



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 67, MAJ 1998, str. 277–336, ŠT. 5

VSEBINA

STROKOVNI PRISPEVKI

Kirurško zdravljenje iliakalnih anevrizem, T. Klokočovnik 277

Nasilno povzročene poškodbe otrok in mladostnikov v Sloveniji, M. Rok-Simon,
D. Obersnel-Kveder, M. Toplak-Ostan 278

**Bakterijska poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) in občutljivost
za antibiotike,** A. Debeljak, E. Mušič, M. Kumelj 285

Miliarna tuberkuloza na Golniku v letih 1995–1997, Z. Remškar, J. Šorli, D. Eržen, P. Zalokar 289

PREGLEDNI PRISPEVKI

Zdravo vedenje in vedenje bolnih, A. Škerjanc 293

Relativno tveganje in razmerje obetov, J. Stare 297

RAZGLEDI

Jubileji 301

Nekrologi 304

Strokovna srečanja 306

Delo SZD 306

Aktualni pogovori 308

Zdravniški vestnik pred 60 leti 317

Nove knjige 311

Zdravniki v prostem času 316

Aktualna sporočila 319

V tej številki so sodelovali 288

Oglasi 292, 300, 329 –



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Poslovna tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:

J. Faganel, T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

A. Snedec

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

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

Domača stran na Internetu/ Internet Home Page:

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medllars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije

Po mnenju Urada vlade RS za informiranje št. 4/3-12-1388/95-23/294

šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

5% davek od prometa proizvodov.

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

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society

is included in the membership amounting.

The issue is subsidized by Ministry for Research and Technology,

Ministry for Health

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

Strokovni prispevek/Professional article

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE ILIAKALNIH ANEVRIZEM

PRIKAZ PRIMERA

SURGICAL RECONSTRUCTION ILIAC ANEURYSM CASE REPORT

1198528

Tomislav Klokočovnik

Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja, Klinika za kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1996-07-13, sprejeto 1998-05-07; ZDRAV VESTN 1998; 67: 277-8

Ključne besede: pristop; aortobifemoralni obvod; pooperativne komplikacije transperitonealnega pristopa

Key words: retroperitoneal acces; aortobifemoral bypass; postoperative complication of transperitoneal acces

Izvleček – Izhodišča. Aneurizme pelvičnih arterij so dokaj redke. Najpogosteje spremljajo aneurizmo abdominalne aorte, najdemo pa jih zlasti na iliakalnih arterijah (komunis, eksterne, interne). Nanje pomislimo ob simptomih, kot so napetost in bolečine v spodnjem abdomnu, motnje pri odtoku urina ali uhajanje blata. Dokažemo jih z arteriografijo, ultrazvočno preiskavo spodnjega abdomna ali z računalniško tomografijo.

Abstract – Background. Aneurysms of pelvic arteries occur quite seldom. The aneurysm is most frequently attended by abdominal aortas, and they are particularly located on iliac arteries (communes, external, internal). We think of them by symptoms as tension and pains in the lower abdomen, disorders in urination, or in the excrement leak. We prove them by arteriography, ultrasound examination of the lower abdomen, or by the computer tomography.

Zaključki. Zdravljenje aneurizme je kirurško. Običajen kirurški pristop pri bilateralni aneurizmi je spodnja mediano medio laparotomija. Ta pristop pogosto spremljajo zapleti (pareza črevesja, ileus), ki daljšajo pooperativno okrevanje. V prikazanem primeru je uporabljen levi retroperitonealni pristop, katerega prednost je manjša nevarnost pooperativnih zapletov, skrajša se čas hospitalizacije in zniža stroške zdravljenja.

Conclusions. Treatment of an aneurysm is surgical. A common surgical approach to the bilateral aneurysm is the lower mediano-medio-laparotomy. This approach is frequently attended by complications (intestine paresis, ileum) which prolong the postoperative convalescence. In the presented case the left retroperitoneal approach is applied, and its advantage is a smaller risk of postoperative complications, it shortens the time of hospitalisation, and it decreases the treatment costs.

Uvod

Iliakalne aneurizme so vretenaste ali vrečaste razširitve pelvičnih arterij. Prizadanejo lahko arterijo iliako komunis, arterijo iliako eksterno in arterijo iliako interno. Zasedimo jih v 1,5% skupaj z abdominalno aneurizmo (1). Diagnozo postavimo po navadi takrat, ko je aneurizma že dokaj velika in vidna s CT, aortografijo in ultrazvokom trebuha. Bolnik navaja napetost z bolečinami, lahko je moten odtok urina in uhajanje blata. Rupturirane aneurizme so pogosti vzrok nenadne smrti. Iliakalne aneurizme lahko rupturirajo v retroperitonealni prostor, bolj poredko v rektum ali sigmo (2-4).

Aneurizme pelvičnih arterij zdravimo kirurško. Retroperitonealni pristop je zaželen za enostransko lokalizacijo. Za obojestranske aneurizme uporabljamo klasični pristop skozi abdomen s spodnjo mediano medio laparotomijo. Načelo operativne tehnike je v ustreznem prikazu aneurizme, delni - celotni eksciziji ter interpozicijo grafta ali ligatura aneurizme s premostitvijo (aortofemoralni, aortobifemoralni obvod).

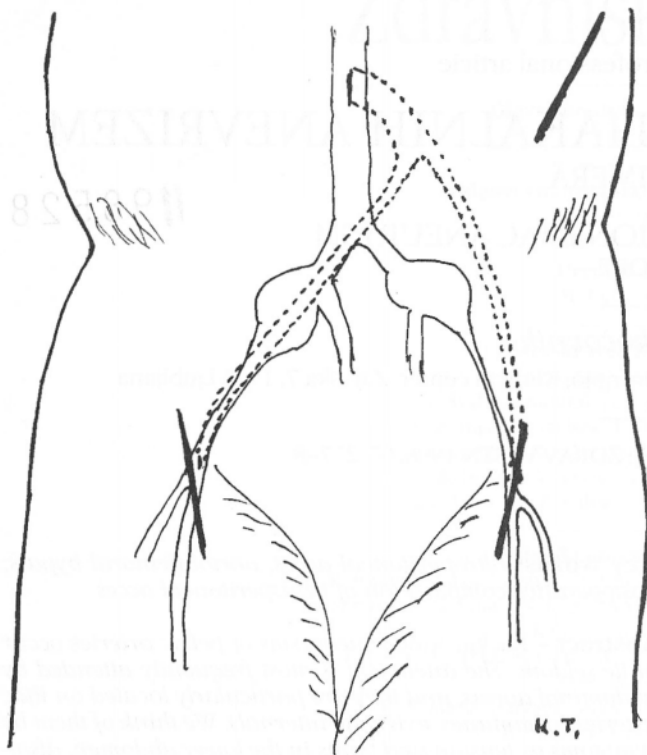
Namesto klasičnega transperitonealnega pristopa, ki povzroča pooperativne pareze črevesja, ileus in s tem daljši pooperativni potek, smo se odločili za levi retroperitonealni pristop in naredili aortobifemoralno premostitev pri obojestranskih aneurizmah iliakalnih arterij. S tem pristopom smo zmanjšali možnost pooperativnih zapletov, skrajšali čas hospitalizacije in stroške zdravljenja.

Prikaz primera

76-letnega bolnika smo sprejeli na kliniko zaradi štiri mesece trajajočih nespecifičnih bolečin v spodnjem delu trebuha. Bolečine in parestezije so izžarevale po notranji strani desnega stegna. Pri palpaciji je bolnik navajal bolečine v spodnjem delu trebuha, posebno v desnem spodnjem kvadrantu. Pulzacij iliakalnih arterij obojestransko nismo tipali.

Angiografsko in ultrazvočno smo obojestransko prikazali aneurizmi iliakalnih arterij z intraluminalnimi trombotičnimi masami. Aneurizma na levi strani je merila v premeru 4,5×8 cm, na desni strani pa 2,5×6 cm. Abdominalna aorta je merila v premeru 3 cm, femoralne arterije pa 1 cm. Sicer se je bolnik vrsto let zdravil zaradi ishemične bolezni srca, hipertrofije prostate in spondiloze hrbtenice. Leta 1990 je bila napravljena holecistektomija.

Bolnika smo operirali v splošni anesteziji. Z levim retroperitonealnim pristopom smo si prikazali abdominalno aorto in obojestranski aneurizmi iliakalnih arterij, ki so ustrezale ultrazvočnemu in angiografskemu izvidu. Zaradi lažje postavitve žilnih prijemalk smo v celoti mobilizirali predel bifurkacije aorte ter aneurizme leve in desne arterije iliake komunis. Posebno pozornost smo posvetili retroperitonealnemu tuneliranju iz leve lumbalne regije retroperitonealno v smeri desne subinguinalne regije in se tako izognili morebitni poškodbi medeničnih organov. Po sistemski heparinizaciji s 5000 mednarodnih enot heparina in postavitvi žilnih prijemalk smo naredili aortobifemoralni obvod, tako da smo proksimalno anastomozo žilne proteze vstili v abdominalno aorto, distalne anastomoze pa smo vstili na arteriji femoralis komunis. Sledila je ligatura obeh aneurizem iliakalnih arterij, hemostaza in zapiranje ran (sl. 1).



Sl. 1. Aortobifemoralni obvod.

Fig. 1. Aortobifemoral bypass.

Pooperativnih zapletov ni bilo. Bolnik je bil enajsti dan odpuščen domov brez znakov ileusa, pareze črevesja in bolečin v trebuhu ter z dobro tipnimi arterijskimi perifernimi pulzi.

Razpravljanje

Anevrizme je navadno težko diagnosticirati, saj bolnik navaja nespecifične bolečine in tiščanje v spodnjem delu trebuha ter težave z odvajanjem vode in blata. Omenjeni simptomi so odraz pritiska anevrizmatske vreče na lumbosakralni plexus (7). Natančen klinični pregled bolnika, rektalni ali vaginalni pregled ter ultrazvočna preiskava trebuha, pelvična angiografija in CT trebuha vodijo do točne diagnoze. Klinični potek se kaže v progresivnem širjenju anevrizme, ki pritiska na organe v medenici. Izolirane anevrizme iliakalnih arterij zasledimo redko v primerjavi z anevrizmami trebušne aorte (2, 5). Običajno so nadaljevanje anevrizme trebušne aorte.

Incidenca rupture v retroperitonealni prostor je med 18 in 50% po svetovni literaturi (2, 5, 6). Umrljivost po kirurškem zdravljenju je manj kot 10%, v primeru rupture anevrizme pa je operativna umrljivost 52%. Večje kot so anevrizme, večja je verjetnost njene rupture, še posebno pri bolnikih s hipertenzijo.

S transperitonealnim pristopom skozi mediano medio laparotomijo ali enostranskim retroperitonealnim pristopom si najlažje prikažemo enostransko iliakalno anevrizmo. V primeru, da imamo anevrizme obojestranske, je običajen standardni

transperitonealni pristop zaželen. Ta pristop povzroča posebno pri starejših bolnikih pooperativne težave, ki se kažejo s težjim dihanjem, parezo črevesja in ileusom, kar lahko vodi tudi v težave z dihanjem in daljši pooperativni potek.

Z namenom, da bi se izognili oziroma zmanjšali pooperativno zboleznost, smo pri omenjenem bolniku naredili aortobifemoralno premostitev in ligaturo iliakalnih arterij skozi levi retroperitonealni prostor. Posebno pozornost smo posvetili vleku desnega kraka proteze Vascutek iz levega retroperitonealnega prostora do desne femoralne regije, kjer zlahka pride do iatrogene poškodbe medeničnih organov. Aortobifemoralni obvod z levim retroperitonealnim pristopom bi lahko opravili tudi pri obojestranski ileofemoralni obliteraciji, kjer je tveganje za poškodbe retroperitonealnih struktur manjše, saj nas ne ovirajo iliakalne anevrizme. S primerom našega bolnika želimo opozoriti na možnost novega operativnega zdravljenja anevrizem iliakalnih arterij z retroperitonealnim pristopom (8).

Do sedaj ni bila narejena nobena študija s serijo slučajnostnih vzorcev, ki bi ugotovila, katera metoda je primernejša, zato so potrebne dodatne študije, da bi ovrednotile retroperitonealni pristop pri kirurško zdravljenih bolnikih z anevrizmami iliakalnih arterij (9, 10).

Zaključek

Anevrizme iliakalnih arterij zdravimo kirurško tako, da jih podvežemo ali izrežemo in naredimo premostitveno operacijo. Za obojestranske anevrizme naredimo aortobifemoralni obvod s standardnim transperitonealnim pristopom. Pri našem bolniku smo z levim retroperitonealnim pristopom naredili obojestransko ligaturo anevrizmatskih vreč ter aortobifemoralni obvod. Ker s tem pristopom ne posežemo v trebušno votlino, se tako izognemo postoperativni parezi črevesja in adhezijskemu ileusu. Menimo, da smo s posegom tudi skrajšali čas hospitalizacije in zmanjšali stroške zdravljenja.

Literatura

1. Lowry SF, Kraft RO. Isolated aneurysms of the iliac artery. *Surgery* 1978; 113: 1289-93.
2. Baron HC. Isolated aneurysm of internal iliac artery. *New York state J Med* 1979; 79: 1884-6.
3. Markowitz AM, Norman JC. Aneurysms of iliac artery. *Ann Surg* 1961; 154: 777-87.
4. Neven P, Reix T, Pietri J. Complicated iliac aneurysm disclosed by genital hemorrhage rupture of an iliac aneurysm into the posterior vaginal pouch. *Ann Chir*; 40: 481-3.
5. Enzler MA. Tunneling instruments for vascular grafts problems and solutions. *Eur J Vascular Surg* 1991; 5: 681-6.
6. Favre J-P, Gaurnier J-P, Barral X. Trans-osseous ilio-femoral by-pass. A new extra-anatomical by-pass. *J Cardiovasc Surg* 1993; 34: 455-9.
7. Sekkal S, Cornu E, Christides C et al. Isolated iliac aneurysm. Sixty-seven cases in forti-eight patients. *J Mal Vascul* 1993; 18: 13-7.
8. Teddi DG, Oero A, Brialdi G, Signorelli M, Gaeta A, Ruberti V. Use of the extra anatomic by-pass in the reconstruction of the aorto-iliaco-femoral axis. *Minerve Cardioangiologia* 1986; 34: 255-7.
9. Nevensten A, Wouters L, Suy R. Aorto femoral dacron reconstruction for aorto-iliac occlusive disease: a 25-year survey. *Eur J Vascular Surg* 1991; 5: 179-86.
10. Deterling RA. Aortoiliac arteriosclerotic occlusive disease. In: Haimovici H ed. *Vascular surgery principles & techniques*. 1st ed. New York: McGraw Hill, 1976: 390-413.

Strokovni prispevek/Professional article

NASILNO POVZROČENE POŠKODBE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

INFLECTED INJURIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN SLOVENIA

Mateja Rok-Simon, Dunja Obersnel-Kveder, Majda Toplak-Ostan

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Prispelo 1997-07-14, sprejeto 1998-02-10; ZDRAV VESTN 1998; 67: 279-84

Ključne besede: otrok, zloraba; epidemiološki podatki; naloge zdravnika

Key words: child abuse; epidemiological data; duties of physician

Izvleček – Izhodišča. Namen prispevka je ugotoviti, koliko primerov nasilja nad otroki je bilo v Sloveniji v zadnjih letih ugotovljenih v zdravstvu in zabeleženih v zdravstveni statistiki ter kakšne so bile značilnosti in okoliščine nastanka poškodb.

Abstract – Background. The purpose of this paper is to determine how many cases of child abuse were detected and registered in Slovenian health care in the last years and what were the characteristics of injuries and injury events.

Metode. Iz nacionalnih podatkovnih baz o umrlih, o hospitalizacijah ter iz podatkov otroških in šolskih dispanzerjev smo za obdobje 1988–1994 izbrali primere z diagnozo zunanje vzroka E960–E969 (MKB-9. revizija).

Methods. From the national data bank on mortality, hospitalizations and primary preschool and school children health services data we obtained cases with diagnosis of the external cause of injury E960–969 (ICD-9th revision).

Rezultati. V predšolskih in šolskih dispanzerjih je bilo ugotovljenih letno povprečno 415 namernih poškodb od druge osebe, 158 otrok in mladostnikov je bilo hospitaliziranih, pet pa jih je umrlo. Mladostniki so petkrat bolj izpostavljeni večjemu tveganju, da bodo hospitalizirani zaradi poškodb, povzročениh zaradi nasilja, kot mlajši otroci (OR = 5,55 [4,88–6,30]), $p < 0,001$. Po naravi poškodbe prevladujejo udarnine (36,3%) in zlomi kosti glave (26,5%), najpogostejši vzrok je pretepanje (86,8%). Dojenčki so v sedemkrat večji nevarnosti kot starejši otroci, da bodo umrli zaradi namernih poškodb od druge osebe (OR = 7,81 [3,25–18,14]), $p < 0,001$. Prevladujejo poškodbe glave (9 od 33) in poškodbe notranjih organov (7 od 33), najpogostejši vzrok je zadavljenje (9 od 33) in napad z ostrim predmetom (6 od 33).

Results. In primary health services 415 intentional injuries by other persons were detected per year, 158 children and adolescents were hospitalised and 5 have died. Adolescents have five times greater risk to be hospitalised due to inflicted injuries than younger children (OR = 5.55 [4.88–6.30]), $p < 0.001$. The most frequent nature of injury are contusions (36.3%) and fractures of head bones (26.5%). The most frequent cause is beating (86.8%). Infants have seven times greater risk than older children to die due to inflicted injuries (OR = 7.81 [3.25–18.14]), $p < 0.001$. The most frequent causes of death are head injuries (9 from 33) and injuries of internal organs (7 from 33). External causes of death are strangulation (9 from 33) and assault with sharp object (6 from 33).

Zaključki. Potrebno bi bilo dodatno izobraževanje zdravnikov, s katerim bi izboljšali prepoznavanje nasilja nad otroki ter opredelitev ustaljenega načina, kako sporočati o sumu na nasilje nad otroki.

Conclusions. It is necessary to start with additional education for physicians to improve their recognizing skills of child abuse and to define the appropriate way of reporting child abuse.

Uvod

Poškodbe in zastrupitve so postale pomemben zdravstveni problem (1, 2) v svetu in pri nas. V evropskih državah in v Sloveniji so zaradi velike umrljivosti javnozdravstveni problem predvsem nenamerne poškodbe. V ZDA pa so poleg nenamernih pomembne tudi poškodbe zaradi nasilja druge osebe (2). V Sloveniji so poškodbe in zastrupitve prvi vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in mlajših odraslih, pri čemer 77% otrok in mladostnikov umre zaradi nenamernih in 23% zaradi namernih poškodb in zastrupitev.

Nasilje nad otroki se pogosteje beleži v družinah iz nižjih socialnoekonomskih slojev (3–5). Nasilje obstaja tudi v višjih slo-

jih (3), vendar je bolj prikrito in se o njem manjkrat poroča (6, 7). Bolj nagnjeni k nasilju nad otroki so starši, ki so socialno izolirani zaradi pogostih selitev ali zaradi tega, ker težko sklepa prijateljstva ter v enostarševskih družinah in družinah z mačeho ali očimom. V dejavnike ogrožanja spadajo tudi starši, ki imajo v anamnezi zlorabo v otroštvu, čustvene motnje, težave v zakonu ali so odvisni od drog ali alkohola. Moški so bolj nagnjeni k nasilju nad otroki (5, 8, 9).

Dejavnika tveganja sta spol in starost otroka, saj so otroci, stari manj kot štiri leta, in mladostniki ter otroci moškega spola izpostavljeni največji ogroženosti, da postanejo žrtve nasilja in trpinčenja (4, 5, 9, 10). Žrtve nasilja so običajno otroci, ki živijo v neugodnih družinskih razmerah ali jih matere in vzgo-

jitelji opisujejo kot drugačne zaradi temperamenta (hiperaktivni, z impulzivnim obnašanjem), zaradi kongenitalnih malformacij ali kroničnih bolezni (7, 11, 12).

Najpogostejši vzrok umrljivosti in zbolelosti otrok zaradi nasilja so poškodbe glave (6, 8, 10, 13). Pri postavljanju diagnoze je treba upoštevati, da so podaljšana izguba zavesti, nelinearni multipli ali bilateralni zlomi lobanje in retinalne krvavitve redko posledica nezgod (7).

Glavni vzrok za umrljivost dojenčkov zaradi nasilja so intrakranialne poškodbe, ki nastanejo zaradi stresa otroka (shaken baby sindrom) (10, 14). Simptomi in znaki sindroma so nespecifični. V anamnezi starši opisujejo, da otrok slabo je, bruha, je zaspan in/ali razdražljiv v zadnjih nekaj dneh ali tednih. Zdravniki te simptome pogosto pripisujejo blagi virusni okužbi, disfunkciji hranjenja in trebušnim kolikam dojenčka, zato blagi primeri sindroma niso nikoli odkriti. V težjih primerih je otrok komatozen, ima krče, ne sesa, ne požira, ne spremlja gibov, se ne smeje in se ne oglašja (13).

Poškodbe notranjih organov so drugi najpomembnejši vzrok umrljivosti otrok zaradi nasilja (7). Pri otroku je trebušna stena elastična, zato so na koži pogosto vidne le blage udarnine ali pa sploh ni nikarkršnih zunanjih znakov poškodbe. Posledica udarca ali brce v trebuh je lahko ruptura spodnje vene kave, hematoma dvanajstnika ali tankega črevesa (7).

Druge pogoste posledice trpinčenja otrok so opekline/oparine, zlomi, udarnine in poškodbe hrbtnice (7). Za majhne otroke je značilno, da se velikokrat udarijo, udarnine pa po navadi opazimo na golenih, čelu, kolenih, podlakteh in bradi. Sumljivo za nasilje je, kadar se udarnine pojavljajo na licih, trebuhu, hrbtu, zadnjici ali na notranji strani stegna (7).

Pri trpinčenih otrocih so pogosti tudi zlomi (7). Treba je ločiti zlome, ki nastanejo pri nesrečah in so običajno linearni zlomi ključnice, spodnjega dela koželjnice in podlahtnice, od zlomov, ki so posledica nasilja. Na nasilje pomislimo, kadar gre za zlom stegenice, koželjnice/podlahtnice, golenice ali spiralni zlom pri otroku, ki je mlajši od enega leta ali še ne zna hoditi (7, 12, 15, 16). Namerni zlomi reber so običajno na zadnjih delih reber, so multipli in v različnih stadijih celjenja (7, 17).

Nenamerne oparine po navadi nastanejo, ko se otrok polije z vročo tekočino, zato so oparine številne in razporejene po večji površini zgornje ali spodnjega dela telesa in teža oparin varira od 1. do 3. stopnje. Treba je postati pozoren, če so oparjeni deli jasno omejeni in vsi iste stopnje, locirani na otrokovem hrbtu, zadnjici in spodnjih delih telesa. Sumljive so tudi oparine na udih v obliki rokavic ali nogavic, ki običajno nastanejo zaradi potopitve rok ali nog v vročo vodo (7, 12). Opekline, ki nastane zaradi stika z vročim predmetom (npr. likalnik, cigareta) (18), je po navadi ena sama v obliki črte, namerna pa ima obliko celotnega odtisa vročega predmeta. Prav tako so nenamerne opekline običajno na dlaneh, zato so sumljive opekline na hrbtnišču roke (7).

Zdravniki, predvsem travmatologi in zobozdravniki, se vsak dan srečujejo s problemom namernih poškodb otrok (19), zato imajo pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju, prijavljanju in preprečevanju recidivov nasilja nad otroki (6, 18, 20-22). Poznavanje dejavnikov tveganja in poškodb, ki so značilne za nasilje, omogoča zdravnikom, da zgodaj prepoznajo trpinčenega otroka. Pri svojem delu morajo uporabljati primerne tehnike spraševanja, morajo znati prisluhniti in verjeti izjavam svojega pacienta (23-25). Posebno vlogo imajo zobozdravniki, saj je skoraj polovica vseh poškodb zaradi nasilja po drugi osebi v orofacialni regiji (6, 20). Zdravnik naj bi posumil na nasilje nad otrokom, če se teža ali narava poškodbe ne ujema z anamnezo in če je preteklo dolgo časa od nastanka poškodbe do iskanja zdravniške pomoči (3, 15, 21, 26). Dodatno potrdijo sum ugotovljene druge fizične poškodbe, predhodna poročila o nasilju nad otrokom, dejavniki tveganja pri starših in psihosocialni dejavniki tveganja (26, 27). Od zmožnosti prepoznavanja tega pojava s strani zdravstvenih delav-

cev in njihove osveščenosti je odvisno beleženje nasilja nad otroki v zdravstveni statistiki (15).

V Sloveniji so zanemarjanje in surovo ravnanje z mladoletno osebo ter spolni napad na otroka kazniva dejanja (28). Če zdravnik opazi trpinčenje, pomanjkljivo ali kvarno vzgojo otroka s strani njegove družine ali skrbnika, mora nemudoma o tem obvestiti odgovorne institucije, hospitalizirati otroka, ki je potreben zdravniške nege, o diagnozi obvestiti starše oz. skrbnike in po svojih močeh storiti vse za zaščito otroka (29, 30). Zaskrbljujoča je ugotovitev slovenskega javnega tožilstva, da kazniva dejanja nad otroki (poškodbe, spolna zloraba) zdravniki redko prijavljamo, čeprav nas k temu veže zakon (31). Prijava nasilnega dejanja ustrezni instituciji je prvi korak k zdravljenju in pomoči žrtvi, storilcu, družini in vpliva na preprečevanje recidivov.

Glede na izjave javnega tožilstva, da zdravniki redko prijavljamo kazniva dejanja nad otroki, smo se odločili, da v prispevku preverimo, koliko primerov nasilja nad otroki je bilo v zadnjih letih ugotovljenih v zdravstvu in zabeleženih v zdravstveni statistiki. Zanimale so nas tudi značilnosti in okoliščine nastanka poškodb zaradi nasilja nad otroki v Sloveniji. V ta namen smo analizirali podatke, ki jih spremljajo v otroških, šolskih dispanzerjih in v bolnišnicah, ter podatke o umrljivosti.

Material in metode

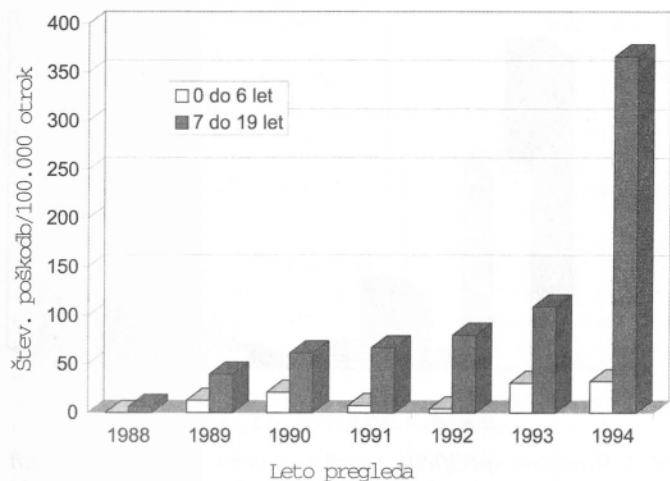
V analizo smo vključili podatke o namernih poškodbah od druge osebe. Iz nacionalnih podatkovnih baz o umrlih in o hospitalizacijah smo izbrali primere, kjer je bila diagnoza zunanega vzroka E960-E969 (Uboj in namerna poškodba od druge osebe), Mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in vzrokov smrti, 9. revizija. Iz podatkov otroških in šolskih dispanzerjev o ugotovljenih boleznih in stanjih pa smo izbrali primere, kjer je bila diagnoza zunanega vzroka E960-E977 (Uboj in namerna poškodba od druge osebe in Zakonske intervencije), Mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in vzrokov smrti, 9. revizija. V obdelavi so zajeti otroci in mladostniki, stari od 0 do 19 let.

Za obdobje 1988-1994 so prikazani podatki o številu umrlih, številu hospitalizacij in številu ugotovljenih namernih poškodb v otroških in šolskih dispanzerjih v Sloveniji ter časovne vrste. Žal za leti 1995 in 1996 ni popolnih podatkov o hospitalizacijah po zunanem vzroku.

Razlike v umrljivosti in stopnji hospitalizacije so prikazane z oceno relativnega tveganja (odds ratio - OR) s 95% intervalom zaupanja, ničelna hipoteza je preverjena s hi-kvadratom. Statistično značilni so rezultati, pri katerih je vrednost p manjša od 0,05.

Podatki o umrlih in hospitalizacijah so obdelani za obdobje 1988-1994 s statističnim programom SPSS na operacijskem sistemu UNIX, statistični izračuni ocene relativnega ogrožanja, hi-kvadrata in p vrednosti pa so narejeni s statističnim programom EPI-INFO5.

Vir podatkov o umrlih je Baza podatkov o umrlih, Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije (Zdravniško poročilo o smrti in vzroku smrti ter obrazec DEM2, Statistični urad R Slovenije). Podatki o hospitalizacijah izvirajo iz nacionalne Zbirke podatkov o hospitalizacijah zaradi poškodb in zastupitev, Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije (List poškodovanca). Podatke o številu ugotovljenih namernih poškodb otrok v otroških dispanzerjih smo dobili iz Poročila o boleznih in stanjih v službi otroškega varstva (Obr. 3-03-70b), podatke o številu ugotovljenih namernih poškodb otrok in mladine v šolskih dispanzerjih pa iz Poročila o boleznih in stanjih, ugotovljenih v službi varstva šolskih otrok in mladine (Obr. 3-04-70b). Vir podatkov o stalnih prebivalcih Slovenije je Centralni register prebivalstva R Slovenije, Statistični urad R Slovenije.



Sl. 1. V ordinacijah predšolskega in šolskega dispanzerja ugotovljene namerne poškodbe otrok (0-19 let) od druge osebe (E960-977) po letu pregleda in starosti, Slovenija, 1988-1994.

Fig. 1. In primary care child health clinics and community school children health services diagnosed intentional injuries (E960-977) to children (0-9 years) by year of attendance and age, Slovenia, 1988-1994.

Rezultati

V obdobju 1988-94 je bilo v Sloveniji v predšolskih in šolskih dispanzerjih ugotovljenih letno povprečno 415 namernih poškodb od druge osebe, 158 otrok in mladostnikov je bilo hospitaliziranih, pet pa jih je umrlo.

Namerne poškodbe od druge osebe, ugotovljene v otroških in šolskih dispanzerjih

V obdobju 1988-1994 je bilo v otroških dispanzerjih ugotovljenih 177 poškodb (15,1/100.000 otrok, starih od 0 do 6 let), v šolskih dispanzerjih pa 2728 (103,0/100.000 otrok, starih od 7 do 19 let) poškodb zaradi nasilja od druge osebe.

Število ugotovljenih poškodb zaradi nasilja od druge osebe pri predšolskih in šolskih otrocih ter mladostnikih v zadnjih sedmih letih (1988-1994) narašča, velik porast je viden v letu 1994 (sl. 1).

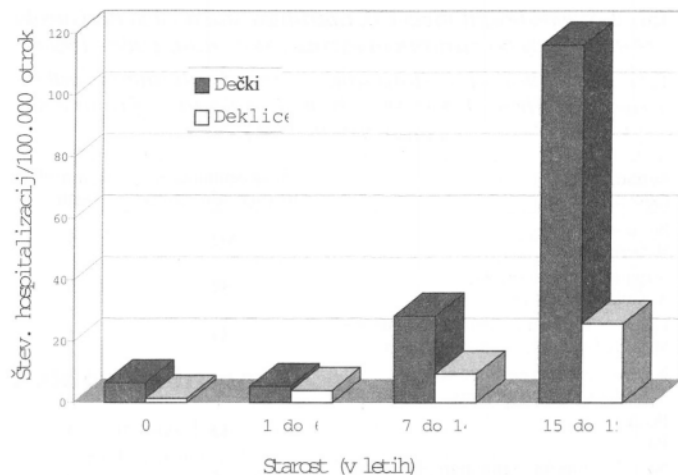
Hospitalizirani otroci in mladostniki

V obdobju 1988-94 je bilo v Sloveniji zaradi namernih poškodb od druge osebe hospitaliziranih 1106 otrok in mladostnikov (28,9/100.000 otrok, starih od 0 do 19 let).

Stopnja hospitalizacije je bila najvišja v starosti od 15 do 19 let (72,1/100.000 mladostnikov, starih 15 do 19 let; fantje: 116,3/100.000 fantov, starih od 15 do 19 let; dekleta: 25,8/100.000 deklet, starih od 15 do 19 let). Mladostniki so petkrat bolj kot mlajši otroci izpostavljeni nevarnosti, da bodo hospitalizirani zaradi poškodb, povzročenih zaradi nasilja (OR = 5,55 [4,88-6,30]), $p < 0,001$. V vseh starostnih skupinah so imeli dečki višje stopnje hospitalizacije kot deklice (sl. 2), pri čemer imajo dečki trikrat večjo možnost od deklic, da dobijo tako hude poškodbe zaradi nasilja, da je potrebna hospitalizacija (OR = 3,72 [3,21-4,31]), $p < 0,001$.

Po naravi poškodbe so prevladovali udarnine (36,3%), zlomi kosti glave (26,5%), odprte rane glave (11,1%) in intrakranialne poškodbe brez zloma lobanje (8,7%) (tab. 1). Med udarninami so bile najpogostejše udarnine obraza in glave (58,2%), oči (18,6%) ter trebuha (9,2%).

Najpogostejši zunanji vzrok je bilo pretepanje (86,8%). Pri 12 hospitalizacijah je bila kot zunanji vzrok zabeležena spolna zloraba oz. posilstvo (tab. 2).



Sl. 2. Stopnja hospitalizacije otrok (0-19 let) zaradi namernih poškodb po drugi osebi (E960-969) po starosti in spolu, Slovenija, 1988-1994.

Sl. 2. Hospital admission rate of children (0-19 years) due to intentional injuries (E960-969) by age and gender, Slovenia 1988-1994.

Tab. 1. Število hospitalizacij in umrlih zaradi nasilja nad otroki (E960-969) po naravi poškodbe, Slovenija, 1988-1994.

Tab. 1. Hospital admissions and deaths due to intentional injuries to children (E960-969) by the kind of injury, Slovenia 1988-1994.

Narava poškodbe Kind of injury	Št. hospitalizacij Hospital admissions	Št. umrlih Deaths
Udarnina Contusion	401	0
Zlom kosti glave Fracture of skull	293	5
Odperta rana glave Open wound of head	123	0
Intrakranialna poškodba Intracranial injury	96	4
Zlom zgornjega uda Fracture of upper limb	32	0
Odperta rana zgornjega uda Open wound of upper limb	21	0
Zastrupitev z nemed. sredstvi Poisoning by nonmedicinal substances	19	3
Površinska poškodba Superficial injury	18	0
Poškodba notranjih organov Injury to internal organs	15	7
Drugo Other	88	14
Skupaj Total	1106	33

Najvišja stopnja hospitalizacije v opazovanem obdobju je bila v regiji Maribor (72,2/100.000 otrok, starih 0-19 let, v regiji), najnižja pa v regiji Ljubljana (5,7/100.000 otrok, starih 0-19 let, v regiji) (tab. 3).

V zadnjih sedmih letih (1988-1994) je viden porast stopnje hospitalizacije po letu 1991 in še bolj v letu 1994 (tab. 4).

Umrli otroci in mladostniki

V obdobju 1988-94 je v Sloveniji zaradi namernih poškodb od druge osebe umrlo 33 otrok in mladostnikov (0,86/100.000 otrok, starih od 0 do 19 let). To predstavlja 3,7% vseh otrok in

Tab. 2. Število hospitalizacij in umrlih zaradi nasilja nad otroki (E960-969) po zunanjem vzroku, Slovenija, 1988-1994.

Tab. 2. Hospital admissions and deaths due to intentional injuries to children (E960-969) by external cause of injury, Slovenia, 1988-1994.

Zunanji vzrok External cause	Št. hospitalizacij Hospital admissions	Št. umrlih Deaths
Pretepanje Battering	962	5
Napad s strelnim orožjem Assault by firearms	39	4
Udarec s topim ali vrženim predmetom Striking by blunt or thrown object	34	1
Napad z ostrim predmetom Assault by cutting or piercing instrument	23	6
Posilstvo Rape	12	1
Napad z dimom, ognjem in plamenom Assault by smoke and fire	5	0
Napad z zastrupitvijo Assault by poisoning	4	0
Napad z davljenjem Assault by strangulation	1	9
Drugi označeni načini Other specified means	21	4
Neoznačeni načini Unspecified means	3	1
Skupaj Total	1106	33

Tab. 3. Stopnja hospitalizacije (število hospitalizacij/100.000 otrok, starih 0-19 let) in specifična umrljivost (število umrlih/100.000 otrok, starih 0-19 let) zaradi nasilja nad otroki (E960-969) po regiji stalnega bivališča, Slovenija, 1988-1994.

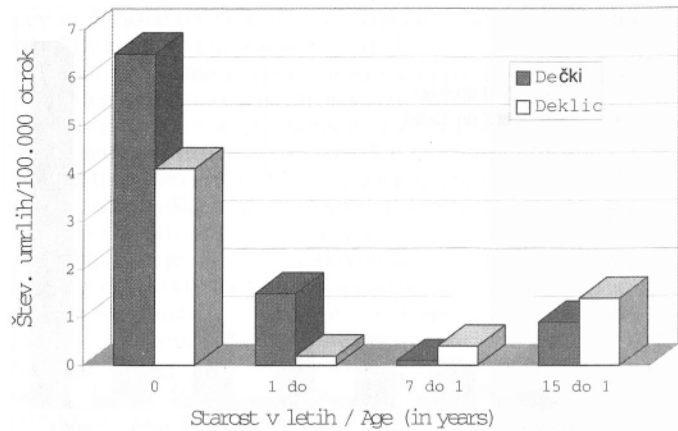
Tab. 3. Hospital admission rate (hospital admissions/100,000 children aged 0-19 years) and specific mortality rate (deaths/100,000 children aged 0-19 years) due to intentional injuries to children (E960-969) by region of residence, Slovenia, 1988-1994.

Region of residence Regija stalnega bivališča	Hospital admission rate Stopnja hospitalizacije	Specifična umrljivost Specific mortality rate
Celje	35,7	1,5
N. Gorica	18,3	1,6
Koper	19,8	1,2
Kranj	13,0	1,3
Ljubljana	5,7	0,4
Maribor	72,2	1,3
M. Sobota	33,7	0,4
N. mesto	18,0	0,4
Ravne	53,2	0,0
Slovenija	28,9	0,9

Tab. 4. Stopnja hospitalizacije (število hospitalizacij/100.000 otrok, starih 0-19 let) in specifična umrljivost (število umrlih/100.000 otrok, starih 0-19 let) zaradi nasilja nad otroki (E960-969) po letu hospitalizacije oz. smrti, Slovenija, 1988-1994.

Tab. 4. Hospital admission rate (hospital admissions/100,000 children aged 0-19 years) and specific mortality rate (deaths/100,000 children aged 0-19 years) due to intentional injuries to children (E960-969) by year of admission and death, Slovenia, 1988-1994.

Leto Year	Stopnja hospitalizacije Hospital admission rate	Specifična umrljivost Specific mortality rate
1988	21,7	0,88
1989	21,9	0,71
1990	23,3	0,90
1991	32,8	0,73
1992	29,9	0,56
1993	31,6	0,76
1994	42,7	1,54



Sl. 3. Starostno specifična umrljivost otrok (0-19 let) zaradi namernih poškodb od druge osebe (E960-969) po starosti in spolu, Slovenija, 1988-1994.

Sl. 3. Age specific mortality of children (0-19 years) due to intentional injuries (E960-969) by age and gender, Slovenia, 1988-1994.

mladostnikov, ki so umrli zaradi vseh nenamernih in namernih poškodb ter zastrupitev.

Starostno specifična umrljivost zaradi namernih poškodb od druge osebe je bila največja pri dojenčkih (5,3/100.000 otrok, starih manj kot 1 leto; dečki: 6,5/100.000 dečkov, starih manj kot 1 leto; deklice: 4,1/100.000 deklic, starih manj kot 1 leto) (sl. 3). Dojenčki so sedemkrat bolj kot starejši otroci izpostavljeni nevarnosti, da bodo umrli zaradi poškodb, ki jim jih povzročijo druge osebe (OR = 7,81 [3,25-18,14]), $p < 0,001$. Med dojenčki in predšolskimi otroki so imeli višjo stopnjo umrljivosti dečki, med šolskimi otroki in mladostniki pa deklice. Dečki, stari od 0 do 6 let, so v trikrat večji nevarnosti, da bodo umrli zaradi nasilnih poškodb kot deklice iste starosti (OR = 3,09 [0,94-11,2]), $p = 0,04$. Deklice, stare od 7 do 19 let, so v skoraj dvakrat večji nevarnosti, da bodo umrle zaradi nasilja od druge osebe kot dečki iste starosti (OR = 1,75 [0,59-5,41]), vendar razlika ni statistično značilna.

Po naravi poškodb so prevladovala poškodba glave (9 od 33) in poškodbe notranjih organov (7 od 33) (tab. 1). Najpogostejši zunanji vzrok je bilo zadavljenje (9 od 33) in napad z ostrim predmetom (6 od 33). Spolna zloraba oz. posilstvo je bilo kot zunanji vzrok smrti zabeleženo v 1 primeru (tab. 2).

Najvišja umrljivost je bila v regiji Nova Gorica (1,6/100.000 otrok, starih 0-19 let, v regiji), v regiji Ravne pa smrtnih primerov ni bilo (tab. 3).

V zadnjih sedmih letih (1988-1994) je viden opazen porast umrljivosti v letu 1994 (tab. 4).

Razpravljanje

Za prikaz poškodb zaradi nasilja nad otroki, ki so jih ugotovili in zabeležili v zdravstvu, smo želeli analizirati podatke, ki jih spremljajo v vseh ordinacijah osnovnega zdravstva, specialističnih ambulantah, podatke o hospitalizacijah in umrljivosti. Žal smo ugotovili, da v splošnih in specialističnih ordinacijah ne spremljajo zunanega vzroka poškodb, zato podatkov iz omenjenih ordinacij nismo mogli vključiti v analizo. Izkazalo se je tudi, da se podatki v otroških in šolskih dispanzerjih spremljajo na tak način, da so skupini poškodb zaradi uboja in nasilja od druge osebe dodane tudi poškodbe, ki so nastale v času zakonitih posredovanj, npr. s strani policije (E970-977). Vendar omenjene metodološke pomanjkljivosti ne vplivajo bistveno na reprezentativnost podatkov.

V Sloveniji so posledice nasilja najtežje pri najmlajših otrocih, saj je stopnja umrljivosti največja pri dojenčkih, kar opisujejo tudi tuji avtorji (4, 10). Manj težke poškodbe, ki zahtevajo hospitalizacijo ali samo pregled v primarnem zdravstvenem varstvu, pa so bile zabeležene predvsem med mladostniki. Otroci, ki so pri nas umrli zaradi nasilja, so imeli največkrat poškodbe glave in poškodbe notranjih organov, kar opazajo tudi različni viri v ZDA in Avstraliji (6–8, 10, 13). Pri smrtno poškodovanih otrocih so bili ugotovljeni predvsem zlomi kosti glave in intrakranialne poškodbe brez zloma lobanje, pri hospitaliziranih pa zlomi kosti glave, udarnine obraza in glave in odprte rane glave. S preventivnega stališča bi bilo pomembno vedeti, ali je tudi v Sloveniji stresanje otroka glavni vzrok za intrakranialne poškodbe pri dojenčkih, kot to opisujejo tuji avtorji (10, 14), vendar tega podatki nacionalne statistike ne omogočajo. Podobno kot v ZDA (7) so tudi pri nas poškodbe notranjih organov drugi vodilni vzrok umrljivosti trpinčenih otrok.

V ZDA opisujejo, da je 26% vseh hospitalizacij zaradi opeklin namerno povzročenih, največkrat gre za oparine (32, 33). V Sloveniji je bil v obdobju 1988–94 zabeležen manj kot en sprejem v bolnišnico zaradi namernih opeklin letno (12, 34). To je zelo nizka številka v primerjavi z okrog 190 otroki, ki so vsako leto hospitalizirani zaradi opeklin (35), kar lahko pomeni, da pri nas ni veliko namernih opeklin ali pa je beleženje podatkov o zunanem vzroku neustrezno.

V Sloveniji je bilo v sedemletnem obdobju zabeleženih 12 hospitalizacij in ena smrt zaradi posilstva. Spolno nasilje nad otroki je še posebno težko diagnosticirati. V mnogih primerih je storilec otroku znan, incident pa je manj nasilen kot pri posilstvu. Zaradi tega pogosto ni vidnih znakov nasilja, kot npr. krvavitev ali poškodb tkiva, ali pa se anogenitalne poškodbe že zacelijo, preden otrok pride do zdravnika. Otroci si le redko izmislijo zgodbe o spolni aktivnosti. Zato je najpomembnejši dokaz, ki ga je treba upoštevati in kaže na spolno zlorabo, izjava otroka, čeprav otrok pogosto ne zna jasno opisati, kaj se je zgodilo (7, 25).

Med posameznimi slovenskimi območji so velike razlike v podatkih o umrljivosti in stopnji hospitalizacije zaradi nasilja od druge osebe. Razlog je lahko v različni stopnji ozaveščenosti, prepoznavanja in beleženja posledic, lahko pa gre za dejanske razlike v pojavnosti nasilja nad otroki od druge osebe. Z dodatno raziskavo bi lahko razjasnili vzroke za razlike v pojavnosti namernih poškodb med posameznimi zemljepisnimi območji, kar je pomembno za pripravo učinkovitih preventivnih posegov (36).

Podatki tožilstva in policije kažejo le na najhujše primere, zato ima za oceno razsežnosti pojava nasilja nad otroki v slovenskem prostoru velik pomen dobra zdravstvena statistika. Kakovost podatkov o nasilju nad otroki je odvisna od znanja zdravstvenih delavcev, ki je potrebno za prepoznavanje tega pojava in pravilno beleženje za zdravstveno statistiko. Kadar se v statistični zbirki spremljata narava poškodbe in zunanji vzrok, je pravilno, da se poškodba zaradi nasilja od druge osebe označi z dvema diagnozama: z diagnozo narave poškodbe (N800–N999, MKB-9) oziroma (S00–T98, MKB-10), ki označuje poškodbo, ki smo jo klinično ugotovili, ter z diagnozo zunanega vzroka (E960–E969, MKB-9) oziroma (X85–Y09, MKB-10), ki označuje nasilje od druge osebe kot vzrok za poškodbo.

V Sloveniji sta se umrljivost otrok in stopnja pregledanih otrok v ambulantah primarnega zdravstvenega varstva zaradi nasilja od druge osebe povečali predvsem v letu 1994. Stopnja hospitalizacije pa kaže trend rasti v zadnjih sedmih letih. Na podlagi teh podatkov ne moremo reči, da se število posledic nasilnih dejanj od druge osebe povečuje. V ZDA so prišli do spoznanja, da je povečanje stopnje prijav nasilja posledica povečane stopnje prepoznavanja s strani zdravnikov in ne toliko posledica dejanskega povečanja prevalence (37). To po-

meni, da so slovenski zdravniki in drugo zdravstveno osebje postali bolj pozorni na primere trpinčenja otrok in so to tudi zabeležili v zdravstveni statistiki (12, 34). Še bolj pomembno pa je, da zdravniki, ki imajo možnost zaznati nasilje nad otrokom že zelo zgodaj, to sporočijo socialni službi oz. pristojnim organom pregona (18). Zdravniki in drugi zdravstveni delavci pri tem ne prekršijo svojih temeljnih poklicno-etičnih norm (3, 38). Poklicna molčečnost jih zavezuje v razmerju do pacienta (se pravi otroka), ne pa v razmerju do drugih (npr. staršev), poleg tega je zdravstveni delavec odvarstva skrivnosti, če je to nujno za bolnika, družino ali družbo (38).

Zaključki in predlogi

Rezultati analize kažejo, da sta najbolj ogroženi skupini otrok dojenčki, ki imajo najvišjo umrljivost, in mladostniki, ki imajo najvišjo stopnjo hospitalizacije.

Poznavanje značilnosti namernih poškodb in dejavnikov tveganja za njihov nastanek omogoča zdravnikom, da zgodaj prepoznajo trpinčenega otroka. Prijava nasilnega dejanja socialni službi oz. pristojnim organom pregona je prvi korak k zdravljenju in pomoči žrtvi, storilcu, družini in vpliva na preprečevanje recidivov. Zdravniki bi se morali vključiti tudi v stalne delovne skupine strokovnjakov, ki bi razreševale zgodaj odkrite primere nasilja v družini. Trpinčenje otroka je pogojeno s številnimi vzroki in se pojavlja v različnih oblikah, zato je tudi preprečevanje in zdravljenje uspešno le ob sodelovanju strokovnjakov z različnih področij. Multidisciplinarnе skupine bi morale povezati zdravstvo s službami s področja sociale, policije, sodstva, vzgoje in izobraževanja ter nevladnimi organizacijami (18).

Potrebna bi bila dodatna raziskava, ki bi razjasnila vzroke za razlike v umrljivosti in stopnji hospitalizacije med posameznimi slovenskimi območji, rezultati pa bi bili osnova za dodatno izobraževanje zdravnikov. Glavni namen izobraževanja bi bil izboljšati prepoznavanje in beleženje nasilja nad otroki, predvsem pa bi bilo treba opredeliti ustaljeni način, kako sporočati o sumu na nasilje ustrezni instituciji.

Zahvala

Zahvaljujemo se doc. dr. Igorju Švabu za prijazno pomoč in predloge pri nastajanju članka.

Literatura

1. Wishner AR, Schwarz DF, Grisso JA, Holmes JH, Sutton RL. Interpersonal violence-related injuries in an African-American community in Philadelphia. *Am J Public Health* 1991; 81: 1474–6.
2. Waxweiler RJ, Rosenberg ML, Fenley MA. Injury control in the 1990s. A national plan for action. A report to the second world conference on injury control, May 1993.
3. Kornhauser P. Trpinčen otrok. Klinična bolnišnica za pediatrijo. VI. Derčevi dnevi. *Med Razgl* 1979; 18: Suppl 1: 159–70.
4. Peterson L, Brown D. Integrating child injury and abuse-neglect research: common histories, etiologies, and solutions. *Psychol Bull* 1994; 116: 293–315.
5. Valentinčič D. Izkušnje socialne službe pri obravnavah trpinčenih otrok in njihovih družin. In: Trpinčen otrok. Kako prepoznati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok. Razširjeni zbornik 2. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti. Ljubljana: MERIDIANA d. o. o., 1997: 90–101.
6. McDowell JD, Kassebaum DK, Stromboe SE. Recognizing and reporting victims of domestic violence. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 44–50.
7. Devlin BK, Reynolds E. Child abuse. How to recognize it, how to intervene. *Am J Nurs* 1994; 94: 26–31.
8. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995; 95: 259–62.
9. Zupančič E. Socialne značilnosti družine trpinčenega otroka. Klinična bolnišnica za pediatrijo. VI. Derčevi dnevi. *Med Razgl* 1979; 18: Suppl 1: 177–82.
10. De Silva S, Oates RK. Child homicide - the extreme of child abuse. *Med J Aust* 1993; 158: 300–1.

11. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R. Medical and developmental histories of maltreated children. *Clin Pediatr (Phila)* 1992; 31: 536-41.
12. Kornhauser P. Trpinčen otrok. In: Ocenjevanje telesnih poškodb. 2. memorialni sestanek akademika Janeza Milčinskega. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za sodno medicino, 1996: 111-34.
13. Committee on child abuse and neglect. Shaken baby syndrome: inflicted cerebral trauma. *Pediatrics* 1993; 92: 872-5.
14. Hargrave DR, Warner DP. A study of child homicide over two decades. *Med Sci Law* 1992; 32: 247-50.
15. Leventhal JM, Thomas SA, Rosenfield NS, Markowitz RI. Fractures in young children. Distinguishing child abuse from unintentional injuries. *Am J Dis Child* 1993; 147: 87-92.
16. Thomas SA, Rosenfield NS, Leventhal JM, Markowitz RI. Long bone fractures in young children: distinguishing accidental injuries from child abuse. *Pediatrics* 1991; 88: 471-6.
17. Kleinman PK, Marks SC, Spevak MR, Richmond JM. Fractures of the rib head in abused infants. *Radiology* 1992; 185: 119-23.
18. Kornhauser P. Hude oblike fizičnega trpinčenja otrok. In: Trpinčen otrok. Kako prepoznavati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok. Razširjeni zbornik 2. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti. Ljubljana: MERIDIANA d. o. o., 1997: 22-51.
19. Willging JP, Bower CM, Cotton RT. Physical abuse of children. A retrospective review and an otorinolaryngology perspective. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118: 584-90.
20. Da Fonseca MA, Feigal RJ, Bense RW. Dental aspects of 1248 of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent* 1992; 14: 152-7.
21. Saalfeld U, Meenen NM, Helmke K, Dallek M, Jungbluth KH. Child abuse - A surgical analysis. *Chirurg* 1993; 64: 931-7.
22. Hyden PW, Gallagher TA. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39: 1053-81.
23. Levitt CJ. Medical evaluation of the sexually abused child. *Prim Care* 1993; 20: 343-54.
24. Mikuš-Kos A. Psihosocialni vidiki trpinčenja otrok. In: Trpinčen otrok. Kako prepoznavati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok. Razširjeni zbornik 2. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti. Ljubljana: MERIDIANA d. o. o., 1997: 52-89.
25. Bašič K. Spolni napad na otroka. In: Trpinčen otrok. Kako prepoznavati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok. Razširjeni zbornik 2. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti. Ljubljana: MERIDIANA d. o. o., 1997: 130-79.
26. Hammond J, Perez-Stable A, Ward CG. Predictive value of historical and physical characteristics for the diagnosis of child abuse. *Southern Med J* 1991; 84: 166-8.
27. Goldstein B, Kelly MM, Bruton M, Cox C. Inflicted versus accidental head injury in critically injured children. *Crit Care Med* 1993; 21: 1328-32.
28. Kazenski zakonik Republike Slovenije. Ur. l. RS 1994; 63: 3471-80.
29. Lovšin J. Sodnomedicinska vprašanja ob trpinčenih otrocih. Klinična bolnišnica za pediatrijo. VI. Derčevi dnevi. *Med Razgl* 1979; 18: Suppl 1: 183-6.
30. Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. *ISIS* 1995; 4: 21-7.
31. Breclj-Kobe M. Preprečevanje nasilja: slovenski komentar. *JAMA (Slov)* 1995; 5: 11-2.
32. Hummel RP 3d, Greenhalgh DG, Barthel PP, DeSerna CM, Gottschlich MM, James LE, Warden GD. Outcome and socioeconomic aspects of suspected child abuse scald burns. *J Burn Care Rehabil* 1993; 14: 21-6.
33. Renz BM, Sherman R. Child abuse by scalding. *J Med Assoc Ga* 1992; 81: 574-8.
34. Rok-Simon M, Obersnel-Kveder D, Toplak-Ostan M. V zdravstvu zabeleženo nasilje nad otroki. In: Trpinčen otrok. Kako prepoznavati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok. Razširjeni zbornik 2. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti. Ljubljana: MERIDIANA d. o. o., 1997: 222-9.
35. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravstveni statistični letopis, Slovenija, 1988-1994. *Zdrav Var* 1988-1994.
36. McClain PW, Sacks JJ, Ewigman BG, Smith SM, Mercy JA, Snizek JE. Geographic patterns of fatal abuse or neglect in children younger than 5 years old, United States, 1979 to 1988. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148: 82-6.
37. Leventhal JM, Horwitz SM, Rude C, Stier DM. Maltreatment of children born to teenage mothers: a comparison between the 1960s and 1980s. *J Pediatr* 1993; 122: 314-9.
38. Selih A. Pojav trpinčenja otrok in poklicno-etična vprašanja vloge medicinske sestre. *Zdrav Obzor* 1989; 23: 21-9.

Strokovni prispevek/Professional article

BAKTERIJSKA POSLABŠANJA KRONIČNE OBSTRUKTIVNE PLJUČNE BOLEZNI (KOPB) IN OBČUTLJIVOST ZA ANTIBIOTIKE

BACTERIAL EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) AND SENSITIVITY FOR ANTIBIOTICS

Andrej Debeljak, Ema Mušič, Marko Kumelj

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

Prispelo 1998-01-26, sprejeto 1998-03-30; ZDRAV VESTN 1998; 67: 285-8

Ključne besede: akutno poslabšanje kroničnega bronhitisa; bakterijske kulture sputuma; občutljivost za antibiotike; zdravljenje

Izvleček – Izhodišča. Cilj naše študije je bil ugotoviti bakterijske vrste, ki so najverjetneje povzročile akutna poslabšanja in njihovo občutljivost na antibiotike pri bolnikih s KOPB, sprejetih v našo bolnišnico v letu 1995.

Metode. Retrospektivno smo pregledali bakteriološke kulture sputumov in občutljivosti pri 191 bolnikih s hudimi poslabšanji KOPB. Bilo je 142 moških in 49 žensk, starih 70±9 let. Bolniki so bili poslani v bolnišnico, ker zdravljenje doma ni bilo uspešno.

Rezultati. Med 315 poslabšanji bolezni smo verjetno patogene mikroorganizme izolirali 249-krat. Ugotovili smo naslednje povzročitelje: *Streptococcus pneumoniae* pri 78 (41%), *Haemophilus influenzae* in *parainfluenzae* pri 53 (28%), *Moraxella catarrhalis* pri 31 (16%), *Pseudomonas aeruginosa* pri 43 (23%) in *Staphylococcus aureus* pri 32 (17%) bolnikih. Klindamicin, cefotaksim, amoksicilin, amoksicilin/klavulanska kislina, ampicilin/sulbaktam, amoksicilin s klavulansko kislino, azitromicin so bili *in vitro* učinkoviti proti povzročitelju *Streptococcus pneumoniae* pri 73-60 sevih (99%-81%). Ciprofloksacin, pefloksacin, cefuroksim, ampicilin/sulbaktam, amoksicilin s klavulansko kislino, azitromicin so bili *in vitro* učinkoviti proti povzročitelju *Haemophilus influenzae* pri 48-41 sevih (100%-85%). Amoksicilin/klavulanska kislina, ampicilin/sulbaktam, cefotaksim, cefuroksim in roksitromicin so bili *in vitro* učinkoviti pri vseh 28 sevih povzročitelja *Moraxella catarrhalis* (100%). Azitromicin, ciprofloksacin in pefloksacin so bili učinkoviti proti isti bakteriji pri 27-25 sevih (96%-89%). Od 36-25 sevov (88%-61%) povzročitelja *Pseudomonas aeruginosa* je bilo *in vitro* občutljivih za ceftazidim, imipenem, azlocilin, amikacin in ciprofloksacin, ter 30-17 sevov (100%-57%) povzročitelja *Staphylococcus aureus* je bilo občutljivih za vankomicin, netilmicin, ceftazidim, cefazolin, cefuroksim in gentamicin.

Zaključki. Amoksicilin s klavulansko kislino je pri poslabšanih težjih stopenj KOPB antibiotik prve izbire. Kadar je verjetna infekcija z *Moraxella catarrhalis*, so učinkoviti tudi makrolidi in kinoloni. Stopnja KOPB je pomembna pri izkustveni izbiri antibiotika. Pri hudih poslabšanjih te bolezni je potrebno bakteriološko pregledati sputum.

Key words: acute exacerbation of chronic bronchitis; sputum bacteriological cultures; susceptibility to antibiotics; therapy

Abstract – Background. The aim of our study was to find out the bacterial species responsible for acute bacterial exacerbations and their susceptibility to antibiotics in patients with COPD admitted to our hospital in the year 1995.

Methods. Retrospectively we analysed sputum bacteriologic cultures and sensitivities in 191 patients with severe exacerbations of COPD. Among them there were 142 males and 49 females, aged 70±9. Patients were referred to hospital due to home management failure.

Results. Two hundred forty-nine potential pathogens were recovered during 315 bacterial exacerbations. We confirmed *Streptococcus pneumoniae* in 78 (41%), *Haemophilus influenzae* and *parainfluenzae* in 53 (28%), *Moraxella catarrhalis* in 31 (16%), *Pseudomonas aeruginosa* in 43 (23%) and *Staphylococcus aureus* in 32 (17%) of patients. Clindamycin, cefotaxim, amoxicillin, amoxicillin/clavulanic acid, penicillin were *in vitro* active against *Streptococcus pneumoniae* in 73-60 cases (99%-81%). Ciprofloxacin, pefloxacin, cefuroxim, ampicillin/sulbactam, amoxicillin/clavulanic acid and azitromycin were efficient *in vitro* against *Haemophilus* species in 48-41 cases (100%-85%). Amoxicillin/clavulanic acid, ampicillin/sulbactam, cefotaxim, cefuroxim and roxitromycin were *in vitro* effective against *Moraxella catarrhalis* in all 28 cases (100%). Azitromycin, ciprofloxacin and pefloxacin were active to the same bacteria in 27-25 cases (96%-89%). *Pseudomonas aeruginosa* was *in vitro* sensitive for ceftazidime, imipenem, azlocillin, amikacin and ciprofloxacin in 36-25 cases (88%-61%). Efficiency for *Staphylococcus aureus* was in 30-17 cases (100%-57%) for vancomycin, netilmicin, ceftazidime, cefazolin, cefuroxime, and gentamicin.

Conclusions. Amoxicillin/clavulanic acid is the antibiotic of the first choice in patients with severe, acute exacerbation of COPD. When infection with *Moraxella catarrhalis* is suspected, macrolides and kinolones are efficient as well. Assessment of stage is of great importance for empirical choice of antibiotics. In severe exacerbations of COPD cultures of sputum are necessary.

Uvod

Diagnozo akutnega poslabšanja KOPB napravimo na osnovi pogostejšega kašljanja, povečanega izkašljevanja gnojnega sputuma in dispnoe. Sputum je lahko včasih bolj gost in vlečljiv (1).

Poleg bakterijskega ali virusnega bronhitisa so lahko vzroki za poslabšanje še pljučnica, popuščanje desnega ali levega srca, pljučna trombembolija, pnevmotoraks, nepravilno zdravljenje s kisikom ali zdravili, druge spremljajoče bolezni, končno stanje KOPB in slabo stanje prehranjenosti (2). Poleg tega lahko poslabša stanje bolnika s KOPB tudi vdihavanje dražljivih plinov ali alergenov, cigaretne dima, pitje alkoholnih pijač, manjša vlaga v zraku zaradi centralne kurjave pozimi ali splošna anestezija (3).

Pomen bakterijskega vnetja pri bolnikih s KOPB ni povsem jasn. Verjetno je bakterijsko vnetje pomembno za poslabšanja bronhitisa in njegovo kroničnost (4).

Cilj naše študije je bil ugotoviti, katere bakterijske vrste so najpogostejši povzročitelji poslabšanj naših bolnikov s KOPB in kakšna je njihova občutljivost na antimikrobna sredstva. Zanimalo nas je, kdaj je potrebno delati kulture sputuma pri bolnikih s KOPB. Želeli smo ugotoviti, kateri antibiotiki so najbolj primerni za zdravljenje bakterijskih poslabšanj pri bolnikih s KOPB v Sloveniji.

Material in metode

Študija je bila retrospektivna. Pregledali smo dokumentacijo 315 zdravljenj 191 bolnikov s KOPB, ki so bili poslani v našo bolnišnico leta 1995. S pomočjo računalniškega sistema smo ugotavljali izolirane mikroorganizme in njihovo občutljivost na testirana antimikrobna sredstva.

Bolniki so bili sprejeti zaradi neuspešnega zdravljenja poslabšanja KOPB na domu. Sto deset (58%) bolnikov je bilo trajno zdravljenih s kisikom na domu. Bilo je 142 moških in 49 žensk, starih 70±9 let. Sto trinajst bolnikov je bilo zdravljenih v bolnišnici enkrat, 48 dvakrat, 20 trikrat, 6 štirikrat in po dva bolnika petkrat in šestkrat.

Poleg poslabšanja bronhitisa smo pri 26 bolnikih (14%) našli tudi pljučnico, pri 73 bolnikih (38%) popuščanje kroničnega pljučnega srca, pri 44 (23%) popuščanje levega prekata in pri dveh bolnikih (1%) pljučno trombembolijo. Pri 28 bolnikih (15%) smo ugotavljali plevralne in pljučne posttuberkulozne brazgotinske spremembe. Osemnajst bolnikov (9%) je imelo izvenpljučne maligne bolezni.

Forsirana vitalna kapaciteta je bila 1870±720 ml in forsiran ekspiratorni volumen na sekundo je bil 840±1040 ml. Plinska analiza arterijske krvi bolnikov, ki so prejeli kisik, je pokazala pH 7,37±0,075, PaO₂ 9,34±3,04 kPa, PaCO₂ 8,33±2,56 kPa in pri bolnikih, ki niso prejeli kisika, pH 7,39, PaO₂ 7,82±1,54 kPa, PaCO₂ 6,49±1,52 kPa.

V času zdravljenja v bolnišnici je 136 bolnikov (71%) prejelo kisik. Osemindeset bolnikov (20%) je potrebovalo mehnično ventilacijo. Umrlo je 19 bolnikov (10%).

Mikroskopsko in bakteriološko smo pregledovali vzorce zgodnjega jutranjega sputuma. Za ustrezen vzorec smo smatrali sputum, ki je bil na izgled gnojen, mikroskopsko z malo povečavo pa smo našli manj kot 25 ploščatih epitelijskih celic in prevladujoče nevtrofilne granulocite ali vsaj enako število epitelijskih celic in nevtrofilnih granulocitov (5). Osamitev bakterij smo opravljali z običajnimi metodami kulture, za njihovo občutljivost na antimikrobna sredstva pa z difuzijskimi metodami s standardnimi diski (6).

Rezultati

Med 315 sprejeti 191 bolnikov s KOPB smo izolirali 249 patogenih mikroorganizmov, ki so bili verjeten vzrok poslabšanja. V istem vzorcu smo našli tudi več bakterij. Najpogosteje smo našli povzročitelja *Streptococcus pneumoniae* pri 78 bolnikih (41%) ali 25% sprejemov. Vrsto *Haemophilus* smo potrdili v sputumu pri 53 bolnikih (28%) ali 17% sprejemov, vrsto *Pseudomonas* pri 43 bolnikih (23%) ali 14% sprejemov, *Staphylococcus aureus* pri 32 bolnikih (17%) ali 10% sprejemov, *Moraxella catarrhalis* pri 31 bolnikih (16%) ali 10% sprejemov, *Klebsiella pneumoniae* pri 8 bolnikih (4%) ali 3% sprejemov in *Neisseria sicca* pri 4 bolnikih (2%) ali 1% sprejemov.

Druge bakterijske vrste, za katere smo menili, da klinično niso pomembne, so bile: *Acinetobacter calcoaceticus*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter agglomerans*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis* in *Proteus vulgaris*.

Teste občutljivosti prikazujemo na naslednjih tabelah. Upoštevati smo le najpogosteje izolirane mikroorganizme in tista antimikrobna sredstva, na katera so izolirane bakterijske vrste imele najvišji odstotek občutljivosti.

Tab. 1. Uspešni občutljivostni testi pri klinično pomembnih izoliranih bakterijskih sevih.

Tab. 1. Successful susceptibility tests to clinically significant isolated bacterial species.

Bakterijska vrsta Bacterial species	Število bolnikov Number of patients	Uspešni testi občutljivosti Successful susceptibility tests
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	78	74
<i>Haemophilus species</i>	53	48
<i>Moraxella catarrhalis</i>	31	28
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	43	41
<i>Staphylococcus aurea</i>	32	30

Na naslednjih tabelah prikazujemo občutljivost najpogosteje izoliranih bakterijskih vrst.

Tab. 2. Občutljivost *Streptococcus pneumoniae* na antimikrobna sredstva (74).

Tab. 2. *Streptococcus pneumoniae* susceptibility to antimicrobial agents (74).

Antimikrobno sredstvo Antimicrobial agent	Število občutljivih sevov Number of susceptible species
klindamicin - clindamycin	73 (99%)
cefotaksim - cefotaxim	71 (96%)
amoksicilin - amoxicillin	69 (93%)
amoksicilin/klavulanska kislina - amoxicillin/clavulanic acid	69 (93%)
penicilin - penicillin	60 (81%)
cefaleksin - cefalexin	57 (77%)

Tab. 3. Občutljivost povzročitelja *Haemophilus species* (48).

Tab. 3. Susceptibility of *Haemophilus species* (48).

Antimikrobno sredstvo Antimicrobial agent	Število občutljivih sevov Number of susceptible species
ciprofloksacin - ciprofloxacin	48 (100%)
pefloksacin - pefloxacin	47 (98%)
cefuroksim - cefuroxim	46 (96%)
ampicilin/sulbaktam - ampicillin/sulbactam	45 (94%)
amoksicilin/klavulanska kislina - amoxicillin/clavulanic acid	43 (90%)
azitromicin - azytromycin	41 (85%)
amoksicilin - amoxicillin	37 (77%)
trimetoprim/sulfametoksazol - trimetoprim/sulphametoxazol	31 (65%)

Tab. 4. Občutljivost povzročitelja *Moraxella catarrhalis* (28).Tab. 4. Susceptibility of *Moraxella catarrhalis* (28).

Antimikrobno sredstvo Antimicrobial agent	Število občutljivih sevov Number of susceptible species
amoksisilin/klavulanska kislina - amoxicillin/clavulanic acid	28 (100%)
ampicilin/sulbaktam - ampicillin/sulbactam	28 (100%)
cefotaksim - cefotaxim	28 (100%)
cefuroksim - cefuroxim	28 (100%)
roksitromicin - roxitromycin	28 (100%)
azitromicin - azytromycin	27 (96%)
ciprofloksacin - ciprofloxacin	27 (96%)
pefloksacin - pefloxacin	25 (89%)

Tab. 5. Občutljivost povzročitelja *Pseudomonas aeruginosa* (41).Tab. 5. Susceptibility of *Pseudomonas aeruginosa* (41).

Antimikrobno sredstvo Antimicrobial agent	Število občutljivih sevov Number of susceptible species
ceftazidim - ceftazidime	36 (88%)
imipenem - imipenem	34 (83%)
azlocilin - azlocillin	29 (71%)
amikacin - amikacin	28 (68%)
ciprofloksacin - ciprofloxacin	25 (61%)
ceftriakson - ceftriaxon	20 (49%)

Tab. 6. Občutljivost povzročitelja *Staphylococcus aureus* (30).Tab. 6. Susceptibility of *Staphylococcus aureus* (30).

Antimikrobno sredstvo Antimicrobial agent	Število občutljivih sevov Number of susceptible species
vankomicin - vancomycin	30 (100%)
netilmicin - netilmicin	28 (93%)
ceftazidim - ceftazidime	19 (63%)
cefazolin - cefazolin	19 (63%)
cefuroksim - cefuroxime	19 (63%)
gentamicin - gentamycin	17 (57%)
oksacilin - oxacillin	13 (43%)

Da bi ugotovili, kako se z leti pri nas spreminja občutljivost na testirane antibiotike, smo primerjali rezultate iz leta 1995 in leta 1990. Ugotovili smo, da je bil v letu 1995 *Streptococcus pneumoniae* za 10% manj občutljiv na penicilin in *Haemophilus influenzae* za 25% slabše občutljiv na trimetoprim/sulfametoksazol. Druge razlike so bile nepomembne.

Razpravljanje

Gramski razmaz sputuma pokaže tako po gramu pozitivne kot tudi negativne bakterije, kar potrjuje primes ustne flore ali bakterijske kolonizacije (7). Menimo, da je pomembno pregledovati gnojni sputum. Med poslabšanjem KOPB je namreč v sputumu število polimorfonuklearnih levkocitov še enkrat večje kot v mirnem obdobju. Zato so tudi mikroskopska merila ustreznosti sputuma pomembna. Povišan odstotek eozinofilnih granulocitov pa je večinoma znak alergičnega vnetja dihal (8).

Strinjamo se z drugimi avtorji, da pri lažjih poslabšanjih KOPB antibiogram sputuma ni potreben. Bolniki z lažjo obliko KOPB imajo v sputumu največkrat *Streptococcus pneumoniae*, občutljiv na amoksisilin, ki je izkustveno antibiotik izbire (9). Glede na naše bakteriološke preglede sputuma pri poslabšanju KOPB ob neuspehu prvega zdravljenja in sumu na bolnišnično pridobljeno vnetje pa je nujen bakteriološki pregled sputuma. Neuspeh zdravljenja pomeni, da se v treh do petih dneh zdravljenja količina sputuma ne zmanjša in da se prav tako število bakterij v gramskem razmazu sputuma ne zniža (3). Naši bolniki s KOPB so imeli težko obliko bolezni. Menimo,

da zato naša skupina ni primeren vzorec za bolnike v domači oskrbi.

Pri bolnikih s KOPB se odstotek bakterijskih vrst, najdenih pri akutnem poslabšanju, spreminja iz leta v leto in je tudi različen glede na deželo. Običajne bakterijske vrste, ki jih najdemo v sputumu, so *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* in *parainfluenzae*, *Moraxella* (*Branchamella*) *catarrhalis* (4). Dogovora Evropskega respiratornega društva (2) in Ameriškega torakalnega društva (10) o KOPB omenjata le te tri bakterijske vrste, ki so bile pogosto izolirane tudi pri naših bolnikih. Občutljivost na testirane antibiotike se v našem bakteriološkem laboratoriju v obdobju petih let ni bistveno spremenila.

Redkeje so našli avtorji v sputumu druge vrste bakterij: *Neisseria species*, *Klebsiella pneumoniae* in *Pseudomonas species* (3). Pri bolnikih s subakutnimi bronhitis, ki so trajali več tednov, so izolirali tudi vrsto *Chlamidia pneumoniae* (11). V sputumu naših bolnikov smo pogosto našli *Pseudomonas species* in *Staphylococcus aureus*. Verjetno so bila to hospitalno pridobljena vnetja pri bolnikih s težko KOPB.

Antibiotiki so pomembni za zdravljenje akutnega bakterijskega poslabšanja bronhitisa in čim daljše obdobje brez vnetja po zdravljenju. Običajno je izbira antibakterijskega sredstva povsem izkustvena. Seveda pa izbiro vodi občutljivost najpogosteje izoliranih bakterijskih vrst. Upoštevati moramo tudi, da nekateri mikroorganizmi izločajo beta laktamazo. Tudi druga dejstva, kot raven antibiotika v tkivu bronhijev in v sluzi, način jemanja, neželeni stranski učinki pa tudi stroški, so pomembna pri izbiri antibiotika (12). Običajno zdravimo poslabšanje KOPB 7 do 14 dni. Objektivnega dokaza uspešnosti zdravljenja običajno nimamo. Pri bolnikih z več kot 4 bakterijskimi poslabšanji letno je lahko uspešno dajanje antibiotika stalno ali v presledkih v zimskih mesecih.

Običajno uporabljani antibiotiki so amoksisilin, tetraciklini in amoksisilin/klavulanska kislina. Drugi antibiotiki, ki še pridejo v poštev, so cefalosporini, makrolidi in fluorokinoloni (2). Pri bolnikih z najtežjimi stopnjami KOPB nekateri avtorji v zadnjem času dajejo kinolone (9), ki pa so bili pri naših bolnikih uspešni za *Pseudomonas species* le pri 61% testiranih vzorcih. Kljub temu da Ameriško torakalno društvo priporoča tudi trimetoprim/sulfametoksazol (10), menimo, da pri naših bolnikih s KOPB ni primeren zaradi prenizke učinkovitosti na *Hemofilus species*. Pri naših bolnikih smo opazovali nekoliko manjšo uspešnost makrolidnih antibiotikov na običajno izolirane bakterije. Drugi avtorji so ugotavljali prek 90% učinkovitost in tudi eradikacijo bakterij posebno z eritromicinom in sorodnimi antibiotiki (13). Azitromicin je bil mikrobiološko učinkovit pri 67% in amoksisilin/klavulanska kislina pri 97% bolnikov z akutnimi poslabšanji kroničnega bronhitisa (14). Amoksisilin s klavulansko kislino je bil tudi pri naših bolnikih po bakterioloških testih učinkovit v prek 90% na vse tri najpogosteje prisotne bakterijske vrste, ki so običajne pri poslabšanju KOPB. Priporoča ga tudi dogovor o KOPB Pnevmonološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva (15). Menimo, da je potrebno spremljati občutljivost bakterij pri bolnikih s poslabšanji KOPB in glede na ugotovitve spreminjati priporočila za zdravljenje te bolezni v Sloveniji.

Zaključki

Pri poslabšanjih KOPB so najpogosteje izolirane bakterije *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus species* in *Moraxella catarrhalis*. Pri težkih poslabšanjih z bolnišnično pridobljenimi vnetji večkrat najdemo *Pseudomonas* in *Staphylococcus species*.

Amoksisilin/klavulanska kislina je antibiotik prve izbire pri težjih poslabšanjih KOPB. Druga primerna antimikrobna sredstva so ampicilin/sulbaktam, fluorokinoloni, cefalosporini in

kot druga izbira makrolidi. Pri bolnikih, sprejetih v bolnišnico zaradi neuspeha zdravljenja na domu, težko klinično sliko in pogostimi hospitalizacijami je nujen bakteriološki pregled sputuma in zdravljenje z antibiotiki glede na občutljivost izoliranih mikroorganizmov.

Literatura

- Chodosh S. Acute bacterial exacerbations in bronchitis and asthma. *Am J Med* 1987; 82: Suppl 4A: 154-63.
- Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Respir J* 1995; 8: 1398-420.
- Chodosh S. Treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis: State of art. *Am J Med* 1991; 91: Suppl 6A: 87S-92S.
- Murphy TF, Sethi S. State of the art: bacterial infection in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 1067-83.
- Murray PR. Macroscopic and microscopic evaluation of respiratory specimens. *Clin Lab Med* 1982; 2: 295-7.
- National Committee for clinical laboratory performance. Standards for antimicrobial disc susceptibility tests. 6th ed. Vol. 17. Wyne: NCCLS, 1997: 1-25.
- Ball P, Harris JM, Lowson D, Tillotson G, Wilson R. Acute infective exacerbations of chronic bronchitis. *QJ Med* 1995; 88: 61-8.
- Reynolds HY. Chronic bronchitis and acute infectious exacerbations. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R eds. Principles and practice of infectious diseases. 4th ed. New York etc.: Churchill Livingstone, 1995: 608-12.
- Mušič E. Antibiotiki in kronični bronhitis. In: Novejši pristopi v interni medicini: 39. Tavčarjevi dnevi. Zbornik predavanj. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, 1997: 1-5.
- American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: S77-120.
- Blasi F, Legnani D, Lombardo VM et al. Chlamidia pneumoniae infection in acute exacerbations of COPD. *Eur Resp J* 1993; 6: 19-22.
- Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW, Hershfield ES, Harding GKM, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1987; 106: 196-204.
- Gaillat J. A multicentre study comparing the safety and efficacy of dirithromycin with erythromycin in the treatment of bronchitis. *J Antimicrob Chemother* 1993; 31: Suppl C: 139-51.
- Beghi G, Berni F, Carratu L et al. Efficacy and tolerability of azithromycin versus amoxicillin/clavulanic acid in acute purulent exacerbation of chronic bronchitis. *J Chemother* 1995; 7: 146-52.
- Mušič E. Vloga antibiotikov pri zdravljenju KOPB. In: Zbornik predavanj: Obravnava bolnika s KOPB (predlogi za nacionalna priporočila). Portorož: Pnevmoška sekcija SZD, 1996: 58-65.

V tej številki so sodelovali:

akad. prof. dr. Lidija Andolšek-Jeras, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Katja Breskvar, dipl. ing. kem., Inštitut za biokemijo, MF Ljubljana
 prof. dr. Andrej Debeljak, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 Damjan Eržen, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik
 Meta Flegar, dr. med., Ljubljana
 prof. dr. Martin Janko, dr. med., specialist nevropsihiater, Klinični oddelek za nevrofiziologijo, KC Ljubljana
 prim. Pavla Jerina-Lah, dr. med., specialistka transfuziologinja, Ljubljana
 prof. dr. Vladimir Jevtič, dr. med., specialist radiolog, Inštitut za radiologijo, KC Ljubljana
 asist. mag. Tomislav Klokočovnik, dr. med., specialist kirurg, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja, KC Ljubljana
 Franci Koglot, dr. med., specialist kirurg, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici
 prof. dr. Božo Kralj, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 mag. Marko Kumelj, dipl. biol., specialist medicinske biologije, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik
 prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 prof. dr. Helena Meden-Vrtovec, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

Martin Medved, dr. med., specialist internist, Splošna bolnišnica Maribor
 akad. prof. dr. Lev Milčinski, dr. med., specialist psihiater, Ljubljana
 prof. dr. Ema Mušič, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik
 mag. Dunja Obersnel-Kveder, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana
 prof. dr. Miriam Petrun-Ulaga, dr. med., specialistka anesteziologinja, Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, Nova Gorica
 prof. dr. Stelio Rakar, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 dr. Zlata Remškar, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik
 Mateja Rok-Simon, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 doc. dr. Janez Stare, dipl. ing. mat., Inštitut za biomedicinsko informatiko, MF Ljubljana
 Alenka Škerjanc, dr. med., specializantka medicine dela, prometa in športa, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana
 prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik
 prim. Majda Toplak-Ostan, dr. med., specialistka pediaterinja, Ljubljana
 prof. dr. Josip Turk, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 Polona Zalokar, dr. med., Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, Bolnišnica Golnik

Strokovni prispevek/Professional article

MILIARNA TUBERKULOZA NA GOLNIKU V LETIH 1995-1997

MILIARY TUBERCULOSIS AT GOLNIK HOSPITAL DURING 1995-1997

Zlata Remškar, Jure Šorli, Damjan Eržen, Polona Zalokar

Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo, Bolnišnica Golnik, 4024 Golnik

Prispelo 1998-01-26, sprejeto 1998-04-01; ZDRAV VESTN 1998; 67: 289-91

Ključne besede: bacil tuberkuloze; hematogeni razsoj; miliarna tuberkuloza

Izvleček – Izhodišča. Namen raziskave je bil dobiti vpogled v pogostnost in klinične značilnosti miliarne tuberkuloze, zdravljene na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergologijo Golnik v letih od 1995 do 1997.

Metode. Naredili smo retrospektivno raziskavo, pri kateri smo z računalniškim poizvedovanjem v triletnem razdobju odkrili 16 bolnikov z miliarno tuberkulozo, pri katerih smo analizirali naslednje kazalnike in izvide: starost, spol, anamnezo, klinični pregled, osnovne biokemične preiskave krvi in urina, rentgenogram prsnih organov, bakteriološke preiskave na bacil tuberkuloze ter potek, zaplete in učinkovitost antituberkuloznega zdravljenja miliarne tuberkuloze.

Rezultati. Med 16 bolniki je bilo 8 moških in 8 žensk. Povprečna starost bolnikov je bila $58,1 \pm 11,3$ leta. Simptomatiko boleznih pred iskanjem zdravniške pomoči so bolniki opazovali v povprečju $3,2 \pm 1,5$ meseca. Deset bolnikov je bilo napotenih v Bolnišnico Golnik po poprejšnjem zdravljenju v drugih zdravstvenih ustanovah, katerih trajanje je bilo v povprečju $2 \pm 1,5$ meseca. Osem bolnikov je bilo imunsko kompromitiranih, eden izmed njih je imel aids. Devet bolnikov je bilo mlajših od 50 let. Pri 15 bolnikih je bila diagnoza bakteriološko potrjena z izolacijo bacila tuberkuloze iz različnih kužnin. Pri enem bolniku je bila diagnoza miliarne tuberkuloze potrjena z obdukcijo. Rezistence na antituberkulotike izoliranih sevov tuberkuloznega bacila nismo opazovali. Trije bolniki so kmalu po sprejemu umrli. Pri dveh je obdukcija opredelila miliarno tuberkulozo kot neposredni vzrok smrti. Hospitalno zdravljenje je trajalo povprečno $3,1 \pm 1,3$ meseca.

Zaključki. V Sloveniji je miliarna tuberkuloza pri odraslih redka, saj prizadeva le 1% bolnikov, zdravljenih zaradi tuberkuloze. Iz raziskave sledi, da pa ostaja diagnostični problem, ker se na bolezen ne pomisli ob neznačilni klinični sliki.

Uvod

Pri vsakem aktivnem tuberkuloznem procesu lahko pride do vdora bacilov v krvni obtok, ki povzroče razvoj miliarne tuberkuloze, s sočasnim razvojem miliarnih tuberklov po organizmu. Pri vdoru bacilov v centralne bronhialne vene ali v področje vene kave nastanejo zasevki v pljučih oziroma po vdoru v pljučne vene po vsem organizmu (1). Miliarna tuber-

Key words: *Mycobacterium tuberculosis*; hematogenic spread; miliary tuberculosis

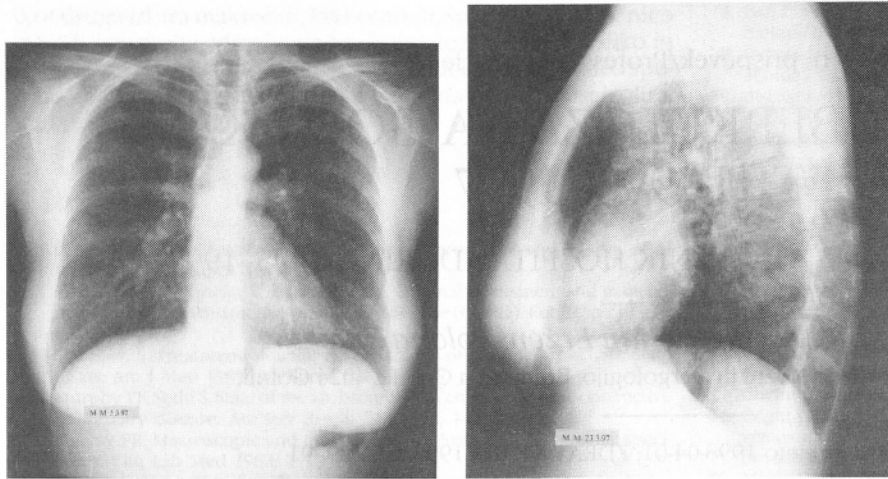
Abstract – Background. Our aim was to study the frequency of occurrence and clinical characteristics of miliary tuberculosis at Golnik Hospital during 1995 and 1997.

Methods. A retrospective study was performed. With the help of computer data we found and then analysed 16 patients with miliary tuberculosis in the three year period. We followed the following variables: age, sex, history, clinical examination, basic laboratory results of blood and urine samples analysis, chest X-ray, microbiologic examination for the *Mycobacterium tuberculosis* and the course, complications and effectiveness of antituberculous treatment of miliary tuberculosis.

Results. Of the total of 16 patients there were 8 male and 8 female. The average age of the patients was 58.1 ± 11.3 years. Patients observed the symptoms of the disease 3.2 ± 1.5 months prior to seeking medical help. 10 patients were first treated at other medical centers on average for 2 ± 1.5 months and were then transferred to Golnik Hospital. 8 patients were immunocompromized, 1 had AIDS. 9 patients were younger than 50. In 15 patients the diagnosis was confirmed by microbiologic isolation of *Mycobacterium tuberculosis* in different cultures. In one patient the diagnosis of tuberculosis was confirmed by autopsy. We did not have the problem with resistency of *Mycobacterium tuberculosis* to treatment. 3 patients died soon after admission to hospital. In 2 patients autopsy confirmed miliary tuberculosis as the cause of death. Patients were on average hospitalized for 3.1 ± 1.3 months.

Conclusions. Miliary tuberculosis is not a common disease. It only involves 1% of the patients treated for tuberculosis. It has, however, been shown in our study that it is still a diagnostic problem due to its unspecific clinical findings and laboratory results.

kuloza pri odraslih je v naših razmerah, kot je ugotovil Fortič leta 1980, sorazmerno redka bolezen (okrog 1% vseh bolnikov, zdravljenih zaradi tuberkuloze) (2). Po podatkih zbolevalo še zlasti starejši, ki so že zaradi starosti in pogostih kroničnih boleznih imunsko oslabiljeni (1, 2). Klinična slika miliarne tuberkuloze običajno ni značilna, prav tako niso značilni izvidi biokemičnih pregledov krvi in urina. Nasprotno temu pa je rentgenska slika miliarnega razsoja v



Sl. 1. (A) Pregledna in (B) stranska slika prsnih organov z vidnimi miliarnimi mikronoduli v obeh pljučnih krilih.

Fig. 1. (A) Anteroposterior and (B) lateral chest X-ray with miliary micronodules in both lung fields.

pljučih toliko značilna, da lahko vzbudi sum na miliarno tuberkulozo. Na radiološki sliki miliarne tuberkuloze pljuč so vidna številna mikronodularna zasenčenja v velikosti prosa, ki so enakomerno posejana po obeh pljučih. V zgornjih predelih pljuč so vozlički nekoliko večji in tudi gostejše posejani. Pri starih ljudeh je opisana razlika med zgornjimi in spodnjimi pljučnimi predeli manj izrazita. Patohistološka ugotovitev granulomskega vnetja z vidno kazeozno nekrozo prav tako kaže na tuberkulozo, še posebej, če so prisotni tudi acidorezistentni bacili v področju sprememb. Nedvoumno pa je diagnoza tuberkuloze potrjena s porastom kolonij bacila tuberkuloze v odvzetih kužninah.

Zaradi vpogleda v pogostnost, pa tudi klinične značilnosti miliarne tuberkuloze v zadnjih letih, smo se odločili za retrospektivno analizo bolnikov z miliarno tuberkulozo, zdravljenih v Bolnišnici Golnik v razdobju od leta 1995 do 1997. Z računalniškim načinom poizvedovanja smo odkrili 16 bolnikov, ki jih v nadaljevanju podrobneje analiziramo.

Metode

Pri 16 bolnikih z miliarno tuberkulozo, zdravljenih v Bolnišnici Golnik v razdobju od leta 1995 do 1997, smo analizirali naslednje kazalnike in rezultate preiskav: starost, spol, anamnezo, klinični pregled, osnovne biokemične preiskave krvi in urina, rentgenogram prsnih organov, izvide bakterioloških pregledov kužnin na bacil tuberkuloze ter potek, zaplete in uspešnost antituberkuloznega zdravljenja miliarne tuberkuloze.

Rezultati

Med 16 bolniki z miliarno tuberkulozo je bilo 8 moških in 8 žensk.

Povprečna starost bolnikov je bila 58,1±11,3 leta z variacijskim območjem od 27 do 85 let.

Simptomi bolezni, kot so slabo počutje, subfebrilnost ali febrilnost, potenje in hujšanje, so bili prisotni pri vseh bolnikih, v povprečju glede na anamnestične podatke, že 3,2±1,5 meseca pred odkritjem bolezni z variacijskim območjem od enega meseca do skoraj enega leta.

Klinični pregled bolnikov in osnovne biokemične preiskave krvi in urina niso prispevale k diagnozi tuberkuloze, temveč

so bile pomembne pri kontroliranju stranskih učinkov antituberkulozne terapije.

Pri vseh bolnikih je bil na rentgenogramu prsnih organov viden miliarni razsoj v pljučih, sumljiv za miliarno tuberkulozo pljuč (sl. 1).

Deset bolnikov od 16 obravnavanih je bilo usmerjenih s sumom na miliarno tuberkulozo v Bolnišnico Golnik iz drugih zdravstvenih ustanov: trije bolniki so bili premeščeni iz Infekcijske klinike, trije iz kirurških oddelkov Kliničnega centra, po eden iz Otorinolaringološke, Revmatološke klinike in Nevrološke klinike ter eden iz Splošne bolnice Brežice. V našete ustanove so bili sprejeti zaradi naslednjih vzrokov: v šestih primerih zaradi nepojasnjenega povišanja telesne temperature, v enem zaradi razjasnitve hripavosti, razjasnitve vnetja v področju dorzuma levega stopala, abscedentnega vnetja paraskapularno ter paraplegije s sumom na metastatsko kompresijo hrbtenjače. Bolnike

so do postavitve suma na miliarno tuberkulozo obravnavali od nekaj dni do 7 mesecev, v povprečju 2±1,5 meseca.

Iz odpustnic sledi, da je bila premestitev v Bolnišnico Golnik indicirana pri bolnikih po ovrednotenju rentgenskih sprememb v pljučih za sumljive za miliarno tuberkulozo. Pri enem bolniku je sovpadalo ovrednotenje rentgenskih sprememb za sumljive za miliarno tuberkulozo tudi z odkritjem acidorezistentnih bacilov v sputumu pri neposredni baciloskopiji, pri drugem pa z najdbo značilnega histološkega izvida vnetnega procesa na dorzumu levega stopala.

Le štirje bolniki so imeli jasno definirane dodatne internistične bolezni, kot so: kronično astmo, sladkorno bolezen, ishemično bolezen srca in pemfigus vulgaris, ki bi lahko pojasnjevale njihovo imunsko oslabiljenost. Pri enem bolniku je bil odkrit aids. Vsi ostali bolniki niso bili imunsko kompromitirani. Trije bolniki so živeli v socialno neurejenih razmerah (dva begunca, eden brezposeln).

Tuberkulinski test je bil napravljen le pri šestih bolnikih. Vzrok opuščanja tuberkulinskega testiranja iz popisov ni razviden. Možno bi bilo, da je bilo tuberkulinsko testiranje narejeno, vendar izvid nevpisan v medicinsko dokumentacijo. Od šestih opravljenih tuberkulinskih testov je bil izvid dvakrat pozitiven, to je večji od 10 mm ter štirikrat negativen oziroma manjši od 10 mm. Pri enem od tuberkulinsko negativnih bolnikov je bil odkrit aids. Pri treh bi lahko tuberkulinsko negativnost pojasnili s starostjo bolnikov in prisotnostjo kroničnih bolezenskih stanj, kot so bila našeta predhodno.

Diagnoza aktivne tuberkuloze je bila pri 15 bolnikih potrjena z najdbo bacila tuberkuloze v sputumu in/ali drugih kužninah. Pri enem bolniku je bila potrjena z obdukcijo. Neposredna baciloskopija sputuma je bila pozitivna sedemkrat. Enkrat je bil sputum sicer neposredno negativen, amplifikacijski test pa je bil pozitiven. Kulture sputuma na BK so bile pozitivne enajstkrat. Od ostalih kužnin pa so bili neposredno ali v kulturi ali na oba načina ugotovljeni bacili tuberkuloze v punktatu supraklavikularnih bezgavk, urinu, peritonealnem izlivu, zatrdlini v dojki, brisu fistule po sternotomiji, nekrotičnem tkivu dorzuma stopala in abscesu na hrbtu paraskapularno. Pri izoliranih sevih bacila tuberkuloze nismo ugotavljali rezistence na antituberkulotike.

Trije bolniki, od katerih sta bila dva neposredno baciloskopsko negativna, so bili bronhoskopirani, in sicer v omenjenih dveh primerih zaradi izključitve drugih diferencialno-diagnostičnih možnosti bolezni intersticija ter v tretjem primeru za-

radi razvoja atelektaze levega pljučnega krila, ki je vzbudila sum na malignom bronha v levih pljučih. Pri prvih dveh bolnikih je histološki pregled transbronhialno odvzetega tkiva pri bronhoskopiji pokazal sliko miliarne tuberkuloze. Pri zadnjem bolniku pa smo odkrili granulomsko vnetje levega glavnega bronha, ki je povzročilo atelektazo levih pljuč.

Bolnike smo zdravili od nekaj dni do osem mesecev, povprečno $3,1 \pm 1,3$ meseca. Pri 14 bolnikih je bilo uvedeno standardno zdravljenje z izoniazidom, rifampicinom in pirazinamidom. Vsem bolnikom smo predpisali tudi metil-prednisolon v začetnem odmerku 32 mg na dan. Po standardni shemi zdravljenja tuberkuloze (3) je bilo lahko v nadaljevanju vodenih le šest bolnikov. Pri ostalih smo morali standardno kombinacijo antituberkulotikov ukiniti, ker so se pojavili hepatotoksični učinki oziroma v enem primeru intersticijski nefritis, ki so zahtevali zaradi preprečitve nadaljnje okvare jeter oziroma ledvic spremembo sheme antituberkuloznega zdravljenja. Nadomestno zdravljenje smo izvajali s streptomycinom, etambutolom in kinolonom ter po izboljšanju toksičnih učinkov v terapijo ponovno vključevali najmanj dva od standardnih antituberkulotikov.

Vsi preživeli bolniki so bili odpušteni klinično in rentgenološko izboljšani, direktno baciloskopsko negativni ter v kulturi negativizirani oziroma vsaj z zmanjšano populacijo v kulturi porastlih bacilov. Respiratorni invalid je postala le ena bolnica, pri kateri pričakujemo zaradi težke restriktivne okvare pljuč sčasoma razvoj kroničnega pljučnega srca.

Trije bolniki so umrli prvi, četrti oziroma deveti dan po sprejemu. Pri dveh bolnikih je bil obdukciski kot neposredni vzrok smrti opredeljena miliarna tuberkuloza, pri enem pa ob sicer prisotni miliarni tuberkulozi cerebrovaskularni insult. Starost umrlih bolnikov z miliarno tuberkulozo je bila 35, 73 in 83 let. 73-letni bolnik je bil zaradi sladkorne bolezni, ishemične bolezni srca in pemfigus vulgarisa imunsko oslabiljen. 35-letni bolnik pa ni imel jasnih dodatnih bolezni, bil pa je socialno slabo situiran (sl. 2). Obdukcija je pri njem pokazala prizadetost praktično vseh organskih sistemov, razen centralnega živčnega sistema.

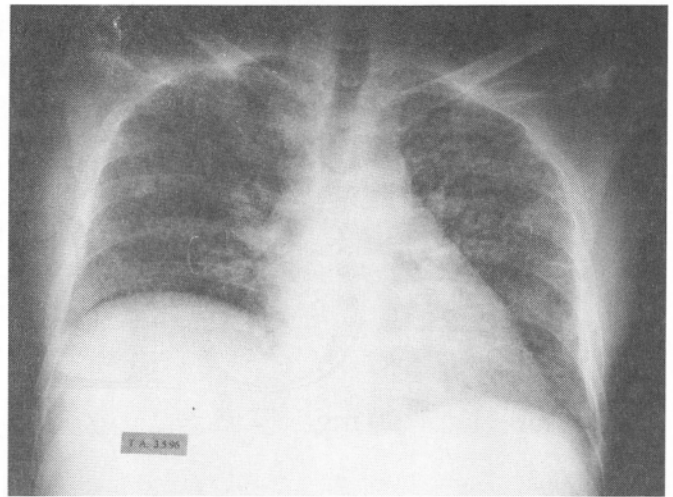
Razpravljanje

Opravljen študija je potrdila v uvodu navedeno ugotovitev Fortiča, da je miliarna tuberkuloza odraslih pri nas sorazmerno redka bolezen, saj se je v Bolnišnici Golnik v razdobju zadnjih treh let zdravilo le 16 bolnikov z navedeno diagnozo, kar predstavlja podobno kot v osemdesetih letih okrog 1% vseh bolnikov, zdravljenih zaradi tuberkuloze. Pogostnost miliarne tuberkuloze pri nas je podobna pogostnosti, kot jo ugotavljajo drugi avtorji pri belem prebivalstvu (1, 4). Skladna s citiranimi opazovanji je tudi konstantnost števila novoodkritih primerov bolnikov z miliarno tuberkulozo, ki se v zadnjih 25 letih, kot vidimo, tudi pri nas ni spremenila. Porast pojavljanja miliarne tuberkuloze je bil v zadnjih letih ugotovljen le pri bolnikih z aidsom (1, 5). Naša analiza je zajela v treh letih le en primer bolnika z aidsom, ki je bil po postavitvi diagnoze usmerjen na zdravljenje v specializirano ustanovo.

V nasprotju s pričakovano zboleznostjo predvsem starejše populacije smo ugotovili, da je bilo devet bolnikov mlajših od 50 let. Pri polovici bolnikov nismo ugotovili imunske kompromitiranosti.

Pri vseh bolnikih smo rentgensko ugotovili znake hematogene razsoja v pljučih, pri nekaterih bolnikih pa tudi hematogene diseminacije drugod po organizmu.

Zaradi netipične klinične slike in laboratorijskih izvidov nas ne preseneča, da je bilo 10 bolnikov najprej diagnostično neuspešno obravnavanih v drugih zdravstvenih ustanovah. Šele prepoznanje značilnih rentgenskih sprememb prsnih organov je zbudilo sum na tuberkulozo in povzročilo napotitev



Sl. 2. Rentgenogram prsnih organov bolnika T. A., ki je umrl zaradi miliarne tuberkuloze.

Fig. 2. Chest X-ray in patient T. A., who died because of miliary tuberculosis.

bolnika v Bolnišnico Golnik. Trajanje poprejšnjih hospitalizacij je bilo v povprečju nedvomno predolgo ter kaže na necelostno obravnavo bolnika. Skrajšali bi jo lahko s sistematičnim odločanjem za rentgensko slikanje prsnih organov ter pravilnim ovrednotenjem vidnih sprememb. Zakasnelo spoznanje miliarne tuberkuloze lahko odločilno vpliva na izhod bolezni, kar potrjujeta oba primera bolnikov, ki sta umrla zaradi miliarne tuberkuloze, še posebej 35-letni bolnik, pri katerem je obdukcija odkrila hudo generalizacijo tuberkuloznega procesa. Stopnja umrljivosti v naši raziskavi (12,5%) se giblje znotraj 20% smrtnosti, kot se že 25 let ugotavlja pri miliarni tuberkulozi (1).

Pri 8 bolnikih smo morali zaradi hepatotoksičnih in nefrotoksičnih učinkov prehodno modificirati standardno antituberkulozno zdravljenje z modificiranim antituberkuloznim zdravljenjem s streptomycinom, etambutolom in kinolonom.

Pri preživelih bolnikih je zdravljenje pripeljalo praviloma do izboljšanja zdravstvenega stanja bolnikov z le v enem primeru, kljub sistemskemu kortikoidnemu zdravljenju, izraženo posledično težko restriktivno okvaro pljuč, ki bo prognozično za bolnico neugodna.

Zaključek

Miliarna tuberkuloza je pri nas redka, podobno kot v osemdesetih letih. Zaradi neznačilne klinične slike je diagnoza težavna. Ker zakasnitev zdravljenja slabša prognozo bolezni, bi moral biti naš cilj čimprejšnja diagnoza. Zato je treba diferencialno diagnostično upoštevati možnost miliarne tuberkuloze pri bolnikih z naslednjimi neznačilnimi simptomi: splošna oslabilost, občasno povišana telesna temperatura in hujšanje.

Literatura

1. Baker SK, Glassroth J. Miliary tuberculosis. In: Rom WN, Garay SM eds. Tuberculosis. 1th ed. Boston, New York, Toronto, London: Little, Brown and Company, 1995: 493–508.
2. Fortič B. Pljučna tuberkuloza. Medicinska fakulteta v Ljubljani, 1980; 119–25.
3. Mušič E, Petrič V, Fortič B, Čopi B, Maček V. Smernice za kemoterapijo tuberkuloze. Zdrav Vestn 1992; 61: 213–7.
4. Schlegel CF, Ferlinz R. Epidemiologie der Tuberkulose. Internist 1995; 36: 951–6.
5. Brodt HR. HIV-Infektion und Tuberkulose. Internist 1995; 36: 970–9.

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

HOLSTAR[®]

tablete po 20 mg

lovastatin

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

Skrajšano navodilo

Indikacije

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

Doziranje

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

* 40 mg za bolnike, ki jemljejo tudi imunosupresive.

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

Dozo po potrebi spremenimo po 4 tednih.

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

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Pregledni prispevek/Review article

ZDRAVO VEDENJE IN VEDENJE BOLNIH POGLED NA STANJE V SLOVENIJI

HEALTH BEHAVIOUR AND ILLNESS BEHAVIOUR

Alenka Škerjanc

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva 24, 1000 Ljubljana

Prispelo 1997-12-08, sprejeto 1998-02-14; ZDRAV VESTN 1998; 67: 293-6

Ključne besede: zdrav način življenja; preventivna dejavnost; uporaba zdravstvene mreže

Key words: healthy lifestyle; preventive care; utilization of health care services

Izvleček – Zdravo vedenje so vsa prizadevanja človeka, da bi ostal zdrav oziroma da bi se varoval pred boleznijo. Sestoji se iz dveh delov:

1. zdravega načina življenja (njegove kazalnike spremljamo na ravni skupnosti – nekateri med njimi so stanje prehranjenosti, uravnoteženost prehrane, telesna aktivnost, kajenje, poraba alkohola) in
2. preventivne dejavnosti (včasih je bila pri nas skoraj izključno družbena skrb, danes postaja vse bolj odvisna od možnosti in odločitve posameznika).

Abstract – Health behaviour is the activity undertaken by a person to be healthy for the purpose of preventing health problems. It is composed of two parts:

1. healthy lifestyle (it's indicators are accompanied on the level of society – some of them are weight control, proper diet, exercise, smoking, alcohol abuse) and
2. preventive care (it used to be a part of social care in Slovenia while nowadays it has become more and more dependent on possibility and decision of a person).

Vedenje bolnih pa so vsa tista prizadevanja posameznika, da bi svojo bolezen prepoznal in ozdravel. Tudi to vedenje sestavlja dva dela:

1. samooskrba (prvi odgovor človeka na bolezenski simptom) in
2. uporaba zdravstvene mreže: nanjo vplivajo poleg potreb (zdravstveno stanje in prizadetost) zlasti spol, starost, kulturno okolje in socioekonomski status (dohodek, izobrazba in poklic) ter dostopnost zdravstvene mreže (geografska, ekonomska in kulturna). Vse to upoštevajo modeli, ki napovedujejo, kolikšno bo iskanje zdravstvenih storitev. Procesni modeli pa poskušajo razložiti dejavnike v bolniku samem in izven njega. Ti določajo, ali bo človek iskal zdravniško pomoč ali ne. Zaporedje izkustva bolezen nam pomaga razumeti, kako in zakaj bolnik v danem trenutku poskuša najti zase najbolj sprejemljiv način vedenja.

Illness behaviour is the activity undertaken by a person who feels ill for the purpose of defining that illness and seeking relief from it. It is also composed of two parts:

1. self-care (the first response to symptoms of illness) and
2. utilization of health care services: it depends besides on the needs (health status and disability) particularly on sex, age, ethnicity, socioeconomic status (income, education and profession) and availability of health care services. Process models are oriented towards increasing our understanding of why certain behaviour occurs. The stage of illness experience helps us understand how and why the patient is trying to find himself the most acceptable behaviour in the certain moment.

Zdravo vedenje

Zdravo vedenje so prizadevanja, ki jih človek izvaja sam, da bi ostal zdrav oziroma da bi se varoval pred boleznijo (Kasl in Cobb 1966, cit. po [1]). Na ta način krepi svoje zdravje, veča kakovost življenja in vodi v aktivno starost (2).

Zdravo vedenje bi lahko poenostavljeno razdelili v dva dela:

1. zdrav način življenja, ki ni odvisen od zdravstvenih delavcev;
2. preventiva oziroma stik z zdravstvenimi delavci za zmanjšanje nevarnosti bolezni.

Zdrav način življenja

Max Weber, eden najpomembnejših teoretikov v zgodovini sociologije, je odkril, da način življenja določa posameznikov

socioekonomski status (dohodek, izobrazba in poklic), kar pomeni, da so možnosti za krepitev zdravja omejene s socialnimi okoliščinami. Ugotavlja tudi, da je osnova za način življenja *poraba* in ne *proizvodnja*! Motiv za zdrav način življenja je bil včasih zdravje samo kot idealizirano končno stanje zaradi moralnih, religioznih ali domoljubnih razlogov, danes pa biti zdrav pomeni biti samostojen, učinkovit, neodvisen od zdravstvenega osebja. Raziskave kažejo, da se ideja zdravega načina življenja širi v vseh družbenih slojih, hitreje pa v zgornjem in srednjem, kjer so boljše možnosti, vendar se zanesljivo širi tudi v nižjih slojih. Zanimivo je, da med ZDA in Nemčijo v načinu življenja ni razlik kljub različnim oblikam zdravstvenega zavarovanja (1). Ker zdrav način življenja *daje dobro zdravje*, je cilj tega načina življenja tudi *poraba v*: izogibanju bolezni, daljšem življenju, boljšem počutju, delazmožnosti in dobrem fizičnem videzu.

Zdrav način življenja v Sloveniji

Izogibanje dejavnikom tveganja, ki lahko škodujejo zdravju ter sprejemanje varovalnih dejavnikov z namenom, da bi dlje živeli in čim dlje ostali zdravi, lahko spremljamo med drugim z naslednjimi kazalniki:

- a) stanje prehranjenosti,
- b) uravnoteženost prehrane,
- c) telesna aktivnost,
- č) kajenje,
- d) alkohol,
- e) varno vedenje.

Po prvem delu opravljenih preiskav v okviru CINDI programa je v Ljubljani 53% ljudi s čezmerno telesno težo. Število ljudi s čezmerno telesno težo s starostjo narašča, predebelih je več moških kot žensk (3). Anketa med slovenskimi zdravniki kaže, da jih je dobra tretjina čezmerno hranjena (4).

V poročilu CINDI je ugotovljeno, da pomemben delež k večanju dejavnikov tveganja prispeva neuravnotežena prehrana (3). V prehrani prebivalstva nasploh je maščob še vedno preveč in ogljikovih hidratov premalo. Vendar v povprečni prehrani Slovencev že opazimo rahel padec v porabi trdih maščob na račun porasta porabe rastlinskih olj in ogljikovih hidratov. Analiza celodnevni obrokov hrane v domovih za starejše občane v Sloveniji pa kaže, da dnevni obrok hrane ustreza normativom zdrave hrane (5).

Anketa med slovenskimi zdravniki kaže, da je redno telesno aktivnih 25% zdravnikov (4), po anketi slovenskega javnega mnenja pa 20% Slovencev (6). Če pa prištejemo k aktivnim še tiste, ki se razgibajo le enkrat tedensko, je telesno aktivnih skoraj polovica zdravnikov (4), Slovencev pa le tretjina (6). Moški so bolj aktivni kot ženske. Najmanj telesno aktivni so moški in ženske v starostni skupini 35 do 44 let (3).

Po anketi Slovensko javno mnenje delež nekadilcev med prebivalstvom raste, delež oseb, ki niso nikoli kadile, pa ostaja stalen (6). CINDI v Ljubljani kaže, da kadi 40% moških in skoraj 30% žensk, višji delež je med mlajšimi. V primerjavi s podatki ostalih CINDI držav je izjemno visok delež kadilcev v starostni skupini 35–44 let (41%) (3). Med slovenskimi zdravniki kadi skoraj 16% vseh zdravnikov: 15% žensk in 17% moških (4), kar pa je precej manj od ankete pred desetimi leti, ko je kadilo 30% zdravnikov in 20% zdravnic (7). V zadnjih letih se kot kazalec vpliva kajenja na zdravje uveljavlja tudi ocena umrljivosti zaradi kajenja. Umrljivost, ki jo v Sloveniji pripisujejo kajenju, je približno 3500 smrti na leto, kar je enako oceni iz petih velikih prospektivnih študij (ameriška, kanadska, švedska in dve angleški). Kajenje kot samostojen vzrok smrti je v Sloveniji na drugem mestu, takoj za boleznimi srca in ožilja, kar je podobno kot v Italiji, več kot v ZDA in na Švedskem ter manj kot na Madžarskem ali v Angliji (8).

V Sloveniji letna poraba čistega alkohola na osebo, poraba vina in piva v litrih na osebo od leta 1993 dalje raste, žganih pijač v litrih na osebo pa pada (9).

Varno vedenje počasi vstopa tudi prek javnih medijev v naš način razmišljanja in življenja na področju spolno prenosljivih boleznih (aids) ter varnosti v prometu. Tu je stanje posebno zaskrbljujoče, saj kot posledico samo kršenja cestnoprometnih predpisov beležimo 500 mrtvih in 7500 poškodovanih v prometnih nesrečah letno. Primerjava z državami Evropske skupnosti nam pove, da bi glede na število prebivalcev smeli imeti na slovenskih cestah največ 300 mrtvih letno... (10).

Preventiva

Skrb za zdravje predstavlja tudi preventiva (rutinski zdravstveni pregledi, imunizacija, prenatalna skrb, pregledi zob, presejalni testi za srčne, rakaste ali druge bolezni). V svetu velja, da revni sloji preventive ne uporabljajo, ker to zanje predstavlja izdatek (če preventiva ni vključena v obvezo ali ponudbo države), posluhujejo pa se je zgornji in srednji sloji razvitih družb.

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju so v Sloveniji delodajalci dolžni zagotavljati preventivne zdravstvene preglede (predhodne, obdobjne in specialne) v zvezi z delazmožnostjo (11). Zdravstvena inšpekcija ugotavlja, da je izvajanje obdobjnih preventivnih zdravstvenih pregledov pomanjkljivo, ker ne zajema vseh delavcev ali pa se pregledi ne opravljajo v intervalih in obsegu, ki bi bili prilagojeni stopnji ogrožanja zdravja delavcev (12).

Precepljenost otrok proti nalezljivim boleznim je zadovoljiva, zdaj tudi pri ošpicah, kjer v letu 1993 ni dosegla zahtevanega deleža in se je bolezen pojavila v epidemični obliki (9).

Prenatalna skrb je v Sloveniji na zelo visokem nivoju. Umrljivost dojenčkov, neonatalna in postneonatalna umrljivost so dosegle že skrajno možne nizke meje (9).

Presejalni testi, ki so po zakonu obvezni, so namenjeni odkrivanju hipotireoze in fenilketonurije pri novorojenčkih; okužbe s treponemo pallidum, toksoplazmo, virusi hepatitisa pri nosečnicah, pri krvodajalcih in dajalcih tkiv je obvezno preverjanje na prisotnost povzročiteljev sifilisa, hepatitisov in aidsa, omogočeno je tudi brezplačno testiranje na virus HIV osebam, ki same menijo, da bi lahko bile okužene. Obvezno za otroke je cepljenje proti TBC, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, ošpicam, mumpsu in rdečkam (13).

Zobna preventiva je začela kazati znake zastoja ali celo nazadovanja, če gledamo indeks KEP (število karioznih, manjkajočih ali plombiranih zob v starosti 12 let). Ta indeks je vztrajno padal do leta 1994, zdaj pa stagnira (9). Vsekakor je slab kazalec oralnega zdravja v Sloveniji tudi dejstvo, da si v zadnjem času v Sloveniji veliko ljudi tudi umetnega zobovja ne more privoščiti (14).

Model, ki odlično kaže pomen posameznikove občutljivosti za preventivna dejanja in ostale vplive nanj, je Rosenstockov Health Belief Model. Na nekaterih področjih se že uporablja tudi v Sloveniji, naj omenim le

- delovanje Društva za zdravje srca in ožilja, ki je skupaj s CINDI začelo uresničevati idejo varovalne prehrane in ustanovilo blagovno znamko Varovalnega živila za Slovenijo,

- Quit and Win, mednarodno kampanjo za odvajanje od kajenja, pri nas znano pod imenom Opusti kajenje - zmagaj!, ki jo vodi CINDI skupaj z Društvom za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije s sedežem v Celju,

- aktivnosti Društva za oralno zdravje.

Cilj spremeniti način življenja in življenjsko okolje ljudi imajo tudi mreže v podporo zdravju, znane pri nas pod imeni: mreža zdravih mest, zdravih šol, zdravih vrtcev, in v svetu tudi zdravih bolnišnic, zdravih delovnih mest.

Iz predstavljenega lahko že sklepamo, da preventiva pri nas ni več izključno skrb skupnosti, pač pa postaja vse bolj odvisna od možnosti in odločitve posameznika in skupin, kar je posledica spreminjajočih se socialnoekonomskih in kulturnih razmer.

Vedenje bolnih

Vedenje bolnih so vsa tista prizadevanja bolnika, ki vodijo k cilju, da bi svojo bolezen prepoznal in tudi ozdravel. Jasni, boleči in moteči simptomi takoj usmerijo bolnika v iskanje medicinske pomoči, pri zgod

njih stopnjah kroničnih boleznih z nejasnimi somatskimi simptomi pa nesomatski dejavniki, zlasti socialni in psihološki, oblikujejo odziv posameznika na telesne spremembe, ki jih občuti. Za načrtovanje, organizacijo in uresničevanje zdravstvene varstva je torej pomembno, kateri socialni dejavniki pospešujejo ali zavirajo iskanje medicinske pomoči.

Samooskrba

Samooskrba je povsod po svetu prvi in najpogostejši odgovor na simptome bolezni. Vsebuje preventivne dejavnosti (npr.

jemanje vitaminov), samozdravljenje (npr. z domačimi zdravili) in samooskrbo kroničnih bolezni (npr. aplikacija insulina pri osebah s sladkorno boleznijo) – torej gre za zdravo vedenje in vedenje bolnih. Bolnik s samooskrbo začne samoiniciativno, tudi vodi jo sam. V moderni družbi je veliko razlogov, da se je zanimanje za samooskrbo močno povečalo:

1. porast kroničnih bolezni;
2. nezadovoljstvo z medicinsko oskrbo, ki je razosebljena;
3. spoznanje omejitev sodobne medicine;
4. povečanje zanimanja za alternativno medicino;
5. povečanje zavesti o pomenu načina življenja;
6. želja za povečano odgovornostjo za svoje zdravstvene težave.

Samooskrba ni popolnoma neodvisna od zdravstvenih delavcev. Ljudje namreč skrbijo sami zase v skladu z medicinskimi in socialnimi normami, vrednotami in pogledi. Raziskave v svetu kažejo, da same želijo rešiti svoje težave zlasti ženske, mlajše osebe in izobraženi ljudje (1). To velja tudi za Slovenijo. Analiza pogleda bolnikov na alternativno medicino kaže, da je pri nas kar polovica bolnikov naklonjena vsaj eni od oblik alternativne medicine in jih več kot tretjina to tudi uporablja (15).

Uporaba zdravstvene mreže

V uporabi zdravstvenih storitev obstajajo razlike. Zlasti pomembni dejavniki, ki vplivajo nanjo, so spol, starost, kulturno okolje in socioekonomski status.

Starost in spol

Povsod na svetu ugotavljajo, da se zdravstvenih storitev več poslužujejo ženske in starejše osebe.

V Sloveniji je bilo v letu 1995 opravljenih na osebo 4,8 ambulantnega obiska (16). Podatkov po spolu in starosti nimamo. Podatki o hospitaliziranih bolnikih po spolu in starosti pa kažejo naslednjo sliko za leto 1995: Skupaj za vse starostne skupine je bilo 0,13 hospitalizacije na osebo ter 0,12 na osebo za moške in 0,14 na osebo za ženske. V starostni skupini do 60 let je bilo na osebo 0,10 hospitalizacije oziroma 0,09 za moške in 0,13 za ženske. Nad 60. letom starosti pa je bilo 0,22 hospitalizacije na osebo oziroma 0,29 za moške in 0,14 za ženske. Torej – res je v celotni slovenski populaciji več hospitalizacij za starejše osebe kot za mlajše ter več za ženske kot za moške. V starosti do 60 let tudi vodijo ženske, nad 60. letom starosti pa pride več hospitalizacij na moške kot na ženske. V obrazložitev podajam podatek, da je število žensk nad 60. letom starosti 316.946, moških pa le 137.095! (Vir podatkov za preračun: [16]). Tudi za naporitev na zdraviliško zdravljenje zdravniške komisije I. stopnje v Ljubljani dobijo več predlogov za ženske (62,5%) kot za moške (37,5%) (17).

Čeprav moški manj uporabljajo zdravstvene storitve, pa ne moremo reči, da niso zdravstveno ogrožena skupina. Tako stanje je vidno tudi povsod v razvitem svetu in razlogi zanj ne tičijo v slabosti zgolj slovenskega zdravstvenega sistema ali zdravstvene politike. Na zdravstveno stanje moških vplivajo njihove genetske značilnosti (nanje ne moremo vplivati) in značilnosti njihovega načina življenja in je zato odpravljanje dejavnikov, ki pretežno ogrožajo moške, precej zapleteno (18).

Kulturno okolje

Ugotovljeno je, da zaprte skupine ljudi, ki so zelo povezane, medsebojno odvisne in imajo malo znanja, kasneje iščejo zdravniško pomoč, zlasti če je njihov pogled na zdravstveno službo skeptičen in zdravstvenim delavcem ne zaupajo. Odprte skupine ljudi, ki niso odvisno povezani med seboj, ki imajo več znanja, pa manj iščejo pomoč v okviru najožjih svojcev in prijateljev in bolj zaupajo zdravstveni službi. Seveda je

pomembno zaznavanje in znanje o pomenu simptoma, kulturno okolje pa vpliva na to, kako bo posameznik sprejel svoje zdravstveno stanje in kje bo najprej iskal pomoč. Spet je pomemben socioekonomski status, ki zmanjša odvisnost človeka od zaprte skupine. Zato je vpliv kulturnega okolja večji pri nižjih slojih (1).

V Sloveniji raziskav s tega področja nisem zasledila.

Socioekonomski status (poklic, izobrazba, dohodek)

V raziskavah zahodnih družb ugotavljajo, da so revni večkrat bolni in iščejo bolj simptomatsko zdravljenje ter pomoč v urgentnih ambulantah. Bogati ne čakajo simptomov, ampak se poslužujejo zdravstvene službe že v preventivnem smislu. Poleg slabšega finančnega izhodiščnega položaja revni kasneje iščejo medicinsko pomoč tudi zaradi t. i. sistemske bariere: nimajo stalnega osebnega zdravnika, dalj časa morajo čakati, odnos do njih je zelo neoseben, bojijo se visoke tehnologije v medicini... Če bi želeli, da bi tudi nižji sloji bolj zgodaj začeli iskati zdravniško pomoč, je poleg njihovega izobraževanja treba odstraniti tudi sistemske bariere. Le širjenje mreže ali pa zgolj večanje sredstev za zdravstveno varstvo torej ni dovolj (1)!

Bodoči vzorec uporabe zdravstvenih storitev glede na socialni status

V medicini je že viden *trend potrošništva*, zlasti značilen za srednje in višje sloje. Bogatejši so in bodo še bolj izbirčni pri izbiri zdravnika, prevzeli bodo čisto potrošniško vedenje: kupovali bodo kvalitetne storitve, ki si jih bodo izbrali glede na svojo obveščенost in razpoložljiva finančna sredstva. Revnejši sloji pa neradi prevzemajo odgovornost za svoje zdravje in raje pasivno sprejemajo zdravstvene storitve.

Zanimivo je, da v revnejše sloje na Zahodu vidno prodirajo načela zdravega načina življenja, a ne uporabljajo v enaki meri dovolj zgodaj tudi zdravstvenih storitev. Omejevalni dejavnik ni v tolikšni meri finančni položaj, saj jim zdravstveno zavarovanje omogoča država, ampak kulturno okolje ter neosebno in tehnološko tuje zdravstvo samo. V celoti pa bodo revni zdravnika bolj pogosto obiskovali – ker bodo bolj bolni in ker bodo odgovornost za reševanje svojih težav raje prenesli na zdravstveno službo (1).

Tudi v Sloveniji se je ta t. i. potrošniški trend že začel. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (11) ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (19) so v Sloveniji uveljavila načelo izbire osebnega zdravnika (splošnega, pediatra, ginekologa, zobozdravnika) – posameznik torej lahko rešuje svoje težave z zdravnikom, ki mu zaupa in si ga sam prosto izbere. Po štetju obrazcev v avgustu 1995 pride povprečno na zdravnika 1385 opredeljenih oseb, dejansko pa število opredeljenih oseb na zdravnika zelo variira – od 600 do 2400. Odprte so samoplačniške ordinacije v javnem zdravstvenem sektorju ter pri zasebnikih, ki nimajo pogodbe z zavarovalnico in uspešno delujejo kljub temu, da jih finančno ne pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje.

Modeli, ki poskušajo napovedati, kolikšno bo iskanje zdravstvene pomoči, upoštevajo torej:

- predispozicijo (spol, starost, kulturno okolje, socioekonomski status);
- možnosti (lastna finančna sredstva posameznika, vrsto zdravstvenega zavarovanja, dostopnost zdravstvene mreže) in
- potrebe (zdravstveno stanje, okvare, prizadetost, diagnozo). Za razliko od napovednih modelov procesni modeli poskušajo razložiti, zakaj pri človeku pride do določenega vedenja. Obnašanje bolnega človeka je naučen odgovor. Ali bo človek iskal pomoč ali ne, je odvisno od desetih determinant:

1. spoznavanje bolezni (kako pogosta je bolezen in kako človek pozna simptome),

2. koliko se zdi bolniku samemu tak simptom nevaren,
3. koliko simptom moti družinsko, delovno in druge dejavnosti,
4. pogostnost oziroma trajanje simptoma,
5. toleranca za simptom,
6. obveščenosť in znanje o bolezni,
7. potrebe, ki vodijo k zanikanju bolezni,
8. druge potrebe, ki tekmujejo z boleznijo,
9. drugačne interpretacije znanega simptoma,
10. dostopnost zdravstvene mreže (geografska - bližina zdravstvene ustanove, ekonomska - predviden izdatek, če se bolnik odloči iskati pomoč, in kulturna).

Ti dejavniki delujejo na dveh ravneh, izven bolnika in v njem, torej je pomembno, kako simptom ocenjujejo drugi ljudje, ki na bolnika vplivajo, in kako bolnik sam opredeli svojo težavo. Odgovor pa se v veliki meri oblikuje z učenjem, socializacijo in preteklimi izkušnjami v bolnikovem socialnem in kulturnem okolju (Mechanic 1978, cit. po [1]).

Kako pa bolnik izkusi svojo bolezen? Dogodki si sledijo v zaporedju (Suchman 1965, cit. po [1]):

1. pojav izkustva simptoma (nekaj je narobe, človek si sam poskuša pomagati),
2. privzem vloge bolnika (zapusti normalne socialne dolžnosti),
3. stik z zdravstveno službo (zdravnik potrdi ali izključi bolezen, bolnik to sprejme ali pa tava od zdravnika do zdravnika in »kupi« svojo diagnozo drugje),
4. vloga odvisnega (bolnik sledi navodilom zdravnika ali pa ne, če želi še naprej uživati privilegij bolnega),
5. rehabilitacija in ozdravitev (ki pa je ni pri kroničnih bolnikih).

Za zaključek bi o iskanju zdravstvenih storitev v Sloveniji prikazala trend za obdobje od leta 1985 do 1995 (9):

- število skupnih ambulantnih obiskov na osebo raste, število sprejemov v bolnišnice na 100.000 prebivalcev ostaja nespremenjeno, povprečna ležalna doba v bolnišnicah pada, število zdravnikov, število zdravstvenih domov in število bolnišnic na 100.000 prebivalcev ostaja nespremenjeno;
- izdatki za zdravstvo na prebivalca po kupni moči rastejo, delež javnih izdatkov za zdravstvo pada, izdatki za bolnišnično dejavnost na prebivalca po kupni moči rastejo, delež javnih izdatkov za bolnišnično dejavnost pada, izdatki za zdravila na prebivalca po kupni moči rastejo, delež javnih izdatkov za zdravila pada.

Poleg teh premikov so nekatere zdravstvene ustanove že začele izboljševati tudi kakovost oskrbe.

V podatkih je že nakazan možen vpliv prej omenjene desete determinante na odgovor o iskanju zdravniške pomoči. Bolniki sami pa izkušajo svojo bolezen v vseh petih stopnjah ver-

jetno tako kot drugod po svetu: privzemajo vlogo bolnika, nekateri sodelujejo, drugi zelo poslušno sledijo navodilom, nekateri tavajo od zdravnika do zdravnika in »kupujejo« diagnozo, računajo, kaj je zanje bolj ugodno v danem položaju, in so pisana množica ljudi z lastnostmi, ki so razdeljene med nami vsemi kot pisana mavrica in ki ne glede na svoje ravnanje imajo svoje dostojanstvo in od zdravstvenih delavcev pričakujejo vsaj spoštljiv odnos.

Zahvala

Doc. dr. Marjanu Premiku se zahvaljujem za nasvete pri dokončnem oblikovanju članka.

Literatura

1. Cocherham W. Health behaviour. Illness behaviour. In: Medical sociology, 6th ed. New Jersey: University of Alabama in Birmingham, 1996: 89-132.
2. Premik M. Zdrav način življenja in zdravje. Zdrav Var 1993; 32: Suppl 2: 5-13.
3. Mramor D. CINDI poročilo. Ljubljana, 1995.
4. Lazar I, Premik M, Švab I. Ali slovenski zdravniki zdravo živijo? Zdrav Vestn 1996; 65: 687-90.
5. Pokorn D, Gregorič B, Homar M, Martinčič V. Maščobe v prehrani oskrbovancev Domov za starejše občane v R Sloveniji. Zdrav Vestn 1996; 65: 691-3.
6. Slovensko javno mnenje 94/1. Stališča o zdravju in zdravstvu. Izbor rezultatov. Ljubljana: FDV, 1994.
7. Fortič B, Pompe-Kirn V, Ferluga D et al. Zdravnik, kajenje in zdravje. Zdrav Vestn 1988; 57: 227-34.
8. Grobovšek-Opara B, Švab I, Šelj J. Koliko smrti zaradi kajenja v Sloveniji? Zdrav Vestn 1996; 65: 393-7.
9. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Kazalci »Zdravje za vse«, Slovenija 1985-1995. Ljubljana 1997.
10. Predlog zakona o varnosti cestnega prometa. Poročevalec Državnega zbora Republike Slovenije z dne 1. 12. 1995, 14-65.
11. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS št. 9/92, 576-601.
12. Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije. Poročilo o delu za leto 1995. Ljubljana, 1996.
13. Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list RS št. 69/95, 5291-300.
14. Premik M. Promocija zdravja. In: Rantovi dnevi, Zbornik predavanj. Ljubljana, 1994: 5-6.
15. Premik M. Socialni medicinski vidiki alternativne medicine. Posvet Mazaštvo in alternativna medicina. Tehnična fakulteta v Mariboru v organizaciji Zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Univerzo v Mariboru. Maribor, 26. 3. 1997.
16. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1995. Zdrav Var 1996; 35: Suppl 5: 1-447.
17. Škerjanc A, Švab I. Zavrjnjeni predlogi za nadomestno zdraviliško zdravljenje odraslih zavarovancev v Območni enoti Ljubljana Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zdrav Vestn 1997; 66: 265-6.
18. Švab I. Zakaj ne moški? Zdrav Vestn 1997; 66: 265-6.
19. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS št. 79/94, 488-522.

Pregledni prispevek/Review article

RELATIVNO TVEGANJE IN RAZMERJE OBETOV

RELATIVE RISK AND ODDS RATIO

Janez Stare

Inštitut za biomedicinsko informatiko, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, 1105 Ljubljana

Prispelo 1997-11-17, sprejeto 1998-03-06; ZDRAV VESTN 1998; 67: 297-9

Ključne besede: statistika; tveganje; obeti**Key words:** statistics; risk; odds

Izvleček – V članku avtor obravnava pojma relativnega tveganja in razmerja oboj, ki se pogosto pojavljata pri statistični analizi podatkov v medicini. Ker ju v praksi nemalokrat enačimo, pojasnjuje, kdaj je to dovoljeno in kdaj ne, ter kako ju pravilno razlagamo. Razlike med njima prikazuje na podatkih o potnikih Titanika.

Abstract – The paper deals with notions of relative risk and odds ratio, which commonly appear in medical literature. Since odds ratio is often used to estimate the relative risk, it is explained when this is allowed and how both indices should be interpreted. The data on the sinking of Titanic are used to illustrate differences between the two indices.

Uvod

Ob potopu Titanika je bilo za njegove potnike možno le dvoje: rešitev ali smrt. Kadar je tako, govorimo o binarnem ali dihotomnem izidu. V medicini so takšni izidi pogosti (npr. »bolan«, »zdrav«) in medicinska literatura je polna člankov, ki študirajo povezanost dihotomnega izida in raznih napovednih dejavnikov (npr. spol, starost, kajenje itn.). Ob tem se avtorji vse manj zadovoljujejo le s statistično značilnostjo in vse pogosteje dodajajo izračune kazalnikov, ki naj povedo, za kolikšno povezanost pravzaprav gre. V tem sestavku si bomo ogledali dva takšna kazalnika: relativno tveganje (relative risk) in razmerje oboj (odds ratio). Poleg definicij in razlag pomenov nas bo posebej zanimalo, kdaj je razmerje oboj lahko dober približek za relativno tveganje. To je pomembno zato, ker v praksi razmerje oboj lahko skoraj vedno izračunamo, relativnega tveganja pa mnogokrat ne.

Podatki o potnikih Titanika so uporabljeni kot primer, pri katerem se oba kazalnika močno razlikujeta. Poleg izida (»preživetje«, »smrt«) nas bodo zanimale še tri spremenljivke: spol, starost in potovalni razred. Starost je tu le dihotomna spremenljivka z vrednostima »otrok« in »odrasel«. Potovalni razred je atributivna spremenljivka z vrednostmi »posadka«, »prvi«, »drugi« in »tretji«. Posadka je seveda na vsaki ladji nekaj posebnega, potovalni razredi pa bolj ali manj ustrezajo socialnemu statusu potnikov.

Tveganje

Od 2201 Titanikovih potnikov jih je v nesreči umrlo 1490. Če bi torej vsi potniki imeli enake možnosti, bi bila verjetnost smrti za posameznika enaka $1490/2201 = 0,68$. Verjetnosti izida pravimo tveganje, bralci pa bodo v njej gotovo prepoznali incidenco. Gre torej preprosto za delež izida v kaki skupini ljudi. Takoj naj omenim, da takšnega deleža ni vedno lahko izračunati. Ne zaradi težavnosti izračuna, ampak zaradi težav pri zbiranju podatkov. Da bi na primer ocenili verjetnost pojava raka na pljučih pri kadilcih, bi morali spremljati veliko šte-

vilo kadilcev skozi daljše obdobje. Takšne študije so organizacijsko zahtevne in predvsem zelo drage ter zato redke. Včasih si lahko pomagamo s populacijskimi statističnimi podatki, a raziskovalno medicino praviloma zanimajo vprašanja, ki jih ti ne zajemajo.

Poglejmo sedaj, kako je s tveganjem pri posameznih podskupinah potnikov. Tabele 1, 2 in 3 prikazujejo izračunana tveganja za podskupine po spolu, starostni skupini in potovalnem razredu.

Tabele so precej zgovorne in bralec si je najbrž že ustvaril sliko o dogajanju na Titaniku. Tveganje je večje pri moških kot pri ženskah, pri odraslih kot pri otrocih in narašča s slabšanjem potovalnega razreda (socialnega statusa), posadka pa je pričakovano v najslabšem položaju.

Naravno je, da tveganja v različnih skupinah primerjamo med seboj. Ena možnost je razlika. Pri starostni skupini imamo na primer $0,69 - 0,48 = 0,21$, se pravi, da je tveganje odraslih za 0,21 večje od tveganja otrok. Težava z razliko je v tem, da pri redkih pojavih ne pove veliko. Tako je na primer razlika med 0,409 in 0,401 enaka kot med 0,009 in 0,001, vendar je v drugem primeru tveganje v eni skupini kar 9-krat večje kot v drugi. Ker je večina bolezni v bistvu redkih, se v medicini za primerjavo tveganj pogosteje uporablja relativno tveganje.

Relativno tveganje

Relativno tveganje seveda ni nič drugega kot razmerje dveh tveganj. Se pravi

$$RR = \frac{p_1}{p_2},$$

kjer sta p_1 in p_2 tveganji v dveh skupinah. Oznaka RR je v navadi v strokovni literaturi, izvira pa iz angleškega izraza »relative risk«.

Če je tveganje v dveh skupinah enako, je relativno tveganje 1, sicer pa tem bolj daleč stran od 1, čim večja je razlika med skupinama. Velja si zapomniti, da pomenijo obratna števila enako oddaljenost od 1, tako nam na primer relativno tvega-

Tab. 1. Tveganje za smrt po spolu.

Tab. 1. Risk of death by sex.

Spol Sex	Umrlo Dead	Preživelo Survived	Tveganje Risk
Moški / Men	1364	367	1364/1731 = 0,79
Ženske / Women	126	344	126/470 = 0,27

Tab. 2. Tveganje za smrt glede na starostno skupino.

Tab. 2. Risk of death by age group.

Starostna skupina Age group	Umrlo Dead	Preživelo Survived	Tveganje Risk
Otroci / Children	52	57	52/109 = 0,48
Odrasli / Adults	1438	654	1438/2092 = 0,69

Tab. 3. Tveganja za smrt po potovalnem razredu.

Tab. 3. Risks of death by passenger class.

Potovalni razred Passenger class	Umrlo Dead	Preživelo Survived	Tveganje Risk
Posadka / Crew	673	212	673/885 = 0,76
1.	122	203	122/325 = 0,38
2.	167	118	167/285 = 0,59
3.	528	178	528/706 = 0,75

nje 0,25 govori o enakem učinku kot relativno tveganje 4. V medicinski praksi, kjer so tveganja absolutno majhna, so praviloma pomembne tiste vrednosti relativnega tveganja, ki so večje od 2. Se pravi, da je verjetnost ene vrednosti izida, recimo smrti, dvakrat večja v eni skupini kot v drugi. Pri tem se moramo zavedati, da se pri enaki razliki med tveganjema vrednosti relativnega tveganja spreminjajo v odvisnosti od tega, kako blizu sta obe tveganji 0 ali 1. Za spol imamo v našem primeru $0,79/0,27 = 2,93$. Ta številka ni videti velika, ker pa je že tveganje žensk precejšnje, relativno tveganje ne more doseči visoke vrednosti (koliko največ?).

Obeti

Če je verjetnost smrti p , je verjetnost preživetja $1 - p$. Razmerje teh dveh števil, torej $p/(1 - p)$, imenujemo *obeti* (odds) za smrt. Če je na primer $p = 0,75$, so obeti $0,75/0,25 = 3$. Obeti so nenegativni in imajo vrednost večjo od 1, kadar je smrt bolj verjetna kot preživetje. V navedenem primeru torej lahko pričakujemo tri smrti na vsako preživetje. Medtem ko tveganje govori le o eni vrednosti izida, obeti povezujejo verjetnosti obeh vrednosti.

Poglejmo, kako je z obeti pri potnikih s Titanika, razdeljenimi po spolu. Podatki so v tabeli 4.

Tab. 4. Obeti za smrt pri potnikih Titanika glede na spol.

Tab. 4. Odds for death of Titanic passengers by sex.

Spol / Sex	p	$1-p$	Obeti / Odds
Moški / Men	0,79	0,21	3,76
Ženske / Women	0,27	0,73	0,37

Če bi bile možnosti za ženske in moške enake, bi bilo enako tveganje in s tem tudi obeti v obeh skupinah*. Na Titaniku očitno ni bilo tako.

* Takrat govorimo o neodvisnosti spremenljivk, v tem primeru izida in spola. To je pomembno pri statističnem testiranju, o katerem pa v tem članku ne govorim.

Razmerje obetov

Razmerje obetov (odds ratio) je preprosto kvocient obetov v dveh skupinah. Navadno ga označujemo z grško črko θ . Torej

$$\theta = \frac{p_1}{1-p_1} \cdot \frac{1-p_2}{p_2}$$

Tudi razmerje obetov je nenegativno število, vrednost 1 pa ustreza enakosti med skupinama in torej nepovezanosti napovednega dejavnika z izidom. Kadar velja $1 < \theta < \infty$, so obeti za smrt večji v prvi kot v drugi skupini (na primer večji pri moških kot pri ženskah), se pravi, da je tudi $p_1 > p_2$. Za $0 < \theta < 1$ velja ravno obratno.

Relativno tveganje in razmerje obetov

Ker je

$$\theta = \frac{p_1}{1-p_1} \cdot \frac{1-p_2}{p_2} = \frac{p_1}{p_2} \cdot \frac{1-p_2}{1-p_1} = RR \cdot \frac{1-p_2}{1-p_1}$$

je razmerje obetov blizu relativnemu tveganju, če je kvocient $(1-p_2)/(1-p_1)$ blizu 1. To pa je res, kadar sta p_1 in p_2 majhni števili. Kot že rečeno, to pri boleznih skoraj vedno velja. Na primeru podatkov o Titaniku pa sta si relativno tveganje in razmerje obetov daleč narazen. Pri spolu na primer sta vrednosti 2,93 in 10,16.

Zgornja povezava med relativnim tveganjem in razmerjem obetov je pomembnejša, kot se zdi na prvi pogled. Poglejmo zakaj! V tabeli 5 so še enkrat frekvence izida na Titaniku, razdeljene po spolu. Tokrat so dodane še splošne oznake, kjer na primer n_{12} pomeni frekvenco v prvi vrstici in drugem stolpcu, seštevki vrstic in stolpcev pa so označeni tako, da znak + pomeni indeks, po katerem smo sešteli.

Tab. 5. Povezava spola in izida pri potnikih Titanika.

Tab. 5. Association between sex and outcome for Titanic passengers.

Spol Sex	Izid Outcome		Skupaj Total
	Smrt Death	Preživetje Survival	
Moški / Men	$n_{11} = 1364$	$n_{12} = 367$	$n_{1+} = 1731$
Ženske / Women	$n_{21} = 126$	$n_{22} = 344$	$n_{2+} = 470$
Skupaj Total	$n_{+1} = 1490$	$n_{+2} = 711$	$n = 2201$

Tveganje za smrt pri moških se s temi oznakami izraža takole

$$p_1 = \frac{n_{11}}{n_{1+}} = \frac{1364}{1731} = 0,79,$$

pri ženskah pa seveda podobno. S preprostim računom potem dobimo za razmerje obetov

$$\theta = \frac{p_1}{1-p_1} \cdot \frac{1-p_2}{p_2} = \frac{n_{11}/n_{1+}}{n_{21}/n_{2+}} \cdot \frac{n_{22}/n_{2+}}{n_{12}/n_{1+}} = \frac{n_{11}n_{22}}{n_{12}n_{21}}$$

Razmerje obetov torej lahko izračunamo tako, da navzkrižno množimo frekvence v tabeli in zmnožka delimo. To pa ni le računsko ugodnost. Postavimo si sedaj tole vprašanje: če nas zanimajo le mrtvi, kolikšna je verjetnost (tveganje), da so moški? Z oznakami iz tabele 5 dobimo seveda n_{11}/n_{+1} in podobno med preživeli n_{12}/n_{+2} . Ustrezni obeti so potem n_{11}/n_{21} pri mrtvih in n_{12}/n_{22} pri živih. Razmerje obetov je potem

$$\theta_m = \frac{\frac{n_{11}}{n_{21}}}{\frac{n_{12}}{n_{22}}} = \frac{n_{11}n_{22}}{n_{12}n_{21}},$$

se pravi, enako kot prej. Indeks m nas opominja, da gre za obete za »biti moškega spola«. Za računanje razmerja obetov je torej popolnoma vseeno, ali poznamo npr. verjetnosti pojava pljučnega raka pri kadilcih in nekadilcih, ali pa verjetnosti pojava kamilcev pri bolnikih s pljučnim rakom in brez njega. Seveda pa je veliko lažje izbrati naključna vzorca bolnikov in zdravih ljudi ter izračunati delež kamilcev, kot pa ugotoviti delež bolnikov med kadilci in nekadilci. Dejstvo, da je razmerje obetov v obeh primerih enako, nam omogoča oceno relativnega tveganja (ob kakšnem pogoju že?) za pojav neke bolezni, četudi ne poznamo dejanskih incidenc. To s pridom izkoriščamo v študijah primerov in kontrol.

Namesto razpravljanja

S tem, ko smo izračunali tveganja in relativna tveganja za smrt, analiza podatkov o potnikih Titanika še nikakor ni končana. Tu je ne bom nadaljeval, nakažem naj le nekatera vprašanja, na katera bi bilo treba odgovoriti. Na primer, v tabeli za spol je vključena tudi posadka, ki je bila v veliki večini moška (kar 862 od 885), in vprašanje je, kako je s pomembnostjo spola samo med potniki. Nadalje se lahko vprašamo, ali sta bila spol in starostna skupina enako pomembna v vseh potovalnih razredih. Do odgovorov na takšna vprašanja pridemo z analizo večrazsežnih tabel, še bolje pa z uporabo logistične regresije. O tem morda kdaj drugič. Kogar to zanima, si lahko o analizi podatkov o Titaniku več prebere v (1).

Za konec še tole: bralci so bržčas opazili, da se pojmi, kot je statistična značilnost, p - vrednost, interval zaupanja in podobno, niso pojavljali v članku. Ker mi je šlo predvsem za razlago relativnega tveganja in razmerja obetov, sem se jim namenoma izogibal. Izbor primera je takšno izogibanje olajšal, saj gre pravzaprav za populacijo. Titanik je bil samo eden, pa tudi ladje, ki bi imela reševalnih čolnov le za tretjino svojih potnikov, upajmo, ne bo več.

Literatura

1. Simonoff JS. The unusual episode and a second statistics course. *Journal of Statistics Education (Online)* 1997; 5 (1).

ASPIRIN[®]DIREKT

ŽVEČLJIVE TABLETE

Hitreje do cilja!

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

produkcija: Studio Moderna, oblikovanje: DVA

Bayer 
Bayer Pharma d.o.o.

100 
Stoletje Aspirina

PODROBNEJŠE INFORMACIJE O ZDRAVILU DOBITE PRI PROIZVAJALCU.

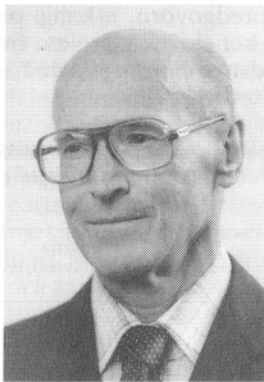
Jubileji

OB 90-LETNICI AKADEMIKA
PROF. DR. FRANCA NOVAKA

Jože Drinovec, Martin Janko

2. junija ugledni slovenski zdravnik, specialist ginekolog, po praksi pa predvsem ginekološki kirurg, praznuje 90-letnico svojega rojstva (1908).

Bil je skoraj legenda kot dr. Luka v partizanih, predstojnik Klinike za ginekologijo in porodništvo v Ljubljani, predsednik Slovenskega zdravniškega društva (1953-1954), Sekcije za ginekologijo in porodništvo SZD, ustanovitelj revije Jugoslovenska ginekologija i obstetricija, pisec in urednik knjig s področja ginekologije in porodništva, član SAZU in tajnik medicinskega razreda SAZU.



Mlajši se ga spominjamo kot zanesljivega in neutrudnega kirurga, ki je uspešno opravil zapletene in včasih silno dolgotrajne ginekološke operacije, predvsem tiste pri raku na maternici.

Ob njegovem visokem življenjskem jubileju smo se lotili pregleda njegovega dela nekoliko drugače. Zaposlili smo njegove sodelavce, naslednike in tovariše iz NOV, da nam vsak s svojega stališča oriše delo in osebnost prof. Novaka, po možnosti strokovno dokumentirano.

PARTIZANSKA LETA

Pavla Jerina-Lah

V Zdravniškem vestniku je ob 60-letnici prof. Novaka prof. dr. Draško Vilfan zapisal o njegovem partizanskem zdravstvu: »Že od junija 1941 je bil član matičnega odbora zdravnikov OF in je s pok. Lunačkom prepotoval poleti 1941 velik del Slovenije do Kolpe, organiziral zdravnike za OF, nato pa zbiral, urejal in pošiljal partizanom sanitetni material, vodil tečaje za prvo pomoč in zdravil partizane vse do maja 1942, ko je odšel k partizanom.

Prof. Novak je bil v partizanskem boju vedno nared, da pomaga s svojo požrtvovalnostjo, neustrašenostjo in iznajdljivostjo. Splošno znano je, da zanj ni bilo ovire, da ne bi pomagal bolnemu, ranjenemu ali umirajočemu borcu. Mnogi se ga še spominjajo, kako je prepešalil po deset in deset kilometrov

na dan, oprtan z bremenom, ki je bilo večje in težje kot on sam, da bi nudil zdravniško pomoč« (1).

Ob vseh svojih aktivnostih je našel čas tudi za vzgojo medicinskega kadra in v uvodni besedi k prvi številki Partizanskega zdravstvenega vestnika je leta 1944 zapisal med drugim tudi tole: »Namen tega vestnika je dvigniti strokovni, splošni in organizacijski nivo naše sanitete.

Kot se je naša narodnoosvobodilna vojska razvila iz malih partizanskih edinic, oboroženih s par puškami, v močno silo, do zob oboroženo z avtomatičnim in težkim orožjem, prav tako se je rodila naša partizanska medicina uboga in neobgljena, a se je razvijala v težki in krvavi borbi vedno bolj. S tem je tudi rastla in raste vedno bolj tudi naša odgovornost. Ne smemo zaostajati za ostalo vojsko. Korakati moramo naprej, kajti najboljše je komaj dobro za naše ranjene in obolele junake in junakinje. Odrtgajmo se od improviziranja, saj le-to ni več nujno. Opustimo sedaj primitivno medicino prve partizanske dobe, ne zapadajmo v šablonizacijo in povzdignimo strokovni nivo partizanske medicine na mirnodobsko višino! Zboljšujmo vedno higienske prilike naših sanitetnih ustanov! Brez strahu pokažimo na napake in odpravimo nedostatke!

NOV raste. Dodeliti ji moramo v pravem razmerju strokovno izobraženo, izvežbano in politično zavedno sanitetno osebje. Vsak zdravnik, vsak apotekar in vsak drugi sanitetni delavec mora biti torej tudi dober učitelj« (2).

Partizanski kolegi smo posneli njegove obsežne spomine iz časa NOV. Objavljamo nekaj utrinkov prof. Novaka iz tega časa.

Profesor Novak tovariš dr. Luka je bil zdravnik-referent za saniteto v I. udarnem bataljonu »Toneta Tomšiča«, potem v Cankarjevi brigadi in nato v Tomšičevi brigadi. Zdravnik-upravnik je bil v bolnišnici v Sošicah in v tajni bolnici »Lesen kamen« v Rogu. V odgovorni službi organizacije partizanske sanitete je bil na dolžnostih pomočnika načelnika sanitetnega oddelka GŠ Hrvaške in od junija 1943 do osvoboditve načelnik sanitetnega oddelka GŠ NOV Slovenije. Ob koncu vojne je imel čin podpolkovnika.

O konspiraciji

»Te naše skrivne bolnice so večkrat želeli obiskati razni funkcionarji. Včasih smo jim to dovolili, včasih ne. Matija Maček je hotel videti bolnico Smuka, ki sem jo slučajno vodil. Pristal sem. Obiskal nas je, se pogovarjal z ranjenci in kasneje hotel videti še bolj zakonspirirane oddelke. Pa nisem pristal. Ker je imel dobro patroljo, ki se je spoznala po Rogu, se je odločil, da poišče te bolnice sam. Osebju sem naročil najstrožjo konspiracijo in skrivoma zasledoval patroljo od ranega jutra. Ob petih popoldne so si oddihovali na nekem kolovozu. Prišel sem k njim in jih povprašal, če so kaj našli, pa so rekli, da nič. Matija Maček je moral priznati, da je naša konspiracija bolnišnic res dobra.«

O samopoškodbah

»Daki mi je naročil, naj borcem povem kaj o preprečevanju samopoškodb. Postavil sem se pred našega mitraljezca v razkorak. Ravno, ko sem razlagal o samopoškodbah - brrrrr - mi je med nogama izstrelil cel rafal. Samopoškodbe so bile resna stvar.«

Tovarištvo

»V najlepšem spominu imam tovariša Tilna, delavca iz Jesenic. V partizanih je bil ranjen v pljuča. Ni pa hotel v bolnico. Nosil sem njegov nahrbtnik, svojega orožja pa ni dal iz rok. Kasneje, ko sem bil sam ranjen, je bil že zdrav. Takoj je prišel, da se mi oddolži. V boju s 3. na 4. januar 1943 smo namreč imeli dosti hudo ranjenih. Reševali smo jih in nosili v hišo »Kopačija«. Tudi sam sem prinesel ranjenega partizana. Na »Kopačiji« pa so bile nastavljene mine in od njih sem bil kar pošteno ranjen v obe kolena. Nisem šel v bolnico, ampak sem za silo hodil z enoto. Tilen me je spremljal in nosil mojo opremo.«

Da se ne pozabi

»V tistem času (1941-1945) je bilo v Sloveniji vpisanih v Zdravniško zbornico 757 zdravnikov in zdravnic. V partizanih jih je sodelovalo 102 in od teh je padlo 20, 25 zdravnikov pa je še umrlo kot talci ali v taboriščih. Letno je bilo vpisanih 350 medicincev, od teh jih je bilo v partizanih 267, žrtev pa je bilo med njimi 57.«

O demobilizaciji

»Ob koncu vojne je general dr. Gojko Nikoliš, sanitetni referent VŠ NOV od mene osebno zahteval, da ostanem v armiji. No, odločno sem mu povedal »sam sem šel v partizane in zato grem tudi sam iz osvobodilne vojske!« in odšel sem v službo v žensko bolnico.

Viri

1. Vilfan D. Prof. dr. Franc Novak - šestdesetletnik. Zdrav Vestn 1968; 37: 217-9.
2. Novak F. Uvodna beseda. Partizanski zdravstveni vestnik 1944; I: 3-5.

AKADEMIK FRANC NOVAK - GINEKOLOG KIRURG

Stelio Rakar

Prof. dr. Novak je utemeljitelj slovenske ginekološke operativne šole. V pionirskih povojnih letih je v ginekološki kirurgiji razširil operacijski repertoar, prispeval novosti in izboljšal operativno tehniko.

V operativi se je predvsem posvetil radikalni ginekološki kirurgiji, ki je imela v Ljubljani dolgotrajno tradicijo. V Ljubljani je bila prva Wertheimova operacija napravljena leta 1907, kar je bilo le 9 let po prvi operaciji E. Wertheima na Dunaju. Kasneje ni bila več glavni problem primarna umrljivost po radikalni operaciji, ampak sečevodne fistule, ki so predstavljale kar 10-20% vseh komplikacij po Wertheimovi operaciji zaradi raka materničnega vratu. Profesor Novak je preučeval ta problem in izdelal izvirno tehniko preprečevanja nastanka sečevodnih fistul, ne da bi pri tem zmanjšal radikalnost operativnega posega. Z referatom na svetovnem kongresu ginekologov v Švici leta 1954 si je ustvaril mednarodno slavo (tab. 1 in 2).

Izboljšal in dodal je izvirne pristope tudi drugim operacijam. Tako je do maksimalne perfektnosti in enostavnosti izdelal vaginalni način operiranja in pri nas uvedel radikalno vaginalno histerektomijo po Schauti. Ko še ni bilo v svetu dovolj znanja o karcinomu in situ materničnega vratu, je profesor Novak take bolnice že zdravil samo s konizacijo in s tem mladim ženskam ohranjal reproduktivno sposobnost. Prav tako je zaslovel s svojo izpopolnjeno tehniko konstrukcije neovagine iz sigme.

Njegovi učenci smo občudovali odločnost in mirnost njegovega operiranja in v spomin so se nam vtisnili osnovni principi kot na primer nežno ravnanje s tkivi, ki jih pri operaciji ne odstranimo, ali iskanje prostorov med tkivi. Naj poudarim, kar so mnogi njegovi učenci in občudovalci že napisali: profesor Novak je vedno iskal nove operativne rešitve izključno v korist bolnic in ni operiral raka, ampak bolnico z rakom.

Njegova vabljenja predavanja in demonstracije operacij na uglednih inozemskih klinikah po vsem svetu so prispevale k temu, da je postala Ljubljana znana ginekologom vsega sveta, ki so se želeli izpopolniti v ginekološki kirurgiji. Uvedel je tečaj iz operativne tehnike tako za jugoslovanske ginekologe

kot za tuje, večinoma italijanske, in letos je na Ginekološki kliniki potekal že 25. tak tečaj za italijanske zdravnike.

Svoje bogate izkušnje in široko znanje je profesor Novak združil leta 1973 v knjigi »Ginekološke kirurške tehnike«, ki je do slej izšla že v sedmih svetovnih jezikih. Deset let kasneje je knjiga doživela italijanski ponatis, letos ob njegovi devetdesetletnici pa izide tretja, dopolnjena izdaja, kar potrjuje aktualnost operativne tehnike, ki jo je tako mojstrsko opisal prof. dr. Novak. Poleg tega je posnel številne filme o ginekoloških operacijah, klasika pa sta postala njegova filma o Wertheimovi in Schautovi operaciji.

Po njegovi zasluzi se tradicija odlične operativne šole nadaljuje. Veliko priznanje njegovi strokovnosti je tudi članstvo v International Society of Pelvic Surgeons, elitno društvo najboljših svetovnih pelvičnih kirurgov in častno članstvo v American College of Surgeons.

A kot vsi resnično veliki kirurgi profesor Novak ni izstopal samo zaradi svoje tehnične kirurške sposobnosti in virtuoznosti, ampak zaradi svoje velike kirurške razsodnosti pred operacijo, med njo in po njej. Na koncu naj citiram besede profesorja Cittadinija v predgovoru h knjigi profesorja Novaka: »Profesor Novak je kot človek v svojem življenju izbral skalpel kot izrazno sredstvo, čeprav atipično, a zelo učinkovito, svoje velike humanosti.«

Tab. 1. Osnovni podatki o radikalnih operacijah po Wertheimu in pogostosti uretero-vaginalnih fistul v različnih obdobjih.

Leto	Wertheimovih operacij	Operabilnost %	Primarna umrljivost Uretero-vaginalne fistule	
			%	Število %
1920-1946	372	36,8	14,8	35 9,4
1947-1953	246	61,2	5,3	28 11,4
1954-maj 1957	251	73	2,4	7 2,8

Tab. 2. Rezultati zdravljenja karcinoma materničnega vratu.

Leto	Število bolnic	Odstotek ozdravljenih po 5 letih			
		Stadij I-IV	Stadij I	Stadij II	Stadij III
1950	116	37,93	66,60	40,00	31,10
1951	137	37,96	64,29	52,27	17,46
1952	157	49,45	65,45	51,61	27,03
1953	170	39,41	62,50	25,00	29,79
1954	161	53,42	75,00	55,00	40,59
1955	147	59,18	86,96	60,38	36,59

Viri

1. Novak F. Reduction of ureterovaginal fistulas after abdominal radical hysterectomy by means of a simple modification of technique. Torino: Minerva medica, 1957: 251-6.
2. Novak F. Procedure reducing the number of ureterovaginal fistulas in abdominal radical hysterectomy with bilateral pelvic lymphadenectomy. Prog Gynecol 1963; 4: 495-514.

KLINIKA ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO, KOT JO JE ZAPUSTIL PROF. NOVAK

Helena Meden-Vrtovec

Za boljše razumevanje današnje organiziranosti Ginekološke klinike je potreben kratek skok v preteklost. Ko je prof. dr. Novak leta 1973 prepustil direktorske dolžnosti prof. dr. Vilfanu, je bila klinika samostojna ustanova. Organizacijsko je bila razdeljena na porodništvo in ginekologijo, ki sta se odvijali v stari

porodnišnici, Leonišču in stavbi Kliničnega centra. V tistem času je imela klinika tudi lastno upravno službo.

Razvoj stroke in združitvev z Inštitutom za načrtovanje družine pa sta narekovala leta 1981 reorganizacijo, ki se tudi po dograditvi nove porodnišnice leta 1987 v strokovnem pogledu ni bistveno spremenila. Notranje preselitve so omogočile lokacijsko združitvev prej razkropljenih dejavnosti, oblikovanje novega oddelka za reprodukcijo ter uvajanje tehnoloških in drugih postopkov sodobne medicine. Ta dokaj stabilna organiziranost se je finančno-ekonomsko in organizacijsko spremenila leta 1992, ko je postala klinika del Kliničnega centra. Danes je Ginekološka klinika ena večjih strokovno poslovnih skupnosti Kliničnega centra s 381 posteljami in 650 zaposlenimi. Strokovna dejavnost se odvija na:

- Kliničnem oddelku za ginekologijo v osrednji stavbi Kliničnega centra s 123 posteljami;
- Kliničnem oddelku za perinatologijo v novi porodnišnici s 182 posteljami za porodništvo in 32 posteljicami za novorojenčke;
- Kliničnem oddelku za reprodukcijo v stari porodnišnici z 69 posteljami.

Strokovno dejavnost dopolnjujejo še medicinske dejavnosti skupnega pomena, ki omogočajo usklajeno in specializirano izvajanje vrhunskih in rutinskih storitev (ambulantno poliklinična dejavnost, služba za anesteziologijo, patomorfološka in citološka diagnostika, medicinska genetika, enota za raziskovalno delo ter lekarna).

Povezovanje vseh naštetih strokovnih dejavnosti omogoča racionalno izkoriščanje kadrovskih, prostorskih in ekonomskih kapacitet. Integralnost in prepletanje ginekologije in porodništva sta tudi temelj za uspešno izvajanje specializacije.

Kljub naraščajoči specializiranosti v posameznih vejah ginekologije in perinatologije je dosedanjemu vodstvu uspelo ohraniti strokovno in organizacijsko celoto. Ta omogoča smotno organiziranost pedagoškega in raziskovalnega dela, ki ga vodijo doktorji (14) in magistri (18) znanosti in se odraža ne samo v dodiplomskem izobraževanju, temveč tudi v obsežnem podiplomskem (tradicionalna kirurška šola, šola za ultrazvok, šola endoskopskega operiranja ipd.).

Kot Center Svetovne zdravstvene organizacije za področje humane reprodukcije sodeluje klinika v lastnih in drugih mednarodnih in domačih raziskovalnih projektih.

S stalnimi analizami in udejanjanjem kazalnikov perinatalnega informacijskega sistema Slovenije in obravnavanjem hudih zapletov pri nosečnicah, porodnicah in novorojenčkih iz vse Slovenije (transport in utero) vpliva na reproduktivno zdravje slovenskih žensk, z že uveljavljenimi diagnostičnimi in terapevtskimi postopki v zdravljenju neplodnosti in drugih ginekoloških bolezni in z uvajanjem novih (na primer endoskopsko operiranje) pa na zdravje vseh žensk, ki so ji zaupane.

DELOVANJE V GINEKOLOŠKI SEKCIJI SZD

Božo Kralj

Prof. dr. Franc Novak je bil poleg strokovnega, raziskovalnega in pedagoškega dela zelo aktiven v Slovenskem zdravniškem društvu, še posebej pa v njeni Ginekološki sekciji, sedaj Združenju ginekologov in porodničarjev.

Ginekološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva je bila ustanovljena 12. 9. 1950. Prvi predsednik je bil doc. dr. Vito Lavrič. Sekcija je štela 26 ginekologov in 11 zdravnikov na specializaciji. Profesor Novak se je takoj po vrnitvi iz Beogra-

da aktivno vključil v delo sekcije. Ta njegova aktivnost je razvidna iz programov sestankov sekcije, kjer je pogosto predaval o najbolj perečih problemih ginekologije in porodništva tedanjega obdobja ter o svojih izkušnjah iz porodništva (placenta praevia) in ginekoloških operacij.

Leta 1954 je prof. dr. Novak postal podpredsednik Ginekološke sekcije in po smrti prof. dr. Lunačka leta 1955 predsednik sekcije. Ginekološki sekciji je predsedoval do leta 1960.

V času njegovega predsedovanja je Ginekološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva povečala število svojih članov, predvsem pa se je strokovno in organizacijsko okrepila.

Organizacijske, družbene in strokovne funkcije prof. dr. Novaka so se prepletale. Tako je bil v obdobju 1953-1954 predsednik Slovenskega zdravniškega društva in po letu 1954 član njegovega matičnega odbora. Skoraj istočasno z opravljanjem funkcije predsednika Ginekološke sekcije SZD je bil od leta 1955 do 1960 podpredsednik Združenja ginekologov in porodničarjev Jugoslavije (UGOJ - Udruženje ginekologa i opstetričara Jugoslavije). To združenje je nato kot predsednik vodil v letih 1960 do 1964. Sprva kot podpredsednik in nato kot predsednik UGOJ je bistveno vplival na organizacijo združenja, predvsem pa na širjenje organizacije ginekologije in porodništva in uveljavljanje modernih metod zdravljenja v jugoslovanskem prostoru. Uveljavljanje sodobne ginekologije in porodništva v celotnem jugoslovanskem prostoru je zanesljivo dalo pečat njegovemu vodstvu UGOJ.

Leta 1964 je dal idejo in se zavzel za ustanovitev prvega časopisa za ginekologijo in porodništvo v Jugoslaviji, to je bila »Jugoslavenska ginekologija i opstetricija«. Ta časopis deluje še sedaj, saj je njegovo nadaljevanje in tradicijo prevzela »Gynecologia et Perinatologia« z uredništvom v Zagrebu.

Prof. dr. Novak je ponovno postal predsednik Ginekološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva leta 1965 in je sekcijo vodil do leta 1971. V tem času je dal družbenemu in strokovnemu delu sekcije nov zagon. Ginekološka sekcija je pod njegovim vodstvom imela redne strokovne sestanke, na katerih so člani razpravljali o problemih ginekologije in porodništva v Sloveniji in ustvarjali ter usmerjali doktrino ginekološko-porodniške službe v Sloveniji.

V letih 1972 do 1976 je bil prof. dr. Novak ponovno izbran za predsednika UGOJ in v tem času je Združenje še bolj strokovno in organizacijsko okrepil ter ga bolj povezal s Svetovnim združenjem ginekologov in porodničarjev (FIGO) in tudi tako uveljavil slovensko in jugoslovansko ginekologijo v svetu. V predavanjih na sestankih Ginekološke sekcije in UGOJ je prof. dr. Novak vedno govoril o najpomembnejših problemih ginekologije in porodništva. S temi predavanji in objavami člankov v zbornikih kongresov in v Jugoslavenski ginekologiji i opstetriciji je prenašal svoje znanje in izkušnje na vse slovenske in jugoslovanske ginekologe in tudi tako vplival na razvoj ginekologije in porodništva v Sloveniji in Jugoslaviji.

Za svoje delo je prejel številna priznanja in odlikovanja. Naj omenim le one, ki so priznanje njegovemu delu v Slovenskem zdravniškem društvu, Ginekološki sekciji tega društva in Udruženju ginekologa i opstetričara Jugoslavije: častno članstvo Slovenskega zdravniškega društva (1963), častno članstvo Zbora liječnika Hrvatske (1967), častno članstvo Ginekološke sekcije Srpskog lekarskog društva (1969), leta 1996 pa ga je Ginekološka sekcija SZD na svojem prvem kongresu v novi državi imenovala za svojega častnega člana.

Prof. dr. Novak je poleg svojega strokovnega dela zapustil slovenski in jugoslovanski ginekologiji in porodništvu tudi neizbrisni pečat kot organizator ginekološke in porodniške službe in kot organizator Združenja ginekologov in porodničarjev Jugoslavije in Ginekološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

VSESTRANSKO DEJAVEN GINEKOLOG IN AKADEMIK

Lidija Andolšek-Jeras

Ko smo pred dvajsetimi leti počastili 70-letnico profesorja Novaka s simpozijem o ginekološki onkologiji, je slavnostni govornik D. Vilfan poskusil opredeliti »mesto ter vlogo profesorja Novaka znotraj zgodovinskega okvira slovenske ginekologije« (1). V razvoju ginekologije je omenil tri glavne mejnike: ustanovitev babiške šole leta 1753, integracijo ginekologije v porodništvo leta 1870 ter razcvet integrirane ginekološko-porodniške in zunajbolnišnične in bolnišnične dejavnosti po letu 1945. Potem ko je P. Lunaček popeteril ginekološko-porodniške oddelke in dosegel rojevanje v njih, se je njegov prijatelj in sodelavec F. Novak posvetil razvoju ginekologije in širšemu zdravstvenemu varstvu žensk.

Od leta 1955, ko je prevzel vodstvo ljubljanske ginekološke klinike, do njegove upokojitve leta 1978, je razvijal predvsem nove, sodobne dejavnosti, prilagojene zahtevam naše družbe po zdravstvenem varstvu žensk in otrok.

Nenehno je iskal vse, kar je bilo novega in dobrega v naši stroki na tujem, da bi z njemu lastno vztrajnostjo čimprej to presadil na slovenska tla. Tako je bil pobudnik sodobnega razvoja predporodnega in poporodnega varstva, psihoprofilakse s porodno analgezijo, iniciator sodobne borbe zoper splav s kontracepcijo, dejavnosti, povezane z zgodnjo detekcijo ginekološkega raka (citologija, kolposkopija, klinična patomorfologija), citogenetike, anesteziološke službe s preoperativno oskrbo in intenzivno nego operirank, diagnostike in zdravljenja neplodnosti, endokrinologije in andrologije, neonatalne in ginekološke pediatrije in še kaj. Eden prvih je spoznal pomembnost skupnega dela, dal je proste roke in iniciativo vsem, ki so bili voljni delati. Ob takem sodelovanju in delovni vnemi sodelavcev je klinika doživljala uspeh za uspehom in dobivala mednarodni ugled. Sam pa se je posvetil ginekološki kirurgiji in dosegel kot vrhunski operater svetovni sloves, o čemer pišejo drugi.

Za prof. Novaka je značilno, da ni bil nikoli v ospredju njegov lastni interes, temveč interes za razvoj celotne slovenske ginekologije. Njegovi strokovni odličnosti in izjemni osebnosti je pripisati, da so se vse novosti iz sveta takoj prenašale na ginekološko kliniko in takoj zatem na ginekološke oddelke po Sloveniji. Nesporni strokovni ugled prof. Novaka pa tudi ljubljanske ginekološke klinike pa sta botrovala ugodnemu sprejemu novih smernic v ustanovah nekdanje Jugoslavije. Hiter prenos informacij je olajšala tudi okoliščina, da je bil prof. Novak dolgoletni predsednik ginekološke sekcije in Udruženja ginekologa Jugoslavije.

Za svoj izjemni prispevek slovenski ginekologiji in medicini je prejel številna naša in zamejska priznanja in odlikovanja.

Med drugim je bil leta 1961 izvoljen v SAZU, kjer je bil do leta 1970 izredni, od takrat dalje pa redni član. Leta 1976, potem ko se je leto poprej medicinski oddelek razreda za prirodoslovje in medicinske vede osamosvojil in postal VI. razred SAZU, je postal njegov tajnik. Naloge tajnika je opravljal do leta 1992, dobrih 16 let.

Kot tajnik je bil zelo natančen. Dosledno je zahteval poročila o delu članov razreda. Na dnevni red sej je dajal res pomembna vprašanja, ki jih je predstavil jasno in preprosto. Kadar je prišlo do nasprotujočih mnenj, je zgladil ostrine v pogledih z anekdotami iz svojih bogatih izkušenj klinika in partizanskega zdravnika.

Kot tajnik razreda je bil istočasno tudi član predsedstva SAZU. Sodelavci se ga spominjajo kot stvarnega in vztrajnega sogovornika, ki je prepričljivo zagovarjal svoja stališča in dosegal, da so bili njegovi predlogi skoraj vedno upoštevani.

Viri

1. Vilfan D. Slavnostni govor ob odpiranju Simpozija v počastitev 70-letnice akademika profesorja dr. F. Novaka. *Jugoslav Ginek Opstet* 1978; 18: 99-9.

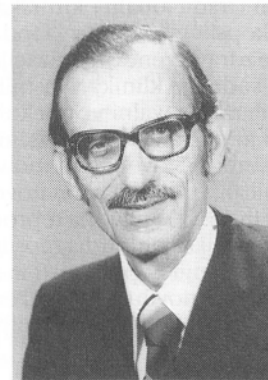
Čestitkam in dobrim željam akad. prof. dr. Francu Novaku se pridružujemo tudi v uredništvu Zdravniškega vestnika.

Nekrologi

IN MEMORIAM DR. STIPE ČOKOLIČ

Martin Medved

Dne 14. februarja so se v družinskem krogu poslovili od našega dolgoletnega šefa, spoštovanega učitelja in prijatelja doktorja Stipeta Čokoliča, specialista internista, rojenega 29. decembra 1925. Od leta 1943 pa do konca vojne je bil v partizanih in je pomagal osvoboditi Dalmacijo, Istro in Trst. Med leti 1948 in 1951 je končal srednjo vojaško medicinsko šolo in potem do leta 1955 kot medicinski tehnik delal v vojski v saniteti. Napredoval je tudi do čina kapetana. Odločil se je, da bo doštudiral za zdravnika in je na Reki tudi uspešno zaključil študij leta 1964. Še istega leta je pričel z delom v Mariborski splošni bolnišnici. Leta 1971 je opravil specialistični izpit iz interne medicine. Naslednje leto je prevzel delo v diabetološki ambulanti, 1979. leta pa je postal prvi šef Odseka za endokrinologijo in diabetologijo in šef endokrinološke ter diabetološke ambulante.



Do odhoda v pokoj leta 1990 je svoje delo opravljal z zanosom, požrtvovalnostjo in veliko skrbjo za bolnike. Po tem, ko mu je v začetku sedemdesetih let tragično umrla žena, je sam skrbel za taščo in sina Mira, mladega študenta medicine, ki je med tem tudi sam postal internist.

Ves čas si je prizadeval za čimboljše razmere za zdravljenje sladkornih bolnikov, čeprav so se stvari na bolje premikale le počasi in postopoma, tudi danes so razmere še daleč od idealnih. Zavedal se je vseh problemov, nezadostnega števila osebja, prostorske stiske itn. Prizadeval si je za celostno obravnavo bolnikov z diabetesom, doživel pa je tudi epidemijo sladkorne bolezni v začetku osemdesetih let. Takrat se je izkazal s svojo požrtvovalnostjo, iznajdljivostjo in smislom za organizacijo. V času hudega pomanjkanja inzulina in nerazumevanja države za ta problem je sklical in organiziral krizni sestanek, po katerem so se stvari uredile in je torej zaslužen za to, da so bolniki, ki so nujno potrebovali inzulin, to zdravilo tudi

dobili. Ta dogodek tudi najbolje pove, kakšen človek je bil Stipe. Bil je prepričan, da se bolj izplača preprečevati sladkorno bolezen, kot pa zdraviti napredovale, kronične zaplete, vedel pa je tudi, da je kaj takega mogoče le z dovolj pogostimi kontrolami v diabetološki ambulanti, dobro vzgojo in poučenostjo bolnikov in njihovim sodelovanjem z zdravniki. Zato se je tudi vedno boril za nove kadre in prostore.

Njegovo delo je bilo poleg požrtvovalnosti in vestnosti visoko strokovno. Redno je sodeloval na Endokrinološki sekciji, bil je član mednarodnih organizacij, kot na primer EASD (Evropsko združenje za študij sladkorne bolezni). Bil je tudi večkrat odlikovan, dobil je zlato plaketo Jugoslovanskega združenja za boj proti sladkorni bolezni, imel je pristne odnose s sodelavci in kolegi iz vse države.

Tudi po upokojitvi je še rad zahajal v bolnišnico, kjer smo ga vedno z veseljem sprejeli. Imel je posluh za človeške težave, ni bil človek, ki bi razmetaval z besedami, ne, bil je skromen in mehkega srca. Tudi bistrost in dober spomin sta mu ves čas življenja dobro služila. Ko ga je napadla bolezen, se ni predal, boril se je do konca, a na žalost vendarle omagal.

Zapustil nas je zdravnik, prijatelj in spoštovani učitelj. Šele zdaj, ko ga ni več med nami, pa vidimo, kako ga pogrešamo.

V našem spominu in spominu številnih bolnikov bo ostal nepozabljen.

V SLOVO DR. LILIJANA DOBRIČEVA

Meta Flegar

Konec februarja 1998 smo se poslovili od slovenske psihiatrije dr. Lilijane Dobričeve. Rojena leta 1920 v Ljubljani, kjer se je tudi šolala in leta 1949 promovirala na Medicinski fakulteti. Po opravljenem stažu je leta 1951 nastopila službo v psihiatrični bolnišnici Polje in tu tudi opravljala delo specialista - psihiatra vse do leta 1984, ko se je upokojila.



Za dr. Dobričevo je nedvomno veljalo, da se je s celotno osebnostjo predajala svojemu delu. Opravljala ga je brez zunanje blišča, pa kleno in vztrajno. Do svojih pacientov je razvijala materinsko skrb, notranjo trdno zavzetost in zvestobo. Predvsem s svojo osebnostjo jim je mogla nuditi pozitivno nadomestilo za njihove deficitne zgodnje objekte. V tej vlogi ni samo gladila, po potrebi je znala tudi odkrito zarobantiti, vendar vsakič z jasno simpatijo in zaščitništvom.

Tako najbrž ni bilo naključno, da je velik delež svojega dela opravila kot vodja tedaj še aktualnega insulinskega oddelka. Pacienti so se mogli povsem zaupljivo predajati v stopnjevite faze insulinsko komatozne terapije in pod njenim vodstvom

zapadali v svoja globoka regresivna stanja in se iz njih reintegracijsko obnavljali; lastnosti dr. Dobričeve so ob tem morale igrati vlogo vseobsežnega idealnega »Drugega«. To so na neki svojstven način izžarevali bolniki tega oddelka, saj so vedno predstavljali najbolj koherenten, konstruktiven in miroljuben del bolnišnice. Lik dr. Dobričeve jim je ostajal nepogrešljiv še po odhodu iz bolnišnice in so ji zvesto sledili tudi v ambulantnih potrebah.

V tej luči ostaja dr. Dobričeva tudi njenim kolegom in sodelavcem vzor dobrega psihiatra.

IN MEMORIAM DR. VINKO MOZETIČ 16. 7. 1924–19. 3. 1998

Anton Prijatelj

Vse, ki smo ga poznali in vedeli za njegovo delovanje tako v domačem Mirnu kakor tudi na drugih funkcijah, ki jih ni bilo ravno malo, nas je pretresla vest o smrti našega kolega dr. Vinka Mozetiča. Srečevala sva se v zadnjem času bolj poredko in na vsako moje vabilo, naj pride na strokovna predavanja Goriškega zdravniškega društva, mi je odgovoril, da ni ravno pri najboljšem zdravju in da je presrečen, kadar se ukvarja z urejanjem svojega drugega doma na Šentviški Gori. Poznal sem ga in vedel, da je izreden v svojih ročnih spretnostih in da obvlada skoraj vse spretnosti, ki so mu služile pri opremljanju njegovega doma najprej v Mirnu in potem v Šentviški Gori.



Dr. Vinko Mozetič se je rodil 16. julija 1924 v Mirnu očetu Ferdinandu, trgovcu, in gospodinjji Mariji Lestan. Osnovno šolo je obiskoval v Mirnu in Gorici. Leta 1938 je končal trgovsko šolo v Gorici. Nato je z dopolnilnimi izpiti opravil malo maturo in se vpisal v višjo realno gimnazijo v Gorici, kjer je maturiral oktobra 1943 po povratku iz posebnih bataljonov italijanske vojske. Sodeloval je v bojih na goriški fronti; po njenem razbitju se je vpisal na medicinsko fakulteto v Padovi. Januarja 1944 je odšel v partizane, kjer je bil pomočnik sanitetnega referenta Gradnikove brigade do januarja 1945, nato je bil pomočnik sanitetnega referenta divizije Garibaldi. Kasneje je delal pri saniteti na Vipavskem vojnem področju. Demobiliziran je bil jeseni 1945. Takoj je nadaljeval študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Za doktorja splošne medicine je promoviral decembra 1952. Staž je opravljal v Šempetru pri Novi Gorici, Postojni in Ljubljani. Kot zdravnik se je najprej zaposlil v rodnem Mirnu. Od leta 1960 dalje je bil direktor Zdravstvenega doma v Novi Gorici. Od 1965 do 1967 je bil predsednik social-

nozdravstvenega zbora Skupščine SRS. Med letoma 1967 in 1969 je bil ponovno direktor Zdravstvenega doma v Novi Gorici in istočasno predsednik odbora za zdravstvo pri socialno zdravstvenem zboru skupščine SRS. V letih 1969 do 1974 je bil podpredsednik skupščine občine Nova Gorica. V obdobju 1978 do 1982 je bil predsednik izvršilnega odbora Skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja SRS. Tri mandatne dobe je bil član komiteja za zdravstvo Slovenije. Leta 1985 se je upokojil.

Bil je vse življenje organizator zdravstva, in to še posebej osnovnega zdravstva ter sistema pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Strokovna srečanja

SLOVENSKA RADIOLOGIJA POSTAJA VSE BOLJ SESTAVNI DEL ZAHODNOEVROPSKEGA RADIOLOŠKEGA PROSTORA

PETI KONGRES EVROPSKEGA MIŠIČNO-KOSTNEGA
ZDRUŽENJA RADIOLOGOV LETA 1998 NA BLEDU,
HALLEY PROJECT V LETIH 1998-2000 V LJUBLJANI

Vladimir Jevtič

V letih 1998-2000 bo slovenski prostor mesto pomembnih mednarodnih strokovnih dogodkov na področju radiologije. Leta 1998 bo na Bledu Peti kongres evropskega mišično-kostnega združenja radiologov. Od 1998-2000 bo v Ljubljani potekal Halley Project, triletni cikel predavanj v okviru programa Evropskega združenja radiologov pod nazivom Continuing Education on Radiology in East Europe. Obe manifestaciji sta nedvomno priznanja Kliničnemu inštitutu za radiologijo, Katedri za radiologijo in Združenju slovenskih radiologov in hkrati tudi dokaza njihove strokovne umestitve v zahodnoevropski prostor.

V oktobru leta 1998 bo na Bledu potekal Peti kongres evropskega mišično-kostnega združenja radiologov, doslej največja mednarodna strokovna manifestacija v zgodovini slovenske radiologije. S tem je Kliničnemu inštitutu za radiologijo, Katedri za radiologijo in Slovenskemu združenju radiologov, ki bodo lokalni soorganizatorji, izkazana posebna čast. Hkrati pa tudi pomeni zaupanje v strokovno raven slovenske radiologije, še posebej glede na dejstvo, da je Slovenija edina med prejšnjimi vzhodnoevropskimi državami organizator takega srečanja. Znanstveni komite kongresa, ki združuje šest najst vrhunskih zahodnoevropskih mišično-kostnih radiologov iz dvanajstih držav, obeta strokovno zanimivo in kakovostno srečanje. Evropsko združenje mišično-kostnih radiologov je organ Evropskega radiološkega združenja, z osnovnim namenom, da v evropskem prostoru deluje kot organizator izobraževanja ne le radiologov, ampak tudi ortopedov, revmatologov, onkologov in drugih sorodnih specialnosti. Ena od osnovnih oblik njegovega delovanja je organizacija kongresa, na katerem je v nizu izobraževalnih kurzov z udeležbo vodilnih evropskih in ameriških strokovnjakov, prikazano stanje sodobne radiološke diagnostike pri različnih mišično-kostnih boleznih. Zato bo kongres izjemna priložnost za vse, ki se z omenjeno problematiko ukvarjajo, da spoznajo številne pomembne spremembe, ki so se na tem dinamičnem področju v zadnjih letih zgodile. Enako pomemben cilj kongresa je pri-

kaz originalnih raziskovalnih prispevkov evropskih radiologov, kar bo nedvomno omogočilo tudi afirmacijo naših strokovnjakov. Priznanje slovenski radiologiji je tudi dejstvo, da je prof. dr. Vladimir Jevtič v oktobru letos imenovan za predsednika Evropskega združenja mišično-kostnih radiologov. Še najbolj pomembno je poudariti, da omenjeni strokovni dosežki niso naključni in da so sad večletnega in v evropskem prostoru odmevnega raziskovalnega dela naših strokovnjakov, višjega znanstvenega sodelavca dr. Francija Demšarja z Inštituta Jožef Stefan, prof. dr. Blaža Rozmana iz Revmatološke klinike bolnice Petra Držaja, prof. dr. Vladimira Jevtiča iz Kliničnega inštituta za radiologijo KC v sodelovanju s tujimi raziskovalci pod vodstvom dr. Iaina Watta, mednarodno priznanega strokovnjaka na področju radiologije revmatskih bolezni (UK Bristol). Ne nazadnje je tudi posledica izredno uspešnega Prvega kongresa slovenskih radiologov leta 1996 z udeležbo niza priznanih tujih predavateljev iz zahodne Evrope in ZDA.

Za nadaljnji strokovni razvoj slovenske radiologije bo pomemben kompleks strokovnih dogajanj v okviru prireditve Halley Project, ki bo potekala v Ljubljani v letih 1998-2000. Projekt vključuje triletni cikel predavanj, namenjen izenačenju procesa izobraževanja v radiologiji med zahodnoevropskimi in vzhodnoevropskimi državami. Gre za program Continuing Education on Radiology in East Europe pod nadzorom Evropskega združenja radiologov, ki ga organizira in v celoti sponzorira svetovno priznani proizvajalec kontrastnih sredstev Bracco International iz Milana, Italija. Po velikem uspehu prvega projekta Halley v letu 1995 se je organizator odločil za povsem nov pristop. V treh letih bo celotna snov radiologije prikazana v seriji zaporednih predavanj in delavnic s strani uveljavljenih zahodnoevropskih predavateljev. Predavanja so namenjena specializantom v drugi polovici specialističnega staža. Tako bo imela sedanja generacija slovenskih specializantov edinstveno priložnost, da spozna različna področja radiologije, kot so npr.: nevroradiologija, radiologija gastrointestinalnega trakta, radiologija mišično-kostnega sistema, pediatrična radiologija itn., na strokovni ravni najboljših pedagoških ustanov zahodne Evrope. Ciklusi predavanj bodo potekali v Varšavi, Pragi, Budimpešti in Ljubljani. Vključitev Ljubljane s Kliničnim inštitutom za radiologijo in Katedro za radiologijo, ki bosta skupaj z Združenjem radiologov Slovenije pomagali pri lokalni organizaciji sestankov, ni naključno in je nedvomno še eno priznanje naši radiologiji. Je pa tudi posledica skoraj enega desetletja raziskovalnega sodelovanja slovenskih radiologov z dr. Iainom Wattom, ki je vodja celotnega projekta Halley. Kot izraz njegovega strokovnega upoštevanja naših dosežkov lahko štejemo tudi dejstvo, da je prof. dr. Vladimir Jevtič izbran za vodjo in organizatorja strokovne skupine za radiologijo mišično-kostnega sistema. Obe manifestaciji sta nedvomno tudi dokaza strokovne umestitve slovenske radiologije v zahodnoevropski prostor.

Delo SZD

PREDSTAVITEV KNJIŽNIH NOVOSTI

Bogdan Leskovic

Slovensko zdravniško društvo in Zdravniški vestnik sta pripravila 18. 3. 1998 novo predstavitev medicinskih knjižnih novosti slovenskih avtorjev. Predstavitev je vodila dr. Danica Rotar-Pavlič.

Dušan Nolimal: *Govorimo o drogah: temeljna dejstva*. Založnik: Reprostudio S. d. o. o. Ljubljana. Ljubljana 1998, 2. Izdaja. 23 strani, več povednih sličic - predelanih po gradivu Pierre Verhoeff, Utrecht.

Avtor dr. Dušan Nolimal z Inštituta za varovanje zdravja RS je nacionalni koordinator SZO za program droge. Knjižica je nastala v sodelovanju s projektom za preprečevanje uporabe alkohola in drugih drog v delovnem okolju Mednarodne organizacije za delo in Mednarodnega programa Združenih narodov za nadzor drog. Knjižico je predstavil avtor sam.

Gre za zdravstvenovzgojni priročnik za izvajanje primarnega preventivnega programa predvsem v šolah. Namenjen je zato predvsem učiteljem, svetovalnim delavcem in drugim strokovnim delavcem in strokovnjakom, ki se srečujejo z mladimi, odvisnimi od alkohola, tobaka in drugih drog, pa tudi vsem tistim, ki želijo in potrebujejo več tovrstnih informacij.

Vsebina knjižice podaja temeljne informacije in sodobna spoznanja o alkoholu, tobaku in drugih drogah. Dodano je posebno poglavje o aidsu in drogah, nujnih ukrepih pri predoziranju drog ter seznam izbranih ustanov, kjer je možno dobiti dodatne informacije.

Knjižica ima naslednja poglavja: Informiranost in pogovor kot ključna dejavnika preprečevanja škodljive uporabe alkohola in drugih drog. Heroin in drugi opiat/opioidi. Kokain in druga poživila. LSD in drugi halucinogeni. Kanabis (marihuana in hašiš). Ecstasy. Pomirjevala in uspavala. Alkohol. Tobak. Hlapila. Druge droge. Droge in aids. Nujni ukrepi pri predoziranju z drogami. Kam po informacije in pomoč. - Posamezna poglavja o drogah navajajo na kratek in pregleden način predstavitev droge, njeno razširjenost, način uporabe, kratkotrajne in dolgotrajne učinke ter posledice na zdravju, predoziranje in žargon, ki se uporablja zlasti med mladimi.

Avtor knjižice želi, da bi bilo s temi informacijami zdravstvenovzgojno in preventivno delo z mladimi lažje in uspešnejše pri usmerjanju mladih v zdrav način življenja. Potreba po ponatisu 1. izdaje iz leta 1997 kaže na veliko zanimanje za knjižico.

Janez Romih, Andrej Žmitek (urednika): *Duševne motnje in zmožnost za delo*. Zbornik. Strokovno srečanje. Begunje, 24., 25. oktober 1997. Dvajset avtorjev. Založila: Psihiatrična bolnišnica Begunje. Begunje 1998. 186 strani, več prilog, tabel in slik, ki pojasnjujejo vsebino.

Zbornik, ki ga je predstavil dr. Andrej Žmitek, vsebuje 18 referatov. Po pozdravnih, uvodnih besedah prvega urednika dr. Janeza Romiha sledita referata: Delazmožnost in anamneza (Lev Milčinski) in Ocenjevanje delazmožnosti (Marjan Bilban). V nadalje obravnava zbornik problem zmožnosti za delo kar se da celostno, to pomeni, da poglavja o bolezenskih stanjih in delazmožnosti dopolnjujejo tudi informacije o pravnih vidikih usposabljanja in zaposlovanja duševno obolelih oseb, o sposobnosti za vožnjo motornih vozil pri duševno motenih ter o sposobnosti za vojaško službo. Posebej je prikazano ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini, o čemer je spregovoril na predstavitvi dr. Janko Kersnik. Podane so še izkušnje ob delu v zdravniških in invalidskih komisijah. Na zaključku posameznih poglavij je navedena literatura. Sledijo še povzetki posterjev.

Ocenjevanje delazmožnosti odpira kopico vprašanj, kot so, kakšna je in do kod sega vloga zdravnika, ki se znajde v vrtincu različnih dejavnikov, porajajočih se v odnosih človeka do dela. Na njegovo presojo delazmožnosti pa poleg bolezenskih stanj pritiskajo še pacientova eksistenčna bremena.

Zbornik je namenjen prvenstveno zdravnikom in specialistom splošne/družinske medicine, specialistom medicine dela in športa ter psihiatrom. Z aktualnim in polemичnim nabojem, ki ga tema nosi v sebi, naj bi zadevala senzibilnost prvih, dru-

gih in tretjih in še koga, ki poklicno in interesno vstopa na to področje, je zapisal ob sklepu pozdravnih besed urednik zbornika dr. Janez Romih.

Janko Kersnik: *Kakovost v splošni medicini*. Založila: Sekcija za splošno medicino SZD Ljubljana. Zbirka PIP - pravočasno in pravilno. Ljubljana 1998. 308 strani, 58 ilustracij.

Avtor dr. Janko Kersnik je slovenski predstavnik v Evropskem združenju za kakovost v družinski medicini in predsednik Sekcije za splošno medicino SZD. Knjigo sta predstavila recenzent prof. dr. Jurij Šorli in dr. Marjan Česen. Ocenila sta jo zelo pohvalno. Gre za pionirsko delo na tem področju pri nas. Nastalo je v okviru raziskovalnega projekta »Kakovost dela v osnovni zdravstveni dejavnosti«, ki ga financira Ministrstvo za znanost in tehnologijo RS ter sofinancirata Ministrstvo za zdravstvo ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Na kakovost v medicini se je navadno gledalo z očmi detektiva, ki odkriva občasna, izjemna in huda odstopanja v oskrbi bolnikov. Krivdo se je nato iskalo pri zdravniku ali pa se jo je prevalilo na sistem zdravstvenega varstva. Izboljševanje kakovosti pa je nova filozofija, ki je usmerjena v splošni dvig kakovosti dela vseh zaposlenih v zdravstveni službi in ne le v odkrivanju izstopajočih slabih primerov. Namesto korektivnega pristopa h kakovosti je torej treba osvojiti preventivnega. Z načrtnim delom naj se zmanjša možnost nastanka odstopanja od zaželenih ravni.

Knjiga *Kakovost v splošni medicini* prinaša teoretično in praktično ozadje kakovosti zdravstvene oskrbe. Ob praktičnih primerih opisuje oblike, načine in sredstva, s katerimi je moč izboljšati kakovost dela. Opisani so tudi pogoji za uveljavitev kakovosti kot način vsakdanjega dela. Knjiga je namenjena zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zaposlenim v zdravstvu, ki jim bo služila kot opora in zbirka metod. Vodilne pa naj bi vzpodbudila, da bodo naredili osnovne korake, ki bodo omogočili razvoj kakovosti v njihovih ustanovah. Občanom naj bo vodilo pri aktivnejši udeležbi v načrtovanju in izvajanju zdravstvene dejavnosti. Študent si ob njej lahko ustvari predstavlo, kako priti do lika kakovostnega zdravnika. Skratka, knjiga prinaša za vsakogar nekaj.

Vsebina knjige je podana v 18 poglavjih, ki so porazdeljena na štiri dele. Prvi trije so osnovni in podajajo: Načela kakovosti. Sistem kakovosti. Načini izboljševanja kakovosti. Četrty del pa je dodatek k prvim, v katerem so predelave nekaterih prejšnjih prispevkov. Sledijo še Sklep, Viri in priporočeno branje, Slovensko-angleški in Angleško-slovenski slovar ter Stvarno kazalo.

Gre torej za knjigo, ki bo pomembna obogatitev slovenske strokovne publicistike s področja tako kakovosti kot splošne medicine.

Po zaključku predstavitve novih knjig se je razvil med udeleženci sproščen in prijateljski razgovor, med katerim je avtorja tega zapisa seznanil dr. Andrej Žmitek še z drugimi, doseđanjimi, dvodnevni strokovni srečanja in zborniki Psihiatrične bolnišnice Begunje, kot so sledili: oktober 1994 Dileme ob neprosto voljni hospitalizaciji, oktober 1995 Nevroleptično zdravljenje, maj 1996 Nevrotske, stresne in somatofornne motnje v splošni medicini in psihiatriji, oktober 1996 Zdravljenje z antidepresivi. Pri vseh zbornikih sta bila urednika dr. Janez Romih in dr. Andrej Žmitek, le pri tretje navedenem dr. Branko Brinšek in dr. Vladimira Stamos. Vse knjige so lepo in enako oblikovane ter predstavljajo začetek lepe strokovne knjižice z aktualno psihiatrično problematiko.

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR S PROF. DR. KATJO BRESKVAR, PROREKTORICO UNIVERZE V LJUBLJANI



Prof. dr. Katja Breskvar je bila rojena v Ljubljani leta 1944. Tu je končala osnovno šolo, maturirala na gimnaziji in leta 1969 diplomirala iz kemijske tehnologije na Fakulteti za naravoslovje in tehnologijo Ljubljanske Univerze. Podiplomski študij z magisterijem znanosti s področja biokemije je leta 1972 opravila na univerzi McMaster iz Hamiltona v Kanadi, doktorat znanosti s področja biokemije je pridobila leta 1977 na Univerzi v Ljubljani.

Leta 1972 je bila izvoljena v naziv asistentke za biokemijo, 1977 v naziv docentke, 1983 v naziv izredne profesorice in leta 1989 v naziv redne profesorice za biokemijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Od leta 1986 je predstojnica Inštituta za biokemijo MF. V dveh mandatnih obdobjih od 1993 do 1996 je bila prodekanica Medicinske fakultete, leta 1995 je bila prvič in leta 1998 drugič imenovana za prorektorico Univerze v Ljubljani za področje dodiplomskega izobraževanja.

ZV: Od leta 1993 do 1996 ste bili prodekanica Medicinske fakultete v Ljubljani. Kaj je mogoče napraviti na takšni ali podobni vodstveni funkciji na Medicinski fakulteti? Za pedagoško delo, za študente, pa morda še za koga?

KB: Na taki funkciji je mogoče prispevati marsikaj koristnega. Moj prispevek bi bil morda v poskusu združevanja raziskovalnega dela Medicinske fakultete, Onkološkega inštituta in Kliničnega centra. Pred dvema letoma smo oblikovali skupni raziskovalni oddelek, ki ga kasnejši pravilnik Ministrstva za znanost in tehnologijo ni več dovoljeval. Ostal je oddelek za znanstvenoraziskovalno delo na Medicinski fakulteti, ki združuje raziskovalni potencial v medicini, sicer v okviru Medicinske fakultete, vanj pa se vključujejo tudi raziskovalci iz Kliničnega centra in Onkološkega inštituta.

ZV: Vodstvo fakultete, v Vašem primeru Medicinske fakultete, je kolegijski organ. Po drugi strani je mandat tega vodstva kratek, dve leti. Kaj je možno napraviti v dveh letih v takšnem kolektivnem vodstvu?

KB: Zelo malo. Tega smo se dobro zavedali na naši fakulteti in tudi na osnovi pripomb z Medicinske fakultete je Univerza spremenila statut. Dekani na fakultetah, ki so to želele, so imenovani za 4 leta, prodekani pa izvoljeni za dveletno mandatno obdobje z možnostjo ponavljanja mandata. Če dekan omeni, da je bilo delo s prodekani uspešno, se lahko mandat podaljšuje.

ZV: V vodstvu Medicinske fakultete in tudi drugih ste profesorji, ki imate svoj predmet, svojo katedro in svoje zadolžitve. Vodstvene funkcije na ravni fakultete in Univerze so po eni strani dodatne (profesionalnim), po drugi strani pa pravzaprav amaterske. V angleško govorečem svetu imenujejo profesionalce oz. profesionalne birokrate, ali profesionalne ekipe, ki vodijo ustanove, kot so fakultete in univerze. Kako Vi gledate na takšno organiziranost?

KB: Razlikovala bi vodenje fakultete od vodenja univerze. Menim, da je za naše razmere kar ustrezno, da vodijo v akademskem smislu fakulteto profesorji, in to redni profesorji, ki niso obremenjeni s skrbjo za lastno napredovanje. Seveda je to

vodenje po svoje amatersko, vendar se vodstvo Medicinske fakultete ukvarja pretežno s pedagoškim, raziskovalnim delom ter sodelovanjem z različnimi ustanovami in strokami znotraj Slovenije, pa tudi iz tujine, za kar so pristojni profesorji. Za neposredne upravne in pravne naloge je imela Medicinska fakulteta ves čas za to usposobljene strokovne sodelavce. Na Univerzi so razmere še nekoliko drugačne. Za vodenje Univerze v akademskem smislu je seveda pomemben rektor s svojo ekipo. Vendar pa bi za upravno in finančno poslovanje tako kompleksna ustanova, kot je Univerza, potrebovala tudi strokovno vodstvo.

ZV: Kar lepo število let ste v vodstvu Medicinske fakultete. Koliko Medicinska fakulteta vpliva in lahko vpliva na zdravstvo v Sloveniji in v katerih segmentih?

KB: Najbrž nisem prava oseba za takšno vprašanje. Menim, da je Medicinska fakulteta zelo vpeta v zdravstvo. Vse vrhunske zdravstvene ustanove imajo vodilne strokovnjake z akademskimi nazivi ali pa so strokovno povezane z njimi. Težje bi odgovorila, kakšen je dejanski praktični vpliv MF na organizacijo v slovenskem zdravstvu.

ZV: Kakšno je razmerje med pedagoškim, raziskovalnim in strokovnim delom pri akademsko izobraženem pedagoškem delavcu na MF v Ljubljani? So razlike med predkliničnimi in kliničnimi ustanovami? Ali se razmere spreminjajo?

KB: Razlike v razmerju med pedagoškim, znanstvenim in strokovnim delom so med enotami MF precej velike. Predvsem je pomembna razlika v opravljanju strokovnega dela, ki je značilno in pomembno predvsem za klinične katedre, pa tudi za nekatere predklinične. Pomen strokovnega dela smo poskušali opredeliti tudi v najnovejših kriterijih za izvolitve v pedagoške nazive. Znanstvenoraziskovalno delo pa je precej bolj razširjeno v predkliničnih enotah MF. Najbolj pereče vprašanje za MF je pedagoški normativ za sistemizacijo učiteljskih mest. Sedaj veljavni normativ za sistemizacijo učitelja na MF je 7 ur predavanja na teden na dodiplomski ravni skozi vse leto. Strogo po tem kriteriju bi za celotno MF zadostovalo že 20 učiteljev, kar je precej manj, kot je učiteljev na vsaki srednji šoli. Ker se na MF dobro zavedamo, da se medicine na da naučiti zgolj iz predavanj, si zelo prizadevamo za spremembo normativov, ki bi omogočali tudi modernizacijo in bolj neposreden stik med študentom in učiteljem, tako pri pouku kliničnih predmetov kot predkliničnih ter povezave med predmeti.

ZV: Kaj je prinesla sprememba študija iz 5 na 6 let?

KB: Predvsem več časa za klinični pouk in klinično delo. Bistvena kritika pouka MF je bila, da imajo diplomanti po končanem študiju premalo kliničnega, neposredno uporabnega znanja. Rezultati se bodo pokazali šele čez čas. Danes še ni mogoče reči, ali je diplomant 6-letnega študija boljši, kot je bil diplomant 5-letnega. Nimamo primerne analize in primerjav znotraj Slovenije, ne poznam načina, kako bi primerjali znanje sedanjega diplomanta s prejšnjim diplomantom, ki je študiral po 5-letnem programu. Verjamem, da je znanje novih diplomantov boljše.

ZV: Od leta 1995 ste prorektorica na Univerzi v Ljubljani, od začetka leta 1998 ponovno in celo namestnica rektorja. Kakšne so Vaše izkušnje s to dolžnostjo?

KB: Sem prorektorica Univerze v Ljubljani s točno določeno funkcijo. Univerza ima rektorja in tri prorektorje, vsak ima svoje delovno področje. Sem prorektorica za študijsko dejavnost, in sicer za tisti del, ki je vezan na sprejem na Univerzo, na vse, kar je v zvezi s spremembami, dopolnitvami in uvajanjem novih dodiplomskih programov. Sodelujem tudi pri pro-

cesu nove nastavitve na Univerzi ter izmenjavo ljubljanske univerze s tujimi. Ko sem prevzela svojo prorektorsko funkcijo, se mi niti sanjalo ni, kako naj zamisli in projekte tudi uresničim. Spoznavala sem, da ima tudi Univerza kot MF svoj strokovni, utečeni aparat, ki opravlja tekoče naloge in je bistven tudi za uresničevanje mojih. Tu sem dobila osnovne informacije, oni so izvrševalci operativnih nalog. Moje delo je osredotočeno na koordiniranje, ne pa v vpletanje v podrobnosti posameznih univerzitetnih enot.

ZV: Če sem Vas prav razumel, menite, da Univerza bolj kot fakulteta zahteva profesionalizacijo pri vodenju?

KB: To velja za sedanjo organizacijo Univerze in fakultet. Po novem je namreč pravna oseba Univerza in MF oz. katerakoli fakulteta samo enota Univerze. Vse upravljanje, vsa organizacija in sprejemanje predpisov poteka prek Univerze. Takšno organiziranost Univerze kot pravne osebe je opredelil Zakon o visokem šolstvu iz leta 1993 in Statut univerze. Prej je bila vsaka fakulteta samostojna pravna oseba in vodstveni funkciji v prejšnji fakulteti sta imela dekan in tajnik. Nova organizacija Univerze in fakultet je zahtevala veliko naporov in prilagajanj. Glede na to, da bo takšna organizacija ostala tudi naprej, bo treba na Univerzi okrepiti strokovno službo, ki je za enkrat ostala v taki zasedbi kot v času, ko še ni bilo integrirane univerze. Treba bo predvsem okrepiti upravo in profesionalizirati vodenje.

ZV: V zadnjih 20–30 letih so bile pogoste razprave, celo polemike, kakšen je odnos med univerzo in družbo, univerzo in politiko. Je Univerza v Ljubljani avtonomna?

KB: Po zakonu in predpisih je. Avtonomna je v svojem poslanstvu, kar zadeva pedagoško in raziskovalno delo. To pomeni, da sama predlaga spremembe programov. Na vsebino od zunaj ne vpliva nihče, čeprav univerzitetne programe na koncu potrjuje vlada. Običajno se vlada ne meša v stroko in pedagoški program. Ni pa Univerza avtonomna finančno. Finančna sredstva ji odmerja vlada prek ministrstva za šolstvo in šport v rednih mesečnih obrokih. Tudi raziskovalna dejavnost za enkrat ni financirana primerno.

ZV: Odnos med Univerzo in državo, ki jo zastopata predvsem dve ministristvi (za šolstvo in šport, za znanost in tehnologijo), je relativno jasen oz. čist. Kakšen pa je interes strank do Univerze oz. fakultet? Vprašanje navezujem na Memorandum za Univerzo v Ljubljani, v katerem so se nekateri fakultetni učitelji zavzeli za večjo odprtost univerze in univerzo kot pomemben element civilne družbe in univerzitetnega učitelja, ki naj bo zunaj politike in stranke.

KB: Na Univerzi sem delala eno mandatno obdobje z rektorjem akad. prof. dr. Lojzeto Kraljem, drugo obdobje z rektorjem Mencingerjem šele dobro začujem. Vmešavanja politike v naše delo neposredno ne čutim. Ne morem reči, da univerzitetni učitelji niso pripadniki določenih strank. Strinjamo se s tistimi, ki pravijo, da politika ne sodi na univerzo. Tisti, ki se aktivno ukvarjajo s politiko, naj ne bi imeli vodstvenih funkcij na fakultetah in univerzi in obratno: univerzitetni učitelji ne bi smeli prevzemati vodstvenih funkcij v strankarskem življenju. Univerza kot ustanova mora biti apolitična, ni pa mogoče univerzitetnim delavcem prepovedati vstopanja v stranke.

ZV: Kakšen je vpliv Univerze na slovensko družbo?

KB: Posredno zelo velik. V preteklosti so skoraj vsi slovenski intelektualci končali na ljubljanski univerzi, sedaj pa približno dve tretjini. Ljubljanska univerza ima skupaj okrog 36.000 študentov. Tudi prek te populacije študentov je Univerza močno vpeta v slovensko družbo.

Neposredni vpliv je prav tako pomemben. Univerzitetni profesorji so mnogokrat tudi vrhunski strokovnjaki v svojih strokah. To ne velja samo za medicino, ampak tudi za druge stroke.

ZV: Slovenija velja kot precej zaprta družba. Kako pa je z Univerzo? S tem mislim za dejansko izmenjavanje, odhajanje v tujino, sprejemanje študentov in pedagoških delavcev in raziskovalcev iz tujine in pa tudi za odprtost ali zaprtost glede idej, sprejemanja drugih mnenj in izkušenj.

KB: Univerza se vse bolj odpira v svet. Tako prek delavcev Univerze, učiteljev in znanstvenikov kot tudi študentov. Danes bi težko srečali koga na ljubljanski univerzi, da ne bi vsaj nekaj časa prebil v inozemstvu. Zadnji dve leti pa je to postalo tudi pogoj za izvolitev v naziv rednega profesorja. Čim smo to postavili kot pogoj za izvolitev, je to že neke vrste gledanje Univerze, da mora biti vpeta in da se mora primerjati s svetom.

Kar zadeva izmenjavo študentov, pa velja, da smo za enkrat precej zaprti. Ker smo majhen narod, imamo svoj jezik, ki ga drugi ne govorijo. K nam prihajajo tisti, ki se zanimajo za jezik, ali pa pridejo na take vrste izmenjavo, kjer poteka komuniciranje v angleščini oz. v kakšnem drugem tujem jeziku. To pa ni neposredna izmenjava študentov za določeni del pouka. Res je, da se take vrste izmenjava uvaja in tudi Univerza v Ljubljani stopa v sistem, ki bo uveljavil redno izmenjavo študentov ljubljanske univerze s študenti drugih evropskih univerz. To je program Sokrates, znotraj tega je program Erasmus, ki je vezan samo na visokošolske institucije. V program Erasmus se bo naša univerza vključila. Za vključevanje v evropski sistem je nujno potrebno naše programe kreditno ovrednotiti. Ko bodo programi kreditno ovrednoteni, se bodo lahko izmenjavali kredit za kredit. Vendar bo še vedno ostala ovira – jezik. Evropski programi, v katere vstopa tudi ljubljanska univerza, še vedno predvidevajo pouk v jeziku gostiteljice. Ker je to slovenski jezik, verjetno ne bo velikega zanimanja študentov iz tujine, da bi gostovali pri nas. Več bo zanimanja naših študentov za študij v tujini. Kljub omejenosti z jezikom in navezanosti na lastni jezik bomo morali nekatere dele programov ponuditi tudi v tujem jeziku, kar delajo tudi druge manjše države. To velja za diplomski študij. Kar zadeva podiplomski študij, lahko rečem, da v nekaterih programih delno že teče v tujem jeziku. Imamo slušatelje na podiplomskem študiju iz tujine. Ker so podiplomski programi naravnani bolj individualno, se lažje odvijajo v tujem jeziku.

ZV: Slovenija se želi politično, najbrž tudi ekonomsko, pa verjetno pedagoško in znanstveno približati Evropski skupnosti. Kaj bo pomenilo za MF in Univerzo, če se bo Slovenija čez 10 let kot enakopravna članica pridružila Evropski skupnosti? Ali to pomeni enakovredno in odprto tekmovanje pri razpisih za študente, za asistente, predavatelje in univerzitetne profesorje?

KB: Tudi večje države imajo dogovorjeno, kako zaposlovati svoje, jih vključiti v pedagoški proces, in kako tujce. Pri nas že danes vpisujemo tuje študente in imamo za njih posebne kriterije.

Če hočemo obstati kot narod, bomo morali dobro obvladati slovenski jezik in v njem tudi poučevati. Kompletnih predmetov ne bodo poučevali tujci. S tem bi bilo konec našega jezika. Verjamem, da bodo naše šole ostale slovenske. Verjamem tudi, da je naša moč samo v znanju. Dosegati bomo morali takšno kakovostno raven, kot jo imajo evropske države. Imamo vrsto strok in ustanov, ki so zelo močno povezane s tujimi laboratoriji ali ustanovami in so kakovostno na zelo visoki ravni. Na takšno raven bo treba postopno dvigniti vse.

ZV: Najbrž je pot postopno povečevanje zahtevnosti in enaki kriteriji za doseganje pedagoških in znanstvenih nazivov, kot veljajo v evropskih državah?

KB: Že ko smo se odprli v raziskovalnem smislu, se je nenadoma bistveno povečala primerljivost. Znanstveni izplen je neprimerno večji. Samo v zadnjem ULBB 5 lahko vidite, kako se je povečalo objavljane učiteljev in sodelavcev Univerze v Ljubljani in kakovost njihovih del.

ZV: Cene hrane, tehničnih predmetov, avtomobilov so v Sloveniji primerljive z evropskimi. Kaj pa cena diplomanta na Univerzi in plača univerzitetnega učitelja?

KB: Naše plače niso primerljive s plačami zahodnoevropskih držav, ne glede na to, da postajajo kriteriji vedno bolj primerljivi. Zahtevnost se povečuje, plače pa ne. Vendar v tem pogledu ne bi želela ločiti Univerze od ostale družbe, saj to velja na splošno za pretežni del slovenske družbe.

ZV: Ali to pomeni tudi, da je študij za tujca, ki pride študirat v Slovenijo, bistveno cenejši?

KB: Pri nas tujec študij plača po naših cenah. Tudi živi v naših razmerah. Morda je zanj ta študij nekoliko cenejši, vendar sem prepričana, da se tujci ne odločajo za študij na ljubljanski univerzi zaradi cene. Diploma ljubljanske Univerze je cenjena tudi v tujini.

ZV: Po meni dostopnih podatkih je največ tretjina kemikov v Sloveniji dejansko zaposlena v svoji stroki. Zakaj?

KB: Kaj mislite s tem, »svoja stroka«? Ne smemo pozabiti, da je kemija ena od osnovnih ved. Je lahko osnova za marsikatero interdisciplinarno stroko. Zato se kemiki z dobro osnovo naravoslovnega znanja in širokega mišljenja lahko usmerijo v marsikateri poklic. Drugi razlog je, da je kemijska industrija v Sloveniji v upadanju. Zelo redke so kemijske tovarne, ki so uspešne. Tovarn, ki bi se ukvarjale s proizvodnjo kemikalij, ni. Tudi v svetu takih tovarn ni veliko. Poleg tega so kemične tovarne v preteklosti povzročile okolju precejšnjo škodo in zato je kemija pri ekologih v nemilosti. Najbolj razvite države selijo svojo kemijsko proizvodnjo v nerazviti svet. Tudi odpravljanje industrijskih odpadkov je zelo drag proces. Potrebna bi bila dobro organizirana zaščita okolja, kjer bi bila vloga kemika zelo zaželeno. Vendar to zahteva velika finančna vlaganja.

ZV: Vaše področje, Vaša stroka je biokemija. Kaj Vas je usmerilo v biokemijo?

KB: V letih po diplomu me je zanimalo življenje in mehanizmi, s katerimi bi ga lahko razložili. V letih 1969/70 biokemija pri nas še ni bila zelo razvita. Bila je le ena katedra na ljubljanski univerzi in en raziskovalni laboratorij na Inštitutu Jožef Stefan. Na podiplomski študij sem šla v tujino. Biokemija se mi je razširila v veliko, neskončno področje.

ZV: Kaj je to molekularna biologija in kakšna je sorodnost med molekularna biologijo in biokemijo?

KB: Za molekularno biologijo ni absolutne definicije. Molekularna biologija v dobesednem pomenu besede so vse razlage na molekularni ravni, ki razložijo procese od molekule do celice. To pa je zelo široko področje. Danes molekularno biologijo predvsem razumemo kot zaporedje procesov, ki so povezani z ohranjanjem in prenosom genske informacije. Preučuje lastnosti gena, njegovo podvajanje, ohranjanje, posredovanje in regulacije izražanja genske informacije.

ZV: Ali ni prav pojasnitev mehanizma genske informacije prek DNA (dezoksiribonukleinske kisline) dalo največji polet sodobni biokemiji?

KB: Vse se je začelo z Watsonom in Creekom, ki sta razvozlasta strukturo dvojne vijačnice DNA. S svojim delom sta nakazala proces prenosa genske informacije, kot tudi uporabe tega prenosa. Leta 1953 sta strukturo DNA objavila, leta 1963 pa za svoje delo dobila Nobelovo nagrado. To znanje je danes zelo uporabno, široko ga izkoriščajo v raziskavah od medicine do biokemije. To je bila pomembna prelomnica, ki danes daje že neposredno uporabna orodja za diagnostiko in tudi zdravljenje v medicini.

ZV: Kakšen je bil prispevek Vaše raziskovalne skupine na področju presajanja organov pri človeku?

KB: K sodelovanju nas je pritegnil Center za tipizacijo tkiv Zavoda za transfuzijo krvi RS, ki je opravljal tipizacijo tkiv za potrebe transplantacije do taktar z ustaljenimi postopki zasledovanja antigenov in imunokemijskimi tehnikami. Za usklajitev kriterijev z evropskimi laboratoriji je bila nujna uvedba tehnik, ki bi omogočale tipizacijo na ravni DNA. Takratna predstojnica Centra za tipizacijo tkiv prof. Bohinjčeva se je zavedala te potrebe in se obrnila na Inštitut za biokemijo MF po pomoč. Tudi sami smo se morali izobraziti. Sama in še ena mlada raziskovalka, ki je s tega področja magistrirala, sva morali na izpopolnjevanje v tujino. Nato smo strokovnjake iz Centra za tipizacijo tkiv naučili novih metod, ki jih zdaj obvladujejo in razvijajo sami. To delo in sodelovanje je trajalo štiri leta. Rutinsko delo sedaj poteka v Centru za tipizacijo tkiv, z njimi pa sodelujemo še naprej na raziskovalni ravni.

ZV: Kako poteka danes odkrivanje novih molekul, za katere se pričakuje oz. želi, da bi imele biološki, terapevtski učinek?

KB: Govorim lahko samo iz izkušnje v preteklosti, ko sem delala še v klasičnem kemijskem laboratoriju v tovarni zdravil Krka. Takrat je bil princip sintetizirati čimveč molekul s potencialno verjetnostjo, da bodo postale učinkovine. Spraviti jih je treba skozi presejalne postopke, ko to učinkovitost tudi potrdijo ali ovržejo, prav tako škodljive učinke. To je bil taktar zelo drag in zamuden postopek in zelo malo na novo ustvarjenih molekul je doživelo srečo ali nesrečo, da je na koncu postalo uporabna učinkovina. Znanje biokemije se je tako povečalo, da lahko vnaprej do določene mere napovemo strukturo molekule in jo tudi sintetiziramo ciljano in s pričakovanimi lastnostmi. Postopek verifikacije takšne substance pa je prav tako potreben. Vedenje o biokemijskih procesih prispeva, da 10-100.000 naključno izbranih molekul zreduciramo na manjše število bolj verjetnih molekul, ki bi lahko učinkovale v določenih procesih kot inhibitorji in potencialna zdravila ali strupi.

ZV: Moje najbolj zgodnje srečanje z biokemijo mi je dalo predstavo, da je biokemija predvsem področje, kjer je lahko priti do publikacij. Naslednje gledanje je bilo v času magistrerija, ko je bila v modi encimologija. Tedaj je biokemija že postala bolj neoprijemljiva in teoretična. Današnja biokemija je predvsem genetika ali zelo blizu genetiki, molekulam ali celo isti molekuli. Zdravniku, ki vsakodnevno skrbi za svojega bolnika, se zastavlja vprašanje, ali je mogoče danes z današnjim znanjem kemije načrtovati molekulo in predvideti njene učinke. Ali je možno računalniško načrtovati molekule za zdravila?

KB: Kadar govorimo o učinkovini, ki deluje na encim, je načrtovanje molekule močno povezano s poznavanjem aktivnih centrov encimov. Ni več le genetika. Encim je prevedena molekula, tisto, kar je nastalo na osnovi nekega genskega zapisa. Res je, da nam je danes skoraj lažje razložiti strukturo encima s pomočjo poznavanja gena, ker je ta tehnologija dobro obvladana. Na podlagi gena lahko naredimo primarno sekvenco proteina. Proteinu se da določiti struktura z računalniškimi modeli, saj primarni zapis določa sekundarnega in terciarnega. Po položaju aminokisljin v aktivnem centru se da pred-

videti, kaj bo najboljši substrat oziroma kakšen naj bi bil substrat oz. inhibitor. Zdravila so lahko inhibitorji nekega encima. Včasih je dovolj, da spremeni njegovo kinetiko, včasih ga kompetitivno inhibira. Glede na to, da se lahko predvidi aktivni center encima, se da tudi predvideti struktura učinkovine, ki bi na to vplivala. Take raziskave so utečene, vendar so zelo interdisciplinarne. Težko bi to naredil en sam laboratorij. Naše delo je namreč zelo specializirano. Ljudje, ki se ukvarjajo z nukleinskimi kislinami, se zelo malo ukvarjajo s proteini, še manj s kristalno strukturo oz. s konstrukcijo le-te. V svetu delujejo v tem smislu zelo povezane delovne skupine. Na zelo dobrem strokovnem srečanju lahko takšno zgodbo slišimo od pričetka do konca in dobimo predstavo, da so skonstruirali nekaj zelo uporabnega. Potrebno je veliko sodelovanja strokovnjakov z znanjem iz zelo različnih področij. Tudi če bi na tak način pridobili neko substancno, ki bi lahko delovala zdravilno, je treba tako molekulo, ravno tako, kot sem omenila prej, farmakološko natančno testirati.

ZV: Pred kakimi 15–20 leti so bili ena najpomembnejših področij, ne le v biokemiji, ampak tudi v medicini, receptorji, njihova teorija, kinetika. Kaj pa pomenijo receptorji danes?

KB: Receptorje danes še vedno proučujejo. V obdobju, ki ga omenjate, so bile v veljavi take tehnike, ki so se bolj usmerjale v kinetiko vezave kakega substrata na receptor. S to kinetiko vezave se je razlagalo, ali je receptor prisoten ali ga ni, in če je, v katerem delu celice je prisoten. Na podlagi teh študij so lahko ugotovili, ali je aktiven ali ne. Številne mehanizme regulacije v celici so tako vsaj delno pojasnili. To še vedno proučujejo, vendar je vedno več znanja tudi na t. i. »molekulsko-biološkem« nivoju. Značilna vprašanja, ki se postavljajo, so: kakšna je struktura DNA, področja, kjer pride do vezave z receptorjem, katera struktura znotraj receptorja je odgovorna za vezavo na DNA, če gre za receptorje, ki se vežejo na DNA. Kinetične raziskave se vse bolj selijo v molekularno biologijo.

ZV: Kakšen je pomen celičnih membran predvsem glede na njihovo funkcijo?

KB: Membranske sestavine je precej težje študirati kot tiste, ki so topne. Membrana predstavlja neke vrste oviro pri izolaciji sestavin iz nje. Ker je membrana tudi funkcionalni del molekule, funkcijo molekule prizadenemo, čim molekulo vzamemo iz membrane. Membrana ima zelo pomembno funkcijo. Celična membrana je prva bariera za vstop v molekulo. Brez prehoda skozi to membrano učinek molekule na celico ni možen. Tudi v našem inštitutu sem se ukvarjala z membranskim sistemom. Membranski sistemi niso le strukturna sestavina, ampak so membrane tudi mesto, kjer pride do sočasnega usklajenega delovanja več molekul. Če gre npr. za sistem treh proteinov, ki delujejo zaporedoma, je to neprimerno kompleksnejši sistem kot učinkovanje ene same molekule. Študije membranskih sistemov so zelo pomembne in zahtevne. Za delovanje celice so poleg celične membrane pomembni tudi znotrajcelični membranski sistemi.

ZV: Kakšen je pogled biokemika na staranje? Kaj se stara, jedro, membrana, encimi?

KB: Mehanizem staranja celice je zelo kompleksen; ker govorimo največ o DNA, se bom omejila predvsem na to. Stara se tudi DNA. DNA je ves čas izpostavljena agensom iz okolja in se spreminja. Imamo zelo učinkovite popravilne sisteme. Učinkoviti smo pri popravljanju napak na lastnih celicah, ti mehanizmi so genetsko pogojeni in s tem zelo različni. Čim pa je spremenjena DNA, je spremenjen proteinski produkt, ta pogojuje tudi spreminjanje membrane itd. Stara se celica v širšem pomenu besede. S spremenjeno DNA je delovanje celice lahko ključno spremenjeno.

ZV: Katero področje biokemije, ki pomembno vpliva na medicino, vam je najbližje oz. ste ga tudi najbolj preučevali?

KB: Zagotovo sodi v to kemijska karcinogeneza. Mnogo je dejavnikov v okolju, ki nanjo vplivajo in o njih tudi marsikaj vemo. Kadilci npr. imajo večjo možnost, da dobijo raka na pljučih. Poznamo kemijske snovi, ki nastajajo ob kajenju, spreminjajo DNA in s tem vodijo v karcinogenezo. Sama se ukvarjam z encimskim sistemom, katerega osrednji encim je vključen v aktivacijo pri karcinogenih substancah v končne karcinogene. To so substance, ki se vežejo kovalentno na DNA in jo spremenijo do te mere, da povzročijo celo vrsto dogodkov, ki v končni fazi vodi do maligne transformacije celice. V našem laboratoriju smo študirali encime, ki metabolizirajo v organizmu tuje substance. Običajno so ti encimi del mehanizma, odgovornega za detoksifikacijo. S pomočjo teh encimov se toksična snov pretvori v obliko, ki jo telo lahko izloči. Takšni encimi največkrat toksično snov pretvorijo v bolj topno. V cigaretinem dimu so produkti gorenja, ki so v maščobah topne molekule, se vežejo na DNA, odlagajo na membranah in tam povzročajo škodo. Prva stopnja v detoksifikaciji je, da se na tako organsko molekulo veže hidroksilna skupina. Nanjo se nato veže še skupina za konjugacijo in tako konjugirano molekulo naši ekskretorni organi lahko izločijo prek urina ali blata. Detoksifikacijski encimski sistemi so zelo splošni. Nekatere molekule prepoznajo za strupe in jih detoksificirajo. Druge molekule pa tudi aktivirajo v potencialno zelo nevarne reaktivne intermediate. Ti reagirajo s številnimi celičnimi strukturami, tudi z DNA. Na njej nastajajo napake, ki prek več stopenj vodijo v karcinogenezo. Preučevali smo populacijo slovenskih bolnikov s pljučnim rakom v primerjavi s kontrolno skupino. Ugotovili smo, da so encimi za detoksifikacijo zelo polimorfni. Skušali smo najti korelacijo med verjetnostjo za malignom in polimorfnostjo encimskega sistema. Preučevali smo take povezave pri različnih oblikah raka pri človeku, kot npr. pri raku na pljučih, prebavilih in kožnem raku.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec.

Nove knjige

RECENZIJA

Psihijatrija

Shizofrenija – čustvovanje, spoznavanje, življenje z drugimi. Zbornik predavanj; II. mednarodni simpozij, Ljubljana, 20.–21. marec 1998. Psihiatrična klinika, Center za izvenbolnišnično psihijatrijo. Uredila Marga Kocmur.

Razveseljivo je opazovati, kako slovenska psihijatrija v novih razmerah presega utirjeno pragmatiko in – ne da bi le-to zanemarjala – prek strokovnih srečanj, simpozijev, kongresov tesno sledi in mestoma mogoče na kakem področju celo prehitveva raziskovalne in organizacijske psihiatrčne in »obpsihiatrčne« tendence drugje v svetu.

V tem okviru lahko predstavimo zbornik predavanj II. mednarodnega simpozija z naslovom: »Shizofrenija – čustvovanje, spoznavanje, življenje z drugimi« (ur. asist. dr. Marga Kocmur, dr. med., iz Centra za izvenbolnišnično psihijatrijo Psihiatrične klinike, ki je knjigo ob pomoči farmacevtskih družb Janssen-Cilag in Lundbeck založila). Knjiga je izšla v marcu 1998 in so jo imeli udeleženci kongresa že prvi dan pred seboj, kar je zaželena, pa malokdaj uresničena praksa. Knjiga ima 174 strani in je oblikovno tudi zgledno izdelana.

Kot nam naslov knjige pove, pomeni ta zbornik že drugi del tematike sodobnih pogledov na shizofrenijo.

Prvi mednarodni seminar z naslovom Shizofrenija - diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija, je bil pod okriljem Psihiatrične klinike organiziran v dneh 14.-15. marca 1997, prav tako s sodelovanjem tujih strokovnjakov.

Tematika je bila tedaj obravnavana bolj s temeljnih izhodišč. Zbornik je pa tedaj uredila in oblikovala prav tako asist. dr. med. Marga Kocmur.

Organizatorica simpozija in hkrati urednica Zbornika dr. Marga Kocmur je predstavila takole v svojih prispevkih (Uvodne misli, Različni pomeni psihiatričnih diagnoz) lastno videnje razvoja psihiatrične vede, če globalno povzamemo njene misli:

Danes, ko so posamezni biološki, psihološki in socialni procesi v nastanku shizofrenije že zadovoljivo opredeljeni, ostaja dinamična interakcija med njimi še vedno neraziskana. Dejavniki etiologije shizofrenije so še vedno na ravni teoretično-znanstvenih modelov, in kot da le-ti ne morejo pojasniti terapevtskih uspehov. Pri tem pa avtorica le upa, da pač zveze med etiološkimi modeli in uspehi terapije še ni uspelo odkriti, ne pa da so prvi in drugi sploh na različnih tirih. Iskanju teh povezav da je bil v bistvu posvečen tudi ta simpozij.

Avtorica teh uvodnih tez odpira še drugi, čeprav omenjenemu sorodni problem, namreč, kot jih ona poimenuje, »kvalitativni in kvantitativni vidiki psihopatologije shizofrenije« (mogoče psihopatologije nasplo). Po letu 1930 je z vse večjim uveljavljanjem interdisciplinarnega vzorca raziskovan tudi v psihiatriji in posebej ob shizofreniji vzniknila možnost kvantificiranja določenih biokemičnih, psiholoških, genetskih ugotovitev in je na splošno intuitivna metoda življenja v vedenje in doživljanje psihiatričnega pacienta začela izgubljati na svoji »znanstveni« teži. Zame, starega psihiatra, ki je leta 1941, še tako rekoč za rep ujel »klasično« (Kraepelinsko in Jaspersovo) psihiatrijo, je spodbudno, kar pravi avtorica: »Številnih pomembnih fenomenov shizofrenije pa se vendar še ne da postaviti na oltar kvantifikacije in nekaterih morda nikoli ne bomo mogli.« Ne mislim, da pomeni to resignacijo, temveč spodbudo, da tudi v filozofiji psihiatrije ohranimo še nekaj tistega, s samo tehnologijo nezaobseženega, neubesedljivega, bližje meditaciji kot racionalno-logičnemu diskurzu, po čemer se danes toži celo nekaterim teoretskim fizikom (1).

Da uzremo splošno teoretsko naravnost do naše psihiatrije in shizofrenije (kot tipične paradigme duševne motenosti) nasplo, so nam dragocene tudi misli Kocmurjeve v referatu-članku »Različni pomeni psihiatričnih diagnoz«, ki je v bistvu parada možnih etičnih skotomov in spodrsrljavov na diagnostični ravni, ko se psihopatologija pripravlja postati psihiatrija, pa orodje odločanja in izvajanja - se pravi zdravnik in njegova intelektualna, tehnična in duhovna zrelost - ni na zadostni ravni popolnosti. Avtorica se tu ne ustraši citirati antipsihiatra Cooperja in še drugih avtorjev, ki avtokritično (glede na stroko) opisujejo namerne in nenamerne napake, ko že v diagnostični fazi srečanje s pacientom mogoče negativno družbeno stigmatiziramo, tako da naj bi se zdravnik vseskozi zavedal dvoreznosti diagnoze, posebej še psihiatrične.

Na simpoziju so sodelovali tudi štirje zamejski strokovnjaki, ki so svoje prispevke podali v tujem jeziku. Tako *Jiri Modestini* (M. D. Psychiatric University Hospital Zürich, Switzerland) z zanimivim referatom »Schizophrenia, criminality, and violence«, ki je na nekaj različnih vzorcih populacij odkrival zvezo med duševno boleznijo in pojavom nasilnosti. Raziskoval pa je: Pojav duševne bolezni v kriminalno nasilnih populacijah, Kriminalno nasilnost med psihiatričnimi bolniki; Kriminalno nasilnost v vzorcih shizofrenih bolnikov; Kriminalno nasilnost v prebivalstvu; Kriminalno nasilnost v kohortah, spremljanih od rojstva (npr. Hodginsova študija 1992, ki je 30 let spremljala 15.117 oseb, rojenih 1953 v Stockholmu). V povzetku so bili Modestini'ski sklepi na osnovi vseh teh raziskoval-

nih študij naslednji: Obstaja zveza med kriminalno nasilnostjo na eni strani in duševno boleznijo, vključno shizofrenijo, na drugi strani. Verjetnost kriminalnosti oz. nasilnosti pri duševno bolnih je višja, če subjekti uživajo alkohol ali druge psihoaktivne substance. Verjetno je akutnost bolezni in zlasti pozitivnih simptomov rizično pomembnejša kot pa diagnoza. Pojav kriminalnega vedenja pri duševni bolezni je odvisen tudi od socialnega konteksta, ki se v času spreminja. Važno je poudariti, da pomenijo tista nasilna in kriminalna dejanja, ki jih gre neposredno pripisati duševni bolezni, zelo majhen delež takih dejanj v družbi. V študiji Swansona in drugih (1990) je bilo npr. v enem letu poročano o nasilnosti pri 61 osebah brez duševne motnje, v primerjavi z dvema osebama, ki sta imeli shizofrenijo. Večina pacientov ni kriminalnih, večina kriminalnih pa ni nasilnih. V primerih nasilnosti pacientov so žrtve zvečine rodbinski člani, sopacienti ter strokovni delavci v psihiatričnih bolnišnicah, ne pa nič hudega sluteči ljudje s ceste. Končno ni nujno, da so kriminalna dejanja duševno bolnih povezana z njihovo duševno motnjo. Tudi duševno bolni storijo kdaj dejanja, za katera so polno odgovorni.

Andrej Žmitek (dr. med., Psihiatrična bolnišnica Begunje) je obravnaval »Depresijo pri shizofreniji«. Sodobna strokovna literatura navaja zelo različno pogostnost depresivnega sindroma - 3 do 70% - pri shizofreniji, kar odlikuje neuskklajene kriterije glede tega, kakšne skupine bolnikov (akutni, kronični, zdravljeni, nezdravljeni...) so bile zajete v posamezno študijo. Iz svojih obsežnih izkušenj vendar avtor lahko izpelje le tale sklep: »Depresivnost pri bolniku s shizofrenijo je klinično in verjetno tudi etiološko heterogena. Lahko se pojavlja kot simptom, sindrom ali skoraj samostojna bolezenska kategorija. Diferencialna diagnoza proti nekaterim drugim motnjam ni enostavna, je pa zelo pomembna za izbiro zdravljenja.« Tu je bil zanimiv poskus »referenduma«, ki ga je napravil avtor s poslušalstvom, ko naj bi v dveh primerih, po nazorjem opisu klinične slike presodili, ali gre za pravo depresivno sliko ali le za akinezijo, ki se je razvila v zvezi z nevroleptično terapijo. Večina ni pomislila na akinezijo, kar se je s terapevtskim ukrepom pokazalo kot pravo.

»Suicidalnost shizofrenih« sta raziskovala *Tone Šteblaj* (mag., dr. med., Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za klinično psihiatrijo) in *Nada Perovšek-Šolinc* (dr. med., Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za klinično psihiatrijo). Iz tuje literature je o tej tematiki po ugotovitvah naših avtorjev mogoče najti tele dosti vznemirljive podatke: »Samomor bolnikov s shizofrenijo je glavni razlog njihove prezgodnje smrti. Ocenjeno je, da približno 10-13% pacientov s to diagnozo konča življenje s samomorom. Incidenca samomorov bolnikov s shizofrenijo je okrog 0,4% letno. Količnik samomora se pri bolnikih s shizofrenijo giblje med 147-750. Izrazito je visok predvsem prvih deset let bolezni, zlasti pa prvo leto po prvi hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici... Soprisotnost depresivnega sindroma, samomorilnega vedenja v preteklosti in alkoholizma je povezana z večjo nevarnostjo samomorilnega dejanja... Alkoholizem kot komorbiden pojav je prisoten pri 20% samomorilnih oseb, izraziteje pri moških v srednjih letih... Lastna raziskava bolnikov s shizofrenijo, ki so naredili samomor v času hospitalizacije, je izpostavila naslednje dejavnike, ki so pri samomorilnih oseb s shizofrenijo izrazito prisotni: samomorilno vedenje v preteklosti, prisotnost depresivnosti (apatija, anhedonija), socialni umik v času pred dejanjem in izguba »pomembnega drugega«.

Vera Folnegovič-Šmalc (prof., dr. med., Klinika za opčo i forenzično psihijatrijo i kliničku psihofiziologiju Psihiatrijske bolnice Vrapče, Zagreb) svojo temo »Farmakoterapija agresivnih i depresivnih shizofrenih bolesnika« takole povzema: Psihofarmakoterapija ni edini, je pa najučinkovitejši način zdravljenja. Pri bolnikih velja uveljaviti hitro nevroleptizacijo in naglo trankvilizacijo, kar pomeni doseči kar najhitrejšo ublažitev (produktivnih pozitivnih) simptomov in psihomo-

torno pomiriti bolnika. Pri tem velja posebej paziti na pojav morebitnih stranskih pojavov, ker je akatizija eden od simptomov, ki izrazito negativno prispeva k pacientovi agitiranosti, agresivnosti in samomorilnosti. Pri zdravljenju vedenjskih manifestacij shizofrenih bolnikov velja v prvi vrsti izbirati med antipsihotiki in antiepileptiki, na drugem mestu med anksiolitiki in na tretjem mestu antidepresivi. Po drugih farmakoterapevtskih sredstvih pa sežemo šele, če so prej navedena zdravila brez učinka. Primerno je pa še nadaljnje izvajanje kliničnih poskusov, da bi našli sredstva s sereničnim (pomirjevalnim) delovanjem. V zadnjih letih je prišlo do pomembnih sprememb v razumevanju agresivnosti in shizofrenije spričo »spoznanj o večpomembnosti transmitterskega delovanja«. Glede farmakoterapije depresivnih stanj opozarja avtorica na troje: pravilno izbiro antipsihotika, izogibanje polipragmaziji, in izogibanje parkinsonikom kot rutinske prologirane terapije.

Zvezdan Pirtošek (dr. med., Inštitut za klinično nevrofiziologijo, SPS Nevrološka klinika, Klinični center Ljubljana) se s prispevkom »Kognitivna nevrofiziologija in shizofrenija« loteva aktualne teme redefiniranja Bleulerjeve »shizofrenije«, ki da po sodobnih nevrofizioloških ali še boljše »nevropsiholoških« odkritjih ni čisto in samo tisto, kar npr. beremo v H. Peteršovem »Besednjaku psihiatrije in medicinske psihologije« (Orbis Verlag, München, 1990), namreč »psihična bolezenska slika iz skupine endogenih psihoz, izrednega praktičnega in teoretskega pomena«, katere značilnost simptomatike da je »v razliko od vseh drugih duševnih motenj to, da pri shizofreniji pride do motnje mišljenja in govora brez upada intelektualnih potencialov«. Sodobni učbenik psihiatrije »Oxford Textbook of Psychiatry (avtorjev: M. Gelderja in drugih; Oxford University Press, 1996) sicer opisuje razvoj ideje te bolezni od pred 150 leti, prek Kraepelina do E. Bleulerja, ki ji je dal ime (1916) in utrdil predstavo njenih štirih kliničnih slik, ob splošno sprejetem vidu o njeni pretežno genetski etiologiji. Gelder pa pravi, da ima bolezni po zadnjih raziskavah »v razvojni preteklosti, otroštvu subjekta določeno kognitivno in socialno oškodbo, prisotnost teh oškodeb in določenih vrst osebnostnih motenj so pa izraz shizofrenskega genotipa. Pacienti s shizofrensko boleznijo imajo spremembe v strukturi in funkciji možganov, zlasti njihovih temporalnih in frontalnih lobusov. Te pomanjkljivosti so pa povezane z *ne-progresivno nevropsihološko okvaro*«. Gelder, opisujoč nevrofiziološke spremembe (zajete z EEG) pri shizofreniji, opozarja pri tem na dejstvo, da se pri raziskovanju evociranih potencialov pri teh pacientih zasledi več abnormalnosti in da so tu posebno poučni uvidi pri dražljaju/odzivu »P300«, kar pomeni priklaticni potencial, ki se zgodi 300 milisekund potem, ko subjekt identificira ciljani dražljaj, umeščen v serijo nepomembnih dražljajev. Vzporedno s tem pa ugotavljajo pri shizofrenih pacientih prek skrbnih nevropsiholoških testiranj številne *kognitivne pomanjkljivosti*. Pomembna je pa še ta ugotovitev, da je amplituda vala P300 pri shizofrenih bolnikih znižana, pa še to, da se taka abnormalnost lahko ugotovi tudi pri sorodnikih prvega kolena shizofrenih bolnikov. Pirtošek posveča svoja znanstvena raziskovanja ravno tej možni povezavi opisanih nevrofizioloških in nevropsiholoških povezav, ki kažejo na to, da bi (v nasprotju z doslej veljavnim pojmovanjem simptomatike shizofrenije) »v okviru te bolezni utegnili biti prizadete tudi kognitivne funkcije«. Zaključuje s premišljenim načrtom prihodnjih študij v tej smeri.

Janez Mlakar (doc. dr., klinični psiholog, Psihiatrična klinika Ljubljana, Oddelek za klinično psihiatrijo) obravnava problem »Realitetni in intrapsihični nadzor pri bolnikih s simptomi vplivanja«, pri čemer definira »realitetni nadzor« (reality monitoring) kot »sposobnost razlikovanja resničnih zaznav od dozdevnih, domišljjskih in sanjskih«, intrapsihični ali osrednji nadzor (central monitoring) pa kot »sposobnost zaznavanja in spremljanja psihičnih aktov, ki so notranje generirani, imajo torej

svoj izvor znotraj psihičnega aparata«. Avtorja pa zanima problem tolmačenja shizofrenskih motenj kot pomanjkljivosti intrapsihičnega nadzora. Omenja pa pri tem avtorja in sodelavcev eksperimentalno študijo (1994), ki je potrdila, »da so kognitivne motnje intrapsihičnega in realitetnega nadzora prisotne pri bolnikih s fenomenom vplivanja, ne pa tudi pri bolnikih z drugimi shizofrenskimi sindromi«. In kot pomembno ugotovitev postavi še: »Za specifično razliko v (eksperimentalnih) storitvah pacientov s fenomenom vplivanja in tistimi brez njih je odgovoren deficit v realitetnem nadzoru«. Avtor meni, da so te ugotovitve, z nevrofiziološkega vidika v prid hipotezi »hipofrontalnosti« shizofrenije, kar bi utegnilo pojasniti mnoge vedenjske motnje shizofrenih, zlasti tiste, ki temeljijo na negativni simptomatiki bolezni. Tuji avtorji gredo še dlje, npr. da so pojavi vplivanja posledice motene frontotemporalne interakcije. Meni se pri tem, po svoje kar revolucionarnem stavku samo dozdeva, da bi ga bilo morebiti lahko (glede na poklicno strukturo in temeljno strokovno naravnost neposrednih in posrednih udeležencev simpozija – z menoj vred) napraviti lažje asimilabilnega s kazuistično predstavitvijo simptoma »vplivanja« in nekaj številčnimi podatki opisane eksperimentalne študije.

Kognitivna teorija in njene aplikacije v fenomenološki, kavalni in, kot bomo videli, terapevtski fazi obravnavanja duševne bolezni, skupaj s shizofrenijo, je bil kar pogosten tematski problem tega simpozija, vprašljivo je le, kolikšen delež udeležencev si je že dejansko usvojil ta novi trend. Pa naj iz drugega vira (Gelder) citiramo krajšo pasajo iz poglavja o *kognitivni terapiji*, ki je bila v zvezi s terapijo shizofrenije ponovno omenjana: »Kognitivna terapija uporablja posebne tehnike, ki jim je namen spoznati in spremeniti vzorce mišljenja, ki vzdržujejo psihiatrično motnjo. Te metode se uporabljajo prek običajnih psihoterapevtskih prijemov, kot npr. z vzpostavljanjem pacientovega samospoštovanja, s pojasnjevanjem in informiranjem ter s poukom o smislu in smotru zdravljenja. Torej je kognitivna terapija podobna drugim načinom psihoterapije... Trojica značilnih potez kognitivne terapije je pa naslednja: 1. *Podrobna analiza problema* naravnana na načine mišljenja in kako le-ti nastopajo pred začetkom bolezni, oziroma so drugače povezani s pojavom simptomov ali abnormnim vedenjem. 2. *Formulacija problema*, kot ga je mogoče vsakodnevno preverjati. 3. Cilj analize problema je pa *ugotoviti »ABC«* le-tega, se pravi: tisto »predhodno« – (Antecedents), vedenje in doživljanje (Behaviour) in posledice (Consequences). Te informacije je pa mogoče zbrati na tri načine: z vsakodnevnim sledenjem razmišljanja in vedenja, z opazovanjem znotraj tretmanskih srečanj, s premišljenimi nalogami in zadolžitvami. V glavnem je to tisto, kar *Max Birchwood* (prof., Northern Birmingham Central Health Trust) v svojem referatu/članku »Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis« podrobno razdela za praktično rabo pri delu s psihotičnimi, zlasti shizofrenimi osebami. Ni pa mogoče v danem okviru ustrezno predstaviti obsežno (23 strani) in tudi s kazuistiko ilustrirano delo, ki je vsekakor vredno podrobnega študija, vsaj za tistega, ki resno želi vključiti to metodo v svoj psihoterapevtski armamentarij.

Članek/referat *Virginije Novak-Grubič* (asist., dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana) ima naslov »Nevroleptiki in kognitivne funkcije«. Za razliko od študij, ki ugotavljajo kot pomembno primarno prizadetost pri shizofreniji deficitarnost kognitivnih funkcij in na tej ugotovitvi gradijo tudi določene terapevtske tehnike, opozarja avtorica na kognitivne okvare, ki jih lahko povzročata nevroleptična in antiholinergična terapija. Posebej moteče, poroča avtorica, so omenjene motnje pri bolnikih, ki opravljajo intelektualne dejavnosti in potrebujejo ohranjene spominske funkcije, koncentracijo in pozornost... Verjetno se bodo v prihodnosti razvile terapevtske metode, s pomočjo katerih bomo kognitivne motnje lahko omilili ali popolnoma odpravili.

Znani dunajski strokovnjak *Heinz Katschnig* (M. D., Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Vienna, Vienna, Austria) podaja temo: »How useful is the concept of quality of life in psychiatry«. Pojem *kakovost življenja* enoumno še ni opredeljen, primanjkuje mu jasnosti, ustvarja celo še zmedo. Je pa vendar v strokovnih krogih vse več zanimanja zanj. Kaj pravzaprav to je? Zdi se, da je v medicini postal ta naziv nekak paradni voz za tiste človeške potrebe, ki se pogosto zanemarjajo v zdravstvu, ki mu vse bolj dominira tehnologija. Praviloma rabi t. i. »kakovost življenja« v medicini za kakovost življenja posameznega bolnika s same njegove *subjektivne* perspektive. To je nekoliko navzkriž z ugotavljanjem socialnega indikatorja, kjer je subjektivno blagostanje zgolj eden od številnih različnih kazalnikov kakovosti življenja populacije, ki je predmet raziskave. Nedavno (1994, Orley) se je SZO pridružila prizadevanjem v tej smeri. Koncept kakovosti življenja kot primarnega cilja dejavnosti v pomoč človeku – nasproti onim prizadevanjem, ki zgolj blažijo simptome in preprečujejo poslabšanja – zmore zbrati sile in ojačiti delovna zaveznitva. Pa si itak lahko zamislimo, da je pojem kakovosti življenja potencialno koristen tudi v psihiatriji. So pač vidiki življenja, ki nasploh niso zdravstvenega značaja, npr. dohodki, svobodnost in družbena opora, pa imajo vendar svojo težo. Čeprav so nizki dohodki, omejena svobodnost in pomanjkljiva socialna opora, ki utegnejo biti pomembni za človekovo zdravje, je pa splošna tendenca vendar ta, da se takšni splošni vidiki človeškega bivanja puščajo ob strani in je pozornost usmerjena na funkcionalnost in blaginjo, ki sta neposredno povezani z boleznijo. V 1980. letih je bila prav psihiatrija vodilna v raziskavah o kvaliteti življenja pri kronično duševno bolnih osebah. Vnema je nato uplahnila, v 1990. spet oživela, vendar je bila deležna kritike, da so študije preobremenjene z meritvami na račun teoretskega in konceptualnega razvoja. Teža se je nagnila k ugotavljanju subjektivnega pacientovega pogleda, dokler končno ni obveljalo stališče, da velja takšno subjektivno ocenjevanje dopolniti še z objektivno evalvacijo. Treba je bilo subjektivno oceno popravljati glede treh (subjektivnih) *napak*, ki so izkrivljale podobo kakovosti življenja, namreč: *afektivno* (npr. spričo pacientove depresivnosti), *kognitivno* (ob prisotnosti iluzij in halucinacij) in *realitetno* (npr. zaradi demence ali mentalne deterioracije). Te hibe terjajo potem še pojasnil, pa bolje da jih ne imenujemo »objektivne«, ker so z vidika ocenjevalcev lahko kdaj preveč »subjektivne«. Calman (1984) je uspel definicijo kakovosti življenja stisniti v en sam stavek, čeprav jo je osvetlil v bistvu s subjektivnega vidika, kot »zev med človekovimi pričakovanji in njegovimi dosežki«; pa vendar ne samo s subjektivnega vidika, kajti »dosežki« le vključujejo tudi možnosti in zahteve okolja. Če končno lahko nekaj rečemo o vlogi kakovosti življenja v psihiatriji, kaže, da je to pomembna, žal pa zanemarjena kategorija, ki naj bi dobila svoje zasluženno mesto tako v individualni praksi kot v raziskovalnih projektih, tako v diagnostični fazi kot pri evalvaciji terapije oziroma uspehov preventive. Naj samo še ponovimo pogoje, katerim naj bi bilo pri tem zadoščeno: da se izvede *ocena*: s pacientovega vidika, z vidika člana družine ali prijatelja, z vidika strokovnjaka. Da razločujemo: subjektivno blaginjo, uspevanje v družbenih vlogah, in zunanje življenjske razmere (t. i. »življenjski standard«).

Martina Tomori (prof., dr. med., Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za mentalno zdravje) piše o »Obravnavi bolnika s shizofrenijo v družinskem sistemu«. Shizofrenija, piše avtorica, prodre globoko v celotno dogajanje v družini in je zatorej tudi povezava med shizofrenijo in družinsko dinamiko obojestransko. Spričo bizarne simptomatike bolni se svojci ne znajdejo in ne vedo, kako ravnati, naj si že gre za akutne »pozitivne« simptome ali kronično sliko z nepričakovanimi značajskimi spremembami. V obeh primerih se poruši družinsko ravnotežje, kar se razodeva na odnosih med drugimi člani družine in na pešanju stikov družine z zunanjim okoljem. Dodatna

skrb je še zdravljenje bolnika. »Družina shizofrenije ne povzroča, je pa zelo odločilna za njen potek in za uspešnost zdravljenja«. Zato je smiselno in koristno postopno vključevanje družine v terapevtsko dogajanje. Čeprav ne v klasični obliki *družinske terapije*, terapevt vendar skrbi za vzdrževanje »funkcionalne hierarhije, ki omogoča razvoj vsem članom družine«; računajoč s tem, da družini tudi bolezen kaj *daje* (npr. da ji »morda dopušča umik iz socialnega okolja, v katerem se iz kakršnegakoli razloga že tako ne znajde«. »Tudi spodbujanje jasnih, razumljivih in enopomenskih komunikacij je sestavni del družinske obravnave«. Mimo »družinske terapije«, kot je nasploh pojmovana in kot taka tu ni sprejemljiva, se pa uveljavlja t. i. *psihoeukacija*, ki jo pojmujejo nekateri kot »zelo strukturirano delo« (določeno število srečanj določenega števila družin, natančen, vnaprej pripravljen program posameznih srečanj...), drugi pa priporočajo bolj »fleksibilno vključnim družinam sproti prilagojeno delo«, kar poteka vzporedno z obravnavo samega bolnika. »Družina ne more pozdraviti shizofrenije, povečuje pa lahko učinkovitost zdravljenja in pomembno prispeva h kakovosti bolnikovega življenja«, zaključuje avtorica, katere sestavek je prvi iz bloka naslednjih psihoterapevtsko in skupinsko-terapevtsko orientiranih članov/referatov.

Dubravka Trampuž (mag., dr. med., Psihiatrična klinika, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo) obravnava temo »Shizofreni bolnik v skupinski psihoterapiji«. Skupinska terapija ima že dolgo zgodovino. Kot omenja avtorica, je bil njen ustanovitelj internist. Podrobneje: bil je to J. Pratt, ki je to metodo uvedel l. 1906 pri tuberkulotikih. Metoda se je kasneje razvijala z določenimi variacijami in pri bolnikih raznih kliničnih skupin, danes je pa izdelana tudi za psihotične osebe. Prednosti skupinske psihoterapije bi našteali, kot sledi:

- »– spoznanje, da imajo podobne duševne stiske tudi drugi,
- upanje, da je težave mogoče odpraviti,
- medosebno učenje in videje sebe v očeh drugega,
- učenje ustreznega komuniciranja z drugimi (verbalno izražanje, poslušanje, ustrezno odzivanje na reakcije drugih),
- korektivna čustvena izkušnja in rekapitulacija duševnih zapletov in stisk iz primarne družinske skupine,
- razvoj sposobnosti sočustvovanja in empatije,
- čustveno angažirano učenje v situaciji tukaj in sedaj.«

Avtorica opisuje posebnosti uveljavljanja teh elementov pri bolnikih s shizofrenijo. Vsekakor je tu terapevtov angažma zahtevnejši, več izkušnje zahteva in več Sebe (Selbst – po Jungu) mora vlagati. Brez supervizije ne gre uvajati takih metod. Naslednje delo iz terapevtskega kroga je »Suportivna psihodinamsko usmerjena psihoterapija shizofrenih bolnikov« *Ane Marije Žunter-Nagy* (mag., dr. med., Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za mentalno zdravje). Tudi zame je spodbudno, da berem, dokaj osamljen, prikaz terapevtske obravnave shizofrenih bolnikov, ki temeljijo na psihoanalitski oziroma vsaj psihodinamski ravni. Tole lahko posnamemo iz avtoričinega uvoda: »Današnja prevlada enostransko somatsko in strogo deskriptivno usmerjene psihiatrije in vedno močnejše poje-manje zanimanja za psihodinamsko razumevanje... bi lahko vzbudilo pričakovanje, da psihodinamski dejavniki pri nastanku, razvoju in terapiji duševnih motenj zanimajo le še maloštevilne psihiatre. V resnici je ravno nasprotno.« Res bi pomenilo škodljivo nazadovanje razvoja teorije in obravnavanja duševnih motenj, če bi omenjeno smer, ki sloni na genialnih Freudovih uvidih, prepustili pozabi kot kakršnokoli amatersčino v množice psihoterapevtskih eksperimentov, ki nam jih dandanes ponujajo. Psihodinamska suportivna psihoterapija nima kakih visokih ambicij. Ima pač cilje, kakršni veljajo pri drugih suportivnih terapijah, le da bolj poudarja odnos med pacientom in terapevtom ter razumevanje pacienta za vlogo preteklih izkušenj pri sedanjih reakcijah. Ta zvrst terapije uporablja metode drugih suportivnih tehnik: pomirjevanje, dviganje samospoštovanja, informiranje, nasvete, emoci-

onalno sprostitev, podporo obrambnih mehanizmov. Izogiba se pa tehnikam, ki poživljajo transfer in odvisnost (kar se dogaja pri svobodnem asociiranju in analizi sanj) (po Gelderju). Po podrobnem uvodu avtorica razlaga načela tovrstne terapije pri shizofrenih bolnikih v akutni fazi, v fazi stabilizacije in v fazi vzdrževanja. Poučni so primeri intervjujev v teku terapije. Le še dve terminološki pripombi: nimamo ustreznega slovenskega izraza za »vsevkupnost psihičnih fenomenov pri človeku, v smislu enovitosti in celovitosti človekove osebnosti«, kot je 1958. definiral C. G. Jung svoj ‚Selbst‘, s pristavkom: »Kolikor je pa le-ta (osebnost) spričo svojega zunajzavestnega deleža lahko le delno zavestna, je pa pojem »Selbst« pravzaprav deloma potencialno empiričen in zato v isti smeri le postulat.« Pečjak uporablja »sam«, Trstenjak »sebe«, Musek »sebstvo«; mogoče so še kake druge možnosti. Ne zdi se mi pa umestno uporabljati angleško-ameriški »self«. Če noben slovenski izraz ni užiten, potem pač: »Selbst (C. G. Jung)«. – »Holding« ni toliko pri nas udomačen, da bi ga brez drugega sprejeli kar za svojega. Slovarji nam tu niso v oporo. Ali bi situacijo lahko opisali npr. »nuditi (pacientu) roko«, ali »oprijemališče«, seveda pa ne »objem«, ker je tu poudarek na tem, da naj naziv ne spodbuja transferja oziroma odvisnosti (dependentnosti).

Mislim, da je članek/referat »Izkušnje ob delu s skupino oseb s psihozo in njihovimi bližnjimi« (*Brane Kogoušek*, VMT, prof. defektologije, Psihiatrična klinika Ljubljana, *Ladi Škerbinek*, VMS, prof. pedagogike, Psihiatrična klinika Ljubljana) umeščen na konec Zbornika, ker je v bistvu podoba pragmatike kontaktov s pacienti, ki so se zdravili zaradi psihoze, sedaj pa prihajajo tedensko na posvete skupaj s svojci, napoteni od zdravnika. Terapevtski par, ki se je zgledoval po tujih avtorjih (Anderson i dr., Stuart i dr.), si je v osmih letih svojega delovanja nabral dokaj izkušenj in tudi evalvacija njunega delovanja pokaže ugodne rezultate. Citirani so prepričljivi odgovori pacientov in svojcev na anketo, ki je bila izvedena. Terapevta sta s svojimi skupinami zrastle: »Vedno bolj nama je jasno, da morava tem ljudem skušati olajšati skupno življenje, jih vzpodbujati k temu..., da si povedo, kako drug drugega doživljajo in jim skušati olajšati prilagajanje na – zaradi bolezni – spremenjene družinske razmere...Skupina tudi nama daje zadovoljstvo in marsikdaj dobiva kaj koristnega za najini družini.« Mislim, da je bilo storjeno dobro delo. V pomanjkanju svežega učbenika psihiatrije posreduje Zbornik študentom, mogoče tudi podiplomcem dragocene informacije o novih smereh gibanja v psihiatriji.

Literatura

1. Atmanspacher H et al. *Der Pauli-Jung Dialog*. Berlin: Springer, 1995.

Lev Milčinski

RECENZIJA

Anesteziologija

2. kongres anesteziologov Slovenije z mednarodno udeležbo. Zbornik predavanj: Portorož, 23.–25. oktober 1997. Urednici: M. Hribar-Habinc in M. Apfel. Knjigo je izdalo Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, Ljubljana.

Moto kongresa je bil 150 let anesteziologije na Slovenskem. Prvo etrovo omamo so izvedli v Ljubljani komaj štiri mesece po Mortonovi uspešni etrovi anesteziji v Bostonu.

V Zborniku je sodelovalo 94 avtorjev iz domovine in tujine. Poleg anesteziologov so se ga udeležili tudi pediatri, kirurgi, anesteziologi iz Veterinarske fakultete in biokemiki.

Več avtorjev je natančno prikazalo predoperativno pripravo oziroma merila za oceno bolnikovega stanja za načrtovano ambulantno ali hospitalno operacijo. S statistično obdelavo kliničnih študij smo tako doma kot v tujini prišli do spoznanja, da sta za oceno bolnikovega stanja pred načrtovano operacijo potrebna predvsem dobra anamneza in klinični pregled. Le po potrebi se potem odločamo za dodatne laboratorijske preiskave, EKG, rtg, teste pljučne funkcije in po potrebi vključimo tudi druge specialiste. Najbrž je treba upoštevati vlogo družinskega zdravnika, ki praviloma bolnika dobro pozna in lahko presodi že pred bolnikovim sprejemom v bolnišnico, katere preiskave naj bolnik opravi oziroma jih ponovi.

Obnovljena in dopolnjena so bila spoznanja o življenjsko ogroženih bolnikih s hudimi telesnimi poškodbami, ki potrebujejo boljšo organizacijo nujne medicinske pomoči. Ti bolniki potrebujejo po sprejemu v bolnišnico najintenzivnejše zdravljenje ob hkratni najvišji stopnji sodobne diagnostike, ocene in prognoze zdravljenja. Da bi najbolje ocenili pravilno zdravljenje in prognozo, so razvili v zadnjih dvajsetih letih številne točkovne sisteme, ki so v prispevkih zelo natančno opisani in kritično ovrednoteni. Najti je najnovejša priporočila ukrepov pri poškodbi glave. Ponovno je bilo poudarjeno, da je za tetraplegike zdravljenje dihalnih zapletov življenjskega pomena. Sledilo je vzorno poročilo o tovarniško pripravljenih mešanicah za popolno parenteralno prehrano.

Področna (regionalna) anestezija si je tudi na Slovenskem utrla pot bodisi v obliki samostojne področne anestezije bodisi v kombinaciji s splošno. V polni meri se zavedamo, da je pooperativno okrevanje in lajšanje bolečine pri odraslih in otrocih najuspešnejše, če uvedemo področno analgezijo, kadar koli je možno. Več preglednih poročil domačih piscev in gostov je izvrstno prikazalo prednosti področne anestezije, ki lahko v večji meri zavre stresni odgovor organizma na operacijo, ki sproži verigo hormonskih, nevrovegetativnih in presnovnih dogajanj, kar vpliva na pooperativni potek zdravljenja. Seveda so tudi opozorili, da epiduralna analgezija prinaša dodatno tveganje zaradi same tehnike in zaradi zdravil, ki jih dajemo v epiduralni prostor in terja posebno pooperativno nego.

Zelo je razveseljivo, da je v zborniku najti številne skrbno izdelane raziskave še v drugačni obliki vodenege pooperativnega zdravljenja bolečine. Objavili so rezultate slovenskega projekta o odnosu bolnikov do pooperativne bolečine in njihove izkušnje po operaciji žolčnika. Večina bolnikov meni, da po operaciji žolčnika mora boleti in so pripravljeni trpeti blago bolečino, vendar pa je bolečina močnejša od pričakovane. Po številnih razgovorih s kirurgi in oddelčnimi sestrami in po poučevanju bolnikov o pooperativni bolečini, ki ovira zdravljenje, so anesteziologi pričeli pooperativno bolečino ocenjevati z vizualno analogno lestvico (VAS) in jo neprekinjeno vodeno zdraviti, dokler je potrebno.

Natančno in kritično so opisane izkušnje domačih avtorjev z novim inhalacijskim anestetikom sevofluranom, ki se posebej priporoča pri ambulantnih in otroških anestezijah, kjer je priljubljeno in uveljavljeno inhalacijsko uvajanje v anestezijo. Sevofluran manj draži dihalne poti kot večina hlapnih anestetikov in je slabo topen v krvi in tkivih, zato omogoča hitro uvajanje v anestezijo in tudi hitro prebujanje.

Zelo zanimiva in poučna sta prispevka o alergični reakciji na sukcinilholin in lateks. Natančno so zbrana priporočila, kako ukrepati v primeru alergičnih pojavov in kako s preiskavami ugotoviti mehanizem reakcije in zdravilo, ki je reakcijo sprožilo.

Spodbudno je poročilo, da je postala uporaba fiberoptičnega bronhoskopa pri namestitvi dvosvetlinskega tubusa in pri težkih intubacijah rutina.

Izredno kritično je napisan prispevek o uporabi klonidina po epiduralnem katetru pri torakalnih operacijah. Poučno je tudi poročilo, ki se ujema s podatki iz slovstva, da dušikov oksidi

dul ne povečuje slabosti in bruhanja po endoskopski odstranitvi žolčnika, če ga uporabljamo v kombinaciji z diprivanom. Prispevki v zborniku so strokovno brezhbi in zelo poučni ter potrjujejo bogate klinične izkušnje ter široko in natančno anesteziološko znanje, kakor tudi poznavanje slovstva. Žal pa je bilo opaziti, da tiskarski škrat ni povsem miroval in da prispevki niso bili vedno jezikovno lektorirani.

Miriam Petrun-Ulaga

PRIKAZ

Angiologija

Blaž Mlačak: *Angiologija – za prakso.*

Doc. dr. Blaž Mlačak, zaposlen v Zdravstvenem domu v Metliki, specialist splošne medicine, je leta 1983 zagovarjal na Medicinski fakulteti v Zagrebu doktorsko disertacijo z naslovom »Epidemiologija patoloških stanj arterijske in venske cirkulacije spodnjih udov«. Leta 1988 je bil izvoljen v Zagrebu za docenta. Iz njegovega ožjega strokovnega zanimanja in delovanja je leta 1995 v založbi Sekcije za splošno medicino SZD izšla knjiga z naslovom *Angiologija za prakso*. Obsega 317 strani. Recenzirala sta jo prof. dr. Jolanda Jezernik-Leskovšek in prof. dr. Stjepan Bunta. Poglavlja, ki jih obravnava, so: Bolezni arterij (splošni pregled z osnovami epidemiologije, patogeneze, nevarnostnih dejavnikov, diagnostike, predvsem klinične in neinvazivne, bolezni perifernih in možganskih arterij. Sledi poglavje Bolezni perifernega arterijskega žilja z opisom predvsem periferne arterijske okluzivne bolezni (PAOB) spodnjih, pa tudi zgornjih udov. Opisane so mikroangiopatije in vaskulitisi. Svoje podpoglavje ima patologija aorte s poudarkom na anevrizmah. V okviru funkcionalnih ali vazoplastičnih bolezni arterij podaja patofiziologijo in kliniko Raynaudovega sindroma, eritromegalije, liveda in akrocianoze. Cerebrovaskularna bolezen (CVB) z opisom kapi ima svoje poglavje. V svojem poglavju obravnava tudi Zdravljenje bolnikov z arterijsko okluzivno boleznijo, vključno z napotki za oceno njihove delovne sposobnosti in prognoze.

Obsežno je poglavje venskega sistema. Na osnovi anatomije in fiziologije cirkulacije krvi v venah je razložena njihova mnogovrstna patologija z diagnostiko in zdravljenjem. V poglavju Klinični pojavi patoloških stanj venskega obtoka zasledimo lahko pomembne napotke za njihovo preprečevanje, spoznanje in zdravljenje. Razloženi so razlogi, na osnovi katerih se odločamo bodisi za sklerozacijo bodisi za kirurško zdravljenje.

Zanimivo je poglavje Bolezni limfnega sistema, saj v njem obravnava problem, ki je sicer v medicini kar nekam zapostavljen.

Preseneča široko splošno medicinsko znanje avtorja in njegov celostni pogled na žilno patologijo. Iz obravnavane snovi spoznamo, da je njegovo pisanje v veliki meri rezultat osebne prakse in spoznanj, ne pa izpisovanje snovi iz literature. To navaja v velikem obsegu na koncu posameznih poglavij kot seznam virov, iz katerih lahko bralec črpa podrobnejša vedanja.

Številne slike in skice ter razpredelnice, vse v črno-beli tehniki, so tako nazorne, da bralec ne pogrša barvnih prilog.

Knjiga je pisana v lahko berljivem slogu, v lepem slovenskem jeziku, kar je tudi zasluga lektorja prof. dr. Rudija Pavlina. Na našem, slovenskem medicinskem knjižnem trgu se tudi zato Mlačkova *Angiologija za prakso* dviga nad povprečno raven slovenskega medicinskega pisanja. Je toliko praktična, da jo bo z veseljem vzel v roko prav vsak, ki ga medicina zanima v

nekoliko razširjeni obliki. Dobrodošla bo ne samo zdravnikom splošne medicine, ampak tudi študentom, njihovim učiteljem, specializantom iz interne medicine, dermatologije, kirurgije, pa tudi specialistom, ki se s problemi žilja ukvarjajo bolj poglobljeno.

Knjiga, podobna *Angiologiji za prakso*, je običajno skupinsko delo več avtorjev iz različnih področij. Prednost Mlačkove knjige pa je v tem, da jo je pisal s trdnim in obsežnim znanjem sam. Zato ni nepotrebnih ponavljanj in prepletanj snovi, kar bi utegnilo voditi do slabše razumljivosti. Širina pisanja se odčituje tudi v kratkem, a odličnem prikazu nevarnostnih dejavnikov za bolezni žil.

Avtor je na področju žilne patologije med svojo poklicno kariero deloval izven zavodov, ki izvajajo invazivno diagnostiko in terapijo arterijskih okluzivnih bolezni. Zato je v knjigi toliko več posvečenega klinični diagnostiki žilne patologije, vključno z dobro anamnezo, inšpekcijo in palpacijo, tj. z osnovnimi zdravniškimi pristopi, ki jih spričo tehnike na žalost vse bolj zanemarjamo. Morda bi kazalo prikaz številnih neinvazivnih diagnostičnih metod nekoliko rangirati in nekatere izmed njih kot obsoletne izpustiti ali pa jih kot take vsaj označiti. Na žalost pa je bil avtor zaradi nezadostnih kapacitet za angiografijo in angioplastiko, pa tudi za zgodnejše kirurško zdravljenje v Sloveniji primoran neinvazivni diagnostiki in terapiji nameniti več prostora, kot bi to zahteval sodobnejši pristop k žilni patologiji.

Kakovost Mlačkove *Angiologije za prakso* je bila zame prijetno presenečenje in zanimivo branje ter dopolnitev tega, kar sem imel priložnost spoznati med svojim delom. Avtorju gre pohvala s čestitkami!

Josip Turk

Zdravniki v prostem času

JUBILEJNI 20. IATROSSKI ALPE-JADRAN

Franci Koglot

Kranjska Gora je v februarju v pomladnem vzdušju gostila 160 zdravnikov na jubilejnem 20. IATROSSKI Alpe-Jadran – posvetovanje športne medicine, združen s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran.

Že na otvoritvi v diskoteki hotela Špik v Martuljku je ob koktajlu poskrbel za prijetno vzdušje Adi Smolar.

Naslednji dan so nekateri zmajevali z glavami, ko je organizator smučarskega tekmovanja dodal 2. tek za najboljših pet iz vsake kategorije, na koncu pa so bili vsi zadovoljni, razen SK Kranjska Gora, ki bi kratkega 2. teka najraje ne postavil.

Ogled TV posnetkov tekmovanja ob zakuski v hotelu Lek, ki so jo prispevali sponzorji – Žito, Mlinotest, Pivovarna Union in drugi – je bil čas za kritike in pohvale kar prekratek.

V okviru posvetovanja športne medicine, ki ga je vodil prim. dr. Tone Lah z jeseniške kirurgije, je imel prvo predavanje dr. Vojko Flis iz Maribora z naslovom: Medicinska etika in šport. Pred nas zdravnike je postavil kar nekaj vprašanj in dilem z osnovno noto: vrhunski šport preveva krize in naravnost »zmaga za vsako ceno«. To je v nasprotju s splošnim etičnim in moralnim vedenjem, še posebej pa v nasprotju z medicinsko etiko. Dodatno je bila raziskana beseda »športna poštenost« ob dopingih.

Prof. dr. Vinko Pavlovčič z Ortopedske klinike in Ljubljani je ob sodelovanju firme Beiersdorf prikazal funkcionalno povi-

janje (Taping), ki prepreči poškodovanemu delu telesa gibe, ki bi lahko povzročili dodatne poškodbe, ne da bi bila zmanjšana funkcijska sposobnost uda.

Predavanji asist. dr. Iztoka Tomazina iz Trziča in dr. Janija Pšenice z Jesenic o helikopterskem reševanju v gorah oz. posebej smučarjev sta nakazala še na vrsto organizacijskih problemov in problemov financiranja reševanj. V celoten koncept organizacije spada po vzorih iz tujine tudi oprema s helikopterji na čelu. Pri vsem pa je potrebno upoštevati cost-benefit.

V večernih urah se je strokovni del iatrosskija prevesil v slavnostno večerjo in razglasitev najboljših na smučarskem tekmovanju.

V imenu Leka, generalnega sponzorja, je udeležence pozdravil pomočnik direktorja g. Šime Oblak.

Simpatična voditeljica cele prireditve Eva Longyka je naredila večer ob številnih priznanjih in nagradah dinamičen in prijeten. Zabava pa ne bi bila ta prava, če ne bi bilo temperamentne Irene Vrčkovnik.

Predsednik zdravniške zbornice Marko Bitenc je ob 20-letnici iatrosskija izročil priznanja zbornice članom organizacijskega odbora: Franciju Koglotu, Andreju Bručanu in Tonetu Lahu. Na priznanju piše: za organizacijo in vzpodbujanje stanovskega druženja zdravnikov, in to naj bo naš skupni moto tudi za naprej.

Rezultati prvih treh v vsaki skupini in ekipne uvrstitve

Ženske E (l. 1936 in starejše)

1. Jan-Žitko Marija upokojenka 1:11.17

Ženske D (l. 1946-1937)

1. Gostinčar Mara ZD Lj.-Center 1:01.40
2. Klinar Majda ZD Ljubljana 1:01.60
3. Lušnic Milka zasebnica

Ženske C (l. 1956-1947)

1. Pfeifer Marija KC Interna 54.07
2. Šajna Barbara KC Ginekološka kl. 1:02.73
3. Furlan Polona Bolnica Novo mesto 1:04.33

Ženske B (l. 1966-1957)

1. Hafner-Pintar Romana Gorenjska 48.50
2. Turk Katarina ZD Logatec 53.82
3. Pintar Tatjana KC Kirurgija 56.21

Ženske A (l. 1967 in mlajše)

1. Mikuž Ana Železničarski ZD Lj. 1:00.44
2. Reš Uršula Bolnica Postojna 1:00.81
3. Ažman Katja KC Interna 1:02.12

Moški E (l. 1936 in starejši)

1. Pleško Ciril Gorenjska 42.43
2. Pegan Vladimir KC Kirurgija 44.97
3. Horvat Mitja KC Interna 47.65

Moški D (l. 1946-1937)

1. Koglot Franci Nova Gorica 1:05.33
2. Jereb Matija Gorenjska 1:08.08
3. Markoli Dušan zasebnik 1:08.32

Moški C (l. 1956-1947)

v1. Stritar Bine KC Kirurgija 1:03.67
2. Stegel Nardo zasebnik 1:05.20
3. Zore Janez Železničarski ZD Lj. 1:06.72

Moški B (l. 1966-1957)

1. Marušič Saša Nova Gorica 57.46
2. Noč Marko KC Interna 59.45
3. Bahun Jaka Gorenjska 1:00.01

Moški A (l. 1967 in mlajši)

1. Škorjanc Gregor Ljubljana 1:01.52
2. Mušič Mark KC Infekcijska kl. 1:05.54
3. Vengust Rok Ortopedija 1:05.71

Uradni rezultati ekipno

Točke

1. Gorenjska 111
2. KC Kirurgija 108
3. KC Interna 102
4. Nova Gorica 97
5. Zasebnik 72
6. Železničarski ZD Ljubljana 68
7. KC Infekcijska kl. 63
8. Bolnica Novo mesto 48
9. KC Radiologija 30

Posebni priznanji sta prejela najmlajši in najstarejši udeležene prireditve, pokal steklarne Rogaška je za absolutni najboljši rezultat prejel Saša Marušič iz Solkana.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 5/1938

Anton Prijatelj

Peta številka Zdravniškega vestnika, strokovnega glasila slovenskega zdravništva, je izšla maja 1938. Uredništvo in uprava: dr. R. Neubauer - Golnik.

- Dr. Ljudevit Merčun, prim.: Nov način odpravljanja trakulj
- Dr. Ivan Peršič, asist. - inozemec: Testikularna torzija (članek je bil napisan v francoščini kot disertacija za doseg naslova asistent etranger)
- Dr. Ivan Matko: Patogeneza in terapija oligurije (konec)
- Dr. Vladimir Milavec: O infekciji z vaginalno trihomonado
- Dr. Ivan Peršič: Anemična stanja v kirurgiji
- Dr. Mirko Karlin: Malaria v Ljubljani pred sto leti

Malaria v Ljubljani pred sto leti

Dr. Mirko Karlin je v treh nadaljevanjih pisal o malariji v Ljubljani pred sto leti. Pri tem je uporabil zgodovinsko gradivo iz knjige dr. Frana Viljema Lipiča (13. 6. 1799-12. 12. 1845) »Topographie der k. k. Provinzialhauptstadt Laibach, im Bezug auf Natur- u. Heilkunde, Medizinalordnung und Biostatik«. Zdravnik Lipič je pustil v zgodovini medicine na Slovenskem neizbrisne sledove. Napisal je prvo znanstveno razpravo o alkoholizmu, kar je prvi primer v svetu. Poleg tega je v imenovani knjigi, ki je izšla leta 1834, zapisal desetletno poročilo o zdravstvenem stanju mesta Ljubljane. Lipič, zdravnikov sin, je bil rojen v kraju Spišská Nová Ves na Slovaškem, umrl pa je na Dunaju. Takoj po diplomi medicinske fakultete je postal drugi mestni zdravnik v Ljubljani, čez nekaj časa je bil imenovan za mestnega fizika in pomočnika ravnatelja bolnišnice na Ajdovščini. Že v Ljubljani je uvedel uporabo stetoskopa. Zaradi sporov s homeopati je zapustil Ljubljano in zasedel mesto pro-

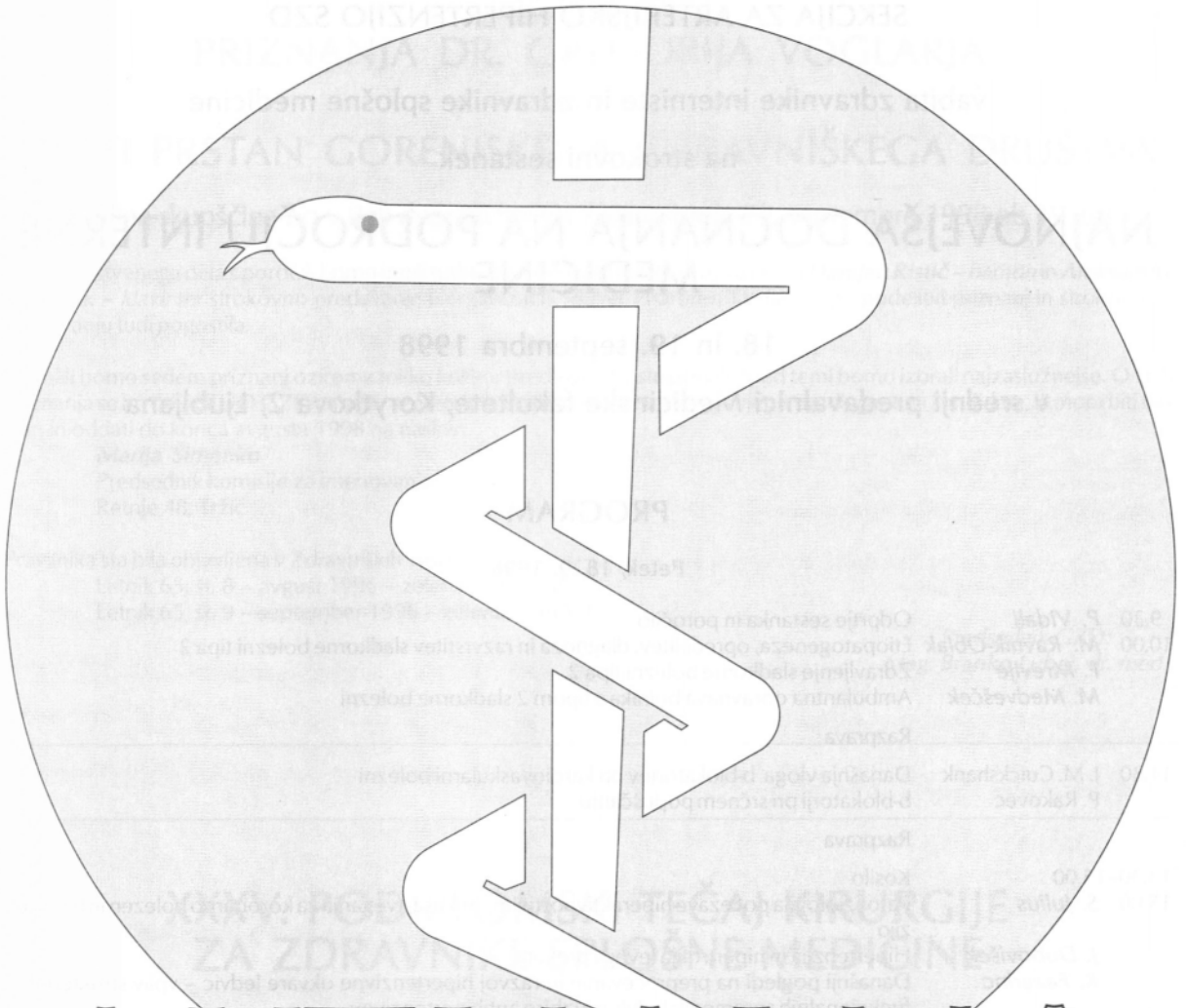
fesorja interne medicine na univerzi v Padovi. Leta 1841 je prevzel vodstvo interne klinike na Dunaju.

Marsikateri uradni fizik je moral pisati topografijo svojega področja, kar je bilo zelo zahtevno delo. Kljub mnenju, da ta napor ni imel koristi, moramo priznati, da je bilo Lipičevo delo izredno koristno, saj smo tako dobili enega najvažnejših dokumentov, ki nam je prikazal ne samo zdravstveno zgodovino, ampak tudi kulturno dob po Napoleonu.

Lipič je najprej opisal lego in okolico Ljubljane, hidrografijo in še posebej zgodovino osuševanja Ljubljanskega barja. Posebej je poudarjal vpliv megle in slabo kvaliteto vode tega področja. Sledila so poglavja o izhlapevanju močvirja, lega in razdelitev mesta, poglavje o pitni vodi ter zanimiva ocena telesnih lastnosti prebivalstva. Generalna patologija je razdeljena na naslednja poglavja: Stacionarni bolezenski značaj, značaj epidemične konstitucije letnih časov, Lokalni bolezenski značaj, Vladajoče krajevne bolezni, boleznj trebušja in delov, ki so z njimi v zvezi ter Prirodna zdravilna moč. Pri domačih zdravilnih sredstvih je omenil čreslovinasto-tonična sredstva. Pri poglavju o zdravljenju mrzlice pa ugotovimo, da je priporočal uporabo kinina.

Številke, ki jih je Lipič zapisal, kažejo, da je v tisti dobi bilo na zdravljenju na internem oddelku bolnišnice največ primerov Febris intermittens oziroma malarije. Za ohranitev zdravja pa priporoča še posebej: »Razen tega je delavcem na Barju najstrožje prepovedano uživanje vode iz luž in močvirij in jim je preskrbeti pijačo za ves dan iz studenčnice, izvirne ali rečne vode malo okisane z octom, spravljene v leseni, znotraj poogljeneli posodi ter iz zmerne količine žganja, kakor tudi redilno, nekoliko začinjeno hrano. Glavo naj imajo zjutraj in zvečer pokrito z volneno čepico, preko ostalega dneva pa s slamnikom. Noge ne smejo biti nikdar boste, temveč vedno obute v volnene nogavice in visoke škornje, ki so tukaj v navadi. Priporočamo kajenje tobaka, odsvetujemo ležanje na močvirni zemlji, predvsem pa spanje na prostem.«

Dr. Karlin zaključuje svoj članek: »Kakor vidimo, ima Slovenija bogato zgodovino malarije za seboj. Le vztrajnemu in velikopoteznemu sanacijskemu delu pri izsuševanju Barja se imamo zahvaliti, da v zdravstvenem pogledu ni več razlike med južnim in severnim delom mesta, kajti tudi najstarejši prebivalci Barja se ne spominjajo več, da je njih predhodnike še pošteno tresla mrzlica.«



AKTUALNA SPOROČILA

ZDRUŽENJE INTERNISTOV SZD

in

SEKCIJA ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO SZD

vabita zdravnike interniste in zdravnike splošne medicine
na strokovni sestanek

NAJNOVEJŠA DOGNANJA NA PODROČJU INTERNE MEDICINE

18. in 19. septembra 1998

v srednji predavalnici Medicinske fakultete, Korytkova 2, Ljubljana

PROGRAM

Petek, 18. 9. 1998

- | | | |
|-------------|--|--|
| 9.30 | <i>P. Vidali</i> | Odprtje sestanka in poročilo |
| 10.00 | <i>M. Ravnik-Oblak</i>
<i>F. Mrevlje</i>
<i>M. Medvešček</i> | Etiopatogeneza, opredelitev, diagnoza in razvrstitev sladkorne bolezni tipa 2
Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2
Ambulantna obravnava bolnika s tipom 2 sladkorne bolezni |
| | | Razprava |
| 11.30 | J. M. Cuickshank
P. Rakovec | Današnja vloga b-blokatorjev pri kardiovaskularni bolezni
b-blokatorji pri srčnem popuščanju |
| | | Razprava |
| 13.30–15.00 | | Kosilo |
| 15.00 | <i>S. Julius</i>

<i>J. Dobovišek</i>
<i>K. Fazarinc</i> | Patofiziologija povezave hiperaktivnosti simpatikusa, tveganja za koronarno bolezen in hipertenzijo
Hipertenzija in hipertrofija levega prekata
Današnji pogledi na preprečevanje in razvoj hipertenzivne okvare ledvic – vpliv strukturnih in funkcionalnih sprememb ledvic na izbiro antihipertenzivov |
| | | Razprava |
| 19.00 | | Podelitev diplom častnim članom Združenja internistov SZD |
| 20.30 | | Slavnostna večerja |

Sobota, 19. 9. 1998

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

Zaprosili smo Zdravniško zbornico Slovenije, da prizna udeležbo na sestanku kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov in ga upošteva pri podalšanju licence. Izdali bomo zbornik s povzetki predavanj.

Kotizacija 20.00,00 SIT (vključno s certifikatom ZZS, kosilom in slavnostno večerjo) plačate pred pričetkom predavanj.

Študentje, sekundariji in upokojeanci kotizacije ne plačajo.

GORENJSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
Mladinska 1, 4260 Bled

RAZPIS za

PRIZNANJA DR. GREGORIJA VOGLARJA

in za

ZLATI PRSTAN GORENJSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Volilna skupščina bo v Beli dvorani hotela Park v torek, 29. septembra 1998 ob 19. uri

Poleg društvenega dela s poročili bomo imeli tudi kulturni progrmm. Nastopila bosta *Damjan Ristič* – bariton in *Aleksandra Vremšak* – klavir ter strokovno predavanje v organizaciji »Bayer Pharme«. Ta nas bo po podelitvi priznanj in strokovnem predavanju tudi pogostila.

Podelili bomo sedem priznanj oziroma toliko kolikor predlogov boste poslali. Med temi bomo izbrali najzaslužnejše. O vrsti priznanja se bo odločil UO GZD na seji v septembru. Poslati morate tudi življenjepis predlaganega kandidata, ki mora biti naš član in oddati do konca avgusta 1998 na naslov:

Marija Šimenko

Predsednik komisije za imenovanja
Retnje 48, Tržič

Pravilnika sta bila objavljena v Zdravniških vestnikih:

Letnik 65, št. 8 – avgust 1996 – zelena stran XVII

Letnik 65, št. 9 – september 1996 – zelena stran VII

Predsednik GZD:
Mag. *Branko Lubej*, dr. med.

XXXV. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE
ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE

4. do 6. februarja 1999
predvidoma v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani

Teme okroglih miz bodo naslednje: Plastična kirurgija in družinski zdravnik

Moderator: prof. dr. *Zoran Arnež*, dr. med.

Ugotavljanje in zdravljenje obolenj žil na spodnjih udih v ambulanti družinskega
zdravnika

Moderator: doc. dr. *Borut Geršak*, dr. med.

Bolnik z anorektalnim obolenjem v ambulanti družinskega zdravnika

Moderator: *Ivan Rauch*, dr. med.

Vodja tečaja:
Prof. dr. *Vladimir Smrkolj*

SPOŠTOVANI ORAŽNOVCI, DRAGE KOLEGICE, DRAGI KOLEGI!

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

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

SREČANJE »ORAŽNOVCEV VSEH GENERACIJ«

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

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

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

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

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

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

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

V pričakovanju snidenja Vas toplo pozdravljamo.

Predsednik organizacijskega odbora:
Prof. dr. Stane Repše

PRIJAVNICA

»Srečanje Oražnovcev vseh generacij«
Kostanjevica – 10. 10. 1998

Ime: _____

Priimek: _____ dekliški: _____

Naslov: _____

LL _____

Telefon: _____

Stanovalec/ka Oražnovcega doma od: _____ do: _____

Leto diplome: _____

Akademski naziv/i in leto podelitve: _____

Sedanje delovno mesto: _____

Srečanja se bom udeležil (označite v kvadratu):

DA NE sam z _____ družinskim/i članom/i

z lastnim prevozom

z organiziranim prevozom – avtobus

- iz Ljubljane
- iz Maribora*
- iz Celja*
- iz Nove Gorice*
- iz Kopra*

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

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

SPLOŠNA BOLNIŠNICA MARIBOR
KLINIČNI ODDELEK ZA GINEKOLOGIJO IN PERINATOLOGIJO
CENTER ZA DIAGNOSTIKO BOLEZNI DOJK

in

ZDRUŽENJE ZA SENOLOGIJO SLOVENIJE

5. TEČAJ DIAGNOSTIKE RAKA DOJK

Maribor, predavalnica ginekološkega oddelka in Center za bolezni dojk Splošne
bolnišnice Maribor, 12.-15. oktobra 1998

PROGRAM

Ponedeljek, 12. oktobra 1998

9.00-9.30		Sprejem udeležencev in pozdrav
9.30-10.00		Ogled oddelka za ginekologijo in perinatologijo s Centrom za bolezni dojk
10.00-10.15		Kava
10.15-11.00	<i>D. Arko</i>	Anatomija in fiziologija dojk
11.15-12.45	<i>R. Kavalar</i>	Patomorfologija displazij in benignih tumorjev dojk
13.00-14.00		Kosilo
14.15-15.00	<i>J. Takač</i>	Epidemiologija raka dojk in dejavniki tveganja
15.15-18.00	<i>B. Vrečer, B. Gorišek, I. Takač</i>	Delo v Centru za bolezni dojk

Torek, 13. oktobra 1998

8.30-10.00	<i>Rems</i>	Obolenja kože na prsih in kožne manifestacije
10.00-10.15		Kava
10.15-11.00	<i>B. Gorišek</i>	Osnove kliničnega pregleda dojk
11.15-12.45	<i>J. Lamovec</i>	Patomorfologija malignomov dojk
13.00-14.00		Kosilo
14.15-15.00	<i>V. Vlasisavljevič</i>	Ultrasonomamografija
15.15-18.00	<i>V. Vlasisavljevič, B. Gorišek, I. Takač, D. Arko</i>	Delo v Centru za bolezni dojk

Sreda, 10. oktobra 1998

8.30-9.15	<i>V. Vlasisavljevič</i>	Izkušnje s presejanjem v svetu
9.15-9.30		Kava
9.30-11.00	<i>J. Us</i>	Osnove tehnike mamografije
11.15-12.00	<i>E. Borko</i>	Vpliv hormonskega zdravljenja v ginekologiji na dojke
12.15-13.00	<i>M. Us</i>	Vloga citologije pri diagnostiki bolezni dojk ter tehnika odvzema citološkega brisa
13.00-14.00		Kosilo
14.15-15.00	<i>S. Divjak</i>	Delo medicinske sestre v Centru za bolezni dojk
15.00-18.00	<i>D. Arko, I. Takač</i>	Delo v Centru za bolezni dojk

Četrtek, 15. oktobra 1998

8.30-10.00	<i>J. Us</i>	Osnove analiz mamogramov
10.00-10.15		Kava
10.15-11.00		Probatorna biopsija nepalpabilnih lezij
11.15-12.00	<i>B. Gorišek</i>	Možnosti organiziranja detekcije in zgodnje diagnostike raka dojk v Sloveniji
12.30		Zaključna razprava in podelitev spričeval
13.15-14.00		Kosilo

Tečaj je namenjen ginekologom, specialistom ginekologije, kakor tudi splošnim zdravnikom, z željo dati osnovne informacije in orientacijo za vsakdanje delo z ženskami, predvsem tistimi, ki jih rak dojk najbolj ogroža.

Maksimalno število je 15 slušateljev.

Prijave: Prijave sprejemamo do 15. septembra 1998.
Prijave sprejemamo tudi po telefonu, prijavnice in kopijo položnic pa pošljite na naslov:
Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo
Center za diagnostiko bolezni dojk
Ljubljanska 5, Maribor

Kotizacija: Kotizacija znaša 600 DEM, plačano v tolarški protivrednosti na ŽR Slovensko zdravniško društvo Maribor, ŽR 51800-678-81888, s pripisom »Tečaj diagnostike dojk«.
S plačilom kotizacije ima vsak udeleženec zagotovljeno kosilo, kavo ter tipkanje predavanj.

Informacije: *Slavka Divjak, medicinska sestra*
Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo
Center za diagnostiko bolezni dojk
Tel.: 062 / 317-221, int. 34-47

Vodja tečaja: *Doc. dr. Borut Gorišek, dr. med.*

PRIJAVNICA

Ime in priimek: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Ustanova: _____

Telefon: _____ Telefaks: _____

Prijavljam se za **V. TEČAJ DIAGNOSTIKE RAKA DOJK** v terminu 12.-15. oktobra 1998

Podpis: _____

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO – SEKCIJA ZA SPLOŠNO MEDICINO

v sodelovanju s

KRKO ZDRAVILIŠČI, d.o.o.

organizira

4. KRKINE REHABILITACIJSKE DNEVE

Šport hotel Otočec, 2. in 3. oktober 1998

PROGRAM

Petek, 2. oktober 1998

Uveljavljanje preventive bolezni srca in ožilja v Republiki Sloveniji

15.00		Pozdrav gostitelja
15.30	<i>Daša Moravec-Berger</i>	Epidemiologija bolezni srca in ožilja v svetu in pri nas
15.30	<i>Rok Accetto</i>	Primarna in sekundarna preventiva arterijske hipertenzije
16.10	<i>Irena Keber</i>	Doživljenjska rehabilitacija srčnega bolnika
16.30		Diskusija
16.50		Odmor
17.05	<i>Mateja Bulc</i>	Prevenција bolezni srca in ožilja v ambulanti splošnega zdravnika
17.25	<i>Iztok Gradecki</i>	Prevenција bolezni srca in ožilja v specialistični ambulanti
17.45	<i>Tomislav Majič</i>	Mesto in vloga zdravilišča v preventivi koronarne bolezni – programi Zdravilišča Šmarješke Toplice
18.05	<i>Duša Oblak</i>	Mesto zdravlil pri preventivi bolezni srca in ožilja
18.25		Diskusija

Sobota, 3. oktober 1998

Pravilna drža skozi celo življenje

8.30	<i>Igor Švab</i>	Epidemiološki podatki
8.30	<i>Miro Gorenšek</i>	Anatomija, funkcionalna anatomija
9.10	<i>Andreja Kumer-Lakner</i>	Slaba drža v ambulanti šolskega zdravnika
9.30	<i>Martina Bregar</i>	Krkina šola pravilne drža
9.50		Diskusija
10.10		Odmor
v10.25	<i>Srečko Herman</i>	Bolečinski sindromi hrbtenice
10.45	<i>Gojmir Žorž</i>	Bolečinski sindromi hrbtenice v ambulanti splošnega zdravnika
11.05	<i>Dragica Kozina</i>	Naravni faktor v zdravljenju bolečinskih sindromov
11.20	<i>Vanja Vuga</i>	Pomen športno-rekreativne aktivnosti za kvaliteto življenja
10.40	<i>Jasna Rozman-Marčič</i>	Racionalna poraba analgetikov

Dodatne informacije: *Natalija Novak* in *Stane Barbo*
Tel.: 068 / 75 700, 75 419 (Šport hotel Otočec)

Prijave: Prijavite se lahko do 25. 10. 1998. Prijave sprejema:
Natalija Novak
Tel.: 068 / 75 700 ali faks: 068 / 75 420

Bivanje: Šport hotel Otočec (068 / 75 700, 75 701)

Kotizacija: 15.000,00 SIT, plača se na ŽR 52100-603-30970 ali pred začetkom seminarja.

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

ŠPORT – ZDRAVJE – STAROST

MEDNARODNO ZNANSTVENO SREČANJE

ob 100-letnici olimpijca Leona Štuklja

Mednarodni znanstveni simpozij ob stoletnici olimpijskega šampiona Leona Štuklja, ŠPORT – ZDRAVJE – STAROST, ki bo od 11. do 14. novembra 1998 na Bledu, se naglo približuje. Udeležili se ga bodo mnogi ugledni ljudje, med njimi predsednik mednarodnega Olimpijskega komiteja, g. Juan Antonio Samaranch in tudi mnogi ugledni znanstveniki so že potrdili svojo udeležbo na simpoziju. Simpozij organizira Slovenska olimpijska akademija, med prireditelji pa sodeluje tudi Medicinska fakulteta v Ljubljani, saj je simpozij namenjen zlasti promociji zdravja v starosti.

Pričakujemo, da se bodo simpozija udeležili aktivni raziskovalci iz medicinskega področja, med strokovnjaki zlasti zdravniki, fizioterapevti in drugi zdravstveni ter športni delavci. Na simpozij smo namreč povabili več kot 100 aktivnih raziskovalcev, ki so v zadnjih desetih letih objavljali svoje znanstvene dosežke iz tega področja v najbolj odmevnih mednarodnih medicinskih revijah, ki jih zajema zbirka MEDLINE. Tudi vas vabim, da se udeležite simpozija in če se aktivno ukvarjate z raziskovanjem na tem področju, da predstavite vaše ugotovitve. Rok za predhodno prijavo in oddajo izvlečkov je do 31. julija 1998. Izvlečki morajo biti napisani v angleščini.

Organizacijski komitej simpozija me je zadlužil, da organiziram medicinsko sekcijo tega znanstvenega srečanja. V zvezi s tem bi rad obvestil o tematiki, ki jo bo obravnavala ta sekcija.

Znano je, da je staranje povezano z upadanjem mnogih fizioloških funkcij. Poleg tega je vse več dokazov, da telesna aktivnost v starosti upočasni upadanje teh funkcij in tako zavira proces staranja. Pri nekaterih boleznih lahko telesna aktivnost prispeva k hitrejši rekonvalescenci, pri napredovali bolezni pa je mogoče potek bolezni zavreti in znižati umrljivost. Telesna aktivnost tako prispeva k preprečevanju bolezni, k večji kakovosti življenja in manjšim izdatkom za zdravstvo. Šport se od drugih telesnih aktivnosti odlikuje tudi po tem, da ima močno izraženo motivacijsko komponento, ki lahko posredno vpliva tudi na nekatere fiziološke funkcije (npr. endokrine). Šport je tako pomemben element kakovosti življenja.

Medicinska sekcija naj bi obravnavala naslednje vidike.

1. Telesne funkcije, ki pešajo s staranjem in na katere telesna aktivnost vpliva ugodno:
 - splošne (zmanjšan bazalni metabolizem, poraba kisika, mišična moč in vzdržljivost)
 - kardiovaskularne in dihalne funkcije (pešanje srca, manjša raztegljivost žilja)
 - kri (prizadeti koagulacija in imunost)
 - živčno mišične (zmanjšanje raztegljivosti in obsega gibov, mišična moč, slabša propiocepcija, ravnotežje telesa in koordinacija)
 - slabša termoregulacija
 - spremenjen metabolizem (celični metabolizem in metabolične poti, nastajanje antioksidantov, endokrini metabolizem, insulinska rezistenca)
 - psihološke (zmanjšanje motivacije)
2. Bolezni, ki so pogostejše v starostnem obdobju in na katere ima telesna aktivnost ugoden učinek:
 - kardiovaskularne (koronarna bolezen, ateroskleroza, hipertenzija)
 - metabolične in bolezni skeleta (hiperlipidemija, osteoporozna, sladkorna bolezen)
 - nevrološke (možganska kap)
3. Katere telesne aktivnosti ali športne discipline so primerne za starostnike, posebej tiste, ki jih je prizadela ena od naštetih bolezni. S katero aktivnostjo začeti in s katero nadaljevati, na kaj je treba paziti (vrsta telesne aktivnosti, stopnja naprežanja, oprema in prehrana, ogrevanje), kdaj je potrebno posvetovanje z zdravnikom v primeru bolezni, kako se izogniti neugodnim stranskim učinkom pri degenerativnih boleznih, zlasti skeleta. Kdo naj vodi ali lahko vodi vadbo in kdo naj izobražuje te kadre?

*Predsednik sekcije:
Dr. Vito Starc, profesor fiziologije*

PRVO OBVESTILO

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE

organizira strokovno srečanje zdravnikov z naslovom

URGENTNA STANJA V PSIHIATRIJI

Psihiatrična bolnišnica Begunje, 16. in 17. oktober 1998

Srečanje bo potekalo v obliki predavanj vabljenih predavateljev in kot predstavitev posterjev. Predavanja bodo predvidoma pokrila naslednje teme:

- Suicidalni sindrom
- Urgentna stanja v okviru psihotičnih in nevrotičnih motenj ter kriznih stanj
- Urgentna stanja v okviru odvisnosti od alkohola in drog
- Psihiatrična urgentna stanja pri otrocih in starostnikih
- Urgentna somatska stanja s psihiatrično simptomatiko
- Neželene posledice psihiatrične medikacije kot urgentna stanja

Dobrodošli so prispevki, tematsko vezani na naslov srečanja in pripravljeni v obliki posterjev (50 × 150 cm, po dogovoru tudi drugačnih dimenzij). Povzetke v dolžini do 300 besed je treba poslati do 15. septembra 1998.

Dodatne informacije: *Andrej Žmitek, dr. med.*
Psihiatrična bolnišnica Begunje
Tel.: 064 / 733-315

Zmagovita kombinacija...

ULTOP®

omeprazol
kapsule po 20 mg

FROMILID®

klaritromicin
tablete po 250 mg in 500 mg

EFLORAN®

metronidazol
tablete po 400 mg



...za zdravljenje ulkusne bolezni

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

Opisano zdravljenje je primerno za bolnike z nedvomno ugotovljeno ulkusno boleznijo in potrjeno okužbo z bakterijo *H. pylori*. Odmerki zdravil in trajanje zdravljenja, navedeni v tabeli, predstavljajo enega od najuspešnejših načinov zdravljenja ulkusne bolezni. Za tako zdravljenje je treba predpisati eno škatlico Fromilida in po dve škatlici Eflorana in Ultopa. Če namesto Eflorana uporabimo Hiconcil (2-krat po 1000 mg), dnevni odmerek Fromilida naj ne bo manjši od 1000 mg. Na zdravniški recept. 29S. Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**

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

Objavo slike igralnih kart je dovolil Ferdinand Piatnik, Dunaj.

Za bolnike z depresijo

Pomaga povrniti
mirne noči



Pomaga povrniti
aktivne dni

Pomaga pri
nadaljevanju
terapije

Indikacije

- depresija
- obsesivno-kompulzivne nevroze
- bulimia nervosa

Oblika in pakiranje

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

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

Izberite najboljšo možnost

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

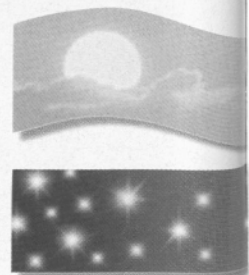
Lilly

NEUROSCIENCE

Improving lives, restoring hope



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



Cynt[®]
moksonidin

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



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

★ Zmanjšuje nevarne padce krvnega tlaka **ponoči**.

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

Zato je Cynt najboljša izbira za bolnike:

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

Indikacije: Esencialna arterijska hipertenzija

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

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

Čas je za Cynt



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

Kaj je LCAS?

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

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

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

Fluvastatin je registriran v Sloveniji pod imenom LESCOL® in je razvrščen na pozitivno listo.
Na voljo je 28 kapsul po 20 mg in 40 mg.

LESCOL®

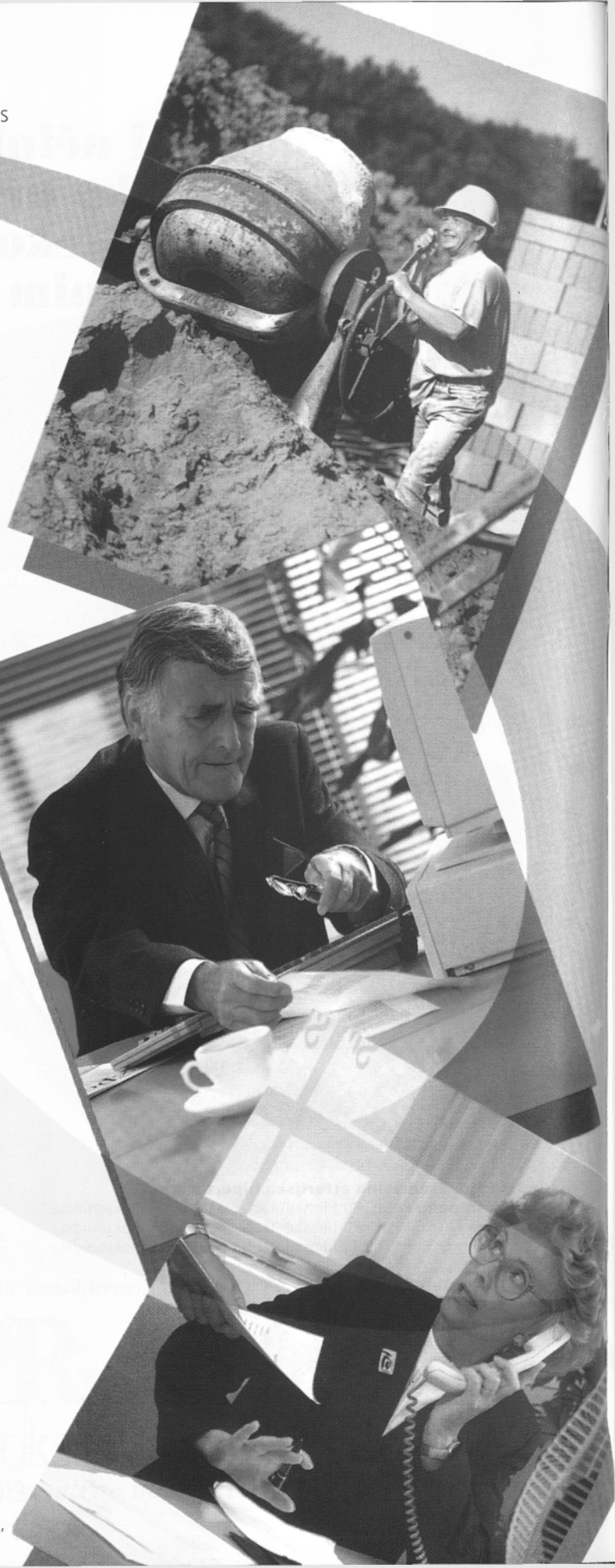
F L U V A S T A T I N

nadzorovano uravnavanje holesterola

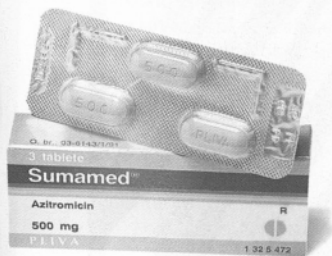
1. Herd JA et al. Effects of Fluvastatin on Coronary Atherosclerosis in Patients With Mild to Moderate Cholesterol Elevations (Lipoprotein and Coronary Atherosclerosis Study /LCAS/). American Journal of Cardiology 1997; Vol. 80. No. 3: 278 - 286

 **NOVARTIS**

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



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



1-2-3.

Trije lahki koraki

Širokospektralni antibiotik za zdravljenje okužb dihal.

Sumamed[®]
azitromicin



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

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

TUDI V TABLETI S POČASNIM SPROŠČANJEM
NESTEROIDNI ANTIREVMATIK

ELDERIN®

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

ELDERIN® SR
etodolak

ELDERIN® FORTE
etodolak



lek

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

Ljubljana

Podrobnejše informacije o zdravlilu dobite pri proizvajalcu

Razred zase

Lamisil®
terbinafinum
TABLETE, KREMA

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

LAMISIL - antimikotik za sistemsko in lokalno zdravljenje.

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

1 g 1% kreme vsebuje

10 mg terbinafinovega hidroklorida.

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

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

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

Kontraindikacije: Preobčutljivost za terbinafin ali katerokoli sestavino zdravila.

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

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

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

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

Oprema: Tablete: 14 tablet po 125 mg ali 250 mg; 28 tablet po 250 mg. Krema: 15 g.

Informacije in literatura so na voljo pri

Novartis Pharma Services Inc.,

Podružnica v Sloveniji,

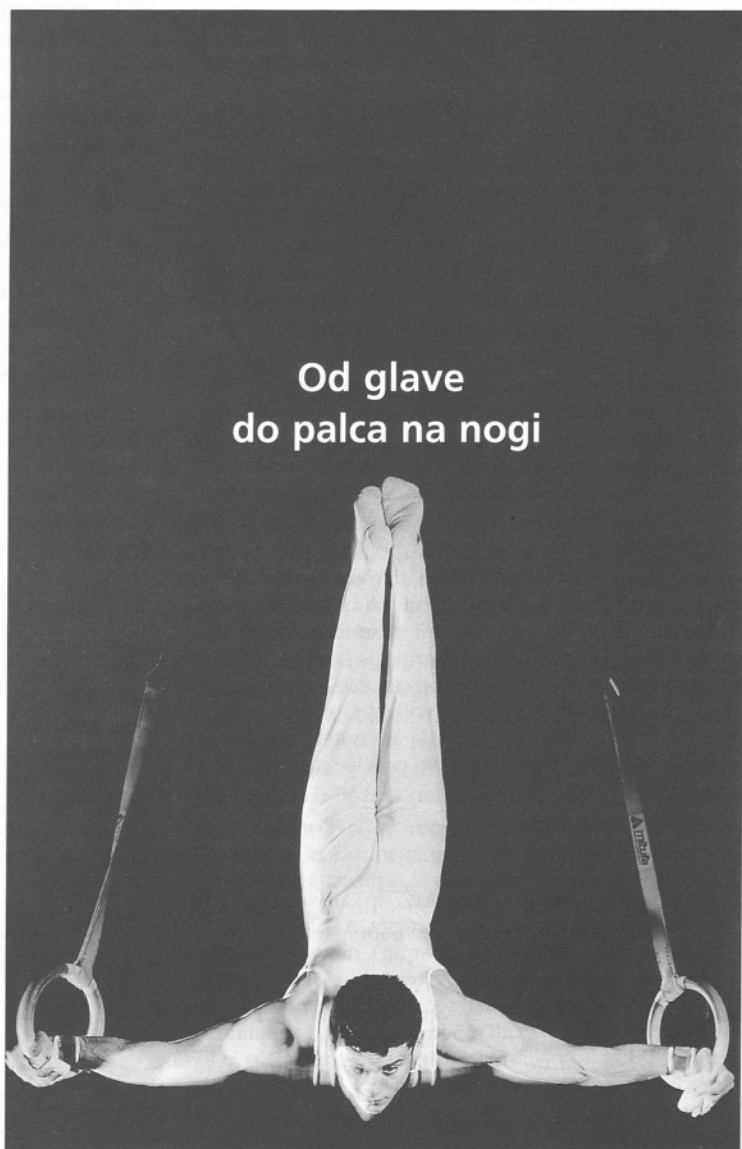
Dunajska 22, 1511 Ljubljana,

tel. 061/133 04 04,

faks 061/133 96 55.

Pred uporabo preberite celotno navodilo!

 **NOVARTIS**



Neprekosljiv nastop v dermatologiji

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je: Zdravniški vestnik, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, telefon (061) 317 868, telefaks (061) 301 955.

Splošna načela

ZV objavlja le izvirna, še ne objavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če je članek pisalo več soavtorjev, je treba navesti natančen naslov (s telefonsko številko) tistega avtorja, s katerim bo uredništvo sodelovalo pri urejanju teksta za objavo ter mu pošiljalo prošnje za odtis.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene skladno z načeli Kodeksa medicinske deontologije in Deklaracije iz Helsinkov/Tokija.

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

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

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

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

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

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (po 30 vrstic) s tabelami in literaturo vred.

V besedilu se uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih.

Spremni dopis

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

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 30 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu v enem izpisu in na 5.25 ali 3.5 inčni disketi, formatirani na 360 KB ali 1,2 MB, kar bo olajšalo uredniški postopek. Ko je le-ta končan, uredništvo disketo vrne. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows ali z drugim 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je treba upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (81 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (168 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z laserskim tiskalnikom. Pri velikosti črk je treba upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru (tel. 061 / 317 868).

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je treba zaprositi na Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

Ni potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jase in koncizen ter ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovjšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih ali v ZV; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali so literaturni citati točni. Preveriti je treba dostopne reference. Prav tako je treba oceniti, če so slike, tabele in grafi točni in da se v tabelah ne ponavlja tisto, kar je že navedeno v tekstu; da ne vsebujejo nepojasnjenih kratic, da so številčni podatki v tabelah ustrezni onim v tekstu ter da ni napak.

Če recenzent meni, da delo potrebuje dopolnilo (komentar) ali da bi ga sam lahko dopolnil (s podatki iz literature ali lastnimi izkušnjami), se lahko dogovori z urednikom, da se tak komentar objavi v isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 67, MAY 1998, Pages 277-336, Number

CONTENTS

PROFESSIONAL ARTICLES

Surgical reconstruction of iliac aneurism, T. Klokočovnik 277

Inflicted injuries in children and adolescents in Slovenia, M. Rok-Simon, D. Obersnel-Kveder, M. Toplak-Ostan 287

Bacterial exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and sensitivity for antibiotics, A. Debeljak, E. Mušič, M. Kumelj 297

Miliary tuberculosis at Golnik hospital during 1995-1997, Z. Remškar, J. Šorli, D. Eržen, P. Zalokar 307

REVIEW ARTICLES

Health behaviour and illness behaviour, A. Škerjanc 293

Relative risk and odds ratio, J. Stare 297

NEWS AND VIEWS