

ZV: *Osebnost me skica večkrat bolj prizadene, zadene, navduši kot potem končno delo. Končno delo je veliko bolj formalizirano, medtem ko je pri skici ustvarjalec bolj sproščen.*

BB: Tudi to se lahko zgodi. Vi ste verjetno mislili skico in študijo za sliko. Jaz pa govorim o skici, zabeleženju vtisa, da se ne pozabi. Da lahko motiv, ki ga slučajno najdeš, pozneje do konca razviješ. Moje skice so majhne, neugledne, le za osvežitev spomina, ko se istega motiva pozneje lotiš realizirati.

ZV: *Kakšen je vaš odnos do grafike nasproti sliki?*

BB: Po vsem svetu je veliko slikarjev, ki so tudi odlični grafiki. Oba medija jemljem enakovredno. Poglavitna razlika pa je v tem: grafika je v bistvu črno-bela, je bolj tonska zadeva. V sliki je nosilec barva, to je čisto drugi impulz. Kompozicijska zasnova slikovnih polj je podobna, le sredstva, s katerimi rešuješ probleme, so zelo drugačna.



Sl. 6. *Ribiški portal*, 1960, olje.

ZV: *Ali umetnik med svojimi deli ceni predvsem zadnja dela, s katerimi se največ ukvarja in ki ga najbolj angažirajo?*

BB: Tako vprašanje si večkrat zastavim tudi sam. V delovnem procesu te najbolj zaposli zadnja slika in hočeš narediti nekaj še boljšega od prejšnje. Če pa gledaš kasneje, so to vse tvoji otroci in za razvoj, ki sem ga dosegel, ki ga razumem in poznam, se mi zdi pomembna vsaka slika. Če pa je bila slaba, sem jo raje preslikal, ali pri grafiki ploščo razrezal in uporabil za kaj drugega. Ne morem izdvojiti najboljših. Imam pa ključne, ki so mi pomembne, ker sem odprl nov proces, novo pot. Tiste pa lahko izpostavim, ne morem pa reči, da so najboljše. Vsaka je pomenila razvojni napredek.

ZV: *Kako vrednotite sliko, bodisi svojo bodisi drugega slikarja? Ne zanima me, kako to delajo umetnostni zgodovinarji, ampak kako to vrednotite vi.*

BB: Slika me mora takoj, ko jo vidim, prevzeti, ne da bi jo razumsko analiziral in primerjalno ocenjeval. Vem, da je dobra. Izhajam iz tega prvega vtisa. Šele pozneje poskušam razčleniti, zakaj me je določena slika tako prevzela.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec v Slovenj Gradcu 25. septembra 2006.

Zanimivo je vedeti

RAZVOJ GASTROINTESTINALNE ENDOSKOPIJE V BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

Tone Ravnikar

V prispevku se omejujem le na razvoj gastrointestinalne endoskopije. Sicer smo sprva opravljali tudi bronhoskopije in cistoskopije ter morda še kaj, sam pa sem bil pretežno le gastroenterolog. Zato ostale preiskave manj poznam, predvsem pa se jih tudi manj spominjam.

Lahko jih samo malo naštejemo. Takrat se je namreč opravljalo več preiskav, ki sedaj ne spadajo več v splošno interno medicino. Sedanji pulmološki oddelki so se ukvarjali le s tuberkulozo. Spomnim se, da je primarij Cestnik v Topolšici pisal o tem, da imajo na oddelku kakih 98 % tuberkuloze, ostalo pa so stvari, ki so na oddelk prišle kot tuberkuloza, nato pa se je izkazalo, da je šlo za kaj drugega. Ostali pulmološki bolniki so se zdravili na našem internem oddelku.

Prav tako takrat v bolnišnici še nismo imeli urologa. Tako smo bronhoskopije in cistoskopije izvajali na internem oddelku, a to ni bilo povsem moje področje.

Prvih začetkov endoskopije prebavil v Slovenj Gradcu ne poznam. Ko sem leta 1963 prišel kot mlad specializant, sta bila na oddelku na voljo dva instrumenta, gastroskop in rektoskop. Rektoskop je bil kovinski, dolg 30 cm. Imel je drobno žarnico, ki ni prav rada delovala. Mislim, da jo je edino sestra Stanka Kac znala pripraviti do tega, da je enakomerno svetila. Gastroskop pa je bil semifleksibilen. Le del, ki je prišel v želodec, je bil gibljiv, in še ta le pasivno. Usmerjati ga torej ni bilo mogoče. Tudi kake dodatne opreme ni bilo, predvsem ni bilo možnosti za ciljano biopsijo. Imeli pa smo sondo za slepo biopsijo želodca. Uvedli smo jo v želodec, z vakuumom prilepili na želodčno steno, nakar smo odvzeli material za histologijo. S podobnim instrumentom je Zaveršnik – takrat še navadni dr. med., kasneje pa profesor in šef zdravnik v zdravilišču Rogaška Slatina – delal precej znane študije gastritisa. Ko sem ga kasneje spoznal, je sam povedal, da so bile te študije pravzaprav zelo nezanesljive, prav zato, ker je bila biopsija slepa.

Kdaj so nabavili prve instrumente v bolnišnici, ne vem. Bili so že precej stari, ko sem prišel, o nakupu novih

pa takrat nihče ni upal niti pomisliti. O teh instrumentih so že takrat govorili kot o nečem zelo starem. Zanimivo pa je, da smo si, prav zaradi težav z nabavljanjem opreme, sami takrat domišljali, kako dobro smo pravzaprav opremljeni.

Nekako leta 1968 ali 1969 sem prvič slišal za fiberskopijo. Dobro se še spominjam, da sem bil leta 1970 na kongresu v Subotici. Bil je tam tudi profesor Matko z Gastroenterološke klinike v Ljubljani (takrat je bil, mislim, še docent). Ni imel rezervacije v hotelu, jaz pa sem imel rezervirano enoposteljno sobo. Poznala sva se le površno, a me je prosil za dovoljenje, da v moji sobi postavijo pomožno ležišče. Seveda sem mu ponudil, naj spi na postelji in jaz na pomožnem ležišču, česar pa nikakor ni hotel sprejeti. Takrat sva se v sobi veliko pogovarjala, kazal mi je diapozitive s slikami želodca in me po malem poučeval. Tudi s profesorjem Zaveršnikom sem se takrat bolje spoznal, oba sta me navdušila za fiberskopijo.

Po povratku domov smo pričeli z akcijo za nakup instrumenta. Pomagala so nekatera podjetja, spomnim se takratne Tovarne usnja Slovenske Konjice, tudi Tovarna usnja Slovenj Gradec je nekaj prispevala, nekaj še drugi, ne spomnim pa se več vseh. Vem le, da je bilo precej donatorjev. Tako smo avgusta leta 1971 dobili prvi instrument, ki je bil upogljiv in aktivno vodljiv, prvič smo imeli na razpolago tudi delovni kanal. Najprej o instrumentu. Bil je firme ACMI, eden prvih modelov. Prave oznake tega tipa se ne spominjam. Vem le, da se je aktivno gibal samo v eni ravnini, torej navzgor in navzdol. Levo in desno ni šlo. Če je bilo potrebno, smo zasukali endoskop v celoti, da smo ga lahko usmerili na določeno stran. Bioptične kleščice so bile tudi zelo primitivne, samo ena ročka kleščic se je odpirala vstran, druga je bila fiksirana. Vseeno je ta aparat pomenil ogromen napredek.

Tedaj v Sloveniji ni bilo praktično nikjer ustanove, kjer bi se učil ravnanja s to opremo. Gastroskopirati se je med Slovenci najprej naučil profesor Zaveršnik v Angliji, kjer je bil na izpopolnjevanju. Sam je sicer kasneje priznal, da je imel zelo malo znanja, ko je pričel s preiskavami. Pri njem sta se nato učila profesorja Matko in Satler iz Ljubljane. Mnogo sedanjih znanih gastroenterologov zmotno misli, da sta bila onadva začetnika metode. Dejansko pa sta okrog leta 1965 ali še malo prej sama hodila s svojimi bolniki v Celje, kjer sta opravila preiskavo pod Zaveršnikovim vodstvom. Menda je takrat obstajal med njima izrek: »Ta primer bi bil pa za Harija!« (t.j. Zaveršnika). Nato smo se od njih učili drugi, vendar kako! Tudi naši mentorji niso imeli prav veliko izkušenj. Zase vem, da sva šla z medicinsko sestro v Ljubljano skupaj z gastroskopom. Matko me ni učil na svojem instrumentu, ampak na slovenjgraškem! Tam so kolegice iz Ljubljane naši medicinski sestri pokazale, kako se instrument čisti, jaz pa sem naredil tri gastroskopije. Niti ena mi ni šla gladko. Ko sem iz požiralnika prišel v želodec, sem zadel v želodčno steno in videl samo »rdečo temo«, kot to imenujemo. Nato je Matko rekel nekako: »No, Ravnikar, saj bo šlo. Sedaj pa domov, začnite z delom. Čez dva ali tri tedne pa pridite še enkrat.« Začel sem res s strahom, a doma niti enkrat več nisem imel problemov s prehodom iz požiralnika v želodec. Tudi v Ljub-

ljani sem bil še enkrat, vendar je bilo vsega skupaj zelo malo, največ sem se naučil iz lastnih izkušenj in, seveda, iz svojih napak.

Mislím, da so se na podoben način učili vsi drugi. Nekaj imen teh, ki so začeli, se še spominjam: Lušický s Ptuja, Drobnič iz Maribora, Mihev, ki je nekaj časa delal na Obali, sicer pa je bil menda tudi iz Maribora, Vidali z Jesenic, Vučjak iz Murske Sobote; vseh imen se ne spominjam več. Kasneje smo vsi imenovali ta čas »herojsko obdobje« endoskopije. Danes si je to težko zamisliti, ampak začetek neke dejavnosti je verjetno vedno podoben. Učili smo se na svojih napakah, vendar mislim, da smo bili vsi preveč zaljubljeni v svoje delo, da bi bili napravili prav veliko napak. To je bila pravzaprav še sreča.

V Slovenj Gradcu sta se poleg mene lotila želodčne endoskopije še primarij Budna in profesor Raišp. Naredila sta kar nekaj preiskav, nikdar pa nista postala tako »zagrizena« endoskopista kot jaz.

Morda še nekaj drugega. Na začetku, ko smo pričeli z akcijo nabavljanja opreme, je bilo kar nekaj težav. Predvsem nekateri kirurgi (tudi direktor) so imeli nekaj pomislekov v slogu: »Kaj neki je Ravnikarju, da se zaletava v tako drago opremo?« Dejansko je nekaj res. Danes gastroskop ni kaj posebnega, takrat pa je bila to skoraj vesoljska oprema. Toda čez nekaj let, ko se je prvič pojavila potreba po rezervnem gastroskopu, v primeru okvare namreč nismo imeli ničesar, je direktor govoril nekako: »Moramo poskrbeti Ravnikarju gastroskop za rezervo, na kirurgiji ne moremo več opravljati kirurgije želodca brez gastroskopskih izvidov.« Takrat se je sicer kirurgije želodca opravljalo več. Sedaj resekcij želodca zaradi ulkusne bolezni praktično ni več, tedaj pa je bila to terapija, ki je bila pravzaprav edina res dokončno učinkovita. Na take načine je gastrointestinalna endoskopija prebijala led.

Še ena zgodba o prvem instrumentu. Sedaj jo lahko izdam, takrat pa smo pravzaprav napravili prekršek in nismo zadeve nikomur radi pripovedovali. Instrument smo vzdrževali, kot je pač bilo mogoče. Servis je bil v Münchnu, zato smo hodili tja. Po nekaj letih je seveda instrument odslužil. Takrat je veljal v Jugoslaviji predpis, da se nova oprema ne sme uvažati, za uvoz namreč ni bilo deviz. Dovoljeno je bilo servisiranje opreme, sredstva za to so bila na voljo. S serviserji v Nemčiji smo se dogovorili, da so vzeli star instrument v račun, dali novega, zaračunali razliko in izstavili račun za generalni, torej zelo drag servis. Na njihovem servisu so dejansko samo sneli inventarno številko s starega instrumenta in jo dali na novega. Račun smo nato lahko plačali in na ta način dobili nov instrument (takrat je bilo mnogo takih bedastih predpisov in smo si morali znati na vse možne načine sami pomagati). Ta »obnovljeni«, dejansko pa novi instrument je bil ACM tipa F 8. Žal ga ni več. Dolgo sem pazil na njega, tudi ko ni bil več v uporabi. Naenkrat sem izvedel, da so mi ga sestre dale v odpis, nato pa se je za njim izgubila vsaka sled!

Tako se je »herojsko obdobje« endoskopije pravzaprav končalo. Prišli so novi, mlajši endoskopisti, od katerih naj navedem predvsem dva. To sta bila takrat mlada zdravnika. Prvi je bil dr. Artur Arbanas, ki je nato odšel na Reko, od koder je bil sicer doma. Kasneje

se je ukvarjal bolj s kardiologijo. Drugi je bil dr. Dušan Cajnko, ki je žal mlad umrl. Takrat smo imeli na razpolago že več instrumentov, okvara enega zlepa ni bila več problem.

Postopoma, sprva zelo malo (tudi zato, ker nismo prav dobro znali) smo nekako že od leta 1975 pričenjali tudi s koloskopijo. Leta 1978 sem bil sam na endoskopskem tečaju britanskega sveta (British Council) v Angliji. Ker sem bil sam že precej izkušen, sem lahko odnesel več novega znanja. Tečaj tudi sicer ni bil za začetnike. Tam sem se bolj natančno seznanil s tem, kako je treba delati s koloskopom. Zelo postopoma smo nato pričeli opravljati več koloskopij. Nismo pa imeli opreme. Sprva smo namesto koloskopa uporabljali pač star gastroskop (dejansko to nekako gre), a o tem nismo govorili na glas.

Z več izkušnjami so rasli tudi apetiti. Naenkrat smo pričeli razmišljati o aktivnem ustavljanju krvavitev. Bolj iz literature smo vedeli za možnost sklerozacije krvavečih varic požiralnika. Potem pa so s tem pričeli na Gastroenterološki kliniki v Ljubljani. Dabom točen, pričel je Borut Kocjančič, takrat je bil še zelo mlad, sedaj je že nekaj časa profesor. Nekajkrat smo sicer poslali bolnike na kliniko, a to je bilo precej problematično. Da smo lahko bolnika sploh transportirali, je bilo potrebno vsaj za silo ustaviti krvavitev, sicer bolnik ne bi zdržal transporta. Ustavljaš pa najbolje s sklerozacijo. Logično je bilo, da smo pričeli tudi sami s sklerozacijo, bilo je to okrog leta 1983 ali 1984. Spet je bilo malo podobno kot na začetku gastroskopij. Pri krvavečem bolniku smo pač sklerozirali požiralnik. Kako se to dela, smo poznali le iz knjig. Nato smo videli, da smo kar uspešni. Spomnim se še, kako mi je pri prvi sklerozaciji predstojnik gledal pod prste. Ko se je zadeva dobro iztekla, sva si verjetno oba oddahnila (vsaj za sebe lahko to rečem). Nekaj mesecev po tem, ko je z Gastroenterološke klinike v Ljubljani izšel prvi članek v takratnem gastroenterološkem glasilu Jugoslavije (ne vem več točno, kako se je glasilo imenovalo) o sklerozaciji krčnih žil požiralnika, sem sam na sestanku naše sekcije poročal o prvih primerih. Še danes sem kar ponosen, da smo prvi v Sloveniji pokazali, da se tak poseg lahko opravi tudi v manjši ustanovi.

Po nekaj letih dela smo seveda pričeli tudi s sklerozacijo krvavečih razjed želodca in dvanajstnika. Morda bolj kot zanimivost v zgodovini endoskopije želodca še to. Še preden smo pričeli s sklerozacijo, smo uporabljali tako imenovani bicap sistem. Šlo je pravzaprav za električno koagulacijo. Stvar je bila boljša kakor nič, ni pa zdržala konkurence skleroterapije, in je danes pozabljena.

Še nekaj smo takrat poskušali. Okrog leta 1987 nam je nemška firma MBB (Messerschmid, Boelkow, Boehm) ponudila v brezplačen šestmesečni najem medicinski laser. Ogledali smo si ga skupaj z urologi, imeli smo opremo na preizkus, vendar vsaj mene ni prepričala. V tistem času se je sicer v Zagrebu neka profesorica (če se prav spomnim priimka, se je pisala Jereb, je pa že pokojna) veliko ukvarjala z lasersko terapijo. Vem, da ji je na sestankih dajala prednost pred sklerozacijo, kot rečeno pa mene to ni čisto prepričalo. Zdi se mi, da tudi dr. Vodopijne ne, kar naj povedo urologi. Spomnim se samo enega primera, ko se je

laser izkazal za koristnega in še v tem primeru je šlo le za začasno lajšanje težav pri napredovanem rakastem procesu v požiralniku, ki je požiralnik tako zožil, da požiranje ni bilo več možno. Takrat je laser prinesel vsaj začasno olajšanje, z njim smo namreč napravili požiralnik zopet malo bolj prehodan, da bolnik ni stradal.

Okrog leta 1990 je bila endoskopija že rutinska in zelo osnovna diagnostična metoda pri boleznih prebavil. V tem času smo sicer pričeli razmišljati tudi o endoskopiji izvodil žolčnika in trebušne slinavke (ERCP). Sam sem bil že malo star, nisem več želel poskušati novih metod. Tudi se mi ni zdelo pametno, da se z novim delom prične pri 60 letih. Poskušal sem zainteresirati mlajše, bil sem dogovorjen na Gastroenterološki kliniki za mentorstvo, a je nato tisti, s katerim sem se dogovarjal, odšel med zasebnike.

Za tem sem leta 1994 tudi sam prišel z zasebnim delom. Bolnišničnemu razvoju sem manj sledil, tudi endoskopije seveda nisem več vodil. Pojavili so se novi instrumenti, video sistem za koloskopije itd., vendar sam pri tem razvoju nisem več sodeloval. Istega leta, ko sem začel z lastno dejavnostjo, je bolnišnica dobila opremo za polipektomije.

Vseeno lahko povem, da sem kot zasebnik imel videokoloskop prej kot bolnišnica (naj bo za konec malo bahanja). Bilo je to nekako okrog leta 1998.

Zdravniki v prostem času

LIKOVNO USTVARJANJE LOJZETA POGOREVCA, DR. MED.

Davorin Benko



Lojze Pogorevc, dr. med., se je rodil leta 1944 v Strazah pri Mislinji. Po klasični gimnaziji v Mariboru je leta 1969 promoviral na Medicinski fakulteti v Ljubljani, se zaposlil v slovenjegraški bolnišnici in opravil specializacijo iz kirurgije.

Sl. 1.
Dopolnjeno je.