



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 68, JANUAR 1999, str. 1-68, ŠT. 1

VSEBINA

STROKOVNI PRISPEVKI

Cerebralna paraliza med otroki v osnovnošolskem obdobju, A. Kavčič, M. Veličkovič-Perat 1

Endovaskularno zdravljenje spontane duralne arteriovenske fistule, T. Šeruga 5

PREGLEDNI PRISPEVKI

Družinska hiperholesterolemija, A. Lavrenčič, Z. Fras, I. Keber 9

Ocenjevanje statusa kolka, D. Smrke, V. Pavlovčič, A. Iglič, V. Kralj-Iglič 15

Omajanje umetnega kolčnega sklepa, III. Biološki odgovor organizma na vsadek,
A. Cör, I. Milošev, V. Antolič, S. Herman, A. Minovič 21

PISMA UREDNIŠTVU

Vloga države v zdravstvu, V. Prevolnik 27

Prenova zunajbolnišnične zdravstvene statistike, M. Rogač, M. Teržan, M. Markota 31

RAZGLEDI

Jubileji 33

Medikohistorična rubrika 33

Strokovna srečanja 38

Delo SZD 4, 38

Aktualni pogovori 39

Izrazoslovni predal 48

Zdravniški vestnik pred 60 leti 48

Eratta corrige 29

V tej številki so sodelovali 25

Aktualna sporočila 51-66

Oglasi 14, 20, 26, 30, 50, 67



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Poslovna tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanović

Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:

J. Faganel, T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

A. Snedec

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

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

Domača stran na Internetu/ Internet Home Page:

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20
CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:
Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije

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

šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

6,5% davek od prometa proizvodov.

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

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting.

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

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

Strokovni prispevek/Professional article

1198528

CEREBRALNA PARALIZA MED OTROKI V OSNOVNOŠOLSKEM OBDOBJU

CEREBRAL PALSY IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE

Anamarija Kavčič, Milivoj Veličkovič-Perat

Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana

Prispelo 1997-01-31, sprejeto 1998-09-14; ZDRAV VESTN 1999; 68: 1-4

Ključne besede: cerebralna paraliza; otroci; osnovnošolsko obdobje; epidemiologija

Key words: cerebral palsy; children; primary school age; epidemiology

Izvleček – Izhodišča. Epidemiološke značilnosti cerebralne paralize so eden izmed pomembnih kazalnikov nevrološkega zdravja otrok.

Abstract – Background. The epidemiological characteristics of cerebral palsy are one of the important indicators of neurological health in children.

Metode. Analizirali smo epidemiološke podatke o otrocih s cerebralno paralizo, ki so se rodili v letih od 1981 do 1988 in so bili leta 1995 državljani Slovenije. Podatke smo dobili v Nacionalnem registru otrok s cerebralno paralizo. Natančnost podatkov smo še dodatno preverili.

Methods. Data on children with cerebral palsy, born from 1981 to 1988 (Slovenian citizens in 1995), were analysed. Data were obtained from the National Cerebral Palsy Register and updated recently.

Rezultati. Med 7-14-letnimi otroki je bilo 699 otrok s cerebralno paralizo (3,3/1000). 38 izmed njih (5,4%) se ni rodilo v Sloveniji. Najmanjšo prevalenco so zabeležili v novomeški regiji (2,4/1000), največjo pa v kranjski (4,9/1000). Dečki so imeli cerebralno paralizo 1,4-krat pogosteje kot deklice ($p < 0,05$). 274 otrok (42,5%) se je rodilo prezgodaj. Spastično obliko cerebralne paralize je imelo 592 otrok (84,7%), ataktično obliko 51 otrok (7,3%), diskinetično obliko 41 otrok (5,9%) in hipotonično obliko 15 otrok (2,1%). Epilepsija je bila diagnosticirana pri 213 otrocih (30,5%). 163 izmed njih (76,5%) je bilo tudi umsko manj razvitih. Pogostnost epilepsije je bila najmanjša v murskosobotski regiji (19,4%), največja pa v novogoriški (55,6%). 335 otrok je bilo umsko manj razvitih (47,9%). 163 izmed njih (48,7%) je imelo tudi epilepsijo. Pogostnost umske manjrazvitosti je bila najmanjša v ravenski regiji (23,4%), največja pa v mariborski (74,7%).

Results. Among seven- to fourteen-year-old children there were 699 with cerebral palsy (3.3/1000). 38 of them (5.4%) were not born in Slovenia. The smallest prevalence was recorded in Novo mesto region (2.4/1000), and the greatest one in Kranj region (4.9/1000). Boys had cerebral palsy 1.4-fold more frequent than girls ($p < 0.05$). 274 children (42.5%) were born before term. 592 children (84.7%) had spastic syndromes of cerebral palsy, 51 (7.3%) atactic syndromes, 41 (5.9%) dyskinetic syndromes, and 15 children (2.1%) hypotonic syndromes. Epilepsy was diagnosed in 213 children (30.5%). 163 of them (76.5%) were mentally retarded. The frequency of epilepsy was the smallest in Murska Sobota region (19.4%), and the greatest in Nova Gorica region (55.6%). Mental retardation was confirmed in 335 children (47.9%). 163 of them (48.7%) had also epilepsy. The frequency of mental retardation was the smallest in Ravne region (23.4%), and the greatest in Maribor region (74.7%).

Zaključki. Epidemiološke značilnosti cerebralne paralize niso enake v vseh delih Slovenije. Ugotovljene razlike bo potrebno še natančneje opredeliti.

Conclusions. The epidemiological characteristics of cerebral palsy are not the same in all parts of Slovenia. The differences found should be further studied.

Uvod

Cerebralna paraliza (CP) je dogovorjeni izraz za skupino sindromov z nenapredujočimi, toda pogosto spreminjajočimi se gibalnimi motnjami, ki so posledica možganskih poškodb ali nepravilnosti v zgodnjem razvojnem obdobju možganov (1).

Vzroki CP so različni (2-5). Vselej pa tudi ne vemo zanesljivo, kaj je CP v resnici povzročilo. Isti zapleti med nosečnostjo,

ob rojstvu ali po njem namreč niso ne vedno ne enako pogubni za otroka (6, 7).

Gibalni razvoj otrok s cerebralno paralizo je upočasnen in spremenjen (5, 8). Večkrat pa je moten tudi razvoj drugih možganskih funkcij, in to primarno, zaradi istega vzroka kot gibanje, ali sekundarno, zaradi že nastalih možganskih okvar (9, 10). S pravočasnim in ustreznim ukrepanjem je mogoče marsikatero motnjo ublažiti ali celo preprečiti (11-13). Koliko nam to v resnici uspeva, je vprašanje, na katero je mogoče

najbolj nepristransko odgovoriti z rezultati epidemiološke analize.

Preiskovanci in metode

V raziskavo smo vključili vse otroke s CP, ki so se rodili v letih od 1981 do 1988 in so bili 31. decembra 1995 državljani Republike Slovenije.

Epidemiološke podatke o CP smo dobili v Nacionalnem registru otrok s CP. Register vodimo na Pediatrični kliniki Kliničnega centra v Ljubljani. Pri zbiranju podatkov sodelujejo zdravniki, ki so neposredno odgovorni za zdravje otrok s CP. Z njihovo pomočjo smo v študiji uporabljene podatke še dodatno preverili.

Zgodnje razvojno obdobje možganov smo časovno zamejili z dopolnjenim prvim letom življenja. Pri tem smo upoštevali tudi čas prezgodnjega rojstva.

Glede na najbolj izražene klinične nevrološke znake smo CP razvrstili v spastično, ataktično, diskinetično in hipotonično obliko (14).

Epilepsija je bila diagnosticirana, če je imel otrok ponavljajoče se epileptične napade, ki niso bili pogojeni z vročino ali akutno poškodbo možganov (15).

Umsko razvitost so ocenjevali klinični psihologi s standardnimi psihometričnimi testi. Umska manjrazvitost je bila diagnosticirana, kadar so bile otrokove osnovne intelektualne sposobnosti najmanj za dve standardni deviaciji nižje od povprečne pri otrocih iste starosti (16).

Gestacijska starost je bila računana od prvega dne zadnje normalne menstruacije.

Podatke smo razvrstili po občini stalnega bivališča, zatem pa smo jih združili v zdravstvene regije (Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ravne).

Prevalenco CP smo izračunavali glede na 1000 otrok iste starosti. Podatke smo statistično obdelali s testom hi-kvadrat. Kot zgornjo mejo tveganja smo izbrali vrednost 0,05 (17).

Rezultati

Med otroki v starosti od 7 do vključno 14 let jih je 699 imelo CP. Dečkov je bilo 412 (58,9%). Rojstvo 16 otrok s CP (2,3%) je bilo večplodnih; 10 izmed njih je bilo dečkov (62,5%). 38 otrok s CP (5,4%) se ni rodilo v Sloveniji.

Prevalenca CP med 7- do 14-letnimi otroki je bila 3,3/1000 (tab. 1). Najmanjšo prevalenco so zabeležili v novomeški regiji (2,4/1000) ($p < 0,05$), največjo pa v kranjski regiji (4,9/1000) ($p < 0,05$).

Tab. 1. Prevalenca (Prev.) CP med otroki, rojenimi od 1981 do 1988.

Tab. 1. The prevalence (Prev.) of CP in children born from 1981 to 1988.

| Zdravstvena regija | Štev. (x) | Štev. CP | Prev. CP |
|--------------------|-----------|----------|----------|
| Health region | No. (x) | No. CP | Prev. CP |
| Novo mesto | 15.639 | 37 | 2,4* |
| Nova Gorica | 10.294 | 27 | 2,6 |
| Celje | 25.961 | 71 | 2,7 |
| Murska Sobota | 13.343 | 36 | 2,7 |
| Ljubljana | 62.477 | 173 | 2,8 |
| Ravne | 15.699 | 47 | 3,0 |
| Koper | 13.656 | 42 | 3,1 |
| Maribor | 32.768 | 158 | 4,8* |
| Kranj | 22.133 | 108 | 4,9* |
| Slovenija | 211.970 | 699 | 3,3 |

(x) - Vir: Zdravstveni statistični letopis 1995
Source: Annals of Medical Statistics 1995

* - $p < 0,05$

Gestacijsko starost smo poznali pri 645 otrocih s CP (92,3%). Razpon gestacijskih starosti je bil od 24 do 43 tednov nosečnosti. Predzopolnjenim 37. tednom nosečnosti, tj. prezgodaj, se je rodilo 274 otrok s CP (42,5%). Najmanjši delež prezgodaj rojenih otrok s CP so zabeležili v ravenski regiji (27,9%) ($p < 0,05$), največji pa v mariborski regiji (66,4%) ($p < 0,05$).

Spastično obliko CP je imelo 592 otrok (84,7%), in sicer 252 otrok diplegijo (42,6%), 191 hemiparezo (32,3%), 149 tetraparezo (25,2%). Ataktično obliko CP je imelo 51 otrok (7,3%). Diskinetično obliko CP je imelo 41 otrok (5,9%). Hipotonično obliko CP je imelo 15 otrok (2,1%). Spastične oblike CP so bile daleč prevladujoče v vseh zdravstvenih regijah (tab. 2).

Tab. 2. Spastične oblike CP med otroki, rojenimi od 1981 do 1988.

Tab. 2. Spastic syndromes of CP in children born from 1981 to 1988.

| Zdravstvena regija | Štev. No. | % |
|--------------------|-----------|-------|
| Health region | No. | % |
| Kranj | 83 | 76,9* |
| Ljubljana | 133 | 76,9* |
| Murska Sobota | 28 | 77,8 |
| Nova Gorica | 22 | 81,5 |
| Ravne | 40 | 85,1 |
| Koper | 37 | 88,1 |
| Celje | 63 | 88,7 |
| Novo mesto | 33 | 89,2 |
| Maribor | 153 | 96,8* |
| Slovenija | 592 | 84,7 |

* - $p < 0,05$

Spastično obliko CP je imelo 256 prezgodaj rojenih otrok (93,4%), in sicer 147 otrok diplegijo (57,4%), 65 otrok tetraparezo (25,4%), 44 otrok hemiparezo (17,2%). Najmanjši delež prezgodaj rojenih otrok s spastično diplegijo so zabeležili v ravenski regiji (9,3%) ($p < 0,05$), največji pa v mariborski regiji (38,2%) ($p < 0,05$).

Epilepsija je bila diagnosticirana pri 213 otrocih s CP (30,5%) (tab. 3). 50 otrok z epilepsijo (23,5%) se je umsko normalno razvijalo. Najmanjši delež otrok s CP, ki so imeli tudi epilepsijo, so zabeležili v murskosoboški regiji (19,4%) ($p > 0,05$), največji pa v novogoriški regiji (55,6%) ($p < 0,05$).

Tab. 3. Epilepsija (E) in umska manjrazvitost (UM) med otroki s CP, rojenimi od 1981 do 1988.

Tab. 3. Epilepsy (E) and mental retardation (MR) in children with CP born from 1981 to 1988.

| Zdravstvena regija | Štev. (%) CP+E | Štev. (%) CP+UM | Štev. (%) CP+E+UM |
|--------------------|----------------|-----------------|-------------------|
| Health region | No. (%) CP+E | No. (%) CP+MR | No. (%) CP+E+MR |
| Celje | 29 (40,8) | 32 (45,1) | 24 (33,8) |
| Koper | 15 (35,7) | 13 (31,0)* | 8 (19,0) |
| Kranj | 27 (25,0) | 38 (35,2)* | 16 (14,8) |
| Ljubljana | 47 (27,2) | 77 (44,5) | 40 (23,1) |
| Maribor | 50 (31,6) | 118 (74,7)* | 44 (27,8) |
| Murska Sobota | 7 (19,4) | 22 (61,1) | 6 (16,7) |
| Nova Gorica | 15 (55,6)* | 10 (37,0) | 10 (37,0) |
| Novo mesto | 10 (27,0) | 14 (37,8) | 7 (18,9) |
| Ravne | 13 (27,7) | 11 (23,4)* | 8 (17,0) |
| Slovenija | 213 (30,5) | 335 (47,9) | 163 (23,3) |

* - $p < 0,05$

335 otrok s CP je bilo umsko manj razvitih (47,9%) (tab. 3). Med njimi je bilo 163 otrok, ki so imeli tudi epilepsijo (48,7%). Najmanjši delež umsko manj razvitih otrok s CP so zabeležili v ravenski regiji (23,4%) ($p < 0,05$), največji pa v mariborski regiji (74,7%) ($p < 0,05$).

163 otrok s CP in epilepsijo (23,3%) je bilo umsko manj razvitih (tab. 3). Najmanjši delež otrok s CP, ki so bili umsko manj

razviti in so imeli epilepsijo, so zabeležili v kranjski regiji (14,8%) ($p < 0,05$), največji pa v novogoriški regiji (37,0%) ($p > 0,05$).

Dečki so imeli CP 1,4-krat pogosteje kot deklice ($p < 0,05$) (tab. 4). Dečki s CP so imeli 1,6-krat pogosteje epilepsijo kot deklice ($p < 0,05$). Dečki s CP so bili 1,4-krat pogosteje umsko manj razviti kot deklice ($p < 0,05$).

Tab. 4. Epilepsija (E) in umska manjrazvitost (UM) med dečki s CP, rojenimi od 1981 do 1988.

Tab. 4. Epilepsy (E) and mental retardation (MR) in boys with CP born from 1981 to 1988.

| Zdravstvena regija | Štev. (%) CP | Štev. (%) CP+E | Štev. (%) CP+UM |
|--------------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| Health region | No. (%) CP | No. (%) CP+E | No. (%) CP+MR |
| Celje | 44 (62,0) | 20 (69,0) | 23 (71,9)* |
| Koper | 29 (69,0)* | 13 (86,7)* | 8 (61,5) |
| Kranj | 58 (53,7) | 12 (44,4) | 22 (57,9) |
| Ljubljana | 101 (58,4) | 27 (57,4) | 43 (55,8) |
| Maribor | 94 (59,5)* | 33 (66,0) | 68 (57,6) |
| Murska Sobota | 19 (52,8) | 2 (28,6) | 11 (50,0) |
| Nova Gorica | 17 (63,0) | 11 (73,3) | 8 (80,0) |
| Novo mesto | 25 (67,6) | 9 (90,0)* | 9 (64,3) |
| Ravne | 25 (53,2) | 6 (46,2) | 4 (36,4)* |
| Slovenija | 412 (58,9)* | 133 (62,4)* | 196 (58,5)* |

* - $p < 0,05$

CP je bila v vseh zdravstvenih regijah pogostnejša med dečki kot med deklicami (tab. 4). V murskosoboški, kranjski in ravenški regiji je bila pogostnost epilepsije večja med deklicami s CP kot med dečki ($p > 0,05$). V ravenški regiji je bilo tudi več umsko manj razvitih deklic s CP kot dečkov ($p < 0,05$).

Diskusija

Pri zbiranju epidemioloških podatkov o CP smo upoštevali vse razpoložljive vire iz zdravstvenih domov, bolnišnic in zavodov za invalidno mladino. Ker otroci z blago obliko CP nimajo nujno težav v vsakdanjem življenju, je mogoče, da je ugotovljeno število otrok s CP tudi nekoliko podcenjeno. To napako smo poskusili kar najbolj zmanjšati tako, da smo v študijo zajeli otroke, ki so bili stari vsaj sedem let. Menili smo, da je s sistematskimi pregledi otrok pred vstopom v osnovno šolo mogoče prepoznati tudi dotlej prezrete blage oblike CP. Leta 1995 je imel v Sloveniji CP eden izmed 300 otrok v starosti 7 do 14 let. Pogostnost CP ni bila enaka v vseh delih Slovenije. Upoštevaajoč regionalne razlike v perinatalni umrljivosti in zgodnjih rojstvih, to ni presenetljivo. Številne študije so namreč pokazale, da se pogostnost CP spreminja podobno kot perinatalna umrljivost (18, 19). Le-ta pa je med drugim odvisna tudi od deleža prezgodaj rojenih otrok. Regionalne razlike v pogostnosti CP so lahko tudi odraz različnega beleženja primerov. Temu smo se poskusili izogniti tako, da smo podatke zbirali tako v medicinskih kot tudi v vzgojno-varstvenih ustanovah.

Regionalnih razlik v umrljivosti otrok s CP doslej nismo opazili. Po naših ocenah je bilo zanemarljivo tudi preseljevanje otrok s CP.

Spastične oblike CP so bile veliko pogostnejše kot ostale oblike, še zlasti med prezgodaj rojenimi otroki. Zanimiva je ugotovitev, da so največji delež spastičnih oblik CP zabeležili v mariborski regiji, najmanjšega pa v kranjski in ljubljanski. V mariborski in kranjski regiji so poleg tega zabeležili tudi sorazmerno veliko prevalenco CP.

Na splošno je imel skoraj vsak tretji otrok s CP epilepsijo in skoraj vsak drugi s CP ni bil sposoben za normalno šolanje. A v vseh zdravstvenih regijah ni bilo tako.

V novogoriški regiji je imel epilepsijo skoraj vsak drugi otrok s CP, v ljubljanski, novomeški in ravenški pa skoraj vsak četrti. V murskosoboški regiji je imel epilepsijo le vsak peti otrok s CP. Te ugotovitve vsekakor kaže natančneje raziskati.

Regionalne razlike v pogostnosti umske manjrazvitosti med otroki s CP niso presenetljive, če upoštevamo, da med normalno umsko razvitostjo in blago umsko manjrazvitostjo ni ostre meje. Kljub temu vseh razlik ni mogoče pripisati zgolj različno strogemu ocenjevanju umskih sposobnosti.

Dečki so imeli CP pogosteje kot deklice. V vseh zdravstvenih regijah se je pokazalo tako. Toda zaradi majhnega števila otrok s CP v nekaterih regijah razlike niso bile povsod statistično značilne. Z nekaj izjemami sta bila tudi epilepsija in umska manjrazvitost pogostnejši med dečki s CP kot med deklicami.

Zaključek

Epidemiološke značilnosti CP niso enake v vseh delih Slovenije. Ugotovljenih razlik ne moremo pojasnjevati brez pridrzkov. Lahko pa so nam eno izmed torišč pri nadaljnjem preučevanju CP.

Zahvale

Pri zbiranju epidemioloških podatkov o cerebralni paralizi so sodelovali: Lucija Baumgartner, Branislava Belavič, Nada Bezjak, Vladimir Breznik, Jelka Brudar, Jasna Čuk, Tatjana Dolenc-Veličkovič, Erika Dovnik, Milena Goršič, Janez Grošelj, Nada Janko, Diane Jones, Metka Kavčič, Katarina Korazija, Neda Krapš, Štefka Križnar, Marjan Mramor, Aleš Paternoster, Tončka Potočnik, Janja Rošker, Majda Samastur, Marjana Stanko-Flakus, Jelena Stepišnik, Milan Špegel, Bojan Štefančič, Breda Šušteršič, Tomaž Vahtar, Hilda Veličkov in Ana Zidar.

Literatura

- Mutch L, Alberman E, Hagberg B, Kodama K, Velickovic MP. Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going? *Dev Med Child Neurol* 1992; 34: 547-51.
- Little WJ. On the influence of abnormal parturition, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum, on the mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities. *Transactions of the Obstetrical Society of London* 1862; 3: 293-344.
- Osler W. *The cerebral palsies of children*. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1889: 1-19.
- Freud S. *Infantile cerebral paralysis*. Coral Gables: University of Miami Press, 1968: 17-21.
- Crothers B, Paine RS. *The natural history of cerebral palsy*. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1988: 1-68.
- Nelson KB, Ellenberg JH. Antecedents of cerebral palsy. *Am J Dis Child* 1985; 139: 1031-8.
- Kuban KCK, Leviton A. Cerebral palsy. *NEJM* 1994; 330: 188-95.
- Piper MC, Darrach J. Motor assessment of the developing infant. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1994: 1-14.
- Goldman-Rakic PS. Morphological consequences of prenatal injury to the primate brain. *Prog Brain Res* 1980; 53: 3-19.
- Kandel ER, Jessell T. Early experience and the fine tuning of synaptic connections. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principles of neural science*. 3rd ed. London: Prentice Hall International, 1991: 945-58.
- Köng E. Früherfassung cerebraler Bewegungsstörungen. *Der Kinderarzt* 1990; 8: 1119-23.
- Veličkovič M. »Zdravljenje« cerebralne paralize. In: Štrukelj M et al. *Sodobno zdravljenje v pediatriji*. Ljubljana: Klinična bolnišnica za pediatrijo, 1977: 255-65.
- Veličkovič M. Otroci s cerebralno paralizo. *Slovenija paralele* 1980; 70: 24-30.
- Hagberg B. Nosology and classification of cerebral palsy. *Giorn Neuropsich* 1989; 4: 12-7.
- Haslam RHA. The nervous system. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelsom WE, Vaughan III VC. *Nelson textbook of pediatrics*. 14th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1992: 1491-1.
- Shonkoff JP. Mental retardation. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelsom WE, Vaughan III VC. *Nelson textbook of pediatrics*. 14th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1992: 94-7.

17. Adamič Š. Temelji biostatistike. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1989: 103-9.
18. Hagberg B, Hagberg G, Zetterstrom R. Decreasing perinatal mortality - increase in cerebral palsy morbidity? Acta Paediatr Scand 1989; 78: 664-70.
19. Bhushan V, Paneth N, Kiely JL. Impact of improved survival of very low birth weight infants on recent secular trends in the prevalence of cerebral palsy. Pediatrics 1993; 91: 1094-100.

Delo SZD

Društvo prijateljev Lipice, ki ga vodita slovenski pesnik Boris A. Novak in baronica von Paenrel si prizadeva, da Sloveniji ostane status dežele izvora lipicancev.

Lipicanci so naravna in kulturna dediščina, element slovenske identitete, ki nam je zaupan v varstvo in smo ga dolžni izročiti generaciji naših otrok in vnukov. Avstrija, ki trenutno predseduje EU, si prizadeva pridobiti status dežele izvora lipicancev in forsira pogovore o tem v Bruslju. Slovenija, ki še ni članica EU nima nobene pravice poseganja v te pogovore. Dokler Slovenija ne bo polnopravna članica EU, se ne bo imela pravice udeleževati nobenih tovrstnih pogovorov v EU. Zato je naloga vseh vladnih organizacij, da se ti pogovori v EU odložijo v čas, ko bo Slovenija članica EU. Vtis je, da slovenska vlada prepočasi in premalo energično postavlja zahteve v Bruslju.

Zato predlagam, da v imenu slovenskega zdravništva podpremo to gibanje in da se tudi zdravniki s kolektivnim podpisom priključimo gibanju Društva za zaščito Lipice in tako jasno povemo, da smo tudi slovenski zdravniki varuhi narodne naravne in kulturne dediščine.

Saša Markovič v imenu 4530 zdravnikov, včlanjenih v Slovensko zdravniško društvo.

Sprejeto na letni skupščini v Radencih dne 16. 10. 1998.

Strokovni prispevek/Professional article

ENDOVASKULARNO ZDRAVLJENJE SPONTANE DURALNE ARTERIOVENSKJE FISTULE

ENDOVASCULAR TREATMENT OF SPONTANEOUS DURAL ARTERIOVENOUS FISTULA

Tomaž Šeruga

Radiološki oddelek, Splošna bolnišnica Maribor, Učna bolnišnica, Ljubljanska ul. 5, 2101 Maribor

Prispelo 1998-06-04, sprejeto 1998-10-07; ZDRAV VESTN 1999; 68: 5-8

Ključne besede: duralna arteriovenska fistula (DAVF); embolizacija; mikropartikelki

Izveleček – Izhodišča. Prikaz endovaskularnega zdravljenja spontane duralne arteriovenske fistule (DAVF) z uporabo mikropartikelov.

Metode. Pri 42-letnem pacientu se je šest mesecev pred posegom spontano pojavilo šumenje v levem ušesu. Angiografija leve zunanje karotidne arterije je pokazala DAVF med meningealno vejo okcipitalne arterije in levim transverzalnim sinusom. Drenaža DAVF je potekala po istostranskem venskem sinusom v anterogradni smeri, kar jo je po delitvi uvrščalo v prvo skupino. Z uporabo Tracker-18 mikrokateetra smo superselektivno kateterizirali distalni del leve okcipitalne arterije in embolizirali fistulo z mikropartikelki.

Rezultati. Po embolizaciji meningealne veje okcipitalne arterije je pacientu šumenje v ušesu prenehalo že med samim posegom. Po zaprtju tega dela fistule smo opazili še dve manjši veji srednje meningealne arterije, ki sta prav tako polnili fistulo, vendar se pred zaprtjem glavne polnilne arterije nista angiografsko manifestirali. Poseg smo razširili in opravili še embolizacijo obeh drobnih arterij. Ob koncu posega smo opravili še kontrolno angiografijo, ki ni več pokazala znakov polnitve fistule.

Zaključki. Endovaskularno zdravljenje DAVF tipa I je najprimernejša terapija, saj le minimalnega odsotka fistul te stopnje ni mogoče zapreti s superselektivno embolizacijo s transfemorálnim pristopom. Neposredna mikrokirurška terapija simptomatskih fistul je prav tako učinkovita, je pa vsekakor bolj zahtevna, posebej če pride do močnejših krvavitev.

Uvod

Duralne arteriovenske fistule (DAVF) so neposredne povezave arterijske in venske cirkulacije znotraj trde možganske ovojnice. Pojavljajo se lahko kjerkoli, vendar so pogostejše v bližini duralnih venoznih sinusov in meningealnih ven. Sinus sigmoideus in sinus transversus sta najpogostejši lokaciji. Po etiologiji so lahko travmatične, posledice vnetja ali stanja po kirurškem posegu (1). Nekateri avtorji menijo, da gre pogosto za stanje po trombozi sinusa s posledičnim nastankom oziroma razširitvijo primarne že obstoječe mikroskopske arteriovenske povezave v steni sinusa (2).

Key words: dural arteriovenous fistula (DAVF); embolisation; microparticles

Abstract – Background. Endovascular treatment of spontaneous dural arteriovenous fistula (DAVF) with microparticles.

Methods. A 42-year old man noticed spontaneous left sided bruit six month before treatment. External carotid angiography showed a direct DAVF. Superselective angiography of left occipital artery specified fistula between small meningeal branch of left occipital artery and left sinus transversus. Fistula was drained by ipsilateral transverse sinus, that means Grade I DAVF. A Tracker 18 microcatheter was placed into distal part of the occipital artery and embolisation was performed with microparticles.

Results. After the embolisation of meningeal branch of the occipital artery, bruit diminished and disappeared already during the procedure. After the closure of this part of fistula, we noticed two smaller feeders arising from middle meningeal artery also supplying the fistula. They were not present before the occlusion of the main feeder. Also these two small arteries were embolised. Control angiography, at the end of treatment, did not show any abnormalities and there was no fistula.

Conclusions. Endovascular treatment of Grade I DAVF is a therapy of choice for this kind of fistula. Only in a minimal percent of Grade I fistulas treatment by transfemoral approach and superselective embolisation is unsuccessful. Direct microsurgical therapy of symptomatic DAVF is also effective, but is of higher risk especially in case of massive bleeding.

Diagnostika

Klinični simptomi so odvisni od lokalizacije fistule, posebno v bližini avditornega kanala in od smeri dreniranja fistule. Nekatero fistulo so lahko tudi klinično neme (3). Vodilni znak je najpogostejše šum, sinhron s srčnim utripom. Povečuje se z naporom, stresom in spremembami telesnega položaja. Šum je posledica turbulentnega pretoka skozi fistulo v bližini avditornega aparata. Napogostejše se pojavlja nad mastoidom, lahko pa se širi po celotni glavi. Izključiti moramo kardialni ali arteriosklerotični izvor šuma. Dober diagnostični pripomoček je manualna kompresija istostranske karotidne arte-

rije, oziroma pri perifernejših oblikah, kompresija okcipitalne arterije za mastoidom. Šum ob kompresiji preneha, če gre za DAVF. Kadar so fistule prirojene, jih bolniki, posebno otroci, lahko smatrajo za normalni del okolja in se diagnosticirajo v poznejši življenjski dobi (4).

Glavoboli so pogosto združeni z duralnimi fistulami v tem področju. Lokalizirani so v regiji fistule ali generalizirani čez celotni kranium. Poslabšajo se ob stresu, telesnih aktivnostih in spremembah telesnega položaja. Lahko se pojavijo tudi po spontanem zaprtju fistule. Duralne fistule lahko zakrvavijo v subarahnoidni prostor, subduralno ali redko v možgansko tkivo. Slednje seveda lahko povzročajo žariščne nevrološke izpade. Če nastopi krvavitev, je možen tudi recidiv (5).

Nevrološki deficit je pogostejši pri fistulah s kortikalno vensko drenažo. Prehodne motnje vida s skotomi so posledica motene perfuzije v intrakranialnem ožilju. Stopnja prizadetosti je odvisna od lokalizacije in velikosti lezije.

Radiološka diagnostika DAVF, ki jih obravnavamo v prispevku, temelji na selektivni digitalni subtrakcijski arteriografiji (DSA). Nativni rentgenogrami lahko pokažejo širše žlebove meningealne arterije.

Računalniška tomografija (CT) nam lahko pokaže edem možganovine kot posledico venske hipertenzije, subarahnoidno krvavitev, intraparenhimsko krvavitev ali subduralni hematomi kot posledico ruptur fistule. Ob aplikaciji kontrastnega sredstva lahko tomografija pokaže tudi dilatirane kortikalne vene. Magnetna resonanca (MR) je uporabna za določitev končnega organa oz. končnega stanja poškodbe možganovine po eventualni krvavitvi. Z MR vidimo tudi trombozo ali fibrozo sinusov, arterijske polnilce fistule in drenažne vene. Poudariti moramo, da normalen izvid CT ali MR pregleda ne izključuje duralne fistule in ne more biti presejalna metoda te bolezni.

Hemodinamiko DAVF lahko prikažemo le z DSA. Arterialni dotok navadno izhaja iz transmastoidnih perforatorjev, ki izhajajo iz okcipitalne arterije, iz nevromeningealnih vej ascendentne faringealne arterije, srednje meningealne arterije, zadnje avrikularne arterije, pa tudi iz posteriornih meningealnih vej istostranske vertebralne arterije ter marginalnih tentorialnih vej meningohipofiznega trunkusa (6). Večje DAVF se lahko prehranjujejo tudi neposredno iz sosednjih pialnih arterij, kar se pogosto pojavlja pri proksimalni okluziji duralnih polnilcev duralne fistule. Pozorno moramo določiti smeri venske drenaže DAVF in sosednje možganovine ter povezavo venske obstrukcije in stenoze.

Delitev DAVF poteka glede na klinično sliko, angiografsko zgradbo in potek venske drenaže v tri skupine, po modificirani delitvi pa v pet skupin (1). Tip I se drenira prek istostranskega sinusa, tip II prek kontralateralnega sinusa in tip III proti kortikalnim venam. Tip I predstavlja najmanj nevarno obliko in je najpogostejše združen z glavoboli in šumenjem. Le redko razvije nevrološke deficite ali krvavitve. Tip II se pojavlja s hujšimi simptomi, lahko povzroča intrakranialno krvavitev in povzroča naraščanje intrakranialnega tlaka, posebej če je kontralateralni sinus hipoplastičen ali stenotičen. Mehanizem povišanega intrakranialnega tlaka je drugoten in je posledica znižane reabsorpcije cerebrospinalne tekočine v lateralne sinuse, ki so pod delno arterializiranim tlakom. Tip III duralnih fistul je najnevarnejši, najpogostejši in pogosto razvije infarkt ali krvavitev (7). Tipična angiografska značilnost tega tipa fistul je kortikalno dreniranje fistule z visoko stopnjo stenoze drenažne vene v predelu odtoka po fistuli oz. za njo. Najpogostejše se pojavlja na mestih, kjer drenažna vena vstopa v drug duralni sinus in je lahko precej oddaljena od same fistule. Na teh stenozah se lahko pojavlja tudi kompletna okluzija, ki pa ji pogosto sledi močna krvavitev.

Zdravljenje

Glavni namen terapije je, da popolnoma zapremo AV fistulo. V sodobnem zdravljenju uporabljamo različne metode. Čeprav še nimamo dokončnih izkušenj in podatkov, kaže, da se kombinacija neposredne kirurške terapije, embolizacije in stereotaktične radiokirurgije najbolj obnese. Slednja žal v slovenskem prostoru še ni vpeljana. Vprašanje prednosti med neposredno kirurško terapijo in embolizacijo ostaja še vedno odprto. Najbolje je, če se terapevtska posega dopolnjujeta posebno takrat, kadar samo z enim načinom fistule ni možno zadovoljivo obliterirati.

Kompresijska terapija

Manualni 30-minutni pritisk za mastoidom lahko povzroča nastanek tromboze približno v eni tretjini primerov (1).

Transarterijska embolizacija

Superselektivna embolizacija prehranjevalne veje zunanje karotidne arterije je zelo učinkovita terapevtska možnost. Seveda moramo dobro poznati anatomske variante in morebitne anastomoze, ki smo jih že omenili. Posebno nevarna je ascendentna faringealna arterija z nevromeningealnim trunkusom, ki navadno prehranjuje distalna transverzalna in sigmoidna sinusa. Arterija prehranjuje možganske živce ter anastomozira z notranjo karotidno arterijo. Okcipitalna arterija ima prav tako pogosto anastomoze z vertebralno arterijo. Hemodinamske spremembe po embolizaciji lahko spremenijo gradiente med vaskularnimi teritoriji okcipitalne in vertebralne arterije, kar ima za posledico prehajanje embolizacijskega materiala v anastomoze. Za zmanjšanje tveganja ter varno in učinkovito embolizacijo moramo poznati in razumeti vaskularno anatomijo in izključiti prisotnost anastomoz. Embolizacijo izvajamo s pomočjo DSA. Uporaba embolizacijskega sredstva je odvisna od namena embolizacije, položaja katetra glede na oddaljenost od patološkega procesa in odločitve terapevta. Embolizacija s partikli polivinil alkohola je verjetno najbolj varna. Trajna obliteracija duralne fistule s temi delci je sicer neobičajna, čeprav mnogi pacienti navajajo izboljšanje simptomov. Tekoči adhezivi, npr. cianoakrilatno lepilo, imajo večjo stopnjo ozdravitve, vendar je njihova uporaba bolj tvegana. Kadar so depoziti embolizacijskega sredstva preveč proksimalno, za gotovo pride do rekanalizacije. V primerih, ko embolizacijski material preide fistulo, se deponira v pljučih. To ne povzroča večje težave. Drugače pa je, če sredstvo zapre drenažni venski sinus. To pripelje do spremembe vrste fistule iz nizko nevarnega tipa I v zelo nevarno fistulo tipa II. Pomembno je pozorno injiciranje embolizacijskega materiala, saj pride takoj po stiku s krvjo do polimerizacije, obstaja pa tudi nevarnost prilepljenja katetra ob endotel žile. V primerih, kadar ima fistula več polnilcev, je primernejša uporaba teh sredstev kot partiklov. Za preprečevanje zapletov uporabljamo provokativni test z Lidokainom. V literaturi navedeni rezultati kažejo v 50% popolno angiografsko in klinično ozdravitev (8).

Transvenska embolizacija

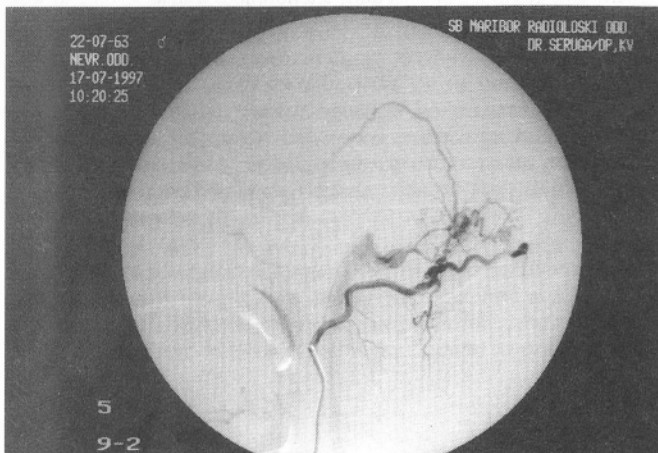
Predstavlja embolizacijski pristop prek venskih duralnih sinusov. Zavedati se moramo, da okluzija kortikalne vene in duralnega sinusa lahko povzroči venozni infarkt ali krvavitev. Pri večjih fistulah, kjer je prisotna še okluzijska bolezen pripadajočega sinusa (tip II in tip III), je tlak v sinusu močno povišan. Pogosto obstaja retrogradni pretok arterijske krvi po venah, ki bi morale sinus drenirati. Prizadeti sinus ne sme služiti kot del kolateralnega venoznega obtoka. Takšne fistule lahko okludiramo brez strahu, da bi se pojavil infarkt, saj že obstajajo ustrezne venske kolaterale (9).

Kirurška terapija in preoperativna embolizacija duralne fistule

Manjšega odstotka duralnih fistul ne moremo zdraviti s transfemoralnimi endovaskularnimi tehnikami. V teh primerih je treba opraviti kirurški poseg, ki pa je združen z znanim tveganjem morbiditete in mortalitete, predvsem ob močnih krvavitvah (10). Preoperativna embolizacija se je izkazala za koristno pri kompleksnih fistulah. V teh primerih so uporabnejši partikli od likvidnih adhezivov.

Prikaz primera

Pri 42-letnem pacientu, učitelju telesne vzgoje, se je šest mesecev pred našim posegom pojavilo nenadno spontano šumenje v levem ušesu, ki je bilo prisotno že v mirovanju. Ob fizičnem naporu in športnih aktivnostih se je šumenje stopnjevalo. Pregledan je bil pri otologu in kasneje pri nevrologu, ki je postavil sum na arteriovensko fistulo. Pri bolniku smo opravili diagnostično angiografijo leve karotidne arterije, ki je pokazala znake DAVF (sl. 1). Superselektivna angiografija leve okcipitalne arterije je pokazala manjšo duralno fistulo med tanjšo meningealno vejo okcipitalne arterije in levim transverzalnim sinusom. Venska drenaža fistule je potekala po istostranskem venskem sinus transverzusu, kar jo je po modificirani delitvi po Djindjanu uvrščalo v prvo skupino (tip I), torej med fistule z nizkim pretokom oz. nizkim tlakom.



Sl. 1. Angiografija leve zunanje karotidne arterije s prikazom DAVF med vejami leve okcipitalne arterije in levim transverzalnim sinusom.

Fig. 1. Angiography of the left external carotid artery with DAVF between meningeal branches of left occipital artery and left transverse sinus.

Po posvetu z nevrokirurgom smo se odločili za endovaskularno zdravljenje z embolizacijo. Smeri pretoka krvi so bile ugodne. Tveganost posega je bila glede na možne posledice v smislu infarkta ali krvavitve zelo nizka. Podobnih terapevtskih posegov na karotidnem ožilju pri nas do tedaj še nismo opravljali. Poseg smo izvedli v lokalni anesteziji. Odločili smo se za običajen transfemoralni pristop. Prek vodilnega katetra smo uvedli mikrokater Tracker-18. Uporabili smo sistem za kontinuirano izpiranje vodilnega katetra s pritiskom 400 mm Hg prek hemostatske valvule. Tako smo se izognili zamudnemu ročnemu prebrzgovanju vodilnega katetra in izključili možnost nastajanja trombov v njem. Izključili smo tudi možnost retrogradnega zatekanja krvi z uporabo valvule, ki se izpira pod tlakom s strani, v glavni smeri pa neprodušno zapira vstavljeni mikrokater. Vodilni kateter smo prek vodilne žice vstavili v zunanjo karotidno arterijo, mikrokater pa smo superselektivno vpeljali v distalni del leve okcipitalne arterije. Za pristop smo uporabili tehniko »road mapping« (sl. 2). (Op. pis.: ta metoda je v sodobni intervencijski nevroradiologiji nepogrešljiva. Subtraksijsko sliko s kontrastom izpolnjenih žil zamrzemo na diaskopskem zaslonu. Ob ponovnem diaskopiranju se na tej zamrznjeni sliki prikaže ta kovinski marker na konici mikrokatera in vodilna žica, ostale sestavine pa se prekrijejo. Tako spremljamo gibanje katetra po žili oz. poti,

ki vodi proti patološkemu procesu.) Najprej smo ponovili angiografijo, tako da smo lahko s gotovostjo izključili morebitne anastomoze med okcipitalno in vertebralno arterijo. Preventivno smo embolizirali muskularno vejo, ki je potekala pravokotno navzdol in bi lahko predstavljala možno anastomozo z vertebralnim sistemom. Nato smo pričeli z injiciranjem neionskega kontrastnega sredstva z mikropartikli. Uporabili smo običajne 1 ccm brizge. Embolizacijo fistule smo pričeli z mikropartikli večje velikosti (500 micr.) in nadaljevali s partikli srednje velikosti (250 do 350 micr.). Tako smo najprej zaprli širše in nato tanjše veje. Postopek smo ponavljali, dokler nismo dosegli zadovoljive stopnje obliteracije fistule. Po injiciranju partiklov v meningealne veje oz. transmastoidne perforatorje okcipitalne arterije se je pacientu šumenje v ušesu zmanjšalo in že med samim posegom popolnoma prenehalo. Po zaprtju tega dela fistule smo opazili še dve manjši veji srednje meningealne arterije, ki sta prav tako polnili fistulo, vendar se pred zaprtjem glavne polnilne arterije angiografsko nista manifestirali. Poseg smo tako nadaljevali in opravili še embolizacijo preostalih obeh drobnih arterij.

Ob koncu posega smo opravili še kontrolno angiografijo, ki ni več pokazala znakov polnitve fistule (sl. 3). Bolnika smo naročili na kon-



Sl. 2. Tehnika »road mapping« s konico mikrokatera v levi okcipitalni arteriji.

Fig. 2. Road mapping with the tip of the catheter in left occipital artery.

trolno ob morebitnem ponovnem pojavu šumenja in zvonjenja v ušesu. Če bi prišlo do recidiva, bomo poseg ponovili. Ob zadnji kontroli pri nevrologu, ki jo je opravil tri mesece po posegu, ni imel kliničnih težav. Pod kontrolo bo še naslednji dve leti.



Sl. 3. Kontrolna angiografija leve okcipitalne arterije po embolizaciji DAVF.

Fig. 3. Control angiography of the left occipital artery after embolisation of DAVF.

Zaključek

Obliteracija žilne DAVF z direktnim mikrokirurškim operativnim posegom je dokončna terapevtska metoda, vendar v vseh primerih ni mogoča. Po ligaturi prehranjevalnih vej se lahko dokaj hitro pojavijo kolaterale in s tem rekanalizacija fistule. Odločitev o načinu zdravljenja DAVF mora biti postavljena glede na pacientove simptome in angiografsko hemodinamiko ter angioarhitekturo žilne malformacije. Angiografski prikaz, posebno venska drenaža, je dobro primerljiva s hudimi posledicami boleznih ob rupturi fistule s posledično krvavitvijo. Upoštevati moramo stopnjo tveganja in prednosti posamezne terapevtske metode. Po literaturi je endovaskularna embolizacija terapija izbora za DAVF v področju povirja zunanje karotidne arterije in je uspešna v 95% (5, 8). Bolniki s klinično simptomatiko, inzulti in krvavitvami potrebujejo najhitrejšo in najagresivnejšo terapijo. Vsak način izključitve fistule iz cirkulacije je v tem stadiju priporočljiv. Ne popolno zaprtje fistule običajno ne deluje dovolj protektivno v nadaljnjem poteku boleznih. Vsekakor so malo nevarne fistule tipa I v celoti obvladljive z endovaskularnimi embolizacijskimi terapevtskimi metodami, ki jih lahko po potrebi ponavljamo, če pride do ponovnega pojava kliničnih simptomov oz. do rekanalizacije DAVF. Izbira embolizacijskega materiala, kot so mikropartikelki, polimerizacijski cianoakrilat, okluzivni lateksovi snemni baloni, GDS platinaste nitke ali Gianturcove spirale, je odvisna od vrste fistule in tudi izurjenosti intervencijskega nevrologa, ki poseg opravlja.

Zahvala

Želel bi se zahvaliti nevrologu prof. dr. Erichu Kleinu z Univerzitetne deželne bolnišnice v Gradcu (UKH Graz, Avstrija) za edukacijo, nasvete in pomoč na področju interventne nevrologije.

Literatura

1. Vinuela F, Halbach V, Dion EJ. Interventional neuroradiology; Endovascular therapy of the central nervous system. New York: Raven Press Ltd., 1992: 29-49.
2. Touho H, Furuoka N, Ohnishi H, Komatsu T, Karasawa J. Traumatic arteriovenous fistula treated by superselective embolisation with microcoils: case report. *Neuroradiology* 1995; 37: 65-7.
3. Aminoff MJ, Kendall BE. Asymptomatic dural vascular anomalies. *Br J Radiology* 1973; 46: 662-7.
4. Machida T, Hayashi N, Sasaki Y, Aoki S, Shirouzu I, Ioune K, Maehara T. Posterior cranial fossa dural arteriovenous malformation with a varix mimicking a thrombosed aneurysm: case report. *Neuroradiology* 1993; 35: 210-1.
5. Branco G, Takahashi A, Ezura M, Yoshida M, Yoshimoto T. Dural arteriovenous shunt involving the superior petrosal sinus: presentation and treatment by transvenous embolisation via the occipital and transverse sinuses. *Neuroradiology* 1997; 39: 67-70.
6. Sartor K. MR Imaging of Skull and Brain: A correlative text atlas. Berlin: Springer Verlag, 1992.
7. Djindjan R, Cophingnon J, Theron J. Embolisation by superselective arteriography from the femoral route; review of 60 cases; technique, indications complications. *Neuroradiology* 1973; 6: 20-6.
8. Halbach VV, Higashida RT, Hieshima GB, Goto K, Norman D, Newtom TH. Dural fistulas involving the transverse and sigmoid sinuses: results of treatment in 28 patients. *Radiology* 1987; 163: 443-7.
9. Reul J, Thron A, Laborde G, Brueckmann H. Dural arteriovenous malformations at the base of the anterior cranial fossa: report of nine cases. *Neuroradiology* 1993; 35: 388-93.
10. Cognard C, Houdard E, Casasco A, Gabrillargues J, Chiras J, Merland JJ. Long-term changes in intracranial dural arteriovenous fistulae leading to worsening in the type of venous drainage. *Neuroradiology* 1997; 39: 59-66.

Pregledni članek/Review article

DRUŽINSKA HIPERHOLESTEROLEMIJA

FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA

Aleša Laurenčič, Zlatko Fras, Irena Keber

Klinični oddelek za žilne bolezni, Interne klinike, Klinični center, Riharjeva 24, 1000 Ljubljana

Prispelo 1998-02-13, sprejeto 1998-07-09; ZDRAV VESTN 1999; 68: 9-13

Ključne besede: družinska hiperholesterolemija; epidemiologija; prepoznavanje; odkrivanje; zdravljenje

Key words: familial hypercholesterolemia; epidemiology; diagnosing; case finding; treatment

Izvleček – Izhodišča. Družinska hiperholesterolemija je prirojena bolezen presnove maščob, ki se deduje avtosomno dominantno, heterozigot pa je eden od 500 prebivalcev. Za bolezen značilno je že od rojstva hudo povečanje plazemske koncentracije celotnega holesterola na račun močno zvečane LDL holesterola, zaradi česar je aterosklerotični proces močno pospešen. Zato so ti bolniki, če se ne zdravijo, zelo ogroženi predvsem zaradi zgodnje koronarne srčne bolezni. Čeprav poznamo razmeroma enostavne metode odkrivanja bolezni, ki je v večini primerov odzivna na zdravljenje z dieto in zdravili, še vedno ostaja večji del bolnikov neodkritih in nezdravljenih.

Abstract – Background. Familial hypercholesterolemia is an inborn disease of lipid metabolism which is inherited as an autosomal dominant trait. The frequency of a heterozygous form is 1 in 500 persons. The characteristic of the disease is a great elevation of the plasma total cholesterol and LDL cholesterol, which is present from birth and leads to accelerated atherosclerosis. Therefore these patients, if untreated, are at high risk of premature coronary heart disease. Although there are relatively simple diagnostic methods for the disease, which can in most cases be controlled with a diet and medications, the majority of patients still remain unidentified and inadequately treated.

Zaključki. Pričujoči prispevek poskuša opozoriti na pomen zgodnjega odkrivanja in ustreznega zdravljenja bolnikov z družinsko hiperholesterolemijo, s čimer lahko preprečimo ali znatno odložimo velikokrat usodne zaplete te bolezni.

Conclusions. This article puts emphasis on the importance of an early identification and appropriate treatment of patients with familial hypercholesterolemia, since this is the only way to prevent or considerably delay the ominous complications of this disease.

Družinska hiperholesterolemija je prirojena bolezen presnove maščob, ki se deduje avtosomno dominantno (1). Raziskovalci ji posvečajo vedno večjo pozornost, saj gre za nevarno genetsko bolezen, združeno z zgodnjo in veliko umrljivostjo. V zadnjem času smo pridobili razmeroma enostavne metode odkrivanja te bolezni, s čimer lahko preprečimo ali znatno odložimo njene hude posledice.

Gen za receptor za LDL se nahaja na 19. kromosomu. Opisanih je več kot 150 različnih mutacij, ki različno prizadenejo delovanje receptorja za LDL (3, 4). Ugotovili so, da pri 2-5% bolnikov s klinično diagnozo družinska hiperholesterolemija ne gre za okvaro receptorja za LDL, temveč za okvaro apolipoproteina B-100, ki se prav tako deduje avtosomno dominantno, mutacija pa se pojavlja verjetno le v eni obliki. Zaradi okvarjenega apolipoproteina B-100 je pri teh bolnikih afiniteta delcev LDL za receptor za LDL zmanjšana (5). Opisali so celo bolnika, ki je hkrati heterozigot za okvaro receptorja za LDL in za okvaro apolipoproteina B-100, poimenovali so ga »sestavljene heterozigot« (6).

Etiologija in patogeneza

Molekularna osnova bolezni je zmanjšano delovanje celičnih receptorjev za lipoproteine male gostote (LDL), glavne prenašalce holesterola v krvi. Receptor za LDL je enoverižna transmembranska beljakovinska molekula, ki uravnava vstopanje LDL v celico z receptorsko endocitozo. LDL se razgrajujejo v jetrih. S svojim apoproteinom B-100 se vežejo na receptorje za LDL in tako vezani vstopajo z endocitozo v hepatocite, kjer se v lizosomih razgradi. Pri tem nastane prosti holesterol, iz katerega se sintetizirajo žolčne kisline, te pa se nato skupaj s prostim holesterolom izločijo v žolču. Receptorji za LDL se po opravljeni nalogi iz notranjosti celice vrnejo na svoje mesto v membrani. Število receptorjev v celični membrani uravnava koncentracija holesterola v celici; zmanjšanje koncentracije holesterola v celici pospešuje njihovo sintezo (2).

Zmanjšano odstranjevanje LDL iz krvi vodi do močno zvečane koncentracije LDL holesterola, ki se kopiči v žilni steni in sodeluje pri tvorbi aterosklerotičnih plakov. Kopičenje holesterola v drugih tkivih vodi do pojava tetivnih in kožnih ksantomov, ksantelazem in arkusa kornee (2).

Epidemiologija

Heterozigotna oblika bolezni je v zahodnem svetu dokaj pogosta in se pojavlja pri enem od 500 prebivalcev. Homozigotna oblika bolezni je redka, pojavlja se pri enem od 1.000.000 prebivalcev (1). Za Slovenijo podatkov o pogostnosti te bolezni nimamo. Če upoštevamo podatke, ki veljajo za zahodno

Evropo in Severno Ameriko, potem bi moralo biti v Sloveniji okrog 4000 heterozigotov in dva homozigota. Na Kliničnem oddelku za žilne bolezni Kliničnega centra v Ljubljani, kjer je v Dispanzerju za boleznii utrpjijo srčni infarkt povprečno pri 45 letih, ženske pa 10 let kasneje. Tetivni ksantomi, ki so patognomonični za družinsko hiperholesterolemijo, se pojavijo pri 75% odraslih bolnikov. Vidimo jih kot podkožne zadebelitve, najpogosteje na tetivah mišic iztegovalk na hrbtniških rok, komolcih in kolenih ter na Ahilovih tetivah. Najdemo lahko tudi ksantelazme, vložke holesterola v mehkih tkivih vek in arkus kornee, sivo rumen obroč na robu roženice (2, 4).

Klinična slika

Pri **heterozigotih** je aktivnost receptorjev za LDL zmanjšana na 50% normalne vrednosti. Značilne vrednosti plazemske koncentracije celotnega holesterola so od 9 do 11 mmol/l. Nezdravljeni moški utrpjijo srčni infarkt povprečno pri 45 letih, ženske pa 10 let kasneje. Tetivni ksantomi, ki so patognomonični za družinsko hiperholesterolemijo, se pojavijo pri 75% odraslih bolnikov. Vidimo jih kot podkožne zadebelitve, najpogosteje na tetivah mišic iztegovalk na hrbtniških rok, komolcih in kolenih ter na Ahilovih tetivah. Najdemo lahko tudi ksantelazme, vložke holesterola v mehkih tkivih vek in arkus kornee, sivo rumen obroč na robu roženice (2, 4).

Pri **homozigotih** so vrednosti plazemske koncentracije celotnega holesterola okrog 18 do 20 mmol/l. Aktivnost receptorjev za LDL, ki so bodisi odsotni ali funkcijsko pomanjkljivi, je zmanjšana na 0-20% normalne vrednosti. Simptomi koronarne srčne bolezni se večinoma pojavijo že v prvem desetletju življenja, večina nezdravljenih bolnikov umre zaradi srčnega infarkta pred 20. letom starosti. Že v adolescenci se zaradi aterosklerotičnih sprememb aortne zaklopke pogosto pojavi huda aortna stenoza. Značilni so kožni ksantomi, ki jih vidimo kot vozličaste ali ploščate spremembe na koži, najpogosteje v glutealnem predelu, na hrbtniških rok in nog ter na komolcih in kolenih. Pogosto se pojavijo že v zgodnjem otroštvu, včasih so prisotni celo že ob rojstvu. Prav tako se že v otroštvu pojavljajo tudi tetivni ksantomi, ksantelazme in arkus kornee (2, 7).

Postavitev diagnoze

Diagnostična merila, ki so povzeta po Williamsu in sodelavcih (8), so opisana v tabeli 1. Diagnoza temelji na vrednosti koncentracije celotnega holesterola v krvi. Če je ta pomembno zvečan, moramo določiti celotni lipidni profil, ki vključuje določitev koncentracij celotnega holesterola, trigliceridov, HDL holesterola in LDL holesterola v krvi. Pri vrednotenju koncentracije holesterola je pomemben podatek o tem, ali je bolezen v družini že ugotovljena ali ne. Če je družinska anamneza pozitivna, so za potrditev diagnoze potrebne manjše vrednosti holesterola, kot če gre za novo odkrit primer v družini. Vrednosti trigliceridov morajo biti normalne, če pa so zvečane, morajo biti izpolnjena tudi merila glede koncentracije LDL holesterola. Da bolezen dokažemo, moramo izključiti sekundarne vzroke za hiperholesterolemijo in dokazati pojavljanje bolezni v družini z dominantno izraženostjo. Pri razlikovanju družinske hiperholesterolemije od družinske kombinirane hiperlipidemije sta nam v pomoč predvsem podatka o tetivnih ksantomih pri bolniku in o sorodstvu z otroki z zvečanim holesterolom, ki ju pri družinski kombinirani hiperlipidemiji ne najdemo (9).

Pri novorojenčkih, katerih eden od staršev ima družinsko hiperholesterolemijo, lahko postavimo diagnozo z določitvijo LDL holesterola v krvi iz popkovnice. Manj zanesljiva je diagnoza na osnovi koncentracije celotnega holesterola, verjetno zaradi značilno manjše vrednosti HDL holesterola (10). Izdelali so tudi metode za določanje koncentracije apo B v posušeni kaplji krvi, primerne za presejalno testiranje novorojenčkov (11). Med adolescenco je ekspresija družinske hiperholesterolemije manjša, zlasti pri dečkih, kar se ujema z

Tab. 1. Merila za postavitev diagnoze družinska hiperholesterolemija.

Tab. 1. Diagnostic criteria for familial hypercholesterolemia.

A. Če ni podatkov o bolezni v družini

1. Zelo visoke vrednosti celotnega holesterola in normalne vrednosti trigliceridov ali zelo visoke vrednosti LDL holesterola:

| | starost (leta) | | | |
|-----------------------------|----------------|------|------|------|
| | 45 | 35 | 25 | <18 |
| Celotni holesterol (mmol/l) | >9,3 | >8,8 | >7,5 | >7,0 |
| Trigliceridi (mmol/l) | <2,3 | <2,0 | <1,7 | <1,1 |
| LDL holesterol (mmol/l) | >6,7 | >6,2 | >5,7 | >5,2 |

2. Izključitev sekundarne hiperholesterolemije (diabetes, hipotiroza, nefrotski sindrom).
3. Vsaj en otrok v sorodu, mlajši od 18 let, s koncentracijo celotnega holesterola, večjo od 7,0 mmol/l (za otroke: vsaj en sorodnik prvega kolena z zvišanim LDL holesterolom), ali odrasel sorodnik s hiperholesterolemijo in tetivnimi ksantomii.
4. Dominantna ekspresija v družini: prizadetih je približno polovica sorodencev in potomcev.

B. Če ima družinsko hiperholesterolemijo bližnji sorodnik

1. Visoke vrednosti celotnega holesterola ali visoke vrednosti LDL holesterola:

| | starost (leta) | | | |
|-----------------------------|----------------|------|------|------|
| | 45 | 35 | 25 | <18 |
| Celotni holesterol (mmol/l) | >7,5 | >7,0 | >6,2 | >5,7 |
| LDL holesterol (mmol/l) | >5,3 | >4,9 | >4,4 | >4,0 |

2. Izključitev sekundarne hiperholesterolemije.

ugotovitvijo, da se tudi pri zdravih otrocih v adolescenci zmanjša koncentracija celotnega in LDL holesterola (10).

Ponekod po svetu potrjujejo diagnozo z merjenjem aktivnosti receptorjev za LDL v kulturi fibroblastov, pridobljenih z biopsijo kože. Dokazali so dobro povezavo med aktivnostjo teh receptorjev in plazemsko koncentracijo holesterola (12). Ponekod diagnozo lahko potrdijo z gensko analizo, še posebej, če je vrsta mutacije v družini znana, kot je ponavadi v populacijah, pri katerih gre za večje število družin z enako mutacijo (13, 14). Zaradi velikega števila različnih mutacij je tovrstno presejalno testiranje vseh zbolelih družin skoraj nemogoče, se pa tudi na tem področju obeta razvoj novih metod, ki bodo omogočile genetsko testiranje vsakega novo odkritega bolnika (15).

Odkrivanje bolnikov

Med bolniki z zvečano koncentracijo holesterola v krvi je treba poiskati tiste z družinsko hiperholesterolemijo iz več razlogov (4):

- ker se bolezen deduje avtosomno dominantno, je treba pregledati tudi bližnje sorodnike,
- bolnikom je treba omogočiti genetsko svetovanje,
- treba je zdraviti tudi otroke, saj je bolezen prepoznavna že ob rojstvu,
- terapevtski pristop je ponavadi nekoliko drugačen kot pri drugih oblikah hiperholesterolemije (na primer, pri drugih oblikah hiperholesterolemije je pogosta debelost in zmanjšanje telesne teže lahko prispeva k znižanju LDL holesterola, pri bolnikih z družinsko hiperholesterolemijo pa je debelost redkejša in je zmanjšanje telesne teže manj učinkovit terapevtski ukrep),
- bolniki z družinsko hiperholesterolemijo so bolj ogroženi zaradi koronarne srčne bolezni kot drugi bolniki s hiperholesterolemijo.

Družinska hiperholesterolemija je po merilih Svetovne zdravstvene organizacije bolezen, za katero je priporočeno presejalno testiranje, saj bolezen lahko ugotovimo pred pojavom simptomov, imamo dokaj zanesljivo in dostopno metodo za

postavitve diagnoze in bolezni je možno zdraviti. Kljub temu priporočila še vedno ostaja večina bolnikov skoraj povsod po svetu neodkritih in nezdravljenih, saj do pred kratkim ni bilo programov, ki bi se sistematično lotili presejalnega testiranja (16). Možni so različni pristopi k presejalnemu testiranju, selektivno lahko zajamemo le tisti del populacije, ki ima večjo verjetnost za določeno bolezen, lahko pa testiranje razširimo na celotno populacijo. Izračunali so, da je iskanje bolnikov med sorodniki prvega in drugega kolena bolnikov z ugotovljeno družinsko hiperholesterolemijo glede na učinek štirikrat cenejše kot iskanje bolnikov med osebami s zvečanim holesterolom ali zgodnjo koronarno boleznijo v osebni ali družinski anamnezi in desetkrat cenejše kot iskanje bolnikov v celotni populaciji. V celotni populaciji je namreč verjetnost odkritja bolnika z družinsko hiperholesterolemijo le 1:500, med sorodniki prvega kolena bolnikov pa 1:2 (8). Pri bolnikih z zgodnjo koronarno srčno boleznijo najdemo družinsko hiperholesterolemijo pri manj kot 5%, če pa zajamemo vse osebe z zvečanimi vrednostmi holesterola v krvi, jih izpolnjuje kriterije za diagnozo družinska hiperholesterolemija le okrog 4% (10). Čeprav je populacijski pristop manj učinkovit, pa bi ga lahko izvajali v sklopu že obstoječih konsenzov, ki priporočajo, da se vsem odraslim po 20. letu starosti določi plazemska koncentracija holesterola (17). Po pediatričnih priporočilih naj bi določili koncentracijo plazemskega holesterola po 2. letu starosti pri otrocih, katerih starši imajo zgodnjo koronarno bolezen ali plazemsko koncentracijo celotnega holesterola nad 6,2 mmol/l, ter pri otrocih z ugotovljenima vsaj dvema drugima dejavnikoma tveganja za aterosklerozo (18).

Ameriški raziskovalci so začeli s projektom, ki so ga poimenovali MED PED FH (Make Early Diagnosis, Prevent Early Death in MEDical PEDigrees with Familial Hypercholesterolemia; postaviti zgodnjo diagnozo, preprečiti zgodnjo smrt bolnikov z družinsko hiperholesterolemijo). Osebam s zvečanimi vrednostmi holesterola v krvi ali z zgodnjo koronarno boleznijo v osebni ali družinski anamnezi, o katerih so dobili podatke v bolnišnicah ali od splošnih zdravnikov, so poslali vprašalnike o nivoju maščob v krvi, hipolipemičnem zdravljenju, drugih boleznih in zdravilih pri njih samih in pri bližnjih sorodnikih. Naslednje leto so poslali enake vprašalnike sorodnikom prvega in drugega kolena tako odkritih bolnikov z družinsko hiperholesterolemijo. Skupaj je odgovorilo 2038 (56,6%) od 3598 vprašanih. Na osnovi odgovorov so postavili diagnozo družinska hiperholesterolemija pri 101 osebi v prvem letu in nato še pri 502 sorodnikih (8). Po tem uspešnem pilotskem projektu je MED PED FH prerastel v mednarodni program, katerega cilji so: ustanoviti mednarodni register bolnikov z družinsko hiperholesterolemijo, dobiti podatke o sorodnikih bolnikov in testiranje bližnjih sorodnikov, spodbujati mednarodno sodelovanje na področju raziskav in izboljšati ozaveščenost zdravnikov in javnosti o družinski hiperholesterolemiji. Do sedaj v projektu sodeluje 36 držav, registriranih je 27.192 bolnikov (19).

Zdravljenje

Nimamo še doktrinarnih stališč o tem, kdo naj vodi bolnike z družinsko hiperholesterolemijo. Splošni zdravnik ali pediater naj bi prva prepoznala in tudi zdravila te bolnike. Zato je potrebna ustrezna izobrazba glede postavitve diagnoze, pregleda družinskih članov in zdravljenja. Če gre za zelo visoke vrednosti holesterola, dodatne dejavnike ogrožanja za aterosklerozo ali če ob monoterapiji v enem letu ne pride do zmanjšanja holesterola na normalno vrednost, je potrebna napotitev k specialistu. Poskrbeti je treba za izobrazbo specialistov in vzpostavitev mreže specialistov. Pomembno vlogo pri svetovanju naj bi imel tudi dietetik. Potrebno je preučevanje tudi drugih dejavnikov, ki vplivajo na ogroženost teh bolnikov,

zasledovanje učinkovitosti in zapletov zdravljenja ter zgodnje odkrivanje aterosklerotičnih zapletov. Ko se pojavijo kasni zapleti zaradi ateroskleroze, je potrebna napotitev k ustreznem specialistu. Prav tako je treba bolnikom z družinsko hiperholesterolemijo omogočiti genetsko svetovanje (20).

Dieta

Takoj je potrebna zelo stroga dieta, ki naj vsebuje malo nasičenih maščobnih kislin in malo holesterola ter več kompleksnih ogljikovih hidratov in vlaknin ter nenasičenih maščobnih kislin. O vlogi antioksidantov, kot so vitamini E, C in A, v prehrani bolnikov s hiperlipidemijami dokončnega odgovora še ni. V teku so raziskave, ki bodo morda potrdile njihov zaviralni učinek na napredovanje ateroskleroze (21).

Pri otrocih priporočamo dieto po drugem letu starosti. Pri adolescentih je učinek diete manjši, verjetno zaradi slabšega sodelovanja. Za otroke, mlajše od dveh let, priporočil glede diete ni, dokazali pa so, da je tudi pri njih dieta učinkovita, saj so imeli v raziskavo zajeti novorojenčki s hiperholesterolemijo, ki so uživali posneto mleko z dodatkom polinenasičenih maščob, čez 6 mesecev značilno manjšo koncentracijo celotnega holesterola kot otroci, ki so jih hranili na osnovi kravjega mleka. Odločitev glede diete pri tako majhnih otrocih je odvisna od posamičnega primera, treba je upoštevati koncentracijo holesterola v krvi in morebitno prisotnost drugih dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Seveda je treba ob takšni dieti pri otrocih skrbno spremljati razvoj in rast (9).

Zdravila

Pri večini bolnikov z družinsko hiperholesterolemijo je treba poleg diete zdraviti tudi z zdravili. Dokazano je, da zadostno zmanjšanje koncentracije holesterola v krvi vodi do regresije ksantomov in aterosklerotičnih žilnih sprememb (22, 23). Kljub temu da imamo na razpolago dokaj učinkovita zdravila, pa je še vedno večina bolnikov premalo intenzivno zdravljenih (10). Raziskava, opravljena v Sloveniji pri 81. odraslih bolnikih z družinsko hiperholesterolemijo, je pokazala, da prejema hipolipemik samo 44 (54%) bolnikov in da ima samo 8 (10%) bolnikov plazemsko koncentracijo LDL holesterola pod 4 mmol/l (24). Cilj zdravljenja je zmanjšanje plazemske koncentracije LDL holesterola, pomembno pa je tudi zvečanje koncentracije HDL holesterola in zmanjšanje koncentracije trigliceridov. Ciljna vrednost koncentracije LDL holesterola je 2,8 mmol/l, če ima bolnik koronarno srčno bolezen, in 3,4 mmol/l, če koronarne srčne bolezni nima. Manj strogi smo lahko pri mladih ženskah v starosti od 18 do 35 let brez drugih dejavnikov ogrožanja za aterosklerozo (25).

Pri otrocih je zdravljenje z zdravili priporočljivo šele pri 10. letih, če po enem letu ob dieti ni dosežena ciljna vrednost plazemske koncentracije LDL holesterola, ki znaša 2,8 mmol/l. Pri kateri vrednosti LDL holesterola začnemo uvajati zdravila, je odvisno od prisotnosti ostalih dejavnikov ogrožanja za aterosklerozo (zgodnja koronarna srčna bolezen v družini, kajenje, zvečan krvni tlak, debelost, HDL holesterol manjši od 0,9 mmol/l, lipoprotein(a) večji od 30 mg/dl). Če je prisotna zgodnja koronarna srčna bolezen v družini ali če najdemo vsaj dva druga dejavnika tveganja za aterosklerozo, začnemo zdraviti s hipolipemiki pri koncentraciji LDL holesterola nad 4,1 mmol/l, pri odsotnosti drugih dejavnikov ogrožanja pa pri koncentraciji LDL holesterola nad 4,9 mmol/l. Pri otrocih, mlajših od 10 let, se o zdravljenju z zdravili odločamo posamič, pač glede na raven plazemskega LDL holesterola in prisotnost drugih dejavnikov tveganja za aterosklerozo (10).

Zdravila prvega izbora so statini in izmenjalci žolčnih kislin. Zaviralci HMG-CoA reduktaze ali statini (lovastatin, pravastatin, simvastatin, fluvastatin, atorvastatin) zmanjšajo pri bolnikih s primarno hiperholesterolemijo plazemsko koncentracijo

cijo LDL holesterola za 20 do 45%. Predpisujemo statine z močnejšim delovanjem, kot sta simvastatin in atorvastatin. Statinov ne predpisujemo pri jetrnih okvarah (26) in ženskam v rodnem obdobju, ki ne uporabljajo učinkovite kontracepcije, ker zdravilo lahko prehaja prek placente in zavira biosintezo holesterola v zarodku (10). Zaenkrat še velja, da jih ne predpisujemo otrokom, ker ni poznan njihov vpliv na rast in razvoj. Stranski učinek statinov je lahko reverzibilni porast transaminaz ali redkeje miopatija (26).

Izmenjalca žolčnih kislin holestiramin ter holestipol zmanjšata plazemsko koncentracijo LDL holesterola za 23–36% pri odraslih heterozigotih za družinsko hiperholesterolemijo (25). Izmenjalci žolčnih kislin se ne absorbirajo v črevesju in nimajo sistemskih toksičnih učinkov (26). So edina hipolipemična zdravila, priporočena za otroke. Zaradi motene absorpcije v črevesju pride pri otrocih pogosto do znižanja serumske koncentracije folne kisline, anemija pa je zelo redka. Ob izmenjevalcih žolčnih kislin je zato priporočljivo otrokom predpisati tudi multivitaminske preparate, ki vsebujejo folno kislino (10).

Pri večini bolnikov z družinsko hiperholesterolemijo zdravljenje z enim zdravilom ne zadošča. Odločimo se za kombinacijo dveh, in če je potrebno, tudi treh zdravil. Najučinkovitejša je kombinacija statinov in izmenjalcev žolčnih kislin, ob kateri pride do 40 do 60% zmanjšanja LDL holesterola v krvi. Ker izmenjalci žolčnih kislin lahko povzročajo zvečanje koncentracije trigliceridov, se pri bolnikih, ki imajo zvečane tudi trigliceride in pri katerih je zdravljenje s samo enim zdravilom neuspešno, specialist lahko odloči za kombinacijo statina in fibrata, vendar pa je ob tem potreben skrben nadzor bolnika zaradi večje nevarnosti miozitisa ali rhabdomiolize (27). Varnejša se je sicer izkazala kombinacija šibkejših statinov s fibrati (28, 29), vendar zaradi zaželenega močnejšega učinka poleg fibrata predpišemo raje simvastatin ali atorvastatin. Tudi ob dvotirni terapiji ima do 25% bolnikov s heterozigotno družinsko hiperholesterolemijo koncentracijo LDL holesterola v plazmi nad 4,9 mmol/l (25). Pri takih bolnikih naj se specialist odloči za trotirno terapijo (30).

Krvne maščobe kontroliramo 6 do 8 tednov po uvedbi zdravljenja, nato 3- do 4-krat letno, dokler ne dosežemo ciljne vrednosti LDL holesterola, kasneje pa zadostujejo kontrole enkrat letno. Pred uvedbo statinov in nato ob vsaki kontroli lipidograma kontroliramo tudi aktivnost transaminaz, aktivnost kreatinkinaze pa ob bolečinah v mišicah. Ob zvečanju aktivnosti transaminaz na več kot trikrat nad normalno vrednost in pri simptomatski miopatiji zdravilo ukinemo. Pri kombiniranem zdravljenju s statinom in fibratom so potrebne pogostejše kontrole transaminaz, na 2 do 3 mesece in takojšnja ukinitve zdravil ob pojavu bolečin v mišicah (26).

Druge oblike zdravljenja

Druge, invazivnejše oblike zdravljenja pridejo v poštev pri homozigotni ter hudi obliki heterozigotne družinske hiperholesterolemije. V Sloveniji uporabljamo zunajtelesno odstranjevanje lipoproteinov, drugod pa tudi kirurške metode, opisali pa so celo že nekaj primerov uspešne genske terapije.

Za zunajtelesno odstranjevanje holesterola imamo na voljo več metod. Uporabljamo lahko standardno plazmaferezo, ki je neselektiven način odstranjevanja, saj poleg LDL holesterola odstrani tudi nelipidne sestavine plazme. Novejši način je selektivna LDL afereza, s katero iz plazme odstranimo delce LDL, poleg tega pa tudi lipoprotein(a) in fibrinogen. To lahko dosežemo z različnimi načini filtracije, ki so možni zaradi velike molekulske mase delcev LDL, pri tem pa se delno odstranijo tudi HDL holesterol in nekateri plazemski proteini. Selektivnejša je LDL afereza s pomočjo afinitetne kromatografije, pri kateri se delci LDL in VLDL vežejo na protite-

sa, ki so vezana na trden nosilec, manj selektivna pa je afinitetna kromatografija s pomočjo dekstran sulfata. Med novejših dosežke na tem področju sodi obarjanje (HELP), s katerim zelo učinkovito odstranjujemo holesterol pa tudi fibrinogen in lipoprotein(a) iz plazme (31). Aferezo ponavljamo v dvo-tedenskih presledkih. Plazemsko koncentracijo LDL holesterola lahko na ta način zmanjšamo za 40 do 80%.

Kirurških metod v Sloveniji zaenkrat ne uporabljamo. V svetu pa delajo delni črevesni obhod (32, 33), portokavalni obvod (34) in presaditev jeter (35, 36).

Genska nadomestna terapija metaboličnih bolezni je še v povojih in se uporablja samo pri življenjsko nevarnih boleznih, pri katerih ni drugih terapevtskih možnosti. Kandidati za tovrstno zdravljenje so tudi homozigoti z družinsko hiperholesterolemijo, pri katerih so receptorji za LDL popolnoma odsotni in so zdravila zato največkrat neučinkovita. Razvili so dva načina genske terapije. Pri genski terapiji *ex vivo* gre za vsaditev lastnih, genetsko spremenjenih hepatocitov. Postopek poteka v več stopnjah: bolniku odvzamejo del jeter, opravijo ločitev hepatocitov, ki jih nato gojijo v celični kulturi in jih genetsko spremenijo s pomočjo rekombinantnih retrovirusov, ki v hepatocite prenesejo terapevtski gen. Tako spremenjene hepatocite vnesejo v peritonealno votlino ali v portalni obtok, po dveh do treh mesecih se razširijo po vseh jetrih (37, 38). Prvega bolnika so začeli tako zdraviti leta 1992, zdravljenje je potekalo brez zapletov (39). Drugi pristop genske terapije je *in vivo*, pri tem gre za neposredni vnos gena v celico in jedro prek transportnega sistema, ki je lahko virus, liposom ali protein. Ta pristop se zaenkrat preizkuša samo na živalskih modelih (37).

Sklep

Družinska hiperholesterolemija je prirojena bolezen, ki vodi do pospešene ateroskleroze in zgodnje koronarne srčne bolezni. Zavedati se moramo, da le z zgodnjim odkrivanjem in ustreznim zdravljenjem teh bolnikov lahko upočasnimo napredovanje aterosklerotičnih sprememb in s tem odložimo zaplete bolezni. Glede na pogostnost bolezni bi potrebovali nacionalni program, ki bi urejal sistematično odkrivanje bolnikov, vodenje registra in izobraževanje zdravnikov in javnosti.

Literatura

- Goldstein JL, Brown MS. Familial hypercholesterolemia. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D eds. The metabolic basis of inherited disease, 6th ed. New York: McGraw-Hill, 1989: 1215–50.
- Thompson GR. A handbook of hyperlipidaemia. 2nd ed. New Jersey: Merck & Co. Inc., 1994: 111–26.
- Aalto-Setälä K, Kontula K. Molecular genetics of familial hypercholesterolemia. *Adv Exp Med Biol* 1991; 285: 33–7.
- Bild DE, Williams RR, Brewer HB, Herd JA, Pearson TA, Stein E. Identification and management of heterozygous familial hypercholesterolemia: Summary and recommendation from an NHLBI workshop. *Am J Cardiol* 1993; 72: 1D–5D.
- Myant NB. Familial defective apolipoprotein B-100: a review, including some comparisons with familial hypercholesterolemia. *Atherosclerosis* 1993; 104: 1–18.
- Rauh G, Schuster H, Fischer J, Keller Ch, Wolfram G, Zöllner N. Identification of a heterozygous compound individual with familial hypercholesterolemia and familial defective apolipoprotein B-100. *Klin Wochenschr* 1991; 69: 320–4.
- Buyukgebiz B, Eroglu Y, Cevik NT, Tunnessen WW. Picture of the month. Homozygous familial hypercholesterolemia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 699–700.
- Williams RR, Schumacher C, Barlow GK, Hunt SC, Ware JL, Pratt M, Latham BD. Documented need for more effective diagnosis and treatment of familial hypercholesterolemia according to data from 502 heterozygotes in Utah. *Am J Cardiol* 1993; 72: 18D–24D.
- Williams RR, Hunt SC, Schumacher MC, Hegele RA, Leppert MF, Ludwig EH et al. Diagnosing heterozygous familial hypercholesterolemia using new practical criteria validated by molecular genetics. *Am J Cardiol* 1993; 72: 171–6.

10. Kwiterovich PO. Identification and treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia in children and adolescents. *Am J Cardiol* 1993; 72: 30D-7D.
11. Bangert SK, Eldridge PH, Peters PJ. Neonatal screening for familial hypercholesterolemia by immunoturbidimetric assay of apolipoprotein B in dried blood spots. *Clinica Chimica Acta* 1992; 213: 95-101.
12. Spengel F, Harders-Spengel K, Keller C, Wiczorek A, Wolfram G, Zöllner N. Use of fibroblast culture to diagnose and genotype familial hypercholesterolemia. *Ann Nutr Metab* 1982; 26: 240-7.
13. Leitersdorf E, Tobin EJ, Davignon J, Hobbs HH. Common low density lipoprotein receptor mutations in the French Canadian population. *J Clin Invest* 1990; 85: 1014-23.
14. Koivisto UM, Turtola H, Aalto-Setälä K et al. The familial hypercholesterolemia (FH) - North Karelia mutation of the low density lipoprotein receptor gene deletes seven nucleotides of exon 6 and is a common cause of FH in Finland. *J Clin Invest* 1992; 90: 219-28.
15. Nissen H, Hansen AB, Guldberg P et al. Genetic diagnosis with the denaturing gradient gel electrophoresis technique improves diagnostic precision in familial hypercholesterolemia. *Circulation* 1995; 91: 1641-6.
16. Pearson TA. Diagnosis and case finding in familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1993; 72: 15D-7D.
17. Report of the national cholesterol education program. Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *Arch Intern Med* 1988; 198: 36-69.
18. American academy of pediatrics. National cholesterol education program: Report of the expert panel on blood cholesterol levels in children and adolescents. *Pediatrics* 1992; 89: Suppl 3: 525-84.
19. Williams R. Oral presentation. Current progress of international MedPed registry. International MED PED FH council meeting. Firenze, 1998.
20. Schonfeld G. Who should treat familial hypercholesterolemia? *Am J Cardiol* 1993; 72: 38D-41D.
21. Connor WE, Connor SL. Importance of diet in the treatment of familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1993; 72: 42D-53D.
22. Illingworth DR, Cope R, Bacon SP. Regression of tendon xanthomas in patients with familial hypercholesterolemia during long term treatment with lovastatin alone or in combination. *South Med J* 1990; 83: 1053-7.
23. Kane JP, Malloy MJ, Ports TA, Phillips NR, Diehl JC, Havel RJ. Regression of coronary atherosclerosis during treatment of familial hypercholesterolemia with combined drug regimens. *JAMA* 1990; 264: 3007-12.
24. Šebešljen M, Žegura B. Karotidna ateroskleroza pri bolnikih z družinsko hiperholesterolemijo. Študentska raziskovalna naloga za Prešernovo nagrado. Ljubljana, 1995: 1-40.
25. Illingworth DR. How effective is drug therapy in heterozygous familial hypercholesterolemia? *Am J Cardiol* 1993; 72: 54D-8D.
26. Keber I. Hiperlipidemije. In: Keber D ed. Zdravljenje notranjih bolezni, 2nd ed. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1993: 12-30-40.
27. Pierce R, Wysovski DK, Gross TP. Myopathy and rhabdomyolysis associated with lovastatin-gemfibrozil combination therapy. *JAMA* 1990; 264: 71-5.
28. Spence JD, Munoz CE, Hendricks L, Latchinian L, Khouri EH. Pharmacokinetics of the combination of fluvastatin and gemfibrozil. *Am J Cardiol* 1995; 76: 80A-3A.
29. Eliav O, Schurr D, Pfister P, Friedlander Y, Leitersdorf E. High-dose fluvastatin and bezafibrate combination treatment for heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1995; 76: 76A-9A.
30. Leitersdorf E, Muratti EN, Eliav O, Peters TK. Efficacy and safety of triple therapy (fluvastatin-bezafibrate-cholestyramine) for severe familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1995; 76: 84A-8A.
31. Keller C. LDL-apheresis: results of longterm treatment and vascular outcome. *Atherosclerosis* 1991; 86: 1-8.
32. Campos CT, Matts JP, Santilli SM et al. Predictors of total and low-density lipoprotein cholesterol change after partial ileal bypass. *The American Journal of Surgery* 1988; 155: 138-46.
33. Campos CT, Matts JP, Fitch LL. Lipid results of partial ileal bypass in patients with heterozygous, type II-A hyperlipoproteinemia. *Surgery* 1990; 108: 601-11.
34. Forman MB, Baker SG, Miény CJ. Treatment of homozygous familial hypercholesterolemia with portacaval shunt. *Atherosclerosis* 1982; 41: 349-61.
35. Starzl TE, Bilheimer DW, Bahnson HT et al. Heart liver transplantation in a patient with familial hypercholesterolemia. *Lancet* 1984; 1: 1382-3.
36. Revell SP, Noble-Jamieson G, Johnston P, Rasmussen A, Jamieson N, Barnes ND. Liver transplantation for homozygous familial hypercholesterolemia. *Archives of Disease in Childhood* 1995; 73: 456-8.
37. Wilson JM, Grossman M. Therapeutic strategies for familial hypercholesterolemia based on somatic gene transfer. *Am J Cardiol* 1993; 72: 59D-63D.
38. Neufeld EJ. Inherited dyslipidemias in childhood. *Current Opinion in Pediatrics* 1993; 5: 707-11.
39. Randall T. First gene therapy for inherited hypercholesterolemia a partial success. *JAMA* 1993; 269: 837-8.



kapsule

Diflazon®

flukonazol

- *v svetu največ predpisovani sistemski antimikotik*
- *edini peroralni sistemski antimikotik za zdravljenje vaginalne kandidoze, ki ga je odobril FDA*

Skrajšano navodilo

Flukonazol je sistemski antimikotik iz skupine triazolov.

Odmerjanje pri različnih indikacijah:

| | |
|-------------------------|---|
| vaginalna kandidoza | 150 mg v enkratnem odmerku |
| mukozna kandidoza | 50 do 100 mg na dan |
| dermatomikoze | 50 mg na dan ali 150 mg na teden |
| sistemska kandidoza | prvi dan 400 mg, nato od 200 do 400 mg na dan Največji dnevni odmerek je 800 mg. |
| preprečevanje kandidoze | 50 do 400 mg na dan |
| kriptokokni meningitis | prvi dan 400 mg, nato od 200 do 400 mg na dan |
| zdrževalno zdravljenje | 200 mg na dan |

Kontraindikacije: Preobčutljivost za zdravilo ali sestavine zdravila. **Interakcije:** Pri enkratnem odmerku flukonazola za zdravljenje vaginalne kandidoze klinično pomembnih interakcij ni. Pri večkratnih in večjih odmerkih so možne interakcije s terfenadinom, cisapridom, astemizolom, varfarinom, derivati sulfonilureje, hidroklorotiazidom, fenitoinom, rifampicinom, ciklosporinom, teofilinom, indinavirom in midazolamom. **Nosečnost in dojenje:** Nosečnica lahko jemlje zdravilo le, če je korist zdravljenja za mater večja od tveganja za plod. Doječe matere naj med zdravljenjem s flukonazolom ne dojijo. **Stranski učinki:** Povezani so predvsem s prebavnim traktom: slabost, napenjanje, bolečine v trebuhu, driska, zelo redko se pojavijo preobčutljivostne kožne reakcije, anafilaksija in angioedem – v tem primeru takoj prenehamo jemati zdravilo. Pri bolnikih s hudimi glivičnimi obolenji lahko pride do levkopenije in trombocitopenije in do povečane aktivnosti jetrnih encimov. **Oprema in način izdajanja:** 7 kapsul po 50 mg, 28 kapsul po 100 mg, 1 kapsula po 150 mg. Na zdravniški recept. 5/98.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



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

Pregledni prispevek/Review article

OCENJEVANJE STATUSA KOLKA

EVALUATION OF THE HIP STATUS

*Dragica Smrke¹, Vinko Pavlovčič², Aleš Igljič³, Veronika Kralj-Iglič⁴*¹ Klinični oddelek za travmatologijo, Klinični center, Zaloška 2, 1525 Ljubljana² Ortopedska klinika, Klinični center, Zaloška 9, 1525 Ljubljana³ Fakulteta za elektrotehniko, Tržaška 25, 1000 Ljubljana⁴ Inštitut za biofiziko, Medicinska fakulteta, Lipičeva 2, 1105 Ljubljana

Prispelo 1998-05-04, sprejeto 1998-10-19; ZDRAV VESTN 1999; 68: 15-9

Ključne besede: kolka; kolčna proteza; ocena statusa; zlom kolka; artroza kolka

Izveček – Predstavljena so temeljna načela za ocenjevanje statusa kolka in ustrezen protokol, ki vključuje klinično in rentgenološko oceno. Podatki, ki jih vrednotimo v protokolu, omogočajo določanje vrednosti več različnih že uveljavljenih testov, kot so na primer Larsonov test, Harrisov test, Merle d'Aubigné in Postelov test ter Kavanaghov test. Zaradi poenotenja načina ocenjevanja in primerjave med študijami različnih avtorjev so organizacije »Hip Society«, »Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie« (SICOT) in »The American Academy of Orthopaedic Surgeons« priporočile ta protokol za primerjavo različnih tipov zdravljenja patologije kolka. Diskutiramo tudi o možnosti primerjave kliničnega in rentgenološkega statusa z biomehanskim.

Izhodišča

Zaradi patoloških sprememb v kolku (poškodbe in degenerativne bolezni kolka) je vgrajenih v svetu vsako leto nekaj sto tisoč kolčnih protez. Ker je na razpolago več različnih tipov in modelov protez, nas zanima, kateri tip moramo izbrati, ko se odločamo za način zdravljenja pri določenem bolniku, da bi dosegli čim uspešnejše zdravljenje. Pri tem se opiramo tudi na primerjalne študije, ki podajajo uspešnost posameznih tipov in modelov protez in načina zdravljenja nasploh. Primerjava med različnimi študijami pa je mogoča le, če način ocenjevanja različnih avtorjev upošteva enaka temeljna načela ocenjevanja statusa kolka.

V zadnjih 30 letih so vpeljali več različnih testov, s katerimi lahko ocenimo status kolka v različnih fazah zdravljenja in na ta način ocenimo uspešnost zdravljenja. V literaturi največkrat najdemo Larsonov (Iowa) test (1), Harrisov test (2) in Kavanaghov test (test Klinike Mayo) (3), ki podajo status kolka z eno samo numerično vrednostjo, ter Merle d'Aubigné in Postelov test (4). Teste so vpeljali za oceno različnih artroplastik kolka. V skladu z razvojem na področju konstrukcije kolčnih protez so ocenjevanje spreminjali in razširjali. V ocenjevanje so vključili tudi rentgenološko oceno kolka (5, 6). Vpeljevanje novih načinov ocenjevanja ima prednosti pri obravnavanju določenega problema, otežuje pa primerjavo rezultatov različnih študij. Do poskusov poenotenja načina ocenjevanja je prišlo že v preteklosti, pred kratkim pa so tri strokovna združenja: »Hip Society«, »Société Internationale de

Key words: hip; hip prosthesis; evaluation of status; hip fracture; coxarthrosis

Abstract – The principles and the corresponding protocol for evaluation of the status of the hip, including clinical and radiographic aspects are presented. The included data enable determination of the values of different standard hip scores such as Larson hip score, Harris hip score, Merle d'Aubigné and Postel hip score and Kavanagh hip score. In order to unify the hip evaluation and enable comparison between different analyses, this protocol is recommended by »Hip Society«, »Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie« (SICOT) and »The American Academy of Orthopaedic Surgeons«. We discuss the possibility of comparison between the clinical and radiographic status of the hip and the biomechanical status of the hip.

Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie« (SICOT) in »The American Academy of Orthopaedic Surgeons« podala svoj predlog osnovnih načel za ocenjevanje statusa kolka (7). V tem prispevku predstavimo načela in protokol za ocenjevanje statusa kolka, ki ga priporočajo omenjena združenja, in razpravljamo o oceni statusa kolka. Protokol, ki ga predstavljamo (tab. 1 in 2), je v osnovi prevod originalnega protokola (7) z nekaj manjšimi prilagoditvami.

V Sloveniji obravnavamo vsako leto več tisoč primerov bolezni in poškodb v okoliščju. Na Ortopedski kliniki je že v uporabi protokol, ki vključuje tudi ocenjevalno lestvico. V temeljnih elementih se oba protokola prekrivata. Protokol, ki ga predstavljamo v tem delu, dopolnjuje že obstoječi protokol ter omogoča določanje več različnih uveljavljenih ocenjevalnih lestvic. Ker želimo s svojimi izkušnjami prispevati k analizi uspešnosti načina zdravljenja patologije v predelu kolka – analiza poteka v okviru mednarodnih strokovnih združenj – predstavljamo domači strokovni javnosti protokol za klinično in rentgenološko oceno statusa kolka in problematiko, ki je povezana z ocenjevanjem statusa kolka.

Temeljna načela ocenjevanja statusa kolka

Ocena kliničnega statusa kolka vsebuje podatke o gibljivosti, bolečini, hoji in vsakodnevnih aktivnostih bolnika. Rentgenološka ocena kolka vsebuje podatke o neenakomernem

Tab. 1. Ocena kliničnega statusa kolka (po ref. 5).

Tab. 1. Clinical evaluation (after ref. 5).

| | | | |
|---|--|--|--|
| Bolečina Stopnja bolečine - Brez bolečine - Blaga in občasna bolečina - nespremenjen način aktivnosti in dela - Srednje močna bolečina - bolnik je aktiven, a je spremenil in/ali prilagodil nekatere dejavnosti zaradi bolečine - Močna - močna bolečina in omejitve aktivnosti Pojavnost bolečine - Nič - Pri začetnih korakih, nato izgine - Pri daljši hoji (več kot 30 min) - Pri hoji - Vedno | Pain Degree - None - Mild - slight and occasional pain; patient has not altered patterns and activity or work - Moderate - patient is active but had to modify or give up some activities, or both, because of pain - Severe - major pain and serious limitations Occurrence - None - With first steps, then dissipated (start-up pain) - Only after long walks (30 min or more) - With all walking - At all times | - 2 bergli - Hojica - Nezmožen za hojo Čas hoje brez podpore - Neomejen (večji kot 1 ^h) - 31-60 min - 11-30 min - 2-10 min - Manj kot 2 min oz. samo doma - Nezmožen | - 2 crutches - Walker - Unable to walk Time walked without support - Unlimited (more than 1 ^h) - 31-60 min - 11-30 min - 2-10 min - Less than 2 min or indoors only - Unable to walk |
| Delo/stopnja aktivnosti Poklic (navedite poklic) - Upokojen - Ne - Da - Prebiva v negovalnem domu - Ne - Da (datum vstelitve _____) Stopnja aktivnosti - Nepomičen ali na invalidskem vozičku - Sedeč, z minimalno zmoglostjo hoje in drugih aktivnosti - Polesedeč: pisarniško delo, lažja gospodinjstva dela - Lažje fizično delo: vsa gospodinjstva dela, lažja rekreacija (hoja do 5 km) - Zmerno fizično delo: dvigovanje bremen lažjih od 23 kg, zmerna rekreacija (hoja ali kolesarjenje več kot 5 km) - Težje fizično delo: dvigovanje bremen 23-45 kg, rekreacija Delazmožnost zadnjih treh mesecev 100% 75% 50% 25% 0% | Work/level of activity Occupation (specify) - Retired - No - Yes - Nursing home - No - Yes (date entered _____) Level of activity - Bedridden or confined to a wheelchair - Sedentary-minimum capacity for walking and other activity - Semi-sedentary - white collar job, bench work, light house-keeping - Light labor-heavy house-cleaning, yard work, assembly line, light sports (e.g. walking up to 5 km) - Moderate manual labor - lifts up to 23 kg, moderate sports (walking or bicycling more than 5 km) - Heavy manual labor-frequently lifts 23-45 kg, vigorous sports Work capacity in last 3 months 100% 75% 50% 25% 0% | Mnenje bolnika - Operacija je povečala zmoglost gibanja - Da - Ne - Operacija je zmanjšala bolečino - Da - Ne - Operacija je zmanjšala potrebo po analgetikih - Da - Ne - Zadovoljstvo z rezultati - Da - Ne - Stanje glede na prejšnji pregled - Izboljšano - Enako - Poslabšano | Satisfaction of patient - Operation increased your function - Yes - No - Operation decreased your pain - Yes - No - Operation decreased your need for pain medication - Yes - No - Satisfied with results - Yes - No - Status of hip compared with your last visit - Better - Same - Worse |
| Obuvanje čevljev in nogavic - Brez težav - Rahle težave - Velike težave - Nezmožen Vzpenjanje in spuščanje po stopnicah - Normalno (obe nogi izmenoma) - Obe nogi izmenoma s pomočjo ograje ali podpornega pripomočka - Obe nogi na isti stopnici - Katerikoli drug način - Nezmožen Sedanje in vstajanje - Lahko vstane s stola brez pomoči rok - Lahko vstane s stola s pomočjo rok - Ne more sam vstati | Putting on shoes and socks - No difficulty - Slight difficulty - Extreme difficulty - Unable Ascending and descending stairs - Normal (foot over foot) - Foot over foot using banister or assistive device - 2 feet on each step - Any other method - Unable Sitting to standing - Can arise from chair without upper extremity support - Can arise with upper extremity support - Cannot arise independently | Klinični pregled Šepanje brez podpore - Nič - Rahlo (zazna ga dober opazovalec) - Zmerno (zazna ga bolnik) - Močno - znatno vpliva na hojo in jo upočasnjuje Gibljivost kolka - Fiksna fleksija - Levo _____° - Desno _____° - Fleksija do - Levo _____° - Desno _____° - Abdukcija/addukcija - Levo _____° / _____° - Desno _____° / _____° - Zunanja / Notranja rotacija (kolk v 0° fleksiji ali največji ekstenziji) - Levo _____° / _____° - Desno _____° / _____° Trendelenburgov znak - Pozitiven - Levo - Desno - Negativen - Levo - Desno - Se ne da določiti - Levo - Desno Duchennov znak - Prisoten - Odsoten Dolžina nog - Enaka - Leva krajša _____ cm - Desna krajša _____ cm - Metoda merjenja _____ | Physical examination Limp without support - None - Slight - detected by trained observer - Moderate - detected by patient - Severe - markedly alters or slows gait Range of motion of hip - Fixed flexion - Left _____° - Right _____° - Further flexion to - Left _____° - Right _____° - Abduction/adduction - Left _____° / _____° - Right _____° / _____° - External/internal rotation hip in 0° flexion or maximum extension - Left _____° / _____° - Right _____° / _____° Trendelenburg sign - Positive - Left - Right - Negative - Left - Right - Unable to test - Left - Right Trendelenburg lurch (Duchenne sign) - Present - Absent Limb length - Equal - Left shorter _____ cm - Right shorter _____ cm - Method of measurement (radiograph, blocks, other) _____ |
| Hoja Podpora - Ne potrebuje podpore - 1 palica za daljše sprehode - 1 palica - 1 bergla - 2 palici | Walking capacity Usual support needed - None - 1 cane for long walks - 1 cane - 1 crutch - 2 canes | | |

Tab. 2. Rentgenološka ocena statusa cementne totalne proteze kolka (po ref. 5).

Tab. 2. Radiographic evaluation of a cemented total hip prosthesis (after ref. 5).

| | | | |
|--|--|---|---|
| Acetabulum Migracija glede na Köhlerjevo solzo - Ne - Da - Superiorno: _____mm - Medialno: _____mm Lega središča rotacije glede na Köhlerjevo solzo - Superiorno - Lateralno Poškodbe v cementu - Ne - Da - Območje (I-III): _____ Svetline v območju stika med cementom in kostjo - Ne - Da Največja širina Območje I: _____mm Območje II: _____mm Območje III: _____mm Povsod - Ne - Da Največja širina: _____mm Svetline v okolici vijakov - Ne - Da - Ne določamo Zlomi vijakov - Ne - Da - Ne določamo Izraba neoacetabula: _____mm Lega Nagnjenost (abdukcija): Lega acetabula: - Retroverzija: _____% - Nevtralna: - Anteverzija: _____% | Acetabulum Migration of component relative to teardrop - No - Yes - Superior: _____mm - Medial: _____mm Location of center of rotation relative to teardrop - Superior - Lateral Broken cement - No - Yes - Zone (I-III): _____ Cement-bone radiolucency - No - Yes Maximum width Zone I: _____mm Zone II: _____mm Zone III: _____mm Continuous - No - Yes Maximum width: _____mm Radiolucency around screws - No - Yes - Not applicable Breakage of screws - No - Yes - Not applicable Wear of socket: _____mm Position of component Inclination (abduction): Version of cup: - Retroversion: _____% - Neutral - Anteversion: _____% | Acetabulum - Ne - Da - V območju stika med cementom in kostjo - AP radiogram - Ne - Da, največja širina - Območje 1: _____mm - Območje 2: _____mm - Območje 3: _____mm - Območje 4: _____mm - Območje 5: _____mm - Območje 6: _____mm - Območje 7: _____mm - Aksialni radiogram - Ne - Da, največja širina - Območje 8: _____mm - Območje 9: _____mm - Območje 10: _____mm - Območje 11: _____mm - Območje 12: _____mm - Območje 13: _____mm - Območje 14: _____mm Resorpcija medialnega dela vratu (mali trohanter) - Ne - Da - Znižanje - Stanjšanje Resorpcija ali hipertrofija debela stegenice - Ne - Da - Resorpcija (območja _____) - Hipertrofija (območja _____) Sprememba gostote - Ne - V obliki madežev (območja _____) - Enakomerne izgube (območja _____) - Povečan kortikalni del kosti (območja _____) Votline na notranji strani korteksa - Ne - Da - Območja: _____ - Dolžina: _____ - Širina: _____ Ektopična zakostenitev - Brooker I (nič) - Brooker II (blago) - Brooker III (zmerno) - Brooker IV (močno) Položaj stema - Naraven - Varus/Valgus (izberite eno od obeh možnosti) - Varus - Valgus Veliki trohanter - Neoperiran - Opravljena osteotomija - Zaceljen - Nezaceljen - Premaknjen - Nepremaknjen | Acetabulum - No - Yes - Cement-bone - AP radiograph - No - Yes, maximum width - Zone 1: _____mm - Zone 2: _____mm - Zone 3: _____mm - Zone 4: _____mm - Zone 5: _____mm - Zone 6: _____mm - Zone 7: _____mm - Axial radiograph - No - Yes, maximum width - Zone 8: _____mm - Zone 9: _____mm - Zone 10: _____mm - Zone 11: _____mm - Zone 12: _____mm - Zone 13: _____mm - Zone 14: _____mm Resorption of medial part of neck (calcar) - No - Yes - Loss of height (exclusive of rounding) - Loss of thickness Resorption or hypertrophy of shaft - No - Yes - Resorption (zones _____) - Hypertrophy (zones _____) Change in density - No - Patchy loss (zones _____) - Uniform loss (zones _____) - Increased trabecular bone (zones _____) Endosteal cavitation - No - Yes - Zones: _____ - Length: _____mm - Width: _____mm Ectopic ossification - Brooker I (none) - Brooker II (mild) - Brooker III (moderate) - Brooker IV (severe) Position of stem - Natural - Varus/Valgus (qualitative only, choose one) - Varus - Valgus Greater trochanter - Not osteotomized - Osteotomized - Healed - Not healed - Displaced - Non-displaced |
| Stegnenica Migracija stema Varus-Valgus - Ne - Da (izberite eno od obeh možnosti) - Varus - Valgus Pogrezanje (glede na proksimalno točko velikega trohantra in srednjo točko malega trohantra) - Ne - Da: _____mm - V cementu - Skupaj s cementom Poškodovan cement - Ne - Da Delo - Nepoškodovan - Zvit - Zlomljen Svetline - V območju stika med protezo in cementom (AP radiogram) | Femur Migration of stem Varus-Valgus - No - Yes (qualitative only, choose one) - Varus - Valgus Subsidence (must be related to fixed landmarks on femur: proximal tip of greater trochanter and mid-point of lesser trochanter) - No - Yes: _____mm - Within cement - With cement Broken cement - No - Yes Stem - Intact - Bent - Broken Radiolucency - Prosthesis-cement (AP radiogram) | Stegnenica - Ne - Da - V območju stika med cementom in kostjo - AP radiogram - Ne - Da, največja širina - Območje 1: _____mm - Območje 2: _____mm - Območje 3: _____mm - Območje 4: _____mm - Območje 5: _____mm - Območje 6: _____mm - Območje 7: _____mm - Aksialni radiogram - Ne - Da, največja širina - Območje 8: _____mm - Območje 9: _____mm - Območje 10: _____mm - Območje 11: _____mm - Območje 12: _____mm - Območje 13: _____mm - Območje 14: _____mm Resorpcija medialnega dela vratu (mali trohanter) - Ne - Da - Znižanje - Stanjšanje Resorpcija ali hipertrofija debela stegenice - Ne - Da - Resorpcija (območja _____) - Hipertrofija (območja _____) Sprememba gostote - Ne - V obliki madežev (območja _____) - Enakomerne izgube (območja _____) - Povečan kortikalni del kosti (območja _____) Votline na notranji strani korteksa - Ne - Da - Območja: _____ - Dolžina: _____ - Širina: _____ Ektopična zakostenitev - Brooker I (nič) - Brooker II (blago) - Brooker III (zmerno) - Brooker IV (močno) Položaj stema - Naraven - Varus/Valgus (izberite eno od obeh možnosti) - Varus - Valgus Veliki trohanter - Neoperiran - Opravljena osteotomija - Zaceljen - Nezaceljen - Premaknjen - Nepremaknjen | Stegnenica - No - Yes - Cement-bone - AP radiograph - No - Yes, maximum width - Zone 1: _____mm - Zone 2: _____mm - Zone 3: _____mm - Zone 4: _____mm - Zone 5: _____mm - Zone 6: _____mm - Zone 7: _____mm - Axial radiograph - No - Yes, maximum width - Zone 8: _____mm - Zone 9: _____mm - Zone 10: _____mm - Zone 11: _____mm - Zone 12: _____mm - Zone 13: _____mm - Zone 14: _____mm Resorption of medial part of neck (calcar) - No - Yes - Loss of height (exclusive of rounding) - Loss of thickness Resorption or hypertrophy of shaft - No - Yes - Resorption (zones _____) - Hypertrophy (zones _____) Change in density - No - Patchy loss (zones _____) - Uniform loss (zones _____) - Increased trabecular bone (zones _____) Endosteal cavitation - No - Yes - Zones: _____ - Length: _____mm - Width: _____mm Ectopic ossification - Brooker I (none) - Brooker II (mild) - Brooker III (moderate) - Brooker IV (severe) Position of stem - Natural - Varus/Valgus (qualitative only, choose one) - Varus - Valgus Greater trochanter - Not osteotomized - Osteotomized - Healed - Not healed - Displaced - Non-displaced |

stiku med cementom in kostjo, radiolucentni liniji, osteolizi, sklerozi, asimetričnem položaju glave proteze v acetabulumu, zlomu cementa in o trabekularnem vzorcu. Poleg tega lahko vključimo v oceno še druge parametre, ki se nam zdijo pomembni za obravnavani problem. Zapis o oceni statusa kolka imenujemo protokol. Protokol mora biti jase in dovolj jednat, da ga je mogoče vključiti v klinično prakso.

Sestavine sistema ocenjevanja

Kategorizacija pacientov

Sistem zbiranja podatkov vsebuje informacije, ki omogočajo primerno kategorizacijo pacientov. Ti podatki vključujejo spol, starost, višino, težo, stran, na kateri je bila izvedena operacija, primarno diagnozo (temeljno patološko stanje) in se-

kundarno diagnozo, če je to potrebno. Podatki o predhodnih operacijah na obravnavanem kolku, anomalijah na kontralateralnem kolku in ostalih sklepih, večjih ortopedskih in splošnih zdravstvenih problemih in o morebitnem poprejšnjem zdravljenju morajo biti podrobno navedeni. Nekateri tehnični podatki o operaciji (kot na primer lega bolnika, operativni pristop, vrsta anestezije, tip in velikost proteze ter način fiksacije) morajo biti zabeleženi.

Ocena kliničnega statusa

Parametri, ki sestavljajo opis kliničnega statusa, vključujejo gibljivost, bolečino, sposobnost za delo, stopnjo aktivnosti, sposobnost hoje, subjektivno počutje pacienta in rezultate klinične preiskave (tab. 1). Trendelenburgov znak je mera za neugodno geometrijo okolčlja ali/in moč abduktorjev (7), Trendelenburgovo šepanje (ali Duchennov znak) pa opisuje način bolnikove hoje, ki kolk razbremenjuje z nagibanjem zgornjega dela telesa.

Bolečino opiše bolnik, zaradi česar je ocena bolečine povezana s subjektivnostjo bolnika. Pomembno je tudi določiti vrsto bolečine in pogostost pojavljanja. Podatki o hoji in vsakodnevnih aktivnostih so pomembni tudi zato, ker posredno vsebujejo podatke o bolečini. Tako je zmožnost bolnika, da se vzpenja in spušča po stopnicah in da sede in vstane, neposredna mera za gibljivost in moč ter v manjši meri za bolečino. Zmožnost bolnika, da doseže prste na nogi, da si obuje in sezuje čevlje in nogavice, je neposredna mera za gibljivost in posredna mera za samostojnost pacienta. Protokol vključuje tudi bolnikovo zmožnost za opravljanje dela. Na primer, če je bolnik, ki je prej opravljal težko fizično delo, zdaj isto delo zaradi bolezni nezmožen opravljati, funkcijo označimo kot težko fizično delo z 0% zmožnostjo. Če bolnik zamenja to delo na primer z delom v pisarni, in to opravlja brez težav, gospodinjstva dela pa opravlja z določenimi težavami, funkcijo označimo kot lažje fizično delo z npr. 75 % zmožnostjo. Če po operaciji še naprej dela v pisarni, a opravlja gospodinjstva dela brez težav, funkcijo označimo kot lažje fizično delo s 100% zmožnostjo. Če pa se vrne k prvotnemu delu, ki ga opravlja z nekaj težavami, funkcijo označimo kot težko fizično delo z npr. 85% zmožnostjo (7).

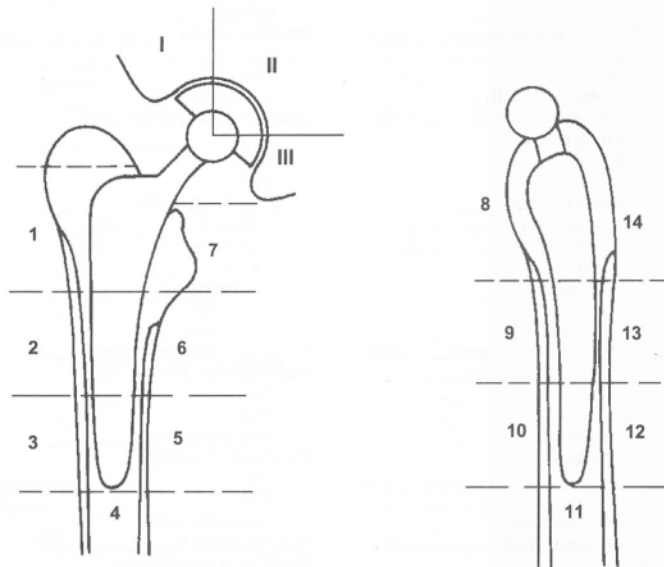
Rentgenološka ocena statusa kolka

Za razliko od protokola za oceno kliničnega statusa kolka, ki je splošen, je protokol za rentgenološko oceno statusa kolka specifičen za bolezenska stanja v področju okolčja oziroma za vrsto operacije. V primeru, ko gre za kolčno protezo, ločimo parcialne in totalne proteze. Pri kolčni protezi ločimo cementne in brez cementne proteze. Parametri za rentgenološko oceno statusa kolka z vgrajeno kolčno protezo so podani v tabeli 2.

O neenakomernem stiku med cementom in kostjo govorimo, ko se pojavlja rentgenološko vidna neenakomerna linija med cementom in kostjo. Radiolucentno linijo vidimo tako na stiku kosti s cementom kot tudi na stiku cementa s protezo, in to kaže na možnost omajanja proteze. Če je radiolucentna linija med cementom in kostjo dve leti nespremenjena in hkrati manjša od 1,5 mm, smatramo to za normalen pojav in ga pripisujemo formaciji vezivnega tkiva okoli cementa (6). Osteoliza je rentgenološko vidna svetlina v kosti in označuje patološke procese. Opažena je bila tako pri omajani kot pri neomajani kolčni protezi. Skleroza je posledica neenakomerne razporeditve sil in je lahko znak neugodnega biomehanskega statusa kolka po implantaciji proteze. Asimetrični položaj glavnice proteze v acetabulumu je predvsem pomemben za kasno kontrolo bolnikov z vstavljeno kolčno protezo. Ta sprememba lahko kaže na obrabo proteze, delni izpah glavnice proteze ter na patološki proces v predelu acetabula (6). Zlom cementa je nedvomen znak omajanja kolčne

proteze, kljub temu da je lahko bolnik brez manifestnih kliničnih znakov omajanja proteze. Gostota kostnih letvic je pomembna pri oceni stopnje osteoporoze. Prisotnost osteoporoze namreč narekuje previdnost pri operativnem posegu, ker je v takem primeru verjetnost dodatnih zapletov povečana.

V okviru protokola razdelimo acetabularni del v tri območja (I-III) (5), femoralni del pa v 14 območij (8) (sl. 1). Rentgenološka ocena statusa kolka zajema anteroposteriorni (območja 1-7) in aksialni (območja 8-14) rentgenogram.



Sl. 1. Pri rentgenološki oceni statusa kolka razdelimo na anteroposteriornem radiogramu acetabularni del v tri območja (I-III) (5), femoralni del pa v sedem območij (1-7), na aksialnem radiogramu pa razdelimo femoralni del v sedem območij (8-14). Po ref. (5) in (8).

Fig. 1. In the radiographic evaluation of the hip status from the anteroposterior radiogram three zones (I-III) are distinguished in the acetabular region, while seven zones (1-7) are distinguished in the femoral region. In the axial radiogram seven zones (8-14) are distinguished in the femoral region. After refs. (5) and (8).

Razpravljanje

Priporočeni protokol za ocenjevanje statusa kolka predstavlja osnovo, iz katere izhajamo, če želimo analizirati uspešnost zdravljenja po operativnih posegih na kolku. Iz analize uspešnosti pa sklepamo na vzroke, s katerimi razložimo, zakaj je v danem primeru zdravljenje potekalo na določen način. Naš končni cilj je torej razumevanje pojavov, ki vplivajo na zdravljenje.

Tako pri poškodbah v področju kolka kakor tudi pri operativnih posegih v kolku zaradi degenerativnih procesov pride do spremembe geometrije okolčja in s tem do spremembe biomehanskega statusa kolka. Za boljše razumevanje poteka zdravljenja bi bilo zato smiselno poleg ocene kliničnega statusa kolka in rentgenološke ocene statusa kolka navesti tudi oceno biomehanskega statusa kolka. Ta obsega določanje rezultantne sklepne sile v kolku, mišičnih sil, kontaktnega tlaka, ki deluje na acetabulum, in napetosti na stiku proteze in kosti ali cementa. Navedene količine so različne pri različnih položajih telesa, nanje pa vplivata tudi telesna teža in oblika okolčja pacienta. Metode za sistematično ocenjevanje biomehanskega statusa kolka, ki bi bila uveljavljena tako kot predstavljeni ocena kliničnega statusa kolka in rentgenološka oce-

na statusa kolka, pa v literaturi nismo zasledili. Kolčni sklepni tlak je sicer mogoče neposredno izmeriti z uporabo kolčne proteze z vgrajeno merilno napravo (9, 10) ali pa določiti s kombinacijo meritev sile, s katero človek med hojo deluje na merilno ploščo, in pospeškov med hojo, ter ustreznega matematičnega modela (11, 12). Vendar pa določanje tlaka na tak način v klinični praksi ni primerno. V klinični praksi je namreč pomembno, da je metoda dovolj enostavna, da ne predstavlja večjih dodatnih obremenitev za pacienta in zdravnika.

V ta namen je bil pred kratkim razvit matematični model za določanje kolčne sklepne sile v položaju statične stoji na eni nogi in ustreznega tlaka v kolčnem sklepu (13, 14). Podatke, ki jih ta model potrebuje, lahko odčitamo iz standardnega anteroposteriornega rentgenograma okolčja in medenice. Računalniška strojna in programska oprema nudi možnosti za hitro in enostavno oceno rezultatne kolčne sklepne sile in ustreznega tlaka, pa tudi za določanje najugodnejše geometrije okolčja pri določenem pacientu (15, 16). Da bi lahko uveljavili biomehansko oceno kolka in jo vključili v protokol za oceno statusa kolka, pa je treba najprej ugotoviti, kakšna je povezava med klinično, rentgenološko in biomehansko oceno. Na Kliničnem oddelku za travmatologijo in na Ortopedski kliniki načrtujemo skupaj s sodelavci Fakultete za elektrotehniko in Medicinske fakultete več študij, katerih cilj je vključitev ocene biomehanskega statusa kolka v oceno statusa kolka in uporaba rezultatov ocene biomehanskega statusa kolka pri razumevanju klinične slike, pa tudi pri načrtovanju zdravljenja.

Literatura

1. Larson CB. Rating scale for hip disabilities. *Clin Orthop* 1963; 31: 85-93.
2. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment of mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation. *J Bone and Joint Surg* 1969; 51-A: 737-55.
3. Kavanagh BF, Fitzgerald RH Jr. Clinical and roentgenographic assessment of total hip arthroplasty. A new hip score. *Clin Orthop* 1985; 193: 133-40.
4. Merle d'Aubigné R, Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. *J Bone and Joint Surg* 1969; 36-A: 451-75.
5. DeLee JG, Charnley J. Radiological demarcation of cemented sockets in total hip replacement. *Clin Orthop* 1976; 121: 20-32.
6. Weissman B. Imaging of total hip replacement. *Radiology* 1997; 202: 611-23.
7. Johnston RC, Fitzgerald RH, Harris WH, Poss R, Müller ME, Sledge CB. Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement. *J Bone and Joint Surg* 1990; 72A: 161-8.
8. Gruen TA, McNeice GM, Amstutz HC. Model of failure of cemented stem-type femoral components. A radiographic analysis of loosening. *Clin Orthop* 1979; 141: 17-27.
9. Hodge WA, Fijan RS, Carlson KL, Burgess RG, Harris WH, Mann RW. Contact pressures in the human hip joint measured in vivo. *Proc Natl Acad Sci USA* 1986; 83: 2879-83.
10. Hodge WA, Carlson KL, Fijan RS, Burgess RG, Riley PO, Harris WH, Mann RW. Contact pressures from an instrumented hip endoprosthesis. *J Bone and Joint Surg* 1989; 71A: 1378-81.
11. Brand RA, Pedersen DR, Davy DT, Kotzar GM, Heiple KG, Goldberg VM. Comparison of hip force calculation and measurements in the same patient. *J Arthroplasty* 1994; 9: 45-51.
12. Munih M, Kralj A. Bending moments in lower extremity bones for two standing postures. *J Biomech Eng* 1992; 14: 293-302.
13. Igljč A, Srakar F, Antolič V, Kralj-Igljč V, Batagelj V. Mathematical analysis of Chiari osteotomy. *Acta Orthop Jugosl* 1990; 20: 35-9.
14. Igljč A, Kralj-Igljč V, Antolič V, Srakar F, Stanič U. Effect of the periacetabular osteotomy on the stress on the human hip joint articular surface. *IEEE Trans Rehab Engr* 1993; 1: 207-12.
15. Jaklič A, Pernuš F. Morfometrična analiza AP rentgenogramov medenice in kolka. In: Zajc B, Solina F eds. Proceedings of the third electrotechnical and computer science conference ERK'94, Vol. B. Portorož, 1995: 352-5.
16. Stankovski V, Kralj-Igljč V, Kersnič B, Smrke D, Igljč A. Object oriented approach to determination of biomechanical parameters of the hip-joint. In: Power H, Brebbia CA, Kenny J eds. Simulations in biomedicine IV, Computational Mechanics Publications, Southampton, Boston, Cromwell Press, Wiltshire (UK), 1997.

Kaj je LCAS?

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

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

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

Fluvastatin je registriran v Sloveniji pod imenom **LESCOL®** in je razvrščen na pozitivno listo.

Na voljo je 28 kapsul po 20 mg in 40 mg.

LESCOL®

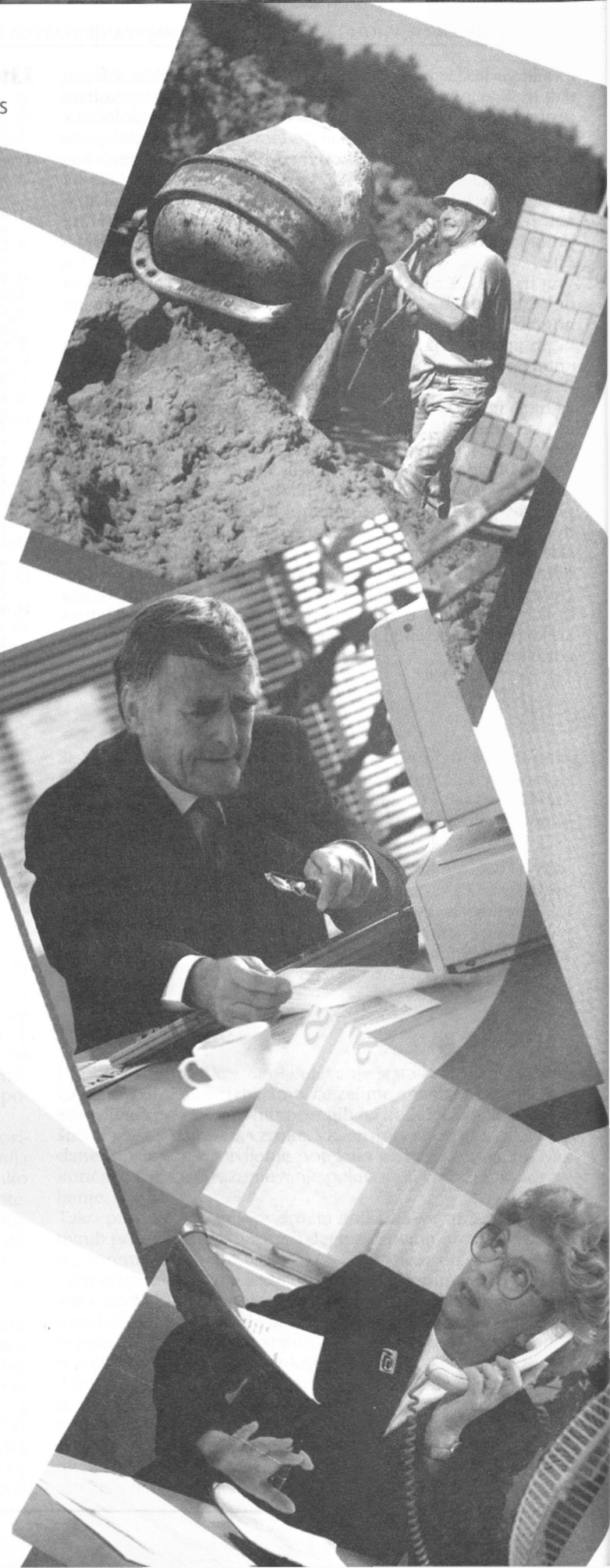
FLUVASTATIN

nadzorovano uravnavanje holesterola

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

 **NOVARTIS**

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



Pregledni prispevek/Review article

OMAJANJE UMETNEGA KOLČNEGA SKLEPA

III. BIOLOŠKI ODGOVOR ORGANIZMA NA VSADEK

THE LOOSENING OF TOTAL HIP REPLACEMENTS

III BIOLOGICAL RESPONSE OF THE PERIPROSTHETIC TISSUE

Andrej Cör^{1,4}, Ingrid Milošev^{2,4}, Vane Antolič^{3,4}, Srečko Herman^{3,4}, Aleksandra Minovič^{2,4}

¹ Medicinska fakulteta, Inštitut za histologijo in embriologijo, Korytkova 2, 1105 Ljubljana

² Inštitut »Jožef Stefan«, Jamova 39, 1000 Ljubljana

³ Ortopedska klinika, Zaloška 9, 1525 Ljubljana

⁴ Center za raziskave ortopedskih implantov, Inštitut »Jožef Stefan«, Jamova 39, 1000 Ljubljana

Prispelo 1998-06-08, sprejeto 1998-07-28; ZDRAV VESTN 1999; 68: 21-5

Ključne besede: umetni kolčni sklep; histologija; tkivni odgovor; obrabni delci; omajanje

Izveček – Izhodišča. Aseptično omajanje kolčne proteze je pereč problem. Omajanje je kompleksen proces, ki je pogojen s številnimi mehanskimi in biološkimi dejavniki. V histološki sliki tkiva ob protezah prevladuje granulomska reakcija s številnimi histiociti in velikankami ter vezivnim tkivom. V citoplazmi makrofagov, pa tudi zunaj njih lahko najdemo obrabne delce bodisi iz polietilena (PE), delce polimetilmetakrilata (PMMA) ali pa kovinske delce. Iz aktiviranih makrofagov se sproščajo mediatorji, ki spodbujajo predvsem razgradnjo kosti, kar povzroča omajanje proteze.

Zaključek. Potrebno je tesno sodelovanje raziskovalcev različnih področij in proizvajalcev endoproteze, da bi razvili take vsadke, ki bi še zmanjšali pogostnost pojava omajanja.

Uvod

Prvi je biomaterial pri nadomeščanju degeneriranega kolčnega sklepa uporabil Gluck leta 1891. Uporabil je glavico iz slonovine in ponvico, fiksirano z vijaki (1). Sledili so številni poskusi nadomeščanja delov kolčnega sklepa z različnimi biomateriali. Sir John Charnley je uvedel uporabo visokomolekularnega polietilena v zgradbo kolčne endoproteze ter uporabil polimetilmetakrilat kot fiksativ. Charnleyeva totalni kolčni sklep in njegov koncept fiksacije sta bila izredno uspešni in predstavljata še vedno zlati standard predvsem pri starejših bolnikih (1).

V sedemdesetih letih je prišlo do oblikovanja novih in novih tipov kolčnih protez in konceptov fiksacije, vendar pa se je odstotek oslavljenih in omajanih protez začel povečevati. Periprotetično osteolizo, združeno z aseptičnim omajanjem kolčne proteze, je prvi opisal Charnley (2). Willert in sodelavci (3) so opazovali tujkove granulome in jih povezali z lokalizirano kostno resorpcijo ob vsadku. Ugotovili so, da reakcija ni posledica lokalne sepse, in sklepali, da je tkivna reakcija posledica sproščanja delcev v tkivo ob protezi. Aseptično omajanje kolčnih protez je postalo glavni vzrok kirurških revizij (4). Dejavniki, ki vplivajo na omajanje protetičnih sesta-

Key words: hip arthroplasty; histology; tissue response; wear particles; loosening

Abstract – Background. Aseptic loosening of total hip replacements is one of the most concerning problems in orthopaedics. Loosening is a complex process dependent on numerous mechanical and biological factors. Histologic response of periprosthetic tissue is dominated by a granuloma reaction including numerous histiocytes, giant cells and fibrous tissue. Within the cytoplasm of macrophages, as well extracellularly, wear debris including polyethylene (PE), polymethylmetacrylate (PMMA) cement and metal particles are found. Activated macrophages release mediators, which induce bone resorption and, consequently, the process of loosening.

Conclusion. Only by a close collaboration of orthopaedic surgeons, multidisciplinary researchers and implant manufacturers the development of implants which would enable a decrease in the incidence of loosening can be obtained.

vin, so lahko mehanični, dejavniki materiala, iz katerega je vsadek izdelan, ali pa biološki, torej dejavniki gostitelja in njegovega odgovora na vsadek. Izpopolnjena operativna tehnika, spremembe oblike vsadka, novi materiali in njihove zlitine ter posebna površinska obdelava so zmanjšali pogostnost aseptičnega omajanja, niso pa ga popolnoma preprečili. Zato je treba posebno pozornost posvetiti predvsem biološkim dejavnikom omajanja.

Nastanek obrabnih delcev

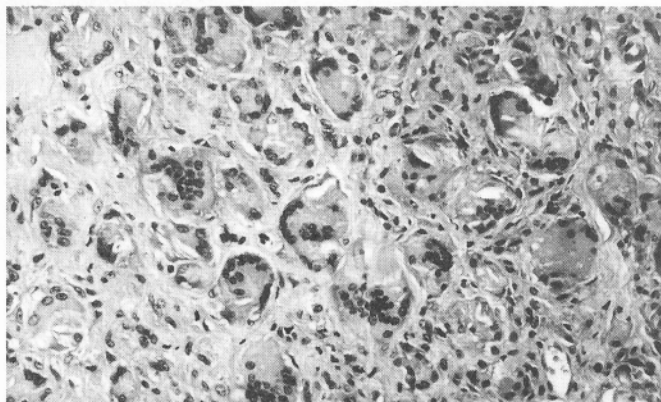
Že dolgo časa je znano, da lahko intakten vsadek producira drobne delce. Totalne kolčne proteze producirajo delce s procesom adhezijske, abrazijske, utrujenostne ali korozijske obrabe. Ti delci lahko povzročijo tako imenovano granulomatozno tkivno reakcijo, ta pa je vzrok za nastanek periimplantne osteolize, kar je osnova za omajanje kolčne proteze. Delce, ki nastajajo ob kolčni protezi, lahko razdelimo v tri glavne skupine:

1. polietilenski delci (PE),
2. polimetilmetakrilatni delci cementa (PMMA),
3. kovinski delci.

Eno od prvih poročil o izgubi kostnine okoli implanta zaradi biološke reakcije sta objavila leta 1976 Willert in Semlitsch (5). Ugotovila sta, da so se obrabni delci v kapsuli okoli vsadka vgradili v tkivo ter povzročili nastanek granulomske reakcije. Vernon-Roberts in Freeman (6) sta pokazala na neposredno korelacijo med količino obrabljenih delcev in stopnjo proliferacije makrofagov in celic velikank. Številne klinične študije so opozorile na povezavo med izgubo kostnine in količino obrabnih delcev ter makrofagni odgovor organizma. Schmalzried in sodelavci so leta 1992 dokazali, da PE delci neposredno vplivajo na aseptično izgubo kostnine, pri čemer pa ni vedno prisotna nestabilnost proteze (7).

Histološka slika tkiva ob umetnem kolčnem sklepu

Histološka slika tkiva okoli kolčnih protez je odvisna od lokacije, vrste in velikosti delcev, ki se sproščajo, ter od časa od vstavitve proteze. Okoli proteze se oblikuje psevdomembrana, za katero je značilna tujkova granulomska reakcija. Psevdomembrana je zgrajena iz številnih histiocitov, večjedrnih tujkovih velikank in vezivnega tkiva (sl. 1).



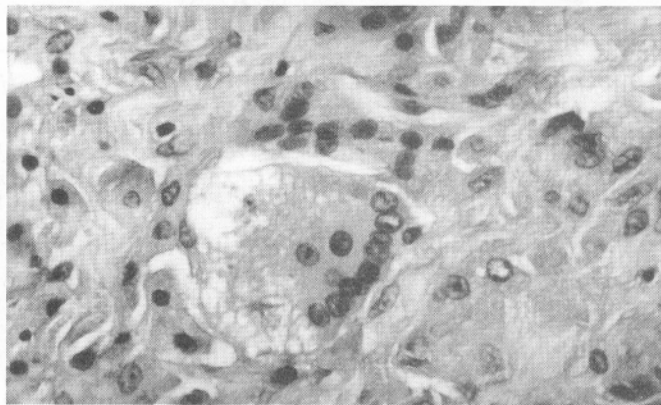
Sl. 1. Histološka slika psevdokapsule z značilnimi histiociti in številnimi tujkovimi velikankami (pov. obj. 16 \times).

Fig. 1. Histology image of the pseudo-membrane with typical histiocytes and numerous giant-cells (mag. 16 \times).

Zelo dobro je definirana vezivna membrana, ki nastane med cementom in kostjo. Na mestih radiolucenosti se namreč oblikuje tkivo v obliki vezivne membrane, imenovane »vmesna membrana«¹. Formiranje membrane je biološki odgovor na vgradnjo protetičnih sestavin. Izvor vezivnih membran ob kolčnih protezah, biološki signal za njihov nastanek ter njihova vloga pri kostni razgradnji še niso zadovoljivo pojasnjeni. Na vmesni membrani razlikujemo histološko tri plasti: sinoviji podobno plast celic, srednjo plast iz ovojev histiocitov in velikank ter zunanjo fibrozno plast.

Prva plast je sinovialni membrani podobno tkivo (pseudosinovialna membrana), zgrajeno iz ene do dveh vrst poligonalnih celic, običajno z ekscentričnim, polariziranim jedrom, ki niso omejene z bazalno membrano (sl. 1). Jedro je običajno hiperkromatično, mitoz ni videti. Na površini lahko včasih najdemo nekaj fibrina. Pod celicami pseudosinovialne plasti je nekaj rahlega vezivnega tkiva z žilami, makrofagi in vnetnimi celicami. Mestoma lahko površinska plast tvori papile kot sinovialno tkivo. Sinovialnim celicam podobne celice so pozitivne na kislno fosfatazo.

Srednjo plast sestavlja fibrovaskularno tkivo in ovoji granuliranih histiocitov in mononuklearnih celic, med katerimi so številne večjedrne tujkove velikanke. Tako v histiocitih kot tudi v citoplazmi velikank lahko najdemo kovinske delce, delce PE oz. PMMA. Makrofagi v srednji plasti kažejo pozitivnost na histokemično barvanje na nespecifično esterazo, lizosome in kislno fosfatazo. Velikanke so običajno pozitivne na kislno fosfatazo, zelo različno pa se barvajo na lizosome (sl. 2).



Sl. 2. Histološka slika tkiva ob protezi iz kovine in polietilena. Vidna je tujkova velikanka z vakuolizirano citoplazmo (pov. obj. 40 \times).

Fig. 2. Histologic image of the tissue surrounding the metal/polyethylene endoprosthesis. Giant cell with vacuolated cytoplasm is observed (mag. 40 \times).

Na zunanji strani take membrane je značilno fibrovaskularno tkivo brez akutne ali kronične vnetnocelične infiltracije, prevladujejo pa kolagenska vlakna in le nekaj fibrocitov.

Podobna je histološka slika tudi v kapsulah okoli proteze. Tudi pri njih je vodilna infiltracija s histiociti in tujkovimi velikankami v vezivni stromi. Tudi v tkivu ob protezah brez PE lahko najdemo makrofage s kovinskimi delci, vendar pa histiocitna infiltracija ni tako velika kot pri protezah, ki imajo artikulacijsko površino iz PE. Prevladuje pa čvrsto vezivno tkivo. Psevdomembrane ob protezah iz titanovih spojin vsebujejo več kovinskih delcev kot tiste ob protezah iz kobalt-kromovih spojin (8).

Z imunohistokemičnim barvanjem celic v psevdomembrani ob protezi so pokazali številne na makrofage-specifično protitelo pozitivne celice, zelo malo pa je bilo tako T kot tudi B limfocitov (9). Histološke in imunohistokemične študije so pokazale, da je histiocitna infiltracija večja v psevdomembranih ob protezah, kjer je prišlo do osteolize, kot pa v tistih, kjer osteolize ni bilo (10).

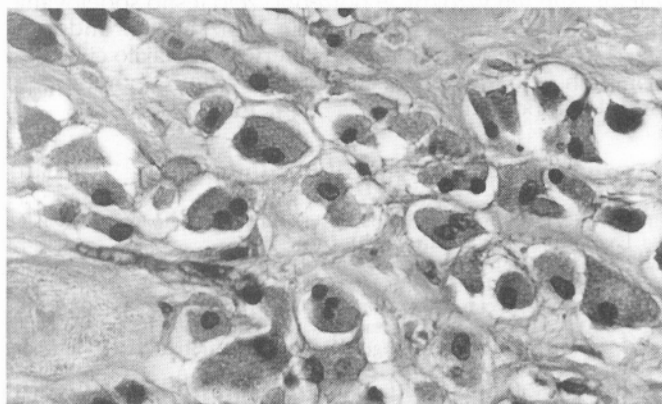
Dokaz delcev v histoloških rezinah

Številne klinične študije so pokazale povezavo med makrofagi, delci PE in aseptičnim omajanjem kolčne proteze (5-10). Polietilenski delci so v tkivnih rezinah prosojni, lahko pa jih prikažemo s polarizacijskim mikroskopom. Značilnost teh delcev je namreč njihova dvolomnost v polarizirani svetlobi. Delci, ki jih lahko najdemo ob razmajanih kolčnih protezah, so različno veliki. Opazili smo, da se velikost okroglih delcev polietilena običajno giblje od 0,05 do 1,5 μ m, podolgovatih pa med 1 in 5 μ m. Majhni delci se nahajajo v makrofagih, medtem ko se večji nahajajo v celicah velikankah ali pa so obdani z njimi. Polietilenske delce lahko dokažemo tudi s posebnim histokemičnim barvanjem Oil O Rdečim (11).

¹ interface membrane

Z omenjeno metodo lahko prikažemo tudi submikronske delce. Histokemična analiza tkiva ob protezi zahteva rezanje na nekaj mikrometrski rezine, s čimer pa se spreminja morfologija delcev. Enako velja tudi za analize s transmisijskim elektronskim mikroskopom, zato je za morfološko analizo delcev pomembna predvsem analiza z vrstičnim elektronskim mikroskopom.

Odvisno od tipa kolčne proteze so kovinski delci, ki se kopičijo v okolici kolčne proteze, različni. Pri kobalt-kromovih protezah so vidni makrofagi predvsem okoli žil. V njih opazimo posamezne delce, njihova citoplazma pa je sivo obarvana zaradi številnih submikrometrskih delcev (sl. 3). Pogosta so tudi bizarno oblikovana in piknotska jedra makrofagov, kar kaže na citotoksičnost fagocitiranih delcev. Znano je, da imajo nekateri kovinski delci na celice toksični učinek, bodisi da je toksična sama kovina ali pa so toksični korozijski produkti, ki jih določene kovinske spojine sproščajo (12). Tako je ugotovljeno, da je titan toksičen za celice samo v visokih koncentracijah, medtem ko kobalt sam ali v katerikoli kombinaciji deluje toksično na makrofage, povzroča njihovo smrt in lizo. V področjih nekroz, ki so v tkivu ob protezah iz kovin pogoste, se delci nahajajo tudi izven celic med kolagenskimi vlakni.



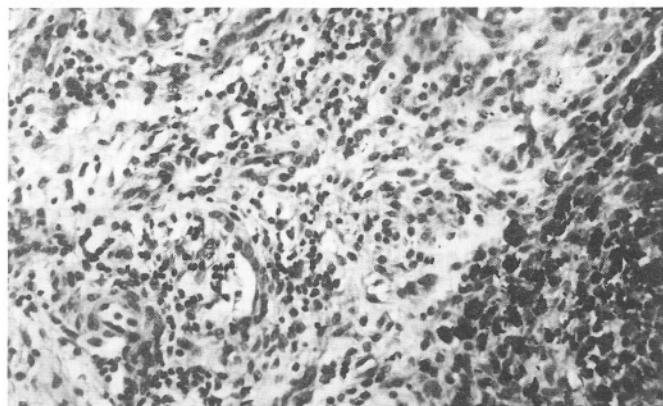
Sl. 3. Histološka slika tkiva ob protezi iz zlitine na osnovi kobalta. Vidni so makrofagi, katerih citoplazma je drobno granulirana in zapolnjena s submikrometrskimi kovinskimi delci (pov. obj. 40×).

Fig. 3. Histologic image of the tissue surrounding the cobalt alloy endoprosthesis. Macrophages with a fine grained cytoplasm and filled with submicron metal particles (mag. 40×).

V tkivu ob protezah iz nerjavnega jekla lahko z mikroskopom ločimo tri tipe delcev: neprosojne, velikosti od 0,1 µm do 0,3 mm (delci tipa I), velike zeleno obarvane delce velikosti 0,5 mm do 5 mm (tip II) ter rumeno rjava okrogla zrnca (tip III). Najpogostejši so delci tipa III, ki so hemosiderinu podobni delci in jih lahko prikažemo z barvanjem po Perlsu. Pri protezah iz titanovih spojin lahko že makroskopsko vidimo difuzno temno sivo obarvanost tkiva ob protezi (metalozna). Citoplazma večine makrofagov je povsem zapolnjena s črnimi, nepravilno oblikovanimi delci (sl. 4).

Povezava med tvorbo delcev in omajanjem proteze

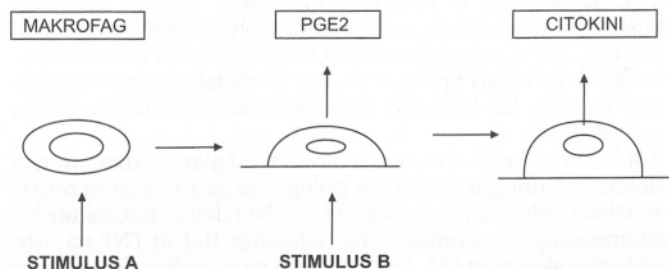
Sproščanje delcev je odgovorno za lokalno invazijo histiocitov ter formiranje granulomov. Granulomatozna reakcija ni nujno patološki proces, saj predstavlja biološki odgovor organizma na tuje snovi. Na žalost pa lahko v nekaterih primerih povzroča ireverzibilne okvare tkiv ter resno vpliva na nji-



Sl. 4. Histološka slika tkiva ob kolčni protezi iz titanovih spojin. Na desni strani slike so vidni črni delci titana, ki zapolnjujejo citoplazmo makrofagov in se nahajajo tudi med celicami, na levi strani pa je viden mononuklearni celični odgovor (pov. obj. 16×).

Fig. 4. Histologic image of the tissue surrounding the titanium alloy endoprosthesis. Black titanium wear particles fill the cytoplasm of macrophages (right side); mononuclear cellular response (left side) (mag. 16×).

hovo funkcijo. V primeru aseptičnega omajanja kolčnih protez prevladuje nevnetna granulomska reakcija. Pri tem so makrofagi celice, ki so odgovorne za fagocitozo delcev. Na mestu proteze nastaja zelo heterogena populacija delcev, kar povzroča različne stimuluse za celično reakcijo (teorija celične aktivacije z dvojnim zadetkom) (sl. 5). Na ta način se iz tako aktiviranih makrofagov sproščajo topni mediatorji citokini, ki delujejo neposredno na gostiteljevo tkivo oz. na okolne celice ter povzročajo spremembe v tkivni arhitekturi in funkciji (10). Spremembe, ki nastanejo v kostnini ob vsadku, vodijo v moteno kostno pregrajevanje, kar se kaže kot osteoliza. Ker resorpcija kostnine ni pasivni proces, ampak zahteva aktivnost celic, je potrebno neposredno ali posredno delovanje na celice kostnega pregrajevanje, predvsem osteoklaste. Povečana kostna resorpcija slabi stik med protezo in kostnino ter omogoča omajanje proteze.

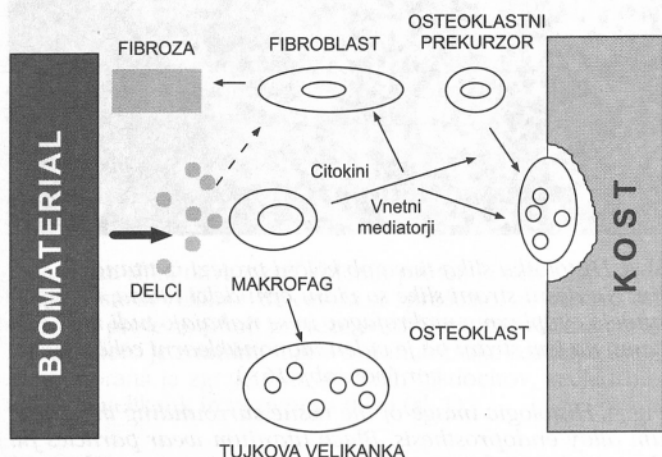


Sl. 5. Teorija celične aktivacije z dvema zadetkoma. Zaradi heterogene populacije delcev kolčne proteze so stimulusi celične aktivacije različni.

Fig. 5. Double-hit theory of cell activation. The existence of diverse populations of particulate materials at the bone/implant bed provides the potential for multiple stimuli.

Goldring in sodelavci (13) so prvi opisali povišani nivo prostaglandina E₂ in kolagenolitične aktivnosti v mediju kultivirane psevdomembrane ob protezi, fiksirani z akrilnim cementom. Kasneje so s poskusi na tkivnih kulturah pokazali, da makrofagi, izpostavljeni delcem, izoliranim iz tkiva ob kolč-

ni protezi, izločajo številne citokine in prostanoide vnetne mediatorje, kot so interleukin-1 (IL-1), IL-6, IL-8, metaloprotein, tumor nekrotski dejavnik (TNF) in prostaglandin E₂ (PGE₂). Eksperimenti na celičnih kulturah so tudi pokazali, da izločanje mediatorjev iz z delci aktiviranih makrofagov stimulira kostno razgradnjo (sl. 6).



Sl. 6. Sproščanje delcev vsadka povzroča tujkovo granulomatozno reakcijo. Iz aktiviranih makrofagov se sproščajo citokini in vnetni mediatorji, ki povzročajo aktivacijo osteoklastov, ki so odgovorni za osteolizo ob vsadku. Makrofagi s svojimi mediatorji povzročajo tudi kopičenje kolagena in tvorbo vezivnega tkiva.

Fig. 6. Release of particulate implant materials induces a foreign-body granulomatous reaction. Activated macrophages stimulate the release of cytokines and other inflammatory products with the capacity to induce the differentiation and activation of osteoclast-type giant cells, which then mediate the peri-implant osteolysis. The monocyte/macrophage products also induce fibroblast to produce collagen, leading to formation of fibrous tissue.

Čeprav se je večina študij ukvarjala predvsem s kostno razgradnjo kot vzrokom za aseptično omajanje protez, pa v kostnem pregrajevanju resorpcija ni edini dejavnik preoblikovanja kostnine. Normalni kostni »turnover« zajema ravnovesje med nastajanjem in razgradnjo kostnine. Tako je omajanje kostne proteze morda porušeno ravnovesje med obema procesoma. Allen in sodelavci (14) so dokazali, da določeni kovinski delci lahko vplivajo na rast in metabolizem osteoblastov in vitro, kar bistveno pripomore k aseptičnemu omajanju proteze.

Zdi se, da je dušikov oksid (NO) eden od glavnih mediatorjev delovanja mnogih citokinov, poleg tega pa v vnetnem procesu lahko inducira produkcijo PGE₂. NO deluje kot sekundarni »messenger« za inhibitorno delovanje IL-1 in TNF na osteoblastno aktivnost (15, 16). Obenem pa so pokazali, da deluje NO tudi na osteoklaste in tako modulira kostno razgradnjo s tem, da zmanjšuje resorpcijsko aktivnost osteoklastov (17, 18). Nedavne študije na podganah so pokazale, da imajo makrofagi izredno sposobnost produkcije NO na mestu vnetnega procesa. V makrofagih namreč fagocitoza delcev povzroča aktivacijo in s tem sintezo NO, ta pa naj bi po mnenju Watkinsova in sodelavcev (19) moduliral lokalno resorpcijo kostnine, ki povzroča aseptično omajanje kolčne proteze.

Razsoj delcev po telesu

Delci, ki nastanejo zaradi obrabe kolčne proteze, se lahko po mezovalnicah razširijo tudi drugam po telesu (20–23). Zlasti

pogosto jih najdemo v makrofagih v lokalnih in regionalnih bezgavkah. Kopičenje makrofagov z delci v regionalnih bezgavkah povzroča povečanje bezgavk in karakteristično histološko sliko sinusne histiocitoze. Pogosto pa lahko tudi v bezgavkah najdemo večjedrne velikanke. Iz bezgavk so pri bolnikih s kolčnimi protezami izolirali tako delce PE, delce PMMA kot tudi kovinske delce (20, 21). Benz in sodelavci (22) so opisali razvoj limfadenopatije kot posledice razvoja PE delcev v limfatičnem sistemu pri bolnikih s kolčnimi protezami. Delce so našli v inguinalnih, para-iliakalnih in para-aortalnih bezgavkah. Nekatere študije pa kažejo, da se lahko kovinski delci prek mezovalnic razširijo tudi sistemsko. Kovinske delce so našli v regionalnih in oddaljenih bezgavkah, jetrih, kostnem mozgu in vranici (23). Povečane koncentracije kobalta, kroma in niklja so našli v serumu in urinu pacientov z omajanimi kolčnimi protezami (24). Delovanje kovinskih delcev na limforetikularne organe še ni pojasnjeno, lahko pa oslabijo lokalni imunski odgovor. Še bolj kot spremembe imunskega odgovora pa so zaskrbljujoče hipoteze, da obrabni delci delujejo kancerogeno. Dve neodvisni epidemiološki študiji sta pokazali, čeprav na majhnem številu primerov, da je nevarnost za nastanek limfomov in levkemij pri bolnikih s kolčnimi protezami kar trikrat večja kot pri ljudeh brez protez (25, 26).

Zaradi vseh teh vzrokov je potrebno zelo tesno sodelovanje raziskovalcev različnih področij in proizvajalcev endoprotez, da bi razvil take vsadke, pri katerih bi nastajalo čim manj obrabnih delcev, še zlasti, če jih nameravamo uporabiti tudi pri mlajših bolnikih.

Literatura

- McElders E. History of arthroplasty. In: Petty W. Total joint replacement. Philadelphia: WB Saunders, 1991.
- Charney J. The histology of loosening between acrylic cement and bone. J Bone Joint Surg 1975; 57B: 245–5.
- Willert HG, Bertram H, Buchhorn GH. Osteolysis in alloarthroplasty of the hip. The role of bone cement fragmentation. Clin Orthop 1990; 258: 108–21.
- Wroblewski BM. Revision surgery in total hip arthroplasty. London: Springer-Verlag, 1990.
- Willert H, Semlitsch M. Reactions of the articular capsule to wear products of artificial joint prosthesis. J Biomed Mater Res 1977; 11: 157–64.
- Vernon-Roberts B, Freeman MAR. The tissue response to total joint replacement prostheses. In: Swanson SAU, Freeman MAR. The scientific basis of joint replacement. Tunbridge Wells: Pittman, 1997.
- Schmalzried TP, Jasty M, Harris WH. Periprosthetic bone loss in total hip arthroplasty. Polyethylene wear debris and the concept of the effect joint space. J Bone Joint Surg 1992; 74A: 849–63.
- Mirra JM, Amstutz HC, Matos M, Gold R. The pathology of the joint tissues and its clinical relevance in prosthesis failure. Clin Orthop 1976; 117: 221–40.
- Santavirta S, Kontinen YT, Hoikka V, Eskola A. Immunopathological response to loose cementless acetabular components. J Bone Joint Surg 1991; 73B: 38–42.
- Chiba J, Iwaki Y, Kim KJ, Rubash HE. The role of cytokines in femoral osteolysis after cementless total hip arthroplasty. Trans Orthop Res Soc 1992; 17: 350–0.
- Schmalzried TP, Kwong L, Jasty M, Sellacek RC, Haire WH. Histologic identification of polyethylene wear debris using Oil Red o stain. J Appl Biomater 1993; 4: 119–25.
- Luckey TD, Venugopal B. Metal toxicity in mammals 1. New York, London: Plenum Press, 1977.
- Goldring SR, Schiller AL, Roelke CM, O'Neill DA, Harris WH. The synovial-like membrane at the bone cement interface in loose total hip replacements and its proposed role in bone lysis. J Bone Joint Surg 1983; 65A: 575–84.
- Allen M, Myer BJ, Millet PJ, Rushton N. The effect of particulate cobalt chromium and cobalt-chromium alloy on human osteoblast-like cells in vitro. J Bone Joint Surg 1997; 79B: 475–82.
- Ralston SH, Todd D, Helfrich M, Benjamin N, Grabowski PS. Human osteoblast-like cells produce nitric oxide and express nitric oxide synthase. Endocrinology 1994; 135: 330–6.
- Hukkanen M, Corbett SA, Batten J et al. Aseptic loosening of total hip replacement. J Bone Joint Surg 1997; 79B: 467–74.
- MacIntyre I, Zaidi M, Alam ASMT et al. Osteoclastic inhibition: an action of nitric oxide not mediated by cyclic GMP. Proc Natl Acad Sci USA 1991; 88: 2936–40.
- Brandt ML, Hukkanen M, Umeda T et al. Bidirectional regulation of osteoclast function by nitric oxide not mediated by cyclic GMP. Proc Natl Acad Sci USA 1995; 96: 2357–40.

19. Watkins SC, Macailay W, Turner D, Kang W, Rubash HE, Evans CH. Identification of inducible nitric oxide synthase in human macrophages surrounding loosened hip prostheses. *Am J Pathol* 1997; 150: 1199-206.
20. Bos I, Johannisson R, Löhrs U, Lindner B, Seydel U. Comparative investigations of regional lymph nodes and pseudocapsules after implantation of joint endoprosthesis. *Pathol Res Pract* 1990; 186: 707-16.
21. Langkamer VG, Case CP, Heap P et al. Systemic distribution of wear debris after hip replacement. A cause for concern? *J Bone Joint Surg* 1992; 74B: 831-9.
22. Benz EB, Bradford S, Hayek JE et al. Lymphadenopathy associated with total joint prosthesis. *J Bone Joint Surg* 1996; 78A: 588-92.
23. Case CP, Langkamer VG, James C. Widespread dissemination of metal debris from implants. *J Bone and Joint Surg* 1994; 76B: 701-12.
24. Sunderman FW, Hopfer SM, Swift T et al. Cobalt, chromium and nickel concentrations in body fluids of patients with porous-coated knee or hip prosthesis. *J Orthop Res* 1989; 7: 307-15.
25. Gillespie WJ, Frampton CMA, Henderson RJ, Ryan PM. The incidence of cancer following total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1988; 70B: 645-5.
26. Visuri T, Koskenvuo K. Cancer risk after McKee-Farrar total hip replacement. *Orthopedics* 1991; 14: 137-42.

V tej številki so sodelovali:

doc. dr. Vane Antolič, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana

doc. dr. Andrej Cör, dr. med., specialist patolog, Inštitut za histologijo in embriologijo, MF Ljubljana

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

prim. Jože Felc, dr. med., specialist psihiater, Psihiatrična bolnišnica Idrija

mag. Zlatko Fras, dr. med., specialist internist, Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana

prof. dr. Edvard Glaser, dr. med., specialist transfuziolog, Splošna bolnišnica Maribor

prof. dr. Srečko Herman, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana

doc. dr. Aleš Igljič, dipl. ing. fizike, Fakulteta za elektrotehniko Ljubljana

mag. Anamarija Kavčič, dr. med., Pediatrična klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Irena Keber, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za žilne bolezni, KC Ljubljana

prim. Mario Kocijančič, dr. med., specialist medicine dela, Kranj

doc. dr. Veronika Kralj-Igljič, dip. ing. fizike, Inštitut za biofiziko, MF Ljubljana

Aleša Lavrenčič, dr. med., Klinični oddelek za žilne bolezni, KC Ljubljana

prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana

Mladen Markota, dr. med., specialist socialne medicine, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana

znanstvena sodelavka dr. Ingrid Milošev, dipl. ing. kem. tehnol., Inštitut Jožef Stefan, Ljubljana

Aleksandra Minovič, dipl. ing. kem., Inštitut Jožef Stefan, Ljubljana

prof. dr. Rudi Pavlin, dr. med., Ljubljana

prof. dr. Vinko Pavlovčič, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana

mag. Valentina Prevolnik, dipl. oec., Inštitut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana

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

prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za ustne bolezni in parodontopatije, ZD Ljubljana

mag. Mitja Rogač, dipl. mat., Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana

asist. mag. Dragica Smrke, specialistka kirurginja, Klinični oddelek za travmatologijo, KC Ljubljana

asist. mag. Tomaž Šeruga, dr. med., specialist radiolog, Splošna bolnišnica Maribor

doc. dr. Zvonimir Šusteršič, dr. med., specialist kirurg, Ljubljana

Metka Teržan, dr. med., specialistka medicine dela, prometa in športa, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana

prof. dr. Milivoj Veličkovič, dr. med., specialist nevrolog, Pediatrična klinika, KC Ljubljana

prim. Jurij Zalokar, dr. med., specialist psihiater, Radovljica

TUDI V TABLETI S POČASNIM SPROŠČANJEM
NESTEROIDNI ANTIREVMATIK

ELDERIN®

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

ELDERIN® SR

etodolak

ELDERIN® FORTE

etodolak



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

Ljubljana

Podrobnejše informacije o zdravlilu dobite pri proizvajalcu

Pismo uredništvu/Letter to the editor

VLOGA DRŽAVE V ZDRAVSTVU

Valentina Prevornik

Inštitut za ekonomska raziskovanja, Kardeljeva ploščad 17, 1000 Ljubljana

Izvleček – *Eno od vprašanj, ki je aktualno v zadnjem času, je obseg vloge države v sistemu zdravstva. Vprašanje je še posebej pereče, ker se sistemi v razvitih državah med seboj močno razlikujejo in ne obstajajo standardi, ki bi posebej definirali in urejali vlogo države v zdravstvu. Obseg vpliva*

države v zdravstvu je politična odločitev, ki pa vpliva na zdravje ljudi, življenjsko dobo prebivalstva, umrljivost, rodnost ter tudi na ekonomske posledice. Ker idealen trg ne obstaja, je treba medicinske aktivnosti razdeliti med privatno in javno sfero.

Uvod

Z razvojem znanja medicine in medicinske tehnologije je zdravstvo skozi zgodovino postajalo vedno dražje. Pred razvojem moderne medicine so bila vsa zdravila in postopki poceni in problema financiranja ni bilo. Z razvojem pa so se pojavile drage dobrine, katerih stroški so tako visoki, da jih pacient sam ne more prenesti. Posledično so se zato na področju zdravstva začeli vmešavati država ter zavarovalnice, kljub temu pa stroški zdravstva hitro naraščajo in nenehno presegajo potrebe in razpoložljiva sredstva.

Zdravstvo je pomemben sektor, v katerem se porabi kar 8% svetovnega dohodka, zato je pomembno vprašanje, ali naj to dejavnost prepustimo trgu ali naj jo usmerja država. Znotraj zdravstva lahko dejavnost razdelimo na izvajanje zdravstvenih storitev oz. zdravstveno oskrbo ter na financiranje izvajanja. V članku bomo zdravstvene sisteme razvrstili z ekonomskega vidika ter skušali ugotoviti, kateri elementi v sistemu govorijo v prid delovanju države in kateri v prid trgu.

Besley in Gouveia delita zdravstvene sisteme na tri osnovne vrste (1):

1. Privatno financiranje in oskrba.
2. Javno financiranje in privatna oskrba.
3. Javno financiranje in oskrba.

V realnosti je težko najti čiste primere po teh opredelitvah, večina držav pa ima v svojem zdravstvenem sistemu kako značilnost, ki jo uvršča v eno teh treh skupin. ZDA so npr. s sistemom prostovoljnega privatnega zdravstvenega zavarovanja in privatnimi zdravniškimi praksami tipičen predstavnik prvega sistema. Kljub temu pa v ZDA obstajata tudi programa Medicaid za prebivalstvo z nizkimi dohodki in Medicare za stare (večinoma za upokojene, starejše od 65 let), ki sta javno financirana.

Večina evropskih držav, kot so Nemčija, Nizozemska, Belgija itd., spada v drugi tip zdravstvenih sistemov, kjer je oskrba večinoma privatna, financiranje pa je pod močnim nadzorom države. Tretjo vrsto sistemov najdemo bolj v Skandinaviji, Veliki Britaniji in južnoevropskih državah.

Na poseganje države v trg zdravstvenih storitev obstajajo različni pogledi. A.J.Culyer (2) naniza glavne značilnosti v pogledu zagovornikov trga in ugovore na njihova prepričanja, ki so opisana v nadaljevanju.

Država naj ne zagotavlja prostih zdravstvenih storitev.

Zahteva izhaja iz dejstva, da so sredstva za zdravstvene storitve omejena. Če bodo storitve proste, bo povpraševanje po njih večje. Ljudje bodo (ob predpostavki racionalnega obnašanja) kupovali manj drugih dobrin, katerih mejna vrednost

je večja. Rezultat bo neučinkovita alokacija. Na trgu do tega ne bi prišlo, zato naj se zdravstvene storitve ponujajo na trgu, za prebivalstvo z nezadostnim dohodkom pa zagovorniki trga predlagajo primerne dohodkovne transferje.

Ker idealni trg, na katerem zagovorniki trga gradijo svoje teorije, v resnici ne obstaja, ta ideja v praksi ni mogoča. V tržno orientiranem zdravstvenem sistemu, kjer je posameznik polno zavarovan, je po plačilu premije v enakem položaju kot posameznik v sistemu prostih zdravstvenih storitev. Zato bo tudi tu prišlo do prevelikega povpraševanja oz. moralnega tveganja, kar vodi do dolgih čakalnih vrst in nujnega racionaliziranja na strani ponudnika.

Država naj ne usmerja zdravstvene dejavnosti. Zagovorniki trga zavračajo idejo, da tisti z več informacijami oz. zvišenimi motivi urejajo življenja drugih. Zagovarjajo tezo, da morajo biti vse informacije na razpolago vsem. Monopolov ne bi smeli dovoliti (npr. podeljevanje zdravniških licenc), ampak bi se na trgu videlo, kdo ima dovolj informacij in je za zdravnika sposoben in kdo ne.

Izkušnje kažejo, da so monopoli na področju zdravstva nujni. V vseh razvitih državah obstajajo močna profesionalna združenja, ki kontrolirajo vstop v to dejavnost in določajo pogoje delovanja. Zaradi znanja in informacij monopola ni mogoče ukiniti. Resničnost se v tem primeru nikakor ne sklada s predstavo zagovornikov trga, ki pravi, naj vsakdo sam reši svoje zdravstvene probleme. To ni mogoče, ker vsak bolnik zaradi pomanjkanja znanja in informacij išče pomoč pri zdravniku, ki deluje kot njegov agent - definira bolnikove težave in mu skuša pomagati. Poleg tega pa se vsak posameznik zanima tudi za probleme soljudi. Ideja, da bolnik nakupuje in išče naokrog najboljšo kakovost ponudbe po najboljši ceni, ni skladna z dejansko situacijo (1).

Zavarovanje naj ne bo obvezno. Večina ljudi ne mara tveganja. Tistim, ki imajo majhne možnosti, da v naslednjem letu zbolijo, plačevanje premije prinese večjo škodo, kot pa če premije ne plačajo. Če bi jih v zavarovanje prisilili, bi njihov položaj poslabšali.

Problem je, ker sistem zdravstvenega zavarovanja vodi k diskriminaciji. Zaradi premij, ki so izračunane na osnovi povprečnega tveganja, se zavarujejo le zavarovanci, katerih tveganje je večje od povprečnega, ostalim se to ne zdi smiselno, saj bi bili v primeru zavarovanja njihovi stroški večji od koristi. Prida do negativne selekcije, do manjšanja števila zavarovancev, ostajajo le tisti z največjim tveganjem. Še večji problem nastane, če se heterogenost zdravja opazi že na zunaj. To je problem »že obstoječih pogojev« (pre-existing conditions problem). Za primer lahko vzamemo HIV pozitivne - če bi mo-

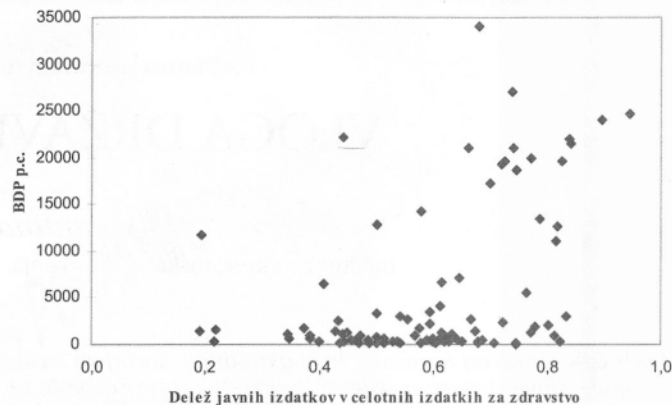
rali plačevati pravične premije, bi bile te enako visoke, kot če bi si celotne stroške zdravljenja plačali sami. V nobenem primeru stroškov ne bi bili sposobni kriti.

Na področju javnih dobrin obstajajo teorije, ki povedo, kdaj in s kakšnimi ukrepi naj država posega v trg. Ministrstva za zdravstvo večkrat smatrajo celotno dejavnost zdravstva za javno dobrino in delujejo na prevelikem področju. Večkrat tudi mislijo, da morajo biti zdravstvene dobrine na razpolago vsem zastoj. Ker je proračun za kaj takega prenizek in ker kmalu pride do moralnega tveganja, je končni rezultat vse prej kot učinkovit. Nadaljnja napaka, ki se pojavlja, je, da vlada subvencionira dobrine, ki bi jih lahko vsi sami plačali in bi lahko bile privatne (npr. zagotavljanje higiene, oskrba z vodo).

Vseeno pa so primeri, ko ima država prav, da z v veliki meri privatnimi dobrinami ravna, kot da so javne. Takšna so cepljenja. Zaradi programov cepljenja so stroški res visoki, vendar pa so zanemarljivi v primerjavi s pridobitvami v zdravju in koristmi zaradi preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni. Stopnja poseganja države v zdravje in zasebnost ljudi je odvisna od tega, koliko koristi teh posegov presegajo škodo, ki nastane zaradi omejevanja izbire, za katero so prikrajšani potrošniki. Ne smemo pa misliti samo na izboljšanje zdravja ljudi in na njihovo svobodo, ki ne sme biti omejena. V pogojih negotovosti, neinformiranosti oz. neracionalnosti potrošnikov, eksternalij in nezmožnosti igrati vlogo agenta (starši kot agenti za otroke), so poseganja države povsem upravičena. V vseh teh primerih je informiranje, usmerjanje in predpisovanje s strani države ustrezno, kjer pa so ljudje prerevni, pride v poštev tudi financiranje.

Zdravstveni problemi so vedno večji med revnejšim delom populacije kot med populacijo z visokimi dohodki. Neravnostje med potrebami in povpraševanjem je pri njih večja, ker imajo manj znanja in finančnih sredstev ter zato tudi težje izrazijo svoje želje. Pri drugih poceni dobrinah, ki jih revnim primanjkuje (hrana, obleka), jim lahko pomagamo s subvencijami, transferji in dodatnimi oblikami pomoči. Pri zdravstvenih storitvah, ki so lahko tudi zelo drage, to ni mogoče, ker gre za previsoke zneske. Najbolj primerno se zdi subvencioniranje zavarovanja ne glede na to, ali gre za subvencioniranje privatnega zavarovanja ali povečanje obsega socialnega zavarovanja. V obeh primerih so potrebna visoka finančna sredstva, da bi revne preskrbeli z enakim obsegom zdravstvenih storitev, kot jih imajo drugi. Ideje o posebnem zavarovanju za revne, so omejene z nizkimi dohodki potencialnih udeležencev. Tako zavarovanje še vedno ne bi pokrilo dragih zdravniških posegov, primerno bi bilo le za poceni storitve. Poleg tega se s tem ne bi izognili pojavu negativne selekcije in moralnemu tveganju. V manj razvitih državah problem rešujejo z izdajo zdravstvenih kartic, ki jih je možno uporabiti le v primeru bolezni. Stroški kartice v naslednjem obdobju so nižji za tiste, ki so kartico manj uporabljali oz. ki so jo res uporabljali le v resnih primerih. S takimi ukrepi se znižujeta moralno tveganje in negativna selekcija, vseeno pa ne smejo biti premočni, saj se sicer povpraševanje zniža preveč in na napačen način, stroški administracije pa se zvišajo.

Revščina prisili državo, da se manj ukvarja z informiranjem in reguliranjem ter več s financiranjem zdravstvenih storitev. Pričakovali bi torej, da je delež javnega financiranja v celotnih zdravstvenih izdatkih v razvitih državah manjši kot v manj razvitih državah (ob predpostavki, da je v manj razvitih državah delež revnih večji). Če pogledamo podatke, vidimo, da temu ni tako. Iz podatkov Svetovne banke (3) lahko izračunamo, da je povprečen delež javnega financiranja zdravstva v celotnem v državah z GDP per capita nižjim od 1000 ameriških dolarjev, 56%; v državah z GDP per capita višjim od 1000 pa ta delež znaša 61%. Povezavo med GDP p.c. in deležem javnega financiranja v celotnem financiranju pa lahko vidimo iz slike 1.



Sl. 1. Povezanost med deležem javnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo in BDP per capita.

Vir: Philip Musgrove: Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns. WB Discussion Paper No. 339, 1996, Annex Table 1.

Poglavitno vprašanje, ki se nam zdaj postavlja, je, če način financiranja vpliva na rezultate zdravstvenih storitev. Da lahko na to odgovorimo, moramo najprej pogledati mere, s katerimi merimo rezultate zdravstvenih storitev.

Prva taka mera je pričakovana življenjska doba ob rojstvu. Ni nujno, da bo pričakovana življenjska doba daljša v državah, ki za zdravstvo porabijo večji del svojega dohodka. V nekaterih državah, kjer porabijo za zdravstvo manjši delež BDP, je življenjska doba celo daljša. Če bi v revnih državah delež BDP, namenjen zdravstvu, povečali za eno odstotno točko, bi se v povprečju pričakovana življenjska doba povečala za 1,22 leta (3)¹. V razvitih državah bi ta številka znašala le 0,26 leta, kar pomeni, da ima večanje izdatkov za zdravstvo na pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu le še malo vpliva. Izboljša se kakovost življenja, ne pa več življenjska doba. Dolžina življenja ima biološko določeno zgornjo mejo, in ko jo dosežemo, se življenje več ne podaljša kljub vsem nadaljnjim večanjem sredstev za zdravstvo. Do te meje pa izdatki za zdravstvo imajo vpliv.

V državah, v katerih je delež javnega financiranja relativno velik, je tudi življenjska doba relativno daljša. Če se delež izdatkov za zdravstvo v BDP v državah z visokim deležem javnega financiranja v povprečju poveča za eno odstotno točko, se pričakovana življenjska doba ob rojstvu v povprečju podaljša za 0,83 leta. Nobena podobna povezava ni razvidna v državah, ki imajo relativno nizek delež javnih izdatkov. Tu povečanje izdatkov za zdravstvo nima vpliva na dolžino pričakovane življenjske dobe ob rojstvu. Iz tega lahko sklepamo, da je denar iz javnega financiranja bolj skoncentriran na tistih področjih zdravstva, ki bolj vplivajo na spremembe v pričakovani življenjski dobi. Ne moremo torej trditi, da je javno financiranje sistematično bolj učinkovito kot privatno; rečemo lahko le, da je bolj učinkovito, ker je namenjeno določenemu paketu zdravstvenih intervencij, ki imajo na daljšanje življenjske dobe večji vpliv kot pa intervencije, ki so financirane privatno.

Umrljivost dojenčkov do starosti 5 let. Tudi ta mera se uporablja za merjenje rezultatov zdravstvene oskrbe. Iz analize podatkov Svetovne banke lahko ugotovimo, da delež BDP, namenjen zdravstvu, ne vpliva na stopnjo umrljivosti dojenčkov (3). Tudi med deležem javnih izdatkov za zdravstvo v BDP in stopnjo umrljivosti dojenčkov do starosti 5 let ni povezave. To je skladno s teorijo, da je preživetje otrok močno povezano z drugimi dejavniki, kot je npr. ustreznost prehrana.

¹ Svetovna banka pri izračunu upošteva dohodek per capita v dolarjih (pariteta kupne moči).

Majhen delež javnega financiranja je učinkovit, sicer pa večja sredstva bolj vplivajo na pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu kot pa na preživetje dojenčkov.

Zaključek

Povzamemo torej lahko, da je vloga države na področju zdravstva pomembna, saj idealen trg ne obstaja. Aktivnosti je treba primerno razdeliti med privatno in javno sfero. Kot prvo lahko poudarimo, naj država ljudem ne poskuša plačati zdravstvene oskrbe v celoti, ker nima neomejenih sredstev in taka politika ni smiselna. Določiti si mora kriterije delovanja. Ker delež javnega financiranja zdravstva v celotnih izdatkih za zdravstvo z razvitostjo držav narašča, je to vprašanje še pomembnejše zaradi velikih zneskov. Prvo pravilo je prioriteta javnih dobrin in dobrin z velikimi eksternimi stroški in koristmi pri javnem financiranju. Ko je za te dobrine poskrbljeno, se javna sredstva porabljajo za druge, privatne dobrine. Kako bomo določili paket teh privatnih dobrin, je odvisno od kriterija, ki ga upoštevamo. To so lahko dobrine, ki so visoko učinkovite ne glede na stroške ali pa z upoštevanjem stroškov. Spodbude za nižanje stroškov je treba usmeriti na ponudnike in ne na povpraševalce, ker le ponudniki kot agentje lahko vplivajo nanje. Dokaz, da je to res, je študija, ki jo je naredil Sainsbury Comitee. Ugotovili so, da je 455 zdravnikov splošne medicine za vsako izmed pet najpogostejših bolezni predpisalo več kot 30 različnih terapij. Le 8 od 2275 terapij je bilo neustreznih, razlike v stroških terapij pa so bile ogromne. Za osteoartritis je 11% zdravnikov splošne medicine predpisalo zdravilo, ki stane \$3,60, 10% pa je predpisalo Aspirin, katerega stroški ne dosežejo niti \$1 (2).

Vedno se je treba odločiti tudi, ali bomo financirali kako dobro za celotno populacijo ali bomo isti denar porabili za financiranje več dobrin revnim. Odločanje o tem je popolnoma različno od primera do primera - edino pravilo, ki se tu uporablja, je, naj država bogatim ne financira zdravstvenih storitev, do katerih revni nimajo dostopa. Z večanjem proračuna lahko postaja paket javno financiranih privatnih dobrin večji. V tem primeru je nujna kontrola zdravnikov, da denar res porabijo za predvidene posege.

Druga možnost je, da prepustimo zdravnikom, da se sami odločijo, kako bodo prirast denarja porabili. Večina razvitih držav uporablja drugi pristop, saj s tem bolj upošteva specifične pacientov in poveča učinkovitost finančnih sredstev, poleg tega pa je potreben nadzor zdravnikov manjši.

Tretja možnost je, da zdravstvu enkrat, ko z javnimi sredstvi krijemo potreben nujni paket zdravniške oskrbe, ne namenimo več denarja. Vse dodatne storitve se plačajo s privatnimi sredstvi. Tega pristopa ni uporabila nobena država, saj je vprašanje, kje potegniti mejo in kaj dejansko spada med nujne zdravstvene storitve, težko. Zato razen splošnih načel ni mogoče natančno določiti, kaj javno financirati in česa ne. Delovanje države na področju zdravstva je torej nujno, vsaka država pa se mora sama odločiti, kakšen pristop bo uporabila.

Literatura

1. Besley T, Gouveia M. Alternative systems of health care provision. *Economic Policy* 1994: 200-57.
2. Culyer AJ. Public or private health services? *Journal of Policy Analysis and Management*. London: John Wiley & Sons Inc., Vol. II, No. 3, 1983: 386-402.
3. Musgrove P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington: World Bank, 1996: 1-81.

Errata corrigé

V številki 12/1998 v članku J. Molj in sod. »Some epidemiological aspects of ulcer disease in Slovenia«, str. 698, poglavje Results, 2. stavek pričinja pravilno »**Total number...**«; str. 699, sl. 3 (graf) skrajno desno manjka letnica **1995**; str. 700, poglavje Discussion, pred-predzadnji stavek: »We have to consider, that there are **no appropriate ...**«.

V članku I. Milošev in sod. »Omajanje umetnega kolčnega sklepa II« sta **zamenjani sliki 2 in 3**.

Uredništvo se opravičuje avtorjem in bralcem.

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

HOLSTAR[®]

tablete po 20 mg lovastatin

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

Skrajšano navodilo

Indikacije

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

Doziranje

začetna doza 1 tableta po 20 mg, zvečer med obrokom

največja doza* 80 mg**

* 40 mg za bolnike, ki jemljejo tudi imunosupresive.

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

Dozo po potrebi spremenimo po 4 tednih.

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

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PRENOVA ZUNAJBOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE STATISTIKE

Mitja Rogač, Metka Teržan, Mladen Markota

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

Izvleček – Izhodišča. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) je v okviru razvoja zdravstvenega informacijskega sistema na državni ravni prenovil zbiranje podatkov zunajbolnišnične zdravstvene statistike. Prispevek vsebuje cilje, vsebino in metodologijo spremenjenega načina zbiranja podatkov.

Metode. Avtorji prikazujejo modernizacijo zunajbolnišnične zdravstvene statistike. Izvajalci zunajbolnišnične zdravstvene statistike pri svojem delu z bolniki vnašajo v računalnik zahtevane podatke. Ob polletju in ob koncu leta morajo pripraviti zahtevano strukturo podatkov in jo poslati na regionalni Zavod za zdravstveno varstvo (ZZV). Pravilne po-

datke ZZV združi s programom ZUBSTAT in jih za potrebe na državni ravni pošlje na Inštitut za varovanje zdravja. IVZ dobljene podatke združi na raven vse Slovenije. Iz njih naredi statistične analize in pripravi Zdravstveni statistični letopis.

Rezultati. Glavni rezultat modernizacije so kakovostnejši izhodni podatki ob enakem obsegu vhodnih podatkov.

Zaključki. Namen nove strukture je izboljšati kakovost statističnih podatkov. Hkrati predstavlja nova struktura podatkov uvod v celovito vsebinsko modernizacijo zunajbolnišnične zdravstvene statistike.

Uvod

Na Inštitutu za varovanje zdravja smo z namenom, da bi poenostavili vnos podatkov pri izvajalcih osnovne zdravstvene dejavnosti in izboljšali kakovost podatkov na področju zunajbolnišnične zdravstvene statistike izdelali novo strukturo zapisa za zbiranje podatkov o obiskih in napotitvah ter o boleznih in stanjih v zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti na magnetnem mediju. Pojem zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost obsega osnovno zdravstveno dejavnost in ambulantno specialistično dejavnost, tudi tisto v bolnišnicah. Novi način zbiranja podatkov vključuje naslednje osnovne zdravstvene dejavnosti:

- Splošna medicina
- Splošna medicina - preventiva
- Medicina dela, prometa in športa
- Šolsko varstvo - kurativa
- Šolsko varstvo - preventiva (sistematika)
- Otroško varstvo - kurativa
- Otroško varstvo - preventiva (posvetovalnice)
- Razvojne ambulante
- Varstvo žensk
- Varstvo žensk - posvetovalnica za nosečnice
- Varstvo žensk - posvetovalnica za kontracepcijo
- Kožno-venerični dispanzer
- Pulmološki dispanzer
- Patronaža
- Specialistična ambulantna dejavnost - po posameznih specialnostih.

Cilji spremenjenega načina zbiranja podatkov

Odločili smo se za novo poenoteno strukturo zapisa za poročanje podatkov ob predpostavki, da mora ostati nabor vnesenih podatkov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti enak. Z

novo obliko stavka za poročanje smo želeli doseči naslednje cilje:

- Enoten način sporočanja zdravstvenih statističnih podatkov iz osnovne in specialistične zdravstvene dejavnosti.
 - Uskladitev podatka »koda diagnoze« z deseto revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10), ki se za potrebe zdravstvene statistike uporablja od 1. 1. 1997 dalje.
 - Enotno računalniško podprto pripravo poročil iz podatkov, kodiranih po MKB-10.
 - Ločeno zbiranje »diagnoz, postavljenih ob prvih obiskih«, in »končnih diagnoz«. Na podlagi priporočila Svetovne zdravstvene organizacije upoštevamo pri zbiranju podatkov za zdravstveno statistiko »končno diagnozo«. Vendar se to priporočilo v naši praksi različno izvaja oziroma razlaga, velikokrat pa tudi ne upošteva.
 - Zbiranje podatkov o obiskih in napotitvah ter o diagnozah po starostnih skupinah in po spolu.
 - Spremljanje gravitacije po občini bivališča bolnika.
 - Spremljanje gravitacije glede na starostno skupino bolnikov.
- Vsi ti cilji pa naj bi imeli en sam končni rezultat - boljšo kakovost izhodnih podatkov ob enakem obsegu vhodnih podatkov.

Metodologija zbiranja podatkov

Izvajalci zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti (skupaj z zasebniki jih je več kot 1000) ob svojem delu z bolniki vnašajo v računalnik zahtevane podatke. Nekaj teh podatkov vnesejo v računalnik ob prvem obisku bolnika, npr. osebne podatke, podatke o zaposlitvi, zdravstvenem zavarovanju, in jih spreminjajo samo ob spremembi stanja. Ostale podatke vnašajo sproti.

Ob polletju in ob koncu leta morajo iz sproti vnesenih in v računalniku kumuliranih podatkov pripraviti poročila, ki imajo zahtevano strukturo podatkov, in jih poslati na regio-

nalni Zavod za zdravstveno varstvo (ZZV) na magnetnem mediju. Strokovni sodelavci na ZZV preverijo poslane podatke in jih, če so nepravilni, s seznamom napak vrnejo izvajalcu. Pravilne in popravljene podatke na ZZV združijo s programom ZUBSTAT in jih v obliki, ki jo potrebujemo za statistiko na državni ravni, pošljejo na Inštitut za varovanje zdravja (IVZ). Na IVZ dobljene podatke združimo za vso Slovenijo. Iz njih izdelamo statistične analize in pripravimo Zdravstveni statistični letopis.

Za leto 1997 smo na IVZ dobili 75.000 zapisov o obiskih in napotitvah in 550.000 zapisov o boleznih in stanjih v združenih podatkih, ki so jih vnesli izvajalci osnovne in specialistične ambulantne dejavnosti iz vse Slovenije.

Program ZUBSTAT in vsebina podatkov

Strokovnjaki Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije smo skupaj s programersko hišo Vizija, d.o.o. iz Celja pripravili program ZUBSTAT za zbiranje, preverjanje in združevanje podatkov zunajbolnišnične zdravstvene statistike. Program deluje v programskem okolju Windows 95 in je namenjen IVZ, ZZV ter vsem izvajalcem zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, vključno z ambulantno specialistično dejavnostjo v bolnišnicah.

Program omogoča:

- Preverjanje vhodnih podatkov glede na šifrate, ki veljajo na državni ravni, ter na logične odvisnosti med podatki. Pripravi tudi seštevke po vrstah obiskov ter seštevke po vrstah diagnoz za posamezno osnovno dejavnost.
- Prepis podatkov v bazo, ki je osnova za pripravo poročil.
- Pregledovanje in popravljanje podatkov v bazi z vsemi pripadajočimi šifranti.
- Pripravo standardnih poročil in možnost oblikovanja izpisov iz baze.

Na IVZ v poročilih o obiskih in napotitvah dobivamo na državni ravni podatke o naslednjih vrstah obiskov:

- Kurativni obiski, prvi
- Kurativni obiski, ponovni
- Preventivni obiski, prvi
- Preventivni obiski, ponovni
- Preventivni obiski nosečnic, prvi
- Preventivni obiski nosečnic, ponovni
- Preventivni obiski v zvezi s kontracepcijo, prvi
- Preventivni obiski v zvezi s kontracepcijo, ponovni
- Preventivni obiski po porodu.

Za vsako vrsto obiska zbiramo naslednje podatke:

- Obdobje poročanja
- Občino poročevalske enote
- Oznako poročevalske enote
- Oznako osnovne dejavnosti
- Specialnost oz. zdravstveno službo
- Občino bivališča bolnika
- Starostne razrede (štirinajst), ločene po spolu
- Kategorije zavarovanja (pet)
- Časovne razrede trajanja nosečnosti (tri)
- Število napotenih v bolnišnico
- Število napotenih k specialistu.

V poročilih o boleznih in stanjih pa na IVZ na državni ravni spremljamo:

- Obdobje poročanja
- Občino poročevalske enote
- Oznako poročevalske enote
- Oznako osnovne dejavnosti
- Specialnost oz. zdravstveno službo
- Vrsto diagnoze (postavljena ob prvem obisku ali končna)
- Kodo diagnoze (po MKB-10)

- Oznako zunanega vzroka
- Oznako skupine bolezni
- Starostne razrede (štirinajst), ločene po spolu
- Kategorije zavarovanja (pet)
- Število poškodb pri delu
- Časovne razrede trajanja nosečnosti (tri).

Razpravljanje

Poenoteno strukturo podatkov smo uvedli zato, da bi izboljšali kakovost podatkov na področju zunajbolnišnične zdravstvene statistike, kjer ima Slovenija dolgoletno tradicijo spremljanja in prikazovanja podatkov. Omenjen način poročanja je edinstven v vsej Evropi.

Kakovost podatkov seveda ni odvisna samo od postopkov zbiranja ter preverjanja podatkov, ampak v prvi vrsti od strokovnega in vestnega začetnega vnosa podatkov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. V programu za preverjanje podatkov smo pripravili številne logične kontrole, ki pa ne morejo nadomestiti osebne zavzetosti in interesa zdravstvenih delavcev pri viru informacij.

Nova struktura podatkov omogoča enotno poročanje za vse oblike varstva na področju osnovne in ambulantne specialistične zdravstvene dejavnosti. Njen namen je bil poenostaviti delo izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Kljub temu smo v prvem letu novega zbiranja podatkov imeli nekaj težav. Vzroki so bili različni: težave s programsko opremo pri izvajalcih, premajhna motiviranost, različna doktrina registriranja diagnoze ob prvem obisku oz. končne diagnoze itd.

V nekaterih zdravstvenih zavodih beležijo kot »končno diagnozo« izključno diagnozo ob prvem obisku. Ugotovili smo, da je odločitev zdravnikov o tem, ali je neka diagnoza končna ali ne, izredno različna. V odstotnem deležu so zdravniki ene zdravstvene regije v primerjavi z drugo beležili svoje diagnoze kot končne v skoraj desetkratni razliki. Na tako beleženje pomembno vpliva tudi zavarovalniški način plačevanja storitev. Zato bomo morali v prihodnosti poskrbeti, da bodo vsi zdravniki v dodiplomskem ali podiplomskem izobraževanju deležni ustreznih in natančnih navodil za beleženje rezultatov svojega dela z osvežitvijo že dolgo znanih definicij »delovnih« in »končnih« diagnoz ali pa z delno prilagoditvijo in poenotenjem z definicijami zavarovalnice.

Na nacionalni ravni pa bo ravno ločeno zbiranje diagnoz omogočilo bolj kakovostne analize in vpogled v zdravstveno stanje Slovencev, česar nam sedaj zbrane diagnoze (razlog za obisk pri zdravniku) ne nudijo.

Zaključek

Namen nove strukture poročil iz osnovne zdravstvene dejavnosti je, da bi izboljšali kakovost statističnih podatkov. Hkrati predstavlja nova struktura podatkov del projekta za celovito vsebinsko modernizacijo zunajbolnišnične zdravstvene statistike.

Literatura

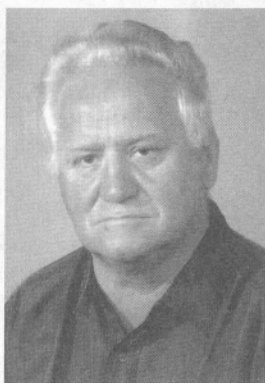
1. Ministrstvo za zdravstvo. Konceptualni okvirji nadaljnega razvoja zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1992.
2. WHO. Elements of the role of the informatics in the health for all policy of the World Health Organisation. Copenhagen: WHO, 1994.
3. Inštitut za varovanje zdravja RS. Projekt: Elementi enotnosti zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji. II. fazno poročilo. Ljubljana: IVZ, 1994.
4. Inštitut za varovanje zdravja RS. Zunajbolnišnična zdravstvena statistika. Metodološko gradivo. Ljubljana: IVZ, 1997.

Jubileji

MILAN ŽUNTAR 65-LETNIK

Zvonimir Šusteršič

12. oktobra 1998 je poteklo 65 let, kar se je v Gornji Savinjski dolini rodil izvrstni urolog Milan Žuntar. Kot otrok se je vključil v trdo delo na očetovi kmetiji in ga poleg uspešnega šolanja na celjski gimnaziji opravljal vse do mature. Kot abiturient si je z delom v Nemčiji prislužil sredstva, da se je mogel posvetiti študiju medicine, saj je bil njegov življenjski cilj postati kirurg. Za to stroko je imel vse potrebne sposobnosti: ročno spretnost, zagnanost, izjemno telesno in duševno zmogljivost, sposobnost hitre odločitve in nepopustljivost. Leta 1965 sva skupaj pričela razvijati zaostalo celjsko urologijo, ki je bila do takrat le povprečna kirurgija urotrakta. Oba, eden začetnik - specializant, drugi komaj pečeni specialist, sva se šele uvajala v kirurgom manj priljubljeno stroko. Oba pa sva hotela dokazati, da se bo tudi celjska urologija uveljavila. Tu gre dr. Milanu Žuntarju največja zasluga v tem, da se je zagrizel v stroko in zdržal napore, ki so mu jih kirurgi naložili med



specializacijo. Ker je moral delati tudi kot kirurg, se je usposobil tudi v klasični kirurški tehniki. To so bili časi, ko se je v svetu in tudi pri nas pričela uvajati endoskopska kirurgija. K nam jo je prinesel prim. Pirkmajer in M. Žuntar se je kljub hudi obremenitvi pri njem začel usposablja v tej novi tehniki. Mesece je po navodilih mentorja na fantomu vežbal transuretralne resekcije. Tako se je kot izvežban »resekcionista« šele lotil operacij na bolnikih. Po dobrih uspehih je kmalu zaslovel in celjska urologija je prav zaradi te uspešne metode pridobila zaupanje bolnikov. Vzporedno je napredoval tudi na drugih področjih urologije vse do najzahtevnejših uroloških posegov. Delal je neutrudno od jutra do noči v bolnišnici in ambulanti. Postal je priljubljen tudi zato, ker ni nikoli odklonil bolnika, pa četudi v poznih večernih urah, izčrpan do skrajnosti. Nikoli se ni pehal za naslovi in vodilnimi položaji. Pa vendar je dobival priznanja in vidne položaje: bil je podpredsednik Rdečega križa, 3 mandatne dobe tajnik urološke sekcije, leta 1969 je postal specialist, 1977 predstojnik oddelka, od leta 1979 je bil 9 let direktor Centra za operative stroke in še bi se dalo naštevati. Do sodelavcev in še posebej do predstojnika, ki ga je zamenjal leta 1977, je bil vedno korekten in kolegialen. Pri svojem obsežnem praktičnem delu, ki ga je opravljal, ni imel časa, da bi se ukvarjal še s publicistiko. Pa vendar je imel 12 referatov na uroloških kongresih in objavil je 5 publikacij, vse iz svojih res širokih praktičnih izkušenj.

V imenu celjskih in slovenskih urologov ter kot njegov dolgoletni predstojnik in kasneje sodelavec želim, da bi še nadalje tako uspešno vodil svoj oddelek in tudi po upokojitvi

ostal mentor svojim naslednikom. Želim mu, da bi še mnoga leta tako čvrst in zdrav uspešno prispeval k razvoju in uspehom naše urologije.

Medikohistorična rubrika

KRATEK PREGLED DOGAJANJ OKOLI ZNANSTVENEGA DRUŠTVA ZA ZGODOVINO ZDRAVSTVENE KULTURE SLOVENIJE - PODRUŽNICA MARIBOR

II

Edvard Glaser

Druga sekcija je **Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije**. Vanj so lahko včlanjeni zdravniki, farmacevti, veterinarji, zgodovinarji, biologi, pa vsi tisti, ki jim je do ohranjanja medikohistorične dediščine. Medikohistorična sekcija SZD in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije tudi s podružnico Maribor igra ta že desetletje izredno pomembno vlogo, saj je v preteklosti poleg rednih mesečnih sestankov, razen v januarju in februarju ter dveh poletnih mesecih, vedno znova potrjevala svoje poslanstvo.

Med važnejše simpozije Sekcije in Društva sodijo akademije 9. 1. 1987 v prepolni Viteški dvorani mariborskega gradu, kjer je bila svečana akademija ob 80-letnici prim. dr. Emane Perltla, ki jo je organiziral, vodil in moderiral prof. dr. Edvard Glaser. Druga pomembna kulturnozgodovinska manifestacija je bila 11. in 12. 6. 1987 v Univerzitetni knjižnici v Mariboru, kjer je bila otvoritev razstave del medikohistorika prof. mr. ph. F. Minařika ob 100-letnici njegovega rojstva.

27. 10. 1990 je bil v Mariboru mednarodni znanstveni simpozij ob 500-letnici rojstva doktorja medicine, humanističnega razumnika Andreja Perlacha (1490-1551) iz Svečine pri Mariboru, profesorja matematike, astronoma, astrologa, dekana astrološke in štirikratnega dekana medicinske fakultete ter rektorja univerze na Dunaju, ki je tudi pokopan v Štefanovi cerkvi na Dunaju. Vodja in moderator v dopoldanskem mednarodnem simpoziju v Mariboru je bil E. Glaser, ki je tudi v popoldanskem kulturnem sporedu v Svečini odkril Andreju Perlachu spominsko ploščo v latinščini na cerkvenem zidu v Svečini. Ploščo je posvetil mariborski škof dr. F. Kramberger, v cerkvi pa smo postavili ploščo v slovenščini in latinščini, ki naj spominja na Perlachovo dejavnost.

11. 12. 1991 je bil simpozij v počastitev 90-letnice odkritja krvnih skupin AB0 in 70-letnici odkritja insulina, na katerem je predavalo 24 zdravnikov specialistov.

11. 12. 1993 je bil mednarodni znanstveni simpozij pod vodstvom predsednika ob 500-letnici Philippusa Aureolusa Theophrastusa Bombastusa von Hohenheima, Paracelsusa, doktorja obeh medicin, alkimista, astrologa, filozofa, fizika, reformatorja medicine in večnega popotnika. Ob sponzorstvu Mariborskih lekarn in Farmadenta je E. Glaser izdal lično knjižico z istim naslovom na 88 straneh.

Priredil je tudi strokovni izlet v Avstrijo - v Štanjel na ogled razstave in v Št. Andraž na ogled cerkve ter v Beljak na ogled Paracelsusove razstave in v Vetrinju ogled cerkve. Ob vseh simpozijih smo izdali izredno uspele in lepe ter bogate plakate.

V Ljubljani so od 14. do 15. 10. 1994 potekali I. Pintarjevi dnevi, po Pintarju, prvem medikohistoriku. Ob tem srečanju sta poleg Inštituta za zgodovino medicine pri MF Ljubljana sodelovala še Medikohistorična sekcija SZD in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (in seveda tudi podružnica Maribor).

10.–11. 11. 1995 so bili II. Pintarjevi v Mariboru dnevi z osrednjim mednarodnim znanstvenim simpozijem »100 let rentgena«, na katerem so sodelovali številni domači in inozemski strokovnjaki. Friderik Pušnik je izdal gradivo za monografijo »Andrej Perlach«, Edvard Glaser pa na 292 straneh knjigo (v okviru MHS) »Sto let rentgenskih žarkov skozi prizmo medicine, veterine in medikohistorikov«. Edvard Glaser je pripravil tudi obširno obrazložitevno dokumentacijo za mariborsko univerzo za ustanovitev Perlachove nagrade, ki se dejansko že podeljuje.

Predvidevam, da bo vendarle potrebno sedanje »matično« društvo povzdigniti v Zvezo podružnice Znanstvenih društev pa osamosvojitvijo v društva, ki se lahko včlanjajo v Zvezo z novim pravilnikom.

Obe, Medikohistorična sekcija Slovenije SZD in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, morata skrbeti za naraščaj, ki bo arhiviral vse, kar je zgodovinsko pomembnega (tudi referate). Tudi Zdravniški vestnik daje možnost za objavo določenih člankov.

Obe društvi bosta morali kritično pregledati in ovrednotiti nekatera v preteklosti objavljena dela, jih objektivizirati, opredeliti kot verodostojna ter zavzeti svoja stališča. Zgodovino pišemo za zanamce, ki imajo pravico v naših poročilih videti vzravnane pisca, objektivnega zgodovinopisca, tudi če je amater, pa tudi pokončnega človeka, ki registrira resnično preteklost in dogajanja, da nas nekoč ne bo sram, češ da smo bili zaslepljeni.

Sekcija in društvo bosta po svojih močeh pozitivno podpirala stremeljenja Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani, predvsem pri zbiranju dokumentov, zgodovinskih dejstev, spoznanj, pa tudi aparatov, naprav ipd. Pričakujemo pa tudi, da bo v dobi računalnikov prejel pomoč sleherni, ki bo potreboval kakršnokoli informacijo v zvezi z medikohistoričnimi dogajanja, pa tudi registracijo diagnostičnih in terapevtskih dosežkov vseh medicinskih strok v Sloveniji v primerjavi s tujino.

Podpiramo čimprejšnji pristop k ustanovitvi medicinskozgodovinskega muzeja v Ljubljani, kot podpiramo tudi akcije zobozdravstvenega muzeja v Celju. Podpiramo pa tudi sleherni aktivnost kjerkoli, ki se bori za ohranjanje medicinske besede ali predmetov z željo, da bi se tudi Slovenija pogostejše pojavljala v ustaljenih strokovnih publikacijah z mestom v mednarodnem indeksu.

Viri

1. Glaser E. Arhivarji medicinske zgodovinske miselnosti v medicini in literaturi. Zbornik referatov. Inštitut za zgodovino medicine, Ljubljana, 13.–15. 10. 1993: 287–306.
2. Glaser E. Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim – Paracelsus. Maribor. Mariborske lekarne. Farmadent, 1993.
3. Glaser E. Znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo ob 500-letnici rojstva humanističnega razumnika Andreja Perlacha (1490–1551). 27. 10. 1990. Naša bolnišnica. Glasilo Splošna bolnišnica Maribor, XIII: oktober, 1990.
4. Statut MHS SZD 1998-12-31.

JOSIP KOS – EDEN ZADNJIH LJUBLJANSKIH ZDRAVNIKOV-RANOCELNIKOV

Jurij Zalokar

Josip Kos (13. 3. 1791–9. 12. 1862) izhaja iz stare kranjske družine, ki je živela v Kranju vsaj od srede 17. stoletja naprej. Njegov ded Baltazar (1710–1767) je omenjen kot prvi lastnik hiše v Savskem predmestju št. 16, imenovane »Bajsgarbar, Krener«, ki je bila potem okoli sto let v rokah družine Kos (1). Po družinskem izročilu se je Josipov oče Valentin (1748–1803) poleg irharstva ukvarjal tudi z zdravilstvom. Ko je bilo Josipu 12 let, mu je oče umrl. Njegovo ime najdemo potem v matrikulah študentov medicine za leti 1811 in 1812 na ljubljanski École centrale (2, 3). Študij kirurgije in porodništva je nadaljeval na mediko-kirurškem liceju graške univerze, kjer je 5. septembra 1814 diplomiral (4).

Iz del Pintarja (5) in Borisova (2, 6) sledi, da je bil Josip najprej okrožni kirurg in porodničar v Bistri pri Vrhniki, nato pa v Ljubljani. Leta 1820 je bil kandidat za razpisano mesto učite-



Sl. 1. *Patr. chir. et obstet. Josip Kos.*

lja babištva na Mediko-kirurškem učnem zavodu v Ljubljani (1782–1850), ki ga je dobil Ignac Binter (1775–1835). Na tem zavodu je Kos krajši čas supliral profesorja kirurgije. Borisov še navaja, da se je ukvarjal tudi s homeopatijo in da je leta 1849 za Illyrisches Blatt napisal članek o koleri.

Več podrobnosti o Kosu je v Pintarjevi zapuščini (7). V njej najdemo podatek iz Medizinische Jahrbücher (1822, I. II. 211) in iz Odločbe dvorske pisarne z dne 20. 10. 1821, da je bil imenovan za okrožnega ranocelnika v Ljubljani, s čimer je zasedel mesto, ki ga je izpraznil Binter. Po l. 1848 to mesto ni bilo več sistematizirano, je pa Kos nadaljeval delo v privatni praksi. Letna poročila ljubljanske vlade ga omenjajo vsa ta leta (8). Pri Pintarju najdemo tudi obvestilo v Laibacher Zeitung (1835), da je stanoval na današnjem Krekovem trgu št. 61 v Grošljevi hiši in nudil »resnično revnim brezplačno zdravniško pomoč«. Isti časopis poroča naslednje leto o smrti njegove prve žene Marije. V letnikih 1832 in 1836 pa je Kos omenjen med koledniki, ki so ob novem letu darovali za uboge. Josipa je razen tega omenil tudi Ribnikar na podlagi

listin iz Arhiva Slovenije (9). Piše samo to, da je bil med podpisniki Okrožnice s sestanka zdravnikov in ranocelnikov 15. 6. 1861, ki je vabila k ustanovitvi zdravniškega bralnega društva, predhodnice sedanjega SZD. Ribnikar še omenja, da v nadaljnjem delu pri ustanavljanju društva ni več sodeloval. Morda ga je ovirala višja starost ali bolezen, saj je 9. 12. 1862 umrl.

V Kosovem času je bilo v Sloveniji kar nekaj epidemij kolere. Njihovo zgodovino in zdravljenje boleznij je odlično opisal Kobal (10), ki je bežno omenil tudi Kosa. Značilno za medicino tistega časa je bila popolna neozaveščenost glede vzrokov bolezni. Kobal je npr. navedel, da so v Nemčiji ugledni profesorji predlagali streljanje s topovi v zrak in sežiganje gozdov, da bi tako zrak pretresli in prečistili ter s tem odstranili kužne miazme. Še slabše je bilo z zdravljenjem. Homeopatsko zdravilstvo je takrat skupaj z medicino delilo zgrešene poglede na nastanek bolezni. Imelo pa je vsaj to prednost, da pri zdravljenju ni delalo škode spričo velikih razredčin

Zanimivo bi bilo ugotoviti, ali je Kos poznal knjigo »Kolera ozdravljiva« njegovega starejšega rojaka in pozneje ruskega državljana dr. Florijana Sentimerja (1786–?1840) (12). Delo je avtor Sentimer napisal v Moskvi in izdal l. 1836. Med obema je vsekakor nekaj podobnosti.

Članek v časopisu Illyrisches Blatt verjetno ni edino Kosovo delo, ni pa mogoče preveriti, ali je napisal še kaj, saj je bila večina člankov o koleri in zdravstvu iz tistega časa v časopisih nepodpisana.

V predpotresni Ljubljani je bil Kos vidna osebnost. Pisatelj in zdravnik J. Vošnjak je tako napisal: »Gospod Kos je bil priljubljen zdravnik in imel svojo hišo na vogalu Šentpeterske in Resljeve ceste« (13). Tako je res bilo, ko je Vošnjak obiskoval družino politika Valentina Zarnika (1837–1888), poročenega z Josipovo hčerko Ano (1843–1901); toda pred potresom Resljeva cesta še ni bila speljana. Na mestu, kjer je stala hiša, je danes majhen park. O Kosovi vlogi in delu pričajo tudi že omenjena letna poročila ljubljanske vlade (8), ki ga navajajo med rednimi in častnimi člani Društva za poljedelstvo in koristne umetnosti.

Po smrti prve žene se je Josip poročil z Ignacijo Schlechter (1806–1865) (14), ki je bila prav tako kot on iz strojarske družine. Njuna prva hčerka Marija (1838–1921) se je poročila z dr. Karlom Bleiweisom-Trsteniškim (1834–1909) (15), predstojnikom Deželne blaznice na Studencu. Z njunim sinom dr. Demetrom Bleiweisom (1871–1928) se je nadaljeval zdravniški poklic obeh starih očetov: Josipa Kosa in Janeza Bleiweisa. Demeter je bil l. 1910 predsednik Društva zdravnikov na Kranjskem, član Hrvaškega zdravniškega društva in častni član Srbskega zdravniškega društva. O njegovem delu je zbrano veliko podatkov (7, 16, 17). Zdravniški »gen« je imela še vnukinja Ana (1891–1979), hčerka Josipovega sina Ivana (1846–1907) (18). Imela pa ga je tudi po prapradedu J. Ch. Biernatzkem (19), ki je po podatkih njegovega biografa obiskoval medicinski kolegij v Københavnu in postal vojaški zdravnik v telesnem regimentu danske kraljice. S poroko z dr. Alojzjem Zalokarjem (1887–1944) (20) pa ga je navezala še z eno staro zdravniško družino.

Portret Josipa Kosa je posmrtno naslikal Peter Žmitek na podlagi medaljona neznanega slikarja, ki mu je služil kot predloga.

Literatura in viri

1. Žontar J. Zgodovina mesta Kranja. Ljubljana: Muzejsko društvo, 1939: 416–6.
2. Borisov P. Od ranocelnštva do začetkov znanstvene kirurgije na Slovenskem. Ljubljana: SAZU, 1977: 236–7.
3. Nadškofijski arhiv Ljubljana (NŠALJ). Šolstvo – Francoska Ilirija. Fasc. 57.
4. Družinski arhiv. Diploma mediko-kirurškega študija Liceja v Gradcu 5. 9. 1814.
5. Pintar I. Mediko-kirurški učni zavod v Ljubljani, njegov nastanek, razmah in konec. Ljubljana: Habilit. disert. 1939: 63–3.
6. Borisov P. Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980. Ljubljana: SAZU, 1995: 95, 343.
7. Zgodovinski arhiv Ljubljana (ZAL). Pintar 339 LJ.
8. Laibacher Gouvernement. Schematismus – Provinzial Handbuch. Ljubljana: Laibacher Gouvernement, 1823–1847.
9. Ribnikar P. Prispevek k zgodovini ustanovitve »Slovenskega zdravniškega društva«. Zdrav Vestn 1993; 62: 199–205.
10. Kobal F. O koleri na Kranjskem. Zbornik Sloven. Matice 1911; 13: 61–158.
11. Kos J. Die Cholera asiatica von 1848 und 1849. Illyr Blatt 1849; 218–9, 224, 227–8, 230–1, 234–5, 238–9.
12. Uršič M. O zdravniku Florijanu Sentimerju. Kronika 1955; 3: 114–6.
13. Vošnjak J. Spomini. Ljubljana: Slovenska matica, 1982: 273.
14. Andrejka R. Strojariji na Forštatu. Kronika slov. mest 1937; 4: 193–200.
15. Flegar M. Karel Bleiweis. In: Kostnapfel J ed. Slovenski psihiatri. Radovljica: Didakta, 1996: 13–9.
16. Cankar I, Lukman FK ed. Slovenski biografski leksikon. Ljubljana: Zadr. gospod. banka, 1925.
17. Logar I. Društvo zdravnikov na Kranjskem. Zdrav Vestn 1956; 25: 254–7.
18. Zalokar J. Ivan Kos: Slovenec v carski Rusiji. Dve domovini – Two Homelands, 1997; 8: 171–85.
19. Biernatzki KL. J. C. Biernatzki's Gesammelte Schriften. Vol. 1. Altona: J. F. Hammerich, 1844: 5–7.
20. Zalokar J. Prof. dr. Alojz Zalokar (1887–1944) našemu času. Zdrav Vestn 1997; 66: 667–70.

Le cours d'études des medecins.

| N° | Noms & Prénoms. | Age | Province et Communes. | Année du cours. | Calcul du progrès obtenu dans les examens généraux. | Des remarques. |
|----|------------------|-----|--|-----------------|---|----------------|
| 1 | Dominig Joseph | 20 | Haute Savoie N. et P. P. Valais | première | Il a mérité le rang de premier dans les examens généraux. | |
| 2 | Vincent | 25 | Luxemb. | second | Il a mérité le rang de premier dans l'histoire naturelle dans la botanique dans la chimie générale. | |
| 3 | Galle Barthélemi | 22 | Haute Savoie N. et P. A. Mariens Champ | second | histoire – la Botanique – le grec – le latin – le grec – le latin – le grec – le latin. | |
| 4 | Kraus Michel | 24 | Haute Savoie N. et P. P. Evy. | second | histoire – le grec – le latin – le grec – le latin – le grec – le latin. | |
| 5 | Haller Wolfgang | 18 | Haute Savoie N. et P. P. St. Julien | second | histoire – le grec – le latin – le grec – le latin – le grec – le latin. | |
| 6 | Kos J. | 22 | Haute Savoie N. et P. P. St. Julien | second | histoire – le grec – le latin – le grec – le latin – le grec – le latin. | |
| 7 | Kos Joseph | 19 | Haute Savoie N. et P. P. St. Julien | première | Il a mérité le rang de premier dans les examens généraux. | |

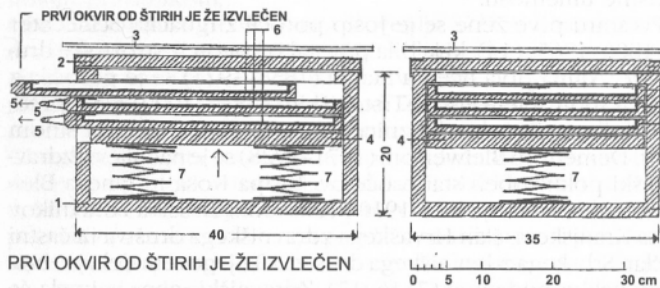
Sl. 2. Iz matrice ljubljanske École centrale (NŠALJ).

svojih zdravil. Kos (11) je v svojem članku v Illyrisches Blatt opisal zdravilske poglede in izkušnje predvsem na podlagi poročil nemških zdravnikov. Opis širjenja epidemije in simptomatologije bolezni priča o dobrem opazovanju. Med desetimi oblikami poteka bolezni je prvih pet Kos označil kot psihogene in psihosomatske reakcije na strah in paniko ob izbruhu epidemije, ne pa kot na pravo kolero. Profilaksa je temeljila na utrjevanju duševne in telesne odpornosti, pri čemer je v skladu z zračno teorijo nastanka bolezni svetovala bivanje in gibanje na čistem zraku. Posebno pri terapiji je Kos navedel tudi osebne poglede, ki kažejo, da je bil kritičen tako do homeopatskega zdravilstva kot do medicine. Predvsem je zavračal prepoved pitja tekočin, ki sta jih obe šoli dopuščali le v najskromnejših odmerkih. Svetoval je pitje čiste vode po želji, saj je opazal, da je to pripomoglo k ozdravitvi. Glede samega zdravljenja je bil sicer skeptič in se je ob koncu članka spraševal, koliko bolnikov bi ozdravelo samih od sebe in koliko načinov zdravljenja je utegnilo več škoditi kot koristiti.

IMPROVIZIRANA KASETA ZA SERIJSKE AORTO-RENOGRAFIJE.

Zvonimir Šusteršič

Na pobudo predstojnice Inštituta za zgodovino medicine asist. dr. Zupanič-Slavce (okrožnica v Zdrav. vestniku 6. 2. 95) sem pomislil, da smo v celjski bolnišnici v letih 1948-1981, ko sem v njej delal in jo razvijal, bili zaradi blokade uvoza primorani konstruirati številne novatorske pripomočke, ki so tudi pomagali, da smo uspeli iz vsestransko derutne bolnišnice razviti zavod, ki je uvedel novosti zahodne medicine in prešel iz zaostale bolnišnice na strokovno sodobno zdravstveno delo. Pri tem smo imeli izdatno pomoč v lokalni industriji, ki nam je novatorsko izdelovala pripomočke za gradnjo in opremo novih objektov, pa tudi aparate in instrumente za delo v njih. Ni mogoče, da bi se spominjal vsega, kar so



Prereza skozi kaseto

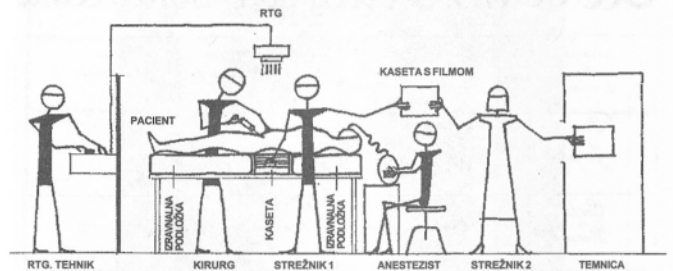
1. Ohišje (kaseto); 2. pokrov; 3. Lysholmova zaslonka, ki med postopkom nadomešča pokrov (št. 2); 4. pomična plošča, ki dviga okvire s filmi; 5. okvir z ročajem za vloženo kaseto s filmom; 6. svinčena obloga okvira; 7. vzmeti za dviganje plošče 4.

Sl. 1. Projekt kasete.

nam naredili. Omenim naj prvi doma izdelani narkozni aparat za intratrahealno anestezijo, operacijske mize, sterilizatorje, razne pripomočke za oskrbo fraktur, kot Crutshfieldovo aparaturo za trakcijo vratne hrbtenice, pa vijake in plošče za operativno osteosintezo in drugo. Gradnja, selitve, dve katastrofalni poplavi (1954 in 1990), pa nabava sodobnih medicinskih pripomočkov so povzročili, da se je izgubila ali zavrgla večina teh improviziranih pripomočkov. Kaseto, ki jo bom tu opisal, je med predmeti, določenimi za odpad, slučajno našel rentgenski tehnik.

Splošni kirurgi smo takrat opravljali posege na vseh organih in organskih sistemih. Za to smo morali obvladati tudi potrebno diagnostiko, reanimacijo, anestezijo, endoskopsko diagnostiko in kar obsežen repertoar operativnih tehnik. Tudi rentgenska diagnostika je sodila v naše področje. Poleg nativnih slik in retrogradnih pielografij nismo imeli ne intravenskih pielografij ne možnosti slikanja ožilja, saj ni bilo kontrastnih sredstev za intravaskularno aplikacijo. Ko smo v začetku petdesetih ta sredstva dobili, se je rentgenska diagnostika močno razširila: intravenske pielografije, slikanje ožilja, žolčevodov med operacijo in drugo. Za angiografije, posebej serijske aorto-renografije pa nismo imeli potrebnih aparatov. Domislil sem se načina, ki ga bom tudi opisal s pomočjo spodnjih skic.

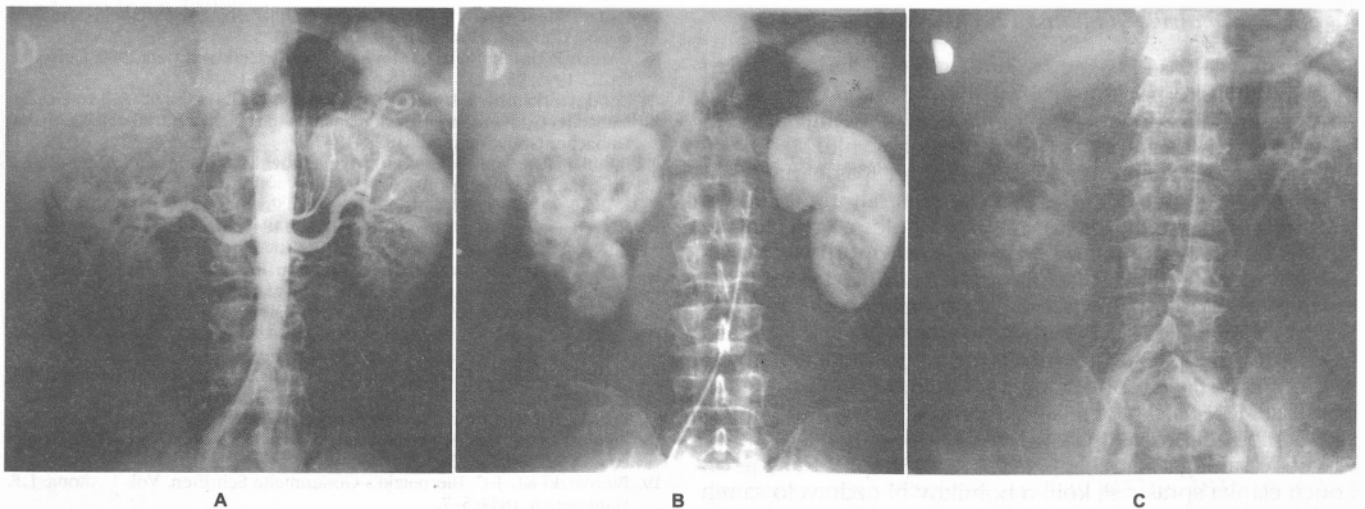
Leseno ohišje/kaseto (1) ima 4 okvire/predale (5), v katere se vložijo 4 običajne kasete s filmi. Vsak predal je znotraj obložen s svinčeno ploščino, ki prepreči osvetlitev spodnje kasete, ko rentgensko osvetlimo zgornjo. Pod štirimi okviri/predali je plošča (4) velikosti lumna ohišja/kasete in pod njo vzmeti (7), ki ob odstranitvi vsakega okvira/predala potisne na njegovo mesto drugi okvir/predal s kaseto, pripravljeno za novi posnetek. Tako je možno v presledkih ene sekunde



Sl. 2. Shematičen prikaz izvajanja aorto-renografije.

napraviti drugi posnetek in nato po istem principu tretjo ekspozičijo. Dobimo tri posnetke. Na prvem je arterijska, na drugem parenhimska in na tretjem venska faza.

Pokrov ohišja/škafte (2) odstranimo in ga nadomestimo z Lysholmovo zaslonko. Narkotizirani pacient leži na kaseti in dveh izravnalnih podložkah iste višine. Kirurg uvede skozi arterijo femoralis kateter v aorto tako, da sega vrh nekaj centimetrov proksimalno od odcepišča renalnih arterij. Vbrizga 2-3 ccm kontrasta in napravi prvi posnetek, da ugotovi, če je vrh katetra na pravem mestu, s tem porabi prvi film in na



Sl. 3. Rentgenogrami: a - arterialna faza, b - parenhimska faza, c - venska faza.

njegovo mesto potisnejo peresa drugo kaseto v ustrezní položaj. Sledi aorto-renografija. Kirurg vbrizga kontrast in ob koncu vbrizgavanja (ca. 1 sek) zapove: Slikaj! Takoj ko je film eksponiran (brnenje v rentgenski cevi preneha), sledi: Potegni! Strežnik 1 hitro izvleče okvir s kaseto in ga odda strežniku 2, ta pa dalje v temnico. Sledi zapoved: Slikaj! In čez eno sekundo (konec brnenja): Potegni! Vzmet takoj potisne tretji film v prvi položaj in sledi zapoved: Slikaj! Četrti film je eksponiran in oddan v temnico. Tako so izvršene tri slike v predhodnih ene sekunde in na njih so rentgenogrami vseh treh faz: arterielne, parenhimske in venske. V petih letih smo izvršili blizu 50 renografij in vse slike so bile v redu. Seveda se je vsa ekipa morala izuriti, da je vse teklo po poveljih: Slikaj - Potegni - Slikaj - Potegni - Slikaj! Dokler nismo imeli ustreznega katetra, smo kontrast vbrizgavali perkutano lumbalno s pomočjo igle za jetrno biopsijo neposredno v aorto. V tem primeru je pacient ležal na trebuhu. Tudi pri tej metodi ni smo imeli zapletov.

Ni opisa, ki bi funkcijo kateregakoli instrumenta prikazal tako nazorno kot njegov ogled. Upam, da bo tudi opisana kasetna med razstavljenimi predmeti v bodočem medikohistoričnem muzeju. Ker ni računati, da bo muzej v doglednem času dobil svoje prostore, sem pripravil ta sestavek. Napisal pa sem ga tudi zato, da bi na enem vzorcu prikazal, s kakšnimi težavami smo se ubadali, ko smo postavljali osnove, na katerih so nove generacije zgradile naše sodobno, visokokakovostno zdravstvo. Prva poveljna generacija - Slovenci smo leta 1945 imeli morda 500 zdravnikov - je razvila popolno medicinsko fakulteto in nudila kolikor toliko zadovoljivo zdravstveno varstvo razširjeni Sloveniji. Še več: ob skrajnem pomanjkanju kadrov, ubikacij, opreme in znanja - naši zdravniki, razen nekaj izjem, niso poznali izjemno napredovale zahodne medicine - smo ob skrajnih naporih s pomočjo novatorskih improvizacij in na škodo zdravja izvedli prehod iz zaostale srednjeevropske medicine v moderno zahodno medicino. Poudarjam: Na škodo lastnega zdravja. Kaseto, ki jo opisujem, smo uporabljali popolnoma nezaščiteni proti sevanju, operater neposredno v snopu centralnih žarkov. Naploh smo takrat omalovaževali nevarnosti rtg sevanja. Tudi glavino zlomov smo oskrbovali nezaščiteni neposredno pod rentgenom. Enako smo opravljali operacije, pri katerih smo med posegom izvajali rentgensko slikanje. Vse to ni ostalo brez resnih posledic.

650-LETNICA KARLOVE UNIVERZE (KU) V PRAGI IN SLOVENSKI ZDRAVNIKI

Mario Kocijančič

Pod pokroviteljstvom veleposlaništva Češke Republike v Ljubljani in s sodelovanjem *Lektorata za bohemistiko* Filozofske fakultete v Ljubljani se je 14. maja 1998 v dvorani Doma slovenskih zdravnikov zbralo 55 udeležencev na strokovnem sestanku Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije ob 650-letnici KU.

Uvodni prispevek Zgodovina Karlove univerze v Pragi (ust. 1348) sta pripravili Helena Polakova in Bojana Maltarič s Filozofske fakultete. To je bil strnjen prikaz, v katerem niso prevladoval letnice in imena, temveč vsebina dela univerze skozi stoletja s posebnim ozirom na vlogo KU pri razvoju in potrjevanju češke samobitnosti, izgradnji in širjenju panslavizma v času AO monarhije ter med dvema svetovnjima vojnoma. Posebej je poudarjena dejavnost medicinske fakultete KU, ki je

bila prva vzhodno od Pariza in severno od Alp ter vseskozi na izjemno visoki strokovni ravni. Bila so obdobja, ko je na tej šoli študiral dvakrat ali celo trikrat več študentov iz tujine, kot iz čeških dežel. Med temi so bili od leta 1917 dalje tudi študentje iz slovenskih dežel.

V letih 1911-1935 je na medicinski fakulteti KU promoviralo 74 slovenskih doktorjev medicine, je poudaril predavatelj Peter Ribnikar. O vseh je zbral in navedel pomembne podatke: datum in kraj rojstva ter smrti, imena in poklic staršev, kraj, v katerem je obiskoval gimnazijo, na katerih univerzah je študiral pred promocijo v Pragi, leto promocije, zaposlitev, specializacije, napredovanja, uveljavljanje v zdravstveni hierarhiji, sodelovanje v NOB, internacije, zapori itd. Poudarjene so bile njih dosežene profesure oz. docenture (F. Kogoj, B. Lavrič, J. Hebein, L. Brenčič, Sabina Praprotnik, I. Pirc in Marija Goropevšek), izvolitev v akademije znanosti (F. Kogoj, B. Lavrič), strokovna uveljavitev izven Slovenije (F. Kogoj, V. Meršol), aktivnost v Slovenskem zdravniškem društvu in Zdravniški zbornici. Prisotni so zelo pozorno prisluhli, ko je P. Ribnikar govoril o slovenskih zdravnicah, promoviranih na KU: Valerija Strnad (prom. 1916), Amalija Šimenc (1920), Nada Slavik (1920 prva slovenska zdravnica v Trstu), Tekla Pance (1921), Valerija Valjavec (1921), Marija Goropevšek (1921), Marija Fink (1923) in Sabina Praprotnik (1924).

Zelo zanimive so socialne razmere slovenskih študentov na KU, posebej v letih 1918-1921. Do začetka 20. stoletja sta za slovenske študente medicine obstajali Državna štipendijska ustanova za medicince (6 mest za Kranjsko in 2 mesti za Koroško) ter Ustanova Pavla Warauna (eno mesto za študij medicine na Dunaju). V Pragi je bilo leta 1901 ustanovljeno Podporno društvo za slovenske visokošolce, ki je revnim in marljivim slovenskim študentom nekoliko popravilo socialno stanje s skromnimi podporami (denarno, v hrani, z brezobrestnimi posojili, plačilom vožnje v domovino ipd.).

Ko so leta 1918 avstrijske univerze zaprle vrata slovenskim študentom, jim je KU omogočila študij v Pragi. Narodna vlada Slovenije je najpotrebnejšim študentom namesto štipendij odobrila enkratno denarno pomoč, ki je znašala od 400 do 1000 kron.

Slovenski študenti medicine na KU so bili včlanjeni v slovenskih in južnoslovenskih študentskih društvih: Ilirija (1902-1912), Slovenski tehnični klub (1905-1906), Adrija (1907-1912), Tehničar (1913-1938), jugoslovansko akademsko društvo Jugoslavija (1918-1933) ter v društvu Jugoslovansko akademsko mladina (1919). Razpoloženje slovenskih študentov v Pragi je odmevno pripomoglo k tedanjemu in poznejšemu političnemu opredeljevanju: prehodi v rusko ujetništvo, sodelovanje v enotah prostovoljcev in dobrovoljcev - kladivarjev Jugoslavije (1912-1918), vključevanje v Maistrove borce - prostovoljce za severno mejo (1918-1919) ter opredelitev za boj proti okupatorjem (1941-1945).

Kot eden od kriterijev uspešnosti študija na medicinski fakulteti KU je M. Kocijančič opisal primer zakoncev Carla Ferdinanda in Therese Gerty Cori, ki sta po promociji na KU prek Dunaja in Gradca nadaljevala svoje zelo uspešno znanstveno delo v ZDA ter leta 1947 prejela Nobelovo nagrado za medicino. To je tretji zakonski par, ki je prejel Nobelovo nagrado za znanost. Neponovljivi so superlativi, ki se držijo G. T. Cori (1896-1957) kot nobelovke! Bila je poleg matere in hčere Curie tretja ženska, ki je prejela Nobelovo nagrado v znanstvenih kategorijah; prva nobelovka, nagrajena za medicino, in prva Američanka, ki je prejela Nobelovo nagrado.

V medicinski strokovni terminologiji sta Corija zapustila več eponimov. Te je nazorno predstavil gost sestanka dr. Pavel Čech s 3. Medicinske fakultete KU v Pragi. Corija bosta ostala vselej znana v svetovni medicinski strokovni terminologiji po Corijevem estru, Corijevem ciklusu, Corijevi bolezni.

C. F. Cori (1896-1984) je zanimiv tudi za nas Slovence. Mladost je preživel v Trstu, kjer je tudi maturiral. Njegov praded

je bil nam dobro znani ljubljanski zdravnik in protomedik Fran Viljem Lipič.

Ob zanimivih predavanjih in razpravah ter kozarcu češkega piva se je zelo dobro obiskal strokovni sestanek Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije tokrat »zavlekel« precej čez običajno uro.

Organizatorji in udeleženci se zahvaljujemo veleposlaništvu Češke Republike v Ljubljani za pokroviteljstvo in Slovenskemu zdravniškemu društvu – Domu slovenskih zdravnikov v Ljubljani za gostoljubje.

Strokovna srečanja

REDNI LETNI KONGRES SVETOVNEGA ZDRUŽENJA STOMATOLOGOV – FDI

Barcelona, od 8. do 12. oktobra 1998

Matjaž Rode

Letošnji redni letni kongres FDI je potekal v barcelonskem hotelu FIRA in delu kongresnega centra, ki leži v neposredni bližini hotela. Kongresa se je udeležilo okrog 16.000 stomatologov iz več kot sto držav in vseh celin. Kot vsi dosedanja kongresi je tudi ta imel dva dela: stanovskega in strokovnega. V stanovskem delu so delegati iz držav, ki so članice FDI, na dveh Generalnih skupščinah in na mnogih sejah odborov in ekspertnih skupin, ki delujejo v okviru FDI, sprejemali sklepe in odločitve o strategiji delovanja FDI, volili so nove funkcionarje in popravljali, sprejemali pa tudi zavračali predloge, ki so bili včasih zelo različni. Imeli pa so nekaj skupnih značilnosti: boj za čim bolj ugoden položaj zobozdravnika, boj za pravilno vrednotenje njegovega dela, zaščita pred napadi z mnogih strani.

Strokovni del je potekal po ustaljenem načinu v obliki predavanj v velikih dvoranah pa tudi v obliki kratkih prikazov in posterjev.

Kot eden od konzultantov sem aktivno sodeloval na nekaterih od sestankov Strokovne komisije FDI in prisluhnil nekaterim, zame najbolj zanimivim predavanjem in pogovorom. Eden vodilnih znanstvenikov s področja oralne medicine, prof. dr. Harold Slavkin, je moderiral celodnevni pogovor o bodočnosti preprečevanja nekaterih bolezni v ustni votlini. Vedno več spoznanj na ravni genskih zapisov omogoča razmišljanja o preprečevanju nekaterih ustnih bolezni s pomočjo vnašanja nekaterih genskih informacij. Tisto, kar je bilo še ne dolgo tega znanstvena fantastika, je danes že realnost! Rak v predelu glave in vratu postaja svetovni problem, saj od vseh rakov najhitreje narašča. Celodnevni pogovor o tej bolezni sta povezovala vrhunska strokovnjaka prof. N. Johnson in dr. S. Silverman. Kot pri vseh rakah je zgodnja diagnostika, pri kateri ima lahko odločilno vlogo prav poučen zobozdravnik, odločilna za prognozo bolezni. Kajenje v povezavi z alkoholom pa je gotovo pomemben sprožilec nastanka teh rakov. Vedno bolj pa se kot možni povzročitelji oralnega raka omenjajo nekateri virusi. Predavatelji so večkrat poudarjali, kako pomembna je zgodnja diagnostika. Znova sem pozorno poslušal tudi novosti na mojem ožjem strokovnem področju – parodontologiji. Nova operacijska tehnika: vodena tkivna regeneracija je povzročila pravo revolucijo v parodontologiji. Vedno nove in nove operativne metode in novi materiali pa omogočajo vedno boljšo prognozo v boju z napredovanimi oblikami parodontalne bolezni. Lo-

kalna aplikacija kemoterapevtikov je tudi v zagonu in obeta, da bo lahko dostikrat nadomestila parodontalno-kirurški poseg. Pojavljajo se tudi novi preparati, ki vsebujejo rastne faktorje. Ti naj bi pospešili ponovno rast prej poškodovanih parodontalnih tkiv.

Ogledal sem si še nekaj posterjev, potem pa mi je zaradi drugih obveznosti, saj sem bil tudi vodja slovenske delegacije na Generalnih skupščinah FDI (moj namestnik, ki mi je veliko pomagal, je bil prim. dr. Vrbošek), zmanjkalo časa. V odmorih za kosilo sem še nekajkrat prehodil dentalno razstavo in ugotovil, da ta hip ni nobene sodobne aparature, ki jih industrija ponuja, ki je slovenski zobozdravniki še ne bi poznali. Same Barcelone in njenih znamenitosti si nisem uspel podrobno ogledati. Prav na hitro sem si ogledal nekaj primerov Gaudiijeve arhitekture in se sprehodil po La Ramblu. Sklenil pa sem, da bom Barcelono še obiskal, in to kot turist.

Delo SZD

PREDSTAVITEV KNJIŽNIH NOVOSTI

Bogdan Leskovic

Komisija za medicinsko publicistiko in informiranje v javnosti pri Slovenskem zdravniškem društvu je pripravila tiskovno konferenco ob novi predstavitvi knjig dveh slovenskih avtorjev dne 10. novembra 1998 na sedežu društva. Tokrat za spremembo ni šlo za strokovni knjigi, temveč za dvoje pesniških zbirk. Prireditev je otvoril glavni urednik Zdravniškega vestnika prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., ki je svoje uvodne besede zaključil z mislijo, da ob vsem spreminjanju sveta le pesmi ostajajo večne. Predstavitve je nadalje vodila asist. Danica Rotar-Pavlič, dr. med.

Andrej Rant: *Zornice*. Izdala, založila in tiskala Mohorjeva založba, Celovec – Ljubljana – Dunaj. Ellerjeva zbirka – 21. zvezek. Celovec, vigredi 1998. 127 strani, format 21×12 cm, trda vezava. Avtor je zobozdravnik, dr. stom., in se posveča od leta 1979 zobozdravstvu otrok in mladine, še posebej prizadete. Je aktiven član številnih zobozdravniških, kulturnih, zgodovinskih in še drugih strokovnih društev. Med drugim tudi kipari in je razstavljal na dveh bienalnih umetniških del zdravnikov v galeriji Krka.

Na začetku knjige se avtor predstavi s sestavkom Avtorjeva beseda. Za pesem pravi, da je najčistejši izraz duše, tako kakor glasba. V pesniški zbirki Zornice je 95 pesmi, ki so nastale kot plod njegovega doživljanja sveta in kot odgovor srca. Te pesmi so mozaični kamenčki avtorjevega doživljanja sveta. Zornice so klic v jutro, so pesmi upanja. V zbirko so vključene tudi izbrane pesmi iz mladostne zbirke Telohi, tako, da predstavlja izbor poezije iz vseh avtorjevih življenjskih obdobj in so nekakšna bilanca ob njegovi petdesetletnici življenja (1997). Meni, da bodo pesmi dosegle svoj namen, če bodo bralci teh verzov podoživeli enaka občutja, ki so bila povod za njihov nastanek.

Pričujoče Zornice pomenijo jutranje pesmi – pesmi, ki nastajajo v zgodnji zori, obenem pa naslov simbolno označuje upanje – nov dan. Po vsebini so na začetku mladostne, ljubezenske pesmi, nekaj jih je posvečenih domačim, avtor pa se ozira tudi na lastni Jaz. Razmišlja o minljivosti in smislu življenja, doživlja strahote vojne in se odziva na krivice in anomalije polpretekle dobe. Na koncu je sklop pesmi, ki bi jih lahko imenovali »etnografske«, saj obravnavajo slovenske starosvetnosti in mitične podobe pradavnine. S tem poskuša avtor ohraniti slovensko identiteto.

Sestavek Knjigi na pot je na koncu zbirke dodal Jože Kastelec, ki duhovno podoživlja vsebino pesmi celotne zbirke. Sledita še kazalo pesmi in celoten seznam 21 pesniških zbirk celovške Mohorjeve založbe, ki so poimenovane po Franu Ellerju (1873–1956), slovenskem pesniku kot Ellerjeve edicije. Prisoten zastopnik Mohorjeve založbe, ki je sedaj že drugi založnik knjige s predstaviljivo na Slovenskem zdravniškem društvu, pa je predstavil delo te založbe. Avtor sam je predstavitev Zornic popestril in zaključil z recitacijo nekaj svojih pesmi iz te zbirke.

Iztok Tomazin: *Iskanje Šambale*. Pesmi o Tibetu, Himalaji in Iskanju. Založba: Dr. Iztok Tomazin, s. p., Tržič 1998. 145 strani, 14 lastnih fotografij, format 19×13 cm, trda vezava.

Posvetilo: Deželi za donebnimi gorami Himalaje. Tibetu, ki sem ga odkril globoko v sebi. Tibetancem – tistim, ki vztrajajo na strehi sveta, in tistim, ki v pregnanstvu bivajo kjerkoli na zemlji. Avtor Iztok Tomazin, dr. med., je že dobro poznan kot vesten zdravnik, alpinist in himalajec, kot gorski vodnik in reševalec, ekstremni smučar, zmajar, jadralni padalec, fotograf, ne nazadnje tudi kot pisatelj in sedaj še pesnik s svojim pričujočim prvencem. S svojim vsestranskim udejstvovanjem je dosegel tisto, kar je dano le redkim. Svet zunanje avanture je z občukom povezal s svojim notranjim bogatim življenjem in s spretnim literarnim peresom je to znal posredovati tudi bralcem. Nekakšen prelom v njegovi duhovni naravnosti pa pomeni srečanje s Tibetom, z deželo skrajne geografske širine in neizmerne duhovne globine. Ljubezen do Tibeta je razkril že v svojih dveh poprejšnjih knjigah, v pričujoči pa jo je še s tanko – staro japonsko pesniško obliko, ki je Tibetu najbolj primerna, a obenem zahtevna, avtohtona oblika daljnovzhodne poezije. Z njo stopa pred bralce Tibet, ki ga izjemni avtor nosi v sebi. Drzna in tvegana, prek vse mere naporna dejavnost himalajca polagoma prerašča v metaforo, ki pesmi vse bolj prestavlja v območje filozofskih spoznanj. Pri tem ni mogoče prezreti v ozadju duhovne podstat budizma, tako japonskega kot tibetanskega, pa tudi poetičnega. Himalajska izkušnja je to predelala v tisto, čemur pravimo »literarna snov« in jo povsem presegla v smeri čiste, visoke poezije. Tako zaključuje v svoji spremni besedi Tomo Virk.

O prepričljivi pesniški moči Tomazinove poezije in o velikem pomenu njegovega prenosa najpomembnejše japonske pesniške oblike tanke na slovenska tla zgovorno pričata še spremni besedi Borisa A. Novaka in Franceta Pibernika. Prvi se je osredotočil na problematiko stare japonske pesniške oblike – tanke in na težave pri prenašanju te oblike v bistveno drugačen ustroj slovenskega jezika ter na razlike med originalno japonsko pesniško obliko in njeno slovensko adaptacijo. Drugi, F. Pibernik, pa obuja spomine na srečavanje s Tomazinom in njegovimi objavljenimi deli, zlasti še s sedanjo zbirko pesmi, ki jo vsebinsko predstavi.

Vsebina knjige začenja brez naslova z mislimi avtorja samega. Pove, da je v Tibet prvič prišel zaradi Himalaje, zaradi čarobne privlačnosti najvišjih gora sveta, na katere se je namenil priplezati. Ko pa se je vračal še in še, je spoznaval tudi druge resnice svojega početja. Tibet ga je pretresel kot nobena druga dežela z nenavadnim prepletom lepote in krutosti bivanja na Strehi sveta, s silovitimi razdaljami, ki se spogledujejo z brezmejnostjo in z dobroto, globoko vero ter tragično usodo Tibetancev, predvsem pa še z neopisljivim onkraj vzvalovanih puščav, visokih belih gora, skrivnostnih templjev... Lepote in duh Tibeta in Himalaje presegajo pomen besed, sporočilnost fotografij in sposobnosti razumevanja. Lahko jih sprejemamo, čutimo in nekateri tudi živimo, zaključuje avtor.

Predgovor knjigi je napisal dalajlama. Poudaril je, da je pesniško zbirko posvetil avtor neupogljivosti tibetanskega ljud-

stva, ob tem pa upa, da se bodo po njeni zaslugi bralci bolj zanimali za Tibet in dali podporo nenasilnemu tibetanskemu boju za svobodo in mir.

Vsebina zbirke Iskanje Šambale obsega devetindevetdeset pesmi. To so tanke, kratke petvrstične pesmi, ki so razporejene v sedem ciklusov. Vsebinsko prinašajo vtise, ki so v bistvu utrinki iz nenavadnega, na poseben način označenega sveta, ki ga je Evropejcu bržčas težko dojemati in razumeti v celem. Iz pesmi izžareva avtorjeva globoka vera v stvari in lastno delo, pa tudi v napore na strehi sveta. Vse je povedano v skopi, lapidarni besedi, kar ustreza redkobesednosti tistega sveta. Na koncu pesniške zbirke je tolmač tibetanskih in indijskih (budističnih) izrazov, med katerimi je tudi beseda Šambala s pojasnilom: simbol samouresničitve; podoba raja; mistično, legendarno kraljestvo severno od Tibeta; ena od najčudovitejših legend o nastanku in razvoju sveta... Sledijo spremne besede treh avtorjev, ki pa so bili že navedeni na začetku tega zapisa, in kazalo.

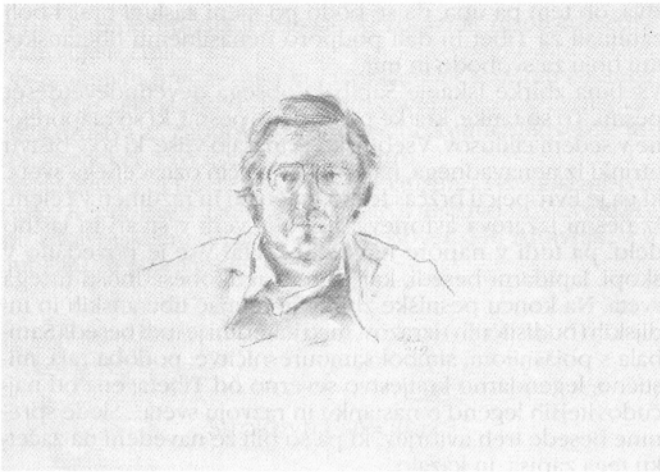
K doživetju predstavitev, na kateri so nastopili sam avtor, Tomo Virk kot njegov prijatelj in spremljevalec na poteh ter Boris A. Novak, je pridodala z občuteno recitacijo nekaj pesmi – tank Alenka Hoeflerle, dr. med. Sledilo je še predvajanje diapozitivov s prikazom tibetanskih gora in ljudi ter njihove glasbe, kar je celostno zaokrožilo svečano predstavitev. Po bogatem programu so se ob priložnostni zakuski razvili živahni razgovori med udeleženci obeh predstavljenih pesniških zbirk.

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR S PRIM. DR. JOŽETOM FELCEM

ZV: Kje si odraščal in iz katerih studencev si pil?

JF: Idrija me je naplavila. Moja starša, eden za drugim umrla v nekaj dneh 1986, sta me v revščini in katastrofah seznanjala z življenjem. Mama, ljudska pripovednica, oče, naivni slikar, sta vsak po svoje vdihovala vame radovednost in čudenje nad življenjem. Spominjam se, kako sva z očetom, vsa bela in lepa, gladila z očmi odhajanje nemških tankov iz domače vasi. Potem je vstopila mama in mi s posvečujočimi občutki razložila resnico o domovini. Idila pa je bila kratka, kajti na dejanskem in duhovnem pogorišču so se za prestiž, za zasedbo položajev tudi v moji duši, spopadle ideologije. Šlo je na nož, čeprav kri ni tekla. Potem sem bil gimnazijec, med počitnicami zidarski pomočnik, rudar, skladiščnik. Pri nas doma sta kraljevali beseda in pesem. Svojo grešnost sem snažil tako, da sem se zatekal po modrosti k duhovnim veljakom. Mnogokrat pa tudi k potovkam in čudakom, ki jih je povojna leta mrgolelo po hribih tam okrog naše vasi. Nekega večera sem se po dolgem in napornem dnevu, ki sem ga preživel kot maturant na počitniškem delu v Psihiatrični bolnišnici v Idriji, odločil, da bom zdravnik. Zgodilo se je med večerjo. Ko sem nerodno pripovedoval, kaj da nameravam v življenju pčteti, nihče še zmignil ni. Saj me niso jemali zares. Toda tisto je bila moja zadnja večerja otroštva. Odtlej nisem bil nikoli več pomirjen sam s sabo. Domače je moja odločitev, ki ni bila preprosta in lahka, treznila še dolga leta. Mama je veliko premolila zame, oče pa je za moje študentsko preživetje odtlej še globlje zasajal svoj kramp v idrijsko cinobarično skalo. Srebril me je z očmi in posvečeval z zaupanjem. Mojo radoživost, moje stranpote, moje preizkušnje, čisto vse, sta moja starša sprejemala z odprtimi rokami. Bilo mi je dano



Sl. 1. Bogdan Grom: Portret Jožeta Felca (rdeča kreda).

Bogdan Grom je bil rojen v Zgoniku pri Trstu leta 1918. Umetnost je študiral v Perugi, Rimu in Benetkah. Razstavljal je predvsem v Trstu. Leta 1957 se je odselil v New York, sedaj ustvarja v Novi Mehiki. Predvsem ga je privlačila kraška pokrajina, zdaj novomehiška, pa tudi astraktna meditacije.

biti srečen otrok. Usojeno mi je bilo postati kronist nekega tedaj že izumirajočega živosrebrnega podzemlja in obrežja reke. Poblagoslovljen sem bil celo v svoji navsezadnje tragični biološki resničnosti. Da bi bilo le še dolgo tako!

ZV: Zakaj si se odločil za študij medicine? Kdaj si zbolel, kako si sprejel svojo bolezen in kako so Tvojo bolezen sprejeli na Medicinski fakulteti?

JF: Za študij medicine se nisem odločil iz radovednosti, ampak iz sle po drugačnosti, ki sem jo doživljal kot skladiščni delavec v umobolnici l. 1960. Moj prvi vzornik, pokojni dr. Milan Miklavčič, je znal projicirati na platno moje mladostniške nedolžnosti vznemirljive breuglovsko pisane drame. Da, v dogajanja – na prvi pogled ubrana in duhovno snažna – v globinah pa nabita s strastjo in neučakanostjo, je postavil tudi mene, dečka, sprejemljivega za lepote in nečednosti, ki jih poraja življenje. V norišnici sem bil tako tisti čas posvečen in pohujšan hkrati. Vsakdo v življenju je kdaj zaveden. Sedaj, toliko desetletij po tistem moškem času mojega otroštva (parafraza po C. Zlobcu) se z vso odgovornostjo in prizadetostjo sprašujem, ali je bilo prav, da sem se odločil tako, kot sem se. Nekaj pa vem, bil sem nedolžen, čist, mama bi dejala: angelški. Niti en dan svojega življenja odtlej nisem bil več čisto svoj. To je svetost zdravništva. Je pa tudi njegova bolečina. Leta 1960 so mi po dveh minutah pregleda povedali, da moje zdravstveno stanje ni združljivo s študijem na Medicinski fakulteti. Pred tem so mi zapisali glazek solucije arsenicalis Fowleri. Na flaško so nalepili etiketo z mrtvaško glavo. Stresel sem se in rekel NE. »Zdravilo« sem zliil v školjko, dela s sabo sem se lotil sam.

ZV: Si užival v študiju medicine? Zakaj si šel na psihiatrijo?

JF: V študiju medicine nisem užival. Nered se učim, na medicini pa je drila veliko. Še kar sproščeno sem »pospravil« tiste izpite. Bolj kot medicina so me osvojili nekateri veliki profesorji. V pravo medicino pa me je uvedel s svojo demonično znanstveno in kulturno postavo akademik prof. dr. A. O. Župančič. Še danes mislim, da je klinična medicina čolnič, ki se premetava na morski gladini patološke fiziologije. Potem so stopili za katedro mnogi, ki se jim klanjam. Nekaj jih bom naštel: Hribar, Mahkota, Novak, brata Milčinski, Klun – še nekaj jih je. Vsi, ki so me učili na medicini, pa niso bili zame tako

svetli ljudje. Zato sem tedaj resnico iskal tudi po drugih fakultetah. Veliko sem se zadrževal na Filozofski, Trstenjaka sem poslušal na teologiji, s pokojnim profesorjem astronomije Dominkom sem se prepiral o ukrivljenosti vesolja. Na psihiatrijo sem šel nazadnje iz trme. Leta 1967 so me potem, ko sem bil šest let štipendist Psihiatrične bolnišnice v Idriji, zaradi oporečnosti komunističnemu režimu odklonili. Šel sem v Skupščino k predsedniku, spisal kritično gloslo o odnosu do kadra, ki prihaja iz delavskih vrst in se skregal še enkrat s partijo, katere član sicer nikoli nisem bil. Nekaj mesecev sem bil potem brez dela. Soproga prof. dr. Stanka Mahkote, gospa Jelena, tako smo ji rekli, mi je zrihtala zastoj hrano v bolnišnični menzi. Preživel sem. Nazadnje so me sprejeli v »matični ustanovo«, kjer živim, delam, študiram, pišem. O tem bova kaj rekla kasneje.

ZV: Kaj je zate psihiatrija? Del interne medicine ali kompleksna stroka, ki poleg biokemije in farmakologije zajema tudi psihologijo, sociologijo in tudi socialno delo?

JF: Zame je psihiatrija najmlajša medicinska panoga, ki naj bi pri svojem delu predvsem upoštevala vse elemente osebnosti. Preveč jih je, da bi jih sedaj našteval. Z definicijami, kaj da je psihiatrija, pa te tukaj ne bom moril. Če naj bom v zvezi s povedanim nekoliko poenostavljajoč, potem naj rečem, da je psihiatrija tista veja medicine, v kateri je lahko kolikor toliko uspešen le globalen človek, zdravnik, strokovnjak. Ko že leta in leta sledim parcializaciji medicine in zdravnikov – vse zaradi perfekcionizma, ne dvomim, da v korist človeka, me je vendarle strah. Med zdravniki (psihiatri, kirurgi, internisti in vsemi drugimi) je vse manj celostnih (globalnih) postav. Za stroko in za pacienta je to dobro in slabo hkrati. Sam za slovenske razmere živim in delam daleč od kliničnih ustanov. Dano mi je zato biti drugače radoveden kakor mojim kolegom v Ljubljani. Nobenega magisterija ali doktorata mi ni treba napisati. Srečen sem, da lahko zbrano in s premislekom »vse« preberem. »Moja« bolnišnica – 25 let jo že strokovno vodim – pa je eldorado za uresničevanje na polju psihiatrije. Veliko študiram in še več delam. Dobesedno: s pacienti. Še nekaj. Omogočeno mi je, da se kot zdravnik, nekako bivajoč še v romantičnih časih medicine in humanizma, lahko posvečam duhovni rasti ob glasbi, literaturi, meditaciji. Včasih se počutim, ne da bi se z njim primerjal, kot kakšen Albert Schweitzer, ki je v svojem Lambareyu po končanem delu vsak večer zaorglal Bacha. Prisluhnem ptičem v krošnjah bolnišničnega drevoreda in kaj zapišem. Vem, da iz tistega tako in tako ne bo nič. Toda za vzdrževanje duhovne kondicije mi te stvari pridejo prav.

ZV: Kako se je spreminjala Tvoja in slovenska psihiatrija in odnos do nje v času Tvoje kariere?

JF: »Za časa moje kariere,« praviš... Saj jaz nisem delal in ne napravil nobene kariere. Morda pa mi je zato nekoliko lažje ocenjevati napredek stroke v zadnjih tridesetih letih. Največ povedo številke, nekaj jih bom navedel kasneje. Zadnje desetletje se v zvezi s psihiatrijo poudarja kršenje človekovih pravic, ki da je bilo in je še zmeraj značilnost »moje« medicinske panoge. Ko analiziram psihiatrično poseganje v človekove bio-psiho-socio duhovne danosti, mi je pri srcu toplo in tesno hkrati. Toplo zato, ker so si znotraj slovenske psihiatrije že pred tridesetimi in več leti prizadevali celostno osvoboditi bolnega človeka, ki se zaradi boleznih znajde za zidovi od »normalnih« tako opljuvane medicinske panoge. Če imam v mislih »svojo« bolnišnico, potem ugotavljam, da v njej mrež in ovirnic že davno ni več, grenak priokus v zvezi s psihiatrijo pa v tako imenovani laični javnosti ostaja. Po mojem vzrok zanj ni v takšni ali drugačni psihiatriji, ampak v strahu pred drugačnostjo, o grozotah katere beremo že v Bibliji in tudi v starih orientalskih spisih. Somatiki se na psihiatrijo žal pre-

večkrat spomnijo takrat, kadar jo potrebujejo. Čas »moje kariere« je zaznamovan z naporji za osvoboditev človeka. Toda pazi, govor je o človeku, ki je velikokrat lahko avto- ali heteroagresiven, ki je do motečnosti samozadosten – ki je bolnik. Bolezen pa ne morejo prepoznati laiki, še strokovnjaki jo velikokrat težko. Družba je prav tragično nerazumljivo zavzela in še zavzema do psihiatrov in psihiatrije odklonilen, včasih sovražen odnos. Pri tem je dvoilična. Kadar je treba agresivnega in za okolje nevarnega bolnika hospitalizirati na zaprtem oddelku, se psihiatrija znajde pod lupo dušebrižnikov, češ spet so enemu odvzeli svobodo. Nihče pa še pomisli ne, kako je delavcem v psihiatriji težko in mučno uporabiti silo. Tudi pravica do aplikacije zdravi ljudem, ki zdravljenje odklanjajo, ker so nekritično razvrstili in napačno prepoznajo, se psihiatrom poskuša odvzeti. Sam sem bil nedavno od nekega zazdravljenega pacienta tik pred tožbo na strasburskem sodišču, ker sem odredil aplikacijo terapije proti njegovi volji – ta mu je pomagala, ta ga je rešila. Ko je bil zazdravljen, je postal do svojega preteklega zadržanja povsem nekritičen.

Ko pa pacienti store kakšno nepredvideno dejanje, ista družba dvigne vik in krik: zakaj pa niso imeli človeka na zaprtem oddelku, saj bi morali vedeti, da je nevaren. Skratka: psihiatrija – psihiatri in psihiatrični pacienti, bomo še dolgo skupaj pluli v preluknjanem čolnu po morju tako imenovanega zdravega življenja. O njem pa jaz malo vem. Naj svojo ne preveč srečno resničnost zaključim z občutkom, da me je pač strah, ker smo tako nezaupljivi in zato drug drugemu vsak dan bolj odtujeni. Ne prepoznavamo se več. Mnogi izmed nas so do bolečine zatrti v školjko tišine. Upanje ostaja. Tretje tisočletje bo nemara čas uvida. O tem sicer nič ne vem, zato bom kar sanjaril ter tako tešil udarce današnjega dne. Svojo medicinsko panogo imam rad tudi zato, ker mi je v njej omogočeno biti odgovorno svoboden, strokovno razprt, etično občutljiv.

ZV: Za koga je v zgodovini skrbela psihiatrija: za družbo ali za bolnika? Zakaj je (bila) psihiatrija lahko tako nevarno blizu politiki, celo policiji?

JF: Težko in provokativno vprašanje. Dejal bi, da je psihiatrija, kakor sem jo časovno zamejil zgoraj, skrbela v prvi vrsti za bolnika. To seveda ne velja za izprevrženo psihiatrijo, ki se je kotila v času totalitarizmov in je imela politično in žal z ideološkimi konstrukti podprto podstat. Nemogoče je določiti, kdaj so bili za duševno bolne časi bolj mili in kdaj bolj kruti. Na čarovniških procesih v srednjem veku je bilo na smrt obsojenih na tisoče duševnih bolnikov. V sovjetskih psihiatričnih bolnišnicah pa naj bi bilo nekaj stotisoč zdravih oporečnikov s psihiatrično diagnozo. Mračni časi človekove nevednosti in ideologizacije življenja, ko sta bila psihiatrija in politika vprežena v isti voz, naj bi bili v postmodernem času za zmeraj mimo. Bojim pa se, da še dolgo ne bo tako. Človekove celostnosti, njegove pravice do življenja in svobode, lastne identitete, se še zmeraj lotevajo dušebrižniki vseh vrst. Če imam pred očmi planetarne razmere, se celo ne morem izogniti občutku, da se psihiatri tu pa tam še odzovejo na poziv diktatorja ali ideologa. Duševni bolnik je zaradi napačnega prepoznavanja in razumevanja redkokdaj nevaren sebi in okolici. Toda o teh primerih ne bom zdaj razmišljal. Za politiko je bil in je še zmeraj sumljiv in nevaren tisti sloj populacije, ki se ne pusti kar tako vpreči v voz Resnice. Od takšnega zadržanja do psihiatričnega etiketiranja pa je kratka pot. Agencije poročajo: na trgu se je zbralo nekaj psihopatov in duševno motenih. Demonstranti so žalili ime vodje in z vzkliki pozivali k rušenju družbenega reda...

Prav zanimivo pa je, kako se Evropa, ki je v tem stoletju spočela tri velike totalitarizme, v zadnjih desetletjih intenzivno posveča pravicam duševno bolnih. Če sem nekoliko analitiško navdahnjen, bi rekel, da je to katarzično početje, lajšanje

krivdnih občutkov. Z enako prizadetostjo razmišljam, kako so antipsihiatrične koncepcije za duševne bolnike velikokrat nevarne in škodljive. Merim na tiste, ki jih lansirajo v prostor laiki in nekateri zmedeni psihiatri. Duševno bolan človek, sprt sam s sabo, tavajoč izven konkretnega časa in prostora, je potreben celostne, v prvi vrsti medicinske pomoči. Če bo pravica do nudenja le-te odvzeta psihiatriji, bo problem drugačnosti reševala politika – ve se kako. Ponekod se to že dogaja. Sam se ne čutim krivega, da je bila psihiatrija kdaj v službi politike. Ker nisem več tako mlad in se čutim odgovornega, sem se pripravljen opravičiti prav vsakomur, ki bi meni ali »moji ustanovi« utemeljeno dokazal, da sem zaradi ideologije posegel kot zdravnik na polje njegove psihične ali fizične integritete. Še več. Isto trdim za svoje kolege, predvsem za tistih petindvajset zdravnikov, ki sem jim bil in sem jim še mentor. Sprašuješ me, zakaj je psihiatrija tako nevarno blizu politiki. Mislim, da zato, ker se oblastniki boje nepredvidljivih in neprilagojenih. Drugače misleče in čuteče imajo zmeraj na očeh. Duševno bolni ali moteni pa so mnogokrat zelo odkriti in presenetljivo inventivni so. Celo v njihovem kdaj disociranem mišljenju je moč razbirati mimotično občutljivost. Česa pa je politikov bolj strah od tistega, kar ni narejeno po njihovem kopitu. In kdaj so bolj mehki in ustrežljivi kot v času volitev, ki je formalna priložnost za zamenjave. In volilni golaž zmeraj skuha tudi za tiste, ki so čudni. Šteje glas.

ZV: Kakšna je razlika med duševnim zdravjem in duševno boleznijo? Kje je tista ločnica, kje so mejne vrednosti, ki jih poznamo v laboratoriju?

JF: Meje med zdravim in bolnim duševnim funkcioniranjem ni. Bolje: ta meja se spreminja. V mislih imam duševne bolezni v ožjem pomenu besede. Okrog 2 % vseh ljudi je stalno ali občasno neuglašeni samih s sabo in z okoljem. Spremenjeni odnosi med ljudmi pomembno premikajo to mejo. Spričo tega, da je vzrok za duševno izravnoteženje enkrat bolj biološki, drugič psihološki, tretjič socialni, je pronicljivost delavcev na področju duševnega zdravja glede diagnosticiranja, terapije, odnosa še bolj odločilna. Temu primerna je tudi odgovornost. Trenutno smo priča pravi medijski kanonadi javnosti, ki kar počez, za nazaj in za naprej blati institucijo psihiatrije. Velikokrat se kot zdravnik in človek znajdem v navzkrižnem ognju, kako zaščititi dostojanstvo psihiatričnega bolnika, ki je na prangerju neokusne medijske pozornosti. Biti informacijsko razprt, se z resnico boriti proti natolčevanju in biti nekritično uslužen medijem, je posebne vrste kršenje človekovih pravic. Ko se pogovarjamo z novinarji, je na preizkušnji naša zrelost.

Tokrat naj še dodam, da se ob napadih, ki niso blagi in se v njih skriva namen iz posameznega nesrečnega primera ali pomote počez oblatiti neko medicinsko panogo, nek poklic, da se velikokrat zatečem k Prešernu: »Stanu se svojega spomni, trpi brez miru«. Seveda pa Ti z vso odgovornostjo moram na vprašanje odgovoriti tudi tako, da priznam, da sem sam po tridesetih letih dela v psihiatriji tako rekoč vsak dan na natezalnici svoje lastne vesti, ali sem ravnal prav, ko sem kak nenavaden duševni pojav ali spreminjanje osebnosti imenoval bolezen, in to z besedo, ki postopoma izgublja medicinsko verodostojnost ter postaja žargonska psovka. Ta prizadetim zapira vsa vrata: shizofrenija.

Sam samojtni jezdec, ko drzno detabuiziram »strokovno« izrazoslovje v psihiatriji. Ne strinjam se s tistimi, ki pravijo, da pojem sporoča tisto, kar je dogovorjeno. Vsaka beseda ima svojo etimološko osnovo. Je torej v prvi vrsti tisto, kar pomeni v izvornem pomenu. Lahko postane metafora. Strokovnjaki zelo uglajeno in taktno razmišljamo in pišemo članke ter knjige o boleznih, ki jo je Manfred Bleuler 1911 poimenoval shizofrenija. Javnost pa je besedo pometaforila. Shizofrenija, shizoidna osebnostna motenost, shizofreni karakter (vse po

MKB 10), je za laike v psihiatriji prisposoda za izobčenost. Biti izločen v demokraciji pa ni veliko drugače, kot biti izločen v totalitarizmu. Kadar glede dileme, o kateri govorim, ne vem ne kod ne kam, se spomnim nekega lastnega ambivalentnega notranjega zagovora: *Shizofrenije ni, je samo odnos do nje.*

ZV: Še vedno se pogovarjava o psihiatriji. Kako pomembna je dednost? Ali bo mogoče dedni bolezni zagraditi z biokemijo, kakšen je pomen okolja, izkušenj, življenjske dobe, staranja?

JF: Vseskozi me sprašuješ o duševni bolezni, kot da je samo ena. V resnici jih je nekaj sto. Ko ti odgovarjam, imam v mislih shizofrenijo. Bolezen je heredokonstitucionalna. Nekateri avtorji (Ridin, Luxemburger in drugi) so na velikem številu primerov dokazali največji pomen dednosti. Prav nikomur pa še ni uspelo ugotoviti, kako se bolezen deduje. O tem je veliko resnih študij, pa še več psevdoteoretskih podmen. Neko med ta dva pola bi postavil tudi razmišljanje H. Lenza, ki pravi, da ob patogenem genu obstaja še drugi, »nebengen«, ki se deduje dominantno. Njegova vloga je, da na za enkrat še nejasen način aktivira latentno navzočo patogeno substanco. Dednost (in konstitucija) ima torej v psihiatriji velik pomen. Ne verjamem, da bo duševne bolezni (tudi tiste, shizofrenega tipa) moč čisto zagraditi z biokemijo. Pri vzniku bolezni imajo poleg spremenljivk, ki si jih navedel v vprašanju Ti, velik pomen še druge. Če sva optimista, potem reciva, da bo z vplivanjem na shizofreni genom bolezen morda postala drugačna. Toda ne morem se znebiti z mojim strokovnim in osebnim habitusom zraslim stališčem, da je »umik« v duševno bolezen včasih za človeka edini izhod. V duševno zdravje torej ne verjamem, tako kot ne verjamem v idealno družbo, v konec zgodovine in v podobne psevdoreligijske konstrukte. V takšni zvezi problematiziram tudi shizofrenijo in prognostične pomote v zvezi z njo. V nekem kalifornijskem mestecu je pred nekaj leti splezal v cerkveni stolp mladenič, dotlej poznan kot miren, dobro vzgojen, razmišljujoč. S seboj je imel puško. Vrh stolpa je začel streljati na mimoidoče someščane in jih osem pobil, veliko ranil. Ljudje so se razbežali. Kričali so: skrijmo se, kajti na nas strelja shizofrenik. Nazadnje je mladenič ubil še sebe. Obdukcija je pokazala, da je imel fant že močno napredovali glioblastom v področju diencefalnih struktur. Kakšna ironija. Med nekaj sto bežičimi je bilo po spredaj navedenih statističnih podatkih v razširjenosti shizofrenije čisto gotovo nekaj »pravih shizofrenikov«. Nekateri ameriške statistike in tudi moja osebna izkušnja povedo, da je med shizofrenimi bolniki dva- do trikrat manj agresivnosti kot med »zdravo« populacijo.

Glede človekove duševne zapletenosti ponavljam za Heideggerjem, da je človek tisto, kar ni, in ni tisto, kar je. Seveda sem pri takšnem filozofskem dojetanju človeka previden, kajti po mojem prepričanju se vsa vprašanja o vesoljni biti ne smejo zožiti zgolj na problem človeka. Takšnega mnenja sem kljub temu, da bo nemara prav človek planetu Zemlja zadal smrten udarec. Ali pa bo smrtni udarec človek zadal samemu sebi in tako v globljem pomenu vesoljskega dogajanja napravil »svoji domovini« največjo ekološko uslugo. S takšnim prepričanjem posegam v razmišljanje tistih mislecev (na Slovenskem bi mednje uvrstil Trstenjaka), ki se ne morejo izogniti ideji o presegačem človeku. Kadar gre za ohranjanje mojega lastnega notranjega ravnotežja, mi ni nerodno biti otroško preprost. Ker živim v provinci in se v akademske kroge ne silim, nisem prav nič izbirčen, če mi kdo od mojih pacientov ponudi svoje imaginarno kraljestvo. Prav prijetno mi je biti dvorni norček v tem izvenčasovnem in izvenprostorskem kraju.

ZV: Kaj je psihiatrična bolezen? Ali tudi človeška stiska lahko pripelje do psihiatrične bolezni?

JF: Najtežje vprašanje. Če bi ti rekel, da je duševna bolezen rezultat anatomske dezorganizacije, bi špekuliral sam s sabo, ker v to ne verjamem. Prav isto bi naredil, če bi trdil, da človeška stiska pripelje človeka do psihiatrične bolezni. Naj bom zato nekoliko bolj globalen, pri čemer se ne poslužujem prav nobene obstoječe sheme glede psihiatričnih bolezni. Ker sem rekel, da se nobene, sem ti nehote povedal, da se vseh. To ni duhovičenje. Reciva, da je pedagoška izkušnja. O zatekanju v duševno bolezen pa tragičen primer: V bolnišnici je pacient izobraženec, ki je zelo natančno seznanjen s heredokonstitutivno zaznamovanostjo. Mati je napravila samomor, pred njo pa trije njeni brati, pacientovi strici. Mladenič se je tako rekoč v psihozo »zatekel«, kajti razseže psihoze je zanj edina še znosna možnost preživetja. Vsakih nekaj mesecev se »dvigne« v tragični svet svoje resničnosti. Psihatriji rečemo, da je boljši, saj v takem obdobju celo napiše kakšno ljubezensko pesem. Toda obenem tudi sporoči, kako prevelika je zanj peza zavedanja svoje lastne resničnosti in perspektive. Kljub intenzivnemu psihofarmakoterapevtskemu in psihoterapevtskemu zdravljenju se po nekaj dneh, na videz sprijaznen s svojo resničnostjo, spet »umakne« v psihozo. Ali ga z vsemi terapevtskimi sredstvi »povračati« v njegovo kruto resničnost, je etično, in ne pravno ali strokovno vprašanje. Primer, ki sem ga navedel, je drastičen, vendar sporočilen. Ko se ob njem prepuščam volji in presoji o smislu, se ne morem ubraniti občutka, da sem na natezalnici etičnega preizkušanja kljub prisegam in molitvam ter zakonskim in medijskim kriterijem o nepreklicnem spoštovanju življenja vendarle kot zdravnik povsem odvisen samo od svoje vesti.

Človeško spinocerebralno substanco v pedagoške namene delim na tri dele. Prvi je motorično-instiktivni, drugi je čustveno čutno-intuitivni, tretji je zavestni. S takšno delitvijo ne špekuliram z izsledki evolucije, skušam jih preseगतi. Izravnoteženje navedenih plasti v anatomske in fiziološkem smislu mi je velikokrat osnova za razumevanje pojava psihične motnje ali bolezni. Ker sem z odgovorom, ki mi ga zastavljaš, lahko samo lapidaren, se seveda v podrobnosti navedene sheme ne morem spuščati. Če bi hotel kaj več povedati o duševni bolezni kot taki, bi seveda moral marsikaj reči o dogajanju na mikroravni (v sinapsi). Toda z odgovorom bom zavil drugam. Harmonično »sobivanje« navedenih plasti možganovine ob predpostavki, da je tudi vsaka zase uglašena sama s sabo, je pogoj za zdravo psihično življenje. Tej drzni, ponavljam, da bolj v pedagoške namene izmišljeni konstrukciji, postavljam ob bok važnost vpliva notranjih in zunanjih dejavnikov. V tem delu svojega razmišljanja uporabljam teoretske izsledke A. Meyerja, utemeljitelja psihobiološke koncepcije v psihiatriji. Tudi njegov pojem – ergazija – dejavnost, odzivnost, se mi zdi prikladen. Po Meyerju bi torej opredelili shizofreno bolezen kot par-ergazija, ciklofrenijo kot tim-erergazija itn. Pri shizofreniji gre za sestopanje (ali dviganje) v neko drugo realiteto (para-resničnost). Gre torej za duševno dejavnost, ki se izmika povprečju. Enkrat je »para« pod Gausovim klobukom bolj levo, drugič bolj desno. Kdaj je toliko levo ali toliko desno, da jo smemo opredeliti kot bolezensko, je že drugo vprašanje. Kar naenkrat sem se s tem odgovorom znašel na tistem mejnem področju človekove individualne in družbene odgovornosti, ko je v nevarnosti, da zdrsne v spekulativnost, v čudaštvo, ali pa v nevarno ideologizacijo. In, dragi prijatelj, ali se niso prav največji duhovi človeštva uresničevali na obrobju, o katerem razmišljam. Mnogi med njimi so oživelj šele potem, ko so biološko umrli. Seveda nimam v mislih le psihiatrov in filozofov ter pisateljev in zvezdogledov. Ampak je v soju mojega razmišljanja človek s svojo tragično usodo, ko je enkrat čez vse meje iracionalno ustvarjal, presegač sebe, velik kot Don Kihot. Drugič pa srečen do smešnosti v svoji altruistični uslužnosti kot Sancho Pansa. Čas pove, kaj je z resnico. Žal tisti čas, ki ga prizadeti navadno ne učaka. V različnih odtenkih so o tem

pisali umetniki in znanstveniki Cervantes, Kretschmer, Sheldon in mnogi drugi.

ZV: Neposredno po drugi svetovni vojni in še petnajst let po njej je bilo mogoče videti bolnike s katatonijo. Tega je danes bistveno manj oziroma je bolezen skoraj izginila. Zakaj?

JF: Ko sem se zaposlil l. 1968 v Psihiatrični bolnišnici v Idriji, je bilo na oddelkih za podaljšano zdravljenje precej pacientov, ki so bili v stalnem ali občasnem katatonem stanju. Manfred Bleuler je katatonijo uvrstil med shizofrenije. Res je, da pravih katatonih shizofrenij skoraj ni več videti. Sindrom katatonije pa je v sklopu shizofrene bolezni še vedno zelo pogost. Po več kot tridesetih letih psihiatrične prakse bi z določenimi pridržki pritrldil tistim psihodinamsko usmerjenim psihiatrom, ki trdijo, da je sindrom katatonije pri shizofrenikih posebna oblika protesta proti zaprtosti, azilaciji ter drugim oblikam pritiskov, povezanih z dolgotrajnim zdravljenjem.

Pri svojem kliničnem delu sem se srečal z nekaj pacienti s tako imenovano Stauderjevo smrtno katatonijo. Pri teh so povečani dušikovi retenti, zato tej nozološki entiteti pravijo dušikov psihoencefalitis. Branje starejše psihiatrične literature pove, da je elektrokonvulzivna terapija (blok-šok) najprimernejše zdravilo za smrtno katatonijo. Zanimivo je, da imajo pri katatonih stanjih zelo dober učinek tioksantenski preparati - fenotiazini, ki namesto dušika vsebujejo žveplo. V intervjuju, kakor je ta, mora biti človek iskren, kar je v času nevarne poznanstvenosti medicine drzno početje. Jaz mislim, da ni strokovno utemeljeno posebej izdvojiti iz skupine shizofrenij katatono bolezen. Mnogi strokovnjaki menijo, da je Stauderjeva katatonija simptomatska psihoza.

Sam sem pristaš Kurt Schneyderjeve delitve bolezni na dva dela - zgodnjo shizofrenijo z bolj izraženo »minus simptomatiko« in pozno z bolj »plus znaki«. O podrobnostih tu ne morem razpravljati. Po več letih prakse pa se mi zdi še ta delitev bolj didaktična kot pa dejanska, takšna, ki bi sporočala kakšen globlji klinični (tudi etiološki) vzrok in pomen. V shizofreno prešlo Stauderjevo smrtno katatonije skoraj ne verjamem, čeprav mi je v še kako bridkem spominu ženska srednjih let, ki je ob vseh skrbno izbranih terapevtskih postopkih umrla v dalj časa trajajočem katatonem stanju. Tudi natančen obdukcijski izvid (osebno sem bil prisoten pri obdukciji) in prav taka predsmrtna somatska klinična obravnava, niso razjasnili vzroka smrti. Reciva tako: razjasnili v psihiatričnih bolnišnicah so se tako izboljšale, da res ni vzrokov za drastično protestiranje, kakor smo kdaj tolmačili masovno katatonost na azilskih oddelkih. Katatoni simptomi pa so videni skoraj vsak dan. Obvladljivi so s standardnimi terapevtskimi sredstvi. Nauk: če hočemo biti vizionarji, ne moremo nekritično shajati brez drastične in nesrečne izkušnje starejših kolegov. Mladim zdravnikom to dopovedujem vsak dan.

ZV: Pri številnih somatskih boleznih poznamo njihov razvoj, predklinične faze in jih lahko dokaj uspešno preprečujemo. To za gotovo velja za okužbe, bolezni srca in ožilja, tudi za nekatere bolezni prebavil. Kako je z zgodnjim prepoznavanjem bolezni v psihiatriji in njihovim preprečevanjem?

JF: Samo delno je moč prenašati empirično izkustvo iz somatske medicine v psihiatrijo. Preden bom karkoli povedal o tem, se bom ogradił od nevarnega in neustreznega determinizma: duševna bolezen. Iz lastnih izkušenj vem, da je na primer otroški avtizem (Cannerjev sindrom) velikokrat znailec endogene duševne bolezni težje stopnje. Toda toliko je izjem, da si na podlagi nekaterih praktičnih izkušenj ne upam postavljati verodostojnejših prognostičnih napovedi. Že nekaj let opravljam klinične preglede rekrutov. Z leti sta se formirali dve dokaj trdni spoznanji. Prva je, da biološka zrelost mladostnikov praviloma prehiteva psihološko. Rekruti - telesno odrasli, socialno bolj ali manj preskrbljeni, v nasto-



Sl. 2. August Černigoj: Brez naslova (nesignirana in nepodpisana risba s flomastrom).

pu vehementni in radikalni, so skoraj praviloma čustveno nezrele, rahle, občutljive osebnosti. Kakšno nasilje je, siliti jih pod puško, ko pa še kitar niso prerasli. Druga ugotovitev pa je za psihično zdravje bodočih vojakov usodnejša. Tisti, ki so kot adolescenti ali še poprej imeli krizna obdobja (npr. identitetne krize), so pri dvajsetih tako rekoč praviloma diagnostični izziv za psihiatra. Za tistim znanim »emocionalno nezrela ličnost« se skriva velikokrat kaj usodnejšega. Usmerjen diagnostični in terapevtski postopek mnogokaj razjasni, prepreči pa seveda malo. Površni pregled velikega odstotka teh tragičnih mladcev pove le to, da pri fantu gre za osebnostno motenost (psihopatijo).

Toda pri odgovarjanju na vprašanja tako uglednega znanstvenika, kot si Ti, moram biti dosledno pošten. In se vprašati, kaj pa je to psihopatija?! Psiha - duša, patija - bolezen. Ali ni psihopatija čisto vsaka duševna bolezen. (Kurt Schneyder, ki je pojem lociral v klinično prakso, se je te absurdne opredelitve kasneje zavedel. Toda bilo je prepozno. Beseda se je oprilela in postala strokovna in žargonska hkrati. Pozneje so jo nadomeščali sinonimni pojmi, vendar nobenega ne poznam, ki bi v klinični praksi z jasno etiološko razlago izražal sindromski kompleks. V MKB 10 je beseda psihopatija nadomeščena z »osebnostno motenostjo«. Bolje, vendar še vedno slabo. Psihopatija in drugi sinonimni pojmi so »koš za smeti«. Mogoče pa ni preveč drzno zapisati, da so v njem ljudje, ki so zdravi in bolni hkrati. Ali bolje: ko človek ni več zdrav in ko še ni bolan.) Svoje delo z rekruti jemljem kot eno tihih, a nadvse važnih obvez. Mladostniki, ki jim ni moč dati psihiatrične diagnoze, so pa žal premnogokrat nosilci zasuknjenosti v čustvovanju, mišljenju, socialnem agiranju. So tisti žalostni junaki naše današnje resničnosti, ki prevečkrat tragično postanejo sami sebi preveč. Kajti pred tem so zaradi že večkrat omenjene osebnostne rahlosti s protestniškimi dejavnostmi že sami sporočali, da ta svet, ta družba ne more biti polje njihovega osebnostnega in družbenega uresničevanja. Ko se sam s sabo srečam ob kakšnem nesrečnem primeru katerega izmed »mojih mladcev«, pomislim, na kako usodnem raz-

potju smo kot družba z vsemi kulturnimi in identitetnimi parametri. Še več: pomislim, kako sem kot strokovnjak premalo glasen, protestniški, uporniški – saj sem vendar eden izmed tistih, ki ve za stisko. Toda če bi se oglasil, bi kakšni liderji rekli, da se je oglasil »neki zmešani psihiater«, najbrž psihopat. Ker je v vsaki izrečeni misli kaj resnice, naj odgovor na to vprašanje ne dokončam...

ZV: Izsledki preučevanja človekovega pomena so razkrili mehanizme številnih bolezni in nam za posamezne že omogočajo sicer izjemno drago, a učinkovito zdravljenje. Pa psihiatrične bolezni?

JF: Za enkrat je odkrivanje psihopatološkega genoma še na začetku. Vendar je raziskovanje v razmahu in moč je brati številne informacije o teoretskih predpostavkah, kako glede duševnih bolezni in motenj stopiti »kači za vrat«. Rekel sem že, da upam, da se bo epohalno odkritje, ki ga voham, hitro preneslo v klinično prakso. Dodati pa seveda moram skepsa, dvom, da bo razrešitev misterija patološkega genoma odpravilo človekov izhod – v bolezen, v motnjo. Saj psihopatološko odzivanje (ergazija) ni samo posledica genske markacije, ampak je mnogo več. Če jo že z najpreprostejšo besedo kdaj opredelimo kot danost, kot usojenost, jo z malo bolj diferenciranim premislekom smemo (in moremo in moramo) razumeti kot nadvse prikladen, morda celo osrečujoč umik iz vse bolj džungelskih razmer, ki jih pred ljudi kot izziv postavlja kruti tržni pragmatizem. V njem ni prostora za oklevajoče, za šibke, za pesnike in mislece. Saj ti nimajo ne moči in ne volje, da bi se vključili v logiko prestižnega boja za obstanek, ki človeku daje ime in veljavo. Če sem v odgovoru na to vprašanje smešno drastičen, potem naj odkrito povem, da vpliv na patoplastiko genoma utegne povzročiti celo zadrego. Človekova duševna motnja, bolezen, je prav v tej plasti razmišljanja čisto neprimerljiva s fenomenom rakaste bolezni, diabetesa, revmatizma. Boš rekel, psihiatri so čudaki, ne prideš jim do konca. Naj Ti kar takoj povem, da pri intelektualcih današnjega časa (posebno pri psihiatrih) pogrešam tisto mentalno globalizacijo, ki je šele pogoj za človekovo uglašenos samega s sabo in z okoljem. Parcializacija na kateremkoli področju (na psihološkem pa najbolj) je nesrečno osiromašenje človekovih umskih potenc, ki šele omogočajo globlje razumevanje življenja v njegovi zdravi in bolni predstavi. Naj bo uporniška drža filozofa Adorna še tako smešna, jo bom v zvezi z zgornjim povedal: filozof redno potuje iz Frankfurta v Pariz peš. Potovanje z letalom predstavlja zanj motečo provokacijo elementarnih možnosti: peš hoditi po zemlji, se pogovarjati z ljudmi o vremenu in prav zaradi časovnih omejenosti sanjati o brezčasju.

ZV: Kaj Te je prepričalo, da si poleg drugih dolžnosti in obremenitev prevzel tudi direktorstvo Psihiatrične bolnišnice v Idriji in kakšne so Tvoje izkušnje z direktorovanjem?

JF: Več vzrokov je bilo, da sem se odločil za direktorovanje. Bolnišnica je bila tedaj notranje načeta. Odločalo se je, ali bo ostala azilska ustanova ali pa se bo razvijala kot polivalenten psihiatrični zavod za področje Primorske. Geografska lokacija ustanove ni posrečena, saj je za slovenske razmere preveč oddaljena od urbanih središč (Gorica, Koper). Za direktorja me je predlagal moj bivši šef. Z imenovanjem so se strinjali v Ljubljani. Nazadnje so mi pokimali z glavo še politiki – kljub temu da nisem bil tedaj in nikoli kasneje član nobene partije in sem bil torej brez moralno-političnih kvalifikacij. Čeprav sem bil, kot vsi tedaj, z rojstvom položen v zibelko SZDL. Morda pa je bil najvažnejši vzrok za mojo odločitev v varljivem prepričanju, da mi bodo kot šefu bolnišnice odprta vsa vrata v svet psihiatrične vede – tedaj sem gojil ambicije, o katerih me je danes sram govoriti. Po štirih letih sem direktorovanje opustil. Oblast je poslala v ustanovo laičnega direk-

torja, sam pa sem prevzel strokovno vodstvo ustanove. Moje izkušnje z direktorovanjem so slabe. Nisem in nisem se mogel prilagoditi izzivom in vsak dan spreminjajočim se predpisom. Tedaj sem spisal knjigo dnevniških zapiskov *Osamelci*. Ena od mojih kolegic je zapiske čez leta našla in vztrajala, da morajo iziti. Med uglednimi (tedaj jugoslovanskimi) psihiatri sem bil sprejet z opreznostjo in najbrž tudi s pomilovanjem. Bil sem najmlajši, »jugoslovanski Benjamin«. Na nekem simpoziju v Zagrebu, kjer so se zbrali vodilni ljudje psihiatrične stroke iz vse države, se je zaokročila anekdota, da je med udeleženci samo Betelheimov (znameniti psihoanalitik) buldog mlajši od »onoga Slovenca«. Mislim, da je sprejetje direktorstva bolnišnice za mladega človeka neke vrste neodgovorno igračkanje z lastnim »strokovnim življenjem«. Toda jaz sem bil takrat tudi telesno že precej zaznamovan, zato sem se odločil dostojanstveno izgorevati. V intervjujih mora biti človek iskren. Naj Ti torej zaupam, da sem v tistih časih bral roman Thomasa Manna *Čarobna gora*. Tam neki čuden človek reče, da ne moreš biti duševno zdrav, če si telesno bolan. Do takšnih stališč sem še danes polemično razpoložen.

ZV: Čigava potrditev ti kot psihiatru pomeni največ? Ona, ki Ti jo dajejo kolegi-zdravniki, laična javnost, politika?

JF: Nепrepričljivo in patetično se sliši, da mi kot psihiatru največ pomeni nasmeh katerega od depresivnih pacientov. Ker sem v več kot tridesetih letih svojega dela imel priložnost spoznati večino ljudi z duševnimi težavami na Primorskem, mi je prav toplo pri srcu, ko zvem, da v kakšni briški ali pa izolski oštariji kdo zabrusi svojemu kompanjonu: »Ti si pa tako trčen, da ti lahko pomaga samo ljubi Bog, še Felc ne...« Priznam, za svoje delo nisem prejel veliko uradnih zahval. Za svoje sodelavce, ki jih imam najmanj toliko rad kot oni mene, sem del hišnega inventarja s številko 241. Aprila, ko sem proslavljat srebrni jubilej predstojništva, sem sam kupil petindvajset vrtnic in ob ogromnem šopku obujal spomine na svoje notranje tektonske premike, ki jih je sprožala moja nepomirljiva sprašljivost. Tisti šopek je potem sprožil veliko dilem, celo zadreg. Lahko bi ob njem bil zamišljen, zagrenjen, prizadet. Toda nisem bil, saj je šopek vendar prišel iskreno iz (mojega) srca. Domnevam, da so politiki, »prejšnji in zdajšnji«, najbolj veseli, če so moji klienti in seveda jaz z njimi čimbolj ob strani. Toda ker sem nepomirljiv optimist, upam, celo voham, da se časi spreminjajo. V areni življenja dobivajo besedo tudi tisti, ki jih je doslej skoraj vsaka oblast spregledala, obšla, jim naklanjala miloščino itn. Pot osvobajanja človeka je naporna in neskončna. Isto bi rekel za družbo. Toliko bo zdrava, kolikor drugačnih bo sposobna tolerantno in »z dobro mislijo v srcu« sprejeti medse.

ZV: V kolikšni meri je psihiatrija ambulantna stroka, v kolikšni meri pa hospitalna? Kolikšen del psihiatričnih bolnikov potrebuje eno, kolikšen drugo?

JF: Psihiatrija naj bi bila bolj ambulantna stroka. Le manjši del psihiatričnih bolnikov potrebuje hospitalno obravnavo. Primer: zaledno področje »moje« bolnišnice šteje okrog četr milijona ljudi. Pred tridesetimi leti je bilo v bolnišnici 450 standardnih postelj, na terenu pa nobenega dispanzerja. Danes je v bolnišnici 220 postelj, na terenu pa je okrog 10 ambulantnih in dispanzerskih enot. Primerjava je sicer površna, saj zadeva le en parameter obravnave psihiatričnih pacientov. Še eden: pred tridesetimi leti je bilo v ustanovo sprejetih letno do 300 pacientov, zadnja leta jih je 1500. Še eden – povprečna ležalna doba pred tridesetimi leti je bila prek 150 dni, zadnje leto je 47.

ZV: Pollaikom, kot sem sam, se zdi, da se je vsaj slovenska psihiatrija, najbrž pa tudi psihiatrija drugod, pred 20 leti in več ukvarjala predvsem s »pravimi« psihiatričnimi boleznimi.

mi, danes pa se vsaj ambulantno bolj ukvarja z depresijo in psihonevrozo. Kaj pa Ti praviš na to?

JF: V zvezi s tem vprašanjem bi ti povedal nekaj načelnega. Ne glede na sociokulturne razmere se rodi na svetu okrog 2% ljudi, ki stalno ali občasno, manifestno ali progredirajoče bolehalo za katero od endogenih psihoz (shizofreno ali ciklofreno). Ob tem pa motnje v človekovem ontogenetskem razvoju, socialni pritiski, nezdrav življenjski ritem in še mnogokaj drugega sprožajo raznovrstne nevrotične odzive. Posebno v tako imenovanih razvitejših okoljih je psihonevrotičnih stanj, emocionalnih kriz, menedžerskih boleznih, raznovrstnih oblik odvisnosti vse več. Toda pazi, nerazvita okolja (Afrika) producirajo glede na svoj poseben družbeno socialni habitus specifična psihogena odzivanja, ki jih v »razvitejšem« svetlu redkeje vidimo. Res je, da so se v razvitejših območjih sveta formalne strokovne in spekulativne oblike pomoči tako imenovanim »živčnim ljudem«. Ponekod že lahko govorimo o psihiatrizaciji družbe. Drzmem soditi, da tudi v našem prostoru vznikajo raznovrstne svetovalnice, psihiatrične in psihološke ordinacije, v katerih se klientom (velikokrat za velike denarje) nudi pomoč in »pomoč«. Sprašujem Te, koliko Slovencev poznaš, ki ne jemljejo kakšnega pomirjevala. Jaz še zmeraj najbolj zaupam v človekovo aktivno zdravljenje samega k sebi. Se pravi: k naravi. Ta rusojevska maksima postaja sicer vse bolj samo še klic za izgubljenim rajem. Kot zdravnik in pisatelj se sprašujem, kako to, da smo tako hladni in na videz prav nesramno brezbržni ob tragičnem izgubljanju sebe – sami sebi polzimo iz rok. Iz subjekta se spreminjamo v objekt. Zavedam se, da s takšnimi stališči drezam prav v srž resničnosti, ko je človek srečen samo zato, ker mu je vse na dosegu roke. Kot psihiater in pisatelj vem, da sebe na dosegu roke nima nihče. Ko sem deset let delal v eni od primorskih psihiatričnih ambulant, sem velikokrat pomislil, koliko ima moje delo strokovno-medicinsko podstat, koliko pa sem samo še eden redkih, ki zbrano poslušam in kaj pove – z očmi. Saj so v ordinacijo z Apaurinom že tako in tako vsi prišli in tudi jaz sem jim ga preveč predpisoval. Večkrat me je med poslušanjem simptomatike obšel občutek, ki ga metaforično tako dosledno izpisuje naslov ene od pesniških zbirk Daneta Zajca: Požgana trava.

ZV: Pri vsakršni bolezni, tudi psihiatrični, me manj zanima diagnostika, bolj pa zdravljenje, možni izhod, rešitev. Za gotovo je to tudi najbolj pomembno za družbo, za vsakega bolnika. Katere možnosti zdravljenja nudi psihiatrija danes, kolikšen delež bolnikov pozdravi, kolikšen stabilizira, pri kolikšnem delu bolnikov pa le lajša tegobe?

JF: Kako smo si različni. Mene pa bolj potegne diagnostika. Morda sem se te obsedenosti z diagnostiko navzel od prof. dr. Kartina. On je bil med »mojo učno dobo« sinonim za izpeljavo nevrološke diagnostike. V medicini me je s svojo eksaktnostjo poleg »pa-fi« obsedla najbolj nevrologija. Gospod Sigmund Freud bi rekel, da zato, ker imam pač sam probleme z mielinskimi ovojnici. Sprašuješ pa o psihiatriji. Ta danes pozdravi zelo malo ljudi, ogromno pa jih zazdravi, nekaterim bolezensko stanje samo stabilizira (kaj je pravzaprav to...), pri drugih pa le lajša tegobe. Ker je psihiatrija tista medicinska panoga, ki je tudi po definiciji zdravja Svetovne zdravstvene organizacije najbolj celostna, je njene uspehe nemogoče statistično prikazovati. Tudi zaradi metodoloških zagat, ki izvirajo prav iz dogovorjenih definicij, kaj je duševno zdravljenje. In še moj osebni problem v zvezi s tvojim vprašanjem. Zasvojen sem s študijem anatomije in fiziologije možganov. Mogoče zato nekoliko nekritičen do »eksaktnih trditvev«, češ da se je ta ali oni psihopatološki sindrom pozdravil. Integralna dejavnost centralnega živčnega sistema je bolj zapletena, kot katerikoli računalnik. Vendar se parcialno razčiščuje problem metabolizma možganskih aminov in funkcioniranja re-

ceptorjev v sinapsah, kar pa je vendarle samo parcialno razreševanje človekove mentalne celostnosti. Razkritja so klinično pomembna in dragocena. O kakšni globalizaciji še dolgo ne bo moč sanjati. Mislim, da nikoli. Prepričan sem, da tistih nekaj milijard možganskih celic nikdar ne bo zmožno razumeti svoje lastne resničnosti. Tako kot človek sebe ne. Tudi s pomočjo računalnika ne.

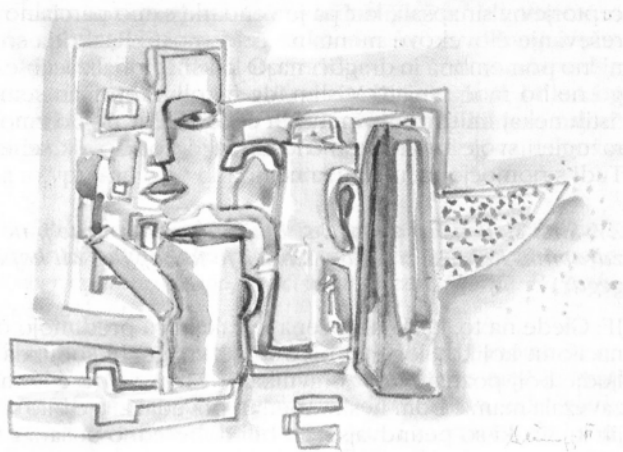
ZV: Širši slovenski javnosti si bolj znan kot pisatelj, ne kot zdravnik. Kako si zašel v pisanje? Je to boj, beg ali kaj drugega?

JF: Glede na to, kako natlačena je čakalnica pred mojo ordinacijo in koliko Slovenci bero moje knjige, bi sodil, da me ljudje bolj poznajo kot zdravnika. V čarni ris besede me je zavezala mama. Bom neskromen in povedal, da je bilo v mojih krajih, ki so petindvajset let bili dobesedno utišani s fašistično torturo, ukvarjanje z besedo nekaj zavezujočega in svetega. V besedi se je skrival biser duše. In če sem ob Tvojem vprašanju občutljiv tudi kot psihiater, bom glede besede še bolj dorečen. Beseda je misel, z besedo izražamo nižavost in nebeški svod svoje duše. Odreči se besedi, ki ima poleg formalno sporočilne tudi metaforično funkcijo, pomeni ponikniti v tisto animalično stanje, v katerem smo že nekoč bili, kot nas učijo evolucionisti (Darwin). Jaz se z besedo ne bojujem, mi je pa zvesta sopotnica, kadar se namenim porovati iskati sebe v bližnjem in bližnjega v sebi. To je povest o človeku. Film in televizija sta nas pahnila v lagodje recepcije fabule. Odvzela sta človeku možnost biti soustvarjalec sporočila. Moje bratenje z besedo, s stavkom, z zgodbo je v konkretnem času in prostoru zarotniško delo. Kdo pa danes sploh bere beletristiko. Celo Tolstojev Vojno in mir nam ponujajo z ekrana. To je zame satanska prevara. Saj je veliki Rus napisal toliko romanov Vojna in mir, da si vsak bralec lahko prebere prav za njega spisanega. In od tega živi. Bom za konec metaforičen in dejal: z vsako odpovedjo besedi ali s pristankom na nadomestke izvornih sporočil smo manjši. Kot ljudje in kot Slovenci.

ZV: Kakšen pisatelj je Jože Felc: pripovednik, pisec zgodovinskih romanov, alegorij, psiholoških del, poglobljeni sproti kronist časa?

JF: Pisatelj Jože Felc je zdravnik, ki ulovi kakšen del resnice tega sveta tudi v čar besede. To počne najbolj zase. Nekateri ob njegovih besedah postanejo, pomislijo in gredo dalje. Mnogim se ždi zapisovanje svojega neba in pekla povsem nesametno početje, ki ne pristaja več mislečemu dvonožcu konec drugega tisočletja. In še provokativna konkretnost: samo kot pisatelj sem lahko kolikor toliko vreden zdravnik. Imam občutek, da sem na preži za celostno resnico človeka. S pisanjem ne izražam nobene notranje bolečine. Tudi kronist časa nisem. Še najbolj retorično se ti bom predstavil, če samironično priznam, da sem lovilec megle. Vzemi to misel kot fizikalno-kemični diskurs ali pa kot izziv za poetski disput. Vem, da je bilo pred mano že veliko meni podobnih in da bo takšnih čudakov in posebnitev za mano tudi še polno. Res je, da danes redko kdo prelista kakšno knjigo, vsakovrstni sanjači pa parcializaciji sveta navkljub opravljajo srečam in zadregam sveta za hrbtom svoj važni posel. V dobesednem in metaforičnem pomenu te besede. In o pisateljskem poslanstvu še to: dokler so temu podalpskemu narodiču dajali duhovni eliksir pisatelji in drugi misleci, je bilo življenje še znosno. Odkar ga imajo v rokah politiki, ki se vtikajo prav v najbolj izvorno narodno substanco, kjer nimajo kaj iskati, gre vse tako hitro navzdol.

ZV: V Idriji si ustanovil in urejal revijo Kaplje, ki je slovenskim zdravnikom manj znana. Kakšen je bil koncept revije, kdo je v njej sodeloval in kaj si z njo dosegl?



Sl. 3. Avgust Černigoj: *Brez naslova* (akvarel 1981).

Avgust Černigoj je bil rojen l. 1898 pri Sv. Ani pri Trstu. Umrli pa je v Lipici leta 1985. Kot slikar, grafik, arhitekt in likovni pedagog velja za začetnika slovenskega modernizma in konstruktivizma. Z avantgardnimi evropskimi tokovi se je seznanjal v Bauhausu v Nemčiji. Sprijel se je z zelo različnimi slikovnimi slogi, najbolj prepoznaven pa je v abstraktnih, konstruktivističnih in scenskih izvirnih stvaritvah.

JF: Ob Kapljah – reviji za kulturo in obča vprašanja, moram še enkrat ponoviti, da je bila to publikacija, ki je štiri leta izhajala v Idriji. Bil sem njen glavni urednik. V njej so objavljali vodilni umetniki in publicisti »poperspektivovskega« obdobja na Slovenskem. Tam okrog tako imenovanih »svinčenih let« je bilo to. Revijo so l. 1973 zatrli. V tistem času sem bil intimno upajoč, socialno pa angažiran. Takrat sem »lezel« v psihiatrijo. Razhajal sem se s svojimi pisateljskimi kameradi. Velikokrat so me klicali na razne družbenopolitične forume in mi prali možgane. Imel pa sem srečo, da sem se o »višjih« resnicah življenja – prosim Te, ne jemlji takšne opredelitve kot patetične, ampak kot smrtno resne – imel priložnost pogovarjati se z nekaterimi velikimi ljudmi moje mladosti: prof. Anton Trstenjak, prof. dr. Stanko Mahkota, Marjan Rožanc, moja mama. S sodelovanjem pri reviji sem spoznal le to, da človekovega bistva ni moč opredeliti z znanstveno terminologijo, da doživljanje veselja in vseh in vsakršnih bližin ni zadeva možganske skorje, ampak centrecefalnih možganskih struktur (čustev, intuicije). Da, v času izhajanja Kapelj sem se veliko prerekal o smrti in vstajenju Boga. Kot po nekaj let trajajoči bitki sem se potem lačen, nepotešen in ranjen vrnil »domov« – v Psihiatrično bolnišnico. Tu še sedaj velikokrat povprašam kakšen novinar ali pa upokojeni udbovec, kako živim, če sem še tak, kot sem bil. Odgovorim, da sem nepomirljiv s seboj in svetom. Mogoče pa je gornje in marsikaj že prej povedanega moč obrazložiti z neko mojo globljo obsesijo, ki ni ne medicinska in ne literarna. Red in pravica sveta in človeka nista zajeta v iz časa v čas spreminjajočih se pravnih predpisih, ampak v etični dilemi. Če me je stroka (psihiatrija) posvojila, mi je literatura in z njo povezana etična sprašljivost omogočila ustvarjalno dihati. Kaj hočeš več?

ZV: *Ne odklanjaš sodelovanja v časopisju, v svojih razmišljanjih in odgovorih si isker, svež, celo provokativen. Prav o nekaterih takšnih trditvah želim s Tabo razmišljati. Praviš, da so današnji časi travmatični. Zakaj? Kateri časi pa niso? Ali nas ne bolijo predusem naši lastni časi?*

JF: Današnji časi so travmatični zato, ker se na planetarni in še bolj na nacionalni ravni tako vehementno razpravlja o preteklih in prihodnjih časih. Zdi se mi, da so bili ljudje nekdaj bolj zazrti v ure svojih dni. Manj so se spraševali o duhovni (ideološki, zgodovinski) konstituciji. In rojevali so otroke ter se

jih veselili. Žlahtni čas njihove življenjske enkratnosti je bil priložnost biti z dušo in telesom tu in zdaj. Potem pa so nas ideologije izpridile. Obeti za srečno prihodnost so postali vse bolj ideološko nasilni in vse manj sanjsko samoumevni. Ti satanizmi so se rojevali v času razsvetljenstva. Erupcija vsakovrstnih dosežkov je čisto zrelativizirala dotlej veljaven vrednostni sistem. Zgodbe o človeku, ki strumno koraka h koncu zgodovine, so postale moreče in srhljive. Od tod do totalitarizmov, ki težko prenašajo drugačnost, je kratka pot. Današnji časi niso lahki. Doživljam jih kot dovolj travmatične. Pa ne zaradi svoje pisateljske občutljivosti, ampak zato, ker napovedujejo katarzo. Kakšna bo, ali nas bo usodno prizadela, ali bo tako, kot piše v Bibliji?! Ne vem. V »moji« psihiatrični bolnišnici je tako lep jesenski dan, da je pravi greh, ko sledim tvojemu povabilu v tako neveselo videnje jutrišnjega dne.

ZV: *Kaj je vzrok za razčlovečenje v današnjem svetu, tudi odtujenost, tekmovalnost? Je to prenaseljenost, preveč prostega časa, prevelika blaginja vsaj dela ljudi, premajhna zadržanost vase, v sočloveka, kulturo, druge nematerialne vrednote?*

JF: Po mojem je vzrokov za razčlovečenje v današnjem svetu več. Poglavitnega vidim v filozofiji materializacije življenja. Ta se je v tistem delu sveta, ki ga je obvladovala realiteta vulgarnega materializma, udejanjal na bolj grob način. V osnovi in namenih pa je bil prav tak kot liberalizem na Zahodu. Ta je bil bolj prefinjen, vendar samo navzven. Oba sta težila k totalni »osvoboditvi« človeka. Pravlјice o koncu zgodovine, ki smo jim nasledali, so se v liberalni varianti na Zahodu uresničevale z enako, le z malo manj ekskluzivno utvarjo. Razočaran sem, ko na svoji koži doživljam, da se lažniva pravljіčnost nadaljuje. Ne preveč posrečeno ji sledimo tudi na Slovenskem po l. 1990. Tudi skeptiki (evroskeptiki), med katere se prištevam, ne moremo nič. Spoznavajoč, kako se rojevajo »princi«, ki za svoje žitje nujno potrebujejo drhal (demos), čudaki in posebneži (skeptiki) moje sorte, bežimo v intimo, v notranji azil – da ne bi videli in slišali kakofonije temnih ur in usmratenih pokrajin. Nič ljubezni, nič enakosti in bratstva, če hočeš: nič sociale ni več. Je samo rokohitrski prestiž. In so veljaki in je raja. Če sem še v otroških letih, stopajoč po miselnih in čutnih smereh svoje mame, bil velik vernik v dokončno osvoboditev človeka, danes vegetiram na malce starožitni, a izgleda za vse čase veljavni ironizaciji Prešernovega tipa: lani je slepar starino še prodajal, letos kupi si graščino. In načelen odgovor na Tvoje vprašanje: človek je po mojem tak, kot je, ker se je v moralnih in duhovnih zadevah razpusil. Liberaliziral je svoj odnos do sebe in do bližnjega in do societete (po Alfredu Šerku). In do vrednot, ki se jih je bil, da je ohranjal svoje ravnotežje med seboj in svetom, moral izmišljati – včasih sproti, drugič s pomočjo urokov in čarovnikov. In do bogov. Danes je človek izgubljen, tava. Nekoliko ga poživljajo seksualni škandali kakšnega svetovnega veljaka, nekoliko ga zaustavljajo iluzije. Vse ostalo je zavedanje ničta, je moloh preteče katastrofičnosti. Kot slutnja vesoljnega potopa. Nisem optimist.

ZV: *Deliš ljudi na tiste, ki so sposobni ljubiti, od onih, ki niso. Ni težko ugotoviti, da Ti sodiš med prve. Zakaj nekateri niso sposobni ljubezni niti sprejemati niti dajati?*

JF: Res je, takšna je moja delitev ljudi, kot si zapisal. Zadeva bi bila preenostavna, če bi jo kot človek in zdravnik zmoget in znal realizirati samo tako, da bi se je zavedal in se potem ravnal po njej. Pa ni tako. V svoji ne tako kratki zdravniški praksi sem prežvečil na desetine in stotine teorij o tem, kako definirati duševno zdravje. Naj sem trpel, naj sem bil na kakšnih duhovnih vajah, naj sem se z znanstveno aparaturo posvetil odgovoru na to navsezadnje temeljno življenjsko vprašanje, zadovoljivega odgovora nisem našel. Moji bolniki, med

katerimi je veliko čustveno ohlajenih, zazrtih v raj ali pekel svoje notranje (individualne) bivanjske resničnosti, so mi mimo vseh teoretskih in prakticističnih logotipov brez besed dali vedeti, da je zdrav samo tisti, ki je uravnotežen na tehtnici dajanja in prejemanja. Bom patetičen in bom zapisal: ljubljena. Ta tehtnica omogoča vaganje večno veljavnih vrednot. Rekel boš: to je pa precej po branjevsko. Pa ni. Ker sva zdravnika, bova odgovor na vprašanje zaključila zdravniško, patofiziološko. Na tehtnici, ki jo imam v misli, se pripravata v dialektičnem protislovju, kot je nekoč zapisal znameniti A. O. Župančič, red simpatikusa in parasimpatikusa. Prosim Te, ne razumi me ideološko, ampak branjevsko. Zdravje talajo branjeve tam za stolno cerkvijo, pod Vodnikovo skulpturo.

ZV: Ali smo Slovenci samomorilni? Ali smo agresivni ali pa svojo agresivnost predvsem obračamo vase? Kaj je vzrok za to? Je samoagresivnosti blizu malenkost, užaljenost, majhna podjetnost, se smilimo sami sebi?

JF: Vse, kar si naštel, po mojem ne velja. Tako kot tudi tisto, kar je zapisal veliki Anton Trstenjak, da smo Slovenci pošten narod, ne. S svojim vprašanjem me speljuješ v ris tistih diabolčnih preverjanj, ki sem jim kot predavatelj tolikokrat izpostavljen. Včeraj sem bral neki statistični disput o psihofarmakoterapevtikah, fluoksetinih. Dovolj nazorno in natančno je bilo zapisano, da Američani pojedjo letno povprečno šestkrat več antidepressivov kot Slovenci. Nekoliko se bom odmaknil od naravnosti tvojih vprašanj, ki so bolj filozofična in osebnostna. Ker se kot šef bolnišnice veliko ukvarjam s psihofarmakoterapevtiki, z določenimi pridržki ugotavljam, da je v tem eliksirju tudi nekaj psihostimulativnih komponent. Zgodbo o antidepressivih v klinični praksi poznam tako rekoč od začetka, zato zavzemam do nje ambivalentni odnos. Antidepressiva so učinkovina, ki posega v človekov čustveni svet tako, da ga čisti melanholičnosti in vseh destrukcij, povezanih z njo. Toda to usmerjeno delovanje na čustva je iz filozofskega in tudi antropološkega ter še kakšnega drugega vzroka samo po sebi vprašljivo. Predpostavljam, da so ljudstva, ki žive v istih ali podobnih civilizacijskih razmerah, kot so slovenske, jemljejo šestkrat več fluoksetinskih (ali kakšnih drugačnih antidepressivnih substanc), čustveno in miselno spremenjena. Mladi bi rekli »zadeta«. Morda so manj depresivna, farmacevtski komercialisti pravijo, da tudi manj suicidalna. Predvsem pa bolj storilnostna. Nekaj kliničnih ugotovitev bom preskočil, ker te že tako in tako preveč morim, in končal: življenje, odvisno od psihofarmakoterapevtika, ni vedno zdravo in ni srečno. Lahko pa je uspešno. Njegove kvalitete je moč meriti s parametri manjše samomorilnosti. Živeti z eliksirjem ali substanco, ki ti zastira pregled nad celostnostjo svoje individualne in socialne danosti, tragike in perspektive, je tudi neke vrste suženjstvo – pa še zavedaš se ga ne. Kajne, kolega, tukaj se zgodba o zdravem življenju šele začne.

ZV: Razpravljanje o samomoru in samomorilnosti v Sloveniji me praviloma razjezi. Na koncu vsakega prispevka ali govorjenja hočem slišati, kaj je govornik ali pisec sam pripravil napraviti za to. Ne maram jeremiad o nizki življenjski ravni, nestabilni politični situaciji ali prehitrem življenjskem ritmu. Zakaj se ne lotimo obravnavanja konkretnih problemov, kot so depresija, alkoholizem, droge, domišljeno in odločno, namesto da na široko razpravljamo o eni od končnih posledic? Ali pa je še sedaj in je bila v zgodovini ogroženost majhnega naroda tudi dodatni zunanji dejavnik, ki povečuje samomorilnost podobno kot pri Madžarih in Fincih, morda tudi v Vojvodini?

JF: O samomoru in slovenski samomorilnosti ti ne bom govoril nič takšnega, kar si zapisal, da te ne razveseljuje. Za začetek naj bom s tvojimi udarnimi stališči vendarle nekoliko pole-

mičen. Zaradi dveh stvari. Prvič zato, ker je samomor vedno samo poslednje dejanje nekega dalj časa trajajočega dogajanja v človeku. Torej suicid je vendarle fenomen, razložljiv z biomedicinskimi, genetskimi, psihološkimi, sociološkimi, ekonomskimi, kulturološkimi in še drugimi determinantami. V teh je etiološki srž pojava. Drugi vzrok za mojo polemstvo pa je dejstvo, da je na Slovenskem nekaj znamenitih avtorjev, suicidologov, priznanih tudi v svetu. Dva bom posebej omenil, akademika prof. dr. Leva Milčinskega in med mlajšimi doc. dr. Onijo Grad-Tekavčičevo. Ker sem na tapeti tokrat jaz, ki nisem suicidolog, ampak psihiater klinik, ki se s tragičnim pojavom dnevno srečujem, ti bom navedel nekaj lastnih spoznanj v zvezi s slovenskim narodnim značajem. O tem so pisali doslej veliko psihologi (Trstenjak, Musek, Pečjak). Nekaj let sem se študijsko ukvarjal z motivom lepe Vide v slovenski literaturi. Prebral sem na kilograme knjig – okrog 40 literariziranih variant lepovidinskega motiva v slovenski literaturi. Motivna podstat vseh je hrepenenje. O čustvu hrepenenja pa je v psihološko-psihiatrčni literaturi zapisano le nekaj malega. In še to le posredno ter v filozofskem jeziku. Sigmund Freud pa neke nakazuje, da je hrepenenje mračno čustvo. Poglobljen razmislek o slovenski navezanosti na lepovidinski motiv nakazuje nekatere razlage o slovenskem narodnem značaju. Lansko leto sem izdal obširen roman *Divje jezero* ali življenje in smrt lepe Vide, v katerem sem aktualiziral čustvovanje hrepenenja, kakor sem ga razbral iz več kot 40 literarnih predlog slovenskih pisateljev. V poglobljen razmislek o samomoru sem se med pisanjem romana podajal na podlagi zapisanih vprašanj, ki sem jih z depresivnimi ljudmi beležil nekaj let. Vse to, kar ti pripovedujem, je akademsko početje, ki pa mu nihče ne more odrekati iskrenih naporov pri brskanju za resnico. Dobro se zavedam, da moje razmišljanje in pisanje o podstati hrepenenja (po Spinozi) pri Slovencih ne bo odvrnilo od mračnih namenov enega samega Slovenca. Pač nisem aktivist, razmišljam.

ZV: Kaj je zate sreča in kaj nesreča? Ali je mogoče govoriti tudi o sreči in nesreči skupnosti, naroda?

JF: Zame sta sreča in nesreča pojava, ki omogočata človeku in narodu dostojanstveno uresničevanje. Znati prenesti srečo in ne klekniti pod pezo nesreče je zgodovinsko potrjen važen element preseganja časa in celo bioloških determinant. Parafriziral bi Junga, da je človek celosten samo, če zna prestatiti teže energije vzrokov in jo nadgrajevati z energijo ciljev. Saga izraelskega ljudstva, ki je s takšno ihto in milino popisana v Bibliji, nam sporoča isto. Nisi izbran kar tako. Moraš se za cilj odločiti, se postaviti za življenje, ko pride ura. Slabiči (tudi med narodi jih je najti) ne znajo prenesti sreče in nesreče. Na tvoje direktno vprašanje, kaj je zame sreča, pa bi ti odgovoril zelo načelno in z željo, da se ne bi slišalo patetično. Zame je sreča, da živim in se svojega in življenja bližnjih zavedam. Samo še to, spadam med tiste čudake, ki se ne morejo sprijazniti, da bodo kdaj umrli. In dalje: Težko je med posameznikom in narodom delati enačaje. Pa ga bom tokrat drzno naredil. Mislim, da so tudi narodi lahko srečni in nesrečni. Takšno podmeno utemeljum na mitskih substancah skupnosti. Bralcem prepuščam v presojo: ali je mit lepe Vide pri Slovencih srečna ali nesrečna arhetipska okoliščina. In: ali je mit izgubljene kosovske bitke za srbski narod spodbuda. Koliko bi o teh stvarih lahko še razmišljala v zvezi z Judi.

ZV: Po zakonitostih časa in tudi nekaj zaradi lastnih prizadevanj se politično bližamo Evropi, katere del smo vedno bili. Tudi Balkanu se najbrž ne bomo mogli povsem odpovedati. Kako sam ocenjuješ prehajanje Slovenije v večjo skupnost, kot je Evropa? Kot dobro, kot slabo, kot nujno? Kako ohraniti svojo kulturo in narodnostno identiteto v multikulturni Evropi?

JF: Sem evroskeptik. Pa ne zato, ker bi gojil kakšne čudaške politikantske utvare o tem, kako smo že ali še nismo, ali bomo, kako bomo Evropa itn. Skeptik sem preprosto zato, ker tiste Evrope, ki je tisoč let bila metronom za štetje najzlahnejših civilizacijskih dosežkov, čeprav tudi drugega, tiste Evrope ni več. Bruseljska Evropa so dolgi brezdušni hodniki palač s pisarnami, ki vsako jutro ožive v svojih manipulantskih profitnih namerah. Evropa že dolgo ni več sinonim za zbrano čaščenje vsega lepega in dobrega. Že dolgo ni več sinonim za pravičen boj med dobrim in zlim. Ali je kaj takega sploh bila kdaj?! Mogoče kot utvara – pa še to ne. Dama se je upehala. Na tankem ledu kratkovidne profitabilnosti se je kljub svojim žlahtnim čednostim in plemenitim nameram podala v dir za lepe, a nadvse poceni in kičaste plastične izdelke. Slovenstva v zvezi s tem ne pojmujem več kot neobhodni integralni del evropske kulture, ampak kot skupnost planetarnih razsežnosti. Kri in ime sta važnejša od jezika. Zame je torej biti Slovenec zadeva moje intimne in planetarne odločitve hkrati. Samo nekaj malega ima s tem tudi Evropa, kakor sociokulturna prababica v naši žal utopični viziji.

ZV: *Katera so Tvoja osebna sidra za srečo in stabilnost v življenju, za voljo, kaj Ti daje zagon?*

JF: Alenka.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec.

Izrazoslovni predal

POROČILO O DELU DELOVNE SKUPINE ZA MEDICINSKO PISANJE

Rudi Pavlin

Delovna skupina za slovensko medicinsko pisanje je v dosežanju delu obravnavala več medicinskih tujk in skušala poiskati ustrezne slovenske besede. Ustanovilo jo je SZD (seja oktobra 1996) in je do zdaj imela 5 sej. Svoje delo je razširila tudi na že uveljavljene tuje medicinske izraze. Zato vabi bralce, ki jih ta problematika zanima, da priskočijo z nasveti, pa tudi da nam pošljejo v obravnavo medicinske tujke s svojega področja, ki jih žulijo.

Skupina je obravnavala naslednje izraze in napravila nekaj priporočil:

- Bolus (npr. zdravilo, dano kot bolus ali v bolusu). Skupina priporoča: v enem odmerku.

- Centralen - periferen. Skupina priporoča: osrednji - vnanji.

- Kap - infarkt. Skupina priporoča rabo besede kap v laičnem smislu, v strokovnem pa infarkt.

- Zdravilo izbora. Skupina priporoča: najustreznejše ali najprimernejše zdravilo.

- Komplanca. Po daljšem razpravljanju med besedami podajnost, voljnost, popustljivost, raztegljivost se skupina nagiba k besedi podajnost in jo zato predlaga za praktično rabo, kakor tudi besedo voljnost, npr. pri soglasju bolnika s predlaganim zdravilom ali načinom zdravljenja.

- Urgenten. V slovenščini imamo lepo in smiselno enakovredno besedo: nujen (tudi neodložljiv, takojšen), ki lahko v številnih zvezah nadomesti besedo urgenten, npr. nujna operacija, nujna diagnoza, nujna indikacija, v drugih primerih pa ne ustreza in bo treba poiskati nov izraz ali uporabiti več besed. Taki primeri so: urgentni zdravnik (zdravnik za nujno

pomoč), urgenca ali urgentni blok (oddelek za nujno pomoč), urgentna služba (služba za nujne primere ali nujno pomoč). Pridevnik urgenten se dostikrat uporablja tudi v zvezi urgentni bolnik in je za strokovno rabo neprimeren. Pomen te zveze naj se izrazi s samostalnikom bolnik in prilastkom ogrožen: ogroženi bolnik.

- Tumor nekrozis faktor = dejavnik tumorske nekroze.

- Tumor supresivni gen = tumorsko-zatiralni gen.

- Politravma = politravma (večorganska poškodba).

- Defekt = okvara in primanjkljaj.

- Ventilacija = dihanje (beseda ventilacija ostane pri tistih testih, kjer gre za meritve ventilacije). Primera za dihanje: mehanično dihanje, kontrolirana ventilacija = vodeno predihavanje.

- Ekspander plazme (ekstender plazme) = nadomestna tekočina.

- Zdravilo sirota (je zdravilo, ki za izdelovalca spričo majhne rabe ni dobičkonosno, za marsikaterega bolnika pa je potrebno. Izdelovalec zato večinoma potrebuje ekonomsko podporo) = zapostavljeno zdravilo.

- Kit. Čeprav tudi tujka, je primernejše ime: komplet.

- Emulzija = mlečnina. Novo slovensko ime, ki označuje spremembo pomešanih tekočin v mlečnati videz.

- Lezija = bodisi poškodba ali okvara, vendar naj se smiselno uporablja z ustreznim prilastkom.

- Šant = preliv. To je v medicinskem jeziku največ uporabljani pomen angl. besede šant.

- Lokalen = krajeven. Ker v večini primerov beseda krajeven, čeprav je prevodno pravilna, ne zveni lepo našim ušesom, naj beseda lokalni razen v izjemnih primerih ostane, saj z besedo krajeven ne moremo nadomestiti vseh prilastkov, npr. lokalna injekcija, lokalna poškodba. Slovenski ekvivalent je treba izbirati za pomen posamezne zveze: omejena poškodba, kratkosežna injekcija ipd.

Odprta so še ostala nekatera vprašanja, npr.:

- Modulirati, modulacija (prilagojevati s spreminjanjem). Ustrezne slovenske besede komisija ni našla, zato naj tujka za zdaj ostane.

- Spanje REM. Prof. D. Vodusek, ki je sprožil razpravo, predlaga »paradokсно spanje« (nasprotno je ortodokсно spanje). V razpravi je bilo omenjeno, da sicer štorasti izraz spanje REM (rapid eye movement, hitro gibanje zrkel) le pove eno od značilnosti tega spanja, izraz paradokсно spanje pa ne. Dorlandov Medical Dictionary omenja obe možnosti kot enakovredni. Skupina je obravnavala obe možnosti in se za izbrani predlog še ni mogla odločiti.

- Adstringens, adstringenten. Skupina ni našla slovenske besede, ki bi ustrezno zajela pomen besede adstringens.

Člani delovne skupine: prof. J. Drinovec, prof. M. Janko, prof. T. Korošec, prof. A. Krbavčič in prof. R. Pavlin (predsednik).

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 1/1939

Anton Prijatelj

Prva številka Zdravniškega vestnika, strokovnega glasila slovenskega zdravništva, je izšla v januarju 1939. Uredništvo in uprava v Ljubljani, urednik dr. Slavko Prevec.

- Dr. Alojz Zalokar: O starih primiparah

- Prim. dr. Leopold Ješe: Naše izkušnje z intrakapsularno ekstrakcijo katarakte

- Dr. Fran Debevec: Jetika in krvni obtok

- Dr. Mirko Černič - Maribor: Razglabljanje ob desetletnici Zdravniškega vestnika
- Dr. Milica Valentinčič-Petrovič: Praktičen lonec za inaktiviranje in kuhanje
- Vprašanja - Odgovori
- Iz zdravniškega slovstva
- Iz zdravniških društev
- Drobiž
- Iz uredništva in uprave

RAZGLABLJANJE OB DESETLETNICI ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Dr. Mirko Černič

Ob prvem desetletju izhajanja Zdravniškega vestnika, glasila slovenskih zdravnikov, je dr. Mirko Černič iz Maribora podal kritično oceno prvih deset let. Pri tem je poudaril: *»Tudi k nam prihaja že doba, ko se vsak dan bolj zavedamo, da prav vse panoge človeškega udejstvovanja spadajo k narodovi kulturi; zdi se mi celó, da je to že več kot samó zavest, da postaja po malem že prepričanje, da ravno zdravstvo ni zadnje torišče narodove kulture. Razen tega se vsak dan bolj uveljavlja kot kulturni tvorci zdravniki, ki jim ni do tega, da manifestirajo svojo kulturno pripadnost kričavo na ulici, marveč smatrajo za svojo strokovno, narodno in državljansko dolžnost in čast, da na svojem strokovnem mestu sodobno izpolnjujejo naloge, ki jim jih to mesto nalaga kot torišče njihovega poslanstva v narodu in državi.«*

Posebej je avtor poudaril, da so v tistih prevratnih dneh tik po koncu prve svetovne vojne pred slovenskim zdravništvom zelo pomembne naloge, saj so skoraj vse zdravstvene ustanove (bolnišnice, kopališča in druge zdravstvene postojanke) bile v rokah tujcev. Mladi slovenski zdravniki pa v teh ustanovah niso hoteli biti v podrejenem položaju. Takratno Društvo slovenskih zdravnikov na Kranjskem se je takoj 2. 11. 1918 prekrstilo v Slovensko zdravniško društvo. V zdravstveni svet pri takratni Narodni vladi v Ljubljani pa je prav društvo volilo polovico članov. Predsednik Zdravstvenega sveta je bil dr. Ivan Oražen. Svet se je lotil naslednjih nalog: prevzema bolnišnic iz tujih rok, ureditev zdravstvenih zadev, ki so bile v zvezi s svetovno vojno. Opozarjali so na probleme influence, malarije, pegavice, medicinske fakultete v Ljubljani, otroškega skrbstva in otroških bolnišnic, spolnih bolezni in prostitucije, splava in umetnega splava ter boja proti tuberkulozi.

Leta 1921 se je Slovensko zdravniško društvo razcepilo v Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani in Slovensko zdravniško društvo v Mariboru.

Medicinska fakulteta je začela delovati v šolskem letu 1919/1920. Leta 1923 pa je bila ustanovljena Zdravniška zbornica za Dravsko banovino.

Leta 1929 je Zdravniška zbornica kot strokovno prilogo svojemu Glasilu ustanovila Zdravniški vestnik. S tem je zagrebški Liječnički vijestnik nehal biti organ Slovenskega zdravniškega društva.

Zdravniški vestnik se je po enem letu osamosvojil in postal »strokovno glasilo zdravništva v Dravski banovini«. Prvi letnik je uredil dr. Franc Derganc, drugemu in tretjemu je bil urednik in izdajatelj dr. A. Košir. Prva dva letnika sta imela deset števil. Tretji letnik je imel samo šest števil, od katerih je zadnje tri številke uredil dr. Robert Neubauer. Zadnjih sedem let je vodil tako uredništvo kot administracijo dr. Robert Neubauer na Golniku.

Prvi urednik je Zdravniškemu vestniku določil naslednje namene: *»borbo za popolno ljubljansko medicinsko fakulteto in ustvarjanje enotne slovenske medicinske terminologije; poživitev slovenskih zdravniških organizacij in njihovega medsebojnega tekmovanja; s ponavljanjem strokovnega znanja v domačem duhu in jeziku osveževati slovenskemu zdravniku njegov spomin in ga usovrševati s pridobitvami sodobne medicine; prinašati poročila vseh strok kurativne in socialne medicine ter izsledovati tudi zgodovino domačega zdravstva, objavljati biografije in spomine domačih zdravnikov, doneske o domačih zdravilnih rastlinah ter paberke ostan- kov narodne medicine.«*

V svojem prispevku avtor potoži, da so v Zdravniškem vestniku sodelovali zdravniki bolnišnic in tudi praktiki, manj kot bi pričakovali, pa učitelji medicinske fakultete, ki je še vedno torzo.

Z XI. letnikom se je revija Zdravniški vestnik vrnila v Ljubljano, *»nesporno središče slovenskega zdravništva, sedež največjih ustanov in bodoče popolne slovenske medicinske fakultete, ter je prešla iz rok enega izdajatelja v kolektiv.«*

Svoj prispevek je avtor zaključil z ugotovitvijo dr. Bloma iz leta 1938: *»Čim boljši je zdravnik, čim višja je njegova izobrazba in izvežbanost, tem boljše je zdravstveno stanje njegovega naroda. Čim zdravejši je narod, tem večja je njegova sposobnost. Najplemenitejša tekma med narodi je tekma za najlepše, najzdravejše in najsposobnejše može, žene in deco!«*

MIACALCIC® POMAGA PREMAGATI OSTEOPOROZO

Nosno pršilo Miacalcic izroči kalcitonin v obliki nežne meglice na površino nosne sluznice, od tam pa hitro preide v kost. V kosti Miacalcic zavira razgradnjo kosti in poveča se gostota kostne mase.¹

Klinično je dokazano, da nosno pršilo Miacalcic zmanjša bolečino² in omogoči gibanje.

Vgrajeni števec odmeri dozo in registrira vsako uporabo nosnega pršila, kar je praktična pomoč bolniku pri rednem jemanju zdravila, preprečuje pa tudi predoziranje.

Ko imate pred seboj bolnika z osteoporozo, se spomnite na Miacalcic.



Literatura: 1. Christiansen C. Use of nasally administered salmon calcitonin in preventing bone loss. Calcif Tissue Int. 1991; 49 (suppl 2): S14-S15. 2. Gennari C et al. Use of calcitonin in the treatment of bone pain associated with osteoporosis. Calcif Tissue Int. 1991; 49 (suppl 2): S9-S13.

Miacalcic - za uravnavanje metabolizma kosti in mineralov. Sestava: aktivna učinkovina je sintetiziran lososov kalcitonin. **Indikacije:** osteoporozo, bolečine v kosteh povezane z osteolizo in/ali osteopenijo, Pagetova kostna bolezen, hiperkalcemična kriza, nevrodistrofične motnje (Sudeckova bolezen), akutni pankreatitis (glej celotno navodilo). **Doziranje:** odvisno od indikacije in načina uporabe (glej celotno navodilo). **Kontraindikacije:** preobčutljivost za Miacalcic. **Interakcije:** interakcije z drugimi zdravili niso znane. **Previdnostni ukrepi:** nosečnost in dojenje; pri bolnikih nagnjenih k preobčutljivostnim reakcijam priporočamo izvedbo kožnih testov. Uporaba pri otrocih je omejena na nekaj tednov. Nosno pršilo: intranazalna absorpcija kalcitonina se pri rinitisu lahko poveča. **Stranski učinki:** slabost in včasih bruhanje, občutek vročine v glavi z rahlo rdečico obraza. V redkih primerih se lahko pojavijo preobčutljivostne reakcije, vključno z lokalno reakcijo na mestu injiciranja ali generalizirano kožno reakcijo. Objavljeno je bilo nekaj anafilaktičnih reakcij, katerih znaki so bili tahikardija, hipotenzija in kolaps. Stranski učinki so redkejši pri uporabi pršila za nos (glej celotno navodilo). **Oprema:** Pršilo za nos: 2 ml raztopine Miacalcic Nasal 100 (1100 i. e./ml); 2 ml raztopine Miacalcic Nasal 50 (550 i. e./ml); Injekcije: 5 ampul po 1 ml (100 i. e./1ml). **Informacije in literatura so na voljo pri Sandoz Pharma Services Ltd. Basel, Predstavnštvo**

MIACALCIC®

NOVARTIS PHARMA SERVICES Inc.
Podružnica v Sloveniji
Dunajska 22
1511 Ljubljana

Telefon: 061/133 04 04
Faks: 061/133 96 55



AKTUALNA SPOROČILA

STROKOVNA SREČANJA V LETU 1999

| ORGANIZATOR | TERMIN IN KRAJ | TEMA |
|---|---|---|
| JANUAR | | |
| Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD | 2. 01. 99 Maribor - hotel Piramida | Simpozij o zimsko-športnih poškodbah |
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 14. 01. 99 Ljubljana (prostori SZD - Komenskega 4) | Inhalacijska terapija - tehnike |
| Združenje psihiatrov SZD v sodelovanju Psihiatrično kliniko | 21. in 22. 01. 99 Ljubljana | Lokarjevi dnevi; Forenzična psihiatrija (osebnostne motnje, diagnostika, terapija, izvedenstvo) |
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 27. 01. 99 Ljubljana | EEG in evocirani potenciali v neonatalni intenzivni enoti |
| Zruženje za infektologijo SZD v sodelovanju s Revmatološko sekcijo SZD in kliniko | 22. in 23. 01. 99 Ljubljana (Lek - Verovškova 51) | Infektološko-revmatološki simpozij |
| Sekcija za epileptologijo SZD | 29. in 30. 01. 99 Ljubljana | Zdravljenje epilepsije pri odraslih - predavanje Kritični pogledi na zdravljenje epilepsije z zdravili - delavnica |
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 29. in 30. 01. 99 Ljubljana (prostori Krke) | Kardiološki simpozij; Hipertenzija, Srčno popuščanje, Hiperlipidemija, Predstavitev primerov |
| SZD - Koroško zdravniško društvo | januar 99 Slovenj Gradec | Popuščanje srca |
| FEBRUAR | | |
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 4. 02. 99 Ljubljana /prostori SZD/ | Medikamentozno zdravljenje bolečine |
| SZD-Goriško zdravniško društvo | 11. in 12. 02. 99 12. Kranjska Gora | Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran |
| Združenje za pediatrijo SZD | 12. 02. 99 Ljubljana | Motnje v razvoju kolka - Preventivni pregledi otrok in mladostnikov - Zakonodaja, financiranje, nadzor |
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 19. 02. 99 Ljubljana | Metabolne miopatije: klinične, elektrofiziološke, morfološke, in biokemične značilnosti s prikaz lastnih primerov |
| Slovensko združenje za nuklearno medicino in Sekcija za nuklearno medicino SZD | februar 99 Ljubljana | Novosti v nuklearni medicini in Novosti v radiofarmaciji Doktrina diagnostike in zdravljenja ščitničnih bolezni in Organizacija zdravljenja z radiojodom v Sloveniji |
| Združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD | februar 99 Ljubljana | Zdravljenje akutne bolečine - sekcijski sestanek |
| SZD - Koroško zdravniško društvo | februar 99 Slovenj Gradec | Kožni malignomi |
| MAREC | | |
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 4. 03. 99 Ljubljana (prostori SZD, Komenskega 4) | Herpes |
| Združenje urologov SZD in Klinični oddelek za urologijo Ljubljana | 6. 03. 99 Ljubljana? | Zdravljenje raka prostate |
| Kancerološka sekcija SZD | 12. in 13. 03. 99 Laško | 14. onkološki vikend; pljučni rak; rak ščitnice |
| Sekcija za humano genetiko SZD | 12. in 13. 03. 99 Ljubljana | Učna delavnica medicinske genetike |

| | | |
|---|---|--|
| Sekcija za klinično nefrofiziologijo SZD | 19. 03. 99 – Ljubljana | Motnje hoje in kineziološka analiza |
| Psihiatrična klinika in Združenje psihiatrov SZD | 19. in 20. 03. 99 Ljubljana, Klinični center | Simpozij o schizofreniji z mednarodno udeležbo |
| Društvo nefrologov Slovenije | 26. in 27. 03. 99 Kranjska Gora - hotel Lek | Strokovni sestanek; Teme iz klinične nefrologije, dialize in transplantacije ledvic |
| Sekcija za kemoterapijo SZD | 26. in 27. 03. 99 Ljubljana | Infektološki simpozij |
| Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD | 26. in 27. 03. 99 Rogaška Slatina | Quo vadis slovenska rehabilitacijska medicina, Lezije spodnjega motorič. nevrona – stimulirati ali ne? |
| Sekcija za kemoterapijo SZD in Klinika za infekcijske bolezni | 26. in 27. 01. 99 27. Ljubljana - KC | Infektološki simpozij |
| Združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD | marec 99 Ljubljana | Pisanje primarnega dokumenta Osnove pisanja strokovnega članka |
| Združenje za akupunkturo SZD | marec 99 | Strokovni sestanek |
| SZD – Koroško zdravniško društvo | marec 99 – Slovenj Gradec | Osteoporoz |

APRIL

| | | |
|---|---|---|
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 1. 04. 99 Ljubljana (prostor SZD, Komenskega 4) | Alergije |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 2. in 3. 04. 99 Ljubljana - Medicinska fakulteta | Schrottovi dnevi – Novosti simptomatskega zdravljenja kroničnih bolnikov |
| Združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD | 9.– 11. 04. 99 Portorož, Ljubljana | F.E.A.A. – Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije |
| Endokrinološka sekcija SZD | 9. in 10. 04. 99 Rogla | Habetologija, Endokrinologija, Tirologija, Pediatrična endokronologija |
| Združenje za endoskopsko kirurgijo SZD | 15.– 17. 04. 99 Kranjska Gora – hotel Kompas | V. kongres endoskopske kirurgije Slovenije z mednarodno udeležbo |
| Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD | 16. in 17. 04. 99 Bled | 8. simpozij zobnih bolezni in edont., Adhezivna tehnika izdelave plomb, Novosti pri delu na področju endodontije, Uporaba mikroskopa, ... |
| Združenje za žilne bolezni SZD | 16. in 17. 04. 99 Šmarješke Toplice | Letno srečanje; Implantanti, ki se uporabljajo pri terapevtskih posegih na žilju |
| Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD | 17. 04. 99 Radenci | Srečanje ob 50-letnici šolske medicine |
| Alergološko imunološka sekcija SZD | 22. 04. 99 Ljubljana | Izbrana poglavja iz alergologije |
| Sekcija za klinično nefrofiziologijo SZD | 23. 04. 99 Ljubljana | Motnje v EEG, Nevrofiziološke meritve vidnega sistema |
| Sekcija za preventivno medicino SZD | 2 dni v aprilu Maribor | Občni zbor – volilna skupščina Strokovni sestanek – Etika v preventivni medicini |
| Združenje za infektologijo SZD | april 99 Ljubljana | Antibiotično zdravljenje v bolnišnici – predavanje strokovni sestanek |
| Sekcija za citopatologijo SZD | april ali junij 99 Ljubljana | Delavnica iz ginekološke citologije |
| SZD – Koroško zdravniško društvo | april 99 Slovenj Gradec | Multipla skleroza |

MAJ

| | | |
|---|---|---|
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 6. 05. 99 Ljubljana (prostor SZD, Komenskega 4) | Dermatoze |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 14. in 15. 05. 99 Ljubljana - Smelt | Kongres timov v osnovnem zdravstvu; Ambulantno vodenje bolnikov, Novosti s področja nevrologije, urologije, motenj spolnosti in urgentne medicine |

| | | |
|---|--|---|
| Združenje za gastroenterologijo in hepatologijo Slovenije | 14. in 15. 05. 99 Rogaška Slatina | Rogaški dnevi – Krvavitve iz zgornjih prebavil, Funkcionalna diagnostika v gastroenterologiji |
| Združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD | 14. in 15. 05. 99 Portorož | 12. simpozij Alpe Adra – AAA 99 |
| Združenje za pediatrijo SZD | 17. 05. 99 – Ljubljana | Strokovni sestanek; Otrok kot kirurški bolnik |
| Združenje urologov SZD v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za urologijo Ljubljana | 20.-22. 05. 99 Brdo pri Kranju | I. slovenski urološki kongres; Benigna hiperplazija prostate, Inkontinenca, Proste teme |
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 21. 05. 99 Ljubljana | Nevrofiziološki in nevrourodinamski študij pri novorojenčkih z mielomeningokelo |
| Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD v sodelovanju s SB Maribor | 21. in 22. 05. 99 Maribor | Bolnišnične okužbe |
| Stomatološka sekcija SZD | 28. in 29. 05. 99 Portorož – Avditorij | III. mednarodno srečanje stomatologov dežel srednje Evrope; Estetika v stomatologiji |
| SZD-Združenje otorinolaringologov Slovenije | maj 99 – Ljubljana | Strokovni sestanek |
| Združenje za infektologijo SZD v sodelovanju SB in ZD Maribor | maj 99 Maribor | Bedjaničev simpozij - Okužbe s herpes virusi |
| Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD | 2 dni maj ali junij 99 Maribor - hotel Piramida | Intersekcijski sestanek fiziatrov in anesteziologov; Terapija bolečine, Raspiratorna fizikalna terapija |
| Sekcija za otroško nevrologijo SZD | Maj ali junij 99 Koper | Strokovni sestanek: Predstavitev kliničnih primerov s področja otroške nevrologije |
| Sekcija za partizansko zdravstvo SZD | maj ali junij 99 Ljubljana | Občni zbor sekcije Pregled opravljenega dela Program dela za leto 1999/2000 |
| SZD – Koroško zdravniško društvo | Maj 99 – Slovenj Gradec | ORL tema |

JUNIJ

| | | |
|---|--|---|
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 3. 06. 99 Ljubljana (prostori SZD) | Arterijska hipertenzija |
| Društvo nefrologov Slovenije | 11. in 12. 06. 99 Kranjska Gora – hotel Lek | Strokovni sestanek - teme iz klinične nefrologije, dialize in transplantacije ledvice |
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 18. 06. 99 Ljubljana | Medoperativni nevrofiziološki nadzor hrbtenjače |
| Združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD | junij 99 Ljubljana | Blok bronhialnega pleteža |
| Revmatološka sekcija SZD | junij 99 nekje v Prekmurju | Strokovna predavanja in problematika v okviru slovenske revmatologije |
| Združenje za infektologijo SZD | junij 99 Novo mesto | Strokovni sestanek – respiratorne okužbe |
| Sekcija za medicino dela SZD | Junij 99 Novo mesto | Strokovni posvet – Ergonomija in medicina dela |

JULIJ

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| Slovensko združenje za nuklearno medicino in Sekcija za nuklearno medicino SZD v sodelovanju z Mednarodno agencijo za atomsko energijo ... | 5. do 16. 07. 99 Ljubljana | Tečaj nuklearnomedicinske onkologije |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|

SEPTEMBER

| | | |
|--|--|--|
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 2. 09. 99 Ljubljana (prostori SZD, Komenskega 4) | Sekundariat in perspektiva družinskega zdravnika |
| Kancerološka sekcija SZD in Onkološki inštitut Ljubljana | 2.-5. 09. 99 Bled | Redni delovni sestanek skupine International Breast Cancer Study Group (IBCSG), Delovni sestanek za izredno izpeljavo mednarodnih kliničnih raziskav raka dojke, program pripravil koordinacijski center v Bernu |

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine | 8.–12. 09. 99 Bled | Mednarodna učna delavnica; Vodenje kroničnih bolnikov |
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 24. 09. 99 Ljubljana | Kvantitativna elektromiografija |
| Združenje internistov SZD | 24 in 25. 09. 99 – Ljubljana | Novejši dosežki v interni medicini |
| Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD | 24. in 25. 09. 99 | Diagnostika in terapija arterijske hipertenzije; Hipertenzija kot dejavnik tveganja |
| Revmatološka sekcija SZD | september 99 Dolenjske Toplice | Strokovna predavanja in pereča problematika |
| Združenje psihiatrov SZD | jesen 99 Ljubljana - Cankarjev dom | Rehabilitacija v psihiatriji – Psihiatrija in skupnostne službe, Sodelovanje pri rehabilitaciji ljudi s psihotično motnjo |
| Sekcija šolske in visokošolske medicine v sodelovanju s sekcijo iz Hrvaške in Italije | september 99 Firence | Srečanje treh dežel |

OKTOBER

| | | |
|--|--|---|
| Združenje za pediatrijo SZD | 1. 10. 99 – Izola | Strokovni sestanek ; Bolezni odvisnosti |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 1. in 2. 10. 99 Otočec | Krinski rehabilitacijski dnevi; Rehabilitacija bolnikov z boleznimi srca in ožilja ter lokomotornega aparata |
| Združenje medicine športa SZD v sodelovanju | 1. do 3. 10. 99 Celje-Celjski sejem »Celjanka« | Mednarodni simpozij - IX. Dnevi športne medicine Slovenije; Medicina športa – šolska medicina; Medicina športa in psihologija športa; Konzilijarne dejavnosti v medicini športa |
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 7.10.99 – Ljubljana (prostor SZD, Komenskega 4) | Povečana ščitnica – diferencialna dg. |
| Društvo za oralno zdravje Slovenije | 15. in 16. 10. 99 16. Brdo pri Kranju | 6. Dnevi oralnega zdravja Teme: preventiva, pedagogika, psihologija, preventivna ortodontija |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 22. in 23. 10. 99 Kranj | Učne delavnice (ekvivalent mednarodni) – Vodenje kroničnih bolnikov |
| Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD v sodelovanju | 22. in 23. 10. 99 Nova Gorica | Mikrobiološka analiza kužnin |
| Sekcija za stomatološko protetiko SZD | 22 in 23. 10. 99 Bled | 13. stomatoprotetični simpozij, Klinični in stomatološki postopki v stomatološki protetiki |
| Slovensko združenje za nuklearno medicino in Sekcija za nuklearno medicino SZD | oktober 99 Trst, Izola medicine | Novosti v nuklearno medicinski hematologiji, Novosti v »zeleni knjigi« na področju nuklearne |
| Društvo nefrologov Slovenije | oktober 99 Brdo pri Kranju | 2. slovensko-nemško-hrvaški simpozij iz nefrologije in hipertenzije; Prikaz zadnjih dosežkov |
| Združenje za infektologijo SZD | oktober 99 Ljubljana | Strokovni sestanek ; Vloga in položaj infektologa v Sloveniji |
| Slovensko zdravniško društvo | oktober 99 – Nova Gorica | 136. redno letno srečanje SZD |
| Sekcija za preventivno medicino SZD | 2 dni v oktobru | Strokovni sestanek – Raziskovanje na področju preventivne medicine |
| Združenje urologov SZD v sodelovanju z Združenjem urologov Avstrije-Štajerske in Koroške | začetek oktobra Celovec | Simpozij – Proste teme |
| Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD | oktober ali november 99 Zdravilišče Terme Zreče | Letna skupščina in strokovni sestanek; Etiologija in patogeneza osteoporoze – Terapija in preventiva, rehabilitacija po tipičnih poškodbah |

NOVEMBER

| | | |
|---|--|--|
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 4. 11. 99 – Ljubljana (prostor SZD, Komenskega 4) | Epilepsija |
| Združenje za gastroenterologijo in hepatologijo SZD | 12 in 13. 11. 99 Zdravilišče Atomske Toplice – Podčetrtek | Strokovni sestanek; Akutni pankreatitis, Proste teme, Poročila s kongresov |

| | | |
|--|--|--|
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 19. 11. 99 Ljubljana | Opredelevitev slušne nevropatije z avdiometričnimi in elektrofiziološkimi metodami |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 19. in 20. 11. 99 Ptuj | Učne delavnice (ekvivalent mednarodni); Vodenje kroničnih bolnikov |
| Društvo nefrologov Slovenije | 26. in 27. 11. 99 Kranjska Gora - hotel Lek | Strokovni sestanek; Teme iz klinične nefrologije, dialize in transplantacije ledvic |
| Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD | 26. 11. 99 – Ljubljana | Občni zbor ; Strokovna tema – pedopsihiatrična |
| Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD | 26. in 27. 11. 99 Ljubljana - MF | Simpozij – Imunologija in klinika II |
| Sekcija za medicino dela SZD in Združenje dermatovenerologov SZD | November 99 Rogaška Slatina | Strokovni posvet – Bolezni kože in delovno okolje Občni zbor sekcije |
| SZD – Združenje otorinolaringologov | november 99 – Ljubljana | Strokovni sestanek |
| Sekcija za epileptologijo SZD | november 99 Ljubljana | Simpozij (mednarodni) ob 45-letnici epileptologije v Sloveniji Vsestranska skrb za bolnike z epilepsijo |
| Revmatološka sekcija SZD v sodelovanju MF – Inštitut za patologijo | november 99 Ljubljana | Plečnikovi dnevi - posvečeni revmatičnim boleznim |

DECEMBER

| | | |
|---|--|--|
| Sekcija mladih zdravnikov SZD | 2. 12. 99 Ljubljana (prostori SZD, Komenskega 4) | Sekvenčno zdravljenje z antibiotiki |
| Združenja za pediatrijo SZD | 3. 12. 99 Ljubljana | Strokovni sestanek s skupščino; Limfadenopatija |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 3. in 4. 12. 99 Kranj | Simpozij - Bolnik z duševnimi motnjami v osnovnem zdravstvu; Komunikacija z bolnikom z duševnimi motnjami, odkrivanje, obravnava težavnega bolnika |
| Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SZD | 10. in 11. 12. 99 Cerknica | Učne delavnice (ekvivalent mednarodni); Vodenje kroničnega bolnika |
| Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD | 17. 12. 99 Ljubljana | Zanimivi primeri iz elektrofizioloških laboratorijev |
| Združenje pnevmologov SZD | december 99 | Letna konferenca |
| Združenje za infektologijo SZD | december 99 Ljubljana | Letna skupščina in strokovni sestanek |
| Sekcija za humano genetiko SZD | prva polovica leta Ljubljana | Sestanek iniciativne skupine Združenja Alpe-Jadran za humano genetiko |
| Sekcija za humano genetiko SZD | druga polovica leta Ljubljana | Dnevi medicinske genetike |
| Medikohistorična sekcija SZD | marca–junija, oktobra–decembra 99 Maribor | 8 strokovnih sestankov in simpozij |
| Sekcija transfuzijske medicine SZD | skozi leto 99 Maribor | 10 strokovnih sestankov |
| Sekcija za humano genetiko SZD | vsak zadnji torek v mesecu Ljubljana, Ginekološka klinika | Strokovna predavanja s področja medicinske genetike |
| Sekcija za citopatologijo SZD | pomlad, jesen 99 Ljubljana | Predvidoma štirje strokovni sestanki |
| Pedontološka sekcija SZD | skozi leto 99 | Štirje standardni strokovni sestanki Volilni občni zbor sekcije s strokovno temo |
| Društvo travmatologov Slovenije | v letu 99 Celje | Mednarodni simpozij; Razlikovanje poškodb od bolezenskih posledic na kolenu |
| ZD Novo mesto | Vsako prvo sredo v mesecu Novo mesto | 12 strokovnih predavanj |
| ZD Ptuj | Skozi leto Ptuj | 12 do 16 strokovnih predavanj |
| Koroško zdravniško društvo | v drugi polovici leta Slovenj Gradec | še 6 strokovnih sestankov |

**BOLNIŠNICA GOLNIK
KLINIČNI ODDELEK ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK**

ASTMA ŠOLA

TEČAJ ZA VODITELJE ŠOLE ZA POUK BOLNIKOV Z ASTMO

5. in 6. februar 1999, Hotel Lek, Kranjska gora

PROGRAM

Petek, 5. februar 1999

- 10.00–11.00 **Moderator: J. Šorli**
- 10.00 **J. Šorli** Uvodne misli
 10.10 **J. Šorli** Epidemiologija in farmakoekonomika astme
 10.30 **S. Šuškovič** Zakaj pouk bolnika z astmo
 10.45 **S. Kadivec** Posebnosti učenja bolnikov
 11.00 **J. Gabrijelčič** Zgradba dihalnega sistema. Osnove pljučne fiziologije. Izmenjava plinov v pljučih, acidobazno ravnotežje
 11.30 Odmor s kavo
- 12.00–13.20 **Moderator: M. Fležar**
- 12.00 **S. Šuškovič** Etiopatogeneza in diagnoza astme
 12.20 **M. Fležar** Pljučna funkcija. Merilci PEF
 12.40 **E. Mušič** Alergije, alergeni
 13.00 **M. Košnik** Prehrana in astma. Načini izogibanja alergenom
 14.00 Skupno kosilo
- 15.30–17.30 **Moderator: S. Šuškovič**
- 15.30 **I. Kern** Patologija astme
 15.45 **N. Bajrovič** Klinična slika in diferencialna diagnoza astme
 16.00 **M. Košnik** Bronhodilatatorji
 16.15 **S. Šuškovič** Preventivna zdravila
 16.30 **M. Fležar** Načini aplikacije vdihanih zdravil
 16.50 **M. Šter** Fizioterapija pri astmi
 17.30 Odmor s kavo
- 18.00–19.00 **Moderator: S. Kadivec**
- 18.00 **S. Kadivec** Plan zdravstvene nege bolnika z astmo
 18.20 **L. Ravnikar,**
S. Kadivec,
T. Vidmar Vaje uporabe pršil, nastavkov za pršila, zdravil v prašnem stanju in drugih vdihanih zdravil
 20.00 Skupna večerja

Sobota, 6. februar 1999

- 9–10.30 **Moderator: M. Košnik**
- 9.00 **S. Šuškovič** Bronhialna preodzivnost, astma ob naporu, nočna astma
 9.15 **M. Košnik** Zdravljenje poslabšanj astme, fatalna astma
 9.30 **S. Šuškovič** Trajno zdravljenje astme
 9.45 **K. Osolnik** Zdravljenje nekaterih kroničnih boleznih pri bolnikih z astmo (arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen)
 10.00 **S. Šuškovič** Aspirinska astma
 10.15 **M. Košnik** Samozdravljenje astme
 10.30 Odmor s kavo
- 11.00–12.40 **Moderator: E. Mušič**
- 11.00 **E. Mušič** Anafilaksija
 11.20 **A. Peternelj** Vloga medicinske sestre pri anafilaktični reakciji

| | | |
|-------------|----------------------------------|---|
| 11.40 | M. Košnik | Astma in rinitis v nosečnosti ali ob laktaciji |
| 12.00 | P. Kecejl | Od steroidov odvisna in za steroide rezistentna astma |
| 12.20 | E. Mušič | Rinitis in astma |
| 14.00 | | Skupno kosilo |
| 16.00–18.00 | Moderator: L. Ravnikar | |
| | | Slušatelji se razporedijo v tri skupine, ki se izmenjujejo pri vajah: |
| | a) L. Ravnikar, T. Vidmar | Vrednotenje kožnih vbodnih testov alergije |
| | b) A. Peternelj | Pravilna uporaba merilcev PEF |
| | c) S. Kadivec | Načini aplikacije kisika |
| 18.00 | | Zaključek |

Informacije o tečaju

Tečaj je namenjen zdravnikom, farmacevtom ter drugim zdravstvenim delavcem, ki obravnavajo bolnike z astmo. Tečaj bo sestavljen iz predavanj in vaj. Udeleženci bodo prejeli Zbornik predavanj (170 strani).

Po tečaju bodo udeleženci opravili praktični izpit in pisni izpit. Po opravljenem izpitu bodo prejeli potrdilo o uspešno zaključenem tečaju Šole za pouk bolnika z astmo.

Za večino predavanj bodo napisane zloženke ali daljši teksti (knjižice), ki bodo namenjeni bolnikom z astmo.

Število udeležencev tečaja je omejeno.

Predvidevamo ponovitve tečaja; prvi teden aprila in prvi teden junija leta 1999.

Prijave za tečaj sprejema *ga. Saša Kadivec, prof. zdr. vzgoje* pisno ali na telefon 064 / 46 11 22.

Kotizacija znaša 14.000,00 SIT. Plačate jo lahko na ŽR 51500-603-34158 sklicna številka 00 7593 07 ali osebno ob prihodu na sestanek.

Kontaktna oseba: *Doc. dr. Stanislav Šuškovič*
Bolnišnica Golnik.

Pri CANKARJEVI ZALOŽBI v Zbirki PRAVNA OBZORJA je izšla knjiga

PRAVO IN MEDICINA

Pripravila jo je skupina 11 pravnikov in zdravnikov, uredili pa sta jo *Ada Polajnar-Pavčnik* in *Danica Wedam-Lukič*. Monografija o pravu in medicini ima tri dele. Prvi obravnava pravno-organizacijske vidike pravice do zdravstvenega varstva, drugi se posveča zahtevnemu razmerju zdravnik-pacient, v tretji del so uvrščena poglavja o načrtovanju družine, o presajevanju organov in tkiv, o skrbi za duševno zdravje, medicinski dokumentaciji, evtanaziji itd. Sklepno poglavje je zasnovano kot prerez etičnih dilem sodobne medicine.

Knjigo po ceni 9.975,00 SIT lahko naročite pri Cankarjevi založbi d. d., Založništvo, Ljubljana, Kopitarjeva 2, po brezplačnem telefonu 080 11 08, ali po telefonu/faksu 061 / 302 695.

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA KIRURGIJO
KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
SPS KIRURŠKA KLINIKA

**XXXV. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE
ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE**

4. do 6. februar 1999, Velika predavalnica Medicinske fakultete, Ljubljana, Korytkova 2

PROGRAM

Četrtek, 4. februar 1999

| | | |
|-------------|----------------------------------|--|
| 9.00–9.30 | <i>V. Smrkolj</i> | Otvoritev |
| 9.00–16.45 | Moderator: <i>B. Geršak</i> | Ugotavljanje in zdravljenje boleznih žil na spodnjih udih v ambulantni družinskega zdravnika |
| 9.30–10.00 | <i>B. Geršak</i> | Anatomija prekrvitve spodnjih udov |
| 10.00–10.15 | <i>I. Kneževič</i> | Akutna ishemija spodnjih udov |
| 10.15–10.30 | <i>L. Jaklič</i> | Kronična ishemija spodnjih udov |
| 10.30–10.45 | <i>L. Jaklič, T. Klokočovnik</i> | Razlikovanje med akutno, kritično in kronično ishemijo spodnjih udov |
| 10.45–11.00 | <i>I. Kneževič</i> | Taktika in tehnika kirurške terapije akutne ishemije spodnjih udov |
| 11.00–11.15 | | Razpravljanje |
| 11.15–11.30 | | Odmor za kavo |
| 11.30–11.45 | <i>T. Klokočovnik</i> | Operacijska taktika in tehnika revaskularizacije kronične ishemije spodnjih udov |
| 11.45–12.00 | <i>N. Lakič</i> | Zgodnji in pozni zapleti pri operacijski revaskularizaciji spodnjih udov |
| 12.00–12.30 | <i>T. Klokočovnik</i> | Tromboze arterij spodnjih udov |
| 12.30–13.00 | | Razpravljanje |
| 13.00–14.00 | | Odmor za kosilo |
| 14.00–14.15 | <i>N. Lakič</i> | Indikacije za operacijsko zdravljenje krčnih žil |
| 14.15–14.30 | <i>B. Geršak</i> | Ambulantno spremljanje bolnikov po operacijski revaskularizaciji spodnjih udov |
| 14.30–15.00 | <i>V. Urbančič-Rovan</i> | Diabetična angiopatija |
| 15.00–15.15 | | Razpravljanje |
| 15.15–15.30 | | Odmor za kavo |
| 15.30–15.45 | <i>S. Rakovec</i> | Zdravljenje razjed na diabetični nogi |
| 15.45–16.00 | <i>N. Alikadič</i> | Zdravljenje okužb na nogah sladkornih bolnikov |
| 16.00–16.15 | <i>Z. Parač, S. Rakovec</i> | Obloge za pospeševanje celjenja razjed na diabetični nogi |
| 16.15–16.45 | | Razpravljanje |

DELAVNICA: od 10. do 12. ure, skupina 1 *U. Ahčan, A. Vidmar*
od 14. do 16. ure, skupina 2 *F. Planinšek*

Petek, 5. februar 1999

| | | |
|-------------|--------------------------------|---|
| 9.00–15.30 | Moderator: <i>Z. M. Arnež</i> | Plastična kirurgija in družinski zdravnik |
| 9.00–9.15 | <i>Z. M. Arnež</i> | Spremembe v doktrini zdravljenja |
| 9.15–9.30 | <i>T. Janežič</i> | Opekline |
| 9.30–9.45 | <i>F. Planinšek</i> | Prirojene nepravilnosti roke |
| 9.45–10.00 | <i>D. Pogorelec</i> | Poškodbe roke in načrtovane operacije |
| 10.00–10.15 | <i>C. Testen</i> | Rekonstrukcija tkiva na trupu |
| 10.15–10.30 | | Razpravljanje |
| 10.30–10.45 | | Odmor za kavo |
| 10.45–11.00 | <i>U. Ahčan</i> | Tumorji kože |
| 11.00–11.15 | <i>A. Leskovšek</i> | Limfedem in njegovo zdravljenje |
| 11.15–11.30 | <i>Z. M. Arnež</i> | Rekonstrukcija dojke |
| 11.30–11.45 | <i>M. Šolinc</i> | Rekonstrukcija poškodovane goleni |
| 11.45–12.00 | <i>Z. M. Arnež</i> | Rekonstrukcija glave in vratu |
| 12.00–12.15 | <i>Z. M. Arnež</i> | Estetska kirurgija in izbrani zdravnik |
| 12.15–12.30 | | Razpravljanje |
| 12.30–13.10 | | Odmor za kosilo |
| 13.30–13.45 | <i>F. Planinšek, M. Šolinc</i> | Transseksualizem |

| | | |
|-------------|---|-------------------------|
| 13.45-14.00 | <i>B. Stritar</i> | Žilne malformacije |
| 14.00-14.15 | <i>Z. M. Arnež, U. Ahčan</i> | Utesnitvene nevropatije |
| 14.15-14.30 | | Razpravljanje |
| 14.30-14.45 | | Odmor za kavo |
| 14.45-15.00 | <i>Z. M. Arnež, U. Kidrič</i> | Transplantacija kosti |
| 15.00-15.15 | <i>Z. M. Arnež, B. Prezelj, U. Kidrič</i> | Preveze ran |
| 15.15-15.30 | | Razpravljanje |

DELAVNICA: od 9. do 11. ure, skupina 3 *U. Ahčan, A. Vidmar*
od 14. do 16. ure, skupina 4 *F. Planinšek*

Sobota, 6. februar 1999

| | | |
|-------------|-------------------------------------|--|
| 9.00-16.00 | Moderator: I. Rauch | Bolnik z anorektalno boleznijo v ambulanti družinskega zdravnika |
| 9.00-9.20 | <i>I. Rauch</i> | Bolnik z anorektalnim obolenjem v ambulanti družinskega zdravnika - uvodno predavanje |
| 9.20-9.30 | <i>D. Ravnik</i> | Anatomija anorektuma in medeničnega dna |
| 9.30-9.40 | <i>D. B. Vodušek, S. Podnar</i> | Mehanizmi analne (in)kontinence |
| 9.40-9.50 | <i>P. Košorok</i> | Obravnava bolnika z inkontinenco za blato |
| 9.50-10.00 | <i>I. Bartenjev, M. Rogl-Butina</i> | Bolnik s kožnimi spremembami anogenitalnega predela v ambulanti zdravnika splošne medicine |
| 10.00-10.10 | | Razpravljanje |
| 10.10-10.20 | | Odmor za kavo |
| 10.20-10.30 | <i>J. Novak</i> | Hemeroidi, vzrok za krvavitev iz anusa |
| 10.30-10.40 | <i>T. Velikonja</i> | Vnetni procesi anorektuma in njihove posledice |
| 10.40-10.50 | <i>M. Hunt, I. Rauch</i> | Pilonidalni sinus v ambulantni praksi |
| 10.50-11.00 | <i>B. Žakelj</i> | Rak danke in zadnjika |
| 11.00-11.10 | <i>M. Strlič, D. Gvardijančič</i> | Bolezni anusa in rektuma pri otroku |
| 11.10-11.20 | <i>R. Cvetko</i> | Oris intestinalnih stom |
| 11.20-11.30 | <i>J. Gale</i> | Nega bolnika z izpeljanim črevesom |
| 11.30-11.40 | | Razpravljanje, test Zaključek tečaja |

Informacije in prijave: Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo
Zaloška 7, 1000 Ljubljana
tel. 061 / 447-384, 13 13 113 int. 25-25 ali
sprejemna pisarna XXXV. podiplomskega tečaja kirurgije.

Lokacija: Velika predavalnica Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2.

Kotizacija: Za udeležence, ki bodo plačali kotizacijo do 15. 1. 1999 je 20.000,00 SIT, po tem datumu 22.000,00 SIT, za sekundarije velja kotizacija v znesku 10.000,00 SIT. Za udeležence delavnice šivalne tehnike znaša kotizacija dodatnih 10.000,00 SIT. Delavnice se lahko udeležijo samo udeleženci tečaja. Kotizacijo nakažite na žiro račun Medicinske fakultete v Ljubljani, št. 50103-603-41175 - sklic na številko 230-10 - za XXXV. podiplomski tečaj kirurgije. Ob registraciji bo potrebno, kot dokazilo poprejšnjega plačila, predložiti kopijo virmana.

Vsak udeleženec s plačano kotizacijo prejme Zbornik del tega podiplomskega tečaja in zbirko testnih vprašanj; v kotizacijo sta vračunani tudi dve kosili in kava med odmori.

Vsi udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi na tečaju.

Tistim, ki bodo uspešno opravili preskus znanja, bomo po pošti poslali potrdilo o aktivni udeležbi in uspešnem preskusu znanja.

Zdravniška zbornica Slovenije bo XXXV. tečaj kirurgije za zdravnike splošne medicine upoštevala ob podaljševanju licence zdravnikom v skladu z 71. in 85./II členom Zakona o zdravstveni dejavnosti in 6. členom Pravilnika o podeljevanju, podaljševanju in odvzemanju dovoljenja za samostojno opravljanje dela zdravnikov soziroma zobozdravnikov.

Sprejemna pisarna (med prireditvijo): Avla pred veliko predavalnico Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2. Odrpta je med 8. in 16. uro vsakega dne predavanj.

Vodja tečaja:
Prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.

SEKCIJA ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO SZD

in

KLINIČNI ODDELEK ZA NEVROLOGIJO, SPS PEDIATRIČNA KLINIKA

vabita ob

45-LETNICI PRVE UPORABE ELEKTROENCEFALOGRAFIJE V SLOVENIJI
IN OB 45-LETNICI OBSTOJA ODDELKA ZA OTROŠKO NEVROLOGIJO
NA PEDIATRIČNI KLINIKI V LJUBLJANI

na

SIMPOZIJ

NOVOSTI V ODRASLI IN OTROŠKI NEVROFIZIOLOGIJI*

25. do 27. marec 1999, Ljubljana – dvorana Lek

PROGRAM

Četrtek, 25. marec 1999

| | |
|-------------------------|--|
| Z. Pirtošek | Kognitivna nevrofiziologija |
| T. Žgur | Normalni in nenormalni EEG pri novorojenčku |
| D. Neubauer | Kontinuirani monitoring cerebralnih funkcij – CFM |
| I. M. Ravnik, Š. Kopač, | EEG pri epilepsijah in epileptičnih sindromih otrok in mladostnikov |
| Z. Rener, D. Neubauer | EEG pri epilepsijah odraslih |
| M. Janko | Vloga videotelemetrije pri trdovratnih epilepsijah |
| B. Lorber, I. M. Ravnik | Srčno-dihalne funkcijske preiskave in izvajanje okulkardialnega refleksa |
| Š. Kopač, D. Neubauer | Poligrafsko snemanje spanja |
| L. Dolenc | |

Petek, 26. marec 1999

| | |
|--------------------------|--|
| D. B. Vodušek, S. Podnar | Uronevrofiziologija |
| Z. Rodi, D. B. Vodušek | Medoperacijski nevrofiziološki nadzor hrbtenjače |
| M. Janko, J. Zidar | EMG pri otrocih in odraslih |
| J. V. Trontelj | Mikro EMG in diagnostika miastenij |
| J. Brecelj | VEP & ERG v otroški in odrasli nevrologiji |
| Š. Kopač | Vpliv hiperbilirubinemije na slušne vzbujene potenciale pri novorojencu |
| D. Butinar, J. Vatovec, | |
| B. Alčin | Opredeitev izgube sluha pri bolnikih s hereditarnimi nevropatijami |
| T. Prevec | SEG analiza reinervacije, degeneracije in disfunkcije somatosenzoričnega sistema |
| J. Zidar | Motorični evocirani potenciali – MEP |

Sobota, 27. marec 1999

| | |
|------------------------|--|
| M. Gregorič | Patofiziološke osnove zdravljenja spastičnosti |
| M. Gregorič, H. Damjan | Živčno-mišična električna stimulacija |
| J. Vatovec | Otoakustična emisija in elektronistagmografija |
| M. Mihelin, B. Konec | Nove tehnologije v nevrofiziologiji |

Število udeležencev: Do 40

Kotizacija: 55.000,00 SIT; enodnevna kotizacija 20.000,00 SIT
Vplača se na ŽR 50100-678-706723, Ustanova za otroško nevrologijo s pripisom: SEG – simpozij

Prijava in informacije: Doc. dr. David Neubauer, dr. med. ali prim. mag. Štefan Kopač, dr. med.

Pediatrična klinika

Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana

Tel.: 061 / 30 03 273, 12 34 124; faks: 061 / 31 02 46

el. pošta: david.neubauer@mf.uni-lj.si

* Vsi predavatelji se odrekajo honorarjem v korist nabave nove aparature za senzorično encefalografijo na Kliničnem oddelku za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika

OBVESTILO O PODIPLOMSKEM IZOBRAŽEVANJU IZ HOSPITALNE HIGIENE ZA ZDRAVNIKE

Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo bo v sodelovanju s Kliničnim centrom iz Ljubljane v zimskem semestru šolskega leta 1999/2000 organizirala enosemestrsko podiplomsko izobraževanje iz hospitalne higijene za zdravnike.

Pričetek študija: 18. oktobra 1999

Pogoji za sprejem: Diploma medicinske fakultete, opravljen strokovni izpit; zaželjena zdravniška praksa

Znesek kotizacije: 1.500,00 DEM (v tolarški protivrednosti)

Število udeležencev: 15

Razpis podiplomskega izobraževanja bo objavila Medicinska fakulteta v dnevnem časopisu DELO v drugi polovici meseca junija 1999.

INFORMATIVNA PRIJAVNICA ZA PODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE IZ HOSPITALNE HIGIENE V ŠOLSLEM LETU 1999/2000

Ime in priimek _____ Poklic _____

Delovna organizacija _____

Naslov _____

Prijavnico pošljite na naslov: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana. Rok predprijave je 28. februar 1999.

Datum: _____ Podpis: _____

UNIVERZA V LJUBLJANI
MEDICINSKA FAKULTETA
INŠTITUT ZA MIKROBIOLOGIJO IN IMUNOLOGIJO
KATEDRA ZA MIKROBIOLOGIJO IN IMUNOLOGIJO

1000 Ljubljana, Zaloška 4
Tel.: 061 / 302-795, 316-593, 317-641; fax: 061 / 302-895

PRAVKAR IZŠLO

BOLNIŠNIČNA HIGIENA

Glavni urednik *prof. dr. Marija Gubina, dr. med.*

Učbenik in priročnik »**Bolnišnična higiena**« je namenjen vsem, ki spoznavajo zdravstveno nego, medicino, sanitarno mikrobiologijo in organizacijo dela v bolnišnici; vsem, ki uvajajo nove standardne postopke in tistim, ki bi radi posodobili zdavnaj utirjeno delo.

Knjiga obsega naslednja poglavja:

- Mikrobni povzročitelji okužb
- Bolnišnične okužbe
- Bolnišnična higiena
- Zdravstvena nega
- Higiena
- Zaščita zdravstvenih delavcev
- Sanitarna mikrobiologija
- Antibiotiki in citostatiki
- Razkužila in sterilizacija
- Epidemiologija
- Zakonodaja v zdravstvu

V dodatku so naštet razkuževalna sredstva in čistila, ki se uporabljajo pri nas.

SPLOŠNA MEDICINSKA VIROLOGIJA

Urednik *prof. dr. Srečko Koren, dr. med.*

Iz recenzije:

Prednosti knjige so številne. V primerjavi s podobnimi knjigami, ki so pri nas izšle v prejšnjih letih, prinaša sodobne poglede, zlasti na tistih področjih, kjer je molekularna biologija prispevala pomembne novosti... Opozarja na številne biološke, pa tudi medicinske vidike virologije, ki jih zdravniki danes ne poznajo, pa bi jim poznavanje dogajanj bilo v prid pri spoznavanju in zdravljenju virusnih okužb. (*Prof. dr. Miha Likar, dr. med.*)

Knjiga obsega naslednja poglavja:

- Splošne lastnosti virusov
- Poimenovanje in razvrstitev virusov
- Razmnoževanje virusov
- Virusna genetika in izvor virusov
- Patogeneza virusnih okužb
- Virusna onkogeneza
- Virusi in tumorji
- Naravna protivirusna odpornost
- Imunski protivirusni odziv
- Neposredno dokazovanje virusov
- Posredno dokazovanje virusov
- Molekularno dokazovanje virusov
- Kemoterapija virusnih bolezni
- Virusna cepiva in imunski serumi
- Prioni

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam:

izvodov knjige Bolnišnična higiena. Cena izvoda je 4.260,00 SIT.

izvodov knjige Splošna medicinska virologija. Cena enega izvoda je 1.600,00 SIT.

Knjigo bom plačal po povzetju

s položnico na žiro račun št. 50103-603-4115, s pripisom Mikro (prilagam fotokopijo položnice)

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Naročilnice pošljite na naslov: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana.

INŠTITUT RS ZA REHABILITACIJO

in

KATEDRA ZA FIZIKALNO IN REHABILITACIJSKO MEDICINO

organizirata

X. DNEVE REHABILITACIJSKE MEDICINE

REHABILITACIJSKA MEDICINA V STAROSTI

19. in 20. marec 1999, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju Klinike

Strokovni vodja: *Prof. dr. Črt Marinček, dr. med.*

Število udeležencev: Neomejeno

Prijave pošljite na naslov: *Ga. Ela Loparič*

Inštitut RS za rehabilitacijo
Linhartova 51, 1000 Ljubljana
Tel.: 061 / 17 58 441, faks: 061 / 13 76 589

Kotizacija: 20.000,00 SIT. Plačate jo na žiro račun Inštituta RS za rehabilitacijo št.: 50105-603-48428 ABANKA

Vloga za soglasje Zdravniške zbornice Slovenije za podaljševanje licence je v postopku.

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

in

ZDRUŽENJE ZA SENOLOGIJO SOVENIJE

5. TEČAJ DIAGNOSTIKE RAKA DOJK

Maribor, 12.–15. aprila 1999

PROGRAM

Ponedeljek, 12. aprila 1999

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

Torek, 13. aprila 1999

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

Sreda, 14. aprila 1999

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

Četrtek, 15. aprila 1999

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

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

Maksimalno število je 15 slušateljev.

Udeležba na tečaju se priznava za podaljšanje licence zdravnikom.

Kraj tečaja: Predavalnica ginekološkega oddelka in Center za bolezni dojk Splošne bolnišnice Maribor.

Čas tečaja: 12. do 15. aprila 1999

Prijave: Prijave sprejemamo na naslov: Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo
Center za diagnostiko bolezni dojk
Ljubljanska c. 5, 2000 Maribor

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

Informacije: *Slavka Divjak, med. sr.*
Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo
Center za diagnostiko bolezni dojk
Tel.: 061 / 317-221, int. 34-47

Prijave sprejemamo tudi po telefonu, prijavnice in kopijo položnice pa pošljite na naslov:
Slavka Divjak, med. sr.
Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo
Center za diagnostiko bolezni dojk
Tel.: 061 / 317-221, int. 34-47

Zaključek prijav: 15. marca 1999

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

PRIJAVNICA

Ime in priimek: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Naslov stalnega bivališča: _____


Ustanova: _____

Naslov: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Prijavljam se za V. TEČAJ DIAGNOSTIKE RAKA DOJK v terminu od 12. do 15. aprila 1999

Podpis: _____



Novartis v dermatologiji

Od poznavanja kože
do umetnosti zdravljenja

Visoko kvalitetni zdravili

Lamisil® (terbinafin) in
Neoral® (ciklosporin)
zaznamujeta dermatologijo danes.

Inovativne raziskave

stremijo k izboljšanju zdravljenja v prihodnosti.

Vaš partner v dermatologiji

trudimo se z vami,
da najdemo rešitev za vsakega bolnika.

Informacije in literatura
so na voljo pri

Novartis Pharma Services Inc.

Podružnica v Sloveniji

Dunajska 22, 1511 Ljubljana

telefon (061) 133 04 04,

faks (061) 133 96 55



NOVARTIS

**Kvaliteta, inovativnost,
sodelovanje v dermatologiji.**

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremni dopis

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

Tipkopis

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

V besedilu so dovoljene kratice, ki pa jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Že uveljavljenih okrajšav ni treba razlagati (npr. L za liter, mg za miligram itd.).

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in

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

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

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

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

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

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

Zaključki (Conclusions): Navesti je treba le tiste zaključke, ki izhajajo iz podatkov, dobljenih pri raziskavi; treba je navesti ev. klinično uporabnost ugotovitev. Navesti je treba, kakšne dodatne študije so še potrebne, preden bi se zaključki raziskave klinično uporabili. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot negativne 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 in razlaga v tekstu uporabljenih kratic morajo biti napisani na posebnih listih.

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

–primer za knjigo:

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

–primer za poglavje iz knjige:

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

–primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

–primer za članek iz suplementa revije:

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

–primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 68, JANUARY 1999, Pages 1-68, Number

CONTENTS

PROFESSIONAL ARTICLES

Cerebral palsy in children of primary school age, A. Kavčič, M. Veličkovič-Perat 1

Endovascular treatment of spontaneous dural arteriovenous fistula, T. Šeruga 5

REVIEW ARTICLES

Familial hypercholesterolemia, A. Lavrenčič, Z. Fras, I. Keber 9

Evaluation of the hip status, D. Smrke, V. Pavlovčič, A. Iglič, V. Kralj-Iglič 15

The loosening of total hip replacement, III Biological response of total hip replacements,
A. Cör, I. Milošev, V. Antolič, S. Herman, A. Minovič 21

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS