



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 62, APRIL 1993, str. 137-176, ŠT. 4

VSEBINA

UVODNIK

Svetovni dan zdravja 1993 – Pazljivo ravnanj z življenjem, A. Prijatelj 137

STROKOVNI PRISPEVKI

Protitelesa za virus hepatitisa C pri hemodializnih bolnikih in hemodializnem osebju, R. Hojs 141

Hemolitična transfuzijska reakcija po negativnem navzkrižnem preizkusu, izzvana s protitelesi anti-Jk^a, Prikaz primerov, M. Potočnik, P. Rožman 145

Kompleks serinske elastaze z alfa ena proteaznim inhibitorjem v pljučih kadilcev, A. Debeljak, K. Rižnar, M. Bizjak 153

Neželeni učinki radioterapije malignomov glave in vratu na zobna tkiva, Mirela Rode, M. Rode 149

Zreli cistični teratom, Prikaz dveh primerov, M. Mis, M. Strlič, V. Pegan 155

PREGLEDNI ČLANKI

Možnosti alternativnega zdravljenja debelosti pri otrocih, Z. Turk, B. Jesenšek-Papež 159

Samozadostnost s pripravki krvi, L. Lukić 153

RAZGLEDI

Osebne vesti 167

Nekrologi 167

Strokovna srečanja 168

Delo SZD 168

Stanovska tribuna 169

Pogovori z bralci 172

Nove knjige 171

Zdravniki v prostem času 170

V tej številki so sodelovali 143

Oglasi 140, 144, 148, 158, 162, 173, 174, 175



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

M. Davis

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 0350-0063

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,

Current Contents/Clinical Medicine, Excerpta Medica, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 4.800,00 SIT, za študente 1.200,00 SIT, za ustanove 30.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko sta financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo
in Ministrstvo za zdravstvo

– Tisk ČGP Delo – Tiskarna, Ljubljana – Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 4.800,00 SIT,
for students 1.200,00 SIT, for institutions 30.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.000,00 SIT.

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

– Printed by Delo – Tiskarna, Ljubljana – Printed in 4200 copies

Uvodnik/Leading article

SVETOVNI DAN ZDRAVJA 1993 – PAZLJIVO RAVNAJ Z ŽIVLJENJEM

Anton Prijatelj

Letošnji svetovni dan zdravja 7. april ima nadvse primeren naslov za naše čase:

»PAZLJIVO RAVNAJ Z ŽIVLJENJEM – PREPREČUJ NASILJE IN BREZBRIŽNOST«

V svoji poslanici je generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije dr. Hiroshi Nakajima opisal glavne cilje skrbi za zdravje in preprečevanje poškodb zaradi namernih in nenamernih nezgod takole:

»Po svetu vsako leto umre najmanj tri milijone in pol ljudi zaradi poškodb, katerih vzrok so namerne ali nenamerne nezgode. Ne glede na to, ali gre za nezgode na cesti, pri delu ali rekreaciji, je bilo tveganje zaradi poškodb predolgo zanemarijeno ali deležno premajhne pozornosti javnosti.

Danes je v mnogih državah javno zdravstvo napredovalo, povsod pa se je podaljšalo tudi pričakovano trajanje življenja ob rojstvu. Zaradi tega je vse manj sprejemljivo, da se toliko ljudi sooči z nasiljem in prezgodnjo smrtjo ter da je milijone ljudi trajno invalidnih.

Več kot polovica mladih ljudi umre zaradi poškodb. Poškodbe zaradi nezgod so glavni vzrok potencialno izgubljenih let življenja.

Zaradi brezbriznosti, malomarnosti ali zločinov vsako leto rabi medicinsko oskrbo po nezgodah ali fizičnem nasilju na milijone ljudi.

V času, ko ekonomske krize ogrožajo prizadevanja za izboljšanje zdravja človeštva, so stroški za medicinsko oskrbo in zaradi izgube produktivnosti ocenjeni na skoraj 500.000 milijonov dolarjev.

Svetovna zdravstvena organizacija je s tem, da je Svetovni dan zdravja v letu 1993 posvetila preprečevanju nezgod in poškodb, želela opozoriti na katastrofalne posledice, ki jih imajo včasih nezgode ali fizično nasilje za posameznike ali družbo.

Čas je, da pokažemo, da varnost v sodobni družbi zahteva individualno in kolektivno odgovornost. Varnost bi morala predstavljati integralni del politike promocije zdravja.

Smrt zaradi neprevidnosti je tragična izguba. Nezgode in posledice fizičnega nasilja so pogoste in se ne dogajajo samo drugim. Varnost vsakega posameznika je odgovornost vseh« (1).

Tako generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije. Nesreče, nezgode in z njimi poškodbe so se dogajale vedno. V pradavnini ob človekovem boju za obstanek z divjimi živalmi, pa tudi v boju za doseženo posest z drugimi ljudmi, naj bo to v napadu ali obrambi, v upravičenem ali neupravičenem boju. Ko se je začela industrijska revolucija in je človeški um izumljal stroje, si je z njimi delo olajšal. Nakopal pa si je večjo nevarnost nezgod in njihovih posledic. Ob izumu in uporabi motorne žage si je namesto težkega fizičnega dela nakopal štiri posledice:

nevarnost poškodb, vibracije, hrup in strupene izpušne pline z vsemi škodljivimi posledicami za človekovo zdravje.

Da pa ne mislimo samo mi in danes o poškodbah ter posledicah, ugotavljamo iz pisanja slovenskih zdravnikov pred 80 leti. V Liječniškem vijesniku – slavnostni številki ob petdesetletnici Društva zdravnikov na Kranjskem, ki je izšla 23. maja 1912, je na strani 249 dr. Fr. Primšar opisal strojne poškodbe v letih 1906 –1910. Ugotovitve so zanimive, saj je grozljiv podatek, da je v teh letih med poškodovanimi zaradi nezgod s stroji bilo med 23,0 in 32,2 odstotka delavcev mlajših kot 14 let. Zanimiv je zaključek članka:

»Ni treba kritične analize posameznih točk, številke govorijo same zase dovolj. Samo mimogrede opozarjam na veliko število poškodb mladoletnih in vsled poljedelskih strojev. Dalje moramo uvaževati, da nam kažejo te številke samo en del bolezni (poškodbe) vsled kvarnega vpliva obrti in industrije, samo bolnike ljubljanske deželne bolnice; statistika drugih bolnišnic in privatnih zdravnikov ni znana. V poseben relief stopijo navedene številke, ako pomislimo, da se nahaja naša industrija stoprav v povojih. Komaj je prišel stroj v deželo, že je pokazal poleg ustvarjajoče tudi svojo uničujočo moč. Kakor ex ungue leonem, tako si iz te naše statistike lahko ustvarimo velikih nevarstij, ki nastopijo mej ljudstvom z razvojem velike industrije. Skoro se vresniči naša velika gospodarska ideja, v kratkem dobimo deželno električno centralo. Kako mejnik časov, kakor silovit glasnik se dvigne tekoči blisek električne centrale in zakliče ljudstvu s planin v nižave, da se je začela nova kulturna doba. Naša pozabljena krotka dežela se razvija, rase, dobiva zobe, dobiva industrijo, najbližjega in najboljšega konsumenta svojih pridelkov. Da se ta kulturni obrat uveljavi z veliko silo in uspehom, za to nam jamči elementarna, prirodna nujnost, izvira-joča iz naše ugodne geografske lege na obrežju Adrije in v srcu Evrope, za to nam jamči obrežni, to je trgovski značaj našega kmeta.

Da se bliža velika industrija, da je prišel v deželo stroj, to čuti in opaža posebno naš kirurški oddelek, o tem priča ravnokar navedena statistika strojnih poškodb.

Zdravniki, poklicani in odgovorni varuhi in upravitelji ljudskega zdravja, kot fundamentalnega in najplodnejšega obratnega kapitala, opazujemo z bistrim očesom vpliv kulturnih sprememb na življenje in zdravje ljudstva; mi vidimo, česar drugi ne vidijo, dasi gledajo, ker jim uso pozornost odklanja stvaren uspeh in ker radi pozabijo v tem, da je nositelj vsega uspeha človek in njegovo zdravje. Odgovorni zdravniki čutimo živo, kategorično dolžnost, da v takih časih povzdignemo svoj glas in opozorimo ljudstvo in merodajne oblasti na senco novega solnca ter reduciramo tako neizogibne nevarnosti na minimum. Vštric razvoja industrije mora korakati razvoj obrtne higijene in razvoj obrtnega zdravnika, kateremu naj posveti vse zanimanje naša zdravniška organizacija, osobito pa pred kratkim ustanovljeni zdravniški »Odsek za ljudsko higieno in blaginjo«.« (2).

Tab. 1. Zaradi nesreč umrli prebivalci Slovenije med leti 1985–1990 (3).

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	Povprečna letna st. rasti (%)
Število umrlih prebivalcev	19.854	19.499	19.837	19.126	18.669	18.555	-1,34
Število umrlih zaradi nesreč	2.007	2.015	2.129	1.952	1.860	1.730	-2,93
Delež umrlih zaradi nesreč med vsemi umrli	10,1	10,3	10,7	10,2	10,0	9,3	

V letih 1985–1990 se je število umrlih prebivalcev nekoliko zmanjšalo, še bolj pa se je zmanjšalo število umrlih zaradi nesreč.

Tab. 2. Prebivalci Slovenije po spolu, umrli zaradi nesreč v obdobju 1985–1990 (4).

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	Povprečna letna st. rasti (%)
Umrli zaradi nesreč	2.007	2.015	2.129	1.952	1.860	1.730	-2,93
Moški	1.410	1.413	1.482	1.325	1.322	1.212	-2,99
Ženske	597	602	647	627	538	518	-2,80
Delež moških	70,3	70,1	69,6	67,9	71,1	70,1	
Delež žensk	29,7	29,9	30,4	32,1	28,9	29,9	

Truditi se moramo za zmanjšanje poškodb na delu, poškodb zunaj dela, prometnih poškodb, poškodb pri rekreaciji, poškodb pri športu, poškodb pri nasilnih dejanjih, zastrupitev, samomorov, nasilnih smrti.

V Sloveniji so nesreče vzrok smrti 10% vseh umrlih. V zadnjem petletnem obdobju delež nekoliko pada (tab 1, tab. 2).

Tako kot drugod po svetu tudi pri nas umre zaradi nesreč več moških kot žensk. Delež žensk je tretjina proti dvema tretjinama moških.

Število umrlih zaradi nesreč se povečuje s starostjo prebivalcev in je največje v obdobju nad 70 let – kar tretjina vseh umrlih zaradi nesreč na 10.000 prebivalcev (graf 1).

Tretjina vseh smrti zaradi nesreč so samomori, četrtna zaradi prometa z motornimi vozili in petina slučajni padci. Za razliko drugod po svetu, kjer so uboji vzrok za smrt v več kot 8%, znašajo pri nas le 2,5% (graf 2).

Na slovenskih cestah se je v letih 1981–1990 zgodilo 59.855 prometnih nesreč, v katerih je umrlo 5300 ljudi, huje ali lažje pa se je poškodovalo 78.152 udeležencev (tab. 3).

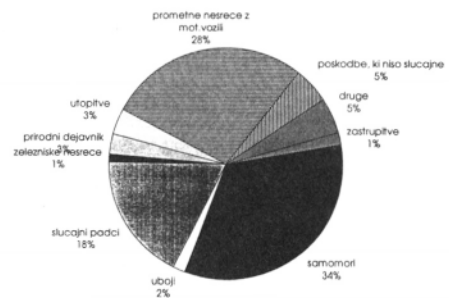
Tab. 3. Posledice prometnih nesreč na slovenskih cestah v obdobju 1981–1990 (5).

Leto	Mrtvi	Poškodovani		
		skupaj	hudo	lažje
1981	565	8.597	2.818	5.779
1982	569	9.155	2.963	6.192
1983	527	7.874	2.557	5.317
1984	492	7.374	2.443	4.931
1985	464	7.016	2.531	4.485
1986	504	7.847	2.968	4.879
1987	558	8.501	3.334	5.167
1988	551	7.850	3.123	4.727
1989	554	7.405	3.011	4.394
1990	517	6.533	2.638	3.895

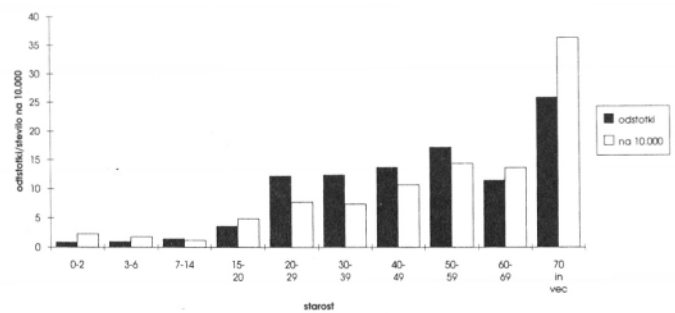
Število mrtvih se je v prvi polovici osemdesetih let nekoliko zmanjševalo, po letu 1986 pa zopet povečalo. V tem desetletju se je očitno zmanjševalo število lažje poškodovanih, medtem ko je število težje poškodovanih le malenkost manjše.

Od vseh umrlih zaradi prometnih nesreč je bilo tri četrtine moških in ena četrtna žensk, vendar se je v zadnjih petih letih odstotek umrlih žensk zaradi prometnih nesreč povečal.

Največ umrlih zaradi prometnih nesreč je bilo med ljudmi, starimi od 15–64 let, pri starejših je delež tudi visok. Najmanjši delež je med otroci, je pa še vedno letno mrtvih za razred otrok (v zadnjih petih letih med 35 in 19 otrok, starih od 0–14 let).



Graf 1. Umrli zaradi nesreč po starostnih obdobjih v Sloveniji v letih 1985–1990 v odstotkih in na 10.000 prebivalcev.



Graf 2. Najpogostejši vzroki nenaravne smrti v Sloveniji v letih 1985–1990.

Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje vodi evidenco ljudi, ki so ocenjeni kot delovni invalidi. Posebej za poškodbe, ki so se pripetile na delu, in tiste, ki so nastale zunaj dela. V letih 1986–1990 je bilo skupno ocenjenih na invalidskih komisijah povprečno 8.547,6 ljudi letno. Kot invalidi I. kategorije je bilo ocenjenih 4.588,4 ali 53,7%, kot invalidi II. kategorije 1.702,8 ali 19,9% in kot invalidi III. kategorije 2.256,4 ali 26,4%. Po takrat veljavni zakonodaji so bili ocenjeni tudi delavci s spremenjeno delazmožnostjo, povprečno letno 1.413,6. Iz tabele 4 lahko ugotovljamo, da vse poškodbe predstavljajo od skupnega števila invalidov le 7,9%, invalidi I. kategorije 5,4%, II. kategorije 4,5% vseh ocenjenih, 15% III. kategorije ter 12%

Tab. 4. Invalidsko ocenjeni zaradi poškodb na delu, zunaj dela ter v prometu po kategorijah, povprečno v letih 1986–1990.

Vzrok	I. kat.	II. kat.	III. kat.	Spremenjena delazmožnost	
<i>Poškodba na delu</i>	276,6	90,6	28,8	157,2	80,6
Prometna	106,0	38,8	14,8	52,4	21,2
Ostale	170,6	51,8	14,0	104,8	59,4
<i>Poškodba izven dela</i>	400,4	158,2	48,2	194,0	102,2
Prometna	178,6	71,8	25,6	81,2	37,6
Ostale	221,8	86,4	22,6	112,8	64,6
Skupaj	677	248,8	77	351,2	182,8
		36,8	11,4	51,9	
Prometne	284,6	110,6	40,4	133,6	
		38,9	14,2	46,9	

spremenjene delazmožnosti. Če pogledamo tabelo, ugotovimo, da je bilo več ocenjenih zaradi poškodb zunaj dela ter da so bile prometne poškodbe hujše kot poškodbe pri delu nasploh.

Vsi strokovnjaki ugotavljajo, da je resen problem pri vseh poškodbah vpliv alkohola. To so ugotavljali že naši predniki. Prvi, ki je opozarjal na škodljivo delovanje alkohola, je bil Valvasor, nato pa mestni fizik ljubljanski dr. Lipich, ki je že 1836 pisal o škodljivem delovanju alkohola. Za njim pa se je vrstila cela plejada duhovnikov, ki so na to opozarjali – škof Anton Martin Slomšek, škof Friderik Baraga, misijonar Milharčič, Janez Evangelist Krek, Janez Kalan. Med prvimi zdravniki, ki so poročali o nevarnosti alkoholizma, je bil doc. dr. Ivan Robida, ki je imel referat na svetovnem kongresu o alkoholizmu na Dunaju leta 1902. Zdravniki so se pridružili boju proti alkoholizmu po letu 1912 (6). Boj proti pretiranemu uživanju alkoholnih pijač se

je nadaljeval tudi med obema vojnama, vendar so z zdravljenjem odvisnežev začeli šele po drugi vojni. Vsi pa so stalno ponavljali, da je potrebna vzgoja in preprečevanje in še posebej vzgoja med mladino.

Zdravstveno varstvo delavcev ali medicina dela je stroka, ki se ukvarja s preprečevanjem tako posledic škodljivosti na delu, kakor tudi poškodb na delu. V tej stroki so je uveljavil princip, da mora pravi človek opravljati pravo delo in da ni vsak sposoben za vsako delo. Za pravilno poklicno usmerjanje mora zdravnik skupaj z drugimi strokovnjaki poznati tako delo in zahteve delovnega mesta, kakor tudi zdravje ter telesne in duševne sposobnosti delavca.

Veliko število nesreč, ki bi jih lahko preprečili, pa terjajo od nas vzgojo za varno delo, kakor tudi za previdno delo doma, poznavanje nevarnosti in škodljivosti pri delu, doma, ob rekreaciji kakor tudi pri športu. SPOZNAJMO NEVARNOST IN IZOGNIMO SE JI!

Literatura

1. Nakajima H. Handle life with care—Prevent violence and negligence. World Health Day, 7. April 1993. Geneva: World Health Organization, 1993: 1–44.
2. Primšar F. Strojne poškodbe l. 1906–10. Liječn Vjesn 1912: 34: 249–53.
3. Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo. Zdravstveni statistični letopis Slovenije. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 19.
4. Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo. Zdravstveni statistični letopis Slovenije. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 19.
5. Ministrstvo za notranje zadeve. Statistični podatki prometnih nezgod, motornih vozil in voznikov motornih vozil v letu 1990. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, 1990.
6. Purnat Z. Predvojno protialkoholno gibanje. Zdrav vestn 1975; 44: 663–5.

DALBEN[®]

tablete, suspenzija

albendazol

**polivalentni
anthelmintik**



- najširši spekter delovanja med danes uporabljanimi anthelmintiki
- en sam odmerek (400 mg) uniči večino črevesnih parazitov v vseh razvojnih stopnjah
- učinkovit pri enojnih in mešanih infestacijah
- zaradi enostavnega zdravljenja in dobrega prenašanja primeren anthelmintik za najširšo uporabo

Doziranje

Običajna doza za otroke, starejše od dveh let, in odrasle je 400 mg (2 tableti ali 10 ml suspenzije) kot enkratno zdravljenje pri okužbi s paraziti:

Enterobius vermicularis, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Ancylostoma duodenale in Necator americanus.

Pri strongiloidozi in teniazi dajemo 400 mg dnevno 3 dni zapored.

Kontraindikacije

Nosečnost in dojenje. Preparata ne dajemo otrokom, mlajšim od dveh let.

Oprema

2 tableti po 200 mg albendazola
10 ml suspenzije (400 mg/10 ml)

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



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

Strokovni prispevek/Professional article

PROTITELESA ZA VIRUS HEPATITISA C PRI HEMODIALIZNIH BOLNIKI IN HEMODIALIZNEM OSEBJU

HEPATITIS C VIRUS ANTIBODIES IN HAEMODIALYSIS PATIENTS AND HAEMODIALYSIS STAFF

Radovan Hojs

Odsek za nefrologijo in hemodializo, Oddelek za notranje bolezni, Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1992-09-23, sprejeto 1993-01-12, ZDRAV VESTN 1993; 62: 141–3

Ključne besede: *anti-VHC; hemodializa; hepatitis C; ne-A ne-B hepatitis*

Key words: *anti-HCV; haemodialysis; hepatitis C; non-A non-B hepatitis*

Izvleček – Izhodišča. *Ne-A ne-B hepatitis (NANBH) je sedaj najpogostejša oblika hepatitisa pri bolnikih in osebju hemodializnih enot. Glavni povzročitelj posttransfuzijskega in sporadičnega NANBH je virus hepatitisa C (VHC).*

Abstract – Background. *Non-A non-B hepatitis (NANBH) is now the most common form of hepatitis in haemodialysis units in patients and staff. The major causative agent of post-transfusion and sporadic NANBH is hepatitis C virus (HCV).*

Metode. *Ugotavljali smo obstoj protiteles za virus hepatitisa C (anti-VHC) pri 53 bolnikih naše hemodializne enote. Uporabili smo test prve generacije (enzyme-linked immunoassay – EIA), pozitivne rezultate smo preverili s testom druge generacije (recombinant immunoblot assay – RIBA).*

Methods. *Fifty-three patients from our haemodialysis unit were tested for antibodies against hepatitis C virus (anti-HCV) using first-generation enzyme-linked immunoassay (EIA) and positive EIA results were confirmed by second-generation recombinant immunoblot.*

Rezultati. *Od 53 bolnikov sta bila dva anti-VHC pozitivna (3,8%), oba s testom prve in druge generacije. Oba sta bila moška. Nismo našli povezave med anti-VHC in trajanjem hemodialize ali transfuzijami krvi. Od 16 članov osebja ni bil nihče pozitiven za anti-VHC.*

Results. *Two of the 53 haemodialysis patients (3.8%) were anti-HCV positive, both with first and second-generation test. Both positive patients were male. The presence of anti-HCV was not associated with the duration of haemodialysis and with blood transfusions. None of the 16 staff members were positive for anti-HCV.*

Zaključki. *Prevalenca anti-VHC v naši dializni enoti je bila nizka. Naši rezultati nakazujejo še druge možnosti prenosa VHC kot le transfuzije. Zaradi kontrole okužbe je treba v dializnem procesu upoštevati preventivne mere. Naši rezultati nakazujejo tudi nizek dejavnik poklicnega tveganja pri izpostavitvi virusu hepatitisa C.*

Conclusions. *The prevalence of anti-HCV in our haemodialysis unit was low. Our findings suggest that there are also modes of HCV transmission other than blood transfusions. Preventive measures to control infection in dialysis process should be considered. Our findings also suggest a low risk of professional exposure to HCV.*

Uvod

Hepatitis B je bil pred uvedbo preventivnih mer (cepljenje, dezinfekcijski postopki itd.) pomemben problem pri dializnih bolnikih (1). Raziskave so pokazale, da je sedaj ne-A ne-B hepatitis (NANBH) najpogostejša oblika hepatitisa v dializnih enotah, tako pri bolnikih kot tudi pri osebju (2). Akutni NANBH poteka pogosto subklinično, vendar pri približno 50% bolnikov bolezen napreduje v kronični hepatitis, pogost je tudi pojav jetrne ciroze ali hepatocelularnega karcinoma (3–5). Skoraj vse primere posttransfuzijskega NANBH povzroči virus hepatitisa C (VHC) (6, 7)

in tudi večino primerov sporadičnega NANBH, ki niso povezani s transfuzijo (8). Sočasno s kloniranjem komplementarne DNA, ki predstavlja del virusnega genoma, so objavili metodo, s katero odkrijemo protitelesa, povezana z virusom hepatitisa C (9, 10).

Prevalenca protiteles za virus hepatitisa C (anti-VHC) variira pri hemodializnih bolnikih v različnih dializnih enotah od 0% do 41% (6, 11–16, 18). V nekaterih raziskavah je obstoj anti-VHC koreliral s časom trajanja hemodializnega zdravljenja (13, 17) ali s številom prejetih transfuzij krvi (16, 18), v nekaterih raziskavah pa niso našli povezave med anti-VHC in transfuzijami (13, 17).

Cilj raziskave je bil ugotoviti prevalenco anti-VHC pri hemodializnih bolnikih in osebju v naši dializni enoti. Želeli smo ugotoviti tudi možno povezavo med navzočnostjo anti-VHC in prejetimi transfuzijami krvi ter njenih produktov, trajanjem hemodializnega zdravljenja in serološkimi markerji hepatitisa B.

Bolniki in metode

V raziskavo smo vključili 53 bolnikov (28 žensk in 25 moških), zdravljenih s hemodializo zaradi končne odpovedi ledvic. Povprečna starost bolnikov je bila 48 let, razpon od 18 do 75 let. Vključili smo tudi 16 članov osebja naše enote.

Testirali smo serumske vzorce na anti-VHC vseh bolnikov in osebja s testom prve generacije. Uporabljali smo anti-VHC EIA reagense Ortho Diagnostic Systems. Pozitivne rezultate smo potrdili s testom druge generacije (RIBA HCV Test system, Chiron Co. and Ortho Diagnostic System); gre za test s stopnjevano specifičnostjo. Uporabljajo rekombinantne antigene iz kvasa in *E. coli* (c100-3, c33c, c22-3, 5-1-1 in superoxid-dismutazo).

Po pregledu dokumentacije smo ugotovili čas trajanja hemodializnega zdravljenja, število prejetih transfuzij, simptomatiko akutnega hepatitisa in vrednosti serumske alanin aminotransferaze (ALT). Redno testiramo bolnike tudi na hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, IgG anti-HBc).

Rezultati

Dva od 53 dializnih bolnikov (3,8%) sta bila anti-VHC pozitivna tako s testom prve kot tudi druge generacije. Oba sta bila moška. Trajanje hemodializnega zdravljenja pri naših bolnikih je bilo 62 mesecev (razpon 1–206 mesecev). Trajanje dialize pri prvem anti-VHC pozitivnem bolniku je bilo 60 mesecev in pri drugem 57 mesecev. Od 53 bolnikov jih 32 nikoli ni dobilo transfuzije, 21 pa je dobilo 102 enoti krvi (povprečno 4,8; razpon 1–43) (tab. 1). Prvi anti-VHC pozitivni bolnik ni nikoli dobil transfuzije, drugi pa le eno. Nobeden od anti-VHC pozitivnih bolnikov ni imel simptomatskega hepatitisa, oba pa sta imela serološke markerje poprejšnje okužbe z virusom hepatitisa B (nobeden ni bil nosilec HBsAg, oba sta bila anti-HBs pozitivna in IgG anti-HBc pozitivna). Oba anti-VHC pozitivna bolnika sta imela zvišane vrednosti ALT, prvi je imel rekurentna asimptomatska zvišanja ALT, drugi pa le enkratno začasno zvišano ALT. Pri 51 anti-VHC negativnih bolnikih smo le pri dveh zaznali asimptomatsko zvišanje ALT, eden je bil nosilec HBsAg. Zaradi majhnega števila anti-VHC pozitivnih bolnikov nismo opravili statistične analize razlik med anti-VHC pozitivnimi in negativnimi bolniki. Nihče od osebja ni bil anti-VHC pozitiven.

Razpravljanje

V naši dializni enoti sta bila le dva od 53 bolnikov (3,8%) anti-VHC pozitivna. O nizki prevalenci (okoli 1%) so poročali Britanci (11), o prevalenci okoli 20% pa Japonci (12, 14), Grki (17) in Španci (6). O vmesnih prevalencah so poročali iz ZDA (15, 16) in Nemčije (13), visoko prevalenco anti-VHC (30%) pa so opisali Italijani (18). Prevalenca anti-VHC pri krvodajalcih v našem geografskem področju je 1,34% in je višja kot v Nemčiji in Italiji (19). Naša raziskava nakazuje, da lokalna prevalenca anti-VHC ne vpliva na prevalenco anti-VHC hemodializnih bolnikov, kar je v skladu z italijansko raziskavo (18).

Trajanje hemodializnega zdravljenja pri naših anti-VHC pozitivnih bolnikih (57 in 60 mesecev) se ni razlikovalo od trajanja

Tab. 1. Prevalenca anti-VHC in povezava s transfuzijami krvi in časom hemodialize pri naših bolnikih.

Tab. 1. The prevalence of anti-HCV and association to blood transfusions and to duration of haemodialysis in our patients.

	Anti-VHC pozitivni Anti-HCV positive	Anti-VHC negativni Anti-HCV negative
Število bolnikov Number of patients	2 (3,8%)	51 (96,2%)
Enote prejete krvi Units of blood transfused		
0	1	31
1–5	1	15
6–20	0	4
nad 20	0	
more than 20	0	1
Trajanje dialize (meseči; povpr., razpon) Duration of dialysis (months; median, range)	58,5 (57–60)	62,7 (1–216)

zdravljenja pri anti-VHC negativnih bolnikih (povprečno 62 mesecev). Schlipkoeter s sod. je ugotovil korelacijo med trajanjem dializnega zdravljenja in prisotnostjo anti-VHC, ni pa ugotovil korelacije med transfuzijami in prisotnostjo anti-VHC (13). Mondelli s sod. je ugotovil korelacijo med prevalenco anti-VHC in trajanjem dializnega zdravljenja ter prejetimi transfuzijami (18). Misli, da so transfuzije glavni dejavnik ogrožanja za okužbo z virusom hepatitisa C, kajti daljše dializno zdravljenje korelira z večjim številom prejetih transfuzij. Prisotnost anti-VHC je v nekaterih raziskavah korelirala s številom prejetih transfuzij (16, 18), v drugih pa ne (13, 17). Možen dejavnik vpliva na prevalenco anti-VHC bi lahko bil različna pogostnost transfuzij v posameznih dializnih enotah. Eden naših anti-VHC pozitivnih bolnikov ni nikoli prejel transfuzije, drugi pa le eno. Jasno je, da je najpomembnejši način okužbe z VHC stik s krvjo in njenimi produkti, vendar obstajajo še drugi načini prenosa virusa. Ostale pomembne dejavnike okužbe z VHC (persistenca virusa v dializnih aparaturnah kljub ustrezni sterilizaciji, difuzija virusa v dializnem okolju, imunski deficit dializnih bolnikov itd.) je treba še raziskati. Oba anti-VHC pozitivna bolnika sta imela serološke markerje poprejšnje okužbe hepatitisa B, nobeden ni bil nosilec HBsAg. Možno je, da se oba virusa prenašata na podoben način. Eden anti-VHC pozitiven bolnik je imel občasno asimptomatsko zvišane vrednosti ALT, ki kažejo na kronično jetrno bolezen (ev. povezano z VHC infekcijo).

Pri osebju (16 članov) naše dializne enote nismo ugotovili navzočnosti anti-VHC, kar nakazuje majhen dejavnik poklicnega tveganja za okužbo z VHC.

Zaključek

Prevalenca anti-VHC v našem dializnem centru je nizka. Znano je, da so transfuzije glavni dejavnik ogrožanja z okužbo VHC, vendar med našima anti-VHC pozitivnima bolnikoma eden ni nikoli prejel transfuzije, drugi le eno. Poleg transfuzij obstajajo še drugačni načini prenosa VHC, zato so zelo pomembne preventivne mere preprečevanja prenosa VHC med dializnim zdravljenjem (dezinfekcija dializne opreme, higienski ukrepi itd.). Povprečno trajanje HD zdravljenja se ni bistveno razlikovalo med našimi anti-VHC negativnimi in anti-VHC pozitivnima bolnikoma. Naši rezultati nakazujejo nizek dejavnik poklicnega tveganja pri izpostavitvi virusu hepatitisa C.

Literatura

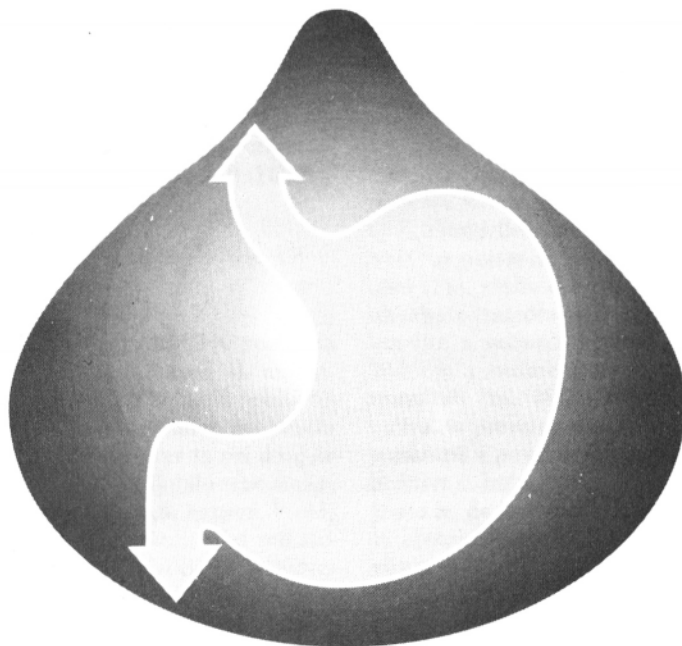
- Alter MJ, Favero MS, Maynard JE. Impact of infection control strategies on the incidence of dialysis-associated hepatitis in the United States. *J Infect Dis* 1986; 153: 1149–51.
- Shusterman N, Singer I. Infectious hepatitis in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1987; 9: 447–55.
- Dienstag JL, Alter HJ. Non-A, non-B hepatitis: evolving epidemiologic and clinical perspective. *Semin Liver Dis* 1986; 6: 67–81.
- Kiyoshiwa A, Akahoma Y, Nagata A et al. Hepatocellular carcinoma after non-A, non-B post-transfusion hepatitis. *Am J Gastroenterol* 1987; 78: 777–8.
- Colombo M, Kuo G, Choo QL et al. Prevalence of antibodies to hepatitis C virus in Italian patients with hepatocellular carcinoma. *Lancet* 1989; 2: 1006–8.
- Esteban JI, Esteban R, Viladomiu L et al. Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain. *Lancet* 1989; 2: 294–8.
- Aach RD, Stevens CE, Hollinger FB et al. Hepatitis C virus infection in post-transfusion hepatitis. *N Engl J Med* 1991; 325: 1325–9.
- Alter MJ, Hadler SC, Judson FN et al. Risk factors for acute non-A, non-B hepatitis in the United States and association with hepatitis C virus infection. *JAMA* 1990; 264: 2231–5.
- Kuo G, Choo QL, Alter HJ et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. *Science* 1989; 244: 362–4.
- Choo QL, Kuo G, Weiner AJ et al. Isolation of a cDNA clone derived from bloodborne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* 1989; 244: 359–62.
- Mortimer PP, Cohen BJ, Litton PA et al. Hepatitis C virus antibody. *Lancet* 1989; 2: 798–8.
- Tamura I, Kobayashi Y, Koda T et al. Hepatitis C virus antibodies in haemodialysis patients. *Lancet* 1990; 335: 1409–9.
- Schlipkoeter U, Roggendorf M, Ernst G et al. Hepatitis C virus antibodies in haemodialysis patients. *Lancet* 1990; 335: 1409–9.
- Yamaguchi K, Nishimura Y, Fukuoka N et al. Hepatitis C virus antibodies in haemodialysis patients. *Lancet* 1990; 335: 1409–10.
- Jeffers LJ, Perez GO, de Medina MD et al. Hepatitis C infection in two urban haemodialysis units. *Kidney Int* 1990; 38: 320–2.
- Zeldis JB, Depner TA, Kuramoto IK et al. The prevalence of hepatitis C virus antibodies in haemodialysis patients. *Ann Intern Med* 1990; 112: 958–9.
- Elisaf M, Tsianos E, Mavridis A et al. Antibodies against hepatitis C virus (anti-HCV) in haemodialysis patients: association with hepatitis B serological markers. *Nephrol Dial Transplant* 1991; 6: 476–9.
- Mondelli MU, Smedile V, Piazza V et al. Abnormal alanine aminotransferase activity reflects exposure to hepatitis C virus in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1991; 6: 480–3.
- Glaser E. Pilotska študija testiranja anti hepatitis C virusa pri darovalcih krvi in drugih potencialno ogroženih skupinah ljudi. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 319–22.

V tej številki so sodelovali:

Alenka Andlovic, dr. med., specialistka mikrobiologinja, Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 Matjaž Bizjak, ing., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 doc. dr. Andrej Debeljak, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patologije, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 prof. dr. Srečko Herman, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana
 Radovan Hojs, dr. med., specialist internist, SB Maribor
 Breda Jesenšek-Papež, dr. med., specialistka fiziatrinja, SB Maribor
 prim. Franci Koglot, dr. med., specialist kirurg, SB dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici
 doc. dr. Srečko Koren, dr. med., specialist mikrobiolog, Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 asist. Mitja Košnik, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

Kristina Križnar, dipl. ing., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 Ljubiša Lukić, dr. med., specialist transfuziolog, Zavod RS za transfuzijo krvi Ljubljana
 Matej Mis, dr. med., specialist kirurg, Kirurška gastroenterološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., specialist kirurg, Kirurška gastroenterološka klinika, KC Ljubljana
 Marjeta Potočnik, dr. med., Zavod RS za transfuzijo krvi Ljubljana
 prim. doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZD Nova Gorica
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za zobne in ustne bolezni, ZD Ljubljana
 asist. Mirela Rode, dr. med., Stomatološka klinika, KC Ljubljana
 mag. Primož Rožman, dr. med., Zavod RS za transfuzijo krvi Ljubljana
 asist. Mirko Strlič, dr. med., specialist kirurg, Kirurška gastroenterološka klinika, KC Ljubljana
 prim. mag. spec. akad. st. Zmago Turk, dr. med., specialist fizioter, revmatolog in akupunkturist, SB Maribor

v DANES
v
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO




Ortanol[®]
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

učinkovito ozdravi bolnike z refluksnim ezofagitisom,
razjedo na dvanajstniku in želodcu in bolnike s
Zollinger–Ellisonovim sindromom

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

 lek tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

HEMOLITIČNA TRANSFUZIJSKA REAKCIJA PO NEGATIVNEM NAVZKRIŽNEM PREIZKUSU, IZZVANA S PROTITELESI ANTI-Jk^a, PRIKAZ PRIMEROV

HAEMOLYTIC TRANSFUSION REACTION FOLLOWING THE NEGATIVE CROSSMATCH, CAUSED BY ANTI-Jk^a ANTIBODIES, CASE REPORT

Marjeta Potočnik, Primož Rožman

Zavod R Slovenije za transfuzijo krvi, Šlajmerjeva 6, 61000 Ljubljana

Prispelo 1991-07-25, sprejeto 1993-03-15, ZDRAV VESTN 1993; 62: 145-7

Ključne besede: eritrocitna protitelesa; navzkrižni preizkus; hemolitična transfuzijska reakcija

Key words: red cell antibodies; crossmatch; hemolytic transfusion reaction

Izvleček — Izhodišča. Z navzkrižnim preizkusom in z ugotavljanjem eritrocitnih protiteles v serumu bolnikov pred transfuzijo po navadi preprečimo hemolitično transfuzijsko reakcijo, lahko pa do nje v redkih primerih kljub temu pride.

Abstract — Background. The crossmatch and antibody screening of the patient's serum prevent hemolytic transfusion reaction in general, in some rare occasions it still does occur.

Primeri in zaključki. Taka hemolitična reakcija ima po navadi lažji klinični potek, a je potrebno evidentirati in določiti prisotna eritrocitna protitelesa. Protitelesa anti-Jk^a (anti-Kidd^a) so pogost povzročitelj take hemolitične transfuzijske reakcije. Z opisom treh različnih kliničnih primerov te vrste avtorja prikazuje pomembnost poznavanja podatkov o prisotnosti eritrocitnih protiteles pri vsakem bolniku, ki mu nameravamo transfundirati eritrocite. Na podlagi tega poudarimo, da absolutno varne transfuzije ni moč zagotoviti in da so zato za transfuzijo potrebna stroga merila indikacije.

Problems and conclusions. In most cases it is not of the severe type, we must identify it and specify the red cell antibody. Anti-Jk^a (anti-Kidd^a) antibodies are frequently the cause of such hemolytic transfusion reactions. Authors present three cases of such anti-Jk^a antibodies presence and stress the importance of knowing the particulars in the case of every patient planned for future red blood cell transfusion. Based on these the authors point out the fact that absolutely safe transfusion can never be provided so strict indication rules are to be implemented for transfusion.

Uvod

Na človeških eritrocitih so poleg najbolj poznanih antigenov krvnih skupin sistemov ABO (antigeni A, B, H) in Rh (antigeni C, D, E, c, e itd.) prisotni tudi številni drugi antigeni sistemi: Kell (K), Duffy (Fy^a, Fy^b), Kidd (Jk^a, Jk^b), M, N, S, s, Lewis (Le^a, Le^b), I, P₁ in drugi. Ob transfuziji lahko oseba prejme tuje eritrocite z antigeni, ki jih sama nima, zato lahko proti njim tvori protitelesa, kar imenujemo alosenzibilizacija. Ob ponovni transfuziji eritrocitov z enakimi antigeni lahko protitelesa z njimi reagirajo in pride do hemolitične transfuzijske reakcije. Do take senzibilizacije lahko pride tudi pri ženah v času nosečnosti ali poroda, posledica česar je lahko hemolitična bolezen novorojenčka (1). Nekatera eritrocitna protitelesa so običajno navzoča kot t. i. naravna protitelesa. Taka so protitelesa anti-A in anti-B, redkeje tudi druga, npr. protitelesa anti-Le^a in anti-Le^b. Ta protitelesa nastanejo po rojstvu po stiku organizma z antigeni, sorodnimi eritrocitnim antigenom, ki so prisotni v naravi, npr. na bakterijah. Protitelesa anti-A in anti-B delujejo pri vseh temperaturah in

povzročajo takojšnjo hemolizo eritrocitov po transfuziji neskladne krvi in je zato nujno aplicirati ABO skladno kri za transfuzijo. Druga naravna protitelesa pri transfuzijah po navadi ne povzročajo kliničnih zapletov in niso nevarna (1, 2).

Nekatera protitelesa pa nastanejo le po stiku z antigeni na tujih eritrocitih. Najpogosteje so to protitelesa proti antigenom krvnih skupin Rh, Kell, Duffy, Kidd in drugih. Tudi ta protitelesa močno hemolizirajo tuje eritrocite, zato so klinično zelo pomembna. Do njihovega nastanka lahko pride v zelo kratkem času po transfuziji tujih eritrocitov, včasih že po 14 dneh, prisotna pa so lahko zelo dolgo. Nekatera protitelesa lahko ugotovimo pri bolnikih še 30 let po zadnjem stiku s tujim antigenom, druga pa izginejo že nekaj mesecev po nastanku, kar velja zlasti za nekatere primere protiteles anti-Jk^a (1).

Da bi se izognili hemolitičnim reakcijam po transfuziji, je pred vsako transfuzijo eritrocitov obvezno zagotoviti skladnost v krvni skupini ABO, poleg tega pa tudi ugotoviti morebitno prisotnost eritrocitnih protiteles pri bolniku. To po navadi preverimo s t. i. navzkrižnim preizkusom (2, 3). Bistvo tega preizkusa

je v tem, da bolnikov serum inkubiramo z dajalčevimi eritrociti in opazujemo morebitno reakcijo (hemolizo, aglutinacijo). Tako in vitro ponazorimo dogajanje, ki bo potekalo in vivo po transfuziji eritrocitov. Navzkrižni preizkus po navadi resda izključi večino posttransfuzijskih zapletov, ki jih lahko povzroči eritrocitno neskladje. Kljub negativnemu navzkrižnemu preizkusu so še vedno možne transfuzijske reakcije na levkocitne, trombocitne in plazemske antigene, ki pa so na srečo klinično manj nevarne (4, 5).

Dogaja pa se, da včasih tudi navzkrižni preizkus nekaterih eritrocitnih protiteles ne odkrije, posebej če so prisotna v nizki koncentraciji, ali pa v primerih, če imajo nizko afiniteto. Taka protitelesa lahko kljub negativnemu navzkrižnemu preizkusu povzročijo hemolizo transfundiranih eritrocitov.

Antigeni sistem Kidd (Jk) na eritrocitih

Antigena sistema Kidd sta glikoproteinski molekuli v membrani eritrocitov, ki sta gensko kodirani z aleloma Jk^a in Jk^b . 26% ljudi ima genotip Jk^aJk^a , 50% Jk^aJk^b , 24% pa Jk^bJk^b . 76% populacije ima na svojih eritrocitih torej antigen Jk^a (1). Preostale osebe z genotipom Jk^bJk^b lahko tvorijo protitelesa anti- Jk^a v primeru, če pridejo v njihov krvni obtok eritrociti, na katerih je prisoten antigen Jk^a . Protitelesa anti- Jk^a so lahko edina protitelesa, lahko pa nastopajo v kombinaciji z drugimi protitelesi.

Znano je, da spadajo ta protitelesa pogosto v imunoglobulinski razred IgG3 in imajo zaradi sposobnosti aktivacije kompleksa tudi veliko hemolitično sposobnost. To je glavni razlog, da ta protitelesa pogosto povzročajo hemolizo in vivo, čeprav so izsledki laboratorijskih preiskav (in vitro) le slabo pozitivni ali celo negativni (1). Dodaten vzrok, da protiteles anti- Jk^a v navzkrižnem preizkusu na zaznamo, čeprav so prisotna, je lahko v tem, da uporabljamo za detekcijo eritrocite heterozigotnega dajalca Jk^aJk^b , ki imajo pol manj antigena kot homozigotni eritrociti Jk^aJk^a . V tem primeru zaradi nizke koncentracije protiteles, obenem pa tudi antigena, reakcije med njima v navzkrižnem preizkusu ne odkrijemo (1, 5).

Prisotnost protiteles anti- Jk^a v serumu ugotavljamo z antiglobulinsko tehniko (Coombovim testom). Pri tem uporabljamo antiglobulinski serum, ki mora vsebovati tudi protitelesa proti komplementu, kajti ob vezavi protiteles anti- Jk^a na antigene se po navadi veže tudi komplemten in je zato reakcija močnejša. Občutljivost določanja protiteles anti- Jk^a lahko tudi povečamo z uporabo encima papaina, z dvostopenjskim testom s komplementom, z uporabo polybrena in z uporabo občutljive tehnike z avtoanalizatorjem (5, 6).

Prikaz primerov

Prvi primer

68-letna bolnica je bila hospitalizirana zaradi dekompenzacije srca in suma na tumor sečnega mehurja. Pred tem je dvakrat rodila. Od 3. 7. do 9. 7. 1989 je zaradi anemije prejela štiri doze koncentriranih eritrocitov brez zapletov. Pred naslednjo transfuzijo dne 10. 7. 1989 smo pri navzkrižnem preizkusu ugotovili pozitiven rezultat in ugotovili, da so pri bolnici prisotna protitelesa anti- Jk^a . Direktni Coombsov test je bil negativen.

Drugi primer

31-letna bolnica je bila hospitalizirana zaradi pljučnice, sepse in anemije. Pred tem je dvakrat rodila. Po transfuziji ob drugem porodu je opazila

rjavo obarvan urin. Dne 22. 4. 1988 je prejela transfuzijo štirih doz koncentriranih eritrocitov, pri navzkrižnem preizkusu nismo opazili nobenih posebnosti. Eno uro po končani transfuziji je bolnica opazila temnejši urin, drugih znakov hemolize ni bilo. Direktni in indirektni Coombsov test sta bila negativna. Dne 8. 5. 1988 smo ponovno kontrolirali direktni Coombsov test in iskali morebitna protitelesa v serumu, vendar z običajnimi tehnikami testiranja nismo ugotovili njihove prisotnosti. Šele pri testiranju z avtoanalizatorjem (6) smo ugotovili pozitiven rezultat in določili protitelesa anti- Jk^a .

Tretji primer

39-letna bolnica je bila večkrat hospitalizirana zaradi mezenhimopatije in je zaradi anemije prejela večje število transfuzij koncentriranih eritrocitov. Zdravila se je s prednisolonom. Ob transfuziji koncentriranih eritrocitov dne 27. 1. 1988 je prišlo do kratkotrajne reakcije s povišano temperaturo in mrzlico. Dne 29. 1. 1988 je ponovno dobila transfuzijo, pred tem pa metilprednisolon-acetat in kloropiramin in po transfuziji ni bilo zapletov. Pred naslednjo transfuzijo smo pri navzkrižnem preizkusu dne 16. 2. 1988 ugotovili prisotnost eritrocitnih protiteles in s specifikacijo določili protitelesa proti dvema antigenoma iz Rh sistema (anti-c in anti-E specifičnosti). Za transfuzijo smo zato izbrali kri brez antigenov c in E ter naredili navzkrižni preizkus, ki je bil negativen, vendar je proti koncu transfuzije tako izbrane krvi bolnica opazila hematurijo, čez nekaj ur pa so se pojavile še bolečine pod obema rebrihoma lokoma, povišana temperatura, mrzlica, dušenje in slabost. Drugi dan so bila povečana jetra in vranica in se je pojavila zlatenica. Diureza je bila normalna in stanje se je kmalu popravilo. Direktni Coombsov test je bil negativen, v serumu nismo ugotovili drugih protiteles razen anti-c in anti-E specifičnosti. Šele po testiranju z avtoanalizatorjem in primerjavi antigenov na eritrocitih bolnice in na eritrocitih krvi, ki jo je dobila, smo posumili na neskladnost Jk antigenov in na prisotnost protiteles anti- Jk^a . Z dvostopenjskim testom s komplementom (7) smo njihovo prisotnost tudi potrdili.

Material in metode

Vzorci krvi bolnikov smo pred transfuzijo preiskovali z navzkrižnim preizkusom. Njegov najpomembnejši del je »major« test, pri katerem zmešamo serum prejemnika in eritrocite dajalca in ugotavljamo morebitno neskladnost krvi zaradi protiteles v serumu prejemnika (2, 3). Prisotnost protiteles v serumu ugotavljamo s pomočjo indirektna antiglobulinske tehnike (indirektnega Coombsovega testa) in enostopenjskega testa s papainom (4).

Prisotnost protiteles, vezanih na eritrocite, smo ugotavljali s pomočjo direktnega antiglobulinskega (direktnega Coombsovega) testa. Končen rezultat pri vseh pozitivnih vzorcih je aglutinacija eritrocitov.

Za ugotavljanje eritrocitnih protiteles v serumu bolnikov smo uporabljali tipizirane eritrocite Selectogen (Ortho), za specifikacijo teh protiteles pa poznane eritrocite iz celičnega panela (Resolve Panel A in B, Ortho) in opisano metodo specifikacije (4).

Za določanje antigenov na eritrocitih dajalcev in prejemnikov smo uporabljali testne serume Zavoda RS za transfuzijo krvi ter proizvajalcev Diameda in Biotesta.

Presejalni test eritrocitnih protiteles in njihovo specifikacijo na aparatu avtoanalizator (Autoanalyser, Technikon) smo naredili po Lalezarijevi metodi (6).

Pri dvostopenjskem testu s komplementom smo dva volumna bolnikovega seruma mešali z enim delom 3-odstotne suspenzije testnih eritrocitov in eno uro inkubirali pri 37°C. Nato smo eritrocite trikrat oprali v fiziološki raztopini in jih inkubirali z enim volumnom svežega seruma krvne skupine AB pri 37°C 15 minut, nato pa nadaljevali z antiglobulinsko tehniko (7).

Razpravljanje

Navzkrižni preizkus pred vsako transfuzijo eritrocitov je obvezna preiskava, s katero ugotavljamo, ali so v serumu prejemnika prisotna protitelesa, ki bi lahko povzročila skrajšano preživetje transfundiranih eritrocitov (2, 3). Skrajšano preživetje se lahko pokaže bodisi kot hemolitična reakcija med transfuzijo ali po njej ali pa kot krajše preživetje eritrocitov. Na akutno hemolitično reakcijo po transfuziji lahko posumimo, če pri bolniku opazimo bolečine v prsih, v križu, strah, nemir, glavobol, dispnejo, tresenje, mrzlico, bruhanje, diarejo, tahikardijo, hipotenzijo ter kasneje šok, nepojasnjene krvavitve, hematurijo in odpoved ledvic. Pozna hemolitična reakcija se manifestira s simptomi in znaki, kot so ikterus, progresivna anemija, vročina ter bolečine v sklepih in mišicah. V nekaterih primerih pa lahko pri bolniku ugotovimo samo nekoliko krajše preživetje transfundiranih eritrocitov, na katerega včasih nismo dovolj pozorni.

V primerih, ko posumimo na skrajšano preživetje eritrocitov, je vedno treba pomisliti na možnost alosenzibilizacije, če je bolnik v preteklosti dobil transfuzijo krvi ali če gre za ženo z anamnezo nosečnosti. Navzkrižni preizkus pred transfuzijo namreč nikoli ni stoodstotno zanesljiv, ker so kljub negativnemu rezultatu lahko prisotna eritrocitna protitelesa, ki utegnejo biti klinično pomembna.

Opisani primeri potrjujejo dejstvo, da popolne varnosti pri transfuziji krvi ni mogoče zagotoviti kljub testiranju, narejenem po sodobnih strokovnih priporočilih, zato naj bo odločanje za transfuzijo vedno povezano s kritično presojo o nujnosti takega načina zdravljenja.

V našem prvem opisanem primeru je pri bolnici verjetno prišlo do senzibilizacije na antigen Jk^a v času nosečnosti. Pred prvo transfuzijo z navzkrižnim preizkusom v njenem serumu nismo ugotovili protiteles anti-Jk^a, ker je bila njihova količina tako majhna, da jih s standardnimi tehnikami testiranja ni bilo mogoče ugotoviti. O skrajšanem preživetju transfundiranih eritrocitov pri tej bolnici ne moremo soditi. Če je do njega prišlo, je bila ta hemolitična reakcija pozna in klinično neopazna. Transfundirani eritrociti s prisotnim antigenom Jk^a so povzročili povečano tvorbo protiteles anti-Jk^a, ki smo jih lahko ugotovili z navzkrižnim preizkusom pred naslednjo transfuzijo.

Tudi pri drugi bolnici domnevamo, da je prišlo do senzibilizacije ob nosečnosti. Transfuzija Jk^a neskladne krvi ob porodu je bila vzrok lažje hemolitične reakcije, ki ni vzbudila pozornosti. Z rutinskimi laboratorijskimi preiskavami pred drugo transfuzijo prisotnosti protiteles ni bilo mogoče ugotoviti, šele ob sumu na lažjo hemolitično reakcijo smo testiranje ponovili z zelo občutljivo metodo in dejansko ugotovili prisotnost protiteles in njihovo anti-Jk^a specifičnost.

Tretji primer je bil najtežje rešljiv. Tudi pri tej bolnici prva reakcija po transfuziji ni zbudila suma na hemolizo, povzročeno z eritrocitnimi protitelesi. Potem ko smo določili specifičnost protiteles anti-c in anti-E v njenem serumu, smo menili, da bo transfuzija krvi, skladne v teh antigenih, potekala brez zapletov. Presenečenje ob tipični in težki hemolitični reakciji je bilo zato toliko neprijetnejše. Kljub ponovnemu preiskovanju vzorcev seruma, odvzetih pred transfuzijo in po njej, s standardnimi tehnikami testiranja nismo ugotovili drugih, razen prej določenih protiteles anti-c in anti-E. Šele po obširnem testiranju in uporabi tehnike, ki je namenjena prav ugotavljanju protiteles anti-Jk^a oz. anti-Jk^b, smo njihovo prisotnost in specifičnost potrdili.

Tako kot drugod (8) so se protitelesa anti-Jk^a tudi pri naših prejemnikih transfuzij eritrocitov izkazala kot nepredvidljiv in včasih težko dokazljiv povzročitelj hemolitične transfuzijske reakcije (8). To dejstvo nas opozarja, da kljub negativnemu rezultatu navzkrižnega preizkusa ne moremo preprečiti vseh hemolitičnih reakcij po transfuziji, pa čeprav pri tem uporabljamo tehnike testiranja, ki veljajo za dovolj občutljive (5, 9, 10).

Zaključek

Ob vsaki transfuziji moramo računati z možnostjo hemolitične reakcije pri vseh tistih prejemnikih, ki so kdajkoli v preteklosti dobili transfuzijo ali pa imajo v anamnezi nosečnost. Večina transfuzij sicer poteka brez zapletov in doseže želeni terapevtski učinek, zato velja transfuzija za varen način zdravljenja. V določenih primerih pa do zapletov vendarle prihaja in hemolitična transfuzijska reakcija je eden najbolj resnih in nevarnih. Zato moramo biti pozorni tudi na minimalne znake hemolitične reakcije, saj nas lahko opozorijo na možne zaplete ob naslednji transfuziji. Sum na prisotnost eritrocitnih protiteles lahko vzbudi tudi nezadovoljivo izboljšanje anemije po transfuziji oz. hitro ponovno poslabšanje anemije, za katerega ni pojasnila (npr. krvavitev). Ugotovitev in specifikacija protiteles nam v takem primeru pomagata, da ob naslednji transfuziji izberemo skladno kri, čeprav je količina protiteles v bolnikovi krvi tako majhna, da jih z običajnimi preiskavami ne moremo ugotoviti. Zato poudarjamo, da ima poznavanje rezultatov preiskav oz. prisotnosti protiteles iz preteklosti izjemno velik pomen. Le tako lahko izberemo za transfuzijo eritrocite brez antigena, proti kateremu so protitelesa usmerjena, in tako preprečimo hemolitično transfuzijsko reakcijo. Za obstoj takih protiteles pri bolniku naj vedo tako bolnik sam kot tudi njegov lečeči zdravnik in transfuziolog. Edino taka informacija nam poleg pravilno narejenega testa za ugotavljanje eritrocitnih protiteles omogoči izbiro skladne krvi za varno in učinkovito transfuzijo.

Zahvala

Zahvaljujemo se prof. dr. Ljerki Glonar za svetovanje in Mimi Pušenjak in Tončki Rački za požrtvovalno delo v laboratoriju.

Literatura

1. Mollison PL, Engelfriet CP, Contreras M. Blood transfusion in clinical medicine. 8th ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1987.
2. Standards for blood banks and transfusion services. 13th ed. Arlington: Virginia, 1989.
3. Pravilnik o dajanju človeške krvi in njenih sestavin in derivatov v promet. UL SFRJ 1989; 35: 893–7.
4. Walker RM. Technical manual. 10th ed. American Association of Blood Banks, 1990.
5. Issitt PD. Applied blood group serology. 3rd ed. Miami: Montgomery Scientific Publications, 1985: 308–15.
6. Lalezari P. A new method for detection of red blood cell antibodies. Transfusion 1968; 8: 372–80.
7. Giles CM. Complement in blood group serology. Educational book of the XX Congress of the ISBT and BBS. London: International Society of Blood Transfusion, 1988: 72–6.
8. Morgan P, Wheeler CB, Basion EL. Delayed transfusion reaction attributed to anti-Jk^a. Transfusion 1967; 7: 307–8.
9. Howell P, Giles CM. A detailed serological study of five anti-Jk^a sera, reacting by the antiglobulin technique. Vox Sang 1983; 45: 129–38.
10. Ramsey G, Larson P. Loss of red cell alloantibodies over time. Transfusion 1988; 28: 162–5.

Pozabimo na nihanja ravni
sladkorja v krvi!

Glucobay[®]

akarboza



- pri monoterapiji (diabetes tipa II)
- pri kombiniranem zdravljenju (diabetes tipa I in II)

Bayer 

Glucobay[®] 50/Glucobay[®] 100

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Oblika: Glucobay 50: 30 tablet po 50 mg akarboze;
Glucobay 100: 30 tablet po 100 mg akarboze.

Doziranje: Bolniki zaužijejo trikrat na dan po 1/2 do 2
tableti Glucobay 50 ali Glucobay 100 pred obrokom ali s
prvim grizljajem hrane.

Kontraindikacije: preobčutljivost za akarbozo; kronične prebavne motnje, ki se
lahko poslabšajo zaradi zvečanega nastajanja plinov; otroci do 18 leta starosti;
nosečnost; dojenje.

Opozorilo: Ob jemanju Glucobaya je obvezno strogo upoštevanje diabetične
diete.



Uravnava raven sladkorja v krvi

Strokovni prispevek/Professional article

KOMPLEKS SERINSKE ELASTAZE Z ALFA ENA PROTEAZNIM INHIBITORJEM V PLJUČIH KADILCEV

SERINE ELASTASE – ALPHA 1 PROTEASE INHIBITOR COMPLEX IN THE LUNG OF SMOKERS

Andrej Debeljak, Kristina Križnar, Matjaž Bizjak

Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 64204 Golnik

Prispelo 1992-10-05, sprejeto 1993-01-13, ZDRAV VESTN 1993; 62: 149–52

Ključne besede: kajenje; bronhoalveolarno izpiranje; kronična obstruktivna pljučna bolezen

Key words: smoking; bronchoalveolar lavage; chronic obstructive pulmonary disease

Izvleček – Izhodišča. Avtorji so želeli ugotoviti, ali je pri kadilcih in bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) zvečana količina kompleksa serinske elastaze (PMN elastaze) z alfa ena proteaznim inhibitorjem (alfa 1 Pi) v bronhoalveolarnem izpirku.

Abstract – Background. The authors wanted to find out if serine elastase (PMN elastase) – alpha 1 protease inhibitor (alpha 1 Pi) complex in bronchoalveolar lavage (BAL) fluid is higher both in smokers and in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Metode. V prospektivni študiji so po slučajnostnem izboru pri 15 nekadilcih, 20 kadilcih in 16 kadilcih s KOPB med bronhoskopijo naredili bronhoalveolarno izpiranje (BAI). Preiskovanci so bili vključeni v študijo, če je bila zaradi vnetnih ali malignih bolezni pljuč potrebna bronhoskopija. V izpirku so določali koncentracije kompleksa PMN elastaze z alfa ena Pi z metodo heterogenega imunskega testa 12589 PMN elastaze firme Merck.

Methods. By prospective study in randomly selected 15 nonsmokers, 20 smokers and 16 smokers with COPD during bronchoscopy BAL was performed. The examined persons were included into the study if because of inflammatory or malignant lung diseases bronchoscopy was indicated. In BAL fluid the concentration of PMN elastase – alpha 1 Pi complex was determined using the heterogenous enzyme immunoassay 12589 Elastase Merck.

Rezultati. Relativna koncentracija kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi je bila pri nekadilcih $1,97 \pm 2,01$ $\mu\text{g}/\text{mg}$ albumina, pri kadilcih $1,99 \pm 2,12$ $\mu\text{g}/\text{mg}$ albumina in pri kadilcih s KOPB $2,16 \pm 2,10$ $\mu\text{g}/\text{mg}$ albumina. Razlike so bile neznačilne.

Results. The relative concentration of PMN elastase – alpha 1 Pi complex in nonsmokers was 1.97 ± 2.01 $\mu\text{g}/\text{mg}$ albumin, in smokers 1.99 ± 2.12 $\mu\text{g}/\text{mg}$ albumin and 2.16 ± 2.10 $\mu\text{g}/\text{mg}$ albumin in patients with COPD. The differences were insignificant.

Zaključek. Kajenje cigaret in KOPB ne vplivata na količino kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi v pljučih. Menimo, da je že pri nekadilcih ves alfa 1 Pi vezan s PMN elastazo in se zato koncentracija kompleksa v BAI kadilcev in bolnikov s KOPB ne more zvečati.

Conclusions. Cigarette smoking and COPD do not change the PMN elastase – alpha 1 Pi complex concentration in the lung. We think that in nonsmokers all alpha 1 Pi is already combined with PMN elastase. That is the reason why in smokers and patients with COPD the PMN elastase – alpha 1 Pi complex concentration in BAL fluid can not be elevated.

Uvod

Epidemiološke študije kažejo, da je za nastanek KOPB najbolj škodljiv cigaretni dim v vdihanem zraku (1). Cigaretni dim okvari mukociliarni aparat ter celično in humoralno obrambo pljuč (2).

Nastanek centrolobularnega emfizema pljuč kadilcev si razlagajo s proteazno antiproteazno teorijo (3). Na mestu vnetja v bronhi-

olih so prvi in najštevilnejši alveolarni makrofagi (AMF). Polimorfonuklerani levkociti (PMN) so drugi val fagocitnih celic v pljučih. PMN elastaza tem celicam omogoči prehajanje iz krvnih žil v pljučni intersticij. Kadar je PMN veliko in je zato tudi PMN elastaze več kot običajno, ta poškoduje pljučni matriks, kar pripelje do pljučnega emfizema (4).

Posredni dokaz, da je PMN elastaza pomembna za nastanek pljučnega emfizema, je panacirani emfizem bolnikov s prirojenim

pomanjkanjem alfa 1 antitripsina.

Drugi dokaz za destruktivno delovanje PMN elastaze v pljučih so emfizemske spremembe po vbrizganju tega encima v sapnik živali (5).

Poleg tega so v pljučih našli tudi komplekse elastaze in sestavin pljučnega matriksa.

Med proteaznimi inhibitorji je najvažnejši alfa 1 antitripsin, ki zavira predvsem PMN elastazo. Ta inhibitor je glikopeptid, ki ga v glavnem sintetizirajo jetra. Njegovo aktivno mesto je metioninski del molekule na mestu 358. Ta del molekule okvarijo oksidanti v cigaretnem dimu ter oksidanti, ki nastajajo pri fagocitozi in ubijanju v PMN. Zato je sposobnost alfa 1 antitripsina zmanjšana (6).

Namen študije

Ugotoviti smo želeli koncentracije kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi v BAI nekadilcev, kadilcev in kadilcev s KOPB. Pričakovali bi, da bo več kompleksa pri kadilcih in še več pri kadilcih z razvito KOPB.

Material

Raziskavo je odobrila Republiška strokovna komisija za medicinsko-etična vprašanja.

Pregledali smo 51 bolnikov, 38 moških ter 13 žensk. Nekadilcev je bilo 15; šest moških in devet žensk, starih $46,9 \pm 14,3$ leta, v skupini kadilcev je bilo 18 moških in dve ženski s starostjo $43 \pm 12,1$ leta, v skupini kadilcev s KOPB je bilo 16 bolnikov, 14 moških in dve ženski v starosti $50,9 \pm 8,4$ leta. Bolniki s KOPB so bili starejši kot kadilci.

Med kadilce smo uvrstili osebe, ki so imele kadilski indeks (zavoječek \times leto) večji kot 2. V skupini kadilcev je bil kadilski indeks $17,2 \pm 11,2$ in v skupini kadilcev s KOPB $37,1 \pm 15,7$, kar je značilno več od kadilcev brez KOPB.

Obstrukijske ventilacijske motnje smo opredelili kot zmanjšanje FEV_1 za več kot 15% predvidene norme CECA ter Rt več kot $0,29 \text{ kPa l}^{-1} \text{ s}$ (tab. 1, tab. 2).

Bolniki so imeli različne vnetne in maligne bolezni pljuči.

Preiskovance smo vključili v študijo, kadar je bila zaradi njihove bolezni potrebna bronhoskopija.

Metode

Bronhoskopije smo delali z upogljivim bronhoskopom Olympus 5BF3.

Vrh bronhoskopa smo zagostili v segmentni ali celo subsegmentni bronhij srednjega režnja ali lingule.

Za izpiranje smo uporabljali sterilno 0,9% raztopino natrijevega klorida, segreto na 37°C . Vbrizgali smo šestkrat po 50 ml in tekočino s centralnim vakuumom takoj z negativnim tlakom $-13,3 \text{ kPa}$ posrkali v stekleno, silikonizirano stekleničko, ki smo jo hladili z ledom.

V laboratoriju smo tekočino filtrirali skozi gazo in centrifugirali. Določali smo celice, viabilnost, diferencialno sliko ter sposobnost ubijanja alveolarnih makrofagov. V supernatantu, ki ni bil koncentriran, smo z metodo laserske nefelometrije določali beljakovine, imunoglobuline, komplement ter albumin; rezultati teh pregledov so objavljeni drugje (7).

V supernatantu, ki smo ga hranili zmrznjenega na -20°C , smo z metodo heterogenega imunskega testa 12589 PMN Elastaze firme Merck določili koncentracije PMN elastaze v kompleksu z alfa 1 proteaznim inhibitorjem.

Tab. 1. Vrednosti pljučnih volumnov pri nekadilcih, kadilcih in kadilcih s KOPB (odstopanje po normi CECA).

Tab. 1. Values of lung volumes in nonsmokers, smokers and smokers with COPD (deviation by CECA normatives).

Skupina Group	% VC	& FEV ₁	% FEV ₁ /VC
Nekadilci Nonsmokers n = 15	$-0,14 \pm 0,13$	$-0,08 \pm 0,17$	$0,78 \pm 0,09$
Kadilci Smokers n = 20	$-0,10 \pm 0,15$	$-0,08 \pm 0,14$	$0,78 \pm 0,06$
KOPB COPD n = 16	$-0,26 \pm 0,13^*$	$-0,39 \pm 0,16^*$	$0,61 \pm 0,11^*$

* Bolniki s KOPB so imeli manjšo vitalno kapaciteto, forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi in Tiffeneaujev indeks kot nekadilci in kadilci.

Legenda: CECA – Evropska skupnost za premog in jeklo, VC – vitalna kapaciteta, FEV₁ – forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi, FEV₁/VC – Tiffeneaujev indeks.

Tab. 2. Podatki o celotnem uporu v dihalnih poteh, odstopanja v odstotkih od norme za transferni dejavnik za ogljikov monoksid ter celotni volumen plinov pri preiskovancih nekadilcih, kadilcih ter bolnikih kadilcih s KOPB.

Tab. 2. Particulars about total resistance in respiratory tract, deviations from normative of CO transfer factor and total gas volume in examined nonsmokers, smokers and smokers with COPD.

Skupina Group	% TL _{CO}	Rt kPa l ⁻¹ s	% TGV
Nekadilci Nonsmokers n = 15	$0,98 \pm 0,18$	$0,19 \pm 0,09$	$0,07 \pm 0,15$
Kadilci Smokers n = 20	$0,91 \pm 0,16$	$0,20 \pm 0,11$	$0,26 \pm 0,33$
KOPB COPD n = 16	$0,77 \pm 0,22^*$	$0,40 \pm 0,19^*$	$0,40 \pm 0,28^*$

* Preiskovanci s KOPB so imeli manjši transferni dejavnik za ogljikov monoksid ter večji celotni upor v dihalnih poteh in večji torakalni volumen plinov.

Legenda: % TL_{CO} – transferni dejavnik za ogljikov monoksid, Rt (kPa l⁻¹s) – celotni upor v dihalnih poteh (kilopaskal, liter⁻¹, sekunda), % TGV – torakalni volumen plinov.

Med prvo inkubacijo se ta kompleks s svojim PMN elastaznim delom veže na protitelesa, pritrjena na steno epruvete. Med drugo inkubacijo smo dodali protitelesa, označena z alkalno fosfatazo. Ta se vežejo z alfa 1 proteaznim inhibitorjem v kompleksu. Nevezana protitelesa, označena z alkalno fosfatazo, izperemo ter fotometrično izmerimo encimsko aktivnost alkalne fosfataze, vezane na imunski kompleks. Intenzivnost obarvanja je neposredno proporcionalna koncentraciji kompleksa PMN elastaze, vezane z alfa 1 proteaznim inhibitorjem (8).

Količino kompleksa smo ugotavljali v absolutnih koncentracijah $\mu\text{g/L}$, pa tudi v relativnih koncentracijah glede na koncentracijo albumina v mg/L .

Določili smo povprečne koncentracije kompleksa PMN elastaze z alfa 1 proteaznim inhibitorjem v treh skupinah: pri nekadilcih, kadilcih in kadilcih s KOPB.

Razlike smo ugotavljali s Studentovim testom, za značilno smo šteli pet odstotkov.

Tab. 3. Količina posrkanе tekočine pri nekadilcih, kadilcih in bolnikih s KOPB.

Tab. 3. Quantity of aspirated fluid in nonsmokers, smokers and patients with COPD.

Skupina Group	Posrkano ml Aspired ml	Posrkano % vbrizgane Aspired % of injected fluid
Nekadilci Nonsmokers n = 15	157,2±40,2	0,69±0,09
Kadilci Smokers n = 20	175,2±46,4	0,69±0,13
KOPB COPD n = 16	144,8±54,1*	0,53±0,17*

* Pri bolnikih s KOPB smo posrkali manj tekočine v mililitrih in v odstotku vbrizgane tekočine kot pri nekadilcih in kadilcih.

Tab. 4. Koncentracije kompleksa PMN elastaze z alfa 1 proteaznim inhibitorjem v bronhoalveolarnem izpirku (BAI) pri nekadilcih, kadilcih in kadilcih s KOPB.

Tab. 4. Concentration of PMN elastase with alpha 1 proteinase inhibitor in bronchoalveolar lavage in nonsmokers, smokers and smokers with COPD.

Skupina Group	Absolutne koncentracije µg/L Absolute concentrations µg/L	Relativne koncentracije na albumin µg/mg Relative concentrations on albumine µg/mg
Nekadilci Nonsmokers n = 15	48,40±42,97	1,97±2,01
Kadilci Smokers n = 20	54,60±77,55	1,99±2,12
KOPB COPD n = 16	71,31±96,46	2,16±2,10

Razlike med skupinami so neznačilne.

Rezultati

Količina posrkanе tekočine je prikazana na tabeli 3. Pri bolnikih s KOPB smo posrkali manj tekočine kot pri kadilcih ter nekadilcih.

V količini celotnih beljakovin ter albuminov v BAI med preiskovanci treh skupin ni bilo značilnih razlik.

Koncentracije kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi prikazuje tabela 4. Med tremi skupinami nismo našli značilnih razlik.

Razpravljanje

Odkar so švedski avtorji ugotovili pljučni emfizem pri bolnikih s prirojenim pomanjkanjem alfa 1 antitripsina, je znana tudi proteazno antiproteazna teorija nastanka emfizema (9). Klinične raziskave potrjujejo mnenje, da je za nastanek emfizema pomembna predvsem PMN elastaza (10). Poleg prirojenega pomanjkanja alfa 1 antitripsina je emfizem kadilcev zgled za proteazno antiproteazno teorijo (4).

V BAI kadilcev so avtorji ugotavljali višji nivo elastaz (11). Ta elastaza naj bi bila serinskega tipa (12). Drugi avtorji pa so našli predvsem metaloelastazo (13). Te elastaze pa alfa 1 antitripsin ne inaktivira, metaloelastaza tudi ne razgrajuje elastina (14). Tretji avtorji pa so našli obe elastazi (11).

Prisotnost elastaz so dokazovali z ugotavljanjem elastolitične aktivnosti: z razgrajevanjem substrata SLAPN (sukcinil trialanin para nitro anilid) (12). Ta substrat pa ni povsem specifičen za serinsko elastazo, saj ga razgrajujejo tudi drugi encimi (15).

Poleg tega so elastolitično aktivnost proučevali tudi na elastinu, označenem s ^{14}C ter ^3H , ali z raztapljanjem elastina na ploščah (16, 17). Tip elastaze so določali z inhibitorji. EDTA (etilen diamin tetraacetat) zavira metaloelastazo, PMSF (fenil metil sulfonil fluorid) pa serinsko elastazo (11).

V naši študiji smo uporabili nam dostopno ELISA metodo določanja kompleksa serinske PMN elastaze, vezane z alfa 1 proteaznim inhibitorjem. Metoda je specifična za PMN elastazo in so jo uporabljali za določanje kompleksa z alfa 1 antiproteazo v plazmi, cerebrospinalnem likvorju, plevralnem eksudatu, ejakulatu ter sinovialni tekočini (18). Določali pa so ga tudi že v BAI (19).

Tako kot v naši študiji so tudi ti avtorji v BAI pri zdravih mladih kadilcih našli enake količine kompleksa PMN elastaze z alfa 1 proteaznim inhibitorjem. Tudi oni so pričakovali višje koncentracije pri kadilcih.

Koncentracija tega kompleksa ni bila odvisna od količine pokajenih cigaret. Med kadilci in kadilci s KOPB (ki so pokadili več cigaret) ni bilo razlik v koncentraciji merjenega kompleksa. Ne more biti pravilna razlaga avtorjev (19), da njihovi kadilci s kadilskim indeksom $8,5 \pm 4,9$ zato, ker so manj časa kadili, niso imeli višje koncentracije kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi. Naši kadilci so imeli bistveno višji kadilski indeks $17,2 \pm 11,2$. Če bi trajanje kajenja imelo vpliv na višino tega kompleksa, bi morali imeti naši kadilci s KOPB kompleks še višji, saj je bil njihov kadilski indeks $37,1 \pm 15,7$.

Tudi domneva istih avtorjev, da je 24-urna pavza s kajenjem pred BAI morebiti vzrok za izginevanje kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi, po naši študiji ne more držati. Naši bolniki so bili sicer težji, niso pa nehali kaditi en dan pred bronhoskopijo.

Možno je, da je bil izbor naših preiskovancev neprimeren, saj so vsi imeli različne vnetne in maligne bolezni pljuč ter plevre. Te bolezni lahko vplivajo na beljakovine v BAI. Iz etičnih razlogov pa zdravih nekadilcev, kadilcev in bolnikov samo s KOPB nismo mogli preiskovati.

Res pa je, da so bili preiskovanci glede starosti in osnovnih bolezni enakomerno porazdeljeni v tri skupine in bi se vpliv teh dejavnikov moral izničiti.

Možno je tudi, da sama metoda ni primerna za ugotavljanje majhnih koncentracij encimskega kompleksa v BAI, saj v literaturi o metodi ni omenjeno določanje v BAI (8). Je pa ta metoda gotovo primerna za ugotavljanje majhnih koncentracij, saj jo uporabljajo za določanje kompleksa v cerebrospinalnem likvorju, kjer so koncentracije zelo nizke. Avtorji, ki so kompleks določali v BAI, so izpirek petkrat koncentrirali, v naši študiji smo uporabili nekoncentrirane vzorce in torej koncentriranje ni moglo motiti rezultatov.

Ker smo hranili vzorce BAI zmrznjene na -20°C , in ne pri -70°C , kot so priporočali nekateri (20), bi lahko pomislili na proteolitične procese, ki bi vplivali na koncentracije beljakovin in encimsko aktivnost (21). Hranjenje pri -20°C je namreč sprejemljivo le do treh mesecev.

Vsi omenjeni vplivi so v naši študiji delovali enako na izpirek vseh treh skupin. Zato menimo, da niso vplivali na razlike med skupinami v koncentraciji kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi. Vemo, da je koncentracija tega kompleksa 100-krat višja v BAI

kot v serumu (19). Torej se v pljučih vežeta PMN elastaza z alfa 1 Pi.

Najbolj verjetna razlaga za enako koncentracijo omenjenega kompleksa se nam zdi, da je alfa 1 Pi že pri nekadilcih v celoti vezan s PMN elastazo. Zato pri kadilcih in kadilcih s KOPB, ki imajo v pljučih več elastaz in višjo elastazno aktivnost, koncentracija kompleksa PMN elastaze z alfa 1 Pi ne more biti še zvečana.

Literatura

- Petty TL, Pierson DJ, Dick NP et al. Follow up evaluation of prevalence study for chronic bronchitis and chronic airway obstruction. *Am Rev Respir Dis* 1976; 114: 881-90.
- Reynolds HY. Lung host defences: A status report. *Chest* 1979; 75: 239-42.
- Janoff A. Elastases and emphysema: current assessment of the protease/antiprotease hypothesis. *Am Rev Respir Dis* 1985; 132: 417-33.
- Gadek JE, Pacht ER. The protease-antiprotease balance within the human lung: Implications for the pathogenesis of emphysema. *Lung* 1990; Suppl: 525-64.
- Mass B, Ikeda T, Meranze DR, Weinbaum G, Kimbel P. Induction of experimental emphysema. *Am Rev Respir Dis* 1972; 106: 384-91.
- Gadek JE, Fellis GA, Crystal RG. Cigarette smoking induces functional anti-protease deficiency in the lower respiratory tract of humans. *Science* 1979; 206: 1315-6.
- Debeljak A. Citološke in biokemične spremembe v bronhoalveolarnem izpirku in patogeneza kronične obstruktivne pljučne bolezni. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani. Medicinska fakulteta, 1989: 59-91.
- Neumann S, Gunzer G, Hennrich N, Lang H. Enzyme-linked immunoassay for elastase from leukocytes in human plasma. *J Clin Chem Clin Biochem* 1981; 19: 232-2.
- Anon. Chronic cor pulmonale. Report of an expert committee. Geneva: World Health Organization, 1961; Technical report series 213.
- Wewers MD, Gadek JE. The protease theory of emphysema. *Ann Intern Med* 1987; 107: 761-3.
- Janoff A, Raju L, Dearing R. Levels of elastase activity in bronchoalveolar lavage fluids of healthy smokers and nonsmokers. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127: 540-4.
- Smith SF, Guz A, Cooke NT, Burton HG, Tetley TD. Extracellular elastolytic activity in human lung lavage: a comparative study between smokers and nonsmokers. *Clin Sci* 1985; 69: 17-27.
- O'Neill S, Prichard JS. Elastolytic activity of alveolar macrophages in chronic bronchitis: comparison of current and former smokers. *Thorax* 1983; 38: 356-9.
- Fera T, Abboud RT, Richter A, Johal SS. Acute effect of smoking on elastase like esterase activity and immunologic neutrophil elastase levels in bronchoalveolar lavage fluid. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133: 568-73.
- Ito A, Honda M, Mari Y. A new succinyl trialanin para nitroanilid hidroksilase in human uterus. *Biochem Med* 1982; 28: 32-40.
- Rodriguez RJ, White RR, Senior RM, Levine EA. Elastase release from human alveolar macrophages: Comparison between smokers and nonsmokers. *Science* 1977; 198: 313-4.
- Janoff A, Dearing R. Alpha 1-proteinase inhibitor is more sensitive to inactivation by cigarette smoke than is leukocyte elastase. *Am Rev Respir Dis* 1982; 126: 691-4.
- Neumann S, Nennrich N, Gunzer G, Lang H. Enzyme-linked immunoassay for human granulocyte elastase-alpha 1-proteinase inhibitor complex. In: Goldberg DM, Werner M eds. *Progress in clinical enzymology II*; New York: Masson, 1983: 293-8.
- Jochum M, Pelletier A, Boudier C, Pauli G, Bieth JG. The concentration of leukocyte elastase-alpha 1-proteinase inhibitor complex in bronchoalveolar lavage fluids from healthy human subjects. *Am Rev Respir Dis* 1985; 132: 913-4.
- Reynolds HY, Newball HH. Analysis of proteins and respiratory cells obtained from human lungs by bronchial lavage. *J Lab Clin Med* 1974; 84: 559-73.
- Reynolds HY. Bronchoalveolar lavage. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 250-63.

Strokovni prispevek/Professional article

NEŽELENI UČINKI RADIOTERAPIJE MALIGNOMOV GLAVE IN VRATU NA ZOBNA TKIVA

THE UNWISHED SIDE-EFFECTS OF HEAD AND NECK MALIGNOMAS RADIOTHERAPY ON DENTAL TISSUE

Mirela Kogoj-Rode¹, Matjaž Rode²¹ Stomatološka klinika, Klinični center, Hrvatski trg 6, 61105 Ljubljana² Zdravstveni dom Ljubljana, Enota Moste-Polje, Prvomajska 5, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-10-14, sprejeto 1992-11-12, ZDRAV VESTN 1993; 62: 153-4

Ključne besede: malignomi glave in vratu; radioterapija; zobna tkiva; fluoridi

Key words: head and neck malignomas; radiotherapy; dental tissues; fluorides

Izvleček — Izhodišča. Postradiacijski karies je neželena posledica radioterapije malignomov glave in vratu, ki jih večinoma pripisujejo spremembam v slini.

Abstract — Background. Postradiation caries is a sideeffect of radiotherapy of head and neck malignomas which is supposed to be the consequence of postradiation changes of saliva.

Rezultati in zaključki. V članku avtorji poročajo o uspešnih primerih preprečevanja postradiacijskega kariesa pri bolnikih, ki so bili obsevani na ljubljanskem Onkološkem inštitutu. Z redno rabo lokalno nanesenih fluoridnih preparatov lahko to obliko kariesa uspešno preprečimo.

Results and conclusions. In the article the authors are presenting the successful cases prevention of postradiation caries in patients treated at Institute for Oncology in Ljubljana. With regular topical cure using fluoride preparates, this form of caries can be prevented.

Uvod

Število novoodkritih bolnikov z malignimi tumorji v predelu glave in vratu tudi v Sloveniji, kot v drugih evropskih deželah, narašča (1). V zadnjih letih pri moških v Sloveniji najbolj strmo naraščajo raki žrela, grla, ustne votline in jezika in predstavljajo že 11% vseh rakov. Povprečna letna rast malignomov s to lokalizacijo je v Sloveniji 3,2% (2).

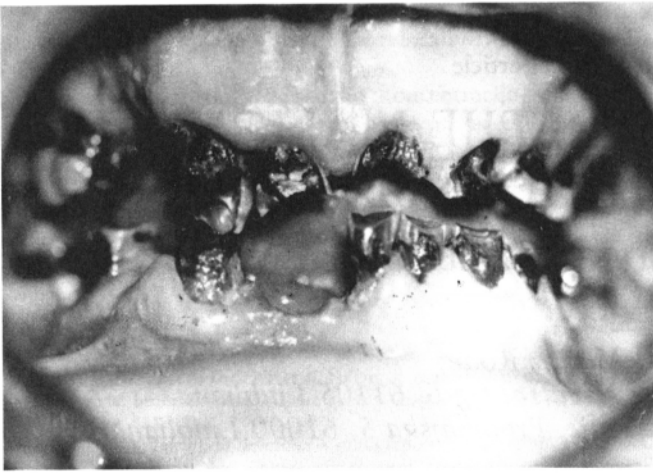
Tumorje v predelu glave obsevamo z visokoenergijskimi žarki, tumorska doza znaša 40–50 Gy, kadar je zdravljenje združeno z operacijo, ter 50–75 Gy, kadar je tumor zdravljen samo z obsevanjem. Poleg pozitivnega učinka radioterapije na tumorske celice se pokažejo neželeni učinki na trdih in mehkih tkivih v ustni votlini. Med neželenimi učinki radioterapije na zobna tkiva odkrije bolnik že med samim obsevanjem povečano občutljivost zob, ki včasih prehaja v prave pulpitične bolečine. Te niso posledica karioznega procesa. Med obsevanjem ne opazimo novih karioznih lezij, ki bi jih lahko pripisali obsevanju, te se pokažejo šele 3–6 mesecev po obsevanju. Poškodbe na trdih zobnih tkivih so premo sorazmerne z višino uporabljene obsevalne doze in nastopijo že od prejete doze okrog 30 Gy dalje. Te kariozne lezije označujemo kot postradiacijski karies (3). Klinično se postradiacijski karies ne razlikuje od običajnega. Razvija se lahko v več oblikah. Pri prvi obliki začne kariozni razpad na zobnih vratovih, in to na ustnični in jezični strani. Najprej so prizadeti sekalci, nato podočniki, ličniki in končno kočniki. Kariozni proces lahko napreduje krožno ob zobnem vratu. Druga oblika začne z rjavo-črnim zabarvanjem zob in s hitro obrabo griznih ploskev.

Tretja oblika začne z majhnimi pikčastimi vdolbinicami na sklenini griznih ploskev, ki hitro vodijo v razpad in odlučenje sklenine od dentinskega plašča (sl. 1).

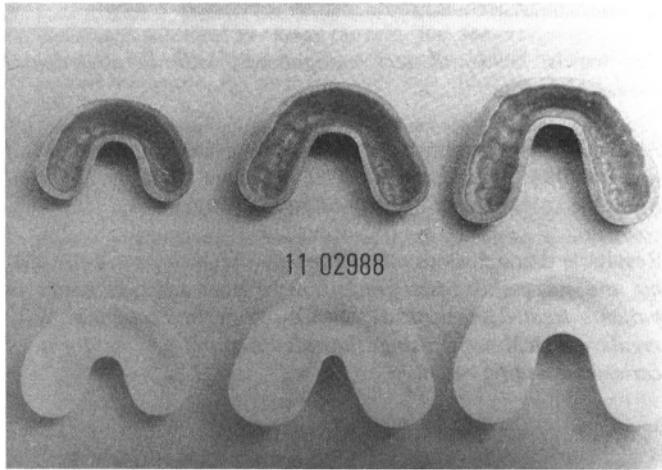
Mnenja avtorjev o nastanku postradiacijskega kariesa so različna. Večina ga pripisuje spremembam v slini. Slina se med obsevanjem zdravljenjem kvalitativno in kvantitativno spremeni. Prvi teden obsevanja, to je ob prejeti terapevtski dozi okrog 10 Gy, jo je samo še 40% prvotne količine. Po končanem zdravljenju pa je le še 10% prvotne količine. Slina se spremeni tudi v sestavi, postane močno viskozna, izgubi svojo pufrsko sposobnost in zaradi padca pH tudi remineralizacijske lastnosti (4). Novejše raziskave kažejo, da je vzrok postradiacijskemu kariesu poleg ostalega tudi direktno delovanje žarkov na sklenino. Sama sklenina se po sestavi ne spremeni, nastopijo pa strukturne spremembe na skleninsko-dentinski meji. Pride do radiolize vode, ki je je na skleninsko-dentinski meji več kot v sami sklenini. Na tem mestu se zato pojavijo poke, v katere vdrejo bakterije, kasneje se sklenina odluči z dentina (3).

Neželenih učinkov radioterapije ne moremo preprečiti, lahko pa posledice obsevalnega zdravljenja vsaj omilimo. Pred pričetkom radioterapije moramo zato oskrbeti kariozne procese in izvršiti natančno sanacijo ustne votline.

Kot najuspešnejše sredstvo za omiljenje pa so se izkazali lokalno nameščeni fluoridni preparati. Ti poleg že znanega delovanja na hidroksilapatit sklenine motijo tudi metabolizem bakterij, ki se pojavijo v pokah postradiacijskih zobnih poškodb. Fluoridni preparati so poleg pravilne in redne ustne higiene in pravilno izbrane prehrane, ki predvsem ne sme vsebovati lepljivih ogljikovih hidratov, zagotovilo, da do postradiacijskega kariesa v množični obliki ne pride.



Sl. 1. Ena od oblik postradiacijskega kariesa.
Fig. 1. A form of postradiation caries.



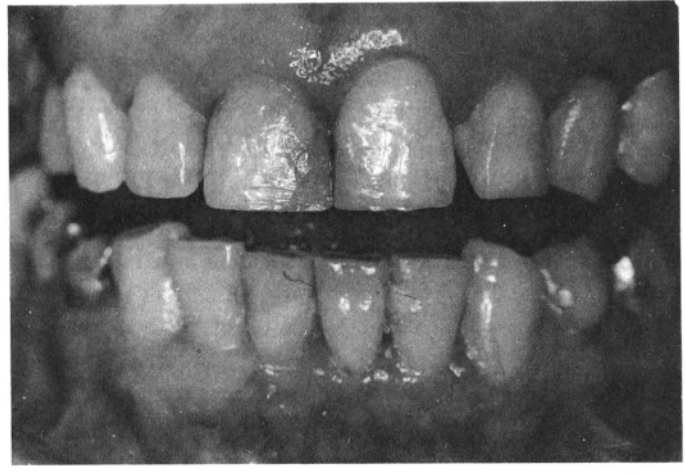
Sl. 2. Individualne žlice, ki jih bolnik aplicira v svoja usta.
Fig. 2. Individual spoons, which are applied into the mouth by the patient.

Naše izkušnje

Bolniki, ki jih v sodelovanju z Onkološkim inštitutom v Ljubljani sprejemamo v oskrbo, uporabljajo za preprečevanje postradiacijskega kariesa 2% gel natrijevega fluorida in raztopino natrijevega fluorida za izpiranje ust. Bolnik nanaša gel na zobne površine s pomočjo individualne odtisne žličke, ki jo naredimo iz akrilata ali iz silikonske odtisne mase (sl. 2). Med obsevalnim zdravljenjem si bolnik po večerji dobro očisti zobovje, namaže odtisno žličo z gelom in jo sam aplicira na zobno vrsto. Odtisno žličo z gelom pusti v ustih pet minut. Ko jo sname, si usta izplakne še z raztopino natrijevega fluorida. S to raztopino si usta izpira tudi večkrat na dan. Po vsaki jedi si mora zobe skrbno očistiti.

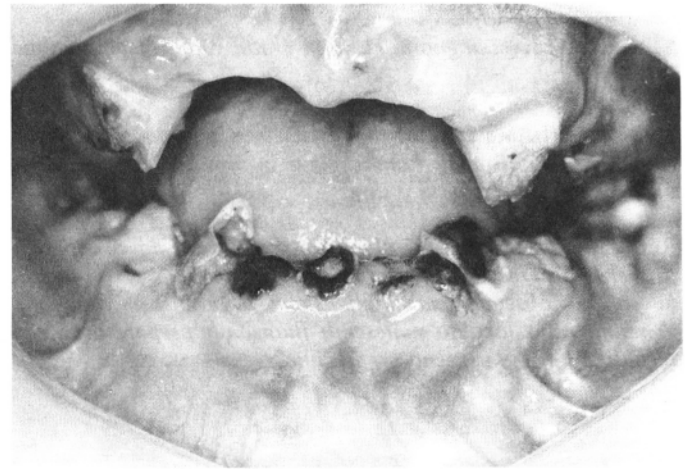
Med samim obsevalnim zdravljenjem bolnik vnaša žličko z gelom vsak dan, po obsevanju pa bolnik na ta način fluoridira svoje zobe dvakrat do trikrat na teden, dokler se mu slina vsaj delno ne povrne.

Uspehe, ki smo jih s tem načinom preprečevanja postradiacijskega kariesa dosegli, moramo pripisati predvsem samim bolnikom, ki želijo ohraniti svoje zobovje. S tem načinom zaščite zob smo pričeli v letu 1988 in tako skrbimo za 62 bolnikov. Vsi, ki redno hodijo na kontrolne preglede, so več let po končani obsevalni terapiji obdržali visoko stopnjo zobnega zdravja (sl. 3). Prav grozljivo kontrolno skupino pa predstavljajo tisti, ki jim je bilo škoda časa in truda in niso prisluhli našim nasvetom, ko



Sl. 3. Stanje zob pri bolniku 4 leta po končanem obsevalnem zdravljenju.

Fig. 3. The condition of teeth 4 years after radiotherapy.



Sl. 4. Popoln razpad zob tri leta po končanem obsevalnem zdravljenju.

Fig. 4. The complete decay of teeth 3 years after radiotherapy.

smo jim pripovedovali, kako enostavno je pravzaprav obdržati svoje zobe zdrave po obsevanju (sl. 4).

Zaključek

Lokalno uporabljeni fluoridni preparati so enostavna, a zelo učinkovita metoda za preprečevanje nastanka postradiacijskega kariesa. Pomembna naloga zobozdravnika je, da bolnika motivira za redno in pravilno rabo teh preparatov in ga opozori, da je postradiacijski karies ena od najhujših komplikacij sicer uspešnega zdravljenja malignomov glave in vratu. Koristno pa je, da vedo nekaj o tem tudi zdravniki-specialisti in zdravniki splošne medicine.

Literatura

1. Kogoj-Rode M, Rode M. Preprečevanje kariesa po radioterapiji. *Zobozdrav Vestn* 1991; 46: 105-7.
2. Pompe-Kirn V. Incidenca raka ustne votline, orofarinksa ter hipofarinksa ter grla v Sloveniji močno narašča. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 193-7.
3. Raab WHM, Petscheld A, Voss A. Rasterelektronenmikroskopische Untersuchung zur radiogenen Karies. *Dtsch Zahnärztl Z* 1990; 45: 425-7.
4. Handtmann S, Hüttemann H, Schulte W, Ehninger G. Umpfängreiche Zerstörung der Zahnhartsubstanz nach Ganzkörperbestrahlung. *Dtsch Zahnärztl Z* 1990; 45: 701-5.

Strokovni prispevek/Professional article

ZRELI CISTIČNI TERATOM – PRIKAZ DVEH PRIMEROV

MATURE CISTIC TERATOMA – PRESENTATION OF TWO CASES

Matej Mis, Mirko Strlič, Vladislav Pegan

Kirurška gastroenterološka klinika, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-10-27, sprejeto 1993-01-13, ZDRAV VESTN 1993; 62: 155-7

Ključne besede: zreli cistični teratom; sakrokocigealna regija; kirurška odstranitev

Key words: mature cistic teratoma; sacrococcygeal region; surgical extirpation

Izvleček – Izhodišča. Avtorji prikazujejo rezultate kirurškega zdravljenja zrelega cističnega teratoma pri dveh bolnikih in njegove značilnosti.

Abstract – Background. The authors are presenting the results of surgical treatment of mature cistic teratoma and its characteristics.

Metode. Delo temelji na zgodnji ultrazvočni in CT diagnostiki in zgodnjem operativnem posegu, ki naj odstrani tumor v celoti, če je to mogoče. Patolog histološko analizira material in postavi diagnozo.

Methods. Work is based on early ultrasonography and computer tomography scanning and early surgical treatment which should remove the whole tumour if possible. Pathologist analyses the material and gives us the final diagnosis.

Rezultati. Avtorji so operirali dva otroška tumorja z izvorom v sakrokocigealni regiji, oba sta bila odstranjena v celoti, pri obeh je bila patologova diagnoza enaka: zreli cistični teratom.

Results. Two tumors of early childhood with the origin in the sacrococcygeal region were operated. In both cases the whole tumour was removed. Diagnosis of the pathologist was the same in both cases: mature cistic teratoma.

Zaključki. Novorojenčke z abdominalno simptomatiko in/lali povečanim trebuškom je treba čimprej diagnostično obdelati in operirati. Prikazani rezultati kažejo, da daje zgodnja operacija dobre možnosti za popolno ozdravitev, odlašanje v diagnostiki ali z operacijo lahko privede do maligne alteracije cističnega teratoma.

Conclusions. The newborn baby with palpable abdominal mass or any other abdominal symptom should be diagnostically treated as soon as possible and operated if necessary. The early operation gives the patient good chances for complete restitution, delayed diagnosis or operation increases the risk of malignant alteration of the tumour.

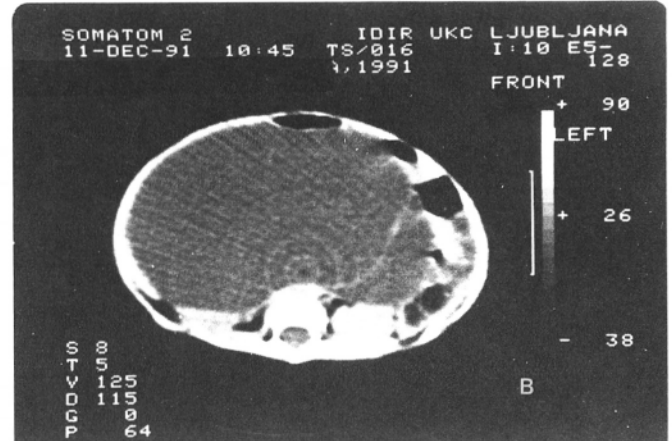
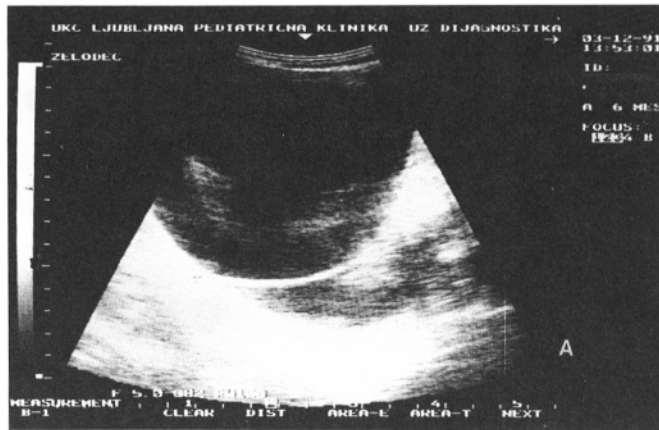
Uvod

Teratom je nenavaden tumor, ker vsebuje tkivne elemente, ki jih normalno ni na mestu, kjer se tumor pojavi. Definicijo teratoma je leta 1951 postavil Willis, ki pravi, da je to pravi tumor, sestavljen iz raznovrstnih tkiv različnega embrionalnega izvora, ta tkiva pa normalno niso navzoča na mestu, kjer tumor zraste. Pri odraslih se teratom najpogosteje pojavlja na gonadah, sledi sakrokocigealna regija, mediastinum, retroperitonealna tkiva, lobanjska votlina in vrat. Drugje se teratom pojavlja izredno redko. Pri otrocih je najpogostejši sakrokocigealni teratom. Štirikrat pogostejši je pri deklicah kot pri dečkih (1).

Bolniki in metoda

Na Univerzitetni kirurški gastroenterološki kliniki smo v letu 1992 operirali dva redka otroška tumorja z izvorom v sakrokocigealni regiji. Prvi primer je bila novorojenka, premeščena iz druge bolnišnice, ki je imela že ob rojstvu tipljiv tumor v trebuhu.

UZ diagnoza je bila »tu abdominis – cystis dermoidalis suspecta«. Drugi primer je bila sedemmesečna deklica, sprejeta na Univerzitetno pediatrično kliniko zaradi diagnostične obdelave povečanega trebuščka. Tudi pri tej deklici so že ob rojstvu opazovali povečani trebušček, napravljena je bila irigografija, ki je bila b. p. Deklica se je normalno razvijala, mati pa je vseskozi opazovala povečani trebušček. Na Pediatrični kliniki so napravili UZ, ki je pokazal septirano cisto, ki odrija črevesje navzgor, CT pa je potrdil veliko cistično formacijo, ki je zajemala ves spodnji del trebušne votline. Obe deklici smo na naši kliniki operirali in v obeh primerih odstranili tumor v celoti. Med operacijo sta oba cistična tumorja dajala vtis malignosti zaradi hude adherentnosti do okoliških tkiv. Pri sedemmesečni deklici smo poleg laparotomije mediane medije za popolno odstranitev tumorja incidirali še sakralno in resecirali os coccygis. Pooperativno sta deklici imeli težave z mikcijo, tako da sta potrebovali stalni urinski kateter, mlajša le za nekaj dni, ko se je vzpostavila normalna mikcija, starejša pa do prve kontrole. Pri eni od operiranih je prišlo do dehiscence laparotomije, ki smo je sekundarno zašili, drugih komplikacij nismo opazili. Patologova diagnoza obeh tumorjev



Sl. 1. UZ sedemmesečne deklice z dobro vidno cistično formacijo (A) in CT iste bolnice (B).

Fig. 1. Ultrasonogram of 7-month old patient with intraabdominal cystic formation (A) and CT scanning of the same patient.

je bila enaka: »sakrokocigealni zreli cistični teratom«. Oba tumorja sta vsebovala podobna tkiva (epitelij, horiodalni pletež, možganovino, gladko mišičje, hrustanec) (sl. 1 A, B, sl. 2).

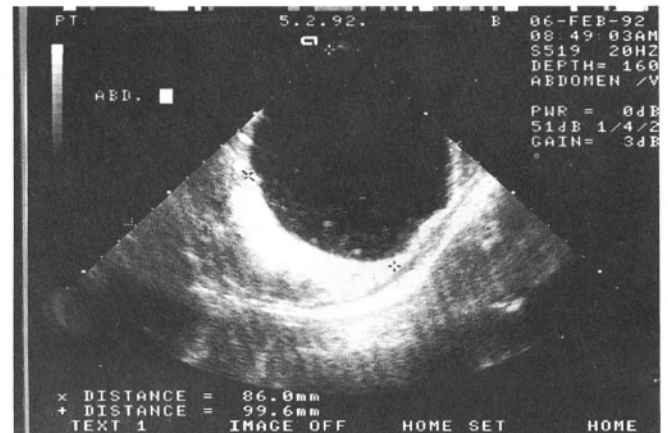
Rezultati

Obe deklici sta zapustili našo kliniko ozdravljeni, tumor je bil odstranjen v celoti, starejša je potrebovala stalni urinski kateter do prve kontrole, laparotomiji pri obeh sta bili zaceljeni per primam. Obe se normalno razvijata. Eno leto po operaciji bosta vabljeni na kontrolni pregled.

Razpravljanje

Histološka značilnost klasičnega teratoma je, da vsebuje tkivne elemente vseh treh zarodnih tkiv, endoderma, ektoderma in mezoderma. Posebna značilnost pa ni velika različnost tkiv, ki se pojavljajo v tumorju, ampak to, da so tkiva različnega embrionalnega izvora povezana na podoben način kot pri normalno razvitem telesu. Respiratorni epitelij lahko vidimo v povezavi s hrustancem in gladko muskulaturo, intestinalni epitelij se pojavlja z gladko muskulaturo in občasno lahko vidimo mienterični plexus. Zobje so pogosto ena od komponent benignih teratomov in lahko ležijo prosto v tumorskem tkivu ali pa so razporejeni v zakrneli čeljusti. V benignih teratomih se pojavlja kostnina s hemopoetičnim kostnim mozgom, koža je pogosto prisotna z lojnicami in znojnicami, tudi pojav možganovine z glialnimi celicami ni redek. V teratomu se pojavlja katerokoli tkivo, ki je navzoče v normalnem človeškem telesu. Plaut je leta 1945 poročal o ovarijski cisti, ki je vsebovala strukture, tako podobne razvijajočemu se fetusu, da je novotvorbo poimenoval homunculus (2).

Med otroki se teratom pojavlja najpogosteje v sakrokocigealni regiji. Pojavi se kot tumorsko tkivo med sakrumom in rektumom in lahko odrine rektum v anteriorni smeri. Ko tumor raste, lahko izpolni celo malo medenico, raste pa tudi izven nje. Širi se lahko v abdominalno votlino in diferencialno diagnostično lahko da vtis mezenterialne ciste. Zreli sakrokocigealni teratom se pogosteje pojavlja pri deklicah kot pri dečkih, v razmerju 4:1 (3). Diagnozo praviloma postavimo ob rojstvu ali v prvih tednih življenja (tipljivi tumor v abdomnu, UZ, CT). Kromosomske analize so pokazale, da ekstragonadni teratomi izhajajo iz postmitotičnih, premeiotičnih celic (4). Najpogostejši je zreli teratom, navzoč že ob rojstvu v sakrokocigealni regiji, ali pa raste že



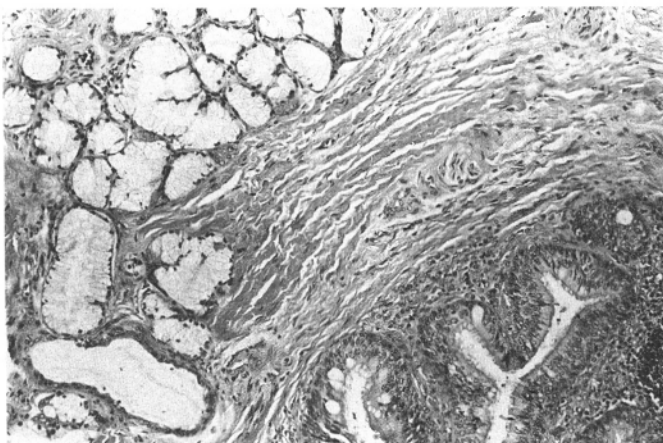
Sl. 2. UZ novorojenke, ki potrjuje cistični tumor v spodnjem delu trebuha.

Fig. 2. Ultrasonogram of newborn with cystic tumour in the lower part of abdomen.

v abdominalno votlino. Lahko je zelo velik, praviloma cističen in multilokularen, kirurgu pa daje vtis malignosti zaradi hude adherentnosti do okoliških tkiv, povzročeno z vnetno reakcijo zaradi ekstravazata. Značilna lastnost sakrokocigealnih teratomov je njihova nagnjenost k maligni alteraciji, ki se močno poveča, če teratoma ne odstranimo do otrokovega četrtega meseca starosti (3). Recidiv po odstranitvi zrelega cističnega teratoma v celoti je izjemno redek. Sakrokocigealni teratom pri odraslih je redek. Lahko je benigni in je na tem mestu že od rojstva, lahko pa kaže maligni značaj vse od embrionalnega karcinoma, teratokarcinoma, malignega tumorja rumenjakeve vreče ter karcinoida (2) (sl. 3–6).

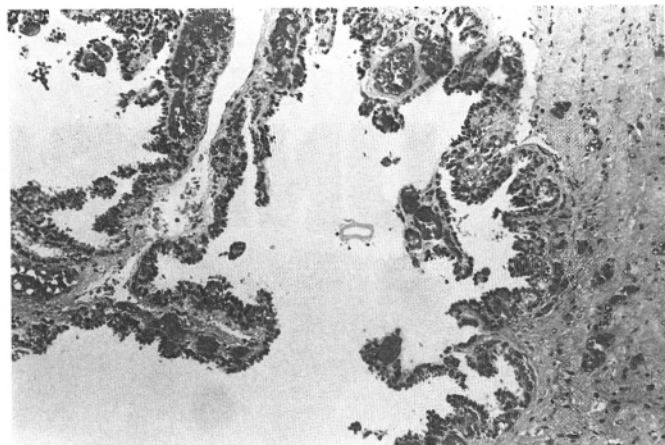
Zaključek

Sakrokocigealni teratom je redek tumor. V tej regiji se pojavlja najpogosteje pri otrocih. Kirurška odstranitev tumorja v celoti pomeni ozdravitev. Nagnjenost k maligni alteraciji se močno poveča, če tumorja ne odstranimo do otrokovega četrtega meseca starosti. Kirurški poseg je tehnično zahteven zaradi hude zraščeniosti cističnega teratoma z okoliškimi tkivi, kar daje vtis malignosti. Praviloma moramo resecurirati os coccygis.



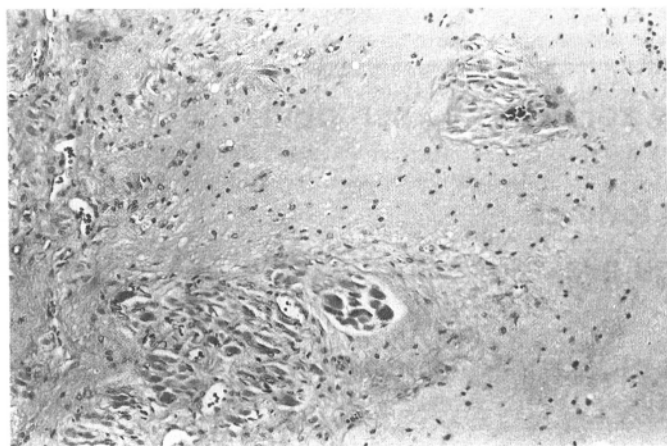
Sl. 3. Tumorsko tkivo je grajeno iz respiratornega epitelija in mucinoznih žlez bronhialnega tipa (levo zgoraj). H. E., orig. pov. 100×.

Fig. 3. The tissue of the tumour is formed of respiratory epithelium (on the right) and mucinous glands of bronchial type. H. E., orig. mag. 100×.



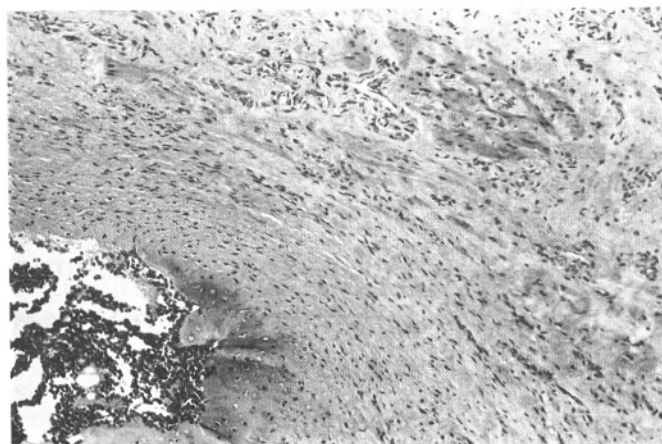
Sl. 5. Teratom s formiranim horioidnim pletežem. H. E., orig. pov. 100×.

Fig. 5. Teratoma with well formed chorioid plexus. H. E., orig. mag. 100×.



Sl. 4. V tem predelu tvori tkivo teratoma možganovina s snopi skeletnega mišičja (spodaj levo). H. E., orig. pov. 100×.

Fig. 4. In this part of teratoma the brain tissue is seen with the fibres of sceletal muscles. H. E., orig. mag. 100×.



Sl. 6. Tkivo teratoma je v tem predelu grajeno iz zrelega hrustanca (levo spodaj) in gladkega mišičja (desno zgoraj). H. E., orig. pov. 100×.

Fig. 6. Tumour tissue in this part of teratoma is built of mature cartilaginous tissue and smooth muscles (upper right). H. E., orig. mag. 100×.

Literatura

1. Berry CL, Keeling J, Hilton C. Teratoma in infancy and childhood: a review of 91 cases. *J Pathol* 1969; 98: 241–52.
2. Ashley DJB. *Evan's histological appearances of tumours*. Edinburgh, London and New York: Churchill Livingstone, 1978: 845–55.
3. Donnellan WA, Swenson O. Benign and malignant sacrococcygeal teratomas. *Surgery* 1968; 64: 834–45.
4. Rosai J. *Ackerman's surgical pathology*. 7th ed. Vol. 2. St. Louis, Toronto, Washington: Mosby, 1989: 1656–60.

UNIPRES® 10

tablete 10 mg

UNIPRES® 20

tablete 20 mg

nitrendipin

nov vazoselektivni antagonist kalcijevih ionov

- visokoučinkovit in varen v zdravljenju vseh oblik hipertenzije
- deluje zaščitno na srce in ledvice
- zmanjša hipertrofijo levega prekata in zboljša njegovo delovanje
- ne vpliva na metabolizem glukoze in lipidov in ne spreminja stanja elektrolitov
- ugodno doziranje, večinoma samo enkrat dnevno, omogoča boljše bolnikovo sodelovanje
- rezultat Krkinega lastnega raziskovalnega dela

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.

 **KRKA**

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

Pregledni članek/Review article

MOŽNOSTI ALTERNATIVNEGA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI PRI OTROCIH*

ALTERNATIVE TREATMENT OF OBESITY IN CHILDREN

Zmago Turk, Breda Jesenšek-Papež

Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1992-01-20, sprejeto 1993-01-13, ZDRAV VESTN 1993; 62: 159-61

Ključne besede: *debelost; akupunktura*Key words: *obesity; acupuncture*

Izvleček — Izhodišča. Avtorja ugotavljata, da je okoli 13% šoloobveznih otrok v svoji konstitucionalnosti premočnih.

Abstract — Background. Authors finds out that about 13% of primary-school visiting children (up to fourteen) are constitutionally too fat.

Metode in rezultati. Pri zdravljenju debelosti se danes v svetu uporabljajo poleg strogih dietetskih režimov in psiholoških pristopov tudi alternativne oblike zdravljenja — ena od teh je akupunktura. Članek razlaga osnovne principe akupunkture in različne metode, ki se uporabljajo pri otrocih. Prikazan je eden izmed programov za stimulacijo potrebnih točk pri debelosti.

Methods and results. In the treatment of obesity various methods are used strict diets, psychological advising... Beside standard methods some physicians are using also alternative treatment. One of them is acupuncture. In introduction authors are explaining primary principles of acupuncture and advanced applications which are used in treatment of obesity children. One of the programmes for stimulation of specific body areas are presented.

Zaključki. V zaključku je poudarjeno, da je akupunktura le ena izmed oblik skupinskega zdravljenja debelosti.

Conclusions. It is concluded that acupuncture should be only adjuvant method in team approach of obesity.

Uvod

Šolski zdravniki iz leta v leto ugotavljajo pri sistematskih pregledih povečano težo otrok. Ugotovljeno je, da je povprečna telesna teža otrok v posameznih obdobjih od leta 1978 do danes narasla za skoraj 30%. Analiza, ki je bila narejena leta 1990 v mariborski regiji, ugotavlja, da ima 27,36% prvošolčkov povečano telesno težo, pozneje pa skoraj 33% vseh osnovnošolcev prekoračuje dovoljeno težo. Posebej izstopajo učenci v šolah s prilagojenim učnim programom (38% predebelih otrok). V srednješolski generaciji se ta odstotek nekoliko zniža, vendar je bil v letu 1990 še vedno 28%. Povečana telesna teža povzroča pri otrocih somatske in psihične spremembe. Pri somatskih spremembah gre za deformacijo kolenskih sklepov, povečan lordozni lumbalni del hrbtenice, okrogli hrbet, antepionirani vratni del hrbtenice in ploska stopala. Poleg somatskih sprememb pa povzroča povečana telesna teža tudi značajske motnje odrasčajočega otroka (1). Med številnimi oblikami zdravljenja povečane telesne teže, ki jih danes uporablja sodobna šolska medicina, poznamo tudi metode stare tradicionalne kitajske medicine — najpogostejša je akupunktura (AP). Že leta 1979 je SZO potrdila AP kot sodobno medicinsko panogo, sedaj pa je vsa tradicionalna kitajska medicina (TKM) priznana kot del svetovne medicine in vključena v projekt »Zdravje za vse do leta 2000« (2).

Osnovna razlaga TKM in AP

AP ni samo gola terapevtska metoda, temveč medicinska veda, saj je ena izmed disciplin TKM (2). (Beseda je latinskega izvora acus = igla; pungere = zbadati.) Že iz osnovne definicije je jasno, da je ne moremo preprosto prenesti v našo vsakdanjo klinično prakso in jo uporabiti za zdravljenje, ne da bi ob tem poznali osnove TKM, kitajsko filozofsko miselnost, terminologijo in okrog 4000 let staro tradicijo in zgodovino. Za TKM pristop je značilno, da je človek nedeljiv del zemlje in s tem vesolja — je torej mikrokozmos v makrokozmosu. TKM obravnava človeka kot celoto (povezanost med posameznimi deli organizma opisuje kot organske sfere, človeško telo je organska celota petih organskih sfer) in obenem tudi človeka in naravo kot celoto (človek je del narave in na spremembe naravnih pogojev — voda, zrak, toplota, svetloba, hrana — odgovarja s patološkimi in fiziološkimi reakcijami) (2). Teorija TKM izhaja iz ideje, da sta materija in energija eno; sta večni in lahko prehajata ena v drugo. V ta osnovni metodološki koncept celotne analize pojavov sodi tudi teorija Yin-Yang. Yin in Yang opredeljujeta univerzalno in posamezno celoto in vse pojave tega sveta lahko razložimo s to teorijo. Yin in Yang sta univerzalna pojma, ki označujeta dva med seboj povezana pojava, dogodka, delovanja, stvari v harmonični celoti. Oba pojma sta obenem pomensko

* Prispevek je bil predstavljen na mariborskem pediatričnem srečanju Alpe-Jadran, junija 1992.

nasprotna, izključujoča se, polarna, antagonistična, antitetična, kontradiktorna. Yin in Yang sta medsebojno popolnoma odvisna in enakovredna za vzpostavitev ravnotežja. Prav tako je v vsakem zametek drugega (Yang v Yin in Yin v Yangu). Čutno zaznavni pomeni Yanga so dan, svetloba, sonce, toplota, nebo, ogenj... Yin pa noč, tema, luna, mraz, zemlja, voda... Med abstraktnih pojme, ki označujejo Yang, sodijo rast, razvoj, gibanje, spreminjanje, odpiranje... Yin pa predstavljajo mirovanje, smrt, zbiranje, zapiranje... V medicini so izvedeni pomeni za Yang zunanost telesa, hrbtna stran, solze, pot, slina, Qi..., za Yin pa notranost, trebušna stran, blato, urin, kri... (2). Pravo ravnotežje med Yin in Yangom v mikro- in makrokozmosu predstavlja srečo in v našem pogledu zdravje. Kakršnakoli sprememba oziroma porušenje ravnotežja sproži spremembo človekovega počutja, to pa je že posledica bolezenskega stanja organizma (3). Druga teorija, ki opredeljuje TKM, je teorija o petih elementih (5E). Razlaga, da je ves materialni svet zgrajen na osnovi medsebojnega spreminjanja 5E (lesa, ognja, zemlje, kovine in vode). Vsakemu izmed elementov ustreza po TKM določena organska sfera. Delovanje 5E je lahko stabilno (fiziološko) ali nestabilno (patološko). Pri slednjem opazujemo čezmerno ali nezadostno delovanje posameznega elementa v proizvodnem krogu (4). Diagnozo v TKM postavimo na osnovi anamneze, inspekcije, avskultacije, interogacije ter palpacije (posebej palpacije pulza). Pri tem moramo upoštevati, da je površina telesa ogledalo funkcije notranjih organov in da del odseva celoto (npr. uho). Za razlikovanje bolezenskih slik in določanje zdravnih protislik moramo podatke, zbrane z diagnostičnimi metodami, analizirati po »štirih parih principov«: 1. Yin in Yang, 2. površina – globina, 3. zunanost – notranost, 4. prebitek in primanjkljaj. S pomočjo teh načel opredelimo vrsto bolezni, njeno lokalizacijo, težo in prognozo (5). Bolezenska slika je končna diagnoza vsake bolezni v TKM. Zdravnik, ki želi zdraviti z AP, mora s pomočjo svojega znanja TKM in natančnega kliničnega pregleda (pri tem mora upoštevati diagnostična načela) ugotoviti bolezensko sliko, določiti zdravilno protisliko in na njeni podlagi individualno sestaviti program AP. Če nismo natančno določili bolezenske slike, ne moremo pravilno izvajati AP, saj ne poznamo zdravilne protislike. Taka AP pa doktrinarno ni upravičena, saj TKM ne priznava simptomatskega zdravljenja in ne uporablja receptur za posamezna bolezenska stanja – zato je AP treba prilagoditi vsakemu posamezniku glede na zdravilno protisliko.

Oblike stimulacije AP točk

Z zdravljenjem s TKM želimo ponovno vzpostaviti ravnovesje med osnovnima sestavinama bioenergetskega potenciala (Qi) Yin in Yang. To skušamo doseči s stimulacijo AP točk na različne načine (5). Ločimo:

1. Stimulacijo z iglo – igelna AP

To je najpogosteje uporabljena metoda. Poznamo več vrst igel: klasične filiformne, kožne, intradermalne, trirrobe. Z akupunkturno iglo manipuliramo prehrabeni biopotencial (Ying Qi), ki poteka po kanalih in kolateralah na površini telesa. Imamo dvanajst glavnih in osem posebnih kanalov. Večina AP točk za klinično uporabo se nahaja na štirinajstih kanalih (dvanajst glavnih, osrednji sprednji in osrednji zadnji kanal). Skupaj jih je tristoenainšestdeset in so simetrično razporejeni na obeh straneh (razen točk na sprednjem in zadnjem osrednjem kanalu). Vsaka AP točka ima točno opredeljeno anatomsko lokacijo in delovanje. Ločimo lokalno, distalno delovanje točk, delovanje na organ

in posebno delovanje. Za vsako točko moramo poznati učinke delovanja, ki so posledica draženja posamezne točke na kanalu (2). Igle puščamo v AP točkah v povprečju od petnajst do trideset minut, patologija sama pa narekuje daljšo oziroma krajšo namestitvev. Praviloma bi morali izvajati AP vsak dan, v določenih primerih pa celo večkrat dnevno.

2. Neigelne stimulacije

AP s pomočjo električne stimulacije (električni stimulator nizke jakosti in frekvence), laserja (helij-neon laser), vibracije, pritiska, svetlobnega učinka, temperature... Vse te metode draženja AP točk se uporabljajo, kadar ne moremo uporabiti igle, vendar je njihov akupunkturni učinek manjši.

3. Stimulacija akupunkturnih točk z mokso

Gre za terapevtsko delovanje na AP točke s pomočjo mokse – rastline, ki se v TKM uporablja zelo pogosto. Ima izrazite lastnosti Yang; uporabljamo jo lahko v cigaretah in stožcih mokse ali kot t. i. vročo iglo (6).

Razlaga debelosti po TKM

Za diagnosticiranje debelosti po TKM moramo dobro poznati funkcije posameznih polnih (zang) in votlih (fu) organov in njihovo medsebojno delovanje, teorijo Yin Yang in teorijo o 5E. Poenostavljeno povedano, so vzroki za debelost naslednji: čezmerno hranjenje, povečana absorpcija, motena presnova in nepravilno izločanje hrane. Vsi ti vzroki pa okvarijo funkcije notranjih organov ali pa so posledica njihovega nepravilnega delovanja.

1. Zmanjšana funkcija vranice (zaradi čezmernega hranjenja ali absorpcije hrane)

Vranica ne more opravljati svoje funkcije (transport in transformacija), to pa privede do kopičenja in zastajanja vlage in sluzi (»zemlja v ekscesu«). Vzrok, da vranica ne metabolizira hrane, pa je lahko tudi psihogen. Po zakonu o 5E skrbi napadajo in uničujejo vranico (zemlji pripada okus sladko). Zaskrbljeni ljudje bodo jedli sladko, da bi s tem kompenzirali pomanjkanje energije v kanalu vranica – trebušna slinavka; žal pa se bolezen (debelost) tako še poslabša, saj se s tem sklene »circulus vitiosus«.

2. Motena funkcija jeter

Jetra (med ostalim) skrbijo tudi za prosto gibanje Qi-ja (to omogoča nemoteno delovanje drugih organov) in shranjujejo kri. Hiperaktivni Qi jeter pogosto okvari vranico in želodec, to pa povzroči stanje, ki ga TKM po zakonu o 5E imenuje »les jeter duši vranico«. Nezadosten Qi vranice (npr. zaradi uživanja sladke in mastne hrane) pa povzroči zastoj vlage in tekočine (»eksces zemlje«), ki se spremeni v vročino in onemogoča prost pretok Qi-ja jeter. Jetra so središče obrambne energije, zato so ljudje z moteno funkcijo jeter psihično in fizično oslabei.

3. Motena funkcija ledvic

Ledvice kot najpomembnejši organ v TKM shranjujejo esenco, vodijo rast, razvoj in reprodukcijo, vladajo metabolizmu vode, sprejemajo Qi... Yin ledvic je osnova tekočin celega telesa, Yang ledvic pa osnova Qi-ja. Če se porabi Yin ledvic, se ledvični Yang

ne gasi več in postane hiperaktiven – ogenj ledvic okvari jetra, ki ne morejo zadržati sprostitve Yanga navzgor in na površino (porušen je odnos mati-sin). Ljudje postanejo agresivni, hiperaktivni, agitirani. Motnje v delovanju ledvic neposredno (metabolizem vode) in posredno (prek funkcije jeter) povzročajo nepravilno delovanje vranice (»ekscres zemlje«). Če gre za pomanjkanje Qi-ja ledvic, pa »voda ne napaja lesa« (mati ne hrani sina). V to skupino sodi endokrini ali kongenitalni obesitas, obesitas zaradi hormonske terapije, menopavze ali menstruacijskih motenj.

4. Motena funkcija v organskem sklopu pljuca – debelo črevo

Kadar je ta funkcija motena (»prekinjena komunikacija med nebom in zemljo«), je otežena izmenjava telesa z okolico. Pljuca morajo pošiljati Qi navzdol, da lahko debelo črevo normalno sprejema, prenaša in oddaja blato. Obenem pa oslabljeno delovanje pljuč povzroči zastajanje vlage in tekočine v srednjem grelcu, to pa oslabi delovanje vranice (»ekscres zemlje«).

Pri debelosti po TKM gre torej za povečanje materije (element zemlje) ali pomanjkanje energije na različnih mestih.

Pri otrocih sta najpogostejši dve bolezenski sliki debelosti – gre za čezmerno uživanje sladke in mastne hrane ter za endokrini obesitas.

Zdravljenje debelosti z AP

Za zdravljenje debelosti (prav tako ostalih bolezni v TKM) moramo določiti zdravilno protisliko. Osnovno pravilo pri zdravljenju debelosti je, da moramo odstranjevati prebitke (»ekscres zemlje«) in dovajati energijo tja, kjer je primanjkuje. Zmanjševanje teka in pomirjanje je simptomatsko zdravljenje in ima le drugoten pomen oziroma kratkotrajen uspeh. Med zdravljenjem pa naletimo predvsem (odvisno od bolezenske slike) na točke na kanalu želodca, debelega črevesa, ledvic in jeter. Za bolezenske slike prebitka uporabljamo metodo odvzemanja, za bolezensko sliko primanjkljaja pa dodajanje ali mokso.

Poglejmo si eno izmed možnih receptur za zdravljenje debelosti. V večini primerov so skupne točke St 36, REN 12, LI 4, P 6, Sp 4, glede na bolezensko sliko pa lahko dodamo še St 25 (sprošča zastoje v črevesju), Liv 3 (uravnava delovanje biopotenciala jeter), UB 20 (krepi vranico), St 40 (pri slabi funkciji vranice in želodca, točka ekspektoracije), UB 23 (uporabimo mokso pri endokrinih težavah), DU 4 (okrepi biopotencial ledvic), K1, K7 (tonificirata in krepija Yang ledvic). Navedena receptura ni splošno uporabna in tudi ni edina formula za zdravljenje posameznih oblik debelosti – spreminjati oziroma dopolnjevati jo moramo od primera do primera.

Poleg AP na štirinajstih kanalih za zdravljenje debelosti uspešno uporabljamo tudi avrikuloakupunkturo. Evropsko razlago avrikuloakupunkturo je izdelal dr. P. Nogier, zdravnik iz Lyona, ki je leta 1951 predstavil teorijo, da uhelj (posledica embriološkega razvoja) predstavlja celoten človeški organizem. Oblikovan je kot fetus v razvoju (intrauterino) – glava se nahaja kavdalno, noge pa kranialno (7). Nogier je na uhlju označil sto tri točke, ki ustrezajo posameznim delom organizma. S stimulacijo teh točk je možno vplivati na funkcijo posameznega dela organizma (8). V svetu so kasneje izdelali različne programe za protiapetitno stimulacijo avrikularnih točk (večino uporabljamo tudi pri nas) – najosnovnejši pa je Nogierjev iz leta 1977. Gre za deset akupunkturnih točk, ki dražijo posamezne organe, odgovorne za metabolizem organizma in kroženje Qi-ja. Dražijo se točke želodca, vranice, ledvic, jeter, črevesja in zbirnega kanala na robu uhlja. Leta 1978 pa je prof. dr. Johannes Bischof z Dunaja opisal tudi tako imenovano točko lakote (»hunger punkt«). Stimuliranje te točke, ki se nahaja na robu uhlja, prenaša dražljaje v možganske dele – center za apetit.

V vsakem primeru moramo poleg zdravljenja z AP otroka in starše poučiti o zdravi in pravilni prehrani in omejiti količino kalorij ter sodelovati v skupinski obravnavi problematike z zdravniki drugih specialnosti: dietetiki, endokrinologi, psihiatri, fizioterapevti...

Zaključek

AP lahko uporabimo kot eno izmed terapij pri zmanjševanju telesne teže otrok, vendar pa moramo pri tem dobro poznati TKM.

Vselej pa mora biti akupunktura del multidisciplinarnega pristopa zdravljenja debelosti otrok, pri katerem je treba upoštevati tudi ostale medicinske vede, predvsem dietetiko in endokrinologijo.

Literatura

1. Anon. Letno poročilo. Maribor: Zdravstveni dom, 1990: 104–48.
2. Rožman P, Osojnik J. Tradicionalna kitajska medicina in akupunktura (skripta za tečaj TKM in AP) Ljubljana: Sekcija za akupunkturo in tradicionalno medicino SZD, 1992: 9–46.
3. Huard P, Wong M. Chinesische Medizin. München: Kindlers Universitätsverlag, 1968: 78–142.
4. Bischof J. Einführung in die Akupunktur. Karl Haug Verlag, 1978: 30–71.
5. Škokljev A. Aurikuloakupunktura. Beograd: Naučna knjiga, 1980: 37–48.
6. Marić P. Osnovi kineske akupunkturo. Beograd: Naučna knjiga, 1980: 36–9.
7. Nogier PFM. Ohrgeometrie. Akupunkturarzt 1974; 3: 14–36.
8. Nogier PFM. Traite d'auriculotherapie. 1977: 57–108.

PAGING

Vedno več je ljudi, ki pri opravljanju dela želijo ali pa morajo biti dosegljivi za svoje sodelavce, stranke in ne nazadnje tudi za svoje in prijatelje, pri tem pa ne bi radi stalno »dežurali« ob telefonu. Kaj pomeni »biti pravočasno obveščen«, istočasno pa biti mobilni, se gotovo najbolje zavedajo tisti s pretežno terenskim delom, dežurne ekipe in tiste v pripravljenosti, vse bolj pa to prodira v zavest vsakega odgovornega poslovnega človeka današnjega dne.

Tudi preživljanje osebnega prostega časa, ki ga je, resnici na ljubo, vedno manj, postavlja vedno bolj obremenjeno z različnimi »službenimi« dogodki. Tako bo v bodoče biti dosegljiv tudi takrat, ko nihče ne ve kje ste, čedalje bolj pomembno; prihranilo vam bo namreč kup nepotrebnih poti in klicev, prosti čas pa bo resnično brezskrbno.

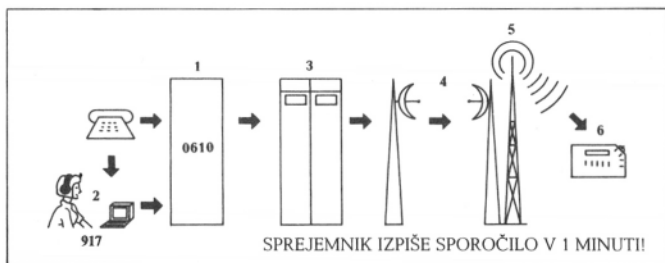
Rešitev za to je Paging »Osebn klic«, katerega jedro predstavlja mali osebni sprejemnik (na sliki) s katerim postanete dosegljivi praktično povsod v Sloveniji in na Hrvaškem.

KAJ JE »OSEBNI KLIC« – PAGING

»Osebn klic« – Paging (izg. pejdžing) je javni servis, ki omogoča posredovanje sporočil posameznim osebam. Sporočilo dobijo izpisano na display-u posebnega prenosnega sprejemnika – pagerja, in so lahko tekstualna (dolžine do največ 80 znakov), ali pa številčna, kar je odvisno od tipa pagerja. Sporočila se pošiljajo prek UKV radijskih oddajnikov, katerih število oz. razmestitev že pokriva več kot 90% ozemlja Slovenije in večjega dela Hrvaške.

KAKO PAGING DELUJE

»Osebn klic« deluje v okviru RDS-a (Radio Data System), ki ga je zasnovala Zveza Evropskih Radiodifuznih organizacij (EBU) in ga je, kot evropski standard EN 50 067 (CENELEC), sprejela večina evropskih držav, med njimi tudi Slovenija.



1 Naprava za avtomatsko oddajo paging klicev

2 Operater na številki »917«

3 Centralna naprava za posredovanje paging klicev v mrežo UKV oddajnikov

4 Mikrovalovne zveze med centrom in UKV oddajniki

5 UKV oddajniki in pretvorniki

6 Sprejemnik (pager)

Tisti, ki želi imetniku sprejemnika posredovati sporočilo, to stori prek kateregakoli telefona, seveda pod pogojem, da pozna klicno številko njegovega sprejemnika. Klicne številke niso javno objavljene.

Sporočilo je mogoče oddati na dva načina; preko avtomatske paging centrale (klicna številka 0610) ali pa s pomočjo operaterja na tel. št. 917. Operater je dosegljiv tudi iz tujine.

Tako oddan klic se iz telefonske centrale (s pomočjo posebne opreme 3 in 4) posreduje v mrežo radijskih UKV oddajnikov RTV Slovenije 5, ki te klice oddajajo prav tako kot radijski program, ki ga vsak dan poslušate. Vsak paging klic vsebuje poleg sporočila tudi klicno številko sprejemnika, kateremu je namenjen. Ob sprejemu klica, sprejemnik 6 sporočilo izpiše na display ter odda zvočni signal. Za alfanumerični pager (model ALPHA J) je tekstualno sporočilo lahko dolgo do največ 80 znakov, za numerični pager (model 55 J), pa do 18 mestno številčno sporočilo. V spominu lahko sprejemnik shrani do 14 različnih sporočil, ki jih kasneje preberemo z display-a.

Možen je tudi vnos klicev preko lastnega terminala, kar je posebno zanimivo v primerih uporabe alfanumeričnih sporočil.



PAGER – NEOPAZNI SPREMLJEVALEC

Za sprejem paging klicev sta na voljo dva modela pagerjev; numerični (model RDS 55J) in alfanumerični (model ALPHA J). Oba proizvaja firma NOKIA iz Finske, ki je v svetu zelo priznana, njeni pagerji pa so med najbolj razširjenimi.

Vsak sprejemnik ima lahko največ dve klicni številki, standardno pa ima vgrajeno le eno. Druga lahko služi tudi za skupinski poziv.

Pager je s posebno priponko enostavno nositi s seboj v žepu, za pasom, oz. v torbi ali kovčku, prav tako pa zanesljivo sprejema signal tudi v avtomobilu. Če boste prišli v področje, kjer paging signala sprejemnik ne more sprejeti (globoke kleti, dvigala...), Vas bo na to opozoril s piskom.

PAGING JE ŽE VSAKDANJOST

V večini razvitih držav takšni servisi delujejo že dobrih 20 let, pri nas sicer že kar nekaj časa, a bolj v ozkem krogu. Uporabljali so ga kot interni sistem v nekaterih podjetjih in ustanovah, na primer bolnišnicah. Tipično za te sisteme je bilo, da so delovali na zelo majhnih razdaljah, za posameznike pa sploh niso bili dosegljivi.

»Osebn klic« – »Paging« je prvi javni servis te vrste pri nas. Delovati je začel jeseni 1990; skupaj so ga vzpostavili strokovnjaki RTV Slovenije, PTT Slovenije in podjetja Teleray iz Ljubljane. Upravljalca sistema in serviser je podjetje Teleray.

Danes je v Sloveniji aktivnih približno 4000 sprejemnikov (v svetu je aktivnih približno 23 milijonov pagerjev), njihovo število pa se dnevno povečuje. Da je področje, ki ga servis pokriva, res veliko, govori dejstvo, da so uporabniki v vseh delih Slovenije. Z razvojem podjetništva oz. z zahtevami po akcijski gibljivosti pa doživlja ustrezno zanimanje – ne nazadnje tudi zaradi ugodne cene – majhnih in velikih slovenskih podjetij.

KAKO POSTATI NAROČNIK

Pogoj za vključitev v paging mrežo je nakup ali zakup sprejemnika. Cena znaša 57.000 za numerični oz. 78.000 tolarjev za fanumerični pager. Imetnik sprejemnika sklene naročniško pogodbo s podjetjem Teleray iz Ljubljane, kot pooblaščenim upravljalcem paginga. Naročnina se obračunava za vsako klicno številko (sprejemnik ima dve) (šele za prvi polni mesec uporabe in je pavšalna (ni odvisna od števila prejetih klicev)). Trenutno znaša za numerično klicno številko 1.200 tolarjev, za alfanumerično sklicno številko pa 1.800 tolarjev, (v povprečju ne preseže 20 oz. 30 DEM).

Morda pa menite, da ne gre drugače kot pogledati od blizu. Podjetje Teleray je za tiste, ki novega načina komuniciranja ne poznajo in bi jih utegnil mučiti strah pred prezgodnjo odločitvijo ali konkretno (ne)ustreznostjo, pripravljeno sistem predstaviti, bodisi z demonstracijo, bodisi s kakšnim drugačnim dogovorom, na primer za brezplačno preizkusno obdobje.

In še naslov za karkoli v zvezi z dobavo sprejemnikov, dodelitvijo klicnih številc paging sprejemnikov, servisiranjem in funkcioniranjem sistema: Teleray, Bohoričeva 11, Ljubljana, kjer se lahko ogledate osebno ali po telefonu (061) 310-927 301-926 oz. faksu: (061) 312-448

Še nekaj; skoraj neverjetno je, da upravljalci javnega servisa ne zahtevajo od novega naročnika posebne pristopnine, kar je tudi za razviti svet izjema.

Pregledni članek/Review article

SAMOZADOSTNOST S PRIPRAVKI IZ KRVI

SELF SUFFICIENCY WITH BLOOD DERIVATIVES

Ljubiša Lukić

Zavod RS za transfuzijo krvi, Šlajmerjeva 6, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-15, sprejeto 1993-02-02, ZDRAV VESTN 1993; 62: 163–6

Ključne besede: pripravki iz krvi; plazma; Slovenija**Key words:** blood derivatives; plasma; Slovenia

Izvelek — Izhodišča. Nacionalni program samozadostnosti opredeljuje načrtovanje in izvajanje preskrbe s pripravki iz krvi. V Sloveniji smo že vrsto let samozadostni na področju oskrbe s celičnimi sestavinami iz krvi. V naslednjih letih pričakujemo samozadostnost tudi pri oskrbi s produkti, pripravljenimi iz plazme.

Zaključki. Cilj samozadostnosti pri preskrbi s pripravki iz krvi bo dosežen le, če bodo posamezni nacionalni programi samozadostnosti vključeni v celovit mednarodni program, ki bo temeljil predvsem na strokovnih in etičnih kriterijih o ravnanju s krvjo.

Abstract — Background. National program of Self-Sufficiency determine planing and realization of blood derivatives supply. Slovenia has been self-sufficient with cell derivatives for several years. In the next years we expected self-sufficiency with plasma products too.

Conclusions. The aim of Self-Sufficiency will be reached, if all national self-sufficiency programs will be a part of international self-sufficiency program of blood derivatives supply, based primarily on scientific and ethic criteria on blood handling.

Uvod

Nacionalni program samozadostnosti na področju oskrbe s pripravki iz krvi zajema dve področji: samozadostnost pri oskrbi s celičnimi sestavinami iz krvi in samozadostnost pri oskrbi s produkti, pripravljenimi iz plazme.

V Evropi in v svetu sprejeto načelo (1, 2), da si mora vsak narod sam zagotoviti zadostne količine krvi, krvnih sestavin in produktov, obvezuje transfuzijsko dejavnost, da načrtuje in izvaja nacionalni program samozadostnosti.

Načrtovanje programa temelji na potrebah zdravstva ob upoštevanju splošne stopnje razvitosti in dosežene ravni zdravstvenega varstva.

Severnoevropske države so praktično samozadostne nekaj let. Samozadostna je tudi že Francija, Anglija pa je zelo blizu cilja, medtem ko Nemčija potrebuje še nekaj časa. Italija in ostale mediteranske države pa programe samozadostnosti šele načrtujejo. Evropski koncept samozadostnosti predvideva pomoč naprednejših držav tistim evropskim državam, ki samozadostnosti same ne bodo uspeli doseči. V Evropi kot celoti lahko pričakujemo samozadostnost s pripravki iz krvi okoli leta 2000 (2).

Samozadostnost s celičnimi sestavinami iz krvi

Skupna značilnost vseh celičnih sestavin iz krvi, kar moramo upoštevati pri načrtovanju programa, je kratek rok uporabnosti. Giblje se od nekaj tednov za sestavine eritrocitov, do nekaj dni za sestavine trombocitov oziroma le nekaj ur za koncentrate granulocitov. Zamrzovanje, ki podaljša čas shranjevanja, za vsakdanje

delo ne pride v poštev, ker je zelo drago in tehnično zahtevno. Kdaj posamezna država doseže samozadostnost pri oskrbi s celičnimi sestavinami iz krvi, je predvsem odvisno od razvitosti neplačanega in prostovoljnega krvodajalstva in izvajanja programa sestavinske terapije (3–5). V Sloveniji podobno kot v državah razvite Evrope pokrivamo vse potrebe po celičnih sestavinah že vrsto let, torej lahko govorimo o doseženi samozadostnosti pri oskrbi s celičnimi sestavinami iz krvi.

Količino zbrane polne krvi in s tem število krvodajalcev narekuje potreba zdravstva po eritrocitih. Dodatne potrebe po plazmi ne bi smeli reševati s povečevanjem števila odvzemov polne krvi, saj bi morali odvečne eritrocite zavreči ali jih v najboljšem primeru ponuditi državam s slabo razvitim krvodajalstvom. Dodatni programi za zbiranje plazme le dopolnjujejo program zbiranja polne krvi. Evropa zbere letno blizu 18 milijonov doz polne krvi in na ta način pridobi okoli 3,5 milijona litrov sveže zmrznjene plazme (2).

Pri vseh rednih in načrtovanih krvodajalskih akcijah odvajamo kri v trojne vrečke. Tako pripravimo iz ene doze odvzete krvi koncentrirane eritrocite, plazmo in koncentrirane trombocite. S posebno tehniko priprave sestavin lahko izločimo skoraj vso plazmo, ki jo vsebuje odvzeta polna kri. Z dodatkom posebne ohranjalne raztopine pa podaljšamo čas uporabe eritrocitov na 42 dni.

S postopki citofereze, med njimi predvsem s postopkom trombofereze, pripravljamo kakovostne celične sestavine iz krvi enega dajalca. Tako pripravljene sestavine uporabljamo le pri zahtevnejših postopkih zdravljenja, pri presaditvi kostnega mozga ali pri načrtovanem dolgotrajnejšem zdravljenju s sestavinami iz krvi. S temi postopki dopolnjujemo osnovni program oskrbe s celičnimi sestavinami, pripravljenimi iz polne krvi.

Samozadostnost s produkti iz plazme

Stopnja samozadostnosti oziroma količina produktov iz plazme je odvisna od količine in kakovosti zbrane plazme na eni strani ter od tehnoloških postopkov za izločanje posameznih sestavin iz plazme.

Priprava produktov iz plazme zahteva visoko stopnjo tehnologije (6) in si jo manjši narodi le težko privoščijo. Rentabilnost postopkov namreč narekuje, da je treba v vsaki seriji predelati čim večjo količino plazme, kar je težko zagotavljati celo na daljša obdobja priprave.

V Sloveniji imamo sicer pripravljen projekt postavitve lastne frakcionaže plazme, ki pa je danes ekonomsko še neuresničljiv. Majhna frakcionaža bi bila tudi manj rentabilna za pripravo albumina in faktorja VIII, zato trenutno pošiljamo plazmo v predelavo v Imunološki inštitut v Zagreb in v firmo Octapharma na Dunaj. Pri slednji so nam ponudili predelavo relativno majhne količine plazme – 2600 litrov v eni seriji in tako smo se izognili možnosti mešanja naše plazme s tujo plazmo, uvoženo z različnih koncev sveta. Vprašanje postavitve lastne frakcionaže pa je še vedno odprto. Tudi majhna frakcionaža ima nekaj prednosti, saj nimamo vedno na voljo le večjih količin plazme, temveč zbiramo tudi številne manjše serije hiperimune plazme, ki jih večje frakcionaže praviloma ne morejo predelati. Obenem lahko uporabimo manjšo frakcionažo tudi za prečiščevanje in finaliziranje manjših serij različnih bioloških materialov, in ne le plazme, ki vsebujejo pestro paleto učinkovin. S pomočjo biotehnologije lahko pripravimo osnovne surovine in te nato s pomočjo prilagojenih tehnik frakcioniranja finaliziramo za klinično ali laboratorijsko uporabo. Nekatero večje frakcionaže imajo tudi manjše obrate za posebne namene in ekonomski izračuni niso vedno odločilnega pomena.

Pogodba s firmo Octapharma opredeljuje pogoje sodelovanja, ceno predelave plazme, količino, vrsto in kakovost pripravljenih produktov in tudi pogoj, da dobimo vse produkte, pripravljene iz naše plazme, v celoti nazaj v Slovenijo.

Največ plazme zberemo iz krvi, odvzete pri rednih, načrtovanih krvodajalskih akcijah. Kot dodatni dopolnilni program zbiranja plazme v manjšem obsegu izvajamo tudi program plazmafereze pri krvodajalcih. Žal je cena tako pridobljene plazme še visoka in zavira večji razmah plazmaferez. Zbiranje plazme s plazmaferezo je najbolj razširjeno v ZDA v obliki plačanega odvzema, v Evropi pa so na primer leta 1986 zbrali kar 350.000 litrov plazme s pomočjo plazmaferez od neplačanih dajalcev in le 100.000 litrov plazme od plačanih dajalcev (2).

Razpoložljiva količina zbrane plazme za predelavo je tudi odvisna od obsega uporabe sveže zmrznjene plazme za klinične namene. Svežo zmrznjeno plazmo bi morali uporabiti za korekcijo vseh dejavnikov strjevanja krvi le pri bolnikih, ki imajo očitno nižaj nivo le-teh (4). Vendar v Sloveniji porabimo letno še več kot štiri tisoč litrov sveže zmrznjene plazme za klinične namene. Produkti iz plazme, kot so albumin in koncentradi faktorjev strjevanja krvi, ki jih zagotavlja sodobna frakcionaža, so visoko prečiščeni in virusno inaktivirani, zato moramo široko uporabo sveže zmrznjene plazme vedno znova oceniti.

Tudi kakovost in način zbiranja sveže zmrznjene plazme neposredno vplivata na količino pridobljenega faktorja VIII (7). Plazmo moramo po odvzemu krvi čim hitreje zamrzniti. Postopek zamrzovanja mora biti tako hiter, da temperaturo pod -30°C dosežemo že v nekaj minutah. Zmrznjeno plazmo lahko hranimo do nadaljnjega predelave na temperaturi pod -20°C nekaj mesecev.

Klasične metode frakcioniranja za pridobivanje koncentrata faktorja VIII dajo po virusni inaktivaciji dokaj slab izkoristek, namreč od 15% do 20% (6). Novejši tehnološki postopki prido-

Tab. 1. Število krvodajalcev, količina zbrane plazme in produkti iz plazme v Sloveniji.

Leto	1990	1991	1992	1993
Število krvodajalcev	110.000	105.000	100.000	100.000
Količina plazme (l)	8000	8000+	12.000+	15.000
Krioprecipitat (IE.)	3.000.000	300.000		
Faktor VIII (IE.)		1.500.000	2.500.000	4.500.000
Uvoz (IE.)*	500.000	2.400.000	2.400.000	??
Albumin (kg)**	160	250	336	420

* Skupna količina uvoženega faktorja VIII

** Skupna količina albumina, pripravljene iz plazme, zbrane v Sloveniji

bivanja faktorja VIII kot metoda kolonske kromatografije in uporaba posebnih gelov obljublja celo 30 do 40%-ni izkoristek, vendar uvajanje novih metod inaktivacije virusov znižuje izkoristek. Trenutno dobimo iz plazme, zbrane v Sloveniji, okoli 20% izkoristek, ki je v evropskem merilu sprejemljiv. Z uporabo novih tehnologij z večjimi izkoristki se potrebna količina zbrane plazme za dosego nacionalne samozadostnosti občutno zniža.

Produkti, pripravljene iz plazme

Najzahtevnejši produkt, pridobljen iz plazme, je prečiščeni in virusno inaktivirani faktor VIII (8–10). Mnenja terapevtov in strokovnih združenj o minimalno potrebnih količinah faktorja VIII so različna. Razlike izhajajo iz različnega pojmovanja o sprejemljivi ravni kakovosti življenja pri hemofilikih v različnih državah (11). Za faktor VIII največkrat omenjajo kot najnižjo vrednost, ki jo mora letno zagotoviti nacionalni program samooskrbe, 1,5 do 2 enoti na prebivalca oziroma 20.000 do 60.000 enot na hemofilika (12). Povprečna količina porabe faktorja VIII v Evropi v enem letu je 35.000 enot na hemofilika (2, 13). Razvite države že več let uporabljajo večje količine faktorja VIII, ki je visoko prečiščen, močno koncentriran in virusno inaktiviran (14). Poraba faktorja VIII pri posameznem hemofiliku močno niha, saj lahko porabimo že pri enem operativnem zdravljenju ali pri zaustavitvi obsežnejše krvavitve 100.000 enot faktorja VIII, medtem ko hemofiliki z lažjo obliko bolezni porabijo le občasno nekaj 1000 enot faktorja VIII.

V Sloveniji smo leta 1990 porabili 3,5 milijona enot, v letu 1991 4,2 milijona enot in leta 1992 blizu 5 milijonov enot faktorja VIII, kar predstavlja 2,5 enote na prebivalca oziroma več kot 30.000 enot na hemofilika v enem letu. Ob upoštevanju 20%-nega izkoristka pri pripravi koncentrata faktorja VIII lahko sami trenutno krijemo le polovico sedanjih potreb. Z uvedbo novih tehnologij, ki bodo omogočile izkoristek od 300 do 400 enot iz enega litra plazme, in z načrtovanim dodatnim zbiranjem plazme v okviru nacionalnega programa samooskrbe pa je mogoče doseči samozadostnost pri oskrbi s koncentratom faktorja VIII že v naslednjih letih (tab. 1).

Po postopku frakcioniranja plazme dobimo iz enega litra 28 g albumina. Tako trenutno količina pripravljene albumina presega potrebe zdravstva v Sloveniji. Najnižja še zadostna količina albumina je po priporočilih WHO 100 kg na milijon prebivalcev. V Sloveniji smo imeli na voljo v letu 1991 okoli 125 kg albumina na milijon prebivalcev in tako smo presegli priporočeni minimum. V razvitih zahodnoevropskih državah se giblje poraba od 200 do 450 kg albumina na milijon prebivalcev, na Japonskem celo nekajkrat več (2, 15).

Albumin je obstojni produkt, saj ga lahko hranimo tri leta na sobni temperaturi, obenem pa ima strateški pomen kot produkt za nadomeščanje izgubljenega volumna krvi, ki ga hranimo kot rezervo za delo v izrednih razmerah. Zahteve po albuminu bodo pri nas v naslednjih letih naraščale, vendar pričakujemo ustalitev

porabe na 200 do 250 kg na milijon prebivalcev, kar velja tudi za večino razvitih evropskih držav (2).

Faktorja IX za oskrbo hemofilije B lahko pri frakcionaciji plazme pripravimo nekajkrat več, kot ga potrebujemo, zato oskrba ni problematična.

Protrombinski kompleks je nekoliko manj prečiščen koncentrat faktorja IX, ki vsebuje še protrombin, faktor VII in faktor X. Uporabljamo ga v določenih primerih za zdravljenje krvavitev pri hemofilikih, kot tudi pri motnjah v strjevanju krvi, ki so povezane s slabšim delovanjem jeter.

Uporaba fibrinogena, antitrombina III, koncentrata faktorja XIII, fibrinolizina in haptoglobina, ki jih pripravljajo le v nekaterih centrih, se omejuje na redke primere. Priprava majhnih količin teh sestavin plazme predstavlja predvsem ekonomski in le v manjši meri tudi tehnološki problem. Da bi se izognili pripravi manjših količin posameznih faktorjev strjevanja krvi, lahko kot univerzalno nadomestno zdravilo pri motnjah strjevanja krvi uporabimo virusno inaktivirano svežo zmrznjeno plazmo, ki vsebuje vse faktorje strjevanja krvi.

Polispecifičnih gama globulinov lahko iz zbrane plazme pripravimo več, kot jih lahko porabi naše zdravstvo. Zadnji tehnološki dosežki omogočajo pripravo virusno inaktiviranih gama globulinov v tekoči obliki za intravenozno uporabo. Uporabljamo jih za nadomeščanje pri bolnikih s pomanjkanjem gama globulinov ali pa jih uporabljamo – z dodajanjem v izobilju za zdravljenje številnih avtoimunih bolezni. Mehanizem delovanja pri avtoimunih boleznih ni razjasnjen v celoti, očiten pa je hitri učinek, ki kaže na obstoj blokirajočih protiteles, ki reagirajo z navzočimi avtoprotitelesi. Pri nekaterih avtoimunih boleznih opažamo tudi dolgotrajen učinek in očitno znižanje titra avtoproteles oziroma zaviranje njihove tvorbe. Indikacije tako širimo predvsem pri bolnikih s pomanjkljivim ali motenim imunskim odzivom. Oskrba s polispecifičnimi gama globulini kljub temu ne bo problematična, saj so zmožnosti priprave iz zbrane plazme še vedno nekajkrat večje, kot so trenutne zahteve.

Pri specifičnih gama globulinih je predvsem težavno iskanje in zbiranje plazme z visoko vsebnostjo protiteles, na drugi strani pa je poraba majhna, razen pri zaščiti proti tetanusu in uporabi specifičnih gama globulinov pri zaščiti Rh negativnih nosečnic. Priprava je ekonomsko gledano vprašljiva zaradi visokih stroškov na enoto proizvoda. Oskrbo in samozadostnost s skoraj vsemi specifičnimi gama globulini dosežajo le nekatere večje države, kot je Amerika ali Francija, nosilci priprave pa so velika komercialna podjetja.

Potreba po pripravkih iz krvi v Sloveniji

Potrebe po pripravkih iz krvi je objektivno težko ovrednotiti, saj na proces zdravljenja vplivajo številni dejavniki in s tem posledično tudi na vrsto zahtevkov. Še tako skrbno strokovno prehtetane potrebe po posameznih pripravkih iz krvi pa ni mogoče vselej uskladiti z zmožnostmi transfuzijske dejavnosti in s tehnološkimi zmožnostmi.

Pri načrtovanju in presoji potreb, kakor tudi pri načrtovanju in izvajanju doktrine zdravljenja s pripravki iz krvi je potrebno tesno sodelovanje med kliniki različnih strok in transfuziologi. Le tako bo mogoče v Sloveniji v okviru nacionalnega programa samozadostnosti zadovoljiti vse glavne potrebe po pripravkih iz krvi, ne da bi prišlo do prevelikih viškov ali pomanjkanja posameznih pripravkov (16). Slovenija seveda ne more doseči samozadostnosti z vsemi pripravki iz krvi, lahko pa se vključi v mednarodno sodelovanje glede specifičnih pripravkov, ki jih lahko pripravi bodisi zaradi endemskih, krajevnih ali strokovnih značilnosti.

Trenutna stopnja razvitosti zdravstvenega varstva v Sloveniji oziroma količinsko izkazana potreba zdravstva po pripravkih iz krvi nas uvršča med države, ki že krepko presegajo potrebe po minimalni oskrbi. Po vzoru razvitih držav Evrope lahko pričakujemo nadaljnji razmah in uvedbo presajanja organov in tudi širjenje dosedanjih operativnih programov in z njimi vzporedno večanje zahtev po pripravkih iz krvi.

V okviru nacionalnega programa samooskrbe moramo nenehno koordinirati in sinhronizirati strokovne dosežke in zmožnosti s potrebami ter s tem zagotoviti zadostno količino kakovostnih pripravkov iz krvi. Nacionalni program samozadostnosti se mora nenehno prilagajati novim potrebam v zdravstvu, kakor tudi slediti novim tehnološkim možnostim.

Dokler ne bomo sposobni pripraviti vseh pripravkov iz krvi s pomočjo biotehnologije ali kultiviranja tkiv, moramo upoštevati, da je na voljo le kri človeškega izvora, saj poizkusi z uporabo živalske krvi niso bili uspešni. Zato moramo pri terapiji s pripravki iz krvi ravnati skrajno racionalno ter v skladu z etičnimi načeli. V fazi kliničnega preizkušanja je še albumin, medtem ko je faktor VIII kot finančno najbolj zanimiv proizvod, pripravljen s pomočjo biotehnologije, že v klinični uporabi. V bližnji bodočnosti še ne bo mogoče pripraviti vseh sestavin krvi s pomočjo biotehnologije bodisi zaradi zahtevnosti postopkov bodisi zaradi finančne nezanimivosti. Uporaba monoklonalnih protiteles v serologiji in pri tehnikah izločanja ter prečiščevanja različnih substanc, kot je na primer monoklonalno prečiščen faktor VIII, je že komercializirana vrsta let.

Razpravljanje

V Sloveniji, ki ima le dva milijona prebivalcev, ni racionalno niti realno načrtovati popolne samozadostnosti z vsemi pripravki iz krvi. Obenem nas načrtovanje samozadostnosti ne bi smelo pripeljati v izolacijo, ampak na višjo stopnjo samostojnosti in neodvisnosti (17). Oskrba hemofilikov je v okviru zdravstvene oskrbe posameznih skupin bolnikov finančno dokaj draga, saj se giblje cena ene enote faktorjev strjevanja krvi približno eno nemško marko, zato pri izvedbi programa samozadostnosti posvečajo povsod po svetu največjo skrb prav oskrbi s faktorjem VIII (18).

V novi Evropski skupnosti in v svetu, kjer bo ali je že prost promet izdelkov, pripravljenih iz krvi, in ob upoštevanju dosežkov biotehnologije se bodo ekonomski interesi soočali z etičnimi in strokovnimi stališči. Vse države, vključno s Slovenijo, kupujejo dodatne količine manjkajočih produktov od najboljših ponudnikov ob upoštevanju ekonomskih, tehničnih in strokovnih kriterijev. Prodaja posameznih pripravkov po nižjih cenah, ki jih imajo posamezne razvite skupnosti ali podjetja preveč, bi lahko porušila celovitost nacionalnih programov samozadostnosti in zavrla njihovo izvedbo, s čimer bi postala vprašljiva tudi oskrba s celičnimi pripravki iz krvi. Večja podjetja, predvsem multinacionalne družbe, lahko ali že izrabljajo slab ekonomski položaj v posameznih regijah sveta za zbiranje sorazmerno cenene plazme od plačanih dajalcev, ki jo primerno predelano in praviloma po nižji ceni prodajajo predvsem v razvitem svetu. Tako rušijo regionalno načelo samooskrbe, ki je seveda najbolj sprejemljivo tako:

strokovno – zmanjšana možnost prenosa bolezni in antigenov, etično – organi in tkiva človeškega izvora naj ne bi bili predmet prodaje in socialno – vse skupine prebivalstva naj jemljejo dajanje krvi kot družbeno obvezo in kot enega od pogojev za uspešno delovanje zdravstva.

Nacionalni program samozadostnosti mora temeljiti na dobro

organiziranih neplačanih, prostovoljnih krvodajalcih (19), kjer so zastopani vsi socialni sloji in ne le revni in ogroženi, ki tvorijo glavnino plačanih krvodajalcev. Zaradi močne finančne motivacije plačani dajalci pogosto zamolčijo anamnestično pomembne podatke (2) in tako povečajo tveganost prenosa bolezni s krvjo. Pri načrtovanju obsega samozadostnosti ostaja tudi odprto vprašanje realnih možnosti uporabe dragih tehnoloških metod v manjši regiji ali državi. Vprašanje je tudi, kolikšen delež bodo k razvoju lahko prispevale manjše skupnosti ter v kolikšni meri bodo navzoče pri delitvi sadov napredka.

Smisel samozadostnosti pri oskrbi s pripravki iz krvi bo tako dosežen le, če bomo posamezne nacionalne programe vključili v celovit mednarodni program samooskrbe s pripravki iz krvi. Tako zasnovan program bi moral upoštevati predvsem strokovna dognanja ter etične kriterije o ravnanju s krvjo, ki bi jih primerno ekonomsko ovrednotili.

Zaključek

Sklenitev pogodbe o sodelovanju s firmo Octapharma nam omogoča uporabo izboljšane visoke tehnologije predelave plazme in 40% boljši izkoristek pri pridobivanju albumina. Že sedaj smo zboljšali oskrbo z albuminom in pokrivamo vse trenutne potrebe v Sloveniji. Pokrivamo tudi vse potrebe po prečiščenem koncentratu faktorja IX. V naslednjih letih lahko pričakujemo tudi samozadostnost s faktorjem VIII. Ob povečanju izkoristka od sedanjih 200 IE na 300 do 350 IE iz enega litra sveže zmrznjene plazme ne bi bilo treba občutno povečevati količine zbrane plazme oziroma zagotoviti več krvodajalcev.

V Sloveniji smo sicer začasno odložili izgradnjo lastne frakcionaže in tako ne bomo pridobili lastnih izkušenj na področju frakcioniranja plazme, delno smo s tem odložili razvoj tehnik ločevanja in čiščenja posameznih sestavin bioloških pripravkov na industrijski ravni. Naredili pa smo velik in hiter kakovostni skok pri samooskrbi s pripravki iz krvi in hemofilike oskrbujemo z visoko prečiščenimi in virusno inaktiviranimi koncentratni faktorjev strjevanja krvi, tako da smo že sedaj na evropski ravni oskrbe.

Literatura

- Hollan SR, Wagstaff W, Leikola J, Lothe F. Management of blood transfusion services. Geneva: World Health Organization, 1990.
- Council of Europe. Blood transfusion. Plasma products and European self-sufficiency: collection, preparation and use. Strasbourg, 1992.
- Editorial. National self-sufficiency: Goal or illusion? *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 191-2.
- National Blood Resource Educational Program. Transfusion Alert. Indications for the use of red blood cells, platelets, and fresh frozen plasma. NIH Publication No. 89-2974a, May 1989.
- Leikola J. How much blood for the world? *Vox Sang* 1988; 54: 1-5.
- Curling JM. Separation of plasma proteins. Uppsala: Pharmacia Fine Chemicals AB, 1983.
- Mikaëlsson M, Nilsson IM, Cedergren B, Jonsson S, Rydberg L, Wiechel B. The use of desmopressin (DDVP) in the preparation of improved factor VIII concentrate. *Scand J Haematol* 1984; 33: Suppl 40: 93-101.
- Rosendaal FR, Smit C, Briet E. Haemophilia treatment in historical perspective: a review of medical and social developments. *Ann Hematol* 1991; 62: 5-15.
- Beeser H. Characterization of highly purified factor VIII products. *Ann Hematol* 1991; 63: 126-30.
- Morfini M, Rafanelli D, Filimberti E, Cinotti S, Piazza E, Longo G, Rossi-Ferrini P. Protein content and factor VIII complex in untreated, treated and monoclonal factor VIII concentrates. *Thrombosis Res* 1989; 56: 169-78.
- Rosendaal FR, Smit C, Varkamp I et al. Modern haemophilia treatment: medical improvements and quality of life. *J Int Med* 1990; 228: 633-40.
- Angela E, Robinson E. Plasma and blood component procurement. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 193-203.
- Garreta M, Lefrancois G. National self-sufficiency in plasma and blood derivatives. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 211-4.
- Bloom AL. Progress in the clinical management of haemophilia. *Thrombosis Haemostasis* 1991; 66: Suppl 1: 166-77.
- Hosoi T. National policies on the blood program in Japan. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 205-10.
- Leikola J. Self-sufficiency in blood product: Background and overview. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 215-20.
- Britten AFH. Plasma supplies, voluntarism and national self-sufficiency. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 227-8.
- Reilly RW. A commercial sector viewpoint on plasma supply. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 229-38.
- Sibinga S. The role of the regional blood bank in achieving national self-sufficiency. *Plasma Ther Transfus Technol* 1987; 8: 221-5.

Osebnosti

PRIZNANJE DR. MARKA GERBCA PROF. DR. PAVLU KORNHAUSERJU

Na slovesni otvoritvi VIII. kongresa Slovenskega zdravniškega društva, ki je bil v Mariboru 8. maja 1992, je prof. dr. Pavle Kornhauser prejel diplomu in zlato spominsko plaketo Gerbčevega priznanja. To priznanje se podeljuje enkrat na štiri leta posamezniku ali društvu na kongresu slovenskih zdravnikov. Predsednik komisije za podeljevanje priznanj dr. Marka Gerbca prim. dr. Vasja Klavara je v obrazložitvi poudaril, da se priznanje podeljuje doktorju celokupne medicine, specialistu pediatrije Pavlu Kornhauserju, profesorju ljubljanske univerze in članu Slovenskega zdravniškega društva, za njegovo požrtvovalno in ustvarjalno življenjsko delo na področju zdravstva in medicine, še posebej za njegove izvirne zamisli pri organizaciji otroške kirurgije in intenzivnega zdravljenja otrok. Veliko je naredil kot urednik številnih medicinskih knjig, časopisov in revij, organizator številnih zdravniških srečanj ter kot ljubitelj kulture in umetnosti.

Na 8. kongresu slovenskih zdravnikov so bili imenovani za častne člane naslednji ugledni kolegi in kolegice:

prim. dr. mag. Darja Benčan-Treppo, prim. dr. Janko Držečnik, prof. dr. prim. Edvard Glaser, prof. prim. dr. Zora Janžekovič, prim. dr. Kurt Kancler, prof. dr. Janko Kostnapfel, prim. dr. Milan Kotnik, prim. dr. Jožica Simonič, dr. stom. Aleksander Velkov, in iz Hrvaške, za izredno požrtvovalnost v vodenju zdravstvene službe v bolnišnici Vukovar med obleganjem mesta prim. dr. Vesna Bosanac.

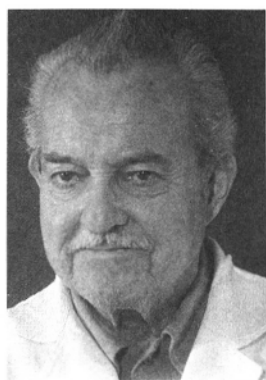
Nekrologi

IN MEMORIAM PROF. DR. ULRIK SCHMIDT

Anton Dolenc

Prof. dr. Ulrik Schmidt, kot je živel, je tiho in skromno, nena doma, brez velikih besed, za vedno in dokončno, brez stiska rok, odšel od nas v torek, dne 16. 3. 1993.

Vsi, ki so ga poznali, so ga poznali kot dobrega človeka iz



Sečuana, ki je bil neskončno potrpežljiv mentor in učitelj, ki je človeka spoštoval le po njegovem delu, ne pa po njegovem besedikovanju. Ponosni smo na to vsi študenti in sodelavci, ki smo imeli življenjsko priložnost, da nam je dr. Lino bil več kot

učitelj. Sebe pa je dostikrat humoristično imenoval kar dr. UŠ, kar se je lahko dvoumno tolmačilo. Ta psevdonim pa si je postavil sam iz prvih črk svojega imena in priimka.

Njegovo razumevanje in dobrota do študentov je segala v take skrajnosti, da ti sploh niso mogli pasti na izpitu iz sodne medicine, vendar so se čutili do te mere moralno obvezani do svojega učitelja, da te žlahtne lastnosti niso neodgovorno zlorabljali.

Prof. Ulrik Schmidt je bil široko znanstveno in strokovno razgledana osebnost. Ukvarjal se je z raziskovanjem na področju sodnomedicinske in patološke morfologije. Njegova znanstveno-raziskovalna misel se je trajneje vezala na vprašanje perifernih poškodb in možganskega tumorja, alkoholiziranosti in inhibitorne smrti, posttravmatske subduralne krvavitve, na travmatsko maščobno embolijo z vprašanji, kako jo preprečevati posebej pri politravmatiziranih (kar je še posebej poudaril v svoji doktorski disertaciji). Ukvarjal se je s spremembami na jetrih kot posledico agonije, s patomorfološki spremembami pri zastrupitvah z ogljikovim monoksidom.

Imel je smisel in talent za znanstvenoraziskovalno delo. Z grenkobo je občasno potožil, da tej svoji nagnjenosti ni mogel zadostiti v polni meri, ker na inštitutu z brezštevilnimi zadolžitvami ni bilo mogoče opravljati le del, ki bi si jih posameznik želel, ampak so imela prednost opravila, ki jih je sodnomedicinska stroka vsakodnevno zahtevala od vseh zaposlenih. V stroki je bil do sebe in do drugih dosleden ter strog in ko je dajal dopolnila k obdukcijskim zapisnikom, histološkim preiskavam ali izvedenskim mnenjem, je imel navado reči: v stroki ni mesta za sprenevedanje. Njegov konjiček je bil izostren občutek za humor, ki se je še posebej pokazal ob inštitutskih praznovanjih in internih prireditvah. Ob takih priložnostih je sestavljal zanj značilne antigovore, ki smo jih zbrali in ohranili interno v vezani obliki na ISM. V teh odgovorih je z izjemno prodornostjo šibal pereče razmere v družbi in politiki.

Po upokojitvi se je redko odzival na inštitutska srečanja in se predal družinskemu življenju, ki ga je desetletja žrtvoval inštitutskemu delu in izjemnim delovnim naporom maloštevilnega kolektiva. Vse številne zadolžitve je dr. Lino opravljal s skrajno odgovornostjo in požrtvovalnostjo in z izjemno mero kolegialnosti, zato so ga sodelavci spoštovali in cenili. ISM je bil njegov drugi dom, sodelavci pa njegova družina in bratje.

V eni od komisij, ki je ocenjevala v habilitacijskem postopku njegove prispevke in ravnanje pri opravljanju pedagoških obveznosti, so zapisali: V pedagoškem delu prevladuje kandidatova vestnost in zavzetost za predmet in izjemna neposrednost ter topel človeški odnos in dobrota, ki je vsesplošno znana in priznana. Zaradi teh lastnosti in globokega resničnega humanizma je bil med slušatelji priljubljen ter spoštovan, zato so se kasneje v svojih poklicnih težavah in vprašanih obračali nanj, ker so vedeli, da jim bo svetoval in tudi, če je bilo potrebno, pomagal po svojih najboljših močeh.

Kot mentor je bil vsestransko razumevajoč in ob vsakem času pripravljen za pomoč in konzultacijo.

Iz biografskih podatkov povzemamo: prof. dr. znanosti in dr. medicine U. Schmidt se je rodil dne 14. 6. 1920 v Ljubljani družini nameščenca. Leta 1947 je promoviral za dr. medicine. Po končanem študiju se je zaposlil na ISM v Ljubljani, sprva kot asistent, po habilitaciji 1971 kot docent, od 24. 6. 1975 kot izredni profesor. Leta 1954 je opravil specialistični izpit iz sodne medicine v Beogradu. Leta 1956 je bil pet mesecev kot štipendist WHO na izpopolnjevanju v ZR Nemčiji (sodnomedicinski inštituti v Münchnu, Frankfurtu in Bonnu). Dne 1. 7. 1970 je bil imenovan za namestnika predstojnika ISM. Dne 15. 4. 1974 je promoviral za dr. medicinskih znanosti na podlagi obranjene disertacije »Maščobna embolija«.

Leta 1960 je bil na podlagi habilitacijskega dela »Subduralne krvavitve in spremembe na možganski opni« izvoljen za docenta. Dolga leta je bil zapriseženi stalni izvedenec pri Temeljnem sodišču v Ljubljani in izvedenec za posebno zahtevne primere v drugih republikah bivše Jugoslavije.

Prof. dr. U. Schmidt je bil nosilec medalje zaslug za narod 1951, ordena dela tretjega reda 1960, plakete organov za notranje zadeve 1980 ter ordena dela z zlatim vencem 1980 in nosilec številnih diplom in priznanj.

Bil je dolgoletni predavatelj in izpraševalec za študente medicine in stomatologije, za slušatelje pravne fakultete in Univerze v Ljubljani in za višje kriminaliste takratnega RSNZ.

Od leta 1947 (odkar se je zaposlil na ISM) je opravil skoraj 5000 raztelesenj, do 30.000 histoloških preiskav, izdelal več kot 80.000 poročil in mnenj v zvezi z alkoholnimi preiskavami in napisal prek 1000 izvedenskih mnenj v zvezi z ocenjevanjem telesnih poškodb v kazenskoprvnih zadevah.

Med drugo svetovno vojno je prof. Ulrik Schmidt delil usodo preštevilnih zapornikov in internirancev. Leta 1942 je bil zaprt v ustaških zaporih v Zagrebu in obsojen na smrt. Na poti na morišče so ga pomilostili na internacijo v Gonars. Imel je status prvoborca, ki pa ga ni nikoli izkoristil. V njegovi knjižni zapuščini smo našli več knjig o nacizmu, ki jih je skrbno zbiral, ker ni mogel nikoli pozabiti nasilja in krivic, ki jih je ta nečloveški režim prizadejal nedolžnim ljudem.

Prof. Ulrik Schmidt je bil od leta 1986 član univerzitetne komisije za študij zamejskih Slovencev in tujih državljanov; bil je aktiven v komisiji za fakultetna mnenja (podpredsednik). Njegova izvedenska mnenja so bila znana zaradi eksaktnosti in kratkosti.

Iz vsega navedenega sledi, da je bil dr. Lino izjemni predstavnik svoje generacije, ki jo je oblikoval čas druge svetovne vojne: predan delu in poslanstvu zdravnika ter svoji matični ustanovi, visoko moralno osveščena osebnost, odgovoren sodnomedicinski izvedenec ter očetovski dobrotljiv do študentov in skrajno skrben mentor svojim sodelavcem. Bil je človek, o katerem nisi mogel nikoli ničesar slabega reči, če si hotel biti do tega edinstvenega humanista pravičen in pošten.

ISM z njegovo smrtjo izgublja nenadomestljivega sodelavca, ki je kreativno sodeloval pri ustvarjanju inštitutskega profila in ugleda doma in na tujem. MF je izgubila dobrega učitelja, mentorja, sodelavca; vsi pa smo izgubili, kar danes ponovno želimo in smo dolžni vzgojiti: humanizmu in medicini predanega zdravnika.

Iskrno in globoko sožalje njegovim sorodnikom in prijateljem. Spoštovanje njegovemu delu, slava njegovemu spominu!

Strokovna srečanja

VII. MEDNARODNA KONFERENCA O BIOMEDICINSKEM INŽENIRINGU IN SEMINAR NOVOSTI V ENDOPROTETIKI KOLKA Singapur, 2.–4. december 1992 *Srečko Herman*

Od 2.–4. decembra 1992 je bila v Singapuru VII. mednarodna konferenca o biomedicinskem inženiringu. Kot že samo ime pove, je bila konferenca interdisciplinarna. Tako je delo potekalo prvi dan v treh simpozijih: O biomaterialih, O celični in tkivni mehaniki in O biomehaniki protetične srčne valvule.

Drugi dan so bile teme: Nadomeščanje sklepov, Medicinska instrumentacija in Merjenja.

Tretji dan so bili simpoziji O analizi gibanja, O pulmonalni mehaniki in Mehaniki krvnega pretoka ter O mehaniki biofluidov.

Kongres je potekal v ogromnem, prekrasnem hotelu Marina Mandarin sredi Singapura. Vseh udeležencev je bilo nekaj nad 300, od tega iz Evrope kakih 60. Veliko je bilo Japoncev in Avstralcev. Drugi so bili iz sosednjih držav. Takega sestanka sem se udeležil prvič. Imel sem predavanje o Analizi hoje pri bolnikih z implantirano totalno endoprotezo kolka.

Po tem simpoziju o biomedicinskem inženiringu je bil v soboto, 5. decembra, še seminar pod naslovom Novosti v endoprotetiki kolka. Udeležencev na tem simpoziju je bilo nekaj manj, kakih sto. Tudi na tem simpoziju sem imel predavanje, in sicer o Trabekularno orientirani totalni endoprotezi kolka.

Uradni jezik na obeh prireditvah je bila angleščina.

Oba simpozija sta bila strokovno in tehnično izredno dobro organizirana. Glavne zasluge pri tem ima dr. Jaems Goh. V sestavi singapurske univerze ter Univerzitetne ortopedske klinike je zelo aktiven oddelek za biomehaniko, ki je bil tudi organizator tega simpozija. Simpozij organizirajo vsaki dve leti in nanj povabijo nekaj uglednih svetovnih znanstvenikov. Tako so bili povabljeni prof. Mow, prof. Schurman in prof. Nerem, vsi iz ZDA. Od znanih iz Evrope so bili povabljeni prof. Paul, prof. Bonfield, prof. Caro in prof. Hastings iz Anglije.

Strokovna raven simpozija je bila na zavidljivi višini. Z udeležbo na takem simpoziju človek vidi, na koliko področjih in kaj se vse danes raziskuje.

Ker doc. Stanič z Inštituta Jožef Štefan, ki je imel prav tako referat, ni mogel v Singapur, sem predstavil še njegov referat, in sicer: Elektrostimulacija mišic pri implantaciji totalnih endoprotez.

Bil sem edini udeleženec iz Slovenije in moram reči, da sem Slovenijo kar dobro zastopal. Vsem udeležencem sem s pomočjo diapozitivov med samim referatom pokazal in povedal, kje je Slovenija in kako velika je. Mislim, da so udeleženci vsaj nekaj zvedeli o tem, kaj in kje je Slovenija. Zdi se mi tudi, da je takšen način promocije Slovenije zelo učinkovit.

Organizatorji so mi omogočili, da sem bil nastanjen na univerzi, kjer imajo za gostujoče profesorje primerne nastanitvene možnosti. Zame je bilo predvsem pomembno to, da je bila cena nižja (65 singapurskih dolarjev dnevno), sicer bi bila nastanitev v hotelu vsaj trikrat dražja.

Ob koncu bi se rad zahvalil sponzorjem, ki so mi omogočili udeležbo v Singapuru, in to predvsem A banki, firmi Chendo, Ljubljanski banki, del denarja pa sem črpal iz fonda raziskovalne naloge v okviru BIOSIS (mednarodna znanstvenoraziskovalna fondacija).

Delo SZD

POROČILO O DELU SEKCIJE ZA KLINIČNO MIKROBIOLOGIJO SZD ZA OBDOBJE 1990–1993 *Srečko Koren, Alenka Andlovic*

V razdobju 1990–1993 je Sekcija za klinično mikrobiologijo SZD pripravila več strokovnih sestankov, na katerih so mikrobiologi, infektologi in epidemiologi predstavili sodobne poglede na nekatera zanimiva področja klinične mikrobiologije in hospitalne higijene.

Strokovni sestanki so kot po navadi našli gostoljubje v predavalnici Univerzitetne klinike za infekcijske bolezni in vročinska

Zdravniško društvo Ljubljana organizira

130. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
v Cankarjevem domu v Ljubljani, Linhartova dvorana, 7.–8. maj 1993

Petek, 7. maj 1993

13. Redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva

Dopoldne, 10.00–12.30

1. Protokolarni del

- Izvolitev organov skupščine
- Poročila o delu
- Razprava o poročilih
- Nagrade, priznanja
- Imenovanja

Popoldne, 15.00–17.30

2. Stanovsko organizacijski del*

2.1. Organiziranost slovenskega zdravništva

- 130 let SZD – kratek zgodovinski pregled
- SZD – danes in v prihodnje (Deklaracija slovenskih zdravnikov z 8. kongresa SZD)
- Vloga in organiziranost strokovnih sekcij SZD
- Zdravniška zbornica Slovenije
- FIDES – sindikat slovenskih zdravnikov
- Slovenski zdravnik, zdravstvena zakonodaja in v novi sistem zdravstvenega zavarovanja

2.2. Stanovske ugodnosti za slovenske zdravnike

- Stanovske ugodnosti zdravnikov v nekaterih sosednjih državah
- Smernice delovanja SZD za pridobitev določenih ugodnosti v prihodnje

2.3. Kazalci negativnega zdravja in stopnja ogroženosti slovenskega zdravnika na delovnem mestu

- Zbolevnost in smrtnost slovenskega zdravništva
- Ogroženost zdravnika na delovnem mestu
- Preventivni zdravstveni pregledi zdravnikov

18.00–19.00

Plenarno zasedanje – sprejem sklepov

21.00

Kulturno in družabno srečanje

Sobota, 8. maj 1993

Dopoldne

9.00.–13.00

3. Strokovni del – Alergologija danes

Jana Furlan

Ema Mušič, Jana Furlan, Alenka Rus

Marjana Kuhar

Stanislav Šuškovič

Jernej Podboj, Zlata Remškar

Marko Potočnik, Milica Oman-Ogrizek

Vesna Glavnik

Aleksandra Skralovnik-Štern

Marjeta Zorman, Alenka Rus, Jana Furlan

Mitja Košnik

Alergija

Diagnostika alergijskih bolezni

Prevenција in terapija alergijskih bolezni

Astma

Diagnostični postopek pri bolnikih z alergijskimi rinitisom

Alergija in koža

Alergijske bolezni otroške dobe

Alergija za zdravila

Nutritivna alergija in intoleranca

Alergijske reakcije po piku žuželk

Kotizacija: 7000 tolarjev, samo strokovni del 4000 tolarjev. Plačilo kotizacije je možno na žiro račun SZD, št.: 50101-678-48620, s pripisom: za 130. RLS.

Prijave: Slovensko zdravniško društvo, Komenskega 4, Ljubljana, tajništvo – ga. Zvonka Šabec, telefon (061) 32 34 69; fax: (061) 30 19 55.

* Teme bodo obravnavane po skupinah. Kratkim uvodnim predstavitvam posameznih točk bo sledila razprava, ki naj da predloge zaključkov. Sklepi bodo dokončno oblikovani in sprejeti na plenarnem zasedanju skupščine.

Na podlagi četrtega odstavka 75. člena zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list Republike Slovenije št. 9/92) izdaja minister za zdravstvo

PRAVILNIK

O SESTAVI, NAČINU IMENOVANJA IN NAČINU DELA ZDRAVSTVENEGA SVETA

Sestava Zdravstvenega sveta

1. člen

Zdravstveni svet sestavljajo predsednik in največ štirinajst članov. Med člani je praviloma sedem predstavnikov razširjenih strokovnih kolegijev, trije predstavniki Medicinske fakultete in po en predstavnik Zdravniške in Lekarniške zbornice. V Zdravstvenem svetu je iz vrst razširjenih strokovnih kolegijev najmanj en predstavnik s področja dejavnosti Inštituta za varovanje zdravja in najmanj dva predstavnika osnovne zdravstvene dejavnosti.

2. člen

Za člane Zdravstvenega sveta so lahko imenovani priznani strokovnjaki s področja svoje dejavnosti, ki so se izkazali na strokovnem, pedagoškem, raziskovalnem in organizacijskem področju.

Način imenovanja Zdravstvenega sveta

3. člen

Minister za zdravstvo (v nadaljevanju minister) v dogovoru z dekanom Medicinske fakultete in s sodelovanjem predsednikov obeh zbornic izbere predsednika Zdravstvenega sveta in določi, katere stroke bodo v posameznem mandatnem obdobju Zdravstvenega sveta v njem zastopane.

Na podlagi dogovora iz prejšnjega odstavka predlagajo kandidate za člane Medicinska fakulteta, obe zbornici in ustreznih razširjenih strokovnih kolegijev, pri čemer predsednik razširjenega strokovnega kolegija ne more biti predsednik Zdravstvenega sveta.

4. člen

Izmed predloženih kandidatov minister določi sestavo Zdravstvenega sveta.

Sklep o imenovanju pošlje minister v potrditev Državnemu zboru Republike Slovenije.

5. člen

Zdravstveni svet je imenovan za štiri leta. Posamezni člani so po preteku mandata lahko ponovno imenovani.

Način dela Zdravstvenega sveta

6. člen

Zdravstveni svet vodi predsednik, ki opravlja svojo funkcijo v tesnem sodelovanju z ministrom in državnim sekretarjem za področje zdravstva.

7. člen

Zdravstveni svet deluje na sejah, ki so praviloma najmanj enkrat mesečno.

Na seje so glede na tematiko vabljeni tudi drugi strokovnjaki. Način svojega dela Zdravstveni svet določi s poslovnikom.

8. člen

Posamezni člani Zdravstvenega sveta so zadolženi za podrobnejšo obravnavo vprašanj z določenega strokovnega področja, za kar morajo imeti na voljo oziroma pridobiti vse potrebne informacije. V skladu s to zadolžitvijo

- proučijo predloženo vprašanje ali pobudo,
- po potrebi vodijo pripravo dodatnega gradiva ali ga sami pripravijo,
- izdelajo konkretne predloge za obravnavo na Zdravstvenem svetu.

Za obravnavo določenih vprašanj lahko predsednik Zdravstvenega sveta imenuje ožje delovne skupine, v katere lahko povabi tudi druge strokovnjake, ki niso člani Zdravstvenega sveta.

9. člen

Zdravstveni svet po obravnavi gradiva na seji sprejme stališče do določenega strokovnega vprašanja, sklep ali priporočilo.

Na podlagi teh stališč, sklepov ali priporočil minister sprejme odločitev in jo poda vsem zainteresiranim.

10. člen

Predsednik Zdravstvenega sveta opravlja svojo funkcijo najmanj v obsegu 30 ur mesečno profesionalno na podlagi pogodbe o delu ali delne zaposlitve na Ministrstvu za zdravstvo.

Člani Zdravstvenega sveta prejmejo za svoje sodelovanje na sejah sejnino v višini ene dnevnice, člani, ki imajo stalno prebivališče zunaj kraja seje, pa tudi povrnjene potne stroške.

Materialne obveznosti v zvezi s posebnimi strokovnimi nalogami se na predlog predsednika Zdravstvenega sveta uredijo s pogodbo med članom Zdravstvenega sveta in ministrom.

11. člen

Strokovno administrativne naloge za delovanje Zdravstvenega sveta opravlja strokovna služba Ministrstva za zdravstvo.

V ta namen minister določi strokovnega delavca ministrstva za opravljanje tajniških poslov za Zdravstveni svet.

12. člen

Ta pravilnik se objavi v Informativnem biltenu Ministrstva za zdravstvo in začne veljati z dnem objave.

Številka: 42/93
Datum: 4. 3. 1993

Doc. dr. Božidar Voljč
minister

ZDRAVSTVENI SVET REPUBLIKE SLOVENIJE

Vlada Republike Slovenije je 20. februarja letos imenovala
Zdravstveni svet Republike Slovenije*

Predsednik:

prof. dr. Jože Lokar, dr. med.

Člani:

prof. dr. Lidija Andolšek-Jeras, dr. med.

mag. Marjan Česen, dr. stom.

prof. dr. Matija Horvat, dr. med.
prof. dr. Dušan Keber, dr. med.
Edmond Kovačič, dr. med.
prim. Dunja Piškur-Kosmač, dr. med.
prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom.
doc. dr. Primož Rode, dr. med.
Anton Starc, dr. med.
prim. mag. Franc Urlep, dr. med.
Franc Vajd, dr. med.
prim. Franc Vrevc, dr. med.

* Uradni list Republike Slovenije 6. 3. 1992, št.11.

Na podlagi drugega odstavka 74. člena zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list Republike Slovenije št. 9/92) izdaja minister za
zdravstvo, družino in socialno varstvo

PRAVILNIK O SESTAVI IN DELOVANJU RAZŠIRJENIH STROKOVNIH KOLEGIJEV

1. člen

Razširjeni strokovni kolegiji (v nadaljnjem besedilu: RSK) so strokovni organi, sestavljeni iz priznanih strokovnjakov posamezne medicinske stroke, ki v sodelovanju z Zdravstvenim svetom in Medicinsko fakulteto oblikujejo strokovno doktrino za svoje področje, spodbujajo strokovni razvoj in sodelujejo pri izvajanju strokovnega nadzora.

Razširjeni strokovni kolegiji se oblikujejo pri klinikah in inštitutih v okviru Kliničnega centra, pri Onkološkem inštitutu, Inštitutu za varovanje zdravja ter pri drugih zavodih, ki jih določi minister, pristojen za zdravstvo.

Seznam razširjenih strokovnih kolegijev je priloga tega pravilnika.

2. člen

Razširjeni strokovni kolegij za posamezno področje sestavljajo predsednik in največ 12 članov.

Del članov je iz zdravstvenih zavodov, ki niso naštetih v drugem odstavku prejšnjega člena.

Predsednik razširjenega strokovnega kolegija za obravnavo specifične teme povabi na sejo strokovnjake, ki niso člani razširjenega strokovnega kolegija, vsaj enkrat letno pa predstojnike ustreznih strokovnih enot s področja, ki ga pokriva razširjeni strokovni kolegij.

Predsednik Zdravstvenega sveta ne more biti predsednik razširjenega strokovnega kolegija.

Člane in predsednike razširjenih strokovnih kolegijev imenuje na predlog Medicinske fakultete minister, pristojen za zdravstvo. Pri oblikovanju predloga sodelujejo zavodi iz drugega odstavka prejšnjega člena.

Imenovanje velja za 4 leta in se lahko ponovi.

3. člen

Razširjeni strokovni kolegij sklicuje njegov predsednik praviloma vsaj štirikrat letno.

Seje razširjenega strokovnega kolegija praviloma niso javne, razen če tako sklene večina članov.

O sejah se vodi zapisnik, ki se pošlje vsem članom razširjenega strokovnega kolegija, Zdravstvenemu svetu in ministrstvu, pristojnemu za zdravstvo.

Strokovna služba ministrstva poskrbi, da se z obravnavanimi vprašanji po potrebi seznanijo člani zdravstvenega sveta.

Predsedniki razširjenega strokovnega kolegija so dolžni najmanj enkrat letno poročati Ministrstvu za zdravstvo o svojem delu.

4. člen

Razširjeni strokovni kolegij sprejema svoja stališča praviloma s soglasjem članov.

O posameznih vprašanih razširjenega strokovnega kolegija lahko tudi glasuje. Ne glede na izid glasovanja je treba zabeležiti vsa pomembna stališča iz razprave.

5. člen

Naloge razširjenih strokovnih kolegijev za posamezna področja:

1. spremljanje zdravstvenega stanja oziroma gibanja bolezni v Sloveniji ter spremljanje kazalcev kvalitete dejavnosti, ugotavljanje upravičenosti in vrednotenje presejalnih testov ter preventivnih ukrepov;

2. obravnavanje razvojnih trendov v svetu, ocenjevanje novih metod diagnostike in zdravljenja ter možnosti njihove uporabe v Republiki Sloveniji;

3. oblikovanje, spremljanje in dopolnjevanje doktrine stopenjske diagnostike in zdravljenja ter rehabilitacije, posredovanje usmeritev zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem ter zdravstvenim zavodom;

4. sodelovanje pri določanju mreže javne zdravstvene službe (zmogljivost, dostopnost, kadri) na področju dejavnosti;

5. usklajevanje potreb po novi medicinski opremi ter določanje standardov za diagnostične in terapevtske ukrepe;

6. določitev in dopolnjevanje seznama storitev, ki se na področju dejavnosti opravljajo na terciarni ravni;

7. sodelovanje pri izdelavi predlogov strokovnega izpopolnjevanja in strokovnega nadzora za področje dejavnosti v skladu z zakonskimi pristojnostmi;

8. obravnavanje aktualnih strokovnih in strokovno organizacijskih vprašanj;

9. povezovanje z drugimi razširjenimi strokovnimi kolegiji za reševanje vprašanj, ki zadevajo več področij.

Predsedniki razširjenih strokovnih kolegijev po potrebi sodelujejo na sejah Zdravstvenega sveta.

6. člen

Razširjeni strokovni kolegij ima pravico in dolžnost, da daje splošna strokovna priporočila in tudi strokovna navodila, ki so obvezujoča za vse pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. O obveznih strokovnih navodilih je dolžan obvestiti tudi Zdravstveni svet in pristojno zbornico.

Kadar gre za priporočila oziroma navodila, ki zadevajo več strokovnih področij ali pomenijo poseg v profesionalne standarde, se tako priporočilo oziroma navodilo predhodno uskladi

na Zdravstvenem svetu. Na tem usklajevanju obvezno sodelujejo predsedniki vseh prizadetih razširjenih strokovnih kolegijev.

V primeru, da se pojavijo v zvezi s priporočili oziroma obveznimi strokovnimi navodili kakršnekoli strokovne pripombe, o njih odloča Zdravstveni svet, ki pridobi poprej ustrezna strokovna mnenja.

Obvezna navodila in priporočila ministrstvo objavi v Informativnem biltenu in o njih obvesti tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

7. člen

Razširjeni strokovni kolegij lahko ustanovi posebne stalne ali občasne strokovne skupine, na katere lahko prenese del svojih nalog. Sklepe takih strokovnih skupin mora potrditi razširjeni strokovni kolegij, ki jih je imenoval.

Strokovno skupino lahko skupaj imenujeta dva ali več razširjenih strokovnih kolegijev, če je to potrebno zaradi sodelovanja med različnimi medicinskimi strokami.

8. člen

Sredstva za delovanje razširjenega strokovnega kolegija določi ministrstvo na podlagi letnega programa dela, ki ga predložijo razširjeni strokovni kolegiji, in sicer v okviru finančnih sredstev, predvidenih za ta namen.

9. člen

Ta pravilnik začne veljati z dnem izdaje.

Številka: 501-5/92

Doc. dr. Božidar Voljč

Datum: 2. 9. 1992

minister

SESTAVA RAZŠIRJENIH STROKOVNIH KOLEGIJEV

Razširjeni strokovni kolegij internističnih strok

Predsednik:

prof. dr. Dušan Keber, dr. med.

Člani:

Andrej Bručan, dr. med.

doc. dr. Peter Černelč, dr. med.

prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med.

doc. dr. Ivan Kranjc, dr. med.

prof. dr. Igor Križman, dr. med.

asist. dr. Radoslav Kveder, dr. med.

Martin Možina, dr. med.

prof. dr. Ema Mivšek-Mušič, dr. med.

prof. dr. Peter Rakovec, dr. med.

prof. dr. Blaž Rozman, dr. med.

Anton Seljak, dr. med.

prof. dr. Jurij Šorli, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za infektologijo

Predsednica:

prof. dr. Alenka Radšel-Medvešček, dr. med.

Člani:

dr. Jože Bedernjak, dr. med.

doc. dr. Milan Čižman, dr. med.

prof. dr. Ana Zlata Dragaš, dr. med.

asist. dr. Ludvik Vidmar, dr. med.

doc. dr. Gorazd Lešničar, dr. med.

prof. dr. Marica Marolt-Gomišček, dr. med.

doc. dr. Franjo Pikelj, dr. med.

prim. Dunja Piškur-Kosmač, dr. med.

doc. dr. Franc Strle, dr. med.

dr. Ludvik Hajdinjak, dr. med.

dr. Tatjana Zafret, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij kirurških strok

Predsednik:

akad. prof. dr. Vinko Dolenc, dr. med.

Člani:

prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.
 mag. Miroslav Batišta, dr. med.
 prof. dr. Jolanda Jezernik-Leskoveš, dr. med.
 prim. Vasja Klavara, dr. med.
 prim. Janez Kokalj, dr. med.
 dr. Leopold Morela, dr. med.
 prof. dr. Janez Orel, dr. med.
 prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.
 prof. dr. Janez Prinčič, dr. med.
 prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij nevroloških strok

Predsednik:

prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.

Člani:

dr. Željko Bošnjak, dr. med.
 doc. dr. Miro Denišlič, dr. med.
 prof. dr. Milan Gregorič, dr. med.
 prof. dr. Martin Janko, dr. med.
 dr. Edmund Kovačič, dr. med.
 prim. Zvone Lamovec, dr. med.
 asist. dr. Anton Mesec, dr. med.
 asist. dr. Tomaž Pogačnik, dr. med.
 dr. Jelka Repič, dr. med.
 prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
 dr. Matija Umek, dr. med.
 dr. Franc Vajd, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za pediatrijo

Predsednik:

prof. dr. Marjan Prodan, dr. med.

Člani:

Jožica Anžič, dr. med.
 Urška Arko, dr. med.
 mag. Borut Bratanič, dr. med.
 doc. dr. Alojz Gregorič, dr. med.
 asist. Iztok Jakša, dr. med.
 prim. Kurt Kancler, dr. med.
 Dana Košiček, dr. med.
 doc. dr. Ciril Kržišnik, dr. med.
 asist. Marjana Kuhar, dr. med.
 asist. mag. Janez Primožič, dr. med.
 asist. Igor Ravnik, dr. med.
 doc. dr. Milan Štrukelj, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in perinatologijo

Predsednica:

prof. dr. Lidija Andolšek-Jeras, dr. med.

Člani:

doc. dr. Borut Gorišek, dr. med.
 prof. dr. Božo Kralj, dr. med.
 prof. dr. Marko Lavrič, dr. med.

prof. dr. Helena Meden-Vrtovec, dr. med.
 doc. dr. Živa Novak-Antolič, dr. med.
 mag. Dunja Obersnel, dr. med.
 prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med.
 dr. Slavko Peterlin, dr. med.
 prof. dr. Stello Rakar, dr. med.
 dr. Anton, Šijanec, dr. med.
 doc. dr. Tomaž Tomaževič, dr. med.
 dr. Marko Vilhar, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za ortopedijo

Predsednik:

prof. dr. Srečko Herman, dr. med.

Člani:

dr. Boštjan Baebler, dr. med.
 prim. Marjana Čuček-Plesničar, dr. med.
 prof. dr. Fedor Pečak, dr. med.
 dr. Vasja Pišot, dr. med.
 dr. Albin Plahuta, dr. med.
 prof. dr. Janko Popovič, dr. med.
 dr. Miljan Senčar, dr. med.
 prof. dr. Franc Srakar, dr. med.
 prof. dr. Martin Štefančič, dr. med.
 dr. Vilibald Vengust, dr. med.
 prim. France Vrevc, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za otorinolaringologijo

Predsednik:

prof. dr. Miha Žargi, dr. med.

Člani:

asist. Anton Gros, dr. med.
 Anton Munda, dr. med.
 asist. Jernej Podboj, dr. med.
 Boris Povhe, dr. med.
 prof. dr. Zora Radšel, dr. med.
 doc. dr. Lojze Šmid, dr. med.
 Branko Uršič, dr. med.
 prim. Janez Zupančič, dr. med.
 doc. dr. Avgust Župavc, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo

Predsednik:

prim. Jože Darovec, dr. med.

Člani:

dr. Maks Bergant, dr. med.
 dr. Jože Felc, dr. med.
 dr. Daniel Lajlar, dr. med.
 prof. dr. Jože Lokar, dr. med.
 doc. dr. Miklavž Petelin, dr. med.
 mag. Marijan Pregelj, dr. med.
 dr. Janez Romih, dr. med.
 mag. Srečko Vogrin, dr. med.
 doc. dr. Slavko Zihlerl, dr. med.
 prof. dr. Martina Žmuc-Tomori, dr. med.
 doc. dr. Vukosav Žvan, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za okulistiko**Predsednik:**

doc. dr. Gorazd Kolar, dr. med.

Člani:

asist., spec. ak. st. Irena Brovet-Zupančič, dr. med.
 Peter Dovšak, dr. med.
 prim. Bojan Gračner, dr. med.
 mag. Primož Logar, dr. med.
 Vesna Morela, dr. med.
 Bogomir Oblak, dr. med.
 Franc Šalamon, dr. med.
 mag. Branka Stirn-Kranjc, dr. med.
 Alenka Trček, dr. med.
 asist., spec. ak. st., dr. Jože Videnšek, dr. med.
 Janez Vrhovec, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za onkologijo**Predsednik:**

prof. dr. Franc Lukič, dr. med.

Člani:

prof. dr. Rastko Golouh, dr. med.
 prof. dr. Stojan Plesničar, dr. med.
 mag. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.
 prof. dr. Stane Repše, dr. med.
 doc. dr. Jurij Lindtner, dr. med.
 doc. dr. Lojze Šmid, dr. med.
 prof. dr. Jurij Šorli, dr. med.
 prof. dr. Marija Auersperg, dr. med.
 prim. doc. Borut Gorišek, dr. med.
 prim. dr. Vasja Klavora, dr. med.
 dr. Leopold Morela, dr. med.
 dr. Jože Avžner, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za dermatologijo**Predsednik:**

prof. dr. Marko Lunder, dr. med.

Člani:

dr. Milan Adamčič, dr. med.
 spec. akad. st., dr. Jože Arzenšek, dr. med.
 Ida Prelog, dr. med.
 asist. dr. Milena Kocijančič, dr. med.
 prof. dr. Majda Lunder, dr. med.
 dr. Marta Penko, dr. med.
 prof. dr. Ivan Planinšič, dr. med.
 dr. Gustav Weilguny, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za stomatologijo**Predsednik:**

prof. dr. Vito Vrbič, dr. stom.

Člani:

prof. dr. Mitja Bartenjev, dr. stom.
 Anton Camplin, dr. stom.
 prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom.
 doc. dr. Dušan Grošelj, dr. stom.

prim. Danica Homan, dr. stom.
 asist., spec. akad. st. Janez Leskovec, dr. stom.
 prof. dr. Ivo Pavšič, dr. stom.
 doc. dr. Marjan Premik, dr. stom.
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom.
 prof. dr. Uroš Skalerič, dr. stom.
 prim. Aleksander Sterger, dr. stom.
 prof. dr. Vinko Vidmar, dr. stom.

Razširjeni strokovni kolegij za transplantacijo**Predsednica:**

prim. Jasna Vončina, dr. med.

Člani:

prof. dr. Mateja Bohinjec, dr. med.
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med.
 dr. Vojko Flis, dr. med.
 asist. dr. Tone Gabrijelčič, dr. med.
 prof. dr. Ljerka Glonar, dr. med.
 doc. dr. Aljoša Kandus, dr. med.
 dr. Vesna Morela, dr. med.
 prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.
 dr. Jože Pretnar, dr. med.
 prof. dr. Lučka Toš, dr. med.
 prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
 prim. Franc Vrevec, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za anesteziologijo in reanimatologijo**Predsednica:**

prof. dr. Lučka Toš, dr. med.

Člani:

Lučka Baraga, dr. med.
 doc. dr. Vesna Eržen, dr. med.
 prim. Marija Godec, dr. med.
 prof. dr. Aleksander Manohin, dr. med.
 Ljudmila Jeras, dr. med.
 mag. Marija Korošec, dr. med.
 dr. Borjana Kremžar, dr. med.
 Damjan Polh, dr. med.
 prim. Vika Rus-Vaupot, dr. med.
 prim. Jasna Vončina, dr. med.
 Zoran Zabavnik, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za intenzivno in urgentno medicino**Predsednik:**

prof. dr. Matija Horvat, dr. med.

Člani:

dr. Zvonko Borovšak, dr. med.
 asist. Andrej Bručan, dr. med.
 doc. dr. Meta Derganc, dr. med.
 dr. Tomislava Hribar-Habinc, dr. med.
 dr. Borjana Kremžar, dr. med.
 asist. mag. Janez Primožič, dr. med.
 dr. Borut Kamernik, dr. med.
 doc. dr. Primož Rode, dr. med.

prof. dr. Lučka Toš, dr. med.
dr. Gorazd Voga, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za radiologijo

Predsednik:

doc. dr. Vladimir Jevtič, dr. med.

Člani:

Gino Bronko, dr. med.
Bogomir Celcer, dr. med.
Blaženka Čuček-Rubin, dr. med.
Nada Durič, dr. med.
Sead Galijaš, dr. med.
Vito Istinič, dr. med.
Mirko Janačkovič, dr. med.
Breda Jančar, dr. med.
Jože Kocijančič, dr. med.
Marija Kolenc, dr. med.
Edvard Mikelj, dr. med.
doc. dr. Dušan Pavčnik, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za laboratorijsko diagnostiko

Predsednik:

prof. dr. Borut Drinovec, dipl. biol.

Člani:

prof. dr. Ana Zlata Dragaš, dr. med.
doc. dr. Marjan Gros, dipl. ing. kem.
prof. dr. Vladimir Kotnik, dr. med.
Jana Kralj, dipl. ing. farm.
Alenka Kržišnik, dipl. ing. farm.
prof. dr. Miha Likar, dr. med., dipl. biol.
dr. Jana Lukač-Bajalo, dipl. ing. kem.
doc. dr. Janko Malešič, dipl. ing. farm.
mag. Dušan Novak, dipl. biol.
prof. dr. Alenka Radšel-Medvešček, dr. med.
dr. Ivan Vrhovec, dipl. ing. kem.
asist. dr. Majda Zorec-Karlovšek, dipl. ing. kem.

Razširjeni strokovni kolegij za splošno medicino

Predsednik:

asist. mag. Igor Švab, dr. med.

Člani:

Janko Čakš, dr. med.
mag. Anton Gradišek, dr. med.
doc. dr. Blaž Mlačak, dr. med.
mag. Eva Kosta, dr. med.
mag. Tone Košir, dr. med.
prim. Bojan Lovše, dr. med.
Maja Natek, dr. med.
mag. Jurij Pesjak, dr. med.
Peter Rus, dr. med.
mag. Franc Urlep, dr. med.
doc. dr. Božidar Voljč, dr. med.
dr. Dimitrij Zrimšek, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za varovanje zdravja

Predsednica:

prim. Dunja Piškur-Kosmač, dr. med.

Člani:

prof. dr. Štefan Adamič, dr. med.
mag. Franc Bohinc, dipl. oec.
mag. Ivan Eržen, dr. med.
mag. Nataša Klun, dipl. vet.
mag. Alenka Kraigher, dr. med.
dr. Mateja Kožuh-Novak, dr. med.
prim. Metka Macarol-Hiti, dr. med.
prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med.
doc. dr. Marjan Premik, dr. stom.
Eva Strgar, dipl. psih.
asist. mag. Jože Šamu, dr. med.
prim. Marija Vodnjov, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego

Predsednica:

Ladi Škerbinek, v. m. s., prof. pedagog.

Članice:

Majda Ban, v. m. s., dipl. org. dela v zdrav.
Marica Bohinc, dipl. ord. dela v zdrav.
Slavica Naumov, v. m. s.
Ela Okršlar, v. m. s.
Frida Roblek, v. m. s., prof. psihol.
Antonija Sedonja, v. m. s., dipl. sociolog
Olga Šuštaršič, dipl. ord. dela v zdrav.
Marija Švajncer, dipl. ord. dela v zdrav.
Anka Terceglav, v. m. s.
Marjeta Tomažin, v. m. s.
Silva Vuga, v. m. s., dipl. ord. dela v zdrav.
Majda Zorec, v. m. s.

Razširjeni strokovni kolegij za fizikalno medicino in rehabilitacijo

Predsednica:

prim. dr. Ruža Aćimović-Janežič, dr. med.

Člani:

Andreja Fatur-Videtič, dr. med.
prof. dr. Anton Franovič, dr. med.
dr. Ivan Florjančič, dr. med.
dr. Marija Gažič, dr. med.
dr. Silvester Kralj, dr. med.
dr. Karl Lipovec, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
prof. dr. Fedor Pečak, dr. med.
doc. dr. Tomaž Pogačnik, dr. med.
prof. dr. Martin Štefančič, dr. med.
prim. mag. Zmago Turk, dr. med.
dr. Janez Zajc, dr. med.

Razširjeni strokovni kolegij za patologijo in sodno medicino

Predsednik:

prof. dr. Andrej Mašera, dr. med.

Člani:

doc. dr. Anton Cerar, dr. med.
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med.
 doc. dr. Vera Ferlan-Marolt, dr. med.
 prof. dr. Nina Gale, dr. med.

prof. dr. Rastko Golouh, dr. med.
 prof. dr. Albert Juteršek, dr. med.
 doc. dr. Jože Lovšin, dr. med.
 dr. Franc Rogelj, dr. med.
 doc. dr. Tomaž Rott, dr. med.
 asist. Borut Štefanič, dr. med.

Na podlagi sklepa o sestavi in načinu dela Sveta za zdravje Republike Slovenije (Uradni list Republike Slovenije, št. 53/92) in 271. člena zakona o sistemu državne uprave in o Izvršnem svetu Skupščine SR Slovenije ter o republiških upravnih organih (Uradni list SRS, št. 24/79, 12/82, 39/85, 37/87 in 18/88) je Vlada Republike Slovenije na 37. seji 22. decembra 1992

ODLOČILA:

V Svet za zdravje Republike Slovenije so imenovani:
 za člane:

- prof. dr. Štefan Adamič, predstojnik Inštituta za medicinsko bioinformatiko;
- prof. dr. Boštjan Anko, izredni profesor na Biotehniški fakulteti Univerze v Ljubljani;

- mag. Anjuta Bubnov-Škoberne, Inštitut za delo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani;
- prof. dr. Manca Košir, docentka na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani;
- doc. dr. Stanka Kukar, Inštitut za ekonomske raziskave;
- dr. Matej Lipovšek, Splošna bolnišnica Maribor;
- Janez Menart, pesnik;
- Franci Pivec, tajnik Univerze v Mariboru;
- mag. Metka Špes, Inštitut za geografijo;
- Boris Šuštaršič, predsednik Društva mišično obolelih;
- Julka Vahen, novinarka na Radiu Slovenija;
- prof. dr. Rafko Valenčič, duhovnik;
- prof. dr. Martina Žmuc-Tomori, predstojnica katedre za psihiatrijo na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani.

Člani Sveta izvolijo predsednika na prvi seji, ki jo skliče predsednik Vlade Republike Slovenije.

Številka: 021-05/92-25/3-8
 Ljubljana, 22. decembra 1992

Mirko Bandelj
 generalni sekretar

Na podlagi tretjega odstavka 73. člena zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/92) izdaja minister za zdravstvo

PRAVILNIK

O PODELJEVANJU NAZIVA PRIMARIJ

1. člen

Ta pravilnik ureja pogoje, ki jih mora izpolnjevati zdravnik ali zobozdravnik (v nadaljnjem besedilu: kandidat), sestavo komisije in postopek za podelitev naziva primarij.

2. člen

Naziv primarij se podeli kandidatu, ki izpolnjuje pogoje, predpisane z zakonom o zdravstveni dejavnosti in s tem pravilnikom, po postopku, ki ga predpisuje ta pravilnik.

3. člen

Kandidat mora za pridobitev naziva primarij poleg pogojev, ki jih določa zakon, izpolnjevati še naslednje pogoje:

- vsaj 15 let dela na področju zdravstvenega varstva;
- vsaj 4 leta dela kot predstojnik organizacijske enote zdravstvenega zavoda oziroma najmanj 10 let uspešnega strokovnega, organizacijskega in razvojnega dela na področju zdravstvenega varstva;

- izkazani uspehi na področju vzgoje za zdravje prebivalstva;
- izkazani uspehi na področju mentorstva;
- najmanj 10 prispevkov s strokovno, organizacijsko ali drugo vsebino s področja zdravstvenega varstva, objavljenih v strokovnih in drugih revijah in publikacijah v Sloveniji ali tujini;
- izkazana aktivna udeležba na kongresih, simpozijih, posvetovanjih, tečajih v Sloveniji ali tujini;
- aktivnosti v Zdravniški zbornici Slovenije oziroma v Slovenskem zdravniškem društvu.

4. člen

Minister za zdravstvo imenuje komisijo za podelitev naziva primarij (v nadaljnjem besedilu: komisija). Komisija ima predsednika in 6 članov ter vsak od njih svojega namestnika. Komisijo sestavljajo predstavniki Ministrstva za zdravstvo (1), Zdravniške zbornice Slovenije (2), Slovenskega zdravniškega društva (2), Medicinske fakultete (1) in Zdravstvenega sveta (1).

5. člen

Predsednik in člani komisije ter namestniki so imenovani z odločbo za dobo 4 let.

Komisija ima sedež pri Ministrstvu za zdravstvo.

Komisija dela po poslovniku, ki ga sprejme v soglasju z ministrom za zdravstvo.

6. člen

Predlog za podelitev naziva primarij (v nadaljnjem besedilu: predlog) komisiji lahko predloži:

- kandidat sam,
- strokovni kolegij zdravstvenega zavoda,
- Zdravniška zbornica Slovenije,
- Slovensko zdravniško društvo.

Predloge je možno posredovati komisiji skozi vse leto, najkasneje do 31. decembra za podelitev v prihodnjem letu.

7. člen

Predlog mora vsebovati:

- biografijo kandidata s poudarkom na strokovni biografiji;
- objavljena strokovna dela, predstavljena po pravilih o citiranju člankov, objavljenih v Zdravniškem vestniku;
- mnenje pristojnega strokovnega kolegija zdravstvenega zavoda, v katerem je kandidat zaposlen, oziroma kjer je bil zaposlen pred prekinitvijo delovnega razmerja (upokojitvev, vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev itd.);
- mnenje Zdravniške zbornice Slovenije oziroma Slovenskega zdravniškega društva.

8. člen

Mnenje strokovnega kolegija zdravstvenega zavoda mora vsebovati obrazložitev:

- v čem je kandidat prispeval k napredku zdravstvenega varstva;
- v čem je kandidatov prispevek na strokovno organizacijskem oziroma razvojnem področju;
- v kakšnih vsebinah in oblikah izobraževanja in vzgoje za zdravje je bil kandidat aktiven in kje;

- obseg mentorskega dela, ki ga je opravljal;
- druge podatke, ki so pomembni za oceno strokovnega dela kandidata.

9. člen

Mnenje Zdravniške zbornice Slovenije oziroma Slovenskega zdravniškega društva mora vsebovati predvsem podatke o kandidatu strokovnosti in njegovem prispevku pri zagotavljanju strokovne in moralno-etične ravni zdravniškega poklica.

10. člen

Komisija svoja stališča predloži v odločitev ministru za zdravstvo.

11. člen

Nazive primarij podeli minister za zdravstvo enkrat letno, praviloma ob svetovnem dnevu zdravja.

12. člen

Ne glede na rok iz drugega odstavka 6. člena tega pravilnika se predlogi za podelitev naziva primarij v letu 1993 lahko predložijo najkasneje do konca meseca februarja.

13. člen

Z uveljavitvijo tega pravilnika preneha veljati Pravilnik o podeljevanju naziva primarij (Ur. l. SRS, št. 36/86).

14. člen

Ta pravilnik začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Številka: 903/93

Ljubljana, dne 26. januarja 1993

Dr. Božidar Voljč
minister za zdravstvo

Poslovodni odbor Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč je na svoji seji 1. 12. 1992 sklenil, da vsa zdravilišča (članice SSNZ) s 1. 1. 1993 priznavajo zdravnikom, članom Slovenskega zdravniškega društva, ki se izkažejo s člansko izkaznico, popust na vse zdravstvene storitve v zdravilišču.

Poleg tega ostane v veljavi dogovor, da lahko vsi člani SZD v zdraviliščih brezplačno koristijo balneološke storitve.

VI. MEDNARODNI SIMPOZIJ O MUČENIH KOT IZZIV ZA MEDICINSKE IN DRUGE ZDRAVSTVENE POKLICE bo v Buenos Airesu, Argentina od 20.–22. oktobra 1993.

Zainteresirani naj pošljejo izvlečke morebitnih prispevkov do 31. 5. 1993 na naslov:

Professor Erik Holst, Executive Vice President, International Rehabilitation, Council for Torture Victims, IRCT, Juliane Maries Vej 34, P.O. Box 2672, DK-2100 Copenhagen 0, Denmark

Preliminarni strokovni program **30. tečaja kirurgije za zdravnike splošne medicine**, Ljubljana:

1. Abdominalna kirurgija, skupni cilji splošnih kirurgov. Moderator prof. dr. Vladislav Pegan
2. Antibiotiki pri kirurških boleznih – uporaba v bolnišnici in splošni praksi. Moderator prof. dr. Slavko Rakovec
3. Zdravljenje in nega operativne in travmatske rane v bolnišnici in po odpustu iz bolnišnice. Moderator as. dr. Radovan Cvetko

III. KOGOJEVI DNEVI

V PREDAVALNICAH KC

PROGRAM

Ljubljana, 27. in 28. maja 1993

ORGANIZACIJSKI ODBOR:

Predsednik: M. Lunder
 Blagajnik: M. Potočnik
 Člani: Majda Lunder
 Milena Kocijančič
 Milena Kristan
 I. Bartenjev

Četrtek, 27. maj 1993

15.30–19.00 **LOKALNO ZDRAVLJENJE KOŽNIH BOLEZNI**

Moderator: prof. dr. Majda Lunder

M. Lunder
 Uvodne besede k III. Kogojevim dnevom
J. Fettich
 Osnovni principi lokalne dermatološke terapije
Jelka Šmid-Korbar
 Dermalni zdravilni pripravki
Majda Lunder
 Specifična lokalna dermatoterapevtska sredstva
Ranka Popović
 Stranski učinki lokalne dermatološke terapije
Karolina Turk
 Napake pri predpisovanju lokalnih dermatikov v magistralni recepturi

Diskusija

Odmor 30 minut

M. Lunder, T. Lunder
 Iatrogeni ekcem
D. Grošelj, Jelka Šmid-Korbar, Julijana Kristl
 Lokalno zdravljenje bolezni na ustni sluznici
B. Fakin
 Sodobno lokalno zdravljenje golenje razjede
Božana Podrumac, Vlasta Dragoš
 Lokalno zdravljenje s kortikosteroidi v otroški dobi
Jožica Kotnik
 Lokalno zdravljenje gliivičnih infekcij kože
Marija Skorin, Lidija Pustai
 Lokalno zdravljenje aken in rosacea

Petek, 28. maj 1993

8.00–11.30 **SPLOŠNO ZDRAVLJENJE KOŽNIH BOLEZNI**

Moderator: prof. dr. Marko Lunder

Metka Budihna
 Interakcije z zdravili, ki se uporabljajo pri zdravljenju kožnih bolezni
C. Kržišnik, T. Battelino
 Načela kortikosteroidnega zdravljenja pri otrocih in mladostnikih
M. Čižman, Marija Gubina, J. Jazbec
 Racionalna uporaba antibiotikov pri majhnem otroku
J. Baričević
 Principi zdravljenja kronične venske insuficience
Milena Kristan
 Sodobno zdravljenje zostra
Marta Penko
 Indikacije, kontraindikacije in zapleti pri zdravljenju varic s sklerozacijo

Diskusija

Odmor 30 minut

Milena Kocijančič
 Zdravljenje hujših oblik aken s 13-cis-retinoično kislino
J. Arzenšek
 Ciklosporini v zdravljenju psoriaze
Alenka Pejovnik-Pustinek, Silva Šturbej
 Zdravljenje zgodnjih kožnih oblik Lymške borelioze
M. Potočnik
 Medikamentozni eksantemi
Anica Smrkolj
 Sodobno zdravljenje gonoreje
Nataša Golob, Amalija Hribernik
 Dermatitis perioralis – terapevtski problem
Marjeta Gutnik
 Uporaba klindamicina v dermatologiji

Petek, 28. maj 1993

13.30–17.00 **NOVEJŠE OBLIKE FIZIKALNEGA ZDRAVLJENJA KOŽNIH BOLEZNI**

Moderator: asist. dr. Milena Kocijančič

I. Planinšič

Pregled fizikalnih načinov zdravljenja kožnih bolezni

Z. Arnež

Kirurške možnosti zdravljenja kožnih bolezni in njihovih posledic

A. Tomažič

Ortopedska korekcija posledic psoriatičnega artritisa

D. Rems, S. Blažič

Sistemska fotokemoterapija in njene posledice

Diskusija

Odmor 30 minut

B. Kralj

Možnosti fizikalnega zdravljenja golenje razjede

G. Weilguny

Ali obstajajo možnosti klimatskega zdravljenja dermatoloških bolnikov v R Sloveniji

Ida Prelog, Nežka Bezjak

Fizikalno zdravljenje aken in akneiformnih dermatoz

I. Bartenjev

Laser v zdravljenju kožnih bolezni

Diskusija

Informacije in prijave

Tajništvo dermatološke klinike

Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Tel. tajništva: 061/312-559, ga. Jeruc

Kotizacijo 9000 SIT, ki vsebuje tudi bon za kosilo v KC, nakazati na žiro račun: Dermatovenerološka sekcija SZD, št. 50101-678-71388 Ljubljana, z oznako III. Kogojevi dnevi.

Vsak udeleženec dobi tiskan zbornik predavanj in extenso.

Pisarna strokovnega sestanka bo v avli KC oba dneva 1 uro pred pričetkom.

Tudi takrat so možna vplačila.**PRELIMINARNI PROGRAM**
**I. SIMPOZIJA SLOVENSKE LIGE PROTI EPILEPSIJI
Z MEDNARODNO UDELEŽBO 24. in 25. SEPTEMBRA
1993 CANKARJEV DOM LJUBLJANA**

Pod pokroviteljstvom

Ministrstva za zdravstvo Republike Slovenije**Svetovne zdravstvene organizacije****Delovne skupnosti Alpe Jadran**

1. Otvoritev in pozdravi
2. Mesto epileptologije v sodobni medicini (Meinardi, Heemstede)
3. – Od lezije do epilepsije (Chauvel, Rennes; Dolenc, Ljubljana)
 - Nevrokirurško zdravljenje epilepsij (Binnie, London; Polkey, London; Jones-Gotman, Montreal; Andermanni, Montreal; Dulac, Pariz)
 - Problematika kirurškega zdravljenja epilepsij v Srednji in Vzhodni Evropi (diskutanti iz Slovenije, Hrvaške, Italije, Avstrije, Madžarske, Češke, Poljske, Izraela)

Organizacija: Dolenc, Ravnik

* * *

4. Okrogla miza: Epilepsije in vožnja motornih vozil (Sonnen, Breda)

Organizacija: Grošelj

5. Novosti v diagnostiki in terapiji (Reynolds, London; Hosking, London; Kasteleijn, Heemstede; Sackellares, Michigan; Perret, Paris; Bittencourt, Curitiba)

Organizacija: Ravnik

6. Okrogla miza: Epilepsija v osnovnem zdravstvu

Organizacija: Čebular, Vajd

7. Proste teme

Organizacija: Butinar

* * *

Celodnevni spored za bolnike starše, prijatelje in prostovoljce

Srečanje skupin za samopomoč (Ojo)

Forum bolnikov (Vrba)

Video delavnica (Jekovec)

Izobraževanje o epilepsiji z videom (Renner)

* * *

Bogat družabni program

PRIJAVNICA

Prosim, da mi nadaljnja obvestila o PRVEM SIMPOZIJU SLOVENSKE LIGE PROTI EPILEPSIJI pošljete na naslov:

Ga/g.: priimek in ime

Naslov:

Tel./Faks:

Datum: Podpis:

* * *

Prijavnice pošljite na naslov:

DR. ZVONKA RENER PRIMEC
CENTER ZA EPILEPSIJE OTROK IN MLADOSTNIKOV
61000 LJUBLJANA
VRAZOV TRG 1

OBVESTILA

Sekcije za akupunkturo in tradicionalno medicino SZD

1. POROČILO PREDSEDNIKA za l. 1992

Spoštovane kolegice in kolegi,

V veselje mi je sporočiti vam o uspešnem zaključku leta 1992. V lanskem letu smo zabeležili naslednje aktivnosti:

1. Organizacijo in izpeljavo prvega popolnega slovenskega tečaja AKP-TKM
 2. Polnopravno včlanjenje v WFAS (World Federation of Acupuncture Societies) – julija 92 v Beijingu, proglasitev predvidevamo na redni triletni skupščini WFAS v Tokiu 1993.
 3. Polnopravno včlanjenje v ICMART (International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques) – junija letos na kongresu v Budimpešti.
 4. Vzpostavitev samostojnega sodelovanja z Akademijo za tradicionalno Kitajsko Medicino v Beijingu (prej smo kontaktirali preko Beograda) in izmenjavo strokovnjakov s tem inštitutom.
 6. Začetek vključevanja naše stroke v redno dejavnost Medicinske fakultete (štiri ure predavanj v okviru drugega semestra podiplomskega študija socialne medicine, ki je obvezen tudi za specializante iz splošne medicine).
 7. Zabeležili smo tudi strokovno aktivnost svojih članov (Članki in domači strokovni literaturi, aktivne udeležbe na mednarodnih kongresih ter nekaj poljudnih člankov o naši panogi medicine).
 8. V okviru rednega zbora Sekcije smo izpeljali dve strokovni predavanji (spomladi: Akupunktura po Voltu – dr. Perkovič R. in jeseni: Prehrana v tradicionalni kitajski medicini – prof. D. Pokorn)
- Z vsem tem lahko rečem, da smo bili tudi ena izmed najbolj aktivnih sekcij Slovenskega zdravniškega društva. Upam, da bo tudi v prihodnje tako.
- dr. Jadviga Hajevska – Kosi

2. POLOŽAJ AKUPUNKTURE V SLOVENJI DANES

Od lani deluje v naši državi med drugimi tudi telo za akupunkturo, ki je nastalo na našo pobudo in ki se imenuje »Stalna strokovna skupina za akupunkturo« pri Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravstvo. Skupina deluje v okviru Razširjenega strokovnega kolegija za fizioterijo in ima v skladu z zakonom o zdravstvenem varstvu vsa zakonska strokovnaopolnomočja s področja akupunkturo.

Stalna strokovna skupina za AKP si je v skladu z zakonom o zdravstveni dejavnosti zadala kot prvo nalogo oblikovati podzakonski akt o akupunkturni dejavnosti. Ta akt je za strokovno izvajanje akupunkturo nujen in zato je že v strokovni obravnavi, pri čemer sodelujejo:

1. Zdravstveni svet R Slovenije, Ministrstvo za zdravstvo
 2. Slovenska zdravniška zbornica
 3. Slovensko zdravniško društvo – Sekcija za akupunkturo in TM
 4. Medicinska fakulteta – Katedra za socialno medicino, medicino dela in higieno
 5. Zavod za zdravstveno zavarovanje
- Predvidevamo, da bo akt temeljil na naslednjih zakonskih določilih oz. predpisih:

1. Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.
2. Zakonu o zdravstveni dejavnosti
3. Pravilniku o higienskih predpisih
4. Pravilniku o RSK-jih
5. Pravilniku Zdravniške zbornice Slovenije o specializacijah, o izobraževanju in stalnem izobraževanju
6. Kodeksu zdravniške etike (Slovensko zdravniško društvo)

Ta pravilnik urejuje naslednje temeljne probleme akupunkturo pri nas:

1. Definira osnovne pojme s področja AKP
 2. Določa obsege in načine drugih metod terapije, ki jih uporablja akupunkturologija
 3. Določa mesto akupunkturo v zdravstvu in opredeli pooblaščenice organe in institucije
 4. Opredeli pogoje, potrebne za opravljanje AKP-ne dejavnosti
 5. Določa obseg potrebne izobrazbe, način izobraževanja, verifikacije znanja in nostrifikacije tujih diplom in potrebne praktične izkušnje in določi telesa, odgovorna za vodenje teh dejavnosti
 6. Utemelji nacionalno licenco iz AKP, njeno obnavljanje in kontinuirano edukacijo
 7. Ureja samostojno in dopolnilno akupunkturno dejavnost
 8. Ureja status plačevanja AKP-nih storitev in odnose z zavarovalništvom
 9. Določa splošne predpise, higienske predpise in predpise o obvezni dokumentaciji v akupunkturni dejavnosti
 10. Določa kadrovske predpise za opravljanje AKP-nih storitev
 11. Na podlagi zgornjih členov postavlja osnovno doktrino akupunkturologije
 12. Predvideva disciplinske kršitve in ustrezajoče disciplinske ukrepe
- Upamo, da bo pravilnik čimprej stopil v veljavo in omogočil, da bo polje akupunkturo pravno-legalno urejeno na solidnem evropskem nivoju.

3. PROGRAM MEDNARODNIH KONGRESOV

V letošnjem letu so razpisani naslednji večji mednarodni kongresi in simpoziji, ki jih organizirajo mednarodne organizacije za akupunkturo:

1.–3. Maj 1993:

City of Bath, Velika Britanija. ICMART 93: »Scientific advances in Acupuncture«. Organizator. British Medical Acupuncture Society, Newton House, Newton Lane, Lower Whitley, WARRINGTON, Cheshire, UK. Zaželeni so raziskovalni prispevki. Vabljeni predavatelji: J. Bischof, P. Baldry, J. Gleditch, Felix Mann, T. Yamamoto, F. Beyens itd. Tel. in Fax: niso navedeni v prospektu

22.–24. November 1993:

Int. Symp. on: »From Auriculotherapy to Auricular Medicine« (ob 40-letnici odkritij dr. Nogiera). Kraj: King Salomons Palace Hotel, Eilat on the Red Sea, Izrael. Organizator: Israel Society of the Auricular Medicine and Acupuncture – član ICMART. Zaželeni posterji, predavanja. Vabljeni predavatelji: P. F. Nogier, V. Inyushin, J. N. Kenyon, S. Leib, S. Obolensky, G. Wiebicke. Telefon: 972-3-865616, 972-57-37030, Fax: 972-57-37030, 972-3-5285298

20.–23. November 1993

The Third World Conference on Acupuncture. WFAS in WCA. Kyoto, Japonska. Svetovni kongres. Korespondenca in prijave: The third World Kongres on Acupuncture, c/o JTB Communications, New Kyoto Center Bldg. 5F, Shiokoji, Shinmachi, Shimogyo-ku, Kyoto 600, Japan. Tel. 81-75-341-1618 Fax: 81-75-341-1917.

Za sprejete in potrjene aktivne udeležbe na zgornjih kongresih predvidevamo delno pomoč Sekcije in Slovenskega zdravniškega društva. Podrobnejše informacije: Sekcija za akupunkturo in tradicionalno medicino SZD, Komenskega 5, tel. 323 469, ali SDOM, tel: 375867, Po-Sr-Pe 17–19h.

4. EVROPSKA LICENCA za AKP – ICMART – NAŠE SODELOVANJE

Združenje »International Council for Medical Acupuncture and Related Techniques« (ICMART) je dalo pobudo za formiranje evropske licence za akupunkturo. Evropsko licenco bo zdravnikom vseh dežel članic ICMARTA podeljevalo posebno telo na pobudo nacionalnih akupunkturnih asociacij članic tega združenja. Eno od njih je tudi naše akupunkturno združenje.

Pri oblikovanju meril in kriterijev za podelitev te mednarodne diplome je ICMART prošil za sodelovanje tudi slovensko Sekcijo za akupunkturo, tako da sedaj aktivno sodelujemo pri njenem oblikovanju. Merila in procedure bodo dokončno objavljene v letošnjem letu. Ker gre za mednarodno usklajevanje, je projekt seveda zahteven. To bo predvidoma tudi prva mednarodna priznana diploma za akupunkturo na področju Evrope.

Vse nadaljnje informacije: Sekcija za akupunkturo in tradicionalno medicino SZD, Komenskega 5, ali dr. F. Beyens, ICMART, Rue del Amazone 62, B-1050 Brussels.

5. OBVESTILO SEKRETARIATA SVETOVNE ZVEZE ZA AKUPUNKTURO – WFAS

V Sloveniji že dalj časa deluje firma Belladonna, ki se je priselila iz Bosne. V zvezi z njeno komercialno aktivnostjo smo opazili, da je za vzbujanje videza legitimnosti itd. vztrajno uporabljala nazive »WHO pooblaščenca« ali »pri WFAS, WHO« (WFAS – Svetovno združenje nacionalnih akupunkturnih asociacij). Ker je tudi izdajala potrdila take vrste in organizirala »svetovni kongres alternative«, ki pa se je ukvarjal v glavnem z akupunkturo, je Sekcija proti taki aktivnosti protestirala. Vendar kakšne večje podpore v javnosti nismo bili deležni.

Kasneje smo dobili tako od Svetovne zdravstvene organizacije kot od WFAS-a uradno znanje o kakršnikoli povezavi z Belladono. Na izrecno željo Sekretariata Svetovne zveze akupunkturnih društev (WFAS) objavljamo na naslednji strani tudi njihovo izjavo za javnost v celoti.

Na podlagi demantijev WHO-ja in WFAS-a je torej očitno, da je bilo izdajanje Belladone za »WFAS in WHO pooblaščenca« organizacijo ter navajanje, da so njeni papirji »veljavni v vseh članicah UN in EGS«, (kar je navajala ves čas svojega delovanja tako v Bosni kot v Sloveniji) – neresnično.

6. OBVESTILO O VOLILNEM OBČNEM ZBORU

Letos jeseni oz. pozimi moramo izpeljati redni občni zbor in izvoliti nove člane UO. Naprošamo vse člane, da pismeno posredujejo vse svoje konstruktivne predloge za delovanje Sekcije v bodoče, kot tudi predloge za nove člane, ki so pripravljene aktivno sodelovati v Sekciji. Dela je z večanjem članstva vse več in zato je dobrodošlo vaše dodatno angažiranje. Upamo, da vas tekoči problemi, kot je privatizacija itd. ne zaposlujejo v taki meri, da ne bi mogli sodelovati v stanovski aktivnosti. Pričakujemo torej vaše predloge in mnenja.

Upravni odbor Sekcije za AKP – TM

stanja. Poleg predavanj je bila na sestankih obravnavana še sprotne problematika dela sekcije, posredovane pa so bile tudi nekatere strokovne novosti.

Maja 1990 sta bila dva strokovna sestanka. Na prvem so predavatelji predstavili atipične pljučnice (B. Drinovec: Respiratorni virusi; H. Hren-Vencelj: Pljučnice, ki jih povzročajo klamidije in mikoplazme; F. Strle: Naše izkušnje z epidemijo vročice Q). Na drugem sestanku so bili predstavljeni laboratorijsko-diagnostični, klinični in epidemiološki vidiki okužb z rikacijami (vabljeni predavatelji J. Kazar: Epidemiologija rikecioz v Evropi; M. Morović: Klinika mediteranske vročice; S. Novaković: Diagnostika rikecioz; B. Dželalija: Seroepidemiologija rikecioz v severnodalmatinski regiji). Novembra 1990 je bil strokovni sestanek namenjen problematiki cistične fibroze (vabljeni predavatelji M. Štrukelj: Klinika in epidemiologija cistične fibroze v Sloveniji; R. Komel: Genetika cistične fibroze; J. Polanec-Černoša: Vloga bakterije *Pseudomonas aeruginosa* pri cistični fibrozi).

V letu 1991 je sekcija pripravila štiri strokovne sestanke. Na prvem sestanku v januarju je imela A. Z. Dragaš predavanje: Vpliv sredstev za umivanje in razkuževanje na bakterijsko floro na rokah kirurgov, M. Gubina pa predavanje: Pregled bakterijskih izolatov iz hemokultur v 22-letnem obdobju. Marca 1991 je strokovni sestanek natančneje osvetlil okužbe z bakterijo *Legionella pneumophila* (vabljeni predavatelji M. Kovačević: Epidemiologija legioneloz; E. Eberl-Gregorič: Laboratorijska diagnostika legioneloz; N. Klun: Legionele v okolju; M. Zorman-Terčelj, A. Rus: Naše izkušnje z legionelozo). Oktobra 1991 so predavatelji predstavili proti meticilinu rezistentne stafilokoke, ki povzročajo nevarne bolnišnične okužbe (vabljeni predavatelji A. Z. Dragaš: Uvodne misli; I. Muzlovič: Stafilokokne seapse; M. Mueller-Premru: Stafilokoki, rezistentni proti meticilinu; M. Škerl: Ukrepi ob pojavu stafilokokov, rezistentnih proti meticilinu v bolnišnici). Na sestanku v decembru 1991 so bila tri predavanja (M. Gubina in sod.: Pregled bakterijskih izolatov iz vzorcev likvorja in njihova občutljivost na antibiotike; M. Čižman: Terapija gnojnih meningitov; B. Beović: Prehod antibiotikov skozi hematoencefalno bariero).

V letu 1992 so bili v okviru rednih sestankov Sekcije za klinično mikrobiologijo obravnavani trije tematski sklopi. Na strokovnem sestanku v marcu so predavali M. Likar: Molekularni parazitizem – Retroviridae; M. Seljak, A. Kraigher: Prijavljanje hemoragične mrzlice z renalnim sindromom v Sloveniji; T. Avšič-Županc: Biologija povzročitelja hemoragične mrzlice z renalnim sindromom. Maja 1992 je bil strokovni sestanek namenjen problemu kriptosporidiaz (vabljeni predavatelji J. Logar: Biologija *Cryptosporidium*; A. Andlovic, J. Logar: *Cryptosporidium* in patogene črevesne bakterije kot povzročitelji diarealnih bolezni; M. Čižman: Klinika kriptosporidiaz pri otrocih). Končno je bil novembra 1992 strokovni sestanek, na katerem je bil govor o mikrobiologiji, klinični sliki in terapiji okužb z bakterijo *Clostridium difficile* (vabljeni predavatelji M. Gubina: *Clostridium difficile* in antibiotično zdravljenje; A. Andlovic, V. Golob: Izolacija in identifikacija bakterije *Clostridium difficile*; T. Lejko: Klinične izkušnje z bakterijo *Clostridium difficile*).

Na zadnjem sestanku sta G. Botta iz Italije in M. Gubina predstavila novo mednarodno strokovno revijo *Alpe Adria Microbiology Journal* (AAMJ). Namenjena je originalnim prispevkom iz področij mikrobiologije, imunologije, epidemiologije in infekcijskih bolezni. Revija izhaja štirikrat na leto, pri izboru za objavo pa imajo prednost članki avtorjev iz dežel Alpe-Jadran.

Dober obisk na vseh strokovnih sestankih je bil spodbuda za marljive organizatorje (izvršni odbor sekcije), številna vprašanja izziv za kakovostne predavatelje in poglobljene razprave zadoščenje za radovedne poslušalce.

Septembra 1992 je Sekcija za klinično mikrobiologijo organizirala strokovno srečanje »Odpadki v zdravstvenih ustanovah«. Na srečanju je s svojimi prispevki sodelovalo pet predavateljev (B. Družina: Ekologija odpadkov; M. Hiti-Macarol: Odpadki v zdravstvenih ustanovah; M. Škerl: Odpadki v bolnišnicah; Ostri predmeti, vbodi in vreznine; A. Z. Dragaš: Dekontaminacija odpadkov; Prenos infekcij po krvi; Problem medicinskih rokavic; T. Lužnik-Bufon: Ogroženost zdravstvenih delavcev). Zbrani poslušalci iz vse Slovenije so v polni predavalnici UKC dokazali, da imajo zdravstveni delavci dovolj posluha za naravovarstvena vprašanja, povezana z njihovim delom v laboratorijih in bolnišnicah. Omenimo še, da so strokovni prispevki iz tega srečanja v obliki razširjenih povzetkov izšli v drobni knjižici. Celodnevna strokovna srečanja bodo poleg krajših strokovnih sestankov verjetno dopolnila spored dela sekcije tudi v naslednjem obdobju.

Med komisijami, ki delujejo v okviru Sekcije za klinično mikrobiologijo, je imela Komisija za hospitalne infekcije v letu 1990 dva strokovna sestanka in v letu 1991 enega.

29. septembra 1992 je v Ljubljani potekal občni zbor Sekcije za klinično mikrobiologijo. Po poročilu o strokovnem delu sekcije in finančnem poročilu so navzoči člani izvolili nov, razširjen izvršni odbor sekcije, ki ga bodo v novem (drugem) mandatnem obdobju sestavljali: predsednica A. Z. Dragaš, podpredsednica M. Gubina, tajnik S. Koren, blagajničarka M. Škerl in člani oz. članice J. Fišer, J. Kolman, S. Lorenčič-Robnik, M. Marolt-Gomišček, S. Rakovec in K. Rečnik-Bakija. V nadzorni odbor sekcije so bili izvoljeni F. Pikelj (predsednik) in trije člani oz. članice (A. Andlovic, A. Norčič in Z. Stropnik-Črepinko). Na omenjenem zboru je bil soglasno sprejet predlog za novo, razširjeno ime sekcije: Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije.

Poudarimo še, da je Sekcija za klinično mikrobiologijo od leta 1989 včlanjena v IFIC (International Federation of Infection Control). A. Z. Dragaš je članica upravnega odbora, A. Škerl pa delegatka tega mednarodnega združenja.

Ob koncu leta 1992 je bilo registriranih v Sekciji za klinično mikrobiologijo 86 članov. Tako številno članstvo predstavlja dobro osnovo za še uspešnejše delovanje sekcije in močno spodbudo za izvršni odbor, ki mora zagotoviti, da bo sekcija ostala še naprej pomemben usmerjevalni in povezovalni dejavnik v slovenskem mikrobiološkem prostoru.

Stanovska tribuna

OKROŽNICA ZDRAVSTVU IN JAVNOSTI

*Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška
zbornica Slovenije*

Vedno pogosteje smo priča prizadevanjem posameznikov, ki v javnosti argumentirano (ali neargumentirano) objavljajo kritična strokovna (ali laična) stališča o zdravstvu na Slovenskem. K temu pojavu Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije zavzemata naslednja stališča:

1.

Slovensko zdravniško društvo je prostovoljna strokovna in stanovska organizacija zdravništva Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije pa obvezno včlanjuje zaposlene zdravnike Slovenije, ki so neposredno v stiku z bolniki.

2. Slovensko zdravniško društvo poudarja, da so njene strokovne sekcije predstavnice stroke, ki lahko preverjeno in argumentirano dajejo mnenja o posamezni stroki in njeni doktrini.

3. Mnenja posameznikov in strokovnih enot zdravstva naj člani Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije praviloma uveljavljajo prek sekcij ter delovnih teles Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije ter prek razširjenih strokovnih kolegijev, ker bi sicer lahko ostajala na ravni posameznih pobud.

4. Mnenja in stališča raznih komisij, svetov in tudi razširjenih strokovnih kolegijev naj bodo med seboj usklajena.

5. Če hočejo odgovorni v republiki ravnati tako, da bi zdravstvena politika bila v skladu z željami in potrebami zdravstva, jim predlagamo, da se obračajo za mnenja tudi na predstavnih slovenskega zdravništva, če resnično želijo nadaljnji razvoj te pomembne dejavnosti na republiški ravni.

6. Zdravništvo pozivamo, da naj se v sredstvih javnega obveščanja izogiba medsebojnim polemičnim obravnavam strokovnih, stanovskih in organizacijskih dilem, kar bi javnost lahko tolmačila kot razklanost med slovenskimi zdravniki.

7. Obračamo se na zdravnike in zobozdravnike v osnovnem, specialističnem in hospitalnem zdravstvu, da se aktivno in organizirano vključijo v dogajanja v zdravstvu, ker menimo, da subjektivizem in individualizem že škodujeta organizaciji zdravstvenega varstva na Slovenskem.

Zdravniki v prostem času

IATROSSKI ALPE-JADRAN

Franci Koglot

Posvetovanja športne medicine, združenega s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran, se je v Kranjski Gori udeležilo 170 zdravnikov.

Posvetovanje športne medicine, pod pokroviteljstvom Zavarovalne družbe Adriatic, je vodil dr. Tone Lah. O sodobnih principih operativnega zdravljenja poškodb križnih vezi kolena, kot ene najpogostejših smučarskih poškodb zadnjih let, je predaval dr. Vili Vengust, ortoped iz Celja. Ob odličnem video filmu pa je temo nadaljeval dr. Sajovic o pospešeni shemi rehabilitacije po teh operacijah.

Za širši krog poslušalcev pa je bilo posebej zanimivo predavanje, ki sta ga skupaj pripravila dr. Rafko Dolhar iz Trsta in dr. Špical iz Tržiča v Italiji: o medicinskih raziskavah, ki sta jih opravila ob ekspediciji »tracking« v Himalaji 1992 – z naslovom: Višina – starost – napor. Izsledki so posebej zanimivi za vedno večje število udeležencev vseh starosti za vedno bolj popularnih ekspedicijah »tracking«.

Tekmovanje v veleslalomu s sponzorstvom časopisa »Republika« in Smelta je na poligonu FIS – Podkoren izvedel Smučarski klub Kranjska Gora. Na dolgi in zahtevni ledeni progi so se zdravniki odlično izkazali, saj ni bilo nobenih poškodb niti pripomb.

Na slavnostnem zaključnem delu prireditve je zdravnike gostila v svojem hotelu v Kranjski Gori tovarna zdravil LEK.

Ob duhovitem povezovanju Maje Moll in nastopu plesne skupine Make-up so udeleženci izrekli posebno priznanje za odlično organizacijo organizacijskemu odboru v sestavi dr. Franci Koglot, dr. Andrej Bručan in dr. Tone Lah. Poudarili so, da je IATROSSKI prireditelj, ki na najbolj prijeten, neprisliljen način združuje zdravnike na strokovnem, rekreacijskem in družabnem področju, ne oziraje se na dejavnosti zdravnikov v Fidesu, Zbornici ali Zdravniškem društvu.

Ob prireditvi pa si je kranjskogorski turistični image prislužil veliko črno piko. Policija je zaradi slavnostne otvoritve IATROSSKI-ja, ki jo je popestrila godba na pihala iz Gorij, pričela preganjati organizatorje, ki so v prazno Kranjsko goro pripeljali 200 gostov.

Rezultati tekmovanja v veleslalomu po starostnih kategorijah.

Daljša proga:

MOŠKI A:

1. Simon Podnar	Gorenjska	1.11.41
2. Janez Benedik	Infek. kl. Lj.	1.17.20
3. Andrej Čretnik	Bolnišnica Celje	1.26.05
4. Bojan Ribič	Zdr. postaja Vitanje	1.29.73

MOŠKI B:

1. Bine Stritar	Kirurgija Lj.	1.15.77
2. Lev Bregant	Ginekološka kl. Lj.	1.16.12
3. Vojko Kanič	Bolnišnica Maribor	1.16.93
4. Andrej Možina	Ginekološka kl. Lj.	1.17.76
5. Janez Tomažič	Infek. kl. Lj.	1.17.77

MOŠKI C:

1. Janez Zore	Želez. ZD Lj.	1.17.66
2. Franci Koglot	Gorica	1.18.76
3. Marjan Fortuna	Interne kl. Lj.	1.21.48
4. Vladimir Magajna	Dobrna	1.23.39
5. Andrej Guček	Interne kl. Lj.	1.24.60

Krajša proga:

ŽENSKE A:

1. Tatjana Pintar	Kirurgija Lj.	1.07.81
2. Bojana Kališnik-Sušnik	Gorenjska	1.17.40
3. Jasmina Antonič	Ginekološka kl. Lj.	1.22.78
4. Binca Černe	ZD Lj.-Vič	1.23.93
5. Tanja Golob	Bolnišnica Maribor	1.36.14

ŽENSKE B:

1. Romana Pintar-Hafner	Gorenjska	59.72
2. Barbara Čokl	Beauty kl. Lj.	1.01.46
3. Katarina Turk	ZD Logatec	1.13.01
4. Lili Cerar	Ginekološka kl. Lj.	1.13.37
5. Zdenka Korošec-Kanič	Bolnišnica M. Sobota	1.17.32

ŽENSKE C:

1. Marija Pfeifer	Interne kl. Lj.	1.08.36
2. Anka Tekstor	ZD Ljubljana	1.18.52
3. Irena Vidic	Zasebni zdravnik	1.19.78
4. Živa Novak-Antolič	Ginekološka kl. Lj.	1.20.81
5. Maja Pestevšek	Ginekološka kl. Lj.	1.22.87

ŽENSKE D:

1. Mara Gostinčar	ZD Ljubljana	1.14.34
2. Milka Lušnic	ZD Ljubljana	1.34.16

ŽENSKE E:

1. Marjeta Povše	Nevrološka kl. Lj.	1.48.66
------------------	--------------------	---------

MOŠKI D:

1. Matija Jereb	Gorenjska	1.05.89
2. Vinko Pavlovčič	Ortop. kl. Lj.	1.08.74
3. Borut Pust	Interne kl. Lj.	1.11.47
4. Dušan Markoli	Bolnišnica Maribor	1.11.59
5. Borut Pirc	Kirurgija Lj.	1.13.40

MOŠKI E:

1. Ciril Pleško	Gorenjska	1.14.07
2. Josip Turk	Interne kl. Lj.	1.25.70
3. Marko Kolenc	Zdr. dr. Slov. Istre in Krasa	1.27.63
4. Saša Luzar	Interne kl. Lj.	1.38.24

EKIPNO:

1. Gorenjska	146 točk
2. Ginekološka klinika Ljubljana	116 točk
3. Bolnišnica Maribor	90 točk
4. Interne klinike Ljubljana	78 točk
5. Infekcijska klinika Ljubljana	70 točk

Posebno priznanje je prejel Franc Pleško kot najstarejši udeleženec.

Simon Podnar pa je kot najmlajši udeleženec osvojil tudi memori alni Veselyjev pokal – darilo steklarne Rogaška Slatina za najboljši čas na daljši progi.

Nove knjige

PRIKAZ

Alergologija

Clinical allergy. Medical clinics of North America 1992; 76 (4): 765–999.

Alergologija je hitro razvijajoča se veda. Z alergijskimi boleznimi se pogosteje srečujejo specialisti dermatologije, otorinolaringologije, interne medicine, medicine dela, poleg teh pa se z alergijo lahko sooči vsak zdravnik, ki svojemu bolniku predpiše katerokoli zdravilo. Alergijske bolezni navadno presegajo področje ene specialnosti.

Alergijska reakcija ni le posledica interakcije alergena z na tkivne mastocite vezanimi protitelesi IgE razreda in sprostitvev vazoaktivnih ter spazmogennih mediatorjev iz mastocitov. Po aktivaciji z alergenom se v mastocitu začne tvorba in sproščanje lipidnih mediatorjev in citokinov. Alergen aktivira tudi limfocite T in makrofage, ki nato izločajo citokine in vnetne mediatorje. Mediatorji privlačijo in aktivirajo eozinofilce, nevtrofilce, bazofilce, monocite, limfocite in makrofage ter povzročijo razrast in nadaljno degranulacijo mastocitov. Nastane začaran krog, posledica pa je kronično vnetje, ki je značilnost alergijskih bolezni. Larry Borish in Bobby Joseph kratko in pregledno opišeta izvor in funkcijo posameznih mediatorjev alergijske reakcije in vnetja. Degranulacija mastocitov v povrhnji plasti dermisa povzroči urtikarijo, v globoki plasti dermisa in podkožju pa angioedem. David Huston in Robert Bressler opozarjata, da so pogost vzrok akutne urtikarije in angioedema alergeni v hrani in zdravila, medtem ko za kronično urtikarijo in angioedem vzroka v 80% ne ugotovimo.

Z zdravili povzročene alergijske reakcije predstavljajo 5% nezahelenih reakcij po zdravljenju, piše Michael Weiss. Najpogosteje se pojavijo po penicilinu in ostalih antibiotikih, mišičnih relaksantih, barbituratih, himopapainu, streptokinazi, inzulinu in

lateksu. Osnovni diagnostični testi so intradermalni kožni testi. Bolnik se mora zdravila, ki je alergijsko reakcijo povzročilo, izogibati. Če je zdravilo nujno potrebno in ne obstaja podobno učinkovito zdravilo brez navzkrižne reaktivnosti, se bolnika za to zdravilo lahko hiposenzibilizira.

Alergijske reakcije za inzulin nastanejo, ker se svinjski in goveji inzulin razlikujeta od človeškega v eni oziroma treh aminokisljinah, rekombinantni človeški inzulin pa je alergogen zaradi drugačne terciarne strukture molekule. Reakcije so največkrat lokalne in prenehajo po nekaj tednih kljub nadaljevanju zdravljenja. Tudi sistemske alergijske reakcije niso prepreka za nadaljevanje zdravljenja z inzulinom.

Reakcije po lokalnih anestetikih so le izjemoma alergijske narave. Hipertonična rentgenska kontrastna sredstva direktno aktivirajo mastocite. Tudi reakcije po nesteroidnih antirevmatikih so anafilaktoidne, torej brez sodelovanja IgE protiteles.

Enrique Caldas in Roger Fox sta napisala poglavje o problemu polutantov v bivalnem okolju. Poleg cigaretne dima, ki je poznan vir respirabilnih delcev, ogljikovega monoksida in dioksida ter kloriranih in policikličnih ogljikovodikov, so pomemben onesnaževalec zraka plinski kuhalniki. So vir dušikovih oksidov, ki dražijo oči, nos in žrelo, okvarjajo pljučno funkcijo in olajšajo razvoj infekcij.

Pršice, ki se hranijo z luskami človeške in živalske kože, živijo na stenskih tapetah, talnih oblogah, žimnicah in oblazinjenem pohištvu in se najboljše razvijajo pri temperaturi okrog 24°C ter relativni vlažnosti 75%. Alergeni se nahajajo v slini in dlakah mačke ter psa. Pomemben vir alergenov so klimatske naprave, kjer se naselijo termofilne aktinomycete; endotoksini Pseudomonasa in Flavobakterij pa lahko povzročijo gripozno simptome. Bolniki, preobčutljivi za sestavine hišnega prahu, ne smejo sesati s klasičnim sesalcem. Filtri ne zadržijo delcev, manjših od 5 μm, zaradi česar se močno poveča koncentracija alergenov v zraku. Bolniki, preobčutljivi za alergene mačke, ki nočejo mačke odstraniti iz stanovanja, morajo mačko kopati vsaj enkrat tedensko. S tem se močno zmanjša koncentracija alergena v stanovanju.

V poglavju o zdravljenju astme je Stanley Szeffler utemeljil in razložil uporabo protivnetnih zdravil, predvsem inhalacijskih in sistemskih glukokortikoidov. Opisane so tudi indikacije, mehanizmi delovanja in uspehi zdravljenja z alternativnimi oziroma eksperimentalnimi protivnetnimi zdravili.

Specifična hiposenzibilizacija je zamudno in dolgotrajno zdravljenje s podkožnim injiciranjem alergena, ki je povzročitelj bolnikovih težav. Lokalna in peroralna hiposenzibilizacija sta trenutno še v eksperimentalni fazi. Rezultati kontroliranih raziskav kažejo, da bolnikom z alergijskim rinitisom in astmo hiposenzibilizacija sicer ublaži simptome, vendar je njena vloga ob medikamentozni terapiji in kontroli bivalnega okolja pri zdravljenju teh bolnikov nedorečena. John Ohman meni, da je smiselna pri bolnikih, ki so preobčutljivi le za malo alergenov, kjer je povezava med alergenom in simptomi očitna in bolezni z zdravili ne uspejo stabilizirati. Povsem jasna pa je njena korist pri zdravljenju bolnikov, preobčutljivih za strup čebel in os.

Knjiga ni obsežna in je daleč od tega, da bi bila popoln alergološki učbenik. Vendar podaja sodobno, kratko in z najnovejšimi referencami podprto informacijo predvsem o področjih, ki so specifična za alergologijo in niso domena drugih specialnosti. Knjigo priporočam vsem, ki se pri svojem delu pogosto srečujejo z bolniki z alergijskimi boleznimi in ste opazili, da težave teh bolnikov presegajo okvire vaše specialnosti. Pomagala vam bo, da boste namesto simptomov s strani bolnega organa zdravili bolnikov imunski sistem ter vplivali na spremembo njegovega okolja in življenjskih navad.

Mitja Košnik

Pogovor z bralci

STALIŠČE SLOVENSКИH REVMATOLOGOV OB REKLAMNIH AKCIJAH ZALOŽBE L&L PRI PONATISU KNJIGE GIRAUDA W. CAMPBELLA »ZDRAVNIŠKO PREIZKUŠENO DOMAČE ZDRAVLJENJE ARTRITISA«

Spoštovana kolegica, kolega!

Zaradi zavajanja, ki ga doživlja bralec ob prebiranju knjige dr. Campbella, smo vam dolžni sporočiti naše pripombe z željo po strokovnem zdravstvenem varstvu revmatičnih bolnikov. Slednji so s striktnim upoštevanjem navodil, ki jih priporoča tako izvirnik, kot tudi s svojimi reklamnimi dejavnostmi založba L&L, izpostavljeni resnim nevarnostim hitrega napredovanja revmatoloških bolezni.

Uvodna ocena knjige zdravnika nereumatologa je delo predstavlja bralcem kot izjemno novost in svetlo luč v sicer temnem predoru neuspešnega in zgrešenega medikamentoznega zdravljenja revmatičnih bolnikov. Objava v dnevniku Delo reklamira in najavlja ponatis razširjene izdaje knjige. Prevajalec Aleksander Urbančič pa hkrati tudi sporoča javnosti, da že dalj časa sistematično spremlja in dokumentira počutje in zdravje ljudi, ki so že preskusili nasvete in priporočila iz prve izdaje, ki jih bo tudi posredoval v javno oziroma v strokovno presojo. Založba L&L z objavo v Nedeljskem dnevniku tudi napoveduje ustanovni sestanek društva ozdravljenih revmatikov s pomočjo dietnih navodil avtorja knjige. Knjiga dr. Campbella vsebuje sporočilo, ki ga pravilno razume vsak laik in ga lahko zagovarja vsak zdravnik, namreč poziv ljudem k uživanju zdrave hrane brez dodatka konzervansov, morske hrane in obilice svežega sadja in zelenjave.

Knjiga pa hkrati obljublja spektakularno stoodstotno ozdravitev vseh vrst revmatičnih bolezni, ki so po avtorjevem poenostavljenem mnenju odraz nezdravih prehrabnih navad. Avtorjeva filozofija temelji na izhodišču zdravilnega učinka posta, izločevalne diete, čiščenja črevesja s klistirjem, opustitve uživanja določenih vrst hrane, osteopatske in nevro-mišične stimulacije, enostavnih gibalnih vaj in dopustnega prehodnega jemanja nekaterih zdravil. Pri uporabi zdravil se kaže avtorjeva huda nedoslednost in zavajanje bralca, saj jih krivi za spremembo kemičnega ravnovesja v telesu (zlato, kortikosteroidi), hkrati pa priznava prehodno uporabo nekaterih zdravil pri po njegovi metodi zdravljenih bolnikov, celo v tako visokih dnevniških odmerkih, ki jih uradna medicina nikoli ne uporablja (5–40 g Prednisona dnevno

– stran 168). Knjiga je bila sicer napisana že pred 20 leti, ko je bila revmatologija šele v povojih, vendar je avtor knjige očitno le površni poznavalec revmatičnih bolezni, saj med drugim trdi, da revmatoidni artritis zajema z izjemo artroze in protina vse ostale revmatične bolezni. Pozorni bralec knjige ne bo spregledal naslednjih hudih zavajanj, ki se jih avtor poslužuje za potrjevanje uspešnosti svoje metode zdravljenja revmatičnih bolezni: trditev, da njegova metoda zdravljenja zagotavlja obnovo okvarjenih sklepov ter popolno ozdravitev tudi povsem nepokretnim bolnikom z revmatičnimi boleznimi (stran 148); predhodno trditev podkrepiti s povsem nerazločnimi rentgenskimi posnetki okvarjenih sklepov pred in po končanem zdravljenju, ki naj bi bili dokaz jasnega zboljšanja vnetne sklepne revmatične bolezni ali artroze. Rentgenska posnetka na strani 154 pa povsem jasno tudi ne pripadata isti osebi (različna kontura sklepne špranje sramne kosti).

Že pred prvo izdajo knjige dr. Campbella, ki, zanimivo, v ZDA po letu 1972 ni bila ponatisnjena, pa tudi po njej so bile objavljene številne resne raziskave o vlogi prehrane pri zdravljenju revmatičnih bolezni. S popolnim stradežem so tako na primer dosegli ublažitev sklepnih bolečin in oteklina pri bolnikih z revmatoidnim artritisom, vendar ob povsem enaki histološki sliki vnetja sklepne ovojnice. Popolni stradež seveda v nedogled ni mogoč. Izločevalna dieta je deloma ublažila znake sklepnega vnetja le pri 4–5% bolnikov, ki pa so še vedno potrebovali medikamentozno zdravljenje.

Knjiga dr. Campbella je predvsem zbirka skrajno dvomljivih argumentov o domnevni uspešnosti zdravljenja, revmatičnih bolezni, obenem pa je s pozivom na odklanjanje medikamentoznega zdravljenja nevarna. Z zatekanjem v svet nove prehrabne religije in odklanjanjem utečenih postopkov zdravljenja, se bolnik z revmatično boleznijo, posebno tak, ki zaradi agresivnosti vnetnega dogajanja zahteva takojšnjo in pogosto večtirno medikamentozno zdravljenje, izpostavi resni nevarnosti hitrega napredovanja bolezni in zgodnjega nastopa težke invalidnosti. Prevajalčevi nastopi v javnih medijih in vzpostavljanje nekakšnega vzporednega zdravstvenega varstva revmatičnih bolnikov pod taktirko zagovornikov alternative pa po našem mnenju presegajo zdravorazumske okvire.

Menimo, da prevod knjige diskreditira napore slovenskih zdravnikov, predvsem revmatologov, in hkrati opozarjamo, da ne-zdravniki ne smejo s takšnim ravnanjem opravljati poskusov na ljudeh.

Za Zdravniško zbornico Slovenije:
predsednik prim. dr. Kurt Kancler
generalni sekretar dr. France Cukjati

Za Slovensko zdravniško društvo:
predsednik prof. dr. Anton Dolenc
generalni sekretar prof. dr. Zvonimir Rudolf

Rumatološka sekcija SZD:
predsednik dr. Dušan Logar

Slovensko farmacevtsko društvo organizira simpozij

SODOBNA FARMAKOTERAPIJA IN FARMAKOINFORMATIKA
v Portorožu od 13. do 15. maja 1993.

13. maja bodo predstavljeni analgetiki in antibiotiki, 14. maja pa računalniški sistemi na različnih področjih farmacije.

Informacije: Slovensko farmacevtsko društvo, Ljubljana,
Ptujška 21, telefon 061/344-085.

Že v prejšnjih številkah Zdravniškega vestnika smo se vam kratko predstavili. Smo sodobna, avstrijsko - slovenska banka, ki nudi vse vrste bančnih storitev občanom, zasebnikom in seveda podjetjem in drugim pravnim osebam.

Tokrat vam bi radi, poleg storitev, ki vam jih nudimo pri zagonu zasebne zdravniške prakse in nakupih potrebne opreme, podrobneje predstavili naše

- blagajniške zapise in
- hranilna pisma,
Blagajniški zapis in hranilno pismo sta vrednostna papirja, denominirana v DEM, vplačljiva in izplačljiva v tolarjih s fiksno obrestno mero za rok vezave, ki ga sami določite.

Prednosti obeh vrst vrednostnih papirjev so v:

- varni naložbi z visokim realnim donosom,
- možnosti predčasnega vnovčenja,
- možnosti pridobitve lombardnega posojila.

Predstavljene vrednostne papirje lahko vplačate v naših poslovnih enotah:

- v Ljubljani na Kotnikovi 5 in na Miklošičevi cesti 34,
- v Novi Gorici na Kidričevi 9 a,
- v Mariboru na Partizanski 47,
- v Murski Soboti na Lendavski 11,
- na Ptujju na cesti 25. maja 13 (blizu Srednješolskega centra) in
- v Zagorju na Cesti zmage 16 a,
- z naše devizne hranilne knjižice pa lahko dvigate svoje devize tudi po celi Avstriji, v enotah tamkajšnjega Creditanstalta.

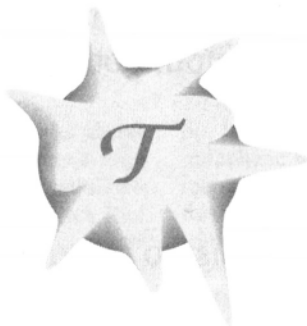
Creditanstalt - Nova banka d.d.
Z nami do uspeha



TAGREN®

tablete

tiklopidin



- ◇ specifično, učinkovito, novo antiagregacijsko zdravilo
- ◇ nova možnost v preprečevanju posledic aterosklerotičnih žilnih bolezni
- ◇ preprečuje arterijsko trombozo in trombembolične zaplete
- ◇ uspešno varuje pred možgansko kapjo in ponovno možgansko kapjo, srčnim infarktom in umrljivostjo zaradi žilnih bolezni
- ◇ preprečuje ponovno zaporo žile po rekanalizacijskih posegih
- ◇ preprečuje trombozo v dializnih spojih in umetnih dializnih membranah

Doziranje

Običajna doza Tagrena za vse indikacije je 2-krat 1 tableta po 250 mg dnevno med jedjo.

Oprema

30 tablet po 250 mg

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



KRKA

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

Radenska

ZDRAVILIŠČE

RADENCI

TERMOMINERALNE VODE V RADENSKI, V RADENCIH IN V BANOVCIH

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

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

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

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

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

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

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

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

Termomineralne vode in njihova sestava v zdraviliščih Radenske

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

CO₂, ki ga je mnogo v delu naših termomineralnih vod se resorbira skozi kožo in pospešuje krvni obtok in resorpcijo soli skozi kožo. Resorpcija natrijevega klorida skozi kožo je lokalni dražljaj, ki povečuje temperaturo in zmanjšuje vnetno-eksudativne procese. Normalizira se reaktivnost vegetativnega živčevja, zmerno se pospešuje delovanje srca, zmanjšuje tlak, izboljšuje prekrvlenost periferije in zmanjšuje se vsebnost glukoze v krvi.

Glede na fizikalno-kemijsko sestavo, izkušnje in tudi izsledke lastnih raziskav, priporočamo kopeli in kopanje v naših termomineralnih vodah v Radencih in v Banovcih pri naslednjih stanjih po navodilih našega zdravnika:

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

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 izvorna, 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 izveček 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, izveček, 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).

Spremní dopis

Spremní 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 finančni raziskave (s številko pogodbe).

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

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

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

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

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

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

Ker nekateri prispevki (npr. pregledni članki) nimajo niti običajne strukture članka, naj bo pri teh strukturiranost izvečka 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 izvečka.

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 poven, 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 izvirnikom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 62, APRIL 1993, Page 137-176, Number 4

CONTENTS

LEADING ARTICLE

World health day 1993 – Handle life with care, A. Prijatelj 137

PROFESSIONAL ARTICLES

Hepatitis C virus antibodies in haemodialysis patients and haemodialysis staff, R. Hojs 141

Haemolytic transfusion reaction following the negative crossmatch, caused by anti-Jk^a antibodies, Case report, M. Potočnik, P. Rožman 145

Serine elastase – alpha 1 protease inhibitor complex in the lung of smokers, A. Debeljak, K. Rižnar, M. Bizjak 149

The unwished side-effects of head and neck malignomas radiotherapy on dental tissue, Mirela Rode, M. Rode 153

Mature cistic teratoma – Presentation of two cases, M. Mis, M. Strlič, V. Pegan 155

REVIEW ARTICLE

Alternative treatment of obesity in children, Z. Turk, B. Jesenšek-Papež 159

Self sufficiency with blood derivations, L. Lukić 163

NEWS AND VIEWS