



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 64, MAJ 1995, str. 251-314, Št. 5

VSEBINA

NA MESTU UVODNIKA

- Pozdrav pokrovitelja na 132. rednem letnem srečanju Slovenskega zdravniškega društva**, V. Topler 251

STROKOVNI PRISPEVKI

- Naše izkušnje s cepljenjem zdravstvenih delavcev proti hepatitisu B z rekombinantnim cepivom in upravičenost spodbujevalnih odmerkov**, V. Brinovec 253

- Neposredni vzroki smrti po zlomih kolka zaradi slučajnih padcev v Sloveniji**, M. Hovnik-Kršmanc 257

- Pesticidi in zdravje v Pomurju**, Š. Gruškovnjak, Z. Levačič-Turk, J. Šamu, G. Temlin 261

- Primarni limfom centralnega živčevja: Opis bolnice in pregled literature**, M. Popović, R. Obradović-Novak, Ž. Bošnjak 267

PREGLEDNI PRISPEVKI

- Okužbe v športu**, G. Lešničar 271

- Ateroskleroza in rdeče vino**, R. Pavlin 275

PISMA UREDNIŠTVU

- Vpliv različnih dejavnikov na dojenje**, S. Hoyer 281

RAZGLEDI

- Jubileji** 283

- Nekrologi** 283

- Strokovno izpopolnjevanje** 284

- Strokovna srečanja** 286

- Delo SZD** 288

- Aktualni pogovori** 299

- Zdravniški vestnik pred 60 leti** 304

- V tej številki so sodelovali** 265

- Oglasi** 252, 266, 270, 280, 282, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

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

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo in Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Naklada 4100 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 4100
copies

Na mestu uvodnika/On the place of the leading article

POZDRAV POKROVITELJA NA 132. REDNEM LETNEM SREČANJU

Vladimir Topler

Spoštovane slovenske zdravnice, slovenski zdravniki, go-spa državna sekretarka ga. dr. Dunja Piškur-Kosmač, predsednik in vodstvo Slovenskega zdravniškega društva, spoštovani organizatorji – Gorenjsko zdravniško društvo, spoštovane gospe in gospodje!

Pred 132. leti daljnega 15. junija 1861 je bilo ustanovljeno Zdravniško bralno društvo. Še istega leta je bilo potrjeno s strani takratne deželne vlade. Leta 1918 pa so naši predhodniki to društvo preimenovali v Slovensko zdravniško društvo. V povsem drugačnih razmerah so zdravnice in zdravniki predstavljali pomemben del domače slovenske inteligence, imeli so pomembno družbeno vlogo. V anglosaškem svetu je imel to vlogo sodnik, na Poljskem pisatelj, v Sloveniji pa je to pomembno družbeno vlogo imel slovenski zdravnik, ne zato, ker je zdravil, pulil zobe, ampak imel je družbeni status in izžareval je svojo družbeno vlogo tako močno, da mu je bilo potrebno vzeti naziv »dr. medicine«. Vsesplošen razvoj je slovensko inteligenco postavil v vlogo nosilca samobitnosti slovenskega naroda in ji dodelil posebno odgovoren položaj – nosilca kulture slovenskega naroda, prebuditelja narodne zavesti, ohranitelja narodne identitete. Vloga slovenskega zdravnika – intelektualca je danes drugačna kot na začetku 20. stoletja, ko je poleg notarja, duhovnika, učitelja bil »doktor« nosilec kulturnega in duhovnega življenja, danes je nosilec bistveno več in vloga posameznikov manjša.

Kritičnost in individualnost slovenskega zdravnika se kaže tudi danes, ko je potrebno in nas razmere silijo, da strnemo svoje vrste. Kritičnost presega meje, praznina prejšnje enopartijske oblasti se je napolnila z različno mislečimi, z različnimi pogledi, z duhovnostjo, toda naša medicina, naše zdravstvo tudi v enoumju ni bilo osiromašeno. Dovolj je bilo možnosti za izobraževanje, za raziskovanje. Zato je danes naloga slovenskega zdravnika da ohrani tisto, kar je bilo dobro in spremeni tisto, kar je bilo slabega, še toliko težja. Seveda pa se marsikdaj skrivamo za zidovi tranzicije, namesto, da bi se soočili s problemi in skupaj našli ustrezne rešitve.

V svetu in pri nas je zdravstvo danes pred izzivom, je pod drobnogledom družbe in tarča mnogih kritik. Nova državna ureditev vnaša številne spremembe, odpira nove probleme, a hkrati prehodno obdobje postaja opravičilo za tisto, kar bi morali urediti drugače. Naj navedem nekatere upravičene kritike, kaj moramo storiti drugače.

Zavod za zdravstveno zavarovanje predpisuje število pregledov, posegov in hospitalnih dni, jih administrativno niža, kljub temu vsa odgovornost pada na ramena zdravnika.

Kako naj ravna zdravnik pred polno ambulanto pomoči potrebnih bolnikov, plačnik pa mu plača le določeno število pregledov? Visoka etika in visoka morala slovenskega zdravnika, po kateri bi se morali zgledovati tudi drugi, mu narekujejo, da naredi več. Seveda za to ne dobi plačila, ne pohvale, ampak opomin, naj ne dela izgube inštituciji, v kateri je zaposlen. Kot da je slovenski zdravnik porabnik družbenega premoženja, ne pa tisti, ki ga bogato soustvarja in skrbi za neprecenljivo vrednost vsakega posameznika – za njegovo zdravje.

Pri visoki marži zdravil na znižujemo marže (cene), ampak predpisujemo zdravniku naj predpiše manj receptov. Zasebništvo se razvija brez pravih kriterijev. Samoplačniške ambulante so se oddaljile od prvotne zamisli.

Preventivno zdravstvo izgublja svoj pomen zaradi nedorečenosti. Plana »Zdravje vsem do leta 2000« pa zaradi nepovezanosti med zdravnikom kot osnovnim nosilcem zdravstvene dejavnosti, zavarovalnico, ministrstvom, zbornico in zdravniškim društvom, ne bo možno uresničiti. Zdravje bo tako lahko le dobrina tistih, ki si ga bodo dodatno plačali. Kritike zdravniški stan ne dobiva samo od zunaj. Največ kritik zdravstvu in zdravniškemu stanu izrekamo sami. Kritikam, ki smo jih izrekli sami, ne smemo zmanjševati pomena. Vendar te kritike opredeljujejo predvsem naš status v družbenem sistemu, to je kritika nas samih, ker nismo uspeli in znali ostati na nivoju takšnega družbenega vpliva, kot ga je zdravniški stan v preteklosti imel. S tem bi bil rešen marsikateri problem, ki se danes odpira, ne samo za zdravnike, temveč tudi za bolnike.

Zastavlja se vprašanje, kako zdravniku vrniti veliki ugled? Slovenskemu zdravniku smo vrnili naziv »dr. medicine«. Zdravniki so postali direktorji zdravstvenih organizacij. Zdravstveni proračun je bolj transparenten, vendar se stvari niso obrnile v želeno smer.

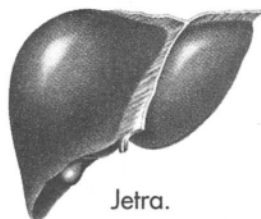
Sedaj, ko imamo zbornico, je vloga zdravniškega društva drugačna, deljena, potrebno bo prevetriti delo in o odprtih vprašanjih biti v družbi bolj prisoten.

Čas je, da ovrednotimo poslanstvo slovenskega zdravnika, ga oplemenitimo z novimi spoznanji, da bomo izvršili svoje poslanstvo, ki smo ga dolžni slovenskemu narodu. Znanja in strokovnosti imamo dovolj, izziv je danes na naši strani. Z zaupanjem, ki so ga dobili zdravniki – poslanci od ljudi, lahko računate na našo pomoč v parlamentu.

Z veseljem in ponosom, da tudi sam pripadam stanovski družini slovenskih zdravnikov, izrekam čestitke Slovenskemu zdravniškemu društvu in mu želim uspešno delo še naprej.

Vi izberete bolnika

**Lescol izbere
mesto delovanja.**



Jetra.

Novo zdravilo Lescol spada v skupino statinov
in je eno najučinkovitejših zdravil
za zniževanje holesterola v krvi¹.

Lescol selektivno deluje v jetrih, zato je učinkovito in hkrati varno zdravilo^{2,3}.
Ker v krvnem obtoku ni aktivnih metabolitov,
so sistemski stranski učinki enaki placebo^{4,5},
zato ga bolniki zelo dobro prenašajo⁶.

Lescol nima pomembnejših interakcij in ga lahko uporabljamo
skupaj z drugimi zdravili, ki se običajno uporabljajo
za zdravljenje bolezni srca in ožilja ali sladkorne bolezni⁷.

Če dieta ne učinkuje zadovoljivo,
je izbira Lescola pravilna odločitev za bolnike,
ki imajo poleg povišanega holesterola še druge dejavnike tveganja.

Odgovornost je na vaši strani.

LESCOL[®]
FLUVASTATIN

nadzorovano uravnavanje holesterola

Literatura: 1. Feher MD et al. Lipids and Lipid Disorders, Gower, London 1990. / 2. Banga JD, Jacotot B, Pfister P, Mehra M, for the French-Dutch Fluvastatin Study Group. Long-term fluvastatin treatment of hypercholesterolemia: A 52-week multicenter safety and efficacy study. Am J Med 1994;96(suppl 6A):87S-93. / 3. Davidson MH, on behalf of FLUENT Investigators Group. Fluvastatin Long-Term Extension Trial (FLUENT): Summary of efficacy and safety. Am J Med 1994; 96 (Suppl 6A): 41S-4. / 4. Levy RI, Troendle AJ, Fattu JM. A quarter century of drug treatment of dyslipoproteinemia, with a focus on the new HMG-CoA reductase inhibitor fluvastatin. Circulation 1993;87(4):45-53. / 5. Tse FLS, Jaffe JM, Troendle A. Pharmacokinetics of fluvastatin after single and multiple doses in normal volunteers. J Clin Pharmacol 1992;32:630-8. / 6. Jokubaitis LA. Updated clinical safety experience with fluvastatin. Am J Cardiol 1994;73:18D-24. / 7. Smith HT, Jokubaitis LA, Troendle AJ, Hwang DS, Robinson WT. Pharmacokinetics of fluvastatin and specific drug interactions. Am J Hypertens 1993;6:375S-82.

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



SANDOZ

Strokovni prispevek/Professional article

NAŠE IZKUŠNJE S CEPLJENJEM ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PROTI HEPATITISU B Z REKOMBINANTNIM CEPIVOM IN UPRAVIČENOST SPODBUJEVALNIH ODMERKOV

OUR EXPERIENCE IN VACCINATION OF MEDICAL PERSONNEL WITH THE RECOMBINANT HEPATITIS B VACCINE AND JUSTIFICATION OF BOOSTER DOSES

Vlado Brinovec

Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center Ljubljana, Japljeva 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-11-23, sprejeto 1995-03-27; ZDRAV VESTN 1995; 64: 253-6

Ključne besede: zdravstveni delavci; hepatitis B; rekombinantno cepivo; spodbujevalni odmerki

Key words: medical personnel; hepatitis B; recombinant vaccine; booster doses

Izvleček – Izhodišča. Okužba z virusom hepatitisa B (HBV) je pri zdravstvenih delavcih veliko pogostnejša kot pri splošnem prebivalstvu. Po dosegljivih podatkih znaša razširjenost označevalcev hepatitisa B 12,7 odstotka pri zdravstvenih delavcih Kliničnega centra Ljubljana in Zdravstvenega doma Ljubljana (1). Na te podatkih je temeljila odločitev za aktivni program imunizacije z rekombinantnim cepivom proti hepatitisu B. Slovenski zakon določa, da je cepljenje proti hepatitisu B obvezno za vse skupine s tveganjem. V Sloveniji je postalo cepljenje proti hepatitisu B za zdravstvene delavce obvezno decembra leta 1987.

Abstract – Background. The hepatitis B virus infection (HBV) is by far more frequent among medical personnel than in the general population. According to the available data the prevalence of hepatitis B markers is 12.7% among medical personnel of the Medical Centre Ljubljana and the Public Health Service of Ljubljana (1). Therefore the decision was made to start an active immunization programme with a recombinant hepatitis B vaccine. According to the Slovenian regulations vaccination against hepatitis B is obligatory for all risk groups. For the medical personnel in Slovenia obligatory vaccination against hepatitis B was introduced in December, 1987.

Rezultati. Rezultati pričujoče raziskave, ki poteka od leta 1989, kažejo, da je uspelo s cepljenjem proti hepatitisu B pred boleznijo zaščititi 91,5 odstotka cepljenih oseb. Od skupno 558 v raziskavo zajetih oseb jih je bilo po prvem cepljenju 48 (8,5 odstotka) neodzivnikov ali slabih odzivnikov po zadnjem (tretjem) odmerku.

Results. According to the results of the present study which was started in 1989, vaccination conferred protection against hepatitis B in 91.5% of cases. Out of the total number of 558 initially vaccinated subjects, 48 (8.5%) were classified as non-responders or hyporesponders after the final (third) dose.

Zaključki. Z dodatnimi, spodbujevalnimi odmerki po zadnjem (tretjem) odmerku cepiva se je število resničnih neodzivnikov zmanjšalo na 4 (0,7 odstotka) od v raziskavo vključenih 558 oseb.

Conclusions. By additional booster doses after the final (third) dose the number of real non-responders was reduced to 4 (0.7%) out of 558 subjects enrolled.

Uvod

Med vsakodnevnim rutinskim delom so zdravstveni delavci pogosto izpostavljeni nevarnosti okužbe z virusom hepatitisa B. Nevarnost okužbe je največja pri zdravstvenih delavcih, ki delajo na oddelkih za hemodializo, transfuzijo krvi, v kliničnih laboratorijih, zobozdravstvenih ustanovah, na oddelkih za intenzivno nego in zdravljenje, patoloških in sodnomedicinskih inštitutih ter na infekcijskih, hematoloških, gastroenteroloških, ginekoloških in kardioloških oddelkih, kjer pogosto prihajajo v stik z okuženimi telesnimi tekočinami in tkivi okuženih bolnikov (2-5).

Po statističnih podatkih v Sloveniji opravljenih epidemioloških raziskav je v obdobju od 1984 do 1992 za akutnim hepatitisom B letno zbolelo okrog 217 oseb. Od slovenskih krvodajalcev je okrog 1,5 odstotka oseb nosilcev HBsAg v primerjavi s 5 odstotki med diabetiki, odvisnimi od insulina (6).

Podatki o splošni razširjenosti vseh označevalcev med celotnim

prebivalstvom Slovenije niso dosegljivi. Edini dosegljivi podatki se nanašajo na zdravstvene delavce v Celju. Pri tej skupini oseb je bila razširjenost označevalcev hepatitisa B leta 1984 okrog 20,3-odstotna (7).

Zdravstveni delavci in metode

Zdravstveni delavci

Po privolitvi za sodelovanje v raziskavi smo vanjo vključili 640 zdravstvenih delavcev obeh spolov in različne starosti, zaposlenih v različnih zdravstvenih profilih. Vse osebe so bile zdrave in brez znakov kronične, zlasti jetrne bolezni, in še niso bili cepljeni proti hepatitisu B.

Po zdravniškem pregledu smo vse osebe z normalnimi laboratorijskimi jetrnimi izvidi (bilirubin, aminotransferaze – ALT, AST) in negativnimi rezultati testov za serumske označevalce hepatitisa B

(HBsAg, anti-HBs, anti-HBc) in za protitelesa proti HIV (n=558) cepili z rekombinantnim cepivom Engerix B (Smith Kline, Belgija; v Sloveniji je cepivo registrirano z imenom Hepagerix B – 20 mcg) ali Gen HBvax (Merck Sharpe & Dohme – 10 mcg, ZDA). Med raziskavo smo cepivo hranili v optimalnih okoliščinah po priporočilih izdelovalca (pri +2 do +8°C). Vse osebe so prejele cepivo z intramuskularno injekcijo v deltoidno mišico po shemi cepljenja 0, 1, 6 mesecev. Mesec dni po zadnjem (tretjem) odmerku smo odzivnost na cepivo ocenjevali z merjenjem količine anti-HBs protiteles (IE/l).

Metode

Uporabili smo naslednje metode:

1. Klinični pregled (za določitev indikacije).
2. Laboratorijske teste (krvno sliko, bilirubin, ALT in AST) so opravili na Inštitutu za klinično kemijo in biokemijo, Klinični center Ljubljana; določanje označevalcev za hepatitis B so opravili na Zavodu za transfuzijo krvi RS v Ljubljani; HBsAg in anti-HBc protitelesa smo določali po metodi RIA, za katero smo uporabili reagentne firme Abbott; anti-HBs protitelesa smo merili v IE/l po encimatski metodi Behringwerke. Rezultate količine protiteles v IE/l smo prilagodili referenčnemu standardu Svetovne zdravstvene organizacije (SZO).
3. Uporabili smo standardno shemo cepljenja 0, 1, 6 mesecev, ki jo priporočajo različni izdelovalci (in tudi SZO) (8). Cepivo smo vbrizgali z intramuskularno injekcijo (9–13) v deltoidno mišico.
4. Količino anti-HBs protiteles v IE/l smo merili pri vseh cepljenih osebah mesec dni po zadnjem (tretjem) odmerku cepiva, da bi lahko objektivno ocenili učinkovitost cepljenja (14–18).
5. Pred cepljenjem smo preskušance razdelili v dve skupini. V prvo skupino smo uvrstili dobre odzivnike (anti-HBs protitelesa nad 100 IE/l), v drugo pa slabe odzivnike (anti-HBs protitelesa od 11 do 100 IE/l) in neodzivnike (anti-HBs protitelesa 0 do 10 IE/l).
6. Neodzivniki in slabi odzivniki so prejeli spodbujevalne odmerke po Jilgovi shemi.
7. Statistična analiza. Za analizo numeričnih spremenljivk smo uporabili t-test ali Mann-Whitneyev test, za atributivne spremenljivke pa hi-kvadratni test. Pri neodzivnikih in slabih odzivnikih smo ocenjevali čas, potreben za največjo odzivnost na spodbujevalne odmerke, po Kaplan-Meierjevi metodi preživetja. Podatke smo obdelali s programom za statistično obdelavo podatkov BMDP (BMDP, verzija 1990, s19-0540) na Inštitutu za biomedicinsko informatiko Medicinske fakultete v Ljubljani.

Rezultati

Od skupnega števila 640 zdravstvenih delavcev smo jih v raziskavo vključili 558 (126 moških [22,6 odstotka] in 432 žensk [77,4 odstotka, starih od 17 do 65 let]). Značilnosti v raziskavo vključenih oseb prikazuje tabela 1. Preostalih 81 oseb (12,7 odstotka) je imelo pozitivne označevalce za hepatitis B, zato smo jih iz raziskave izključili (od teh je 72 oseb imelo pozitiven izvid za anti-HBs in anti-HBc protitelesa (11,2 odstotka)). Ti podatki so dobro primerljivi z rezultati Goudeauja (5), po katerega podatkih znaša razširjenost označevalcev hepatitisa B med zdravstvenimi delavci v treh evropskih regijah (Italiji, vzhodni Evropi in sredozemski regiji, kamor sodi tudi Slovenija) 10 do 20 odstotkov. Od 640 na začetku pregledanih oseb je bil HBsAg pozitiven pri štirih (0,63 odstotka). Tudi te osebe smo izključili iz raziskave. Nosilci označevalcev so bili stari od 18 do 59 let.

Mesec dni po zadnjem (tretjem) odmerku je bila količina anti-HBs protiteles pri 510 (91,5 odstotka) v območju 100 do 140.191 IE/l (dobri odzivniki). Od 558 oseb jih je bilo 48 (8,5 odstotka) slabih odzivnikov in neodzivnikov. Teh 48 oseb je prejelo spodbujevalne odmerke po shemi, ki jo priporoča Jilg (19), nakar smo jih razvrstili v štiri skupine. V prvo skupino smo uvrstili neodzivnike (n=10) s količino anti-HBs protiteles 0 IE/l in pod 100 IE/l celo po

Tab. 1. Skupine zdravstvenih delavcev.

Tab. 1. Groups of medical personnel.

Profili zdravstvenih delavcev Profession	n	%
Študentje stomatologije Students of stomatology	109	19,5
Medicinske sestre Nurses	98	17,5
Zdravniki Doctors	75	13,4
Višje medicinske sestre Graduate nurses	62	11,1
Tehnično osebje Technical staff	54	9,7
Pomožno osebje Ancillary personnel	45	8,1
Zobozdravstveni asistenti Dental assistants	44	7,9
Zobozdravstveni tehniki Dental technicians	26	4,7
Zobozdravniki Dentists	26	4,7
Laboratorijski tehniki Laboratory technicians	19	3,4
Skupaj Total	558	100,00

ponovljenih spodbujevalnih odmerkih. V drugo skupino smo uvrstili slabe odzivnike (n=7) s količino anti-HBs protiteles do 100 IE/l, pri katerih se po ponovljenih spodbujevalnih odmerkih cepiva količina protiteles ni zvečala nad 100 IE/l. V tretjo skupino smo uvrstili neodzivnike (n=7) s količino anti-HBs protiteles nad 100 IE/l po spodbujevalnih odmerkih. V četrti skupini pa so bili slabi odzivniki (n=24) s količino anti-HBs protiteles nad 100 IE/l po spodbujevalnih odmerkih (tab. 2).

Tab. 2. Količina anti-HBs protiteles mesec dni po zadnjem (tretjem) odmerku in največja odzivnost po spodbujevalnih odmerkih za štiri skupine neodzivnikov in slabih odzivnikov.

Tab. 2. Anti-HBs levels one month after the final (third) dose and maximum response after booster doses in four groups of non-responders and hyporesponders.

Skupina Group	n	Količina anti-HBs protiteles mesec dni po zadnjem (tretjem) odmerku (IE/l) srednja vrednost (območje) Anti-HBs levels one month after the final (third) dose (IU/L) median (range)	Največja količina anti-HBs protiteles po spodbujevalnih odmerkih (IE/l) srednja vrednost (območje) Maximum anti-HBs levels after booster doses (IU/L) median (range)	Število spodbujevalnih odmerkov za doseg največje vrednosti anti-HBs v IE/l srednja vrednost (območje) Number of booster doses for maximum anti-HBs median (range)
1	10	0	23 (0–83)	2 (1–3)
2	7	15 (15–90)	78 (15–96)	1 (1–2)
3	7	0	302 (209–5612)	2 (1–3)
4	24	26 (6–76)	404 (113–5918)	1 (1–3)

Štirje neodzivniki v prvi skupini se niso odzvali na nobenega od spodbujevalnih odmerkov; pri šestih neodzivnikih smo po drugem spodbujevalnem odmerku zasledili blago zvečanje količine anti-HBs protiteles od 23 na 83 IE/l.

V drugi skupini (slabi odzivniki) je ostala količina anti-HBs protiteles po dveh spodbujevalnih odmerkih nespremenjena samo pri dveh osebah. Pri vseh preostalih osebah se je količina anti-HBs protiteles zvečala na 23 do 96 IE/l.

V tretji skupini (neodzivniki) je znašala količina anti-HBs protiteles po enem do treh spodbujevalnih odmerkih 209 do 5612 IE/l.

V četrti skupini (slabi odzivniki) so bile količine anti-HBs protiteles po največ treh spodbujevalnih odmerkih v območju med 113 in 5918 IE/l.

Torej je bilo ob koncu raziskave, po treh spodbujevalnih odmerkih cepiva, možno kot resnične neodzivnike opredeliti samo štiri od sedemnajstih prvotnih neodzivnikov. To je 0,7 odstotka od skupnega števila oseb, vključenih v raziskavo ($n=558$).

Poleg glavnega namena raziskave smo ugotovili, da pri 510 osebah z dobro odzivnostjo na cepljenje proti hepatitisu B (s količino anti-HBs protiteles nad 100 do 140.191 IE/l) ni bilo razlike med doseženimi količinami anti-HBs protiteles v območju do 1000 glede na uporabljeno cepivo (Hepagerix B po 20 mcg in Gen HBvax po 10 mcg). Pri osebah s količino anti-HBs protiteles do 9999 IE/l je bil dosežen odstotek uspešnosti 57,3 odstotka pri Hepagerixu B in samo 42,7 odstotka pri cepivu Gen HBvax. Razlika je bila še očitnejša pri osebah s količino anti-HBs protiteles nad 10.000 IE/l (po Hepagerixu B 79,7 odstotka, po Gen HBvaxu 20,3 odstotka) (tab. 3). Imunski odziv na cepljenje je bil odvisen od starosti (20, 21) (tab. 4).

Tab. 3. Količina anti-HBs protiteles po prejemu različnih cepiv.

Tab. 3. Anti-HBs levels following administration of different vaccines.

Anti-HBs (IE/l) (IU/L)	Gen		Hepagerix B		Skupaj Total	
	n	%	n	%	n	%
0-99	30	48,4	32	51,6	62	100
100-999	86	47,0	97	53,0	183	100
1000-9999	99	42,7	133	57,3	232	100
nad 10.000 above 10,000	16	20,3	63	79,7	79	100
Skupaj Total	231	41,5	325	58,5	556	100

Tab. 4. Količina anti-HBs protiteles pri različnih starostnih skupinah.

Tab. 4. Anti-HBs levels in different age groups.

Anti-HBs (IE/l) (IU/L)	pod 40 let under 40 years		nad 40 let above 40 years		skupaj total	
	n	%	n	%	n	%
0-99	38	59,4	26	40,6	64	100
100-999	121	66,9	60	33,1	181	100
1000-9999	196	84,5	36	15,5	232	100
nad 10.000 above 10,000	67	84,8	12	15,2	79	100
Skupaj Total	422	75,9	134	24,1	556	100

Ob koncu raziskave so vse osebe izpolnile obrazec, v katerega so vnesle stranske učinke cepljenja proti hepatitisu B. O lokalnih stranskih učinkih je poročalo 6,2 odstotka v skupini, ki je prejela Hepagerix (o bolečini 5,5 odstotka, rdečici 2,5 odstotka, o drugih stranskih učinkih 0,6 odstotka). V skupini, ki je prejela Gen HBvax, je bil odstotek lokalnih stranskih učinkov 10,4 odstotka (bolečina pri 9,1 odstotka, rdečica 1,7 odstotka, infiltrat 0,9 odstotka in drugi lokalni stranski učinki 0,9 odstotka). Odstotek sistemskih stranskih učinkov je bil 2,8 odstotka v skupini, ki je prejela Hepagerix B, in 5,2 odstotka v skupini, ki je prejela Gen HBvax. Vsi stranski učinki so bili prehodni in blagi. Na splošno so preskušanci cepivo dobro prenašali.

Razpravljanje

Ocena učinkovitosti cepljenja proti hepatitisu B v raziskavi, ki je zajela skupino 558 zdravstvenih delavcev, je pokazala, da je bila imunizacija učinkovita pri 91,5 odstotka oseb (anti-HBs protitelesa nad 100 IE/l). O podobnih rezultatih poročajo tudi drugi avtorji. V raziskavi Troneja in sod. (22) je bilo cepljenje učinkovito pri 95 do 98 odstotkih oseb, ki so prejele 20 mcg rekombinantnega cepiva. V raziskavi Symingtona (23) so dosegli učinkovito zaščito proti

hepatitisu B pri 94,6 odstotka oseb z dajanjem Engerixa B zdravim zdravstvenim delavcem po enaki imunizacijski shemi kot v pričujoči raziskavi. Tudi v raziskavi Juszczyka (24), ki je prav tako zajela zdravstvene delavce, so po zadnjem odmerku Engerixa B cepljenje ocenili za uspešno pri 95,2 odstotka oseb. Nasprotno pa je Dogan (25), ki je ocenjeval učinkovitost rekombinantnega cepiva pri delavcih v transfuzijskem centru, poročal o učinkoviti imunizaciji samo pri 86,5 odstotka oseb. Tudi Jilg (26) je poročal o 96-odstotni uspešnosti po cepljenju z Gen HBvaxom. Nadalje je bila 95-odstotno uspešna imunizacija po dajanju Engerixa B v raziskavah, ki so jih opravili Scheiermann (27), Just (28) in Goudeau (29). Samo André (30) iz ustanove Smith Kline Institute, katerega raziskava je zajela 3733 oseb iz devetnajstih držav, je poročal o skoraj stodontnem uspehu cepljenja. Podobne rezultate so opisali v ZDA (CDC [31], Szmunn [32-35]) in André (36), kjer so po dajanju rekombinantnega cepiva po shemi cepljenja 0, 1, 6 mesecev poročali o 90-odstotni učinkovitosti cepljenja pri odraslih osebah (95-odstotni pri otrocih). Rezultati raziskav, ki so jih opravili Trépo (37), André (38) in Coates (39), so pokazali statistično pomembno različno učinkovitost različnih rekombinantnih cepiv ob uporabi enake sheme cepljenja (po cepivu Gen Hevac B Pasteur je bilo cepljenje uspešno pri 87,8 odstotka oseb, po cepivu Engerix B pri 78,5 odstotka in po cepivu Gen HBvax pri 76,2 odstotka oseb). Po mnenju Milicha (40) je bila vzrok za boljšo odzivnost na Gen Hevac B Pasteur vsebnost pre-S regije. Primerjava z objavljenimi rezultati raziskav torej kaže, da so rezultati pričujoče raziskave dobro primerljivi s tistimi drugih avtorjev, saj smo uporabili enaki rekombinantni cepivi (Hepagerix B in Gen HBvax) in enako shemo cepljenja.

Za najboljšo dosegljivo učinkovitost rekombinantnega cepiva je bistvena vsebnost determinante a. Poleg tega vsebujeta cepivi Hepagerix B in Gen HBvax še adw podtipa HBsAg, ki so po epidemioloških podatkih prisotni pri nosilcih HBsAg v srednji Evropi (41).

Glede na lastne izkušnje menim, da je z dajanjem spodbujevalnih odmerkov cepiva možno močno zmanjšati število slabih odzivnikov, čeprav ta način imunizacije še ni dokončno raziskan. V pričujoči raziskavi smo neodzivnike cepili, kakor hitro so bili dosegljivi podatki o količini anti-HBs protiteles v IE/l, to je mesec dni po zadnjem (tretjem) odmerku cepiva. Slabi odzivniki s količino anti-HBs protiteles znotraj območja 11 do 100 IE/l so prejeli spodbujevalne odmerke šest mesecev po zadnjem (tretjem) odmerku cepiva, tistim s količino anti-HBs protiteles nad 100 IE/l pa smo svetovali dodaten spodbujevalni odmerek po petih do sedmih letih.

Z dodatnimi spodbujevalnimi odmerki po zadnjem (tretjem) odmerku cepiva je uspelo zmanjšati število resničnih neodzivnikov na 4 (0,7 odstotka) od skupno 558 cepljenih oseb; pri 13 (2,3 odstotka) slabih odzivnikov se je količina anti-HBs protiteles zvečala na 96 IE/l. Torej lahko zaključimo, da dobljeni rezultati popolnoma upravičujejo uporabo spodbujevalnih odmerkov cepiva, prilagojeno količini anti-HBs protiteles en mesec po zadnjem (tretjem) odmerku cepiva.

Zaključki

Aktivna imunizacija proti hepatitisu B je najboljši način preprečevanja akutnega hepatitisa B, ki se v približno enem odstotku primerov lahko konča smrtno. Pri približno 10 odstotkih odraslih bolnikov in pri okoli 90 odstotkih neonatalno okuženih otrok z virusom hepatitisa B pa bolezen preide v kronično obliko hepatitisa, ta pa v jetrno cirozo in pri 20 do 30 odstotkih bolnikov v primarni hepatocelularni karcinom.

Aktivna imunizacija proti hepatitisu B preprečuje tudi okužbo z virusom hepatitisa D.

Cepivo je varno, stranski učinki so blagi, kar je pokazala tudi naša študija. Ker je cepivo rekombinantno, je tudi proizvodnja poceni in izključena je možnost prenosa okužbe s HIV in drugimi nalezljivimi agensi.

Ker smo pri svojem rutinskem delu zasledili, da se nekatere osebe na cepljenje proti hepatitisu B slabo odzivajo z dvigom anti-HBs protiteles ali se na cepljenje sploh ne odzovejo, smo želeli z dodatnimi ukrepi (spodbujevalnimi odmerki cepiva) zmanjšati odstotek neodzivnikov ali slabih odzivnikov.

Izbrali smo skupino s tveganjem, v katero smo uvrstili 640 zdravstvenih delavcev različnih starosti, profilov in spola, ter jim določili označevalce za hepatitis B. Enainosemdeset (12,7 odstotka) preiskovancev je imelo pozitivne označevalce (preboleli so hepatitis B ali so bili kronični nosilci), zato jih nismo cepili in vključili v našo raziskavo.

Od 558 cepljenih oseb je bila odzivnost na bazično cepljenje dobra ali odlična pri 510 preiskovancih (91,5 odstotka), 48 (8,5 odstotka) pa se jih je na cepljenje odzvalo slabo ali sploh ne.

Da bi zmanjšali število slabih odzivnikov in neodzivnikov po bazičnem cepljenju, smo se odločili za spodbujevalne odmerke (po Jilgovi shemi). Tako smo odstotek slabih odzivnikov zmanjšali od prvotnih 8,5 odstotka na 0,7 odstotka, kar je primerljivo s podatki iz literature in je tudi v primerjavi z njimi lep uspeh.

Literatura

1. Brinovec V. Študija vzrokov slabše odzivnosti ali neodzivnosti po cepljenju z vakcino hepatitisa B. Disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 1992: 1-70.
2. Anon. CDC Update on hepatitis B presentation. *MMWR* 1987; 36: 353-3.
3. Anon. Hepatitis B virus. A comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. *MMWR* 1991; 40: No RR-13.
4. Chendou Y. WHO strategy for the global elimination of new cases of hepatitis B. *Vaccine* 1990; 8: Suppl: S129-33.
5. Goudeau and European Regional Study Group. Epidemiology and eradication strategy for hepatitis B in Europe. *Vaccine* 1990; 8: Suppl: 113-6.
6. Koselj M, Brinovec V. Prevalence of HBsAg carriers among insulin-dependent diabetics. *Proceedings Vth Yugoslav Congress of Infectologists*. Portorož: Združenje infektologov Jugoslavije, 1987: 448-54.
7. Lesničar G. Razširjenost infekcije z virusom hepatitisa B med ogroženimi skupinami zdravstvenih delavcev v Celju. *Zdrav Vestn* 1984; 53: 33-5.
8. World Health Organization. Progress in control of viral hepatitis: Memorandum from WHO meeting. *Bull WHO* 1988; 66: 443-55.
9. Shaw FE Jr., Guess HA, Roets JM et al. The effect of anatomic injection site, age and smoking on the immune response to hepatitis B vaccination. *Vaccine* 1989; 7 (5): 425-30.
10. De Lalla F, Rinaldi E, Santoro D, Pravettoni G. Immune response to hepatitis B vaccine given at different injection sites and by different routes: a controlled randomized study. *J Epidemiol* 1988; 4: 256-8.
11. McLean AA, Guess HA, Scolnick EM. Suboptimal response to hepatitis B vaccine given by injection into the buttock. *MMWR* 1985; 34: 105-8.
12. Ukma T, Esber H, Bessette R, Parks T, Crocker B, Shaw FE Jr. Site of injection and response to hepatitis B vaccine. *N Engl J Med* 1985; 313: 579-80.
13. Jilg W, Schmidt M, Deinhardt F, Zachoval R. Hepatitis B vaccination: how long does protection last? *Lancet* 1984; ii: 458-8.
14. Jilg W, Schmidt M, Deinhardt F. Persistence of specific antibodies after hepatitis B vaccination. *J Hepatol* 1988; (A) 6: 201-8.
15. Jilg W, Schmidt M, Deinhardt F. Vaccination against hepatitis B: comparison of three different vaccination schedules. *J Infect Dis* 1989; 160: 766-9.
16. Jilg W, Schmidt M, Deinhardt F. Four years experience with a recombinant hepatitis B vaccine. *Infection* 1989; 17: 70-6.
17. Hadler SC, Francis DP, Maynard et al. Long-term immunogenicity and efficacy of hepatitis B vaccine in homosexual men. *N Engl J Med* 1986; 315: 209-14.
18. Laplanche E, Couroucé AM, Jungers P et al. Hepatitis B vaccination: how long does protection last? *Lancet* 1984; ii: 866-6.
19. Jilg W, Schmidt M, Deinhardt F. Hepatitis B-vaccination: strategy for booster doses in high risk population group. In: Coursaget P, Tong MJ eds. *Progress in hepatitis B immunization*. Colloque INSERM, John Libbey Eurotext 1990; 94: 419-27.
20. André FE, Safary A. Clinical experience with a yeast derived hepatitis B vaccine. In: Zuckerman AJ ed. *Viral hepatitis in liver disease*. New York: Alan R Liss, 1988: 1023-30.
21. André FE. Overview of a 5-year clinical experience with a yeast-derived hepatitis B vaccine. *Vaccine* 1990; 8: Suppl: S74-8.
22. Trone F, Degos F, Brechot C et al. Immunological properties of a recombinant hepatitis B vaccine produced in mammalian cells and containing the S and pre-S 2 sequences. In: Coursaget P, Tong MJ eds. *Progress in hepatitis B immunization*. Colloque INSERM. John Libbey Eurotext 1990; 194: 227-37.
23. Symington IS, Winter A, McIntyre et al. Comparison of vaccination schedules in healthy adults using a recombinant DNA vaccine (Engerix B). In: Coursaget P, Tong MJ eds. *Progress in hepatitis B immunization*. Colloque INSERM. John Libbey Eurotext 1990; 194: 268-9.
24. Juszczyk J, Marcinkowski K. Programme of vaccination against hepatitis B in Poland. In: Coursaget P, Tong MJ eds. *Progress in hepatitis B immunization*. Colloque INSERM. John Libbey Eurotext 1990; 194: 447-50.
25. Dogan PD, Duguid JKM. Immunization of staff of a regional blood transfusion centre with a recombinant hepatitis B vaccine. *The Journal of Infection* 1991; 22/1: 5-9.
26. Jilg W, Schmidt M, Deinhardt F. Immune response to hepatitis B revaccination. *J Med Virol* 1988 (b); 24: 377-84.
27. Scheiermann N, Gesemann KM, Kreuzfelder E, Paar D. Effects of a recombinant yeast-derived hepatitis B vaccine in healthy adults. *Postgrad Med J* 1987; 63: Suppl 2: 115-9.
28. Just M, Berger T, Just V. Reactogenicity and immunogenicity of a recombinant hepatitis B vaccine compared with a plasma-derived vaccine in young adults. *Postgrad Med J* 1987; 63: Suppl 2: 121-3.
29. Goudeau A, Denis F, Mounier M et al. Comparative study of the immunogenicity of different hepatitis B vaccines in healthy volunteers. *Postgrad Med J* 1987; 63: Suppl 2: 125-8.
30. André FE. Overview of a 5-year clinical experience with a yeast-derived hepatitis B vaccine. *Vaccine* 1990; 8: Suppl: S74-8.
31. Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. *MMWR* 1991; 40: No RR-13.
32. Szmunn W, Stevens CE, Harley EJ et al. Hepatitis B vaccine: demonstration of efficacy in a controlled clinical trial in a high-risk population in the United States. *N Engl J Med* 1980; 303: 833-41.
33. Szmunn W et al. A controlled trial on the efficacy of hepatitis B vaccine (Heptavax B): a final report. *Hepatology* 1982; 1: 377-7.
34. Szmunn W, Stevens CE, Zang EA et al. A controlled clinical trial of the efficacy of hepatitis B vaccine (Heptavax B): a final report. *Hepatology* 1981; 1: 377-85.
35. Szmunn W et al. Passive-active immunization against hepatitis B: immunogenicity studies in adult Americans. *Lancet* 1981; 1: 575-5.
36. André FE. Summary of safety and efficacy data on a yeast-derived hepatitis B vaccine. *Am J Med* 1989; 87: Suppl 3 A: 14S-20S.
37. Trépo C, Rougier P, Gassin M et al. Preliminary results of a randomized comparative immunogenicity study of three recombinant HBV vaccines in healthy medical personnel. Confirmation in man of the enhancement of anti-HBs response by pre-S2. In: Coursaget P, Tong MJ eds. *Progress in hepatitis B immunization*. Colloque INSERM. John Libbey Eurotext 1990; 194: 239-43.
38. André FE, Safary A. Clinical experience with a yeast-derived hepatitis B vaccine. In: Zuckerman AJ ed. *Viral hepatitis and liver disease*. New York: Alan R Liss, 1988: 1023-30.
39. Coates RA, Holliday ML, Rankin JG et al. Immunogenicity and safety of a yeast-derived recombinant DNA hepatitis B vaccine in health-care workers. In: Zuckerman AJ ed. *Viral hepatitis and liver disease*. New York: Alan R Liss, 1988: 1038-42.
40. Milich DR, McNamara MK, McLachlan A et al. Distinct H-2-linked regulation of T-cell responses to the pre-S and S regions of the same hepatitis B surface antigen polypeptide allows circumvention of non-responsiveness to the S region. *Proc Natl Acad Sci USA* 1985; 82: 8168-72.
41. Couroucé-Panty AM, Plancon A, Soulier JP et al. Distribution of HBsAg subtypes in the world. *Vox Sang* 1983; 44: 197-211.

Strokovni prispevek/Professional article

NEPOSREDNI VZROKI SMRTI PO ZLOMIH KOLKA ZARADI SLUČAJNIH PADCEV V SLOVENIJI*

IMMEDIATE CAUSES OF DEATH FOLLOWING HIP FRACTURE DUE TO ACCIDENTAL FALL IN SLOVENIA

Marjetka Hovnik-Keršmanc

Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1994-11-03, sprejeto 1995-04-03; ZDRAV VESTN 1995; 64: 257-60

Ključne besede: spol; starost; zakonski stan; mesto smrti; kraj smrti; spremljajoče bolezni

Key words: sex; age; marital status; place of death; area of death; accompanying diseases

Izvleček – Izhodišča. Zlom kolka je pomemben javnozdravstveni problem v Sloveniji. Avtorjica je želela raziskati neposredne vzroke smrti po zlomih kolka ter vpliv spola, starosti, zakonskega stanu, mesta smrti (v zdravstveni ustanovi, drugje), kraja smrti (zdravstvena regija) in spremljajočih bolezni nanje.

Abstract – Background. The hip fracture is important for the public health service in Slovenia. Therefore, it was desired to investigate the immediate causes of death following hip fracture and how they are influenced by sex, age, marital status, place of death (in hospital/at home), the area of death (the public health service region), the accompanying diseases.

Metode. Raziskava je bila retrospektivna s podatki iz Zdravniških potrdil o smrti in o vzroku smrti in Prijave smrti. Vključili so prebivalce, stare 50 in več let, ki so umrli v Sloveniji v obdobju 1987-1991 zaradi zloma kolka po slučajnem padcu (kode N 820 in E 880-E 888 po Mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti, IX. revizija (MKB)).

Methods. It was a retrospective investigation using the data from the International Form of Medical Certificate of the Cause of Death and the Registration of Death. The inhabitants aged 50 years and over, who died in the period from 1987 to 1991 in Slovenia due to hip fracture following an accidental fall (underlying cause of death), codes N 820 and E 880-E 888 by the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 9th revision (ICD), were included in the study.

Rezultati. Najpogostejši neposredni vzroki smrti (podskupine MKB) so bili: v 26,6% pljučnica/gripa, v 18,5% druge oblike bolezni srca, v 14,0% bolezni pljučnega obtoka, v 13,0% ishemična bolezen srca in v 5,9% cerebrovaskularna bolezen. Umrljivost se je statistično pomembno razlikovala med spoloma za bolezni pljučnega obtoka ($p=0,03$), med mestoma smrti za druge oblike bolezni srca ($p<0,01$) in za cerebrovaskularno bolezen ($p=0,03$), med kraji smrti za pljučnico/gripo ($p<0,01$), za druge oblike bolezni srca ($p=0,01$) in za ishemično bolezen srca ($p<0,01$), za zapisane spremljajoče bolezni za pljučnico/gripo ($p<0,01$) in njihovo odsotnost za bolezni pljučnega obtoka ($p<0,01$).

Results. The most frequent immediate causes of death (subgroup of ICD) were: in 26.6% of cases pneumonia/influenza, in 18.5% other forms of heart disease, in 14.0% disease of pulmonary circulation, in 13.0% ischaemic heart disease, and in 5.9% cerebrovascular disease. Mortality differed significantly between sexes for the diseases of pulmonary circulation ($p=0.03$), between the two places of death for other forms of heart disease ($p<0.01$) and for cerebrovascular disease ($p=0.03$), between areas of death for pneumonia/influenza ($p<0.01$), for other forms of heart disease ($p=0.01$) and for ischaemic heart disease ($p<0.01$), the recorded accompanying diseases for pneumonia/influenza ($p<0.01$), the absence of the recorded accompanying diseases for the diseases of pulmonary circulation ($p<0.01$).

Zaključki. Na nastanek nekaterih neposrednih vzrokov smrti po zlomih kolka zaradi slučajnih padcev vplivajo spol, mesto smrti, kraj smrti in spremljajoče bolezni. Razlike v umrljivosti med populacijskimi skupinami so lahko odraz resničnih razlik v frekvenca bolezni ali so umetne.

Conclusions. Sex, place of death, area of death and the accompanying diseases influence the occurrence of some immediate causes of death following hip fracture as a consequence of an accidental fall. The difference in mortality between the population groups may reflect a real difference in the frequency of disease, or it may be artificial.

MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in vzrokov smrti, IX. revizija; RT – Mantel-Haenszelova ocena prilagojenega relativnega tveganja; I. Z. – 95% interval zaupanja. * Povzetek magisterija.

Mentorica je bila prof. dr. Stanka Kranjc-Simoneti, zagovor je bil 24. 6. 1994 na Medicinski fakulteti Zagreb pred komisijo: prof. dr. Luka Kovačič (predsednik), prof. dr. Dubravko Orlič in prof. dr. Stanka Kranjc-Simoneti.

Uvod

Nezgode in poškodbe so na vrhu zdravstvenih problemov, s katerimi se srečujejo sistemi zdravstvenega varstva po svetu (1). Nekatere skupine prebivalstva so poškodbam bolj izpostavljene kot druge (2). Stari ljudje so ogrožena skupina prebivalstva. Padci so pri njih najpogostejše nezgode (3). Približno ena tretjina starih ljudi pade vsaj enkrat letno (4, 5). Okoli 10 odstotkov padcev ima za posledico zlom (6, citirano po Sheldon 1948) in najpogostejše so to zlomi kolka (7). Zlomi kolka so resne poškodbe, ki prizadanejo posameznika in družbo. Ekonomsko breme, ki je povezano z zlomi v starosti, je ogromno, saj je zajeto veliko število ljudi in je pogosto potrebna dolgotrajna in draga nega (5). V Sloveniji je leta 1987 bolnišnično zdravljenje 994 žensk, starejših od 50 let, z zlomom vratu stegenice, ki so preležale v bolnišnici 24.010 dni, stalo 2.445.797 dolarjev (8). Ti stroški pa se bodo zaradi rasti števila starejših prebivalcev še večali in bo naraščal tudi pomen tega problema (9, 10). Pričakuje se, da se bo do sredine prihodnjega stoletja število zlomov podvojilo ali celo potrojilo (11). Pri starejših ljudeh so poškodbe pogoste (12). Podatki o umrljivosti zaradi zloma kolka kažejo, da so to najpogostejše poškodbe, ki povzročijo smrt pri starih ljudeh v razvitih državah (3, 9). Zlomi kolka največ prispevajo k umrljivosti v prvih treh mesecih po poškodbi, manj do enega leta, potem pa na umrljivost ne vplivajo več (13, 14). Po podatkih iz literature je stopnja umrljivosti eno leto po zlomu kolka med 7,8 in 63,8% (4). Smrti so pogostejše v višji starosti (10, 15–21), pri moških (10, 15), ob motnjah duševnega stanja (19, 20), ob prisotnosti drugih bolezni (10, 13, 15–18, 22), ob hospitalnih okužbah (15, 19), ob neoplazmah (19), pri slabši dnevni aktivnosti pred poškodbo in pri podhranjenih (20). Avtorji opisujejo, da do večine smrti v bolnišnicah pride zaradi bolezni dihal, bolezni srca, embolij ali sepse (14, citirano po Beals 1972, 19).

Namen dela je bil ugotoviti neposredne vzroke smrti po zlomih kolka zaradi slučajnih padcev ter vpliv spola, starosti, zakonskega stanu, mesta smrti, kraja smrti in spremljajočih bolezni nanje. Preverjala sem delovno hipotezo: Na nastanek neposrednih vzrokov smrti po zlomih kolka zaradi slučajnih padcev vplivajo spol, starost, zakonski stan, mesto smrti, kraj smrti in spremljajoče bolezni.

Materiali in metode

Raziskava je bila retrospektivna s podatki iz Zdravniških potrdil o smrti in o vzroku smrti in Prijave smrti (DEM-2 obrazec). Osnovni vzrok smrti je bil definiran kot a) bolezen (ali stanje), s katero so se pričele spremembe v organizmu, ki so na koncu privedle do nastopa smrti posredno ali neposredno, ali b) okoliščine nezgode ali nasilja, ki so povzročile smrtne poškodbe. Neposredni vzrok smrti pa je bolezen (ali stanje), ki je neposredno povzročila smrt (23). Vključeni so bili prebivalci, stari 50 in več let, s stalnim prebivališčem v Sloveniji v obdobju 1987–1991, ki so umrli zaradi zloma kolka pri slučajnem padcu (kot osnovnega vzroka smrti), koda N 820 in E 880–E 888 po Mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti, IX. revizija (v nadaljevanju MKB). V tem obdobju je umrlo 776 takih oseb. Za 17 umrlih ni bilo v arhivu Zdravniškega potrdila o smrti in o vzroku smrti, pri 13 je bil napačno kodiran osnovni vzrok smrti, 38 jih ni imelo vpisanega neposrednega vzroka smrti, pri 114 je bil vpisan samo način smrti. Te primere sem izključila in analizirala podatke za 594 umrlih. Statistično sem obdelala umrljivost za pet najpogostejših neposrednih vzrokov smrti (razvrščenih v podskupine MKB) po spolu, starosti, zakonskem stanu, mestu smrti, kraju smrti in po spremljajočih boleznih. Umrli so bili po starosti razdeljeni v tri starostne skupine (50–64 let, 65–74 let, 75 in več let), po zakonskem stanu v pet kategorij (samski, poročeni, ovdoveli, razvezani, neznano), po mestu smrti v dve kategoriji (v zdravstveni ustanovi, drugje), po kraju smrti v devet zdravstvenih regij (Celje, Nova Gorica, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota,

Novo mesto, Ravne), po spremljajočih boleznih v dve kategoriji (so vpisane, niso vpisane). Razlike med kategorijami posameznih parametrov sem za vsako podskupino neposrednih vzrokov smrti testirala s hi-kvadrat testom. Za tabele 2x2, ki so v kakšni celici imele vrednost manjšo od 5, sem uporabila Fisherjev eksaktni test. Razlike med starostnimi skupinami sem testirala s Kruskal-Wallisovim testom. Za izključitev vpliva starosti in drugih možnih begavih spremenljivk sem v vsaki podskupini neposrednih vzrokov smrti za kategorije parametrov spol, zakonski stan, mesto smrti, kraj smrti in spremljajoče bolezni izračunala tudi Mantel-Haenszelovo oceno prilagojenega relativnega tveganja (v nadaljevanju RT) s 95% intervalom zaupanja (v nadaljevanju I. Z.) in statistično pomembnost ocenila z Mantel-Haenszelovim testom. Podatke sem obdelala na osebem računalniku s pomočjo programov DBASE, SPSS/PC in EPI-INFO 5. Značilni so bili vsi rezultati z vrednostjo $p < 0,05$.

Rezultati

Umrlijivost zaradi zloma kolka pri slučajnem padcu je v obdobju 1987–1991 pri moških znašala 23,3, pri ženskah pa 32,3 umrlih na 100.000 oseb, starih 50 in več let. Povprečna starost umrlih je bila 81,2 leta (standardna deviacija 8,0 leta). Najpogostejši neposredni vzrok smrti je predstavljal podskupina pljučnica/gripa, sledile so druge oblike bolezni srca, bolezni pljučnega obtoka, ishemična bolezen srca in cerebrovaskularna bolezen (tab. 1).

Tab. 1. Število umrlih za najpogostejše neposredne vzroke smrti (podskupine MKB) po zlomih kolka zaradi slučajnih padcev po spolu, Slovenija 1987–1991.

Tab. 1. Number of deaths for the most frequent immediate causes of death (subgroup of ICD), following hip fracture due to accidental fall by sex, Slovenia 1987–1991.

Podskupine MKB (kode) Subgroup of ICD (code)	Število umrlih Number of deaths		
	moški males	ženske females	skupaj all
Pljučnica/gripa (480–487) Pneumonia/influenza (480–487)	63	95	158
Druge oblike bolezni srca (420–429) Other forms of heart disease (420–429)	37	73	110
Bolezni pljučnega obtoka (415–417) Disease of pulmonary circulation (415–417)	21	62	83
Ishemična bolezen srca (410–414) Ishaemic heart disease (410–414)	17	60	77
Cerebrovaskularna bolezen (430–438) Cerebrovascular disease (430–438)	11	24	35
Druge bolezni Other diseases	55	76	131
Skupaj All	204	390	594

Pljučnica/gripa (480–487) je med neposrednimi vzroki smrti zajemala 26,6 odstotka. Zastopani sta bili le dve diagnozi: bronhopnevmonija (70,9 odstotka) in pnevmonija (29,1 odstotka). Umrlijivost zaradi pljučnice/gripe se ni statistično pomembno razlikovala med spoloma, med starostnimi skupinami, med kategorijami zakonskega stanu in med mestoma smrti. Umrlijivost pa se je statistično pomembno razlikovala med kraji smrti ($p < 0,01$) (tab. 2). Najvišjo umrljivost je imela zdravstvena regija Novo mesto, in sicer 5,44 (I. Z. 3,16, 10,29)-krat večjo kot preostala Slovenija ($p < 0,01$), najnižjo pa Nova Gorica, to je 0,29 (I. Z. 0,10, 0,77)-kratno umrljivost preostale Slovenije ($p < 0,01$). Vpliv starosti, spola in mesta smrti je bil izključen. Umrlijivost se je statistično pomembno razlikovala tudi med kategorijami spremljajočih bolezni ($p < 0,01$) (tab. 2). Po izključitvi vpliva starosti je imela skupina z vpisanimi spremljajočimi boleznimi 2,06 (I. Z. 1,40, 3,04)-krat večjo umrljivost kot skupina brez njih ($p < 0,01$). Največkrat so bile vpisane bolezni srca in obtočil, in sicer v 54,7 odstotka.

Druge oblike bolezni srca (420–429) (predvsem so to dekompenzirane kardiomiopatije, pljučni edem, degeneracija miokarda, kardiomegalija, dekompenzacija srca) so zajemale 18,5 odstotka smrti. Umrljivost zaradi drugih oblik bolezni srca se ni statistično pomembno razlikovala med spoloma, med starostnimi skupinami, med kategorijami zakonskega stanu in med kategorijama spremljajočih bolezni. Umrljivost pa se je statistično pomembno razlikovala med mestoma smrti ($p < 0,01$) (tab. 2). Umrljivost je bila večja v zdravstvenih ustanovah kot izven njih ($RT=4,08$ [I. Z. 1,08, 21,71], $p < 0,01$), vpliv starosti in spola je bil izključen. Umrljivost se je statistično pomembno razlikovala tudi med kraji smrti ($p=0,01$) (tab. 2). Najvišjo umrljivost, v primerjavi s preostalo Slovenijo, je imela zdravstvena regija Maribor ($RT=1,75$ [I. Z. 1,05, 3,02], $p=0,03$), najnižjo pa regija Novo mesto ($RT=0,37$ [I. Z. 0,13, 0,90], $p=0,03$). Vpliv starosti, spola in mesta smrti je bil izključen.

Bolezni pljučnega obtoka (415–417) so zajemale 14,0 odstotka smrti. Večina smrti v tej podskupini je odpadla na pljučno embolijo (77 od 83 smrti). Umrljivost zaradi bolezni pljučnega obtoka se ni statistično pomembno razlikovala med starostnimi skupinami, med kategorijami zakonskega stanu, med mestoma smrti in med kraji smrti. Umrljivost se je statistično pomembno razlikovala med spoloma ($p=0,03$) (tab. 2). Po izključitvi vpliva starosti in mesta smrti so ženske umirale pogosteje kakor moški ($RT=2,09$ [I. Z. 1,14, 3,87], $p=0,01$). Umrljivost se je statistično pomembno razlikovala tudi med kategorijama spremljajočih bolezni ($p < 0,01$) (tab. 2). Po izključitvi vpliva starosti je imela skupina brez vpisane spremljajoče bolezni 2,90 (I. Z. 1,68, 5,05)-krat večjo umrljivost kot skupina, ki je imela vpisano to bolezen ($p < 0,01$).

Tab. 2. Število umrlih za najpogostejše neposredne vzroke smrti (kode MKB) po zlomih kolka po kategorijah parametrov, Slovenija 1987–1991.

Tab. 2. Number of deaths for the most frequent immediate causes (codes ICD) of death following hip fracture by categories of parameters, Slovenia 1987–1991.

parameter parameter	kategorije categories	število umrlih (number of deaths) neposredni vzroki smrti (MKB – kode) immediate causes of death (ICD – codes)					vsi vzroki all causes
		480–487	420–429	415–417	410–414	430–438	
spol sex	moški males	63	37	21*	17	11	204
	ženske females	95	73	62	60	24	390
mesto smrti place of death	bolnišnica hospital	119	100*	69	58	21*	458
	doma at home	39	10	14	19	14	136
	Celje	27*	7	10	5*	4	69
kraj smrti area of death	Nova Gorica	5	13	5	7	6	50
	Koper	4	2	1	3	1	18
	Kranj	4	5	4	7	2	33
	Ljubljana	44	29	23	40	10	181
	Maribor	20	29	19	6	8	112
	Murska Sobota	9	10	6	0	2	36
	Novo mesto	40	6	11	4	2	68
Ravne	5	9	4	5	0	27	
spremljajoče bolezni accompanying diseases	da (yes)	96*	47	22*	35	19	283
	ne (no)	62	63	61	42	16	311

* razlike med kategorijami so statistično pomembne

* differences between categories are statistically significant

Ishemična bolezen srca (410–414) je zajemala 13,0 odstotka smrti. Umrljivost zaradi ishemične bolezni srca se ni statistično pomembno razlikovala med spoloma, med starostnimi skupinami, med kategorijami zakonskega stanu, med mestoma smrti in med kategorijama spremljajočih bolezni. Umrljivost zaradi ishemične bolezni srca se je statistično pomembno razlikovala med kraji smrti

($p < 0,01$) (tab. 2). Najvišjo umrljivost je imela zdravstvena regija Ljubljana, in sicer 2,98 (I. Z. 1,77, 5,14)-krat večjo kakor preostala Slovenija ($p < 0,01$). Vpliv starosti, spola in mesta smrti je bil izključen. Najnižjo umrljivost je imela Murska Sobota, kjer v petih letih ni bil zabeležen ta neposredni vzrok smrti.

Cerebrovaskularna bolezen (430–438) je zajemala 5,9 odstotka smrti. Umrljivost zaradi cerebrovaskularne bolezni se ni statistično pomembno razlikovala med spoloma, med starostnimi skupinami, med kategorijami zakonskega stanu, med kraji smrti in med kategorijama spremljajočih bolezni. Umrljivost se je statistično pomembno razlikovala med mestoma smrti ($p=0,03$) (tab. 2). Umrljivost je bila izven zdravstvenih ustanov večja kot v njih ($RT=2,38$ [I. Z. 1,12, 5,23], $p=0,02$), vpliv starosti in spola je bil izključen.

Razpravljanje

Zlomi kolka predstavljajo enega glavnih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji. V slovenskih bolnišnicah jih je letno zabeleženih okoli 1200 (24). Umrljivost po zlomu kolka je visoka (15). Zastavlja se vprašanje, katere bolezni neposredno privedejo do smrti po zlomu kolka. V Sloveniji v obdobju 1987–1991 za 38 umrlih od 632 poškodovancev ni vpisan neposredni vzrok smrti. Pri teh 6,0 odstotka bi lahko zlom kolka predstavljal hkrati osnovni in neposredni vzrok smrti. Ta odstotek je majhen v primerjavi s podatki v literaturi, kjer znaša 20,2 (15). Med zapisanimi neposrednimi vzroki smrti (podskupine MKB) največ smrti pri obeh spolih zajemajo pljučnica/gripa, druge oblike bolezni srca, bolezni pljučnega obtoka, ishemična bolezen srca in cerebrovaskularna bolezen. Ti vzroki smrti se ujemajo z vzroki, ki so jih odkrili drugi avtorji, razlikujejo se pa v odstotkih. Možni razlogi so: vzrokov smrti nismo združili v enake kategorije, vključila sem le umrle, ki imajo kot osnovni vzrok smrti kodiran zlom kolka po slučajnem padcu (pri tem se pojavlja problem zajetja zlomov kolka), iz analize nisem izločila tistih, ki so umrli kasneje kot v prvem letu po poškodbi, ker je čas trajanja bolezni naveden le na 9,3 odstotkih zapisov o vzroku smrti, pri 114 od 746 umrlih pa je vpisan le način smrti (kot je odpoved srca, odpoved srca in dihanja, zastoj srca). Umrljivost zaradi pljučnice/gripe se med zdravstvenimi regijami statistično pomembno razlikuje. Razloga za to stanje sta lahko: med regijami je resnična razlika v umrljivosti zaradi pljučnice/gripe, ki je lahko posledica nege in rehabilitacije poškodovanih po zlomu kolka ali pa zdravniki-mrliški ogledniki v nekaterih regijah večkrat ali manjkrat kot neposredni vzrok smrti vpišejo to diagnozo. Število umrlih, ki imajo na zapisu o vzroku smrti vpisano spremljajočo bolezen, je večje. Vpliv starosti je izključen. Zato sklepam, da spremljajoče oz. kronične bolezni povišajo tveganje za nastanek pljučnice/gripe in negativno vplivajo na njen potek. Med temi boleznimi so največkrat zastopane bolezni srca in obtočil, med katerimi izstopa ateroskleroza.

Umrljivost zaradi drugih oblik bolezni srca je statistično pomembno višja pri umrlih v zdravstvenih ustanovah kot izven njih. Razlogi za razliko v umrljivosti so lahko: natančnejša diagnostika v bolnišnicah kot na terenu in je zato ta diagnoza večkrat postavljena v bolnišnicah, poškodovani, ki umrejo v bolnišnici, imajo pogosteje prisotno kronično bolezen srca, ki ob oz. po poškodbi dekompenzira. Zdravstvene regije se v umrljivosti zaradi drugih oblik bolezni srca statistično pomembno razlikujejo. Razloga za stanje po kraju smrti je enaka kot pri pljučnici/gripi.

Zaradi bolezni pljučnega obtoka umirajo ženske statistično pomembno pogosteje kot moški. Statistično pomembno pogosteje umirajo tudi poškodovani, ki nimajo vpisanih spremljajočih bolezni. Pogosteje (v 37,3 odstotka) pa imajo vpisan predhodni vzrok smrti. Pri pljučni tromboemboliji je pri večini primerov (pri 18 od 27) to venska tromboza.

Umrljivost zaradi ishemične bolezni srca se med zdravstvenimi regijami statistično pomembno razlikuje. Razloga za obstoječe stanje je enaka kot pri pljučnici/gripi.

Zaradi cerebrovaskularne bolezni umirajo statistično pomembno pogosteje doma kot v zdravstvenih ustanovah. Razlika v umrljivosti med mestoma smrti je lahko resnična ali pa je umetna. V primeru resnično višje umrljivosti doma je ta morda posledica višje incidence cerebrovaskularne bolezni doma, ki je lahko povezana s slabšo nego in rehabilitacijo poškodovancev. Umetna razlika je lahko posledica zapisovanja teh stanj na zapis o vzroku smrti.

Zaključki

V raziskavi sem ugotavljala in analizirala neposredne vzroke smrti po zlomih kolka zaradi slučajnih padcev. Najpogostejši neposredni vzroki smrti (podskupine MKB) so: pljučnica/gripa, druge oblike bolezni srca, bolezni pljučnega obtoka, ishemična bolezen srca in cerebrovaskularna bolezen. Raziskava je potrdila, da na nastanek nekaterih neposrednih vzrokov smrti po zlomu kolka v Sloveniji vplivajo spol, mesto smrti, kraj smrti in spremljajoče bolezni. Razlike v umrljivosti med populacijskimi podskupinami so lahko odraz resničnih razlik v frekvenci bolezni ali so posledica diagnostike bolezni ali natančnosti pri izpolnjevanju zapisov o vzroku smrti.

Zlome kolka in njihove posledice lahko s preventivnimi ukrepi preprečimo. Zato sta potrebna dober sistem zbiranja podatkov za spremljanje poškodb in usklajena dejavnost mnogih skupin in različnih sektorjev (zdravstvo, varnostni sektor, vlada, prostovoljne organizacije, industrija, mediji); v preventivi zlomov kolka, ki so povezani z osteoporozo, je treba napore usmeriti v povečanje jakosti kosti in v preprečevanje padcev. Po zlomu kolka sta preventiva intrahospitalnih komplikacij in optimalna rehabilitacija, dejavnika, ki lahko izboljšata stopnjo preživetja.

Za potrditev rezultatov moje raziskave bi bilo treba izvesti prospektivno študijo, s katero bi spremljali vse poškodovane in njihovo preživetje eno leto po zlomu kolka, dobili natančnejše podatke o njihovem zdravstvenem stanju, o metodi zdravljenja zloma kolka, o rehabilitaciji in v primerih smrti o neposrednih vzrokih smrti.

Literatura

1. Kesić B. Život i zdravlje: poruke onima koji dolaze. Zagreb: Stvarnost: Jugoslavenska akademija znanosti i umjetnosti, 1983: 190-219.

2. Baldani N, Goljar N. Poškodbe v Sloveniji od leta 1979 do 1988 po podatkih zdravstvene in vitalne statistike. Zdrav Vestn 1992; 61: 197-201.
3. Eddy TP. Deaths from domestic falls and fractures. Br J Prev Soc Med 1972; 26: 173-9.
4. Perry BC. Falls among the elderly: a review of methods and conclusions of epidemiology studies. J Am Geriatr Soc 1982; 30: 367-71.
5. Melton LJ III, Riggs BL. Epidemiology of age-related fractures. In: Avioli LV ed. The osteoporotic syndrome: detection, prevention and treatment. New York: Grune and Statton, 1983: 45-72.
6. Sorock GS. Falls among the elderly: epidemiology and prevention. Am J Prev Med 1988; 4: 282-8.
7. Hogue CC. Injury in late life: part I. Epidemiology. J Am Geriatr Soc 1982; 30: 183-90.
8. Kožuh-Novak M, Goljar N. Pojavnost osteoporoze in njene posledice v Sloveniji. In: Kocijančič A ed. Osteoporozo. Ljubljana: Feniks, 1989: 101-7.
9. Heyse SP, Sartori L, Crepaldi G. Epidemiology of osteoporosis: a study of fracture mortality in Italy. Calcif Tissue Int 1990; 46: 289-93.
10. Jensen SJ, Tondevold E. Mortality after hip fractures. Acta Orthop Scand 1979; 50: 161-7.
11. Kelsey JL, Hoffman S. Risk factors for hip fracture. N Engl J Med 1987; 316: 404-6.
12. Peršič N, Peršič Brida M. Psihološke promjene i psihički poremećaji u toku starenja i starosti. Soc Psihijat 1989; 17: 281-325.
13. Gordon PC. The probability of death following a fracture of the hip. Can Med Assoc J 1971; 105: 47-51, 62.
14. White BL, Fisher WD, Laurin CA. Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's. J Bone Joint Surg 1987; 69A: 1335-40.
15. Boereboom FTJ, Raymakers JA, Duursma SA. Mortality and causes of death after hip fractures in the Netherlands. Neth J Med 1992; 41: 4-10.
16. Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt MC, O'Druid KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. Epidemiol Rew 1985; 7: 178-208.
17. De Palma L, Rizzi L, Lorini G, Greco F. Survival after trochanteric fracture. Biological factors analyzed in 270 patients. Acta Orthop Scand 1992; 63: 645-7.
18. Gantar-Rott U, Salobir B, Kocijančič A. Preventiva osteoporoze. Med Razgl 1991; 30: Suppl 3: 255-8.
19. Wood DJ, Ions GK, Quinby JM, Gale DW, Stevens J. Factors which influence mortality after subcapital hip fracture. J Bone Joint Surg 1992; 74B: 199-202.
20. Mullen JO, Mullen NL. Hip fracture mortality. A prospective multifactorial study to predict and minimize death risk. Clin Orthop 1992; 280: 214-22.
21. Jensen JS. Determining factors for mortality following hip fractures. Injury 1984; 15: 411-4.
22. Kenzora JE, McCarthy RE, Lowell JD, Sledge CB. Hip fracture mortality. Relation to age, treatment, preoperative illness, time of surgery and complications. Clin Orthop 1984; 186: 45-56.
23. World Health Organization. Manual of international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Geneva: World Health Organization, 1977: 463-633.
24. Goljar N. Slučajni padci kot vzrok poškodbe ali smrti v starosti 60 let in več. Podiplomski študij socialna medicina. Diplomaska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1990.

Strokovni prispevek/Professional article

PESTICIDI IN ZDRAVJE V POMURJU

PESTICIDES AND HEALTH IN POMURJE

Štefan Gruškounjak¹, Zora Levačič-Turk², Jože Šamu³, Geza Temlin⁴

¹ Ozka ul. 8, 69000 Murska Sobota

² Zavod za zdravstveno varstvo, Arh. Novaka 2/b, 69000 Murska Sobota

³ Republiški sanitarni inšpektorat, Parmova 33, 61000 Ljubljana

⁴ Veščica 25/d, 69000 Murska Sobota

Prispelo 1994-08-19, sprejeto 1995-03-22, ZDRAV VESTN 1995; 64: 261-5

Ključne besede: pesticidi; strupi za varstvo rastlin; zastrupljanje ljudi; brana; dotik

Key words: pesticides; poisonous substances for plants; people; food; contact

Izvleček – Izhodišča. Pomurje je najbolj agrarno območje Republike Slovenije. Zato je uporaba pesticidov ali fitofarmaceutskih sredstev za varstvo rastlin verjetno največja. Ker smo pesticide po drugi svetovni vojni postopoma uvajali v varstvu rastlin tudi pri nas, nas je zanimalo in nas še zanima, kako ti buji strupi vplivajo na zdravje ljudi v naši sredini.

Abstract – Background. Pomurje is the most agricultural region of Republic of Slovenia. That is why in Pomurje there is probably the greatest employment of pesticides or phytopharmaceutical agents for plant protection. Since the pesticides were gradually introduced also in Slovenia after the Second World War we were and we have still been interested in the influence of these dangerous poisons upon the health of people in our midst.

Metode. Izdelali smo pet anketnih listov za pet skupin pomurskega prebivalstva. Pri prvih treh skupinah, to je pri prodajalcih pesticidov, traktoristih ali delavcih na kmetijskih posestvih, ki delajo v skupinah za varstvo rastlin, in pri kmetih, nas je zanimal predvsem stik s pesticidi. Pri drugih dveh skupinah, pri nosečnicah in običajnih družinah, pa nas je zanimalo prebranjevanje.

Methods. We made five questionnaires for five population groups of Pomurje. The first three groups comprise dealers of pesticides, tractor drivers or workers on farms who work in groups for plant protection. As regards the farmers we were primarily interested in their contact with pesticides. In the other two groups – pregnant women and ordinary families – we were interested in their nutrition.

Rezultati. V zadnjih petih letih so bili v vzeti vzorci tal in kulturnih rastlin pesticidi v 96% pod dopustno mejo. Tudi v živilih živalskega izvora so bili pesticidi v vseh odvzetih vzorcih pod predpisanimi normativi. Le v pitni vodi so pesticidi v zadnjih letih preseglji dopustno mejo. Dopustna meja vsebnosti pesticidov v pitni vodi Evropske unije je 0,1 mikrograma na liter vode in Svetovne zdravstvene organizacije 2,0 mikrograma na liter vode. Pri nas pa je v letu 1991 dosegla skupna vrednost pesticidov 2,22 mikrograma na liter pitne vode (Rankovci).

Results. Samples taken from the soil and cultivable plants proved the permissible concentration of pesticides in 96%. Also in all taken food samples of animal origin the pesticides did not exceed the obligatory standards. However, only in drinking water the concentration of the pesticides has exceeded the permissible value in the last few years. The permissible concentration of the pesticides in drinking water is 0.1 microgram/liter of drinking water according to EU-Regulations and 2.0 microgram/liter of drinking water according to WHO-Regulations. In Pomurje, however, this value has been exceeded to 2.22 microgram/liter of drinking water (Rankovci 1991).

Kmečki ljudje so imeli in imajo intenziven stik s pesticidi. Uporabljajo jih brez zadostnega strokovnega znanja. 87% kmetov ni uporabljalo osebnih zaščitnih sredstev. 92% prodajalcev pesticidov je pribajalo v stik s pesticidi še doma pri delu na svojih obdelovalnih površinah. Od delavcev na kmetijskih posestvih, ki so delali v ekipah za varstvo rastlin in so bili dodatno poučeni o varstvu pri delu s kemičnimi sredstvi, je le polovica uporabljala osebna zaščitna sredstva. Zdravstvene težave po škropljenju so imeli največ kmetje (22,8%). Kmetje, ki so obdelovali več kot 11 ha obdelovalnih površin, pa so imeli zdravstvene težave v večjem številu (33,9%).

Farmers had and have had an intensive contact with pesticides. They apply them without any professional knowledge and do not know how to handle correctly the rests of spray stuffs and packing. 87% of farmers do not use any personal protection. 92% of dealers of pesticides get into contact with pesticides also at home when working on their private land. Only half of workers employed on public land properties who work with plant protection and who additionally attended safety program courses used personal protection means. Most farmers (22.8%) had health problems when doing spray works. Farmers who worked on more than 11 hectares of cultivated land had health problems to higher extent (33.9%).

Zaključki. Ker je naše znanje o pesticidih z epidemiološkega in zdravstvenega vidika zelo skromno, bi kazalo prospektivno raziskovati delovanje pesticidov na zdravje izbranih vzorcev posebej izpostavljenih skupin ljudi.

Conclusions. As our knowledge on pesticides is modest from the epidemiological point of view we should research prospectively the influence of pesticides on health of selected samples, especially within the groups of exposed people.

Uvod

Vse civilizacije so izšle iz kmetijstva. V našem stoletju pa se je zaradi industrijske revolucije industrializiralo tudi kmetijstvo. Industrializacija je rodila kemizacijo, ki je kmetovanje prej ni poznalo. Kemija današnje dobe prinaša kmetijstvu učinkovita sredstva za zatiranje rastlinskih in živalskih škodljivcev – pesticide. Med njimi so najpomembnejši herbicidi, fungicidi in insekticidi. Pesticidi so naravna ali umetna sredstva za uničevanje škodljivcev. To so snovi ali spojine snovi, ki so namenjene preprečevanju, uničevanju, odganjanju insektov, pršic, glodalcev, mehkužcev, nematod, glivic, plevela in drugih oblik življenja. So tudi snovi, ki jih uporabljamo kot regulatorje rasti rastlin, kot sredstva za odstranjevanje listja (defolianti) ali za sušenje rastlin (diskantanti) (1).

V Sloveniji predvsem kmetijci pogosto uporabljajo namesto izraza pesticidi fitofarmaceutski pripravki ali sredstva. Fitofarmaceutska sredstva oziroma sredstva za varstvo rastlin ali pesticidi so spojine, ki jih uporabljamo za zatiranje škodljivcev rastlin, mikroorganizmov, ki na njih povzročajo bolezni, in plevelov. Z njimi varujemo gojene rastline, v manjšem obsegu pa tudi gozdno drevje ali gozdne nasade. Po kemični sestavi so anorganske ali organske spojine. V zadnjem času se uveljavljajo tudi biogena fitofarmaceutska sredstva (2).

Po nekaterih ocenah zdaj obremenjujemo okolje z več kot 20 milijoni ton različnih kemičnih snovi, od katerih jih le približno milijon ton spada v skupino fitofarmaceutskih pripravkov (Viserwariah z do., 1975)/cit. po Neškoviću in Vojinoviću, 1987. Po nekaterih podatkih pade na tretirano rastlino (zemljišče) manj kot odstotek uporabljenih fitofarmaceutskih pripravkov, ostalo pa se razprši po okolju, kar je direktno kemijsko onesnaževanje (Pimentel, Edwards, 1982)/cit. po Neškoviću in Vojinoviću, 1987 (3).

V kmetijstvu bivše Jugoslavije se je poraba fitofarmaceutskih pripravkov v zadnjih petih letih gibala okoli 50.000 ton letno. Ocenjujejo, da je slovensko kmetijstvo uporabilo četrtno jugoslovanske porabe fitofarmaceutskih pripravkov letno. V pomurskem prostoru, ocenjujejo kmetijski strokovnjaki, se je poraba fitofarmaceutskih pripravkov gibala letno od 550 do 600 ton v zadnjih petih letih. Izjemno je bilo leto 1992, ko so začeli uporabljati za varstvo rastlin preparate, ki jih delajo na osnovi sulfonil ureae in jih rabijo v manjših količinah.

Na Kmetijskem inštitutu Slovenije od leta 1987 stalno, sistematično in nevtralnougotavljajo koncentracije ostankov pesticidov v tleh in kulturnih rastlinah, ki jih intenzivno pridelujemo v družbenem in zasebnem sektorju. V letih od 1987 do 1992 ugotavljajo, da so rezultati preiskav kontaminacije kmetijskih pridelkov in tal glede na ostanke fitofarmaceutskih sredstev ugodni in so dokaj podobni rezultatom, ki jih vsako leto objavljajo strokovnjaki Several food and drug administration (FDA) v Združenih državah Amerike. Tam je količina ostankov fitofarmaceutskih pripravkov v kmetijskih pridelkih v več kot 96% odvzetih vzorcev pod dopustno mejo (4). Prve podatke o pesticidih v vodi na območju Pomurja najdemo v večfazni raziskovalni nalogi »Hidrogeologija pitne podtalnice v Pomurju«, ki jo je opravil Geološki zavod iz Ljubljane v letih 1980–1982. Analizirali so 14 vzorcev pitne vode, vzeti na različnih krajih v vseh štirih pomurskih občinah. V vodi so ugotovili organoklorne in organofosforne pesticide. V nobenem odvzetem vzorcu ni bilo pesticidov v koncentraciji, večji od 1 mikrograma na liter vode (5). Analize vzeti vzorcev vode je opravil Center za varstvo okolja Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor.

Po naročilu Zveze vodnih skupnosti Slovenije in občin Murska Sobota, Lendava in Ljutomer je leta 1988 začel kakovost podtalnice na Murskem polju sistematično raziskovati Center za varstvo okolja Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor. Nalogo so v letih 1989, 1990 in 1991 nekoliko spremenili in ji dali pomen katastra kakovosti podtalnice. V letu 1988 so vzeli tri serije vzorcev na 14 mestih v vseh pomurskih občinah. V letu 1989 so vzeli le eno serijo vzorcev (novembra), prav tako v letu 1990 (maja), leta 1991 pa so ponovno vzeli dve seriji vzorcev. V vzorcih sta se najpogosteje

pojavnala pesticida atrazin in metolaklor, ki ju tudi sicer največ uporabljajo. Razen teh dveh pesticidov so ugotovili tudi herbicid MCPA. Drugi pesticidi so bili v nizkih koncentracijah (DDT, alaklor, TDE, propazin, prometrin, simazin in biomacil) (6). Dopustna vsebnost pesticidov v vodi Evropske unije je 0,1 mikrograma in Svetovne zdravstvene organizacije 2,0 mikrograma na liter vode. Pri nas pa je v letu 1991 dosegla skupna vrednost pesticidov 2,22 mikrograma na liter vode (Rankovci) (7).

Inštitut za higieno živil Veterinarske fakultete in Republiška veterinarska uprava opravljata veterinarsko-sanitarni nadzor in preglede klavnih živali, mesa in drugih živil živalskega izvora v Sloveniji (8). Odvzem vzorcev je teritorialno pokrival celotno Slovenijo. V naši pokrajini so vzorce jemali v klavnih v Murski Soboti in Gornji Radgoni. Ugotovljene vrednosti pesticidov v zadnjih petih letih v mesnih in mlečnih izdelkih, surovem mleku in jajcih so bile približno enake. Odvzeti vzorci so vsebovali klorirane ogljikovodike v koncentracijah, ki so znatno pod predpisanimi normativi. Niso pa preiskovali, ali vsebujejo organofosfate mleko, jajca, meso perutnine in sladkovodne ribe, kar bi bilo treba sistematično nadzirati.

Koncentracije ostankov pesticidov v humanem mleku

Ker nimamo tovrstne študije v Sloveniji, predstavljamo izsledke iz tuje literature. Iz Centralne medicinske knjižnice v Ljubljani smo dobili 38 povzetkov na temo »Pesticidi v humanem mleku«. Izbrali smo 8 povzetkov. Pri izbiri je bila za nas pomembna vsebina povzetka, geografska lokacija države, v kateri je nastala raziskava, in racionalnost uporabe pesticidov v kmetijstvu. Tako smo predstavili povzetke študij iz Češke, Hrvaške, Italije, Bavarske – Nemčije, Poljske, ZDA, Brazilije in Avstralije (9–16). Raziskovalci v vseh navedenih državah so ugotavljali večje ali manjše prekoračitve vsebnosti pesticidov v humanem mleku. Npr. poljski raziskovalci so ugotovili vsebnosti, ki jih tolerira Svetovna zdravstvena organizacija za t-DDT in PCB, prekoračene za 70,40% in za 24,10%. Raziskovalci so razpravljali o omejevanju dojenja oziroma o diskontinuiranem dojenju v zelo izpostavljenih poklicih. Uživanja ženskega mleka pa kljub potencialnim neugodnim zdravstvenim učinkom niso odsvetovali.

Namen raziskave

V naši pokrajini se v glavnem vsi prebivalci poklicno ali ljubiteljsko ukvarjajo s kmetijstvom, sadjarstvom, vinogradništvom in vrtarstvom. Pri tem delu uporabljajo pesticide. Posebno na naših kmetijah so pesticidi prisotni od zgodnje pomladi do pozne jeseni. Zato smo se leta 1987 odločili za raziskavo, ki naj bi opozorila na vpliv pesticidov na človekovo zdravje pri nas. Želeli smo ugotoviti: kolikšna je dejanska poraba pesticidov, kakšna in kolikšna je kontaminacija tal, vode in hrane s pesticidi, kakšno je znanje oziroma strokovna usposobljenost distributerjev in porabnikov pesticidov, kakšne so prehranjevalne navade prebivalcev, in končno, ali je zaznati pri prebivalcih oziroma izpostavljenih skupinah negativen vpliv pesticidov na zdravje.

Domneve

Ker poznamo tukajšnji živelj, smo pred izvedbo in obravnavo ankete domnevali:

- da imajo naši kmetje intenzivne stike s pesticidi, vendar je njihovo znanje o pravilni uporabi fitofarmaceutskih sredstev za varstvo rastlin, ravnanju z ostanki škropiv in embalažo nezadostno;
- da pri delu s pesticidi kmetje ne uporabljajo potrebnih osebnih zaščitnih sredstev;
- da so se delavci, zaposleni v ekipah za varstvo rastlin na kmetijskih posestvih (traktoristi), dodatno izobraževali iz varstva pri delu s pesticidi in zato uporabljajo vsa potrebna osebna zaščitna sredstva pri delu s pesticidi;

- da za nabavo, skladiščenje in prodajo pesticidov skrbijo prodajalci s potrebno najmanj višješolsko izobrazbo ustrezne smeri;
- da je večina prodajalcev pesticidov v stiku z njimi tudi pri delu na svojih poljih, v sadovnjakih in vinogradih;
- da so kmečke družine v večji meri izpostavljene neposrednemu in posrednemu stiku s pesticidi kot delavske in mešane družine;
- da kmečke družine večino potrebnih osnovnih živil zase pridelajo na kmetiji ali pripravijo doma, medtem ko delavske in mešane družine živila nabavljajo pretežno v trgovinah;
- da se nosečnice z osnovnimi živili oskrbujejo enakomerno pri kmetih in v trgovinah;
- da se ženske med nosečnostjo izogibajo neposrednemu stiku s kemičnimi sredstvi za varstvo rastlin in zato prihajajo v stik s pesticidi izključno prek živil.

Metode dela in preiskovanci

Odločili smo se za anketo v obliki pogovora. Načrtovali smo zajeti pet skupin pomurskega prebivalstva: prodajalce fitofarmaceutskih pripravkov (90), delavce iz ekip za varstvo rastlin na kmetijskih posestvih (150), kmete (300), nosečnice (200) in navadne občane v družinah (500). Prvi dve skupini sta bili znani. Ljudje iz naslednjih treh skupin pa so bili izbrani naključno. Naključni izbor družin iz štirih pomurskih občin je z uporabo tablic naključnih števil pripravil Zavod Republike Slovenije za statistiko v letu 1991. Anketa pri prodajalcih, delavcih na kmetijskih posestvih in kmetih bi naj zajela njihov stik s pesticidi. Anketa za nosečnice in družine pa bi naj obravnavala njihove prehrabene navade. Anketo je izvedlo 14 anketarjev z višjo in visoko šolsko izobrazbo v juliju, avgustu in septembru 1992. Skupno smo zajeli 1120 Pomurcev, od tega 458 družin, 196 nosečnic, 294 kmetovalcev, 87 traktoristov ali delavcev, ki so delali s fitofarmaceutskimi pripravki za varstvo rastlin in 85 prodajalcev fitofarmaceutskih sredstev za varstvo rastlin. Statistična obdelava podatkov, zbranih z anketnimi listi, je izvedena s sklopom računalniških programov, napisanih posebej za to nalogo. Pri obdelavi podatkov smo uporabili statistične metode (izračunavanje povprečij, standardnih deviacij, odstotkov). Podatke smo statistično ovrednotili s hi-kvadrat testom.

Anketni listi

- Prodajalci fitofarmaceutskih sredstev: starost, spol, izobrazba, občina, kaj dela, delovna doba, dodatno izobraževanje, stik s pesticidi, koliko delovnega časa se ukvarja s pesticidi, kolikšna količina kemičnih sredstev gre letno skozi njegove roke, delež pesticidov v tekočem stanju, osebna zaščita, ali ima opravka s pesticidi tudi doma, zdravstvene težave.
- Traktoristi ali delavci, ki delajo v ekipah za varstvo rastlin: starost, spol, izobrazba, občina, kaj dela, delovna doba, dodatno izobraževanje, področje dela, stik s kemičnimi sredstvi, koliko delovnega časa se ukvarja s pesticidi, s kolikšno količino pesticidov ima opravka v enem letu, ostanki škropiv, prazna embalaža, osebna zaščita pri delu, zdravstvene težave.
- Kmetje: starost, spol, izobrazba, občina, kaj dela, delovna doba, dodatno izobraževanje, socialnoekonomske značilnosti kmetije, obdelovalne površine, kako pride do informacij o pravilnem škropljenju, testiranje škropilnice, servisiranje škropilnice, stik s pesticidi, kdo mu pomaga pri delu, koliko kemičnih sredstev porabi v enem letu, ostanki škropiv, prazna embalaža, kje shranjuje kemična sredstva, osebna zaščita pri delu, zdravstvene težave.
- Nosečnice: starost, občina, katera nosečnost, potek nosečnosti, dojenček, koliko cigaret pokadi dnevno, delovno razmerje, kaj dela, izobrazba, katere obroke ima dnevno, kje nabavlja živila, način pripravljavanja hrane, maščobe, vrsta in količina použitih živil tedensko, stik s pesticidi med nosečnostjo, zdravstvene težave.
- Družine: starost, spol, status v družini, izobrazba, kaj dela, kje se hrani, vrsta in število obrokov, tip družine, občina, anketiranec, kdo gospodinja v družini, kje pretežno nabavljajo živila, način

priprave hrane, maščobe, vrsta in količina použitih živil tedensko, koliko škodljivih kemičnih sredstev vsebuje hrana, ki jo uživata, ali meni, da lahko pridemo do bolj zdrave hrane z zmanjšanjem kemičnih sredstev pri pridelavi hrane, kdo bi moral subvencionirati pridelavo hrane, koliko bi bil pripravljen plačati za hrano brez kemičnih sredstev.

Preiskovanci

Prodajalci. Z anketo smo zajeli 85 ali vse prodajalce fitofarmaceutskih pripravkov, zaposlene v vseh tovrstnih prodajalnah v štirih pomurskih občinah. Več kot polovica vseh prodajalcev (62,4%) je bila iz občine Murska Sobota. Njihova povprečna starost je bila 35,4 leta. Povprečna skupna delovna doba prodajalcev je bila 14,3 leta, od tega so na delovnem mestu, kjer so bili v stiku s kemičnimi pripravki za varstvo rastlin, bili povprečno 10,2 leta. V občini Murska Sobota je 62,3% prodajalcev imelo le osnovnošolsko izobrazbo, ostali pa srednjo ali višjo. V ostalih občinah je bil odstotek prodajalcev s srednjo ali višjo izobrazbo nekoliko višji. Le v občini Lendava so imeli vsi prodajalci srednješolsko ali višjo izobrazbo.

Traktoristi. Zajeli smo 87 traktoristov ali delavcev, ki so delali s fitofarmaceutskimi pripravki za varstvo rastlin. Številčni izpad je nastal zaradi preoblikovanja kmetijskih gospodarskih organizacij. Njihova starost je bila 33,9 leta, skupna delovna doba pa 13,8 leta, od tega na delovnem mestu traktorista 11,3 leta. Delež delavcev z osnovnošolsko izobrazbo je bil znatno večji (67,8%) od deleža s srednjo ali z višjo izobrazbo (32,2%). V skupini starejših od 35 let jih je bilo 80,6% z osnovnošolsko izobrazbo, med mlajšimi pa jih je bilo več s srednjo izobrazbo.

Kmetovalci. Anketirali smo 294 naključno izbranih kmetovalcev ali 1,35% pomurskih kmetov, popisanih ob popisu prebivalstva 1991. Povprečna starost je znašala 47,0 leta. Najstarejši so bili kmetovalci iz ljutomerske občine (52,9 leta), najmlajši pa iz gornjeradgonske občine (45,1 leta). 77,9% kmetov je imelo le končano osnovno šolo in 22,1% srednjo ali višjo izobrazbo. 46,4% kmetov, mlajših od 30 let, je imelo srednješolsko ali višjo izobrazbo. 50,3% anketiranih kmetovalcev so bili »pravi« kmetovalci – skupaj z vsemi svojimi družinskimi člani so se preživljali samo s kmetovanjem. Pri ostali polovici pa so bili posamezni družinski člani zaposleni izven kmetije. Pri kmetovalcih, starejših od 50 let, je izven kmetij delalo le 33,1% družinskih članov. Čim večje obdelovalne površine so imeli kmetje, tem manj družinskih članov se je zaposlovalo izven kmetije.

Nosečnice. Anketirali smo 196 nosečnic iz Pomurja prve dni po porodu na ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice v Murski Soboti ali 14,57% od petletnega povprečja porodnic v murskosoboški bolnišnici. Več kot polovica nosečnic je bila mlajša od 26 let. 50% jih je imelo osnovnošolsko izobrazbo in 50% srednjo ali višjo izobrazbo. Povprečno so rojevale drugič.

Družina. Z anketo smo zajeli 500 naključno izbranih družin, vendar smo pri računalniški obdelavi anket upoštevali le družine z dvema ali več člani. Tako smo zajeli v obravnavo 458 družin ali dober odstotek pomurskih družin, popisanih ob popisu prebivalstva leta 1991. Dobra polovica je bila delavskih, 31% je bilo mešanih in le 17,5% čistih kmečkih družin. Družine so imele povprečno 4,20 družinskega člana. Največ članov so imele mešane (4,92), najmanj pa kmečke družine (3,74). Te so bile najmanj številne, 32,5% jih je bilo z dvema in 28,9% s tremi družinskimi člani. Očetje in matere v kmečkih družinah so bili povprečno 10 let starejši kot v delavskih in mešanih družinah. Polovica gospodarjev v vseh družinah je imela osnovnošolsko, ostali srednjo in višjo izobrazbo. V kmečkih družinah pa je imelo 87,5% gospodarjev in 96,3% gospodinj osnovnošolsko izobrazbo.

Rezultati in razpravljanje

Prodajalci. V povprečju so imeli prodajalci v prodajalni in skladišču opravka z 2.647,09 kg kemičnih sredstev letno. Vendar je ta

količina variirala med 500 kg in 10.000 kg in je bila višja pri delavcih, starejših od 36 let. Okrog polovice vseh prodajalcev je delalo s pesticidi manj kot 20% celotnega delovnega časa. Okrog 40% vseh pesticidov, s katerimi so imeli opravka, pa je bilo v tekočem stanju. Pri prodajalcih je le vsak drugi uporabljal pri delu potrebna osebna zaščitna sredstva ne glede na njegovo izobrazbo ali starost. Skoraj vsi prodajalci (91,8%) so imeli opravka s kemičnimi sredstvi za varstvo rastlin dodatno še doma pri različnih opravilih na svojih poljih, v vinogradih ali sadovnjakih.

Traktoristi. 68,9% traktoristov je prišlo v stik s kemičnimi sredstvi pri pripravi škropiv in škropljenju na področju poljedelstva, vinogradništva in sadjarstva. Večina je bila do 20% delovnega časa v stiku s kemičnimi sredstvi (82,8%). V povprečju so imeli opravka z 897,13 kg fitofarmaceutskih sredstev letno. 90,8% delavcev-traktoristov ni imelo ostankov škropiv. 35,6% je zbiralo embalažo v podjetju. 54,0% je uporabljalo kompletno zaščito pri delu in 20,7% jih je imelo zdravstvene težave.

Kmetovalci. 90,1% kmetov je prišlo v stik s pesticidi pri pripravi škropiv in škropljenju. Povprečno so porabili 56 kg pesticidov letno na hektar obdelovalnih površin. Povprečna obdelovalna površina je znašala 9,1 ha. 59,9% kmetov ni imelo ostankov škropiv, 15,0% jih je izlila na zemljo in 25,1% je ostanke odstranila drugače. Tudi z embalažo so različno ravnali: 10,5% njih jo je odvrlo na smetišče, 27,9% sežgalo, ostali pa so kombinirali oba načina. 86,7% kmetov pri delu s kemičnimi sredstvi za varstvo rastlin ni uporabljalo nobenih osebnih zaščitnih sredstev. 22,8% je imelo zdravstvene težave. Kmetje, ki so obdelovali več kot 11 ha obdelovalnih površin, so imeli zdravstvene težave v večjem številu (33,9%).

Tab. 1. Delo s kemičnimi sredstvi v skupini kmetovalcev in traktoristov.

Tab. 1. Work with chemical substances in the group of farmers and tractor drivers.

		Kmetje %	Traktoristi %
Opravljeni tečaji iz varstva pri delu		10,2	80,5
Načini stika	Priprava škropiva	8,2	8,1
	Škropljenje	1,7	23,0
	Oboje	90,1	68,9
Uporaba osebnih zaščitnih sredstev	Kompletna	1,0	54,0
	Delna	12,3	40,2
	Nobena	86,7	5,8
Odstranjevanje ostankov škropiva	Nima ostankov	59,9	90,8
	Izlije na zemljo	15,0	1,2
	Drugo	25,1	8,0
Odstranjevanje prazne embalaže	Na smetišče	10,5	-
	Sežig	27,9	19,6
	Kombinirano	71,6	44,8
	Zbiranje v podjetju	-	35,6
Zdravstvene težave		22,8	20,7

Nosečnice. 59,2% nosečnic je med nosečnostjo učivalo 3,30 obrokov hrane (zajtrk, kosilo in večerja), 32,5% je dodatno imelo še dopoldansko ali popoldansko malico, 8,2% nosečnic pa je jedlo le dvakrat dnevno. Svežega mleka so popile 3 dl dnevno, jogurta in kislega mleka pa 3 dl tedensko. Največ so zaužile perutnine in svinjine ter dimljenih mesnin. Od sadja so največ pojedle jabolke (10,3 kose tedensko). Večinoma so živila nabavljale v trgovinah. Stik s pesticidi je imelo 33,7% nosečnic. Te so živele na kmetijah. Ali je imel stik s pesticidi vpliv na potek nosečnosti, donošenost dojenčka ali na otrokov nadaljnji razvoj, iz naših podatkov nismo mogli sklepati.

Družina. Kmečke družine so pridelale živila doma in le delno kupovale v trgovini, delavske in mešane družine pa so večinoma nabavljale živila v trgovinah. Največ mleka tedensko so popili v mešanih družinah (124,5 dl), v kmečkih pa največ kislega mleka in jogurta (49,2 dl). Kmečke in mešane družine so imele na mizah večje količine svinjine in perutnine kot delavske. Dvakrat več zaseke so pojedli v kmečkih kot v delavskih in mešanih družinah.

Skoraj vso zelenjavo in sadje (93,8%) so v kmečkih družinah pridelali doma. 76,3% kmečkih družin je speklo kruh in pripravilo testenine doma. To je počelo le 17,5% delavskih družin. Pri pripravi hrane so kmečke družine uporabljale svinjsko mast v 65,0%, delavske pa v 21,5%. Glede na osveščenost o negativnih vplivih kemičnih sredstev za varstvo rastlin na zdravje ljudi je 89,9% družin izrazilo željo uživati zdravo hrano, pridelano z manj ali brez pesticidov. Delavske in mešane družine so menile, da vsebuje hrana veliko pesticidov, kmečke pa, da vsebuje malo pesticidov.

Rezultati, ki smo jih dobili z našo raziskovalno nalogo, so v celoti potrdili postavljene domneve v uvodu:

- Pomurski kmetje so imeli in imajo intenzivni stik s pesticidi, vendar jih uporabljajo brez zadostnega strokovnega znanja in večinoma ne vedo, kako pravilno ravnati z ostanki škropiv in prazno embalažo.

- Pri delu s pesticidi 87% kmetov ni bilo zavarovanih z osebnimi zaščitnimi sredstvi.

- Velika večina prodajalcev fitofarmaceutskih sredstev (92%) je prihajala v stik z njimi tudi doma pri delu na svojih obdelovalnih površinah.

- Kmečke družine so v veliki večini pridelale osnovna živila na lastnih kmetijah, mešane in delavske družine pa so enaka živila nabavljale pretežno v trgovinah.

Delno smo potrdili domneve:

- Delavci na kmetijskih posestvih, ki so delali v ekipah za varstvo rastlin, so bili dodatno poučeni o varstvu pri delu s kemičnimi sredstvi, vendar je pridobljeno znanje o osebni zaščitni opremi uporabljala le polovica vseh.

- Nosečnice so mleko in mlečne izdelke ter kruh in testenine nabavljale pretežno v trgovinah, medtem ko so se z mesom in mesnimi izdelki oskrbovale največ doma ali pri kmetih.

Drugih domnev nismo potrdili, oziroma so rezultati bili nasprotni našemu pričakovanju:

- V pomurskih trgovinah, ki so prodajale fitofarmaceutske pripravke za varstvo rastlin, je imela več kot polovica zaposlenih prodajalcev končano le osnovno šolo; tako niso mogli strokovno ustrezno svetovati odjemalcem kemičnih sredstev.

- Vse nosečnice se med nosečnostjo niso izogibale neposrednemu stiku s pesticidi, še posebej ne tiste, ki so živele na kmetijah.

- Tudi domnevo, da so bile kmečke družine najbolj izpostavljene neposrednemu in posrednemu stiku s pesticidi, nismo uspeli potrditi.

Zaključki in predlogi

Živimo na agrarnem področju, kjer se skoraj vsak občan ljubiteljko, če že ne poklicno ukvarja z vrtnarstvom, vinogradništvom, sadjarstvom ali poljedelstvom. V stik s pesticidi prihajajo praktično skoraj vsi Pomurci. Zato domnevamo, da so kontaminacije s pesticidi tal in kulturnih rastlin, pitne vode ter živil živalskega izvora intenzivnejše, kot jih prikazujejo rezultati naših institucij. Vse premalo je bilo doslej odvzetih in raziskanih vzorcev, da bi imeli na voljo verodostojen prikaz onesnaženja našega okolja s pesticidi.

Z raziskavo na anketni način smo želeli zvedeti, koliko poznajo Pomurci pesticide in kako ravnajo z njimi. Profesionalno izpostavljene skupine (kmetje, traktoristi in prodajalci) so bile z vidika varovanja zdravja dokaj indiferentne do teh hudih strupov. Tako 87% kmetov ni uporabljalo osebnih zaščitnih sredstev pri pripravi škropiv in pri samem škropljenju. Traktoristi in prodajalci pa so bili poučeni na tečajih za varstvo pri delu s kemičnimi sredstvi o pomembnosti osebnih zaščitnih sredstev pri delu, pa vendar se jih je pri delu le polovica v celoti zaščitila. Neprofesionalno izpostavljeni skupini pa si samo želita uživati hrano, neonesnaženo s pesticidi.

Ker je naše znanje o pesticidih z epidemiološkega in zdravstvenega vidika skromno, smatramo za potrebno prospektivno razi-

skovati delovanje pesticidov na zdravje izbranih vzorcev posebej izpostavljenih skupin ljudi.

Literatura

1. Pesticidi. Medicinska enciklopedija. Dopunski svezak. Zagreb: Jugoslovenski leksikografski zavod, 1974: 494-4.
2. Maček J, Kač M. Kemična sredstva za varstvo rastlin. Knjižnica za pospeševanje kmetijstva XXI – 1991. Ljubljana: Kmečki glas, 1990: 13-3.
3. Gartner A, Urek G. Ostanke kloriranih ogljikovodikov v tleh z intenzivno obdelanih zemljišč, s strojnimi nasadi in vrtninami. Ljubljana: Zbornik Biotehniške fakultete Univerze v Ljubljani, 1991; 57: 121-5.
4. Urek G, Gregorčič A. Poročilo o strokovnih nalogah v rastlinski proizvodnji v letu 1992. Ugotavljanje kontaminacije kmetijskih pridelkov in tal z ostanki fitofarmaceutskih sredstev. Ljubljana: Kmetijski inštitut in območni kmetijski zavodi.
5. Geološki zavod Ljubljana. Sektor za geotehniko in hidrogeologijo. Kratko poročilo o hidrogeoloških raziskavah I., II. in III. faze »Hidrogeologija pitne podtalnice v Pomurju«. Ljubljana: Geološki zavod, 1982.
6. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor. Center za varstvo okolja. Kataster kakovosti podtalnice Murskega polja 1989–1990. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo, 1990.
7. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor. Center za varstvo okolja. Kataster kakovosti podtalnice Murskega polja 1991. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo, 1992.

V tej številki so sodelovali:

Želimir Bošnjak, dr. med., specialist nevrolog, SB Novo mesto

doc. dr. Vladimir Brinovec, dr. med., specialist infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

Leja Dolenc, dr. med., Inštitut za klinično nevrofiziologijo, MF Ljubljana

Aleksander Dopljar, dr. med., Kamnik

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

Nataša Fikfak, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici

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

mag. Štefan Gruškovnjak, dr. med., specialist epidemiolog, Murska Sobota

mag. Marjetka Hovnik-Kršmanc, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

mag. Silva Hoyer, prof. pedagogike, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana

prof. dr. Martin Janko, dr. med., specialist nevropsihiater, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana

prof. dr. Marko Kolenc, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ankaran

Miha Lamprecht, dipl. iur., dopisnik RTV v Moskvi

Zorica Levačič-Turk, dr. med., specialistka epidemiologinja, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota

prof. prim. dr. Gorazd Lešničar, dr. med., specialist internist in specialist infektolog, SB Celje

8. Veterinarska fakulteta – Inštitut za higieno živil in Republiška veterinarska uprava. Sistematičen veterinarsko-sanitarni nadzor nad biološkimi residui v živilih živalskega izvora – surovinah v Sloveniji v letih 1987, 1988, 1989, 1990, 1991. Ljubljana: Veterinarska fakulteta, 1991.
9. Zahradnec L, Jodl, Sevcik J, Lenicek J, Cvitkova M, Subert P. Foreign substances in maternal milk. *Cesk Pediatr* 1989; 44: –4.
10. Krauthaker B, Reiner E, Lindstrom G, Rappl C. Residues of polychlorinated-dibenzodioxins-dibenzofurans and biphenyls in human milk samples collected in a continental town in Croatia. *Arh Hig Rada Toksikol* 1989; 40: 9-14.
11. Di Muccio A, Camoni I, Donmarco R et al. Evolution of p. p. – DDE, p. p. – DDT and polychlorobiphenyls (PCB) levels in samples of human milk from Rome, Florence and the surrounding areas. *Amm Ist Super Sanita* 1990; 26: 155-60.
12. Ehrenstorfer S, Hiebl J, Lassek E, Rappl A. Result of human milk analysis for pesticide levels in women of the south Bavarian region. *Off Gesundheitswes* 1991; 53: 784-91.
13. Sikorski R, Paszkowski T, Radomanski T, Niewiadomska A, Semeniuk S. Human colostrum as a source of organohalogen xenobiotics for a breast-fed neonate. *Reprod Toxicol* 1990; 4: 17-20.
14. Mattison DR, Wohleb J, To T et al. Pesticide concentrations in Arkansas breast milk. *J Ark Med Soc* 1992; 88: 553-7.
15. Matuo YK, Lopes JN, Casanova IC, Matuo T, Lopes JL. Organochlorine pesticide residues in human milk in the Ribeirao Preto region, state of Sao Paulo, Brazil. *Arch Environ Contam Toxicol* 1992; 22: 167-75.
16. Monheit BM, Luke BG. Pesticides in breast milk – a public health perspective. *Community Health Stud* 1990; 14: 269-73.

Radmila Obradović-Novak, dr. med., specialistka patologinja, SB Novo mesto

prof. dr. Rudi Pavlin, dr. med., Inštitut za patološko fiziologijo, MF Ljubljana

asist. mag. Mara Popović, dr. med., specialistka patologinja, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana

doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., specialist ortodont in specialist socialne medicine z organizacijo zdravstva, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana

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

prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana

Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

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

Geza Temlin, dipl. ing., Murska Sobota

prim. Majda Toplak-Ostan, dr. med., specialistka pediatrija, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

Vladimir Topler, dr. med., svetnik v Državnem zboru Republike Slovenije

asist. dr. Jože Vračko, dr. med., specialist kirurg, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana

prof. dr. Herbert Zaveršnik, dr. med., specialist internist, Celje

mag. Jože Šamu, dr. med., specialist medicine dela, Republiški sanitarni inšpektorat Ljubljana



Gastal[®]

Kombinirani antacid za:

- hitro in dolgotrajno nevtralizacijo kisline
- optimalne vrednosti pH vsebine želodca
- citoprotektivno delovanje
- zanesljivo terapevtsko delovanje z najmanj stranskih učinkov

Gastal[®] tablete in suspenzija



Pliva d.d. Zagreb
Program farmaceutike

Strokovni prispevek/Professional article

PRIMARNI LIMFOM CENTRALNEGA ŽIVČEVJA: Opis bolnice in pregled literature

PRIMARY CENTRAL NERVOUS SYSTEM LYMPHOMA: Case report and review of the literature

Mara Popovič¹, Radmila Obradović-Novak², Želimir Bošnjak³¹ Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Korytkova 2, 61105 Ljubljana² Patocitološki oddelek, Splošna bolnišnica Novo mesto, 68000 Novo mesto³ Nevrološki oddelek, Splošna bolnišnica Novo mesto, 68000 Novo mesto

Prispelo 1995-01-11, sprejeto 1995-03-21; ZDRAV VESTN 1995; 64: 267-9

Ključne besede: *B-celični limfom centralnega živčnega sistema; etiopatogeneza; potek bolezni*

Key words: *B-cell lymphoma of the central nervous system; etiopathogenesis; clinical course*

Izvleček – Opisana je primer bolnice s primarnim multifokalnim ne-Hodgkinovim B-celičnim limfomom visoke stopnje malignosti, ki je bil odkrit pri obdukciji. Potek bolezni je bil biter in značilen za nezdravljen primarni limfom centralnega živčnega sistema, prav tako histološka slika. V razpravi so opisani pogostnost teh tumorjev v naši populaciji, njihova etiopatogeneza in zdravljenje. Podan je tudi pregled najnovejše svetovne literature.

Abstract – This is a case report of primary, multifocal, non-Hodgkin's high grade malignant B-cell lymphoma of the central nervous system diagnosed at autopsy. The clinical course was rapid and quite typical for this type of tumour as well as histological feature. The incidence of this tumours in our population, etiopathogenesis, and therapy are discussed in this paper with review of the literature.

Uvod

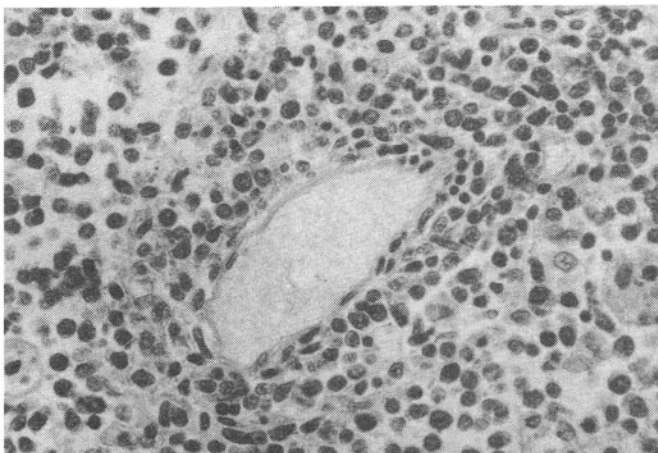
Primarni limfomi centralnega živčevja (PLCŽ) so redki tumorji, pri katerih v času prvih bolezenskih znakov in spoznavne bolezni ni limfomske prizadetosti drugih organov. Izvor PLCŽ še vedno ni razjasnjen, saj centralno živčevje (CŽ) nima limfatičnega sistema. V preteklosti so to obliko maligne neoplazme imenovali z dvanajstimi različnimi imeni, najpogosteje mikrogliom in retikularni sarkom (1). Z imunohistokemičnimi metodami pa so ugotovili, da so ti tumorji najpogosteje ne-Hodgkinovi limfomi, predvsem B-celični in visoke stopnje malignosti, redkeje so opisani tudi limfomi nizke stopnje malignosti, kakor tudi T-celični PLCŽ (2). Pogostnost teh tumorjev med primarnimi neoplazmami CŽ je 0,5–1,5% (2). Pogostejši so pri bolnikih z oslABLJENIM imunskim odzivom, tako pri prirojenih kot tudi pridobljenih sindromih imunske pomanjkljivosti. V zadnjih treh desetletjih njihova pogostnost narašča zaradi pojava aidsa, dolgotrajne imunosupresivne terapije pri bolnikih s transplantiranimi organi in citostatske terapije pri bolnikih z malignomi, po mnenju Rosaia tudi zaradi neprepoznanih primerov v preteklosti (3). Napredek histopatoloških tehnik je verjetno eden od dejavnikov porasta incidence. Etiopatogeneza PLCŽ še ni popolnoma jasna. Pri bolnikih z oslABLJENIM imunskim odzivom je ugotovljena povezava teh neoplazij z okužbo z Epstein-Barrovim virusom (EBV), za razliko od bolnikov z normalnim imunskim sistemom in PLCŽ, pri katerih je genom EBV le izjemoma dokazan v limfomskih celicah (4). PLCŽ večinoma vzniknejo v velikih možganih kot žariščna, periventrikularna tumorska rašča. Lahko so multifokalni (do 40%) (5, 6). Pojavljajo se tudi v drugih področjih CŽ, izjemno redko pa v meduli spinalis (1%). Mikroskopska slika PLCŽ je večinoma podobna

sistemskim limfomom. Značilna je razporeditev tumorskih celic in pomnožitev retikulinskih vlaken ob intracerebralnih žilah (2).

Prikaz primera

Klinični potek

Šestdesetletna bolnica je bila sprejeta na nevrološki oddelek Splošne bolnišnice v Novem mestu zaradi motorične disfazije, občutka teže v desni roki, negotovosti pri hoji ter osebne spremenenosti v smislu upočasnjenosti mentalnih funkcij, motenj spomina, brezvoljnosti, neješčnosti in čustvene inkontinence. Ob sprejemu je imela na desni nogi mavec zaradi zloma zunanega maleola, ki ga je dobila zaradi padca dva meseca pred sprejemom. Svoji so zatrjevali, da je osebno spremenjena od poškodbe. Ni bilo jasno, ali je istočasno imela tudi poškodbo glave. Ob sprejemu rentgenska slika glave ni pokazala patoloških sprememb. Pregled očesnega ozadja ni kazal znakov zvišanega intrakranialnega pritiska. Cerebrospinalni likvor je bister, Pandy pozitiven, beljakovine 0,41 g/l, celice 5. EEG je bil abnormen s theta-delta valovi bifrontalno in temporalno levo. CT glave je pokazal 2x5 cm veliko hipodenzno področje frontalno desno, ki se je širilo čez korpus kalozum na levo stran. Po aplikaciji kontrasta se je sprememba neenakomerno opacificirala. Okrog 1 cm velika sprememba z enakimi radiološkimi lastnostmi je bila tudi v levem frontalnem režnju in nekoliko večja ob tretjem prekatu v isti polobli (sl. 1). Ob obeh spremembah je bil edem možganovine. Podobni leziji sta bili vidni tudi desno parietalno visoko na konveksiteti. Biopsija ni bila narejena.



Sl. 1. CT slika horizontalnega preseka velikih možganov skozi tretji ventrikel. Žariščni spremembi z edemom okolne možganovine sta prikazani s kontrastom v levi hemisferi velikih možganov. Večja sprememba je ob tretjem ventriklu (velika puščica), manjša pa frontalno (majhna puščica).

Fig. 1. Horizontal CT scan of the brain at the level of the third ventricle. There are two enhanced focal lesions with surrounding edema in the left hemisphere of the brain, the larger one in the vicinity of the third ventricle (large arrow) and the smaller one at the top of the frontal lobe (small arrow).

Zavest se je kalila, nastopile so težave s požiranjem in centralne motnje srčnega ritma. Bolnica je umrla 31. dan po sprejemu z znaki centralne odpovedi dihanja.

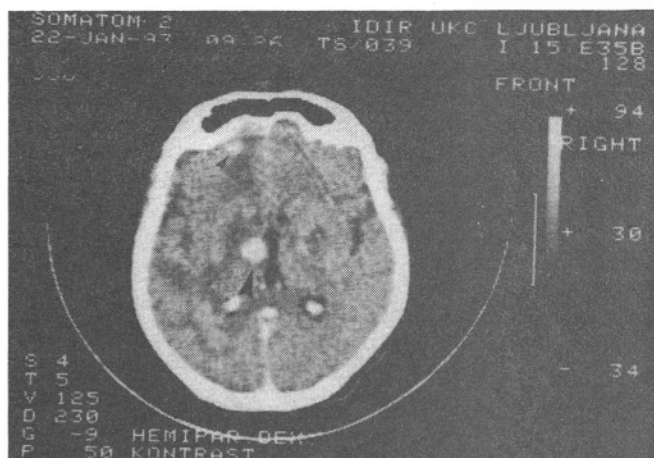
Obdukcijski izvid

Pri obdukcijem pregledu je bila ugotovljena tromboembolija perifernih vej obeh pljučnih arterij, ki je ob hipertrofiji in fibrozi miokarda neposredno povzročila smrt. Izvor tromboembolusov je bil periuterini venozni pletež. Notranji organi so bili cianotični. Prisotna je bila zmerna ateroskleroza aorte in glavnih vej. Bezgavke niso bile povečane. Mikroskopski pregled vzorcev vranice in jeter je pokazal le cianozo in nespecifičen reaktivni hepatitis. Kostni mozeg ni bil pregledan.

Nevropatološki izvid

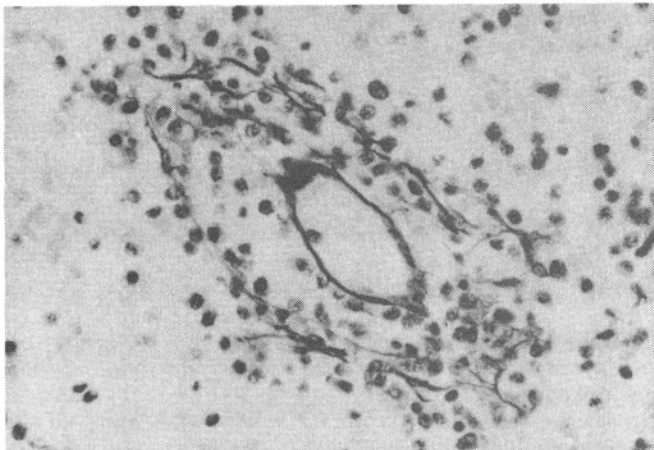
Možgani so tehtali 1400 gramov. Možganske vijuge so bile sploščene, brazde stisnjene. Znaki herniacije pod tentorij in skozi veliko okcipitalno odprtino niso bili prisotni. Žile na možganski bazi so bile fokalno ateromatozno spremenjene, svetlina ni bila bistveno zožena. Leptomeninge so bile primerno krvne. Na frontalnih rezinah velikih možganov so bili multipli tumorski vložki, relativno ostro razmejeni od okolne edematozne možganovine. Lokalizacija tumorjev je bila skladna s spremembami, opisanimi na CT-ju možganov. Žariščna sprememba v levi polobli velikih možganov je bila v talamusu ob tretjem ventriklu in je nekoliko utesnjevala ventrikel. V malih možganih in možganskem deblu ni bilo makroskopsko vidnih sprememb.

Vzorci spremenjene možganovine so bili odvzeti za histološki pregled. Histološke rezine so bile obarvane s standardnimi metodami. Mikroskopski pregled je pokazal, da gre za dokaj gostocelični tumor, sestavljen iz drobnih in srednje velikih celic, ki so se urejale večinoma okrog intracerebralnih žil (sl. 2), vendar so se tudi difuzno razraščale in uničevale možganovino. Impregnacija s srebrom je pokazala perivaskularno pomnožitev retikulinskih vlaken v področjih intenzivnejše tumorske razrasti (sl. 3). Jedra tumorskih celic so bila ovalna, vezikularna in so vsebovala eno centralno jedrce ali pa dve do tri jedrca ob jedrni membrani.



Sl. 2. Perivaskularni razrast tumorskih celic, ki imajo polimorfna jedra. Med tumorskimi celicami se nabajajo drobni reaktivni limfociti. HE, orig. pov. 125-krat.

Fig. 2. Perivascular arrangement of tumour cells with polymorphous nuclei. Small reactive lymphocytes are scattered between the tumour's cells. HE, orig. magn. $\times 125$.



Sl. 3. Pomnožitev retikulinskih vlaken v perivaskularnem prostoru. Impregnacija s srebrom po Gomoriju, orig. pov. 125-krat.

Fig. 3. Increase of the reticulin fibres in the perivascular space. Gomori's silver impregnation, orig. magn. $\times 125$.

Redkejša so bila hiperkromatična in bizarna. Več jeder je bilo v mitozih. Tumorske celice so bile med seboj ločene, med njimi pa so se nahajali posamični zreli limfociti, največ jih je bilo ob žilah. Opravili smo tudi imunohistokemijske preiskave in pri tem uporabili monoklona protitelesa proizvajalca DAKO proti membranskim in intracitoplazemskim antigenom, značilnim za limfomske (CD 20 – antigen v aktiviranih B limfocitih, CD 45 RO – antigen v aktiviranih T limfocitih, CD 68 – antigen v histiocitih) glialne (glialni fibrilarni kisli protein – GFAP) in epitelne (epitelijski membranski antigen-EMA) celice. Tumorske celice so pozitivno reagirale le z monoklinalnim protitelesom CD 20, specifičnim za limfocite B, zreli perivaskularni limfociti pa so bili pozitivni v reakciji z monoklinalnim protitelesom CD 45 RO, specifičnim za limfocite T. Imunohistokemijska reakcija s protitelesi proti GFAP, ki je beljakovinska sestavina intermediarnih filamentov astrocitov in nekaterih ependimskih celic, je prikazala reaktivno astrogliozo v peritumorski možganovini. Reakcija s protitelesom proti antigenom, značilnim za epitelne celice (EMA), je bila negativna. Histološka slika, imunohistokemični izvid in odsotnost sistemskega limfoma so jasno govorili za PLCŽ, ki je vznikal multifokalno

v obeh hemisferah velikih možganov ter preraščal iz ene poloble v drugo čez korpus kalozum.

Diskusija

Po podatkih Registra raka za R. Slovenijo je bilo v 15-letnem obdobju (od 1975–1989) med primarnimi tumorji CŽ 0,9% PLCŽ, kar je skladno s podatki iz literature (7, 8, 9). Pri nas ni bilo značilne razlike med spoloma, medtem ko v literaturi navajajo večjo prizadetost moškega spola, celo v razmerju 3:1 (9). Bolniki so bili ob pojavu bolezni stari od 18–74 let, večina bolnikov je bilo starejših od šestdeset let.

V literaturi opisujejo trikratni porast incidence PLCŽ v zadnjih treh desetletjih, tako v rizični skupini bolnikov z oslABLJENIM imunskim sistemom kakor tudi v populaciji z neprizadetim imunskim odzivom (10, 11). Porast pogostnosti je očiten v populaciji pod 60 let starosti in tudi pri starejših. Pogostnost narašča ne le zaradi pojava aidsa in dolgotrajne imunosupresivne terapije pri bolnikih s transplantiranimi organi in citostatski terapiji pri bolnikih z malignomi, ampak po mnenju Rosaia tudi zaradi napredka histopatoloških tehnik, ki so omogočile boljše diagnostiko slabo diferenciranih tumorjev CŽ (3). Verjetno gre še za druge neznane dejavnike. V skupini enajstih bolnikov s PLCŽ, odkritih v petnajstletem obdobju v Republiki Sloveniji, ni bilo mogoče zaznati porasta incidence.

Prikazana šestdesetletna bolnica je značilen primer pojava in poteka bolezni nezdravljene PLCŽ. Multiple žariščne spremembe v obeh poloblah velikih možganov s prehodom iz ene poloble v drugo čez korpus kalozum in periventricularno lokalizacijo so bile vidne na nativnem CT-ju kot hipodenzna žarišča, ki so se difuzno opacificirala s kontrastom. Po podatkih iz literature do 40% PLCŽ vznikne multifokalno (5, 6).

Etiopatogeneza PLCŽ še ni razjasnjena (2). Jasna je povezava the neoplazij z EBV pri bolnikih z oslABLJENIM imunskim odzivom. V skupini bolnikov z aidsom in PLCŽ je ugotovljen v limfomske celice vgrajen genom EBV (12), medtem ko je bil dokazan EBV izjemoma pri bolnikih z normalnim imunskim odzivom in PLCŽ (4). Hochberg in Miller navajata dve možni hipotezi o etiopatogenezi PLCŽ (5). Po prvi naj bi pritegnili reaktivne limfocite v CŽ latentni EBV ali drugi virusi iz skupine herpesnih virusov. Klon teh celic naj bi se neoplastično preoblikoval. Po drugi teoriji limfociti B, ki so se neoplastično preoblikovali nekje drugje v organizmu, razvijajo specifično vezno molekulo za CŽ.

Različne hipoteze poskušajo razložiti, kako limfatična celica, ki je v normalnih pogojih ni v CŽ, pride v ta s hematoencefalno bariero zavarovani prostor in postane neoplastična. Shibata meni, da so žile v subarahnoidalnem prostoru in horioidnem pletežu, ki imajo za razliko od intracerebralnega žilja fenestrirane endotelne celice, mesto vstopa limfatičnih celic (13). Te celice se aktivirajo, razrastejo in končno neoplastično transformirajo. To teorijo podpira dejstvo, da se tumorska žarišča nahajajo v bližini prekata ali subarahnoidalnega prostora. Klinični potek PLCŽ lahko posnema druge nevrološke bolezni, kot so multipla skleroza, encefalitis, primarnimi vaskulitisi CŽ in gliomi (2). Zato je za opredelitev narave patološkega procesa nujna biosija.

Povprečno trajanje bolezni od začetka nevroloških simptomov do postavljanja diagnoze je dva meseca (14). Pri nezdravljenih bolnikih je potek bolezni zelo hiter. Smrt nastopi običajno po treh mesecih, tako kot pri naši bolnici. Ekstraneuralni razsoj je prisoten v 10% PLCŽ (6). Po možganski biopsiji naj bi bila najustreznejša oblika zdravljenja radioterapija, podprta s kemoterapijo, ki podaljša preživetje bolnikov v povprečju za 42 mesecev, medtem ko je preživetje po sami radioterapiji le 15–18 mesecev (15, 16). Opisani so posamični primeri odličnega učinka kortikosteroidov na PLCŽ s popolno remisijo kliničnih znakov in simptomov ter izginotjem lezij, vidnih na CT-ju (17, 18), kot tudi primer uspešne kemoterapije brez radioterapije s popolno remisijo in triletnim preživetjem (19). Ne glede na vrsto zdravljenja je prognoza PLCŽ mnogo slabša od prognoze nodalnih limfomov (20).

Literatura

- Russell DS, Rubinstein LJ. Pathology of tumours of the nervous system. Fifth ed. London: Edward Arnold, 1989; chap. 8: 590–638.
- Grant JW, Isaacson PG. Primary CNS lymphoma. *Brain Pathol* 1992; 2: 97–109.
- Rosai J. In: Ackerman's surgical pathology, 7th ed. St. Louis: CV Mosby, 1989: 1753–3.
- Bignoni YJ, Clavelou P, Ramos F et al. Detection of Epstein-Barr virus sequences in primary brain lymphoma without immunodeficiency. *Neurology* 1991; 41: 1152–3.
- Hochberg FH, Miller DC. Primary central nervous system lymphoma. *J Neurosurg* 1988; 68: 1005–20.
- Helle TL, Britt RH, Golby TV. Primary lymphoma of the central nervous system. Clinicopathological study of the experience at Stanford. *J Neurosurg* 1984; 60: 94–103.
- Incidenca raka v Sloveniji 1975–1989. Ljubljana: Onkološki inštitut – Register raka za R. Slovenijo, 1979–1993.
- Woodman R, Shin K, Pineo G. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the brain. A review. *Medicine* 1985; 64: 425–30.
- Henry JM, Heffner RRJ, Dillard SH et al. Primary malignant lymphoma of the central nervous system. *Cancer* 1974; 34: 1293–302.
- Eby NL, Grufferman S, Flannely CM et al. Increasing incidence of primary brain lymphoma in the United States. *Cancer* 1988; 62: 2461–5.
- Garson J, Bourne SP, Allan PM et al. Immunohistological diagnosis of primary brain lymphoma using monoclonal antibodies: confirmation of B-cell origin. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1988; 14: 19–37.
- Macmahon E, Glass J, Haywryd S et al. Epstein-Barr virus in AIDS-related primary central nervous system lymphoma. *Lancet* 1991; 338: 969–73.
- Shobu Shibata. Sites of origin of primary intracerebral malignant lymphoma. *Neurosurg* 1989; 25: 14–9.
- Grant JW, von Deimling A, Marcus RE et al. Primary CNS lymphoma. A clinical and pathological study. *J Pathol* 1990; 161: 353–3.
- DeAngelis LM, Yahalom J, Heineman M-H et al. Primary CNS lymphoma. Combined treatment with chemotherapy and radiotherapy. *Neurology* 1990; 40: 80–6.
- DeAngelis LM. Primary central nervous system lymphoma: A new challenge. *Neurology* 1991; 41: 619–21.
- Williams RS, Crawell RM, Fisher CM et al. Clinical and radiological remission in reticulum cell sarcoma of the brain. *Arch Neurol* 1978; 36: 206–10.
- Kikuchi K, Watanabe K, Miura S et al. Steroid induced regression of primary lymphoma of the brain. *Surg Neurol* 1986; 26: 291–6.
- Cohen IJ, Vogel R, Matz S et al. Successful non-neurotoxic therapy (without radiation) of a multifocal primary brain lymphoma with methotrexate, vincristin, and BCNU protocol (DEMOB). *Cancer* 1986; 57: 6–11.
- Murray K, Kun L, Cox J. Primary lymphoma of the central nervous system. Results of treatment of 11 cases and review of the literature. *J Neurosurg* 1986; 65: 600–7.



U N I P R E S[®]

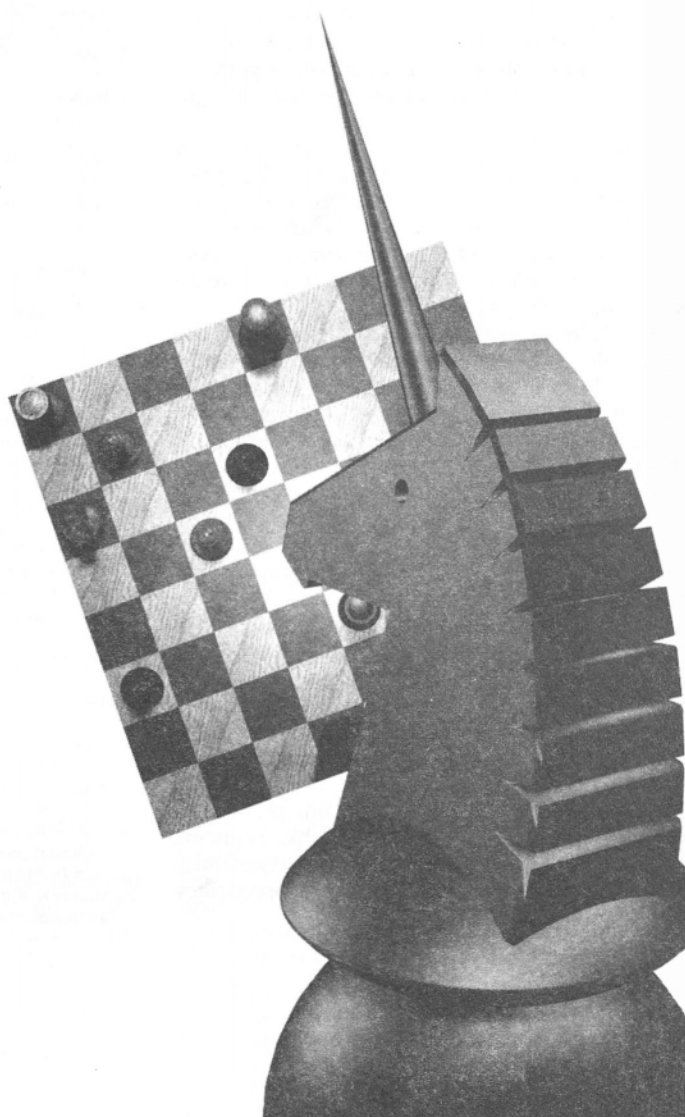
tablete po 10 in 20 mg nitrendipina

vazoselektivni kalcijev antagonist

- pri večini hipertenzivnih bolnikov zadošča en odmerek na dan
- ne povzroča presnovnih motenj, zato je še posebej uporaben pri bolnikih z diabetesom, hiperlipidemijami in kroničnimi pljučnimi boleznimi

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA



Pregledni prispevek/Review article

OKUŽBE V ŠPORTU

INFECTIONS IN SPORT

Gorazd Lešničar

Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 63000 Celje

Prispelo 1994-12-01, sprejeto 1995-03-10; ZDRAV VESTN 1995; 64: 271-4

Ključne besede: *imunski odgovor; športniki; kronična utrujenost; sindrom; preventivni ukrepi; posledice*

Key words: *immune responses; athletes; chronic fatigue; syndrom; prophylaxis; consequences*

Izvleček – Izhodišča. Vse večja množičnost v številnih športnih vrstah povzroča tudi večje tveganje za nastanek različnih okužb. Tipi infekcij so za posamezne športne vrste specifični. Okužbe lahko nastanejo tako med športno aktivnostjo, kakor po njej, tj. v oblačilnicah, sanitarnih prostorih in na potovanjih. Preveč intenzivni treningi in naporna tekmovanja oslabijo imunski sistem in znižajo prag sprejemljivosti za različne virusne okužbe. Slednje lahko tudi za daljši čas zmanjšajo športnikovo psihofizično sposobnost. Povzročitelji sindroma kronične utrujenosti, ki predstavlja novo definirano klinično entiteto, še niso zadovoljivo razpoznani.

Abstract – Background. The growing multitude in widening range of sport activities causes a greater risk for the origin of different infections. Types of infections for separate sports activities are specific.

Infections may occur during the sport activity or afterwards in changing and sanitary rooms and during travels. Over-trainings and exhausting competitions weaken the immune system and lower the threshold of acceptability for various infections. The latter can diminish for a longer period the psycho-physical ability of sportsmen. The provokers of chronic fatigue syndrom which represents a new defined clinic entity haven't been satisfactorily identified yet.

Zaključki. Naloga odgovornih zdravnikov in trenerjev v športnih kolektivih je, da nenehno skrbijo za ustrezne splošne in specifične preventivne ukrepe in zdravstveno vzgojo.

Conclusions. The task of the responsible physicians and coaches in sports teams is to care constantly for corresponding general and specific preventive measures and health education.

Uvod

Nekateri tradicionalni športi so povezani s specifičnimi okužbami (atletsko stopalo, gladiatorski herpes [scumpox], impetigo pri igralcih ragbija, judoistih in rokoborcih). Čeprav nekatere okužbe iz preteklosti izginjajo, pa se sedaj pojavljajo nove. Okužba z virusom herpesa ponovno vzbuja pozornost. V zadnjih letih posvečamo vse večjo skrb okužbi s HIV, zlasti s HIV okuženim asimptomatskim športnikom (nezbolelim nosilcem virusa HIV) iz vrst borilnih in kontaktnih športov, kjer pogosto pride do krvavitve (1). S krvjo pa se še lažje inficiramo z virusi hepatitisa B, C in D, ki pogosto povzročajo prehod v kronično jetno okvaro (2-4). Pozorno moramo zasledovati potek virusnih, zlasti respiratornih okužb in njihov učinek na športnikovo psihofizično vzdržljivost in tekmovalne rezultate. Prezgodnja fizična aktivnost, zlasti po preboleli influenci ali po drugih virusnih febrilnih, pa tudi klinično blago potekajočih respiratornih boleznih, ima lahko nepopravljivo škodo, predvsem na srčni mišici (miokarditis) (5-14).

Pri športnikih, ki so preboleli gripi podobno bolezen in tudi po šestih mesecih še ne morejo normalno trenirati in tekrovati, posumimo tudi na sindrom kronične utrujenosti. Utrujenost je često vodilni simptom, pridružena pa je lahko tudi zmerno povišana telesna temperatura, bolečine v mišicah in sklepih, povečane bezgavke, nevropsihološke težave itd. Poleg različnih okužb (v. herpesa, v. Epstein-Barr, enterovirusi, retrovirusi, v. hepatitisa in Borrelia burgdorferi) so vzrok lahko tudi različne kronične vnetne, maligne, endokrine, toksične, kakor tudi avtoimune in psihiatrične bolezni. Imunološko testiranje pogosto odkrije okvaro imunskega sistema. Specifičnega zdravila ni, saj je vzrok za enkrat še neznan. Prognoza bolezni je negotova in športnikova kariera se pogosto mora končati (15-16).

Največje tveganje za nastanek neposrednih in posrednih okužb predstavljajo kontaktni športi, vodni športi in športi na igriščih. Med športno aktivnostjo se lahko okužimo bodisi neposredno, s prenosom povzročitelja z osebe na osebo, zlasti pri kontaktnih športih (herpes simpleks, hepatitis B, respiratorne infekcije) ali posredno na kontaminiranih igriščih (stafilo-streptokokne kožne infekcije, tetanus) in v bazenih (leptospiroza, gardiaza). Posredno se lahko okužimo tudi z izposojanjem športne opreme, oblačil, brisač, brivnikov (virusni hepatitis, herpetične in glivične infekcije) (17,18).

V najnovšem času, ko je šport vse bolj internacionalen, postaja tudi del naraščajočega svetovnega turizma. Tako je vse več športnikov in njihovih spremljevalcev izpostavljeno različnim okužbam zaradi pogostih potovanj (turistične diareje, hemoragične vročice, malarija, kuga, kolera, davica, otroška paraliza, gripa, virusni hepatitis). Proti številnim omenjenim boleznim so na voljo učinkoviti profilaktični ukrepi (19-21).

Najpogostejše okužbe pri športnikih

Bolezni, ki se prenašajo z neposrednim stikom:

- okužbe z v. herpes simpleksa,
- okužbe s stafilokokom,
- okužbe s streptokokom (impetigo),
- okužbe s psevdomonasom,
- okužbe z v. infekcijske mononukleoze,
- okužbe z v. coxsackie, echo,
- okužbe z v. hepatitisa A.

Bolezni, ki se prenašajo s posrednim stikom (s športno opremo, športnimi oblačili, zobno ščetko, brivnikom):

- virusni hepatitis B,

- herpetične okužbe,
- virusne bradavice,
- glivične okužbe (tinea pedis, barbae),
- stafilokokne okužbe,
- streptokokne okužbe.

Bolezni, ki se prenašajo kapljično:

- okužbe z respiratornimi virusi,
- okužbe s klamidijami,
- okužbe z mikoplazmo pnevmonije,
- okužbe z legionelami,
- okužbe z nekaterimi v. hemoragičnih mrzlic.

Bolezni, ki se prenašajo posredno prek kontaminiranih igrišč oz. športnih aren:

- okužbe ran, ki lahko vodijo v sepsu,
- tetanus,
- glivične okužbe.

Bolezni, ki se prenašajo z vodo (nekondicionirani plavalni bazeni, jezera, tuši, klimatske naprave, vroči vreli, vodni hlapi):

- akantamebni keratitis,
- virusni hepatitis A,
- kriptosporidiazia,
- giardiazia,
- leptospiroza,
- legioneleza,
- streptokokni, stafilokokni in psevdomonasni otitis,
- konjunktivitis,
- folikulitis,
- enteroviroze.

Bolezni, ki se prenašajo s krvjo oz. seksualno:

- okužbe z v. hepatitisa B,
- okužbe z v. hepatitisa C,
- okužbe z v. hepatitisa D,
- okužbe s HIV,
- okužbe s klamidijami,
- okužbe z v. herpesa,
- okužbe z v. citomegalije,
- klasično spolno prenosljive okužbe.

Bolezni, ki jih prenašajo vektorji (klopi, komarji, uši, bolhe, muhe):

- malarija,
- Lymska bolezen,
- Japonski encefalitis,
- klopni (ARBO B) encefalitis,
- rumena mrzlica,
- denga,
- kuga,
- pegavica,
- nekatere hemoragične mrzlice,
- lišmeniaza,
- tripanosomiaza,
- povratna mrzlica,
- onhocerkoza.

Kužne bolezni, s katerimi se lahko okužimo na potovanjih (22):

- kuga: tropska J. Amerika (Bolivija, Brazilija, Ekvador, Peru), zahodna ZDA, južna subsaharska Afrika (Mozambik, Zimbabve), Kitajska, Mongolija, Vietnam, Kazahstan, Indija (tudi pljučna oblika)
- kolera: Albanija, države nekdanje Sovjetske zveze, Romunija, subsaharska Afrika, celinska Srednja Amerika, tropska J. Amerika, srednja J. Azija
- rumena mrzlica: subsaharska Afrika in tropska J. Amerika
- denga: subtropska Afrika, V in JV Azija, celinska Srednja Amerika in tropska J. Amerika
- hemoragične mrzlice (Krimsko-Kongoška, glodalska, Bolivijska, Argentinska, Omsk, Ebola, Lassa, Marburg itd.) se sporadično javljajo po celem svetu, endemska žarišča so zlasti v Afriki in J. Ameriki

- malarija: zlasti tropska J. Amerika, subsaharska Afrika, JV Azija
- steklina: S Afrika, S in celinska Srednja Amerika, tropska J. Amerika, Azija, Evropa (razen Portugalske)
- aktivna tuberkuloza: razširjena po celem svetu, zlasti centralna in V Evropa, države nekdanje Sovjetske zveze, J. Afrika, S. in J. Amerika, JV Azija
- trebušni tifus: celinska Srednja in J. Amerika, Afrika, Azija, Malezija
- enterokolitis in okužbe z hrano (E. coli driska, salmoneloza, šigelozna, kampilobakterioza): razširjeni po celem svetu, zlasti Afriki, Srednji in J. Ameriki
- otroška paraliza: Albanija, države nekdanje Sovjetske zveze, Romunija, Turčija, Azija, Afrika
- davica: Estonija, Latvija, Litva, Finska, Poljska, Moldava, Turčija, sporadični primeri tudi še v nekaterih evropskih državah (V. Britanija, Belgija), S. in J. Amerika, Azija
- bruceloza: razširjena po celem svetu, zlasti tropska J. Amerika, Kitajska in srednja, J in JZ Azija, J Evropa
- meningokokni meningitis: subsaharska Afrika, Brazilija, Čile, Indija, Nepal, Mongolija
- klopni (ARBO B) encefalitis: centralna Evropa
- Japonski encefalitis: Japonska, Kitajska, Koreja, JV Azija, Indija, del Oceanije
- Lymska boreliozna: zmerni pas vseh kontinentov, zlasti centralna Evropa in ZDA
- trahom: subsaharska Afrika, JV Azija, Malezija
- virusni hepatitis A: Srednja in J. Amerika, Afrika, večji del Azije
- virusni hepatitis B: Kanada, J. Amerika, Afrika, manj centralna Evropa, Azija
- virusni hepatitis C: S in subsaharska Afrika, Srednja Amerika, JV Azija
- virusni hepatitis D: tropska J. Amerika, Srednja Amerika, subsaharska Afrika, sredozemske evropske države, zlasti Italija, Turčija in Romunija
- virusni hepatitis E: JV Azija, S Afrika, Srednja Amerika
- gripa: sezonsko razširjena po celem svetu
- parazitske bolezni (teniaza, helmintiaza, fascioliaza, amebiaza, ehinokokoza, lambliaza, lišmeniaza, trihinoza, tripanosomiaza, filariaza, hlonorhiza, onhocerkoza, paragonimiazna, drakunkuliazna, giardiazna, shistosomiaza) so razširjene predvsem v Afriki, Srednji Ameriki, tropski J. Ameriki in srednji in JV Aziji

Profilaktični ukrepi pred kužnimi boleznimi pri športnikih

Vakcinacija:

- aktivna:
 - klopni (ARBO B) meningoencefalitis,
 - Japonski encefalitis,
 - meningokokni meningitis,
 - kolera,
 - trebušni tifus,
 - virusni hepatitis A, B,
- gripa,
- davica,
- otroška paraliza,
- tetanus,
- rumena mrzlica,
- steklina.
- pasivna:
 - virusni hepatitis A, B,
 - tetanus,
 - steklina.

Drugi profilaktični ukrepi:

- dvig higienskih standardov (kondicioniranje bazenov in drugih tekmovališč, prezračevanje, brisače za enkratno uporabo itd.),

- izpiranje odprtih ran s tekočo vodo in milom (tanasus, aids, impetigo),
- nadzor površinskih krvavitev in pokrivanje krvavečih ran z obvezami,
- osamitev zbolelih z nalezljivo boleznijo,
- imunoglobulini (navadni in specifični),
- imunomodulatorji, npr. zaviralci prostaglandinov (indometacin),
- antimalariki,
- insekticidni repelenti,
- kondom,
- zaščitne obleke, zaščitne mreže,
- serološka testiranja na v. hepatitis B, C in HIV.

Terapija kužnih bolezni pri športnikih

- aciklovir (herpetične okužbe),
- ganciklovir (citomegalija),
- interferon (v. hepatitis B, C, citomegalija),
- ribavirin (hemoragična mrzlica, rumena mrzlica, v. hepatitis B, C, influenza),
- azidotimidin oz./in kombinacija z drugimi antiretrovirusnimi substancami (aids),
- penicilinski antibiotiki (meningokokni meningitis, šen, otitis, impetigo, leptospiroza, tananus),
- anti stafilokokni in antipsevdomonadni antibiotiki (impetigo, celulitis, folikulitis itd.),
- cefalosporini (Lymska bolezen),
- makrolidi (atipične pljučnice, legioneloza, Lymska bolezen),
- kinoloni, antiperistaltiki (loperamid), antisekretorni preparati (aspirin, soli bizmuta), oralna rehidracijska tekočina (enterokolitis in okužbe s hrano, trebušni tifus),
- tetraciklini (okužba s klamidijami, akantamebo, kolera, pegasti tifus),
- metronidazol (giardiaz),
- antimalarika,
- antimikotiki (tinea pedis, barbae).

Posledice kužnih bolezni pri športnikih

Vzrok za nenadno smrt, zlasti pri športnikih, ki intenzivno trenirajo in tekmujejo v času gripozne febrilne bolezni, je sicer redko lahko akutna srčna vnetna bolezen (miokarditis, perikarditis, endokarditis) kot posledica različnih virusnih (enterovirusi, v. influenza, v. parainfluenca), bakterijskih (streptokok A, B burgdorferi, klamidije) in mikoplazmatskih okužb (13, 14, 23–25).

V dveh do treh letih se s smrtjo, tudi pri športnikih, vselej konča aids.

S smrtjo se lahko konča tudi tananus, redkeje meningoencefalitis ARBO. Slednji lahko zapušča težke nevrološke posledice. Tudi Lymska bolezen lahko zapušča kronično poliorgansko prizadetost, najpogosteje na živčevju, sklepkih in koži.

Pri imunsko nezadostnem športniku lahko vsaka nalezljiva bolezen poteka fulminantno oz. pride do sekundarnih zapletov in razvoja sepse.

Okužbe z v. herpes simplex, B.burgdorferi in akantamebo lahko zapuščajo hude okvare vida.

Virusni hepatitis B in C pogosto preideta v kronično jetrno bolezen. Tudi blage respiratorne virusne okužbe lahko športnika za dlje časa odvrnejo od športne aktivnosti, še zlasti pa virusni hepatitis in infekcijska mononukleoza. Slednja naj bi privedla tudi do sindroma kronične utrujenosti, ki nato pogosto terjaja opustitev aktivnega športnega udejstvovanja (15,16).

Odzivnost imunskega sistema športnikov na fizično obremenitev in vpliv na stopnjo sprejemljivosti za okužbe

Razvoj modernih avtomatiziranih sistemov za vrednotenje specifičnih elementov imunskega sistema je v zadnjih desetih letih vzbudil ponoven interes za kužne bolezni pri športnikih.

Raziskave so potrdile izsledke zgodnjih kliničnih študij in poskusov na živalih, da ekstremni napor oz. daljši čezmerni trening lahko zvišajo sprejemljivost za virusne okužbe, zlasti zgornjih dihal, pri tem pa ostane rezistenca za bakterijske okužbe nespremenjena. Te ugotovitve niso povezane z nespecifičnim odgovorom na mraz in osušitev trahealne mukoze. Velik telesni napor ima depresivni učinek na imunski sistem (limfocite T, indeks CD4/CD8, interleukin in naravne celice ubijalke). Pri tem se zviša tudi produkcija prostaglandinov, ki zavirajo aktivnost ubijalskih limfocitov. Imunološka testiranja kažejo zlasti zmanjšano sintezo interleukina 2 in interferona s kultiviranimi limfociti in zmanjšano funkcionalno aktivnost naravnih celic ubijalk. Zanimivo, da pri ženskah opisujejo rezistenco proti virusnim okužbam, ki bi naj temeljila na stimulativnem učinku estrogenov na sintezo interleukina 2 (8). Testiranje funkcionalne zmogljivosti športnika (splošna in specifična vzdržljivost) kaže, da je ta po virusnih okužbah pogosto močno zmanjšana še za nekaj tednov po zboljenju, izjemoma celo do enega leta (7, 17). To ima lahko zelo negativen učinek na športnikovo moralo in tekmovalno vneto. Nasprotno pa zmerni treningi zvišujejo simpatikotonus in s tem sproščanje kateholaminov (epinefrin, norepinefrin) in endogenih opioidov (endorfinov, met-enkefalinov, beta lipoproteinov), kar stopnjuje imunsko obrambo. Opisujejo, da blaga športna aktivnost ugodno učinkuje na imunski status pri asimptomatskih nosilcih HIV, kar zavira nastanek oportunističnih okužb in razvoj aidsa (1, 5).

Priporočila za preprečevanje okužb pri športnikih (s posebnim ozirom na tananus, aids in v. hepatitis)

Klubski zdravniki in trenerji morajo vseskozi skrbeti za primeren higienski način življenja in prehranjevanja športnikov. Enaka skrb je potrebna za ustrezen higienski nivo klubskih prostorov, garderob, umivalnic in higienski standard tekmovališč. Zdravstvena vzgoja mora biti temelj aktivnega zdravstvenega varstva športnikov.

Klubski zdravniki morajo skrbeti za ustrezne profilaktične ukrepe pred nalezljivimi boleznimi, vključno s cepljenjem. Za nogometase in igralce ragbija priporočajo antitetanično zaščito vsakih pet let. Posebni profilaktični ukrepi veljajo pred potovanji v tujino.

Zaželeno je, da se v aktivno zdravstveno varstvo športnikov vključijo tudi testiranje na navzočnost antigenov in protiteles virusov hepatitisa A, B, C in HIV, s čimer ugotovimo ev. prikrite bolnike in imune osebe. Neimune osebe lahko vakciniramo proti v. hepatitisu A in B. Cepljenje je priporočljivo, čeprav ni predpisano z zakonom.

Kronične »zdrave« nosilce virusov (zlasti v. hepatitisa B in C) je treba opozoriti na ustrezen higienski način življenja, ki ne bo omogočal prenosa okužbe, njihove partnerje pa je treba zaščititi s cepljenjem. Športnikom, ki so asimptomatski nosilci virusa HIV, bistveno ne omejujemo športne aktivnosti, morajo pa biti pod stalnim nadzorom klubskega zdravnika in trenerja. Športniki z aidsom morajo aktivno športno udeležbo opustiti.

Odpрте rane je treba izprati s tekočo vodo in milom (tudi zaradi prevencije okužbe s HIV) ter ustrezno prekriti, da ne ogrožamo okolice s kužnimi izločki in krvjo. Vselej je potrebna ustrezna antitetanusna profilaksa.

Športnik naj uporablja le svoj higienski pribor (brivnik, zobno ščetko, brisače, gobe), športna oblačila in rekvizite.

Ob ev. poškodbah športnikov in ob potrebi po medicinskih in stomatoloških intervencijah je zaželeno, da klubski zdravnik poprej preveri, ali je bila kri oz. krvne sestavine krvodajalca pregledana na označevalce okužbe z virusi hepatitisa B, C in HIV in da so bili medicinski instrumenti in igle ustrezno sterilizirani.

Izogibati se je treba nestrokovnim akupunkturam, tetoviranju, prebadanju ušes in nosu in stikom z osebami z odprtimi ranami kože in sluznic.

Spolni stiki naj bodo razumni, odsvetujemo promiskuiteto, odnose s prostitutkami, homo-heteroseksualci itd. Pri spolnem aktu je obvezna uporaba kondoma, odsvetujemo analni odnos. Dosledno je torej treba upoštevati načela varne spolnosti.

Odsvetujemo uživanje alkoholnih pijač tudi z vidika večje možnosti prenosa spolnih bolezni (pogostejša opustitev uporabe kondoma!). Uživanje vsakršnih medikamentov mora biti pod nadzorom zdravnika. Uporaba poživil ni dovoljena.

Športnike, ki so vročni ali prehlajeni, je treba osamiti in jim treninge in tekmovanja odsvetovati. Zlasti moramo biti previdni zaradi potencialne nevarnosti miokarditisa. Opisujejo tudi kronično prizadetost nekaterih mišičnih skupin po treningih v času febrilnih stanj (rabdmiolizo abdominalnih rektusov) (9). Nekaj dni odsvetujemo treninge tudi po vakcinacijah (npr. proti gripi). Ponovne lahkotne treninge priporočajo ne prej kot 1–2 tedna po prebolelem virusnem febrilnem stanju, tekmovanja pa po treh tednih od normalizacije telesne temperature.

Zaključek

Naloga klubskih zdravnikov, trenerjev in športnikov samih je, da skrbijo za čim ustrežnejši higienski način življenja in za čim manjše izpostavljanje virusnim in drugim okužbam. To lahko dosežemo z zdravstveno vzgojo, profilaktičnimi imunizacijskimi ukrepi, pravilno načrtanim programom treninga, ki izključuje možnost čezmernih naporov, ustrezno dieto in izogibanjem psihološkim naporom in stresom. Pri aktivnih športnikih je stalen strokovni nadzor imunskega sistema (zlasti funkcionalnih limfocitnih zmogljivosti) eden izmed najpomembnejših dejavnikov za doseganje vrhunskih tekmovalnih rezultatov.

Literatura

1. Johnson RJ. HIV infection in athletes. *Postgrad Med* 1992; 92: 73–80.
2. Lešničar G. A prospective study of viral hepatitis A and the question of chronicity. *Hepatogastroenterology* 1988; 35: 69–72.
3. Lešničar G. Frequency and consequences of acute hepatitis non A, non B (hepatitis C) in Slovenia. *J Hepatology* 1994; 21: 478–9.
4. Kraigher A, Piškur-Kosmač D, Kovačević M. Hepatitis B in načela prevencije. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 91–4.
5. Shepard RJ, Shek PN. Infectious diseases in athletes: New interest for an old problem. *J Sports Med Phys Fitness* 1994; 34: 11–22.
6. Noakes TD. *Lore of running*. Illinois: Leisure Press, 1991; 1–804.
7. Jakeman P. A longitudinal study of exercise metabolism during recovery from virus illness. *Br J Sports Med* 1993; 27: 157–61.
8. Müller HE. The more effective immune system of women against infectious agents. *Wien Wochenschr* 1992; 142: 389–95.
9. Reimers CD, Haider M, Mehlretter G et al. The rectus abdominis syndrome. *Dtsch Med Wochenschr* 1992; 117: 1474–8.
10. Fitzgerald L. Overtraining increases the susceptibility to infection. *Int J Sports Med* 1991; 12: 55–8.
11. Ihan A. Monoklonska protitelesa, ki omogočajo opredelitev imunskega stanja. *Zdrav Vestn* 1994; 63: 457–60.
12. Ihan A. Afiniteta receptorjev za interleukin-2 odloča o aktivnosti in razmnoževanju celic. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 465–7.
13. Ilbäck NG, Fohlman J, Friman G. Exercise in coxsackie B3 myocarditis. *Am Heart J* 1988; 117: 1298–02.
14. Burke A, Usaf M, Farb A et al. Sports-related and non-sports-related sudden cardiac death in young adults. *Am Heart J* 1991; 121: 568–75.
15. Schluenderberg A, Straus SE, Peterson P et al. Chronic fatigue syndrome research. *Ann Intern Med* 1992; 117: 325–31.
16. Maticič M, Vidmar L. Sindrom kronične utrujenosti. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 383–6.
17. Sharp JC. ABC of sports medicine. Infections in sport. *BMJ* 1994; 308: 1702–66.
18. Torre D, Sampietro C, Ferraro G et al. Transmission of HIV-1 infection via sports injuries. (Letter) *Lancet* 1990; 335: 1105.
19. Döler PC. Vaccination of adults against travel-related infectious diseases, and new developments in vaccines. *Infection* 1993; 21: 7–23.
20. Lešničar J, Strle F. Klopni meningoencefalitis in lymfska boreliozia. *Celje: Cetus*, 1992: 1–106.
21. Tomažič J. Biološko zdravljenje kužnih bolezni. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 473–7.
22. Anon. *International travel and health*. Genova: WHO, 1995; 1–105.
23. Lynch P. Soldiers sport and sudden death. *Lancet* 1980; i: 1235–7.
24. Drory Y, Mordechoi B, Kramer R, Lev B. Exertional sudden death in soldiers. *Clin Sci Clin Epidemiol* 1989; 23: 147–51.
25. Opie LE. Sudden death in sport. *Lancet* 1975; i: 263–6.

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

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

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

IPOKRATES
KLINIČNI SEMINAR
PEDIATRIC ULTRASONOGRAPHY

Namen tečaja je seznaniti neonatologe in pediatre z vlogo UZ preiskave pri otrocih.

Vsebina:

Pregled osnov in tehnik ehosonografije v pediatriji
 Osnovni fizikalni principi nastajanja UZ slike
 Duplex in barvna Dopplerska ehosonografija
 Indikacije za UZ preiskavo pri otrocih
 Značilne najdbe
 Prednosti in pomanjkljivosti UZ preiskav pri otrocih
 Sonografska ocena neonatalne hrbtenice, sonografija lo-
 banje, bolezni sečil, jeter, mišično-kostne in črevesne
 bolezni
 Dopplerske tehnike pri otrocih
 Praktično delo

Organizacija: G. Simbruner, München, Nemčija

Predavatelji:

G. Taylor, Harvard Med. Sch., Harvard Univ., Boston, ZDA
J. Share, Harvard Med. Sch., Harvard Univ., Boston, ZDA
G. Jorch, University of Münster, Nemčija
K. Schneider, Ludwig-Maximilians-Univ., München,
 Nemčija

Ciljna skupina:

Neonatologi, pediatri, anesteziologi in drugi zdravniki, ki bi želeli izpopolniti znanje v intenzivni medicini

Število udeležencev omejeno: 50

Kotizacija: 300 USA \$

Datum: Junij 26.–28, 1995, pričetek ob 9.00

Mesto tečaja: Scientific Academy of Lower Austria, Krems/
 D, Austria

Certifikati: Diploma IPOKRATES iz Pediatric Ultrasono-
 graphy

Informacije / Prijava / Registracija:

IPOKRATES, Scientific Academy of Lower Austria,
 Dr. Karel Dorrek Str. 35, A-3500 Krems/D, Austria
 Tel. +43 (0) 2732 70545-302, Fax: +43 (0) 2732 70545-
 305
 Registracija velja samo ob plačilu kotizacije na IPOKRATES
 bank account pri:
 BANK AUSTRIA 20151, Account. Nr. 466 007 515

IPOKRATES
KLINIČNI SEMINAR
STRATEGIES ON MECHANICAL VENTILATION IN ADULTS

Vsebina:

1. Pregled osnov mehanične ventilacije in uporaba v negi kritično bolnega
2. Razprave in izmenjava mnenj med udeleženci in učitelji
3. Novosti v tehnologiji ventilacije
4. Odločitev za mehansko ventilacijo

Organizacija: K. Lenz, Dunaj, Avstrija – G. Simbruner,
 München, Nemčija

Predavatelja:

R. Hubmayr, Mayo Clinic, Rochester, MN, ZDA
M. Tobin, Edward Hines Jr. Hospital, Hines, IL, ZDA

Ciljne skupine: Zdravniki v intenzivni negi, anesteziologi
 in drugi zdravniki, ki želijo poglobiti znanje o mehanski
 ventilaciji

Število udeležencev omejeno: 50

Datum: 3.–6. julij 1995, pričetek ob 9.00

Mesto: Scientific of Lower Austria, Krems/D, Austria

Kotizacija: 400 USA \$

Certifikati: Diploma IPOKRATES za seminar: Strategiew
 on Mechanical Ventilation in Adults

Informacije / Prijava / Registracija:

IPOKRATES, Scientific Academy of Lower Austria,
 Dr. Karel Dorrek Str. 35, A-3500 Krems/D, Austria
 Tel. +43 (0) 2732 70545-302, Fax: +43 (0) 2732 70545-
 305
 Registracija velja samo ob plačilu kotizacije na IPOKRATES
 bank account pri:
 BANK AUSTRIA 20151, Account. Nr. 466 007 515

IPOKRATES
KLINIČNI SEMINAR
SCIENCE WRITING COURSE/CLASSIC

Namen tečaja je naučiti raziskovalce jasnega načina pisanja člankov za objavo v biomedicinskih revijah v angleškem jeziku. Tečaj sestavljajo predavanja, razprave ob primerih in vaje. Primeri za vaje so povzeti po knjigi (M. Zeiger, *Essentials of Writing Biomedical Research Papers*, McGraw-Hill, 1991).

Organizacija: Saša Markovič, Univerza v Ljubljani, Slovenija

Hepatobiliary School, Ljubljana

Predavateljica:

Mimi Zeiger, University of California, San Francisco

Ciljna skupina: Fakultetni učitelji in sodelavci, ki raziskujejo in so že napisali vsaj en članek v angleškem jeziku. Pogoji aktivno znanje angleškega jezika.

Število udeležencev omejeno: 20

Kotizacija: 300 USA \$ (možna štipendija – prošnja)
 2 osebi (Twin participation) 500 USA \$

Prvi tečaj: 11.–15. september 1995, pričetek ob 9.00

Drugi tečaj: 2.–6. oktober 1995, pričetek ob 9.00

Mesto tečajev: Hotel Jelovica, Bled, Slovenija

Certifikati: Diploma IPOKRATES iz Science Writing course/Classic

Informacije / Prijava / Registracija:

Saša Markovič, Onkološki inštitut, 61000 Ljubljana, Zaloška 2, tel.: 61 302 828, Fax: 61 302 828

Registracija velja samo ob plačilu kotizacije na Hepato Biliary School Ljubljana, za IPOKRATES, ŽR: 50100-603-43619-05-10395 v SIT ali na devizni račun Konto 2045, Creditanstalt-Nova Banka, Kotnikova 5, SLO – 61000, Ljubljana

IPOKRATES
KLINIČNI SEMINAR
SCIENCE WRITING COURSE/ADVANCED

Namen tečaja je naučiti raziskovalce jasnega načina pisanja člankov za objavo v biomedicinskih revijah v angleškem jeziku. Tečaj sestavljajo predavanja, razprave ob primerih in vaje. Primeri za vaje so povzeti po knjigi (M. Zeiger, *Essentials of Writing Biomedical Research Papers*, McGraw-Hill, 1991).

Organizacija: Saša Markovič, Univerza v Ljubljani, Slovenija

Hepatobiliary School, Ljubljana

Predavateljica:

Mimi Zeiger, University of California, San Francisco

Ciljna skupina: Fakultetni učitelji in sodelavci, ki raziskujejo in so že napisali vsaj en članek v angleškem jeziku. Pogoji aktivno znanje angleškega jezika.

Število udeležencev omejeno: 20

Kotizacija: 300 USA \$ (možna štipendija – prošnja)
 2 osebi (Twin participation) 500 USA \$

Tečaj: 9.–13. oktober 1995, pričetek ob 9.00

Mesto tečajev: Hotel Jelovica, Bled, Slovenija

Certifikati: Diploma IPOKRATES iz Science Writing course/Classic

Informacije / Prijava / Registracija:

Saša Markovič, Onkološki inštitut, 61000 Ljubljana, Zaloška 2, tel.: 61 302 828, Fax: 61 302 828

Registracija velja samo ob plačilu kotizacije na Hepato Biliary School Ljubljana, za IPOKRATES, ŽR: 50100-603-43619-05-10395 v SIT ali na devizni račun Konto 2045, Creditanstalt-Nova Banka, Kotnikova 5, SLO – 61000, Ljubljana

IPOKRATES
KLINIČNI SEMINAR
STRATEGIES ON MECHANICAL VENTILATION IN NEWBORNS AND INFANTS

Vsebina: Predavanja in praktično delo z respiratorji in modeli pljuč, patofiziološke osnove diagnostike, algoritmi uporabe mehanske ventilacije pri novorojencih in majhnih otrocih

Organizacija: Bogdany K., Budimpešta, Madžarska, in Simbruner G., München, Nemčija

Predavatelji:

Simbruner G., Ludwig-Maxilians-Univ., München, Nemčija

Frantz I., Tufts University, Boston, ZDA

Greenough A., University of London, Anglija

Schulze A., Technical University, Dresden, Nemčija

Ciljna skupina: Neonatologi, anesteziologi in drugi zdravniki, ki želijo poglobiti znanje v intenzivni medicini otrok

Število udeležencev omejeno: 30

Datum: 25.–28. marec 1996, pričetek ob 9.00

Mesto tečaja: Budapest, Leisure & Youth Center in Csilleberg, Konkoly-Thege M. Srt. 21, Hunary

Kotizacija: 300 USA \$

Certifikati: Diploma IPOKRATES za seminar: Strategies on Mechanical Ventilation in Newborn and Infants

Informacije / Prijava / Registracija:

IPOKRATES, Scientific Academy of Lower Austria,

Dr. Karel Dorrek Str. 35, A-3500 Krems/D, Austria

Tel. +43 (0) 2732 70545-302, Fax: +43 (0) 2732 70545-305

Registracija velja samo ob plačilu kotizacije na IPOKRATES bank account pri:

BANK AUSTRIA 20151, Account. Nr. 466 007 515

IPOKRATES SEMINAR

To register for seminar, please complete this form and return it by FAX or MAIL to the address given opposite site. This registration will not be effective until payment in full has been received.

REGISTRATION FORM

IPOKRATES/Mrs. Schroll
Scienc Acad of Lower Austria
Dr. Karl Dorrek str. 30
A-3500 Krems/D
Tel. +43 (0) 2732 70545-302
Fax. +43 (0) 2732 70545-305

**IPOKRATES
PARTICIPANT**

Family name _____ First name _____

Institution/Department _____

Mailing Address _____

City _____ Country _____

I am interested and would like more detailed information about the

IPOKRATES seminar: _____

I want to register for the

IPOKRATES seminar: _____

- I have enclosed and EURO-cheque with the requested tuition-fee or an equivalent in the national currency for the seminar; payable to IPOKRATES
- I have paid in the amount of the tuition fee for the seminar into the IPOKRATES at BANK AUSTRIA 20151, Account Nr. 466 007 515
- Special arrangements Twin participation etc.

IPOKRATES SEMINAR

To register for seminar, please complete this form and return it by FAX or MAIL to the address given opposite site. This registration will not be effective until payment in full has been received.

REGISTRATION FORM

IPOKRATES/S. Markovič
Onkološki Inštitut Ljubljana, Zaloška 2,
61000 Ljubljana, Slovenia
Tel. +386 61 302 828
Fax. +386 61 302 828

**IPOKRATES
PARTICIPANT**

Family name _____ First name _____

Institution/Department _____

Mailing Address _____

City _____ Country _____

I am interested and would like more detailed information about the

IPOKRATES seminar: _____

I want to register for the

IPOKRATES seminar: _____

- I have paid in the amount of the tuition fee for the seminar into the Hepato Biliara School Ljubljana, za IPOKRATES, ŽR: 50100-603-43619-05-10395 in SIT or in foreign currency on Konto 2045, Creditanstalt-Nova Banka, Kotnikova 5, SLO-61000, Ljubljana

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA PEDIATRIJO

organizira

XIII. DERČEVE DNEVE
stalno podiplomsko izpopolnjevanje iz pediatrije
v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani

Petek, 9. in sobota, 10. junija 1995

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

PROGRAM PREDAVANJ

Petek, 9. junij 1995

- | | | |
|-------|---|--|
| 8.45 | <i>Ciril Kržišnik</i> | Uvodne misli ob otvoritvi XIII. Derčevih dnevov
Kratek koncert pevskega zbora »Dr. Bogdan Derč« |
| 9.15 | | Problematika diferenciacije spola
Moderator: Ciril Kržišnik |
| | <i>Ciril Kržišnik</i>
<i>Nina Canki-Klain</i>
<i>Zoran Grubič</i>
<i>Olga Vraspir-Porenta</i>
<i>Tadej Battelino, Ciril Kržišnik</i> | Spolna diferenciacija – uvod
Genetski vidiki diferenciacije spola
Fiziološki in patofiziološki vidiki diferenciacije tkiv v prenatalnem obdobju
Diferenciacija in razvoj spolnih žlez in spolovil
Vloga hormonov pri spolni diferenciaciji |
| 10.30 | | Odmor |
| 11.00 | <i>Milivoj Veličkovič-Perat</i>
<i>Tadej Battelino</i>
<i>Mojca Žerjav-Tanšek</i> | Razlike med spoloma v nevrološkem razvoju
Nepravilnosti v diferenciaciji gonad
Patološka diferenciacija genitala |
| 11.45 | | Odmor |
| 12.00 | <i>Ciril Kržišnik, Tadej Battelino,</i>
<i>Mojca Žerjav-Tanšek</i>
<i>Alenka Fetih</i>
<i>Bojan Tršinar</i>
<i>Živa Župančič</i> | Obravnavna bolnikov z motnjo v diferenciaciji spola
Korekcija ambivalentnega genitala v žensko smer
Urološka obravnavna bolnikov z motnjami v diferenciaciji spola
Radiološka opredelitev motenj v diferenciaciji spola |
| 13.30 | | Odmor |
| 13.40 | <i>Tadej Battelino, Ciril Kržišnik,</i>
<i>Nina Canki-Klain</i>
<i>Vali Tretnjak, Ljubica Vrba</i> | Prenatalna diagnostika in ukrepi pri motnjah v diferenciaciji spola
Psihološka problematika staršev in otrok pri motnjah diferenciacije spola |
| 14.30 | | Odmor za kosilo |
| 16.15 | | Novosti v intenzivni terapiji otrok
Moderator: Janez Primožič |
| | <i>Janez Primožič, Ivan Vidmar,</i>
<i>Gorazd Kalan, Štefan Grosek</i>
<i>Metka Derganc, Inka Lazar,</i>
<i>Štefan Grosek, Biserka Moder</i> | ECMO – dolgotrajna zunajtelesna membranska oksigenacija pri otrocih
Diagnostika in zdravljenje neonatalne sepse |
| 17.00 | | Odmor |
| 17.30 | <i>Metka Derganc, Brane Gaber,</i>
<i>Inka Lazar, Štefan Grosek,</i>
<i>Arsen Brčić</i> | Intenzivno zdravljenje otrok z obsežnimi opeklinami
Prikaz uspešnega zdravljenja otroka z 80% opeklino |
| | <i>Štefan Grosek, Gorazd Kalan,</i>
<i>Ivan Vidmar, Inka Lazar,</i>
<i>Metka Derganc, Janez Primožič,</i>
<i>Živa Župančič</i> | Uporaba surfaktanta pri zdravljenju novorojenčkov v hudi dihalni stiski |
| 19.30 | | Koncert in sprejem za udeležence strokovnega srečanja na Ljubljanskem gradu |

Sobota, 10. junij 1995

8.45	Kronične vnetne bolezni črevesja pri otrocih in mladostnikih Moderator: Gordana Logar-Car
<i>Gordana Logar-Car</i> <i>Rok Orel</i> <i>Marjeta Sedmak</i> <i>Albin Juteršek</i>	Kronične vnetne bolezni črevesja – uvod Etiopatogeneza in epidemiologija kroničnih vnetnih bolezni črevesja Klinična slika in diferencialna diagnoza kroničnih vnetnih bolezni črevesja Histopatološke značilnosti kroničnih vnetnih bolezni črevesja
10.15	Odmor
10.30	Dušica Micetić-Turk Živa Župančič Nataša Budihna
11.30	Ekstraintestinalne manifestacije kroničnih bolezni črevesja Radiološka diagnostika kroničnih bolezni črevesja pri otrocih in mladostnikih Radioizotopska diagnostika kroničnih bolezni črevesja pri otrocih in mladostnikih
11.45	Odmor
<i>Gordana Logar-Car</i>	Endoskopske preiskave in zdravljenje kroničnih bolezni črevesja pri otrocih in mladostnikih
<i>Stane Repše, France Jelenc</i>	Kirurško zdravljenje kroničnih vnetnih obolenj črevesja
12.30	Odmor
13.00	Aktualna pediatrična klinična kazuistika Vrojene žilne nepravilnosti Moderator: Jana Frelih
<i>Borut Bratanič,</i> <i>Marjeta Novosel-Sever</i> <i>Jana Frelih, David Neubauer</i> <i>Silvo Kopriva, Jana Frelih,</i> <i>David Neubauer</i> <i>Neža Župančič, Štefan Kopač</i> <i>David Neubauer,</i> <i>Marjeta Novosel-Sever,</i> <i>Jana Frelih, Borut Bratanič</i>	Diseminirana hemangiomatoza Cutis marmorata teleangiectatica congenita Kavernozni hemangiom z malignim potekom Sturge-Webrova anomalija Klippel-Trenaunay-Webrova bolezen
14.00	Odmor
14.10	Avtoimune bolezni vezivnega sistema Moderator: Marijana Kuhar
<i>Meta Accetto, Marijana Kuhar,</i> <i>Iztok Jakša</i> <i>Lev Bergant, Nedeljko Krevs</i> <i>Vesna Glavnik, Marijana Kuhar,</i> <i>Meta Accetto</i> <i>Marijana Kuhar, Meta Accetto,</i> <i>Vesna Glavnik, Izток Jakša</i> <i>Marijana Kuhar, Vesna Glavnik</i>	Sistemski lupus eritematodes Neonatalni lupus eritematodes Dermatomiositis Vasculitis urticaria sindrom Behcetov sindrom
15.15	Zaključne besede

PRELIMINARNI PROGRAM XIV. DERČEVIH DNEVOV

Junij 1996

- pediatrična nevrologija
- pediatrična hemato onkologija
- teme iz otroških dispanzerjev
- okrogla miza privatnih pediatrov

Udeležba na podiplomskem izpopolnjevanju iz pediatrije bo upoštevana za podaljšanje licence zdravnikom. Predavanja bodo objavljena v fakultetnem priročniku »**Izbrana poglavja iz pediatrije, 7**«, ki ga bodo prejeli udeleženci XIII. Derčevih dnevov. Izbrani prikazi klinične kazuistike bodo objavljeni v reviji »Slovenska pediatrija«.

Kotizacija za XIII. Derčeve dneve bo v SIT protivrednosti **250 DEM** na dan vplačila. Kotizacija, vplačana **po 6. juniju 1995**, bo znašala v SIT protivrednosti **300 DEM**, kar bo veljalo tudi za plačilo kotizacije na sami prireditvi.

Kotizacijo lahko nakažete na žiro račun Medicinske fakultete v Ljubljani št.: 50103-603-41175, sklic na številko: 13.

Obvezno prosimo predložite kopijo nakazila v recepciji ob prihodu na Derčeve dneve.

Informacije v zvezi s XIII. Derčevimi dnevi v tajništvu Pediatrične klinike v Ljubljani, po telefonu na številki: 061 / 320 887, ali telefaksu: 061 / 310 246, vsak delavnik dopoldan.

MEDIKOHISTORIČNA SEKCIJA SZD
INŠTITUT ZA ZGODOVINO MEDICINE MF
RADIOLOŠKI ODDELEK SPLOŠNE BOLNIŠNICE MARIBOR
ZNANSTVENO DRUŠTVO ZA ZGODOVINO ZDRAVSTVENE KULTURE SLOVENIJE

PRVO OBVESTILO

II. PINTARJEVI DNEVI

z mednarodno udeležbo

10.–11. 11. 1995

Maribor

Zavarovalnica Maribor

Cankarjeva 2

100 LET RENTGENA

TEME

1. Odkritje rentgenskih žarkov in prva praktična uporaba v medicini
2. Začetki in razvoj rentgenologije pri nas in v svetu
3. Razvoj rentgenske terapije
4. Rentgenologija v medicini
5. Rentgenologija v drugih strokah
6. Zanimivosti iz prakse
7. Današnje stanje razvoja rentgenologije in pogledi v bodočnost
8. Proste teme

Jezik: slovenski, hrvaški, nemški, angleški (brez prevoda)

Naslove predavanj s točnim naslovom avtorjev (tudi tel. in fax), s kratkimi rezimeji (20 vrstic) poslati na naslov:

Prof. dr. Edvard Glaser

Splošna bolnišnica Maribor

Ljubljanska 5

62000 Maribor

Slovenija

Tel.: 062 / 37 221 ali po 20. uri 062 / 225 222.

ODZIV DRUŽBE NA PROBLEME ALKOHOLA IN DRUGIH DROG (SZO, 1991)

in

ALKOHOL, TOBAK IN DRUGE DROGE V SLOVENIJI

Priročnik za delavce v osnovnem zdravstvu z navodili za izvajalce

Knjiga je napisana kot priročnik za strokovnjake različnih področij, ki delujejo predvsem v okviru sodobne zasnove primarnega zdravstvenega varstva in se srečujejo s problematiko drog. Namenjena je vsem, katerih naloga je obravnavati človeka celostno, to je s telesnega, duševnega in družbenega vidika. Zasnovana je tako, da spodbuja integriran, interdisciplinaren in multisektorski pristop na vseh ravneh obravnave drog. Epidemiološki prikaz stanja v Sloveniji je rezultat večletnih raziskovalnih prizadevanj na naših tleh in hkrati utemeljitev za takojšnje ukrepaje ter bolj obsežne in poglobljene raziskave na tem področju.

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam(o) _____

Priimek in ime (delovna organizacija) _____

Ulica, kraj, poštna številka _____

Priimek in ime kontaktne osebe in telefon _____

_____ izvodov knjige ODZIV DRUŽBE NA PROBLEME ALKOHOLA IN DRUGIH DROG po ceni 950,00 SIT.

Datum: _____ Podpis in žig ustanove: _____

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

KOMISIJA ZA ZVEZE Z ZAMEJSTVOM

pripravlja
tretjo soboto v mesecu septembru (16. in 17. septembra 1995)

DVODNEVNI IZLET SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV V PORABJE

Obiskali bomo Monošter in Doljni Senik, kulturno središče Porabskih Slovencev, ki tam živijo.

V Szombathelyju si bomo ogledali eno od bolnišnic in se srečali z madžarskimi kolegi.

Dovolj časa bo tudi za ogled kulturnih in zgodovinskih znamenitosti v okolici Blatnega jezera.

Prijave sprejema tajništvo SZD, tel. 061 / 323 469.

Izšel je priročnik
O RAVNANJU Z ODPADKI V ZDRAVSTVU

Gradivo ne zajema radioloških odpadkov. V samozaložbi ga je izdal Božidar Svetek. Priročnik obravnava problematiko komunalnih (hišnih) in posebnih (infektivnih) odpadkov v zdravstvu. Primeren je za vse, ki se srečujejo s problematiko ekologije v zdravstvu (zdravnike, medicinske sestre in medicinske tehnike, projektante objektov, namenjenih zdravstvu, predavatelje na šolah, ki vzgajajo kadre za zdravstvo).

NAROČILNICA

Podpisani _____

Stanujoč _____

Naročam _____ izvodov priročnika O RAVNANJU Z ODPADKI V ZDRAVSTVU

Cena 3.200,00 SIT + poština

Naročilnico pošljite na naslov:

MEDICO NOVA
Mirje 1
61000 Ljubljana

Telefon, faks: 061 / 12 62 157

Knjigo Vam bomo poslali po pošti po povzetju.

SEKCIJA ZA SPLOŠNO MEDICINO SZD obvešča, da je priročnik NUJNA STANJA razprodan.

NEVROLEPTIČNO ZDRAVLJENJE

BOLNIŠNICA BEGUNJE
27. in 28. oktober 1995

PRVO OBVESTILO

Srečanje bo potekalo v obliki predavanj vabljenih predavateljev in kot predstavitev posterjev. Predavanja bodo pokrivala različne aspekte nevroleptičnega zdravljenja (patofiziološke osnove, klinična farmakologija, toksikologija, vpliv uvedbe nevroleptikov na psihiatrijo, indikacije za nevroleptično zdravljenje, stranski učinki, nevroleptično zdravljenje otrok in starostnikov).

Dobrodošli so prispevki, tematsko vezani na naslov srečanja in pripravljeni v obliki posterjev (50 × 120 cm, po dogovoru tudi drugačnih dimenzij). Povzetke v dolžini do 300 besed je treba poslati do 15. 9. 1995.

Dodatne informacije: *Andrej Žmitek*, Psihiatrična bolnišnica Begunje, tel.: 064 / 733 315.

XXXII. podiplomski tečaj kirurgije za zdravnike splošne medicine

bo od 1. do 3. februarja 1996 predvidoma v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani.

Teme okroglih miz bodo naslednje:

1. Kardiovaskularna kirurgija
Moderator: *asist. dr. Tone Gabrijelčič, dr. med.*
2. Bolnik z rakom – zdravljen kirurško
Moderator: *prof. dr. Marija Auersperg, dr. med.*
3. Zdravljenje opeklin v bolnišnici in ambulantno
Moderator: *prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.*

Pregledni prispevek/Review article

ATEROSKLEROZA IN RDEČE VINO

ATHEROSCLEROSIS AND RED WINE

Rudi Pavlin

Inštitut za patološko fiziologijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-02-17, sprejeto 1995-04-01; ZDRAV VESTN 1995; 64: 275-9

Ključne besede: oksidirani LDL; zmerno pitje alkohola; flavonoidi; stranski učinki alkohola in flavonoidov

Key words: oxydised LDL; moderate alcohol consumption; flavonoids; adverse effects of alcohol and flavonoids

Izveček – Prispevek predstavlja sodobne izsledke o oksidiranih LDL v zvezi z nastankom ateroskleroze. Posebej opisuje pomen flavonoidov iz rdečega vina kot antioksidantov. Poudarja korist zmernih odmerkov vina in nevarnosti velikih odmerkov alkohola. Na kratko omenja negativne učinke flavonoidov in antioksidantov. Svetuje previdnost pri svetovanju glede zdravnega pitja vina.

Abstract – Recent findings regarding the importance of oxydised low density lipoproteins for development of atherosclerosis are presented. In this respect, a putative protective effect of flavonoids, present in the red wine, which act as antioxidants is described. The author points out that moderate red wine consumption seems to be good for health, but warns against danger of heavy drinking. However, some possible negative effects of flavonoids and antioxidants in general have also been reported, which argue for caution in advising wine consumption as a health promoting activity.

Janez: »Kaj je bolj koristno za človeka, belo ali rdeče vino?«

Jože: »Rdeče.«

Janez: »Zakaj pa?«

Jože: »Seč je rumen, če piješ belo ali rdeče vino, torej po rdečem nekaj ostane!«

Poduk: Res nekaj ostane, zato ta šala ni več šala! Zakaj ni, je napisano spodaj.

Znanstvenoraziskovalni delavci vrtajo proti začetku ateroskleroze, te – če pomislimo na desetletja njene potuhnjenosti – najbolj pošastne bolezni, farmakologi in nutricionisti pa iščejo zdravila tako za zgodnjo fazo bolezni kot za dolgotrajno rabo. Zadnja tri leta so bila plodna za obe skupini: odkritje pomena oksidiranih LDL za začetek bolezni in rdečega vina kot enega od poskusov kroničnega, uspešnega zoperstavljanja bolezni.

LDL in ateroskleroza

Z maščobami nabit makrofag v arterijski intimi, penasta celica, je ena od značilnosti zgodnje aterosklerotične poškodbe. Maščoba, v glavnem holesterolovi estri, prihaja z LDL iz obtoka. Hitrost sprejema LDL v makrofag pa je majhna in navadno ne povzroča pomembnega kopičenja maščob v makrofagu (1). Razlogi za to so majhno število receptorjev za LDL in njihova majhna afiniteta za LDL ter negativni vzratni mehanizem za absorpcijo zavoljo znotrajceličnega kopičenja holesterola (1, 2). Makrofagi pa lahko razvijejo številne receptorje za sprejem različnih polianionov, kamor spadajo tudi nekatere oblike LDL, manj pa nativni LDL (2). V tem primeru znotrajcelično kopičenje holesterola ne zmanjšuje števila receptorjev (1). Ugotovili so, da lahko nekatere arterijske celice, npr. endotelijske, celice arterijske gladke mišice in makrofagi spremenijo LDL v oksidirano obliko, ki jo ti receptorji spoznajo

in jo hitro sprejmejo (3). Z imunocitokemično metodo so ugotovili, da so vsi LDL v aterosklerotičnih lebah oksidirani LDL in nadalje, da v neaterosklerotični žilni steni oksidiranih LDL ni (1). V poskusu z dodatkom nativnih LDL ni uspelo spremeniti monocitov v penaste celice, niti z velikimi količinami LDL ne (2). Praktično vsi oksidirani LDL nastajajo v omenjenih celicah. V plazmi oksidacije LDL zavoljo že normalno prisotnih številnih antioksidantov skoraj ni (4). V celicah se njihove polinenasičene maščobne kisline peroksidirajo bodisi s prostimi radikali, nastalimi v celicah, ali z že oksidiranimi maščobami iz teh celic. Lipidna peroksidacija se najverjetneje začne v polinenasičenih maščobnih kislinah v površinskih fosfolipidih LDL, nato se širi v središčne lipide s posledično oksidacijo ne le polinenasičenih maščobnih kislin, ampak tudi holesterola in fosfolipidov in z okvaro apolipoproteina B (4). Nastanejo najrazličnejše biološke aktivne molekule. Nekatere od njih se kovalentno vežejo na apolipoprotein B LDL, tak LDL postane spoznaven za receptor na makrofagu. Sledi velika resorpcija in končno nastanek penastih celic. Spričo velike afinitete receptorjev za oksidirane LDL so makrofagi opravičeno imenovani kot odstranjevalci prostih radikalov (4). Oksidirani LDL in kemično spremenjeni lipidi pa povzročajo tudi različne učinke v arterijski steni (4). Za razvoj ateroskleroze so zlasti pomembni (5):

- kemotaksa novih monocitov

- citotoksičnost za endotelijske celice
- sprememba genskega zapisa v arterijskih celicah in
- sprememba arterijskega tonusa (oksidirani LDL v poskusu onesposobijo vazodilatacijo koronarnih žil z NO kot odgovor na acetilholin [4]).

LDL pa oksidativnemu napadu ne podleže kar tako. Že normalno vsebuje močne antioksidante, npr. α - in γ -tokoferol, β -karoten in druge. Odločitev, ali bo LDL oksidiran ali ne, je odvisna od razmerja med silovitostjo oksidativnega napada in zmogljivostjo obrambe (4). Peroksidacija bo nastala šele takrat, ko bi se spričo hudega oksidativnega napada antioksidanti porabili. Že začetno oksidacijo LDL lahko v poskusu še zavremo z dodajanjem lipofilnih antioksidantov, npr. α -tokoferola, butiliranega hidroksitoluena ali probukola. S tem pa smo se že približali bistvu naprežanih sodobne klinične farmakologije: kako bi in ali bi sploh mogli z antioksidanti preprečevati ali zdraviti kakih sto patoloških procesov, kjer so prosti radikali podobno dokazano vpleteni. Spekter teh procesov sega od ateroskleroze, prek Parkinsonove bolezni, starostnih in drugih bolezni vse do malignomov. Za zdaj smo (žal?) uspešnejši pri spoznavanju patofiziologije teh procesov kot pa pri zdravilnih pristopih.

Kljub temu da je privzem oksidiranega LDL v makrofag za organizem varovalen in navzočnost oksidiranega LDL v intaktnem makrofagu sama po sebi »benigna«, nastane nepovratna škoda, če se nakopiči preveč oksidiranih LDL (4), in končno sledita odmrtje celice ter sprostitve oksidiranih delcev, kar vodi v nastanek ateroma. Ta spoznava nam narekuje, da bi preprečevanje oksidacije LDL v boju proti aterosklerozi moralo biti primarni smoter zdravljenja.

Najbolje bi bilo vpeljati antioksidante neposredno v LDL. Dodatek vitamina E dieti bi mogoče lahko zvečal količino vitamina E v LDL in ga tako varoval pred oksidacijo, vendar so zračunali, da bi pri človeku šele količina okoli 1,2 g vitamina E na dan saturirala LDL, kar je seveda praktično nemogoče. Pri kuncu se je izkazal probukol, ne pa tokoferol (4). Niti 20-kratno zvečanje β -karotena v hrani ne zavaruje človekovih LDL pred oksidacijo (4). Pri prostovoljcih jih je zavaroval probukol. Tudi vitamin C se je izkazal, verjetno zato, ker zarži vitamin E v LDL v reducirani, antioksidativni obliki (4).

Druga strategija varstva LDL bi bila zmanjšanje koncentracije njegovih polinenasičenih maščobnih kislin z njihovim vsakodnevni nadomeščanjem z oleinsko kislino. Diete, bogate polinenasičenih maščobnih kislin, so sicer koristne zavoljo njihovega protiholesterolovega učinka, vendar so po teh dietah LDL bogatejši polinenasičenih maščobnih kislin, ki so dovzetne za peroksidacijo, in so zato praviloma bolj aterogeni (5). Zato je primernejša nadomestitev nasičenih maščobnih kislin v hrani z mononenasičenimi kislinami, ki enako zmanjšajo koncentracijo LDL v plazmi kot polinenasičene maščobne kisline, hkrati pa ne zmanjšajo koncentracije HDL (5). Tako bi dieta, obogatena z mononenasičenimi maščobnimi kislinami (olivno olje) bolje kot tista s polinenasičenimi verjetno prinašala dodatno varstvo ob nastajanju delcev LDL, ki bi bili bolj odporni proti oksidaciji.

Kako naj ravnamo praktično? Zavedati se moramo, da je oksidacijska teorija nastajanja ateroskleroze šele v fazi dokazovanja. Vsak poskus tako s spremembo zauživanja maščob kot z dodajanjem antioksidantov dieti prispeva k spoznavanju oksidacijskih procesov pri nastajanju ateroskleroze, zlasti če je pravilno izveden. Je že mnogo poročil o nasprotnem razmerju med zauživanjem antioksidacijskih vitaminov in koronarno boleznijo, torej o koristnosti antioksidantov. Je pa tudi že nekaj vprašanj, npr.: Koristi to vsakomu? Kako je s sočasnim kajenjem? Ali se ni hkrati spremenila tudi prehrana? Kako je z genetskimi dejavniki? itn. So pa tudi že večja razočaranja, ki jih omenjamo ob koncu prispevka.

Kaj pa lahko v tej fazi, ko še tečejo številni množični poskusi na ljudeh in v laboratorijih, le priporočimo? Za zdaj velja kot zanesljivo: prehrano, revno z nasičenimi maščobnimi kislinami in holesterolom, pač pa z mnogo zelenjave in sadja, torej naravnih antioksidantov. Mednje pa po svežih raziskovalnih izsledkih

spada, kot kaže, tudi vino, zlasti rdeče. Pokorn (6) meni, da je v Sloveniji velika incidenca bolezni srca in ožilja predvsem na račun premalo zaužitih koristnih snovi v sadju, zelenjavi in tudi v vinu. V rdečem vinu sta dve močni učinkovini, koristni v boju proti aterosklerozi ali pa pospeševalki ateroskleroze, odvisno od odmerka. To sta alkohol in skupina flavonoidov. Alkohol je tudi v belem vinu, pivu in žganih pijačah, flavonoidi pa so skoraj izključna posebnost rdečih vin. Zato se lahko s pitjem rdečega vina borimo proti aterosklerozi z dvema orožjema hkrati.

Koristnost zmernih količin alkohola

Dandanes je le še malo dvomov, da alkohol ne bi deloval varovalno pred koronarno boleznijo. Obširna raziskovanja so pokazala, da imajo ljudje, ki popijejo en ali dva kozarca vina na dan, manj srčnih kapi kot abstinenti (7) ali tisti, ki popijejo več kot pet kozarcev vina na dan (meja za opredelitev hudega pivca) (8). Tovrstnih raziskav je bilo v zadnjih dveh desetletjih napravljenih toliko, da Moore in sod. (9) pravijo: »Spričo jasnih izsledkov dosedanjih raziskav so nove in drage raziskave na ljudeh v zvezi s pitjem alkohola in koronarno boleznijo nepotrebne.« Novejše biokemične raziskave so potrdile odločujoči pomen HDL, ugotovili so namreč, da se po alkoholu linearno zvečata koncentraciji obeh frakcij HDL: HDL₂ in HDL₃ (8) v serumu in ne le manj koristna HDL₃, kot se sprva menili. Koncentracija HDL₂ se zveča zaradi večjega nastajanja apolipoproteinov A-I in A-II, spodbujenega z alkoholom prek encimske indukcije v jetrih (9). Zmanjšana koncentracija HDL v serumu je od Framinghamske raziskave naprej sploh najboljši napovedovalec koronarne bolezni za 50 do 80 let stare ljudi, zanesljivejši od koncentracije celotnega holesterola ali trigliceridov (9). Neodvisno od zvečanja koncentracije HDL je za dobrodejne učinke alkohola odgovorno tudi njegovo anti-trombotično delovanje (9). Drugih varovalnih mehanizmov do zdaj niso ugotovili. Poleg biokemičnih izsledkov posredno dokazujejo koristnost alkohola tudi statistične primerjave koronarnih bolezni med abstinenti in tistimi, ki so prenehali piti. Oboji so ogroženi (10). Desetletno potrjevanje alkohola, zveneče iz raznih statistik, je moral pred dokončnim »da« preiti vrsto dejavnikov, ki bi lahko vplivali na izsledke: prehrana, kajenje, verodostojnost pivcev o količini, psihosomatski in socialni dejavniki in še kaj. Pomen zdravega načina življenja pri tem še ni razčiščen (11). Grafično so učinke alkohola na koronarno smrtnost upodobili v veliki črki U, kjer prvi krak pomeni večjo umrljivost pri abstinenti, krivina manjšo pri zmernem pitju in drugi krak ponovno večjo pri hudih pivcih (12). Glede na to, da je hudih pivcev mnogo več kot abstinentov, bi bila primernejša velika črka J (7).

Zmerno pitje

Najzgodnejšo označbo zmernega pitja kot morebitnega varovalnega pitja je prineslo opazovanje, da je pogostnost kardiovaskularne bolezni pri abstinentih večja kot pri zmernih pivcih (10). To označbo so pozneje podkrepili tudi biokemično z ugotovitvijo zvečanja koncentracije HDL po pitju alkohola.

Zmerno (kulturno) pitje alkoholnih pijač naj bi bilo tisto, ki po današnjem gledanju ne bi povzročalo zdravju škode. Območje zmernosti pa je pri raznih avtorjih nekoliko različno:

- 150 g alkohola na teden = 2 dl vina ali 1/2 l piva ali 1/2 dl žgane pijače na dan (13)

- do 24 g alkohola na dan = do 284 g vina ali 680 g piva ali 84 g žgane pijače za moškega ali pol tega za ženske (14)

- do 2 dl vina ali 1 steklenica piva na dan (15)

- 3 do 5 kozarcev (12); 4 do 5 kozarcev (16); 2,4 do 3,6 kozarca (17); do 2 kozarcev (18); do 3 kozarcev za moške ali 2 kozarca za ženske (19); 1 do 2 kozarca (20); 1,5 kozarca (9) vina na dan.

Približen povzetek bi dal zgornjo mejo za zmerno pitje:

2 do 2,5 dl vina ali 1/2 do 3/4 l piva ali 1/2 do 3/4 dl žgane pijače na dan, seveda za moškega. Poleg omenjenih tudi nekateri drugi

avtorji navajajo za ženske manjše zmerne odmerke kot za moške. Tako Lazarusova in sod. (9) štejejo med zmerne pivke tiste z okoli 31 »drinkov« na mesec in zmerne pivce, moške z okoli 46 »drinkov« na mesec. Iz prispevkov ni razvidno, ali so manjši odmerki pri ženskah zaradi večjega učinka ali pa se toksična znamenja pri ženskah pokažejo prej kot pri moških. Shoemaker (21) meni, da so ženske bolj občutljive za vplive alkohola s presnovnih stališč, pa tudi zavoljo večje nevarnosti za zboljenje jeter in verjetno tudi raka na prsih; kakih poskusnih potrditev pa ne navaja.

•Drink•

Za v angloameriški literaturi pogosto uporabljano besedo »drink« sem našel v slovenščini »ena pijača« (14) in »kozareček« (13). Idealne besede, ki bi v celoti zajela angleški »drink« in bi pomenila natančno količino popite pijače, nimamo. Med ljudmi pri nas je v rabi »kozareček«. Pomanjševalnica seveda lahko napoveduje manjši kozarec, praktično gledano pa besedo, ki jo je izrekel pivcev, da bi bila količina pijače videti manjša. Po drugi strani pa npr. »popil je 5 kozarečkov« daje misel na isto pijačo, medtem ko bi »popil je 5 pijač« lahko pomenilo različnih pijač. Po tem tehtanju sem se odločil za kozarec, zavedajoč se nenatančnosti pomena besede.

O količini alkohola v enem »drinku« ni enotnosti; 1 »drink« je: 13,2 g etanola (7); 15 g etanola (22); 10,8 g etanola (kozarec vina) ali 13,2 g etanola (steklenica piva) ali 15,1 g etanola (šilce likerja) (22); 150 ml vina ali 360 ml piva ali 15 ml likerja (8); 1 standardni kozarec je 1,2 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,4 dl žganja (22); 1 pijača je okoli 12 g alkohola (14).

Flavonoidi in rdeče vino

Flavonoidi so skrajšano ime za polifenolne flavonske derivate, ki so v rastlinah kar v precejšnjih količinah (0,5 do 1,5 g %) (23). So v vseh sestavinah rastline, v sadežih in zrnih (2) in so sestavni del človekove hrane. V povprečni dnevni hrani zahodnega človeka jih je dober gram (1, 2), kar je presenetljivo velika količina, ki v številnih tkivih daje že farmakološko učinkovito koncentracijo. Toksičnost za živali in človeka je redka; njihovi presnovki se v telesu ne kopičijo (24). Starejši zdravniki se spominjamo flavonoida, imenovanega vitamin P (varuh permeabilnosti kapilar). Flavonoidi danes niso več v skupini vitaminov, ker ne izpolnjujejo vseh meril za vitamine. V živalskih celicah ne nastajajo (24). Do zdaj so jih osamili več kot 4000 tako v višjih kot nižjih rastlinah. Kemično jih delijo v flavonole, flavane in flavonone (25).

Že od njihovega odkritja iščejo njihove funkcije in s tem tudi morebitno koristnost za človeka. Razmeroma malo je znanega o absorpciji, presnovi in izločanju posameznih flavonoidov pri človeku in o tem, kako se prenašajo v krvi. Poznani pa so že številni biološki učinki. So antioksidanti in odstranjevalci prostih radikalov (25). Razmeroma precejšnje antioksidativno aktivnost so ugotovili v zelenjavi, limonah, soji, olivah, rožičih in listih zelenega čaja, največjo pa v rožmarinu in žajblju (28). Njihovo antiradikalno delovanje je uperjeno zlasti proti superoksidnemu in hidroksilnemu kisikovemu radikalu, zelo reaktivnima vrstema, pomembnima za začetek maščobne peroksidacije. Flavonoidi so nadalje sposobni prekiniti že sproženi peroksidacijski proces, in sicer tako, da odstranjujejo peroksilne in hidroksilne radikale (1). Imajo tudi veliko afiniteto za železove ione, za katere vemo, da lahko katalizirajo procese, ki vodijo do nastanka napadalnega hidroksilnega radikala. Zato lahko antiperoksidativno lastnost flavonoidov pripišemo tako odstranjevanju prostih radikalov kot heliranju železovih ionov (1). Nekateri flavonoidi delujejo tudi protivnetno (zavirajo aktivnost številnih encimov, vključno ciklooksigenaze, lipooksigenaze in fosfolipaze [1,26]). Kvercetin se veče na tip II estrogenskih receptorjev in tako zavira rast tumorskih celic v dojkah, črevesju in pri levkemijah (27).

V zvezi z začetkom ateroskleroze je najbolj pomembno njihovo izrazito preprečevanje oksidacije LDL, ker z zaviranjem nastajanja peroksidov varujejo α -tokoferol, poglaviti antioksidant v LDL, pred porabo pri preprečevanju oksidacije LDL (1). V rdečem vinu je sestava flavonoidov takšna: kakih 20% je katehinov, 10% antocianinov, preostanek pa sestavlja skupina velikih polime-

ričnih antocianogenov (antifungik resveratrol, vazodilatator topni tanin idr.), večine pa še ne poznamo (45). Katehin se pri človeku iz črevesja dobro absorbira (2, 45). V koncentraciji 20 $\mu\text{g/l}$ popolnoma prepreči oksidacijo LDL in vitro (2). Deluje kot odstranjevalec prostih radikalov in antioksidant ter preprečuje peroksidacijo maščob tako in vitro kot in vivo. Je že v rabi tudi kot farmacevtski preparat (2). V Evropi ga precej prodajo kot dodatek preparatom za boljše zdravje. Antocianini (malvidin) dajejo med drugim vinu njegovo rdečo barvo. Ko pripravljajo rdeče vino, pustijo grozdni sok v stiku z lupinami nekaj dni po zmečkanju, medtem ko jih pri pripravi belega vina takoj ločijo. Skoraj vsa rdeča vina imajo antioksidativno aktivnost od 10.000 do 20.000 $\mu\text{molov/l}$ (29) (za primerjavo: serumske vrednosti pri človeku so 350 do 550 $\mu\text{molov/l}$), ali izraženo z drugimi enotami, od 1800 mg/l (Cabernet) do 3200 mg/l (Petit sirah) (28). V lupinah grozdnih jagod je fenolov 260 do 930 mg/kg sveže teže, v sredici jih ni (28).

V večini modelnih sistemov so flavonoidi iz vina zavrli peroksidacijo maščob z C_{50} manj kot 1 μM (28) do 20 μM (3). Antioksidacijski učinki fenolnih flavonoidov so podlaga za novo razlago ti. francoskega paradoksa. Čeprav prebivalci nekaterih francoskih pokrajin (Toulouse, Lille, Strasbourg) zauživajo maščobe podobno kot npr. Američani, je pri njih srčnih kapij mnogo manj. To je bilo ugotovljeno ter statistično potrjeno na velikem vzorcu prebivalstva (39). Ena od razlag je bila tradicionalno pitje rdečega vina med prebivalci omenjenih pokrajin in z njim dobrodejni vplivi alkohola. Čeprav je pitje alkohola v celoti v Franciji manjše kot v Severni Ameriki, Francozi popijejo mnogo več rdečega vina, ki vsebuje fenolne sestavine, ki jih v belih vinih in drugih alkoholnih pijačah skoraj ni. V belem vinu jih je okoli 50 mg/l (31) in podobno v pivu (2). V grozdnem soku jih ni (28, 32).

Antioksidativni pomen rdečega vina so bistveno podprli izsledki, dobljeni tako iz poskusov in vitro kot in vivo:

– Frankel s sod. (33) je kot prvi ugotovil, da imajo nealkoholne sestavine rdečega vina močne antioksidacijske lastnosti za človeške LDL. Celo 1000-krat razredčeno rdeče vino (okoli 10 $\mu\text{molov/l}$ fenolov) je v poskusu in vitro zavrlo oksidacijo (33). Spričo razmeroma nestabilne absorpcije polifenolov v črevesju (33) so poskusi, napravljani in vivo, pomembnejši.

– Tako je Maxwell s sod. v poskusih in vivo ugotovil zvečanje serumske antioksidacijske aktivnosti po pitju bordoja 5,7 ml/kg telesne teže z vrhom v 90 minutah in značilnim trajanjem 4 ur (29). Bordojec ima antioksidacijsko aktivnost 11.365 $\mu\text{molov/l}$.

– Kondo s sod. je dokazal, da redno pitje rdečega vina (Chateau Langrange 1989), ne pa vodke (0,8 g/kg etanola/dan), zavre oksidacijo LDL in vivo (34).

– Serafini s sod. je poročal o zavrtju oksidacije LDL tako z vinom kot s čajem. Ugotovil je, da ima črni čaj in vitro tretjino antioksidacijske moči rdečega vina, torej kar precejšnje (3 do 4 mmol/l). Ugotovil je tudi, da antioksidacijski potencial črnega čaja doseže svoj največji učinek po 50 minutah, zelenega čaja pa že po 30 minutah in da se v obeh skupinah povrne na prvotno vrednost v 80 minutah (35).

V rdečem vinu, ne pa v belem, je tudi dejavnik, ki povzroča vazodilatacijo (verjetno prek mehanizma NO-cGMP) (20). Ta dejavnik je tudi v grozdni lupini, ni pa ga v sredici.

Optimizem in sence

Mogoče najbolj optimistično je napisal Frankel s sod. (33): »Če redno z rdečim vinom zauživamo močne antioksidativne fenolne spojine, bomo mogoče z njimi zmanjšali oksidacijo lipoproteinov in s tem prispevali k zmanjšanju ateroskleroze in smrtnosti zavoljo koronarne bolezni.« Oprijemljiv dokaz praktičnega optimizma in mogoče tudi smisla za trgovino pa so rdeče vinske kapsule, prodajane v Franciji (!) proti koronarni bolezni. Izdelane so iz izvlečkov rdečega vina in baje vsebujejo vse koristne sestavine rdečega vina, le da so brez »stranskih učinkov« alkohola (36). Ti pa

so poznani že dolgo: boleznijeter in trebušne slinavke, kardiomiopatije, disritmije, hipertenzija, subarahnoidna krvavitev, možganska kap, okvara ploda, gastritis, rak dojke in prebavne cevi (18). Prvih devet nevarnosti je odločno povezanih s prevelikim pitjem alkoholnih pijač, pri zadnjih dveh pa sumijo že zmerno pitje (18, 37). Strah pred temi nevarnostmi rodi čustveni odpor, da bi alkohol sploh lahko koristil, zlasti pri tistih, ki so doživeli ali videli njegove slabe učinke.

Alkohol je generator prostih radikalov, s čimer razlagajo njegove toksične učinke, še zlasti začetek jetrne bolezni (38). Seveda pa je alkohol tudi v priporočenem rdečem vinu in z njim so njegovi negativni učinki. Čeprav ob priporočenem zmernem zauživanju vina pri večini sicer zdravih ljudi ni pričakovati toksičnih učinkov alkohola, pa številni avtorji vseeno opozarjajo na previdnost. Pokorn pravi: Vsak alkoholik je bil nekoč zmeren pivec alkoholnih pijač. Crique (41) celo meni, da so koristni učinki vinskih fenolov in dokazana koristnost alkohola v vinu glede HDL in zaviranja agregacije trombocitov daleč premajhni pred nevarnostmi. Dodaja tudi, da zmerno zauživanje vina sicer res zmanjša pogostnost koronarne bolezni, nikakor pa ne podaljšuje življenja.

Že pri pitju zmernih količin vina se pri preobčutljivih ljudeh včasih pokažejo neprijetni pojavi: po histaminu, ki je v rdečem vinu, se pojavi glavobol, ni ga pa po pitju belega vina (39). Zavoljo serotonina v rdečem vinu dobijo nekateri ljudje napade migrene (31). Opisana je tudi splošna telesna utrujenost (40).

Kar zadeva flavonoide, še ni potrjeno, da bi bili samo koristni. Za nekatere od njih je že znano, da so vsaj potencialno nevarni, v določenih razmerah so lahko tudi prooksidanti (3). Previdni avtorji na te možnosti izrecno opozarjajo (42):

– flavonoida miricetin in gopipetin v majhnih koncentracijah (do 10 μM) zavirata oksidacijo LDL, v koncentracijah, večjih od 100 μM , pa jo pospešujeta, in sicer toliko, da take LDL že sprejemajo monociti (3);

– gopipol, flavonoid, osamljen iz bombaževca, je protizanositveni agens, ki lahko generira superoksidni radikal, čeprav zavira peroksidacijo maščob v mikrosomih (26);

– v vodi slabo topni kvercetin sicer zavira nastajanje levkotrienov, je pa lahko mutagen za bakterije, tako da prek nastalega H_2O_2 poškoduje DNA (26). Je v vinu in velja za toksično snov.

Pripomniti moramo, da so bili toksični učinki doseženi v poskusih in vitro z razmeroma velikimi odmerki ustreznega flavonoida. Današnji dan še ne poznamo natančne flavonoidne sestave rdečega vina, niti tega, kateri flavonoidi se absorbirajo po pitju rdečega vina, ali samo dobrodejni ali tudi morebitni drugi, čeprav francoski paradoks močno govori v prid dobrodejnim. Morebiti je opredelitev koristnosti flavonoidov kot antioksidantov samo na podlagi poskusov z maščobnimi kislinami preozka. Preden bi jih popolnoma varno priporočili za rabo, bo le treba proučiti še njihove peroksidativne lastnosti (26, 42). Pozitivni izsledki, navedeni v našem prispevku (43) z vrsto docela nepričakovanih izsledkov: 29.133 moškimi kadilcem so dodajali hrani α -tokoferol ali β -karoten ali oba in primerjali s placebom. Po 8 letih vzorno izvedenega in statistično ovrednotenega poskusa so ugotovili, da noben vitamin ni preprečil pljučnega raka, še več: kar 18% več ga je bilo pri tistih z β -karotenom kot pri kontrolah in bilo je več srčnih smrti. Bilo pa je manj raka na prostati. Za poplanknitev grenkega okusa: v istem letu so drugi avtorji (44) poročali, da ob kroničnem zmernem dodajanju alkohola poskusnim živalim ni bilo siceršnje normalnega starostnega upadanja aktivnosti superoksidne dismutaze, katalaze niti glutationske peroksidaze v eritrocitih. Ta

izsledek bo najbrž pomemben tudi za proučevanje staranja človeka.

Skratka: po velikem začetnem navdušenju široke rabe antioksidantov je zdaj v teku mnogo raziskav o pomembnosti ali nepomembnosti dodajanja antioksidantov človekovi hrani. Sem spada tudi rdeče vino. Kako ob takem stanju svetovati? Praktičen nasvet, vzet iz literature (18), pravi: »Ni nikakega dvoma, da je redno pitje večjih količin alkohola (tri ali več »drinkov« na dan) škodljivo za zdravje večine ljudi, pitje zmernih količin pa je lahko koristno ali ne. Vzemimo na primer 50 let starega moškega, ki pije zmerno. Povprečna verjetnost, da bo v naslednjih 20 letih dobil koronarno bolezen, je 20%, in za rak debelega črevesa 3%. Če njegovo pitje zmanjša nevarnost koronarne bolezni za eno tretjino in se nevarnost raka debelega črevesa podvoji, mu bo zmerno pitje koristno.

Kaj pa 30-letna ženska, ki je zmerna pivka? Nevarnosti, da bo v naslednjih 20 letih dobila koronarno bolezen ali raka na dojki ali debelem črevesu, sta okoli en oziroma dva odstotka. Po zmanjšanju pitja za en »drink« na dan bosta ti nevarnosti 1,5 oziroma 1,3 %, torej praktično enaki. Odsvetovanje pitja bi imelo malenkostno prednost.»

Manj račun(ar)ski, pa bolj črnogled je Kemm (19), ki pravi: »Splošni odnos do alkohola ne sme upoštevati le usodnih bolezni in smrtnosti, ampak tudi škodljivi vpliv na družinsko in družabno življenje, kriminalnost in delovno uspešnost. Ti dejavniki so za zdaj mogoče pomembnejši za zdravje prebivalstva na splošno kot katerikoli »medicinski« učinek alkohola, še zlasti, ker se škodljivost včasih pokaže že pri zmernem pitju.« Ker pa je na vprašanje: »Koliko pa lahko pijem, doktor?« bolje dati vsaj grobo navodilo kot nikakršnega, svetuje moškemu manj kot 21 kozarcev na teden, ženskam pa tretjino manj, pri obeh upoštevajoč morebitno različno dojemljivost za škodljivost alkohola.

Nekoliko zajedljiv angleški zdravstveni delavec (47) je napisal: »Naj Tulužani kar imajo zdrava srca zavoljo pitja alkohola, pri nas v severni Angliji pa je manj prmetnih nesreč!«

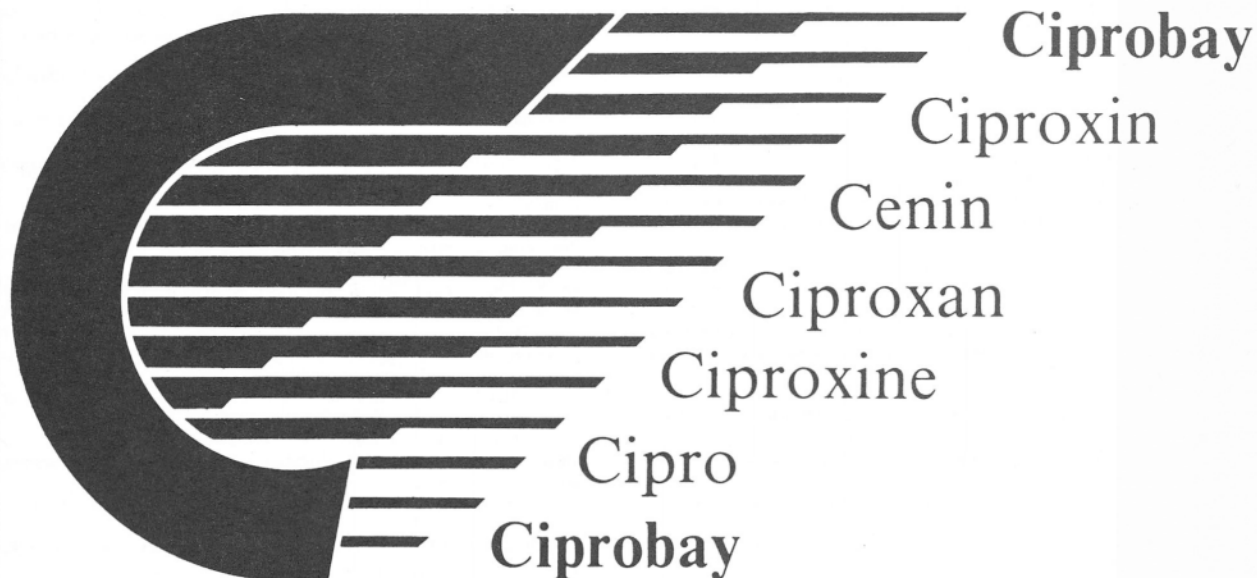
Ne glede na nasvet pa nikdar ne smemo pozabiti že stare spoznave, da dnevne količine 60–80 g alkohola spodbujajo sintezo VLDL prek zvečevanja aktivnosti lipoproteinske lipaze v maščobnem tkivu in s tem prinašajo organizmu le škodo.

G. D. Friedman in A. L. Klatsky, znana delavca s tega področja, pravita (18): »Splošen nasvet nepivcem, naj pijejo alkoholne pijače, ni primeren, za nekatere pa je lahko koristen, npr. za tiste, ki jih ogroža koronarna bolezen, sam problem pitja pa jim ni nevaren. Vselej pa je treba skrbno pretehtati tveganje za zdravje nasproti koristim. Tako kot pri drugih oblikah zdravljenja se mora končno, ob naši pojasnitvi, odločiti bolnik sam.«

Literatura

- De Whalley CV, Rankin SM, Hoult JR, Jessup W, Leake DS. Flavonoids inhibit the oxidative modification of low density lipoproteins by macrophages. *Biochem Pharmacol* 1990; 39: 1743–50.
- Mangiapiane H, Thomson J, Salter A, Brown S, Bell GD, White DA. The inhibition of the oxidation of low density lipoprotein by (+)-catechin, a naturally occurring flavonoid. *Biochem Pharmacol* 1992; 43: 445–50.
- Rankin SM, de Whalley CV, Hoult RS et al. The modification of low density lipoprotein by the flavonoids myricetin and gossypetin. *Biochem Pharmacol* 1993; 45: 67–75.
- Witztum JL. The oxidation hypothesis of atherosclerosis. *Lancet* 1994; 344: 793–5.
- Reaven P, Parthasarathy S, Grasse BJ, Miller E, Steinberg D, Witztum JL. Effects of oleate-rich and linoleate-rich diets on the susceptibility of low density lipoprotein to oxidative modification in mildly hypercholesterolaemic subjects. *J Clin Invest* 1993; 91: 668–76.
- Pokorn D. Vino in zdravje v Republiki Sloveniji. In: Mednarodni simpozij *Vino in zdravje*. Ljubljana: Inštitut za higieno Medicinske fakultete in Celje: Poslovna skupnost za vinogradništvo in vinarstvo, 1994; 12.
- Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, ex-drinkers and nondrinkers. *Am J Cardiol* 1990; 66: 1237–42.
- Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *New Engl J Med* 1993; 329: 1829–34.

9. Moore RD, Pearson TA. Moderate alcohol consumption and coronary artery disease. *Medicine* 1986; 65: 242-66.
10. Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD, Leu DJ. Change of alcohol consumption and risk of death from all causes and from ischaemic heart disease. *Brit Med J* 1991; 303: 553-6.
11. Pokorn D. Ali je kulturno pitje vina dobro za naše zdravje? *Zdrav Var* 1994; 33: 298.
12. Friedman LA, Kimball AW. Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham. *Am J Epidemiol* 1986; 124: 481-9.
13. Turk J. Vino, srce in ožilje. In: *Vino v prehrani*. Ljubljana: Inštitut za higieno Medicinske fakultete in Poslovna skupnost za vinogradništvo in vinarstvo Slovenije, 1994: 79-89.
14. Nolimal D, Premik M. Nekateri socialnomedicinski vidiki pitja alkoholnih pijač. In: *Vino v prehrani*. Ljubljana: Inštitut za higieno Medicinske fakultete in Poslovna skupnost za vinogradništvo in vinarstvo Slovenije, 1994: 63-77.
15. Ramovš J. Kultura pitja vina. In: *Vino v prehrani*. Ljubljana: Inštitut za higieno Medicinske fakultete in Poslovna skupnost za vinogradništvo in vinarstvo Slovenije, 1994: 17-28.
16. Dyer AR, Stauber J, Paul O, Lapper M, Shehelle RB, McKean H. Alcohol consumption and 17-year mortality in the Chicago Western Electric Co study. *Prev Med* 1980; 9: 78-90.
17. Gordon T, Kannel WB. Drinking habits and cardiovascular disease: the Framingham study. *Am Heart J* 1983; 105: 667-73.
18. Friedman GD, Klatsky AL. Is alcohol good for your health? *New Engl J Med* 1993; 329: 1882-3.
19. Kimm J. Alcohol and heart disease: the implications of the U-shaped curve. *Brit Med J* 1993; 307: 1373-4.
20. Fitzpatrick DF, Hirschfield SL, Coffey RG. Endothelium-dependent vasorelaxing activity of wine and other grape products. *Am J Physiol* 1993; 265: H744-78.
21. Shoemaker W. Vino, matere in otroci: znanost, kultura in politika. In: *Mednarodni simpozij Vino in zdravje*. Ljubljana: Inštitut za higieno Medicinske fakultete in Celje: Poslovna skupnost za vinogradništvo in vinarstvo, 1994: 22.
22. Rimm E, Colditz G. Smoking, alcohol and plasma levels of carotens and vitamin E. *Ann New York Acad Sci* 1993; 686: 323-33.
23. Jovanović SV, Steenken S, Tosić M, Marjanović B, Simić MG. Flavonoids as antioxidants. *J Am Chem Soc* 1994; 116: 4846-51.
24. Das DK. Naturally occurring flavonoids. *Methods in enzymology* 1994; 234: 410-20.
25. Tourmaire C, Hocquaux M, Beck I, Oliveros E, Maurette MT. Activité anti-oxydante de flavonoïdes. *Tetrahedron* 1994; 50: 9303-14.
26. Loughton MJ, Halliwell B, Evans PJ, Houlst JRS. Antioxidant and pro-oxidant actions of the plant phenolics quercetin, gossypol and myricetin. *Biochem Pharmacol* 1989; 38: 2849-65.
27. Larocca LM, Giustacchini MG, Maggiano N et al. Growth-inhibitory effect of quercetin and presence of type II estrogen binding sites in primary human transitional cell carcinomas. *J Urol* 1994; 152: 1029-33.
28. Kanner J, Frankel E, Granit R, German B, Kinsella JE. Natural antioxidants in grapes and wines. *J Agric Food Chem* 1994; 42: 64-9.
29. Maxwell S, Cruickshank A, Thorpe G. Red wine and antioxidant activity in serum. *Lancet* 1994; 344: 193-4.
30. Renaud S, de Longelil M. Wine, alcohol, platelets and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet* 1992; 339: 1523-6.
31. Jarman J. Diet and migraine. *Biogenic Amines* 1993; 9: 431-42.
32. Goldberg DM, Garović-Kocić V, Diamandis EP, Pace-Asciak CR, Roncari DAK. Resveratrol and ethanol as mediators of changes in plasma lipids and lipoproteins. *Atherosclerosis* 1994; 109: 77.
33. Frankel EN, Kanner J, German JB, Parks E, Kinsella JE. Inhibition of oxidation of human low-density lipoprotein by phenolic substances in red wine. *Lancet* 1993; 341: 454-7.
34. Kondo K, Matsumoto A, Kurata H et al. Inhibition of oxidation of low-density lipoprotein with red wine. *Lancet* 1994; 344: 1152.
35. Serafini M, Ghiselli A, Ferro-Luzzi A. Red wine, tea and antioxidants. *Lancet* 1994; 344: 626.
36. Pini P. Red wine lament. *Lancet* 1994; 344: 696.
37. Meyer F, White E. Alcohol and nutrients in relation to colon cancer in middle-aged adults. *Am J Epidem* 1993; 138: 225-36.
38. Normann R. Alcohol and antioxidant systems. *Alcohol Alcoholism* 1994; 29: 513-22.
39. Troup GJ, Hutton DR. Free radicals in red wine, but not in white. *Free Rad Res* 1994; 20: 63-8.
40. Chester AC. Red wine fatigue. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1163.
41. Criqui MH, Ringel BL. Does diet or alcohol explain the French paradox? *Lancet* 1994; 344: 1719-23.
42. Halliwell B. Antioxidants in wine. *Lancet* 1993; 341: 1538.
43. The alpha-tocopherol... study group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. *New Engl J Med* 1994; 330: 1029-35.
44. D'Almeida V, Monteiro MG, Oliveira MGM, Pomarico AC, Bueno FA, da Silva-Fernandes ME. Long-lasting effects of chronic ethanol administration on the activity of antioxidant enzymes. *J Biochem Toxicol* 1994; 9: 141-3.
45. Gibb C, Glover V, Sandler M. In vitro inhibition of phenolsulphotransferase by food and drink constituents. *Biochem Pharmacol* 1987; 36: 2325-29.
46. Laires A, Gaspar J, Borba H, Proenca M, Monteiro M, Rueff J. Genotoxicity of nitrosated red wine and of the nitrosatable phenolic compounds present in wine: tyramine, quercetin and malvidine-3-glucoside. *Fd Chem Toxic* 1993; 31: 989-94.
47. Sharp D. When wine is red. *Lancet* 1993; 341: 27-8.



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



Ciprobay[®]

ciprofloksacin — Bayerjeva kakovost
v 57 državah (tudi v ZDA, Veliki Britaniji, Japonski in Rusiji)

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

Bayer

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Pismo uredništvu/Letter to the editor

VPLIV RAZLIČNIH DEJAVNIKOV NA DOJENJE V SLOVENIJI

Silva Hoyer

Spoštovani gospod urednik!

Strokovno javnost bi rada prek vaše revije seznanila z raziskavo o dojenju v Sloveniji, ki je zajela celotno področje države, kar do sedaj še ni bilo narejeno. Proces dojenja je bil v našem prostoru raziskan zelo parcialno in v posameznih obdobjih. Vsi, ki delamo v zdravstvu, smo zadolženi in odgovorni za pospeševanje dojenja med materami, s čimer lahko veliko prispevamo k zdravju populacije novorojenčkov in dojenčkov.

Raziskavo je odobrila Republiška strokovna komisija za medicinskoetična vprašanja 7.4.1993 (št. dopisa 21/93) in je bila opravljena pod mentorstvom prof. dr. Dražigosta Pokorna, dr. med.

Raziskan je bil proces dojenja pri 881 naključno izbranih slovenskih materah, ki so rodile v mesecih januar, februar 1992. V času raziskave so bili otroci stari okrog 15 mesecev. Podatke sem dobila z metodo vodene ankete na domovih otrok oz. mater. Zbrani so bili od sredine marca do sredine maja 1993. Za statistično analizo sem uporabila deskriptivno statistiko, χ^2 test, t -test in multivariantno regresijsko analizo.

Povprečna starost mater je bila 26,6 leta, 48,4% jih je bilo iz mestnega okolja, ostale pa iz vasi. Kar 91,7% jih je živelo skupaj s partnerjem in 83,3% jih je bilo zaposlenih, torej so imele zagotovljeno porodnino. Stopnja dosežene izobrazbe mater je bila blizu končane srednje šole. V povprečju so imele 1,67 otroka. Povprečno trajanje dojenja skupaj z dohranjevanjem je bilo 171,7 dneva do starosti otrok okrog 15 mesecev, 22 mater (2,5%) ni dojilo niti en dan in 38 mater (4,3%) je v času ankete še dojilo.

Na pogostost dojenja so vplivali: dobre informacije o dojenju in ne navajanje motenj pri dojenju.

Na daljše povprečno trajanje dojenja so vplivali: bivanje v mestu, življenje matere skupaj s partnerjem, zagotovljen dohodek matere, obiskovanje materinske šole, odločitev za dojenje pred porodom, ne navajanje motenj pri dojenju, dodajanje tekočine po žlički, 11–12 ali večletna izobrazba matere, večrodnost matere, dobre informacije o dojenju, osem ali več podojev dnevno v prvem mesecu dojenja in prvi podoj v manj kot 12 ur po porodu.

Na nadaljevano dojenje 15 mesecev ali več pa je vplivalo: ne navajanje motenj pri dojenju, dodajanje tekočine po žlički, večrodnost, dobre informacije o dojenju in osem ali več podojev dnevno.

Pri multivariantni regresijski analizi se je pokazala kot najbolj značilna spremenljivka dodajanje tekočine po žlički. Tej so sledile osem ali več podojev dnevno, večrodnost, obiskovanje materinske šole in dobra informiranost o dojenju.

Dodatek drugega mleka so dobili otroci povprečno pri 122 dnevih starosti. Največ mater je uporabljalo adaptirano mleko Aptamil, temu pa je sledilo nepredelano kravje mleko. Matere so pri dodajanju drugih živil upoštevale priporočeno shemo za prehrano dojenčkov in dajejo prednost doma pripravljeni hrani pred industrijsko hrano za dojenčke.

Pomembno je, da je dojenje med slovenskimi materami v porastu in se približuje priporočenim šestim mesecem, vendar pa je še potrebno motiviranje zdravstvenih delavcev in mater za promocijo in podporo dojenja.

Naloga, v kateri so metode, rezultati, diskusija in viri predstavljeni v celoti, je na razpolago v knjižnici Visoke šole za zdravstvo.



Navoban®

tropisetron

kapsule, ampule

Visoko selektivni antiemetik

- antagonist 5HT₃ receptorjev
- učinkovit v preprečevanju akutne in zapoznele slabosti in bruhanja
- ne povzroča sedacije in ekstrapiramidnih stranskih učinkov
- Navoban se po oralni aplikaciji zelo hitro in popolno absorbira
- odmerek za vse bolnike je 5 mg na dan
- omogoča zdravniku specialistu, da predpiše optimalno kemoterapijo
- bolniku pa izboljša kvaliteto življenja



Navoban®

tropisetron

novost iz proizvodnega programa



SANDOZ

Podrobne informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA TD BASEL,
Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107/XI; tel. 168-14-22, fax. 340-096.

Osebnosti vesti

NOVI ČASTNI ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Na 132. rednem letnem srečanju Slovenskega zdravniškega društva so bili na predlog Gorenjskega zdravniškega društva na skupščini izvoljeni za častne člane SZD naslednji kolegi:

Stanislav Čebokli, dr.med.

rojen 31. 3. 1927 v Kobaridu. Kot prvi sin revne sedemčlanske delavske družine je moral premagovati številne ovire, katere pa je zmogel z vztrajnostjo in ljubeznijo do medicine. Leta 1965 je diplomiral na MF v Skopju in se nato ves posvetil zdravniškemu poklicu. Svojo strokovno kariero je zastavil na področju anesteziologije in reanimacije. Po opravljenem specialističnem izpitu leta 1972 v Ljubljani je praktično iz nič začel vzpostavljati oddelek za intenzivno terapijo v jeseniški bolnišnici. Po dvajsetletnem delu in opravljanju dolžnosti predstojnika je zapustil kadrovsko in opremsko izpopolnjen oddelek, ki je pomembna funkcionalna enota bolnišnice.



Novi častni člani s predsednikom SZD prof. dr. Antonom Dolencem.

Dr. Čebokli se je takoj po diplomi vključil v Slovensko zdravniško društvo in bil v njem ves čas aktiven. Večkrat je bil izvoljen v UO Gorenjskega zdravniškega društva, kjer je bil blagajnik. Tudi sedaj kot upokojenec z zanimanjem spremlja dogajanje na področju stanovske problematike in medicinskih dosežkov.

Prim. Tatjana Dolenc-Veličkovič, dr.med.

rojena 1940 v Beogradu. Diplomirala je na MF v Ljubljani leta 1964. Deset let kasneje je opravila specialistični izpit iz ortopedije in se nato ves čas izpopolnjevala in usposabljala še na več strokovnih seminarjih in tečajih doma in v tujini. Poleg glavne strokovne zadolžitve vodenja ortopedske dejavnosti v ZD Kranj je opravljala še druge, z njenim poklicem komplementarne zadolžitve kot npr. v letih 1992 do 1994 je bila predsednica evropskih učnih centrov za razvojno nevrološke obravnave Bobath.

Prim. dr. Tatjana Dolenc-Veličkovič je od diplome naprej članica Slovenskega zdravniškega društva in aktivna članica Ortopedske sekcije. Je tudi članica International Cerebral Palsy Society v Londonu in Svetovalne skupine za rekreacijo invalidov cerebralne paralize tudi v Londonu. Naša kolegica ima več kot 20 objavljenih

člankov in referatov. Aktivna pa je bila tudi na pedagoškem in zdravstvenovzgojnem področju na Gorenjskem. Posebej je potrebno poudariti njeno prizadevno delo pri organizaciji domačih in mednarodnih strokovnih seminarjev ter kongresov.

Jože Možgan, dr.med.

rojen leta 1941 v Venišah pri Krškem. Na MF je diplomiral leta 1967, specializacijo iz splošne medicine pa je končal leta 1976.

Od vsega začetka je član Slovenskega zdravniškega društva in bil vrsto let aktiven zlasti v Sekciji splošne medicine. Udeleževal se je vseh učnih delavnic svoje matične sekcije in se v njih dejavno udeleževal. Svoje praktične izkušnje je rad prenašal na kolege, splošne zdravnike, z njimi pa je nastopal tudi na kirurških in psihiatričnih dnevih. Posebej poglobljeno se je ukvarjal z umirajočim bolnikom na domu in s to temo nastopil tudi na 129. srečanju slovenskih zdravnikov v Izoli. Je mentor pri pouku iz splošne medicine za študente, stažiste in specializante.

Dr. Možgan je s svojim prizadevnim delom velikokrat popestril delo kolegijev, svetov in odborov, saj se je vedno pošteno zavzemal za položaj zdravnika in za izboljšanje organizacije zdravstvenega varstva. Poleg naštetih aktivnosti pa lahko rečemo, da se je kolega Jože v okviru svojega zdravniškega poslanstva posvetil zlati vsakdanjim problemom ljudi in jim skušal pomagati iz številnih težav. Zaradi takšnega zavzetega strokovnega dela, spoštljivega odnosa do ljudi in uspehov pri delu je dr. Možgan Jože cenjen med bolniki in kolegi in upravičeno nosi naziv ljudski zdravnik.

Slavnostna podelitev diplom častnim članom je bila združena s prijateljskim kramljanjem ob blagih zvokih citer.

Vsem častnim članom še enkrat iskrene čestitke.

Nekrologi

V SPOMIN UNIV. PROFESORJU DR. JOŽETU SATLERJU, DR. MED.

Herbert Zaveršnik

*Smrt je tudi to,
odpira vrata slavi
in ugaša zavist.*

Bacon

Minevata dve leti, kar smo se na Žalah poslovili od vrhunskega strokovnjaka v gastroenterologiji in hepatologiji, ki je bil ne samo mentor nam vsem, ampak tudi naš iskren prijatelj. Žal mi je, da mu ob grobu nisem mogel povedati nekaj nezapisanih besed, kajti samo prosto govorjeno slovo pride iz srca in tudi gre do srca. Zato poskušam to storiti sedaj v spomin svojega prijatelja.

Najino prvo srečanje je skoraj neverjetno – v jetniški bolnišnici starega dela Kliničnega centra. Po triletnem zaporu mi je potekla kazen in na srečo je bil moj predstojnik v partizanih in kasneje nadzornik vseh kazenskih taborišč major dr. Jože Beniger. Ta me je poslal za teden dni pred odpustom v bolnišnico, da bi ugotovil, seveda na lastno željo, kako sem kaj pri zdravju po tej kazni.

Teden dni pred odpustom sem torej pristal v zaporniškem oddelku starih Kliničnih bolnišnic v Ljubljani (kje je oddelek bil, pa res ne vem več, bilo je junija 1950).

Zjutraj okrog 9. ure se je pojavil v sobi mlad, visok in simpatičen zdravnik, bil je asistent dr. Satler. V sobi nas je bilo pet zapornikov, prav na mestu, kjer sem ležal, se je ustavil in me vprašal, če sem jaz tisti zdravnik, ki so ga prijaviли. Res, to sem jaz, ne čutim se bolnega, le rad bi vedel, kako sem ta tri leta zopora zdravstveno preстал. Nato me je pregledal in končno dejal: »Z vami je vse v redu, pa tudi videti ste dobro. Dal vam bom formular za laboratorijske

preiskave, vi pa naznačite, kaj naj vam pregledajo. Že se je obrnil, da odide, a se je vrnil k meni in mi potihoma dejal: »Veste, hrana tu pri nas ni najboljša, naročil vam bom kosilo iz bližnje restavracije.« Hvala lepa, sem odvrnil. Večerja je bila kar dobra, čeprav tudi v taborišču nisem stradal.

Mladi asistent je nato dnevno prihajal na obisk ter me spraševal to in ono, zlasti kako mi je bilo v zaporu. Tedaj se je že kalilo poznejše prijateljstvo, ki je ostalo trajno vse do zadnjega slovesa.

Ponovno službo sem dobil v Celjski bolnišnici, redno sem hodil na obiske v Ljubljano in k svojemu prijatelju, bodisi na kliniko bodisi na dom, kjer sem spoznal tudi njegovo čudovito ženo in teto.

Nato je sledil presledek. Takratni asistent je hitro napredoval, postal specialist, odšel nato v Adis Abebo za šefa internega oddelka in v letih 1967 do 1968 je dobil Fulbrightovo štipendijo v ZDA, kjer je delal na Bocchusovem inštitutu in v Mount Sinai School of Medicine s slavnima znanstvenikoma Popperjem in Schaffnerjem. Leta 1971 je postal predstojnik Gastroenterološke klinike v Japljevi ulici.

Vseh častnih nazivov, ki si jih je pridobil v svojem čudovitem življenjskem delu, ne bom ponavljal, saj so znani. Omeniti pa moram dve dejstvi, ki sta mi ostali v spominu in pri srcu.

Tedaj opuščena zgradba v Japljevi ulici (menda je bila to prej Infekcijska klinika) naj bi postala bodoča Gastroenterološka klinika. Zgradbo je zob časa docela uničil in bila je prazna. Tedaj se je začelo delo našega profesorja. Imel je številne stike z različnimi direktorji podjetij – gradbeništvom, notranjo opremo in podobnimi. Tako mu je uspelo s skromnimi sredstvi obnoviti zgradbo, jo dostojno opremiti in nabaviti tudi potrebno diagnostično aparaturu: rentgen, endoskopijo, histopatološki laboratorij itd.

Leta 1971 je bila slovesna otvoritev Gastroenterološke klinike, prve te vrste v nekdanji Jugoslaviji. Niti prof. Gašparov v Beogradu niti prof. Kallai nista imela samostojne klinične ustanove te vrste. Druga stvar, ki ni bila omenjena nikjer, je bila njegova lastnost pridobiti si prijatelje in združiti vse, ki so se ukvarjali z gastroenterologijo, v eno veliko družino. Dobro se spominjam svojega službovanja v mariborski in celjski bolnišnici, kjer je bilo trajno napeto razmerje med internisti in kirurgi. Prof. Saterlju in prof. Žaklju je uspelo vse prijateljsko združiti. Vsak četrtek ob 12. uri je bil v sejni sobi GE klinike v Japljevi ulici sestanek vseh, ki so se ukvarjali z gastroenterologijo in hepatološkimi pacienti. Kirurgi, internisti, onkologi, radiologi, patologi in tisti, ki so se ukvarjali s posebno laboratorijsko in histološko tehniko, so postali ena velika skupina prijateljev, ki je razpravljala o majhnih ali številnih kočljivih primerih – menda obstaja to še danes.

Profesorjeva pobuda je bila, da sem leta predaval slušateljem VII. in VIII. semestra poglavja iz gastroenterologije. Ta predavanja mi bodo ostala v spominu do konca življenja. Razumljivo je tudi to, da sem prijatelja Jožeta obiskoval na domu tudi po tem, ko je bil upokojen in že hudo bolan.

Sedaj ga ni več med nami. Njegov spomin in vse, kar je storil za svojo kliniko in gastroenterologijo, pa bo ostalo zapisano v zgodovini.

Sedaj bo 25 let, odkar obstaja samostojna Gastroenterološka interna klinika. Če imamo bolnišnico dr. Petra Držaja, zakaj ne bi imeli Gastroenterološke interne klinike profesorja dr. Saterlja?

Strokovno izpopolnjevanje

VTISI O OBISKU V REVMA TOLOŠKI BOLNIŠNICI V HEINOLI NA FINSKEM

Nataša Fikfak

Udeleženci 1. seminarja iz revmatologije za mlade revmatologe, ki je potekal septembra 1993 v Leuvenu v Belgiji, smo bili povabljeni

s strani organizatorja in profesorjev, ki so nam predavali, da obiščemo eno od bolnišnic in centrov za učenje revmatologije, kot dodatno obliko izobraževanja. Organizacija in delno financiranje teh obiskov je potekalo v okviru EURORITS, tj. Komiteja za izobraževanje v sklopu EULAR-ja. Zaprila sem za obisk revmatološke bolnišnice v Heinoli na Finskem iz želje po spoznavanju novjših pristopov k zdravljenju, za kar me je spodbudilo predavanje profesorja Isomakija. Zanimala me je tudi epidemiologija bolezni lokomotornega aparata v tej skandinavski deželi. Profesor Woolf, ki je koordinator EURORITS-a, mi je omogočil to gostovanje tudi finančno s štipendijo v višini 500 funtov. Z dopisovanjem s profesorjem Isomakijem sva se dogovorila za obisk konec avgusta. Priporočal mi je pripravo seminarja o svojem delu oz. o svojem posebnem zanimanju. Odpovala sem 13. 8. V Heinoli, ki je mesto približno 100 km severno od Helsinkov, je poleg jezera in majhnega pristaniško-ribiškega centra glavna znamenitost Revmatološka bolnišnica. Ta je s svojimi tremi belimi stavbami tudi nekakšen simbol kraja.

Sprejem je bil izredno prisrčen, kljub težavam z jezikom. Finščina je namreč za anglosaksonce, kot tudi za romansko govoreče obiskovalce glavna in pravzaprav edina težava v sporazumevanju z domačini.

Stanovala sem v tako imenovanem hotelu v neposredni bližini bolnišnice, kjer so nastanjeni nekateri začasni delavci, študentje, specializanti iz cele Finske in svojci otrok, ki so hospitalizirani. Za hranjenje so mi priskrbeli bone po ceni za uslužbenke, s katerimi sem lahko dobila vse obroke v bolnišnični menzi. Za vse formalnosti je poskrbela profesorjeva tajnica, gospa Kemppi, ki me je sprejela in uredila, da je bilo moje bivanje v Heinoli ne le strokovno izredno plodno, ampak tudi turistično zanimivo. Priskrbeli mi je bicikel, s katerim so bili izleti v okolico še bolj zanimivi in sem se v tednu dni popolnoma prilagodila finskim navadam. To ni bilo težko tudi zaradi izredne gostoljubnosti gostitelja.

Že ob prvem stiku s profesorjem Isomakijem in njegovimi sodelavci sem se počutila zelo dobrodošla in v vsakem sogovorniku odkrila željo po prenosu strokovnih informacij njegovega znanja. Bolnišnica s popolnim imenom Rheumatism Foundation hospital je bila ustanovljena leta 1951. Sredstva dobijo od socialnega zavarovanja vseh občin na Finskem in univerze iz Tampereja. Leta 1983 so dodatno dozidali kirurški oddelek z operacijskim blokom, kjer operirajo prizadete sklepe in hrbtenico, leta 1990 pa oddelek za rehabilitacijo. Obsega 317 postelj v hospitalnem oddelku, ki je razdeljen v pet samostojnih oddelkov za odrasle, tj. revmatologijo, kirurgijo in fizioterapijo, pediatrijo in ortopedski oddelek, in je s tem največji center revmatskih bolezni na Finskem. Dejansko poskrbijo za 1/5 vseh zbolelih.

V polikliničnem delu pregledajo približno 10.000 pacientov letno. Leta 1992 je bilo zaposlenih 41 zdravnikov, 248 medicinskega osebja in 142 nemedicinskega osebja. V bolnišnici je popolnoma opremljen laboratorij za hematološke, biokemične in mikrobiološke ter imunološke preiskave. Na rentgenskem oddelku imajo poleg običajnih aparatov tudi DFX.

Poleg rednega kliničnega dela je celotno osebje stimulirano za raziskovalno dejavnost, ki je usmerjena predvsem v novejšje pristope diagnostike in zdravljenja revmatoloških pacientov.

V letu 1993 so objavili 60 člankov v domači in tuji strokovni literaturi.

V sklopu svojega obiska sem sodelovala pri vsakdanjem delu na vseh petih oddelkih za odrasle in na pediatričnem oddelku, udeležila sem se vsakodnevnih rednih sestankov in nastopila s svojim referatom na skupnem kliničnem sestanku vseh zdravnikov bolnišnice, kjer so predstavljali posebno zapletene diagnostične in terapevtske primere. Poskusila sem se naučiti UZ preiskave sklepov in intraartikularne aplikacije zdravil, kar je bilo glede na kratek čas sicer premalo, vendar zelo pomembno. Dnevno sem se sestajala s prof. Isomakijem, ki je direktor bolnišnice. On me je vodil na oddelke in me predstavil ostalim vodilnim ter priporočal vsakodnevna opravila. Seznanila sem se z delom na pediatričnem oddelku, kjer so mi predstavili način

zdravljenja JRA; to se nekoliko razlikuje od zdravljenja pri odraslih predvsem po agresivnosti, tj. kombinaciji citostatičnih zdravil od začetka terapije, kar ima za posledico popolno in dobro rehabilitacijo malih bolnikov in praktično odsotnost invalidnosti; za to imajo odlično epidemiološko študijo. Podoben, zelo agresiven način zdravljenja poskušajo vpeljati tudi za odrasle in prav sedaj poteka prospektivna študija o uspešnosti kombiniranega zdravljenja z več bazalnimi zdravili pri zgodnjem RA v primerjavi z monoterapijo. Nad entuziazmom in dejanskimi uspehi sem bila zelo navdušena. Zaupali so mi rezultate po šestih mesecih študije, ko so dosegli v 40% remisijo bolezni s kombinirano terapijo v primerjavi z monoterapijo (6%).

Bolnišnica je učni center za večino finskih revmatologov. Prav zato imajo zelo organizirano pedagoško dejavnost: od odlično založene knjižnice do predavalnic in ne nazadnje literature, pripravljene za še neizkušene revmatologe. Dobila sem natančno napisana navodila za vodenje temeljnega zdravljenja RA idr. sistemskih bolezni veziva. Vsak bolnik dobi lahko razumljiva navodila o poteku zdravljenja in pričakovanih stranskih učinkih ter kartonček, v katerega vpisujejo rezultate laboratorijskih preiskav, s katerimi spremljamo učinke teh zdravil. Glede na svojo usmerjenost v klinično revmatologijo s poudarkom na oblike zdravljenja sem se še posebej zanimala prav za poliklinično vodenje bolnikov. Žal mi je tudi za to zmanjkalo časa. Spoznala pa sem nekaj zelo praktičnih idej, ki bi jih lahko vpeljala v svoje delo, tj. uvajanje kartončkov revmatoloških bolnikov, ambulantno dajanje intra- ali periartikularnih injekcij, vodenje ambulantnih kartonov.

Veliko pozornost posvečajo celoviti oskrbi revmatičnega bolnika na enem mestu. Prednost tega sem lahko spoznala sama. Bolnik je na enem mestu tako diagnostično kot terapevtsko oskrbljen, vključno z operacijskimi posegi in ustrezno fizioterapijo.

Gotovo je pomembno tudi preprečevanje zapletov zdravljenja. Bolnike redno spremljajo z DFX zaradi ugotavljanja osteoporoze in jo zdravijo.

Poleg strokovne ponudbe moram omeniti izredno prisrčnost in gostoljubnost mojih gostiteljev. Na vsakem oddelku so me sprejeli s posebno malico, ob kateri smo se pogovarjali o sedanjosti, preteklosti in prihodnosti Slovenije. Priznam, da sem bila veselo presenečena nad poznavanjem našega političnega in ekonomskega položaja. Prof. Isomaki me je vzel s seboj v Helsinke in mi razkazal mesto, priredil mi je finski popoldan s piknikom in pokušino lososov ter finsko savno. Z mlajšimi kolegi pa smo raziskovali bližnjo in daljno okolico Heinole.

Z obiskom bolnišnice v Heinoli sem zelo zadovoljna. Obogatila sem svoje znanje revmatologije in spoznavanja tuje dežele. Mislim, da je tak način izpopolnjevanja za zdravnike manjših bolnišnic, kjer se ukvarjamo predvsem s kliničnim delom, zelo ploden in vsekakor potreben, mogoče bolj kot obiskovanje kongresov. Edina pomanjkljivost je bil jezik – finščina mi je popolnoma nerazumljiva – in prekratek čas.

POROČILO S PODIPLOMSKEGA TEČAJA SOMNOLOGIJE

MF Ljubljana, 28. 11.–1. 12. 1994

Leja Dolenc

Od 28. novembra do 1. decembra 1994 je v okviru podiplomskega izobraževanja na MF potekal tečaj somnologije. Tečaj je predstavljal del slovensko-francoskega znanstvenega sodelovanja, med Klinikom za nevrologijo na Univerzitetni bolnišnici Gui-de-Chauliac v Montpellieru (prof. Billiard) ter Klinikom za pedonevrologijo v Ljubljani (asist. Ravnik, dr. med.).

Predaval je prof. Michel Billiard, svetovno znani somnolog, predstojnik največjega somnološkega laboratorija v Franciji. Prof. Billiard je urednik evropskega dela kliničnih člankov v ameriški reviji Sleep in avtor knjige »Le sommeil normal et pathologique«, ki je izšla lani pri založbi Masson in predstavlja osnovo moderne somnologije.

Somnologija je relativno mlada veja medicine, ki obravnava bolezn, vezane na spanje in ki se izražajo le med spanjem (sindrom apnej v spanju [SAS], nenadna smrt med spanjem, periodični gibi udov [PLM], različne epilepsije, boleče nočne erekcije, nikturija), patologijo spanja v pravem pomenu besede (insomnije, hipersomnije, parasomnije, motnje ritma budnosti in spanja) in bolezni, ki same po sebi niso vezane na spanje, a jih lahko preučujemo med spanjem in tako pripomoremo k njihove-mu diagnosticiranju in terapiji (endogena depresija, Parkinsonova bolezen, Alzheimerjeva demenca, različne hormonske motnje, PLM dializiranih bolnikov).

Prof. Billiard je v štirih dneh predstavil fenomenologijo in regulacijo spanja, insomnije in njihove terapije, najznačilnejše hipersomnije ter respiratorne anomalije, vezane na spanje. V popoldanskem času so na Kliniki za pedonevrologijo potekali klinični seminarji s predstavitvijo bolnikov.

Prvi dan predavanj je bil namenjen razlagi fenomenologije in regulacije spanja. Prof. Billiard je razložil strukturo človeškega spanja, značilnosti posameznih faz spanja ter način analize polisomnografskega zapisa. Opisal je merila za analizo spanja, ki sta jih opisala Rechtschaffen in Kales že leta 1968. Predstavil je Mednarodno Klasifikacijo Motenj Spanja (ICSD – 1990). Razložil je osnovne modele spanja in homeostatsko ter cirkadiano regulacijo spanja. Obravnaval je spremembe kardiovaskularnega sistema (arterijski pritisk, srčna frekvenca, periferna cirkulacija, upor perifernega žilja), ventilacije in izločanja hormonov med spanjem. Poudaril je pomen termoregulacije in genetskih faktorjev na spanje.

Drugi dan je bil posvečen insomnijam in njihovi klasifikaciji glede na čas trajanja. Poseben poudarek je bil namenjen kronični insomniji (psihofiziološka insomnija, organska insomnija, psihiatrična insomnija, iatrogena insomnija) kot primeru najbolj trdovratne insomnije, problematične za zdravljenje. Kot terapijo insomnij je prof. Billiard predstavil benzodiazepinske in nove nebenzodiazepinske hipnotike ter ostale nefarmakološke oblike zdravljenja te bolezni. Velik del časa je namenil obravnavi takšnega pacienta, natančni in usmerjeni anamnezi ter časovno omejenemu dajanju farmakološke terapije, ki mora omejiti preveliko porabo hipnotikov.

Tretji dan je prof. Billiard predstavil hipersomnije. Omenil je sindrom insuficience spanja, pretirano zaspanost zaradi jemanja zdravil, ter patološke hipersomnije: narkolepsijo, idiopatsko hipersomnijo, rekurentne hipersomnije in ostale hipersomnije zaradi različnih organskih vzrokov. Narkolepsija je precej pogosta nevrološka bolezen (njena prevalenca je večja od prevalence multiple skleroze), vendar premalo poznana in zato zelo pozno diagnosticirana (povprečen čas diagnosticiranja je 14 let po pojavu prvega simptoma).

Četrti dan je bil namenjen respiratornim anomalijam, vezanim na spanje. Prof. Billiard je poudaril pomen podrobno usmerjene anamneze in kliničnega statusa teh bolnikov, na podlagi katerega lahko sklepamo, ali gre za enostavno smrčanje, smrčanje z respiratornimi abnormalnostmi ali SAS (sleep apnea sindrom), ter se glede na diagnozo odločimo za vrsto preiskave in način zdravljenja (kirurško zdravljenje, zdravljenje s pozitivnim pritiskom).

Zadnji dan je prof. dr. J. Trontelj kot vodja strokovne skupine za somnologijo pri Razširjenem strokovnem kolegiju nenoloških strok sklical okroglo mizo na temo somnologija. Sestanka so se udeležili vsi zainteresirani za klinično somnologijo: prof. dr. D. B. Vodušek, mag. dr. D. Butinar (Inštitut za klinično nevrofiziologijo), doc. dr. T. Pogačnik, doc. dr. A. Mesec (Klinika za nevrologijo), asist. dr. I. M. Ravnik, doc. dr. D. Neubauer (Klinika za pedonev-

rologijo), prof. dr. J. Šorli (Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in tuberkulozo – Golnik). Ugotovljeno je bilo, da obstaja interes za koordinacijo in sodelovanje vseh skupin. Prof. Billiard je kot gost tega sestanka poudaril, da je somnologija multidisciplinarna veda, ki sega na področja nevrologije, nevrofiziologije, pulmologije, interne medicine, pediatrije, ORL kirurgije... Zato je nujno sodelovanje strokovnjakov z različnih področij v skupnem somnološkem laboratoriju.

S prof. Billiardom je vzpostavljen tudi večletni znanstvenoraziskovalni projekt Proteus.

Strokovna srečanja

ENDOSKOPSKA KIRURGIJA V SLOVENIJI

Jože Vračko

Pred letom dni ustanovljena Sekcija za endoskopsko kirurgijo Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu je 30. in 31. marca 1995 organizirala II. kongres endoskopske kirurgije Slovenije z mednarodno udeležbo. Srečanje se je odvijalo v odlično opremljenih dvorah LEK-a, ki je tudi sicer poskrbel za prijetno počutje udeležencev kongresa.

Sekcija pod predsedstvom prof. dr. Vladislava Pegana združuje kirurge, ginekologe, urologe, nevrokirurge, travmatologe, ortopede, h katerim so se pridružili še otorinolaringologi. Torej zdravnike, ki pri zdravljenju svojih bolnikov uporabljajo enake ali podobne endoskopske diagnostične in operativne postopke.

Moderna elektronika je omogočila izdelavo majhne in lahke televizijske kamere. Pritrjena je na ozek cevast instrument iz optičnih vlaken – teleskop, ki prenaša sliko na TV monitor. Teleskop, ki ga uvedemo skozi drobno odprtino v steni telesne votline, omogoča odličen pregled le-te. Z dodatnima dvema ali tremi troakarji, skozi katere v telesno votlino uvedemo še prijemalke in škarjice, že lahko odstranimo del organa ali cel prizadet organ. Prednost te videoasistirane metode je torej v minimalno invazivnem pristopu do organov. Veliki, klasični kirurški rezi trebušne ali npr. torakalne stene niso več potrebni. Le-ti, ne pa sami operativni posegi na organih, so zahtevali vsaj sedem do desetdnevno pooperativno hospitalizacijo in nekajtedensko rekonvalescenco, s tem pa osebno in družbeno neaktivnost. Pri bolnikih je estetski, psihofizični in ne nazadnje ekonomski učinek takšnih minimalno invazivnih posegov izreden. Bolniki že drugi ali tretji dan po operaciji, namesto sedmi, zapustijo bolnišnico. Motivirani bolniki pa že po enem tednu, namesto sedmih, ustvarjalno delajo.

V Sloveniji so se z letom 1994 vsi kirurški oddelki opremili z aparati za te posege, kot je na otvoritvi poudaril predsednik kongresa, prof. dr. Vladislav Pegan. Prof. Pegan je udeležence pozdravil še v imenu dekana Medicinske fakultete v Ljubljani, prof. dr. Mitje Bartenjeva, ministra za znanost in tehnologijo Slovenije prof. dr. Rada Bohinjca in predsednika Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Antona Dolenca. Vzpodbudne besede našega ministra doc. dr. Božidarja Voljča pa so dale strokovni zagon udeležencem srečanja, ki so jih nagovorili še prim. dr. Kurt Kancler, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, predsednik Združenja slovenskih kirurgov prof. dr. Vladimir Smrkolj in predstavnik tovarne farmacevtskih in kemičnih izdelkov Lek-a mag. V. Urlep.

V dopoldanskem, skupnem delu udeležencev kongresa, je V. Pegan predstavil razvoj laparoskopske kirurgije v Sloveniji. Prva laparoskopska odstranitev žolčnika je bila narejena še leta 1990, pravi razmah zdravljenja bolnikov z žolčnimi kamni z laparoskopsko metodo pa je pričel v letu 1992. Tako so do konca leta 1994,

ko so že na vseh kirurških oddelkih v Sloveniji opravljali laparoskopske holecistektomije, naši kirurgi ozdravili 4477 bolnikov z žolčnimi kamni. Pomemben podatek, da je samo pri 0,29% bolnikov nastala iatrogena poškodba žolčevodov, pa priča o odlični strokovni pripravljenosti naših kirurgov za te posege. Ameriško združenje za laparoskopsko gastrointestinalno kirurgijo (SAGES) je namreč poročalo, da je bilo v ZDA v začetnem obdobju uvajanja te metode kar 7% iatrogenih poškodb žolčevodov. Njihovi najnovejši podatki, pa tudi podatki nacionalne švicarske študije, govorijo o zmanjšanju incidence teh operativnih lezij v zadnjem obdobju na 0,2–0,3%. Nizka incidenca teh poškodb pri naših bolnikih vsekakor potrjuje, da se je prva generacija slovenskih endoskopskih kirurgov že pred pričetkom uvajanja laparoskopskih operacij pri nas zavedala velikega pomena temeljitih teoretičnih in praktičnih priprav za te posege. Njihovo izobraževanje je potekalo na kirurških klinikah v Cambidgu, Brightonu, Tübingenu, Münchenu, Erlangenu, Inštitutu za endoskopsko kirurgijo v Hamburgu itd., kakor tudi na številnih tečajih na slovenskih kirurških oddelkih. Na teh sedaj že poteka prenos znanja na mlajše kolege. Ta kirurška metoda zdravljenja bolnikov z žolčnimi kamni je po priporočilu ameriškega (SAGES) in evropskega (EAES) združenja za laparoskopsko kirurgijo uradno priznana kot metoda izbire. Uradno pa še niso priznani laparoskopski posegi pri drugih abdominalnih boleznih.

Tako so laparoskopski posegi na širokem črevesu tudi v slovenskem kirurškem prostoru redki. Zato je vabljeni predavatelj, prof. dr. G. Szinicz iz Bregenza, poročal o svojih bogatih izkušnjah laparoskopske resekcije širokega črevesa pri 130 bolnikih. Izzval je velik interes naših mlajših kirurgov, od katerih so se nekateri s predavateljem že dogovorili za izpopolnjevanje na bregenski kirurški kliniki.

Velik prijatelj slovenskih kirurgov in vabljeni predavatelj na sedaj že slavni evropski šoli za hepato-biliarno kirurgijo (HBS), ki jo vsako leto organizira Kirurška gastroenterološka klinika v Ljubljani, profesor Karl Ludwik Wiechel s Karolinške inštituta iz Stockholma, je prikazal nekaj novih, za laparoskopske posege izredno pomembnih elementov anatomije žolčnih izvodil. Z razvojno rotacijo abdominalnih organov je dokazal, da pogosto opisovane anatomske variacije žolčnih izvodil, pri kateri duktus cystikus s sprednje strani prečka in se z leve strani vliva v glavni žolčevod, ni. Le-ta lahko poteka samo z zadnje strani duktus hloedohusa. Žolčevod s sprednje strani je lahko le desni hepatikus, ki je zaradi možne zamenjave z duktus cystikusom, izpostavljen iatrogenim poškodbam. Rekonstrukcija poškodovanega žolčevoda brez mobilizacije duodenuma (Kocherjev maneuver) pa je seveda vitium artis. Prof. dr. Tibor F. Tihanyi s Kirurške klinike na Semmelweisovi Univerzi v Budimpešti je poročal o stanju laparoskopske kirurgije na Madžarskem. Pri njih je to metoda izbire za kirurško zdravljenje bolnikov z žolčnimi kamni, do konca leta 1993 pa so na 80 kirurških oddelkih operirali že 13.833 bolnikov z 0,58% incidenco lezij žolčevodov. Dr. Aleksandra Bučar z Inštituta za anesteziologijo v Ljubljani je predstavila stališča s strani anesteziologa pri laparoskopskih posegih, predstojnik Klinike za torakalno kirurgijo, prof. dr. Janez Eržen pa pregled laparoskopskih torakalnih posegov pri nas.

Ginekološke laparoskopske operacije je predstavila dr. Martina Ribič-Pucelj, vabljeni predavatelj iz Anglije, Edward J. Shaxted iz Northamptona endoskopsko ekstrapitonealno kolposuspenzijo, prof. dr. Tomaž Tomaževič pa histeroskopske operacije z uporabo resektoskopa.

V popoldanskem delu smo se abdominalni kirurgi, ginekologi in torakalni kirurgi razdelili v tri skupine in predstavili lastne izkušnje. Ker je avtor tega poročila predsedoval prostim temam iz področja laparoskopskih holecistektomij, bo nadaljna beseda tekla o le-teh. Mariborski kolegi, kot je poročal B. Grandovec, laparoskopsko holecistektomijo izvajajo rutinsko že od avgusta 1992 leta. Samo pri 7,6% bolnikov so se zaradi vnetih in nejasnih anatomskih razmer v področju žolčevodov morali odločiti za konverzijo v klasično holecistektomijo. Samo pri eni bolnici je nastala iatrogena

lezija žolčevodov, zato so operativni in pooperativni potek pri tej bolnici naslednji dan predstavili posebej.

J. Vračko je s kolegi primerjal predoperativne diagnostične in operativne postopke, ki jih uporabljajo na II. in III. oddelku Kirurške gastroenterološke klinike v Ljubljani, s tistimi, ki jih uporabljajo ameriški in švicarski kolegi, pri laparoskopsko operiranih bolnikih. Medtem ko mi in ameriški kolegi ne uporabljamo predoperativne intravenske holangiografije, jo švicarski kolegi uporabljajo kar v 85% za ugotavljanje anomalij poteka žolčnih izvodil in holedoholitiaz. Za ugotavljanje le-te pa vsi uporabljamo ultrazvok. Za laparoskopsko intraoperativno holangiografijo se vsi odločamo selektivno, ameriški kolegi najbolj pogostokrat, kar pri 54% bolnikov. Z video predstavitvijo smo prikazali naš način intraoperativne holangiografije. Velika razlika med primerjanimi skupinami kirurgov je pri odločanju za drenažo subhepatalnega prostora: medtem ko ameriški kolegi le-tega drenirajo pri 10% bolnikov, ga nekateri švicarski kirurgi ne drenirajo, drugi pa zelo pogostokrat. Pri naših bolnikih, smo subhepatalni prostor drenirali v 70%, v zadnjem času pa pri vseh. Menimo namreč, da tanek dren, ki ga iz trebušne votline izpeljemo skozi že obstoječo incizijo v trebušni steni, kjer je bil troakar, ne vpliva na celjenje incizije. V primeru pooperativnega zatekanja žolča ali hemoragije pa dren vsekakor pripomore k takojšnji diagnozi.

M. Zajec s Kirurškega oddelka bolnišnice v Slovenj Gradcu je poročal, da se tudi pri njih za laparoskopsko intraoperativno holangiografijo odločajo selektivno, predvsem pri bolnikih z nejasno anatomijo žolčnih izvodil. Z videom je prikazal metodi z vbizgavanjem kontrastnega sredstva v žolčevode skozi žolčnik ali pa skozi duktus cystikus. Vsekakor pa je priporočal eno izmed obeh metod za varen potek holecistektomije.

Kolegi s Kirurškega oddelka bolnišnice na Jesenicah so primerjali čas operiranja s trajanjem pooperativne ležalne dobe. M. Rems je ugotovil, da je pri mlajših bolnikih operativni čas krajši kot pri starejših, kar pa za mlajše bolnike ne pomeni tudi hitrejšega odpusta iz bolnišnice.

Laparoskopsko odstranitev ehinokokne ciste V. jetrnega segmenta ob hkratni holecistektomiji, sta z video posnetki prikazala M. Sever in S. Škapin s Kirurške gastroenterološke klinike v Ljubljani. Razlitje ehinokoknih parazitov po trebušni votlini in preteče anafilaktične reakcije ob ekstrakciji ciste skozi odprtino v trebušni steni, sta preprečila z vložitvijo ciste v sterilni kondom še v trebušni votlini. Vsekakor pa sta priporočila laparoskopsko ultrasonografsko sondo za določitev narave, velikosti in lokacije jetrnih cist.

Iz izkušenj z laparoskopskimi holecistektomijami in urološkimi posegi so, N. Vodopija, L. Koršič in M. Zupančič iz Slovenj Gradca ugotovili, da so ti posegi za bolnika varni, za družbo pa cenejši od klasičnih.

Laparoskopski dostop do lumbalnega simpatikusa v retroperitonealnem prostoru s simpatektomijo pri bolniku z ishemično boleznijo nog v II. stadiju po Fontainu, brez možnosti za rekonstruktivni poseg na ožilju, je prvi v Sloveniji opravil B. Fludernik s Kirurškega oddelka celjske bolnišnice. Kot smo videli na videoposnetku, poseg tehnično ni pretirano zahteven, njegova prednost pa je zlasti odlična preglednost operativnega polja in lahek pooperativni potek, kot ugotavlja avtor sam.

Drugi dan kongresa je na dopoldanskem plenarnem predavanju M. Tonin predstavil razvoj artroskopije pri nas in v svetu. Prikazal je izvrstne diagnostične in terapevtske postopke, ki jih na vseh sklepih, tudi na zapestju, opravljajo na Travmatološki kliniki v Ljubljani. I. Tekavčič s Klinike za nevrokirurgijo je predstavil uporabo endoskopa v nevrokirurgiji, N. Vodopija pa v urologiji. Delo smo nadaljevali s poročili o zapletih pri laparoskopskih holecistektomijah, ki je za abdominalne kirurge vsekakor najbolj zanimiva tema. Predsedovala sta V. Pegan in K. L. Wiechel. G. Pivec s kolegi z mariborske kirurgije je poudaril pomembnost takojšnje prepoznavne poškodb in primernost teleskopa s 30° optiko, ki daje boljše preglednost operativnega polja kot 0°. Pri lezijah žolčnih vodov se moramo odločiti za rekonstrukcijo

žolčevoda preko T drena ali za bilio-digestivno anastomozo. Odločitev je odvisna od širine žolčnih vodov in stopnje lezije. J. Gorjanc je poudaril, da je pogostost poškodb žolčevodov, ki je najtežji zaplet v biliarni kirurgiji, med 0,1%–0,8% pri laparoskopskih posegih in 0,1% pri klasičnih holecistektomijah. Opozoril je na možnost tehnične okvare inštrumenta za nastavljanje metalnih sponk, ki le-te zapira strižno.

Da bi se med laparoskopsko holecistektomijo izognili poškodbam žolčevodov, moramo poznati njihove anatomske variacije, se pravočasno odločiti za konverzijo in ne nazadnje pretehtati uporabo intraoperativne holangiografije, je poudaril V. Pegan. Najpogostejši vzrok poškodb žolčevodov, kot sta iz sekundarnih rekonstrukcijskih izkušenj povzela V. Pegan in A. Pleskovič, so anatomske variacije kot so npr. vtočišče cističnega voda v desni hepatici vod in nizko vtočišče sprednjega hepaticnega voda v skupni hepatici vod. Sledijo spremenjeni anatomski pogoji zaradi vnetja in brazgotinjenja. Kratek cistični vod, z vklješčenim kamnom v infundibulumu žolčnika, je lahko vzrok iatrogenim poškodbam. Enako velja tudi za Mirizzijev sindrom v vseh njegovih pojavnih oblikah. Večini opisanih poškodb se lahko izognemo s preoperativno holangiografijo. Neuspela primarna rekonstrukcija ali spregledane poškodbe žolčevodov močno poslabšajo možnosti za uspeh rekonstrukcije. Sekundarna rekonstrukcija je obremenjena s poslabšanim bolnikovim stanjem in bistveno težjimi lokalnimi operativnimi razmerami zaradi vnetja in fibroze.

O uspešnosti laparoskopskega razreševanja adhezijskega in strangulacijskega ileusa je poročal A. Pleskovič s Kirurške gastroenterološke klinike v Ljubljani, o zapletih z izgubljenim žolčnikom omenja pa M. Sever. Žolčni kamen lahko povzroči infekcijo rane v trebušni steni, kasnejši absces v abdomnu ali erozijo površine jeter in intrahepaticnega žolčevoda, kot je bilo poudarjeno v razpravi. Zato je izgubljene kamne nujno odstraniti iz trebušne votline. M. Rems je z videoposnetki prikazal še metodo topega prepariranja v Calotovem trikotniku. S primerjavo vrednosti uporabljenih zdravlil, trajanja hospitalizacije in odsotnosti z dela pri klasično in laparoskopsko operiranih bolnikih z žolčnimi kamni, sta B. Vrbanec in J. Čopi s Kirurškega oddelka v Murski Soboti dokazala, da je laparoskopski poseg za plačnika (ZZZS) cenejši. Prihranek je tolikšen, da se že v enem letu povrnejo stroški investicije za nakup potrebne opreme in inštrumentov. B. Vrbanec iz Murske Sobotne in B. Fludernik ter M. Osole iz Celja so prikazali še svoje izkušnje z laparoskopsko apendektomijo.

Medtem ko klasična odstranitev kamnov iz žolčevodov ni pretirano zahteven poseg, je laparoskopsko holedohotomija z ekstrakcijo kamnov bolj zapleten postopek. Ameriško (SAGES) in evropsko (EAES) združenje za laparoskopsko kirurgijo in številni avtorji zato laparoskopsko holedohotomijo ne priporočajo. Odstranitev kamnov iz holedohusa naj bo transcistična. Z videoposnetki je M. Bricelj, s Kirurškega oddelka bolnišnice Ptuj, prikazal elegantno laparoskopsko odstranitev kamnov skozi holedohotomijo. Vsekakor se zastavlja vprašanje umestnosti priporočila SAGES in EAES. M. Bricelj pripominja, da je ob ustreznih izkušenosti in ustreznem inštrumentariju ter ugodnih anatomske razmerah tovrstno razreševanje holedoholitiaz na mestu.

V opoldanskem odmoru je pod vodstvom predsednika Sekcije za endoskopsko kirurgijo Slovenije prof. dr. V. Pegana zasedala skupščina sekcije. Sprejeli smo sklep, da se zaradi hitrega razvoja nove tehnologije in novih operativnih postopkov v tej operativni veji, kongresi sekcije pripravijo vsako leto. Med več kandidati za organizacijo naslednjega srečanja smo izbrali kolege s kirurgije v Celju. V našo sekcijo smo tudi sprejeli kolege otorinolaringologe. V popoldanskem delu so svoje izkušnje pri laparoskopskih posegih najprej prikazali anesteziologi, nato pa nadaljevali kirurgi o izkušnjah z laparoskopskimi hernioplastikami. Slovenske izkušnje so predstavili S. Škapin, V. Pegan, A. Pleskovič in M. Sever s Kirurške gastroenterološke klinike v Ljubljani in S. Mahne, T. Jelačin, J. Mioč, Ž. Guzej in M. Jakomin s Kirurškega oddelka bolnišnice v Izoli. Vsi referenti so se strinjali, da je stopnja recidivov pri teh posegih še previsoka, da je metoda posebno primerna pri

bolnikov z recidivnimi dimeljnimi kilami, je pa tudi dražja od klasične. S. Rakovec pa je prikazal še breznapetostno hernioplastiko z uporabo mrežice.

V poročilu s kongresa sem obravnaval predvsem prispevke o abdominalnih laparoskopskih posegih. Izkušnje z endoskopsko kirurgijo pa so uspešno izmenjali tudi ginekologi, torakalni kirurgi, travmatologi, anesteziologi in urologi. Kongresa so se aktivno udeležili tudi kolegi s Hrvaške. Kongres je zaključil delo v poznih popoldanskih urah.

Delo SZD

POROČILA GENERALNEGA SEKRETARJA, PREDSEDNIKA ČASTNEGA RAZSODIŠČA, PREDSEDNIKOV KOMISIJ, UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA IN GOSPODARJA ZA OBDOBJE 1994–1995

Poročilo generalnega sekretarja

Zvonimir Rudolf

V preteklem letu se je v vrste Slovenskega zdravniškega društva včlanilo 109 novih članov. V zadnjem letu je na žalost umrlo 20 naših kolegov, izstopilo pa je brez obrazložitve 18 članov. Zaradi neporavnanih finančnih obveznosti (2–3 leta) smo črtali 110 članov. Število članov na dan 12. maj 1995 je tako 4.256.

Aktivnosti našega društva so bile v preteklem letu zelo pestre in številne. Sekretariat Slovenskega zdravniškega društva je imel 6 sej, upravni odbor pa tudi 6. Obravnavana problematika je bila raznolika in aktualna, obsegala je celotno problematiko dogajanja v okviru Slovenskega zdravniškega društva, Zdravniške zbornice, zdravstvene zakonodaje in družbeno aktualnih dogodkov, ki zadevajo slovensko zdravništvo.

Mednarodno sodelovanje

Redni letni sestanek Evropskega zobozdravniškega združenja (ERO), Budimpešta, 19.–21. 4. 94

V ERO je združenih 27 evropskih držav. Glavna naloga tega združenja je usklajevanje strokovnih in stanovskih problemov in programov evropskih zobozdravniških združenj in svetovanje tistim, ki so odgovorni za (zobo)zdravstvo v posamezni državi. Slovenija je zaradi izjemne aktivnosti svojih delegatov postala redna članica ERO že leta 1992.

Kot že vsa leta je bila tudi lani slovenska delegacija: prof. dr. Matjaž Rode (delegat) in prim. dr. Janez Vrbošek (namestnik).

Glavne teme sestanka v Budimpešti so bile:

- izdelava modela organizacije in izvajanja zobozdravstvenega varstva, ki bi omogočil čim manj boleč prehod iz državnega v zasebno zobozdravstvo v novonastalih evropskih državah;
- usklajevanje vsebin dodiplomskega izobraževanja;
- izdelava meril za ustrezno vrednotenje zobozdravnikovega dela. Člana slovenske delegacije sta bila v razpravah zelo aktivna. V času poteka naše letošnje skupščine se navedena delegata tudi letos udeležujeta sestanka ERO, ki je na Malti.

Sestanek za borbo proti atomski energiji, Avstrija, 25.–26.6.94

Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom SZD že precej časa sodeluje s Koroško zdravniško zbornico in nevladnim gibanjem »Materie in zdravniki proti atomski energiji« s Koroške, s ciljem osveščati ljudi o potencialni atomski nevarnosti.

Na sestanku, dne 25. junija 94 v Ebendorfu v Avstriji so se sestali predstavniki Koroške zdravniške zbornice, Štajerske zdravniške zbornice in Slovenskega zdravniškega društva (prim. dr. Majda Ostan Toplak in doc.dr. Marjan Premik).

Razpravljali so o posledicah propadanja atmosfere za človekovo zdravje, pa tudi o nevarnostih jedrskih elektrarn v primeru katastrofe. Napisali so izjavo za tisk, ki kaže nemoč zdravnikov v pripravah na pomoč ponesrečenim, če bi do jedrske katastrofe prišlo.

Bili so enotnega mnenja, da se jedrska elektrarna Krško postopno ukine.

46. skupščina WMA, Stockholms, 1.–6.9. 1994

Kot predstavnik Slovenskega zdravniškega društva se je 46. skupščine Svetovnega zdravniškega združenja v Stockholmu udeležil doc. dr. Marjan Premik. Društvo je bilo sprejeto v članstvo WMA oktobra 1992 in se naš delegat redno udeležuje letnih skupščin. Na 46. skupščini so pregledali realizacijo izvršenih sklepov 45. skupščine, ki je bila leta 1993 ter sprejeli in potrdili program dela za leto 1994. Razpravljali so o poročilih, volili novega predsednika WMA in obravnavali medicinsko etiko ter socialno medicinske zadeve.

3. srečanje medicinskih združenj s področja bivše Jugoslavije

je bilo v Balatonfoldvaru od 29.9.–2.10.94. Kot predstavnica Slovenskega zdravniškega društva je sodelovala prim. dr. Anica Mikuš Kos. Na srečanju so se dogovorili o sodelovanju pri konkretnih projektih, ki zadevajo kontrolo nalezljivih bolezni in duševno zdravje oz. psihosocialno rehabilitacijo. Dogovorjeno je bilo, da bo Slovenija sodelovala v projektu psihosocialne pomoči otrokom in njihovim družinam, predvsem tistim, ki jih je prizadela vojna.

Redno jesensko srečanje evropske organizacije mladih zdravnikov PWG, Dunaj

Od 6.–9. oktobra 1994 je na Dunaju potekalo redno jesensko srečanje evropske organizacije mladih zdravnikov – Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors. Srečanja sta se v imenu Sekcije mladih zdravnikov SZD udeležila predsednik dr. Zlatko Fras in koordinator za sodelovanje s PWG dr. Tit Albreht. Prvi dan je bil namenjen pripravam na izvedbo simpozija o podiplomskem usposabljanju zdravnikov, ki poteka ravno sedaj v Londonu in sta se ga tudi letos udeležila dr. Fras in dr. Albreht. Organizator bo British Medical Association, organizacija z bogatimi izkušnjami na tem področju. Pripravljen je bil že program in stroškovnik tega enodnevnega simpozija. Tega dela srečanja na Dunaju se je udeležil dr. Fras, ki je tudi član strokovnega organizacijskega odbora. Dr. Albreht, ki je bil na srečanju v Ljubljani izvoljen za predsednika delovne skupine za nove članice, pa je vodil delo te skupine, ki so se udeležili še delegati Danske, Estonije, Latvije, Madžarske in Poljske. Plenarni del je bil namenjen obravnavi prostega zaposlovanja v državah članicah Evropske skupnosti za njihove državljane in diplomante, poročilom o delu delegatov PEG v »European Boards«, izvolitvam novih delegatov in sprejemnji proračuna za prihodnje leto.

Domače sodelovanje

Vabljeni smo bili in se udeležili raznih srečanj in delovnih sestankov na:

- Ministrstvo za zdravstvo,
- na delovne sestanke v zvezi s postopki denacionalizacije,

- Zdravniško zbornico Slovenije,
- FIDESOM,
- aktivno sodelovali in organizirali proslavo svetovnega dneva zdravja 7. aprila,
- organizirali dva seminarja za pripravo na strokovni izpit,
- sodelovali v Komisiji za podelitev naziva primarij,
- dajali pobude za spremembe zakonov in pravilnikov s področja zdravstvene dejavnosti,
- se odzivali na aktualne probleme slovenskega zdravništva,
- s stališči in mnenji seznanjali slovensko javnost (medije)

Denacionalizacija

Tik pred zaključkom tega poročila je prispela usodna vest, da smo dolžni stavbo, kjer je sedež društva (Dom slovenskih zdravnikov) takoj vrniti na temeljučasne odredbe in odločbe o denacionalizaciji.

Tako ostaja edino upanje slovenskih zdravnikov še naprej boj za stavbo na Dalmatinovi. V zvezi z to stavbo pa je očitno postopek obmiroval po tistem, ko smo pravočasno vložili pritožbo, saj se nismo bili pripravljene sprijazniti z vrnitvijo le 16 % celotne zgradbe (8 % Društvu, 8 % Zbornici).

Drugi nepremičnin Društvo nima niti v lasti, niti v najemu.

Poročilo organizacijske komisije SZD

Zlatko Fras

V preteklem letu je bil največji del delovanja Organizacijske komisije SZD usmerjen v tri pomembne tematske sklope: odzivanje na aktualna dogajanja, ki se dotikajo slovenskih zdravnikov, združenih v SZD, v zvezi z vprašanji poklicnega dela in poklicne demografije, sodelovanje treh organizacij slovenskega zdravništva ter priprave izhodišč in vsebin pri oblikovanju zakona o zdravnikih.

Aktualna stanovska vprašanja v zvezi s poklicnim delom slovenskih zdravnikov. Na tem področju se je bilo potrebno odzivati v prvi vrsti na raznotere, predvsem za zdravnike nepopularne in nesprejemljive ukrepe, ki jih je v posredni ali neposredni zvezi z njihovim poklicnim delom oblikoval, sprejel in uveljavil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Uspešnost aktivnosti na tem področju je seveda težko vrednotiti, saj razen števila popisanih strani ni količinsko merljiva, je pa, objektivno in kritično gledano, majhna. Ni nepomembno sodelovanje komisije pri oblikovanju nove rubrike Vprašanja – dileme – rešitve – perspektive v Zdravniškem vestniku, ki se je v zadnjem letu dokaj uveljavila pri slovenskih zdravnikih.

Sodelovanje organizacij slovenskega zdravništva. Po lanskem spomladanskem sestanku FIDES, ZZS in SZD v Cerknem je bila za nadaljnje sodelovanje in njegovo plemenitenje ustanovljena koordinacija slovenskih zdravniških organizacij, neodvisno posvetovalno telo, ki naj bi s svojim obstojem in delovanjem služilo predvsem medsebojnemu informiranju. Izmenjavi ter poskusom usklajevanja stališč v zvezi z aktualnimi stanovskimi vprašanji poklicnega dela in poklicne demografije slovenskih zdravnikov ter organizacijskih vprašanj, ki zadevajo zdravnike ob spremembah v organizaciji zdravstva in zdravstvenega zavarovanja. Poleg več sestankov te koordinacije, ki se je sestajala po potrebi, a v povprečju vsaj enkrat na dva meseca, se zdi pomembno poudariti odločitve za pogovore s predstavniki večine slovenskih parlamentarnih strank na temo aktualnih dogajanj v slovenskem zdravstvu in projekcije slovenskega zdravnika vanje, ki so bili tudi opravljeni. Še najbolj racionalno je strniti rezultate teh obiskov v ugotovitve, da so nas zaenkrat na načelni ravni podprle praktično vse stranke, kar pa ni malo. Iz delovanja koordinacije si je mogoče v prihodnje

obetati še več konkretnih rezultatov dogovarjanja za enotno, premišljeno in neuklonljivo politiko delovanja slovenskih zdravniških organizacij proti institucijam in posameznikom, ki imajo ali si poskušajo vzeti pravico določanja položaja slovenskega zdravnika v družbi in stroki.

Priprave izhodišč in vsebin zakona o zdravnikih. Deloma izhaja prav iz omenjenega sestanka v Cerknem 1994 želja in pripravljenost slovenskih zdravniških organizacij za sodelovanje z upravnimi organi pri pripravi zakona o zdravnikih. Dejstvo je, da smo se domenili, da naj predstavlja zakon s svojimi vsebinami zadosten okvir za spremembo enega najbolj perečih problemov slovenskega zdravnika zadnjih desetletij, tj. povrnitve družbenega ugleda prek izboljšanja materialnega statusa oz. plač. Seveda je to predvideni končni učinek procesa, v katerem bi morali najprej doseči izvzem zdravnikov iz dokaj brezobličnega skupka najrazličnejših poklicev v t.i. družbenih dejavnostih. V Organizacijski komisiji smo s soglasjem sekretariata SZD ustanovili ožjo delovno skupino za pripravo izhodišč in vsebin zakona, ki je v konceptualni obliki predložila poglede na tri pomembne določitelje področja zdravnikovega dela in obstoja:

- izjemnosti zdravniškega poklica,
- strokovno samostojnost (avtonomijo) poklica ter iz tega izhajajočo
- nujno spremembo konkretnega vrednotenja zdravnikovega dela.

Po prepričanju skupine, pa tudi formalnih aktualnih organov SZD je potrebno v zakonu opredeliti predvsem vprašanja v zvezi s temi tematskimi sklopi.

Za stanovsko organizacijski del letošnje, 132. redne letne skupščine na Bledu smo pripravili izhodišča na dve temi in sicer:

- odnos med slovenskim zdravnikom in državno zavarovalnico in
- sedanja in prihodnja vloga samostojnih strokovnih združenj in sekcij SZD.

Poročilo strokovne komisije SZD

Slavko Rakovec

V obdobju zadnjega leta, od pomladi 1994 do pomladi 1995 je bilo delovanje Strokovne komisije usmerjeno, zlasti v reševanje strokovnih vprašanj, ki so se pojavljala pri delu SZD kot celote in tudi strokovnih sekcij. Pri tem velja posebej opozoriti na :

- sodelovanje pri delu Sekretariata in Upravnega odbora SZD;
 - sodelovanje z drugimi komisijami SZD ;
 - sodelovanje v komisiji Ministrstva za zdravstvo pri oblikovanju Zakona o zdravilih;
 - pripravljanje in sodelovanje pri izvedbi strokovnega dela 132. rednega letnega srečanja SZD leta 1995. Za moderatorja teme z naslovom »Spolno prenosljive bolezni« je bila izbrana dr. M. Matičičeva s sodelavci. Opredeljena so bila področja, ki jih bodo obravnavali in čas, ki ga bodo imeli na voljo za predstavitev svojih prispevkov. Ustrezna obravnava na »srečanju« je zagotovljena. Referati so bili pravočasno oddani uredništvu Zdravniškega vestnika za objavo;
 - priprava za strokovno temo za 133. redno letno srečanje SZD, ki bo leta 1996 je v teku. Izbran je naslov »Možganska smrt – s posebnih ozirom na transplantacijo organov« in nosilec Nevrološka sekcija SZD. Cilj zgodnje določitve teme in nosilca je, da bo dovolj časa za priprave in zlasti za objavo gradiv;
 - obravnavanje in sprejem predlogov za ustanovitev novih strokovnih sekcij in preimenovanje dosedanjih.
- Novo: Sekcija za gastroenterološko endoskopijo SZD, Sekcija za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, Sekcija za medicino jeter, žolčnega sistema in trebušne slinavke SZD in Sekcija za otroško nevrologijo SZD.

Preimenovanje: Sekcija za zobne bolezni, ustne bolezni in parodontologijo SZD v Sekcijo za zobne bolezni in endodontijo SZD in Sekcija za pedopsihiatrijo in pedonevrologijo SZD v Sekcijo za otroško in mladostniško psihiatrijo SZD.

– obravnavanje različnih pobud strokovnih sekcij;
– usklajevanje dela in organiziranosti strokovnih sekcij SZD in drugih strokovnih združenj;

– obravnava položaja Združenja kardiologov Slovenije (ZKS), kini povezano v SZD, čeprav je večina članov Združenja tudi članov SZD. Pokazalo se je, da ni resničnih zadržkov za vključitev ZKS v SZD. Neskladje je nastalo bolj zaradi nepoznavanja odnosov med krovnim SZD in povsem samostojnimi strokovnimi sekcijami ali združenji SZD (tudi v finančnem pogledu). SZD strokovnih sekcij in združenj v ničemer ne omejuje, nudi pa jim medsebojno povezovanje, zastopanje v Svetovnem zdravniškem združenju in druge usluge ter ugodnosti.

Poročilo komisije za zveze z zamejstvom in inozemstvom SZD

Majda Toplak-Ostan

Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom SZD je na svojih rednih sestankih obravnavala aktualne dogodke med zdravniki v Slovenskem zdravniškem društvu, Zdravniški zbornici Slovenije, pa tudi v FIDES.

V obdobju od 131. do 132. rednega letnega srečanja slovenskih zdravnikov se je ukvarjala z organizacijo izletov zdravnikov v zamejstvo.

Komisija je v septembru 1994 leta organizirala dvodnevni izlet v Benečijo, Julijsko Krajino ter Rezijo. Izlet je vodil doc. dr. Rafko Dolhar, predsednik Slovenskega zdravniškega društva iz Trsta, v katerem je združeno okrog sto zdravnikov slovenske narodnosti. Doc. dr. R. Dolhar, ki je med drugim tudi predsednik sveta Slovenskega narodnega gledališča v Trstu in pisatelj (izdal je nekaj knjig), je eden stebrov slovenstva na Tržaškem. S pomočjo prof. Pavleta Merkuja, odličnega poznavalca kulturnih in zgodovinskih znamenitosti, je zadovoljil in navdušil tudi najbolj zahtevnega obiskovalca tega izleta.

Za leto 1995 pripravlja komisija izlet zdravnikov v Porabje, na sestanek s porabskimi Slovenci ter obisk Monoštra (znamenita bitka pri Monoštru, kjer sta se borila proti Turkom Nikolaj Zrinjski in Monte Cuccolli) in kulturnega središča Porabskih Slovencev Doljnega Senika. V eni od bolnišnic, ki jo bomo obiskali v Szombathelyu se bomo srečali z madžarskimi kolegi. Seveda bo dovolj časa za ogled kulturnih in zgodovinskih znamenitosti v okolici Blatnega jezera, kot so npr. ostanki Blatnograda. V njem je v davni preteklosti gospodoval knez Kocelj, ki sta ga obiskala tudi brata Ciril in Metod in od tod širila krščansko vero med Slovence v Panoniji.

Poročilo komisije za informacije SZD

Danica Rotar-Pavlič

Promotivna dejavnost Komisije za informacije Slovenskega zdravniškega društva

V letu 1994 smo člani Komisije za informacije pripravili 14 tiskovnih konferenc, na katerih smo predstavili kar 24 večinoma originalnih knjižnih del slovenskih zdravnikov. S promotivno

dejavnostjo nadaljujemo tudi v letošnjem letu, dejavnost pa smo razširili še na izdajo video kaset z zdravniško tematiko, zanemariti ne smemo tudi dejstva, da smo bili eden od soorganizatorjev Prve pregledne razstave likovnih in kiparskih del slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov (organizator: KRKA, soorganizatorja uredništvo glasila ISIS in Komisija za informacije SZD).

Poročila s promocij knjižnih del so naslednja:

V torek, 25. januarja 1994, smo predstavili zbirko novel z naslovom Dom mojega doma, ki je izšla pri založbi Lipa. Knjiga, ki je že šesto delo psihiatra in pisatelja dr. Jožeta Felca, razkriva človekova mejna stanja ter njegov intimni, socialni in fizični bivanjski status. Založništvo Jutro pa je tedaj izdalo vsebinsko in oblikovno zelo bogato knjigo fotografij dr. Rafaela Podobnika. Njen naslov je Sveta gora pri Gorici.

Na promociji, 1. marca 1994, smo prikazali delo akademika prof. dr. Andreja O. Župančiča, z naslovom Iz varstva pred ionizirajočim sevanjem v Sloveniji. Knjiga je namenjena vsem, ki želijo doseči znižanje nepotrebnih doz sevanja pri nas, navaja pa tudi podatke v svetu. Pri ljubljanski založbi Mihelač je izšla Mala dermatovenerologija z atlasom kožnih in spolno prenosljivih bolezni. Njena avtorja sta prof. dr. Milan Betetto in akademik prof. dr. Janez Fettich s sodelavci. Za novo izdajo so se odločili zaradi pomanjkanja ustrezne strokovne literature v domačem jeziku ter zaradi spremenjene patologije kožnih in spolnih bolezni.

Na pobudo OZN je bilo leto 1994 posvečeno letu družine. Slovensko zdravniško društvo se je različnim prireditvam na to temo pridružil na svoj način, s predstavitev dveh avtorskih del. Knjiga Naš Ambrož, ki jo je napisala dr. Alenka Vojska-Kušar, govori o avtističnem otroku, pa tudi o odraslih, ki imajo do duševne prizadetosti velikokrat odklonilno stališče.

Glavni namen knjige Zdrav otrok dr. Boruta Baniča je dvigniti samozavest mladim staršem in utrditi v njih prepričanje, da lahko ne glede na še tako dobro organizirano zdravstveno službo za svojega otroka najbolj poskrbijo sami. Delo, ki želi na nekoliko drugačen način, kot smo ga vajeni iz drugih podobnih priročnikov, pomagati uživati ob zdravem otroku, je izšlo pri ljubljanski založbi Amaliotti.

V sodelovanju z Zvezo prijateljev mladine smo 29. marca 1994 predstavili akcijo Bela pot. Ob tem smo se zahvalili darovalcem humanitarne pomoči in kirurgu prim. dr. Branimirju Kulišu, ki je zaradi obiska v Ljubljani takrat prvič, odkar traja vojna v Bosni, prekinil svoje naporno delo v bolnišnici v Novi Bili. Spoštovanemu gostu je predstavnik Zveze prijateljev mladine izročil prenosno EKG aparaturo.

V petek 13. maja, smo v sodelovanju s CINDI Slovenija pripravili mednarodno tiskovno konferenco. Zastopniki CINDI Slovenija so bili tedaj v dvojni vlogi – kot udeleženci programa CINDI so predstavili Slovenijo, ki je po njihovi zaslugi del družine CINDI (zajete so evropske države, Kanada in Izrael), obenem pa so bili tudi organizatorji srečanja, tj. gostitelji direktorjev CINDI iz dvajsetih držav. Na tiskovni konferenci so spregovorili: vodja projekta CINDI pri Svetovni zdravstveni organizaciji dr. Igor Glasunov, minister za zdravstvo doc. dr. Božidar Voljč, direktorica urada WHO v Sloveniji dr. Nina Mazi, sekretar za zdravstvo in socialno skrbstvo mesta Ljubljana mag. dr. Jože Golmajer, direktor Zdravstvenega doma Ljubljana mag. Franc Bohinc in direktor CINDI Slovenija prim. dr. Marjan Mramor.

Zbornik, ki ga je izdal Inštitut za varovanje zdravja v sodelovanju s Sekcijo za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD, smo predstavili 17. maja 1994. Zbornik sestavljajo štirje vsebinski sklopi: Promocija zdravja, Zdrav in bolan šolar, Mladi in prosti čas ter Psihosomatski problemi v mladosti.

Ob zaključku drugega podiplomskega tečaja, ki poteka pod vodstvom Evropskega urada za kontinuirano izobraževanje iz anesteziologije ter pokroviteljstvom Evropske skupnosti, je Inštitut za anesteziologijo izdal zbornik, ki sta ga predstavila doc. dr. Vesna Paver-Eržen in prof. dr. Aleksander Manohin.

Svečani gost srečanja, ki je potekalo 16. junija v klubu Cankarjevega doma, je bil prof. dr. Boris Luban-Plozza. Predstavili smo njegovo knjigo *V sožitju s stresom*, ki je v prevodu dr. Zlate Kralj izšla pri DZS. Profesor je častni član več kot tridesetih zdravniških združenj, specializiral je iz javnega zdravstva, psihosomske medicine, psihiatrije in psihoterapije, blizu pa so mu tudi področja družinske in splošne medicine ter zdravstvene vzgoje.

Želja, da bi čim večje število otrok (na preprost in njim dopadljiv način) navdušili za redno in pravilno ustno higieno, je botrovala uvedbi tekmovanja *Za čiste zobe*. Organizacijsko in strokovno vodenje tega osnovnošolskega tekmovanja je prevzela Stomatološka sekcija SZD, katere prizadevanja smo predstavili na tiskovni konferenci 29. junija. Spregovorili smo tudi o knjižici *Moj otrok ima zdrave zobe*, ki jo je izdal Slovenski sklad za zdravje otrok pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravstvo RS.

Z delom *Spremljanje umirajočih*, ki ga je napisala dr. Metka Klevišar, izdala pa Družina iz Ljubljane, želi avtorica opogumiti vse, ki se srečujejo z umirajočim, da ostanejo pri njem. Knjigo, h kateri je uvod napisal minister za zdravstvo doc. dr. Božidar Voljč, smo predstavili 20. septembra. Ljubljanska založba Kmečki Glas je po tej priložnosti predstavila priročnik *Živa narava* v objektivu, ki jo je napisal in s fotografijami opremil dr. Jurij Kurillo.

Predstavitev knjige *Stežice tržaškega Slovenca* dr. Rafka Dolharja, ki je bila 12. oktobra, je bila hkrati prispevek Slovenskega zdravniškega društva k mednarodnemu simpoziju na temo *Med medicino in literaturo*. Vsebinsko in namen tega simpozija, ki nosi ime po znanem slovenskem zdravniku in zgodovinarju dr. Ivanu Pintarju, je na tiskovni konferenci predstavila mag. dr. Zvonka Zupančič-Slavec, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine na Medicinski fakulteti.

Na predstavitvi, ki je bila 9. novembra, smo predstavili kar tri knjige. Knjiga *Principi družinske medicine, družinogram in profil*, ki je izšla pri radovljiški Didakti, je po besedah avtorja dr. Dimitrija Zrimška namenjena tistim, ki si prizadevajo za urejeno vodenje zdravstvenega varstva in menijo, da so spremembe v zdravstvu še mogoče.

Priročnik *Težave s hrbtnico – pomagaj si sam* je avtor dr. Janez Svobljak namenil vsem bolnikom z bolečinami v hrbtnici. Ti bodo ob premišljeni uporabi njegove metode lažje in kvalitetnejše živeli. Knjiga zagotavljanje kakovosti 1994 avtorja dr. Janka Kersnika, ki je tudi urednik zbirke PiP, je bila prvotno namenjena udeležencem učnih delavnic za zdravnike splošne prakse, po njej pa so z veseljem segli tudi zdravniki, člani nadzornih komisij Zdravniške zbornice. Predgovor je napisal minister za zdravstvo doc. dr. Božidar Voljč, soavtorja pa sta prim. dr. France Urlep in asist. dr. Igor Švab.

Odločitvi o še eni tiskovni konferenci v mesecu novembru je botrovalo dejstvo, da se je dr. Iztok Tomazin, vsestranski alpinist, zmajar, jadralni padalec, ekstremni smučar ter avtor knjige *Pustolovščina v Tibetu* že naslednji dan znova odpravil v Himalajo. V svojem najnovejšem delu, ki je izšlo pri Cankarjevi založbi priporočuje o lanskoletni alpinistično-smučarski odpravi na osemtisočak Šiša Pangma.

V knjigi *Kača in jaguar* dr. s tom. Borut Korun opisuje svoje potovanje po Srednji Ameriki. Knjiga ni samo opis poti, ampak je tudi popotovanje skozi pokrajine duha, ki tonejo v pozabo. Želi nas seznaniti z delčkom tiste dediščine, ki je obsojena na izginotje; morda pa tudi opozoriti, da smo po svoje vsi Indijanci in da lahko nekoč tudi nas doleti njihova žalostna usoda.

Na zadnji lanski promociji, ki je bila 6. decembra, smo spet predstavili tri knjige. Knjiga *Partizanska bolnišnica Pavla* v Trnovskem gozdu opisuje delovanje skrivne partizanske bolnice, okrevališči na Vrših in Jagrščah ter oskrbovalne enote. Avtorica prim. dr. Pavla Jerina Lah se v knjigi osredotoča predvsem na ljudi (zdravstveno osebje in ranjence), njihovo naporno delo, čustvovanje in povezanost.

V knjigi *Z vojno po vojni* avtor prof. dr. Janko Kostnapfel razmišlja o duševnih motnjah, telesnih boleznih in socialnem okolju pacientov – partizanov. Knjiga je pravzaprav plod raziskave, ki jo je avtor

krajevno in časovno omejil z začetkom v Foči leta 1952 in sklenil z begunci v Sloveniji leta 1992.

Tretja knjiga, *Psihološka in psihopatološka vprašanja priseljencev in beguncev*, ki jo je založila radovljiška Didakta, je napisana v angleškem jeziku. Sestavljata jo dva dela: v prvem avtor dr. Jurij Zalokar obravnava splošno problematiko priseljencev, v drugem pa opisuje stiske imigrantov s področja nekdanje Jugoslavije. Avtor je njihovo življenje boljše spoznal med svojim bivanjem in delom v Avstraliji v letih 1986–89.

Tudi v letošnjem letu nadaljujemo s promoviranjem knjig, ki obravnavajo zdravstveno/zdravniško problematiko. Tako smo na promociji 12. 1. 1995 predstavili Veliki družinski vodnik za zdravo življenje, ki s priporočili svetuje bralec, kako naj kar najbolj zdravo živi ter tako omeji obiske pri zdravniku. Knjigo je v slovenščino prevedel dr. Jaro Lajovic.

Prva februarska predstavitev (9. 1. 1995) se je navezovala na slovenski kulturni in državni praznik, prav zato je bila izrazito leposlovne narave. Predstavili smo že enajsto knjigo tržaškega zdravnika dr. Rafka Dolharja z zgovornim naslovom *Od Trente do Zajzere*. Posvečena je planincu in planinskemu pisatelju dr. Juliusu Kugyju. Knjiga se poleg izredno lepih opisov pokrajin, ki jim grozi, da jih prihodnji rodovi ne bodo več prepoznavali za slovenske, odlikuje tudi po izrednih avtorskih fotografijah.

Pesniška zbirka *Za rojstni dan*, ki je prvenec dr. Terezije Potokar, odseva izrazito osebno (materinsko) dožemanje in doživljanje življenja, okolja in sveta. Tudi pesniška zbirka *Ptica* in neon dr. Primoža Jovana je prvenec. Ob tem velja poudariti, da je avtor šele na začetku svojega strokovnega udejstvovanja, v študentskih letih pa je poleg pesnikovanja rad tudi prepeval, najprej v Akademskem pevskem zboru Tone Tomšič, nato v komorni skupini Ave.

Upamo, da se bo tej pesniški zbirki kmalu pridružila nova. V slovenski medicini je tradicija dobrih knjig s področja prve in nujne medicinske pomoči že dolga. Kljub temu pa smo pogrešali priročnik, ki bi nam v nujnih primerih na kratek in jasen način povedal, kaj naj v danem primeru storimo, oziroma kakšna naj bosta sodobna prva in nujna medicinska pomoč. Sekcija za splošno medicino SZD je zato pripravila že tretjo, popolnoma obnovljeno izdajo priročnika *Nujna stanja*, ki smo ga predstavili 22. 2. 1995.

Poleg upoštevanih doktrinskih stališč je urednik Janko Kersnik, dr. med., skupaj z avtorji (asist. dr. Igor Švab, prof. dr. Jože Lokar, dr. Jurij Petrin, dr. Andrej Žmavc, mag. dr. Tone Košir, dr. Janko Kersnik, doc. dr. Martin Možina, asist. dr. Štefan Kopač, dr. Nedeljko Krevs, prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. Marjana Kuhar, asist. dr. Janez Primožič in prof. dr. Milan Štrukelj) posebno pozornost namenil izkušnjam iz vsakdanje prakse.

Na predstavitvi je veliko zanimanje zbudila tudi prva slovenska izdaja *Barvnega atlasa anatomije človeka* (avtorji: McMin, Hutchings, Pegington in Abrahams), ki ga je pod uredniškim vodstvom doc. dr. Deana Ravnika založila EWO. Založbi DZS in Colibri pa sta nas seznanili še s svojim trodimenzionalnim anatomskim atlasom človeka.

Pomembnost izida knjige *Nosečnost in vodenje poroda*, avtorjev prof. dr. Marjana Pajntarja in doc. dr. Žive Novak Antolič, smo predstavili 14. marca. Slovenski porodničarji so tako po več kot štiridesetih letih, odkar je prof. dr. V. Lavrič napisal knjigo o porodništvu za babice in prof. dr. P. Lunaček o porodniških operacijah, dobili novo, sodobno knjigo o perinatologiji, ki po svoji kvaliteti seže v sam evropski vrh. Prav zato priporočamo knjigo tudi širši strokovni javnosti.

Pomembna novost, ki jo je v svoje delo vključila Komisija za informacije posega na področje videa in televizijskega predvajanja. V letu 1994 smo namreč v sodelovanju s Televizijo Slovenija posneli čez 60 oddaj z naslovom *»Zdravje – naše največje bogastvo«*, zasnovanih v obliki informacije o posameznih obolenjih in priporočilih za njihovo preprečevanje.

Pobudo, da bi nekatere oddaje prenesli na videokasete, je SZD posredoval redaktor TVS, g. Andrej Šmuc, temeljila pa je na predhodni analizi gledanosti oddaj. Gradivo vseh prispevkov je strokovno pregledal predsednik Strokovne komisije SZD, prof. dr.

Slavko Rakovec, k sodelovanju pa smo pritegnili tudi prim. dr. Marjana Mramorja, direktorja CINDI Slovenija in strokovno sodelavko Društva pljučnih bolnikov Slovenije, dr. Jasno Čuk.

Prvotno 60-minutno video kaseto je projektna skupina razdelila na tri, povečala se je tudi naklada (s 500 na 1500 video kaset). Prva videokaseta, ki nosi naslov »Zobje – ogledalo zdravja«, seznanja gledalca z naslednjimi vsebinami:

– kako ohraniti mlečne zobe zdrave (avtorica prim. dr. Danica Homan)

– zobje in prehrana (dr. Mihaela Sket)

– otrok in strah pred zobozdravnikom (prim. dr. Marta Škapin)

– zobje, ogledalo zdravja (prof. dr. Matjaž Rode)

Druga video kaset je nastala v sodelovanju s pooblaščenimi zdravniki CINDI Slovenija, ki so se pri snemanju oddaj osredotočili na priporočila Svetovne zdravstvene organizacije, s katerimi želijo zmanjšati dejavnike tveganja za nastanek kroničnih, nenalezljivih, degenerativnih obolenj. Svojo strokovno pomoč so pri snemanju CINDI video kasete prispevali: dr. Mateja Bulc, dr. Vita Tršan, prim. dr. Anton Gradišek, dr. Jasna Čuk, dr. Martina Jež, dr. Milena Kovač - Blaž. Na video kaseti, ki nosi naslov »Zdravje za vse« se lahko seznanite s priporočili za preprečevanje nekaterih kroničnih obolenj, predvsem pa z

– normalnim in zvišanim krvnim tlakom,

– normalnim in zvišanim krvnim sladkorjem,

– telesno dejavnostjo in športom,

– preprečevanjem kajenja pri šolarjih,

– zdravo prehrano in čezmerno telesno težo.

Vsebinska tretje video kasete z naslovom »Zdravje – naše največje bogastvo«, govori o težavah in obolenjih, s katerimi se v vsakdanjem življenju pogosto srečujemo. Prof. prim. dr. Rasta Rakar je avtorica nasvetov o prehladnih boleznih in črevesnih infekcijah. Prispevek o tem, kako si pomagati pri glivičnih obolenjih kože je pripravila prof. prim. dr. Majda Lunder. Klopki predstavljajo predvsem v našem prostem času vse pogostejšo nadlego. Odgovore na vprašanje, kako se zavarovati pred njimi in katera boleznijo so za nas ob njihovem vbođu nevarna je na video kaseti zbral prof. dr. Franc Strle.

Video kasete so zaradi velike preventivne naravnosti namenjene vzgojnovarstvenim organizacijam, zdravstvenim zavodom, šolam in širši javnosti. Komisija za informacije SZD in TVS sta se ob izidu video kaset zahvalila donatorjem: Ministrstvu za zdravstvo RS, Uradu WHO RS in ZZZS:

Trženje video kaset je prevzela Založba kaset in plošč RTV Slovenija, ki je v prednaročilu omogočila ugodnejše cene.

Čeprav je bilo v izdelavo video kaset vloženo veliko truda, pa člani Komisije za informacije razmišljajo že naprej. Posneli so namreč že gradivo za video kaseto o boleznih kostno mišičnega sistema in njihovem preprečevanju.

Na zaključku naj poudarimo, da nas zelo veseli tako bogata bera del naših zdravnikov, čeprav se zavedamo, da jih je šlo precej tudi mimo nas. Pripravljamo namreč samo prve predstavitve knjižnih del, večkrat pa se zgodi, da ima založba zaradi neobveščenosti že prej samostojno promocijo. Po predstavitvah, ki jih vedno sklenemo z zakusko, se udeleženci radi še nekaj časa zadržijo v prostorih Slovenskega zdravniškega društva. Ob tem se večkrat razvijejo razprave, na katerih izvemo, kaj vse zanima in s čim se ukvarjajo zdravniki v prostem času.

Upamo, da bomo lahko ob koncu prihodnjega leta spet govorili o vsaj tako velikem številu predstavitev kot letos, saj sta medicinska leposlovna in strokovna beseda že tradicija Slovenskega zdravniškega društva.

Želimo si, da bi nam ob podpori drugih komisij uspela tudi izpeljava ideje o Skladu (ali fondaciji) medicinske tiskane besede, ki smo jo že pred časom posredovali vodstvu Slovenskega zdravniškega društva.

Seznam oddaj, ki jih je predvajala TV Slovenija:

Kronični bronhitis – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Bolečine v križu – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Prehladna obolenja – prim. dr. Rasta Rakar, Ekcem kože – asist. mag. dr. Tomaž Lunder, Prehladna

obolenja – mag. dr. Alenka Kraigher, Žolčni kamni – prof. dr. Vladislav Pegan, Zvišan krvni sladkor – dr. Vita Tršan, Prehrana pri sladkorni bolezni – dr. Marko Medvešček, Telesna dejavnost in šport – mag. dr. Anton Gradišek, Mikrosporija – mag. Ivan Eržen, Preprečevanje menedžerskih težav – dr. Janez Rojšek, Varnost pri delu – dr. Meta Novak, Vitiligo – prim. asist. mag. dr. Božena Podrumac, Krčne žile – asist. dr. Božo Fakin, Piki žuželk – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Zdrava prehrana – dr. Martina Jež, Skoki v vodo – mag. dr. Eva Stergar, Sončarica – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Meduze – asist. dr. Igor Bartenjev, Sončenje – asist. dr. Igor Bartenjev, Piki kač – doc. dr. Andrej Baraga, Krvni tlak – dr. Mateja Bulc, Skoki v vodo – mag. dr. Eva Stergar, Tehtanje – dr. Milena Kovač Blaž, Prehladne bolezni – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Ulkus – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Klopki – doc. dr. Franc Strle, Kajenje – dr. Tomaž Čakš, Črevesne infekcije – prim. dr. Rasta Rakar, Zobje in prehrana – dr. Mihaela Sket, Seneni nahod – dr. Darinka Grmek Štrukelj, Kodeks proti raku – prof. dr. Stojan Plesničar.

Plešavost – dr. Milena Kocijančič, Trebušna slinavka – asist. dr. Alojz Pleskovič, Zobje – ogledalo zdravja – prof. dr. Matjaž Rode, Nespečnost – dr. Zlata Kralj, dr. Dušan Žagar, Otrok in strah pred zobozdravnikom – prim. dr. Marta Škapin, Kajenje – dr. Jasna Čuk, Amalgami v zobozdravstvu – prof. dr. Matjaž Rode, Čiščenje zob – prof. dr. Matjaž Rode, Steklina – dr. Marija Seljak, Ohraniti mlečne zobe zdrave – prim. dr. Danica Homan, Tuberkuloza – prof. dr. Jurij Šorli, Kirurgija jeter – prof. dr. Eldar Gadžijev, Nujna stanja v alergologiji – asist. mag. dr. Mitja Košnik.

Nujna stanja v alergologiji; Kirurgija jeter; Rak debelega črevesa; Streptokokna gangrena; Ušivost še ni zatrta; Glivične bolezni kože; Pigmentna znamenja; Rak želodca; Golenja razjeda; Garje; Kako ugotovimo astmo; Bolečine v križu; Operacija dimeljske kile; Serološko negativni spondilartritis.

Poročilo častnega razsodišča Slovenskega zdravniškega društva

Marko Kolenc

Člani Častnega razsodišča Slovenskega zdravniškega društva (ČR SZD) so bili poleg predsednika prof. dr. Marka Kolenca (3)* še dr. Ivan Zupanc (3), prim. dr. Jurij Pesjak (1), prim. dr. Zmago Turk (1) in dr. Andrej Drog (0). Namestnik predsednika je bil prim. dr. Vasja Klavara (0), članov pa prim. dr. Oton Herman (1), dr. Kamilo Lukanovič (1), prim. dr. Janez Vrbošek (1) in dr. Andreja Smukavec (0). Namestniki so bili vabljeni le občasno.

Tožilka društva je bila prim. dr. Metka Macarol Hiti (1), namestnik pa dr. Aleš Breclj (2).

Poročilo vsebuje tri seje. (Prva 9. seja dne 7.4.94 o kateri poročamo je bila pred lansko skupščino, ni pa bila zajeta v lansko poročilo. Zajeta ne bo tudi 12. seja, ki je sklicana 20.4.95, ker bo njen potek zapisan šele po zaključku tega poročila).

Obravnavali smo osem predloženih zadev:

– v štirih zadevah je šlo za pritožbe bolnikov na ravnanje zdravnikov. V enem primeru smo zaradi neutemeljenosti pritožbo zavrnili; v dveh primerih je ČR SZD zavzelo stališče s sugestijo korekcije ravnanja zdravnika; v enem primeru pa je sodišče odklonilo obravnavo, ker je zadeva tekla pred rednim sodiščem in je bil prijavitelj obsojen na zaporno kazen;

– v dveh primerih je šlo za javno obračunavanje med kolegi (žalitive in hujske obtožbe). Prva je bila prepuščena Razsodišču Zdravniške zbornice Slovenije, ker smo po začetnih poizvedbah ugotovili, da prizadeta v zadevi nista člana SZD. Druga zadeva pa je v postopku in na dnevnem redu naslednje seje ČR SZD;

– v eni zadevi je iskal zasebni zdravnik zaščito pred spornimi odločitvami odločujočih organov (Republiški strokovni kolegij,

Strokovni medicinski svet, Ministrstvo za zdravstvo). ČR SZD je s svojim stališčem podprlo zasebnega zdravnika; – v eni zadevi zdravnik prosi ČR SZD za zaščito pred morebitnimi javnimi napadi. ČR SZD bo ukrepalo, ko bi do obtožb prišlo. Za večino zadev je ČR SZD zbiral informacije, ki so terjale čas in trud, zadeve pa niso bile rešljive z enim samim zasедanjem. Žal še vedno teče razreševanje zadev po dveh tirih, kar je deloma razumljivo, zaradi obstoja dveh sicer sorodnih organizacij (SZD in ZZS), katerih člani so sicer dolžni upoštevati enoten Kodeks medicinske deontologije, kršenje le tega pa načenja odnos posameznika ali skupine tako do pripadnosti SZD ali do ZZS. ČR SZD je na 10. seji ugotovilo, da so pravila v zvezi z varovanjem podatkov bolnikov nedorečena. Vprašljivi so zlasti naslovi, ki jim lečeči zdravnik ali zdravstvena ustanova sme posredovati bolnikove podatke. Pravila in njih dodelavo bi bilo treba pospešiti v izogib tovrstnim spodrslijajem, ki so povezana z kazensko in etično odgovornostjo. ČR SZD poziva organe SZD, da se v tej smeri angažirajo in z zaključki seznanijo članstvo.

Poročilo uredništva Zdravniškega vestnika za leto 1994

Jože Drinovec, Martin Janko

Sestanka uredniškega sveta in uredniškega odbora sta bila 1. decembra 1994. Potrdili smo vsebinsko in finančno poročilo ter podprli vsebinski in finančni načrt za leto 1995. Člani so se zavzeli za krepitev financiranja s strani Ministrstva za zdravstvo in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zdravniški vestnik je po oceni Ministrstva za znanost in tehnologijo med najuglednejšimi strokovnimi revijami v slovenskem merilu. Utiramo si poti za povečanje njegovega mednarodnega ugleda. Odmevnosti med bralci Zdravniškega vestnika nismo sposobni meriti, spodbujamo pa odmeve, predvsem kritične. Zanimanje za Zdravniški vestnik s strani institucij, regij, sekcij in združenj je izredno veliko prav zaradi visokih kriterijev strokovnosti in urejanja, kar povečuje ugled vsakega objavljenega dela.

V letu 1994 je bilo 75% objavljenih prispevkov neposredno zanimivih za splošno zdravništvo, 30% pa je bilo neposredno preventivno usmerjenih. Zaradi slabega odzivanja zdravnikov in nosilcev družbenih funkcij v zdravstvu smo preoblikovali rubriko »vprašanja – dileme – rešitve – predlogi« tako, da iščemo aktivne sodelavce s prispevki neposredno, vključujemo njihovo manjše število in se širše odpiramo tudi nezdravniških krogom pri obravnavanju aktualnih vprašanj. Tudi uvodnike načrtujemo redno, vezane na pereča vprašanja zdravnikov, medicine in širše zdravstvene problematike prebivalstva.

Konkretno delo piscev, recenzentov in uredništva je razvidno iz pregleda v tabeli.

Število objavljenih strani po rubrikah in številkah v letu 1994

Rubrika	Številke												Supl.	
	1	2	3	4	5	6-7	8	9	10	11	12	I	II	
Uvodnik	1	0	3	2	3	7	2	0	4	2	4	2	2	
Raz. čl.	5	4	7	0	0	0	0	0	0	5	2	44	4	
Strok. čl.	22	22	20	20	19	26	18	14	22	6	10	0	39	
Pregl. čl.	4	14	10	6	9	3	10	15	20	16	7	0	20	
Pisma ur.	2	3	0	0	2	1	3	0	0	4	0	0	0	
Razgledi	8	10	14	31	14	24	8	5	11	4	6	4	0	

Poročilo gospodarja SZD

Aleksander Doplihar

Prav tako kot lansko je tudi to obdobje v delu gospodarja prevladoval napor za dokončno ureditev denacionalizacijskega postopka za stavbi na Dalmatinovi 10 in Komenskega 4.

Dne 25. 7. 1994 je Sekretariat za urejanje prostora Občine Ljubljana Center izdal odločbo o vračilu dela stavbe slovenskim zdravnikom vendar brez pojasnila o izpuščenih delih in pravicah. Dne 3. 8. 1994 je sprejel ožji odbor Slovenskega zdravniškega društva sklep, s katerim je zadalžil pravnega zastopnika, da takoj v imenu SZD vložijo pritožbo na izdano odločbo z naslednjimi pripombami:

1. Izdana odločba mora biti preimenovana v začasno ali delno odločbo, saj takšna kot je ne izpolnjuje našega denacionalizacijskega zahtevka v predvidenem obsegu.
2. V »Novi« odločbi je nujno urediti status kleti in podstrešja ter stavbnega zemljišča, ki so iz predmetne odločbe izpuščeni.
3. V oporekani odločbi so izpuščena tudi odprodana stanovanja v pritličju stavbe, ki jih je občina odtujila po izdanem moratoriju o postopku z nacionaliziranim imetjem pravnih in nepravniških fizičnih oseb.
4. Sporna ostaja tudi uporaba stopnišča in vhodne avle zaradi nadzidave treh etaž in številnih uporabnikov teh skupnih prostorov.
5. Zaradi nadzidave stavbe s tremi etažami je bila bistveno prizadeta statika celotne stavbe in je sanacijo stanja nujno treba vnesti kot dodatni zahtevek – manjvrednost stavbe.
6. Kot manjvrednost stavbe je nujno upoštevati tudi uničen zunanji videz stavbe. Fasada nadzidanih etaž ni usklajena s prejšnjim arhitekturnim izgledom stavbe.

Vsi ti pomisleki in pripombe so narekovali nujnost pritožbe na Sekretariat za urejanje prostora Občine Ljubljana Center. Na žalost pa je reorganizacija ljubljanskih občin odigrala svoje in zavlekla celoten postopek, ki še vedno poteka.

Prav tako je še vedno v fazi reševanja tudi denacionalizacijski postopek za stavbo Komenskega 4. V tem postopku smo označeni kot zavezanec za vrnitev. Hiša je bila nacionalizirana gospej Hedi Dergan c v okviru nacionalizacije Sanatorija Emona.

Po ustnem izročilu je šlo le za navidezno nacionalizacijo, ki je bila v resnici odplačan pravni posel. (Odškodnina naj bi preko menic, ki jih je bil dolžan izplačati Sanatorij Emona bila izplačana s strani njegovega novega lastnika – države). Država je menjala upravnike zgradbe ter jo na koncu ob stoletnici društva prepustila za doseganje zasluge Slovenskemu zdravniškemu društvu.

Zadnji dogodek v tej zadevi je, da smo uspeli doseči stališče pristojne vladne komisije, da se nepremičnina naj ne vrača v naravi.

Zato, da bi to vladno stališče zagotovo dobili in da bi morda zadevo rešili po izvensodni poti, je bila dana ponudba za poravnavo, ki v določenem časovnem obdobju ponuja rodbini Derganc denarno protivrednost v smislu izvedeniškega mnenja.

Na ta dva dogodka rodbina v postopku doslej ni odgovorila. Odgovor v pismih bralcev nima večje teže.

Tekoča popravila in ureditvena dela na obeh stavbah Dalmatinova 10 in Komenskega 4 so bila opravljena le v najnujnejšem obsegu. Nujna je bila odstranitev posušenih brez na dvorišču Komenskega 4, ki jih bomo nadomestili z novimi.

V stavbi na Dalmatinovi pa so solastniki – drugi stanovalci na svojem zboru sprejeli sklep o montaži domofonov in posledično zaklepanje vhodnih vrat. Ukrep je bil zaradi stalnega onesnaževanja predvsem veže (javno stranišče) vsekakor smislen in koristen, vendar sta zaklepanju vežnih vrat ugovarjala naša najemnika SILAN in RTV Ljubljana s pripombo, da so vrata odprta med 7 uro zjutraj in 19 uro zvečer. Pravtako je zaklepanju vrat ugovarjala Zdravniška zbornica Slovenije. Menim, da je bil ugovor

* V oklepajih je podano število sej, na katerih je imenovani prisostvoval.

smislen saj vse tri ustanove podnevi obiskujejo številne stranke in je njih normalno poslovanje vsekakor občutno moteno. Lastnikom nadzidanih stanovanj smo predlagali ureditev zapornih vrat na stopnišču v tretji etaži, ki bi lahko onemogočile prihod neželenih obiskovalcev v višja nadstropja v času ko bi bila vhodna vrata v pritličju odprta. Takšna zaporna vrata so že obstajala in sicer v pritličju pa jih je Zdravniška zbornica Slovenije ob priliki urejanja svojih prostorov odstranila.

PREDSTAVITEV VIDEOKASET »ZDRAVJE – NAŠE NAJVEČJE BOGASTVO«

Danica Rotar-Pavlič

V letu 1994 je Komisija za informacije pri Slovenskem zdravniškem društvu v sodelovanju s Televizijo Slovenija posnela 75 oddaj, zasnovanih v obliki informacije o posameznih boleznih in priporočilih za njihovo preprečevanje.

Pobudo, da bi nekatere oddaje prenesli na videokasete, je Slovenskemu zdravniškemu društvu posredoval redaktor TVS, gospod Andrej Šmuc, temeljila pa je na predhodni oceni gledanosti 5–10-minutnih televizijskih oddaj »Zdravje – naše največje bogastvo«. Gradivo vseh 75 oddaj je strokovno pregledal predsednik strokovne komisije pri SZD, prof. dr. Slavko Rakovec. K sodelovanju so pritegnili tudi prim. dr. Marjana Mramorja, direktorja CINDI Slovenija, in strokovno sodelavko Društva pljučnih bolnikov Slovenije, dr. Jasnó Čuk.

Prvotno 60-minutno videokaseto je projektna skupina razdelila na tri, povečala pa se je tudi naklada (s 500 na 1500 videokaset). Prva videokaseta, ki nosi naslov »Zobje – ogledalo zdravja«, seznanja gledalca z naslednjimi vsebinami:

– kako ohraniti mlečne zobe zdrave (avtorica prim. dr. Danica Homan),

– zobje in prehrana (dr. Mihaela Sket),

– otrok in strah pred zobozdravnikom (prim. dr. Marta Škapin),

– zobje, ogledalo zdravja (prof. dr. Matjaž Rode).

Druga videokaseta je nastala v sodelovanju s pooblaščenimi zdravniki CINDI Slovenija, ki so se pri snemanju oddaj osredotočili na priporočila Svetovne zdravstvene organizacije, s katerimi želijo zmanjšati dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih degenerativnih bolezni. Svojo strokovno pomoč so pri snemanju CINDI videokasete prispevali: dr. Mateja Bulc, dr. Vida Tršan, prim. dr. Anton Gradišek, dr. Jasna Čuk, dr. Martina Jež in dr. Milena Kovač-Blaž. Pri snemanju prispevka »Preprečimo kajenje že pri šolarjih« je sodelovalo Društvo pljučnih bolnikov Slovenije. Na videokaseti, ki nosi naslov »Zdravje za vse«, so zajeta priporočila za preprečevanje nekaterih kroničnih bolezni, predvsem pa z

– normalnim in zvišanim krvnim tlakom,

– normalnim in zvišanim krvnim sladkorjem,

– telesno dejavnostjo in športom,

– preprečevanjem kajenja pri šolarjih,

– zdravo prehrano in čezmerno telesno težo.

Vsebina tretje videokasete z naslovom »Zdravje – naše največje bogastvo« govori o težavah in boleznih, s katerimi se v vsakdanjem življenju pogosto srečujemo. Prim. dr. Rasta Rakar je avtorica nasvetov o prehladnih boleznih in črevesnih okužbah. Prispevek o tem, kako si pomagati pri glivičnih boleznih kože, je pripravila prof. dr. Majda Lunder. Klopi predstavljajo predvsem v našem prostem času vse pogostejšo nadlego. Odgovore na vprašanje, kako se zavarovati pred njimi in katere bolezni so za nas ob njihovem vbodu nevarne, je na videokaseti zbral prof. dr. Franc Strle.

Videokasete so zaradi velike preventivne naravnosti namenjene vzgojnovarstvenim organizacijam, zdravstvenim zavodom, šolam in tudi širši javnosti. Slovensko zdravniško društvo in Televizija Slovenija sta se ob izidu videokaset zahvalila donatorjem: Ministrstvu za zdravstvo RS, Uradu WHO RS in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Trženje videokaset je prevzela Založba kaset in plošč RTV Slovenija, ki v prednaročilu omogoča ugodnejše cene.

Čeprav je bilo v izdelavo videokaset vloženo veliko truda, pa člani Komisije za informacije razmišljajo že naprej. Želijo namreč izdati še videokaseto z nasveti za predšolsko obdobje, posneli pa so tudi prispevke o boleznih kostno-mišičnega sistema in njihovem preprečevanju.

RAZSTAVA 23 SLIKARJEV ZA ZDRAVNIKE BREZ MEJA

Bled, 11. – 13. maj 1995

Jože Drinovec

Ponudila se nam je izjemna priložnost, da smo na 132. rednem letnem srečanju Slovenskega zdravniškega društva na Bledu v hotelu Park lahko videli grafična dela najbolj znanih svetovnih slikarjev. Organizacija »Zdravniki brez meja« je izdala izjemno grafično serijo, mapo 23 grafik večjih dimenzij v 100 izvodih. Serija je že razprodana. Razstavo je leta 1994 v galeriji l'Orangerie du Jardin du Luxembourg v Parizu odprl sam predsednik Francije Francois Mitterand.

Zbirka je bila na srečanju zdravnikov prvič predstavljena v Sloveniji, ob letošnjem grafičnem bienalu bo kasneje na ogled v galeriji Kolizej Visconti Fine Art na Gosposvetski 13 v Ljubljani. Tistim, ki smo si ogledali razstavo, se je nudila izjemna priložnost, izjemno umetniško doživetje. Srečali smo se z nekaterimi največjimi še živečimi svetovnimi slikarji, kot so Katalonec Tapiés, Američan Lichtenstein, Španec Chillida, tudi že umrlim avantgardnim slikarjem Rauschenbergom in drugimi. Razstava je združevala tako anglosaksonsko kulturno področje kot tudi germansko in romansko, igrive linije Wesselmana, pop-artističnega Lichtensteina, kot abstraktnega Veneta, Tapiésa, Plense in Jenkinsa, pa do klasičnega Fischla in Balthusa. Relativno velike slike so morda bolj zanimive za urade kot za zasebne zbirke. V celoti razstava odraža tako kvaliteto slikarstva druge polovice našega stoletja v Evropi, delno pa tudi v ZDA. Hvaležni smo lahko, da je velika večina razstavljenih grafičnih listov še na voljo tudi za Slovence.

Organizacija »Zdravniki brez meja« je nevladna, neprofitna humanitarna organizacija. Izkupiček od prodaje razstavljenih grafik so namenili žrtvam vojne v Bosni in Somaliji. Poskušali so povezati humanizem in umetnost. Ob vsem priznanju pobudnikom, organizatorjem in slikarjem je to hkrati tudi priznanje nemoči in celo hipokrizije razvite družbe do vojn in trpljenja v njeni neposredni bližini in tudi nekoliko dlje.

Slovenskim zdravnikom so s polno razumevanja razstavo omogočili galerija Kolizej, firma za zobozdravstveno opremo Korum in mojster za okvirjanje Stanislav Vrhunc.

Tudi med zdravniki in v medicini kakovost in prizadevnost lahko skrajšata zaostanek za svetom na sprejemljivo mero.



Antoni Tàpies: Upanje



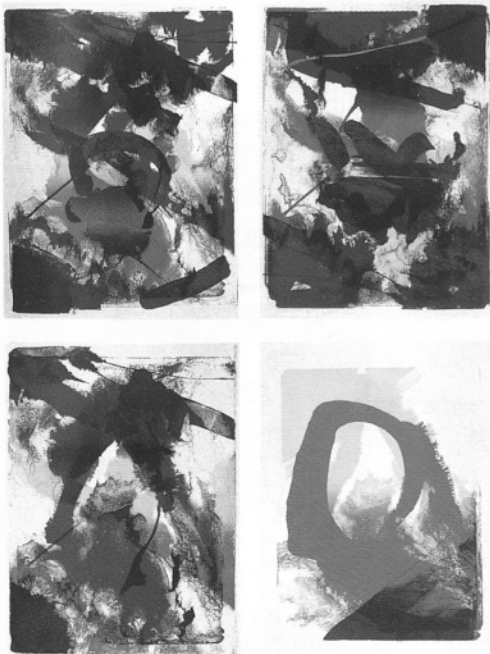
Tom Wesselmann: Monika v obleki z Motherwellom



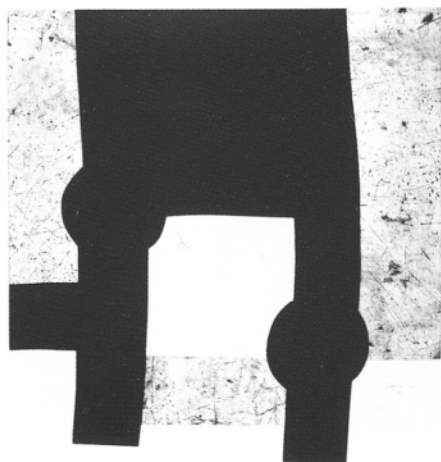
Louise Bourgeois: Vibar nad Saint Honorejem



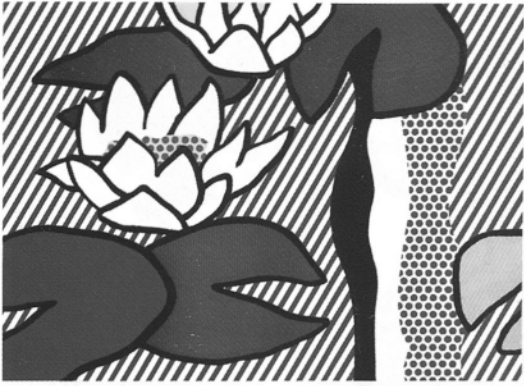
Pierre Alechinsky: Milano



Paul Jenkins: Vidiki Amadeusa in ostalih



Eduardo Chillida: Zdravniki brez meja



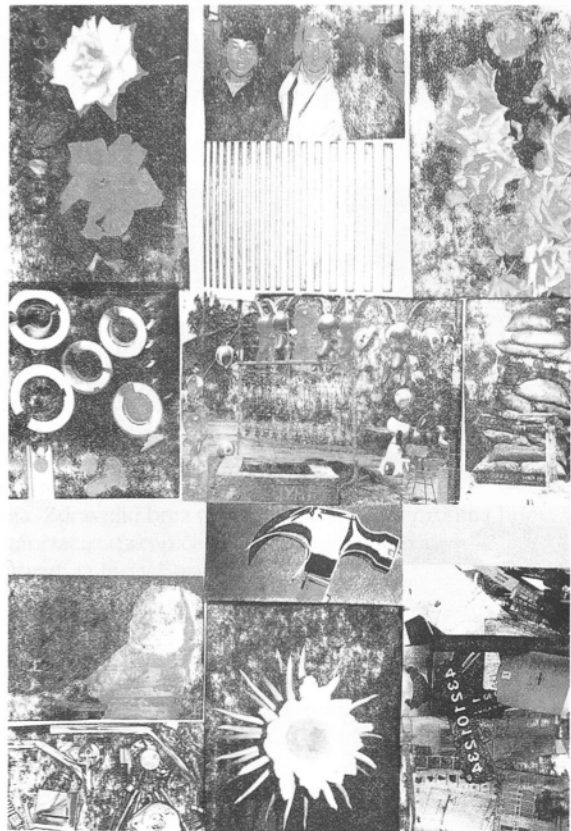
Roy Lichtenstein: Lokvanji



Sandro Chia: Sarajevo



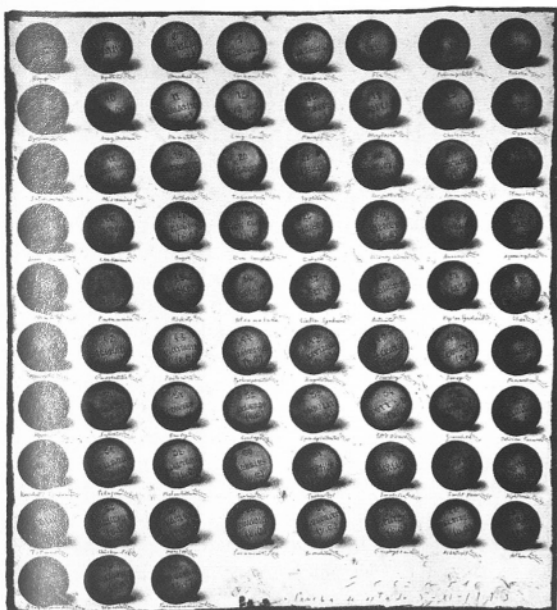
Mimmo Paladino: Brez naslova



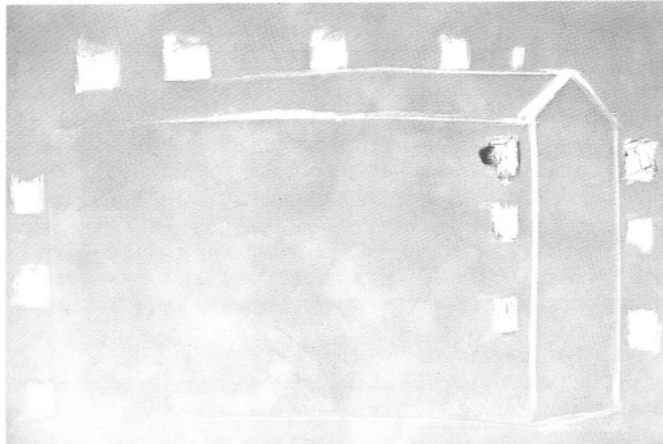
Robert Rauschenberg: Čar in škoda



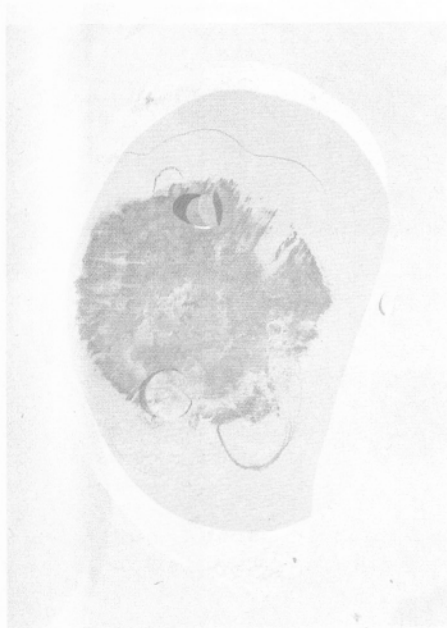
Eric Fischl: Brez naslova



Jaume Plensa: Dvojčki



Enzo Cucchi: Brez naslova



José Maria Sicilia: Brez naslova



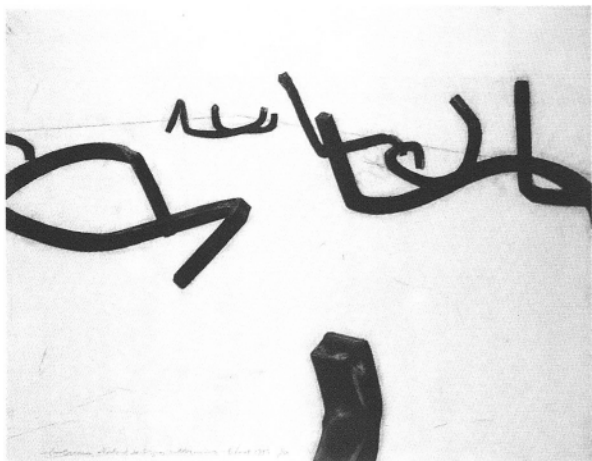
Mimmo Rotella: Marilyn



Alighiero e Boetti: Pulcinella



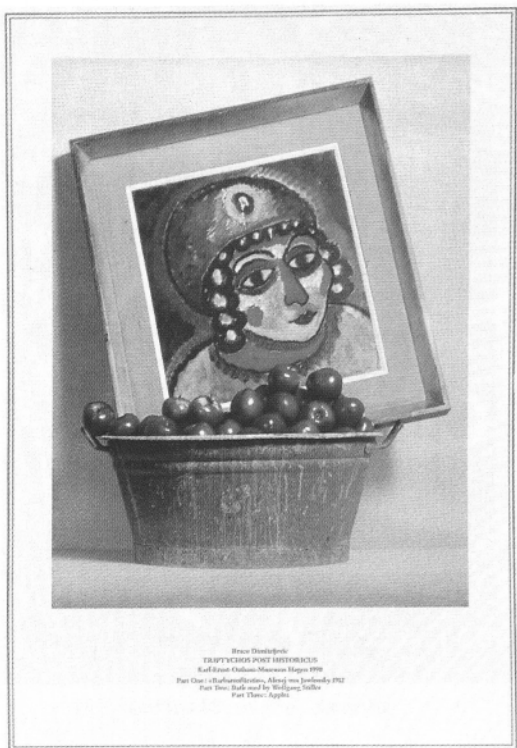
James Rosenquist: Lutka v celofanu



Bernar Venet: Kombinacija slučajnih nedoločnih linij



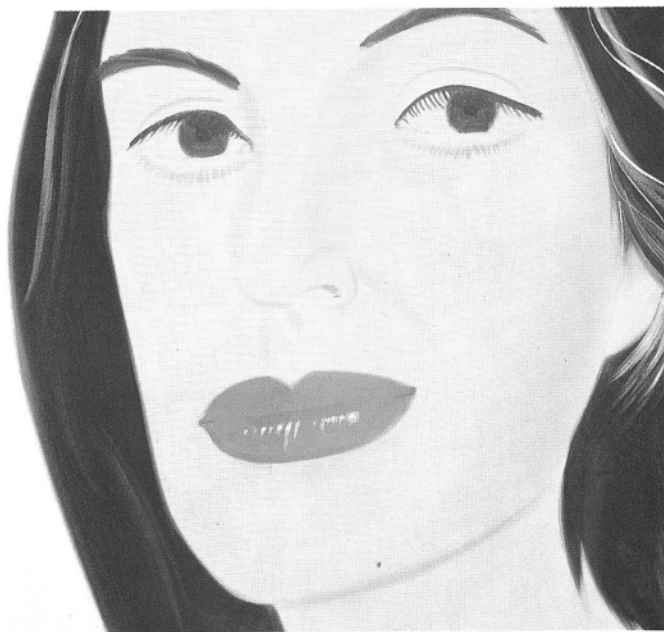
Baltbus: Valérie



Braco Dimitrijević
 TRAJNOČIN POKI SHERBOROLE
 Karl Ernst Osthaus Museum Hagen 1990
 Part One: 1. Harkensdillchen, Altona 1988, Isambard 1912
 Part Two: Bala and by Wolfgang, Salka
 Part Three: Apple

Braco 3

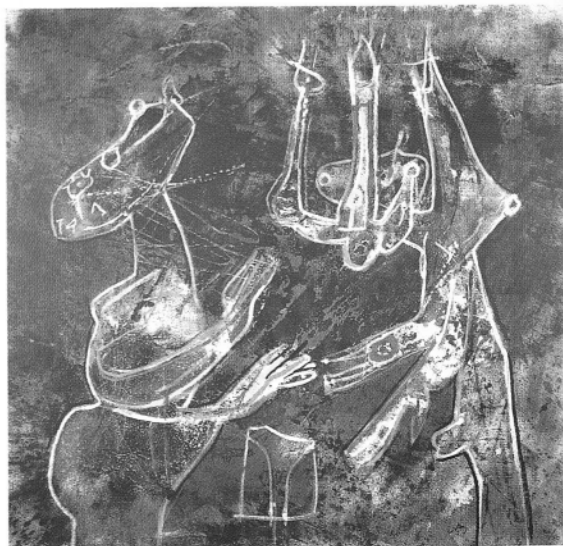
Braco Dimitrijević: Posthistorični triptih
 «An apple a day keeps the doctor away»



Alex Katz: Adin portret



Ana Mercedes Hoyos: Porcelan

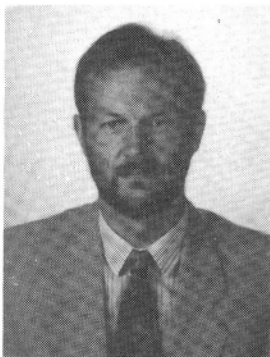


Roberto Matta: Moje risbe

Aktualni pogovori

POGOVOR UREDNIŠTVA ZV Z G. MIHO LAMPREHTOM

Miha Lampreht se je leta 1957 rodil v Mariboru, kjer je obiskoval gimnazijo. Polovica njegovega razreda se je med drugim učila ruščine, polovica pa francoščine. Ironija usode je bila med drugim v tem, da je bil v polovici, ki je prisegala na francoščino in tudi na končni izlet v tedanjo Sovjetsko zvezo ni šel. Po končani gimnaziji se je vpisal na ljubljansko Pravno fakulteto, kjer je tudi diplomiral. Zadnje leto študija je bil štipendist RTV Slovenija in tam se je po diplomi tudi redno zaposlil. Za radijske programe je poročal o aktualnih političnih dogodkih z raznih koncev sveta: od Zimbabveja do Cipra, od Pekinga do New Yorka, kasneje iz Indije. Prosti čas je izkoriščal za treninge in alpinizem. Od leta 1985 je intenzivneje spremljal politične procese v dveh socialističnih



kolosih, na Kitajskem in v Sovjetski zvezi. Leta 1989, ko je bil urednik radijskega zunanjepolitičnega uredništva, je kandidiral za dopisnika v Moskvi. Tja je še decembra istega leta odpotoval kot skupni dopisnik RTV in časopisa Delo. Jeseni leta 1991 sta se hiši ločili in ostal je v Moskvi kot dopisnik RTV.

ZV: Kako se počutite kot dopisnik RTV Slovenije, kot ste Vi, enkrat na drugi strani mikrofona, ko odgovarjate, namesto, da bi spraševali?

ML: Po službeni dolžnosti navadno jaz vodim razgovor. V izrednem primeru, kot je intervju z Vami, pa sem pripravljen zamrežati vlogo.

ZV: Kaj je pravzaprav dopisnik v tujini? Je predvsem novinar ali tudi diplomat in celo politik?

ML: Prepričan sem in želel bi, da bi bil predvsem novinar. Če zadevo malce karikiram, pa je dopisnik za radijsko in televizijsko hišo v bistvu gumb na vstopu v dvigalo. Matični redakciji nanj pritiskata skladno s svojimi zahtevami in potrebami, od dopisnika pričakujeta in naročata aktualne teme, ki jih potem uvrščata v programske sklope, predvsem v radijski in televizijski dnevnik.

ZV: V Moskvi ste že šesto leto? Ste človek, ki živi v tuji deželi, kot je ta, tudi uživi vanjo, celo naveže? Ima to morebiti vpliv na Vaše delo?

ML: Prav gotovo v podzavestni sferi drži, da ga začenja velik sistem, velika država, politika nehotne determinirati in da se mu ta dežela in ljudje, predvsem ljudje, žal pa tudi politika, da mu zleze pod kožo. Zato ob Vašem vprašanju, v zaščito dopisnika kot človeka postavljam tezo, da ni pametno predolgo vztrajati v tujini in se odtujiti od domovini. Naravno je, da se vračaš h krogu ljudi, ki so ti blizu, prijateljev, ki jih imaš rad, okolju iz katerega si zrasel in v katerega se vračaš. Nekajletno bivanje v tujini v človeka vnese določeni nemir, nove poglede, ki jih ni več mogoče izključiti, tudi

ko se vrneš v domače okolje. Nikoli več nisi indiferenten do sveta, ki si ga poznal, do te države, naroda, s katerim si prej delil, če simbolično povem, »mizo in posteljo«. S tem svetom sem bil praktično povezan 24 ur na dan po službeni dolžnosti in po svojih osebnih nagnjenjih. Poudariti pa moram, da doživljam dve državi. Prišel sem iz neke prejšnje države – bila je to bivša Jugoslavija – v neko prav tako prejšnjo državo – bila je to bivša Sovjetska zveza. Živim v sedanji Rusiji in se jeseni vračam v sedanjo Slovenijo. Gre za mnogoplastni proces, v katerem se včasih ni prav lahko znajti.

ZV: Rusijo poznamo iz velikih literarnih in glasbenih del, pa tudi iz zgodovine kot imperialno in vojaško silo, kot velikansko deželo, bogato s surovinami, a precej surovo do svojih ljudi v njeni zgodovini...

ML: Gogolj je nekoč dejal, da Rusija ima dve veliki nesreči. To sta ceste in idioti. Današnja Rusija kot naslednica bivše Sovjetske zveze ima poleg tega še kakšno drugo težavo in druge probleme. Rusijo moramo gledati v nekem zgodovinskem kontekstu bližnje in bolj oddaljene preteklosti. Če spremljamo samo obdobje minulih desetih let, od začetka Gorbačovove perestrojke leta 1985 do sedanjega t.i. post-perestrojičnega obdobja, vidimo, da so se dogodki v tedanji Sovjetski zvezi gibali v intervalih. Ciklično nihanje se je ponavljalo približno na dve leti. Kritična leta so bila 1985, 1987, 1989, 91, 93 itd., ko se je vsakič zgodilo nekaj prelomnega. Npr.: leta 1989 je tudi po zaslugi Mihaila Gorbačova padel berlinski zid, leta 1991 je razpadla Sovjetska zveza, to je bil t.i. operetni prevrat avgusta 1991. Leta 1993 je Jelcin radikalno obračunal z opozicijo. Živimo v letu 1995, ko Rusija pričakuje parlamentarne volitve in potem tudi predsedniške volitve. Upal bi si trditi, da smo še vedno na pragu velikih sprememb, kajti boj za t.i. imperijsko dediščino se je še le dodobra začel. Na vse te procese moramo gledati z vidika nastajanja, preobrazbe in nič ni dokončno. Tudi ne na poskus radikalne gospodarske reforme, zaradi katere je obubožalo milijone ljudi, pa tudi ne na zaklinjanja sedanje oblastne strukture na partnerstvo z Zahodom itd. Vse to, kar se dogaja danes, je samo delček neke velike zgodovine neke velike civilizacije, kljub vsem krutostim, zelo velike civilizacije. Ko se je Solženicin vrnil iz Amerike, je nekoč dejal, da bo nemara Zahod še potreboval rusko izkušnjo oz. to veliko zgodovinsko kulturno civilizacijsko izkušnjo za svoje preživetje. Z vidika današnjih dogajanj v Rusiji, ko gre za obdobje, ki je v mnogočem za milijone paradoksnost in duševno prelomno, zveni to morda abstraktno. Ampak, vse to je samo začetek nekega velikega preoblikovanja.

ZV: Ali ni šla Rusija skoraj neposredno iz fevdalizma v socializem? Ali ni tudi najbolj zgodnje in grobe oblike kapitalizma izpustila in jo zato to v tudi najbolj primitivni obliki še čaka?

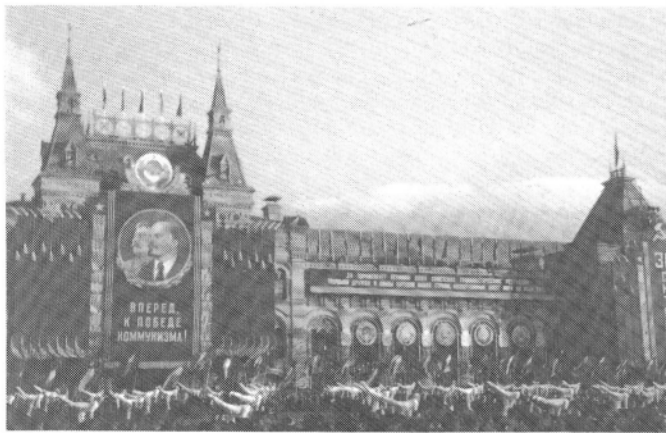
ML: Poglejte, 70 let komunizma je veljalo geslo »gradimo komunizem!« Jelcin je v navezi z beloruskim in ukrajinskim predsednikom razpustil veliko državo, socialistični imperij, Sovjetsko zvezo. Zakaj je preklical sporazum o ustanovitvi Sovjetske zveze? Zato, da je lahko obračunal s svojim nasprotnikom Gorbačovom. Jelcin je njegov antipod. Razpustilo se državo, da so z oblasti odstranili Mihaila Sergejeviča. Gorbačov med drugim ni bilo jasno, kaj naj dejansko naredi. Neizpodbitno je, da je narod pod njim zadihal svobodnejše, prav tako, da se je vzhodna Evropa preoblikovala brez večjega preliivanja krvi. Rusija je začela svojo veliko gospodarsko preobrazbo, izbrala pa je takšen sistem, ki je najbolj boleč in najbolj radikalen. Politiko ekonomske liberalizacije zo začeli ljudje, ki niso imeli prakse. Monopolizirana in militarizirana ekonomija je zatirala milijone, večino svojega naroda. Ampak »vrhuška« v tedanji Sovjetski zvezi, t.i. nomenklatura, šlo je za okrog 2 milijona ljudi, je živela zelo dobro, celo mnogo bolje, kot marsikdo na Zahodu. Jelcin pa je z velikim liberalnim eksperimentom poskrbel za graditev nomenklature kapitalizma, za ljudi, ki so bili prej na oblasti, v mislih imam predvsem celotno uradništvo. Partije sicer ni več, zato pa ni več podrejenosti

in nadrejenosti in tudi ne nadzora. Zrušili so stari sistem, niso pa pripravili modela za novega.

ZV: Prvi lastniki nepremičnin so torej iz biušje nomenklature, vojske, varnostnih služb – ljudje, ki so imeli informacije in s tem moč?

ML: Najbrž to drži, čeprav tega ni mogoče dokazati. Nekaj moramo Jelcinu vendarle priznati. Ima neverjeten občutek za politiko, ali ga je vsaj imel. Politike pa kaže uresničevati revolucionarno, ampak evolutivno. Za Jelcina pa ima človek občutek, da še sedaj stoji na tistem tanku iz avgusta leta 1991, ko je govoril proti t.i. »gekačepistom«.

Sistem razbijanja državne lastnine in pridobivanje velike osebne lastnine v zelo ozkem korgu t.i. novih ruskih bogatašev je proces, ki ni v širšem družbenem interesu. Pričakujem, da se bo zalomilo in da bo prišlo do systemskega nasprotovanja. V Rusiji se je končal vladni ekonomski projekt »vavčerne« privatizacije, v teku je denarna privatizacija. Po uradnih podatkih je že 111 tisoč podjetij privatiziranih. To so zlasti najuspešnejša storitvena podjetja, ki uradno ustvarjajo okrog 62% bruto družbenega prihodka. Po drugi strani pa prihaja do takšnih paradoksov, da se privatizirajo ali »prihvatizirajo«, kot ironično pravijo Rusi, območja v Rusiji, regije, ki so večje od evropskih držav, od marsikakšne evropske države. Mislim, da je danes velik ruski izziv v tem, kako legalizirati tako privatizirana sredstva. Vemo, da je v tujini vsaj 100 milijard dolarjev, po besedah Žirinovskega celo več kot 200 milijard dolarjev umazanega denarja, ruskega kapitala, ki seveda ni legaliziran. Ena od možnosti, kako bi Rusija lahko dosegla svojo strukturno preobrazbo in se približala državi, ki bo imela konkurenčno in učinkovito gospodarstvo je, data kapital pritegne v Rusijo in s tem preide v ekonomsko ekspanzijo. V ruski državni Dumi želijo sprejeti zakon o lobijih in zakon o amnestiji. Gre za amnestijo nosilcev takšnega kapitala. Rusija je pred problemom, kako legalizirati oz. oprati umazani denar ter ga usmeriti v investicije doma.



Parada v Moskvi 7. novembra 1955.

ZV: Kdo ima moč v Rusiji? Zagotovo ne Jelcin sam, koliko vplivajo nanj razni lobiji, tudi vojaški, varnostni in drugi?

ML: Prvi člen ruske ustave govori, da je Rusija pravna in demokratična država. Lahko rečem, da Rusija ni ne eno ne drugo. Vsaka ustava je pisana za čas, ki šele prihaja. V Rusiji govorimo, da še vedno živi sovjetska oblast, nomenklatura oblast, ki ima v bistvu vse vzvode odločanja v svojih rokah. Npr. Jelcin je lani iniciral podpis t.i. sporazuma o državni spravi. Podpisale so ga vse najvplivnejše strukture, formalne in neformalne. Gre skratka za podpis sporazuma o delitvi nacionalne pogače. Vendar bo ta sporazum držal tako dolgo, dokler bo ravnovesje strahu in moči.

Danes Rusija ima parlament, ima peto državno Dumo, ki je produkt velikega ideološkega obračuna iz leta 1993 z mandatom za dve leti. Rusija ima vlado. Ampak kdo v tej vladi sprejema odločitve? Lobiji. Energetski lobij (nafta–plin), vojaški lobij in agroindustrijski lobij. To so tri odločujoči eksponentni, ki oblikujejo rusko ekonomsko in najbrž tudi splošno politiko. Rusija je nominalno federacija. Po drugi strani vidimo, da je Rusija še vedno center nekega malo manjšega imperija, manjšega od bivšega sovjetskega. Rusija drži v rokah vso proračunsko politiko. Tistega, ki ji je všeč, subvencionira, drugega pa ne. Nekatere regije prejema samo 10% sredstev, druge, režimu in centralni oblasti bolj naklonjene, pa do 70% sredstev. Prej so pravili, da je oblast v rokah ljudstva, v imenu tega ljudstva je odločitve sprejemala Komunistična partija SZ. Jelcin je zrušil partijo, sprožil proces privatizacije, oblast je pa ostala v rokah istih nosilcev, le njihova imena so se spremenila. V Rusiji je še vedno sovjetska oblast, sovjetski človek živi naprej.

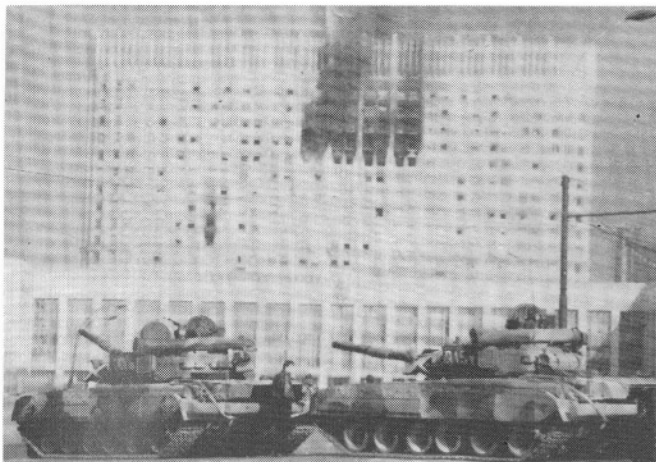
Med odločujoče lobije moram prišteti še armado in vojaško industrijski lobij, ki pa sta bolj sofisticirana, kot so bile prejšnje službe kljub nekajkratnim hudim reorganizacijam KGB.

ZV: Boleči rani Rusije sta korupcija in mafija. Kje so njune korenine? Sta imenovana bolezenska simptoma specifika današnje Rusije? Kako uspešna so prizadevanja za odstranitev teh nadlog?

ML: Prvič, Rusija gradi kapitalizem, ki ga nikjer na svetu več ni. Drugič, Rusija imitira boj s kriminalom in korupcijo. Zakaj imitira? Zato ker ta kriminal in ta korupcija povratno determinirata oblast samo. In bojim se, da korenine oz. te veje korupcije, ne bom rekel kriminala, segajo do Kremlja. Ne bom rekel, da za časa Gorbačova, ni bilo tega, ampak pravila vedenja so bila drugačna. Danes pa ta gigantska finančna moč dopušča stvari, ki si jih v normalnem svetu človek enostavno ne more zamisliti. Vsak prehod, vsaka t.i. tranzicija povzroča neka otroška bolezenska stanja. Hudo je, če ta bolezenska stanja postanejo način življenja neke družbe. V Rusiji danes lahko ubijajo kogarkoli, za zelo majhen denar, za steklenico vodke. Pavperizacija množic je dosegla takšen nivo, da so ljudje pripravljani na vse. Pravni sistem ni izgrajen, v Rusiji še vedno velja t.i. telefonsko pravo. Načelnik telefonira na ustrezno mesto in s tem javno tožilstvo sproži zadevo. Moč denarja pa omogoča, da se zadeva sproži, razkrije ali pa tudi prikrije. Niso razkrili uboja novinarja Holodova, niti direktorja TV kanala Ostankino Listjeva.

ZV: Ob zrušenju sistema v Rusiji je bil Zahod euforičen, predstavljal si je hitro vključevanje Rusije v zahodni svet. Ali se Vam ne zdi, da takšna pričakovanja niso temeljila na realnosti?

ML: Začeli smo z Gorbačovom. Gorbačov je najbrž ena najbolj tragičnih figur v sovjetski zgodovini. To najbrž ni bila njegova napaka, ampak usoda. Ta sistem se je moral zrušiti, ni pa se zrušil slučajno. Bivši ameriški državni sekretar James Baker je dejal, da je razpad Sovjetske zveze največje darilo Ameriki. Mislim, da je Zahod v svoji politiki do Rusije neiskren. Sploh je vprašanje iskrenosti v politiki zelo relativno. Zahod po eni strani zagovarja politiko partnerstva, sodelovanja na vseh področjih, po drugi strani pa spet izjavlja, da so ZDA oz. zahodni svet edini zmagovalci hladne voje. Kakšno pa je lahko partnerstvo med poraženci in zmagovalci? Zahod ima svoje račune in tudi velike bojzani. Rusija je edina naslednica jedrskega arzenala bivše Sovjetske zveze. Ukrajina, Belorusija, Kazahstan so formalno to orožje, strateško jedrsko orožje, predale. Ampak Rusija danes razpolaga z okrog 24 tisoč jedrskimi konicami. In dokler ne bo prišlo do takšnega dogovora, ki bo zagotavljal, da jedrske konice ne bodo več nevarne, mora zahodni svet spoštovati Rusijo in njeno vsakokratno oblast kot jedrsko velesilo z vsemi posledicami. Vedno je možnost, da po legalni poti, na prihodnjih volitvah pride na oblast bodisi ruski nacionalist bodisi ruski šovinist, ki bo zaigral tudi na karto jedrskega orožja. In Jelcin objektivno gledano danes, kakr-



*Začetek napada na ruski parlament po ukazu Jelcina 4. 10. 1991
(fotodokumentacija Dela)*

šenkoli je, Zahodu ustreza. Ker je v tem z vidika geopolitike in varnosti še vedno razumen politik. V zvezi s tem pa velja spomniti na vprašanje že omenjenih cikličnih nihanj v Rusiji. Leto 1995 in posledično leto 1996. Kdo bo naslednik in kakšna bo politika? Priča smo bili kratkotrajnega infantilnega proamerikanizma, ki ga je svojčas zagovarjal Andrej Kozirjev, pa tudi enakopravnjšega partnerstva z ZDA. To se bo v Rusiji najbrž opredelilo najprej s parlamentarnimi volitvami. Vprašanje je, ali se bo Jelcin odločil, da kandidira na predsedniških volitvah junija 1996 ali ne. Sam izjavlja, naj bodo predsedniške volitve v ustavnih rokah. Jelcinova stranka, to je stranka oblasti, bo po izidu parlamentarnih volitev najbrž storila vse, da bo ohranila kontinuiteto vladanja. V tem primeru je mogoče, da se bo Jelcin, če mu bo seveda zdravje dopuščalo, zatem pojavljal v javnosti samo še ob velikih nesrečah ali pa ob velikih praznikih. Nekaj podobnega je bilo proti koncu Brežnjeva, kot tudi davno prej, za časa ruskih carjev, med 400-letno dinastijo Romanovih. Vse opcije so danes odprte.

ZV: Ali se ne ustvarja danes v Rusiji in okrog Rusije ponovno nek imperij, ki ima dejanski vpliv tudi na sosednje države, čeprav ne tako neposreden kot pod Brežnjevom ali pred njim? Ali ni na pohodu tudi nacionalizem? Kolikšna je možnost za prevlado populizma ali ekstremnega nacionalizma tipa Žirinovskega?

ML: To vprašanje je zelo na mestu. Poskušal bom odgovoriti s citatom. Že pisatelj Tolstoj je rekel, da je patriotizem zadnje pribežališče pokvarjencev. To lahko marsikdo aplicira tudi na jugoslovanske razmere. Ponavljam: jugoslovanske razmere. V Rusiji je prišlo do velikega, množičnega psihičnega preloma, kajti 25 milijonov ljudi je z razpadom Sovjetske zveze ostalo zunaj meja matične države. Govorimo o t.i. etničnih Rusih. Fluktuacija oz. boljše emigracija iz t.i. bližnjega ali daljnega zamejstva, kot Rusija imenuje še vedno tiste geopolitična področja, na katerih je ostala njena diaspora, dobiva na vplivu. Vse več ljudi prihaja v Rusijo. Z vidika čiste politike je Žirinovski v tem pogledu več politik, kajti hitro, žal pa predvsem nevarno izkorišča rusko nacionalno vprašanje. Sicer pa, kot je nekdo zapisal: »Med norcem in genijem je samo en korak, nekateri ljudje pa se radi sprehajajo.« Tragedija pa je v tem, da sta tako Jelcin kot Kozirjev začela povzemati isto retoriko in isti politični jezik, ki ga je na volitvah 12. decembra 1993 lansiral Žirinovski. Rusija je pred dilemo zaščititi ali ne zaščititi svoje brate v t.i. zamejstvu, za kar seveda ni nobenega legalnega razloga. To so suverene države, 15 bivših sovjetskih republik. Če jih ne zaščititi, tvega da izgubi politično podporo in možnosti za uspeh na prihodnjih volitvah. Če igra na politiko zaščite svoje diaspore na tujem, jo bosta Zahod in Svet Evrope obtožila, da se gre imperialno politiko. Rusija mora najti neki modus vivendi. Po drugi strani pa

je tudi res, da npr. Rus v Estoniji ali Latviji, kjer ponekod živi že 300 let, nima državljanских pravic. Rusija ima razloge za zaskrbljenost in za izražanje zaskrbljenosti in za zaščito svojih sonarodnjakov. Seveda pa mora sprejemati tudi mednarodno sprejete norme. Zaenkrat tako Jelcin kot Kozirjev nekritično rožljata s temi pojmi, celo grožnjami. Veliko vprašanje pa je, če pride na oblast pravi nacionalist npr. Žirinovski. Če želi Jelcin zmagati in nadaljevati svojo politično pot, bo najbrž storil dvojce. Distanciral se bo od rezultatov ekonomske reforme in se zavzel za zaščito svojih sonarodnjakov na tujem. S takšnimi gesli bo Jelcin lahko vzel glasove tako komunistom, tako ultranacionalistom, t.i. demokratom. Lahko se zgodi, da bodo v prvem krogu volitev trije kandidati, tretji ne bo zbral dovolj glasov. V drugem krogu se bo Jelcin soočil s samim sabo. Karikirano rečeno, s kandidatom demokratične opozicije. Ker ima v rokah celoten aparat in ker lahko volilni zakon o elektronskem štetju glasov elektorata v smeri manipulacije, to lahko zagotovi v končni posledici podaljšanje mandata oz. drugi predsedniški mandat. Vsekakor bo zmagala stranka, ki se ne bo istovetila z zahodnimi normami in s prozahodno usmeritvijo, ampak tista, ki bo poudarjala pravoslavje, veliko državnost, domoljublje. Če se vrnemo k Tolstoju, tisto domoljublje, ki je zadnje zatočišče pokvarjencev. To se je zelo lepo pokazalo v Čečeniji.

ZV: Čečenija je zelo odmevala ne le v svetu, ampak tudi v Sloveniji. Zaradi Čečenije je bistveno manj ljudi prišlo na poslovilno slovesnost ruskega odpravnikarja poslov v Ljubljani. Katere so prave korenine čečenske krize in kakšna je dejanska politična in morda tudi druga škoda, ki jo je Rusija doživela zaradi Čečenije? Slovenci smo na to še posebej občutljivi, ker smo dobili pouk, da bi se lahko kaj takega zgodilo tudi nam.

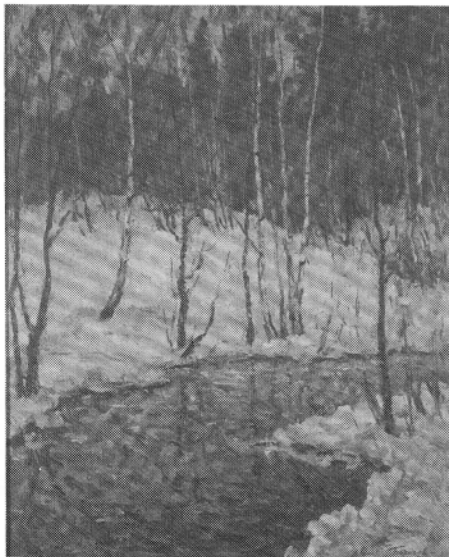
ML: Čečenija je eklatanten primer, kako Rusija uporablja politiko dvojnih meril. Z nekaterimi republikami v sestavi ruske federacije se je dogovorila za podpis t.i. asociativnih sporazumov s centralo. To je dosegla s Tatarstanom, pripravlja se takšen sporazum z Jakutijo, z Baškirijo. Čečenija pa tri leta po razglasitvi neodvisnosti doživlja iztrebljanje naroda in Rusija na majhni inislamski Čečeniji razkazuje svoj militantni duh in vojaške mišice. Potrebno pa je



*Eksodus Čečencev iz razrušenega Groznega 1995
(fotodokumentacija Dela)*

dodati, da nihče v tej vojni ni angel, kot ni angelov v nobeni vojni. Dudajev prav gotovo ni angel. Uvajal je hudo represijo do svojih sonarodnjakov v duhu stare maksime »Kdor ni z nami, je proti nam!« Ampak pri vsej zadevi bo ruska vlada nekoč morala pojasniti še nekaj: Rusija in tisti lobij, ki smo ga omenili, je preko Čečenije v minulih treh letih na črno prodala vsaj 30 milijonov ton nafte. Ta

denar nekje je. Tukaj gre za sklop problemov. Rusija je morda zavestno, morda povsem po spletu okoliščin uprizorila to vojno. V boj je pošiljala nabornike, v začetku kot »hrano za topove«. S tem so ustvarili veliko averzijo do vojske kot institucije, in občutek, da je nemočna, zanemarjena, po zaslugi razorožitvenih sporazumov dotolčena. Generali so dobili v svoje roke adut: vojska doslej ni bila zadostno proračunsko financirana itd. Dosegli so navidezni protučinek, v bistvu pa zaželeni, kar se že kaže v nastopih obrambnega ministra Rusije generala Gračova, ki se malone trka po prsih, čeprav je prav on rekel, da je s Čečenijo in z Groznim ter Dudajevim mogoče obračunati v dveh urah in z dvema desantnima polkoma. Vojna v Čečeniji traja že peti mesec in mislim, da bo glede na naravo čečenskega naroda, ki je v zgodovini že doživel dva genocida (zadnji je bil stalinski), obsojena na več let trajanja. Tudi če iztrebijo večino Čečencev, bo ta vojna prisotna vsaj še nekaj let v obliki diverzij, v obliki partizanskega bojevanja itd. Ampak generalno spoznanje ob tem pa je: Čečenija je za Rusijo izgubljena, pa naj bo to Rusiji všeč ali ne. Organsko v mentaliteti Čečenca je, da pomeni Rusija lahko samo zlo. Kot v vsaki vojni se kršijo vse norme, najbrž z obeh strani. Kakšen paradoks, da Rusija svojo velikost in svojo moč in veliko državo dokazuje na tako majhnem narodu, ki ga je v bistvu za dober milijon. Rusija je dokazala, da nima nobene politike (federalne politike) graditve federacije in da se v bistvu v mentaliteti ruskega vodstva ni prav dosti spremenilo. Še enkrat poudarjam, režim Dudajeva ni nedolžen. Zgledi pa vlečejo. Še nekaj je, in zadeva predvsem Zahod. Zahod ve, da zaradi Čečenije ne more pretrgati odnosov z jedrsko velesilo. Zahodni politiki od Kinkla do Christopherja izjavljajo večkrat marsikaj samo zaradi pomiritve lastne javnosti.



V. Borisov: *Topla zima* (1990).

ZV: *Koliko se angažirajo ruski intelektualci pri družbenih spremembah? Koliko se vključujejo v stranke, v politiko, v ljubje?*

ML: Nadaljeval bi kar iz prejšnjega vprašanja. Čečenija je posledica oktobra 1993, obračuna in pogroma nad tedanjim Vrhovnim sovjetom ruske federacije. To je logična posledica. Takrat se je uporabila sila, Zahod je na to pristal, to je neke vrste »carte

blanche«. Tragedija ruskih intelektualcev, ki so po neki sodbi iz preteklosti v glavnem destruktivna sila v Rusiji, je v tem, da so, ko je šlo za požig Bele hiše, to odobraval, ali pa molčali. V primeru Čečenije npr. je varuh človekovih pravic Sergej Kovaljov, ki je preživel 10 let v stalinskih zaporih, oktobra 1993 molčal. Morda je sedaj iz slabe vesti tako glasen, ko opozarja na krivice, ki se godijo čečenskemu narodu. Seveda se ne strinjam s tezo, da je ruska inteligenca v celoti destruktivna sila v ruskem družbenem razvoju. Vsekakor pa ni inteligenca tista, ki bo odločala o usodi, vsaj o bližnji usodi, smeri razvoja ruske federacije. Na žalost ne Nima tistih eksponentov moči. Inteligenca pride do izraza v določenih glasilih, ki pa imajo zelo majhno naklado. Merilo, koliko je dejansko močna inteligenca v Rusiji bo npr., koliko glasov bo na prihodnjih predsedniških volitvah dobil ekonomist Grigorij Javlinski, ki je tipičen predsedniški kandidat, ki bi lahko zagotovil ali zadovoljil interese ruske inteligence. A bojim se, da bodo takrat prevladali drugi interesi. Mislim, da se v Rusiji danes ne veča število ljudi, ki bi zagovarjali vrnitev v prejšnje stanje. Ogromno pa jih je, ki so razočarani nad tem, kar se je zgodilo in kar je dejansko rezultat političnega romantizma iz avgusta 1991. Vsi so tedaj podpirali Jelcina, danes mu javno obračajo hrbet. Obsojajo ga ali se v najblažji obliki od njega distancirajo.

ZV: *Nisem prepričan, da je to tipična reakcija le ruske inteligence... Premaknimo se b kulturi. Po revoluciji je mnogo urbunskih znanstvenikov, umetnikov, univerzitetnih profesorjev emigriralo. Uveljavili so se v Evropi v Ameriki, tudi v bivši Jugoslaviji. V zgodovini so bili Rusi sila sramežljivi do teh velikih dubov, ki so izšli iz njihove dežele, ki so v njej tudi začeli ustvarjati, ali pa so ustvarjali kar nekaj desetletij ter končali kot zelo slavni na Zahodu, kot npr. Chagall, Kandinsky, Šostakovič, Nurejev. Tudi njihove vrnitve v Rusijo so bile izjemno redke. Kako si razlagate komaj razumljivi fenomen?*

ML: Podobno, kot na področju likovnega ustvarjanja se je dogajalo tudi na drugih področjih. Pisatelj Solženicin je bil eden redkih, ki se je uspel vrniti. Vladimir Maksimov pa se žal ni uspel vrniti, pred nekaj dnevi je umrl v Parizu, kjer je bil priznan pisatelj in filozof. Zdi se, da je usoda velikih ljudi, da so na tujem bolj priljubljeni, kot doma (Nemo propheta in patria). Maksimov je doživel v Parizu prvi salto mortale. Najprej je v samozaložbi začel izdajati literaturo, potem pa glasilo Kontinent, v katerega so pisali vsi veliki ruski pisatelji, disidenti. V zadnjih letih pa je Maksimov kot nekdanji veliki kritik sovjetske KP in sovjetskega sistema, začel ostro pisati in govoriti predvsem o Jelcinovi oblasti, hkrati pa je ugotovil, da tisti (sovjetski) časi za povprečnega ruskega človeka in razvoj fundamentalnih znanosti, tehnologije in mnogo drugega, niti niso bili tako destruktivni, kot časi, ki jih ruski človek živi danes. Aleksander Solženicin, je v svojem prvem govoru v ruski Dumi dejal, da v Rusiji danes ni nobene demokracije, ampak vlada oligarhija. Gre za tragične osebne preobrate, prave drame. Najbrž pa imajo takšne ocene in kopernikovski premiki v duši tako velikih ljudi tudi širši vpliv, da ljudje lažje dojemajo tudi premike v življenju, na ulici, v metroju. Če si takšni ljudje dovolijo takšne izjave o tem, kar se dogaja v Rusiji, je najbrž nekaj zelo, zelo narobe. To pa ne pomeni, da ne odobravajo tržnih sprememb, boja za demokracijo, osebne svoboščine itd.

Vsaka reforma je najbrž, po čisto kmečki logiki dobra reforma, če je dobra za večino ljudi. Vsi, tudi inteligenca, opozarjajo, da bi celoten proces radikalne gospodarske, družbene in socialne in ne nazadnje duhovne preobrazbe moral teči nekoliko drugače, predvsem do šibkih socialnih slojev, kot so upokojenci, veterani, mlade družine. Vsi tisti, ki pošteno delajo, naj bi tudi dostojno živeli. Farmacevt danes npr. zasluži 135 tisoč rubljev, to je 30 dolarjev. Inteligenca, ki se ni prodala, na te stvari glasno opozarja, prav kriči. V Moskvi lahko danes vidimo razkošne avtomobile tipa BMW, Mercedes, Toyota, Lexus, ameriške limuzine in vso podobno plehkost novih ruskih bogatašev. Vendar Moskva ni Rusija, ampak je poseben konglomerat, v katerem se preliva 90%

sredstev, ki se nelegalno kanalizirajo v različne smeri in žepe. Po drugi strani pa toliko bede, revščine, ponižanja, obupanih in nemočnih, o katerih je pisal Dostojevski. Taka družba ni zdrava družba.

ZV: Sovjetska zveza je zelo skrbela za svoje športnike, ponašala se je z njihovimi vrbunskimi dosežki, pa tudi z gledališčem, predvsem baletom. V zadnjih letih opažamo upadanje rezultatov na športnem področju, ker so lažje merljivi, po drugi strani pa tudi emigracijo baletnikov, delno tudi opernih ustavrjalcev.

ML: Gre za logično posledico istih dogajanj, o katerih govoriva. Da je pač razpad velikega sistema povzročil deviacije praktično na vseh področjih, od baleta, športa, kulture, znanosti. Najbrž tudi ni slučajno, da je največji »brain flow« prav na področju jedrske tehnologije. Sovjetska država, ki je zagotovila izobrazbo vrhunskih kadrov, zahodne države pa se na račun njih oplajajo, napredujejo. To pa ne velja samo zahodne države, pač pa predvsem za Irak, Iran in Severno Korejo, kar pa že povzroča žarišča potencialne politične nestabilnosti. Del ruskih znanstevnikov je živel v razmeroma zaprtih mestih, kjer danes nimajo več osnovnih pogojev življenja in imajo mizerne plače. Zato so ponudbe od zunaj dobrodošle in privlačne. Zavzeti znanstveniki vendarle vztrajajo, kljub ponižanjem. Večina ljudi bo vendarle ostala, ker se zaveda pripadnosti neki 1000-letni civilizaciji, kulturi in kakorkoli že, velikemu narodu. Nekateri umetniki se tudi vračajo, npr. sopraniška svetovnega slovesa Galina Višnjevska, Mstislav Rostropovič, veliki violončelist. Težko je objektivno in kvantitativno ovrednotiti »brain flow«.

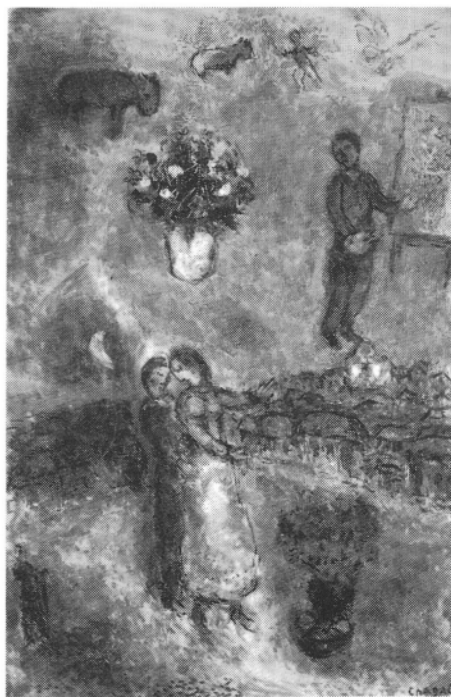
ZV: Kako pomembna je Rusija danes za Slovenijo, za slovensko politiko, njeno gospodarstvo in kako pomembna bo v prihodnjih letih?

ML: Slovenija se je varnostno in politično že opredelila, naša izbira je Zahod, zahodne, evropske in svetovne integracije, to so politično-varnostne integracije, kot je partnerstvo za mir in pa v bodočnosti sprejem v Nato. Zato je strateško sodelovanje z Rusijo omejeno. Ne glede na to je Slovenija v Rusiji še vedno v neki komparativni prednosti pred Zahodom. To velja do morebitnega trenutka, ko bi Zahod začel uresničevati svoje kapitalske prednosti. To pomeni, da bi pokupil tovarne, ali uvedel svojo tehnologijo. Sem proti temu, da bi se slovenska država vmešavala v področje dela gospodarskih subjektov in posameznikov. Morala pa bi zagotoviti minimalne legalne osnove, podpisati sporazum proti dvojni obdavčitvi, npr. z Rusijo. Podpisati sporazum o zaščiti investicij. Slovenija je pred dilemo, ki je mešanica pragmatizma in političnega tveganja, ali so namreč ti sporazumi ločena zadeva ali pa izhajajo iz krovnega, baznega sporazuma z Republiko Slovenijo in Rusko Federacijo. To pa je seveda povezano s političnim tveganjem. Kadarkoli v parlamentu poslanci sprožijo vprašanje Rusije, večina poslancev dobi izpuščaje. Pravijo: ne govorite nam o Rusiji, ne govorite nam o kvaliteti ruskih proizvodov. Pozablajo na na bistvo, da smo mi z Rusijo povezani predvsem z uvozom energetskih surovin, nafte in plina. Po drugi strani ima pa Slovenija v nekaj branžah, posebej še v farmaciji, s firmama Lekom in Krko, še prednosti pred Zahodom. Zaradi pričakovanega ruskega uvažanja carin bodo potrebne vsaj delne kooperacije z ruskimi partnerji. Mislim, da Slovenija nima nobenega razloga, da bi zaradi svoje geografske majhnosti zardevala pred Rusijo kot kmečka nevesta in da bi gledala pravzaprav v tla. Rusija nam je še vedno naklonjena.

In Rusija nam priznava, da smo zanjo zanesljiv evropski partner in da Slovenija ni del Balkana. V slovenski politiki do Rusije gre za neko verigo zamujenih priložnosti, ki pa seveda imajo svoje razloge na domači politični sceni. S približevanjem Rusije evropskim integracijam, se lahko zgodi, da se bomo po letu 1990 z njo

srečevali v le-teh, kjer bo Rusija bistveno močnejše zastopana kot Slovenija. Z Rusijo se najbrž moramo ukvarjati zato, ker se z njo ukvarjajo vse velike države, ne glede na to kakšni so njihovi dolgoročni interesi, tudi varnostni. Ukvarjati se moramo tudi zaradi pragmatičnega vidika: danes je bilaterala Rusija – Slovenija na petem mestu in po čistih dolarskih prilivih je sodelovanje Slovenija – Rusija relativno najugodnejše. Z Rusijo imamo konec koncev suficit. Veliko razlogov je, ki govorijo za sodelovanje z Rusijo ne glede na to, da nas določene stvari v oblikovanju ruske zunanje ali notranje politike lahko motijo. Mnogo pomembnejše države kot je Slovenija sodelujejo z Rusijo in ne vidim razloga, zakaj se z njo ne bi ukvarjali. Pa ne kot substitut za bivši jugoslovanski trg, ampak z neko samosvojo organsko celoto. Nekatera podjetja, kot sem uspel videti na skupnih potovanjih predstavnikov in direktorjev firm, uspešno poslujejo in tržijo v Rusiji. To so neposredne praktične potrditve najinih »akademskih razmišljanj« ali sodelovati z Rusijo ali ne. Vsekakor z Rusijo sodelovati.

ZV: Ste medijski človek, zato najbrž vprašanje naslovljeno na pravi naslov: kako Slovenija medijsko pokriva Rusijo, ne samo v političnem, ampak tudi v gospodarskem, kulturnem in drugih vidikih?



M. Chagal: Slikar nad Vitevskim (1982).

ML: Na to vprašanje lahko gledam evolutivno iz svoje kože. Slovenija je imela do septembra 1991 v Moskvi praviloma samo enega dopisnika in to dve desetletji. To je bil dopisnik Dela, od leta 1981 pa tudi skupni dopisnik Dela in RTV. Skoraj dve leti sem bil tudi sam skupni dopisnik obeh hiš. Edino pravilna je bila odločitev slovenskih hiš, Dela in RTV, da sta jeseni leta 1991 uvedli ločena dopisništva po svetu in da sta tudi v Moskvi imenovali dva človeka, dva dopisnika. Prvič, gre za specifična medija, radio in televizijo, in po drugi strani Delo, Gospodarski vestnik in druge publikacije. S tem je po moje slovenski medijski prostor bistveno pridobil. Hote ali nehote se je pojavila neka oblika konkurence. Slovenskemu bralcu oz. poslušalcu smo dali možnost izbire, kar je

najpomembnejše. Hrvaška je bistveno močnejše vezana v gospodarskem smislu v bilateralni z Rusijo, pa ima danes samo enega dopisnika. Mislim da je Rusija dobro pokrita v slovenskih medijih.

ZV: Verjetno je ta pokritost različna. Najboljša je politična.

ML: Predvsem je pokrita v političnem smislu. Zelo dobro ste zadeli vrstni red: politično, gospodarsko, šele potem kultura, šport, znanost itd. To je vse skupaj povezano tudi z zmogljivostmi samih medijev in s politiko medijev, kako izkorišča oz. kako redakcije »pritisakajo« na dopisnika v neki državi. Redakcije imajo svojo logiko. Seveda je pa velikokrat tudi tako, da bi dopisnik rade volje poslal še kaj, ampak sliši odgovor: »Nimamo prostora, imamo pomembnejše stvari.« Velikokrat so te pomembnejše stvari naše, ukvarjanje z nami samimi doma, s slovensko malomiselnostjo in majhnostjo. Tu ne gre za majhnost v geografskem smislu, ampak majhnost v naših glavah.

ZV: Kako kot poznavalec, ki že 6 let živi v Rusiji, vidite kratkoročno, srednjeročno, pa morda tudi malo dalj v prihodnosti razvoj Rusije?

ML: Včasih so se z bivšo Sovjetsko zvezo ukvarjali krenjologi, ki so bili najbolj poklicani za sodbe o tem, če ironično povem: kakšno vreme bo na Kremlju. Časi se spreminjajo in mi z njimi. Danes ni »krenjologa«, nadteži so seveda vselej najpametnejši, ki bi si upal napovedovati, kako se bo zasakala usoda te velike države in kakšne bodo posledice te na svet. Konec koncev je Rusija, ne glede na to, da ZDA pravijo, da so edina velesila, še vedno velesila.

Kratkoročno je sedanja oblast zainteresirana, da ostane na oblasti še naprej. »Nikoli ni boljše oblasti od te, ki jo predstavljamo mi.« To je stara parafraza starega boljševiškega modela. V bistvu sedanja oblast izhaja iz sovjetske oblasti. Zainteresirana bo za kontinuiteto same sebe. Če pridejo na oblast drugi, lahko sledi kontrarevolucija. To govorim smrtno resno. Jelcinu ne bi ustrezalo, če bi prišel na oblast Žirinovski ali komunist Zjuganov. Komunist Zjuganov pa v bistvu ni klasičen komunist, ampak se nagiba v smeri socialdemokrata. Zelo pomembni bodo izidi volitev decembra leta 1995 in tudi junija 1996. Vprašanje je, ali se bo Rusija manj dinamično razvijala v tej smeri, v kateri se razvija sedaj. To lahko pogojno imenujemo jalcinizem ali graditev nomenklaturnega kapitalizma. Mislim, da se bo razvojno ta sistem moral približevati nečemu, kar ne bo ustrezalo le 10% ruske družbe, ampak kar bo ustrezalo bistveno večjemu delu. Na volitvah bo boj za tiho večino in vsi politični programi bodo napisani za pridobivanje le-te. Rusko nihalo pozna svoje skrajne točke. Evolutivno gledano naj bi se Rusija približevala bolj umirjenemu družbenemu in siceršnjemu razvoju. Če ne bo ekološke ali vojaške katastrofe, ali socialne eksplozije lahko Jelcin pobere večino glasov pri vseh političnih strankah. Pobrál jim bo tudi del političnih programov. Ne glede na to ali nam je Jelcin všeč ali ne, ima realno možnost drugega predsedniškega mandata. V nasprotnem primeru bi bile vse opcije odprte. Realen analitik si komajda upa imeti srednjeročne napovedi.

Če strnem: razvoj ruskega sistema bo veliko bolj jasen po parlamentarnih volitvah konec tega leta in predsedniških volitvah v sredini prihodnjega leta. Z veliko večjo verjetnostjo bomo tedaj napovedovali prihodnost, sicer pa moramo vsekakor računati z inercijo nestabilnosti.

ZV: Zdi se mi dokaj nenavadno, da srečam pravnika v novinarstvu in dopisništvu. Je to Vaša prednost ali slabost?

ML: Citiral bom Winstona Churchilla, ki je rekel, da je novinarstvo poklic, ki ga je potrebno v pravem času zapustiti.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 5/1935

Anton Prijatelj

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

– O novejših metodah diagnostike in terapije gastro-duodenalnih obolenj na kliniki prof. V. Bergmanna v Berlinu
Dr. Marija Goropevšek, asisten. univ.

Referat ob vrnitvi iz prof. Bergmannove klinike v zdravniškem kolegiju II. interne klinike v Beogradu

– Okulistika v splošni praksi

Dr. L. Ješe, šef oddelka

– Diagnostični pomen bolnega in anomalnega zobovja

Dr. R. Hlavaty

– Specialni učinki i posledice promjena karličnih organa

Dr. Ivo Rakuljič-Zelov, Ljubljana, ginekolog-porodničar

– Borba proti raku v severnih slovanskih državah

(Čehoslovaška)

Prim. dr. J. Cholewa – Brežice

– Telovadba in človeško telo

Prim. doc. dr. B. Škerlj, v. d. šefa antropološkega oddelka

Okulistika pred 60 leti

Uvodni članek četrte in pete številke Zdravniškega vestnika je napisal šef okulističnega oddelka državne bolnišnice v Ljubljani dr. L. Ješe. Za vse nas sta zanimiva prva dva odstavka izredno poučnega članka:

»Prvi predstojnik okulističnega oddelka ljubljanske bolnice pokojni Dr. E. Bock je trdil, da je kranjska dežela premajhna za enega okulista. Za tisto dobo je to res veljalo. Stalež bolnikov je bil nizek. V dveh urah je bilo vse dnevno delo na oddelku opravljeno, pisarniško in klinično z operacijami vred. Tudi privatna praksa je bila številčno slaba. Danes je stvar drugačna. Število stalnih oskerbovancev na oddelku je trikrat tolikšno, ravno tako število izvršenih operacij. Vzroki stalnega naraščanja števila bolnikov na očesnem oddelku so isti kot na drugih oddelkih: večji smisel za zgodnjo zdravniško pomoč v boleznih, boljše prometne razmere, gospodarski razlogi, večje zaupanje do bolnice itd. K temu pride še to, da se je okulistika pri nas šele pred 40 leti pojavila kot samostojna disciplina in to samostojnost vedno bolj uveljavlja.«

V članku je avtor ocenjeval diagnoze zdravnikov splošne medicine (v takratnem izrazoslovju praktičnih zdravnikov), ki so napotili bolnike z očesnimi boleznimi na očesni oddelek. Pri tem je opozarjal na staž, ki je takrat trajal leto dni in sta bila okulistiki posvečena dva tedna, ki ju je stažist preživel na trahomskem oddelku. Ponovno potoži:

»Ostale okulistike se od praktičnih zdravnikov ne zabteva. Okulistika je s to uredbo degradirana na čisto brezpomemben oziroma nepotreben predmet. Posledice seveda ne morejo izostati. Kažejo se na vedno večjem nepoznavanju predmeta.«

Najprej je avtor opozoril na takrat zelo aktualne očesne bolezni novorojencev. Pri tem pa je zelo koristno opozarjal, naj se zdravniki nikar prehitro ne odločijo za diagnozo gonoreje pri novorojencu in naj to prehitro ne razlagajo staršem. Svetuje tudi zdravljenje otrok z gonoroičnim vnetjem oči v bolnišnici.

Trdil je tudi, da je za praktičnega zdravnika trahom trd oreh. Razlagal je o kroničnem vnetju veznice ter znakih, ki nastajajo ob njem. Prepogosto, po njegovem mnenju, zdravniki splošne medicine spregledajo bolezni roženice. Zlasti opozarja na ulcus serpens, ki je takrat uničil mnogo oči.

Dr. Ješe smatra, da so najtrši orehi za kolega v praksi iritis, glavkom in katarakta. Opozarjal je s praktičnim primerom, kako nekdo ni ločil glavkoma od katarakte, kar je pripeljalo do popolne slepote. Že takrat so bile poškodbe oči nevarne. Avtor je navajal poškodbe z železnimi drobci, poudarjal pa je, da so lahko tuja telesa svetle barve, ki jih zdravnik težje opazi. Tujki, ki z veliko silo prilete v oko, lahko predrejo zrklo, kar ima lahko hude posledice. Ponovil

je nudenje prve pomoči pri poškodbah očesa z jedkimi snovmi – kot glavno je predlagal mehanično odstranitev jedkih snovi. Zdravnikom so že takrat delala sive lase končna poročila o posledicah poškodb oči. Zdravnike pri bratovskih skladnicah in Okrožnem uradu je opozarjal, naj prepuste dajanje končnih ocen okulistom. Tudi za predpisovanje očal je svetoval, naj splošni zdravniki predpisujejo očala le starejšim ljudem, ki na daleč dobro vidijo.

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE

Uredništvo Zdravniškega vestnika in galerija Visconti Fine Art Kolizej iz Ljubljane sta za svoje bralce in slovenske zdravnike pripravila v naslednjih letih kakovostni izbor grafičnih listov priznanih slikarjev v omejeni nakladi.

Na vsake tri mesece skupaj izberemo po enega od domačih grafikov in enega iz tujine. V vernih barvah dela ponatiskujemo v Zdravniškem vestniku, črno bele reprodukcije pa v Farmaceutskem vestniku in ponatise praviloma ponovimo še v naslednjih dveh številkah. Okvirno predstavljamo vsakokratnega slikarja-grafika in tudi dimenzije ter tehniko grafičnega lista.

Za zdravnike in farmacevte nudi galerija znaten (galerijski) popust. Takšna ugodnost pa je pri vsakem listu omejena na 10 izvodov.

Pisne rezervacije za želeni grafični list pošljite na telefaksa: Zdravniški vestnik 061301955 in Farmaceutski vestnik 061344805, z zagotovilom, da boste list zagotovo tudi kupili. Razumljivo je, da imajo prednost zgodneje dospelje rezervacije. Cene posameznega lista so dostopne po telefonu v uredništvih Zdravniškega vestnika in Farmaceutskega vestnika. Če bo interesentov dovolj pred potekom treh mesecev, bomo z objavljanjem listov končali predčasno. Po sklenjeni objavi bomo vse naročnike povabili v prostore galerije Visconti Fine Art Kolizej, Ljubljana, Gosposvetska 13, II. nadstropje, kjer bodo interesenti grafične liste ob manjši slovesnosti in ogledu stalne zbirke tudi prevzeli. Nadaljnji izvodi predstavljenih listov in druga dela iz zbirke (brez posebnega popusta) so na voljo neposredno v galeriji.

Skupaj z galerijo smo prepričani, da je med slovenskimi zdravniki, stomatologi, pa morda tudi farmacevti veliko zavzetih ljubiteljev slikarstva, celo zbiralcev in poznavalcev. Če bo zanimanje preseglo začetna pričakovanja, se bomo skupaj z Vami lotili tudi podjetnejših akcij, morebitnih ogledov slikarskih del pred razstavami, tako v Sloveniji kot v drugih državah, s prednostjo pri nakupu, ogled posameznih grafičnih in slikarskih tehnik v največjih slikarskih delavnicah v Evropi in podobno.

Uredništvo

Živko Ira Marušič

Slikar in grafik. Rojen septembra 1945 v Colornu pri Parmi, Italija. Študiral je na Akademiji za likovno umetnost v Benetkah, nato pa je dve leti bil na specialki za slikarstvo – od 1971 do 1973 na Akademiji za likovno umetnost v Ljubljani. Živi in dela v Kopru. Osebne razstave: 1972 – Dom omladine, Beograd; 1978 – Mala galerija, Ljubljana; 1982 – Meduza, Koper, Capella Underground, Trst, Mala Galerija, Ljubljana; 1984 – Studentski kulturni center, Beograd; 1985 – Galerie Ingrid Dacić, Tübingen; 1986 – Torbandena, Trst, Torbandena, Treviso; 1988 – Sebastian, Dubrovnik, Sebastian, Varaždin; 1989 – Meduza, Koper; 1990 – Equrna, Ljubljana; 1992 – Torbandena, Trst, Teatro Miela Trst; 1994 – Ruggerini & Zonca, Milano, Galerija Kolizej, Ljubljana, SAGA (Visconti Fine Art), Paris, Art Multi (Visconti Fine Art) Düsseldorf.

Živko Ira Marušič jr že uveljavljeno slikarsko ime v svetu sodobne likovne produkcije in ima lepe uspehe predvsem v Italiji. Je slikar z izrazito in svojsko barvno skalo in skorajda kiparsko oblikovanimi figurami, postavljenimi v poetični, včasih zelo erotični svet podzavesti, izražen z njemu karakterističnimi simboli. Njegove slike so za gledalca silovito likovno doživetje, saj izžarevajo energijo in čudno poetiko, nenavadno za slikarja evropskega temperamenta in umirjenega slikarskega izročila srednje Evrope.

Najnovejše edicije »Visconti Fine Art«, Lazo in Živa Vujić:



»Čarobna piščal«, 1994/95, lesorez, 1/35, 10 E.A., tiskano na svilenem papirju, kolažiranem na 300 gr Fabriano 70×50 cm.



»Vizionar«, 1994/95, lesorez, 1/35, 10 E.A., tiskano na svilenem papirju, kolažiranem na 300 gr Fabriano 70×50 cm.

Jean Michel Folon

Slikar, grafik in ilustrator. Rojen 1934 v Brüsselu, Belgija. Študiral na šoli za arhitekturo The Abbaye de la Chambre v Brüsselu, nakar je zapustil študij in odpotoval v Pariz, kjer se je posvetil samo študiju slikarstva in risanju. Njegove risbe so bile objavljene v pomembnih revijah in časopisih po svetu, kot so Time, Fortuna, Graphis, L'Express itd. Ukvarja se z dizajnom plakatov, ilustriranjem knjig in audiovizualnim raziskovanjem. Njegov zelo značilni projekt je bil otvoritveni znak letečega moža za osrednji francoski televizijski kanal. Razstavljal je v skoraj vseh pomembnih galerijah in muzejih v svetu od New Yorka, Milana, Pariza, Chicaga, Brüssela, Benetk do Sao Paula, ena zadnjih velikih njegovih razstav pa je bila v Metropolitan Museumu v New Yorku. Živi in dela v Parizu.

Značilno za Jean Michel Folona je precizna, minuciozna risba s pastelnim koloritom (tudi v grafikah), vedno figuralna in s posebnim sporočilom, ki je skoraj vedno humorno obarvano. Je zelo svojstven umetnik s takoj razpoznavnim rokopisom in nežno poetiko.

»Let«, barvna jedkanica in akvatinta, 1983, Rives papir 85×62 cm, edicija 1/200, edicija Visconti Fine Art, Živa in Lazo Vujić.





PROZAC[®]
fluoxetin hidroklorid

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

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

Lilly

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

PROZAC®

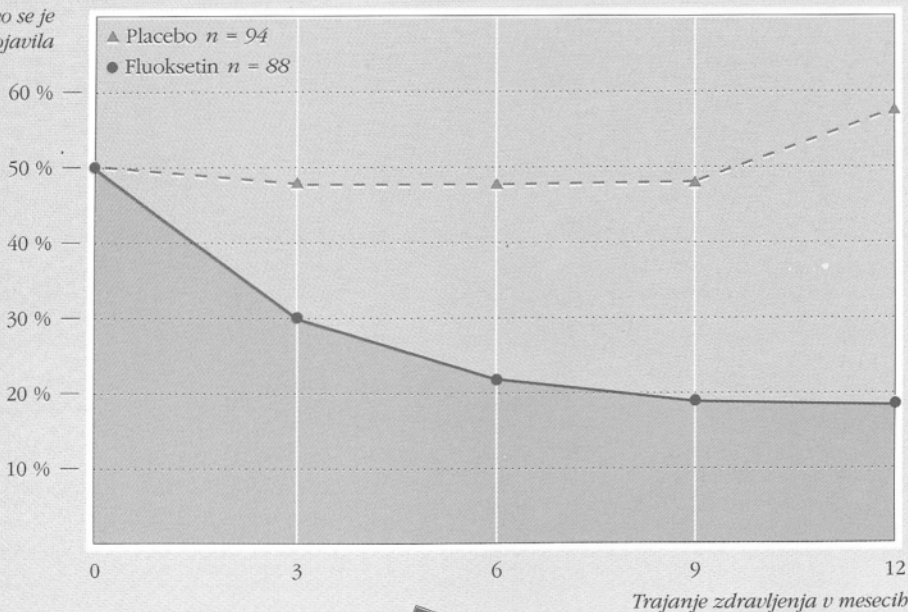
fluoksetin hidroklorid

dolgoročno več varnosti

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

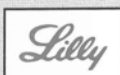
Manjše število ponovitev bolezni v enoletni profilaksi depresije¹

Odstotek primerov, ko se je
depresija ponovno pojavila



Priloga Svetovne zdravstvene organizacije

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



Eli Lilly

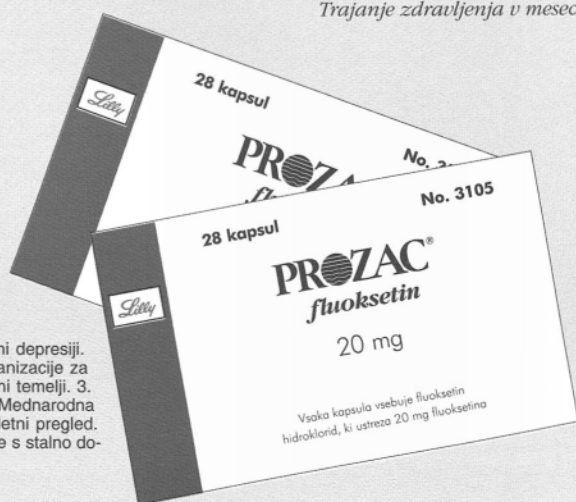
Predstavništvo Ljubljana
61000 Ljubljana, Parmova 53
telefon (061) 319-648, (061) 131-7244 / int. 346, telefaks (061) 319-767

Literatura

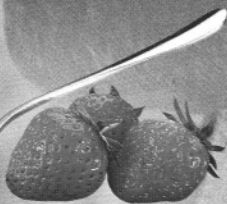
1. Montgomery SA, Dufour H et al. Profilaktična učinkovitost fluoksetina pri enopolarni depresiji. Brit J Psychiatry, 153, zvezek 3, 69–76, 1988. 2. Centri Svetovne Zdravstvene Organizacije za duševne bolezni (februar 1989). Farmakoterapija depresivnih bolezni, Splošno veljavni temelji. 3. Montgomery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

Kratka strokovna informacija

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



Ko nasmeh pove vse!



CECLOR[®]
(cefaclor, Lilly)

Za informacije:
Eli Lilly (Suisse) S.A., Podružnica v Ljubljani, Parmova 53
61000 Ljubljana, Slovenija
Tel: 061-319-648, 319-987 — Faks: 061-319-767

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

VELIKO OZDRAVLJENIH



LAMISIL. NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH INFEKCIJ NOHTOV, KOŽE IN LASIŠČA

- Fungiciden za dermatofite, glavne povzročitelje glivičnih infekcij nohtov, kože in lasišča¹
- Učinkovit tudi za zdravljenje kroničnih glivičnih infekcij²⁻⁷
- Visoko specifičen za en sam glivični encim⁷
- Malo ponovnih infekcij^{8,9}
- Bolniki ga dobro prenašajo¹⁰
- Najcenejše zdravljenje dermatomikoz¹¹

TABLETE & KREMA

Lamisil[®]
terbinafina

V KRATKEM ČASU



MALO PONOVIH INFEKCIJ

LAMISIL[®] - antimikotik za oralno in lokalno uporabo. **Sestava:** tablete vsebujejo 125 mg in 250 mg terbinafina v obliki hidroklorida. 1 g 1% kreme vsebuje 10 mg terbinafin HCl. **Indikacije:** tablete - glivične infekcije kože nohtov in lasišča. Krema - glivične infekcije kože. Glej celotno navodilo. **Doziranje:** otroci od 2 let naprej (do 20 kg telesne teže 62,5 mg, od 20 do 40 kg telesne teže 125 mg 1x dnevno; odrasli 250 mg 1x dnevno. Kremo nanesemo na obolelo mesto in okolico zjutraj in/ali zvečer. Trajanje zdravljenja je odvisno od indikacije in resnosti infekcije. Glej celotna navodila.

Oprema: tablete 14 x 125 mg, 250 mg; 28 x 125 mg, 250 mg; krema 15g.

Literatura: 1. Clayton YM. Clin Exp Dermatol, 1989, 14, 101-3. 2. Van der Schroeff JG et al. Br J Dermatol, 1992, 126, (Suppl 39) 36-39. 3. Goodfield MJD, Andrew L, Evans EGV. Br Med J, 1992, 304, 1151-4. 4. White JE, Perkins PJ, Evans EGV. Br J Dermatol, 1991, 125, 260-2. 5. Berman B et al. J Am Acad Dermatol, 1992, 26, 6, 956-60. 6. Jones TC. J Dermatol Treat, 1990, 1, (Suppl 2) 29-32. 7. Zaias N. Data on file. Sandoz Pharma Ltd. 8. Baudroz-Rosselet F et al. Br J Dermatol, 1992, 126, (Suppl 39) 40-46. 9. Savin RC. J Am Acad Dermatol, 1990, 23, (No 4 part 2 Suppl), 807-9. 10. Villars V, Jones TC. J Dermatol Treat, 1990, 1, (Suppl 2) 33-8. 11. Arikian SR, Einarson TR et al. Br J Dermatol, 1994, 130, (Suppl 43) 35-44.

Podrobne informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd. BASEL, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107/XI, 61 113 Ljubljana, tel. 061/168 14 22, fax 061/34 00 96.

 SANDOZ



Nanj se lahko zanesem.

Indikacije:

vnetne, degenerativne in metabolne sklepne bolezni, zunajsklepni revmatizem.

Kontraindikacije:

peptični ulkus, bolniki z bronhialno astmo, pri katerih je predhodno jemanje salicilatov ali drugih zdravil z inhibicijskim delovanjem na sintezo prostaglandinov povzročilo napad astme, urtikarijo ali akutni rinitis; zadnji trije meseci nosečnosti.

Opozorila:

Bolnike s hudimi okvarami jeter ali ledvic je treba kontrolirati in jim prilagoditi odmerke zdravila. Gela ne nanašamo na poškodovano kožo, na rane in odprte poškodbe.

Doziranje in način uporabe:*Odrasli:*

začetno zdravljenje 100 do 150 mg na dan, vzdrževalno 100 mg na dan. Pri hudih bolečinah damo 1 ampulo 1- do 2-krat na dan intramuskularno.

Lokalno zdravljenje: 5 do 10 cm gela 3- do 4-krat na dan narahlo vtremo v kožo.

Otroci:

starejšim od 1 leta, ki imajo juvenilni artritis, dajemo 1 do 3 mg na kg telesne mase na dan v dveh ali treh enakih dozah.

Stranski učinki:

redko peptični ulkus ali gastrointestinalna krvavitev, anafilaktoidna reakcija, periferni edemi, neznatno povečanje vrednosti transaminaz in fotosenzibilizacija.

Na mestu uporabe gela se včasih pojavi rdečina, srbenje ali pekoč občutek.

Oprema:

5 ampul po 75 mg/3 ml,
20 tablet po 50 mg,
20 duo kapsul po 75 mg,
20 retardnih tablet po 100 mg,
10 svečk po 50 mg,
60 g gela.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

naklofen[®]

diklofenak



KRKA
SLOVENIJA

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).

Spremnii dopis

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

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 27 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu na 5 1/4 inčnih disketah, formatiranih na 360 Kb ali 1,2 Mb, kar bo pospešilo uredniški postopek. Ko bo le-ta končan, uredništvo diskete vrne. Besedila naj bodo napisana s programom Wordstar ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi. V besedilu so dovoljene 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 financirji 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 poizkuse, navzkrižno testiranje, testiranje s placebom itd.), standardne vrednosti za teste, časovni odnos (prospektivna, retrospektivna študija).

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

1. Bohinjec J. Temelji klinične hematologije. Ljubljana: 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 izvornikom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 64, MAY 1995, Page 251-314, Number 5

CONTENTS

ON THE PLACE OF LEADING ARTICLE

Speech of the patron on the 132th Annual Meeting of Slovene Medical Society, V. Topler 251

PROFESSIONAL ARTICLES

Our experiences in vaccination of medical personnel with the recombinant hepatitis B vaccine and justification of booster doses, V. Brinovec 253

Immediate causes of death following hip fracture due to accidental fall in Slovenia, M. Hovnik-Keršmanc 257

Pesticides and health in Pomurje, Š. Gruškovnjak, Z. Levačič-Turk, J. Šamu, G. Temlin 261

Primary central nervous system lymphoma: Case report and review of the literature, M. Popović, R. Obradović-Novak, Ž. Bošnjak 267

REVIEW ARTICLES

Infections in sport, G. Lešničar 271

Atherosclerosis and red wine, R. Pavlin 275

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS