ali z opuščanjem pravih diagnostičnih in terapevtskih ukrepov. Zato je nujno nenehno obnavljanje znanja. Monografija B. Mlačka je pomemben prispevek k tem prizadevanjem. Knjiga je pisana kot strokovni priručnik in je namenjena predvsem splošnemu zdravniku, vendar bo zaradi dostopnega razgledanja, jasnih opisov in preglednih napotkov za prakso koristila tudi zdravnikom pripravnikom, študentom medicine in zdravnikovim sodelavcem, ki se ukvarjajo z boleznimi ožilja. (Recenzija: prof. dr. J. Jezernik-Leskovšek, dr. med.)

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam knjigo ANGIOLOGIJA ZA PRAKSO. Cena 4.000,00 SIT.

Priimek in ime: _____ Tel.: _____

Naslov: _____ Poštna št.: _____

Podjetje: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Izpolnjeno naročilnico pošljite na naslov:
Slovensko zdravniško društvo, Komenskega 4, 61000 Ljubljana, tel. 061/323-469.

**ZAVAROVALNICA TRIGLAV
OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA**
LJUBLJANA, Miklošičeva 10
Telefon 061/13-24-211

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKODRUŠTVO

LJUBLJANA, Komenskega 4
Telefon 061/323-469
Ljubljana, 15. december 1995

ČLANOM SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Kolektivno nezgodno zavarovanje

Z veljavnostjo dne 1. januarja 1996 pristopate h kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju članov SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA. Možnosti kolektivnega nezgodnega zavarovanja so sledeče:

OBLIKA A: Številka police: 00000

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:

- nezgodne smrti	3.000.000,00 SIT
- nezgodne invalidnosti do	6.000.000,00 SIT
- dnevne odškodnine	3.000,00 SIT
- smrti zaradi bolezni	500.000,00 SIT
- stroškov zdravljenja do	50.000,00 SIT
- letna premija na osebo	15.066,50 SIT
- polletni obrok	8.257,70 SIT

OBLIKA B: Številka police: 00000

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:

- nezgodne smrti	3.000.000,00 SIT
- nezgodne invalidnosti do	6.000.000,00 SIT
- letna premija na osebo	4.524,70 SIT
- polletni obrok	2.479,00 SIT

V premiji je obračunano doplačilo za kritje inflacije, popust na letno plačilo ter 5 odstotkov prometnega davka.

Vsak se lahko zavaruje v eni ali obeh oblikah.

Kolektivno nezgodno zavarovanje začne 1. 1. 1996, če zavarovanci do takrat pošljejo novo pristopno izjavo in plačajo ustrezno premijo. Pozneje med letom pa jamstvo po novi izjavi teče od 24. ure dneva plačila premije. (Premija se obračunava v dvanajstinah skupne letne premije – povečane za 10% za vse zavarovance, ki so navedeni na pristopni izjavi, vključno z mesecem pristopa in za vse preostale mesece do konca zavarovalnega leta.) Zavarovancem iz dosedanjega kolektivnega zavarovanja članov ZDS se podaljša sedanje jamstvo do dneva plačila premije po novih oblikah zavarovanja, vendar ne dlje kot do 31. januarja 1996, ko mora biti plačana premija za leto 1996.

H kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju članov SZD lahko pristopijo:

- član SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
- zakonec zavarovanega člana SZD
- njegovi otroci
- zaposleni delavci v njegovi ordinaciji
- zaposleni delavci pri SZD in njihovi zakonci ter otroci

V zavarovanje se ne morejo vključiti osebe, ki še niso dopolnile 14 let in osebe, ki so starejše kot 75 let!

Za prijavo pristopa v novo kolektivno nezgodno zavarovanje članov SZD prilagamo obrazec pristopne izjave, katerega izpolnite, podpisite in vrnite na naslov ZAVAROVALNICE TRIGLAV, D. D., OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA, Ljubljana, Miklošičeva 10 in obenem poravnajte ustrezno premijo na račun:

PRISTOPNA IZJAVA

zdravnik
1996

I. Podpisani _____ roj.

zdravnik v _____

pristopam h kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju zdravnikov pri ZAVAROVALNICI TRIGLAV D.D., OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA in sicer:

po obliki _____, _____; št. pol.: _____, _____,

zavarovanja, kakor omenja okrožnica ZAVAROVALNICE in SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA, z dne 15. 12. 1995.

II. Pristopajo tudi:

a) njegov zakonec _____ roj. _____

po obliki _____, _____; št. pol.: _____, _____,

b) njegovi otroci _____ roj. _____

_____ roj. _____

_____ roj. _____

_____ roj. _____

po obliki _____, _____; št. pol.: _____, _____,

č) zaposleni delavci v njegovi ordinaciji

ime in priimek _____ roj. _____

po obliki _____, _____; št. pol.: _____, _____,

ime in priimek _____ roj. _____

po obliki _____, _____; št. pol.: _____, _____,

ime in priimek _____ roj. _____

po obliki _____, _____; št. pol.: _____, _____,

V _____, dne _____

Žig in podpis zdravnika _____

BOLNIŠNICA TOPOLŠICA
Pljučni oddelek
 predstojnik **mag. Igor Koren, dr. med.**

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO VELENJE
Velenje
 predsednik **Apolon Marolt, dr. med.**

vljudno vabita na predavanje
PRIMARNI PLJUČNI RAK

v **četrtek, 1. februarja 1996**
 v **Topolšici, hotel Vesna**

17.30–18.00			Prihod in ogled razstavnega prostora
18.00–18.05	I. Koren	<i>Topolšica</i>	Pozdrav in uvodne misli
18.05–18.15	S. Kajba	<i>Topolšica</i>	Epidemiologija pljučnega raka
18.15–18.25	L. Rezar	<i>Topolšica</i>	Anamneza in klinična slika
18.25–18.35	J. Zalar	<i>Maribor</i>	Rentgenološka diagnostika
18.35–18.45	B. Červenjak	<i>Topolšica</i>	Invazivna pljučna diagnostika
18.45–18.55	A. Fokter, B. Kavčič	<i>Celje</i>	Histološka slika
18.55–19.05	I. Koren, J. Panjan	<i>Topolšica</i>	Naši rezultati za leto 1995
19.05–19.15	J. Antonič, A. Crnjac, A. Zorko	<i>Maribor</i>	Kirurška terapija
19.15–19.25	M. Drnovšek, A. Pečnik	<i>Topolšica</i>	Onkološka in simptomatska terapija
19.25–20.00			Razprava
20.00–			Družabno srečanje s skupno večerjo

Kotizacije ni!

Informacije: – strokovne: **mag. Igor Koren, dr. med.**, Bolnišnica Topolšica
 – organizacijske: **Damjan Justinek, dr. med.**, Bolnišnica Topolšica
 Topolšica 61, 63326 Topolšica, te. 063/892-110, fax 063/892-154.

IZJAVA

Izjavljam, da nisem bila recenzentka knjižice »Zdravljenje infekcij dihal«, ki jo je napisala prof. dr. Ema Mušič in izdala tovarna LEK, kot je to navedeno v knjižici. Seznanjena sem bila samo z osnutkom besedila. To sporočilo objavljam tudi zato, ker nekatere navedbe v knjižici niso povsem v skladu z doktrinarnimi stališči Infekcijske klinike.

Ljubljana, 30. 10. 1995

Prof. dr. Marica Marolt-Gomišček

Nekrologi

IN MEMORIAM

DR. MED. DUŠANKE PERTOT-NOLIMAL

Maja Mibelič-Brčić

Izgubili smo sijajno prijateljico, do skrajnosti nesebično kolegico in izjemno vestno, nadvse požrtvovalno specialistko interne medicine Bolnišnice dr. Petra Držaja, zdravnico Dušanko Pertot-Nolimal.

Niti slutiti nismo mogli, da nam s svojo obzirno molčečnostjo, s katero nam je prikrivala vrsto nevšečnosti, skriva tudi grozljiv občutek nevarnosti pritrjene bolezn, ki jo je na koncu tudi iztrgala iz naših vrst.

Seveda: naša stoična modrost vse zavija v izraze neizprososti in dokončnosti odločitev in vedno znova potrjuje, da naj vidimo v tem tudi dele življenja, s katerimi se naše bivanje na tem svetu gradi, pa tudi izteka, ugasne. Kakor pravi francoski pesnik: «On sort, on crie, c'est la vie, ...on crie, on sort, c'est la mort!» Skoraj iste besede, ki določajo amplitudo našega bivanja. In vendar jih loči izbor življenjske poti, ki je našo drago Dušanko v ne malo odlikah vključeval med tiste, ki so bili izjemni zdravniki, vedno slepo predani svojim dolžnostim, pa tudi različnim obremenitvam in izjemno diskretnemu prenašanju zakonov zdravniške etike in odgovornosti. Bila je do skrajnosti zanesljiva, včasih skoraj malce naivna, v svoji dobroti pa prav gotovo izjemna, pokončna oseba in znala je tako radodarno pomagati vsem, ki smo prijateljico, nasvet in razumevanje velikokrat tako potrebovali.



Draga Dušanka! Spoštujemo in cenimo Tvoje nesebično, naklonjeno in pozorno poslušanje in razreševanje problemov in težav, nas zdravnikov in vseh naših in Tvojih bolnikov, radodarno, izjemno zvesto navzočnost in neusahljivo predanost, s katero si predvsem drugim lepšala življenje in vzbujala zaupanje v človeško solidarnost vseh razsežnosti, Tvojo nesebično pomoč, ki smo jo tolikokrat potrebovali in se z njo tudi zavestno okoriščali, vse Tvoje obveznosti in dolžnosti, ki jih enostavne, skope besede ne morejo opisati, ne oceniti, vse Tvoje besede razumevanja, ki so bile vedno namenjene vsakomur, posebno pa nam, Tvojim kolegom zdravnikom vseh oddelkov in vseh oznak poklica, za katerega nisi nikdar poznala besed, s katerimi bi se tolikokrat lahko zatekla v neopravičljivo izgovarjanje «To ni z mojega področja».

Na Tvoje področje so enostavno sodili vsi problemi, vse bolezni in vsi bolniki, vsi Tvoji domači in profesionalni kolegi Bolnišnice dr. Petra Držaja, v kateri si predano živela in delovala kot zdravnica, strokovnjakinja za internistiko dolga desetletja. Za vso Tvojo stalno pripravljenost, pomagati kadarkoli in vsem, za vse razumevanje in dobroto, ki je mejila že na naivno odločenost, pomagati vsakomur in vsakokrat, za vse Tvoje delo in bivanje med nami – iskrena hvala.

Mednarodno sodelovanje

POROČILO

Š 47. SKUPŠČINE SVETOVNEGA
ZDRAVNIŠKEGA ZDRUŽENJA,
NUSA DUA, BALI, INDONEZIJA

4.–8. septembra 1995

Marjan Premik

Svetovno zdravniško združenje (World Medical Association, v nadaljnjem besedilu WMA) je letošnje že sedeminštirideseto skupščino organiziralo v sodelovanju z indonezijskimi kolegi v čudovitem okolju Nusa Due na otoku Bali.

Svečani del skupščine je potekal tako, da je delegate in goste iz 66 držav najprej pozdravil dr. A. Aswar, predsednik indonezijskega zdravniškega društva kot predstavnik lokalnega organizatorja. Njemu je sledil pozdravni govor dosedanje predsednice WMA prof. dr. Kincaid-Smith iz Avstralije. Za njo je dobrodošlico delegatom in oris zdravstva v Indoneziji podal indonezijski minister za zdravstvo. Osrednji govornik otvoritvenega dela srečanja pa je bil podpredsednik indonezijske republike gospod Try Sutrisno, ki je podal globalni pogled na pomen in vlogo zdravnikov ter izzive, ki jih za zdravstvo prinaša demografski, tehnološki, gospodarski in politični razvoj v svetu. Posebej se je dotaknil načrtovanja družine, podčrtal uspehe, ki jih pri tem doživlja Indonezija, ter poudaril, da načrtovanje družine ne pomeni samo zmanjševanje števila otrok, temveč ustvarjanje majhnih, srečnih in uspešnih družin, kar je pogoj za zdravje, edukacijo in sploh hitrejšo socioekonomsko prosperiteto družbe. Otvoritvene svečanosti so bile popestrene z zvoki indonezijske nacionalne glasbe ter nepozabnimi plesnimi stvaritvami plesalk z Balija.

Delovno je skupščino vodil predsednik Sveta (WMA Council) dr. A. Milton – Šved po narodnosti. Po prvem delu, ko so se opravile običajne formalnosti (sprejem zapisnika pretekle skupščine, ugotovitve sklepčnosti ipd.), se je začela predaja funkcij odhajajoče predsednice prof. P. Kincaid-Smith in ustoličenje novega, že na prejšnji skupščini izvoljenega novega predsednika dr. J. Moulina. Tradicionalni protokol zahteva, da odhajajoči in nastopajoči predsednik naslovita na skupščino nekaj besed. Prvi o tem, kaj je bilo v njegovem obdobju narejenega, drugi pa o programu in težnjah, ki jih bo v prihajajočem obdobju zastopal, da bi ohranil in razvijal vrednote in kontinuiteto, za katero si prizadeva zdravništvo vsega sveta. Volitve in menjave predsednikov grede po ameriškem sistemu (president elect, president in charge, im-mediate past president).

Na skupščini so bile obravnavane tudi nove vloge nacionalnih zdravniških društev za včlanitev v WMA, tokrat iz Gane, Urugvaja in Slovaške. Sprejeti sta bili društvi iz Gane in Urugvaja, tako da WMA kot neodvisna konfederacija nacionalnih medicinskih asociacij zdaj šteje že 66 držav. Sprejem slovaškega zdravniškega društva je bilo zaradi formalnih razlogov prestavljeno na naslednje leto, ker je prepozno poslalo dokumentacijo, ki je niso mogle proučiti in podpreti vse, po statutu WMA pristojne delovne komisije in izvršilna telesa. Z veliko gotovostjo pa lahko napovedujem, da bo Slovaško zdravniško društvo sprejeto na naslednji skupščini WMA.

Največ časa so delegati porabili za sprejemanje stališč, priporočil in deklaracij s področja sociomedicinskih zadev in medicinske etike. Skupščina sklepa o sprejemu stališč, priporočil in deklaracij potem, ko jih na osnovi predloga katere od nacionalnih organizacij in po pridobitvi mnenj članic, te v obliki predloga skupščini posreduje etični ali sociomedicinski odbor. Na dnevnem redu je bilo več zadev, med katerimi so bile nekatere sprejete, druge pa vrnjene v ponovno proučitev oziroma ustrežnejšo formulacijo. Dogaja se, da nekatere občutljive zadeve tudi po večkrat obravnavajo na letnih skupščinah, preden pride do večinskega soglasja.

Na tokratni 47. skupščini so bila po daljši razpravi sprejeta naslednja stališča in priporočila*:

Predpisovanje nadomestnih zdravil pri izvenbolnišničnih bolnikih, zasvojenih z opiatnimi drogami; tu WMA priporoča oziroma daje splošna navodila zdravnikom, kako naj na osnovi ustrezne dokumentacije obravnavajo z drogami zasvojene bolnike.

Etični vidiki redukcije embrionov; tu WMA priporoča, da naj, kadarkoli je mogoče, zdravnik preprečuje večplodno nosečnost, v primeru večplodne nosečnosti dosledno upošteva obvezo obveščanja staršev o razlogih za redukcijske postopke in možnih spremljajočih tveganjih ter da postopki ne morejo biti izvedeni brez njihove privolitve.

Promocija zdravja; tu želi WMA oskrbeti zdravnike in njihova nacionalna združenja z navodili, kako obravnavati in opredeljevati svojo vlogo v dokumentih, ki vključujejo odgovornost zdravnikov in njihovih združenj v aktivnostih za promocijo zdravja.

Etični problemi, ki zadevajo duševno bolne bolnike; tu se obravnavajo nekatere specifične zadeve, ki jih srečujejo psihiatri na svojem strokovnem področju.



Sl. 1. Doc. dr. Marjan Premik, delegat Slovenskega zdravniškega društva (desno), v družbi z novim predsednikom Svetovnega zdravniškega združenja dr. J. Moulinom.

Poleg naštetih stališč so bile na tej skupščini obravnavane tudi nekatere dopolnitve k že prej sprejetim resolucijam. Tako je bil sprejet dodatek k Resoluciji WMA o človekovih pravicah, ki zadeva poziv nacionalnim zdravniškim združenjem, da podprejo posamezne zdravnike, ko ti opozarjajo na kršenje človekovih pravic v njihovih državah.

Nadalje je bil sprejet dodatek k opredelitvi zlorabe in zanemarjanja otrok. Dodatek se nanaša na delovni prispevek otrok, ki ga je treba priznati in spodbujati v družini, vse dokler to delo prispeva k otrokovemu lastnemu razvoju. V nasprotju s tem pa izkoriščanje otrok na tržišču delovne sile depravira otroštvo, odvzema izobraževalne možnosti ter ogroža sedanje in bodoče zdravje otrok. WMA smatra takšno izkoriščanje za resno obliko zanemarjanja in zlorabe otrok.

Spremenjena in dopolnjena je bila tudi deklaracija WMA iz Lizbone o pravicah bolnika. Spremenjena deklaracija vsebuje vse, kar je bilo že v lizbonski deklaraciji, novo besedilo se razlikuje v drugačni sistematiki in jasnejši diktaciji. Poleg uvoda so v deklaraciji razdelana že znana načela, ki zadevajo: pravico do kakovostne medicinske oskrbe, pravico do proste izbire zdravnika, pravico do

samoodločitve, pravice nezavestnega bolnika, pravice opravilno nesposobnih bolnikov, postopke proti volji bolnika, pravico do dostojanstva ter pravico do verske pomoči. Veliko razprave je povzročil predlog danskih predstavnikov, da bi v točki, ki obravnava nezavestnega bolnika, v besedilu »vsekakor pa si mora zdravnik vedno prizadevati za rešitev nezavestnega bolnika, ki je poizkušal samomor«, črtali besedo vedno. Z veliko večino, vendar ne s soglasjem, je bil danski predlog zavrnjen.

Skupščina je soglasno sprejela tudi resolucijo, ki se nanaša na preizkuse z jedrskim orožjem, v kateri se zavzema za takojšnjo ustavitev preizkusov in poziva članice WMA, da naj opozorijo svoje vlade na škodljive posledice jedrskega orožja.

Nekatera predlagana stališča so bila zaradi nedodelanosti in različnih pomislekov vrnjena v nadaljnje proučevanje in oblikovanje, med njimi tudi stališča v zvezi s pravico žensk do kontracepcije, problemi v zvezi z zdravjem žensk, s čezmerno in napačno uporabo antibiotikov, zdravstvenim varstvom starih, s kloniranjem humanih embrionov, etičnimi vidiki razporeditve sredstev za zdravstveno varstvo itn.

Skupščina je obravnavala in sprejela tudi finančno poročilo, ki ga je podal predsednik komiteja za finance in plan dr. J. S. Todd (sicer generalni sekretar AMA, Zveze ameriških zdravnikov). Poudaril je, da je splošno finančno stanje WMA solidno, je pa zaradi naraščajočih stroškov in padca dohodkov od članarin treba zmanjšati proračun in drugače določiti proračunske postavke. Celokupni prihodki WMA so v letu 1994 znašali 1,037.882 am. dolarjev, medtem ko so jih odhodki presegle za 63.572 dolarjev, delno tudi zaradi nihanja deviznih tečajev in neplačanih članarin. Predvideni in na skupščini potrjeni plan WMA za leto 1996 znaša 1,050.000 am. dolarjev. Iz dokumentacije je bilo razvidno, da SZD redno plačuje svoje obveznosti do WMA.

Na skupščini smo volili tudi bodočega predsednika (president elect), ki bo prevzel funkcijo šele na naslednji skupščini. Bila sta dva kandidata, indonezijski zdravnik dr. A. Aswar in dr. B. B. Mandell iz Južnoafriške republike. Ker se je dr. Aswar tik pred volitvami odpovedal kandidaturi, je bil z aklamacijo izvoljen dr. Mandell, ki je znan velikemu številu delegacij tudi zaradi svojih načelnih etičnih stališč še iz časov apartheida.

Med drugim je bil določen tudi kraj in datum 48. letne skupščine WMA, ki bo od 22.–26. oktobra 1996 v Somerset West (blizu Capetowna) v Južnoafriški republiki.

Zastopano delegacij iz različnih držav članic je seveda različna in je odvisna tudi od velikosti držav oziroma »številčne moči« nacionalnega zdravniškega združenja. Najmočnejše delegacije, npr. nemška, japonska ali ameriška, štejejo tudi po več kot deset predstavnikov, pa tudi delegacije iz manjših držav imajo v delegaciji več zdravnikov, četudi imajo samo en glas v skupščini. Pravila WMA dovoljujejo, da je poleg delegata navzoč še njegov namestnik in dva opazovalca, kar omogoča sprotne konzultacije in boljšo odzivnost na probleme, ki se pojavljajo, pa tudi sprejemanje in nato širjenje politike WMA na nacionalne organizacije je tako uspešnejše. V okviru SZD bomo zato morali postopoma najti sredstva za kontinuiran in dovolj širok stik z vsemi organi WMA, zlasti z njeno skupščino.

Ob skupščini WMA je bil organiziran tudi strokovni del s temo »Populacijska politika, reproduktivno zdravje in načrtovanje družine«. Vabljeni predavatelji in uvodničarji so bili prof. H. Suyono iz Indonezije s predavanjem »Kako populacijska politika in zdravje prebivalstva sonaravno vplivata na ekonomsko rast in razvoj«; prof. P. Makinwa Adebusoye iz Nigerije s predavanjem »Relativna vloga prispevanja moških in žensk k reprodukcijskemu zdravju in načrtovanju družine« ter prof. J. Bernard Truc iz Francije »O problemih medicinske znanosti glede na reprodukcijsko zdravje in načrtovanje družine«. Poleg živahne razprave, kjer sem udeležence lahko seznanil z nekaterimi značilnostmi demografskega prehoda v Sloveniji, smo imeli udeleženci priložnost tudi terenskega oglada organiziranosti in izvedbe načrtovanja družine v provinci na otoku Bali. Načrtovanje družine je indonezijska državna politika in jo po enakem vzorcu izvajajo v vseh provincah.

* Sprejeta stališča bodo v celoti objavljena v eni od naslednjih števil Zdravniškega vestnika.

Za konec poročila naj navedem še nekaj osebnih vtisov. Organizacija srečanja je bila brezhibna, k čemur so vsekakor prispevali s svojo izjemno gostoljubnostjo indonezijski kolegi in nepozabni prebivalci Balija. Zame je otok Bali nekaj posebnega, predvsem zaradi svojih prebivalcev in edinstvene kulture, ki se odraža zlasti v izjemno prijaznih medsebojnih socialnih odnosih, svojski sicer religiji hindu, kot tudi v slikovitem prepletu naravnih in ustvarjenih lepot. Zatorej ni presenetljivo, da nekateri govorijo o Baliju kot o otoku bogov in kraju, kjer se rodi jutro. Žal pa to idiliko od časa do časa zmoti vsiljen državni kolektivizem, ki smo ga nekateri bolj občutljivi zaznali skozi prikrite oblike nadzora, ustvarjanja reda in poveljevanja političnih voditeljev. Ne glede na to pa ostaja dejstvo, da je 47. skupščina WMA v organizacijskem, strokovnem in družabnem pogledu uspela. Da je bilo na njej tudi Slovensko zdravniško društvo, pa je zasluga tudi Ministrstva za zdravstvo in Ministrstva za znanost in tehnologijo ter tovarne Krka, ki so v ta namen z razumevanjem finančno podprli SZD.

21. MEDNARODNI PEDIATRIČNI KONGRES V KAIRU 10. do 15. septembra 1995

Ivan Vidmar

Mednarodno pediatrično združenje (IPA, International Pediatric Association) je bilo ustanovljeno leta 1910 kot zveza nacionalnih pediatričnih organizacij z namenom, da se pospešuje razvoj otroškega zdravstva po celem svetu. Mednarodni kongres, ki naj bi pokazal presek stanja vsaka tri leta, je leta 1995 potekal v Kairu z geslom: Za boljše otroštvo – novi vidiki za prihajajoče stoletje. Pediatrija se je doslej razvila že na vrsto subspecialnosti, ki imajo svoje organizacije in svoja srečanja, tako da takšen vsepediatrični kongres le težka povzame vse strokovne dosežke nekega trenutka in zelo plašno predlaga smernice nadaljnjih raziskav. Je pa zato prisotna močna ideja integralne pediatrije, ki obsega obdobje od neonatologije do končane adolescence, in strokovna mnenja, ki se izkristalizirajo na takšnem kongresu, so tako dejansko namenjena otrokovemu zdravju v celoti (ki ne obsega le odsotnost bolezni).

Vloga IPA na področju vzgoje in izobraževanja

S sodelovanjem WHO in Unicefa organizira kratka srečanja z majhnim številom vrhunskih strokovnjakov kakega področja in pomembnih akademskih in političnih osebnosti iz zdravstva kake regije, da se predstavi strokovna doktrina in preveri, ali se lahko vpelje v širšo zdravstveno politiko.

Tako so namreč leta 1994 dosegli, da sta Indija in Pakistan, katerih 40% prebivalstva tvorijo otroci, uvedla pediatrijo v sestavni del zaključnega izpita na medicinski fakulteti.

Veliki naporji gredo tudi v smeri, da bi vse nosečnice dobivale dodatek folne kisline.

IPA ima tudi zelo jasno stališče v spodbujanju načrtovanja družine.

Sodelovanje IPA z ostalimi mednarodnimi organizacijami

To je izredno razvejano in poleg že omenjenih WHO in Unicefa sega tudi na različna medregijska združenja. Zelo učinkovito je bilo sodelovanje s pediatri in drugimi zdravstvenimi delavci v turško govorečih državah bivše Sovjetske zveze o organizaciji vakcinacije.

V Trstu so pripravili sestanek pediatrov vseh držav in nekaterih regij bivše Jugoslavije (Slovenijo so zastopali A. Kos, C. Kržišnik in M. Kuhar), da bi izboljšali zdravstveno oskrbo otrok tam, kjer je to najbolj pereče (vojno področje in begunci).

Od strokovnih organizacij pa ima IPA največ stikov z Mednarodno zvezo ginekologov in porodničarjev, zlasti na področju izboljšanja materinega zdravja.

Izdaja strokovne revije International Child Health

Začela je izhajati leta 1990 in nekaj izvodov prispe tudi v Slovenijo. Vsebinski poudarek revije je na otroškem zdravstvu v najširšem smislu, zlasti na problemih nerazvitega sveta.

Delo ekspertnih svetovalcev

To sega na vsa področja pediatričnih subspecialnosti, vedno novi pa se pojavljajo na področju socialne medicine. Tako sta bila v zadnjem času ustanovljena Komite za otroke v vojnah in naravnih nesrečah ter Komite za rast in razvoj otrok v neugodnih okoliščinah, IPA pa sprejema vlogo mednarodnega advokata otrok v takšnih razmerah. Dejavnost teh dveh komitejev zaenkrat sloni na formulaciji resolucij, ki povzemajo glavne tvorstne probleme in so namenjene raznim vladnim in nevladnim uradom in organizacijam, da se z njimi seznanijo in seveda tudi kaj ukrepejo.

Slovenski pediatri

sodelujemo na mednarodnih kongresih IPA že vrsto let, zlasti v strokovnem delu. Precej bolj pičlo je bilo sodelovanje bivšega Združenja pediatrov Jugoslavije, saj zaradi neplačevanja članarine (vsako nacionalno društvo mora nakazati IPA letno po 2 CHF za vsakega svojega člana) in verjetno tudi siceršnjega nezanimanja za IPA naša bivša država nemalokrat ni sodelovala na zasedanjih Sveta nacionalnih delegatov in bila tako izključena pri odločitvah o strateškem pristopu zdravja otrok in mladostnikov.

Po osamosvojitvi Slovenije je Pediatrična sekcija Slovenskega zdravniškega društva takoj kandidirala za članstvo v IPA in po tem, ko je predhodno izpolnila vse pogoje in predložila obsežno dokumentacijo, postala leta 1992 njena članica.

Na kongresu v Kairu so poleg podpisanega (kot tajnik sem zastopal Pediatrično sekcijo SZD na zasedanju Sveta nacionalnih delegatov – tokrat nas je bilo navzočih 72) strokovno sodelovali še štirje slovenski pediatri, s skupno petimi aktivnimi prispevki in na nekatere je bil zelo živahen odziv. Poleg predavanja sem tudi predsedoval razpravi na okrogli mizi.

O vsebinski širini kongresa, ki je nemalokrat preraščala v mednarodno politično konferenco, priča tudi dejstvo, da so prav vsi pediatri, s katerimi sem prišel v stik (tudi iz Azije in Južne Amerike), Slovenijo poznali. Na moje začudenje (kajti na strokovnih srečanjih ožjih specialnosti v Evropi večkrat ni tako) in nejeverni pogled sem dobil odgovore: saj sem se že srečal z vašim predsednikom M. Kučanom, saj vemo, da težite proti centralni Evropi in vas Balkan ne zanima, saj imate najboljše gospodarske in zdravstvene kazalnike med evropskimi državami v prehodnem obdobju, saj bo v Ljubljani svetovni nevro-pediatrični kongres ipd. Prihodnji Mednarodni pediatrični kongres bo leta 1998 v Amsterdamu (verjetno meseca avgusta).

POROČILO
O UDELEŽBI NA SESTANKU:
ERO WORKING GROUP
»BRAINSTORMING CELL«

Matjaž Rode

Kot član zgoraj navedene delovne skupine, ki deluje pri Evropskem stomatološkem združenju (ERO), sem se udeležil sestanka skupine, ki je bil dne 24. avgusta 1995 v prostorih Flamskega stomatološkega združenja v Bruslju.

Sestanka so se udeležili vsi člani delovne skupine, ki prihajajo iz Francije, Danske, Belgije, Italije, Švice, Madžarske, Češke in Slovenije.

Na dnevnem redu je bila razprava o strategiji bodoče organiziranosti evropskega zobozdravstva. Pri tem je pojem »Evropa« rezerviran predvsem za skupino držav Evropske skupnosti in držav, ki na članstvo še čakajo.

Vsak član skupine je najprej povedal svojo vizijo organizacije zobozdravstva v svoji deželi, predvsem pa svoje predstave o povezanosti evropskega zobozdravstva in vlogi ERO pri krepitvi stanovske podobnosti.

Moderator in gostitelj tega srečanja, dr. Stefaan Hanson, ki je tudi podpredsednik ERO, je poudaril že na začetku, da je ERO zelo upoštevana nevladna stanovska organizacija, kadar v Komisiji za zdravstvo pri Evropski skupnosti razpravljajo o osnovni strategiji organiziranosti evropskega zobozdravstva. Organizatorji srečanj držav članic Evropske skupnosti (EU) se vedno bolj zavedajo, da je dobro, da obstajajo strokovne asociacije, v katerih so lahko kot redne članice, in ne le kot opazovalke tudi druge evropske države.

Stomatološke asociacije držav članic EU so se pred kratkim sešle v Londonu in želele ustanoviti svojo – vzporedno – strokovno združenje in prav prisotnost ERO funkcionarjev je osnovanje tega »ekskluzivnega kluba« preprečila.

Prav to vlogo ERO so vsi člani delovne skupine še posebno poudarjali, saj je le stalni stik stroke z razvitimi pogoj za napredovanje znanja in organiziranosti. Pomen sodelovanja v notni evropski asociaciji je zelo poudarjala tudi prof. Jolan Banoczyjeva, predsednica madžarskega stomatološkega združenja.

Skupina je zato na koncu razprave tudi pripravila priporočilo za izvršni odbor ERO, ki predlaga še tesnejše sodelovanje in izmenjavo izkušenj med posameznimi evropskimi stomatološkimi asociacijami pod okriljem ERO.

Kaj konkretno narediti, da bi sodelovanje zares zaživel, je bila druga točka dnevnega reda tega srečanja. Predstavniki »novonastalih« evropskih držav smo predlagali, da se čim prej izdelajo kriteriji za ekvivalenco diplom, saj je to že danes pomembna tema za vsako stroko, ki želi biti prisotna v Evropi. ERO bo s svojimi strokovnimi skupinami tudi aktivno sodeloval pri pripravi vsebin za specializacije v stomatologiji, ki jih (bo) priznala EU. ERO bo pripravil tudi »učne delavnice« o načinu sodelovanja (ali pa nesodelovanja) z ostalimi partnerji, ki so zadolženi za organizacijo in izvajanje (zobo)zdravstvenega varstva v posameznih državah. Ta moj predlog so še posebno podprli tisti, ki poznajo težave, ki jih imajo stomatologi v evropskih državah, ki so pred kratkim prešle v drug sistem (zobo)zdravstvenega varstva, ko se pogovarjajo s partnerji (zavarovalništvo, vlada).

Kot vsa podobna druženja v delovnih skupinah ERO, ki sem se jih že udeležil, je tudi to potekalo izredno delovno. Vse razprave so – čeprav včasih živahne – potekale argumentirano in so bile vsaj zame, ki sem v zadnjem času navajen na čustvene in zelo subjektivno obarvane »slapove lepo- in grdorečja«, dokaz več, kako težko se je priučiti evropski demokratični misli.

Udeležbo na srečanju sta mi finančno omogočila Ministrstvo za zdravstvo R Slovenije in Stomatološka sekcija SZD.

Ministrstvu se na tem mestu zahvaljujem za pomoč.

Strokovno izpopolnjevanje

SMISEL IZOBRAŽEVANJA JE,
DA PRAZNO GLAVO NADOMESTIMO
Z ODPRTO

Poročilo s 4. mednarodne učne delavnice
»Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom«

Danica Rotar-Paulič

Sekcija za splošno medicino pri SZD je pod pokroviteljstvom Medicinske fakultete, Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije in Evropskega združenja učiteljev v splošni medicini (EURACT) tudi letos pripravila mednarodno učno delavnico za zdravnike splošne medicine z naslovom »Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom«. Srečanje, ki je potekalo od 5. do 9. 9. 1995 v Gozd Martuljku, so finančno podprli Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvo za zdravstvo RS, občina Kranjska Gora ter številna farmacevtska predstavništva.

Izzivu za organizacijo izobraževanja o sporazumevanju med zdravnikom in bolnikom je botrovalo dejstvo, da so ljudje z moderno medicino vse manj zadovoljni, kar se kaže v pritožbah bolnikov, ki so v državah, udeležencek srečanja, še pogostejše kot pri nas. Če želimo kot zdravniki celostno obravnavati posameznega človeka, ki se je k nam zatekel po pomoč, potem se moramo z njim znati pogovoriti. Veščina sporazumevanja je ena izmed najbolj zahtevnih v medicini, pa tudi najmanj cenjenih, vsaj v tistih medicinskih krogih, ki so s svojo dejavnostjo vezani na visoko tehnologijo. Obenem gre za večščino, ki jo najpogosteje potrebujemo. Pogovor v ambulanti ali na domu je poseben način komunikacije, ki ima svoje zakonitosti in cilje. Merila uspešnosti in neuspešnosti pogovora pa lahko najdemo predvsem v tuji literaturi. O sporazumevanju in zadovoljstvu bolnikov, ki so ocenjevali le »pogovorni« del obiska v ambulanti, so objavljeni tudi številni raziskovalni članki.

Udeležencem iz Madžarske, Italije, Islandije, Avstrije, Belgije in Slovenije so predavali priznani in mednarodno uveljavljeni strokovnjaki. Po uvodnem pozdravu in predstavitvi predavateljev ter udeležencev je dr. Igor Švab v svojem prispevku opozoril na težave, s katerimi se srečujejo mentorji, ko študente in specializante seznanjajo z večščiniami sporazumevanja. Dr. Gianluigi Passerini iz Italije je predstavil različne modele besednega in nebesednega sporazumevanja, tipologijo bolnikov ter klasifikacijo zdravnikov glede na različne načine besednega sporazumevanja (avtorja Byrne in Long). Posebno je opozoril na različno obravnavo »karizme« v strokovni literaturi, bežno pa je omenil tudi Balintovo »apostolično vlogo« zdravnika.

Dr. Jaime Correia de Sousa je spregovoril o možnih načinih ocenjevanja posveta. Mentorjem v splošni medicini je posredoval navodila, kako »izmeriti« uspešnost pogovora, ki ga kot del praktičnega izobraževanja vodi študent ali specializant. Dr. Leo Pas iz Belgije je predstavil različne tehnike, s katerimi lahko zdravnik med posvetom s »težavnim bolnikom« prevzame pobudo. Prof. Ruth Lesirge, specialna andragoginja iz Velike Britanije, ki se profesionalno med drugim ukvarja tudi z izobraževanjem angleških zdravnikov-učiteljev, nas je navdušila s predavanji o andragoških znanjih, ki jih mora obvladati uspešen mentor, če želi biti svojim študentom tudi učitelj.

Teoretično delo so dopolnjevali videoposnetki različnih modelov sporazumevanja, v Zdravstvenem domu na Bledu pa smo posvete ocenjevali »v živo«. Udeleženci iz tujine so se ob tem lahko seznanili s sistemom primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, zelo jih je zanimala tudi tehnična opremljenost Zdravstvenega doma. Zanimivo je bilo delo v manjših skupinah, kjer smo izdelali podlage za izobraževanje s področja sporazumevanja. Skupine so tako izdelale module za dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje ter posebne učne načrte za izobraževanje specializantov.

Organizator četrte učne delavnice je zgledno poskrbel tudi za družabni del srečanja, ki je omogočal prijetno druženje zdravnikov splošne medicine iz različnih koncev Evrope. Pri tem se je spet pokazalo, da sta si medicina in umetnost zelo blizu, islandskemu kolegu dr. Halldorju Jonsonu pa smo skoraj predlagali, naj zdravniški poklic zamenja z glasbenim udejstvovanjem. V prostem času se je porodila tudi marsikatera ideja za bodoče mednarodne učne delavnice.

Podobno kot prejšnja leta sledijo mednarodni še slovenske učne delavnice, ki se bodo zvrstile v Bovcu, Postojni, Radencih in Ljubljani. Sekcija za splošno medicino je ob tem izdala in založila tudi priročnik z naslovom Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, iz katerega izvira tudi naslov pričujočega poročila. Publikacija je sicer namenjena študentom medicine, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, vendar je primerna tudi za tiste laike, ki v zdravniku ne vidijo le »medicinskega tehnologa«, pač pa tudi dobrega sogovornika in svetovalca. Naročila za priročnik, ki je izšel v nakladi 300 izvodov, sprejema založniški odbor Sekcije za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva.

Zanimivo je vedeti

O PROF. DR. RAFKU DOLHARJU – PISATELJU I

Anton Prijatelj, Jože Drinovec

Rafko Dolhar je predvsem zdravnik v Trstu, zaveden Slovenec, pa tudi najin prijatelj.

V Zdravniškem vestniku smo ga že predstavili v aktualnem pogovoru... Rezultati njegovega vodenja Slovenskega zdravniškega društva v Trstu so razvidni iz knjižice Slovensko zdravniško društvo Trst.

Zaradi celovitosti in za mlajše zdravnike prikazujeva kratek življenjepisa. O pisateljskem delu dr. Dolharja pa naj govorijo predvsem dela sama.



Sl. 1. Prof. dr. Rafko Dolhar.

Ime Dolhar je znano ime. Posebno v dveh slovenskih okoljih v zamejstvu. V Trbižu in Kanalski dolini, kakor tudi v Trstu in njegovi bližnji in daljni okolici. Za to sta »kriva« dva zdravnika, dr. Alojz Dolhar (1902–1969) in sin dr. Rafko Dolhar (1933).

Družina Dolhar izhaja iz Kranja. Ded Ivan je bil sodar v Kranju, babica Ana, rojena Skodlar, pa je bila iz Britofa pri Kranju. V Trst

sta prišla s trebuhom za kruhom, kakor mnogo drugih v tistih težkih časih. Pri Sv. Ivanu se jima je 17. junija 1902 rodil Alojz, kasnejši dr. Alojz iz Trbiža. Alojz je po končani osnovni šoli in gimnaziji v Trstu študiral medicino v Ljubljani in Zagrebu, kjer je bil promoviran za doktorja splošnega zdravilstva leta 1927. Ker je želel delati na slovenskem ozemlju, ki je takrat pripadalo Italiji, je moral nostrificirati diplomu zagrebške univerze na Medicinski fakulteti v Sieni. Ko je opravil državni izpit, je nastopil službo v Trbižu. V tem kraju je ostal in opravljal delo zdravnika do svoje prerane in tragične smrti pod Mojstrovko 23. marca 1969. V Kanalski dolini je bil spoštovan kot človek, zdravnik, Slovenec in planinec. Svoje vtise iz gorskih poti je upešno opisoval z govorno in pisano besedo. Vso to ljubezen je prenašal na svoje otroke, ki so vso lepoto vsrkavali in ljubili gore, soljudi in slovenstvo, in to ljubezen posredujejo naprej; to velja predvsem za sina Rafka.

Dr. Rafko Dolhar je bil rojen v Trbižu 3. avgusta 1933. V osnovno šolo je hodil v Trbižu. Nato je odšel na slovensko gimnazijo v Trst. V Trstu je ostal, in v Trstu je še danes. Medicinsko fakulteto je obiskoval v Padovi, kjer je bil promoviran 1963. leta. Opravil je specializacijo iz športne medicine in medicine dela. Od leta 1968 do leta 1994 je bil docent in nato profesor anatomije na Medicinski fakulteti v Trstu.

Zdravnik dr. Dolhar se udejstvuje posebej v športni medicini, kjer orje ledino v športnomedicinski ambulanti, ki jo sam imenuje »moja srčna rana«. Ambulanta je bila namreč ustanovljena, da bi slovenskim športnikom v slovenskem okolju nudili zdravniške usluge. Žal se te ambulante še vedno ne poslužujejo vsa slovenska športna društva.

Slovenski zdravniki onstran meje so se pred mnogimi leti zbirali včasih na eni, včasih na drugi strani meje. 13. aprila 1982 pa so ustanovili svoje Slovensko zdravniško društvo. V prvih desetih letih so imeli kar 80 predavanj oziroma sestankov. Ob desetletnici društva so izdali lično brošuro, v kateri je tudi seznam članov društva, ki poleg zdravnikov in zobozdravnikov združuje tudi farmacevte. V seznamu leta 1992 je bilo 85 zdravnikov in zobozdravnikov ter 25 farmacevtov. Ves čas predseduje Slovenskemu zdravniškemu društvu v Trstu dr. Rafko Dolhar.

Za razumevanje njegovega političnega delovanja je karakterističen moto, ki ga je zapisal v knjigi Na svoji koži (Dnevnik slovenskega politika v Trstu iz leta 1975):

Za Labe sem politikant.

Za levičarje sem bel.

Za klerikalce nisem dovolj pravoveren.

Za ženo zapravljam čas.

Čemu bi se torej otepal z manjšinsko politiko.

Zato pač, ker sem z njo »frdaman«.

Ves čas se ukvarja s politiko. V letu 1975 je bil tajnik Slovenske stranke in politični svetovalec v levosredinski koaliciji. Takrat in še sedaj se stalno ponavljajo zahteve po rabi slovenščine v javnosti. Dr. Dolhar je razburil mnoge italijanske duhove, ker je kot odbornik prvič uporabil slovenščino pri civilni poroki časnikarja Bojana Brezigarja. Italijani so mu zamerili zaradi slovenščine, nekateri Slovenci pa zaradi civilne poroke. Poleg naštetih funkcij je že nekaj časa predsednik upravnega odbora Slovenskega narodnega gledališča v Trstu. Prostori so, ansambel sposoben, denarja pa ni in ni.

Za planinarjenje je mladega Rafka okužil oče, izkušen planinec. Tako je dr. Dolhar zaljubljen v Alpe svojega rodnega Trbiža, v Kras in okolico Trsta, kraj sedanjega bivanja. Kras mu nudi priliko za sprehode po skalnatih robovih tik nad morjem.

Da pa njegovo planinarjenje ni od muh, potrjuje tudi udeležba v ekspediciji na Himalajo.

Verjetno vedno nosi s seboj fotoaparata. Zbirka njegovih fotografij, še posebej planinskih, je izredno velika. Z lastnimi fotografijami je opremil večino svojih planinskih knjiž.

Dr. Dolhar je pisatelj. Opisuje gore, lastne pohode v gore, njihovo doživljanje in vtise. Napisal je enajst knjig. Samo dve nista planinski. Človek in cesta (1971) in Na naši koži (1990). Prva

opisuje prometno varnost in je odraz poznavanja varstva prometa, s katerim se je ukvarjal dr. Dolhar kot medicinec dela.

Druga je politični dnevnik slovenskega politika v zamejstvu. Predzadnja knjiga Stezice (1993) pa je delno planinska, delno pa spominska.

Njegove knjige so izhajale takole: Pot v planine (1965), Človek in cesta (1971), Pot iz planin (1974), Moji kraški sprehodi (1980), Prgišče Krasa (1983, 1987), Vabilo v Julijce (1984), Na naši koži (1990), Romanje v Julijce (1991), Stezice (1993), Od Trente do Zajzere (1994).

Zadnja knjiga je posebnost. Planinska in zgodovinska. Biografska. Opisuje delo in življenje dr. Juliusa Kugyja. Nekateri ocenjevalci so označili knjigo kot pogovor med dr. Kugyjem in dr. Dolharjem. Oba »dohtarja«, prvi starejši, jezični dohtar, drugi zdravnik, oba sta iz osrčja slovenskih gora prišla v Trst in oba sta se stalno vračala nazaj, v njima tako ljube gore. Oba ljubita pisanje, napisala sta mnogo člankov in zapisov. Prvi sedem knjig, drugi jih je do sedaj napisal enajst, in upamo, da bo še katero.

Teško je pri prvem branju ločiti misli in ugotovitve Juliusa Kugyja in Rafka Dolharja, saj imata mnogo skupnega. To je sicer pogovor. Ugotovitev J. Kugyja in potrditev R. Dolharja. Nisva povsem prepričana, vendar se mi dozdeva, da je Dolhar dodobra spoznal Kugyjeve poti in jih je ponovil (seveda gre lahko tudi za izjemo).

V prvem delu predstavitve dr. Dolharja kot pisatelja smo skupaj z njim izbrali nekaj odlomkov iz planinskih del. Večina njih je bila pripravljena najprej za slovenski radio v Trstu in kasneje v knjižni obliki. Za popestritev pisane besede objavljamo še nekaj Dolharjevih fotografij in reprodukcij slovenskih slikarjev, ki živijo, ustvarjajo ali pa so živeli in ustvarjali v Trstu in bili tako ali drugače sodelavci ali sopotniki prof. Dolharja.

Slovenska smer na Kokoš

Kokoš, z veliko začetnico seveda, je najvišji vrh v naši pokrajini, saj njegovi trije vrhovi merijo 662, 667, 672 metrov. Če se torej odpravimo na izlet iz Boljunca, ki je praktično na višini morske gladine ali nekaj metrov nad njo, to je največji vzpon, ki ga je mogoče opraviti v neposredni bližini našega mesta. Na ta razgledni obmejni vrh, ena izmed trigonometrijskih točk je namreč onkraj državne meje, drži več poti. Najkrajša se prične za cerkvice na Pesku in se v lepih ključih vije do vrha. Tudi iz Gročane, odročne kraške vasice v razmeroma ozki dolini ob meji, se vije nekakšna grebenska pot med sivo zelenim brnjem. Najdaljša pot na Kokoš pa se prične v Bazovici ob cesti proti Lokvi. Po vseh treh sem že hodil, dokler si nisem omislil svoje smeri na Kokoš. Naj to ne zveni domišljavo. Mislim namreč, da Slovenci moramo imeti svojo slovensko pot na Kokoš. Ta pot se zame prične na sveti gmajni, čeprav te označe ni najti na nobenem zemljevidu, na bazoviški sveti gmajni namreč.

Če sem namenjen na Kokoš, ne morem mimo skromnega marmornatega obeležja, ki ga s svojimi košatimi vejami vedno bolj prekrivajo štiri sivo zelene smreke, kot bi hotele ta kamen slovenskega ponosa in žrtve obvarovati pred še vedno ponavljajočimi se skrunitvami. Le-teh niti močni žarometi, ki ponoči osvetljujejo to ped kraške gmajne, ne morejo preprečiti. Nasprotno: dobro znani, a nikoli identificirani zlikovci se pri svojem početju še laže skrivajo v temno senco košatih smrek. Poklonim se spominu štirih slovenskih fantov, ki so z žrtvovanjem svojega življenja prižgali upor zoper fašizem in dvignili ponos našega naroda in se jim zato še nikoli ni poklonil noben postržen vod armade večinskega naroda.

Iz belega marmorja sijejo štiri imena, ki so to kraško gmajno vtisnile v zavest vsega naroda: Bidovec, Marušič, Miloš, Valenčič. Kakor te štiri smreke daleč presegajo prtilikavo brnje, ki ga na tej gmajni klesti burja, so štirje fantje postali mejnik v zgodovini našega naroda.

Kolikokrat smo že tu tiho stali, razmišljali, poslušali misli drugih ali izrekli svoje. Tako sem nekoč dejal, ko smo sem pripeljali koroške brate, ki so nas obiskali: »Leta 1930 so na tej otožni kraški gmajni v sivo jesensko jutro odjeknili strelji. Toča svinčen je utrnula življenje štirih slovenskih fantov. Od tistega trenutka Bazovica ni več samo ime vasice na Krasu, temveč je postala pojem, simbol. Simbol upora malega, na smrt obsojenega slovenskega naroda sredi kulturne, od mračnejših sil zasvojene Evrope. Takrat so pobesnele tolpe požigale naše vasi in v smrtni nevarnosti je bil, kdor si je drznil spregovoriti v domači govorici. Veliki evropski narodi z zgodovinsko tradicijo so tedaj pobehno molčali in prenašali teror nasilnežev. Naš narod pa je dokazal, da nobena diktatura in teror ne moreta uničiti naroda, ki hoče živeti. Bazovica nam je obenem dokaz, da nobena demokracija ni tako trdna, da je ne bi mogel načeti črv totalitarizma in diktature. Bazovica nam je tudi opomin, da se tudi danes odnosi med posamezniki in narodi lahko izpriždi, če vsak dan ne negujemo poštenosti in spoštovanja vsake človeške osebnosti. Ali bomo sedaj, ko živimo v demokraciji ureditvah, dopustili, da nas uničijo lagodnost, brezbriznost in malodušnost?

Na to sveto gmajno ne prihajamo gojit maščevanja, prihajamo le iskat moči, da lahko kot posamezniki in kot narod kljubujemo in v vzravnano glavo nadaljujemo svojo

življenjsko pot kot posamezniki in kot narodna skupnost. Prihajamo k temu spomeniku, kadar nas obhaja malodušnost, kadar začitimo breme vsakdanjega dela za naš narodni obstoj. Prepričan sem, da bo naša današnja tiha zaprisega ob tem spomeniku vlila nam vsem vero in novo moč za nadaljevanje boja za našo pravično stvar.»

Za svetlo zelenimi smrekami se prav polnočno dviga gmajna, obzorje pa zastira s temnimi bori porasla kulisa Kokoši.

Kar po gmajni jo mahnem proti gozdu, ki poleti ponuja prijetno senco, pozimi pa zavetje pred burjo. Poiščem ozko in strmo stezo, ki vodi naravnost proti grebenu. Šele ko sem dovolj visoko, da se prek kraškega roba zasveti morska gladina v Tržaškem zalivu, se stmina nekoliko poleže, steza pa začne zavijati proti vzhodu. Po tej prijetni stezi lagodno stopam, dokler se spet strmo ne odcepi proti grebenu, ki drži na vrh. Položen troglav travnat vrh s kopo ostrega skalovja, ki štrli iz bližnjega gozda. Obložen je z betonsko teraso, na kateri je nekoč stalo leseno trigonometrijsko znamenje. V popoldanskem soncu se v zalivu sonči mesto ob najbolj odprti meji, utesnjeno med kraškim skalnim vencem in morjem, ki je nekoč vodilo v svet, danes pa občudujemo nekaj belih ladij, ki ob opuščenih pomorski postaji pristajajo za nekaj ur med križarjenjem po Jadranu in Sredozemlju. Ali je ta paranoični provincializem, ki nas obdaja, posledica prostorske stiske in utesnenosti? Ali morča tega, ker smo vsi prebivalci tega mesta nekje od nečesa odrezani? Pripadniki večinskega naroda se počutijo odrezane od političnega in kulturnega središča oddaljene prestolnice, istrski begunci so odrezani od zemlje, ki so jo zapustili v prvih povojnih letih in jo gledajo z Vejne in obiskujejo ob koncih tedna in počitnicah, nekateri pa se vračajo za večni počitek na domače pokopališče. Manjšinci kljub govoričenju o enotnem kulturnem prostoru, ki smo ga sedaj prekrstili v skupni, ker pač enoten po definiciji ne more biti, vendar občutimo oddaljenost od matičnega središča in se tudi ne moremo znebiti občutka, da nismo vsi enako cenjeni sinovi iste matere.

Razgled na prostrano kraško planoto, strmo sivo plečje Nanosa in položne zelene livade Vremščice na severu in zasekani dvoglavi vrh Slavnika na vzhodu utiruje v nas prepričanje, da smo s tem ozemljem trdno povezani, saj v naravi ni na njem opaziti nikakršne razmejite. Od onod prihajamo, od onod smo v mesto v zalivu nosili mleko in drva ter oglje in led iz brkinskih kotlin in gozdov. In seveda so prihajale od onod grčave delavne roke in slovenska kri, ki danes v bolj ali manj zvodneni sestavi polni tržaški telefonski imenik. Da, mislim, da bi spretno pero lahko iz tržaškega telefonskega imenika zajelo snov za zelo zanimiv roman ali dramo. Od onod je prišla osvobodilna vojska maja 45, od onod pa prihaja tudi atavistični strah, ki se je večinskemu narodu zazgrzel v kosti in mu povzroča paranoično mišljenje in obnašanje, ker tja do Vladivostoka vidi slovansko pošast. Ta skalni pomol, ki se od Kokoši prek Drašče in Globojnerja prek Vejne in Primoža preliva proti zahodu, je tisto razvodje, prek katerega smo Slovani pljusknili v železobetonski kotel. Nekateri so se v njem utopili, druge je pregnetal in utrdil. Vsekakor velik kakovostni preskok v eni ali dveh generacijah: od mlekaric, peric ter pekov in kamnosekov do univerzitetnih profesorjev in mestnih upraviteljev pod svetilnikom superlativnega večinstva. Ni torej razloga za malodušje, dobesedno zviška lahko s tega sončnega vrha gledamo v svet in sinjem zalivu.

Pa vendar se ob pogledu na bazoviško gmajno spet v moje misli nehote vtihotapi vprašanje iz znane pesmi: Ali ste zamen v Bazovici nam palj? Bog ne daj! Saj ste svojim ljudem svetili v temni noči, ki jo je zarja svobode vendar pregnala. Žal pa svoboda, pravičnost, enakopravnost niso istovetni pojmi, vsaj ne za vse ljudi. Kaj torej, ali naj začnemo vse skrajaj? To vprašanje me muči, ko se v lagodnih zavojih spuščam proti Pesku. Že spet ne najdem odgovora. Rdeča žareča obla se spet pogreza v morje. Svet se vrti dalje, mi pa še vedno čakamo na globalno zaščito.

Odlomek iz črtice »Kota 2000«

Oče je imel iz Možnice več sreče, prišel je do vrha grebena, od onod pa bajne ni več daleč na vrh. Tako se nekega jutra odprava na Jerebico. Med neprijetnim vzpenjanjem po strmih severnem pobočju grebena se tolaživa, da siva vsaj v senci, tudi to je nekaj, in da naju bo greben kmalu poplačal za trda. Sicer pa nimam tolikšne kondicije, da bi se preival skozi pravcato džunglo. Nazadnje je nekako prilezeva na škrbino, ki loči Jezersko dolino od Soške. Zadnjih sto metrov hitim z večjim zagonom, ker upam, da je najhujše ali vsaj najneprijetnejše za nama. Do vrha še ne moreva pregledati vse poti. V levo se dviga širok skalnat hrbet. Pogumno se ga lotiva. Lepo se dvigava, pogled se širi in odpira proti zahodu vedno bolj veličastno, kot se pač spodobi za zračni greben. Tudi veter zapiha, tako da ne čutiva sončne pripeke, in pogled vedno neestrneje išče na vzhodu zaželeno podobo. Res se skalnati hrbet zoži, pogled seže čezenj in v soncu se nama prikaže nasmejana Jerebica. Zopet naju je potegnila! Verjetno sva res na pravi poti, smer je pač ta in ne more biti druge, toda med vrhom, na katerem stojiva, in vrhom Jerebice je še stma grebenska pot s precej nizko škrbino. Najbrž ni posebnih težav, tudi če je greben videti precej grušnat, po zahodni steni Jerebice pa bi se moralo lagodno splezati na vrh. Toda v hribih ne gre le za pravo pot in smer, temveč tudi za čas. Jasno je, da bi to mesto bilo kot nalašč za udoben bivač, vendar zanj nisva opremljena. Zame je na tem čudovitem vrhu, ki ga krstiva za Koto 2000, ker menda nima drugega imena, izlet končan.

Misel na vrnitev po neprijetnem obraslem pobočju mi nekoliko greni uživanje lepega razgleda. Očetu pa planinska žilica ne da miru. Hoče poiskati prehod naprej po grebenu in ga tudi najde. S težavo ga prepričam, da imava gotovo dovolj časa za vrh, da bi pa naju gotovo zajela noč na povratku, in ker imava avto pri Rabeljskem jezeru, morava z grebena vsekakor po severnem pobočju. Končno se tudi on umiri in sede. Nedvomno premore oče več vztrajnosti kot jaz. Kako bi bil sicer zdržal v svojem življenjskem okolju tako razgledan in na tekočem o vsem dogajanju, kot je? Toda saj je njegovo življenjsko okolje vendar moja ožja domovina! Iz nje sem odšel, nehalnež sin. Zdaj se vračam kot turist, z drugačnim odnosom seveda kot drugi turisti, kajti moje otroške noge so lezle po teh gozdovih in vrhovih in moje otroško oko je pilo lepoto drobne planinske flore in veličastnih gorskih razgledov.

Ni seveda lahko orati narodne ledine v tem okolju in opravljati zdravniškega poklica, kjer je do bolnika lahko tudi uro hoda in do najbližje bolnišnice dobro uro

avtomobilske vožnje. Potrpežljiva vztrajnost pri prvem in odgovorna odločnost pri drugem delu vednovnno utrdita moža. Takega bremena ne moreš odložiti na druge rame, sam moraš odločiti in za odločitev odgovarjati.

Izredna, nevsakdanja tišina vlada okoli nari. Niti bilka se ne gane. Sonce leno, zastirto s puhastimi oblaki, leze proti zahodu. Sredi senčne doline se srebrni trak mlade Soče izgublja proti jugu, morju naproti. Človeka obide lenobnost, da bi na travi obležal, gledal v počasno jadrajouče oblake in prisluhnil utripu zemlje. Očeta morda vžnemirja občutek, da nisva opravila naloge, ki sva si jo zastavila, čeprav sva bila cilju že dokaj blizu. Ključ problema je pri roki tam, kakih sto metrov nižje na odsekani škrbini. Drugič prideva naravnost, z zaletom, in rešiva to skrivnostno uganko. Meni pa zbujza zavest, da je za na vrh prepozno, za vrnitev v dolino pa še prezgodaj, občutek blaženega miru, kakršnega sredi mestnega vrveža po cele tedne ne najdem. Že dolgo mi ni bilo tako lepo!

Vendar sonce vsak dan preroma nebesno pot, vsak dan se po dolinah sence zdaljšajo in dvignejo do vrhov, dokler le-ti ne zagorijo v večerni zarji.

Še en pogled proti sleparski Jerebici. Se bo pa posrečilo drugič, v hribih je treba znati odnehati! Kugy je bil celo mnenja, da najbolj spoznaš in najbolj vzljubiš prav goro, h kateri se moraš večkrat vrniti. Tako bo za naju tudi z Jerebico. Grebenska pot je prijetna, značna do škrbine, kjer se posloviva od Soške doline in se obrneva proti Rabeljskemu jezeru. Sprva, v višjih legah, je trava nizka, blazinčasto mehka, potem pa nama vidno rase naproti. Spuščaš se med visokim praprotjem. Vmes mora biti tudi precej kopriv, kajti od časa do časa te pod kratkimi hlačami zaskeli gola noga. Vendar ni druge poti. Tukaj še hlodov ne vlačijo v dolino, ker bi se lahko splazili po žlebu. Jezerska gladina je negibna, temne smreke se zrcalijo v njej. Sonce zahaja za Kaninom, ko se tla pod nogami poležejo, kmalu sva zopet na jezerskem prostu. Severna stena Jerebice je že vsa zasenčena, le kopasti vrh obliva rdečica. Morda ji je sedaj žal, da naju je ukanila.

Pa drugič. Na svidenje, ponosna Jerebica!

Odlomek iz črtice »Bivak IV«

Sveča je dogorela. Druge nismo prižgali, zato smo legli na pograda. Dolgo nisem mogel zaspati, morda ker nisem vajen tako zgodaj leči.

Kako čudna družba pod to pločevinasto streho! sem pomislil. Vsi govorimo en jezik, pa imamo v žepih trojne potne liste. Po novem bi nas klasificirali za trojne Slovence: v domovini, v zamejstvu in v zdomstvu. Vsa v drugi državi živimo, z drugimi problemi. Seveda, država ni odločilna, država je geopolitična tvorba. Pripadamo torej različnim državam, pa smo vendar pripadniki istega naroda. To je tujcem, ki živijo v enonarodnih državah, težko dopovedati. Mnogi ne ločijo pojmov narod in država. Toda kaj je potem domovina? Ali imamo mi vsi, ki smo našli zavetišče v tem bivaku pod Kriški steno, isto domovino? Za naše jeseniške prijatelje to pač ni problem. Toda ali imamo Dinko, ki je bil presajen v otroških letih v Argentino, in mi, ki smo rojeni tu, isto domovino? Domovina je kraj, kjer stoji tvoj dom ali očetov dom, zato so včasih domovini rekli tudi očetnjava. Kje si torej, Domovina?

Ne vem več, koliko časa sem budno razmišljal in kdaj sem zasanjal o košatem drevesu, ki ga klestijo strele in stresajo viharji, korenine so mu zasajene tam nekje na ravnini, blizu Blejskega jezera, plodove pa raz grčaste veje stresa po vsej zemeljski obli.

Jutro je bilo sivo in vlažno. Nič živahnih vetrov, ki bi dali upati na zboljšanje vremena. Triglavska stena je bila skoraj do dna zavita v megle. Razgledal si se lahko samo proti dolini, malo nad bivakom je visela odeja sivih oblakov. Zato smo se odpravili v dolino. Smuka je bila nepričakovano dobra. Kako lepo bi šele bilo, ko bi se bili lahko povzpeli na Križ, pa bi s smučanjem začeli precej višje in ob razgledu na Triglavsko steno. Pa drugič!

Dinko je pozimi v Združenih državah smučarski učitelj, poleti pa hodi po Andih. Pravzaprav poklicni gornik, kakršnih je pri nas zelo malo. Plazišče smo skušali dodobra izkoristiti, zato smo zavoje zelo tesno nizali drugega za drugim. Dobro smo se razgibali, preden smo prišli do zadnjih jezikov snežišča. Še zadnje otoke snega smo poiskali med macesni, potem smo morali smučati sneti in naložiti na ramo. Kot rečeno: ravno tako bi za tak smuk zalegle čisto kratke smučiči, sedaj pa bi jih spravili v nahrbtnik. V Aljažev dom smo se zatekli, ko je začelo zopet deževati. Spili smo še nekaj čaja in slivovke. Za Dinka so bile počitnice v stari domovini pri kraju. Čez teden dni se bo vrnil čez ocean v gorsko letovišče visoko v Andih. Segli smo si v roko. Na svidenje! Morda, sem z nekoliko grenkobe pomislil, marsikaj je na tem svetu mogoče, a ni zelo verjetno. Vendar je včasih le bolj prijetno verovati kot pa razmišljati o verjetnosti. Na svidenje torej, če Bog da!

Zahvalna nedelja

V Kanalski dolini ji pravijo zahvaljena. Zahvaljena, ker je na prvo oktobrsko nedeljo v višarski cerkvi vedno mogočno odmeval zahvalni tedeum ob koncu romarskega leta. Zahvalna zato, ker so včasih na to nedeljo višarski prodajalci spominkov na višarskem korzu zapirali in za zimo zaplankali svoje trgovinice. In če si jih tedaj vprašal, kako so kaj zadovoljni s sezono, so vselej odgovarjali: »Lani je še nekaj bilo, letos pa prav nič!« In to so seveda ponavljali iz leta v leto.

Zahvaljena zato, ker so na to nedeljo pastirji spet odgnali v dolino živino, ki se je v poletnih mesecih na Višarski planini naužila svežega zraka in napasla sočne planinske trave. Pastir je na to nedeljo že ves dan praznično oblečen in s šopkom planik za klobukom pil še zadnje osminke po višarskih gostilnah.

Tudi dragoceno podobo višarske Marije so na to nedeljo številni romarji v procesiji spremljali v dolino, da bo varno prezimila v žabniškem farovžu.

Zahvalnica je bila letos zame zadnja uporabna nedelja s predvideno ugodno vremensko napovedjo za sklep tokrat res skromne planinske sezone, za pozdrav domačim vrhovom, preden jih prekrije sneg.

«Kaj imate prijaviti?» je vprašal carinik na predliskem prelazu.

«Planinski nahrbtnik za na Mangart,» sem odgovoril.

«Kako, a ne veste, da je cesta na Mangart zaprta?» je hudomušno odgovoril carinik.

«Kako pa to?» sem glasno vprašal in tiho zaklel.

«Zadnje poletno neurje je tako poškodovalo cesto, da je neprevozna,» se je glasil lakoničen uradni odgovor. «Sicer hodijo nekateri vendarle gor,» je še dodal v tolažbo. Prekletlo! sem si mislil, letos so se pa res vse gorske vile zarotile proti meni. Očitno me hočejo kaznovati za mojo nezvestobo goram.

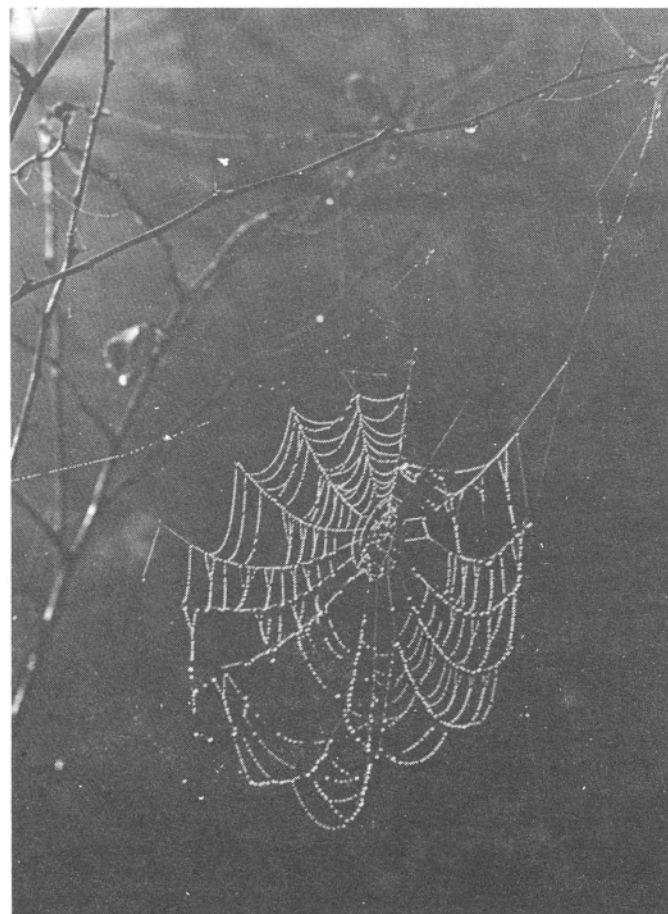
«Če sva že namenjena, pa pojdiva kljub temu pogledat. Kam pa naj drugače greva ob tej pozni uri!» sva se odločila z Jožetom.

Na cestnem razpotju za na Mangart sva res odkrila prometni znak za neprevozno cesto. Vendar ni stal ukazujoče sredi cestišča, temveč nekoliko sramežljivo bo strani. Kot bi hotel reči, jaz te opozarjam, če hočeš na svojo odgovornost pogledati, pa poglej. Vse mangartske ceste je enajst kilometrov, bova šla pač pogledat, kako daleč se da priti, kje je prava ovira. Kaj pa nama je tudi drugega preostajalo?

Pogumno, a previdno sem vozil zavoj za zavojem in vsak čas pričakoval oviro. Zadolgovno sem gledal premikanje številki, ki so na kazalcu sporočale prevožene kilometre. Po štirih kilometrih sem že od daleč zagledal vrsto parkiranih avtomobilov. Torej smo že tu. Res se je tu cestišče zožilo na polovico, drugo polovico pa je neurje odplavilo v grapo. Ko bi bila imela manjši avto, bi bila morda lahko prišla prek ožine, tako pa ni bilo vredno tvegati in sva parkirala. Torej naju čaka še sedem kilometrov poti do običajnega parkirišča. Poldrugo uro hoje več kot navadno morava računati. Saj je dan še dovolj dolg!

Sprva sva nadaljevala pot kar po cestišču, ker tu ne moreš ubrati nobene krajšnice. Pod gozdarji sem mlel droben pesek, v glavi pa vrtnec misli.

Zahvaljena nedelja torej! Zahvaljena za kaj? Zahvaljena za letošnjo skromno bero planinskih izletov gotovo ne: samo trije omembe vredni izleti. Pa vednar bi me bila na enem izmed njih med nevihto na Jalovčevem vzhodnem razu skorajda oplazila strela. Zahvaljena torej. Zahvaljena, da smo v družini vsi živi in zdravi. Zahvaljena, da se je sin, potem ko se cel teden ni oglašil, srečno vrnil s potovanja v neznanu po daljni Škotski. Zahvaljena zato, ker me je v enem mesecu avto dvakrat pustil na cesti. In to ne stari, častitljivi volvo, temveč novi mercedes. Zanesljivost nemške tehnike pa taka! Švedska: Nemčija tri proti nič. Pa vendar bi se bil z avtom tudi lahko kam zaletel ali pa kdo drug vame in bi lahko v najboljšem primeru sedaj zdravil polomljene kosti. Zahvaljena torej!



Sl. 2. V pajkovo mrežo ujeta rosa (foto R. Dolbar).

Zahvaljena za letošnjo črnobilsko jedrsko katastrofo, katere daljne biološke posledice bomo morda ugotovili šele čez dvajset let, ali pa drugi za nas. Pa vendar je ob tej nesreči prišlo tudi do ekološkega prebujenja, ki bo koristilo vsaj bodočim rodovom, koroškimi Slovencem, ki kandidirajo v družbi zelenih, pa bo morda prinesla prvega zveznega poslanca za tistimi, ki so tam sedeli v času Franca Jožefa. «Od

Černobila do Dunaja» bi bila v tem primeru vsekar hvaljezna tema za večje zamejsko pero. Zahvaljena torej!

Po nešteti korakih po prašni cesti in nekaj bližnjicah in s kopico zmedenih misli sva v dobri uri prišla do stare in nove zaprte Mangartske kočice. Pot pride tu na gornji rob prisojnega travnika, ki se na severno stran ostromi v dolino Belopeških jezer. Jezerska gladina se blešči sredi temno zelenih smrek kot zrcalce sredi mahu v jaslicah. Rumeno oranžni macesni pa kot sveče plamenijo v nebo.

«Ob tem času bi bila lahko že na vrhu, da naju ni tam doli ustavila tista trapasta drča,» sem omenil Jožetu.

«Kaj bi pa potem počela, saj bi bila že za kosilo doma,» je odvrnil v svojem optimizmu. Pri vsakem zapletu je pač moč najti tudi pozitivno plat.

Na razpotju pri prvih skalah zahodnega Mangartovega ostenja sva zavila v desno. Za vzpon sva si izbrala nadelano Slovensko smer. Tako se imenuje povojna Mangartova pridobitev. To je po lepi diagonalni polici in nekaj žlebovih speljana nadelana smer, ki jo je leta 1953 oskrbelo tolminsko planinsko društvo. Tudi italijansko pobočje Mangarta je po drugi svetovni vojni bogatejše za strmo in izpostavljeno nadelano smer v severni steni Malega Mangarta. Obe nadelani smeri sta nastali le iz potrebe, ker je nova razmejivna črta med Italijo in Jugoslavijo tako salomonso na papirju razdelila Mangartovo pobočje, da iz nobene od sosednjih držav ni bilo mogoče na vrh Mangarta, ne da bi prekoračil mejno črto. To je pa bilo v tistih prvih povojnih časih



Sl. 3. «Srce pa gor mi sili...» (foto R. Dolbar).

tvegano dejanje. Tako si je vsaka država oskrbela nov nadelan pristop po svojem ozemlju.

Prijetno je plezati po nadelani poti, ki ti za vsakim skalnim robom ponuja nov pogled na domače hribe. Še zadnji strm kamin in kopasta glava Mangartovega vrha se vsa iskri v jesenskem soncu. Pogled najprej pohiti na ostri Jalovčev zahodni raz, kjer je letos poleti tako presneto grmelo in treskalo na vse strani, potem pa prek Razorja, Špika in Škratlave, na videz položnega skalnega pomola Ponc tja do najvišjega, najveličastnejšega očaka Triglava. Pogled seveda na zahodu objame vse domače Zahodne Julijce. Na jugu pa bi se onkraj ostrega Krna in zelenege Matajurja moralo zbleščati sonce v Tržaškem zalivu, če ga ne bi prekrivala megla.

«Pa kaj nisi še dovoljkrat bil na Mangartu?» bo doma spet vprašala žena.

«Ne, kajti tudi če je Mangart res vedno isti, pa je njegovo doživetje vendar vsakič drugačno!»

Kar ne moreva se ločiti od vrha, tako je vse lepo mimo in spokojno. In povrh zadnja letošnja priložnost, da na svet malo pogledam od zgoraj. Pa vendar bo treba še obkrožiti Mangartovo glavo po severni strani, da bo užitek razborja sklenjen na tristo šestdeset stopinj.

Ko je krog popoln, se obrneva ponovno na soško stran, ki se koplje v zahajajočem soncu. Jezersko kotlino so začele zalivati sence, ki se dvigajo po zahodnem ostenju Ponc in kot potrpežljiv mežnar ugašajo oranžne plamene macesnov.

Zahvaljena nedelja torej tudi za teh čudovitih osem ur, ki sem jih lahko iztrgal iz nižinske vsakdanjosti. Z menoj boste šle v prihajajočo zimo.

Zopet na Visoki Ponci

Že dolgo sem si želel ta izlet. Na tem vrhu sem sicer že bil in tudi sicer vzpon z alpinističnega stališča ne zastavlja nobenih problemov. Res pa je, da je vsa veriga Ponc s svojo čudovito lego prijetna izletna točka. Visoka Ponca je najsevernejši vrh tega skalnega pomola, če ne upoštevamo precej nižje, v rušje in viharne odete Male Ponca. Toda, kot rečeno, na Visoki Ponci sem že bil, sam, in sicer namerno sam, čeprav je oče isto nedeljo tudi šel na izlet, le nekam drugam, ravno tako sam. Vsaka generacija pač ubira svoje poti. Celó vsak posameznik, vsak mladostnik najde svojo obliko upora proti okolju.

Znano je, da pomeni oče v sinovih očeh nekakšno dolgo roko okolja odraslih, skratka drugih, tistih, o katerih mladostnik misli, da ne more do njih vzpostaviti pravega odnosa in odkriti pri njih upoštevanja. No, jaz sem se tedaj upiral očetu tako, da sem sam kolovratil po hribeh in v ne njegovi družbi kot dotlej. Seveda je tudi on hodil v hribe sam, a to je bilo zanj običajno. Tako se spominjam, da sem tisto pozno nedeljsko jutro sredi julija rinih v strmo skalno pobočje Visoke Ponca, jezen nase in na ves svet. Menda so morali to opaziti tudi drugi, kajti spominjam se še, kako me je pri Zachijevi koči, ki je tedaj bila še obiskovana in oskrbovana, postrani pogledala številna družba ki si pač ni mogla misliti, kaj lahko človek sam počenja v hribeh. In vendar vem, da mi je tedaj prav lazenje po hribeh, in sicer v zame neobičajno hitrem tempu, pomenilo veliko sprostitev. Zato vem, da sem tedaj, kadar sem pridival na vrh, v blaženi osamljenosti legel na skalo in sproščeno zaspal.

Toda leta minejo, spremenimo se, morda dozorimo ali pa nas, kot pravijo mlajši, sistem skrha ali ukroti. Skratka: integriramo se, vsaj na videz ali navzven – ali vsaj toliko, da lahko stopamo brez večjih težav po isti poti z drugimi.

Tako danes v prijetnem razgovoru z očetom stopam po hladnem bukovem gozdu proti veličastnemu amfiteatru Mangarta in Ponc. Iz gozda za Mangartskima jezeroma še ni videti vse skalne verige, samo čutiti je hlad, ki veje od nje. Šele ko prideš nad drevesno mejo, te pogled na to edinstveno ostenje prevzame. Ne veš, kje bi ustavil pogled: ali na strmi severni steni Mangarta in njegovi zaobljeni glavi, ki jo že obliva sonce, ali v skritem kotu Struga in Vevnice ali končno na štirih skalnih sestrah, Visoki, Mali, Srednji in Zadnji Ponci, ki jih imaš tik pred seboj.

Zachijeva koča je bila opustošena in zapuščena; škoda za некоč prijetno in dobro oskrbovano postojanko! A danes je že tako, zveni sicer kot paradoks, da le malokatera koča pri nas obstane, če je ne oblije tok motorizacije. Le če z avtom prideš prav do nje, ali pa če stoji ob znožju slavnih in zelo obiskovanih vrhov, tedaj kljubuje propadu. Zato ne ustaviva koraka, ne odloživa nahrbtnika, temveč poiščeva vijugasto stezo skozi košarito ruševje, ki že dolgo prerašča mnogo steza. Bržkone se vračamo v romantično obdobje planinstva, ko boš moral zopet sam iskati stezo in smer, kajti markacije bledijo in steze, ki se po njih ne sprehajajo gamsi, se kručijo. Morda bomo kmalu drugače doživljali planine.

Končno ostane tudi ruševje za nama, le kak viharik še štrli v nebo. Sedaj lezeva prosto, po prijetnih skalnih skladih. Mlajša družba, ki si naliva iz pletenke, naju dobrohotno opozori, da ne hodiva po pravi stezi in da bi utegnili zaiti v prepadne stene. Zahvaliva se za opozorilo in prijetno, po vseh štirih lezeva naprej proti vrhu. Smer je ravno toliko strma, da moraš za vzpon uporabiti tudi roke, da se prijetno razgibaš, pri tem pa se ni treba ne varovati ne navezovati. Vesela družba ostane pri malici in je ni za nama. Vesel sem, da nihče ne moti tega mojega romanja. Veter potegne čez greben, meglice se gostijo v Zagačah. Zopet sva z očetom skupaj na nekem vrhu. Oba sva že bila tukaj, vendar sva danes ta vzpon prvič opravila skupaj. Roka seže v roko, brez besed, kot že mnogokrat. Vsak vrh je vedno novo doživetje. Danes se zame na tem sončnem vrhu končuje posebno, samosvoje obdobje mojega življenja. Danes mi pomeni stisk roke na tem vrhu mnogo več. Pomeni tudi simbolično zapечатje nevrotičnega razmerja med očetom in sinom, ki se je pričelo pred nekaj leti, ob izbiri poklica. Tedaj mi je oče svetoval svoboden poklic, ki Slovencu edini omogoča neodvisno življenje in delovanje v zamejstvu. Tedaj tega še nisem mogel popolnoma doumeti. Danes mi ni žal, da sem poslušal nasvet, čeprav me je stal mnogo navora. To je sedaj mimo.

Sedaj sva oba zrela moža, najini odnosi so zopet normalni in spet hodiva skupaj v hribe, kolikor nama pač čas in obveznosti dopuščajo.

Tudi narava daje zunanjo podobno temu mojemu počutju. Megle se dvigajo iz doline, gostijo se pod vrhom in prelivajo čez greben, ustvarjajo fantastične vrtince, v katerih se poigravajo sončni žarki. Čudovito vremensko dogajanje, kot nalašč za zahtevnega fotografa. Ne veš, kam bi pogledal. Zdaj se megle razkropijo nad Mangartom, potem se zopet odpre proti Jalovcu. Skozi meglo se zblešči gladina Mangartskih jezer, zatem se zopet sončni žarki poigravajo po travnikih in njivah gorenskega kota. Skratka: sonce in megla nama uprizarjata naravni balet, simfonijo luči in senc, kakršne ne zmore noben scenograf. Nikamor se nama ne mudi, kajti sonce je še visoko nad Montažem (Špik nad Pollicami), s fotoaparatom skušam ohraniti nekaj nepozabnih vtisov tega čudovitega dneva, te tihe predstave, ki nama jo naklanja narava. Duševnega razpoloženja pa ni lahko izraziti.

Sončni žarki vedno bolj ogrevajo prodrato dno Jezerske doline. Termika se stopnjuje, megle se iz doline dvigajo navpično proti nebu. Vedno bolj se gostijo v kopaste oblake, ki domala zastrejo obzorje in zasenčijo vrhove. Skoraj nama je prav, da se le preveč ne poleniva na tem prijetnem vrhu. Ko sončni žarki poševneje padajo v dolino, se sicer termika umiri in vrhove zopet objame večerna zarja. A tega danes ne bova čakala. Odpraviva se v dolino. Toda časa je dovolj, zato lahko še malo pogledava proti Srednji Ponci. Na tem grebenu po navadi hudo pripeka, in če hodiš proti Strugu, se ti sonce upira naravnost v čelo. Tudi najmanjšo senco je tu težko najti. V razgiranji megli, ko zaiti tako nikamor na moreš, ker je treba hoditi le po slemenu tega

edinstvenega skalnega pomola, ki mu ni para v Vzhodnih Julijcih, pa je sprehod zelo prijeten. Mogoče je opraviti celotno grebensko prečenje Ponc in se s Struga, ki je nekakšen vogelni kamen tega gorskega venca, spustiti po zahodnem pobočju proti jezeroma. Vendar je za tak pohod potreben dolg poletni dan. Zato se malo sprehodiva po značnem grebenu. Od časa do časa se megle razmaknejo v hudomušen okvir, v katerem zagledaš zdaj strmi zob Jalovca, zdaj sivo dno Planice, zdaj se zopet žarki v meglenem zaslonu razpršijo na tisoč pramenov. Končno je vendar treba zapustiti značni greben, višinsko pribražališe, in obrniti korak v dolino, v puščobno vsakdanjost. To je pač usoda vsakega nedeljskega poznega popoldneva: ločitev od brezčasnih vrhov in vrnitev v nižinski prostor in čas. Tega slovesa včasih nisem tako boleče občutil, ker sem z lahkim srcem rekel: Na svidenje v nedeljo! Danes pa, ko te razne dejanske ali navidezne obveznosti vse pogosteje priklepajo v dolini, je to slovo težje in težje, kot vedno, kadar je zopetno svidenje neznano, negotovo.

Ruševe nama hitro prihaja naproti, šopi planinske trave se rumenkasto bleščijo, viharniki se gostijo, čim nižje prihajava, tem bolj so macesni košati. In ko se steza, po kateri stopava, omehča, ko se ne melje več grušč pod plezalniki, tedaj se bližava gozdovom, ki naju bodo prikrajšali za pogled na vrhove. Kot je bilo predvidevati, se je termika polegla, živahni megleni vrtinci so se neznanokam razblinili, sence lezejo proti grebenom in vrhovi rdijo. Še kratek sprehod skozi bukov gozd in zopet bova pri avtomobilu in tu bo mojega bega v višave konec. Toda bodi stvaren in zadovoljen! Navsezadnje si svoji pusti vsakdanjosti iztrgal en list in si za planinsko doživetje bogatejši.

Jutranja molitev na Visoki Ponci

Nad Črnim studencem vzhaja sonce. Prišel sem na Visoko Ponco markirat pot v tvoji spomin, oče. Da bi tudi drugim pokazal pot v planine, kot si jo ti pokazal meni. Da bi jih navezal na lepoto tega prgišča naše zemlje. Tudi v življenju bom hodil po poti, ki si mi jo pokazal.

Na obzorju se zbirajo črni oblaki. Najraje bi pobral svoje stvari in odšel. A ti si vedno zaupal. Bil si poln zaupanja vase in si ga znal vliti tudi drugim. Zato si obstal tam, kjer so drugi obupali. Rad bi imel moč, da bi vztrajal kot ti, dokler mi usoda ne bo za vedno zastavila poti v planine.

Odlomek iz črtice »Neponovljivo silvestrovo na Višarjah«

Tudi v Mešnikovi koči je opolnoči zletel zamašek iz steklenice šampanjca, in potem je po koči dolgo odmevalo, preden smo zapeli vse pesmi, kar smo se jih v treh jezikih domislili.

Bržkone je bila tudi višarska Marija z našim petjem zadovoljna, zakaj ko smo se drugo jutro prebudili, se je bila megla že zdavnaj razkadila. Ni bilo posebno zgodaj in toplo sonce novoletnega jutra nas je obsijalo, ko smo sicer nekoliko pozno šli zvonit novi dan in novo leto.

Nato sva se po izdatnem zajtrku s Hanzijem hitro odpravila na Lovca. Prve pol ure sva se precej potila, verjetno je hlapela iz naju prejšnji dan zaužita tekočina, vendar pa je tudi prvi del poti zelo strm. Po spodnji krmici sva ubrala precej strmo gaz. V gornji krmici pa je bil sneg dobro in trdno spihan od zahodnika, ki je pihal ves teden, zato sva lahko in hitro prišla na rob Klobuka. V lepem loku sva nato zavila pod skale, do strmega in dobro zasneženega žleba, ki vodi na vrh. Tam, kjer poleti visi jeklena vrv, ki manj spretnim planincem omogoča prehod, sva pustila smuči. Sedaj je bila jeklenica pod snegom, ker je bil žleb ves zalit s svežim snegom. A na srečo se je udiral le toliko, da sva lahko varno stopala po strmih snežišču.

Kmalu sva bila vrh žleba in sva lahko gledala v Trbiško krmico. Le še nekaj korakov na desno po deloma že koprni in spihanih skalah in bila sva na vrhu. Sedaj je mrzlo pihalo od vzhoda in tej spremembi v vetru sva se tudi imela zahvaliti, da se je megla razkadila in sva sedaj lahko uživala ta prelestni razgled. Od Jalovca, Mangarta in Ponc do Viša in Montaža so bili vsi vrhovi videti kot s sladkorjem posuti, belina naju je slepila vse okrog. Razgled s Kamnitega lovca spada sploh med najhvaležnejše v vseh Zahodnih Julijcih, saj prideš nanj posebno poleti z razmeroma majhnim trudom, pa vendar lahko ob lepem vremenu vidiš daljne dolomitske vrhove in ošiljeni vrh Grossglocknerja. Neposredno bližino Montaževih in Viševih sten pa nama je tega novoletnega dne še poudaril ponosen orel, ki je v lagodnih lokih pristal zdaj na tej, zdaj na oni zasneženi polici skalnih stebrov. Pomislil sem, koliko truda stane človeka, preden zleze na tako polico. Poiskala sva si zavetje na razgledni polici na južnem pobočju ter se na njej pokrepčala in nasončila, kot bi bila že pozna pomlad. Ko sva imela tudi tega dovolj, sva bila v nekaj skokih na dnu zasneženega žleba. Pripela sva si smuči, a z zavoji sva zaradi krhke snežne skorje imela precej težav in si tudi tu deloma morala pomagati s preskakovanjem. Vendar sva bila v širokih lokih kmalu prek obeh krmic in pri vrnitvi na Višarje sva si morala v toplem soncu celo zavihati rokave.

Zadnji izlet

Zadnjo nedeljo v oktobru je bilo tisto leto zelo lepo vreme. Dolgo se nisva mogla odločiti za cilj izleta, ki bo bržkone zadnji poletni izlet v sezoni. Jesenski dnevi so kratki, pa tudi vstala nisva ravno zgodaj, zato bi bilo dobro z avtom pohiteti čimprej in priti čim višje.

Obenem so jesenski dnevi hladni, zato ne iščeš sence. Prijetno je hoditi po sončnih pobočjih. Bukovje je bilo že ožgano in deloma golo, zato pa je sedaj na vrsti jesenski razcvet macesnov. Na vse te okoliščine sva mislila, ko sva si predočila razne vrhove, ki bi jih lahko obiskala. To lahko narediš v domačih hribih, kjer poznaš vsako pobočje in vsako stezo, kjer vnaprej veš, ali boš hodil v soncu ali v senci in ali boš hodil skozi bukovje ali mimo raztresenih macesnov.

Končno sva se odločila za planino Pecol ob južnem znožju Montaža. Tja lahko z Neveje po novi avtomobilski cesti hitro prideš v prijetno višinsko okolje. Po zaslugi

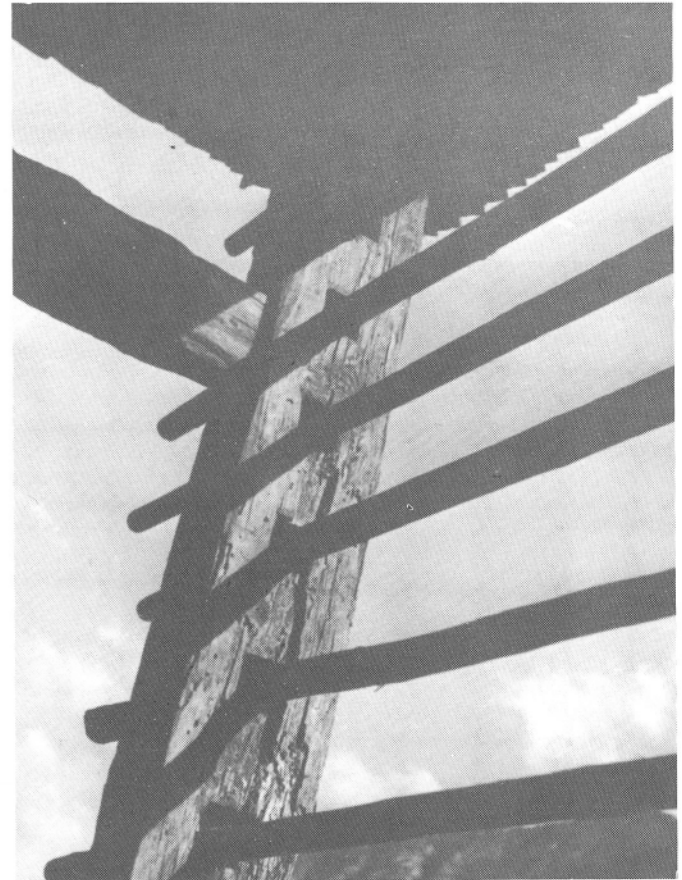
ceste gradijo na gornjem robu planine tudi novo kočjo. To v naših gorah ni prav pogost pojav.

Vsa gorska veriga od Prestreljenika do Visokega Kanina se je svetila v soncu, ko sva sredi dopoldneva po prijetni stezi lezla proti grebenu Planje. Poleti tu neusmiljeno pripeka in zaman bi iskal sence. Sedaj pa naju je prijetno gredo blede jesensko sonce. Trava je že orumenela in drevesno mejo so označevali zlato rdeče obarvani macesni, še višje pa so v nebo štrleli viharniki. Kar mimogrede sva prišla v skale, ki so bile ravno toliko strme in razčlenjene, da je bilo prijetno lesti po vseh štirih. Dobri dve uri sva tako lezla do vrha, kjer je nekaj ožganih tramov in na pol zasutih rovov iz prve svetovne vojne; ravno primeren izletni cilj ob petdesetletnici konca vojne.

V prijetnem zatišju in razmeroma gorkem soncu jesenskega poldneva naju je prevzemal skoraj slovesno razpoloženje. Dolgo sva se razgledovala po bližnjih in daljnjih vrhovih, v spominu obujala sprehode in izlete. Tam v Krmici je skrita kočja, tam na skalni polici zasidran bivak. V tistem gozdu naju je na poti v dolino zalotila tema, na onem grebenu sva pot iskala v megli. Tako sva v duhu vnovič obiskovala vrhove, se odpravljala na izlete.

Sonce se je nagibalo proti zatonu. Odpraviti se bo treba, kajti ko zdrkne za obzorje, bo kmalu tema; v jeseni skoraj ni mraka. Še enkrat sem želel s pogledom objeti vse vrhove, saj je to zadnji izlet v tem poletju, mogoče v življenju. Sicer je vsako slovo rahel odsev smrti. Tedaj nisem slutil, da enega izmed naju ne bo pot nikoli več zanesla v gore.

In ko pride tista ura, ki je za vsakogar nekeje zapisana, naj tudi mene zaloti v gorah. Tedaj naj mi korak zastane na značnem skalnem grebenu. Tedaj naj se obzorje znanih



Sl. 4. Slovenski kozolec (foto R. Dolbar).

ljubih vrhov zavrti pred očmi v zadnjem plesu. Tedaj naj trudna glava obleži na blazini dehtočih gorskih rož in trav. To ni beg z vsakdanjega bojišča, le pobožna želja na tisto uro, ki prej ali slej neizogibno odbije.

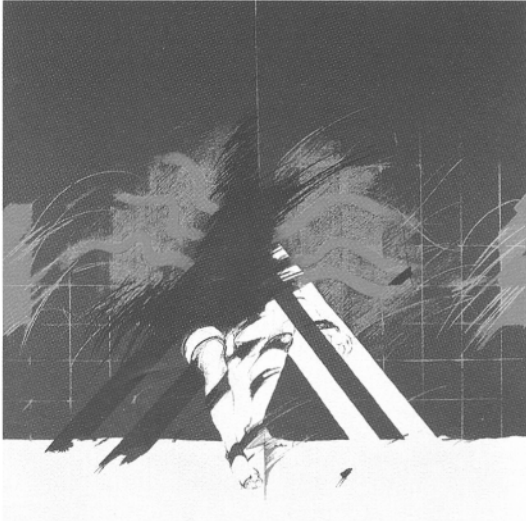
Hrepenenje

Prometni tok poletnih nomadov, ki sem se mu skoraj brez upiranja prepustil, se je valil skozi Železno dolino ob zeleno penecih se Beli proti ravnini, proti Jadranskemu morju. V Dunji, tam, kjer se popotniku razmakne bližnja in utesnjujoča gorska kulisa, in oko obvisi na stenah mogočne skalne katedrale, me je, kot že mnogokrat, zopet očaralo Montažovo zahodno ostenje, ki je sijalo v lesku poševnih žarkov popoldanskega sonca. Prvi sneg je že oblezal na visokih skalnih policah in čipkasto prepletel njegovo tisočmetrsko steno. Megleni pajčolan je rahlo zastiral pogled na sive skale, da je bil njih čar še močnejši. Nisem se mu mogel odtegniti. In končno: če mi je že iz kateregakoli razloga usojeno, da se vračam v ravnino, namesto da bi se v

nasprotni smeri bližal hribom, tedaj naj mi ta kovinski konjiček služi vsaj za to, da si napasem oči in odnesem s seboj v srcu nakopičene vtise in gorsko ozračje tega poznojesenskega popoldneva.

Tako sem zavil z glavne ceste proti ozki dolini ob Dunji navzgor. Cesta je ozka, čeprav je bila šele pred kratkim asfaltirana. Pod železniškim viaduktom se začne strmo vzpenjati v serpentinah proti Rudnemu vrhu. Sredi prisojnega pobočja se vije visoko nad dnem ostro zasekane doline. Po njenem dnu brzi v dolino bistra Dunja. Nekaj vasic je zasidranih na strmem pobočju, vstran od ceste, ki se jih sploh ne dotakne. Zato so vaščani ob cesti postavili nekaj skromnih in v naglici skrpanih zavetišč za svoje avtomobile, ki gotovo ne zaslužijo naziva »garaža«. Do malih hišic vodijo ozke in strme kamnite stopničke. Nekaj hiš s praznimi okni boljši v dolino. Kot lobanje, saj so njihovi prebivalci izumrli ali pa so se izselili v ravnino iskat boljši kruh. Žalostno, a kdo bi jim zameril! Mnogi, posebno starejši, pa še vztrajajo v tej nesluteni samoti le nekaj streljav od pomembne mednarodne prometne žile.

Više ko prihajam, bliže je ostenje Montaža in v sebi že čutim njegov klic. Vedno mogočnejše vstaja pred mano v vsej svoji veličastnosti najvišji vrh Zahodnih Julijcev. Cesta se vije po prisojnih pobočjih vrhov, od katerih mi je bolj domača severna



Sl. 5. K. Palčič: Soraki II (barvni sitotisk).



Sl. 6. K. Palčič: Drvo (mešana tebnika).



Sl. 7. K. Palčič: Brez naslova.



Sl. 8. K. Palčič: Brez naslova (barvni sitotisk).

podoba: Piper, Dve špici, Poldnašnja špica. Na Rudnem vrhu mi megla zastira pogled v Zajzero in Žabniško krcico.

Sonce se sklanja nad nazobčano obzorje na zahodu, kjer se pod modro nebo dvigajo znani dolomitski vrhovi. Poševni sončni žarki že režejo mrak, ki s sivo modrino zaliva dno doline. Montaževo zahodno ostenje je vsako minuto bolj temno rdeče. Na visoki skalni polici se blešči srebrna točka: Suringarjev bivak.

To so moji hribi, njih obliča so mi draga in domača. Koliko lepote so mi te gore darovale v preteklih letih, koliko bolečine so zagnile sive sence, ki se dvigajo iz doline! Sedaj, ko ugaša dan, bi lahko sedel pred Suringarjevim bivakom ali bi se odpravil v kočo na Rudnem vrhu. Zakuril bi in pristavil čaj. Nasekal bi nekaj drv za večerjo in odšel k bližnjemu studencu po vodo. Preden bi legel, bi pred kočjo gledal v temno nebo, se razgledoval po oblakih in zvezdah; ugibal o vremenu in načrtoval izlet za naslednji dan. Tako bi moralo biti. Tako je bilo včasih, ko sem nedelje in praznike težko pričakoval, potem pa ves teden živel od toplih vtisov opravljenih izletov. Za vsak letni čas je bilo dovolj želja in načrtov, le nedelj in praznikov premalo. Nocoj, preden popolnoma odpadejo rdeče iglice z macesnov na pobočju Poludnika in jih prekrije snežna odeja, sem spet užil nekaj minut tihe radosti. Zarja je že utonila na zahodu, kmalu se bo čisto stemnilo.

Nerad obrnem v dolino. Žarometi se na serpentinah zarijejo v temo. V skromnih hišicah brlijo medle rdečkaste lučke v jesensko noč.

Prehitro sem spet na glavni cesti, kjer me pogoltno nevrotična reka belih, oranžnih in rdečih luči.



Sl. 9. K. Palčič: Klopotec (barvni sitotisk).

Klavdij Palčič se je rodil v Trstu leta 1940, diplomiral je na Umetnostnem liceju v Benetkah. Ukvarja se s slikarstvom, grafiko, scenografijo, kostumografijo in ilustracijo, v zadnjem času pa predvsem kot politični delavec slovenske skupnosti v Trstu. Predvsem je mojster risbe in grafike. Je slikar človeških likov, njegovih detajlov, človekove nemoči, ekspresivnih podudarkov, intimne prizadetosti. Hkrati zajame trenutek in ponuja upanje.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 11/1935

Anton Prijatelj

Enajsta številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini – je izšla 30. novembra 1935.

Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

– Prof. dr. Karlo Radoničič

dr. Lušicky

– O eksperimentalnem proučevanju raka

prim. dr. Jos. Cholewa

Predavanje s prvega tečaja o raku v Ljubljani

– Rak na koži

dr. J. Demšar

– Nevrologija in rak

doc. dr. J. Robida

– Funkcionalni pomen glandulae thymi

Marij Avčin, cand. med., Fiziološki inštitut Medicinske fakultete v Ljubljani

– Material k vprašanju splava

dr. Alojz Zalokar

– Prof. Franjo Durst – šestdesetletnik

M. Karlin

Že v številki 9–10 Zdravniškega vestnika leta 1935 je bila objavljena notica:

«15-letnica onkološkega laboratorija v Brežicah. Dne 19. X. t. l. je poteklo petnajst let, odkar je naš neumorni onkolog, primarij dr. Jos. Cholewa obvestil heidelberški onkološki inštitut o ustanovitvi »Prvega jugosl. onkološkega inštituta«. Vkljub velikanskim težočam, pomanjkanju sredstev in predvsem pomanjkanju prav vse podpore od oficijelne strani, se je brežiški zavod znal uveljaviti v svetu. Medtem se posveča vprašanju raka tudi pri nas čimdalje večja pozornost. Zato smemo upati, da bodo tudi za onkološki zavod v Brežicah prišli boljši časi. – To ob 15-letnici zavoda iskreno želimo!»

Že takoj v naslednji enajsti številki pa je obvestilo, da je bil prvi tečaj o raku v Ljubljani, in da bodo objavljena predavanja v 11. in 12. številki. Uvodno predavanje prim. dr. Cholewe »O eksperimentalnem proučevanju raka«, dr. J. Demšarja »Rak na koži« in dr. I. Robide »Nevrologija in rak« so bili objavljeni v 11. številki. V 12. številki pa je bil objavljen članek »Tumorji pljuč« dr. Alojzija Simonitija, ki je bil nagrajen z nagrado dr. Šarića. Ni pa razvidno, ali je to predavanje bilo tudi na prvem slovenskem tečaju o raku. Dr. Cholewa je v tem članku najprej opisal nekaj zgodovinskih podatkov o rakavih boleznih. Začel je pri Ebersovem egiptovskem papirusu iz leta 1500 pred Kristusom. Navaja, da so že takrat priporočali nekatera zdravila, ki so se ohranila celo do 16. stoletja in so ostala znana pod imenom ungl. egiptiacum. Nato opisuje poklicnega raka rudarjev rudnika Schneeberg. Sledijo opisi poklicnega raka delavcev v parafinski industriji, raka na mehuru pri delavcih, ki delajo z anilinom. Zanimiv je podatek, da že šest let po odkritju X žarkov leta 1902 opisujejo prvi rak kože po dolgotrajnem rentgenskem obsevanju. Navaja tudi, da sta bila žrtvi raka zaradi obsevanja tudi svetovno znana strokovnjaka prof. Holzknacht na Dunaju in prof. Regaud v Parizu.

V članku je opisoval svoje eksperimente s tremi »rejami« miši, ki jih je opazoval od leta 1928 dalje. Istočasno pa poroča o rodovniku zbolelih z rakom, kjer je dokazal »v treh generacijah 13 rakov, in to od 24 umrlih oseb«.

V svojem poročilu potrjuje, da je predpogoj za nastanek bolezni dispozicija (ki je lahko prirojena ali pridobljena), individualna, organska in rasna.

Tako in sedaj končno vemo, da je bil prvi slovenski onkološki inštitut organiziran v Brežicah in ga je uspel vkljub vsem težavam organizirati prim. in kasnejši docent za onkologijo dr. Josip Cholewa (1885–1942). Iz kasnejših zapisov izvemo, da je leta 1936 dobil naziv privatnega docenta za onkologijo v Zagrebu, da so kasneje leta 1937 v Ljubljani in ob podpori otologa dr. J. Ž. Pogačnika in drugih ustanovili Banovinski zavod za zdravljenje novotvorb, kasneje onkološki inštitut, ki je leta 1938 redno začel sprejemati bolnike. Tako je dr. Cholewa od leta 1937 do svoje smrti 25. 10. 1942 vodil ta inštitut. Bil je pionir eksperimentalne in klinične onkologije na Slovenskem in prvi slovenski univerzitetni učitelj onkologije.

V enajsti številki je izšel zelo aktualen navedek iz knjige K. Krayla »Hippokrates-Brevier«

Hippokrates: »Predpisi«

«Konsultacija. Gotovo ni nobena sramota, ako reče zdravnik, ki je trenutno radi kakega bolnika v stiski in nima dovolj skušnje, da bi jasno videl bolnika, da bi pozval še druge zdravnike k skupnemu posvetovanju o bolezni in k sodelovanju in podpori pri zdravljenju. – Kajti, ako se bolezen širi in si zdravnik ne ve pomagati, takrat mu skoraj vse uide. V takem trenutku nikakor ni treba izgubiti poguma, saj ni tako, kakor da bi bila pri tem cela medicina na kocki.

Nikdar pa ne smejo zdravniki pri konsultaciji drug drugega nadigrati in se med seboj osmešiti. Zakaj nikoli – to svečano zahtevam – ne sme zdravnik drugega s svojim mnenjem omalovaževati, ker drugače bi samega sebe postavil v klaverno luč. Žal se dajo k temu lahko zapeljati ravno ti gospodje, ki so vzeli javna mesta v zakup. Vkljub temu pa ni bila napačna misel konsultirati drugega. Nazadnje pač lahko postane iz vsake neprilike dobra prilika.»

Evgenika

Priloga Zdravniškega vestnika

Evgenika, priloga Zdravniškega vestnika, je pod urejevanjem priv. docenta dr. Boža Škerlja izšla petkrat:

1. številka februarja 1935,
2. številka aprila 1935,
3. številka avgusta 1935,
4. številka oktobra 1935,
5. številka decembra 1935.

V uvodnem članku je urednik Zdravniškega vestnika dr. R. Neubauer sporočil bralcem, da je v prejšnjem letniku Zdravniškega vestnika Evgenika bila samostojna rubrika. Ker pa meni, da je to eden najbolj aktualnih vprašanj sedanjosti, so Evgeniko iz rubrike razširili v samostojni list. Seveda pod istim urednikom. Posebej je poudaril, da »evgenika ni in ne sme biti nauk mržnje drugega proti drugemu, naroda proti narodu, rase proti rasi, da tudi noče posegati v pravice posameznika, širiti pa hoče in mora zavest, da ni treba prepuščati družine in naroda propadanju, da ni treba brezmočno gledati, kako se redčijo najbolj nadarjeni elementi in množe manjvredni, kako se polnijo blaznice, ječe in bolnišnice z onimi, ki bi morali preklinjati svoje roditelje, ako bi le vedeli, odkod vse njihovo gorje».

V prvi številki je bil uvodnik članek doc. dr. Boža Škerlja »Evgenika v naših narodnih pregovorih« z naslednjimi poglavji: »Evgeniški pregovori, pomen vrojnih lastnosti, o zakonu, potomstvu, o vojni in miru, splošni evgeniški pregovori, evgeniško delo in poprišča (eugenica militans), proti smislu evgenike, o alkoholu, o zakonu, o rodbini».

V drugi številki je priv. doc. dr. Avgust Munda napisal članek: »Indicirana odprava telesnega plodu in naš kazenski zakon« s

poglavji: Medicinska indikacija, socialna indikacija, evgeniška indikacija, resimé, de lege ferenda.

V isti številki je članek P. Popenoe, D. Sec., iz Pasadene »Operacija« (Copyright by The Macmillan Company, 1929, New York, USA). Opisuje metode sterilizacije, njene neuspehe, Röntgenove žarke in radij ter vazektomijo.

V tretji številki je priv. doc. dr. Božo Škerlj objavil članek po predavanju, ki ga je imel na II. mednarodnem kongresu slavistov (september 1934) v Varšavi z naslovom »Rasni tipi Slovencev«. V referatu je 5 tabel in 6 slik. Svoj članek zaključuje: »O Slovencih lahko zaključno rečemo, da spadajo med visokorasle slovanske narode, da so povprečno brahikefalni in med slovanskimi narodi jako svetli, med južnimi Slovani brez dvoma najsvetlejši. Morda to povzroča manjši vpliv dinarske rase.»

V genetičnem seminarju avtor Škerlj razlaga hemofilijo (krvavičnost) in v interesu skupnosti zahteva od vseh hčera rodbin, kjer se je kdaj pojavila hemofilija, da se ne poroče oziroma se odrečejo potomstvu s tem, da se dajo sterilizirati.

V četrti številki priv. doc. dr. Božo Škerlj najprej poroča o »Finančni in populacijski politiki«, dr. Svetozar Stefanović o rasni higieni, abortusu in zaščiti matere (v srbohrvaščini), v genetičnem seminarju pa asistent botaničnega inštituta Gabrijel Tomažič razlaga: »Stanica, delitev stanice, hromosomi».

V peti in zadnji številki pa sledi nadaljevanje in konec članka dr. Svetozarja Stefanovića iz Beograda »Rasna higijena, abortus i zaštita majki«. S kongresa Jugoslovanskega lekarskega društva konec septembra 1935 pa so objavili članek dr. Jožeta Potrča iz Sv. Urbana pri Ptuju »Socialne indikacije splava«. Dr. Potrč je že na tem kongresu zagovarjal kontracepcijo in zaključuje, »da z legalizacijo abortusa tam, kjer je socialno indiciran, in z upešno profilakso nosečnosti bomo zanesljivo izrgali splav iz nevesčih rok, dosegli zmanjšanje splavov, odstranili njihove nevarne posledice«. V genetičnem seminarju pa Gabrijel Tomažič razlaga »Še o hromosomih».

V vseh petih številkah so mnogi navedki iz literature. Moti le to, da je največ hvalnic, kako je urejen problem družin, genetike, skrbi za bolne v Nemčiji in Italiji, ko pa vsi dobro vemo, kako se je ta »skrb« za rasno čistost končala v drugi svetovni vojni.



*iatrosski
alpe adria*

IATROSSKI ALPE-ADRIA

KRANJSKA GORA — ČETRTEK IN PETEK 8. IN 9. FEBRUAR 1996

**Posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem
zdravnikov dežel ALPE-ADRIA**

Četrtek, 8. 2. 1996 ob 19. uri:

Otvoritev in koktajl – hotel Špik – Martuljk:

Petek, 9. 2. 1996 ob 12. uri: Podkoren

Tekmovanje v veleslalomu – kategorija za moške in ženske:

- A – rojeni 1965 in mlajši
- B – 1964 – 1955
- C – 1954 – 1945
- D – 1944 – 1935
- E – 1934 in starejši

Tekmovanje šteje tudi za izbiro uradne Slovenske zdravniške reprezentance, katero bo organizator prijavil na Svetovno smučarsko prvenstvo zdravnikov, ki bo v MADONNA DI CAMPIGLIO od 24. do 31. 3. 1996.

Ob 16. uri

- Posvetovanje športne medicine
- Slavnostna razglasitev rezultatov
- Večerja

Kotizacijo v višini 5000 SIT nakažite na račun:
Goriško zdravniško društvo – 52000-678-80987.

Prijave pošljite skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji do 4. 2. 1996 na naslov:
dr. Franci Koglot – Bolnišnica Šempeter pri Gorici 65290.

Kasnejše prijave niso možne!

V prijavi navedite spol, datum rojstva, delovno mesto oz. ustanovo ali društvo, za katero nastopate. Za ekipo štejejo trije najboljše točkovani moški in dve ženski.

Organizacijski odbor IATROSSKI pri Slovenskem zdravniškem društvu:

- dr. Franci Koglot – Nova Gorica
- dr. Andrej Bručan – Ljubljana
- dr. Tone Lah – Jesenice

POKROVITELJ:
LEK d.d. Ljubljana

enkrat na dan



Tenzipin[®] retard

kapsule po 5 mg isradipina

Pravi prijem

Antihipertenzivno zdravilo iz skupine kalcijevih antagonistov

Indikacija: Arterijska hipertenzija. **Kontraindikacija:** Preobčutljivost za zdravilo. **Previdnostni ukrepi:** Previdnost svetujemo pri bolnikih s sindromom sinusnega vozla, ki nimajo srčnega spodbujevalnika. Nimamo izkušenj o uporabi Tenzipina pri otrocih, mlajših od 16 let. **Nosečnost in dojenje:** Tveganja ni mogoče izključiti, nosečnice naj zdravilo jemljejo, če je korist večja od tveganja. Ni znano, ali Tenzipin prehaja v mleko, zato med zdravljenjem odsvetujemo dojenje. **Interakcije:** Jemanje Tenzipina s hrano ne vpliva na njegovo biološko uporabnost, lahko pa povzroči, da začetek absorpcije in s tem maksimalna koncentracija nastopita približno eno uro kasneje. Farmakokinetika Tenzipina se ne spremeni, če bolniki sočasno jemljejo digoksin, propranolol ali hidroklorotiazid. Tenzipin ne vpliva na farmakokinetiko digoksina, hidroklorotiazida in varfarina, lahko pa poveča biološko uporabnost propranolola. Tenzipin se nespecifično veže na beljakovine, vendar kljub temu priporočamo previdnost pri morebitnem sočasnem dajanju antikonvulzivov. Če ga bolnik jemlje skupaj s cimetidinom, se biološka uporabnost Tenzipina poveča za okoli 50 %, zato moramo odmerek Tenzipina zmanjšati za polovico. Odsvetujemo sočasno jemanje rifampicina.

Doziranje:

začetno doziranje	1 kapsula 1-krat na dan
vzdrževalno doziranje	1 do 2 kapsuli 1-krat na dan

Stranski učinki: Praviloma so redki, blagi in odvisni od doze. Kot posledica vazodilatacije se lahko pojavijo glavobol, rdečica obraza, tahikardija, palpitacije in edemi okrog gležnjeve, ki niso kardialnega izvora. Nespecifični stranski učinki: utrujenost, trebušne težave, izpuščaji. **Oprema:** 20 kapsul po 5 mg.



V sodelovanju s firmo SANDOZ Pharma Ltd., Švica
Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



ZDRAVITI
ALI NE ZDRAVITI

NADZOROVANO
URAVNAVANJE HOLESTEROLA

LESCOL[®]
FLUVASTATIN

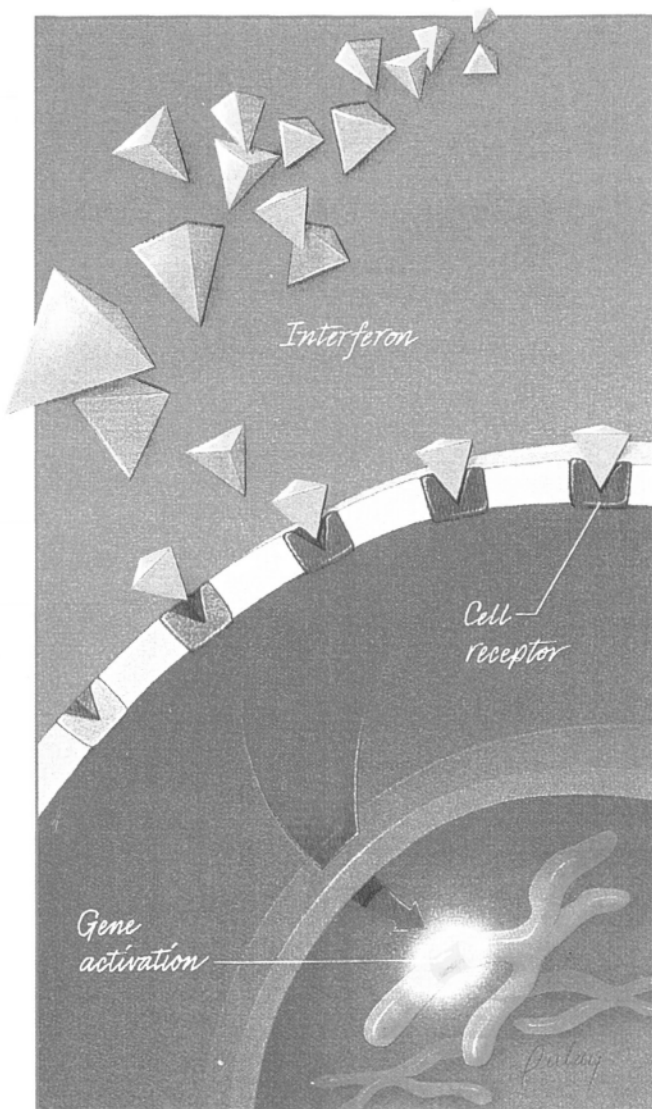
 **SANDOZ**

Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA SERVICES Ltd., Basel, Predstavništvo v Sloveniji,
Dunajska 107, 61113 Ljubljana, telefon 061/ 168 14 22, faks 061/ 34 00 96.

PREDSTAVNIŠTVO LJUBLJANA
Mašera Spasičeva 10
61000 Ljubljana
tel.: 061-1685-008, 372-878
fax: 061-344-498

INTRON A

INTERFERON ALFA -2b, rekombinantni



**Nekateri se odzivajo prihodnosti.
Mi jo ustvarjamo.**

Xanax[®]

alprazolam

Tablete 1mg, 0,5 mg in 0,25 mg



NOVI BENZODIAZEPIN S ŠIRŠIM INDIKACIJSKIM PODROČJEM KOT TRADICIONALNI ANKSIOLITIKI

*anksioznost

*anksioznost združena z depresivnimi simptomi

*anksioznost združena z depresijo

*panično stanje

Upjohn

Xanax[®]

**PRVI
IN EDEN NAJUČINKOVITEJŠIH
ANKSIOLITIKOV**

Podrobnejše informacije in literatura so na voljo pri:

REMEDIA d.o.o.

Prstavnštvo za Slovenijo, Vrtača 15, Ljubljana, tel. (061) 126-22-85, fax. (061) 125-13-38



KEMOFARMACIJA

Cesta na Brdo 100
61001 Ljubljana
Poštni predal: 143
Telefon: 061 12-32-145
Telefax: 271-362, 271-588

Alcon

Alcon Pharmaceuticals Ltd.

ALCON VAŠ PARTNER V OFTALMOLOGIJI

NAŠ PROGRAM OBSEGA ZDAJ NASLEDNJA ZDRAVILA:

◆ ZDRAVLJENJE GLAVKOMA IN ZVIŠANEGA OČESNEGA TLAKA

BETOPTIC	(betaksolol 0,5 %), očišne kapljice - edini selektivni beta 1 blokator
BETOPTIC S	(betaksolol 0,25 % suspenzija), očišne kapljice - nova farmacevtska oblika beta 1 blokatorja
ISOPTO CARBACHOL	(karbahol 1,5 % in 3 %), očišne kapljice
PILOGEL HS	(pilokarpin 4 %), gel - uporaba SAMO ENKRAT NA DAN

◆ ZDRAVLJENJE BAKTERIJSKIH OČESNIH INFEKCIJ

TOBEX	(tobramicin 0,3 %), očišne kapljice in mazilo - antibiotik širokega spektra
CILOXAN	(ciprofloksacin 0,3 %), očišne kapljice - najnovejši fluorokinolonski antibiotik širokega spektra

◆ ZDRAVLJENJE VNETH IN ALERGIČNIH OČESNIH STANJ

MAXIDEX	(deksametazon 0,1 %), očišne kapljice
MAXIDEX	(deksametazon 0,01 %), očišno mazilo

◆ KOMBINIRANO OČESNO ZDRAVILO

MAXITROL	(deksametazon, neomicin in POLIMIKSIN B), očišne kapljice in mazilo
-----------------	---

◆ ZDRAVLJENJE SUHEGA ALI VZDRAŽENEGA OČESA

ISOPTO TEARS	(hidroksipropil metilceluloza), očišne kapljice
TEARS NATURELE	(duasorb polimer), najnovejše očišne kapljice

◆ OSTALI OFTALMOLOŠKI PRIPRAVKI

QUINAX	(azapentacen polisulfonat), očišne kapljice - antikataraktik
MYDRIACYL	(tropikamid 0,5 % in 1 %), očišne kapljice

Podrobnejše informacije ali vzorce dobite pri KEMOFARMACIJI.
Tel. 061-123-2145, Fax. 061-271-362

Tonocardin[®] doksazosin

SELEKTIVNI BLOKATOR ADRENERGIČNIH RECEPTORJEV α_1
ZA ZDRAVLJENJE HIPERTENZIJE
IN PREVENTIVO KORONARNE BOLEZNI SRCA

ODMERJANJE SAMO ENKRAT NA DAN



- **znižuje krvni tlak**
- **uravnava lipidni profil**
- **zmanjšuje neugodne učinke kajenja**



PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, Ljubljana

Oprema
škatlica z 20 tabletami po 2 mg
škatlica z 20 tabletami po 4 mg

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremni dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 64, NOVEMBER 1995, Page 623-666, Number 11

CONTENTS

PROFESSIONAL ARTICLES

- Analysis of cardiovascular risk factors among Slovenian managers,**
J. Fürst, B. Tepeš, J. Lavrič, D. Košutić 623
- A contribution to the diagnostics and therapy of benign paroxysmal positional vertigo,**
J. Vatovec, M. Žargi, S. Černelč 629
- Successful management of severe strychnine poisoning,** A. Marolt 633

REVIEW ARTICLES

- Is fibrinogen independent cardiovascular risk factor?,** B. Žižek, P. Poredoš 637

QUALITY IN HEALTH SERVICE

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS