



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 63, MAJ 1994, str. 281-348, ŠT. 5

VSEBINA

UVODNIK

Zdravstvena vzgoja otrok in mladine, U. Arko 281

STROKOVNI PRISPEVKI

Anafilaktična reakcija na sunkinilholin med splošno anestezijo,
M. Košnik, S. Šuškovič, I. Grmek 285

Zdravljenje tahikardnih motenj ritma z implantabilnimi električnimi napravami,
P. Rakovec, A. Breclj 289

Zdravljenje primarne plazmacelične levkemije z interferonom alfa,
P. Černelč, U. Mlakar 295

Vloga alergije v etiopatogenezi izlivnega vnetja srednjega ušesa,
M. Žargi, I. Hočevnar-Boltežar, J. Podboj, M. Kuhar 299

Endoskopsko zdravljenje vezikoureteralnega refluksa pri otrocih,
B. Tršinar 305

PREGLEDNI PRISPEVKI

Antifosfolipidna protitelesa in antifosfolipidni sindrom,
B. Božič, M. Hojnik, T. Kveder, B. Rozman, V. Jurčič, A. Vizjak, D. Ferluga 311

Poškodbe jeter - Smernice za zdravljenje in pregled stanja v Sloveniji,
E. Gadžijev, M. Wahl, J. Grkman 315

PISMA UREDNIŠTVU

Slepi in slabovidni otroci v Sloveniji, B. Cvenkel, B. Stirn-Kranjc 321

RAZGLEDI

Obletnice 323

Strokovna srečanja 323

Delo SZD 326

Zanimivo je vedeti 328

Aktualni pogovori 328

Zdravniški vestnik pred 60 leti 331

Nove knjige 332

V tej številki so sodelovali 397

Oglasi 284, 288, 294, 298, 304, 310, 320, 336, 337, 338,
339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347

Navodila sodelavcem 348



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanović

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 5.200,00 SIT, za študente 1.300,00 SIT, za ustanove 40.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko sta financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo,

Ministrstvo za zdravstvo

- Tisk Tiskarna "Jože Moškrič", Ljubljana - Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 5.200,00 SIT,
for students 1.300,00 SIT, for institutions 40.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.000,00 SIT.

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

- Printed by Tiskarna "Jože Moškrič", Ljubljana - Printed in 4200 copies

Uvodnik/Leading article

ZDRAVSTVENA VZGOJA OTROK IN MLADINE

K strokovnemu delu 131. rednega letnega srečanja SZD

Urška Arko

Definicija, cilji in načela zdravstvene vzgoje

Od številnih definicij zdravstvene vzgoje (ZV) se je že Dušan Reja (1) odločil za najkrajšo in hkrati najpopolnejšo, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija na osnovi priporočila ekspertov za zdravstveno vzgojo. Glasi se: »Zdravstvena vzgoja ni samo širjenje informacij o zdravju, ampak aktivni proces učenja ob lastnih izkušnjah.« Vse definicije pa poudarjajo proces učenja ter oblikovanje pozitivnih stališč in navad, ne pa le znanje o zdravem načinu življenja. Zato je razumljivo, da je ZV najbolj učinkovita in s tem tudi najbolj pomembna pri otrocih in mladini.

Cilj ZV je pomagati vsem ljudem doseči zdravje z lastnimi napori in dejanji, tako pri izboljševanju svojih in skupnih življenjskih pogojev, kot pri razvijanju čuta odgovornosti do ohranitve in izboljšanja lastnega zdravja, zdravja svojih družin, širše skupnosti in vse družbe. Ker tega posameznik ne more ustvarjati sam, saj nima izoliranega vpliva na življenjske, delovne in družbene pogoje, mu mora pomagati družba. Zato je tudi delovanje ZV usmerjeno na oba: družbo in posameznika.

ZV je bistveno sredstvo procesa promocije zdravja, o kateri danes govorijo povsod po svetu (2) in tudi pri nas. Uresničitev te promocije pa zahteva izpolnitev naslednjih pogojev: 1. naravnost politike v zdravje, 2. medresorsko sodelovanje, 3. ureditev zakonodaje, 4. organizacijo z mrežo preventivnih služb, 5. usposobljenost kadra v njih.

ZV je del splošne vzgoje in zelo vpliven faktor splošnega napredka. Zato ne more biti le področje zdravstva ali celo samo strokovna veja socialne medicine, čeprav pomaga tudi zdravstveni službi pri zdravljenju in preprečevanju bolezni ter ohranjanju in utrjevanju zdravja. Uspešni programi ZV zahtevajo vsebino, organizacijo, strategijo vodenja in koordinacije, multidisciplinarnost, vse ravni – lokalne, regionalne, nacionalne – in vse ljudi. ZV mora biti strokovna in znanstvena disciplina, ki ima svoj cilj, svoja načela, svoje vsebine, metode, sredstva in delavce ter svojo organizacijo dela. Vsebine dobiva iz vseh področij medicine. Ker bo vedno tako, bo ZV izrazita domena medicine. Seveda pa pri svojem delu uporablja statistiko, psihologijo, pedagogiko, sociologijo, etnologijo, antropologijo, ekonomijo itd. Zato je zdravstvenovzgojno delo izrazito skupinsko.

Eno najpomembnejših načel ZV je, da ne sme biti izolirana akcija, ampak stalen in postopen proces. Zdravstvena miselnost in obnašanje ljudi se le težko in počasi spreminjata. Razna pojmovanja, predsodki in navade so običajno pogojene in globoko zakoreninjene v podzavesti ljudi, zato jih ni možno spremeniti zgolj z zdravstvenimi kampanjami, propagandnimi akcijami ali celo samo z administrativnimi ukrepi. ZV je uspešna le tedaj, če ji sledi sprememba stališč in obnašanja. V tem je bistvena razlika med zdravstveno prosvetljenostjo in zdravstveno vzgojenostjo. Za prvo je značilna informiranost in znanje določenih dejstev in napolnil, za drugo pa uporabljanje tega znanja in napolnil v vsakdanjem življenju.

Zgodovinski pregled ZV otrok in mladine v Sloveniji

ZV otrok in mladine je nerazdružljivo povezana z obstojem oziroma uvedbo posebnih zdravnikov in služb za otroke in mladino. Oboje sega v prvo četrtletje tega stoletja, kot lahko razberemo iz literature (3) in ohranjenih zapisov (4, 5). Tako šolska medicina pričinja svoje delo na Slovenskem leta 1909 z nastavitvijo dveh šolskih zdravnikov v mestu Ljubljana, torej praznuje letos svojo 85 letnico. Že ta dva zdravnika (3) sta predavala po šolah o temah, ki so bile važne za mladino: o prvi pomoči, ranah, alkoholizmu! Ustanovitev Higienskega zavoda v Ljubljani pa pomeni velik napredek na tem področju za vso Slovenijo, ker je ta zavod organiziral po terenu otroške dispanzerje, šolske poliklinike in splošne posvetovalnice, ki so pravzaprav s svojo celotno dejavnostjo opravljali zdravstveno vzgojo. Ivo Pirc (4) je tedaj zapisal: »Zdravstveni propagandi se postavlja na pot vražarstvo in praznoverje, utelešeno v ljudstvu. Zgodovina higiene je zgodovina boja proti praznoverju.«

Tudi iz pravilnika o delokrogu, delovanju in dolžnostih šolskih poliklinik in šolskih zdravnikov po Zakonu o narodnih šolah (5) je razvidno, da je morala šolska poliklinika skladno s členom 2 »skrbeti za pouk iz higiene in vršiti zdravstveno propagando med roditelji (s sestanki, predavanji in drugimi propagandističnimi sredstvi)«, med dolžnostmi šolskega zdravnika v členu 33 pa piše tudi »da imajo predpisane ure iz higiene«. V Izvlečku iz Zakona o srednjih šolah (5) lahko preberemo: »člen 115. Vsaka srednja šola ima svojega stalnega šolskega zdravnika, ki je obenem njen učitelj higiene.« Pri tem je potrebno še poudariti, da je bil predmet higiena vključen v učni program izobraževanja učiteljev. Higienski zavod je predvidel tudi, da bo v okrilju Zdravstvenega doma delovala »Ljudska zdravstvena šola«, ki bo širila med ljudstvom zdravstveno kulturo z vsemi propagandnimi sredstvi in metodami, poučevala od osebe do osebe po domovih, prirejala zdravstvena predavanja, zdravstvene poučne tečaje, higienske tečaje, higienske razstave, razširjala poučne časopise, knjige, letake itd. Leta 1925 je Higienski zavod odprl stalno higiensko razstavo v paviljonu na Ljubljanskem velesejmu, ki je bila odprta vse do leta 1932, ko jo je uničil požar. Dejavnost Higienskega zavoda in njegovih Zdravstvenih domov z dispanzerji, poliklinikami in posvetovalnicami se je vztrajno širila vse do druge svetovne vojne in s tem tudi zdravstveno vzgojna dejavnost.

Po vojni se je z novo zakonodajo dejavnost dispanzerjev obnovila in postopoma ponovno razširjala po Sloveniji. Zdravstvena vzgoja je bila njihova obvezna naloga, ki so jo izvajali glede na kadrovsko zasedbo v njih.

Pomembno je desetletje med 1970 in 1980. Tedaj so prišle spremembe tako v zdravstvenih kot v izobraževalnih predpisih. To je pomembno poudariti zato, ker je že iz doslej opisanega razvidno, da zdravstvena vzgoja otrok in mladine v šolah poteka po dveh poteh: prek šolskih dispanzerjev in

usposobljenih učiteljev na šoli. V omenjenem desetletju je uvedba storitvenega sistema v zdravstvu – tako imenovane »modra« in »zelena knjiga« – prinesla zakonsko možnost izvajanja in prikazovanja različnih oblik ZV: poleg predavanja še delo v majhni skupini (npr. ob sistematičnih in drugih preventivnih pregledih), demonstracije in posvete. S tem je bila dana možnost vrednotenja tovrstnega dela šolskega in drugih dispanzerjev in vpliva na kadrovskega normativ, kar predstavlja v zadnjih letih poseben problem. Šolstvo pa je v omenjenem desetletju začelo z reorganizacijo osnovnega in srednjega šolanja. Vanjo se je zelo aktivno in v sodelovanju Zavoda SRS za šolstvo vključil tedanji Zavod SRS za zdravstveno varstvo – posebno še njegova Služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine ob polni podpori Službe za zdravstveno vzgojo. Rezultat teh prizadevanj – podkrepljenih še s podporo Higienkega inštituta in Sekcije za preventivno medicino SZD – je bila uvedba zdravstvene vzgoje v osnovne in srednje šole. Med njimi je bila pomembna razlika: ZV v osnovnih šolah je bila vključena v vse predmete vseh razredov, v srednjih šolah pa je postala poseben predmet. V sodelovanju omenjenih organizacij so bile pripravljene vsebine vseh učnih načrtov, organizirani seminarji za učitelje na razredni in predmetni stopnji ter za profesorje na srednjih šolah, uvedena razširjena ZV v srednje šole za pedagoške delavce – učitelje razrednega in predmetnega pouka ter vzgojitelje v 3., 4. in 5. letniku – medtem ko je bila ZV predmet le v 1. in 2. letniku vseh ostalih srednjih šol. Istočasno je bila ZV sprejeta kot predmet B s 645 urami na Visoki šoli za telesno kulturo, kasneje še s 130 urami na Biološki oddelek Biotehniške fakultete – izobraževalna smer (6, 7). Samo v letu 1979 je bilo na usposabljanju iz ZV 915 učiteljev razrednega pouka. Kasneje sta bila izdana tudi dva učbenika zdravstvene vzgoje za srednje šole, ki sta, sicer popravljena, v veljavi še danes. Tekli so tudi seminarji za šolske zdravnike – kot učitelje učiteljev. Šolski zdravniki so – poleg medicinskih sester in drugih zdravnikov in strokovnih delavcev – izvajali svoj program zdravstvene vzgoje za učence, starše in učitelje v šolskem dispanzerju (ŠD) ali šoli, ki je bil sprejet na strokovnem kolegiju šolskih zdravnikov.

V tem času poteka tudi razvoj mreže referatov za ZV po regionalnih zavodih za socialno medicino in higieno in zdravstvenih domovih (ZD), ki imajo usklajevalno funkcijo na svojem območju za vse prebivalstvo. Tak način organizacije pravzaprav ni nov, saj ga zasledimo že v dejavnosti Higienkega zavoda pred drugo svetovno vojno. Pri vsem tem pa ne smemo pozabiti, da ZV izvajajo pravzaprav vsi v osnovni zdravstveni dejavnosti – še posebej sistematični in aktivni so v šolski zobozdravstveni službi – ter v sodelovanju z njo tudi društva, predvsem Rdeči križ, Zveza prijateljev mladine in druga.

Današnje stanje

Rezultati dela na področju ZV, opisanem ob koncu prejšnjega poglavja, so vidni danes, ne glede na to, da stanje ZV ni več enako opisanemu. Tako v »Zdravstveni vzgoji v osnovni šoli« (8) najdemo ugotovitev iz poročil aktivov razrednih učiteljev, da je ZV integrirana v učne načrte vseh predmetov in dejavnosti ter tudi v utrip življenja in dela šole. Ugotavljajo pa tudi, da za realizacijo vseh vsebin ZV mnoge šole nimajo ustrezne temeljne materialne osnove, kar velja predvsem za podružnične šole, ki jih je okrog 400. Ti učitelji tudi nimajo spreminjivalnih predlogov za spremembe vsebin ZV. Ankete ŠD – po istem viru – so potrdile dostikrat slabo higiensko stanje šol, pokazale pa tudi na dobro sodelovanje s šolami na različnih področjih zdravstveno vzgojnega dela; še vedno je največ predavanj, zelo

dobro pa so se uveljavili tudi naravoslovni dnevi. Najpogostejše teme ZV, ki jih obravnavajo ŠD, so zdrav način življenja, osebna higiena, zdrava prehrana, puberteta in razvoj, spolna vzgoja, odnosi med spoloma, nalezljive bolezni, okvare gibal, nezgode v šoli, prva pomoč, zasvojenosti, cepljenja, medicina poklicnega usmerjanja, okolje, skrb za lastno zdravje.

Enota za šolsko medicino Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ) je leta 1991 izvedla ZV anketo v prvih razredih srednjih šol, v katero je bilo zajeto skoraj 10% tega letnika. Z njo smo ugotovili, kakšno znanje so prinesli učenci iz osnovne šole, glede na predpisani program ZV za osnovne šole. Vprašanja so zajela vseh osem poglavij tega programa. Odgovori so bili lahko popolnoma ali delno pravilni, ker je bilo na posamezna vprašanja možnih več pravilnih odgovorov. Po poglavjih smo dobili naslednje deleže popolnoma pravilnih odgovorov: zdrav način življenja 31,2%, osebna higiena 50,5%, prehrana 78,7%, telesna vzgoja 81,6%, rast in razvoj 52,3%, bolezni 55,6%, odnosi med spoloma 32,0%, zasvojenosti 43,1%, če pa upoštevamo tudi delno pravilne odgovore, bi bil delež bistveno višji, saj bi bil okrog 90% in več za vsa poglavja z edino izjemo odnosi med spoloma. Iz tega bi lahko zaključili, da imajo naši učenci že po osnovni šoli dokajšnje znanje, ki pa ni vedno dovolj utrjeno in ga je potrebno poglobiti. Zato pa je nujno, da se ZV intenzivno nadaljuje tudi v srednji šoli (9).

Žal pa stanje v srednjih šolah danes ni več takšno, kot je bilo. Z ukinitvijo srednjega usmerjenega izobraževanja je bil, na žalost, ukinjen tudi predmet ZV, kljub nasprotovanju in argumentiranim opozorilom s strani zdravnikov šolske medicine. S tem se je zmanjšalo tudi izobraževanje s področja ZV za pedagoge, še posebej, ker se je medtem podaljšalo na višjo in visoko stopnjo – vendar pa ni na nobeni uvedlo predmeta higiena ali ZV – kljub večkratnim predlogom in pripravljenim učnim programom zanj. Pri tem ni odigralo svoje vloge niti tedanje Ministrstvo za zdravstvo. Na srednjih šolah sedaj obstajajo obvezne izbirne vsebine in ena izmed njih je tudi ZV. Prav tako zdravstvo nima več vpliva na izbor ponujenih zdravstvenovzgojnih vsebin za posamezno srednjo šolo, ker je to zadeva šole same oziroma njenega ravnatelja. Tako pač lahko prihaja do afer, kot je bila tista s filmom »Nemi krik«. Na srečo so mnoge šole – verjetno zaradi neke vztrajnosti – zadržale dosedanje vsebine in sodelavce, vendar ZV v srednjih šolah ni več zakonsko in sistemsko enako urejena. Prav tako ni več ZV kot predmeta B na Biotehniški fakulteti in Fakulteti za šport. Vsa omenjena regresija bi morala imeti vsaj nadomestilo v učnih programih ZV za pedagoge na fakulteti, da bi z leti postopoma zopet dobivali usposobljene učitelje. Le učitelji so vsak dan z učenci in jim lahko urejajo zdravo okolje in nudijo določeno znanje tudi s področja ZV. Zdravstvenih delavcev ne bo nikoli toliko, da bi lahko v celoti prevzeli vsakodnevno ZV za vse učence vseh šol. Danes imamo 148 stalno zaposlenih šolskih zdravnikov, vseh učencev pa je 322.000.

V zdravstvu je po navedbah Žalarjeve (10) za šolske otroke in mladino dobro poskrbljeno, saj je bilo v letu 1991 v ZV programe v zdravstvenih organizacijah zajetih kar 52,5%, kar je največ od vseh skupin prebivalcev, odraslih le 15,5%, predšolskih otrok 14,7% in drugih 17,3%.

Zaključek

Kako v Sloveniji danes izpolnjujemo posamezne točke za uresničitev promocije zdravja iz prvega poglavja.

1. Naravnost politike v zdravju. Če jo ocenjujemo po Planu zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravstvo (MZ) (11), bi lahko rekli, da je

deklarativno v redu, vprašljiva pa je izvedba v praksi – glede na prikazano stanje in razmerja na terenu, določene kadrovske normative – predvsem pa zaradi predvidene ZV le v interventni obliki. Plan v skupščini še ni sprejet. Tudi če bo sprejet v opisani vsebini, se iz izkušnje bojimo, da bo ostal na deklarativni ravni, vščen ciljem Svetovne zdravstvene organizacije.

2. Medresorsko sodelovanje. Iz opisanega v prejšnjem poglavju o šolstvu je jasno, da še ni dobro niti med osnovnima resorjema za področje ZV – zdravstvom in šolstvom, da o drugih ne govorimo! Napredek pa vsekakor predstavlja ustanovitev Sveta za zdravje pri vladi, ki naj bi opravljal funkcijo vsestranskega povezovanja resorjev. Zaenkrat njegovega delovanja še ni čutiti.

3. Zakonodaja. Za zdravstveno zakonodajo, sprejeto 1992 (12), lahko rečemo enako kot za plan: dobra na deklarativni ravni, nedosledna in tudi v nasprotju z njo na izvedbeni ravni. Tako 2. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pravi: »Vsakdo ima pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje.« V 3. členu pa isti Zakon obvezuje vse od republike, občine do podjetij, zavodov in posameznikov za varovanje zdravja. Prav tako 7. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti določa ZV ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja kot nalogo osnovne zdravstvene dejavnosti. Istočasno bi zato pričakovali, da bo poudarjeno preventivno delo na vseh ravneh, predvsem pa na primarni, kjer bi bile tudi določene organizacijske oblike, ki bi ga obvezno opravljale. Nasprotno, ta zakonodaja je ukinila dispanzerski način dela in dispanzerje kot organizacijsko obliko – kar vse je bilo opredeljeno in poudarjeno v prejšnji zdravstveni zakonodaji iz leta 1980. Način izbire zdravnika, uvajanja privatne prakse in družinskega zdravnika ločujejo preventivo od kurative! Vprašljivo je izvajanje preventivnega dela in ZV v zasebni praksi! Nekateri predpisi Zavoda za zdravstveno zavarovanje odločilno posegajo v delo zdravstvenih organizacij. Njihova evidenca izpodriva zdravstveno statistično, ki je zato vse slabša, zakona o evidencah pa še ni. Posledice so najbolj vidne prav v beleženju preventivnega dela, ki so ga v marsikaterem ŠD – vsaj začasno kar opustili, ker ga zavarovalnica ni zahtevala! Tako v osnovni zdravstveni dejavnosti ni plačila za ZV programe. Ti so plačani le do regijske ravni zavodov za zdravstveno varstvo iz proračuna. ŠD in ostalim je le obveza brez vrednotenja in upoštevanja v normativu.

4. Organizacija mreže preventivnih služb. Pod tem moramo razumeti pravzaprav prepletanje večih mrež: na eni strani mrežo samih ZV enot in referentov od državne, regijske do občinske ravni, na drugi strani pa mrežo vseh drugih zdravstvenih enot (ambulant, dispanzerjev) od zdravstvenega doma do bolnišnice – seveda s posebnim poudarkom na prebivalstvu čim bližje mrežo osnovne zdravstvene dejavnosti, ki vključuje preventivne programe, še posebno za mlade. Brez druge mreže prva ne more delovati. Osnovna zdravstvena dejavnost pa se danes nepredvidljivo preoblikuje kot posledica neuskajane in nekompletne zakonodaje.

Na višjih ravneh, regijski in državni pa je mreža preventivnih služb za potrebe ZV zelo šibka – zaradi več desetletnega slabega odnosa politikov do preventive v celoti. Deluje predvsem zaradi entuziazma in zagnanosti samih delavcev ZV in njihovih vodij – kar pa zadošča le za osnovno koordinacijo predvsem temeljnih t. i. železnih programov in le občasne akcije. Zaradi tega praktično ni bilo možno izvajati niti evalvacij opravljenega dela, da o potrebnih raziskavah in znanstvenem proučevanju ZV sploh ne govorimo. V tujini obstajajo celi inštituti samo za ZV. Pri nas bodo potrebne prav tu hitre in

odločne spremembe na bolje, če bomo hoteli realizirati predvidene plane in dvigniti znanstveno raven ZV.

5. Usposobljenost kadra v njih. Z uvedbo visokošolskega študija zdravstvene vzgoje za zdravstvene delavce pričakujemo izboljšanje predvsem v mreži ZV enot. Za izboljšanje usposobljenosti kadra v drugi mreži pa je potrebno že v dodiplomskem študiju vseh zdravstvenih šol osmisliti in dati veliko večji poudarek kot je danes ne samo ZV, ampak preventivi v celoti. Predvsem to velja za izobraževanje zdravnikov na Medicinski fakulteti. Izobraževanje in usposabljanje s teh področij pa se mora nadaljevati tudi podiplomsko. Z uvajanjem družinskega zdravnika, nepodeljevanjem specializacij šolske medicine – še posebno pa s premišljanjem o njeni ukinitvi – se izrinja usposobljenega šolskega zdravnika od njegovih učencev. S tem se slabša tudi usposobljenost kadra za preventivno delo z otroci in mladino.

Če bomo hoteli, da bodo ljudje znali skrbeti za lastno zdravje, jih bomo morali to tudi naučiti. Tu je vloga vseh zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev nezamenljiva. Kakovost življenja vsakega posameznika in vseh nas je odvisna tudi od ZV.

Zato je odločitev Slovenskega zdravniškega društva, da uvrsti v strokovni program svojega letnega srečanja zdravnikov temo »Zdravstvena vzgoja otrok in mladine«, v tem trenutku zelo aktualna. Še posebno aktualna pa so dejstva, da je ZV delo vseh zdravnikov; to dejstvo ni stališče vseh zdravnikov, prihaja celo do omalovaževanja tega dela; finančno vrednotenje ZV dela je izjemno slabo oziroma ga sploh ni. To so bili tudi razlogi, da smo za sodelavce v okrogli mizi izbrali samo zdravnike. Medsebojni pogovor naj bi rodil zaključke, ki naj bi jih podprlo tudi SZD in jih poslej tudi uveljavljalo prek vseh svojih sekcij in zdravnikov.

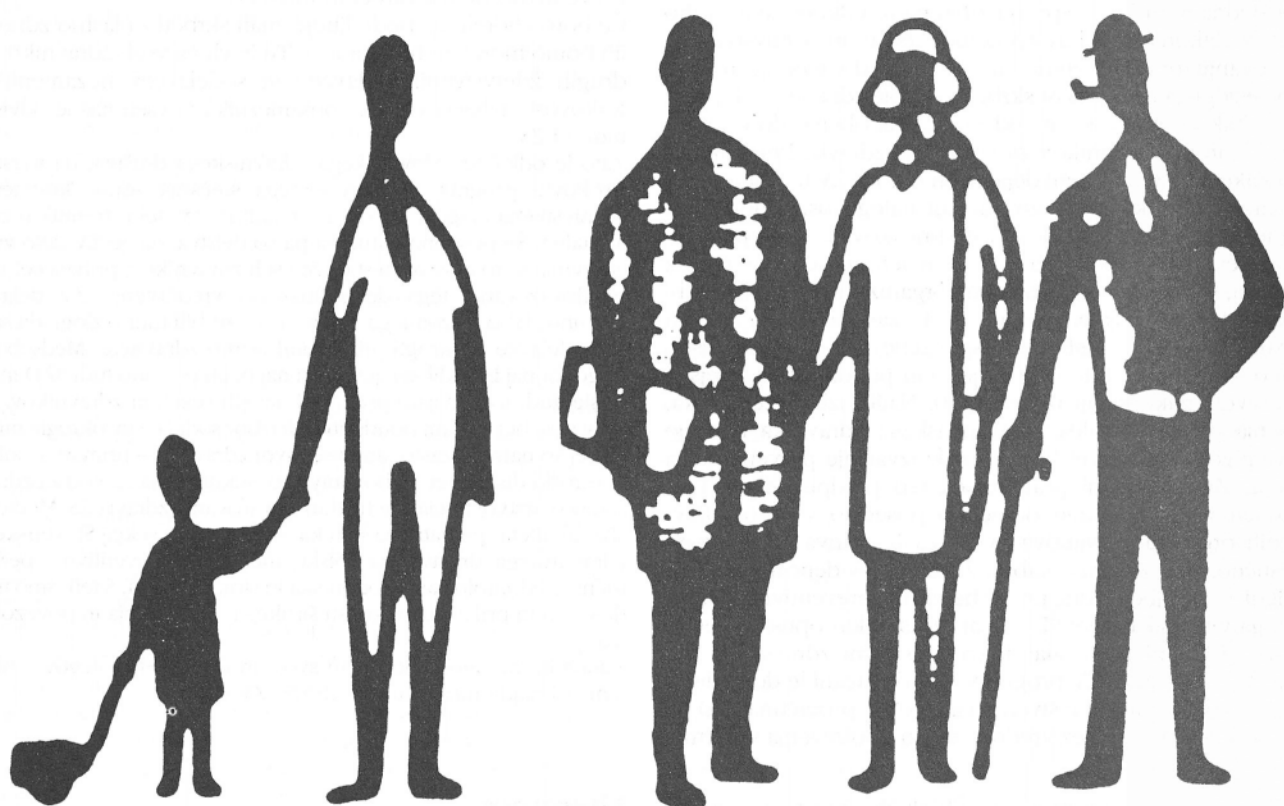
Prav posebej moram poudariti tudi izbor sodelavcev okrogle mize. V njej so namreč zastopane vse ravni zdravstva – primarna: šolski in otroški dispanzer, zobozdravstvo; sekundarna: zavod za zdravstveno varstvo; terciarna: Inštitut za varovanje zdravja RS, Medicinska fakulteta, pediatrična klinika – ter kar šest sekcij Slovenskega zdravniškega društva: za šolsko medicino, preventivna, pediatrična, pedontološka, ortodontska in stomatološka. S tem smo tudi dokazali in prikazali možnosti širokega sodelovanja in povezovanja.

Zdravniki moramo spoštovati svoje in delo vseh kolegov – med tem naj najde mesto tudi področje ZV dela.

Literatura

- Reja D. Uvod v študij zdravstvene vzgoje. Zdrav Var 1977; 16: Suppl 7: 4-10, 95-105.
- Nutbeam D, Haglund B, Farley P, Tillgren P. Youth health promotion, from theory to practice in school & community. London: Forbes Publications Ltd, 1991: 1-48.
- Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo. Šolsko zdravstvena služba v letu 1978. Zdrav Var 1979; 18: Posebna publikacija št. 9: 14-7.
- Pirc I. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Higieniski zavod Ljubljana, 1938: 123-8, 137-41, 209-13.
- Higieniski zavod Kraljevine Jugoslavije v Ljubljani. Zbirka zakonskih predpisov o zdravstveni zaščiti učencev. Ljubljana: Higieniski zavod Kraljevine Jugoslavije, 1931: 25-40, 64.
- Zavod SRS za zdravstveno varstvo. Zdravstvena vzgoja III. Zdrav Var 1977; 16: 5-58.
- Zavod SRS za zdravstveno varstvo. Zdravstvena vzgoja IV. Zdrav Var 1978; 17: 1-19.
- Arko U, Hrovatin M, Jazbec R. Zdravstvena vzgoja v osnovni šoli. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, 1991: 9-10, 24-6, 31-3.
- Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo Ljubljana. Zdravstveno varstvo in stanje mladine. Ljubljana: UZZV, 1991: 36-7.
- Žalar A. Analiza zdravstvenovzgojnega dela v zdravstvenih organizacijah v Sloveniji v letu 1991. Zdrav Var 1993; 32: 107-8.
- Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Priloge. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1993: 69-86, 103-8.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ljubljana: Uradni list RS št. 9 1992; 2: 577-99.

PLIVINI VITAMINSKI PREPARATI ZA VSE GENERACIJE



od najzgodnejšega otroštva do visoke starosti

Cevit

Plibex

Plivit D 3

Plivit C

Efervit

Plivit A

Plivit B 1

Vitamin C

Fortevit

Plivit AD

Plivit B 6

Vitacitrol



PLIVA d.d. ZAGREB
Program farmaceutike

Podrobnejša pojasnila dobite v
PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

ANAFILAKTIČNA REAKCIJA NA SUKCINILHOLIN MED SPLOŠNO ANESTEZIJO

ANAPHYLACTIC REACTION TO SUCCYNILCHOLINE DURING GENERAL ANAESTHESIA

Mitja Košnik,¹ Stanislav Šuškovič,¹ Irena Grmek²

¹ Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 64204 Golnik

² Bolnišnica za porodništvo in ginekologijo, Kidričeva 38a, 64000 Kranj

Prispelo 1993-07-27, sprejeto 1993-12-10; ZDRAV VESTN 1994; 63: 285-7

Ključne besede: splošna anestezija; komplikacije; anafilaktična reakcija; zdravila; sukcinilholin

Izvleček – Izhodišča. Ena od 5000–15.000 splošnih anestezij se zaplete z anafilaktično reakcijo. Med splošno anestezijo večina bolnikov poleg anestetikov prejme še več drugih zdravil, ki lahko povzročijo anafilaktično reakcijo. Zdravil, ki so povzročila zaplet po alergijskem mehanizmu, bolnik ne sme več prejemati. Zdravila, ki povzročijo podobno simptomatiko po neimunskem mehanizmu, bolnik tolerira v manjšem in počasneje danem odmerku.

Metode. Naša bolnica je imela anafilaktično reakcijo med uvodom v splošno anestezijo. Opisujemo izvedbo in vrednotenje alergoloških kožnih testov, specifičnih protiteles razreda IgE in biološkega poskusa.

Rezultati. Pozitivni vbodni kožni testi s sukcinilholinom in ugotovitev specifičnih protiteles razreda IgE proti sukcinilholinu so potrdili, da je bolnica za to zdravilo senzibilizirana. Negativni kožni testi in biološki poskus s fentanilom in etomidatom zagotavljajo, da je možnost zapletov ob ponovni uporabi teh dveh zdravil pri bolnici taka kot v splošni populaciji.

Zaključki. Pri bolnici, ki je imela med splošno anestezijo sistemsko reakcijo, smo z alergološko obravnavo pripomogli k razjasnitvi mehanizma le-te. Rezultat je pomemben pri načrtovanju naslednje anestezije.

Uvod

Interakcija med v telo vnesenim antigenom (alergenom) in specifičnimi protitelesi razreda IgE, vezanimi na tkivne mastocite in krvne bazofilce, sprosti iz teh celic mediatorje. Nastane anafilaktična reakcija. Reakcije, ki so posledica sproščanja enakih mediatorjev prek drugih mehanizmov, imenujemo anafilaktoidne reakcije (1).

Po podatkih iz literature se ena od 5.000–15.000 splošnih anestezij zaplete ali z alergijsko ali anafilaktoidno reakcijo. Okrog 5% teh zapletov se konča s smrtjo (2). Vsako zdravilo, ki se ga uporablja med splošno anestezijo, lahko deluje kot alergen ali hapten. Alergijsko reakcijo najpogosteje povzročijo mišični relaksanti, tiobarbital in lateks (3, 4). Anafilaktoidno reakcijo lahko povzročijo opiat, dekstran, kri, krvni derivati in rentgenska kontrastna sredstva (1). Tiopental lahko povzroči tako anafilaktično kot tudi anafilaktoidno reakcijo (5, 6).

Key words: general anaesthesia; complications; anaphylactic reaction; medicaments; succinylcholine

Abstract – Background. One of 5,000–15,000 cases of general anaesthesia is complicated by anaphylactic reaction. In addition to anaesthetics most of patients are administered several other drugs which may provoke anaphylactic reaction. The drug which provoked allergic reaction should never be given to the patient again. The drug which provoked similar symptoms by nonimmune mechanism can be tolerated in smaller and slowly administered dose.

Methods. A female patients had anaphylactic reaction during induction of general anaesthesia. The procedure and assessment of allergologic skin tests, specific IgE antibodies and i.v. challenge have been described.

Results. Positive skin prick test with succinylcholine and finding of specific IgE antibodies to succinylcholine have confirmed, that patient had been sensitised for this drug. Negative skin tests and i.v. challenge with fentanyl and etomidate ensure that repeated use of these drugs is probably safe.

Conclusions. In patient who had systemic reaction during general anaesthesia the allergologic examination contributed to the clarification of its mechanisms. The result is important in planning further anaesthesia.

Klinična slika je sicer enaka ne glede na način, kako pride do degranulacije mastocitov, vendar je za oceno tveganja ponovne reakcije treba ugotoviti mehanizem degranulacije. Zdravilo, ki je povzročilo zaplet prek neimunskega mehanizma, bo bolnik toleriral v manjšem in počasneje danem odmerku. Zdravila, za katera je bolnik senzibiliziran, mu ne smemo več dati (5). Pri anesteziji se uporablja več zdravil, od katerih vsako lahko povzroči ali anafilaktično ali anafilaktoidno reakcijo.

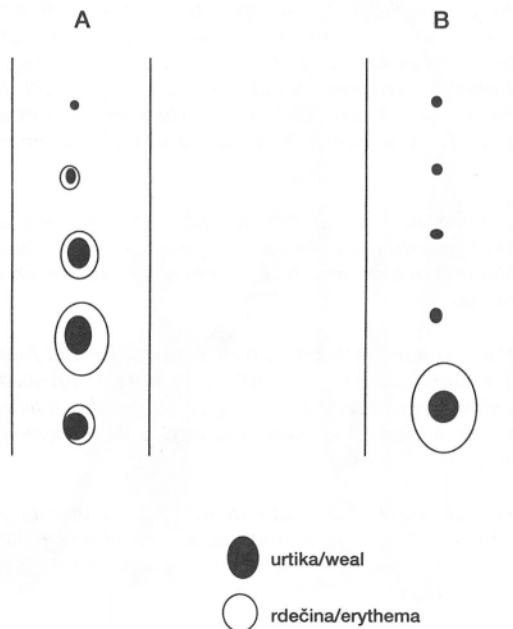
Prikaz primera

Iz anamneze: Bolnica R. Z., rojena leta 1962, je imela v otroštvu urtikarije po breskvah, jajcih in svinjskem mesu. V četrtem letu je prebolela meningitis. Leta 1986 je bila operirana zaradi vnetja slepiča, leta 1991 pa zaradi žolčnih kamnov. Leta 1986 in 1989 je dobila splošno anestezijo zaradi odstranitve zastale posteljice po porodih. Pri teh anestezijah so med drugim uporabili sukcinilholin

in fentanil. Vse anestezije so minile brez zapletov. Leta 1989 sta se pojavila urtikarija in angioedem. Hkrati so ji ugotovili bazedovko z endokrino oftalmopatijo, ki so jo zdravili z radioaktivnim jodom, kortikosteroidi in ciklosporinom. Ob tem zdravljenju je prehodno izgubila tudi urtikarija.

Sedanja bolezen: Zaradi pol leta trajajočih metroragij, ki jih ginekologi niso pojasnili z enostavnejšimi diagnostičnimi metodami, so se odločili za laparoskopski pregled. Kot uvod v splošno anestezijo je bolnica prejela fentanil (Fentanyl) 0,1 mg, etomidat (Hypnomidate) 14 mg in sukcinilholin (Leptosuccin) 100 mg, bolnici so uvedli endotrahealni tubus. Takoj po tem se je pri bolnici znižal arterijski tlak na 60/30 mmHg, pojavila se je oteklina vek, ustnic in rdečica po celem telesu. Bolnica je bila uspešno reanimirana. Laparoskopski pregled ni bil opravljen.

Tri tedne po anafilaktični reakciji smo bolnico sprejeli v Inštitut za pljučne bolezni na Golniku, da bi pojasnili vzrok za anafilaktično reakcijo. Ob sprejemu je bil klinični status normalen, ravno tako rezultati osnovnih hematoloških in biokemičnih preiskav. Normalni so bili koncentracija celotnih imunoglobulinov E (18 kE/l), hemolitična aktivnost komplementa in koncentracije frakcij C3, C3akt, C4 in inhibitorja C1q. Kožni testi s standardnimi inhalacijskimi in prehrabnenimi alergeni so bili negativni. Koncentracija ščitničnih hormonov v krvi je bila normalna.



Sl. 1. Kožni vbodni testi s sukcinilholinom.

Od zgoraj navzdol: negativna kontrola (0,9% NaCl), sukcinilholin v koncentracijah 1, 10, 100 g/L, pozitivna kontrola (histamin hidroklorid, 1 g/L).

A) Bolnica R. Z. Pozitivni rezultat. Premer urtike, povzročene s sukcinilholinom koncentracije 10 g/L, je enak premeru urtike, povzročene s histaminom.

B) Zdrav preiskovanec. Negativni rezultat. Urtike, povzročene s sukcinilholinom, so manjše od polovice premera urtike, povzročene s histaminom.

Fig. 1. Skin prick tests with succinylcholine.

From top to bottom: negative control (0.9% NaCl), succinylcholine 1, 10, 100 g/L, positive control (histamine 1 g/L).

A) Patient R. Z. Positive result: Weal diameter elicited by succinylcholine at concentration 10 g/L is equal to weal elicited by histamine.

B) Healthy person. Negative result: Succinylcholine at any concentration elicited a weal with a diameter smaller than one half of histamine weal.

Postopek alergološkega testiranja: Pred alergološkim testiranjem smo bolnici razložili postopek in namen testiranja ter jo seznanili z možnimi zapleti. Testiranje smo izvajali ob stalnem nadzoru osnovnih življenjskih funkcij ter s pripravljenimi zdravili in opremo za oživiljanje. Naredili smo vbodne kožne teste s fentanilom, etomidatom in leptosukcinom v razredčitvah 1:100, 1:10 in 1:1 tovarniško pripravljene zdravila (fentanil 50 mg/L, etomidat 2 g/L, sukcinilholin 100 g/L) ter nastale urtike in rdečino čez 20 minut primerjali z negativno (0,9% NaCl) in pozitivno kontrolo (histamin, 1 g/l). Rezultata testov s fentanilom in etomidatom smo ocenili kot negativna, zato smo s tema substancama naredili bolj senzitivne intradermalne teste z 0,02 ml raztopine v koncentracijah 1:1000, 1:100 in 1:10 tovarniško pripravljene zdravila. Urtika, povzročena s fentanilom pri razredčitvi 1:10, je imela premer 8 mm, s histaminom povzročena urtika pa 7 mm. Ker fentanil sprošča histamin iz mastocitov tudi po neimunološkem mehanizmu, smo se kljub pozitivnemu kožnemu testu odločili za enojno slepi, s placebom kontrolirani biološki poskus. V polurnih presledkih smo bolnici intravensko vbrizgali 0,05 mg, 0,5 mg, 5 mg ter 25 mg fentanila. Simptomi anafilaktične reakcije se niso pojavili. Tudi biološki poskus z etomidatom (v kumulativni dozi 1,2 mg) je minil brez anafilaktične reakcije.

Vbodni kožni test s sukcinilholinom je bil pozitiven že pri razredčitvi 1:100. Pri tej koncentraciji je imelo pet zdravih prostovoljcev negativni rezultat. Naknadno smo izmerili še koncentracijo specifičnih protiteles IgE proti sukcinilholinu (Mikrobiološki inštitut, Medicinska fakulteta v Ljubljani), ki je bila 0,83 IE/ml (normalna vrednost je nižja od 0,35 IE/ml). Specifičnih protiteles IgE proti lateksu nismo našli.

Na podlagi prepričljive klinične slike, predtestne verjetnosti in rezultatov preiskav z veliko verjetnostjo lahko trdimo, da je bila anafilaktična reakcija posledica senzibilizacije za sukcinilholin.

Razpravljanje

Ko bolniku postavimo diagnozo anafilaktične reakcije, mu s tem naredimo kup problemov. Jasno je, da se mora zdravila, ki je anafilaktično reakcijo povzročilo, izogibati. Kljub temu preži na bolnika nevarnost, da se bo anafilaktična reakcija ponovila po drugem zdravilu, ki je podobne strukture (ne nujno podobnega učinka!). Če je bolnik tik pred reakcijo dobil več različnih zdravil, je naša odgovornost za pravilno diagnozo še toliko večja.

Najpogosteje je prvi znak anafilaktične reakcije med splošno anestezijo padec krvnega tlaka (3). Precej zanesljivi kriteriji, po katerih ločimo hipotenzije drugih vzrokov od anafilaktične ali anafilaktoidne reakcije, so pojavi na koži (urtikarija, angioedem) in povečanje upora v dihalnih poteh (3, 4, 7).

Naša bolnica je imela poleg hipotenzije še urtikarijo in angioedem, tako da o diagnozi anafilaktične reakcije ni bilo dvoma. Simptomi so se pojavili takoj po tem, ko je dobila v žilo tri različna zdravila, od katerih bi vsako lahko povzročilo anafilaktično reakcijo. Ker je bila pri bolnici predvidena ponovna splošna anestezija, se nam je zdelo pomembno ugotoviti, katero od treh zdravil je anafilaktično reakcijo povzročilo ter katera zdravila bi ob ponovni anesteziji bolnica tolerirala.

Pri ugotavljanju, katera substanca je povzročila anafilaktično reakcijo, si pomagamo s kožnimi alergološkimi testi in določanjem specifičnih protiteles razreda IgE. S kožnim alergološkim testiranjem posredno merimo z alergenom sproženo sproščanje histamina iz mastocitov. Mastociti se degranulirajo, ko antigenske determinante alergena povežejo med sabo molekule IgE. Alergen mora biti vsaj dvovalenten, kar mišični relaksanti so (8). Zato je kožni test z mišičnimi relaksanti visoko senzitivni in specifičen za ugotavljanje senzibilizacije. Ostala med anestezijo uporabljena zdravila so monovalentni hapteni, zaradi česar je kožni test s temi zdravili manj senzitivni (9, 10). Velik del ljudi, ki so za določen alergen senzibilizirani, ob stiku z njim nima alergijske reakcije (11). Kadar delamo kožni test z zdravili, ki sproščajo mediatorje po neimunskem mehanizmu (morfinski preparati), dobimo lažno

pozitivni rezultat. Določanje specifičnih protiteles IgE proti zdravilom je manj senzitivna preiskava od kožnih testov (12). Ti testi so tudi slabo standardizirani.

Prenašanje zdravila zanesljivo ugotovimo z biološkim poskusom, ki temelji na dejstvu, da je jakost alergijske reakcije odvisna od odmerka alergena (13, 14). Z dajanjem nizkih odmerkov alergena želimo povzročiti blago alergijsko reakcijo. Indikacije za biološki poskus je treba dobro pretehtati, kajti bolnika izpostavljam tveganju ponovne anafilaktične reakcije. Biološki poskus je lahko lažno negativen, če ga izvajamo kmalu po anafilaktični reakciji (refrakterno obdobje). Pri naši bolnici smo se za biološki poskus odločili, ker smo želeli potrditi toleranco za fentanil in etomidat. Po podatkih iz literature so daleč najpogostejši vzrok anafilakse med splošno anestezijo mišični relaksanti (3, 4). Med alergičnimi za mišične relaksante močno prevladujejo ženske (88%), alergija za druga zdravila, ki se uporabljajo pri splošni anesteziji, pa je enakomerno porazdeljena med spola (15, 16). Amonijeva skupina je najpomembnejši del antigenske determinante, ki jo prepoznajo specifična protitelesa proti mišičnim relaksantom (17). Bolnik, ki je alergičen za kak mišični relaksant, navadno tolerira večino drugih mišičnih relaksantov. Pogosta je navzkrižna senzibilizacija med pankuronijem in vekuronijem, ki imata N amonijeve skupine vključen v obroč, ter med sukcinilholinom in galaminom, ki imata stransko verigo podobno holinu (15). Pri večini bolnikov, senzibiliziranih za mišične relaksante, so ugotovili prisotnost specifičnih protiteles IgE proti mišičnim relaksantom še več desetletij po anafilaktični reakciji (18).

Čprav je za alergijske reakcije značilno, da se ne pojavijo pri prvem stiku z alergenom, imajo nekateri bolniki (12–50%) anafilaktično reakcijo že pri prvi splošni anesteziji (16). Vzrok so protitelesa proti amonijevi skupini, ki je sestavni del mnogih zdravil in kozmetičnih sredstev. Ta protitelesa navzkrižno reagirajo z mišičnimi relaksanti (17).

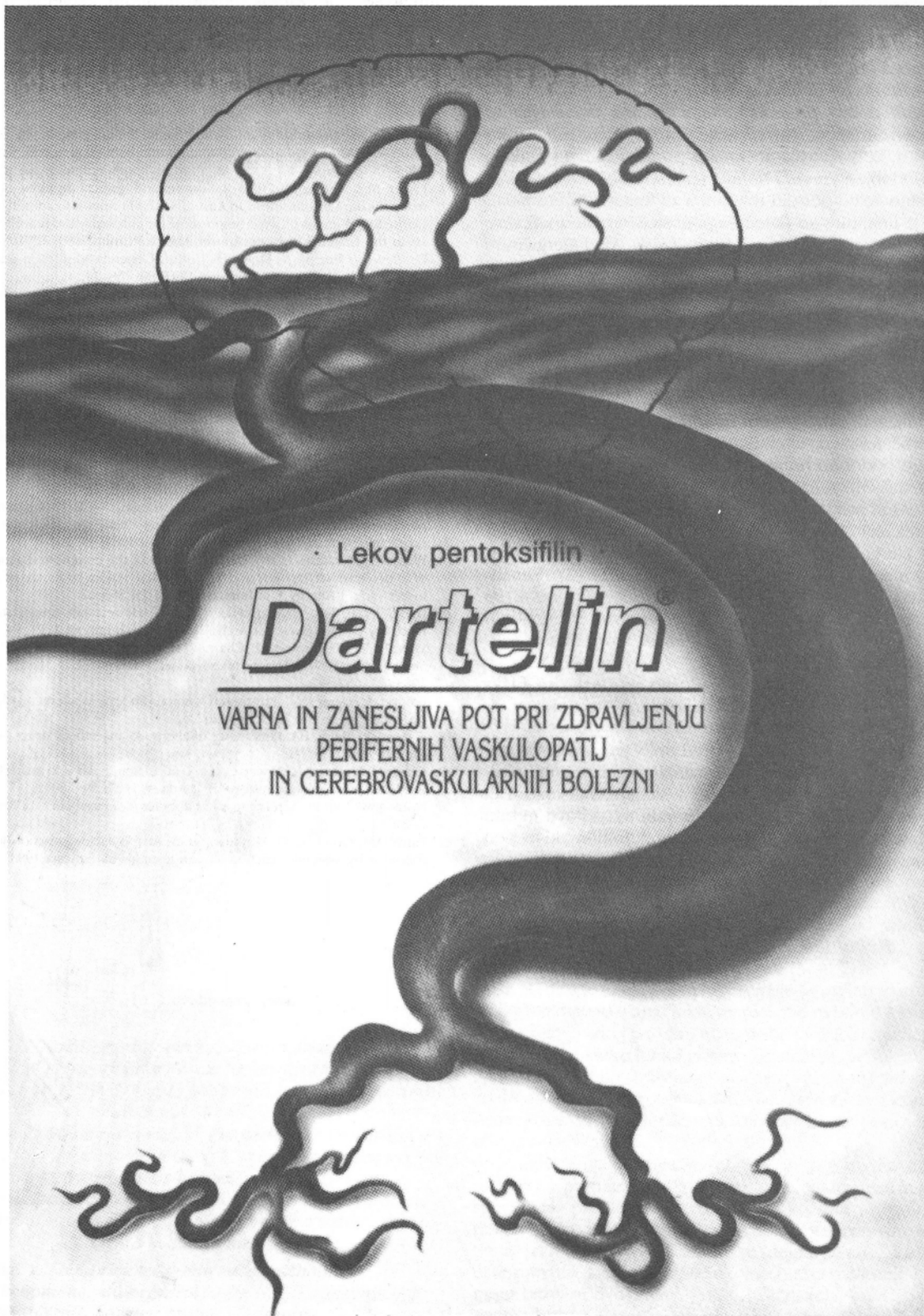
Le 20–50% bolnikov, ki so imeli med splošno anestezijo anafilaktično reakcijo, je imelo že pred tem znano alergijsko bolezen (5, 16, 19).

Rutinskega alergološkega testiranja pred splošno anestezijo zaenkrat ne priporočajo. Deset odstotkov naključno izbranih bolnikov je imelo protitelesa razreda IgE proti mišičnim relaksantom ali tiopentalu, vendar pri anesteziji kljub uporabi teh zdravil ni bilo nobenih zapletov (11). Po drugi strani pa je pri bolniku, ki je med anestezijo imel anafilaktično reakcijo, pred ponovno anestezijo

treba ugotoviti senzibilizacijo za zdravila, ki jih nameravamo uporabiti (20). Intradermalne kožne teste in biološki poskus z zdravili se sme zaradi možnosti hudih zapletov izvajati le v ustanovah z oddelkom za intenzivno medicino (6, 21). Zdravil, za katera je bolnik senzibiliziran, se je treba izogniti (18).

Literatura


1. Bochner BS, Lichtenstein LM. Anaphylaxis. *N Engl J Med* 1991; 324: 1785–90.
2. Anderson JA. Allergic reactions to drugs and biological agents. *JAMA* 1992; 286: 2845–57.
3. Fisher MM, Baldo BA. The incidence and clinical features of anaphylactic reactions during anaesthesia in Australia. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993; 12: 97–104.
4. Clarke RSJ, Watkins J. Drugs responsible for anaphylactoid reactions in anaesthesia in the United Kingdom. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993; 12: 105–8.
5. Binkley K, Cheema A, Dolovich J et al. Generalized allergic reactions during anaesthesia. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 89: 768–74.
6. Watkins J. Anaphylactoid reactions to i.v. substances. *Br J Anaesth* 1979; 51: 51–60.
7. Mueller UR. Insect sting allergy. Stuttgart: Gustav Fischer, 1990: 72–2.
8. Vervolet D. Allergy to muscle relaxants and related compounds. *Clin Allergy* 1985; 15: 501–8.
9. Assem ESK. In vivo and in vitro tests in anaphylactic reactions to anaesthetic agents. *Agents Actions* 1991; 33: 208–9.
10. Fisher MM. Radioimmunoassay tests in anaphylaxis. *Br J Anaesth* 1992; 68: 224–4.
11. Imray G, Reid TM, Noble DW. Radioimmunoassay tests and anaphylaxis. *Br J Anaesth* 1992; 69: 543–3.
12. Moneret-Vautrin DA, Lexanaire MC. Concept and limitations of predictive tests in anaesthesiology. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993; 12: 212–8.
13. Parker JL, Santrach PJ, Dahlberg MJE, Yunginger JW. Evaluation of Hymenopterastesting sensitivity with deliberate sting challenge: inadequacy of present diagnostic methods. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 200–7.
14. Blaauw PJ, Smithuis LOMJ. The evaluation of the common diagnostic methods of hypersensitivity for bee and Yellow jacket venom by means of an in-hospital insect sting. *J Allergy Clin Immunol* 1985; 75: 556–62.
15. Leynadier F, Dry J. Anaphylaxis to muscle-relaxant drugs: study of cross-reactivity by skin tests. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 1991; 94: 349–53.
16. Vervolet D, Nizankowska E, Charpin J et al. Adverse reactions to suxamethonium and other muscle relaxants under general anaesthesia. *J Allergy Clin Immunol* 1983; 71: 552–9.
17. Baldo BA, Fisher MM. Substituted ammonium ions as allergenic determinants in drug allergy. *Nature* 1983; 306: 262–4.
18. Fisher MM, Baldo BA. Persistence of allergy to anaesthetic drugs. *Anaesth Intens Care* 1992; 20: 143–6.
19. Fisher M, Outhred A, Bowey C. Can clinical anaphylaxis to anaesthetic drugs be predicted from allergic history? *Br J Anaesth* 1987; 59: 690–2.
20. Noble DW, Yap PL. Screening for antibodies to anaesthetics. *Br Med J* 1989; 299: 2–2.
21. Farrel AM, Gowland G, Watkins J et al. Anaphylactoid reaction to vecuronium followed by systemic reaction to skin testing. *Anaesthesia* 1988; 43: 207–9.



Lekov pentoksifilin

Dartelin[®]

VARNA IN ZANESLJIVA POT PRI ZDRAVLJENJU
PERIFERNIH VASKULOPATIJ
IN CEREBROVASKULARNIH BOLEZNI

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

Strokovni prispevek/Professional article

ZDRAVLJENJE TAHIKARDNIH MOTENJ RITMA Z IMPLANTABILNIMI ELEKTRIČNIMI NAPRAVAMI

IMPLANTABLE ELECTRIC DEVICES FOR TREATMENT OF TACHYARRHYTHMIAS

Peter Rakovec,¹ Aleš Breclj²¹ Kardiološka klinika, Interne klinike Zaloška, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana² Klinika za kirurgijo srca in ožilja, Kirurške službe, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-05-21, sprejeto 1994-01-03; ZDRAV VESTN 1994; 63: 289-93

Ključne besede: supraventrikularna tahikardija; ventrikularna tahikardija; antitahikardna elektrostimulacija; srčni spodbujevalnik; avtomatski implantabilni kardioverter/defibrilator

Key words: supraventricular tachycardia; ventricular tachycardia; antitachycardic electrostimulation; pacemaker; automatic implantable cardioverter/defibrillator

Izveček – Izhodišča. Srčne spodbujevalnike lahko uporabljamo za preprečevanje in prekinjanje nadprekatnih in prekatnih tahikardij. Uporaba v ta namen pa je omejena na razmeroma ozek krog bolnikov, ker spodbujevalnik lahko tahikardijo tudi pospeši. Avtomatski ustavljivi kardioverter/defibrilator je sredstvo izbora za preprečevanje nenadne smrti zaradi aritmije.

Abstract – Background. Implantable pacemakers have been used for preventing or terminating supraventricular and ventricular tachycardia. Because of the potential for rate acceleration their use has been restricted to a rather small subset of patients. The automatic implantable cardioverter/defibrillator has become treatment of choice in preventing sudden arrhythmic cardiac death.

Metode in rezultati. V našem zavodu smo doslej ustavili šest antitahikardnih spodbujevalnikov. Za aktivacijo treh smo uporabljali ročno prožilo (za enega magnet, s čimer smo dosegli neodvisno delovanje spodbujevalnika za prekinitev tahikardije po načinu »underdrive«, za dva pa radiofrekvenčni aparat za prekinjanje tahikardij s prebitevanjem), trije so bili avtomatični antitahikardni spodbujevalniki. Čeravno so bili na splošno rezultati ugodni in je bilo delovanje spodbujevalnikov skladno s pričakovanji, pa je bilo obilo problemov s finim uravnavanjem programabilnih vrednosti in prikrajanjem dodatnega zdravljenja bolnikovim potrebam. Pet ustavljivih kardioverterjev/defibrilatorjev smo vsadili bolnikom z žuljenje ogrožujočimi prekatnimi tahikardijami ali prekatnim migetanjem. Vse naprave so dobro delovale.

Methods and results. At our institution 6 antitachycardia pacemakers were implanted. 3 pacemakers were manually activated (1 activated by magnet for underdrive, i.e. slow competitive pacing, and 2 radiofrequency activated for overdrive burst pacing) and 3 were automatic antitachycardia pacers. Though the overall results have been good and the performance of pacemakers has been in accordance with expectations, there have been many problems with fine tuning of programmable values and specific tailoring of adjunctive therapy to the patients' needs. 5 implantable cardioverters/defibrillators were implanted in patients with life-threatening ventricular tachycardia or fibrillation. All devices have been functioning perfectly.

Zaključki. Zaradi uspehov radiofrekvenčne ablacije pri zdravljenju nadprekatnih tahikardij bo uporaba antitahikardnih spodbujevalnikov v ta namen pojemala. Po drugi strani bo za prekatne tahiaritmije naraščala uporaba kombiniranih naprav, ki omogočajo antitahikardno stimulacijo, kardioverzijo in defibrilacijo.

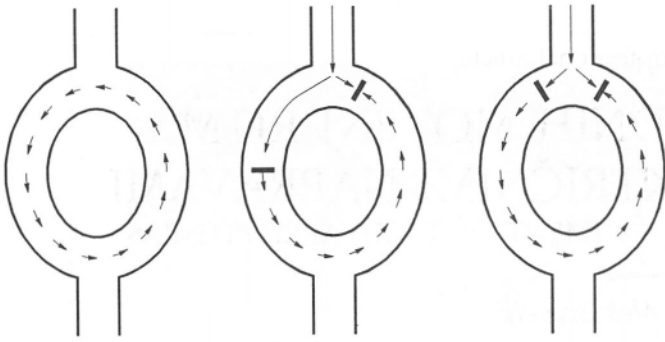
Conclusions. Because of success of radiofrequency ablations the use of antitachycardia pacemakers for supraventricular tachycardia will decrease. On the other hand, the combined devices, comprising antitachycardia pacing, cardioversion, and defibrillation, will be more frequently used for treatment of ventricular tachyarrhythmias.

Uvod

Mehanizem nastanka tahiaritmij je lahko povečana avtomatičnost ektopičnega žarišča, prožena aktivnost in kroženje vzburjenja (reentry). Slednje je verjetno odgovorno za nastanek večine tahiaritmij. Aritmije, ki temeljijo na tem mehanizmu, lahko praviloma s programirano elektrostimulacijo prožimo in prekinjamo (slika 1). Zato ni čudno, da se je že zgodaj pri uporabi stalnih srčnih spodbujevalnikov utrnila misel, da bi lahko z njimi prekinjali tahikardije. Napredek elektronike je res omogočil konstrukcijo srčnih spodbujevalnikov, ki uspešno prepoznavajo tahiaritmije in jih avtomatično prekinjajo. Pri tem pa se je pojavilo toliko novih problemov, da se uporaba antitahikardnih spodbujevalnikov ni uveljavila v širšem obsegu.

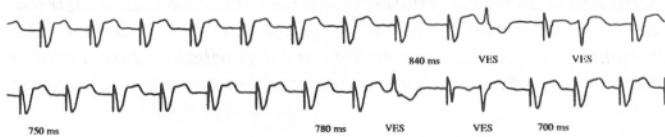
Znano je, da bolniku s pojavom prekatnega migetanja grozi smrt, če ni deležen takojšnje pomoči, se pravi ožvljanja in defibrilacije. Takim bolnikom avtomatični implantabilni kardioverter/defibrilator rešuje življenje. Uporaba teh aparatov stalno narašča kljub zapletenosti implantacijskega postopka in visoki ceni. V zadnjem času so na voljo tudi kombinirane naprave, ki združujejo prednosti antitahikardnega spodbujevalnika in kardioverterja/defibrilatorja. V tem članku prikazujemo različne oblike antitahikardnih električnih naprav, njihovo delovanje in naše izkušnje z njimi. Razlikovati moramo uporabo srčnih spodbujevalnikov za preprečevanje nastanka tahiaritmij in njihovo uporabo za prekinjanje teh motenj ritma.

Primer 1. Sprejeli smo 58-letnega bolnika, ki je imel številne prekatne ekstrasistole. Te je tudi zaznaval kot zelo neprijetne



Sl. 1. Učinek elektrostimulacije na tahikardijo zaradi kroženja vzbujenja. Levo: kroženje vzbujenja, v sredi: električni impulz lahko prodre v en del kroga, a se ustavi v drugem, desno: električni impulz se ustavi («blokira») v obeh krakih kroga in prekine tahikardijo.

Fig. 1. Effect of electrostimulation on reentry tachycardia. Left panel: reentry circuit, middle panel: an impulse may invade one limb of the circuit and block in the other limb, right panel: an impulse may block in each limb, terminating tachycardia.



Sl. 2. Prekatna elektrostimulacija pri bolniku s prekatno ekstrasistolijo. Srčni spodbujevalnik ima vključeno funkcijo dinamičnega prilagajanja frekvence. Ob pojavu ekstrasistol se frekvenca spodbujevalnika zveča (in razdalja R-R zmanjša).

Fig. 2. Ventricular pacing in a patient with ventricular premature beats. Cardiac pacemaker is switched to overdrive pacing. Appearance of premature beats increases the pacing rate (shortens the R-R interval).

palpitacije. Bolnikov temeljni ritem je bil elektrosistolni, ker mu je bil nekaj let prej vstavljen srčni spodbujevalnik zaradi popolnega atrioventrikularnega bloka. Po sprejemu je bil bolnik monitoriziran in na zaslonu so se kar vrstile prekatne ekstrasistole, tudi v parih. Ko smo s programatorjem dvignili frekvenco elektrosistolnega ritma z običajnih 70/min na 80/min, je ekstrasistolija takoj popolnoma minila in se v času monitorskega opazovanja več ur ni ponovila.

Primer 2. 77-letno bolnico s popolnim atrioventrikularnim blokom smo sprejeli zaradi napadov nezavesti, ki so se tudi leže pojavljali v kratkih časovnih razmikih. Ti napadi pa niso bili posledica bradikardije, temveč ponavljajočih se napadov polimorfne prekatne tahikardije tipa «torsade de pointes». Bolnici smo takoj vstavili elektrodo za začasno elektrostimulacijo. Ob frekvenčni elektrosistolni ritmu 70/min so motnje ritma takoj povsem prenehale.

Ta primera kažeta, da so nekatere aritmije odvisne od frekvence osnovnega ritma in da torej hitrejši (v nekaterih drugih primerih počasnejši) ritem deluje antiaritmično. Kadar je treba dvigniti frekvenco, za to lahko uporabimo srčni spodbujevalnik. Pri prekatni tahikardiji tipa «torsade de pointes» je uspeh praktično zagotovljen; pri bolnikih z motnjami prevajanja ostane spodbujevalnik stalno zdravljenje, pri drugih pa začasno, dokler z zdravili

ali kakimi drugimi ukrepi ne dosežemo izboljšanja. Pri drugih prekatnih aritmijah uspeha ne smemo pričakovati v vsakem primeru; potrebno je preizkušanje. Če je za prekinitev aritmije (npr. ekstrasistolije) potrebna relativno visoka frekvenca (nad 90/min), vendar pa aritmija ni vedno prisotna, si pomagamo s posebnimi spodbujevalniki, ki imajo funkcijo «dinamični overdrive» (npr. Vitatron «Quintech DPG» ali «Harmony»). Gre za sposobnost spodbujevalnika, da zazna prezgodnje utripe in pri tem večja frekvenco svoje stimulacije, dokler ektopičnih utripov ne zatre (slika 2).

Primer 3. 60-letna bolnica s sindromom Wolff-Parkinson-White (WPW) je imela napade tahikardij od svojega 33. leta dalje. Med napadi je bila srčna frekvenca do 210/min, napad je lahko trajal tudi osem ur ali pa je za njegovo prekinitev morala dobiti intravensko injekcijo antiaritmika. Leta 1982 smo ji vstavili stalni prekatni srčni spodbujevalnik zaradi sinusne bradikardije, sinoatrijskega bloka I. stopnje in upanja, da bomo z njim lahko ustavljali tahikardije. Bolnica je dobila s seboj magnet, ki ga je v primeru napada tahikardije za krajši čas položila nad vsajeni spodbujevalnik. Magnet spremeni delovanje spodbujevalnika, tako da ta deluje z vnaprej določeno frekvenco, ne oziraje se na bolnikov lastni ritem. Z drugimi besedami, deluje tako, kot so delovali prvi srčni spodbujevalniki, ki še niso bili zmožni inhibicije stimulacije ob bolnikovem lastnem ritmu. Ob tahikardiji s tem dosežemo, da vpada stimulacija v razna časovna obdobja srčnega cikla in s tem slej ko prej tudi v tisti del kroga «reentry», ki je vzburljiv. S tem se kroženje vzbujenja ustavi in tahikardija ustavi. Ta način ustavljanja označujejo z angleško besedo «underdrive», ker je frekvenca stimulacije manjša od frekvence tahikardije. Dejansko je bolnica svoje napade z magnetom doma lahko ustavljala, vendar ne vselej v prvem poskusu. Opazila je, da je uspešnost večkrat odvisna od telesne lege. Čez čas se je zgodilo, da napada sploh ni mogla ustaviti in je morala iskati zdravniško pomoč. Dve leti po vstavitvi spodbujevalnika je bila operirana zaradi levostranskega malignega hipernefroma. Dve leti zatem je bila sprejeta zaradi napada tahikardije, ki ga ni mogla ustaviti. Izkazalo se je, da ne gre za običajno tahikardijo, temveč za napad preddvornega migetanja. Napraviti smo morali elektrokonverzijo. Bolnica je pozneje zaradi malignoma umrla.

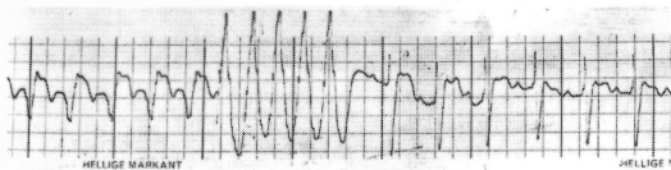
V tem primeru omenjeni način prekinjanja tahikardij je relativno slabo uspešen in se opušča. Bil bi tudi nevaren, če bi bil bolnik nagnjen k prekatnim motnjam ritma.

Primer 4. 62-letni bolnik, ki je pred tem prebolel posterobazalni miokardni infarkt, je bil leta 1984 prvič sprejet zaradi 10 ur trajajoče prekatne tahikardije s frekvenco 180/min. Potrebna je bila elektrokonverzija. Nato se je pogosto vračal z napadi tahikardije. Zdravila so bila glede preprečevanja napadov neuspešna, so pa prekatno frekvenco med napadom znižala na 130 do 140/min in je bolnik napade lažje prenašal. Napada pa tudi z intravensko injekcijo antiaritmika nikdar ni bilo mogoče ustaviti. Zato je moral biti bolnik ob vsakem napadu sprejet na kliniko in vsakič je bila potrebna elektrokonverzija. Zato smo pomislili na vstavev anti-tahikardnega srčnega spodbujevalnika, tokrat takega, ki bi prekinjal tahikardije s frekventnejšo (za 50/min) stimulacijo od bolnikove tahikardije («overdrive»). Bolniku smo razložili, da bo ob napadu še vedno moral priti v našo sprejemno ambulanto (internistično prvo pomoč), vendar mu bomo tam lahko napad ustavili brez elektrokonverzije in se bo lahko takoj vrnil domov. Bolniku se je zdelo, da mu bo to zelo izboljšalo kakovost življenja in je na tako rešitev takoj pristal. Spodbujevalnik (firme Medtronic) je bil sestavljen iz dveh delov: implantabilni del je bil bolniku vstavljen na običajen način, zunanji del pa smo hranili v ambulanti (slika 3). Z zunanjim delom smo lahko radiofrekvenčno aktivirali stimulacijo spodbujevalnika, ki je prehitel frekvenco bolnikove tahikardije in jo ustavil (slika 4). V letu in pol do bolnikove smrti zaradi srčne insuficience smo mu tako večkrat ustavili napade tahikardije. Zgodilo pa se je tudi, da aparat tahikardije ni ustavil, temveč jo je pospešil in je bila potrebna nujna elektrokonverzija. V zadnjih dneh življenja, ko so se bolniku med hospitalizacijo



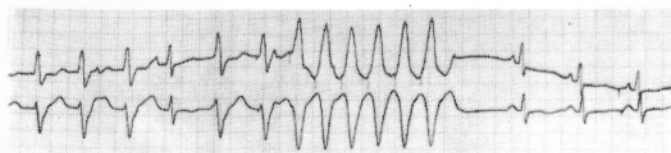
Sl. 3. Antitahikardni radiofrekvenčni srčni spodbujevalnik. Levo je zunanja naprava za sprožitev spodbujevalnika, desno pa sam ustavljeni spodbujevalnik.

Fig. 3. Antitachycardia radiofrequency pacemaker. It consists of a transmitter (left) and an implantable device (right).



Sl. 4. Kratka sekvenca elektrostimulacije prekine tahikardijo.

Fig. 4. A short burst of pacing terminates the tachycardia.



Sl. 5. Relativno počasno tahikardijo (ki se večkrat kaže z ujetimi utripi, kot v tem primeru) je lahko ustaviti s hitro elektrostimulacijo.

Fig. 5. Relatively slow tachycardia (often accompanied by captured beats, as in this case), can be easily terminated by fast electrostimulation.

napadi tahikardije kar vrstili, mu je aparat prihranil številne (verjetno mučne) elektrokonverzije.

Ta primer kaže, da je prekinjanje tudi nevarnih prekatnih tahikardij lahko zelo uspešno, da pa je lahko tudi nevarno zaradi pospešitve tahikardije ali celo prehoda v prekatno migetanje. Zato tudi zunanega dela aparata nismo izročili bolniku ali svojcem, da bi si lahko doma sam pomagal. To se je izkazalo za pravilno. Ker je za uspešno prekinjanje tahikardij potrebna frekvenca pribl. 50/min višja od frekvence tahikardije, pride ta način zdravljenja v poštev le pri počasnejših tahikardijah ali pri takih, ki jih lahko z zdravili upočasnimo (slika 5). Če bi namreč morali uporabljati velike frekvence, bi bili prehodi v prekatno migetanje nedopustno pogostni. Tak način prekinjanja tahikardij prihaja v poštev pri

bolnikih, ki napade hemodinamsko dobro prenašajo, a jim napadov nikakor ni mogoče prekiniti z intravensko injekcijo.

Primer 5. 32-letna bolnica je v starosti 18 let domnevno prebolela miokarditis. Nekaj let pozneje so se ji pričele javljati tahikardije, ki so jih spočetka lahko ustavljali z intravenskimi injekcijami. Bolnica je leta 1987 zapadla v nekaj mesecev trajajočo prekatno tahikardijo, ki je bila ob zdravljenju z amiodaronom počasna in jo je hemodinamsko dobro prenašala. Zaradi dolgega trajanja pa se ji je stanje slabšalo in je bila sprejeta z znaki obojestranske srčne insuficience (tahikardna kardiomiopatija). Tahikardijo smo prekinili z elektrostimulacijo prek začasnega elektrodnega katetra. Bolnica je dobivala ponovne napade, ki smo jih vedno lahko ustavili z elektrostimulacijo. Bolnici se je stanje naglo izboljševalo, po okrevanju ni bilo mogoče najti na srcu nobenih strukturnih nepravilnosti. Bolnici smo vstavili avtomatski antitahikardni srčni spodbujevalnik (*Tachylog-, Siemens). Ker je imela bolnica ob amiodaronu 1 tbl. vsak drugi dan med tahikardijami frekvenco samo ca. 125/min, je bila frekvenca stimulacije lahko nastavljena na ca. 170 do 180/min. Aparat ji je v naslednjih letih pogosto, verjetno večkrat tedensko prekinjal napade. Občasno se je dogajalo, da prekinitev ni bila uspešna; tedaj je bolnica nad spodbujevalnik položila magnet in s tem program prekinjanja znova aktivirala. Aparat je namreč narejen tako, da ob uporabi magnetna ponovno prične program prekinjanja. Bolnica je po vstavitvi spodbujevalnika vseskozi delala in bila tudi fizično aktivna; med drugim se je povzpela na Triglav. Dvakrat je morala iskati zdravniško pomoč, ker aparat ni prekinil tahikardije. V letu 1992 so ob tem morali uporabiti elektrokonverzijo. Po njej se je izkazalo, da spodbujevalnik ne deluje več pravilno. Ni jasno, ali se je izrazil ali se je pokvaril ob elektrokonverziji. Spodbujevalnik smo ji zamenjali (*Intertach-, Intermedics) in se bolnica zdaj spet dobro počuti. Primer te bolnice je bil izčrpaneje predstavljen drugje (1). Ta primer je izreden, saj so silno redki primeri, ko bolniku s prekatno tahikardijo lahko vstavimo avtomatski antitahikardni spodbujevalnik. Omenjena bolnica ima namreč zelo nizko frekvenco tahikardije in sicer zdravo srce.

Primer 6. 55-letna bolnica je imela pogostne, neznosne atrioventrikularne nodalne tahikardije. Zato smo ji leta 1990 vstavili antitahikardni spodbujevalnik z zunanjo radiofrekvenčno aktivacijo. Tej bolnici pa smo zunanji del aparata dali s seboj, tako da si je napade sama ustavljala. Dve leti in pol si je napade ustavljala povprečno enkrat tedensko in je bila glede na prejšnje stanje, ko je morala pogosto iskati zdravniško pomoč, zelo zadovoljna. Vendar pa se ji je v tem času sedemkrat zgodilo, da je ob napadu izgubila zavest, preden je lahko vzela aparat iz torbice in sprožila stimulacijo. Zato smo ji konec lanskega leta napravili radiofrekvenčno ablacijo počasne poti. Odslej aparata ne uporablja več in ji ga bomo verjetno odstranili.

Primer 7. 75-letnega bolnika so našli v stanovanju nemočnega na tleh zaradi več ur trajajoče prekatne tahikardije. V sprejemni ambulanti smo ga elektrokonvertirali. Klinična obdelava je izključila koronarno bolezen; pri bolniku gre za dilatativno kardiomiopatijo. Določili smo mu antiaritmično zdravljenje in ga preverili s programirano prekatno stimulacijo. Kljub temu, da je kazalo, da bo zdravljenje uspešno, se je izkazalo nasprotno. Bolnik je bil sprejet v ponovni prekatni tahikardiji in bil spet elektrokonvertiran. Zdravila so mu zamenjali, a že čez dva dneva se je spet vrnil v tahikardnem napadu. Ponovna elektrofiziološka preiskava je pokazala, da so možnosti farmakološkega zdravljenja izčrpane. Bolniku smo maja 1989 vstavili avtomatski implantabilni kardioverter/defibrilator. Aparat mu je nekajkrat doma prekinil napade tahikardije z minimalnim sunkom energije 3 J. Pojavljati pa so se pričeli naslednji problemi: Bolnik je imel salve prekatnih ekstrasistol ali kratkih tahikardij. Te so aktivirale aparat, ki je pričel polniti kondenzator, sunka pa bolnik ni dobil, ker ob preverjanju tahikardije pred samim sunkom tahikardije več ni bilo. Gre sicer za pravilno delovanje aparata, vendar je grozilo predčasno izčrpanje baterij. Zato smo z dodatnim antiaritmičnim zdravljenjem z amiodaronom te motnje ritma odpravili.

Ob amiodaronu pa je frekvenca tahikardije padla pod 150/min in se ob naslednjem napadu aparat, ki je imel nastavljen višji prag, ni aktiviral. V sprejemni ambulanti smo ga aktivirali ročno s programatorjem. Nato smo z uravnavanjem aparata in farmakološkega zdravljenja dosegli zelo ugodno stanje. Dodatek flekainida je povzročil, da bolnik zdaj že dolge mesece nima več nobenih napadov.

Ta primer kaže uspešno sodobno zdravljenje z antitahikardnimi napravami, ki jih večkrat uspešno kombiniramo s farmakološkim zdravljenjem. Znano je, da se je flekainid pri prekatnih motnjah ritma (zlasti po infarktu) izkazal za nevarno zdravilo, ki povečuje smrtnost (2). Ob istočasnem zavarovanju z defibrilatorjem pa smo ga lahko uspešno uporabili.

Primer 8. 53-letni koronarni bolnik je bil zaradi napada prekatnega migetanja dvakrat oživiljan, enkrat v bolnišnici in enkrat celo na cesti, vendar ga je tudi v tem primeru oživljala strokovna oseba (medicinska sestra, ki sicer dela na oddelku za intenzivno terapijo). Bolniku smo vstavili avtomatični kardioverter/defibrilator. Med to operacijo je bila napravljena tudi dvakratna aortokoronarna premostitev. Doma je nekajkrat padel v nezavest, doživel sunek defibrilatorja in se ovedel. Nekoč ga je sunek prebudil iz spanja, tako da sam niti ni mogel presoditi, kaj se je zgodilo. Števec v aparatu pa je nedvomno pokazal, da se je aparat aktiviral. Čeprav je to zdravljenje odpravilo bolnikov aritmološki problem, pa ni moglo zaustaviti slabšanja funkcionalne sposobnosti bolnikovega srca. Bolnik je umrl v bolnišnici zaradi srčne insuficience.

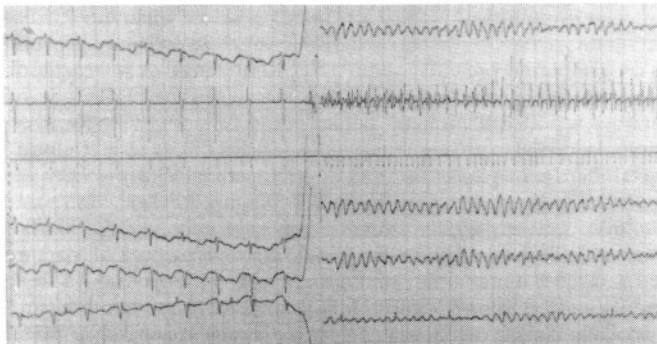
Razpravljanje

Srčni spodbujevalniki so se za zdravljenje tahikardnih motenj srčnega ritma doslej uporabljali izjemno, torej le v primerih, ko nobeno drugo zdravljenje ni bilo izvedljivo ali dosegljivo (3). Če predstavlja bradikardija nagnjenost k tahikardnim motnjam ritma, je zdravljenje s srčnim spodbujevalnikom seveda logično in nesporno indicirano (4).

Pri zdravljenju s prekinjanjem tahikardij se moramo zavedati, da na bolezen samo nismo prav nič vplivali, ampak da samo preprečujemo njene hujše posledice. Bolnik se tudi ne čuti ozdravljenega. Nekatere oblike zdravljenja ustvarjajo celo pri njem hude psihološke probleme.

Antitahikardni spodbujevalnik varno uporabljamo pri nadprekatnih tahikardijah (5, 6). Pričakujemo pa lahko, da bo zdravljenje z radiofrekvenčno ablacijo postalo vse uspešnejše in bo torej ostalo za ta način zdravljenja vse manj prostora (7, 8).

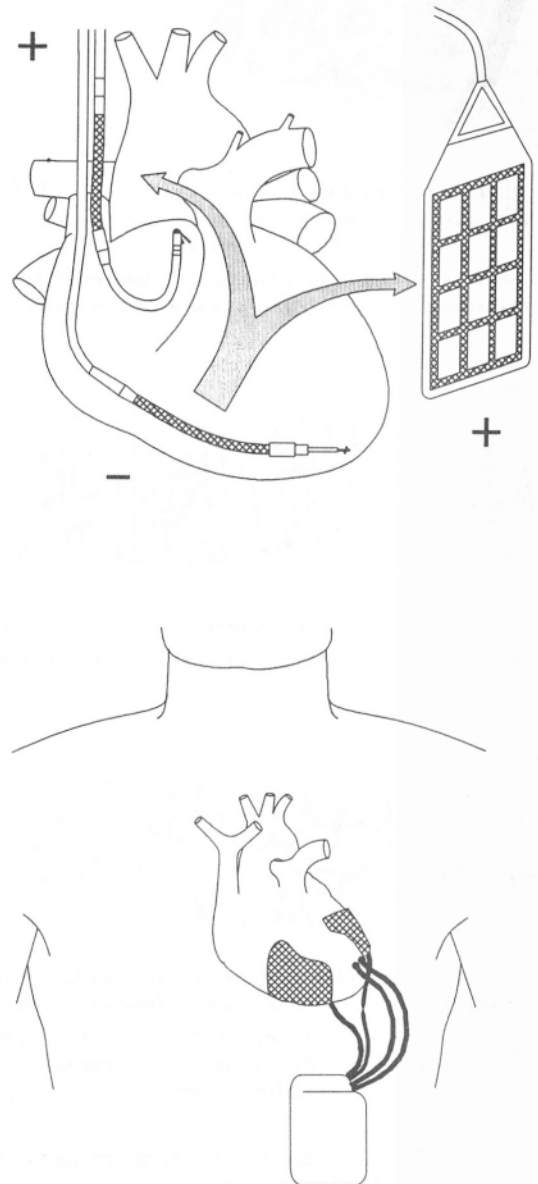
Pri prekatnih motnjah ritma pričakujemo pravi preporod antitahikardne stimulacije z uvedbo kombiniranih naprav, ki združujejo v sebi antitahikardni spodbujevalnik in kardioverter/defibrilator (9, 10). V ugodnem primeru antitahikardna stimulacija prekine skoraj vse napade prekatne tahikardije, le v primeru pospešitve ali prehoda v migetanje se aktivira defibrilatorska funkcija (slika 6).



Sl. 6. Prekatno migetanje učinkovito zazna in prekine vsajeni avtomatski defibrilator.

Fig. 6. Ventricular fibrillation is effectively detected and interrupted by an implantable automatic defibrillator.

Veliko večino napadov torej bolnik prestane, ne da bi doživel neprijetni sunek. Prve izkušnje kažejo, da v praksi prihaja veliko redkeje do pospešitve tahikardije ali prehoda v migetanje, kot se to dogaja med laboratorijskim izzivanjem tahikardij (11). Uporaba avtomatskih implantabilnih kardioverterjev/defibrilatorjev po svetu strmo narašča, zlasti po uvedbi načinov implantacije brez torakotomije (12) (slika 7). Pri nas smo prešli na subsifoidni način vsaditve, po svetu pa v več centrih preizkušajo kombinacijo endokardialne in subkutane implantacije, tudi sama endokardialna implantacija elektrode je pogosto zadostna. Poskušali so tudi vsaditev s torakoskopijo (13).



Sl. 7. Avtomatski implantabilni spodbujevalnik, konverter in defibrilator. Zgoraj: Vstavitve s kombinacijo transvenske in podkožne elektrode. Zaradi učinkovitosti uporabljamo dvosmerni udarec (ena katoda in dve anodi). Spodaj: Klasična vstavitve s torakotomijo.

Fig. 7. Automatic implantable pacemaker, cardioverter and defibrillator. Upper panel: implantation configuration with an endocardial lead and a subcutaneous patch electrode. For adequate efficacy bidirectional shocks (one cathode and two anodes) are used. Lower panel: classic implantation using thoracotomy.

Literatura

1. Rakovec P, Lajovic J, Dolenc M. Reversible congestive cardiomyopathy due to chronic ventricular tachycardia. *PACE* 1989; 12: 542-5.
2. Schwartz PJ. Implications of CAST. *New Trends Arrhyt* 1990; 6: 1039-46.
3. Fisher JD, Kim SG, Furman S, Matos JA. Role of implantable pacemakers in control of recurrent ventricular tachycardia. *Am J Cardiol* 1982; 49: 194-206.
4. Wyndham CRC. Antitachycardia pacing: clinical aspects. In: El-Sherif N, Samet P eds. *Cardiac pacing and electrophysiology*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 706-12.
5. McComb JM, Jameson S, Rexton RS. Atrial antitachycardia pacing in patients with supraventricular tachycardia: clinical experience with the Intertach pacemaker. *PACE* 1990; 13: 1948-54.
6. Jung W, Mletzko R, Manz M, Lüderitz R. Comparison of two antitachycardia modes in supraventricular tachycardia. *PACE* 1991; 14: 1762-6.
7. Scheinman MM, Laks MM, DiMarco J, Plumb V. Current role of catheter ablative procedures in patients with cardiac arrhythmias. *Circulation* 1991; 83: 2146-53.
8. Lau YR, Gillette PC, Wienecke MM, Case CL. Successful radiofrequency catheter ablation of an atrial ectopic tachycardia in an adolescent. *Am Heart J* 1992; 123: 1384-6.
9. Cook JR, Kirchhoffer JB, Fitzgerald TF, Lajzer DA. Comparison of decremental and burst overdrive pacing as treatment for ventricular tachycardia associated with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1992; 70: 311-5.
10. Klein H, Trappe HJ, Tröster J et al. Treatment of ventricular tachycardia and ventricular fibrillation with the implantable cardioverter/defibrillator with and without antitachycardia pacing. *New Trends Arrhyt* 1992; 8: 77-88.
11. Siebels J, Kuck KH. Effectiveness of anti-tachy pacing. In: Lindemans FW, Rankin IR, Vegter J eds. *Symposium on PCD clinical results*. Maastricht: Bakken Research Center, 1991: 43-7.
12. McCowan R, Malonex J, Wilkoff B et al. Automatic implantable cardioverter-defibrillator implantation without thoracotomy using an endocardial and sub-muscular patch system. *JACC* 1991; 17: 415-21.
13. Ely SW, Kron IL. Thoracoscopic implantation of the implantable cardioverter defibrillator. *Chest* 1993; 103: 271-2.

Adalat: zdravilo s širokim obzorjem na voljo v več kot sto državah sveta



V pričakovanju kometa (fotograf M. Sennel)

Upanje

Srce vpliva na vse človekovo delo, razvedrilo, smeh, veselje ..., skratka na vse naše življenje.

Zato si srce zasluži posebno pozornost in zaščito. Zavarujmo ga. Z Adalatom.



Adalat vliva upanje srčnim bolnikom:

- zmanjšuje obremenjenost srca, ščiti pred napadi angine pektoris
- neposredno vpliva na koronarne arterije
 - zmanjša nevarnost nastanka ateroskleroze
 - zelo učinkovit, bolniki ga tudi med dolgotrajnim zdravljenjem dobro prenašajo

za naše manjše bolnike

Adalat kapsule: (kapsula vsebuje 10 mg nifedipina). **Indikacije:** angina pektoris, arterijska hipertenzija, akutna hipertenzivna kriza. **Kontraindikacije:** Nosečnost. O uporabi med dojenjem ni podatkov. Pri izraziti hipotenziji je potrebna previdnost. Adalat se ne sme uporabljati pri kardiovaskularnem šoku.

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

ZDRAVLJENJE PRIMARNE PLAZMACELIČNE LEVKEMIJE Z INTERFERONOM ALFA

TREATMENT OF PRIMARY PLASMA CELL LEUKEMIA WITH INTERFERON ALFA

Peter Černelč, Uroš Mlakar

Hematološka klinika, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-11-25, sprejeto 1994-01-20; ZDRAV VESTN 1994; 63: 295-7

Ključne besede: primarna plazmacelična levkemija; zdravljenje; interferon alfa; melfalan; prednizon

Izvešček – Izhodišča. Avtorja opisujeta prvi primer vzdrževalnega zdravljenja primarne plazmacelične levkemije (PL) z interferonom alfa v literaturi. PL je zelo redka oblika akutne levkemije. Potek bolezni je običajno kratek in le redko dosežemo kratkotrajno remisijo.

Rezultati. Pri 52-letnem bolniku smo po šestih krogih štiridnevnega zdravljenja z melfalanom in prednizonom dosegli delno remisijo bolezni. Za alogenično presaditev kostnega mozga se bolnik ni odločil. Zato smo nadaljevali zdravljenje z interferonom alfa (Intron A, Schering-Plough) 3×10^6 IU s.c. dvakrat tedensko. Delna remisija je trajala 9 mesecev. Po devetmesečnem vzdrževalnem zdravljenju smo ugotovili poslabšanje bolezni z anemijo, proteinurijo zaradi izločanja labkih verig lambda in ponovno kopičenje plazmocitov v kostnem mozgu. Kopičenje plazmocitov v krvi ni bilo. Ponovno smo pričeli zdraviti z melfalanom in prednizonom ter po šestih krogih zdravljenja dosegli ponovno delno remisijo bolezni.

Zaključki. V primerih, ko po zdravljenju s citostatiki dosežemo izboljšanje, lahko poizkusimo odložiti poslabšanje bolezni z vzdrževalnim zdravljenjem z interferonom alfa, kar priporočajo tudi pri bolnikih z difuznim plazmocitomom. Pri našem bolniku s PL je devetmesečna delna remisija lahko posledica ugodnega učinka interferona alfa ali pa ugodnega naravnega poteka bolezni.

Uvod

Primarna plazmacelična levkemija (PL) je zelo redka oblika akutne levkemije, ki je niso uvrstili v FAB razvrstitev akutnih levkemij, ker je po klinični sliki bližja levkemični obliki difuznega plazmocitoma (sekundarna plazmacelična levkemija). Za bolezen je značilna rakava preobrazba plazmocitov, ki se kopičijo v krvi ($> 20\%$ v diferencialni beli krvni sliki ali $> 2 \times 10^9/L$) in kostnem mozgu ($> 10\%$). Od difuznega plazmocitoma se razlikuje po hitrejšem poteku, redkeje prizadetem skeletu in pogosteje povečanih organih. Bezgavke so povečane pri četrtini bolnikov, jetra in vranica pa pri približno polovici bolnikov (1). V serumu ugotovimo monoklonski imunoglobulin ali eno vrsto lahkih verig v urinu. Potek plazmacelične levkemije je običajno kratek in le redko dosežemo kratkotrajno remisijo. Povprečno preživetje bolnikov s primarno PL je sedem mesecev, v primerih sekundarne PL pa en

Key words: primary plasma cell leukemia; therapy; interferon alfa; melphalan; prednisone

Abstract – Background. The authors present a case of primary plasma cell leukemia (PL) treated with interferon alfa. PL is a rare form of acute leukemia or, more commonly, a late manifestation of multiple myeloma. The prognosis is usually poor and a brief remission is rarely achieved.

Results. In a 52-year-old patient with LP a partial remission was obtained after six months of treatment with melphalan (0.25 mg/kg b.w.) and prednisone (2.5 mg/kg b.w.), applied monthly for four days. An allogeneic bone marrow donor was available, but the patient did not consent to a transplant procedure. Consequently he was placed on maintenance therapy with interferon alfa (Intron A, Schering-Plough) 3×10^6 IU t.i.d., given subcutaneously on two days per week. The partial remission lasted nine months, whereupon the patient developed a relapse, marked by anaemia, proteinuria, and accumulation of plasmacytoma cells in bone marrow but not in the peripheral blood. The melphalan-prednisone regimen was applied again, resulting in a second partial remission six months later.

Conclusions. In patients with LP responding favourably to chemotherapy, maintenance treatment with interferon alfa may help to prolong the remission. This treatment is employed in patients with multiple myeloma, but its use in PL has not been reported to date. The nine-month clinical remission observed in our patient may have been the consequence of the interferon therapy, a favorable natural course of the disease or both.

mesec (2). Za zdravljenje uporabljamo citostatike, ki jih uporabljamo pri bolnikih z difuznim plazmocitomom in akutno levkemijo.

Prikaz primera

Potek bolezni

52-letni bolnik A. M. je decembra leta 1987 začutil sprva bolečino v desnem ramenu, dva meseca kasneje pa so bila rebra in prsnica boleča na pritisk. Predpisali so mu ketoprofen (Ketonal). V področni bolnišnici so v krvni sliki ugotovili kopičenje plazmocitovskih celic. Zaradi suma na plazmocitom so ga februarja 1992 napotili na Hematološko kliniko v Ljubljano.

Ob sprejemu je bil bolnik neprizadet. Tožil je zaradi bolečine pri premikanju desnega ramena. Rebra in prsnica so bili na pritisk

boleči. Fizikalni pregled pljuč in srca je bil v normalnih mejah. Povečanih bezgavk v vratu, pazduhah in dimljah nismo otipali. Prav tako nismo otipali jeter in vranice.

Preiskave

SR 26 mm/h, Hb 116 g/L, PVE 95,4 fl, L $55,4 \times 10^9/L$, DKS: plazmocitomske celice 98%, segmentirani nevtrofilci 1%, limfociti 1%, Tr $132 \times 10^9/L$. Po pregledu krvne slike smo menili, da gre za plazmocitno levkemijo ter za potrditev napravili še naslednje preiskave.

Pri citološkem pregledu kostnega mozga (črevnica) smo ugotovili večjo gostoto celic. Kopičile so se plazmocitomske celice (71,3%). Odnos števila vseh granulocitov do celic rdeče vrste je bil 2:1. Nakazani so bili znaki motnje v razvoju celic rdeče vrste, nevtrofilcev in megakariocitov. Izsledke je ustrezal difuznemu plazmocitomu. S celičnimi imunološkimi označevalci smo potrdili, da celice ustrezajo plazmocitni vrsti (CD38 92%).

Elektroforeza seruma: albumini 43,7 g/L, globulini gama 4,6 g/L. Imunoglobulini kvantitativno: IgG 4,50 g/L (normalna vrednost: 8–18 g/L), IgA 0,30 g/L (normalna vrednost: 1,15–4,48 g/L), IgM < 0,07 g/L (normalna vrednost: 0,54–2,50 g/L).

Imunoelektroforeza seruma: monoklonska frakcija lahkih verig lambda. Količina beljakovin v 24-urnem urinu: 1,3 g/dan.

Imunoelektroforeza urina: monoklonska frakcija lahkih verig lambda.

Beta₂ mikroglobulin v serumu 7,87 mg/L (normalna vrednost: 2,0 mg/L), sečnina 8,1 mmol/L, kreatinin 176 μmol/L, sečna kislina 367 μmol/L, korigirani kalcij v serumu 2,21 mmol/L, folna kislina v serumu 6,4 nmol/L (normalna vrednost: 4,53–44,65 nmol/L), vitamin B₁₂ 80 pmol/L (normalna vrednost: 166–738).

S slikanjem okostja smo ugotovili le začetno strukturno atrofijo brez osteolitičnih sprememb.

Zdravljenje

Ker bolnik ni imel hudih težav, smo se kljub polno razviti klinični sliki PL odločili za 4-dnevno zdravljenje z melfalanom 0,25 mg/kg telesne teže/dan in prednizonom 2,5 mg/kg telesne teže/dan. Zdravljenje smo ponavljali na štiri tedne.

Že po prvem krogu zdravljenja je bolnik še občasno občutil bolečino v kosteh, medtem ko so plazmocitomske celice štiri tedne po pričetem zdravljenju postopno izginile iz krvi.

Z zdravljenjem smo nadaljevali do avgusta 1992 (skupno šestkrat). Po šestmesečnem zdravljenju je bil bolnik brez težav, krvna slika je bila v normalnih mejah. V kostnem mozgu je bila normalna gostota celic. Plazmocitomskih celic je bilo 17,3%. V serumu se je koncentracija beta₂ mikroglobulina zmanjšala od 7,87 na 2,57 mg/L, proteinurija pa od 1,3 na 0,03 g/dan. V imunoelektroforezi seruma in urina so bile še prisotne lahke verige lambda. Ocenili smo, da smo dosegli delno remisijo bolezni.

Ker je bolezen z običajnim zdravljenjem neozdravljiva, smo bolniku predlagali presaditev kostnega mozga. Bolnik se za presaditev kostnega mozga ni odločil.

Septembra 1992 smo pričeli z vzdrževalnim zdravljenjem z interferonom alfa (Intron A, Schering-Plough) 3×10^6 IU podkožno, dvakrat tedensko. Zdravljenje je potekalo brez zapletov.

Po devetmesečnem zdravljenju z interferonom alfa smo maja 1993 ugotovili poslabšanje bolezni z zmerno anemijo (Hb 10^9 g/L). Pri tem je bila DKS normalna. V kostnem mozgu so se kopičile plazmocitomske celice (52%), ponovno se je pojavila proteinurija (2,5 g/dan). Koncentracija imunoglobulinov v serumu se je močno zmanjšala. Na slikah okostja je bila vidna izrazita difuzna demineralizacija skeleta.

Ponovno smo se odločili za zdravljenje z melfalanom in prednizonom. Po šestih krogih zdravljenja smo ponovno ugotovili delno remisijo bolezni. Zdravljenje nadaljujemo z interferonom alfa (Intron A, Schering-Plough), vendar z večjimi dnevnimi odmerki (trikrat tedensko 6×10^6 IU podkožno) kot prvič.

Razpravljanje

Opis plazmacelične levkemije zasledimo že pred skoraj devetdesetimi leti (3). PL lahko nastane na novo (primarna PL) in predstavlja 0,9% bolnikov z akutno levkemijo (2). Pri 1% do 9% bolnikov z difuznim plazmocitomom preide bolezen v končnem obdobju v sekundarno PL (2, 4, 5, 6, 7, 8).

Klinična slika PL bolj ustreza akutni levkemiji kot difuznemu plazmocitomu. Ob ugotovitvi bolezni pogosto zasledimo utrujenost, hujšanje, anemijo, krvavitve in splošno oslabelelost. Bolečina v kosteh in osteolitične spremembe na slikah okostja so pri 40–60% bolnikov (9). Povečana jetra ugotovijo pri 71%, povečano vranico pri 55% in povečane bezgavke pri 31% bolnikov s PL (9). Povečanje organov le redko zasledimo pri difuznem plazmocitomu. Večina bolnikov s PL proizvaja monoklonski imunoglobulin ali izloča eno vrsto lahkih verig v urinu. Glede tega so izsledki podobni plazmocitomu.

Potek PL je običajno kratek in le redko dosežemo kratkotrajno remisijo. Povprečno preživetje bolnikov pri na novo nastali PL je od 2–7 mesecev (2, 7, 8, 10), v primerih, ko je nastala iz difuznega plazmocitoma, pa 1–1,3 meseca (2, 8, 10). Za zdravljenje uporabljamo citostatike, kot so ciklofosamid, vinkristin, melfalan doksorubicin in prednizon, ki jih uporabljamo tudi pri zdravljenju bolnikov z difuznim plazmocitomom. Ugoden učinek zdravljenja zasledimo pri več kot polovici bolnikov (2, 8). Vendar je učinek zdravljenja kratkotrajen [povprečno preživetje 7 (2) do 9,7 meseca (8)]. V nekaterih primerih so z zdravljenjem dosegli popolno remisijo PL (7, 8, 11, 12, 13). Dolgo preživetje (149 mesecev) bolnika s PL so opisali (6) po zdravljenju z radioaktivnim fosforjem (³²P). Tudi bolnik s PL, ki so ga zdravili z velikimi odmerki melfalana in avtolgno presaditvijo kostnega mozga, je bil v remisiji več kot 30 mesecev (14).

Pri bolnikih s PL, ki se je razvila iz difuznega plazmocitoma, je zdravljenje s citostatiki običajno neučinkovito.

Ker je PL ozdravljiva le z alogenično presaditvijo kostnega mozga, smo določili glavne transplantacijske antigene ter ugotovili, da je bolnikova sestra možen dajalec kostnega mozga. Bolnik se za presaditev kostnega mozga ni odločil.

Na osnovi opisanih ugodnih učinkov interferona alfa pri vzdrževalnem zdravljenju bolnikov z difuznim plazmocitomom (15, 16) smo se odločili za tovrstno vzdrževalno zdravljenje. V literaturi nismo zasledili poročila o zdravljenju PL z interferonom alfa. Za vzdrževalno zdravljenje PL smo uporabljali interferon alfa, vendar je bil celotni tedenski odmerek zdravila manjši kot pri vzdrževalnem zdravljenju difuznega plazmocitoma (14).

Zaključek

PL je zelo redka oblika levkemije. Pogostejša kot primarna je sekundarna PL. Slednja se razvije v končnem obdobju plazmocitoma. Potek PL je običajno kratek. Z zdravljenjem le redko dosežemo kratkotrajno remisijo.

V primerih, ko po zdravljenju s citostatiki dosežemo izboljšanje, lahko poizkusimo odložiti poslabšanje bolezni z vzdrževalnim zdravljenjem z interferonom alfa. Ta način vzdrževalnega zdravljenja pripravljajo za bolnike s plazmocitomom. Devetmesečna delna remisija PL je pri našem bolniku lahko posledica ugodnega učinka interferona alfa ali pa ugodnega naravnega poteka bolezni.

Literatura

1. Bergsagel DE et al. In: Wiernik PH et al. Neoplastic disease of the blood. New York: Churchill Livingstone, 1985: 353–3.
2. Bernasconi C, Castelli G, Pagnucco G, Brusamolino E. Plasma cell leukemia: A report on 15 patients. Eur J Haematol 1989; 43: Suppl 51: 76B–83B.
3. Gluzinski A, Reichenstein M. Myeloma and leucaemia lymphatica plasmocellularis. Wien Klin Wochenschr 1906; 19: 336–9.
4. Bichel J, Effersoe P, Gormsen H, Harboe N. Leukemic myelomatosis (plasma cell leukemia): A review with report of 4 cases. Acta Radiol 1952; 37: 196–207.

5. Creyssel R, Groulade J, Fine JM, Betuel H. Etude immunochimique de 463 serums contenant une paraprotéine. In: Peters H eds. Protides of the biological fluids (Proc. Eleventh Colloquium, Bruges, 1963). Amsterdam: Elsevier Publishing Co, 1964: 97-9.
6. Kyle RA, Maldonado H, Bayrd F. Plasma cell leukemia: Report on 17 cases. Arch Intern Med 1974; 133: 813-8.
7. Woodruff RK, Malpas JS, Paxton AM, Lister TA. Plasma cell leukemia (PCL): A report on 15 patients. Blood 1978; 52: 839-45.
8. Noel P, Kyle RA. Plasma cell leukemia: An evaluation of response to therapy. Am J Med 1987; 83: 1062-8.
9. Kosmo MA, Gale RP. Plasma cell leukemia. Sem Hematol 1987; 24: 202-8.
10. Čolović M, Janković G, Suvajdžić N et al. Plasma cell leukemia-report on 10 cases. In: 24th Congress of the International Society of Haematology. London: Blackwell Scientific Publications, 1992: 122-2.
11. Pruzansky W, Platts ME, Ogryzlo MA. Leukemic form of immunocytic dyscrasia (plasma cell leukemia): A study of ten cases and a review of the literature. Am J Med 1969; 47: 60-74.
12. Osanto S, Mueller HP, Schuit HRE, Van Nieuwkoop JA, Willemze R. Primary plasma cell leukemia. A case report and a review of the literature. Acta Haematol 1983; 70: 122-9.
13. Montecucco C, Riccardi A, Merlini G, Ascari E. Complete remission in plasma cell leukaemia. Br J Haematol 1986; 62: 525-7.
14. McElwain TJ, Powles RL. High dose intravenous melphalan for plasma cell leukemia and myeloma. Lancet 1984; 2: 822-4.
15. Mandelli F, Avvisati G, Amadori S et al. Maintenance treatment with recombinant interferon alfa-2b in patients with multiple myeloma responding to conventional induction chemotherapy. New Engl J Med 1990; 20: 1430-4.
16. Westin J. Interferon therapy during the plateau phase of multiple myeloma: an update of a Swedish multicenter study. Sem Oncol 1991; 27: Suppl 4: 45-8.

V tej številki so sodelovali:

prim. Urška Arko, dr. med., specialistka šolske medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljanaž
 mag. Borut Božič, dipl. ing. pharm., Interna linika, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana
 asist. Aleš Brečelj, dr. med., specialist kirurg, Klinika za kirurgijo srca in ožilja, KC Ljubljana
 Barbara Cvenkel, dr. med., specializantka oftalmologije, Očesna klinika, KC Ljubljana
 doc. dr. Peter Černelč, dr. med., specialistr internist, hematološka klinika, KC Ljubljana
 prim. dr. Jurij Dobovišek, dr. med., specialist internist, Klinika za hipertenzijo, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 prof. dr. Dušan Ferluga, dr. med., specialist patolog, Ištitut za patologijo, MF Ljubljana
 prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., specialist kirurg, Kirurška gastroenterološka klinika, KC Ljubljana
 Jana Grkman, dr. med., Kirurška gastroenterološka klinika, KC Ljubljana
 Irena Grmek, dr. med., Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
 Maja Hojnik, dr. med., Interna klinika, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana
 pater Janez Marija Hollenstein, prior Kartuzije Pleterje
 asist. mag. Irena Hočvar-Boltežar, dr. med., specialistka otorinolaringologinija, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Marjan Jerše, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 mag. Vesna Jurčič, dr. med., Inštitut za patologijo, MF Ljubljana
 asist. Narcisa Košir, dr. stom., Stomatološka klinika, KC Ljubljana
 asist. Mitja Košnik, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

asist. Marjana Kuhar, dr. med., specialistka pediatrija, Pediatrična klinika, KC Ljubljana
 mag. Tanja Kveder, dipl. ing. chem., Interna klinika, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana
 Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 asist. Milan Ličina, dr. med., specialist psihiater, Psihiatrična klinika, KC Ljubljana
 asist. mag. Uroš Mlakar, dr. med., specialist internist, Hematološka klinika, KC Ljubljana
 Jožica Mugoša, dr. med., specialistka šolske medicine, ZD Sežana
 asist. Jernej Podboj, dr. med., specialsit otorinolaringolog, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZD Nova Gorica
 prof. dr. Peter Rakovec, dr. med., specialist internist, Kardiološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. med., specialist za zobne in ustne bolezni, ZD Ljubljana
 prof. dr. Blaž Rozman, dr. med., specialist internist, Revmatološka klinika, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana
 asist. Branka Stirn-Kranjc, dr. med., specialistka oftalmologinija, Očesna klinika, KC Ljubljana
 doc. dr. Bojan Tršinar, dr. med., specialist urolog, Urološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Alenka Vizjak, dipl. biol., Inštitut za patologijo, MF Ljubljana
 prim. dr. velimir Vulikič, dr. stom., Domžale
 Miloš Wahl, dr. med., Kirurška gastroenterološka klinika, KC Ljubljana
 prim. Jurij Zalokar, dr. med., specialist nevropsihiater, Radovljica
 prof. dr. Miha Žargi, dr. med., specialist otorinolaringolog, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 doc. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

Hiter analgetski učinek

Bolniki ga dobro
prenašajo

Ena tableta
na dan



Artrocam[®] tablete
TENOKSIKAM

Oprema
10 tablet po 20 mg



PLIVA LJUBLJANA d.o.o
Dunajska 51, Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

VLOGA ALERGIJE V ETIOPATOGENEZI IZLIVNEGA VNETJA SREDNJEGA UŠESA

THE ROLE OF ALLERGY IN THE ETIOPATHOGENESIS OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Miha Žargi,¹ Irena Hočevnar-Boltežar,¹ Jernej Podboj,¹ Marijana Kubar²

¹ Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

² Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-12-23, sprejeto 1994-01-21; ZDRAV VESTN 1994; 63: 299–303

Ključne besede: izlivno vnetje srednjega ušesa; etiopatogenetski dejavniki; alergija

Izvleček – Izhodišča. Izlivno vnetje srednjega ušesa (IVSU), pogosta bolezen pri otrocih, še vedno ostaja nezadovoljivo rešen diagnostični, predvsem pa terapevtski problem. Ključni etiopatogenetski dejavnik naj bi bila disfunkcija Eustabijeve troblje, ki naj bi jo pri otrocih najpogosteje povzročala povečana žrelnica. Kot možen dejavnik, ki privede do disfunkcije, se navaja tudi alergija (preobčutljivostna reakcija tipa I). Avtorji so želeli opredeliti mesto alergije v sklopu diagnostike in zdravljenja IVSU.

Metode. V raziskavo je bilo zajetih 50 zaporednih otrok, pri katerih je bila napravljena adenoidektomija in miringotomija zaradi več kot tri mesece trajajočega IVSU. Verjetnost alergijskega rinitisa so avtorji ugotavljali z anamnezo, rinoskopijo, semikvantitativnim presejalnim testom specifičnih IgE v serumu ter v izbranih primerih tudi s kožnimi testi, ugotavljanjem nivoja celokupnih IgE ter specifičnih IgE v serumu.

Rezultati. Z gotovostjo je bila alergija ugotovljena le pri enem otroku (2%), pri enem (2%) pa je bil alergijski rinitis zelo verjeten. Še pri osmih otrocih (16%) je glede na anamnezo in rinoskopsko sliko obstajala možnost alergijskega rinitisa, vendar je z alergološkimi testi niso potrdili. Pogostnost alergije pri otrocih z IVSU se ni razlikovala od pogostnosti alergije v celotni otroški populaciji.

Zaključek. Preobčutljivostna reakcija tipa I zelo verjetno nima odločujoče vloge v etiopatogenezi IVSU pri otrocih.

Key words: otitis media with effusion; etiopathogenetic factors; allergy

Abstract – Background. Otitis media with effusion (OME), a frequent children's disease still represents an unsolved diagnostic and above all, therapeutic problem. Dysfunction of the auditory tube prevalently attributable to enlarged adenoids is believed to be the most important etiopathogenetic factor. Allergy (hypersensitivity type I) is stated as another possible cause for auditory tube dysfunction. The authors have assessed the role of allergy in the diagnosis and treatment of OME.

Methods. Our study was carried out in a group of 50 consecutively enrolled children who underwent adenoidectomy and myringotomy due to more than 3 month history of persistent OME. The possibility of allergic rhinitis was established by anamnesis, rhinoscopy, semiquantitative screening for specific IgE in the serum, and – in selected cases – also by skin tests and the evaluation of total IgE, and specific IgE levels in the serum.

Results. Allergy was reliably confirmed in one child only (2%), while in another one (2%) there was strong suspicion for allergic rhinitis. In 8 children (16%) the possibility of allergic rhinitis was taken into account on the basis their anamnestic data and rhinoscopic findings, though the allergologic tests failed to provide a reliable evidence. The incidence of allergy in children with OME did not differ from that established in the total population of children.

Conclusion. Our study has not confirmed a decisive role of allergy (hypersensitivity type I) in the etiopathogenesis of OME in children.

Uvod

Pri izlivnem vnetju srednjega ušesa (IVSU) (sinonimi: sekretorno, serozno, mukoidno, nesupurativno vnetje srednjega ušesa, »glue ear«, katar srednjega ušesa, timpanalni hidrops, tubotimpanitis) gre za nabiranje v začetku seroznega in v razviti stopnji boleznici čedalje bolj viskoznega mukoznega izcedka v bobnični votlini brez področnih ali splošnih znakov vnetja.

IVSU je bolezen, ki skoraj izključno prizadene otroško populacijo. Najvišja incidenca je med 2. in 3. letom, nato pa s starostjo upada (1). Bolezen je pri otrocih zelo pogosta in v razmerah razvite in

ciljane diagnostike jo odkrivajo tudi pri 50% pediatrične populacije (2).

IVSU poteka prikrito. Vodilni bolezenski znak je prevodna naglušnost lažje do srednje stopnje in kar polovica primerov IVSU v zgodnjem otroštvu poteka brez drugih bolezenskih znakov (3). Zaradi bakterijske okužbe izliva v bobnični votlini se lahko ponavljajo akutna gnojna vnetja srednjega ušesa (VSU). Terapevt vselej ne upošteva možnosti, da so ponavljajoča se gnojna vnetja le akutne vzplamenitve prikritega IVSU, predvsem zaradi nedoslednega preverjanja stanja sluha po končanem zdravljenju akutnega vnetja. Ni prave diagnoze in s tem tudi ne ustreznega

zdravljenja z vsemi kasnimi trajnimi posledicami. Dolgotrajno IVSU v otroštvu lahko namreč privede do degenerativnih sprememb sluznice srednjega ušesa (timpanosklerozna, kronično kataralno VSU) (4).

Študije so tudi pokazale povezavo med dolgotrajnim IVSU v prvih letih življenja ter motenim razvojem otrokove slušne percepcije in govora, slabšo sposobnostjo učenja, zlasti branja in vedenjskimi motnjami (5, 6, 7). V raziskavi, ki je potekala na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani, smo prav tako našli pogostejše motnje slušne zaznave in govorne motnje pri otrocih, ki so pogosto prebolevali VSU še pred drugim letom starosti (8).

Ključni dejavnik v etiopatogenezi IVSU naj bi bila disfunkcija Evstahijeve tube, večinoma njena slabša prehodnost. Vzrok je lahko funkcionalen ali mehanski, pri otroku pa nastopata pogosto oba hkrati. Funkcionalna zavora pri otroku nastane zaradi posebnosti v zgradbi Evstahijeve tube, njene lege ter zgradbe in delovanja mišic, ki jo odpirajo. Mehanska zavora je lahko v tubi sami (intrinzična) ali ob njenem ustju (ekstrinzična). Do intrinzične zapore naj bi prišlo ob vnetnih spremembah sluznice tube zaradi okužbe zgornjih dihal ali alergije. Vzrok za ekstrinzično disfunkcijo tube pri otrocih naj bi bila najpogosteje povečana žrelnica, zato je postala adenoidektomija ustaljen poseg v sklopu zdravljenja IVSU (9).

Rezultati novejših randomiziranih študij pa opozarjajo, da adenoidektomija ne more biti odločilna v zdravljenju IVSU (10, 11). V etiopatogenezi IVSU je torej med drugim treba opredeliti tudi vlogo alergije.

V literaturi omenjajo dva možna načina vpliva alergije (preobčutljivostne reakcije tipa I) na nastanek IVSU:

- sluznica srednjega ušesa naj bi bila tarčni organ za alergijsko reakcijo (12),
- vpliv alergije naj bi bil posreden zaradi alergijskega vnetja sluznice nosu, nosnega žrela ter faringalnega dela Evstahijeve tube (13, 14, 15).

Phillips s sod. (12) je našel 12-krat višji nivo IgE v izlivu v srednjem ušesu kot v serumu preiskovanih otrok z IVSU, zato je menil, da bi lahko bila alergijska reakcija v strukturah srednjega ušesa vzrok za nastanek IVSU. Kasnejše študije tega niso potrdile, saj so poročale o povišanem nivoju IgE v izlivu le pri posameznih otrocih (14, 16, 17). Pokazale pa so prisotnost površinskih IgE na mastocitih v nosni sluznici, visoke koncentracije histamina v tkivu žrelnice, pa tudi v nazofaringalnem sekretu in v izlivu, večjo pogostnost alergijskega rinitisa pri bolnikih z IVSU v primerjavi z ostalo populacijo in moteno delovanje Evstahijeve tube po stiku alergične osebe z alergenom. Alergijska reakcija v sluznici nosu, nosnega žrela ter nazofaringalnega dela Evstahijeve tube naj bi torej bila etiopatogenetski dejavnik IVSU (15, 17, 18, 19).

Dorsett s sod. (20) in De (13) sta ugotavljala, da je med alergičnimi otroki več takih z IVSU kot v populaciji otrok brez alergijskih bolezni. Še pogosteje so raziskovalci opazili, da je med otroki z IVSU več bolnikov z alergijskim rinitisom, ekcematoznim dermatitisom, urtikarijo, spastičnim bronhitisom ali astmo kot v kontrolni skupini otrok ali v populaciji otrok nasploh (13, 21–25).

Borge (22) in McGovern s sod. (18) sta poročala o večji pogostnosti alergijskih bolezni med sorodniki otrok z IVSU.

McGovern s sod. (18) je v svoji raziskavi skoraj pri vseh bolnikih z IVSU in dokazano alergijsko diatezo našel alergijski rinitis. Nasprotnega mnenja so bili Virolainen s sod. (26), Stewart s sod. (27) in Boedts s sod. (17), ki v svojih raziskavah niso našli povezave med alergijo in IVSU pri otrocih oziroma so menili, da alergija ni bistveni etiopatogenetski dejavnik pri nastanku IVSU. Zdravljenje IVSU še vedno tudi v svetovnem merilu ni enovito predvsem zaradi različnega vrednotenja posameznih etiopatogenetskih dejavnikov. Z našo raziskavo smo poskušali ugotoviti pogostnost alergije pri otrocih z IVSU in tako opredeliti mesto alergije v sklopu diagnostike in zdravljenja IVSU.

Preiskovanci in metode dela

V raziskavo smo zajeli 50 otrok, ki so se od januarja 1992 do začetka marca 1993 zdravili na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani. Vključili smo vse otroke, ki so bili v tem času hospitalizirani zaradi načrtovane adenoidektomije in miringotomije, pred tem pa vsaj tri mesece ambulantno zdravljeni zaradi dokazanega eno- ali obojestranskega IVSU. Otroci so bili stari od 2 do 7 let, v povprečju 4,8 leta. 29 je bilo dečkov, 21 pa deklic.

Z anamnezo smo iskali podatke o alergiji (astma, urtikarija, seneni nahod) v družini ter pri otroku. Izkazalo se je, da podatki o prebolelih spastičnih bronhitisih alergijske geneze niso dovolj zanesljivi, zato jih nismo upoštevali. Za verjetno diagnozo alergijskega rinitisa smo se odločali na temelju anamnestičnih podatkov o oteženem dihanju skozi nos, pogostem ali stalnem vodenem izcedku iz nosu ter pogostem kihanju.

Nos in nosno žrelo smo ocenjevali tako s sprednjo in zadajšjo rinoskopijo, kot tudi endoskopsko. Bleda, lividna, nabrekla sluznica, pokrita z vodenim izcedkom, je bila rinoskopsko merilo za verjetni alergijski rinitis.

41 otrokom (82%) smo s semikvantitativnim presejalnim testom ugotavljali nivo specifičnih IgE v serumu s pomočjo testne palete z osmimi najpogostejšimi inhalacijskimi in pri 26 otrocih tudi z osmimi najpogostejšimi nutritivnimi alergeni (IgE quick, Biomedica, Wien).

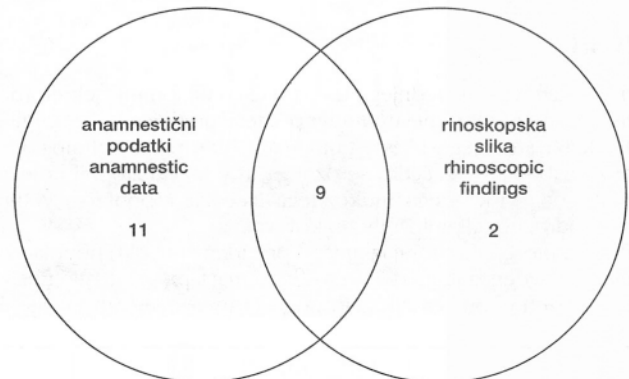
Pri 15 otrocih, pri katerih smo s presejalnim testom ugotovili specifične IgE v serumu, smo želeli z večjo gotovostjo opredeliti alergijsko diatezo z dodatnimi preiskavami: s kožnimi vbodnimi testi (Imunološki zavod, Zagreb), določitvijo nivoja celokupnih IgE v serumu (Abbot, Wiesbaden), v izbranih primerih tudi z določitvijo nivoja specifičnih IgE (Pharmacia, Uppsala) v serumu. Osem otrok se je vabilu odzvalo.

Rezultati

Iz anamneze smo ugotovili, da se je v družinah 17 otrok (34%) alergijska bolezen pojavila pri vsaj enem družinskem članu. Glede na anamnestične podatke je bilo sedem otrok (14%) alergičnih na določeno vrsto hrane (jajca, mleko, pomaranče, svinjina), dva otroka (4%) pa na zdravila (penicilin, paracetamol). Na podlagi anamnestičnih podatkov in rinoskopske slike je bila diagnoza alergijski rinitis verjetna pri devetih otrocih (18%) (slika 1).

Sl. 1. Pogostnost verjetnega alergijskega rinitisa glede na anamnestične podatke in rinoskopsko sliko pri otrocih z izlivnim vnetjem srednjega ušesa (N = 50).

Fig. 1. The possibility of allergic rhinitis according to anamnesic data and rhinoscopic findings in children with OME (N = 50).



Rezultati presejalnega testa specifičnih IgE v serumu so prikazani na tabeli 1.

Tab. 1. Rezultati semikvantitativnega presejalnega testa specifičnih IgE pri otrocih z izlivnim vnetjem srednjega ušesa (N = 41).

Tab. 1. The results of semiquantitative screening for specific IgE in children with OME (N = 41).

Razred (semikvantitativni nivo specifičnih IgE)	Število testiranih otrok (%)
Grade (semiquantitative level of specific IgE)	No. of studied children (%)
0 (neugotovljiv)	26 (63,4%)
0 (undeterminable)	
Do 1 (nizek)	14 (34,2%)
Up to 1 (low)	
4 (zelo visok)	1 (2,4%)
4 (very high)	
Skupaj Total	41 (100%)

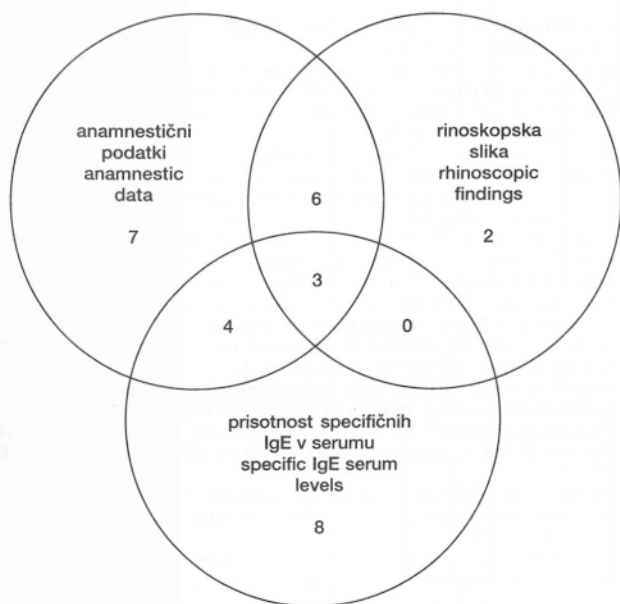
Nizek nivo specifičnih IgE za inhalatorne alergene je bil ugotovljen pri petih otrocih, za nutritivne alergene pri petih otrocih, za inhalatorne in nutritivne alergene pa pri štirih otrocih. Zelo visok nivo specifičnih IgE za pršico je bil ugotovljen pri enem otroku. 15 otrok ni bilo testiranih s paletto nutritivnih alergenov.

Primerjava anamnestičnih podatkov, rinoskopske slike alergijskega rinitisa ter rezultatov presejalnega testa specifičnih IgE pri 41 otrocih (82%), ki so bili testirani, je prikazana na sliki 2.

Izmed 15 otrok, pri katerih smo s presejalnim testom našli specifične IgE v serumu, smo torej samo pri treh ugotovili skladnost z anamnestičnimi podatki in rinoskopsko sliko, ki naj bi govorila za alergijski rinitis. Samo osem otrok je prišlo na dodatne alergološke preiskave. Rezultati teh preiskav so prikazani na tabeli 2.

Sl. 2. Verjetnost preobčutljivosti tipa I na temelju primerjave anamneze, rinoskopske slike ter prisotnosti specifičnih IgE v serumu pri otrocih z izlivnim vnetjem ušes, ki so bili testirani s semikvantitativnim presejalnim testom (N = 41).

Fig. 2. The possibility of hypersensitivity type I assessed on the basis of anamnestic data, rhinoscopic findings and specific IgE serum levels in children with OME who were subjected to semiquantitative screening test (N = 41).



Tab. 2. Rezultati alergoloških preiskav (kožno testiranje, določanje nivoja celokupnih IgE in specifičnih IgE v serumu) pri otrocih, pri katerih je bila s presejalnim testom ugotovljena prisotnost specifičnih IgE v serumu (N = 8).

Tab. 2. The results of allergologic examinations (skin tests, determination of total IgE and specific IgE serum levels) in children with screening evidence of specific IgE in the serum (N = 8).

Šifra otroka Pt. code	Verjetni AR (A in RS) AR possibility (A and RS)	Semikvant. spec. IgE (razred) Semiquant. spec. IgE (grade)	Kožni testi Skin tests	Nivo celokup. IgE Total IgE levels	Nivo spec. IgE Spec. IgE levels
11	ne no	do 1 < 1	neg. neg.	normalen normal	-
12	da yes	do 1 < 1	neg. neg.	normalen normal	-
14	ne no	do 1 < 1	neg. neg.	normalen normal	-
15	ne no	do 1 < 1	neg. neg.	povišan elevated	-
19	da yes	4	poz. (pršica) mejno poz. (jajce, perje) pos. (mite) borderline pos. (egg, feather)	povišan elevated	povišan (pršica) normalen (jajce, perje) elevated (mite) normal (egg, feather)
20	da yes	do 1 < 1	neg. neg.	normalen normal	-
34	ne no	do 1 < 1	neg. neg.	normalen normal	-
40	ne no	do 1 < 1	mejno poz. (pršica) borderline pos. (mite)	-	povišan (pršica) elevated (mite)

AR = alergijski rinitis allergic rhinitis
A = anamnestični podatki anamnestic data
RS = rinoskopska slika rhinoscopic findings
Neg. = negativen negative

Semikvant. spec. IgE = semikvantitativno določen nivo specifičnih IgE v serumu
Semiquant. spec. IgE = semiquantitative determination of specific IgE serum levels
Nivo celokup. IgE = nivo celokupnih IgE v serumu
Total IgE levels = total IgE serum levels
Nivo spec. IgE = nivo specifičnih IgE v serumu
Spec. IgE levels = specific IgE serum levels

Razprava

Na podlagi rezultatov naše raziskave smo z gotovostjo potrdili alergijo tipa I le pri enem otroku (2%) (anamnestični podatki, rinoskopska slika, kožno testiranje, nivo celokupnih IgE ter specifičnih IgE v serumu). S kožnim testiranjem in določanjem nivoja specifičnih IgE v serumu smo ugotovili lažjo senzibilizacijo na pršico in zelo verjetni alergijski rinitis še pri enem otroku (2%), pri katerem pa je rinoskopija pokazala gnojni rinitis. Pri dveh otrocih (4%) s klinično ugotovljenim alergijskim rinitisom smo ugotovili nizek nivo specifičnih IgE v serumu s presejalnim testom, toda kožno testiranje in ugotavljanje nivoja celokupnih IgE v serumu alergije nista potrdila. Pri šestih otrocih (12%) so anamnestični podatki in klinična slika govorili za alergijski rinitis, vendar s presejalnim testom specifičnih IgE nismo ugotovili. Alergijska diateza bi bila torej možna pri 10 otrocih (20%). Pogostnost alergije v celotni populaciji je podobna: od 17% (28) do 20% (29), samo seneni nahod, ki predstavlja podskupino v sklopu alergijskega rinitisa, pa ima od 5 do 9% otroške populacije v ZDA (30). Epidemiološke raziskave so pokazale, da je v zadnjem času tudi v Švici prevalenca senenega nahoda narasla na 9,9% (31). V literaturi so podatki o pogostnosti alergijskega rinitisa pri otrocih z IVSU podobni, večinoma pa precej višji. De (13) je našel alergijski

rinitis pri 22% otrok z IVSU, Borge (22) pri 41%, McGovern s sod. (18) pa celo pri 98% bolnikov z IVSU in dokazano alergijo. Pri 35% otrok so anamnestični podatki govorili za alergijo v družini. Do podobnih podatkov sta prišla Collins s sod. (19) – 35% in Borge (22) – 39%, McGovern s sod. (18) pa je našel alergijo v družini kar pri 81% alergičnih otrok z IVSU. Nekateri raziskovalci so ugotavljali alergijo v družini v več kot 50% tudi v kontrolni skupini otrok brez IVSU. Vsi ti rezultati temeljijo zgolj na anamnestičnih podatkih, kar zmanjšuje njihov pomen. Tudi Teele s sod. (32) meni, da pojav alergije v družini ne predstavlja povečanega dejavnika tveganja za dolgotrajno IVSU pri otroku.

Anamnestični podatki nas pri ugotavljanju alergije šele opozarjajo na problem in usmerijo v nadaljnjo diagnostiko. Znano je, da se alergijski rinitis ne kaže vedno s »klasično« rinoskopsko sliko, ki smo jo v raziskavi upoštevali pri kliničnem ugotavljanju te bolezni. Po drugi strani pa tudi blede lividna, nabrekla sluznica, pokrita z vodenim izcedkom, ne more biti vselej znak za alergijski rinitis, saj lahko podobno rinoskopsko sliko kažejo tudi druge vrste rinitisov in rinopatij. Včasih pa lahko akutno virusno ali bakterijsko vnetje v nosu zabiše tipično sliko alergijskega rinitisa, kot se je zgodilo pri enem od obeh otrok, pri katerih so testi potrjevali alergijo. Pri ugotavljanju alergije imajo vsekakor pomembno vlogo alergološki testi. Kožno testiranje še vedno velja za temeljno diagnostično metodo (29), vendar je za majhnega otroka neprijetno. Visok nivo celokupnih IgE v serumu nam pomeni precejšno verjetnost, da je bolnik alergik, vendar pa je nivo lahko povišan tudi pri nekaterih drugih boleznih. Znano je, da ima določeno število alergikov normalne serumske vrednosti celokupnih IgE (30, 33).

Za majhne otroke primeren alergološki presejalni test je določanje specifičnih IgE v serumu. Raziskovalci poročajo o visoki korelaciji med rezultati določitve nivoja specifičnih IgE za inhalatorne alergene v serumu in med anamnestičnimi podatki o alergiji (34) ter rezultati kožnih testov (35, 36).

Presejalni test specifičnih IgE v serumu smo napravili pri 41 otrocih (82%), pri 15 od teh samo na paletu inhalatornih alergenov. Presejalni test je bil narejen pri vseh 20 otrocih, kjer bi glede na anamnestične podatke lahko pričakovali alergijski rinitis, pri vseh devetih otrocih, pri katerih bi na podlagi anamnestičnih podatkov ter rinoskopske slike prišlo v poštev to obolenje, ter pri osmih od devetih otrok, ki so bili po anamnestičnih podatkih alergični za določeno hrano ali zdravilo.

Nekateri avtorji trdijo, da je alergija za hrano vzrok za dolgotrajno IVSU (37, 38). V naši raziskavi smo v anamnezi izvedeli za pojav srbečega izpuščaja po zaužitju določene hrane pri petih otrocih (mleko, jajca, pomaranče, svinjina). Eden od teh otrok ni bil testiran s paletu s 8 najpogostejšimi nutritivnimi alergeni. Presejalni test je le pri enem izmed 26 otrok, testiranih za nutritivne alergene, pokazal prisotnost specifičnih IgE za mleko v serumu, vendar kvantitativni test specifičnih IgE za mleko ter kožno testiranje alergije nista potrdila.

V literaturi poročajo, da je skladnost med rezultati kožnih testov, ugotavljanjem specifičnih IgE za nutritivne alergene ter klinično sliko alergije za hrano precej manjša kot pri alergiji za inhalatorne alergene (29, 39). Eden od možnih razlogov je, da alergijsko reakcijo sprožijo alergeni, ki šele nastanejo po termični obdelavi hrane ali pa encimatski razgradnji v prebavilih, testni alergen pa je v prvotni nepredelani obliki. Bernstein (15) pa celo meni, da v etiopatogenezi VSU v prvih dveh letih življenja ne gre za preobčutljivostno reakcijo tipa I, ampak za delovanje imunskih kompleksov. Tega delovanja z našimi metodami dela nismo dokazovali.

Pri 12 izmed 15 otrok, pri katerih smo našli specifične IgE v serumu, so bili to IgE za različne inhalatorne alergene (pršica, leska, pasja dlaka, mačja dlaka, ambrosia). Pri obeh otrocih, pri katerih smo z alergološkim testiranjem potrdili možnost alergijskega rinitisa, smo ugotovili senzibilizacijo za pršico.

Zaključek

V naši raziskavi smo na podlagi anamnestičnih podatkov, rinoskopske slike, rezultatov presejalnega testa specifičnih IgE v serumu, kožnih testov, določanja nivoja celokupnih IgE ter specifičnih IgE v serumu lahko potrdili preobčutljivostno reakcijo tipa I le pri dveh otrocih (4%) z IVSU. Glede na anamnezo ter rinoskopsko sliko bi bil alergijski rinitis možen še pri osmih otrocih (16%), vendar tega z alergološkimi testi nismo potrdili. Pogostnost alergije pri naših raziskovancih se torej ne razlikuje od tiste v celotni otroški populaciji, zato menimo, da preobčutljivostna reakcija tipa I. ne more imeti odločujoče vloge v etiopatogenezi IVSU pri otrocih. Pri diagnostiki in načrtovanju zdravljenja IVSU torej po našem mnenju ni potrebno, tako kot nekateri priporočajo, sistematično vključevati alergoloških preiskav, ki niso povsem zanesljive, nekatere so za otroke neprijetne in tudi drage.

Literatura

1. Van Cauwenberg PB. The character of acute and secretory otitis media. In: Sade J ed. Acute and secretory otitis media. Amsterdam/Berkeley: Kugler Publications, 1986: 3–11.
2. Brooks D. School screening for middle ear effusion. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1976; 85: Suppl 25: 223–9.
3. Maw AR. Secretory otitis media in childhood. *Br Med Bull* 1987; 43: 950–65.
4. Portmann M. The natural history of serous otitis media and mucous otitis media. In: Sade J ed. Acute and secretory otitis media. Amsterdam/Berkeley: Kugler Publications, 1986: 91–3.
5. Teele DW, Klein JO, Rosner BA, the Great Boston Otitis Media Study Group. Otitis media with effusion during the first three years of life and development of speech and language. *Pediatrics* 1984; 74: 282–7.
6. Teele DW, Klein JO, Chase C, Menyuk P, Rosner BA, the Great Boston Otitis Media Study Group. Otitis media in infancy and intellectual ability, school achievement, speech and language at age seven years. *J Inf Dis* 1990; 162 (3): 685–94.
7. Silva PA, Chalmers D, Stewart IA. Some long term psychological, educational and behaviour characteristics of children with bilateral otitis media with effusion. In: Sade J ed. Acute and secretory otitis media. Amsterdam/Berkeley: Kugler Publications, 1986: 367–74.
8. Žargi M, Hočvar Boltežar I. Effects of recurrent otitis media in infancy on auditory perception and speech. *Am J Otol* 1992; 13: 366–72.
9. Žargi M, Gros A. Vloga Evstahijeve troblje v etiopatogenezi vnetij srednjega ušesa. *Med Razgl* 1988; 27: 425–36.
10. Sade J, Fuchs C. Adenoids, adenoidectomy and middle ear disease. A reevaluation. In: Sade J ed. Acute and secretory otitis media. Amsterdam/Berkeley: Kugler Publications, 1986: 519–28.
11. Fiellau-Nikolajsen M, Højslet PE, Felding JV. Adenoidectomy for Eustachian tube dysfunction: long-term results from a randomised controlled trial. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1982; 101: Suppl 386: 129–31.
12. Phillips MJ, Knight NJ, Manning H, Abbot AL, Tripp WG. IgE and secretory otitis media. *Lancet* 1974; 2: 1176–8.
13. De PR. Secretory otitis media and allergic rhinitis. *J Laryngol Otol* 1990; 94: 186–9.
14. Bachert C, Kiehlmann A, Ganzer U. Mittelohrerguss und Allergie im Kindesalter. *Laryngol Rhino Otol* 1989; 68: 201–3.
15. Bernstein JM. The role of IgE-mediated hypersensitivity in the development of otitis media with effusion. *Otolaryngol Clin North Am* 1992; 25 (1): 197–211.
16. Mogi GS, Maeda S, Yoshida T. Radioimmunoassay of IgE in middle ear effusions. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1976; 82: 26–6.
17. Boedts D, De Groot G, Van Vuchelen J. Atopic allergy and otitis media with effusion. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1984; 103: Suppl 414: 108–14.
18. McGovern JP, Haywood TJ, Fernandez AA. Allergy and secretory otitis media. An analysis of 512 cases. *JAMA* 1967; 200 (2): 134–8.
19. Collins MP, Church MK, Bakshi KN, Osborne J. Adenoid histamine and its possible relationship to secretory otitis media. *J Laryngol Otol* 1985; 99: 685–91.
20. Dorsett BA, Furukawa CT, Shapiro GG, Pierson WE, Bierman CW. Detection of patients at high risk for ear dysfunction: impact of tympanometry. Presented at the American Congress of Allergy and Immunology, New York 1977.
21. Shutte PK, Beales DL, Dalton R. Secretory otitis media – a retrospective general practice survey. *J Laryngol Otol* 1981; 95: 17–22.
22. Borge P. Atopy and secretory otitis media. Immunological studies and responses to topical corticosteroid therapy. *J Laryngol Otol* 1983; 97: 117–29.
23. Kraemer MJ, Richardson MA, Weiss NS, Furukawa CT, Shapiro GG, Pierson WE, Bierman W. Risk factors for persistent middle-ear effusions. *JAMA* 1983; 249: 1022–5.
24. Tainio VM, Savilahti E, Salminen L, Arjomaa P, Siimes MA, Perheentupa J. Risk factors for infantile recurrent otitis media: atopy but not type of feeding. *Pediatr Res* 1988; 23: 509–12.
25. Passali D. Our experience in the treatment of secretory otitis media. Abstract book of the 2nd European Congress of Oto-Rhino-Laryngology and Cervico-Facial Surgery. Sorrento, 1992: 39–9.

26. Virolainen E, Puhakka H, Aantaa E. Prevalence of secretory otitis media in seven to eight year old school children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980; 89: Suppl 68: 7-10.
27. Stewart I, Kirkland C, Simpson A, Silva P, Williams S. Some factors of possible etiologic significance related to otitis media with effusion. In: Lim DJ ed. Recent advances in otitis media with effusion. Philadelphia: BC Decker, 1985: 25-7.
28. King HC. An otolaryngologist's guide to allergy. New York: Thieme Medical Publishers, 1990.
29. Mušič E, Furlan J, Rus A. Diagnostika alergijskih bolezni. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 535-40.
30. Behrman RE, Vaughan VC eds. Nelson textbook of pediatrics. 13th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1987: 455-504.
31. Wuthrich B. In Switzerland pollinosis has really increased in the last decade. *Allergy and clinical immunology news* 1991; 3: 41-8.
32. Teele DW, Klein JO, Rosner B, the Great Boston Otitis Media Study Group. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Inf Dis* 1988; 160 (1): 83-94.
33. Saarinen UH, Juntunen K, Kajosaari M, Björkstén F. Serum immunoglobulin E in atopic and non-atopic children aged 6 months to 5 years. A follow-up study. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 489-94.
34. Eriksson NE. Diagnosis of reaginic allergy with house dust, animal dander and allergens in adult patients: III. Case histories and combinations of case histories, skin tests and RAST compared with provocation tests. *Int Arch Appl Immunol* 1977; 53: 441-1.
35. Normann P. Correlations of RAST with in vivo and in vitro assays. In: Evans ed. Advances in diagnosis of allergy: RAST. Symposia Specialists. Miami: 1975: 45.
36. Nalebuff DJ. Allergic rhinitis: the use of RAST as an aid in diagnosis. In: Goldman JL ed. The principles and practice of rhinology. New York: Wiley Medical Publications, 1987: 255-67.
37. Shambaugh GE Jr. Serous otitis media: are tubes the answer? *Am J Otol* 1983; 5 (1): 63-3.
38. Hurst DS. Allergy management of refractory serous otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 102 (6): 664-4.
39. Renfro BL. Pediatric otolaryngol allergy. *Otolaryngol Clin North Am* 1992; 25 (1): 181-96.

Pozabimo na nihanja ravni
sladkorja v krvi!

Glucobay®

akarboza



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

Bayer 

Glucobay 50/Glucobay 100

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

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

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

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



Uravnava raven sladkorja v krvi

Strokovni prispevek/Professional article

ENDOSKOPSKO ZDRAVLJENJE VEZIKOURETERALNEGA REFLUKSA PRI OTROCIH

ENDOSCOPIC TREATMENT OF VESICoureTERIC REFLUX IN CHILDREN

Bojan Tršinar

Urološka klinika, Klinični center, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-01-06, sprejeto 1994-03-01; ZDRAV VESTN 1994; 63: 305-9

Ključne besede: vezikoureteralni refluks; zdravljenje; kolagen; indikacije; rezultati

Izleček – Izhodišča. Autorja je zanimala uspešnost endoskopskega zdravljenja vezikoureteralnega refluksa (VUR) s kolagenom pri otrocih.

Metode. 113 otrokom s 139 VUR (99 deklicam in 14 dečkom), starim povprečno 5,9 let, je apliciral transuretralno submukozno povprečno 0,65 ml (od 0,2 do 1,1 ml) kolagena ("Zyplast"). Pred zdravljenjem je imelo 78 sečevodov VUR II. stopnje, 56 III. stopnje, medtem ko jih je bilo 5 IV. stopnje. Vsi bolniki so imeli pred aplikacijo kolagena ponavljajoče se okužbe sečil. Povprečno 5,9 meseca (od 2 do 17 mesecev) po injekciji kolagena je bilo kontroliranih 100 otrok s 115 VUR. Napravljena sta jim bila mikcijski cistogram in ultrazvok (UZ) sečil.

Rezultati. Po eni aplikaciji kolagena je bilo ozdravljenih 74 otrok s 87 VUR (75,7%). Deset otrok je imelo po posegu pozitivne urinokulture, noben od zdravljenih otrok ni imel iatrogene odtočne motnje sečevoda.

Zaključki. Zdravljenje VUR pri otrocih z endoskopsko aplikacijo kolagena je zelo uspešna in varna metoda. Primerna je predvsem za zdravljenje VUR nižje stopnje.

Uvod

Vezikoureteralni refluks (VUR) pomeni zatekanje seča iz sečnega mehurja v zgornja sečila (sečevod in ledvico).

VUR je največkrat posledica prirojene okvare ureterovezikalnega segmenta (hipoplazija longitudinalne ureterotrigonalne mišice), lahko pa nastane tudi zaradi drugih bolezenskih stanj v spodnjih sečilih (zaradi infravezikalne odtočne motnje, nevrogenega mehurja, akutnega cistitisa in iatrogenega vzroka).

VUR dokažemo pri 30 do 50% otrok z okužbo sečil (1). Okrog 30% od teh bolnikov ima brazgotine ledvičnega parenhima, katerih velikost je običajno sorazmerna s stopnjo refluksa (2). VUR zavre tudi ledvično rast.

Zdravljenje VUR je največkrat konservativno z dolgotrajno uporabo uroantiseptikov, saj temelji na spoznanju, da večina VUR nižje stopnje (I. do III.) spontano izgine (v 70%).

Kirurško zdravljenje je potrebno predvsem za VUR višje stopnje (IV. do V.), kadar je z VUR jasno izražena stenozirajoča sestavina sečevoda tik pred vstopom v sečni mehur, pri VUR nižje stopnje s trdovratno bakteriurijo in pri sekundarnem VUR (3).

Key words: vesicoureteral reflux; treatment; collagen; indications; results

Abstract – Background. Author was interested in the successfullness of the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux (VUR) with collagen in children.

Methods. In 113 children with 139 VUR (99 girls and 14 boys), average age 5.9 years, a transurethral submucosal injection of 0.65 ml collagen ("Zyplast") in average (from 0.2 to 1.1 ml) was performed. Before treatment 78 ureters showed reflux grade II, 56 grade III, while 5 had reflux grade IV. All patients suffered from recurrent urinary tract infections. In average 5.9 months (from 2 to 17 months) after the application of collagen 100 children with 115 VUR was controlled. Micturition cystography and ultrasound (US) of the urinary tract were performed.

Results. After the single injection of collagen VUR was cured in 74 children with 87 VUR (75.7%). Only 10 children had urinary tract infections during the follow-up period. None of the children had the iatrogenic posttreatment obstruction of the ureter.

Conclusions. Treatment of VUR with collagen in children is very successfull and safe method. We think that it is possible to correct the majority of low-grade reflux with this method.

Pri kirurškem zdravljenju VUR uporabljamo različne antirefluksne plastike, le zelo redko se odločimo za delno ali popolno odstranitev prizadete ledvice s sečevodom. Z antirefluksno plastiko želimo podaljšati submukozni potek sečevoda in tako izboljšati valvularni mehanizem ureterovezikalnega segmenta. Od antirefluksnih plastik, kjer nam ni treba odpirati sečnega mehurja, uporabljamo največkrat plastiko po Gregoiru (4). Večino ostalih plastik delamo skozi odprti mehur (transvezikalno) (plastiko po Politanu-Leadbetterju – 5, po Cohenu – 6, po Gil-Vernetu – 7). Najnovejši rezultati triletne prospektivne randomizirane multicentrične mednarodne raziskave o primerjavi konservativnega in operativnega zdravljenja VUR III. in IV. stopnje kažejo, da med obema skupinama bolnikov ni bilo statistično pomembnih razlik v razvoju svežih ledvičnih brazgotin, ledvični rasti, glomerularni funkciji in razvoju povečanega krvnega tlaka. Pri operiranih bolnikih pa je bilo statistično pomembno manj akutnega pielonefritisa. Po treh letih konservativnega zdravljenja je bil VUR še pri 75% bolnikov, po operaciji pa le v 5% (8).

Leta 1984 sta Puri in O'Donnell objavila prve rezultate z novo, endoskopsko metodo zdravljenja VUR (9). Subureteralno sta

injicirala teflon (polytetrafluoroethylene) in ozdravila VUR v 85%. Poskusi na živalih pa so kasneje pokazali, da lahko delci teflona potujejo v bezgavke, pljuča in možgane (10, 11). Prav tako je možno, da ima teflon tudi maligni učinek, zato je večina otroških urologov to snov za zdravljenje VUR opustila.

Za endoskopsko zdravljenje VUR so začeli leta 1987 uporabljati bovini kolagen («Zyplast») (12, 13).

Leta 1993 so objavili še boljše rezultate endoskopskega zdravljenja VUR z novo snovjo, ki jo sestavljajo polidimetilsiloksanski delci v hidrogelu («Macropastique», «Uroplastique») (14, 15). Ta snov naj ne bi povzročala tvorbe granulomov, imunoloških ali vnetnih reakcij in naj ne bi potovala v okolico, ker so njeni delci večji od 150 µm.

Namen prispevka je prikazati naše prve rezultate zdravljenja VUR pri otrocih z endoskopskim subureteralnim injiciranjem bovinega kolagena.

Bolniki in metode

Od februarja 1992 do junija 1993 smo na Urološki kliniki KC v Ljubljani zdravili z endoskopskim subureteralnim injiciranjem bovinega kolagena 113 otrok (99 deklic in 14 dečkov) s 139 VUR. Starost bolnikov ob aplikaciji kolagena je bila od enega leta do 15 let (povprečno 5,9 leta). Vsi bolniki so imeli v anamnezi klinične simptome in znake ponavljajočih se okužb sečil. Pred zdravljenjem s kolagenom so prejeli eno leto ali več uroantiseptike, vendar jim VUR spontano ni izginil ali se zmanjšal.

Pri vseh bolnikih so bili pred posegom napravljeni klasični mikcijski cistogram (MC) ali radioizotopni mikcijski cistogram (RIMCUG), UZ sečil in/ali urografija in cistoskopija.

VUR smo pred zdravljenjem razvrstili po priporočilu Mednarodnega komiteja za klasifikacijo VUR v pet stopenj (16) (tabela 1). 135 primerov VUR smo uvrstili med primarne, štiri pa med sekundarne reflukske (trije VUR po operaciji Gil-Vernet, en VUR pri nevrogenem mehurju).

Tab. 1. Razdelitev 139 VUR v stopnje pred injiciranjem kolagena.

Tab. 1. Grading of 139 VUR before the application of collagen.

Stopnja VUR Grade of VUR	Število VUR No. of VUR
I.	0
II.	78
III.	56
IV.	5
V.	0
Skupaj Total	139

Pred injiciranjem kolagena je morala biti urinokultura po Sanfordu pri vseh bolnikih sterilna.

Vsakega bolnika smo pripravili za endoskopsko zdravljenje VUR enako kot za cistoskopijo. Postopek smo izpeljali v splošni anesteziji. Uporabljali smo standardni Storzev cistoskop Ch 14 in za injiciranje posebej izdelane plastične igle za enkratno uporabo. Skozi iglo smo injicirali od 0,2 do 1,1 ml (povprečno 0,65 ml) kolagena («Zyplast»). Injiciranje kolagena je bilo izvedeno po priporočilu O'Donnella nekaj mm pod ureteralnim ostijem (9). Po injiciranju je nastala izpod ostija izboklina, na vrhu katere je bil ostij, ki je dobil obliko razporka (slika 1).

Po posegu smo otroka hospitalizirali. Prejemal je antibiotike. Naslednji dan smo mu napravili UZ sečil, da bi izključili morebitne odtočne motnje na zgornjih sečilih. Nato je bil bolnik odpuščen iz bolnišnice.

Doma so bolniki prejeli zaščito z uroantiseptiki, enkrat mesečno so si morali kontrolirati seč in urinokulturo po Sanfordu. Povprečno 5,9 meseca (od 2 do 17 mesecev) po aplikaciji kolagena smo do sedaj kontrolirali 100 otrok s 115 VUR. Napravili smo jim kontrolni klasični MC, UZ sečil, pregled seča in urinokulture po Sanfordu.

Petnajst ozdravljenih otrok smo drugič kontrolirali povprečno 9,2 meseca (od 5 do 14 mesecev) po prvi kontroli.

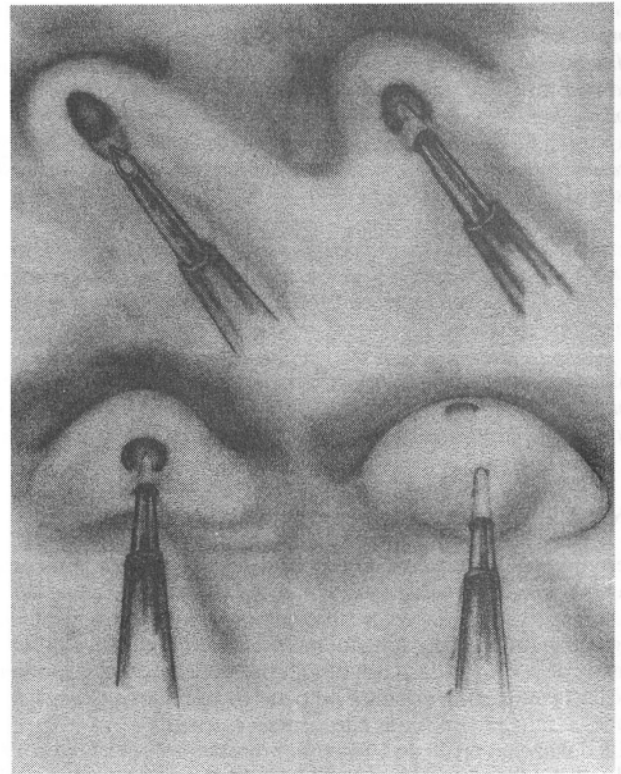
Rezultati

Takoj po aplikaciji kolagena nismo ugotovili ultrazvočno odtočnih motenj iz zgornjih sečil. Noben od bolnikov ni imel alergične reakcije zaradi kolagena. Na prvi kontroli smo ugotovili, da je bilo pozdravljenih 87 (75,7%) od 115 VUR (tabela 2, slika 2).

Tab. 2. Rezultati endoskopskega zdravljenja 115 VUR po eni aplikaciji kolagena.

Tab. 2. Results of the endoscopic treatment of 115 VUR after single injection of collagen.

Stopnja VUR Grade of VUR	Ozdravljen Cured	Neozdravljen Non-cured	Skupaj Total
I.	0	0	0
II.	53	17	70
III.	33	9	42
IV.	1	2	3
V.	0	0	0
Skupaj Total	87 (75,7%)	28 (24,3%)	115 (100%)



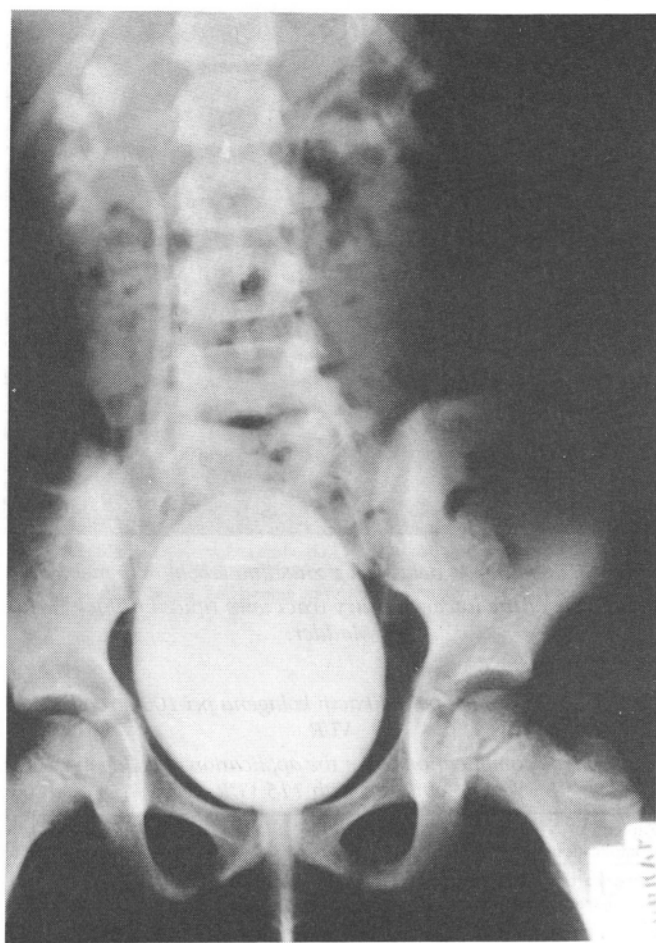
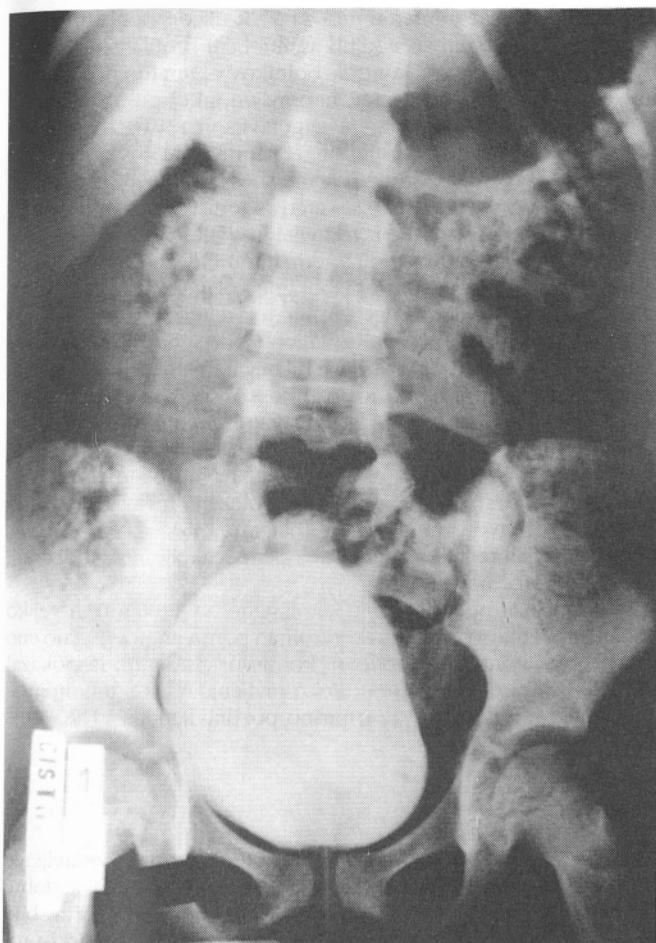
Sl. 1. Tehnika injiciranja kolagena pod ureteralni ostij.

Fig. 1. Technique of collagen injection under the ureteral ostium.

Kontrolni UZ sečil je pokazal značilno izboklino v mehurju, ki je ustrezala ozdravljenemu VUR (slika 3).

Rezultati po aplikaciji kolagena pri sekundarnem VUR kažejo, da je VUR izginil pri vseh treh bolnikih po operaciji Gil-Vernet, pri nevrogenem mehurju pa je bil VUR še vedno prisoten.

Pozne komplikacije po aplikaciji kolagena pri 100 bolnikih s 115 VUR kaže tabela 3.



Sl. 2. a) Cistogram pri deklici z obojestranskim VUR pred začetkom zdravljenja s kolagenom.
b) Cistogram 6 mesecev po aplikaciji kolagena: refluks je izginil.

Fig. 2. a) Cystogram of a girl with bilateral VUR before the treatment with collagen.
b) Cystogram 6 months after the application of collagen: VUR was disappeared.

Od 26 bolnikov z 28 recidivnimi VUR so bili trije (s 3 VUR) uspešno operirani po Gregoiru, kolagen smo ponovno aplicirali pri osmih bolnikih (z 9 VUR), deset bolnikov (z 11 VUR) čaka na ponovno injiciranje kolagena, pet bolnikov (s 5 VUR) pa na klasično antirefluksno operacijo.

Osem bolnikov z 9 VUR, pri katerih smo napravili ponovno injiciranje kolagena, še nismo kontrolirali.

Razpravljanje

Endoskopske submukozne injekcije umetnih snovi so postale primerne, preproste in zelo učinkovite metode v zdravljenju VUR. V ta namen se uporabljajo številne snovi, nobena od teh pa še ni popolna. Idealna bi morala biti sestavljena iz delcev, večjih od 100 μm , ne bi se smela resorbirati, morala bi se z lahkoto injicirati, ne bi smela povzročati vnetja, imunoloških reakcij ali malignizacije.

Danes se eksperimentalno že preiskujejo nove snovi, ki naj bi zadostile vsem tem kriterijem: Deflux (17), avtologni hondrociti (18), avtologni kolagen (19) in avtologni fibroblasti (20).

Tudi kolagen nam že nudi mnoge od zahtevanih lastnosti: z lahkoto ga najdemo v naravi, saj je glavna sestavina veznega tkiva pri sesalcih, obstaja velika podobnost med človeškim in bovinim kolagenom, molekula kolagena je odporna na proteaze in kolagenaze, ki jih izločajo fibroblasti gostitelja (21).

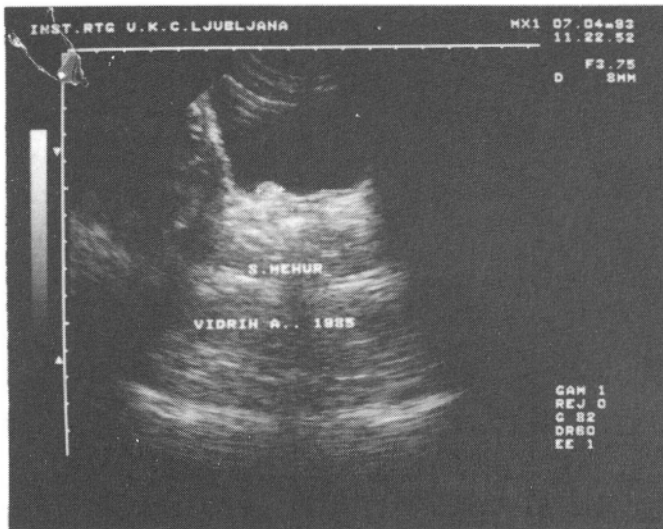
Do sedaj je znanih 12 različnih tipov kolagena. Osnovna molekula podenote kolagena je tropokolagen z molekularno težo 300.000 (22). Kolagenska molekula sestoji iz treh polipeptidnih verig. Bovini kolagen ima določene prednosti pred ostalimi vrstami kolagena: gostitelj ga dobro prenaša, z lahkoto se injicira, progresivno se kolonizira s kolagenom in ožiljem gostitelja, njegova imunogenost je nizka (23). Seveda pa je dolgotrajna pomembnost protiteles, ki jih stvori kolagen, neznana in ni dokazov, da bi ostala ta protitelesa neškodljiva za organizem vse življenje.

Uporabo bovinega kolagena odsvetujejo pri bolnikih s pozitivnim kožnim testom, z anamnezo o anafilaktoidnih reakcijah in pri tistih, ki imajo osebno ali družinsko anamnezo o avtoimunih boleznih.

Prve klinične izkušnje z bovinim kolagenom so pridobili z zdravljenjem fonetične paralize, gastroezofagealnega refluksa in inkontinence seča (24, 25). Tudi prvi rezultati zdravljenja VUR s kolagenom so bili spodbudni, zato se je ta metoda hitro uveljavila (12).

Naši rezultati zdravljenja VUR z bovinim kolagenom so zelo podobni rezultatom drugih avtorjev. Pri zdravljenju VUR II. do III. stopnje s kolagenom smo dosegli približno 75% uspeh z eno samo aplikacijo. Za to stopnjo VUR navajajo drugi avtorji ozdravitev od 61% (26) do 81% (27). Po dveh aplikacijah kolagena se uspešnost posega poveča (od 77% do 97%) (27, 28).

Zdravljenje VUR IV. in V. stopnje s kolagenom da bistveno slabše rezultate (le 33% ozdravitev) (29), kar potrjujejo tudi naši rezultati na sicer maloštevilnih bolnikih.



Sl. 3. UZ spodnjega dela sečil z značilno izboklino v mehurju.

Fig. 3. US of the lower urinary tract with typical hillock in the bladder.

Tab. 3. Kasni zapleti po aplikaciji kolagena pri 100 otrocih s 115 VUR.

Tab. 3. Late complications after the application of collagen in 100 children with 115 VUR.

Zapleti Complications	Število otrok No. of children
Iatrogena obstrukcija sečevoda Iatrogenic ureter obstruction	0
Pozitivni Sanfordi Positive Sandford test	10
Recidivni VUR Recidival VUR	26 (z 28 VUR)
Skupaj Total	36

Vzrokov za neuspešno zdravljenje VUR s kolagenom je verjetno več. Omeniti moramo določene anatomske posebnosti (zelo kratek submukozni kanal, neozdravljena infravezikalna odtočna motnja, paraureteralni divertikel), ne smemo pa tudi prezreti tehničnih vzrokov: slabe aplikacije kolagena, poškodbe sluznice in sekundarnega pomika kolagena proti vratu mehurja. Do tega pomika kolagena bi lahko prišlo zaradi patološke mikcije s povečanimi intravezikalnimi tlaki (30).

Posebno pogosta je slaba tehnika injiciranja, kar potrjujejo tudi naši slabši rezultati v začetnem obdobju zdravljenja VUR s kolagenom. Kolagen smo aplicirali v retroperitonealni prostor, preveč lateralno ali v mišico, kar smo ugotavljali ob kontrolnih cistoskopskih pregledih pri neuspešno zdravljenih bolnikih.

Pomembno je tudi, da injiciramo kolagen čim bližje sečevodu, kadar je njegov ostij širok. V primeru, ko moramo uporabiti večjo količino kolagena, potem najverjetneje nismo v pravem sloju injiciranja.

Večina avtorjev odsvetuje uporabo endoskopskega zdravljenja VUR pri bolnikih s podvojitvijo sečevodov, s kronično vnetim mehurjem in s transplantirano ledvico (31).

Endoskopski način zdravljenja VUR nam omogoča ambulantni poseg, ki ne preprečuje klasične operacije ob recidivu in je relativno poceni glede na dolgotrajno zaščito ali klasično operacijo.

Glede na stopnjo VUR meni večina avtorjev, da je za endoskopsko zdravljenje najprimernejši VUR III. stopnje, za konservativno I. do II. stopnje, za operativno pa IV. do V. stopnje. Verjetno pa je

endoskopski način primeren tudi za VUR nižje stopnje s ponavljajočimi se okužbami sečil kljub antibiotični profilaksi (32).

O dolžini postoperativne kontrole bolnikov v literaturi ni enotnega mnenja. Verjetno je cistogram, napravljen takoj po aplikaciji na operativni mizi, odveč, saj ne zagotavlja, da VURa po nekaj mesecih ne bo. Cistogram naj bi se napravil po prvem letu po injiciranju kolagena ali druge umetne snovi, UZ sečil pa takoj po aplikaciji in ob prvem letu. Nekateri avtorji trdijo, da kontrolni cistogram po endoskopskem zdravljenju VUR sploh ni potreben, če je na UZ prikazana izboklina v mehurju (13). Gearhart in sod. (33) pa navajajo, da prisotnost izbokline kolagena na UZ mehurja po 1–3 letih po aplikaciji ne korelira s korekcijo VUR.

Obstrukcija sečil po aplikaciji s kolagenom do sedaj ni opisana, kar pa ne drži za bolnike, pri katerih je bil injiciran teflon (34). Verjetni vzrok temu je, da uporabljamo pri endoskopskem zdravljenju VUR zelo majhne količine kolagena (največkrat manj kot 1 ml).

Približno 10% naših otrok je imelo po injiciranju kolagena še vedno pozitivne urinokulture. Podobne rezultate navajajo tudi drugi (13). Histologija odstranjenega implanta je pokazala invazijo humanih fibroblastov in tvorbo humanega kolagena (35).

Noben od naših bolnikov ni imel alergične reakcije, o tej tudi drugi avtorji ne poročajo (13).

O recidivu VUR po zdravljenju s kolagenom v literaturi ni veliko podatkov. Petnajst otrok smo kontrolirali ponovno povprečno eno leto po prvi kontroli in ponovni kontrolni cistogram je pokazal VUR le pri eni deklici (6,6%). Po zdravljenju VUR s teflonom je O'Donnell opisal recidiv že uspešno pozdravljene VUR v 10% (36).

Zaključek

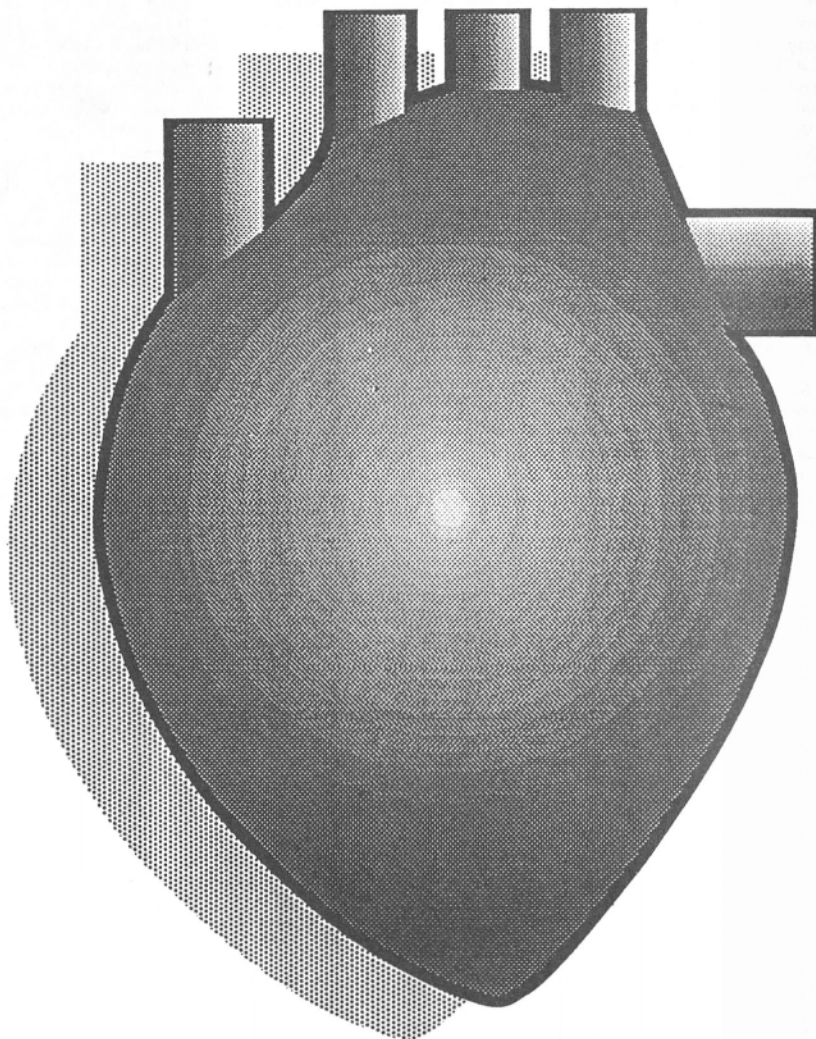
Čeprav so na pohodu že nove snovi za endoskopsko zdravljenje VUR, menimo, da je bovini kolagen za to še primeren. Daje dobre rezultate predvsem pri VUR II. do III. stopnje. Do sedaj ni bilo dokazanih stranskih učinkov po njegovi uporabi v otroški urologiji.

Literatura

- Ransley PG. Vesicoureteric reflux: continuing surgical dilemma. *Urology* 1978; 12: 246–6.
- Bilckman JG, Taylor GA, Lebowitz RL. Voiding cystourethrography as the initial radiologic study in the child with urinary tract infection. *Radiology* 1985; 156: 659–9.
- Gibbons MD, Gonzales TE. Complications of antireflux surgery. *Urol Clin North Am* 1983; 10: 489–501.
- Gregoir W, Van Regemont G. Le reflux vesico-ureteral congenital. *Urol Int* 1964; 18: 122–2.
- Politano VA, Leadbetter WF. An operative technique for the correction of vesicoureteral reflux. *J Urol* 1958; 79: 932–2.
- Cohen J. Vesicoureteral reflux: a new surgical approach. *Int Urol Ped* 1975; 6: 20–0.
- Gil-Vernet JM. A new technique for surgical correction of vesicoureteral reflux. *J Urol* 1984; 134: 456–64.
- Weiss R, Duckett J, Spitzer A. Results of a randomized clinical trial of medical versus surgical management of infants and children with grades III. and IV. primary vesicoureteral reflux. *J Urol* 1992; 148: 1667–73.
- O'Donnell B, Puri P. Treatment of vesicoureteric reflux by endoscopic injection of Teflon. *Br Med J* 1984; 289: 7–9.
- Kaplan WE, Dalton DP, Ferlit CF. The endoscopic correction of reflux by polytetrafluorethylene injection. *J Urol* 1987; 138: 953–5.
- Malizia AA, Woodard JR, Rushton HG, Newton N. Migration and granulomatous reaction after subureteric injection of Teflon paste in primates. *J Urol* 1987; 138: 950–2.
- Eickenberg HV, Gellhaar G, Rugert RH. Antirefluxplastik mittels endoskopischer Kollageninjektion. *Kongressband der 40. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie*. Berlin: Springer, 1988.
- Lipsky H. Endoscopic treatment of vesicoureteric reflux with bovine collagen. *Eur Urol* 1990; 18: 52–5.
- Schulman CC. Macroplastique: a new uro-implant for the endoscopic correction of reflux. *Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology*. Basel, 1993: 12.
- Azmy A. Clinical experience with uroplastic for correction of vesicoureteric reflux in children. *Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology*. Basel, 1993: 13.

16. International Reflux Study Committee: Medical versus surgical treatment of primary vesico-ureteric reflux: prospective international reflux study in children. *J Urol* 1981; 125: 277-89.
17. Stenberg A, Lackgren G. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux with subureteric injection of a new tissue - augmentating biodegradable substance. Preliminary results. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1992: 16.
18. Atala A, Kim W, Paige K, Vacanti J, Vacanti C, Retic BA. Autologous chondrocytes for the endoscopic treatment of vesicoureteric reflux. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 34.
19. Cendron M, Sant RG, Klauber TG, De Vore D. Endoscopic injection of autologous collagen for the treatment of vesicoureteral reflux. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 39.
20. Zoeller G, Seebode R, Ruschenburg I, Ringert RH. The problem of in vitro transformation of human autologous fibroblasts in the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 40.
21. Arem A. Collagen modifications. *Clin Plast Surg* 1985; 12: 209-13.
22. Stanzel KH, Miyata T, Rubin A. Collagen as a biomaterial. *An Rev Biophys Bioeng* 1974; 3: 231-53.
23. Aragona F, Camuffo MC, Artibani W. Injectable bovine collagen as a tissue substitute: a clinical overview. *Urologica* 1991; 1: 293-302.
24. Ford CN, Martin DW, Warner TF. Injectable collagen in laryngeal rehabilitation. *Laryngoscope* 1984; 94: 513-8.
25. O'Connor DW, Lehmann GA. Endoscopic placement of collagen at the lower esophageal sphincter to inhibit gastroesophageal reflux: a pilot study of 10 medically intractable patients. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 106-12.
26. Latal D, Schroth B, Marberger M. Endoscopic treatment of reflux. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 27.
27. Lipsky H, Wurnschimmel E. 5-years experience with the endoscopic collagen injection in the treatment of VUR in children. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 20.
28. Burst M, Rosch W, Schott G, Schrott KM. Endoscopic treatment of vesicorenal reflux. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 29.
29. Horcher E, Geissler W. Three years experience with subureteric collagen injection for treatment of vesicoureteric reflux in children. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 21.
30. Capozza N, De Gennaro M, Mosiello G, Patricolo M, Nappo S, Caione P. Subureteral collagen injection (SCIN). When it fails and why? Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 25.
31. Mohring K, Kempter F. Five years experience with GAX - collagen subureteral endoscopic antireflux procedure (SEARP). Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 19.
32. Frey P, Berger D, Herzog B, Jenny P. SCIN remains an excellent method of treatment of vesicoureteric reflux in children in selected cases. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 22.
33. Gearhalt JP, Kalloo BN, Jeffs DR. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux with subureteric injection of glutaraldehyde cross-linked bovine collagen. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 23.
34. Perovic S. Obstruction as the complication of the sting procedure. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 15.
35. Jenny P, Frey P, Herzog B, Ohnacker H. Macro- and microscopic findings after failed SCIN procedures. Proceedings of 2nd international congress of endoscopic paediatric urology. Basel, 1993: 26.
36. O'Donnell B, Puri P. Endoscopic correction of primary vesicoureteric reflux. *Br J Urol* 1986; 58: 601-4.

Samo enkrat na dan



Tonocardin[®] *doksazosin*

za zdravljenje hipertenzije in preprečevanje koronarne bolezni srca

Oprema
20 tablet po 2 mg
20 tablet po 4 mg



PLIVA d.d. ZAGREB
PROGRAM FARMACEUTIKE

Podrobnejša pojasnila dobite v
PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, LJUBLJANA

Pregledni prispevek/Review article

ANTIFOSFOLIPIDNA PROTITELESA IN ANTIFOSFOLIPIDNI SINDROM

ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES AND ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Borut Božič¹, Maja Hojnik¹, Tanja Kveder¹, Blaž Rozman¹, Vesna Jurčič², Alenka Vizjak²,
Dušan Ferluga²

¹ Interna klinika Bolnišnice dr. Petra Držaja, Klinični center, Vodnikova 62, 61000 Ljubljana

² Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Korytkova 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1993-11-01, sprejeto 1994-02-09; ZDRAV VESTN 1994; 63: 311-4

Ključne besede: določanje; specifičnost; nastanek; histomorfologija; zdravljenje

Key words: determination; specificity; origin; histomorphology; medical treatment

Izveček – Izhodišča. V preglednem članku je prikazano obsežno področje antifosfolipidnih avtoproteles, njihova specifičnost in testi za določanje. Predstavljene so domneve o nastanku in možni etiopatogenetski vlogi antifosfolipidnih protiteles. Navedene so klinične motnje, ki se pojavljajo hkrati z njimi, in histomorfološke spremembe, ki so lahko njihova posledica.

Abstract – Background. In the review article the wide field of antiphospholipid auto antibodies, their specificity and tests for determination are presented. Possible origin and etiopathogenetic significance of antiphospholipid antibodies are indicated. Associated clinical disturbances and histomorphologic changes that could be made by that antibodies are shown.

Zaključki. Podane so nekatere izkušnje pri zdravljenju bolnikov z antifosfolipidnim sindromom.

Conclusions. Some experiences in medical treatment of patients with antiphospholipid syndrome are collected.

Uvod

Antifosfolipidna protitelesa (mednarodno sprejeta oznaka aPL = antiphospholipid antibodies) so heterogena družina protiteles, usmerjenih proti fosfolipidom oziroma njihovim kompleksom. V zadnjih desetih letih je bila objavljena množica poročil o njihovem hkratnem pojavljanju z venskimi in arterijskimi trombozami. Zato so aPL deležna vse večje pozornosti v številnih vejah medicine, od interne, ginekologije in porodništva do nevrologije in laboratorijske medicine (1-5).

Testi za določanje in specifičnost aPL

Za določanje aPL uporabljamo tri vrste testov: 1. klasične (netreponemske) teste za sifilis, ki pa niso dovolj specifični in občutljivi pri bolnikih s trombozami (6); 2. fosfolipidno odvisne koagulacijske teste – tako določena protitelesa imenujemo lupusni anti-koagulant (LA) (7); 3. imunske teste na trdnih nosilcih (solid immuno assay) – radioimunske teste (solid radioimmuno assay) (8) in encimsko imunske teste na trdnih nosilcih (enzyme-linked immunosorbent assay) (9).

Metode določanja aPL med seboj niso enostavno primerljive in ne popolnoma zamenljive, saj merijo različne lastnosti protiteles. Koagulacijski LA testi so funkcijski; z njimi ugotavljamo zmožnost aPL v testirani plazmi, da podaljšajo čas njene strditve. Pojav, ki se zdi paradoksalen glede na trombotične klinične povezave aPL, pripisujemo ovirani aktivaciji koagulacijskih faktorjev zaradi vezave protiteles na fosfolipidni testni reagent (10). S testi na trdnem nosilcu pa neposredne določamo vezavo protiteles na fosfo-

lipidni antigen, točneje koncentracijo in vezavno afiniteto protiteles (11).

Vezavne specifičnosti aPL, določenih z eno ali drugo vrsto testa, se sicer lahko prekrivajo, niso pa identične. V četrtini do polovici primerov je en test pozitiven, medtem ko je drugi negativen (6, 12, 13). Mnenja o tem, kaj je dejanski antigen, so deljena. Sprva so menili, da se aPL z enako avidnostjo vežejo na vse negativno nabite fosfolipide (npr. kardiolipin, fosfatidilserin, fosfatidilinozitol) in da zato zadošča, če v radioimunskem ali encimsko imunskem testu kot antigen uporabimo le kardiolipin (14). Sledila so poročila o bolnikih, ki so imeli protitelesa, specifična le za posamezen anionski fosfolipid (15, 16). V naši študiji pa smo pri bolnikih z idiopatsko globoko vensko trombozo celo ugotovili značilno višjo prevalenco antifosfatidilserinskih (aPS), ne pa tudi antikardiolipinskih (aCL) protiteles, kot v kontrolni skupini krvodajalcev (17). Nekateri avtorji so poročali o bolnikih s protitelesi proti nevtralnim fosfolipidom (18), drugi trdijo, da je pomembna trodimenzionalna struktura fosfolipidnih kompleksov ne glede na vrsto fosfolipida (19). Leta 1990 sta dve skupini poročali, da je za učinkovito vezavo aPL na fosfolipide potreben kofaktor β_2 -glikoprotein I (β_2 -GPI), imenovan tudi apolipoprotein H (20, 21). Začetnih sklepanj, da je dejanski antigen β_2 -GPI sam (21), niso mogli potrditi (22-24).

Danes velja, da aPL prepoznavajo bodisi kompleks fosfolipidov z β_2 -GPI ali pa epitop(e), ki se izpostavi(jo) na β_2 -GPI ali fosfolipidih po njihovi medsebojni interakciji (20, 22-24). Nedavno pa so poročali, da vsaj nekateri LA prepoznavajo kompleks fosfolipidov s protrombinom (25).

Vse naštetu kaže, da so aPL po svojih imunokemičnih in imunobioloških lastnostih zelo heterogena protitelesa. Idealnega testa, s katerim bi dokazali vsa aPL, ni.

Povezave aPL s posameznimi boleznimi in bolezenskimi znaki

Leta 1986 so za lažje proučevanje bolnikov z aPL predlagali diagnostično oznako antikardiolipinski (26) in nekoliko kasneje širšo oznako antifosfolipidni sindrom (APS) (27). O APS lahko govorimo pri bolnikih, ki izpolnjujejo vsaj enega od kliničnih kriterijev (arterijska ali venska tromboza, ponavljajoča se izguba plodu, trombocitopenija) in imajo vsaj dvakrat v razmaku najmanj osem tednov zvišan nivo aPL. APS je lahko primaren ali sekundaren, pridružen neki sistemski vezivnotkivni bolezni, najpogosteje sistemskemu lupusu eritematozusu (SLE) (28).

Antifosfolipidna protitelesa povezujejo še z nekaterimi drugimi boleznimi in bolezenskimi znaki (za pregled glej 1–4, 29): z okvarami srčnih zaklopk s pogostimi aseptičnimi vegetacijami (30, 31), z livedom retikularis (32), s kožnimi ulceracijami (33), horeo (34), z migrenskimi glavoboli (35), s hemolitično anemijo (36), z avaskularno nekrozo kosti (37), s transverzalno mielopatijo (38), Sneddonovim (39) in z Guillain-Barrejevim sindromom (40) ter s pljučno (41) in sistemsko hipertenzijo (42). Tudi v naši študiji 42 bolnikov z lupusnim glomerulonefritom smo našli med 16 normotenzivnimi bolniki le tri s srednje ali visoko povišanimi vrednostmi aPL, medtem ko je imelo kar 15 od 27 hipertenzivnih bolnikov srednje ali visoko povišane vrednosti aPL (43). Prisotnost aPL v nosečnosti pa naj bi povečevala tudi tveganje za intrauterini zastoj rasti, prezgodnji porod, odlučenje posteljice in nosečnostno hipertenzijo (44).

Dokazi povezanosti aPL z vsemi naštetimi bolezenskimi motnjami niso dovolj trdni, v nekaterih primerih gre le za študije na majhnem številu bolnikov brez ustrezne kontrolne skupine. Vseh navedenih kliničnih motenj tudi ne moremo pripisati zgolj trombotični patologiji.

Pojav bolezenskih manifestacij je pri posameznem bolniku nepredvidljiv in ni enostavno povezan z nivojem aPL, vendar na splošno velja, da je tveganje večje, če so protitelesa IgG kot pa IgM ali IgA razreda, če so nivoji visoki in persistirajo dlje časa. S pregledom več tisoč serumov so ugotovili, da je imelo v anamnezi trombozo okrog 75% pacientov z močno povišanimi nivoji aPL, 50% pacientov z zmerno zvišanimi aPL in le redki z nizko pozitivnimi vrednostmi (12).

Antifosfolipidna protitelesa najdemo tudi pri 2–7% zdravih oseb, pogosteje pa pri bolnikih y infekcijskimi in malignimi boleznimi ter z zdravi izznanimi avtoimunskimi motnjami (4, 28). Prisotnost aPL pri teh stanjih ni povezana s trombozami, kar kaže, da se ta protitelesa razlikujejo od »trombogenicih avtoimunskih« protiteles (2, 4).

V naši populaciji smo med 277 naključno izbranimi bolniki z različnimi sistemskimi vezivnotkivnimi boleznimi našli 33 bolnikov z dalj časa povišanimi vrednostmi aPL. Štirinajst jih je izpolnjevalo tudi klinične kriterije za APS: trombozo je imelo deset bolnikov (šest arterijsko, trije vensko, eden arterijsko in vensko), prehodno ishemijsko v obliki amaurosis fugax sta imela dva bolnika, trombocitopenijo pa osem bolnikov. Od 12 bolnic jih je izgubo plodu v anamnezi imelo kar šest (45). Podrobneje smo analizirali aPL v študiji 118 bolnikov z globoko vensko trombozo brez opaznih sistemskih avtoimunskih motenj. V celotni skupini je bilo pojavljanje protiteles proti kardiolipinu neznačilno pogosteje kot pri kontrolni skupini krvodajalcev, toda v skupini 41 bolnikov z idiopatsko vensko trombozo jih je kar četrtina imela protitelesa proti fosfatidilserinu (17).

Domneve o nastanku in delovanju aPL

Kljub intenzivnim raziskavam ni jasno, kaj sproži in vzdržuje nastajanje aPL. Fosfolipidi, ki so sicer normalne sestavine celičnih membran, so le slabo imunogeni. Pri poskusnih živalih so nastanek aPL uspeli s fosfolipidi izzvati le, če so jih vezali na velike nosilne molekule (46). Prav tako ni pojasnjena povezanost aPL s

kliničnimi manifestacijami. Večina raziskovalcev meni, da aPL niso njihova posledica ali le naključen sopojav, temveč so etiopatogenetski dejavnik (47). Na neposredno patogenetsko vlogo aPL kažejo tudi eksperimentalni živalski modeli. APS so uspeli povzročiti s pasivnim prenosom aPL (48, 49), kot tudi z aktivno imunizacijo z aPL (50, 51), antiidiotipskimi protitelesi (52) in s heterolognim β_2 -GPI (51, 53).

Raziskovalci so predlagali več možnih mehanizmov delovanja aPL, ki se med seboj ne izključujejo. Zaradi velike heterogenosti protiteles in raznovrstnosti kliničnih manifestacij, s katerimi jih povezujejo, se vse bolj utrjuje prepričanje, da aPL različnih specifičnosti delujejo po različnih patogenetskih mehanizmih (47). In vitro se aPL iz seruma nekaterih bolnikov vežejo na poškodovane ali aktivirane, ne pa na intaktne trombocite. Zato se ne zdi verjetno, da bi bila povečana agregacija trombocitov primarna motnja (54, 55). Nekatera aPL se vežejo na endotelijske celice. Sprememba celične površine oziroma celičnih površinskih receptorjev zaradi vezave protiteles bi lahko delovala trombogena (56, 57). Kulture endotelijskih celic, izpostavljene delovanju aPL, so izdelovale in/ali sproščale manj vazodilatacijskih in antiagregacijskih prostaglandinov (58, 59).

Antifosfolipidna protitelesa lahko ovirajo interakcije in aktivacijo naravnih antikoagulantov: proteina C (60), proteina S (61) in njihovih kompleksov (62), trombomodulina (63), antitrombina III (64) ter prekalikreina (65). Pri bolnikih z aPL so opazili nižjo aktivnost tkivnega aktivatorja plazminogena (66) in višjo aktivnost njegovega inhibitorja (17).

Po odkritju, da se aPL vežejo na kompleks fosfolipidov z β_2 -GPI, so v ospredju povezave z njegovim antikoagulantnim delovanjem. β_2 -GPI je normalna sestavina plazme in seruma. Pri fiziološkem pH je pozitivno nabit in se z veliko afiniteto veže z anionskimi fosfolipidi (67). Poskusi in vitro kažejo, da β_2 -GPI na več načinov posega v procese strjevanja krvi: zavira intrinzično pot koagulacije in reagira s heparinom (68), veže se z aktiviranim proteinom C (69) in na sprane trombocite (70), zavira z adenozin difosfatom povzročeno aktivacijo trombocitov (71) in deluje kot antiprotrombinaza (72).

Protitelesa, ki se vežejo z β_2 -GPI, bi torej lahko delovala trombogena. Ugotovili so tudi, da lahko po reaktivnosti z β_2 -GPI razlikujemo vsaj dve skupini aPL. Bolniki z avtoimunskimi boleznimi imajo večinoma protitelesa, ki se vežejo na fosfolipide le v prisotnosti β_2 -GPI. Nasprotno imajo bolniki z infekcijami aPL, ki za vezavo ne potrebujejo β_2 -GPI, temveč le-ta vezavo celo zavira. Infekcije aPL domnevno prepoznajo same fosfolipide in tekmujejo z β_2 -GPI za vezavna mesta nanje. Ta razlika med vezavno specifičnostjo avtoimunskih in infekcijskih aPL morda pojasnjuje patogenost prvih in neškodljivost slednjih (22, 73).

Obstaja tudi teorija, ki patogenosti aPL ne povezuje s trombozami; aPL naj bi z vezavo na fosfolipide membran trofoblastnih celic ovirala spojitve citotrofoblastnih celic in sincicija ter s tem motila nastanek posteljice (74).

Histomorfologija žilnih sprememb, povezanih z aPL

Histomorfologija žilnih sprememb, povezanih z aPL, je še vedno pomanjkljivo raziskana. Dosedanje znanje izhaja pretežno iz prikazov primerov (29). Nekoliko bolj sistematično so raziskane le spremembe v koži pri primarnem APS (33, 75–77) in spremembe v ledvicah pri bolnikih s SLE ter pozitivnimi aPL (78–81). Med značilne spremembe sodijo parietalni ali obturantni trombocitofibrinski ali pretežno iz fibrina sestavljeni trombi v arterijah, kapilarah in zlasti venah.

Tromboze so lahko različno stare. Krvni strdek se hitro razgradi brez posledičnih sprememb ali pa v področju tromboze pride do reaktivno-vnetnih sprememb, ki jih ni vedno lahko ločiti od primarnih vaskulitičnih (82). V predhodno tromboziranih žilnih odsekih lahko pride do vezivne obliteracije z bolj ali manj očitnimi

rekanalizacijskimi spremembami (33, 76, 83). Kot posebne oblike organizacije trombov in rekanalizacije pojmujejo glomerulom podobne vozličce (76), ki ustrezajo pleksiformnim spremembam v pljučnem obtoku pri hudi pljučni hipertenziji. Med manj značilne reaktivne spremembe, ki so običajno žariščne, sodijo nabreklost in proliferativne spremembe endotela, občasna, praviloma pičla vnetna celična infiltracija, intimalna proliferacija in občasne hiperplastične spremembe v mediji in adventiciji, levkocitoklastični vaskulitis drobnih žil in proliferacija kapilar (33, 75, 76, 83). Lie (84) poudarja, da je vse navedene spremembe treba pripisati dogajanjem, ki so sledila trombozi, ne pa vaskulitisu per se.

V povezavi s povišanimi nivoji aPL v serumu navajajo v ledvicah bolnikov z lupusnim glomerulonefritom v glomerulih »čiste« fibrične trombe, ki niso povezani z nekrozo kapilarnih zank (78, 79), manj značilni pa so posledični dvojni obrisi glomerulne bazalne membrane (80) in fokalno segmentna glomeruloskleroza (78).

Na ekstraglomerulnih krvnih žilah poudarjajo pristno sliko trombotične mikroangiopatije s spremembami, ki so povezane z organizacijo trombov in rekanalizacijo (85). Prepoznavna le-teh je lažja, če hkrati ne najdemo za lupusno vaskulopatijo značilnih imunskih depozitov ali za lupusni vaskulitis značilnega nekrotizirajočega vnetja.

Zdravljenje

Kljub 10-letnim izkušnjam na tem področju ni specifičnega zdravljenja niti pri primarnem niti pri sekundarnem APS. Z zdravljenjem skušamo bodisi zmanjšati nastajanje aPL ter jih odstraniti iz krvi ali pa preprečiti učinke protiteles na procese homeostaze. Uporabljamo glukokortikoide, imunosupresiva, antiagregacijska, anti-koagulantna sredstva ter globuline gama in plazmaferezo. V ospredju terapevtskih prizadevanj sta predvsem dve klinični manifestaciji, povezani z aPL: venske in arterijske tromboze ter izguba plodu. Akutne tromboze zdravimo tako kot tiste brez aPL, sicer pa so smernice za preventivo in zdravljenje obeh kliničnih manifestacij povsem nedorečene (za pregled glej 86, 87). Od leta 1988 teče mednarodna prospektivna študija (The Kingston Anti-Phospholipid Study – KAPS), ki bo skušala ugotoviti najprimernejše zdravljenje in preprečevanje rekurentne izgube plodu ter arterijskih in venskih tromboz pri bolnikih z aPL. Rezultati prve obsežnejše in primerno izvedene študije o izgubi plodu kažejo, da je najuspešnejše zdravljenje rizičnih nosečnic kombinacija nizkih odmerkov heparina in acetylsalicilne kisline (88).

Sklep

Kljub množici poročil o pojavljanju aPL in njihovih povezavah s tromboemboličnimi motnjami nimamo nedvoumnega dokaza njihove vzročne vloge. Za kaj takega bo treba združiti različne tipe raziskav. Neizogibne so prospektivne študije bolnikov z aPL, pri čemer bodo morali biti tako klinični kot laboratorijski vidiki natančno definirani in strogo nadzorovani. Zaradi številnih področij medicine, kjer najdemo bolnike z aPL, so za celovit pristop nujne medklinične in celo multicentrične povezave. Pri tem so podrobno opisani posamični bolniki oziroma njihov status ter potek bolezni in zdravljenja vsaj toliko pomembni kot prečne populacijske študije. Z metodami molekularne biologije bo možno (deloma pa je že) opredeliti antigensko-protitelesne interakcije in s tem heterogenost aPL. Pomembne podatke lahko pričakujemo tudi iz živalskih modelov, ki so se za zdaj osredotočili predvsem na izgubo plodu.

Literatura

- Harris EN, Gharavi AE, Hughes GRV. Anti-phospholipid antibodies. *Clin Rheum Dis* 1985; 11: 591-609.
- Harris EN, Asherson RA, Hughes GRV. Antiphospholipid antibodies – autoantibodies with a difference. *Ann Rev Med* 1988; 39: 261-71.
- McNeil HP, Chesterman CN, Krilis SA. Immunology and clinical importance of antiphospholipid antibodies. *Adv Immunol* 1991; 49: 193-280.
- Love PE, Santoro SA. Antiphospholipid antibodies; anticardiolipin and the lupus anticoagulant in systemic lupus erythematosus (SLE) and in non-SLE disorders. Prevalence and clinical significance. *Ann Intern Med* 1990; 112: 682-98.
- Triplett DA. Antiphospholipid antibodies and thrombosis. A consequence, coincidence, or cause? *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117: 78-88.
- Harris EN. Serological detection of antiphospholipid antibodies. *Stroke* 1992; 23: Suppl 1: 3-6.
- Shapiro SS, Thiagarajan P. Lupus anticoagulants. *Prog Hemost Thromb* 1982; 6: 263-85.
- Harris EN, Boey ML, Mackworth-Young CG, Gharavi AE, Patel BM, Loizou S. Anticardiolipin antibodies: detection by radioimmunoassay and association with thrombosis in systemic lupus erythematosus. *Lancet* 1983; 2: 1211-4.
- Loizou S, McRea JD, Rudge AC, Reynolds R, Boyle CC, Harris EN. Measurement of anti-cardiolipin antibodies by an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA): standardization and quantitation of results. *Clin Exp Immunol* 1985; 62: 738-45.
- Shapiro SS, Thiagarajan P, DeMarco L. Mechanism of action of the lupus anticoagulant. *Ann NY Acad Sci* 1981; 370: 359-9.
- De Savigny D, Voller A. The communication of ELISA data from laboratory to clinician. *J Immunology* 1980; 1: 105-28.
- Harris EN. Annotation: Antiphospholipid antibodies. *Br J Haematol* 1990; 74: 1-9.
- Stegnar M, Salobir-Pajnič B, Božič B, Rozman B. Relationship between lupus anticoagulants and antiphospholipid antibodies detected by enzyme-linked immunosorbent assay. *Acta Pharm* 1992; 42: 109-15.
- Gharavi AE, Harris EN, Asherson RA, Hughes GRV. Anticardiolipin antibodies: isotype distribution and phospholipid specificity. *Ann Rheum Dis* 1987; 46: 1-6.
- Maneta-Peyret L, Bessoule JJ, Geffard M, Cassagne C. Demonstration of high specificity antibodies against phosphatidylserine. *J Immunol Methods* 1988; 108: 123-7.
- Falcon CR, Hoffer AM, Forastiero RR, Carreras. Clinical significance of various ELISA assays for detecting antiphospholipid antibodies. *Thromb Haemost* 1990; 64: 21-5.
- Stegnar M, Božič B, Peternel P, Kveder T, Vene N, Rozman B. Prevalence of antiphospholipid antibodies and their relationship to blood coagulation and fibrinolysis. *Thromb Res* 1991; 63: 433-43.
- Falcon CR, Hoffer AM, Carreras LO. Evaluation of the clinical and laboratory associations of antiphosphatidylethanolamine antibodies. *Thromb Res* 1990; 59: 383-8.
- Janoff AS, Rauch J. The structural specificity of antiphospholipid antibodies in autoimmune disease. *Chem Phys Lipids* 1986; 40: 315-32.
- McNeil HP, Simpson RJ, Chesterman CN, Krilis SA. Anti-phospholipid antibodies are directed against a complex antigen that includes a lipid-binding inhibitor of coagulation: β_2 -glycoprotein I (apolipoprotein H). *Proc Natl Acad Sci USA* 1990; 87: 4120-4.
- Galli M, Comfurius P, Maassen C, Hemker HC, De Baets MH, van Breda-Vriesman PJC, Barbui T, Zwaal RFA, Bevers EM. Anticardiolipin antibodies (ACA) directed not to cardiolipin but to a plasma protein cofactor. *Lancet* 1990; 335: 1544-7.
- Matsuura E, Igarashi Y, Fujimoto M, Ichikawa K, Suzuki T, Sumida T, Yasuda T, Koike T. Heterogeneity of anticardiolipin antibodies defined by the anticardiolipin cofactor. *J Immunol* 1992; 148: 3885-91.
- Sammartano LR, Lockshin MD, Gharavi AE. Antiphospholipid antibodies differ in aPL cofactor requirement. *Lupus* 1992; 1: 83-90.
- Pierangeli SS, Harris EN, Davis SA, DeLorenzo G. β_2 -glycoprotein I (β_2 GPI) enhances cardiolipin binding activity but is not the antigen for antiphospholipid antibodies. *Br J Haematol* 1992; 82: 565-70.
- Bevers EM, Galli M, Barbui T, Comfurius P, Zwaal RFA. Lupus anticoagulant IgGs (LA) are not directed to phospholipids only, but to a complex of lipid-bound human prothrombin. *Thromb Haemost* 1991; 66: 629-32.
- Hughes GRV, Harris EN, Gharavi AE. The anticardiolipin syndrome. *J Rheumatol* 1986; 13: 486-9.
- Harris EN. Syndrome of the Black Swan. *Br J Rheumatol* 1987; 26: 324-6.
- Asherson RA. A primary antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1988; 15: 1742-6.
- Asherson RA, Cervera R. The antiphospholipid syndrome: a syndrome in evolution. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 147-50.
- Ford SE, Lillcrap DP, Brunet D, Ford P. Thrombotic endocarditis and lupus anticoagulant. *Arch Pathol Lab Med* 1989; 113: 350-3.
- Khamashta MA, Cervera R, Asherson RA, Font J, Gil A, Coltart DJ, Vazquez JJ, Pare C, Ingelmo M, Oliver J, Hughes GRV. Association of antibodies against phospholipids with heart valve disease in systemic lupus erythematosus. *Lancet* 1990; 335: 1541-4.
- Weinstein C, Miller MH, Axtens R. Livedo reticularis associated with increased titers of anticardiolipin antibodies in systemic lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1987; 123: 596-600.
- Grobb JJ, Bonerandi JJ. Cutaneous manifestations associated with the presence of the lupus anticoagulant. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 211-9.
- Asherson RA, Derksen RHW, Harris EN. Chorea in systemic lupus erythematosus and lupus-like disease: association with antiphospholipid antibodies. *Semin Arthritis Rheum* 1987; 16: 253-9.
- Levine SR, Joseph R, D'Andrea G, Welch KMA. Migraine and the lupus anticoagulant: report of cases and review of the literature. *Cephalalgia* 1987; 7: 93-9.
- Hazeltine M, Rauch J, Janoff D, Eskdale JM, Tannenbaum H. Antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus: evidence of an association with positive Coombs' and hypocomplementia. *J Rheumatol* 1988; 15: 80-6.

37. Asherson RA, Junghers P, Liote F, Hughes GRV. Ischaemic necrosis of bone associated with the 'lupus anticoagulant' and antibodies to cardiolipin. In: Proceedings of the XVth International Congress of Rheumatology. Sydney, Australia, 1983: 373.
38. Lavalle C, Pizarro S, Drenkard C, Sanchez-Guerrero J, Alarcon-Segovia D. Transverse myelitis: manifestation of systemic lupus erythematosus strongly associated with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol* 1990; 17: 34-7.
39. Levine SR, Langer SL, Alber LW, Welch KMA. Sneddon's syndrome: an antiphospholipid antibody syndrome? *Neurology* 1988; 38: 798-800.
40. Frampton G, Winer JP, Cameron JS, Hughes RAC. Severe Guillain-Barre syndrome in association with IgA anticardiolipin antibody in a series of 9 patients. *J Neuroimmunol* 1988; 19: 133-9.
41. Asherson RA, Khamashta MA, Ordi-Ros J, Derksen RHW, Machin SJ, Barquinero J, Outt HH, Harris EN, Vilardell-Torres M, Hughes GRV. The 'primary' antiphospholipid syndrome: major clinical and serological features. *Medicine (Baltimore)* 1989; 68: 366-74.
42. Drew PJT. Severe hypertension and the anti-phospholipid antibody syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 1990; 8: 225-5.
43. Petrin J, Rozman B, Dolenc P, Logar D, Božič B, Vizjak A, Ferluga D, Jezeršek P. The dissociation of arterial hypertension and lupus glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus. *Blood Pressure* 1993; 2: 108-12.
44. Rote NS. Antiphospholipid antibodies and disorders of pregnancy. *J Clin Immunology* 1990; 13: 34-42.
45. Božič B, Stegnar M, Kveder T, Rozman B. Antiphospholipid syndrome. Proceedings of the second Polish-Yugoslav meeting of rheumatology 1990: 24-30.
46. Alving CR. Antibodies to lipids and membranes; reactions with phosphatidylcholine, cholesterol, liposomes and bromelin-treated erythrocytes. Harris EN, Exner T, Hughes GRV, Asherson RA eds. In: Phospholipid binding antibodies. Boca Raton: CRC Press, 1991: 73-95.
47. Brey R, Branch WD, Harris EN, Triplett D. Meeting summary (Vth International Symposium on Antiphospholipid Antibodies, San Antonio, Texas, September 9-11, 1992). *Clin Exp Rheumatol* 1992; 10: 635-6.
48. Branch WD, Dudley DJ, Mitchell MD, Creighton KA, Abbott TM, Hammond EH, Daynes RA. Immunoglobulin G fractions from patients with antiphospholipid antibodies cause fetal death in BALB/c mice: A model for autoimmune fetal loss. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 210-6.
49. Blank M, Cohen J, Toder V, Shoenfeld Y. Induction of antiphospholipid syndrome in naive mice with mouse lupus monoclonal and human polyclonal anticardiolipin antibodies. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991; 88: 3069-73.
50. Bakimer R, Fishman P, Blank M, Sredni B, Djaldetti, Shoenfeld Y. Induction of primary antiphospholipid syndrome in mice by immunization with a human monoclonal anticardiolipin antibody (H-3). *J Clin Invest* 1992; 89: 1558-63.
51. Pierangeli SS, Harris EN. Induction of phospholipid-binding antibodies in mice and rabbits by immunization with human β_2 -glycoprotein 1 or anticardiolipin antibodies alone. *Clin Exp Immunol* 1993; 93: 269-72.
52. Blank M, Krause I, Ben-Bassat M, Shoenfeld Y. Induction of experimental antiphospholipid syndrome associated with SLE following immunization with human monoclonal pathogenic anti-DNA idiotype. *J Autoimmun* 1992; 5: 312-7.
53. Gharavi AE, Sammaritano LR, Jiaying Wen, Elkou KB. Induction of antiphospholipid autoantibodies by immunization with β_2 -glycoprotein I (apolipoprotein H). *J Clin Invest* 1992; 90: 1105-9.
54. Khamashta MA, Harris EN, Gharavi AE, Derue G, Gil A, Vazquez JJ, Hughes GRV. Immune mediated mechanism for thrombosis: antiphospholipid antibody binding to platelet membranes. *Ann Rheum Dis* 1988; 47: 849-54.
55. Khamashta MA, Asherson RA, Hughes GRV. Possible mechanisms of action of the antiphospholipid binding antibodies. *Clin Exp Rheumatol* 1989; 7: Suppl 3: 85-89.
56. Del Papa N, Meroni PL, Tincani A, Harris EN, Pierangeli SS, Barcellini W, Borghi MO, Balestrieri G, Zanussi C. Relationship between anti-phospholipid and anti-endothelial cell antibodies: further characterization of the reactivity on resting and cytokine-activated endothelial cells. *Clin Exp Rheumatol* 1992; 10: 37-42.
57. Hasselaar P, Derksen RHW, Blokzijl L, de Groot PG. Crossreactivity of antibodies directed against cardiolipin, DNA, endothelial cells and blood platelets. *Thromb Haemost* 1990; 63: 169-73.
58. Carreras LO, Vermylen JG. Lupus anticoagulant and thrombosis: possible role of inhibition of prostacyclin formation. *Thromb Haemost* 1982; 48: 38-40.
59. Schorer A, Duane PG, Woods VL, Niewoehner DE. Some antiphospholipid antibodies inhibit phospholipase A2 activity. *J Lab Clin Med* 1992; 120: 67-77.
60. Cariou R, Tobelem G, Belluci S. Effect of lupus anticoagulant on antithrombotic properties of endothelial cells: inhibition of thrombomodulin-dependent protein C activation. *Thromb Haemost* 1988; 60: 54-58.
61. Morel J, Kitchens CS. Acquired functional protein S deficiency, cerebral venous thrombosis, and coumarin skin necrosis in association with antiphospholipid syndrome. *Am J Med* 1989; 87: 207-10.
62. Freyssonnet JM, Cazenave JP. Lupus-like anticoagulants, modulation of the protein C pathway and thrombosis. *Thromb Haemost* 1987; 58: 679-81.
63. Walker TS, Triplett DA, Javed N, Musgrave K. Evaluation of lupus anticoagulants: antiphospholipid antibodies, endothelial prostacyclin secretion, and antigenic protein S levels. *Thromb Res* 1988; 51: 267-81.
64. Cosgriff TM, Martin BA. Low functional and high antigenic antithrombin III levels in a patient with the lupus anticoagulant and recurrent thrombosis. *Arthritis Rheum* 1981; 24: 94-6.
65. San Filippo MJ, Drayna CJ. Prekalikrein inhibition associated with the lupus anticoagulant: a mechanism for thrombosis. *Am J Clin Pathol* 1982; 77: 275-9.
66. Elias M, Eldor A. Thromboembolism in patients with 'lupus-like' circulating anticoagulant. *Arch Intern Med* 1984; 144: 510-5.
67. Wurm H. β_2 -glycoprotein-I (apolipoprotein H) interactions with phospholipid vesicles. *Int J Biochem* 1984; 16: 511-5.
68. Schousboe I. β_2 -glycoprotein I: a plasma inhibitor of the contact activation of the intrinsic blood coagulation pathway. *Blood* 1985; 66: 1086-91.
69. Canfield WM, Kisiel W. Evidence of normal functional levels of activated protein C inhibitor in combined factor V/VIII deficiency disease. *J Clin Invest* 1982; 70: 1260-72.
70. Schousboe I. Binding of β_2 -glycoprotein I to platelets: effect of adenylate cyclase activity. *Thromb Res* 1980; 19: 225-37.
71. Nimf J, Wurm H, Kostner GM. β_2 -glycoprotein-I (apo-H) inhibits the release reaction of human platelets during ADP-induced aggregation. *Atherosclerosis* 1987; 63: 109-14.
72. Nimf J, Bevers EM, Bomans PHH, Till U, Wurm H, Kostner GM, Zwaal RFA. Prothrombinase activity of human platelets is inhibited by β_2 -glycoprotein-I. *Biochim Biophys Acta* 1986; 884: 142-9.
73. Hunt JE, McNeil HP, Morgan GJ, Cramer RM, Krilis SA. A phospholipid β_2 -glycoprotein I complex is an antigen for anticardiolipin antibodies occurring in autoimmune disease but not with infection. *Lupus* 1992; 1: 75-81.
74. Lyden TW, Vogt E, Ng A, Johnson PM, Rote NS. Monoclonal antiphospholipid antibody reactivity against human placental trophoblast. *J Reprod Immunol* 1992; 22: 1-14.
75. Alegre BA, Winkelmann RA. Histopathologic and immune fluorescence study of skin lesions associated with circulating lupus anticoagulant. *Am J Acad Dermatol* 1988; 19: 117-24.
76. Reyes E, Alarcon-Segovia D. Leg ulcers in the primary antiphospholipid syndrome. Report of a case with a peculiar proliferative small vessel vasculopathy. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 63-6.
77. Asherson RA, Jacobelli S, Rosenberg H et al. Skin nodules and macules resembling vasculitis in the 'primary' antiphospholipid syndrome. *Clin Exp Dermatol* 1992; in press.
78. Kant KS, Pollak VL, Weiss MA et al. Glomerular thrombosis in systemic lupus erythematosus. Prevalence and significance. *Medicine (Baltimore)* 1981; 16: 71-86.
79. Glueck HI, Kant KS, Weiss MA et al. Thrombosis in systemic lupus erythematosus. *Arch Intern Med* 1985; 145: 1389-97.
80. Kincaid-Smith P, Fairley KF, Kloss M. Lupus anticoagulant associated with renal thrombotic microangiopathy and pregnancy related renal failure. *Q J Med* 1988; 69: 795-815.
81. Frampton G, Hicks J, Cameron JS. Significance of antiphospholipid antibodies in patients with lupus nephritis. *Kidney Int* 1991; 39: 1225-31.
82. Alarcon-Segovia D, Cardiel MH, Reyes E. Antiphospholipid arterial vasculopathy. *J Rheumatol* 1989; 16: 762-7.
83. Asherson RA, Hughes GRV. Vascular disease and thrombosis; relationship to the antiphospholipid antibodies. *Contrib Nephrol* 1992; 99: 17-25.
84. Lie JT. Vasculopathy in the antiphospholipid syndrome: thrombosis or vasculitis, or both? *J Rheumatol* 1989; 16: 713-5.
85. Schwartz MM. Lupus vasculitis. *Contrib Nephrol* 1992; 99: 34-45.
86. Babikian VL, Levine SR. Therapeutic considerations for stroke patients with antiphospholipid antibodies. *Stroke* 1992; 23: Suppl 1: 33-7.
87. Petri M. The clinical syndrome associated with antiphospholipid antibodies (editorial). *J Rheumatol* 1992; 19: 505-7.
88. Cowchock SF, Reece AE, Balaban D, Branch WD, Plouffe L. Repeated fetal losses associated with antiphospholipid antibodies: a collaborative randomized trial comparing prednisone with a low-dose heparin treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1318-23.

Pregledni prispevek/Review article

POŠKODBE JETER – SMERNICE ZA ZDRAVLJENJE IN PREGLED STANJA V SLOVENIJI

LIVER TRAUMA – TRENDS IN TREATMENT AND CURRENT STATUS IN SLOVENIA

Eldar Gadžijev¹, Miloš Wab², Jana Grkman¹

¹ Kirurška gastroenterološka klinika, Klinični center, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

² Kirurška gastroenterološka klinika, Bolnišnica dr. Petra Držaja, Vodnikova 62, 61000 Ljubljana

Prispelo 1993-11-09, sprejeto 1994-01-25; ZDRAV VESTN 1994; 63: 315-9

Ključne besede: poškodbe jeter; diagnostika; klasifikacija; zdravljenje; zapleti

Key words: liver trauma; diagnostics; classification; treatment; complications

Izvleček – Izhodišča in metode. Kljub napredku v diagnostiki, intenzivnem zdravljenju in spremljanju, poznavanju kirurške anatomije in fiziologije jeter ter izboljšavam kirurških tehnik ostajajo poškodbe jeter resen kirurški problem. Njihova incidenca narašča, smrtnost pa se od druge svetovne vojne ni bistveno zmanjšala in znaša za najtežje poškodbe celo 60 do 100 odstotkov. Klinična slika bolnika je odvisna od resnosti poškodbe samih jeter ter od števila in narave pridruženih poškodb, ki so pri lažjih jetrnih poškodbah tudi največkrat vzrok resnih zapletov ali smrti. Bolniki s težjo poškodbo jeter zaradi krvavitve potrebujejo učinkovito reanimacijo, kakovostno in hitro diagnostiko ter pravočasno in pravilno odločitev o konzervativnem ali kirurškem načinu zdravljenja. Obseg diagnostičnih postopkov je odvisen od bolnikovega splošnega stanja ter dostopnosti aparatur in izkušenega osebja. Med novejšimi smernicami v zdravljenju je pomembno večanje odstotka bolnikov, zdravljenih konzervativno, če so hemodinamsko stabilni, manj agresivne kirurške tehnike s poudarkom na enostavnih postopkih hemostaze (začasno komprimiranje, šivi, ligature, klipi, koagulacija) pri lažjih poškodbah in pogostejša uporaba perihapatične tamponade namesto urgentnih resekcij pri težjih poškodbah in pri bolnikih, pri katerih splošno stanje zahteva takojšnjo hemostazo.

Abstract – Background and methods. Despite improvements in diagnostics, intensive care and monitoring, knowledge on functional liver anatomy and physiology as well as surgical techniques, liver trauma still presents a serious surgical problem. Its frequency increases worldwide and the mortality of high stage liver trauma remains from 60 to 100 per cent. Symptoms and signs in patients with liver trauma can vary considerably and depend on the extent and severity of liver trauma and the number and the nature of the concomitant injuries. Associated injuries are the main cause of mortality and serious complications in patients with less severe liver damage. Patients with liver trauma usually need urgent resuscitation, assessment, intensive care therapy and appropriate decision whether to treat them conservatively or surgically. The extent of diagnostics is determined and possibly limited by the patient's general condition and the availability of the necessary equipment and trained staff. There seems to be a general trend in the management of liver trauma towards conservative treatment of hemodynamically stable patients with less severe trauma as well as using less aggressive surgical methods (temporary hot packs, sutures, clips, coagulation) for low stage trauma and promotion of temporary perihaptic packing instead of urgent resection for major trauma and for patients whose general condition mandates immediate haemostasis.

Rezultati in zaključki. Podani so osnovni podatki o spolu, mehanizmu poškodbe, diagnostičnih postopkih, načinu zdravljenja, komplikacijah in preživetju 230 bolnikov s poškodbami jeter, pankreasa in biliarnega sistema, zdravljenih v Sloveniji v petletnem obdobju od 1985 do 1989. Avtorji razpravljajo o možnostih izboljšanja zdravljenja tujstnih poškodb pri nas.

Results and conclusions. Basic data about sex, mechanism of injury, diagnostics, treatment, complications and survival of 230 patients treated for the trauma of liver, pancreas and biliary system in Slovenia from 1985 to 1989 are presented. Some striking differences according to world reports and suggestions for the improvements of liver trauma management in Slovenia are discussed.

Uvod

Poškodbe jeter nastanejo zaradi delovanja sile na jetrni parenhim. Prvi znani zapis o poškodbah jeter sega v 9. stol. pr. n. št. V Stari zavezi najdemo zapis o tem, da so Hebrejci vedeli, da je ostra poškodba pod petim rebrom desno največkrat smrtna, ker v tem predelu ležijo jetra in žolčnik (1). Poškodbe jeter predstavljajo 3% vseh poškodb, pri poškodbah trebuha pa so jetra poškodovana v

15% in za vranico predstavljajo najbolj pogosto poškodovani organ v trebušni votlini (1). Glede na mehanizem poškodbe lahko jetrne poškodbe razdelimo na tope, ostre in kombinirane. Medtem ko v Evropi srečujemo predvsem tope poškodbe, ki nastanejo pri prometnih nesrečah in poškodbah pri delu, pa so v ZDA pogostejše ostre poškodbe s hladnim in strelnim orožjem (kriminal). Do kombiniranih poškodb pride največkrat v vojnem času (eksplozije) (1, 2, 3, 4, 5). Smrtnost zaradi jetrnih poškodb je v zadnjih

petdesetih letih upadla od 66% v prvi polovici stoletja prek 15% v drugi svetovni vojni do 10 do 15% smrtnosti civilnih poškodb jeter v zadnjih dvajsetih letih (1, 2, 3, 6). Pri civilnih poškodbah je smrtnost večja pri topih poškodbah (6). Ostre poškodbe so v mimem času največkrat povzročene z ostrim predmetom ali izstrelkom majhne začetne hitrosti, zaradi česar je poškodba največkrat omejena na en organ in ima relativno nizko smrtnost, v nasprotju s tem pa tope poškodbe nastanejo pri velikih hitrostih v prometu, so povezane s poškodbami drugih organov, organskih sistemov in udov, sama poškodba jeter pa je v obliki raztrganin z večjim volumnom poškodovanega parenhima (1, 6). Smrtnost zaradi poškodb z izstrelki velike začetne hitrosti je 30–50% (5). Osnovni vzrok smrti pri bolnikih s težko poškodbo jeter v perioperativnem obdobju je nekontrolirana krvavitev (1, 7), pri lažjih poškodbah jeter prve do tretje stopnje pa je vzrok smrti največkrat pridružena poškodba osrednjega živčevja (1). V postoperativnem obdobju so vzrok smrti največkrat pozni zapleti: sepsa, DIC (diseminirana intravaskularna koagulacija), ARDS (sindrom dihalne stiske pri odraslih – Adult Respiratory Distress Syndrome), pnevmonitis ter multiorganska odpoved (1, 8, 9). Med pridruženimi poškodbami so prognozično posebej neugodne poškodbe osrednjega živčevja in prsnega koša (1), med parametri bolnikovega stanja ob sprejemu pa prisotnost šokovnega stanja (2). Na prognozo jetrne poškodbe vplivajo tudi fiziološka in patofiziološka stanja ob času poškodbe (maščobna degeneracija, ciroza, nosečnost), ki povečajo vulnerabilnost jeter in vplivajo na kasnejši potek zdravljenja (4, 6, 10). Boljše poznavanje kirurške anatomije (11, 12) in patofiziologije (13) jeter, napredek metod reanimacije, anestezije in intenzivnega zdravljenja z monitoringom so po eni strani prispevali k boljšemu preživetju bolnikov s poškodbo jeter, po drugi strani pa tudi vplivali na spremembe v doktrini zdravljenja, do katerih je prišlo v zadnjih letih (1, 2). Tako se večja odstotek konzervativno zdravljenih poškodb, namesto jetrnih resekcij, ki imajo pri hemodinamsko nestabilnem bolniku visoko smrtnost (50%), pa se uveljavljajo manj agresivne kirurške metode. Osnovni pogoj, ki mora biti za to izpolnjen, je dostopnost kakovostne urgentne diagnostike (ultrazvok, CT) z intenzivno reanimacijo in monitoringom. Odločitev o načinu zdravljenja mora namreč temeljiti na preoperativni razvrstitvi (grading) poškodbe, ta pa je brez dobre diagnostike nemogoča.

Klasifikacija jetrnih poškodb

Med več klasifikacijami, ki jih uporabljajo v svetu, se je pri nas sprva udomačila klasifikacija po McFarlainu, ki tope poškodbe deli v štiri stopnje glede na globino in prizadetost struktur, ki so poškodovane. Nekoliko bolj natančno opredelujeta stopnjo in mehanizem poškodbe klasifikaciji po Mooru (2, 14, 15) in Liver Injury Scale (LIS) (4, 16). Posebej opredelujeta tudi jetrni hematomi, klasifikacija po Mooru pa tudi penetrantne poškodbe jeter. LIS je nastala na osnovi preučevanja radioloških, operativnih in obdukcijskih izvidov velike serije bolnikov z jetrnimi poškodbami (Organ Injury Scaling Committee, American Association for the Surgery of Trauma) in jo zaradi njene natančnosti priporočamo v uporabo. (Glej tabelo 1.)

Klinična slika bolnika s poškodbo jeter

Klinična slika ob sprejemu je odvisna od obsega poškodbe jeter in števila in vrste spremljajočih poškodb, ki jih je 75% (1). Izolirana lažja poškodba jeter ima lahko pičlo simptomatiko in so bolniki v 30% ob sprejemu hemodinamsko stabilni (1, 4, 10, 17). Pridružene poškodbe (pogosto) prikrijejo simptomatiko jetrne poškodbe. Ob pregledu poškodovanca moramo biti pozorni na podatke o mehanizmu poškodovanja. Na poškodbo jeter posumimo ob kontuzijskih značkah na steni trebuha in prsnega koša, bolečini

Tab. 1. *Klasifikacije poškodb jeter. Liver Injury Scale. Modificirano po (16).*

Tab. 1. *Classification of liver injuries. Liver Injury Scale. Modified after (16).*

Stopnja poškodbe	Vrsta poškodbe	Opis poškodbe
I	Hematom	subkapsularni, se ne širi, < 10% površine organa
	Laceracija	raztrganina kapsule, ki ne krvavi, do 1 cm v globino
II	Hematom	subkapsularni, se ne širi, zajema 10–50% površine organa
	Laceracija	raztrganina kapsule, globine 1–3 cm, ki krvavi, dolga do 10 cm
III	Hematom	a – subkapsularni, ki obsega več kot 50% površine in se širi v parenhim b – rupturiran subkapsularni hematom, ki krvavi c – hematom v parenhimu večji od 2 cm ali hematom v parenhimu, ki se širi
	Laceracija	laceracija, ki sega globlje kot 3 cm v globino
	Hematom	rupturiran hematom v parenhimu, ki krvavi
IV	Laceracija	parenhimska poškodba, ki zajema 25–50% jetrnega režnja
	Laceracija	parenhimska poškodba, ki zajema več kot 50% režnja
V	Vaskularna poškodba	poškodba retrohepatične vene kave ali velikih hepaticnih ven
	Vaskularna poškodba	avulzija jeter

pod desnim rebriškim lokom, desnostranskem zlomu reber, občutku polnega trebuha, peritonealnem draženju in šokovnem stanju (10). Pri poškodovanem trebuhu lahko poškodbo jeter pričakujemo v 15%, v 8% pa je skupaj z jetri poškodovana tudi vranica (1, 18). Hemodinamsko stanje bolnika opredeljuje obseg diagnostike (2).

Ukrepi ob sprejemu

Cilj ukrepov ob sprejemu bolnika s poškodbo jeter je korekcija hipovolemije, pa tudi metabolične acidoze, hipotermije in koagulopatie, ki so značilne za težje poškodbe. Potrebna je agresivna reanimacija z intubacijo in kontrolirano ventilacijo, infuzijska terapija z glukosaliničnimi tekočinami, kristaloidi, humanimi albumini, svežo zmrznjeno plazmo, koncentriranimi eritrociti, kardialna podpora, urinski kateter in monitoring bolnika (2, 3, 19).

Preiskave ob sprejemu

Obseg diagnostike pri bolniku s poškodbo jeter je odvisen od njegovega splošnega stanja. Vsekakor napravimo hemogram in druge osnovne laboratorijske preiskave, ki pa nam ne bodo povedale veliko. Peritonealna punkcija in lavaža je pri nas še vedno preiskava, ki je najhitreje dostopna. Pozitivna lavaža poda sum na poškodbo jeter, ne razjasni pa obsega, medtem ko je pri hematomu jeter lahko lažno negativna. Ultrazvok je pri hemodinamsko stabilnem bolniku najpomembnejša prva preiskava, pomembna tudi za načrtovanje zdravljenja (20), še bolj natančen pa je v tem pogledu CT (10, 21, 22). Posebno koristna je za odločitev o konzervativnem zdravljenju CT volumetrija, ki kvantitativno opredeli količino proste tekočine v abdomnu (17). Selektivna angiografija je diagnostična metoda za ugotavljanje mesta krvavitve, v kombinaciji s selektivno embolizacijo pa tudi terapevtska metoda za hemostazo pri arterijski krvavitvi (23).

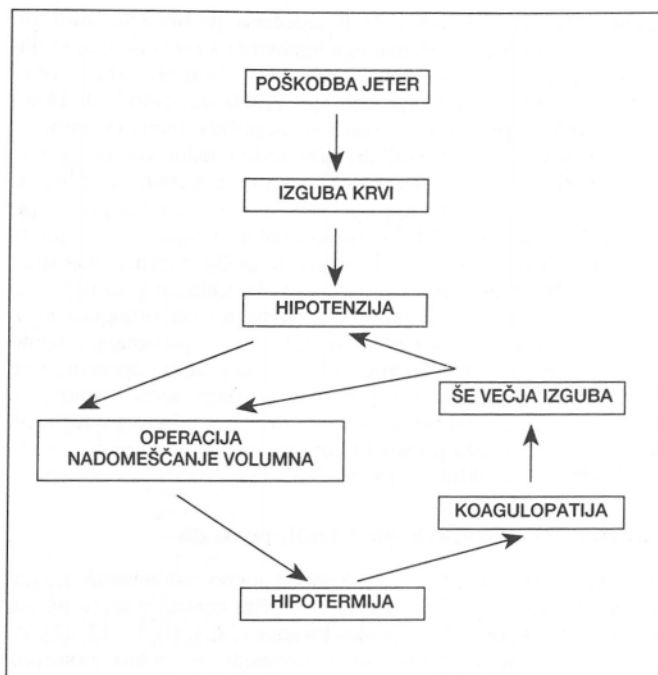
Zdravljenje jetrnih poškodb

Operativno zdravljenje

Pomembno je, da operacije, pri kateri pričakujemo poškodbo jeter, ne pričnemo, dokler nimamo na voljo dovolj krvi. Laparotomija povzroči dodaten padec tlaka, ki ga lahko vzdržujemo le z zadostnim nadomeščanjem volumna (2). Operacijo začnemo z zgornjo mediano laparotomijo, podaljšano v desni subkostalni rez do lumbotomije ali obojestranskim subkostalnim rezom, podaljšanim v zgornjo medijalno laparotomijo (t. i. »mercedes rez«). Slednji zagotavlja dobro preglednost tako jeter kot vranice in omogoča tudi morebitne dodatne posege. Za sternotomijo ali torakotomijo se odločimo le izjemoma. Po eksploraciji trebušne votline je prvi ukrep za zaustavitev krvavitve iz jeter Pringlov maneuver in namestitve Roumlovega tourniqueta ali žilne kleme na hepatoduodenalni ligament. Na kakšen način bomo oskrbeli poškodbo jeter, je odvisno od mesta, resnosti poškodbe in bolnikovega splošnega stanja. Osnovni cilj oskrbe je zaustavitev krvavitve. Pri lažjih poškodbah in poškodbah perifernih delov (LIS I do III) bodo mogoče zadostovali vroče komprese, klipi, ligature in šivi, surgicel ter elektro- ali fotokoagulacija. Arterijska krvavitev je navadno lahko obvladljiva z ligaturo ali klipom, do določene mere lahko z enakimi ukrepi zaustavimo tudi krvavitev iz portalnega povirja, medtem ko krvavitve iz hepatičnih ven in njihovih vej s temi postopki ne moremo obvladati, ker se retrahirajo v globino parenhima (24). Največkrat tudi s tako imenovanimi globokimi jetrnimi šivi ne bomo uspeli oskrbeti krvavitve. Jetrni šivi se v zadnjem času uporabljajo manj pogosto. Primerni so pri oskrbi perifernih ruptur, ki jih nismo uspeli oskrbeti z začasnim komprimiranjem in lokalno hemostazo. Pri centralnih rupturah lahko v šiv zajamemo hepatično veno, kar vodi v kasnejšo kongestijo prizadetega dela jeter ali centralni hematoma. Šiv naj bo čim bolj enostaven, pomembno je le, da pri zategovanju ne prereže parenhima (v ta namen lahko podložimo zložen surgicel) in da dovolj približa robove rupture. Namesto surgicela lahko uporabimo tudi omentum, ki ga lahko vtaknemo kot tampon v samo rupturo ali pa ob robove, kjer ščiti parenhim. Če naj omentum opravlja svojo nalogo, mora biti vitalen in ga mobiliziramo, seveda če imamo čas (4). Krvavitev iz venskega sistema je navadno obilna in jo lahko ustavimo z uporabo začasne perihepatične tamponade (packing). Zanj se odločimo pri težjih poškodbah (LIS četrte in pete stopnje), pa tudi pri lažjih poškodbah pri bolnikih s pridruženimi poškodbami, ki so hipovolemični, hipotermični in imajo koagulopatijo in metabolično acidozo (glej sliko 1). Uspešnost tamponade preverimo tako, da sprostimo Roumlov tourniquet ali žilno klemo na hepatoduodenalnem ligamentu. Bolnika po operaciji premestimo v enoto intenzivne terapije ali transportiramo v osrednjo bolnišnico z vsemi dodatnimi ukrepi, potrebnimi za prevoz ogroženega bolnika. Hemodinamsko nestabilnega bolnika z neučinkovito tamponado ne premeščamo! V postoperativnem obdobju je potrebna intenzivna terapija z ukrepi proti septičnim, respiratornim in drugim zapletom, ki ogrožajo bolnika, ki je preživel perioperativno obdobje.

Tamponada

Začasna perihepatična tamponada (packing) je vsak ukrep, s katerim v okolici jeter ali drugega krvavečega organa v trebušni votlini ustvarimo nadtlak in s tem zaustavimo krvavitev. Tlak, ki ga ustvarimo s tamponado, naj ne bi bil večji od 20 mm Hg. To zadostuje za ustavitev venske krvavitve in ne povzroča znižanja venskega priliva v desno srce. Tamponiramo lahko s kompresami. Tamponiranje neposredno v rupturo ni priporočljivo, posebno ne s trakom gaze (25). Pri tamponiranju je kompreso, ki je v stiku z rupturo, priporočljivo podložiti z vazelinsko gazo, sicer bo pri odstranjevanju prišlo do ponovne krvavitve. Pogoj za uspešno



Sl. 1. Začarani krog, ki se lahko vzpostavi pri bolniku z masivno poškodbo jeter. Tamponada, ki omogoči hemostazo, lahko ta krog prekine. Modificirano po (26).

Fig. 1. Vicious cycle that can develop in patients with massive liver injury. Packs placement that provides hemostasis, can break the cycle. Modified after (26).

tamponado so nemobilizirana jetra, kar je v nasprotju s prejšnjo doktrino. Tudi če smo v začetku operacije prekinili falciformni ligament, ga v primeru, da smo uporabili tamponado, rekonstruiramo. Poleg uspešnosti tamponade, ki jo s tem omogočimo, se s tem izognemo tudi nevarnosti »knikanja« spodnje vene kave, do katerega lahko pride pri tamponadi mobiliziranih jeter. Tamponada je lahko začasna, lahko je edini ukrep pri prvi operaciji ali ponovna, če tudi pri odstranjevanju ne moremo definitivno oskrbeti poškodbe. Časovne omejitve za tamponado ni. Ob normalnem poteku lahko ostane 24 do 48 ur, predvsem pa toliko časa, dokler bolnik ni sposoben za ponovni poseg (celo do 96 ur) (4, 7). Bolnik naj bo reoperiran, ko je hemodinamsko stabilen, acidobazno urejen, kaj so korigirane motnje koagulacije in hipotermija. Praviloma naj bi bil pripravljen kot za elektivno jetno operacijo, na voljo pa mora biti tudi zadostna količina krvi (4, 7, 26). Neučinkovito jetno tamponado je seveda treba odstraniti prej. Vzrok za neučinkovito tamponado je med drugim lahko tehnično slaba izvedba ali pa dodatna krvavitev iz arterijskega sistema. V zadnjem primeru lahko napravimo angiografijo ter selektivno embolizacijo krvaveče arterije ter se s tem izognemo zgodnji reoperaciji (23). V zadnjem času dajejo nekateri avtorji prednost zavijanju poškodovanih jeter v mrežico iz absorbilnih materialov (Vycril, Dexon) – mesh wrapping pred tamponado s kompresami in jetrni resekciji oziroma oskrbi z globokimi šivi. Metoda, s katero je zaenkrat še malo izkušenj, zahteva v nasprotju z zgoraj omenjenimi načini tamponade kompletno mobilizacijo jeter, njena prednost pa je, da zaradi uporabe resorbilnih materialov reoperacija za odstranjevanje ni potrebna (7, 27).

Drenaža

Drenaža hloedohusa pri oskrbi jetrne poškodbe ni več »conditio sine qua non«. Možnost postoperativne kontrole stanja biliarnega sistema z ERCP je indikacije za vstavev T-drena zožila na stanja, ko je poškodovan hloedohus ali večji žolčni vod in je bila potrebna

rekonstrukcija (24). Drenaža holedohusa je smiselna tudi pri poškodbah hepatoduodenalnega ligamenta, descendentnega duodenuma ali glave pankreasa ter ob prisotnosti anatomskih razmer, ki ERCP onemogočajo (po resekcijah želodca). Holecistektomijo napravimo, če je bil žolčnik poškodovan in v primeru, da smo vstavili T-dren. Tudi drenaža abdominalne votline postaja zaradi nedvomno zvišanega števila okužb in negativnega vpliva na fiziologijo peritoneja manj popularna (1, 2, 8). Tako naj bi bil pri zadovoljivo oskrbljenih lažjih poškodbah (LIS I in II) abdominalni dren upravičen samo, če je bil dodatno poškodovan še kak drug organ v abdomnu (črevesje, vranica) (1). Celo če smo napravili tamponado, drenaža ni potrebna. Drenaža sicer omogoča kontrolo uspešnosti tamponade, po drugi strani pa zmanjša njeno učinkovitost in zveča verjetnost okužbe, ki je že ob uporabi same tamponade (gojišče) bolj pogosta. Drenaža same rupture je smiselna, vendar naj bo dren ozek, drenažni sistem pa zaprt ali vakuumski. Drenaža po sekundarni operaciji in definitivni oskrbi poškodbe je zaenkrat še priporočljiva (2).

Konzervativno zdravljenje jetrnih poškodb

Vse več avtorjev zagovarja konzervativno zdravljenje jetrnih poškodb in po poročilih zdravijo v večjih centrih v svetu na tak način 30 do 40 odstotkov poškodovancev (2, 4, 10, 15, 17, 21). Za odločitev o konzervativnem zdravljenju je nujno potrebna natančna opredelitev stopnje poškodbe, možnost intenzivnega zdravljenja in monitoringa, zato je razumljivo, da je odstotek konzervativno zdravljenih višji v dobro opremljenih centrih, ki imajo ob vsakem času na voljo izkušeno kirurško ekipo, vajeno tovrstnih posegov (4, 10, 17). Pogoj za odločitev o konzervativnem zdravljenju je tudi hemodinamska stabilnost bolnika (10). Bolnika lahko opredelimo kot stabilnega, če ima šokovni indeks ob sprejemu manjši kot 1 in potrebuje v prvih dveh urah po sprejemu manj kot dva litra infuzijskih tekočin in manj kot dve enoti transfuzij, volumen proste tekočine v trebuhu pa ni večji od 500 mililitrov (CT) (1, 17). Bolnika je treba natančno spremljati in pravočasno odkriti morebitne zaplete, ki zahtevajo kirurško intervencijo. Pozorni moramo biti zlasti na vaskularne zaplete ali rupturo hematoma, ki jih lahko pričakujemo pri teh bolnikih, zato naj bi bila angiografija rutinska preiskava med zdravljenjem (2).

Zapleti po poškodbah jeter

Zapleti so pri bolnikih s poškodbo jeter pogosti in so povezani tako z jetno kot s pridruženimi poškodbami. Tako lahko pride do krvavitve zaradi izpadle ligature, koagulopatije ali rupture hematoma. Zatekanje žolča ima lahko za posledico tvorbo biloma, nastanek biliarnega peritonitisa, holoskosa ali biliarni fistulo. Za hemobilijo je značilen trias: znaki krvavitve iz zgornjega prebavnega trakta, kolike biliarnega tipa in ikterus. V 50 odstotkih je hemobilija posledica poškodbe jeter, dokažemo jo angiografsko ali z ERC. Največkrat jo zdravimo z embolizacijo, lahko z resekcijo jeter in zelo redko z lokalno oskrbo (28). Jetni absces je pogost zaplet, ki ga zdravimo z ultrazvočno vodeno punkcijo, drenažo in izpiranjem ali operativno drenažo. Jetna insuficienca se najbolj pogosto pojavi v sklopu multiorganske odpovedi. Med splošnimi zapleti sta prognozično za bolnika najslabša sepsa s tvorbo abscesov in ARDS (1). Pogosti pa so tudi drugi respiratorni zapleti (pljučnica, atelektaza), postranzfuzijski zapleti, pankreatitis, sekundarna refraktarna koagulopatija zaradi pomanjkanja AT III in akalkulozni holecistitis.

Poškodbe jeter v Sloveniji v petletnem obdobju od 1985 do 1989

V Sloveniji je bilo med januarjem 1985 in decembrom 1989 zdravljenih 230 bolnikov s poškodbami jeter, pankreasa in biliarnega sistema, od tega 204 poškodbe jeter. 182 poškodovancev je

bilo moških (79%) in 48 žensk (21%). Vzrok za poškodbo jeter je bila največkrat prometna nesreča. Diagnoza poškodbe je bila v 111 primerih (48%) postavljena s peritonealno punkcijo in lavažo, pri 44 bolnikih (19%) z rentgenskim slikanjem trebuha, z UZ v 20 primerih (9%) in samo pri treh bolnikih s CT (1,3%). V 83 primerih je odločitev o operaciji temeljila na klinični sliki bolnika (36%). 50% poškodb hepatopankreatobiliarnega sistema je bilo v sklopu politravme, med pridruženimi poškodbami pa so bile najbolj pogoste poškodbe lokomotornega sistema, vranice, prsnega koša in glave. 30% poškodb jeter je bilo izoliranih. Reanimacija je bila potrebna pri 55 bolnikih (24%). Enostavni postopki oskrbe jetrne poškodbe so bili uporabljeni v 175 primerih (76%), resekcija jeter v 26 (11%) in tamponada v 19 primerih. Med zapleti so bili najpogostejši krvavitev, absces, fluidotoraks, ARDS, renalna insuficienca in sepsa. Smrtnost poškodovancev je bila 20% (47 bolnikov) (18). Nekaj podatkov predstavljamo tabelarično (glej tabele 2 do 5).

Diskusija

Pogostnost poškodb jeter narašča tako v svetu kot pri nas predvsem na račun prometa, kriminala in vojn. Kljub napredku v diagnostičnih postopkih, reanimaciji, intenzivnem zdravljenju, boljšem poznavanju kirurške anatomije, boljšim in modernejšim kirurškim pripomočkom pa ostajajo predvsem težje poškodbe jeter pogosto nerešljiv medicinski problem. Poškodba jeter zaradi svoje urgentnosti zahteva naglo in smiselno sklepanje in ukrepanje tako ob sprejemu kot med operacijo in v postoperativnem poteku. Zanimivo je, da se smrtnost zaradi jetrnih poškodb od druge svetovne vojne ni bistveno znižala. Delno gre to na račun pridruženih poškodb, ki so pri lažjih poškodbah jeter skoraj vedno vzrok smrti, delno pa zaradi napredka v transportu in oskrbi na mestu poškodbe pri poškodovancih s poškodbami, nezdržljivimi z življenjem, zaradi katerih bi sicer umrli že med prevozom. Tako Rivkind in sod. (1) v seriji 185 bolnikov s topo poškodbo jeter, od katerih je bilo 85% pripeljanih s helikopterjem in je bil povprečni čas transporta 65 minut, poroča o 31% smrtosti. V Sloveniji pride večina poškodovancev do bolnišnice v prvi uri po poškodbi, kar delno prispeva k relativno visoki smrtnosti, visoko pa je tudi število politravmatiziranih (18). Med novejšimi smernicami v zdravljenju jetrnih poškodb naj omenimo popularizacijo konzervativnega zdravljenja poškodb, ki ga zagovarja vse več avtorjev (2, 4, 10, 16, 17, 20, 21, 30), predvsem pri lažjih poškodbah in poškodbah pri otrocih. Pri kirurškem zdravljenju naj bi bil pristop manj agresiven s poudarkom na enostavnih metodah oskrbe, nekrektomiji ter pogostejši uporabi perihepatične tamponade (25). Resekcijo jeter, ki ima pri hemodinamsko nestabilnih bolnikih visoko smrtnost, večina avtorjev odsvetuje. Smernice za biliarno drenažo in drenažo peritonealne votline smo že omenili. Odločitev za packing ni nikakršna »sramota«, ampak lahko pravilno izbrana in tehnično ustrezno napravljena tamponada pomeni edini ukrep, s katerim zaustavimo krvavitev in bolnika rešimo. Pri bolniku, ki pride že na operacijsko mizo z večjo ali manjšo izgubo volumna, posebno še če imamo na voljo omejeno količino krvi, so možnosti za definitivno oskrbo poškodbe z ligaturami, klipi in drugimi ukrepi v nasprotju z elektivnimi operacijami majhne, ker za takšno vrsto hemostaze največkrat ni časa. Pomanjkljivosti tamponade so: potreba po ponovni operaciji, možnost zaostanka tujka v trebušni votlini (ob vsaki premestitvi moramo točno navesti, kaj smo pustili v abdomnu), motnje venskega priliva, če je tamponada premočna, ter precejšnja verjetnost okužbe. Vsi bolniki s tamponado morajo dobivati širokospektralno antibiotično zaščito s kritjem anaerobov (19, 25). Poškodbe hepaticnih ven in retrohepatične vene kave (LIS V in VI) so še vedno skoraj nerešljiv problem, saj je njihova smrtnost 60 do 100% (29). Med primerjavo podatkov o poškodbah jeter v Sloveniji in pregledom literature so najbolj očitne razlike v odstotku uporabe različnih diagnostičnih postopkov za ugotavljanje poškodbe jeter in odločitev o operaciji. Peritonealna punkcija in lavaža, ki jo v svetu kot »methode obsolete« (10, 22)

Tab. 2. Poškodbe jeter v Sloveniji 1985–1989. Porazdelitev incidence poškodb jeter po starostnih skupinah. Najvišja incidenca je v starosti 21–30 let.

Tab. 2. Liver trauma in Slovenia 1985–1989. Distribution of liver trauma incidence among age groups. The highest incidence is between 21 and 30.

Starost poškodovancev (leta)	Število poškodb
0–10	10
11–20	39
21–30	63
31–40	43
41–50	36
51–60	27
61–70	8
71–80	4

Tab. 3. Poškodbe jeter v Sloveniji 1985–1989. Vzroki za poškodbo jeter. Številke v oklepajih so odstotki.

Tab. 3. Liver trauma in Slovenia 1985–1989. Causes of liver trauma.

Vzrok poškodbe	Število poškodb (%)
Promet	149 (65)
Padec	27 (12)
Poškodba pri delu	21 (9)
Vbodnina	16 (7)
Strelna poškodba	7 (3)
Udarec	5 (2)
Neznano	4 (1,6)
Iatrogeno	1 (0,4)

Tab. 4. Poškodbe jeter v Sloveniji 1985–1989. Pogostnost uporabe preiskav za odkrivanje jetrne travme in odločitev za operacijo. Številke v oklepajih so odstotki.

Tab. 4. Liver trauma in Slovenia 1985–1989. Frequency of use of diagnostic procedures in diagnostics of trauma and decision for operation.

Preiskava	Število bolnikov (%)
Abdominalna lavaža	116 (48)
Rtg slikanje abdomna	44 (19)
UZ preiskava	20 (9)
CT preiskava	3 (1,3)

Tab. 5. Poškodbe jeter v Sloveniji 1985–1989. Vrste in pogostnost pridruženih poškodb pri bolnikih s poškodbami jeter.

Tab. 5. Liver trauma in Slovenia 1985–1989. Frequency and nature of concomitant injuries in patients with liver trauma.

Vrsta poškodbe	Število poškodb	Odstotek
Politravma	116	50
Lokomotorni sistem	69	30
Vranica	67	29
Prsni koš	57	25
Glava	53	23
Gastrointestinalni trakt	30	13
Ledvice	18	8
Diafragma	11	5
Pljuča	7	3
Srce	4	2
Vena kava	8	4

opuščajjo, pri nas žal ostaja vodilna urgentna diagnostična metoda. Ultrazvok bi morali v dežurni službi v Sloveniji uporabljati pogosteje oziroma vedno, kadar je postavljen sum ne le na poškodbo jeter, ampak poškodbo abdomna nasploh (18). Glede na to, da je opremljenost slovenskih bolnišnic s kakovostnimi ultrazvočnimi aparati zadovoljiva, pa tudi CT aparatov je kar nekaj, gre predvsem za problem organiziranja dela dežurne službe oziroma tovrstnega usposabljanja zdravnikov, ki dežurajo. Tako pa je celo zdravnik v Kliničnem centru kot vodilni ustanovi v

popoldanskem in nočnem času največkrat prepuščen le klinični presoji. Med 175 bolniki, pri katerih je bila poškodba oskrbljena z enostavnimi postopki, bi jih dobršen del lahko zdravili konzervativno, s čimer bi bolniku prihranili operacijo in verjetno prihranili tudi precej denarja.

Zaključek

Na splošno velja, da je uspeh zdravljenja jetrnih poškodb tem boljši, čim krajši je čas od poškodbe do prihoda v bolnišnico, čim boljše so metode reanimacije, intenzivnega zdravljenja in diagnostike, tehnična opremljenost in izkušnost kirurške ekipe ter čim manjše je število pridruženih poškodb. Poseben pomen pa ima poznavanje doktrine zdravljenja ter pravilna odločitev o načinu in postopkih zdravljenja.

Literatura

- Rivkind AJ, Siegel JH, Dunham CM. Patterns of organ injury in blunt hepatic trauma and their significance for management and outcome. *The Journal of Trauma* 1989; 29: 1338–415.
- Schweizer W, Tanner S, Baer HU et al. Management of traumatic liver injuries. *Br J Surg* 1993; 80: 86–8.
- Beal SL. Fatal hepatic hemorrhage: An unresolved problem in the management of complex liver injuries. *The Journal of Trauma* 1990; 30: 163–9.
- Pachter HL, Spencer FC, Hofstetter SH, Liang HG, Coppa GF. Significant trends in the treatment of hepatic trauma. Experience with 411 injuries. *Ann Surg* 1992; 215: 492–502.
- Pailler JL, Jancovici R, Dumurgier C, Mohamed OAA. Les plaies du foie en chirurgie de guerre. *J Chir (Paris)* 1991; 128: 511–2.
- Esquivel CO, Bernardos O, Makowka L, Iwatsuki S, Gordon RD, Starzl TE. Liver replacement after massive hepatic trauma. *The Journal of Trauma* 1987; 27: 800–2.
- Jacobson LE, Kirton OC, Gomez GA. The use of an absorbable mesh wrap in the management of major liver injuries. *Surgery* 1992; 111: 455–61.
- Noyes LD, Doyle DJ, McSwain NE. Septic complications associated with the use of peritoneal drains in liver trauma. *The Journal of Trauma* 1988; 28: 337–46.
- Hollands MJ, Little JM. The role of hepatic resection in the management of blunt hepatic trauma. *World J Surg* 1990; 14: 478–82.
- Andersson R, Bengmark S. Conservative treatment of liver trauma. *World J Surg* 1990; 14: 483–6.
- Buechter KJ, Zeppa R, Gomez G. The use of segmental anatomy for an operative classification of liver injuries. *Ann Surg* 1990; 211: 669–75.
- Gadžijev E, Štulhofer M. Kirurgija jete. In: Štulhofer M. Kirurgija probavnog sustava. Samobor: Zagreb, 1990: 483–567.
- Kaku N. Short term and long term changes in hepatic function in 50 patients with blunt liver injury. *The Journal of Trauma* 1987; 27: 607–9.
- Chevallier JM, Jost JL, Vayre P. Traumatismes du foie. Lésions anatomiques, essai de classification. *J Chir (Paris)* 1991; 128: 509–10.
- Chevallier JM, Jost JL, Menegaux F, Chigot JP, Vayre P. Hepatic trauma: experience with 135 consecutive liver injuries (1982–1989) and arguments for conservative surgery. *Langenbecks Arch Chir* 1991; 376: 335–40.
- Galat JA, Grisoni ER, Gauderer MWL. Pediatric blunt liver injury: Establishment of criteria for appropriate management. *Journal of pediatric surgery* 1990; 25: 1162–5.
- Federico JA, Horner WR, Clark DE, Isler RJ. Blunt hepatic trauma. Nonoperative management in adults. *Arch Surg* 1990; 125: 905–9.
- Gadžijev E. Liver trauma in Slovenia. In: 1st Alps-Adria Congress on Hepato-pancreatobiliary Surgery and Medicine. Abstract book. Ljubljana 1992.
- Launois B. Le tamponnement temporaire. *J Chir (Paris)*; 128: 531–1.
- Carles J, Guegan H, Videau J. Traumatismes hépatiques: investigations décisionnelles en urgence. *J Chir (Paris)* 1991; 128: 514–5.
- Hiatt JR, Harrier HD, Koenig BV, Ransom KJ. Nonoperative management of major blunt liver injury with hemoperitoneum. *Arch Surg* 1990; 125: 101–3.
- Roche BG, Bugmann P, Coulter C. Eur J Pediatr Surg 1992; 2: 154–6.
- Corr P, Beningfield SJ, Krige JEJ. Selective hepatic artery embolisation in complex liver injury. *Injury: the British Journal of Accident Surgery* 1992; 23: 347–9.
- Sherlock DJ, Bismuth H. Secondary surgery for liver trauma. *Br J Surg* 1991; 78: 1313–7.
- Sharp KW, Locicero RJ. Abdominal Packing for surgically uncontrollable hemorrhage. *Ann Surg* 1992; 215: 467–75.
- Saifi J, Fortune JB, Graca L, Shah DM. Benefits of intraabdominal pack placement for the management of nonmechanical hemorrhage. *Arch Surg* 1990; 125: 119–22.
- Pretre R, Mentha G, Robert J, Rohner A. Experience avec le tamponnement d'une tranche d'hépatectomie par fillet. *J Chir (Paris)*; 128: 448–50.
- Lee M, Haimal HS. Hemobilia – successful treatment by angiographic embolization. *Surg Endosc* 1992; 6: 75–7.
- Ciresi KF, Lim RC Jr. Hepatic vein and retrohepatic vena caval injury. *World J Surg* 1990; 14: 472–7.
- Amroch D, Schiavon G, Carmignola G et al. Isolated blunt liver trauma: Is nonoperative treatment justified? *Journal of Pediatric Surgery* 1992; 27: 466–8.

Canesten[®] 1

klotrimazol



1 sama vaginaleta za
zdravljenje vaginalnih
mikoz

3 dnevno učinkovanje;
dodatek mlečne kisline
podpira terapijsko
delovanje

Indikacije: Vnetja vagine, ki jih povzročajo glivice ali trihomonas, mešane okužbe — vključno z bakterijami, ki so občutljive za klotrimazol. **Doziranje:** Zvečer uvedemo v vagino eno vaginaleta Canesten 1. **Kontraindikacija:** Preobčutljivost za klotrimazol.



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

5. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV ZA SPLOŠNO MEDICINO
»IZ PRAKSE ZA PRAKSO«
z mednarodno udeležbo

21. in 22. oktobra 1994
Škofijska avla, Slomškov trg 19, Maribor

Pokrovitelj:
Univerza v Mariboru
in
Splošna bolnišnica Maribor

STRANSKI UČINKI ZDRAVLJENJA

Petek, 21. 10. 1994

- 15.30 Otvoritev srečanja, pozdravi in kratek kulturni program
Otvoritev farmacevtske razstave
16.20 **M. Budihna:** Stranski učinki zdravil
16.40 **M. Možina:** Program SZO za spremljanje neželenih učinkov zdravil
17.00 Diskusija na temo registracija in spremljanje stranskih učinkov zdravil
17.25 Stranski učinki zdravljenja – prikazi primerov – učne delavnice
17.30 **K. Pečovnik:** Akutna odpoved ledvic povzročena z zdravili
17.40 **P. Borin:** Akutna intermitentna porfirija
17.50 **A. Zavrtnik:** Prikaz bolnice s prolongirano hipoglikemijo po glipizidu
18.00 **R. Žveglič-Dimčič:** Antagonisti kalcija in njihovi najpogostejši stranski učinki pri starostnikih
18.10 **P. Vobovnik-Grobelnik:** Nesteroidni antiflogistiki in parenhimske okvare organov pri starostniku
18.20 Diskusija
19.40 Večerja v Novem svetu
21.40 Obisk Vinagove kleti, kulturni program in pokušina vin

Sobota, 22. 10. 1994

- \$v9.00 Razstava, kava
\$v9.20 **G. J. Krejs:** Stranski učinki zdravljenja internih bolezni (predavanje in diskusija v angleščini)
\$v9.40 **A. Požar:** Okvare ledvic zaradi zdravil
\$v9.55 **R. Hojs:** Analgetična nefropatija
10.10 **P. Skok:** Neželjeni in stranski učinki zdravljenja peptične razjede
10.25 **C. Pernat:** Stranski učinki zdravljenja vnetnih bolezni črevesa
10.40 **A. Pahor:** Stranski učinki zdravljenja revmatičnih bolezni s semikavzalno terapijo
10.55 **I. Holc:** Stranski učinki zdravljenja z nesteroidnimi antiflogistiki

11.10 Odmor s kavo...

11.40 **A. Zavrtnik:** Stranski učinki zdravljenja sladkorne bolezni
11.55 **P. Borin:** Agranulocitoza
12.10 **V. Kanič:** Neželjeni učinki antianginoznih zdravil
12.25 **M. Tripkovič:** Kardioselektivni glikozidi in njihova interakcija
12.40 **A. Sinkovič:** Stranski učinki zdravljenja z antikoagulantnimi, fibrinolitičnimi in antiagregacijskimi sredstvi
12.55 **B. Kamenik:** Stranski učinki zdravljenja s srčnimi elektrostimulatorji
13.10 Diskusija
13.40 Zaključne besede
14.00 Obisk Urgentnega internističnega centra v SB Maribor (fakultativno)
15.00 Zaključek

Kotizacija za dvodnevno srečanje znaša v predprijavi (do 15. 9. 1994) 80 DEM v tolarški protivrednosti po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan vplačila, pri prijavi na srečanju pa 100 DEM. Kotizacijo je potrebno nakazati na račun št. 51800-678-81888 – Zdravniško društvo Maribor z oznako IZ PRAKSE ZA PRAKSO. Rezervacije za nočitve sprejema recepcija hotela Slavija, Vita Kraigherja 3, 62000 Maribor, tel. 062/23-661, fax. 222-857 3a. (Na rezervacijo za hotel napišite IZ PRAKSE ZA PRAKSO.)

Zdravniška zbornica Slovenije bo udeležbo na tem srečanju upoštevala pri podaljšanju licence zdravnikom.

**SZD – Sekcija za splošno medicino
Inštitut za medicino dela, prometa in športa
Oddelek za raziskovanje zdravja šolskih otrok in mladine IVZ
SZD – Sekcija medicine dela, prometa in športa
Sekcija medicinskih sester**

vabijo na

XXI. seminar delovnih skupin v osnovnem zdravstvenem varstvu

DELOVNA ZMOŽNOST

Rogaška Slatina, 9. do 11. junija 1994

PRELIMINARNI STROKOVNI PROGRAM

Četrtek, 9. junij 1994 – DELOVNA ZMOŽNOST ŠOLARJEV

- 13.30–15.00 Registracija udeležencev
14.00 Otvoritev farmacevtske razstave
15.00–15.30 Svečana otvoritev
15.30 Začetek strokovnega dela

Opravičila izostankov od šolskega pouka zaradi zdravstvenih razlogov

M. Šalehar: Opravičevanje šolskih izostankov (vidik šolskega zdravnika)

F. Čeh: Vidiki šolstva in podzakonski akti

Opravičila izostankov od pouka športne vzgoje zaradi zdravstvenih razlogov

M. Vodnjov: Vidiki šolskega zdravnika

Vuga: Vidiki športnega zdravnika

Strel: Vidiki profesorja športne vzgoje

M. Kovač: Vidiki šolstva in podzakonski akti

Evidenca in razvrščanje otrok in mladine s posebnimi potrebami

F. Pečak: Razvojno prizadeta mladina

Zavod za socialno skrbstvo: Zakonske osnove postopka.

V. Slodnjak: Interdisciplinarni pristop k razvidu in razvrščanju otrok in mladih z motnjami v duševnem in telesnem razvoju

Njari: Kategorizirana mladina in IK postopek

- 18.30 **Okrogla miza – Moderator: Polona Brcar-Štrukelj**

Petek, 10. junij 1994 – TRAJNA DELANEZMOŽNOST

S. Modic: Ocenjevanje delovne zmožnosti

S. Modic-Sočan: Analiza in zdravstvena ocena delovnega mesta

J. Sušnik: Ergonomska diagnostika in terapija

T. Šilc: Preventivni zdravstveni pregledi in ocena delovne zmožnosti

M. Škof: Predstavitve del s posebnimi psihičnimi zahtevami

R. Črnivec: Poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom – vloga in prikaz izvedeništva v Centru za ocenjevanje delovne zmožnosti IMDPŠ

A. Fatur-Videtič: Poklicna rehabilitacija

G. Dšuban: Sistem poklicnega zavarovanja

A. Kobal: Epidemiologija invalidnosti v Sloveniji

- 12.30 **Okrogla miza – Moderator: Tatjana Šilc**

- 15.00 **Workshop – IK obrazec**

Sobota, 11. junij 1994 – ZAČASNA DELANEZMOŽNOST

ZZZS: Začasna nezmožnost za delo – pravna ureditev

D. Blažič, B. Jezernik: Začasna ocena delovne zmožnosti na zdravniških komisijah I. stopnje – stik z osebnim zdravnikom

J. Govc-Eržen: Delazmožnost bolnika z epilepsijo

F. Božiček: Začasna in trajna delovna zmožnost kmetov – lastne izkušnje

M. Stanovnik, B. Kralj, A. Lukanovič, P. Košorok: Delovna zmožnost in inkontinenca

B. Filipič: Problematika delovne zmožnosti in invalidnosti pri nivojih in psihoreaktivnih motnjah

B. Pelhan: Sodelovanje splošnega zdravnika in medicince dela v praksi

- 11.30 **Okrogla miza – Moderator: Gojimir Žorž**

SPLOŠNE INFORMACIJE

Kotizacija: 11.000 SIT do 31. maja 1994. Po tem datumu 12.000 SIT na recepciji seminarja v preddverju Zdraviliškega doma. Kotizacija za en dan je 4000 SIT.

Žiro račun: 50101-678-48620 SZD-SSM, za XXI. seminar.

Sprejemna pisarna: v preddverju Zdraviliškega doma v Rogaški Slatini bo odprta 9. junija 1994 od 14.00 do 19.00, ostale dni od 8.30 do zaključka delovnega dne.

Razstave: v prostorih Zdraviliškega doma vse dni seminarja.

Rezervacija prenočišč: Zdravilišče Rogaška Slatina, Agencija za marketing, Irana Petan, za XXI. srečanje. Tel. (063) 811-64-25, fax. (063) 811-64-27.

CENA:

Kategorija	Poln penzion	Prenočišče, zajtrk
A	6.800 SIT	5.200 SIT
B	3.900 SIT	3.100 SIT

Informacije: mag. Gojimir Žorž, dr. med., tel. (061) 123-22-21.

Prijava: do 31. maja 1994. Prijavnico (s fotokopijo položnice) pošljite na naslov:
mag. Gojimir Žorž, dr. med.
IVZ
Trubarjeva 2
61000 Ljubljana

PRIJAVNICA ZA XXI. STROKOVNI SEMINAR _____

IME IN PRIIMEK _____

NASLOV _____

DELOVNO MESTO _____

PODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE

3th International Postgraduate Course Trieste

NEW TRENDS IN THE DIAGNOSIS OF RESPIRATORY DISORDERS

12.-13. december 1994

Informacije: Organizing Secretariat
Trieste Traduzioni Congressi
Via C. Battisti 1
34125 Trst, Italija
Tel.: +40/37 16 78. Tax: +40/37 06 34

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA
in
JADRANSKA ZVEZA ZA PATOLOGIJU

organizirata

9. MEDNARODNO SREČANJE JADRANSKE ZVEZE ZA PATOLOGIJU

v Portorožu, 25. in 26. junija 1994

Teme:

Patologija glave in vratu
Patologija mediastinuma in retroperitoneja
Napredovanje tehnologije v patologiji

Informacije:

Prof. dr. Rastko Golouh
Onkološki inštitut
Zaloška 2, 61000 Ljubljana

Med letošnje prireditve »Poletje v stari Ljubljani« je vključen tudi

KOMORNI ZDRAVNIŠKI KONCERT

v sredo, 22. junija 1994 ob 19. uri v cerkvi Sv. Florijana, Gornji trg (ob poti na ljubljanski grad)

Sodeluje trio **PRO MEDICO**

dr. Marko Zupan, violina

dr. Zvonimir Rudolf, čelo

dr. Pavle Kornhauser, klavir

Na sporedu so skladbe J. S. Bacha, L. v. Beethowna, A. Dvoraka, P. I. Čajkovskega in M. Tajčeviča

Vstop prost. Prisrčno vabljeni!

Pokrovitelja: LEK d. d. Ljubljana in Zdravniška zbornica Slovenije

KLINIČNI CENTER – INTERNE KLINIKE ZALOŠKA
KLINIČNI CENTER – KIRURŠKE SLUŽBE

in

STALNA STROKOVNA SKUPINA ZA URGENTNO MEDICINO REPUBLIKE SLOVENIJE

organizirajo

I. PODIPLOMSKI SEMINAR O URGENTNI MEDICINI

Ljubljana, 20. in 21. junij 1994
Predavalnica I Kliničnega centra

Seminar je namenjen zdravnikom, ki se pri svojem delu srečujejo s strokovnimi in organizacijskimi vprašanji na področju urgentne medicine, ter vsem tistim, ki bi želeli poglobiti ali obnoviti svoje znanje o tej pomembni medicinski veji.

OKVIRNI PROGRAM SEMINARJA

- | | | |
|-------------|----------|---|
| 20. 6. 1994 | dopoldan | Organizacija urgentne medicine v Sloveniji – prikaz trenutnega stanja in možnosti razvoja |
| | popoldan | Kardiopulmonalna reanimacija – teoretični pregled z doktrinarnimi novostmi; praktično usposabljanje |
| 21. 6. 1994 | dopoldan | Nenadna smrt |
| | | Postopki pri civiljenjsko ogroženem poškodovancu |
| | | Proste teme |

Organizatorji vabijo tudi k aktivni udeležbi. Izvlečke 20-minutnih predavanj ali prikazov zanimivih primerov z navedenih področij pošljite skupaj s točnim naslovom avtorja oz. predavatelja najkasneje do 30. aprila 1994. Natančen urnik predavanj bo sporočen naknadno.

Prijave sprejema tajništvo Internih klinik Zaloška pisno ali na telefon (061) 317–375. Kotizacija znaša 10.000 SIT in jo lahko nakažete na žiro račun št. 50103–603–51820 Internih klinik Zaloška Klinični center, Zaloška 7, 61000 Ljubljana, obvezno s pripisom: Za seminar urgentne medicine.

Ob registraciji bo potrebno predložiti dokazilo o plačani kotizaciji. Aktivni udeleženci so oproščeni kotizacije. Število udeležencev je omejeno. Za udeležbo na praktičnem usposabljanju za reanimacijo je zaradi dodatne omejitve števila kandidatov (80 najprej prijavljenih) potrebno ob prijavo to posebej navesti. Udeleženci bodo ob prihodu prejeli tiskano gradivo.

V teku so dogovori z Zdravniško zbornico Slovenije za upoštevanje udeležbe na seminarju pri podaljševanju licenčne listine.

PROSTA DELOVNA MESTA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Podrobnejše informacije dobite v Uradu Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) v Ljubljani, Štefanova 5.

Naziv, zahtevana izobrazba, kraj, enota):

Medicinski častnik, P4, Aleksandrija (Egipt): Regional Office of the Eastern Mediterranean (EMRO), Disease Prevention and Control (DPC), Global Programme on AIDS (GPA).

Tehnični častnik, P4, Aleksandrija (Egipt): Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), Pharmaceutical, Therapeutic and Diagnostic Substances (PTS).

Častnik za personalne zadeve, P3, Duagadougou (Burkina Faso), Regional Office for Africa (AFRO), Onchocerciasis Control Programme (OCP), Administration and Management, Personnel.

XXXI. podiplomski tečaj kirurgije za zdravnike splošne medicine

bo od 8. do 10. februarja 1995 predvidoma v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani.

Teme okroglih miz bodo naslednje:

1. Urologija
2. Medikamentozno zdravljenje kirurških bolezni v bolnišnici in izven nje (brez antibiotičnega zdravljenja)
3. Novosti pri zdravljenju kirurških bolezni in poškodb

Pismo uredništvu/Letter to the editor

SLEPI IN SLABOVIDNI OTROCI V SLOVENIJI

Barbara Cvenkel, Branka Stirn-Kranjc

V oftalmologiji je slepota izguba zaznavanja svetlobe, po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) pa je slep tisti, ki ima na boljšem očesu vidno ostrino slabšo od 0,05 ali zoženo vidno polje na 10°, slaboviden pa tisti, pri katerem je vidna ostrina nižja od 0,3 in ni mogoče izboljšati vida s strokovnimi medicinskimi posegi. V praktičnem življenju pa je slep vsak, ki je zaradi slabega vida potreben tuje pomoči.

Kljub napredku medicine ostaja število slepih in slabovidnih ljudi dokaj konstantno oz. se njihovo število zaradi večjega deleža starejše populacije in s tem povezanih degenerativnih boleznih mrežnice celo povečuje. Tako je v Ameriki ca. 2%, v evropskih državah in v Sloveniji pa ca. 1% slepih in slabovidnih ljudi, med katerimi je kar 8% otrok do 16 let (kar je < 30/100.000 otrok). Hiter razvoj medicine je omogočil, da preživi vedno več prezgodaj rojenih otrok in otrok s kombiniranimi okvarami in s tem se seveda večja tudi število otrok z okvarami vida (1, 2).

Prvi zavod za rehabilitacijo slepih (in gluhozemih) je l. 1784 ustanovil Valentin Haüy v Parizu. V ta zavod je bil 1819 sprejet tudi 10-letni Louis Braille, ki je pozneje iznašel in uvedel pisavo za slepe. Pariškemu zavodu je 1808 sledil zavod na Dunaju, v Linzu 1824, v Gradcu 1881, v Celovcu 1898 in v Innsbrucku 1907.

V začetku 20. st. do prve svetovne vojne so se redki slovenski otroci šolali v avstrijskih zavodih v Gradcu in Linzu. Do konca prve svetovne vojne pa je bilo v Odiljin zavod za slepe v Gradcu sprejetih 60 slovenskih fantov in mož, ki so izgubili vid na bojiščih Avstrije. L. 1918 so na pobudo slovenskega odbora za invalide slovenske slepe vojake preselili v takratno Belgijsko vojašnico, kjer so jim uredili učilnico in delavnico. L. 1919 je bil ustanovljen Zavod za slepo mladino, ki od takrat dalje skrbi za rehabilitacijo in šolanje otrok v Sloveniji (3).

Zavod za slepo in slabovidno mladino v Ljubljani je organiziran kot internat, v katerem je predšolski oddelek (vrtec z malo šolo), osnovna šola ter osnovna šola s prilagojenim programom za lažje duševno prizadete otroke oz. otroke s kombiniranimi lažjimi okvarami. V Zavod je vključena še mobilna skupina pedagogov za pomoč slepim in slabovidnim otrokom do 16. leta, ki so ostali doma in obiskujejo vrtec ali šolo v domačem kraju. Strokovna skupina, ki jo sestavljajo strokovnjaki različnih področij (tiflopedagog, tj. pedagog, usposobljen za delo s slepimi, psiholog, socialni delavec, okulist, psihiater in glede na otrokovo prizadetost po potrebi še strokovnjak z drugega področja), v zavodu registrira in razvršča slepe in slabovidne otroke v posamične skupine glede na njihovo vidno in morebitno dodatno prizadetost. Glede na stopnjo in obseg otrokove prizadetosti strokovna skupina oblikuje individualne izobraževalne programe ter sodeluje pri poklicnem usmerjanju otrok.

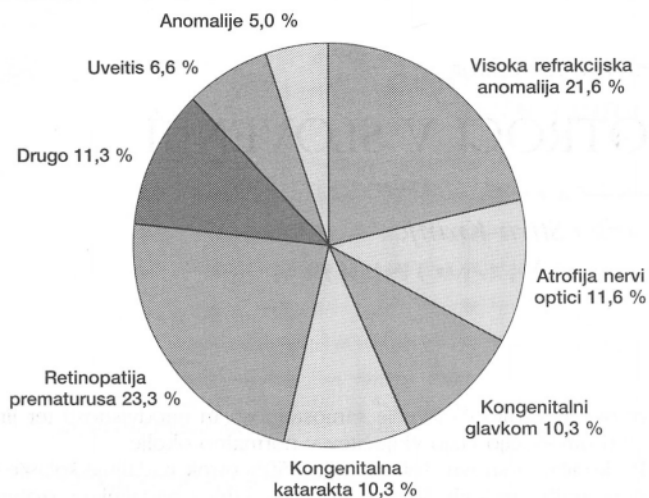
V Zavodu vzporedno z rednim izobraževalnim programom (vrtec, osnovna šola) potekajo posebne oblike usposabljanja za slepe in slabovidne, ki temeljijo na razvijanju in vključevanju drugih čutov, predvsem tipa in sluha. Otroke učijo samostojnega gibanja in orientacije v prostoru, samostojnosti pri oblačenju, osebni higieni in vsakdanjih opravilih. Pri pouku učence naučijo pisave in strojepisja za slepe. Pri delu in učenju uporabljajo različna optična in elektronska povečevala za slepe. Cilj tega usposabljanja je, da

otroke navadijo čim večje samostojnosti in neodvisnosti ter jim tako omogočijo lažjo vključitev v normalno okolje.

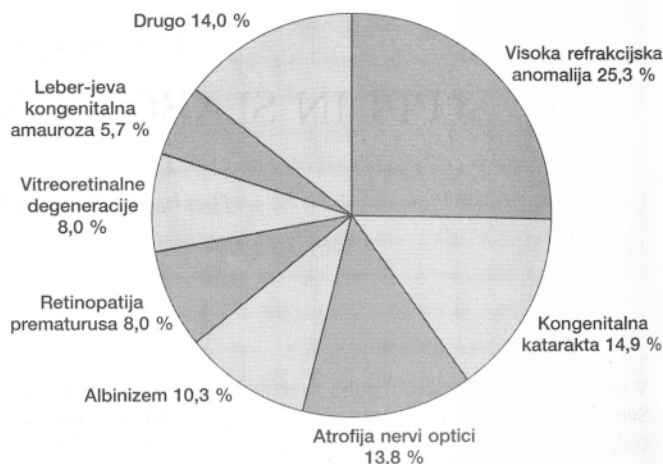
Po končani osnovni šoli približno 50% otrok nadaljuje šolanje v normalnih srednjih šolah, drugi pa lahko nadaljujejo izobraževanje oz. usposabljanje za delo v Centru slepih in slabovidnih dr. Antona Kržišnika v Škofji Loki. Poklici, za katere se usposobijo, so telefonist, administrator, fizioterapevt, maser, delavec v kovinski in lesni industriji, slaščičar, pek, vrtnar, socialni delavec, pedagog in drugi akademski poklici.

Zavod za slepo in slabovidno mladino ima zadnjih deset let relativno konstantno število vpisanih otrok z okvarami vida in delno tudi telesno ali lažje duševno prizadetih otrok. V njem je povprečno 75 predšolskih in šolskih otrok in nad 80 otrok, ki živijo v domačem okolju in za katere skrbi mobilna pedagoška služba. Ker je zaradi pomoči mobilne pedagoške službe vedno več slabovidnih otrok vključenih v vrtece in šole v domačem kraju, se število v internatu šolanih otrok počasi znižuje.

Za šolsko leto 1992/93 je bila napravljena analiza vzrokov vidnih okvar za varovance Zavoda in mobilne tiflopedagoške službe. Glede na vzroke vidnih okvar je pri 60 varovancih zavoda, ki so po definiciji SZO pretežno hujše slabovidni ali slepi, na prvem mestu retinopatija prezgodaj rojenih otrok (23,3%), tej sledijo težje refrakcijske anomalije (21,6%), atrofija vidnega živca (11,6%), kongenitalni glavkom (10%) in kongenitalna katarakta (10%), očesna vnetja (6,6%), očesne anomalije (5,5%) in drugi vzroki, ki so zastopani z nizkimi odstotki in predstavljajo skupaj 11,3% (slika 1). V mobilni tiflopedagoški službi je registriranih 97 otrok, od katerih je le 87 slepih in slabovidnih po definiciji SZO, pri ostalih so lažje okvare vida in niso bili upoštevani pri analizi vzrokov vidnih okvar. V tej skupini, ki obravnava pretežno slabovidne otroke, so po vzrokih vidnih okvar na prvem mestu težje refrakcijske anomalije (25,3%), kongenitalna katarakta (14,9%), atrofija vidnega živca (13,8%), albinizem (10,3%), degeneracije steklovine in mrežnice (8,0%), retinopatija prezgodaj rojenih otrok (8,0%), Leberjeva kongenitalna slepota (5,7%) ter drugi vzroki (14,0%) (slika 2). Če primerjamo naše rezultate z izsledki drugih študij v zahodni Evropi in Ameriki (4, 5, 6, 7), pri nas izstopa visok odstotek refrakcijskih anomalij (drugod ca. 5%), za katerimi se verjetno skrivajo okvare vidnih poti in centrov ter genetske bolezni. To je posledica po eni strani pomanjkljive diagnostične obdelave ali pa je bila omenjena diagnoza še v povezavi z drugimi očesnimi boleznimi in je bila v zdravniški dokumentaciji ob več diagnozah zabeležena kot prva in nato kot edina diagnoza vnesena v dokumentacijo zavoda. Ob boljših preventivnih, diagnostičnih in terapevtskih možnostih v oftalmologiji se zmanjšujejo predvsem vnetne očesne bolezni, znižujejo se okvare po očesnih poškodbah, izstopajo pa genetske bolezni z multiplimi okvarami. K večanju števila otrok z multiplimi okvarami prispeva tudi boljša prenatalna in natalna služba, ki omogoča preživetje vedno večjemu številu otrok z nizkimi porodnimi težami, čeprav naj bi zaradi boljše nege in preventive število najtežjih vidnih okvar pri prezgodaj rojenih otrocih upadlo (8). Velik problem predstavlja registracija otrok z motnjami vida tako pri nas kot drugod po svetu. Zaradi različnosti populacije in metod



Sl. 1. Struktura vzrokov vidnih okvar pri varovancih zavoda v šolskem letu 1992/93.



Sl. 2. Struktura vzrokov vidnih okvar pri varovancih mobilne pedagoške službe v šolskem letu 1992/93.

dela so le redke epidemiološke študije med seboj primerljive (9, 10, 11). Slovenija sicer ne izstopa iz srednjega evropskega prostora, vendar bi bilo treba uvesti enoten register slepih in slabovidnih, podobno kot jih vpeljujejo v razvitih deželah. To bi omogočilo boljši vpogled v nacionalno problematiko očesne patologije in omogočilo načrtovanje in izvajanje ustrezne zdravstvene in socialne politike.

Na svetu živi nekaj milijonov slepih otrok, kar 80% v nerazvitih deželah. Ob pravočasnem odkrivanju in zdravljenju bi bilo možno odstraniti kar 2/3 vzrokov vidnih okvar, med njimi predvsem vnetne očesne bolezni, glavkom in katarakto (12, 13, 14). Po različnih avtorjih pa je od 26% do 45% vzrokov vidnih okvar genetsko pogojenih, kot npr. atrofija vidnega živca, distrofija mrežnice in druge redkejše očesne anomalije, ki so pogosto združene z anomalijami drugod po telesu (5).

V rehabilitaciji slepih in slabovidnih se zrcali odnos družbe do te problematike, predvsem pri zakonski ureditvi, ki urejuje možnost nakupa vidnih pripomočkov, izobraževanje in zaposlovanje slepih in slabovidnih. V Ameriki imajo v rehabilitacijskih centrih v večjih mestih organizirane izposojevalne programe in tako lahko vsak rehabilitant najprej brezplačno preskusi in uporablja vidna pomagala, nato pa jih ob raznih olajšavah odkupi. V Nemčiji je od l. 1987 zakonsko omogočeno, da vsa optična pomagala nudi zdravstveno zavarovanje na temelju izposoje (15, 16, 17, 18). Podobna zakonodaja bo vpeljana tudi v Avstriji in upajmo, da tudi pri nas. Takrat vidni pripomočki ne bodo vprašanje denarja, ampak bodo dostopni vsakomur, ki jih potrebuje za boljšo kakovost življenja.

Čeprav slepim in slabovidnim ne moremo vrniti vida, marsikdaj ne moremo niti preprečiti izgube njihovega preostalega vida, lahko pa jim s primerno rehabilitacijo olajšamo velike težave pri prilagajanju za bolj kakovostno življenje (19). Zato je pomembno zgodnje odkrivanje in razpoznavanje otrok s prizadetim vidom, predvsem tistih z multiplimi okvarami, pomembna pa je tudi njihova zgodnja rehabilitacija ob multidisciplinarnem pristopu od rojstva dalje.

Literatura

- Boergen KP. Untersuchung bei Frühgeborenen. *Klin Mbl Augenheilk* 1989; 194: 396-400.
- Aulhorn E. Soziale Integration in Abhängigkeit von der Prognose. In: Hammerstein W, Lisch W eds. *Ophthalmologische Genetik*. Stuttgart: Enke, 1985; 368-74.
- Golob M. Pot k svetlobi. Ljubljana: Zavod za slepo in slabovidno mladino, 1989; 7-95.
- Fraser G, Friedmann A. The causes of blindness in childhood. Baltimore: John Hopkins Press, 1967.
- Jay B. Genetic causes of visual handicap: prevalence and prevention. In: Smith V, Keens J eds. *Visual handicap in children*. London: Heinemann Medical Books, 1979; 94-101.
- Schappert-Kimmijser J, Hansen E, Haustrate-Gosset MF, Lindstedt E, Skydsgaard H, Warburg M. Causes of severe visual impairment in children and their prevention. *Documenta Ophthalmologica* 1975; 39: 213-341.
- Sorsby A. The incidence and causes of blindness in England and Wales. London: H.M.S.O., 1972; 1963-8.
- Scott EP, Hatlen PH, Jan JE. Educational and vocational training in blind and partially sighted children in Canada and the United States. In: Smith V, Keen J eds. *Visual handicap in children*. London: Heinemann Medical Books, 1979; 156-60.
- Warburg M, Frederiksen P, Rattleff J. Blindness among 7700 mentally retarded children in Denmark. In: Smith V, Keens J eds. *Visual handicap in children*. London: Heinemann Medical Books, 1979; 56-67.
- Elston J. Epidemiology of visual handicap in childhood. In: Taylor D eds. *Pediatric ophthalmology*. Oxford: Blackwell, 1990; 3-6.
- Fine SR. Incidence of visual handicap in childhood. In: Smith V, Keens J eds. *Visual handicap in children*. London: Heinemann Medical Books, 1979; 36-42.
- Sommer A. Organizing to prevent third world blindness. *Am J Ophthalmol* 1989; 107: 544-6.
- Whitfield R, Schwab L, Ross-Degnan D, Steinkuller P, Swartwood J. Blindness and eye disease in Kenya. *Br J Ophthalmol* 1990; 74: 333-40.
- Minassian DC, Mehra V. 3.8 Million blinded by cataract each year; projections from the first epidemiological study of incidence of cataract blindness in India. *Br J Ophthalmol* 1990; 74: 341-3.
- Demorest BH. Eye care for the children of America. *J Ped Ophthalmol* 1991; 28: 64-7.
- Merté HJ. Rehabilitation von Sehbehinderten-Voraussetzungen und Ziele. *Klin Mbl Augenheilk* 1975; 166: 151-5.
- Baumann HE. Was soll der Schweizer Augenarzt über Integritätsschäden wissen? *Klin Mbl Augenheilk* 1990; 196: 428-9.
- Hugger H. Der Blindheitsbegriff im Schwerbeschädigten-Gesetz, Schwerbehinderten-Gesetz, Bundessozialhilfe-Gesetz und Bundesversorgung-Gesetz. *Klin Mbl Augenheilk* 1975; 166: 271-3.
- Gieser DK. Visual rehabilitation. *Ophthalmology* 1992; 99: 1622-5.

Obletnice

POMLADNA SONATA V BEGUNJAH

Jurij Zalokar

Obletnice so priložnost, da spregovorimo tako o preteklosti kot o bodočnosti. Ker je čas pred nami poln nevarnosti, pa je prav, da se ozremo predvsem v prihodnost. Preteklosti ne moremo spreminjati, moramo pa v njej iskati pouk, kaj danes storiti drugače, da se izognemo nevarnostim, ki sem jih omenil. Prav zaradi tega sem se odločil, da se udeležim proslave ob 40. obletnici bolnišnice. Ne gre namreč le za bolnišnico, niti ne le za psihiatrijo. Psihiatrija in njene ustanove niso samo ena od vej medicine, ampak predstavljajo tudi eno od vej narodne kulture. Kot taka ima psihiatrija važno vlogo tudi pri oblikovanju zavesti naroda in ne le pri urejanju svojih ožjih nalog. Če ji hočemo služiti v tem širšem pomenu, pa moramo najprej pogledati, kje smo.

Smo v času razpada vseh vrednot. Človek misli le še na denar, in to celo bolj tisti, ki ga ima na pretek, kot tisti, ki ne ve, kako bo shajal do konca meseca. Ljudje se pehajo za užitki in položajem ali pa tonejo v malodušju in se predajajo alkoholu in mamilom. Mnogi molčijo, ker jih je strah, da izgubijo še tisto, kar jim je ostalo. To je svet kozmopolitizma dolarja in marke, svet sebičnosti, ki ustvarja spore in kaos. Sebičnosti, ki na koncu pripelje in je že pripeljala do delitev in vojn.

Ljudje so izgubili orientacijo. Gledajo na Zahod in ne vedo, da je tudi Zahod pred razsulo. Njegova civilizacija je zgrajena na laži, nasilju in ropu. Želja, da bi mu bili enaki, je torej želja, da bi uživali v tem, kar je kolonializem včeraj in danes pokradel in nagrabil od nemočnih ljudstev.

Vsakdo misli samo še nase. Brat izdaja brata, narod se obrača proti narodu. Propaganda nas spodbuja k sovražtvu in slepoti.

Zato je čas, da se vprašamo, kaj lahko v tem času naredimo mi sami, kaj lahko stori naša stroka? Vsega prav gotovo ne. Nekaj pa le. Psihiatrija lahko postane ena od celic moralnega osveščanja. Kot vsi pa mora tudi ona najprej skozi katarzo. Potem mora iti naprej k iskanju dobrega v človeku, k utrjevanju fiziološkega in ne k širjenju patologije. Iskati mora družbene vezi, prijateljstvo, in ne razdor; ustvarjalnost, in ne uničujočih zdrah.

Veliko je tega, kar je bilo razrušenega zadnjih dvajset let. Graditi je treba marsikje znova, s temeljev. Graditi moramo porušene mostove. Tako tiste med nami kot tudi tiste, ki spajajo narode.

Najprej pa moramo zgraditi most v nas samih, med seboj in svojo vestjo, saj je vest tista, ki nas prav usmerja k resničnim vrednotam. Spravljeni s seboj v samih sebi bomo šele zmogli graditi. Šele pošteno do samih sebe bomo lahko poštene do sosedov, do svoje ustanove, do svojega naroda in do sosednjih narodov. Potem bomo tudi na jugoslovanskem prostoru spet lahko gradili mostove med različnimi kulturami in navadami. Med njimi so tudi resnični mostovi, ne le mostovi v prisposobi. To je na prvem mestu stari most na Neretvi. Bil mi je še posebno pri srcu, saj sem ga leto za letom med počitnicami nešteto prečkal, zavil čezenj v Kujundžiluk, potem pa višje, na pokopališče, kjer je bil grob največjega hercegovskega pesnika Alekse Šantića, kjer sta bili dve pravoslavni cerkvi, velika in majhna, od koder je bil čudovit pogled na drugo stran Neretve, tja do katoliške cerkve in številnih džamij. Vsega tega zdaj ni več. Nazadnje je padel tudi most. Sredi ruševin je ostala le Šantićeva oporoka, oporoka pesnika, ki so ga imeli za svojega Srbi, Hrvati in Muslimani. V neki pesmi je zaklical rojakom, ki so iz revščine bežali na pečalbo v tujino:

«Ostajte ovdje!»

To, da gradimo mostove, je tudi naloga psihiatrije. Če zgradimo most do samega sebe in do resničnih vrednot, h katerim nam kaže pot naša vest, ne bo več strahu in tudi ne bo več projekcije strahu in sovražstva na drugega. Odpravili bomo poguben sindrom grešnega kozla, o katerem je pisal francoski psihiater Baruk. Potem bomo imeli moč, da pomagamo tudi našim bolnikom zgraditi most do samega sebe, saj so vsi nekje razcepljeni: od alkoholika in nevrotika do naših pravih duševnih bolnikov. Shizofreniji celo

pravimo duševna razcepljenost. Oni prvi, to je alkoholiki in nevrotiki, rabijo moralno trdnost, to pa dajejo samo prave vrednote. Samo tisti, ki je v sebi trden, lahko kljubuje težavam življenja in se lahko upre zasvojenosti. Ti ljudje ne rabijo zdravil: kajti nikoli nam nobeno zdravilo ne bo dalo resničnega poguma ali resnične modrosti in nikoli nobeno zdravilo ne odpravi strahu. S strahom in težavami se mora vsakdo soočiti sam. Potreben pa je spodbude, zgleда in tovariškega vzdušja in pomoči.

Celo pri psihozah je ljubeče, toplo in varno okolje tisto, ki najbolj uspešno odpravlja strah. Ustvarjati ga mora psihiatrična bolnišnica. Pri ustvarjanju takega okolja imajo medicinske sestre, negovalke, delovni terapevti in drugi, ki so ves dan med bolniki, največji pomen, skupaj z vsemi, ki kakorkoli omogočajo delovanje bolnišnice. Seveda so pri psihozah potrebna tudi zdravila. Toda biti jih mora ravno prav. Ščepec preveč je že strup, ščepec premalo pa ne pomaga. Začetnik sodobnega zdravilstva, Paracelsus, ki je delal tu na našem prostoru, je zato rutil: povsod je treba najti pravo mero. Tudi pri zdravilih.

Most v sebi, zgrajen z vrednotami, poštenostjo, ljubeznijo, razumom in vero v resnico, pa potrebujemo tudi, ko se trudimo, da bi uveljavili psihiatriji tisto mesto v družbi, kot ga mora imeti, če hoče dobro pomagati bolnikom. Tudi pri tem je potreben pogum, saj je psihiatrija še vedno marginalizirana.

Toda še en razlog je, zakaj nas prav psihiatrija v Begunjah zavezuje k temu, da najdemo sami sebe, tako kot so nekoč učili stari Grki, ko so kot osnovno pravilo življenja zapisali zapoved: «Spoznaj samega sebe!» Razlog pa je ta, da deluje bolnišnica v svetem kraju trpljenja naših ljudi v času upora in narodnoosvobodilnega boja proti nacizmu in okupatorju. Številnim žrtvam se lahko oddolžimo le tako, da delamo dobro in najdemo sebe. Spomnimo se pri tem, da je med grobovi talcev ob bolnišnici tudi grob znanega predvojnega psihiatra doktorja Kamina.

Na koncu še beseda tistim, s katerimi sem delal skupaj in ki so zdaj v zasluženem pokoju. Prepričan sem, da ste vsi brez izjeme lahko v sebi mirni zaradi številnih dobrot, ki ste jih nudili svojim bolnikom. Edino priznanje za preteklo delo je dobro opravljena naloga. To pa daje mir. Pot k vrhu gore, na katero se vzpenja vsako življenje in vsaka starost, naj bo tako kot planincu najlepša, ko se bliža vrhu. Če kdo res razume življenje, ve, da je tisto najlepše v življenju pred nami in ne za nami, nekje daleč doli v dolini. Zato naj tudi starost, v katero prehajamo, gleda naprej in ne nazaj. Vsem pa, ki še delate v bolnišnici, želim veliko uspehov.

In čisto na koncu: vsi smo lahko hvaležni organizatorjem proslave, da so povabili ugledne glasbenike in jo začeli z Beethovno Pomladno sonato. Kot je povedal napovedovalec, je Beethoven ustvarjal iz trpljenja, tako kot je tudi bolnišnica rastle iz trpljenja. Enako je bilo z njegovo deveto simfonijo, ki s Schillerjevo Odo radosti premagala trpljenje in se združi z Resnico. Glasba, ki sta nam jo posredovala violinist Bravničar in pianistka Pucelj, je zato vabilo vsem nam, da vsak zase, vsaka ustanova zase, piše svojo posebno pomladno sonato, posebno deveto simfonijo, čeprav ne v notah in ne v pesniški besedi.

Strokovna srečanja

EVROPSKI KONGRES ŠOLSKE IN
VISOKOŠOLSKE MEDICINE
EUSUHM CONGRESS »Healthy Children
and Youth in Europe«
Leipzig, 1.–3. julija 1993

Jožica Mugoša

Po uspešnem zaključku slovenskega kongresa šolske in visokošolske medicine smo želeli, da bi nas čim več zastopalo šolsko medicino med evropskimi kolegi, še posebno v trenutku, ko nas

bodo sprejemali med svoje članstvo kot samostojne predstavnike. Zahvaljujoč sponzorjem in skromnosti kolegov, nas je kar deset lahko odpotovalo v Leipzig. Dvema od njih je potne stroške plačalo Ministrstvo za znanost in tehnologijo.

Prvi dan je bila v Leipzigu svečana otvoritev s koncertom mladih glasbenikov s priznane leipziške glasbene akademije, ki ima tudi stoletno tradicijo. Dan pa je bil posvečen združenju – EUSUHM (Evropsko združenje šolske in visokošolske medicine): tema: Promocija zdravja – ali se izplača?

Ostala predavanja so potekala v treh vsebinskih sklopih:

1. Prednostna skrb za preventivo in rehabilitacijo otrok in mladostnikov.
2. Programi promocije zdravja v otroški dobi in adolescenci.
3. Zdravstvene informacije v Združenju Evropi.

Kongresu so prisostvovali predstavniki vseh evropskih držav zahoda, vzhoda, severa in juga. V diskusijah je prišla do izraza razlika v načinu dela: bivše vzhodne države združujejo v svoji dejavnosti preventivo in kurativo, medtem ko imajo ostale to ločeno na način, ki ga sedaj z novo zakonodajo poskušamo uvajati tudi pri nas. Tako »približevanje zahodu« se dogaja tudi v ostalih državah, ki doslej niso delale po tem modelu. In tudi njihovi predstavniki so opozarjali, da se ruši dobro razvita in utečena dejavnost za mlade, ki bo imela slabe posledice.

Od desetih slovenskih predstavnikov – če odštejemo Nemce kot gostitelje, smo bili najštevilčnejša predstavnika skupina in temu primerno opazni – nas je kar osem aktivno sodelovalo na kongresu. Organizacijo zdravstva šolarjev pri nas, promocijo zdravja študentov, anomalije vida pri študentih, premagovanje stresa, »šolo« za astmo, vseslovensko študijo o obremenjenosti naših šolarjev in zaključke kongresa smo predstavili: dr. Urška Arko, dr. Jelka Maren, dr. Terezija Oven, prim. mag. dr. Marjana Šalehar, dr. Vida Šušteršič-Bregar, dr. Mojca Juričič in dr. Jožica Mugoša. Prim. dr. Marija Vodnjov je pod poster o zdravstveni vzgoji nalepila še plakat lepe štajerske pokrajine.

Predsednik evropskega združenja Finec Juhani Perasalo, ki se zaradi obveznosti ni uspel udeležiti našega kongresa, kljub izkazani dobri volji, in urednik biltena Šved Ingemar Engström sta se osebno zanimala, kako poteka zdravstveno varstvo šolarjev in študentov pri nas. Po tujih referatih in z osebnimi stiki s kolegi iz drugih držav smo ugotavljali razlike v organizaciji in vsebini dela. Ponekod šele sedaj pristopajo k sistemskemu reševanju in boljšemu varstvu šolarjev in mladine – tudi v razviti Evropi. Žal pa so tako patologija kot psihosocialne težave šolarjev in študentov pri nas primerljive z drugimi državami.

Vse v zvezi s kongresom se je dogajalo v prostorih Univerze v Leipzigu v samem središču mesta.

Na predzadnji večer je zasedala skupščina EUSUHM-a in na dnevnem redu je bila tudi potrditev našega samostojnega članstva. Predsednik dr. Perasalo je vodil sejo z značilno severnjaško umirjenostjo, s skoraj hladnim dostojanstvom. Mi, ki smo želeli, da bi bilo to bolj emotivno, svečano, smo bili skoraj razočarani, čeprav je: »Dobrodošla, Slovenija« in aplavz namesto glasovanja kar prijal. Za delegate skupščine je bila to sicer samo še formalnost, saj so pred letom dni na predsedstvu združenja že razpravljali o našem članstvu.

Drugi aplavz smo doživeli, ko smo povedali, da bomo članarino poravnali takoj. Da smo imeli denar s seboj, se moramo ponovno zahvaliti Ministrstvu za znanost in tehnologijo, ki je članarino plačalo.

Upam, da bomo lahko na naslednjem slovenskem in kongresu Evropske unije čez dve leti v Angliji ugotovili in poročali, da so šolarji in mladina privilegirani državljani mlade države Slovenije – temu primerno zastopani v zakonodaji – in da se bo zdravstveno varstvo vsaj zadržalo na ravni, kakršna je še danes – reorganizaciji zdravstvenega varstva navkljub. Slaba naložba in kratkoročna bi bila varčevanje pri preventivnih programih, dolgoročna pa škoda

na zdravju mladih in kasneje odraslih – to danes še ni izmerljivo, ni pa dopustno, ker je zavedno. Zavezali smo se, da bomo sledili ciljem programa Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje vsem do leta 2000«, resnično pa si želimo, da bi jih lahko tudi uresničili.

PRVI KONGRES ŠOLSKE IN VISOKOŠOLSKE MEDICINE SLOVENIJE Radenci, 4.–5. junij 1993

Jožica Mugoša

Na sestanku kolegija šolskih zdravnikov Slovenije jeseni 1992 je bil na predlog tedanje vodje Enote za šolsko medicino dr. Urške Arko sprejet predlog, da organiziramo 1. kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije. Imenovan je bil organizacijski odbor, ki je zajel najaktivnejše predstavnike iz vseh regij, ter določena organizatorja: Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD in Inštitut za varovanje zdravja RS. Ko je bil kasneje določen še kraj kongresa – to so bili Radenci – se je gornjima soorganizatorjema pridružil še Pomurski zdravstveni center.

Odločitvi, da bo kongres že 4. in 5. junija leta 1993, sta botrovala dva tehtna razloga, ki sta vzdržala tudi kasnejša neargumentirana oporekanja nekaterih tej odločitvi, češ da smo se za kongres prehitro odločili:

1. V trenutku mnogih in hitrih sprememb v družbi, ob sprejemanju novih zakonov in reorganizaciji v zdravstvu, so se znašli otroci in mladina – naši šolarji in študentje – na obrobju pozornosti. Zato smo želeli ponovno opozoriti na posledice vseh teh sprememb in našo globoko skrb za mladi rod ter veliko željo, da jim tudi v bodoče pomagamo zdravo rasti v zdravem okolju. Predstaviti smo hoteli stanje na področju zdravstvenega varstva šolarjev in mladine ter opozoriti na potrebe, značilnosti in probleme mladih danes.

2. Želeli smo, da bi z zaključki in poročilom z našega kongresa sodelovali na kongresu evropskega združenja (European Union for School and University Health and Medicine – EUSUHM), ki je že bil predviden od 1.–3. julija 1993. To je bila izredna priložnost za našo promocijo v trenutku, ko naj bi bili na skupščini Evropske unije tudi uradno sprejeti vanjo kot samostojni člani.

Določene so bile naslednje teme kongresa:

- Promocija zdravja – moderator: dr. Urška Arko
- Zdrav šolar, študent v svojem okolju – moderator: prim. dr. Marija Vodnjov
- Bolni otroci in mladina – moderator: prim. mag. dr. Marjana Šalehar
- Mladi in prosti čas – moderator: dr. Jožica Mugoša
- Psihosomatski problemi v mladosti – moderator: dipl. psih. Azra Kristančič.

Razširjeni strokovni kolegij za šolsko medicino – kasneje »degradiran« v stalno strokovno skupino za šolsko medicino pri Razširjenem strokovnem kolegiju za varovanje zdravja – je potrdil organizacijo in teme kongresa in določil, da sodi strokovni del kongresa v program strokovnega izpopolnjevanja za priznanje licence, kar je bilo pri Zdravniški zbornici kasneje tudi sprejeto. Ker naj bi skrb za mladi rod vsestransko podprla tudi vlada, smo zaposlili za pokroviteljstvo dva vladna resorja, ki sta to tudi sprejela: Ministrstvo za zdravstvo in Ministrstvo za šolstvo in šport. Ministrstvo za znanost in tehnologijo pa je kongres finančno podprlo.

Predsednik države Milan Kučan se zaradi drugih vnaprej dogovorjenih obveznosti kongresa ni mogel udeležiti, je pa sporočil: »...želim vam obilo uspehov pri delu na tem tako pomembnem področju medicine. Pomembnem za prihodnost naše države Slovenije zato, da bi v njej lahko živeli zdravi rodovi. Pogoj za

duševno in zdravo rast in razvoj otrok pa je zdravo in varno okolje in življenje. Čas, v katerem živijo, rastejo in se šolajo naši otroci, ni prijazen. Onesnaženo okolje, slaba prometna varnost, ki terja vse preveč žrtev prav v njihovih vrstah, padec standarda in s tem slabšanje pogojev življenja, predvsem zdrave prehrane, ne sme biti naša zapuščina. Zato so tako nujna prizadevanja za izboljšanje stanja, kamor sodi tudi vaša manifestacija. Sam sem si in si bom prizadeval, da bi zdrav nasmeh in sreča ne izginila z obraza naših otrok, da bi jim spomin na otroštvo, ki je tako specifičen in nas spremlja vse življenje, ne bil temačen. Zato vam nudim tudi v bodoče vso svojjo podporo in pomoč...» (Delni prepis pisma.)

Na svečani otvoritvi kongresa sta obe ministrstvi – pokrovitelja – zastopala državna sekretarja za zdravstvo prim. dr. Dunja Piškur-Kosmač in za šolstvo in šport dr. Pavle Zgaga. Od vabljenih častnih gostov so se kongresa udeležili tudi: dekan Medicinske fakultete prof. dr. Mitja Bartenjev, direktorica IVZ RS prim. dr. Metka Macarol-Hiti, predsednik SZD prof. dr. Anton Dolenc, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prim. dr. Kurt Kancler, predstojnik katedre za socialno medicino doc. dr. Marjan Premik, podpredsednica EUSUHM-a prof. dr. Živka Prebeg, prof. dr. Saša Cvahte, prim. dr. Fina Dovečar, direktor Pomurskega zdravstvenega centra in direktor Zdravilišča Radenci.

Vsi gostje so v pozdravnih govorih poudarili pomen varstva šolarjev in študentov in se zavzeli za ohranitev celovite zdravstvene zaščite mladih. Poudarili so tudi visoko raven dosedanjega dela. Podprli so strategijo šolske medicine, da se vsi vključimo v programe, s katerimi bi dosegli cilje Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje vsem do leta 2000«. Ocenili so, da je dosedanje dolgoletno zdravstveno varstvo s svojim inter- in multidisciplinarnim pristopom opravičilo svoje poslanstvo. Mladim ljudem smo dolžni oporavljati zdravje. Pravico imajo do boljšega, kakovostnejšega in manj stresogenega življenja.

Direktor Pomurskega zdravstvenega centra pa je nanizal še podatke o razvoju in delu šolske medicine v Pomurju ob njeni 60-letnici, ki so jo slavili v letu 1993. Ta visoki jubilej je bil tudi eden od bistvenih razlogov za odločitev o kraju 1. kongresa.

Slavje se je nadaljevalo s podelitvijo priznanj. Prejeli so jih prvi specialisti šolske medicine v Sloveniji – tedaj imenovane še šolska higiena – ki so jo začeli leta 1954:

1. dr. Marija Dekleva
2. dr. Nuša Pogačnik-Kansky
3. dr. Nada Oršič – vse iz Ljubljane
4. dr. Ernestina Likar-Miklavčič – Idrija
5. dr. Marjan Veber – Celje
6. dr. Eva Lovše – Maribor

Svečanosti je dal še posebno prikupno noto nastop učencev osnovne šole v Radencih – kot predstavnikov tistih, katerim je delo in skrb šolske medicine namenjena – pod vodstvom svojih učiteljev, ki so celo »pozabili«, da imajo v dnevih našega kongresa svoj štrajk!

Aktivno je na kongresu sodelovalo več kot 70 udeležencev. Med njimi so: šolski zdravniki, predstavniki različnih klinik – infekcijske, pediatrične, ORL, stomatološke, kirurgije – inštitutov: IVZ, za kriminologijo; fakultet: medicinske, pedagoške, za šport; zavodov: za zdravstveno varstvo, za šolstvo in šport, za rehabilitacijo invalidov; psihologi, pedagogi s terena in drugi strokovnjaki, npr.: iz Sveta za preventivo in vzgojo v cestnem prometu, Urada za mladino. Aktivno so nastopili tudi kolegi iz Hrvaške.

Vodja projekta »Program nacionalne kakovosti RS« mag. Mitja Borko je kot povabljeni gost predstavil cilje projekta in možnosti njegovega uresničevanja na področju zdravstva.

Bistvene vsebinske zaključke strokovnega dela kongresa povzemamo v tri glavne sklope:

1. Promocija zdravja

Predpogoj za to so: usmerjenost posameznika in družbe ter politike v zdravje. Širiti znanje in z zakoni zagotoviti: zdravstveno varstvo, zdravo okolje in zdrav način življenja. Potrebno je

medsebojno sodelovanje in povezovanje na vseh ravneh. Organizacija dispanzerske metode dela z ustrežno usposobljenim kadrom in usmerjeno vsebino preventivnih programov. Treba je razvijati celovito zdravstveno varstvo in spremljanje življenja v naravi. Poslati je treba apel državi, vladi, da v zdravje vsakega človeka – še posebej otrok in mladine – bodočnost vsakega naroda, zato je nujno sprejeti in spoštovati vse deklaracije, ki govorijo o pravicah otrok in mladine, in jih uvrstiti v nacionalni program.

2. Zdrav in bolan šolar in študent v svojem okolju

Poudarjena je bila zdrava, okolju prilagojena in prijazna šola kot pogoj za zdravje in uspeh učencev. Prikazan je bil projekt »Evropska mreža zdravih šol«, v katerega je vključenih tudi deset naših osnovnih šol, približalo pa naj bi se mu čim več naših šol. Zdravstvena vzgoja je nujna: prilagoditi se mora sodobnim projektom in sodobnim didaktičnim prijemom. Nujno je skupinsko delo, še posebej za otroke s problemi, ob vstopu v šolo in pri poklicnem usmerjanju. Dalje se mora razvijati sistemska preventiva, ki naj temelji na uspehih pri prevenciji ust, zobovja, govora, gibal, nalezljivih bolezni, poškodb – še posebej v prometu. Poudarek vseh preventivnih programov mora temeljiti na samozaščiti.

Posebno obravnavo in spremljanje šolarjev in študentov zahtevajo mladi s kroničnimi boleznimi ali motnjami. Vsi otroci, mladostniki in študentje – zdravi, invalidi ali kakorkoli psihofizično neizenačeni – morajo živeti v čim bolj normalnem okolju in morajo biti vključeni, če je le možno, v redni učno-vzgojni proces, sicer pa individualno v program, prilagojen njihovim sposobnostim. Prizadevati si moramo, da bi dvignili kakovost življenja in pogoje zanj, tudi za tiste, ki svet podoživljajo drugače. Šolski zdravniki imajo prav tu posebno pomembno vlogo: spremljanje svojih varovancev v njihovem vsakodnevem okolju s sodelovanjem vseh drugih strokovnjakov, šole in staršev.

3. Mladi v prostem času in njihovi psihosocialni problemi

Med učenci in študenti je bilo kar nekaj raziskav na temo, kako doživljajo in izkoriščajo svoj prosti čas, kaj to zanje je, koliko ga imajo glede na obremenitve. Prosti čas, ki ga predpisuje šolski koledar, so počitnice, nedelje in prazniki, dnevno pa je odvisen od šolskega urnika – ko učenci niso pri pouku. Vendar je tudi največ tega prostega časa izpolnjeno z učenjem in drugimi šolskimi obveznostmi. Za sprostitev in odpravo utrujenosti je slabo poskrbljeno, slabo pa ga tudi sami izkoristijo. Veliko šolarjev je vozačev. Nekateri morajo od doma in živijo v mestu šolanja. Vstajajo prezgodaj, iz šole pridejo pozno. Pogojev za redno in pravilno prehrano ob tem nimajo. Premalo spijo, učijo se tudi pozno ponoči. Veliko gledajo televizijo, premalo se gibljejo. Biološki ritem je zelo moten, zato je tudi utrujenost velika. Stresogeni dejavniki, trenutne družbene norme, prilagajanje na drugačne pogoje življenja ali novo okolje, pritiski staršev in šole pogosto pripeljejo do psihofizičnih kriz mladih z odkloni v obnašanju. Bolezni zasvojenosti spremljajo svetovne trende in so v porastu, kot tudi posledice le-teh. Zdravstvena politika mora biti naravnana tako, da usmerja svojo dejavnost ob boleznih k zdravju na vseh ravneh medicine: primarna, sekundarna, terciarna preventiva. Pogoj za zdravje mora biti širša družbena skrb, zdravstvo daje lahko le svoj delež. Mladi še niso volivci, ne odločajo o sebi ne o politiki, nimajo svojih zastopnikov v javnem življenju, ne v parlamentu, nimajo svojih ministrov. Ali bodo ob naslednjih volitvah pravice mladih bolje zastopane v programih strank?

Strokovni del kongresa je bil zelo zgoščen zaradi velikega števila referatov v samo dveh dneh kongresa. Zato ni bilo dovolj časa za razpravljanje, kar je bila pomanjkljivost, ki jo bo treba na naslednjem kongresu popraviti. Je pa zato prišla do izraza vsa inter- in multidisciplinarnost delovanja in sodelovanja šolskih zdravnikov. Kongresa se je udeležilo več kot 200 udeležencev, ki so ves čas polno zasedali prijetno dvorano. Vsi bodo prejeli Zbornik referatov.

Navzočnost novinarjev nas je ohrabrila, da bodo problemi in ogroženost mladih bolj prisotni v javnih medijih in bo to pripeljalo k večjemu spoštovanju njihovih potreb.

Za prijetno počutje v Radencih so poskrbeli pomurski kolegi in medicinske sestre – pod vodstvom sekretarja kongresa dr. Jožeta Šumaka. Na predvečer kongresa nam je direktor Radencev priredil koktail in zaželel dobrodošlico. Na skupni večerji je družabni večer potekal ob pesmi vsem dobro znanega in priljubljenega domačina Vlada Kreslina, ki ga je navdušeno občinstvo najlepše nagradilo tako, da je veselo prepevalo z njim.

V soboto popoldne smo se z avtobusom popeljali na enkratni izlet po Pomurju in od blizu spoznali tamkajšnje tipično domačo obrt – katere predstavniki danes krasijo naše domače vitrine. Ob domačih dobrotah ter prijetnem pogledu na zelena pobočja gričev smo sproščeno kramljali in si ustvarjali vtise. Naporno delo in manjše težave ob organizaciji nam niso skalile dobrega občutka, še posebno ker so nam povedali, da je bil naš kongres – prvi kongres iz dejavnosti SZD v samostojni Sloveniji.

POROČILO O III. SLOVENSКИH PEDONTOLOŠКИH DNEVIH (velika predavalnica Medicinske fakultete)

Narcisa Košir

V Ljubljani je 5. in 6. novembra 1993 potekalo tretje srečanje slovenskih otroških zobozdravnikov. Namen srečanja je bil opozoriti na specifičnost poškodb v razvojnem obdobju in nepravilnosti pri ocenjevanju poškodb otrok pri zavarovalnicah, ne pa obravnavati celotno področje poškodb, ki je dobro predstavljeno v zdaj že lahko dosegljivi strokovni literaturi. Prav tako smo želeli dobiti odgovor na vprašanje, kakšna pota bo ubrala stroka, vendar je ta žal ostal nedorečen in nepopoln.

V dopoldanskem programu prvega dne so se predavatelji posvetili poškodbam mlečnega zobovja, v popoldanskem delu pa so obravnavali poškodbe stalnih zob z nedoraslimi koreninami. Tako dopoldanska (Košir, Škapin, Vučer, Lavrenčič, Žerdoner, Ladič, Reberc) kot tudi popoldanska predavanja (Pavšič, Kansky, D. Homan, Reberc) so opozorila na zamik, ki nastane med dnevom poškodbe in časom, ko se posledice pokažejo. S postopki zavarovalnice nas je seznanila zdravnica cenzorica zavarovalnice Triglav (Čas), s kazensko in civilnopravno oceno poškodb pa specialist sodne medicine in patolog celjske bolnišnice (A. Homan). S prispevkom o preprečevanju poškodb zobovja z ustreznimi ščitniki (Škapin) je bil delovni program prvega dne končan. Drugi dan je bil namenjen predavanjem – razpravam o nadaljnjem razvoju in usmeritvah stroke (Bartenjev, Šircelj) ter različnim prostim temam. Seznanili smo se z računalnikom na področju zobozdravstva (Cvikl, Ratkajec), prikazom zbolewnosti tri leta starih otrok za kariesom (Škapin, Košir), uvajanjem slinskih testov – pri nas še nove metode ugotavljanja dovzetnosti za karies (Košir) in nazorno shematsko predstavitevjo mehanizma delovanja fluoridov (Jevšek).

V živahni razpravi, ki je sledila predavanjem prvega in drugega dne, so se izoblikovali naslednji sklepi:

Posledice poškodb mlečnih zob se lahko na stalnikih pokažejo šele po njihovi izrasti v ustno votlino in pogosto zahtevajo dolgotrajno zdravljenje. Poškodbe zob teh otrok in mladine moramo često obravnavati pedontolog, ortodont, maksilofacialni kirurg in logoped.

Zobozdravniki, ki zdravijo poškodbe zob, morajo poskrbeti za ustrezno dokumentacijo ne samo zaradi zdravljenja in kontrol, ampak tudi zaradi kasnejših kazenskih in odškodninskih zahtev-

kov. Oblikovati moramo slovenski register poškodb zob, pri katerem naj bi sodelovali vsi zdravstveni domovi oziroma vsi v R Sloveniji delujoči zobozdravniki.

Poškodbe zob, zlasti tiste, ki nastanejo v otrokovem razvojnem obdobju, moramo zdraviti in ovrednotiti individualno. Zavarovalnične tabele invalidnosti nam pri tem ne morejo pomagati. Posledice teh poškodb lahko ocenimo šele po več letih, takrat pa zahtevek po odškodnini že zastara.

Pedontologi predlagamo zavarovalnicam, da se podaljša rok za uveljavljanje odškodninskega zahtevka (tri leta) do zaključene rasti stalnih zob oziroma da se pri otrocih preide na individualno vrednotenje poškodb.

Obrazci za prijavo nezgode, prijava nezgode za zavarovanje učencev in študentov ter zdravniško spričevalo o začasni nezmožnosti za delo otroškim zobozdravnikom niso v pomoč, saj so za nas neustrezni. Zato pedontologi predlagamo uvedbo novih obrazcev, v katerih naj bo dovolj prostora za opis poškodovanih zob. Sestavljeni naj bodo tako, da bodo vodili zobozdravnika pri izpolnjevanju. Pri oblikovanju bi morali sodelovati stroka in zavarovalnica.

Oblikovati moramo tudi novo tabelo invalidnosti, ki bo upoštevala starost otroka s poškodovanimi zobmi (kritični obdobji: mlečno zobovje, nedorasle korenine stalnikov). Gre za poškodbe s trajnimi posledicami, ki pa večinoma ne zahtevajo daljše odsotnosti od pouka oziroma dela.

Med sestavljenci novega Kazenskega zakona pri Zdravniški zbornici Slovenije pogrešamo predstavnika stroke, in zato predlagamo, da se mednje vključi tudi zobozdravnik.

Ugotavljamo pogoste poškodbe zobovja pri športnikih, predvsem pri kontaktnih športih. Ker ta populacija stremi k boljšemu zdravju, je nujno, da jo bolj zobozdravstveno prosvetimo in tudi z zakonodajo motiviramo za uporabo ščitnikov pri tistih športih, kjer obstaja velika verjetnost poškodb obraza in zobovja.

Živimo v času sprememb v zdravstvu in zobozdravstvu. Odločujoči naj otroškega in mladinskega zobozdravstva – izrazito preventivne veje zobozdravstva, ki je dosegla pomembne rezultate pri zniževanju KEP indeksa – ne prepustijo stihiji. Kjer pa je potrebno in možno, naj se omogoči konstruktivno povezovanje državnega sektorja z morebitnim privatnim. Vendar naj se delo v pedontologiji še naprej ravna po načelih preventive ob upoštevanju svetovnih smernic.

Rezultati petnajstletnega sistematičnega dela s populacijo triletnih otrok kažejo, da je nujno vključiti v redni – zagotovljeni program storitev slinske teste kot rutinsko metodo za odkrivanje otrok, bolj nagnjenih h kariesu. Več pozornosti moramo posvetiti razvadam, prehrani in oblikovanju pravilnega odnosa staršev in predšolskega otroka do zobozdravnika. Oblikovati moramo cilje za oralno zdrave h kariesu nagnjenih in ostalih predšolskih otrok.

Prvim moramo nakloniti večjo skrb pri zdravljenju. S ciljano fluoridacijo bomo najbrž lahko še znižali zbolewnost te populacije za kariesom.

Delo SZD

POROČILO O DELU PSIHIATRIČNE SEKCIJE SZD ZA OBDOBJE JANUAR 1992–JANUAR 1994

Milan Ličina

O delu naše sekcije smo poročali dvakrat v Zdravstvenem (sedaj Zdravniškem) vestniku. Obdelali smo delo Sekcije v obdobju 1981 do konca leta 1991.

Poskušal bi na kratko predstaviti dvoletno delo naše sekcije.

I.

Najprej smo se srečali 28. 2. 1992 v dvorani »Krke« skupaj s Sekcijo za pedopsihiatrijo in pedonevrologijo. Takrat so dr. Mojca Breclj-Kobe in ga. Vali Tretnjak predstavile problematiko »Avtizem kot razvojna motnja«.

Dr. Vesna Švab je predstavila prispevek »Razvojne motnje in psihoza«.

II.

Drugič smo se srečali v dvorani »Krke« dne 28. 4. 1992. Takrat je asist. dr. sc. Marga Kocmur predstavila svojo doktorsko disertacijo »Vpliv izvora nadzorovanja (locus of control) na življenjski slog žena alkoholikov«.

Dr. Vida Drame-Orožim in doc. dr. Ljubodrag Dorđević sta predstavila prispevek »Raba in zloraba laboratorijskih testov pri diagnosticiranju alkoholizma v praksi splošne medicine dela«.

III.

V lepem spominu nam je ostalo srečanje na Dispanzerju za mentalno zdravje v Novi Gorici dne 16. 10. 1992. Teme so bile psihofarmakološke:

Dr. Mirjana Damej-Pavko: »Poročilo o XVIII. CINP (nevropsihofarmakološkem) kongresu«, ki je potekal v Nici od 28. 6. do 2. 7. 1992.

Dr. Vlasta Meden-Klavora: »Psihofarmakološka praksa v Sloveniji«. Dipl. ing. farm. Silva Pečar-Čad: »Ambulantno predpisovanje anksiolitikov v Sloveniji v obdobju 1981–1991«.

Dr. Silvo Černelč: »Hospitalno predpisovanje psihofarmakov v obdobju 1983–1990«.

IV.

Četrtič smo bili v dvorani »Krke« dne 20. 11. 1992. Takrat so predstavili:

Dr. Tone Šteblaj: »Maligni nevroleptični sindrom – prikaz dveh primerov«.

Dr. Gina Novak-Grubič: »Progresivna paraliza – prikaz primera«.

V.

Petič smo se srečali v Galeriji Polje skupaj s Sekcijo za preprečevanje samomorov dne 18. 12. 1992. Takrat je bil tudi Občni zbor sekcije, ki ni bil volilni. Predstavili so:

Prof. dr. Janko Kostnapfel: »Begunci in postravmatske distresne motnje (PTSD)«.

Dr. Vlasta Meden-Klavora in dr. Dubravka Trampuž: »Ali res prepoznavamo suicidalnost«.

Na rednem letnem sestanku slovenskih zdravnikov je naši sekciji zaupana tema »Bolezni odvisnosti«.

Naš predsednik prof. dr. Janko Kostnapfel je dobil naziv »Častni član SZD«.

V tem letu so priznanja Psihiatrične sekcije SZD in Univerzitetne psihiatrične klinike dobili: prof. dr. Miloš Kobal, mag. dr. Marjan Pregl in dr. Janez Romih.

1993

I.

V letu 1993 smo se prvič srečali 11. marca 1993 v predavalnici CMZ v Ljubljani skupaj s poročevalci Medicinske fakultete v Ljubljani na javnem preizkusnem predavanju v postopku za izvolitev v naziv docentke za predmet Medicinska psihologija.

Dr. Onja Tekavčič-Grad, diplomirana psihologinja, s temo: »Izguba – žalovanje od običajnega do patološkega«.

II.

Drugič se je sekcija zbrala dne 23. 4. 1993 v dvorani »Krke« s predavanji:

Mag. sci. dr. Aleš Kogoj: »Vrste elektrodermalnih reakcij pri shizofrenih bolnikih – predstavitev magistrske naloge«.

Mag. Janez Mlakar, dipl. psiholog: »Motnje pozornosti pri shizofrenih bolnikih in psihofiziološki korelati«.

III.

Sestanek Psihiatrične sekcije SZD skupaj z Univerzitetno psihiatrično kliniko in farmacevtsko tovarno »Sandoz« dne 18. 6. 1993 v Predstavništvu »Sandoza« v Ljubljani.

Takrat so asist. dr. Blanka Kores-Plesničar in dr. V. Dev predavali »O novih pristopih v terapiji z Leponexom – Clozapinom«.

IV.

Četrtič smo se srečali 8. 10. 1993 v Mostu na Soči. Sestanek je organizirala dr. Klavora. Teme predavanj:

Dr. Vesna Meden-Klavora: »Razglednica iz Ria«.

Prof. dr. Miloš Kobal: »Poročilo o 9. svetovnem psihiatričnem kongresu«.

Dr. Miro Marič: »Kriteriji za izbor antidepressiva prvega reda«.

Vsem nam bo ostal v spominu literarni del, v katerem so sodelovali:

Prim. dr. Jure Zalokar: »Deklica«.

Prof. dr. Bazilija Pregelj s prispevkom »Kdo je tvoj oče«, posvečenim njenemu očetu, slovenskemu pisatelju dr. Ivanu Preglju, in prof. dr. Janko Kostnapfel s prispevki o partizanskem bolničarju in »našem starem profesorju«.

Pogrešali smo najbolj plodnega literata iz slovenskih psihiatričnih vrst prim. dr. Jožeta Felca.

V.

Petič smo se srečali v Psihiatrični bolnišnici Begunje na Gorenjskem dne 19. 11. 1993. Predavanja so imeli kolegi:

Dr. Andrej Žmitek: »Normalni razvoj možganov in patogeneza shizofrenije«.

Dr. Janez Resman: »Profilaksa in terapija afektivnih motenj s karbomazepinom«.

Dr. Branko Brivšek: »Nekaj misli o odnosu med zdravniškim osebjem in bolniki«.

Dr. Aldo Jovan: »Odvisnost od »igre na srečo« – problem, s katerim se srečujemo«.

Sestanek je bil v okviru proslave 40. obletnice Psihiatrične bolnišnice Begunje. Psihiatrična bolnišnica Begunje na Gorenjskem je dobila prvič kot ustanova priznanje Univerzitetne psihiatrične klinike in Psihiatrične sekcije SZD.

V letu 1993 je na devetem Svetovnem kongresu psihiatrov psihiatrična sekcija Slovenskega zdravniškega društva postala polnopravni član Svetovnega psihiatričnega združenja (World Psychiatric Association).

Našo sekcijo je predstavljal prof. dr. Miloš Kobal.

Občni zbor Psihiatrične sekcije SZD je bil 18. 2. 1994 v Galeriji Polje. V strokovnem delu so predstavili:

1. Prof. dr. Janko Kostnapfel: »Zakaj vojna (pismo Einsteina in Freuda)«.

2. Dr. Janez Rojšek: »Taksonomija psihosomatičnega prostora«. S tajnim glasovanjem je bil izvoljen nov upravni odbor Psihiatrične sekcije SZD:

- predsednik: prof. dr. Janko Kostnapfel
- podpredsednika: doc. dr. Slavko Ziherl in dr. Andrej Žmitek
- blagajnik: prim. dr. Franci Štrus
- tajnik: asist. dr. Milan Ličina in
- člani: prim. dr. Jože Darovec
dr. Vlasta Meden-Klavora
dr. Danijel Lajlar
mag. dr. Marjan Pregel
- nadzorni odbor: dr. Janja Stanič in dr. Mihaela Trtnik-Snoj

Priznanje Univerzitetne psihiatrične klinike in Psihiatrične sekcije SZD v letu 1993 so dobili: dr. Aldo Jovan in dr. sc. Marko Skulj.

Zanimivo je vedeti

SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES V LETU 1993 KONFERENCA ZA R SLOVENIJO (SSK-KS)

Bogdan Leskovic

Zadnje poročilo o njegovem delovanju je bilo podano pred letom dni (glej Zdrav Vestn 1992; 61: 401-2).

3. letno zasedanje SSK-KS se je zaradi obilice in zapletenosti tekočih zadev izvedlo šele 13. febr. 1993, potem ko se je na novo preverilo število članstva (sedaj 317). Na njem so sprejeli nov statut in izvolili svet SSK-KS z 32 člani, v katerem so zastopniki regionalnih podružnic (Celje in Šentjur pri Celju, Maribor in Brežice za Posavje – še v ustanavljanju), sekcij in posamezniki različnih intelektualnih poklicev. Zdravniki smo v njem štiri: dr. Bogdan Leskovic za medicinsko sekcijo, dr. Franc Zabukošek za podružnico Šentjur pri Celju, dr. Tine Velikonja in dr. Peter Zorčič za posavsko podružnico. Svet je na svoji prvi seji izvolil za predsednico dr. Ireno Mislej, umetnostno zgodovinarico, in za podpredsednika pisatelja Žarka Petana in dr. Janeza Dularja. Izvoljen je bil tudi nov izvršilni odbor za reševanje tekočih zadev. Z letnega zasedanja so bile poslana na ustrezna mesta pobude oziroma zahteve po določitvi meje s Hrvaško po načelu zgodovinske, naravnosti in pravičnosti s prostim dostopom Slovenije do odprtega morja. Dalje je bila postavljena zahteva, da se že končno kadrovske izpopolniti Ustavno sodišče R Slovenije in da se vsem 1278 osebam, ki jim je bilo protipravno odvzeto državljanstvo, to vrne brez posebne prošnje. Med drugim so poudarili še demografsko ogroženost Slovencev in potrebo po zaščiti slovenskega jezika.

Svet se je vse leto ubadal s pomanjkanjem sredstev. Z novo vlado in reorganizacijo ministrstev so zaenkrat ugasnila sredstva s strani države, sponzorska pa so se tudi močno omejila. Kljub temu je bil v redu plačan nemajhen znesek za vzdrževanje pisarne Glavnega odbora SSK v Trstu. Izvesti pa ni bilo mogoče nobenega projekta. Sprejet je bil sklep, da se uvede letna članarina 1200 tolarjev, za upokojeince 600. Pisarno so zapustile tri pomembne moči, med temi tajnica in generalni sekretar, ostal je le en sam stalni uslužbenec. Pomoč v živilih je bila poslana Slovincem v Zenici in Kaknju (BiH), ko je bilo to še možno. Predstavniki teh so se še sami oglasili na našem sedežu, ki jim je skušal pomagati po svojih močeh. Na apele konferencam SSK po svetu se je odzvala le kanadska, ki je pri svoji vladi izposlovala sprejem 500 begunskim osebam, ki že imajo sorodnike v Kanadi.

V domači javnosti se je SSK-KS pojavila večkrat z okroglo mizo, predavanji in aktivno udeležbo na drugih prireditvah. Tako so obravnavali temelje družinske politike v R Sloveniji, pripravo zakona o popravni krivic, problematiko avstralskih Slovencev in multikulturalnost ter slovenske likovnike v svetu. Dvakrat je bilo predstavljenih skupno 68 knjig slovenskih pisateljev iz Argentine, ki so nato prišle v prodajo. Aktivna je bila udeležba na kongresu Mednarodnega združenja za zaščito ogroženih jezikov in kultur, ki je bil v Poljčah pri Begunjah.

Revija Slovenski svet, ki naj bi postala revija vsega SSK, je izšla zadnjič v januarju 1993. Gradivo za novo številko je bilo že zdavnaj zbrano, čaka le še na sponzorje.

SSK – Glavni odbor v Trstu

Sedaj povezuje enajst konferenc, ki so v Avstraliji, Kanadi, Nemčiji, Franciji, Avstriji, Veliki Britaniji, Švici in Liechtensteinu ter Skandinaviji, v zamejstvu pa na Koroškem in v Furlaniji-Juljski krajini ter seveda slovensko. V ZDA in Argentini še ni konferenc, čeprav so Slovenci aktivni. V New Yorku so npr. zdravniki zbrali 12.000 dolarjev za potrebe ene od klinik Kliničnega centra v Ljubljani.

Zadnje zasedanje glavnega odbora je bilo v Ljubljani 6. 9. 1993. Določili so 5. in 6. april 1994 za redno zasedanje SSK v Sloveniji, po možnosti v Celju. Glavna tema bo na novo opredeliti program, cilje in naloge SSK glede na spremembe, ki jih je prinesel čas. SSK, ki je sedaj v očitni krizi, je treba poživiti, ker je po mnenju vseh potreben. Predvidevajo prenos sedeža SSK iz Trsta v Ljubljano, problemi njegovega vzdrževanja pa ostajajo odprti.

Medicinska sekcija SSK-KS (prej zdravniška)

Sekcija je živela in delala v senci težav konference. Ta čas niso bili ustvarjeni osnovni pogoji za njen razmah. Uresničen namreč ni bil informacijski sistem, ki bi omogočil evidenco in možno povezavo slovenskih zdravstvenih strokovnjakov in znanstvenikov po svetu, zamejstvu in tukajšnjih v korist strokovnih pa tudi drugih interesov. Da bi v tem vsaj poskusili, smo na seji odbora 2. in 16. 6. 1993 sklenili, da povabimo k sodelovanju prek Zdravniškega vestnika, revije Slovenski svet in po faksu ostale konference. Doslej odziv ni bil velik, vendar je bil, tudi iz Nemčije. Po faksu se je odzvala spet le kanadska konferenca, ki je po svojem načelniku dr. Srečku Preglju (psihater) ljubeznivo odgovorila na našo prošnjo.

Dalje je bila v programu sekcije pridobitev štipendij za podiplomski študij mladih slovenskih zdravnikov iz inozemstva pri nas. Razgovori na pristojnih mestih so že nekaj obetali, vendar je z novo vlado in reorganizacijo ministrstev vse obstalo. V zadnjem času pa je dal pobudo dr. Božo Dimnik za ustanovitev fundacije za podiplomski študij tukajšnjih zdravnikov v inozemstvu s pomočjo tujih farmacevtskih tovarn.

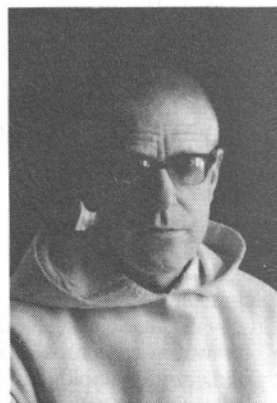
Za zaključek. Z obsežnim opisom dela Konference za Slovenijo in glavnega odbora SSK sem skušal prikazati razmere, v katerih živi in dela z njima povezana Medicinska sekcija vsem težavam navkljub.

Dospelo 24. 10. 1993

Aktualni pogovori

POGOVOR S PRIORJEM KARTUZIJE PLETERJE P. JANEZOM HOLLENSTEINOM

Pater Janez Marija Hollenstein se je rodil leta 1933 v Švici. Leta 1952 je vstopil v Kartuzijo La Valsainte pri Fribourgu v Švici. Od leta 1963 živi v Kartuziji Pleterje, od leta 1985 je prior te kartuzije.



Kartuzijanski red je ustanovil sv. Bruno v Franciji leta 1084. Matični samostan je Grande-Chartreuse blizu Grenobla. V Slovenijo so prišli kartuzijani okrog leta 1160, v Žiče leta 1160, leta 1174 v Jurklošter, leta 1260 v Bistru pri Vrhniki in leta 1403 v Pleterje. Pleterje je edina še živa kartuzija v Sloveniji, ki jo je dal zgraditi celjski grof Herman II. (ukinjena je bila leta 1595, obnovljena leta 1904).

Kartuzijani postavljajo na prvo mesto meniško duhovnost krščanskega vzhoda v preobleki, ki sta jo dala Kasijan in Benedikt. Jedro kartuzijanske

duhovnosti je puščavniško življenje v skupnosti. Bogoslužje da trden in stvaren okvir zelo svobodnemu samotarskemu in meditativnemu življenju v celici.

ZV: Gospod prior, o Vas se pravzaprav zelo malo ve. Nekako se zavijate v skrivnost. Tudi mi nismo prišli pri pripravi tegale pogovora do kaj večje količine podatkov. Ostajate takšni namerno?

JH: Ni veliko povedati o meni. Leta 1954 sem naredil prve, 1957 večne obljube, leta 1959 sem bil posvečen za duhovnika, leta 1963 sem prišel v Pleterje, od leta 1985 pa sem prior tega samostana.

ZV: Kaj ste po izobrazbi?

JH: Študiral sem teologijo in filozofijo.

ZV: Menda ste v mladosti razmišljali tudi še o čem drugem?

JH: Bilo je obdobje, ko bi bil rad klovn, pa artist, kovač, kar dejansko sem. Bil sem zelo praktično usmerjen. Na koncu je ostala dilema misijonar ali kontemplativni menih.

ZV: Menim, da so fantje z 18 leti le redko zreli za odločitve, ki jih kasneje veže za vse življenje. Kakšna, menite, da je vloga za takšno odločitev v družini, morda še kje?

JH: Včasih so bili ljudje bolj zreli.

Odločitev je bila povsem moja, starši so mi jo prepuščali in bili izredno diskretni. Čeprav sem se nameraval posvetiti za meniha, sem študiral v javni gimnaziji. Moji starši so za moje odločitve vedeli, a me niso niti v poklic niti v način študija ne usmerjali niti mi branili.

Po odhodu v samostan sem imel tedaj še 5 let časa do trajne zaobljube, danes imajo na voljo 7,5 leta.

ZV: Kaj napoti mladega človeka, da se odloči za redovniško – samostansko življenje?



JH: Motivacija je najbolj pomembna. Kandidata vprašam, kaj od nas pričakuje. Če pričakuje tisto, česar mu ne moremo dati, ni za nas. Motivacija mora biti v njem. Rekel bi, da mora biti prizadet božje ljubezni, lepote, absolutnosti, da se posveti le Njemu.

Napačna oz. nesprejemljiva je alternativa kartuzijan ali nič. Kadar se ta v življenju postavi, potem je to nič. Alternativa je le, kartuzijanski ali drugi red, če kdo hoče postati redovnik.

Po judo-krščanskem izročilu je bistvo vsakega oklica izvršiti bogupodobnost. Bog je po naši veri oseba in ljubezensko občestvo. Vsak človek je po naravi ustvarjen po božji podobi kot oseba. Zakonska zveza je pa znamenje, zakrament bogupodobnosti kot občestvo in znamenje božje ljubezni do stvarstva. Celibat redovnika ali devištvo naj bi bilo teološko tolmačenje te ljubezni.

Če nekdo ni sposoben za zakonsko življenje, tudi ni sposoben za redovniško življenje. To kar mi živimo, je ljubezenska avantura. Prijateljstva se moramo naučiti. Današnji človek pogosto nima pravega izkustva prijateljstva.

ZV: Pravite, da pomeni doseči lastno identifikacijo – se dati, se dati. Kaj ste Vi dali?

JH: Lahko je ljubiti črnca na ekvatorju. Lahkotnost ljubezni naposodo. Potrebno pa je ljubiti ženo, otroka, ljudi okrog sebe, moje brate, tudi kadar so težavni. Ljubezen živimo vsak dan, tam kjer živimo.

ZV: Trdite, da je današnja mladina manj zrela, kot je bila pred 30 in 40 leti. V čem se to kaže?

JH: Današnji človek se do 30. leta ni sposoben odločiti za življenje, ni sposoben odgovornosti, zrelosti za odločitve in prevzemanje posledic teh odločitev. V kartuzijanskem življenju otežuje še dejstvo, da ne vidiš neposredno sadov svojega življenja, ni pridobitniško življenje...Vsega v življenju ni mogoče kvantitativno meriti, to je tudi vzrok številnih nesporazumov in kriz. Zdravniški poklic ima mnogo podobnosti z našim. To pomeni živeti s fiaskom, priznati, da nisi uspel. Nekajkrat sem bil v bolnišnici, kjer sem neposredno čutil borbo za življenje, človeško ljubezen. Velika izkušnja je bila to zame.

ZV: V Slovenijo ste prišli iz Švice. Kako ste doživljali spremembo kulturnega okolja, drugih navad, politike itd.?

JH: To je bila zame huda kriza, ki je trajala 5 let. Ni šlo samo za različno kulturo. Samostan v Pleterjah je majhen, sam sem prišel iz velike skupnosti. Običajno ima kartuzija okrog 20 menihov. Tedaj sem bil že 10 let menih. Okvir življenja v Sloveniji je povsem drugačen. V začetku sem imel težave tudi z jezikom, čeprav sem intenzivno želel spoznavati druge kulture.

ZV: Kaj je bilo najtežje?

JH: Povsem različna je bila mentaliteta. Bil sem zelo izoliran. Iz švicarskega samostana nas je bilo namenjenih 12, ki so šli v druge samostane in države, 3 smo hoteli iti skupaj v Pleterje. Na koncu sem odšel v Pleterje sam. Morda sem v tistem času doživljal hkrati še poklicno krizo. V švicarskem samostanu je bilo vse zelo urejeno, morda celo preveč pedantno. Vsaka tratica je bila polikana, urejeno dvorišče. Mesto za parkiranje. Tu pa je bilo vse nasprotno, precej zanemarjeno, sobratov je bilo malo, sprejem ni bil preveč prijazen. Povsem sem izgubil apetit. Tedaj tega nisem mogel dojeti, zdaj pa sprejemam to hišo.

Hito sem se učil. Spoznal sem, da tisto, kar sem prinesel, ni merilo. Videl sem, da so tudi druge vrednote, morda boljše. Počasnejši razvoj oz. razvoj z zaostankom je lahko tudi prednost.

Ugotovil sem, da je življenje tu bolj zdravo.

Po razumevanju še nisem Slovenec. Ne mislim tako kot Slovenci – nacionalno. Še vedno razmišljam tako kot Švicarji, politično.

V zadnji vojni leta 1991 tujci Slovencev niso razumeli. Slovenci so v zgodovini preživeli zaradi čvrste nacionalne zavesti. Švicarji pa nismo narod, tudi ne nacionalisti, smo politični konglomerat, mislimo politično. Če živiš nacionalno, pa je nevarnost, da postaneš fašist. Ljudje, ki hočejo voditi druge, se morajo tega zavedati.

ZV: Če sem Vas prav razumel, bi zaprli oz. razpustili kartuzijanski samostan, če bi se njegova skupnost preveč identificirala z nacionalnim ali političnim gibanjem v okolju.

JH: Vse kartuzije so multinacionalne. Če bi se menihi v kartuziji obnašali preveč nacionalno, bi kartuzijo lahko tudi ukiniti. V zadnji vojni v Sloveniji in drugih delih razpadle Jugoslavije so imeli nekateri redovniki krize, posebno Hrvatje. Vsi naši redovniki iz republik bivše Jugoslavije so morali domov, da so si uredili državljanstvo in potne liste in se odločili o nadaljnjem življenju. Vsem so v družinah svetovali, naj se vrnejo v Pleterje. Le en novinec je odšel in ostal v hrvaški vojski.

ZV: *Za kartuzijane je pomembno ravnotežje med liturgijo in meditacijo ter delom. Zakaj in kako je razmerje?*

JH: Pri nas 8 ur spimo, 8 ur molimo in 8 ur delamo ali študiramo. »Čisti intelektualci« niso najbolj primerni za kartuzijo, raje imamo praktične ljudi. Nevarno je, če ves dan študiraš. Lahko pride do psihičnega zloma, izgorevanja. Psihično ravnotežje je izjemno pomembno, nesocialni ljudje niso za kartuzijo. Sveta nikoli ne zapustiš – je v nas. Menih in skupnost se morata medsebojno integrirati v dobrem in slabem.



ZV: *Kakšen je pomen meditacije in molitve?*

JH: Molitev je združenje z Bogom. Meditacija je relativno širok pojem, je predvsem sredstvo, s katerim vzpostavljamo osebni odnos do Boga. Meditacija ni nujno še molitev, je način spoznavanja. Meditacija je pot, razmišljanje, ni sama sebi namen. Kontemplacija je prijateljski odnos do Boga. Danes pozna človeštvo različne tipe meditacije. Vsak človek meditira, že otrok, ko se igra, ko pleše. Vsak ima svoj način. Človek, ki pride k nam, to svojo pot odkrije. Meditacija torej ni cilj, ampak sredstvo. Kadar postane cilj, je to magija. Vsak mora svojo duhovnost najti v sebi.

ZV: *Kaj so izvori duhovnosti in katere so oblike duhovnosti?*

JH: Kaj je duhovnost?

Prej sem rekel, da ima vsak človek neko duhovnost v sebi, ali »tehniško« rečeno: metoda, okvir, psihološka struktura... Bistvo duhovnosti je jasen življenjski slog v službi določenih vrednot. Kadar gre za verskega človeka, je njegovo izhodišče dejstvo, da je človek bitje, naravnano k Bogu.

Krščanska duhovnost, kljub zelo različnim zunanjim razlikam, ima kot središče vero v Kristusa in hojo za njim. Ta duhovnost ne izvira iz človeka, temveč iz Boga, je dar Sv. Duha. »Preden ste vi mene ljubili, sem jaz vas ljubil,« pravi sveto pismo. Ni pa nobena odtujitev, ampak kot božja duhovnost vključi vsega človeka in celo stvarnost in stvarjenje, je stalna dinamičnost med imanenco in transcendo ali, če hočete, je božja in sveta.

ZV: *Ali se kartuzijani ukvarjate s športom?*

JH: Vsakemu priporočamo telovadbo po svoji možnosti, tedenski sprehod pa je obvezen.

ZV: *Koliko je kartuzija Pleterje integrirana v okolje, koliko je od nje izolirana?*

JH: Odkar vodim kartuzijo, zavestno spreminjam ta odnos. Nismo več toliko stikov s sosesko, kot smo jih imeli prej. Zelo dobre stike imamo z dvema duhovnikoma v Šentjernej, ki nas razumeta in pojasnjujeta ljudem. Kartuzija je vedno kulturno, gospodarsko, ekološko in politično pomembna ustanova. V

Franciji je kartuzija bolj ločena od okolice, v Španiji so stiki zelo tesni, v Italiji pa je različno, v Kalabriji so zelo povezani z ljudmi. Naša kartuzija je bila med II. sv. vojno skoraj povsem odprta za dogajanja. Sedaj se to spreminja. Smrt starejših patrov je pustila praznino. Iščemo pot. Zavestno sem usmerjal samostan drugače navznoter in navzven.

ZV: *Pleterje torej ni več »božja pot« za domače in druge politike, pa tudi novinarje in kulturnike, še posebej tiste, ki si želijo medijske odmevnosti?*

JH: Ne.

ZV: *Usmerjate Pleterje v večjo avtonomijo in zaprtost?*

JH: To vsekakor, vendar naj vsak izpolni svojo dolžnost. Sodelujemo z ljudmi, vendar Pleterje ni samo za Slovence – čeprav vem, da to ni najlažja pot. Ponavljam: vsak samostan je pomemben kulturni, ekološki, ekonomski in politični dejavnik. To je potrebno napraviti zavestno. Noben od naštetih vidikov ni izoliran, če enega izločimo, se zruši drugi in vsi skupaj. Pomembna je sinteza.

ZV: *Kaj je askeza?*

JH: Askeza je »une méthode de vie« (življenjski slog), potrebna za vsakega človeka: disciplina, higiena (telesna, srčna, možganska). Zunanja oblika je običajno odvisna od stanu, poklica, dela. Askeza torej ni prvotno verskega značaja.

Bistvo in nujnost askeze temelji v dejstvu, da moramo izbrati med različnimi možnostmi. Tako moramo sprejeti danosti, kot so rojstvo, spol, narodnost, jezik itd. Potem šele pridejo svobodne odločitve, kot vzgoja, poklic, partnerstvo ... Skoraj vedno gre za to, da ena odločitev izključi drugo, ki ni nujno slabša, in da popolnoma sprejemamo izbiro. Askeza je torej notranja drža, ki jo okrepimo z zunanjimi vajami. Če vaje (tehnika) postanejo cilj ali celo sredstvo, da dobim oblast nad drugimi, če ne nad Bogom (pridobitniška ali kramarska pobožnost – precej razširjena), postane askeza magija.



ZV: *Kakšen je obseg gospodarstva v kartuziji? Koliko se to prilagaja sodobnim dosežkom, ali je konkurenčno?*

JH: Smo v težki situaciji. V Sloveniji, ki je majhna država, imajo bodočnost majhna podjetja, ne giganti.

Študije na občini so pokazale, da sodijo Pleterje med pomembne dejavnike v tem kraju. Od tu razvijamo gospodarski načrt. Smo model za kakovostno proizvodnjo. Kdor naš model sprejema, lahko sodeluje z nami. Od sosedov odkupujemo kakovostno grozdje, ki ga nadziramo ves čas pridelave. Naši kmetje dobijo grozdje plačano v enem mesecu.

Sodelujemo z Alkom in Fructalom pri pridelavi biološko nepopredelanih produktov.

Kontemplativni redovi, kot smo mi, nimajo pastoralne dejavnosti in ne živijo od vernikov. Mi se moramo sami vzdrževati. Nismo pa profitno podjetje.

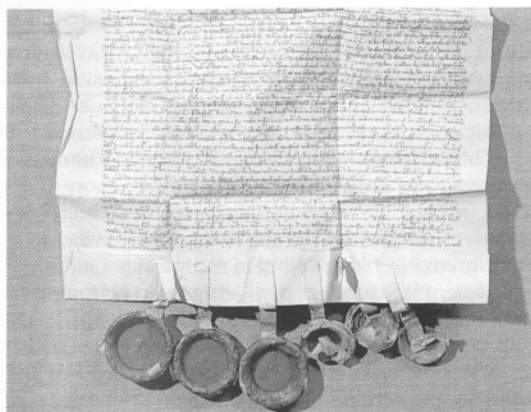
ZV: Zato morate biti tudi dobro gospodarji.

JH: Seveda, zato smo zaposlili tudi agronoma. Pridelujemo kakovostno vino, žganje, naš brinjec nima konkurence, gojimo stare vrste jabolk, vzgajamo sadike na okolju sprejemljiv način. Izdelujemo sveče iz čistega voska, ponovno poskušamo oživljati lončarstvo.

ZV: Odmeven dosežek je polsubo vino pleter v pollitrskih steklenicah, ki sodi v sam vrh slovenskih vin.

JH: Na vino pleter smo ponosni, dobil je zlato medaljo na vinskem sejmu v Radgoni leta 1993. Dodelujemo naš cviček, ki stalno pridobiva ne samo na kakovosti, ampak tudi na podobi med ljudmi. Prizadevali si bomo za z geografskim poreklom definirani cviček in cviček visoke kakovosti, ki bo imel tudi elemente zdravnosti. Cviček je potrebno zaščititi, da postane redka in iskana dobrina. Letos pripravljamo še tretjo vrsto vina, ki bo nekako srednje kakovosti med pleterjem in cvičkom. Podrobnosti pa ostanejo še poslovna skrivnost.

Napravili in zaščitili smo škropivo »bozga«.



Želel bi si, da bi se tradicija naše keramične dejavnosti razvijala naprej. Naš pater Wolfgang Kogler je bil znan v širšem okolju po izdelavi križev in jaslje.

ZV: Kakšno naj bi bilo mesto pleterske kartuzije v okviru zdaj in tukaj?

JH: Prvotno za denacionalizacijo nismo bili zainteresirani, želeli pa bi biti zaščiteni. Izgubili smo kontrolo nad okoljem. Naše območje je arheološko zelo zanimivo v Evropi, tu so korenine keltske kulture. Želimo narodni park in demilitarizirano cono za Gorjance. Zato je treba to področje zaščititi. Vključili smo se v denacionalizacijski proces. Naši partnerji, npr. zadruga, naj delajo po naših zahtevah. Na poljih naj ne gradijo, zemljo naj obdelujejo smiselno, brez nepotrebnega kemijskega onečiščenja in obremenjevanja. 400 hektarov gozda je že rezervat, ki ga je treba ohraniti kot kompleks. Gozd je ekološkega pomena, ne gospodarskega.

ZV: Kakšno je kulturno življenje v kartuziji Pleterje?

JH: Fraza je, da so vsi menihi, ne glede na red, kulturniki. Kultura nastaja ob življenju, vsi menihi so živeli kulturno, tudi budistični in drugi, oziroma naš duhovni življenjski slog se nujno »materjalizira«, se izrazi v vsem, kar imenujem bivalno kulturo. Pomembna je kultura srca.

Mladi novinci nimajo zadostne kulturne izobrazbe, ki jo zahteva naš red, zato jo moramo sami dopolnjevati.

Če narod izgubi čut za kulturo, izgubi tudi svojo identiteto in možnost za obstoj.

Kultura je splošna drža v samostanu, ki se prenaša v življenje okolice.

ZV: Ali pogrešate svoje prvotno okolje – Švico?

JH: Raje sem tujec v Sloveniji kot doma.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec.

Vse fotografije: Zvone Pelko, Visio Ljubljana.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 5

Anton Prijatelj

Peta številka Zdravniškega vestnika leta 1934 je izšla 30. maja 1934 in imela naslednjo vsebino:

- Mehanizem termalne balneoterapije s posebnim ozirom na Dolenjske toplice
Dr. Konvalinka
- KONCEPCIJA ŽENE IZ ZNANSTVENEGA IN PRAKTIČNEGA VIDIKA
Med. dr. Ivo Rakuljić-Zelov, ginekolog v Ljubljani
- LEČENJE POSTOPERATIVNE ATONIJE CREVA INTRAVENOZNIM INJEKCIJAMA PITUGLANDOL »ROCHE«
Dr. Blagoje Kovačević – Beograd
- Iz internega oddelka javne bolnice v Celju (Šef-primarij dr. Rajšp)
DERMATITIS E LUPULINO
Dr. Flajs, asistent
- Državno lečilišče za tuberkulozo kosti i zglobova, Kraljevica (šef-lekar Dr. M. Delič)
NAŠ SANATORIJ ZA TUBERKULOZO KOSTI I ZGLOBOVA U KRALJEVICI
Dr. Milica Petrović (nadaljevanje in konec)
- K USTANOVITVI PRVE MODERNE BOLNICE ZA DUŠEVNE BOLEZNI V NOVEM CELJU
Dr. Pestotnik Franc, specialist za nevrologijo in psihiatrijo, vodja bolnice.

V uvodnem članku pete številke Zdravniškega vestnika leta 1934 je dr. Konvalinka opisal mehanizem termalne balneoterapije s posebnim ozirom na Dolenjske Toplice. V splošnem delu tako začne:

»Vem, da je balneoterapija kot del obče medicine velikemu delu zdravnikov nekaj tujega in malo simpatičnega. Če pregledujemo avtorje, maloštevilne balneološke literature, bodisi da so to Angleži ali pa Nemci, povsod isto: zgodovina, geologija, fizika, kemija. Za primere so navedena večinoma sloveča kopališča, vse pa ima bolj mrzlo, večinoma statistično vsebino. To je samo ob sebi umevno: nihče od teh avtorjev ni imel prilike delj časa opazovati kopališč, in so jim kot literatura na razpolago le prospekti kopališč ali pa iz teh sestavljeni almanahi, ki navadno predstavljajo skupne oglase poedinih kopališč.

Lansko leto je minilo 20 let, kar sem prišel v kopališče Dolenjske Toplice. V tej dobi, izzemivši nekaj mesecev, ko sem bil zdravnik pri trupi, so vsebovana vsa leta svetovne vojne, ko so funkcionirale Dolenjske toplice kot specialno zdravilišče za bolne vojake jugozapadne fronte. Pri tem sem imel priliko opazovati učinke terme na poedina obolenja in – posebno za časa svetovne vojne – empirično preizkušati dobo celega zdravljenja in poedinih kopeli. Prišel sem v Toplice več ali manj skeptičen. Saj sta spadala moja izobrazba in moje medicinsko naziranje še v čase, ko je v medicini prevladovala še kemična struja. Terme, ki spadajo k izrecno hipotoničnim raztopinam, je takratna medicina čislala samo kot naravno tople vode. Radi tega njihovo ime »akratoterme«. Moja skušnja, sloneča na kontrolnih poskusih, posebno iz časov svetovne vojne, ko se je izkazalo, da je v

banjah, ki se polnijo s črpalkami, in katere sem popolnoma kasiral, ne nastane nobena »reakcija«, ki daje posebno dobro prognozo, niti ni relativno razširjanje pupile, daje kemični obseg terme skupaj s fizikalnim delovanjem emanacije, je mene pripeljalo do zaključka, da so trije glavni pogoji zdravilnosti terme:

1. da mora biti obseg emanacije v kopaliških napravah pozitiven, torej morajo biti te izključno na izvirkih;

2. da mora imeti terma veliko kapaciteto, da bi vedno močno pritekala in odtekala;

3. terma mora imeti homeotermično temperaturo – 36 do 37°C.

Z veliko množino terme, prihaja tudi velika množina emanacije. Velika množina terme, ki vedno priteka in odteka, dela temperaturo kopaliških naprav stabilno.

Iz izkopanin rimskih grobov na robu starega parka in bogatih najdb moremo sklepati, da je termalno kopališče Dolenjske Toplice služilo že več stoletij pred Kristusom kot zdravilno kopališče. Prvič se omenja kopališče v neki daritveni listini mejnega grofa Henrika Istrskega cistercijskemu samostanu v Stični na Dolenjskem iz l. 1228.

Prvi, ki je postavil indikacije terme Dolenjskih Toplic, je že omenjeni Dr. J. Burchardt. To je bilo l. 1689 in stvarno ni treba tem indikacijam veliko dodati.

1. Glavna indikacija terme Dolenjskih Toplic je revmatizem vseh vrst (sklepni, mišični, nevralgije in nevritide).

2. Radi resorbirajočega učinka terme tvorijo nadaljno važno indikacijo:

a) ženske bolezni in razni eksudati;

b) kronični katarji bronhijev in kronični katarji mehurja;

c) posledice zlomljenih kosti (dolgo trajajoči kalus) in posledice velikih kontuzij.

3. Radi vzpodbujajočega in korelativnega učinka terme na žleze z notranjo sekrecijo učinkuje zdravilno:

a) pri motnjah menstruacije in pri infantilnem stanju spolnih žlez, posebno ženskih. Radi tega ima tudi izvrsten paliativen učinek pri ženskem in moškem klimakteriju, pri predčasnem in senilnem marazmu;

b) pri kronični malariji in njenih posledicah;

c) pri dolgotrajni rekonvalescenci po težkih boleznih in operacijah.

4. Nadaljne indikacije so kožne bolezni, katerih vzrok je alergičnega ali živčnega značaja: pruritus, prurigo, kronična urtikarija in psoriasis.

...Če živi človek dolgo let v istem miljeju, se ustvari v njem nekakšna simpatija z navidezno mrtve predmete okolice. Živim v območju topliške terme že čez 20 let. Bila so to leta dela, študija in opazovanja; vse to se je nanašalo nanjo! Neštetokrat sem gledal v bazene po zaprtju odtoka: gladina terme postane nemirna, valovita; vidi se nešteto velikih plinskih mehurjev, ki vstopajo skozi kamnite razpoke bazena. Čuje se šumenje – čujejo se zamolčki, globoki in visoki glasovi...

Tudi jaz se mnogokrat spomnim ob pogledu na polneči se bazen na krasne verze iz Ovidovih »Metamorfoz«, ki jih je dr. Castellez leta 1777 porabil za moto k svoji brošuri »Presoja in raba toplih kopeli v Toplicah na Dolenjskem«:

»Čudež, tekoča so bitja,
zmožna telesa in duše spreminjati!«

Slovenija je bogata država s toplimi in zdravilnimi vreli. Večino so jih poznali že Rimljani in si zdravili rane, dobljene v boju in osvajanju ozemelj. Kako premalo smo vedeli o blagodejnem vplivu termalnih voda, je zapisal že pred 40 leti dr. Konvalinka. Veliko poškodb in še več boleznih gibal nas prisiljuje, da razmišljamo o čimprejšnji ozdravitvi teh bolnikov. In še vedno kako malo vemo o balneologiji!! Članek, ki ga v tej številki povzemam, je kar primeren za tiste čase in za uvod v študij balneologije. To poglavje pa bomo vsi morali spoznati malo bolj, saj bo mnogo bolnikov, delavcev in zaposlenih preživljalo svoj dopust v termah. Zdravniki jim bomo morali znati svetovati, katere so bolj in katere manj primerne za njihovo zdravje in očuvanje zdravja.

Nove knjige

RECENZIJE

Terapija z zdravili

Aleš Žemva: *Farmakoterapija arterijske hipertenzije*. 1. izd. Novo mesto: KRKA 1993 (144 strani, 3 sheme, 11 slik).

Farmakoterapija arterijske hipertenzije je doslej najboljše prikaz zdravljenja arterijske hipertenzije z zdravili v slovenskem jeziku, ni pa prvi. Samo v zadnjem letu in pol so izšle naslednje publikacije, ki bolj ali manj obsežno obravnavajo isto temo: 3. izdaja Arterijske hipertenzije pri Medicinskih razgledih, knjiga Interna medicina in Zdravljenje notranjih bolezni ob Tavčarjevih dnevih leta 1992 in 1993.

Knjiga ima deset poglavij. Prvo je avtor namenil pristopu k zdravljenju hipertenzije, naslednjih devet pa prikazu posameznih skupin antihipertenzivnih zdravil. Poglavja je uredil pregledno in po enotni metodologiji. V pomoč je veliko tabel in nekaj manj slik ter shem, ki so po večini dovolj pregledne in poučne.

Avtorjev prikaz klinične uporabnosti zdravil, njihovih sopoljavov in interakcij z drugimi zdravili bo zanesljivo koristil študentom in mlajšim, manj izkušenim zdravnikom. Kot je zapisal v uvodu, je bil to njegov glavni namen. Gotovo bodo starejši zdravniki, tudi internisti, našli v knjigi marsikatero novost in zanimivost. Prikaz patofiziološkega in farmakološkega delovanja posameznih skupin zdravil je verjetno najboljši del knjige. Je sodoben in v marsičem presega omenjeni namen knjige.

Avtor, ki je zaposlen na Kliniki za hipertenzijo, je na zadnjih Tavčarjevih dnevih novembra 1993 predstavil doktrino Klinike za hipertenzijo pri zdravljenju esencialne hipertenzije. Praktično istočasno pa v svoji knjigi uvaja drugačno doktrino oz. v celoti prevzema stališča 5. poročila Nacionalnega komiteja za sklepe o odkrivanju, diagnostiki in zdravljenju zvišanega krvnega tlaka (JNC V), ki je izšlo v začetku leta 1993 in velja v ZDA. Mednarodno združenje za hipertenzijo (ISH) ni sprejelo ameriških stališč, kar zadeva izbiro prvega zdravila niti njihove klinične klasifikacije. Klinika za hipertenzijo je že junija 1993 sprejela stališča ISH, po katerem izbiramo prvo zdravilo med diuretiki, blokatorji beta receptorjev, zaviralci konvertaze, kalcijevimi antagonistami in blokatorji alfa receptorjev. Vendar je avtor pri svoji opredelitvi nenavadno nedosleden. Najprej se opredeli, da so zdravila prve izbire predvsem diuretiki in blokatorji beta receptorjev (stališče JNC V), kasneje pa omeni kot zdravila prve izbire celo centralne spodbujevalce alfa receptorjev (klonidin in metildopo), kar je ali očitna napaka ali nek nov pogled avtorja na koncu knjige, ki pa ni v skladu z začetno opredelitvijo. Podobno velja za navedbo, da se dihidralazin in gvanetidin v kombinacijah uporabljata na vseh stopnjah hipertenzije, kar ne drži, saj pri lažjih oblikah bolezni zdravimo z enim zdravilom.

Zelo pomembna, vendar žal premalo popolna je tabela 1.5 na straneh 16 in 17, ki prikazuje izbiro antihipertenzivnih zdravil pri sočasnih boleznih. Izpuščenih ali neomenjenih je veliko koristnih priporočil. Bolj radodaren in natančen je avtor s prepovedmi in svarili. Pogrešam nasvet o racionalnih antihipertenzivnih odmerkih posameznih zdravil, ki so drugačni kot najmanjši oziroma največji priporočeni odmerki. Takšen nasvet v literaturi težko najdemo. Avtor nikjer zaokroženo in pregledno ne omenja zdravljenja sekundarnih oblik hipertenzije z zdravili niti posameznih oblik hipertenzije, ki jih zdravimo bolj ali manj drugače kot po njegovi ali veljavni klinični doktrini: gestacijska, maligna, rezistentna, mejna hipertenzija, hipertenzija v otroštvu in v starosti in še nekatere.

V knjigi je žal več spornih trditev, navedb, pomanjkljivosti in tudi večjih napak. Naj navedem samo najpomembnejše. Avtor omenja pospešeno hipertenzijo. Danes govorimo samo o maligni hipertenziji, ki vključuje tudi nekdanjo pospešeno. Obstaja konvertaza angiotenzina in ne angiotenzinogena kot na sliki 2.1. Ko avtor omenja učinke renin-angiotenzin-aldosteronskega sistema v srcu, pozabi na razvoj miokardne fibroze. Nikjer ne omenja učinka zaviralcev konvertaze na eferentno arteriolo v ledvicah, med kalcijevimi antagonistami pa po njegovem mnenju samo nitrendipin širi aferentno arteriolo. Pri naštevanju zaviralcev konvertaze izpusti vsaj v tujini že nekaj časa znana fosinopril in benazepril. Ko piše o avtoregulaciji krvotoka v možganih, omenja povprečni krvni tlak, kar je napačno. Gre za srednji arterijski tlak. Pri sopoljavih enalaprila celo v tabeli pozabi na kašelj, ki je njegov

glavni sopojav. Pri omembi paratiroidnega hipertenzivnega dejavnika na straneh 39 in 40, pa tudi kje drugje, bi moral navesti referenco. Diltiazemu priznava ugoden učinek v sekundarni preventivi po miokardnem infarktu brez Q zobca, ne omenja pa DAVIT II raziskave, ki je pokazala dober učinek verapamila po miokardnem infarktu ob normalni srčni funkciji. Dvomim, da pri nas med kardiologi velja stališče, da je verapamil učinkovito zdravilo za spremembo atrijske fibrilacije v sinusni ritem, kot navaja avtor. Nikardipin je kalcijev antagonist druge, ne prve generacije. Sporna je trditev avtorja, da so razen nitrendipina drugi kalcijevi antagonisti neuporabni za zdravljenje hipertenzije v 3. in 4. stadiju (JNC V) in pri rezistentni hipertenziji. Težje oblike hipertenzije redko zdravimo samo z enim zdravilom, s samim nitrendipinom pa bomo tudi z največjim dopustnim odmerkom le redko uspeli. Trditev, da je hipertrofija levega prekata pri hipertenziji povezana z nenadno smrtjo, je vsaj sporna. Dosljedne neposredne povezave še ni uspelo potrditi. Bolj pomembno pri furosemidu kot njegova prednost pri jemanju litija je, da je edini diuretik, ki ga lahko dajemo pri sočasni sladkorni bolezni, kar ni posebej omenjeno. Blokatorje beta receptorjev, predvsem tiste z intrinzično simpatikomimetično aktivnostjo, lahko nasprotno stališču avtorja dajemo v nosečnosti. Blokatorjev beta ne kombiniramo uspešno samo z nifedipinom, ampak z vsemi dihidropiridini. Metoprolol je tudi pri hipertenziji bolje dajati v dveh kot v enem odmerku. Za propranolol priporoča avtor odmerek 3x80 mg na dan, kar je nesmiselno, če imamo na razpolago dolgo delujočo (LA) obliko, ki jo dajemo le enkrat na dan. Avtor nikjer ne omenja v klinični praksi pomembnega »titriranja« odmerka blokatorjev beta glede na srčno frekvenco. Prazosina v praksi ne dajemo pri hipertenzivni krizi, odkar imamo na razpolago varnejša zdravila. Na str. 112 avtor navaja podatke iz pretežno zastarele literature, da je klonidin posebej primeren za starejše osebe, adolescente, pri mejni hipertenziji, pri zmanjšani ledvični funkciji in pri sladkorni bolezni. Trezna presoja pove, da niti ena od teh navedb danes ne drži. Čudno je, da je avtor več pozornosti posvetil gvanetidinu in trimetafanu – ali se spominja, kdaj ju je nazadnje dal bolniku – kot doksazosinu, ki je ta čas pri nas najuporabnejši blokator alfa receptorjev in s tem zdravilo prve izbire.

Avtor uporablja za blokatorje, antagoniste in inhibitorje izraz zaviralci. Sodelavci pri nastajanju Medicinskega terminološkega slovarja so pred izidom 3. izdaje Arterijske hipertenzije sklenili, da je izraz zaviralec primeren samo za inhibitorje, ostalim pa je primerneje pustiti tuja imena. Nekatere druge tujke pa bi lahko prevedel. Avtor nedosledno uporablja izraz doza in odmerek. Internist z izkušnjami pri zdravljenju hipertenzije bo v knjigi našel preveč napak, spornih trditev in nedoslednosti. Knjiga bi bila mnogo boljša in primerna tudi za višjo raven, ko bi se avtor, ki ima očitno premalo izkušenj na tem področju, posvetoval z bolj izkušenim od sebe. Recenzenta bi morala avtorja opozoriti vsaj na napake in nedoslednosti. Povsem druga stvar pa je objavljane doktrinarnih stališč, ki so v nasprotju z doktrino ustanove, v kateri je avtor zaposlen. Če se je odločil za to pot, bi bilo prav, da bi knjigo objavil s svojim privatnim naslovom, ne pa da je za kritje brez soglasja uporabil kliniko. O tem pa bi moral razmisliti tudi izdajatelj in založnik.

Jurij Dobovišek

RECENZIJA

Terapija z zdravili

Aleš Žemva: *Farmakoterapija arterijske hipertenzije*. »Krka«, Novo mesto 1993, 144 strani, 42 tabel, 11 slik, 2 shemi. Cena ni določena.

V letu 1993 smo dobili v slovenščini tri dela, ki obravnavajo sodobne smernice zdravljenja arterijske hipertenzije. Na pogled sta najbolj priročni, tako rekoč za v zdravnikov predal, knjiga Zdravljenje notranjih bolezni, ki jo je izdala Katedra za interno medicino z Medicinskimi razgledi, in Farmakoterapija arterijske hipertenzije, ki jo je izdala »Krka«.

Knjigo docenta Žemve sem prebral z očmi praktika, internista-kardiologa in pedagoga, ne da bi zavzeto iskal drobne spodrsiljave. Prav vsaka knjiga ima namreč svojo dobro in šibko stran.

Farmakoterapija arterijske hipertenzije ima uvod in deset poglavij: pristop k zdravljenju, zaviralci angiotenzinske konvertaze, zaviralci kalcijevih kanalov, diuretiki, zaviralci beta, zaviralci alfa, centralni agonisti alfa, direktni vazodilatatorji, kalijevi agonisti in zaviralci adrenergičnega nevrona. Osebo bi mi bilo bolj všeč, če bi knjiga imela 12 poglavij. Eno poglavje naj bi zapolnile najpogostejše, preizkušene in ustaljene smernice za kombinirano zdravljenje. Nekaj besed bi kazalo povedati o umestnosti predpisovanja tovarniških kombinacij različnih učinkovin. Drugo dodatno poglavje pa naj bi zajelo napotke za zdravljenje sekundarne hipertenzije, hipertenzije pri otrocih, starostnikih in nosečnicah. Bralca pritegne uvod, ki tokrat ne povzema samo ciljev pisanja knjige, ampak vendar enkrat tudi naš prozema opozori, da je izbira zdravil odgovorna naloga, ki nerazgledanega zdravnika lahko privede v hude škripce. Med vrsticami razberemo rahlo proameriško usmerjenost do zdravljenja hipertenzije.

V prvem poglavju se avtor dotakne klasifikacij arterijske hipertenzije. Zdravniki poznajo zlasti etiološko razdelitev in Keith-Wagener-Barkerjevo iz davnega 1939. leta, ki sloni na spremembah očesnega ozadja. Manj znane razdelitve so funkcijske in klinične. Ker je avtor povzel novo klinično razdelitev, ki upošteva samo višino sistolnega in diastolnega tlaka, bi bilo lepo, če bi bralca seznanil s praktičnim pomenom in ciljem te poenostavljene klasifikacije (tab. 1.2, str. 9).

Med splošnimi nefarmakološkimi ukrepi zdravljenja uvaja nov pojem »zboljšanje življenjskega sloga«. Vendar že na shemi 1.1 na str. 14 spet uporabi star naziv: zdrav način življenja. Lepo je, da je eden izmed mlajših piscev osvojil Pavlinov in Adamičev nasvet o ustrežnejšem prevodu dejavnikov tveganja v nevarnostne dejavnike.

Verjetno se bo kdo spotaknil, ker v knjigi niso navedene vrednosti tlakov v SI enotah, konkretno kPa, namesto mmHg. Kdor je sledil razpravam v literaturi po letu 1981, bo zlahka našel odgovor.

Izbira prvega zdravila je vprašanje, ki se vleče že vrsto let. V celoti ne bo rešeno nikoli, ker moramo k terapiji pristopati individualno. Izgleda, da se je ustalilo priporočilo, ki je prikazano v algoritmu zdravljenja, shema 1.1, str. 14. Moteč je le spremenjen vrstni red alternativnih zdravil na str. 15 v primerjavi z navedbami v algoritmu.

Zelo koristna bi bila tabela 1.5 na str. 16–17, če bi bila še bolj dodelana, premišljena, izpiljena in brez praznih prostorov. Le-ti naj bi bili izpolnjeni s kratkim napotkom, npr.: gl. shemo 1.1.

Zdaj bi človek pričakoval, da se bodo v naslednjih poglavjih zvrstile skupine antihipertenzivnih zdravil v istem zaporedju, kot so napisane na str. 14 ali 15. Zakaj je vrstni red drugačen, ni pojasnjeno. Treba pa je priznati, da je vsako poglavje obdelano zelo skrbno in po enakem sistemu: mehanizem delovanja, farmakokinetika, klinična uporaba, stranski učinki, previdnostni ukrepi, kontraindikacije, interakcije z drugimi zdravili in zdravila (tovarniška imena brez navedbe proizvajalca). Vsako poglavje je sklenjeno z navedbo literature, ki je tu in tam starejšega datuma. V vsakem poglavju opazimo avtorjevo prizadevnost in natančnost, najdemo pa tudi stvari, ki so vredne razprave. Teh je pravzaprav malo, zato knjiga zaradi njih ne izgubi na svoji kvaliteti. Naj navedem samo nekaj stvari:

V sliko 2.1 na str. 25 se je vrinila nepazljivost, ki bi ji lahko rekli strokovni škrat.

Odstavek »RAS v srcu« (str. 26) bi bilo treba preoblikovati tako, da bi bralec vedel, kako vpliva na presnovno srčne mišice in kako na prekatne motnje ritma (alineji 4 in 5).

Pri zaviralcih angiotenzinske konvertaze je premalo poudarjen zelo neprijeten stranski učinek, suh in nadležen kašelj, ki ga zdravniki neredko pripisujejo drugim okoliščinam, samo sopojavu zdravila ne. Kašelj je omenjen pri kaptoprilu (str. 33), pri lizinoprilu (str. 36), ne pa pri enalaprilu (str. 35), morda zato, ker je tabela prevzeta še iz leta 1984.

Ko se mnenja med teoretiki in praktiki še krešejo, je pogumno takoj na začetku povedati, da je verapamil pri nas pogosto uporabljeno zdravilo za konverzijo akutne in kronične atrijske fibrilacije v sinusni ritem. Osebnost se s trditvijo strinjam. Od avtorja pa je pošteno, da neposredno nato pove, da so mnenja tudi nasprotna (str. 46).

Zaviralci beta so prikazani izčrpno. Nekoliko preveč strogo zveni, vsekakor prekratek odstavkov o uporabi teh zdravil v nosečnosti (str. 93–94). Stališča so se z leti spreminjala. Zdaj velja, da je pomembna izbira zdravila, odmerka in trajanja nosečnosti.

Ko se je še malo vedelo o centralnih agonistih alfa, so jih mnogi zdravniki predpisovali kot zdravilo prve izbire. Aldomet je bilo zdravilo, ki ga je poznal skoraj vsak hipertoničnik. Mnogo manj so predpisovali klonidin. Danes smo do teh zdravil bolj kritični. Zato bi bilo dobro v knjigi bolj omejiti predpisovanje metildope (in klonidina) kot zdravila prvega reda monoterapije, kot samo z besedico »lahko« (str. 111 in 114).

Poglavje 10 (str. 139–144) je verjetno napisano zaradi popolnosti. Pri naslednji izdaji bi kazalo vse antihipertonične, ki jih uporabljamo redko ali so že več ali manj zastareli, natisniti v drobnem tisku.

Ker vsebino knjige lahko pohvalimo, moramo poudariti tudi hudo praktično napako. Knjiga namreč nima stvarnega (imenskega, abecednega) kazala! Ob množici imen bo zdravniku v ordinaciji težko na hitro najti to, kar bi rad našel. Zelo kratko vsebinsko kazalo mu ne bo veliko pomagalo.

Nič drugega ne moremo reči o tehničnem oblikovanju. Knjiga bi bila ob istem tekstu mnogo bolj pregledna, če bi izkoristili sodobno tiskarsko tehniko (velikost in poudarjenost črk pri naslovih in podnaslovih, osenčenje – raster pomembnejših tabel itd.). Nisem še videl podčrtavanja v knjigi (str. 12, 13, 15). Tudi oštevilčenje slik in shem ni v redu. Nisem našel slik 1.1 in 3.1 ter sheme 2.1.

Lektorica je bila popustljiva. Ni ji kazalo nič drugega, ker izdaja slovenskega medicinskega terminološkega slovarja čezmerno kasni. Vseeno pa so nam včasih slavisti popravljali: ugotovitev v izsledku, znak v znamenju, direkten v neposreden, sistolični tlak v sistolni itd.

Ne da bi se spuščal v nadrobnosti, mislim, da je knjiga dober priročnik, ki bo ob ponovni izdaji še boljši. Vsak zdravnik jo bo vesel, če mu jo bo ponudil strokovni sodelavec založbe »Krka«.

Marjan Jerše

PRIKAZ

Maksilofacialna kirurgija

Udo Krause-Hohenstein: *Die HF-Chirurgie in der Zahn- beilkunde*. Quintessenz Verlag, Berlin 1991. 142 strani; 287 pretežno barvnih fotografij in nekaj črno-belih risb.

Avtor knjige, ki govori o uporabi visokofrekvenčnih aparatov (včasih smo govorili o elektrokirurških metodah dela) v zobozdravniški ordinaciji, je v tem delu strnil svoje dolgoletne izkušnje. Visokofrekvenčna kirurgija ni popularna metoda dela v zobozdravniških ordinacijah in o njej tudi študentje stomatologije zvedo premalo. Strah pred uporabo teh aparatov je tako velik, da le malo zobozdravnikov uporablja visokofrekvenčne aparate.

Namen avtorja je, da bi se s prikazom možnosti uporabe preginal strah, ki je po njegovem mnenju neutemeljen, saj imajo »elektrokirurške« metode tudi v zobozdravstvu veliko indikacij.

Knjiga je razdeljena na 14 poglavij. V prvih poglavjih avtor razlaga principe delovanja visokofrekvenčnih aparatov, nato pa v naslednjih poglavjih praktično opisuje uporabnost teh aparatov in metod v posameznih vejah stomatologije. Na koncu knjige je kazalo upoštevane literature, kjer so citati nekoliko časovno odmaknjeni od leta izdaje same knjige, in skromen pojmovni register.

Fotografije in risbe so zelo kakovostne in ob značilnem kakovostnem tisku in opremi omogočajo bralcu boljše razumevanje besedila.

Knjiga je napisana zelo konkretno in brez velikih znanstvenih pretenzij, vendar pa premalo poudarja, kako nevarna za zobna in obzobna tkiva je lahko nepravilna raba teh aparatov, četudi lahko v besedilu najdemo opozorilo, da naj z visokofrekvenčnimi aparaturnami dela predvsem tisti, ki v rokah pogosto drži tudi skalpel. Vsem, ki to delajo, pa knjigo toplo priporočam.

Matjaž Rode

PRIKAZ

Zgodovina zobozdravstva

F. Štolfa: *Zobozdravstvo na Celjskem po letu 1945*. Celje, Društvo zobozdravstvenih delavcev Celja, 1993, 108 strani, cena ni navedena.

Prim. dr. Franc Štolfa, znani celjski stomatolog, pisec krajevne zgodovine zobozdravstva in organizator prve zobozdravstvene muzejske zbirke starih zobozdravstvenih predmetov in aparatov, je pripravil prvo tovrstno delo pri nas iz najnovejšega obdobja razvoja našega zobozdravstva.

Knjiga je namenjena široki javnosti, zlasti zobozdravstvenim delavcem in študentom stomatologije.

»Že Cicero je dejal, da človek, ki ne ve, kaj se je dogajalo pred njegovim rojstvom, za vselej ostane otrok,« je zapisal avtor v predgovoru. In prav tega se je zavedal, ko je dolga leta zbiral podatke, da je od množstva drobcev sestavil pregledno zgodovino zobozdravstva na območju, ki ga pokriva Društvo zobozdravstvenih delavcev Celja.

Knjiga je razdeljena na tri dele, ima pa 25 fotografij, pet risb in prav toliko tabel.

V uvodnem delu se je avtor kratko sprehodil skozi zgodovino zdravljenja ustnih in zobnih bolezni od prazgodovine do leta 1948, od takrat namreč diplomanti evropskih medicinskih in stomatoloških šol prisegajo po Ženevski konvenciji.

V drugem, osrednjem in najobširnejšem delu avtor strnjeno opisuje razvoj zobozdravstva v Celju, Laškem, Šentjurju pri Celju, Sevnici, Slovenskih Konjicah, Šmarju pri Jelšah in v Žalcu, ko je ponekod v teh krajih leta 1945 delovalo le 6 zobozdravnikov za potrebe 70.000 prebivalcev, leta 1986 pa jih je bilo že 111 na 214.824 prebivalcev. Nagli razvoj zobozdravstva je v obravnavanem obdobju terjal močno napredovanje stroke in njenih specialističnih vej, zlasti na območju mesta Celja.

V tretjem delu je navedena bibliografija stomatologov: Alega, Ambrožičeve, Bevandičeve, Brenčiča, Cviklove, Fidlerja, Fludernikove, Homanove (nad 100 enot), Korena, Kneževićeve, Mehleta, Rakuševe, Rakuša, Roša, Pangerlove, Prodanove, Savernika, Škapinove, Štolfa (okoli 170 enot), Vučereve, Vračka, Vrhovca, Zagodeta in Žerdonera ter dentista Stankovića in dveh zobnih tehnikov Bračkove in Murnikove.

Na koncu vsakega poglavja so opombe, ki so ponekod obširno dopolnilo vsebine obravnavane snovi.

Knjiga je napisana pregledno in vsakomur razumljiva, le škoda je, da je preprosto vezana, kar škoduje ugledu prizadevnega avtorja. Sicer pa jo toplo priporočam ne le zobozdravstvenim delavcem na Celjskem, temveč tudi kolegom iz drugih krajev na Slovenskem, kot zgled in spodbudo za pisanje zgodovine stroke svojega območja.

Poleg do sedaj objavljenih dveh knjig drugega avtorja o nacionalni zgodovini te panoge zdravstva je s tem prispevkom sklenjen pregled zgodovine zobozdravstva na Celjskem.

Velimir Vulikić

PRIKAZ

Zobozdravstvo

Werner Hein: *Systematisch angewandte Individualprophylaxe – der Weg zum Erfolg*. Quintessenz Verlag, Berlin 1993; 112 strani, 85 večinoma barvnih fotografij in 13 tabel.

Živimo v času, ko v zobozdravstvenem varstvu ni v ospredju zdravljenje zobnih in ustnih bolezni, ampak je vsa pozornost strokovnjakov in tudi javnosti usmerjena v uspehe in neuspehe preventive v zobozdravstvu. Res je, da je prav preventiva v

zobozdravstvu po vsem svetu tako uspešna, da je v nekaterih predelih sveta zobna gniloba med otroki bolj izjema kot pravilo. Takih uspehov v preventivi smo lahko vsi veseli. Preventiva v zobozdravstvu je seveda obsežna tema, in avtor knjige, o kateri poročam, je zato opisal samo en del preventivnih aktivnosti v zobozdravstvu, in to individualno zaščito ustne votline.

Knjiga ni razdeljena na klasična poglavja, ampak nas avtor tekoče vodi skozi obsežno snov, pri tem pa je prehod iz ene teme na drugo označen z naslovom novega poglavja. Oznaka nad črto na vsaki strani pa nam pomaga, da vemo, kje kaj iskati.

Seznam literature na koncu knjige je sicer skromen, vendar so citirani avtorji vodilni strokovnjaki za zobozdravstveno preventivo. Indeksno kazalo je zreducirano na najvažnejše pojme, o katerih piše avtor.

Avtorju je uspelo napisati knjigo, ki jo lahko ob svojem delu uporabi zobozdravnik, pa tudi tisti iz zobozdravstvene skupine, ki se tudi ukvarjajo z nekaterimi preventivnimi dejavnostmi. Zelo kakovostne in nazorne fotografije pa lahko služijo kot razlagalni atlas za vsakogar, ki ga zanima, kaj vse mora narediti, da bo ohranil svoje zobe. Avtor je natančno izračunal, koliko stanejo take preventivne aktivnosti v zobozdravstvu, in dokazal, da niso poceni, so pa še vedno veliko cenejše, kot izredno draga zobno-protetična rehabilitacija. Velik del knjige je posvečen sredstvom za vzdrževanje čistih zob in ob tem je avtor v besedilo vpletel vsa novejša odkritja o zobnohigijskih pripomočkih in sredstvih. Vsem, ki se ukvarjajo s preventivo v zobozdravstvu, knjigo toplo priporočam.

Matjaž Rode

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE*

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

Na vsake tri mesece bomo skupaj izbrali po enega od domačih grafikov in enega iz tujine, praviloma od vsakega dve deli. V vernih barvah bomo dela ponatisnili v Zdravniškem vestniku in ponatise praviloma ponovili še v naslednjih dveh številkah. Okvirno bomo predstavili vsakokratnega slikarja-grafika in tudi dimenzije ter tehniko grafičnega lista.

Za zdravnike nudi galerija znaten (galerijski) popust. Takšna ugodnost pa je pri vsakem listu omejena na 10 izvodov. Grafične liste, ki jih predstavljamo, si lahko ogledate v uredništvu Zdravniškega vestnika.

Pisne rezervacije za želeni grafični list pošljite na telefaks: 061 30 19 55, z zagotovilom, da boste list zagotovo tudi kupili. Razumljivo je, da imajo prednost zgodnejše dospele rezervacije. Cene posameznega lista so dostopne po telefonu v uredništvu ZV. Če bo interesentov dovolj pred potekom treh mesecev, bomo z objavljanjem listov končali predčasno. Po sklenjeni objavi bomo vse naročnike povabili v prostore galerije Visconti Fine Art Kolizej, Ljubljana, Gosposvetska 13, II. nadstropje, kjer bodo interesenti grafične liste ob manjši slovesnosti in ogledu stalne zbirke tudi prevzeli. Nadaljnji izvodi predstavljenih listov in druga dela iz zbirke (brez posebnega popusta) so na voljo neposredno v galeriji.

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

Uredništvo

* Galerija je bila predstavljena v Zdrav Vestn 5/94.

Gabrijel Stupica

Rojen je bil leta 1913 v Dražgošah na Gorenjskem. V letu 1937 je diplomiral slikarstvo na Akademiji likovne umetnosti v Zagrebu, 1946 je bil imenovan za rednega profesorja slikarstva na ljubljanski Akademiji za likovno umetnost, kjer je delal do svoje upokojitve 1977; v letu 1983 je postal član slovenske Akademije znanosti in umetnosti, 1966 pa dopisni član jugoslovanske Akademije znanosti in umetnosti. Živel in delal je v Ljubljani, kjer je leta 1990 tudi umrl. Sodeloval je na številnih skupinskih in osebnih razstavah doma in v svetu, prejel je številna priznanja za svojo umetnost, nedavno pa je bila izdana tudi njegova druga, obširna monografija. Je začetnik modernizma na Slovenskem. Več njegovih del je v galerijah Hrvaške, Beograda in Rima, kot tudi v Sloveniji. Jure Mikuž je o njem zapisal: »Samoten mojster, brez velikih besed v hudem naporu čara najboljše slike.« Značilni motivi Stupice so deklice, včasih z naslovom »Hčerka«, »Lucija«, »Marija«, tudi »Flora«, včasih v simbolu angela, drugič nevestica. Drugi motiv, ki ga je največ študiral, je avtoportret v različnih okoljih in kombinacijah. Gabrijel Stupica in njegov opus je temeljnega pomena za slovensko slikarstvo in gotovo eden najkakovostnejših vrhov slovenske sodobne umetnosti.



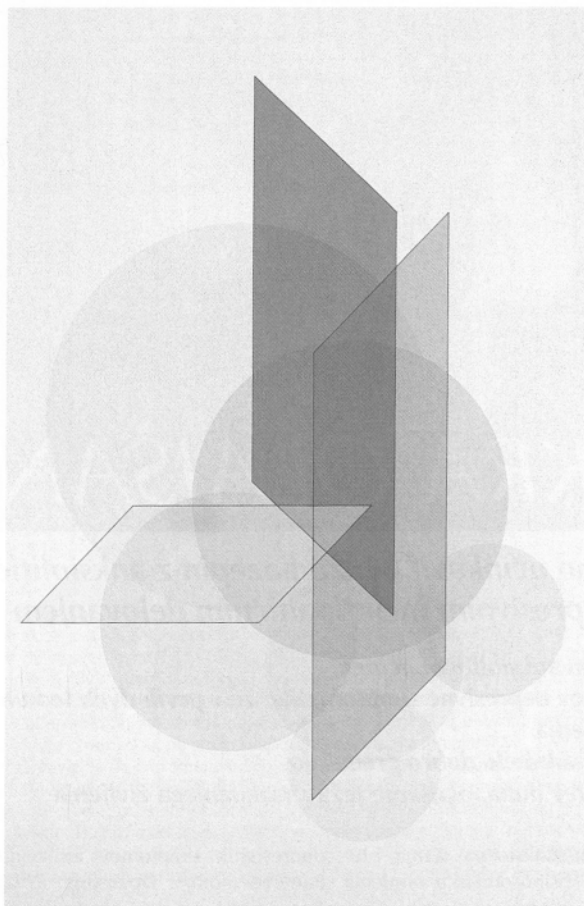
AVTOPORTRET S HČERKO, 1985, barvna jedkanica in akvatinta, 62 × 45 in 54 × 41 cm, ročno delan papir Vevče, tiskano v nakladi 1/100, 10 E. A., 10 H. C.



LUCIJA, 1986, jedkanica, 62 × 42 cm, ročno delan papir Vevče, tiskano v nakladi 1/140, 10 E. A.,
10 H. C.

Luigi Veronesi

Rojen 1908 v Milanu. Po študiju tehnike se je posvetil slikarstvu in fotografiji, v ateljeju slikarja Violanteja. V tridesetih letih je že formiral svojo slikarsko usmeritev in se v letu 1932 predstavil s prvo osebno razstavo v galeriji Milione v Milanu. Po daljšem bivanju v Parizu in druženju s slikarsko avantgardo tega časa je sodeloval s slikarji Robertom in Sonio Delaunay in Ferdinandom Légerjem ter Josefom Albersom. Postal je eden od najpomembnejših slikarjev konstruktivističnega gibanja in ob povratku v Italijo tudi osrednja osebnost v skupini italijanskih umetnikov »konkretne umetnosti« v štiridesetih letih. Postal je profesor na Akademiji Brera in po številnih priznanjih doma in v tujini aktivno deluje v raziskavah na različnih področjih likovne in glasbene umetnosti, designa in fotografije. Raziskuje kromatologijo, odnose barv in tonov, uporabe geometrije in matematike na najbolj kreativen in svoboden način v abstraktni umetnosti. Danes je še vedno poln energije in intelektualne moči, tako značilne za njegovo ustvarjanje.



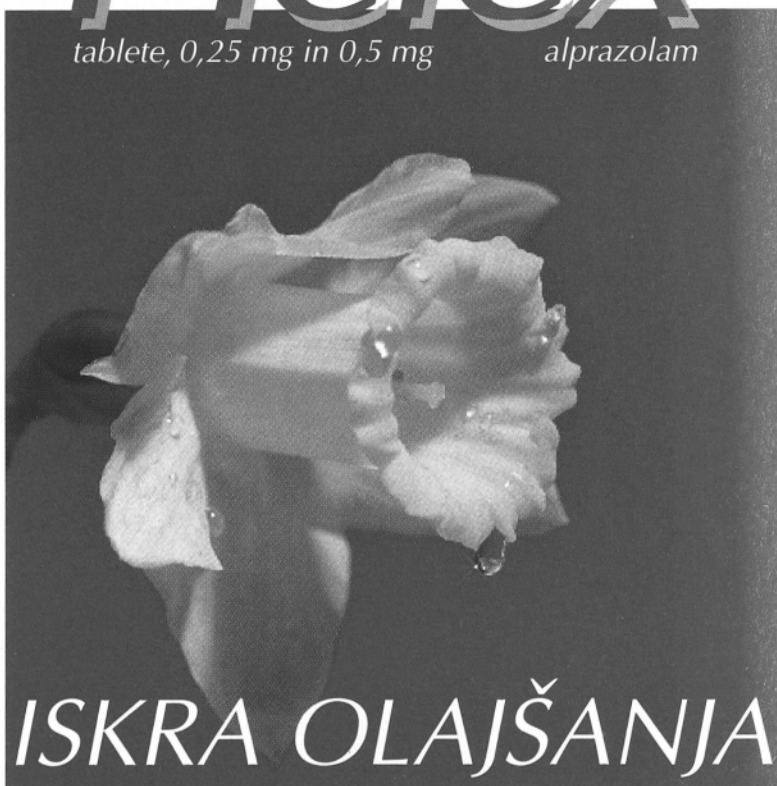
Iz mape šestih sitotiskov »Musiche, trasparenze«, 1992, 100 X 70 cm, barvni sitotisk, naklada 1/75, I./XXX., 10 E. A., 10 H. C., papir Fabriano Rosaspina 285 gr.



Helex[®]

tablete, 0,25 mg in 0,5 mg

alprazolam



ISKRA OLAJŠANJA

izjemno učinkovit benzodiazepin z anksiolitičnim, antidepressivnim in antipaničnim delovanjem

- **takojšen anksiolitični učinek**
- **ublažitev depresivne simptomatike že v prvih dveh tednih zdravljenja**
- **bolniki zdravilo dobro prenašajo**
- **sprostitev duha, olajšanje težav vsakdanjega življenja**

Indikacije: Anksiozna stanja brez depresivnih simptomov ali z depresivnimi simptomi. Psihosomatska obolenja. Panične motnje. **Doziranje:** Prilagodimo ga bolniku in resnosti simptomov. Okvirno je med 0,5 mg do 4 mg na dan za anksiozne in depresivne simptome, za zdravljenje paničnih motenj so potrebne višje doze. Starejšim bolnikom doze zmanjšamo. **Oprema:** 30 tablet po 0,25 mg, 30 tablet po 0,5 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Da ne bi bolelo...

TADOL[®]

kapsule, kapljice, svečke, injekcije

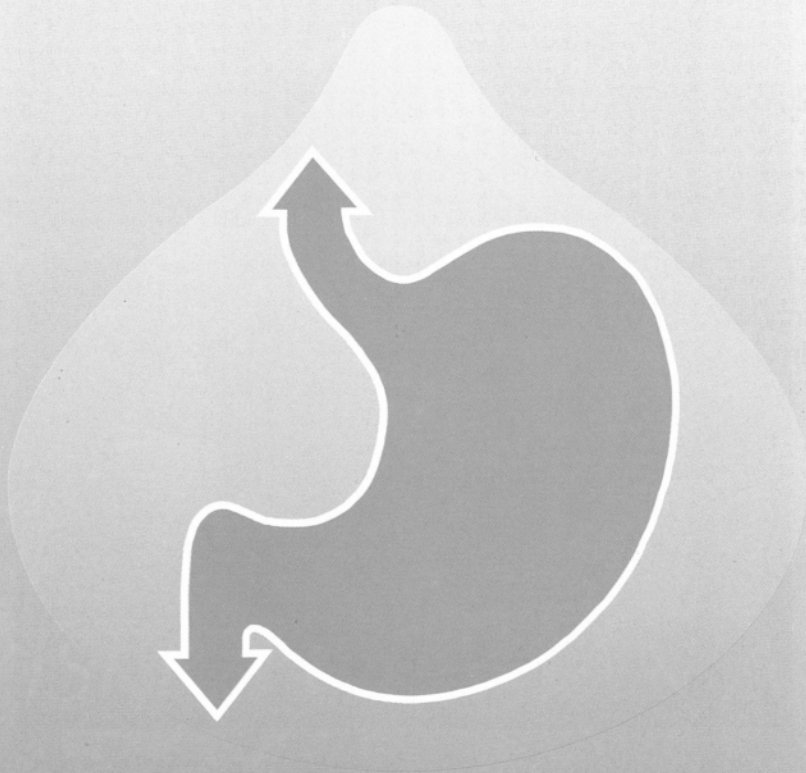
tramadol

- ◆ centralno delujoči analgetik za lajšanje zmernih in hudih bolečin
- ◆ učinkovit ob sorazmerno malo stranskih učinkih

Indikacije: Srednje močne do močne akutne ali kronične bolečine. **Kontraindikacije:** Zdravila ne smemo dajati otrokom, mlajšim od 1 leta. Tramadola ne smemo uporabljati pri akutni zastrupitvi z alkoholom, uspavali, analgetiki in drugimi zdravili, ki delujejo na osrednje živčevje. Med nosečnostjo predpišemo tramadol le pri nujni indikaciji. Pri zdravljenju med dojenjem moramo upoštevati, da 0,1 % zdravila prehaja v materino mleko. Pri bolnikih z zvečano občutljivostjo za opiate moramo tramadol uporabljati zelo previdno. Bolnike s krči centralnega izvora moramo med zdravljenjem skrbno nadzorovati. **Interakcije:** Tramadola ne smemo uporabljati skupaj z inhibitorji MAO. Pri sočasni uporabi zdravil, ki delujejo na osrednje živčevje, je možno sinergistično delovanje v obliki povečane sedacije, pa tudi ugodnejšega analgetičnega delovanja. **Opozorila:** Pri predoziranju lahko pride do depresije dihanja. Previdnost je potrebna pri bolnikih, ki so preobčutljivi za opiate, pri starejših osebah, pri miksedomu in hipotiroidizmu. Pri okvari jeter in ledvic je potrebno odmerek zmanjšati. Bolniki med zdravljenjem ne smejo upravljati strojev in motornih vozil. **Doziranje in način uporabe: Odrasli in otroci, starejši od 14 let:** Injekcije: 50 do 100 mg i.v., i.m., s.c.; intravensko injiciramo počasi ali infundiramo razredčeno v infuzijski raztopini. Kapsule: 1 kapsula z malo tekočine. Kapljice: 20 kapljic z malo tekočine ali na kocki sladkorja; če ni zadovoljivega učinka, dozo ponovimo čez 30 do 60 minut. Svečke: 1 svečka; če ni učinka, dozo ponovimo po 3 do 5 urah. **Otroci od 1 do 14 let:** 1 do 2 mg na kg telesne mase. Dnevna doza pri vseh oblikah ne bi smela biti višja od 400 mg. **Stranski učinki:** Znojenje, vrtoglavica, slabost, bruhanje, suha usta in utrujenost. Redko lahko pride do palpitacij, ortostatske hipotenzije ali kardiovaskularnega kolapsa. Izjemoma se lahko pojavijo konvulzije. **Oprema:** 5 ampul po 1 ml (50 mg/ml), 10 ml raztopine (100 mg/ml), 20 kapsul po 50 mg, 5 svečk po 100 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

v DANES
v
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO



Ortanol[®]
omeprazol

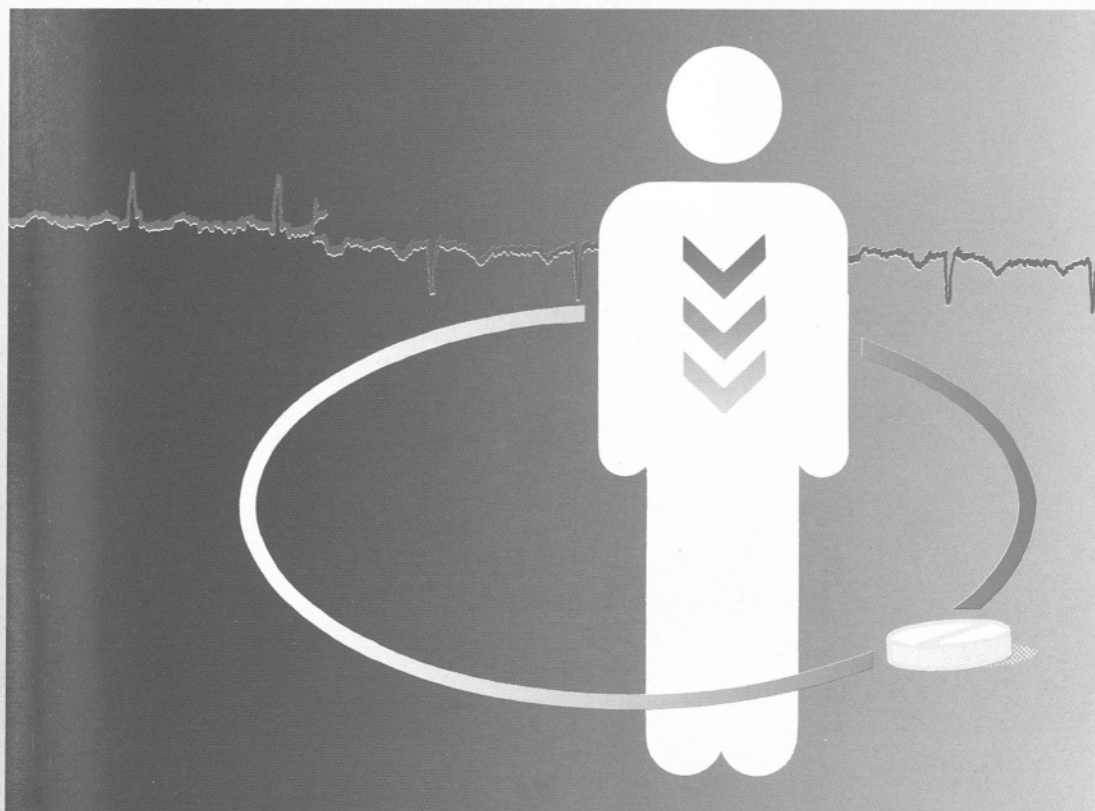
zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

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

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

KALCIJEV ANTAGONIST DRUGE GENERACIJE JE UČINKOVIT PRI ZDRAVLJENJU HIPERTENZIJE IN ANGINE PEKTORIS



Amlopin[®]

amlodipin

V primerjavi z drugimi kalcijevimi antagonisti deluje Amlopin kot dobro znani dihidropiridini, hkrati pa omogoča še:

- **podaljšano delovanje** – 24 ur
- **bolniki ga** zaradi **postopnega začetka delovanja** **dobro prenašajo**
- **preprosto doziranje** in titiranje doze: ena tableta na dan, ne glede na – indikacijo – bolnikovo starost – spremljevalno bolezen (ledvična insuficienca, astma idr.)

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

Navoban®
antagonist 5-HT₃ receptorjev
razvit z mislijo na bolnika



1. Boljša kontrola akutne in zapoznele slabosti in bruhanja, ki ju povzročata kemoterapija
2. Varno zdravilo, ki ga bolniki dobro prenašajo
3. Enostavno doziranje - le 1-krat na dan


Navoban®

Vedno le 1-krat na dan. Vedno 5 mg.

Navoban®: antagonist 5-HT₃ receptorjev. **Sestava in oblika:** tropisetron HCl, kapsule 5,64 mg*, ampule (5 ml) 5,64 mg*. **Indikacije:** preprečevanje slabosti in bruhanja povzročene s kemoterapijo rakavih obolenj. **Doziranje:** zdravljenje traja 6 dni. Prvi dan 1 ampula i.v., Od drugega do šestega dne pa 1 kapsula p.o. na dan. Glej celotno navodilo. **Kontraindikacije:** preobčutljivost na zdravilo. **Nosečnost.** **Previdnost** je potrebna pri bolnikih z nekontrolirano hipertenzijo in pri materah, ki dojijo. **Interakcije:** rifampicin in druga zdravila, ki inducirajo encime. Glej celotno navodilo. **Stranski učinki:** glavobol, zaprtje, vrtoglavica, slabost, bolečine v trebuhu, diareja. *ekvivalentno 5 mg baze.

 **SANDOZ**

SANDOZ PHARMA AG BASEL, Predstavništvo v Ljubljani, Dunajske 107/XI, L.J. Tel.: (061) 168 14 22 Fax: 34 00 96

Sandostatin® octreotide



SANDOSTATIN® -

prvi analog somatostatina z dolgotrajnim delovanjem

Indikacije:

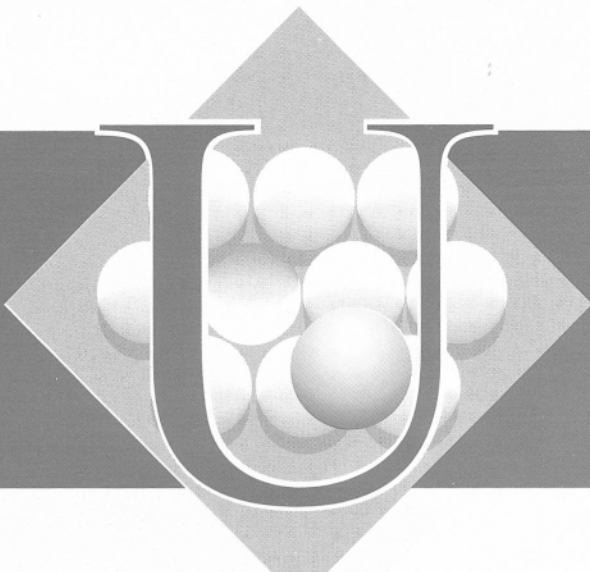
- krvavitve iz varic požiralnika
- gastrointestinalne in pankreatične fistule
- preprečevanje komplikacij po operacijah pankreasa
- gastroentero-pankreatični (GEP) tumorji
- akromegalija
- diareja pri bolnikih z AIDS-om

Sandostatin®: sintetični oktapeptidni derivat somatostatina

Oblika: ampule (1 ml) 0,05 mg in 0,10 mg. Škatlica s 5 ampulami.

Sandostatin® lahko dobite v konsignacijskem skladišču pri Salusu v Ljubljani.

Popolne informacije in navodilo za uporabo so na voljo na SANDOZ PHARMA LTD, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107/XI, 61113 Ljubljana. Tel. (061)-168-14-22. Fax (061)- 34-00-96.



ULFAMID[®]

tablete, 20 mg in 40 mg *famotidin*

Enostavno, učinkovito!

- najmočnejše protiulkusno zdravilo iz skupine specifičnih zaviralcev receptorjev H₂
- zavira bazalno in stimulirano sekrecijo želodčne kisline
- primeren za zdravljenje in profilakso
- večinoma zadošča ena doza na dan

Indikacije: Razjeda na dvanajstniku, želodčna razjeda, Zollinger-Ellisonov sindrom, reflukсни ezofagitis in druga stanja, pri katerih je hiperacidnost huda motnja za bolnika. **Doziranje:** Razjeda na dvanajstniku in želodcu: 1 tableta po 40 mg dnevno, zvečer, največ 8 tednov. Zdravljenje prekinemo, ko endoskopsko ugotovimo ozdravitev razjede. Profilaksa recidivov razjede na dvanajstniku: 1 tableta po 20 mg dnevno, zvečer. Zollinger-Ellisonov sindrom: Začetna doza je 20 mg na 6 ur. Doziranje prilagodimo klinični sliki in količini hipersekrecije kisline. Bolniki, predhodno zdravljeni z drugimi zaviralci receptorjev H₂, potrebujejo višjo začetno dozo famotidina. Pri kreatininskem očistku manjšem od 30 ml/min (0,5 ml/s) oz. pri vrednosti serumskega kreatinina nad 3 mg/100 ml (265 μmol/l) je treba dnevno dozo znižati na 20 mg. **Stranski pojavi:** Redko se pojavijo driska, glavobol, utrujenost; zelo redko zaprtje, suha usta, slabost, bruhanje, napihnjenost, zmanjšan apetit, spuščaji. Zaradi farmakodinamične podobnosti z drugimi zaviralci receptorjev H₂, teoretično ne moremo izključiti drugih stranskih učinkov, ki jih ta zdravila pri posamezniku lahko povzročijo. **Kontraindikacija:** Preobčutljivost za famotidin. **Opozorila:** Ne priporočamo dajanja zdravila med nosečnostjo in dojenjem, ker ni dovolj izkušenj. Možno je jemanje zdravila pod strogim zdravniškim nadzorom. Pred zdravljenjem želodčne razjede je treba izključiti obstoj malignoma. Blagih težav v prebavilih, npr. nervoznega želodca, ne zdravimo s famotidinom. Dosej niso znane interakcije z drugimi zdravili. **Oprema:** 10 tablet po 40 mg, 20 tablet po 20 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Lamisil®

Terbinafin

Tablete, krema

NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH OBOLENJ NOHTOV IN KOŽE

- ☞ *v kratkem času uspešno ozdravi glivična obolenja nohtov, kože in lasišča*
- ☞ *pri infekcijah z dermatofiti deluje fungicidno*
- ☞ *stranski učinki so redki*

Lamisil®, antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Indikacije:

Glivične infekcije kože, nohtov in lasišča povzročene z dermatofiti rodov *Trichophyton*, *Microsporum* in *Epidermophyton*, ter kvasovkami rodu *Candida* in *Pityrosporum*.

Doziranje:

TABLETE LAMISIL	Doziranje (odrasli)*	Trajanje zdravljenja
Onihomikoza na nohtih rok	250 mg 1x dnevno	6 TEDNOV
Onihomikoza na nohtih nog	250 mg 1x dnevno	12 TEDNOV
Tinea kapitis	250 mg 1x dnevno	4 TEDNE
Kronična tinea pedis	250 mg 1x dnevno	2 TEDNA
KREMA LAMISIL		
Tinea pedis	2x dnevno	1 TEDEN
Tinea korporis/kruris	1x dnevno	1 TEDEN
Kutana kandidiaza	1x dnevno	1 TEDEN

* Otroci - glej celotno navodilo!



NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremni dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 63, MAY 1994, Page 281-348, Number 5

CONTENTS

LEADING ARTICLE

Health education of children and adults, U. Arko 281

PROFESSIONAL ARTICLES

Anaphylactic reaction to succinylcholine during general anaesthesia, M. Košnik, S. Šuškovič, I. Grmek 285

Implantable electric devices for treatment of tacyarrhythmias, P. Rakovec, A. Brecej 289

Treatment of primary plasma cell leukemia with interferon alpha, P. Černelč, U. Mlakar 295

The role of allergy in the ethiopathogenesis of otitis media with effusion, M. Žargi, I. Hočevvar-Boltežar, J. Podboj, M. Kuhar 299

Endoscopic treatment of vesicoureteric reflux in children, B. Tršinar 305

REVIEW ARTICLES

Antiphospholipid antibodies and atiphospholipid syndrome, B. Božič, M. Hojnik, T. Kveder, B. Rozman, V. Jurčič, A. Vizjak, D. Ferluga 311

Liver trauma - Trends in treatment and current status in Slovenia, E. Gadžijev, M. Wahl, J. Grkman 315

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS