



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 65, FEBRUAR 1996, str. 61–112, ŠT. 2

VSEBINA

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

Imunocitokemične lastnosti filamentov v distrofičnih nevritih pri Alzheimerjevi bolezni,
D. Praprotnik 61

STROKOVNI PRISPEVKI

Okužba s humanim parvovirusom B19 v nosečnosti, V. Maraspin-Čarman 67

Težka oblika leptospiroze z akutnim pankreatitisom in večorgansko odpovedjo
– prikaz primera in pregled literature, A. Sinkovič, R. Hojs, A. Veble, Z. Baklan 71

Prevalenca, lokalizacija in velikost enostavnih cist ledvic, R. Hojs, R. Ekart 75

PREGLEDNI PRISPEVKI

Vloga radioterapije pri zdravljenju pljučnega raka, M. Debevec 79

PISMA UREDNIŠTVU

Porodna poškodba – zlom distalne epifize nadlahtnice, M. Tonin, J. Prinčič, A. Aleš 85

Ponovni sprejem po porodu zaradi krvavitev, K. Geršak, Ž. Novak-Antolič, V. Cerar 87

RAZGLEDI

Osebne vesti 73

Jubileji 89

Mednarodno sodelovanje 89

Strokovno izpopolnjevanje 90

Strokovna srečanja 93

Aktualni pogovori 96

Zanimivo je vedeti 100

Podlistek 104

Zdravniški vestnik pred 60 leti 105

Nove knjige 105

V tej številki so sodelovali 88

Oglasi 66, 70, 74, 78, 108–112

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 7.000,00 SIT, za študente 1.750,00 SIT, za ustanove 53.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.500,00 SIT.

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
steje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje
5% davek od prometa proizvodov.

- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 7.000,00 SIT,
for students 1.750,00 SIT, for institutions 53.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.500,00 SIT.

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

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Printed in 4200 copies

Research article/Raziskovalni prispevek

IMMUNOCYTOCHEMICAL PROPERTIES OF FILAMENTS IN THE DYSTROPHIC NEURITES OF ALZHEIMER'S DISEASE

IMUNOCITOKEMIČNE LASTNOSTI FILAMENTOV V DISTROFIČNIH NEVRITIH
PRI ALZHEIMERJEVI BOLEZNI

Darja Praprotnik

Institute for Pathology, Medical Faculty, Korytkova 2, 61005 Ljubljana

Arrived 1995-11-07, accepted 1996-02-14; ZDRAV VESTN 1996; 65: 61-5

Key words: senile plaques; protein τ ; amyloid β ; β -precursor protein

Abstract – Background. Senile plaques of Alzheimer's disease are comprised of fibrillary deposits of amyloid β in the centre, surrounded by degenerating or dystrophic neurites. The dystrophic neurites contain abnormal paired helical filaments, straight filaments and various vesicles. The relationship between the dystrophic neurites and the extracellular amyloid β deposits is not clarified. It has been shown, that the abnormal filaments in the dystrophic neurites contain protein τ , ubiquitin and neurofilaments. The dystrophic neurites also contain epitopes of β -precursor protein and/or amyloid β and the components of extracellular matrix. In this study we tried to find out, if β -precursor protein / amyloid β epitopes are present on τ -positive filaments of dystrophic neurites.

Material and methods. In the study autopsy tissue from brain cortex of four patients fulfilling the internationally confirmed criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease were included. Light and electron double immunostaining methods were performed. We used antisera specific for protein τ , ubiquitin, β -precursor protein / amyloid β , synaptophysin and glial fibrillary acidic protein GFAP.

Introduction

Alzheimer's disease is a neurodegenerative disease, which is patomorphologically characterised by two types of lesions, i.e. senile plaques and neurofibrillary tangles (1). These lesions are characteristic but not specific for the disease and appear in various parts of the brain, especially in the association areas of the neocortex, hippocampus and parahippocampal structures, and in nucleus basalis of Meiner (2).

The senile plaques are composed of fibrillar extracellular amyloid deposits in the centre of the plaque (3), surrounded by degenerated or dystrophic neurites (4). The main component of senile plaque cores are 7 nm fibrils of amyloid β . Amyloid β is

Ključne besede: senilni plaki; protein τ ; amiloid β ; β -prekursor protein

Results. The dystrophic neurites often contained protein τ , ubiquitin, synaptophysin and β -precursor protein / amyloid β epitopes, but not always simultaneously. Electron microscopic double immunogold staining methods showed consistent presence of protein τ and ubiquitin on paired helical filaments and straight filaments. These filaments often showed presence of β -precursor protein / amyloid β epitopes, which were also present on granular material in some dystrophic neurites. The fibrils in the centre of the senile plaques outside the dystrophic neurites contained only β -precursor protein / amyloid β epitopes. GFAP was not present inside the plaques.

Conclusion. The presence of β -precursor protein / amyloid β epitopes on the abnormal, τ -positive neuronal filaments shows interaction between β -precursor protein or its fragments and protein τ , which apparently begins already inside the neurons. The results are consistent with active participation of the dystrophic neurites in the pathogenesis of senile plaques in Alzheimer's disease.

a 4,2 kD polypeptide, which is produced by abnormal intramembraneous cleavage of a longer transmembraneous molecule, i.e. β -precursor protein (5). Amyloid β spans 11-15 amino-acid residues of transmembraneous and 28 amino-acid residues of extramembraneous part of β -precursor protein (5, 6). In normal conditions enzyme α -secretase cleaves β -precursor protein inside the amyloid β sequence (7). The mechanism of amyloid β deposition in the senile plaques is not known yet. Immunocytochemical studies have shown that the senile plaques contain not only epitopes of amyloid β , but also epitopes of β -precursor protein, which are located outside the amyloid β sequence (8). The cellular metabolism and biological role of β -precursor protein are not known. Some reports suggest, that β -



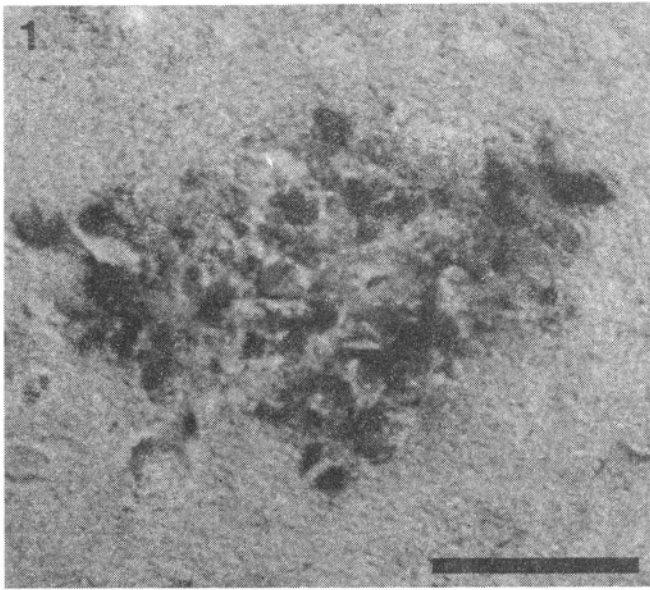


Fig. 1. In a large senile plaque some dystrophic neurites contain only protein τ (brown) or β -precursor protein (blue), but most of the dystrophic neurites contain both types of filaments (methods PAP and APAAP). Scale bar: 0.1 mm.

Sl. 1. V obsežnem senilnem plaku nekateri nevriti vsebujejo zgolj protein τ (rjavo) oziroma β -prekurzorski protein (modro), v večini nevrinov pa opazimo hkratno prisotnost obeh vrst proteinov (metodi PAP in APAAP). Merilo: 0,1 mm.

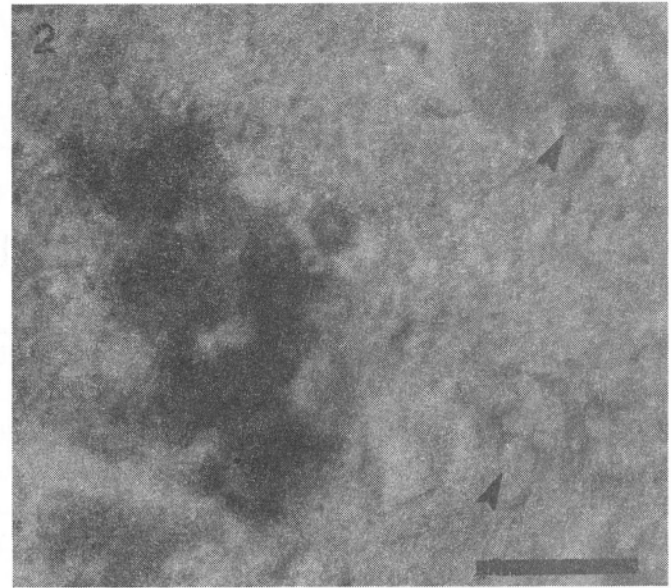


Fig. 2. The astrocytes marked with anti-GFAP (brown, arrows) are found around the senile plaques, but not inside the plaques. The dystrophic neurites contain plenty of β -precursor protein (blue) (methods PAP and APAAP). Scale bar: 0.05 mm.

Sl. 2. Astroцитi, označeni z anti-GFAP (rjavo, puščice), se nabajajo v bližini senilnih plakov, vendar ne v njihovi notranjosti. Distrofični nevriti vsebujejo obilo β -prekurzorskega proteina (modro) (metodi PAP in APAAP). Merilo: 0,05 mm.

precursor is a cellular receptor (9) or adhesion molecule (10). Besides amyloid β and β -precursor protein epitopes, senile plaques also contain various enzymes and enzyme inhibitors (11, 12), components of extracellular matrix (13), amyloid P (14).

The dystrophic neurites which surround fibrillar deposits in the centre of the plaque contain different abnormal filaments and various types of vesicles (4). The dystrophic neurites and the neurofibrillary tangles represent so-called «neurofibrillary pathology», which means transformation of the normal neuronal cytoskeleton into bundles of abnormal paired helical filaments and straight filaments (4). These abnormal filaments are resistant to proteolytic degradation and remain in the extracellular space after the death of the neurons (15). It is not clear, if the dystrophic neurites represent a consequence of extracellular amyloid β deposition or if they actively contribute to amyloid β deposition. The biochemical composition of the paired helical filaments and straight filaments of the dystrophic neurites and neurofibrillary tangles is still not clarified. The only protein that was isolated from these filaments was protein τ (16). Protein τ belongs to a group of MAP - microtubule-associated proteins, which are normally associated with microtubules and stabilise them in polymerised state (17). Light microscopic immunocytochemical studies have shown that the dystrophic neurites contain not only the protein τ (18), but also heat-shock protein ubiquitin (19), neurofilaments (20), β -precursor protein (8, 21) and the components of extracellular matrix. Electron microscopic studies have shown that abnormal filaments contain protein τ and ubiquitin (15), but it is not known, if β -precursor epitopes are also present on τ -positive abnormal filaments.

In our study we tried to find out if τ -positive abnormal filaments in the dystrophic neurites also contain β -precursor protein / amyloid β epitopes. We used light and electron microscopic double immunostaining methods. We tried to get some new information about the contribution of the abnormal neuronal filaments in the pathogenesis of the senile plaques of Alzheimer's disease.

Material and methods

Tissue and fixation

In our study we included autopsy specimen of the brain cortex of four patients aged 73 to 95 years, which showed clinical signs of dementia and were fulfilling the internationally confirmed criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease (1). The tissue was taken 3.5 to 8 hours after the death and fixed in methacarn or Bouin's solution.

The selection of specific antibodies

We used rabbit polyclonal antiserum (22) and mouse monoclonal antibodies against protein τ (23); mouse monoclonal antibodies anti-amyloid β_{1-24} (24), rabbit antiserum anti-amyloid β_{1-24} (8) and rabbit antiserum against β -precursor protein₇₇₀, which does not cross-react with amyloid β (21); rabbit antiserum (25) and mouse monoclonal antibodies against ubiquitin (26); rabbit antiserum against synaptophysin (27); and rabbit antiserum anti-GFAP against glial acidic fibrillary protein.

Light microscopic immunocytochemical method (double staining)

We used the double immunostaining method (28). After blocking of endogenous peroxidase with 3% H_2O_2 , the tissue sections were incubated with two different types of selected primary antibodies (raised with the immunisation of two different sorts of animals - rabbit and mouse) over night at 4 °C. After rinsing the sections were incubated with secondary goat antibodies. For the localisation of one antigen we used PAP method (peroxidase-anti-peroxidase) and for the localisation of the other antigen we used APAAP method (alkaline phosphatase-anti-alkaline phosphatase). The sections were dehydrated and covered by Parmount.

Light microscopic double immunostaining methods were used as a control for electron microscopic double staining methods.

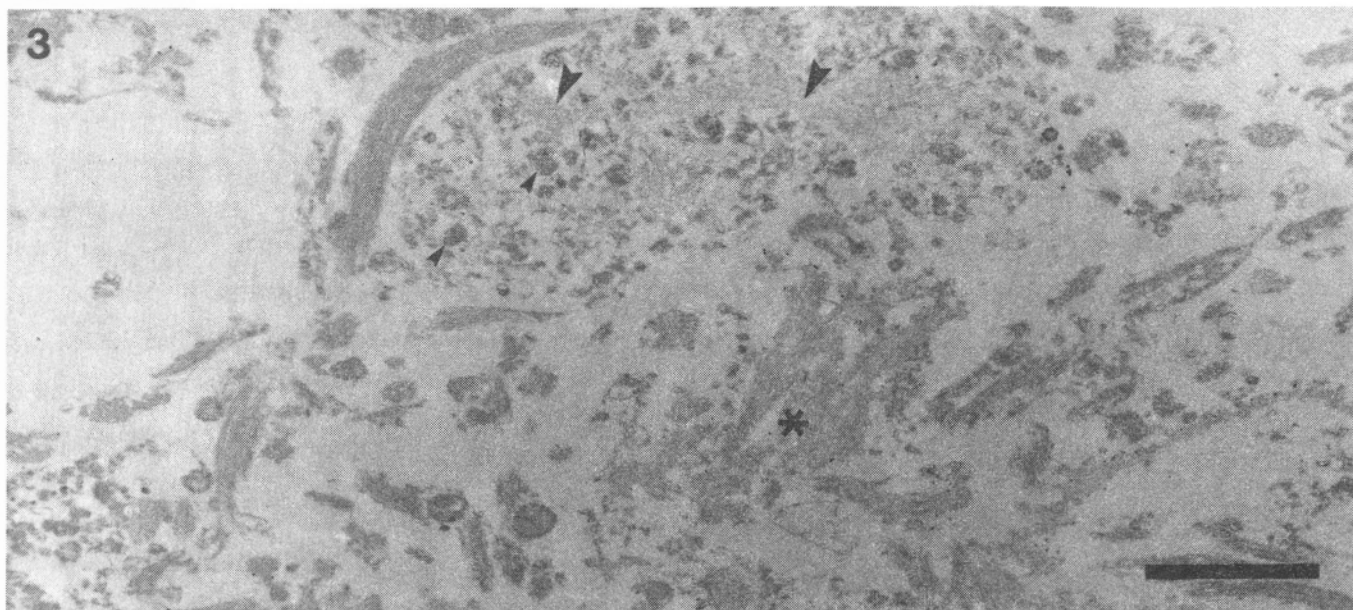


Fig. 3. Despite the autolysis the overall structure of the dystrophic neurites in autopsy tissue was well preserved (big arrows show abnormal filaments, small arrows show vesicular or amorphous material). In the centre of the senile plaque there are deposits of amyloid β fibrils (*). Scale bar: 20 μm .

Sl. 3. Kljub avtolizi je bila osnovna struktura distrofičnih neuritov v avtopsijskih vzorcih ohranjena (velike puščice kažejo nenormalne filamente, male puščice pa vezikularne oziroma amorfne strukture). V osrednjem delu so depoziti fibril amiloida β (*). Merilo: 2,0 μm .

Electron microscopic immunocytochemical method (double staining)

The vibratome sections (30–60 nm thick) were first incubated with 10% NGS (normal goat serum), then they were incubated with selected primary rabbit or mouse antibodies, over night at 4 °C (or with 1% NGS in control sections). After rinsing with 10% NGS the sections were incubated over night at 4 °C with appropriate secondary goat antibodies, which were marked with colloidal gold of two different dimensions (20 nm and 7 nm) (29).

After rinsing the tissue was fixed in 2.5% glutaraldehyde in 0.2M cacodylate buffer and then postfixed in 4% solution of osmium tetroxide. After dehydration the tissue was embedded in Epon 812. The sections were examined with JEOL 100CX electron microscope at 60 kV.

In parallel we ran the experiments where one epitope was marked with 7 nm gold and the other with 20 nm and vice-versa. The same results show that the steric hindrance did not influence our results. We also tested cross-reactivity between the antibodies raised in different sorts of animals. Secondary goat antibodies against selected primary antibodies raised in the other sort of animal did not show cross-reactivity. For negative control 10% NGS was used instead of primary antibodies.

Results

Light microscopy

The neuritic senile plaques always contained dystrophic neurites, which were stained by anti- τ , anti-ubiquitin and anti- β -precursor protein antibodies, but these epitopes were not always present simultaneously.

As a rule the dystrophic neurites were stained by both anti- τ and anti-ubiquitin antibodies. The combination of antisera anti- τ anti- β -precursor protein also showed simultaneous presence of both antigens in most but not all of the dystrophic neurites (Fig. 1). Besides the dystrophic neurites β -precursor protein epitopes were also present in the senile plaque cores, but as a rule the

central parts of the plaques were stained weakly. Antibodies against amyloid β marked the cores of the senile plaques and also some of the dystrophic neurites. The antibodies against synaptophysin stained only the dystrophic neurites.

Anti-GFAP antiserum marked the astrocytes, which were often present in close proximity of the senile plaques (Fig. 2). Inside the senile plaques there were no structures stained with anti-GFAP.

Electron microscopy

The overall structure of the dystrophic neurites was preserved despite the autolysis (Fig. 3).

Paired helical filaments always contained epitopes of ubiquitin and protein τ and sometimes also β -precursor protein / amyloid β (Fig. 4 and 5). The straight filaments always contained protein τ and ubiquitin and usually β -precursor protein / amyloid β . The abnormal filaments in the dystrophic neurites were weakly stained with anti-amyloid β antibodies, but significantly above background. Abnormal filaments in the dystrophic neurites were not stained with antibodies against synaptophysin and GFAP.

The membranes in the dystrophic neurites were mostly disrupted. Amorphous and vesicular structures in the dystrophic neurites were occasionally stained with antisera against β -precursor protein and ubiquitin, and some vesicles contained synaptophysin. The fibrils in the centre of the senile plaques contained amyloid β and β -precursor protein epitopes, which are located outside the amyloid β sequence. The fibrillary deposits in the centre of the senile plaques were not stained with antisera against protein τ , ubiquitin and GFAP.

Discussion

In our study we confirmed the presence of protein τ (30), ubiquitin (19) and β -precursor protein / amyloid β (8) in the dystrophic neurites. We also showed that the epitopes of protein τ and ubiquitin are present on paired helical filaments and straight filaments (15, 31, 32). The β -precursor protein epitopes are

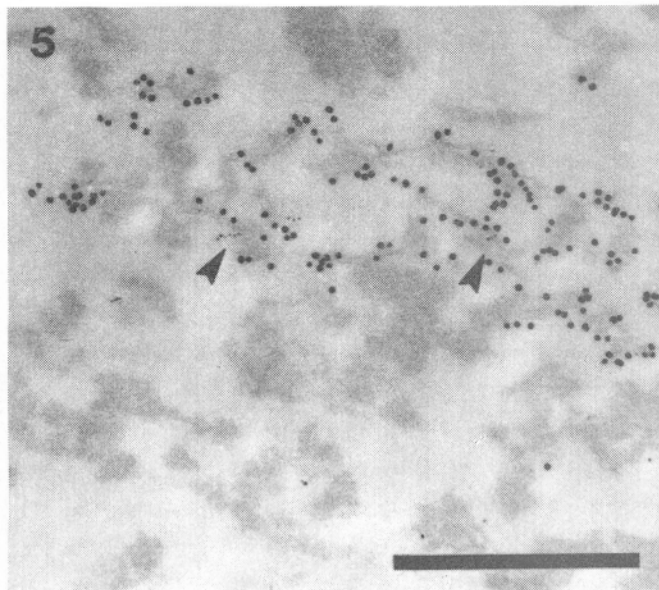
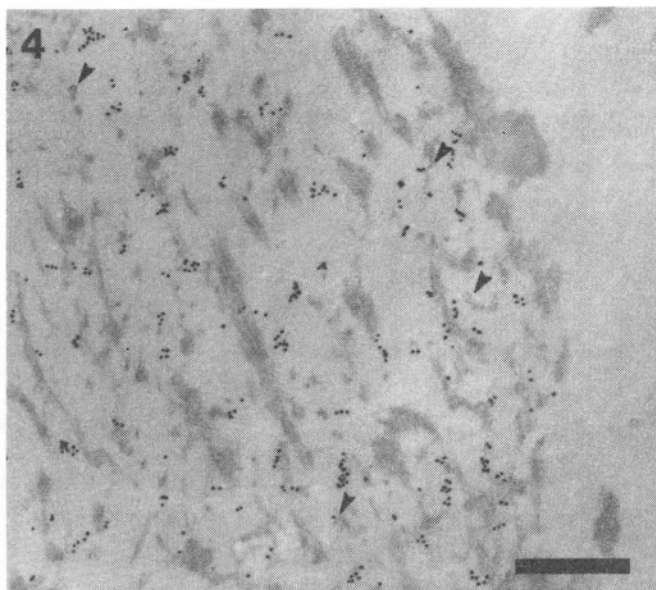


Fig. 4 and 5. Paired helical filaments are marked with anti- τ antibodies (17 nm gold) and with anti-amyloid β antibodies (5 nm gold), barely but consistently over background. Scale bar: 0.5 μ m.

Sl. 4 in 5. Parni zviti filamenti v distrofičnem nevrITU so zaznamovani z anti- τ (17 nm delci zlata) in šibko, vendar očitno intenzivneje od ozadja, označeni z anti-amiloid β (5 nm delci zlata, puščice). Merilo: 0,5 μ m.

present on paired helical filaments and straight filaments, and occasionally also on the granular material in dystrophic neurites, which corresponds to the autolytically transformed dense vesicles (28). We confirmed the findings of some other light microscopic studies, which showed that the neurofibrillary tangles and dystrophic neurites contained amyloid β (33). We extended these observations by showing the presence of β -precursor protein / amyloid β epitopes on the abnormal, τ -positive paired helical filaments and straight filaments.

These results show that the interaction between protein τ and β -precursor protein could begin in the neurons and continue after the death of the cell and externalisation of the filaments in the extracellular space. The interaction of protein τ with β -precursor protein is apparently based on the interaction of protein τ with amino-acid sequence in β -precursor protein in the close proximity of amyloid β sequence, which is present in the intramembrane part of β -precursor protein (34). It is expected that with the disruption of the cytoplasmic membranes and the transformation of normal neuronal cytoskeleton into abnormal filaments the interactions between protein τ and β -precursor protein are promoted and serve as a mutual nucleation site for further growth of amyloid fibrils. Our results are consistent with the reports of other experimental studies which showed the deposition β -precursor protein / amyloid β on τ -positive abnormal filaments which were implanted in the rat brain (35).

The relationship between abnormal filaments in the neuron and extracellular amyloid β deposits is still a mystery. We have shown that in contrast to the filaments of the dystrophic neurites the fibrils in the senile plaque cores don't contain protein τ . There are some possible explanations for this discrepancy.

(1) During neuronal degeneration the abnormal filaments are directly transformed into amyloid β fibrils (36). Because of greater resistance of amyloid β than protein τ for proteolytic degradation in the extracellular space, in the end only amyloid β deposits remain in the extracellular space.

(2) Amyloid β deposition could be independent of the presence of abnormal neuronal filaments. In this case amyloid β could be deposited on the extracellular matrix components (37). However it has been shown that the appearance of Alzheimer's disease is associated with the emergence of the neuritic senile plaques,

which always contain dystrophic neurites, and it does not depend on amyloid deposition (38).

(3) Both mechanisms of amyloid β deposition in Alzheimer's disease may occur concurrently and promote each other. The consequence is the deposition of amyloid β on the filaments from the degenerating neurons and on the filaments of extracellular matrix. Some reports show that the presence of protein τ promoted the polymerisation of β -precursor protein fragments (39). Besides that the extracellular matrix components also promote the formation of amyloid β fibrils (40).

Izvelec – Izhodišča. Senilne plake pri Alzheimerjevi bolezni sestavljajo osrednji fibrilarni depoziti amiloida β , v okolici pa so nakopičeni propadajoči oziroma distrofični nevrITI, ki vsebujejo nenormalne parne zvite filamente in ravne filamente ter različne vezikule.

Amiloid β nastane kot posledica nenormalnega cepjenja večje transmembranske molekule β -prekuzorskega proteina, katere fiziološka vloga ni znana. Patogenetski mehanizem, ki privede do odlaganja amiloida β v izvenseličnem prostoru, ni pojasnjen. Z imunohistokemičnimi metodami so prikazali, da osrednji deli senilnih plakov sicer vsebujejo amiloid β kot osnovno sestavino, poleg tega pa vsebujejo tudi epitope β -prekuzorskega proteina, ki se nabirajo izven predela, ki zajema aminokislinsko zaporedje amiloida β , razne encime in njihove inhibitorje ter sestavine izvenseličnega matriksa. Odnos med distrofičnimi nevrITI in izvenseličnimi fibrilarnimi amiloidnimi depoziti ni pojasnjen.

Nenormalni parni zviti filamenti in ravni filamenti, ki se pri Alzheimerjevi bolezni pojavijo v perikarionih živčnih celic in distrofičnih nevrITih, nastanejo kot posledica preoblikovanja normalnega citoskeleta. Ti filamenti so odporni na delovanje proteolitičnih encimov in po odmrtnju živčnih celic ostanejo v izvenseličnem prostoru. Poznano je, da nenormalni filamenti v distrofičnih nevrITih vsebujejo epitope proteina τ , ubikvitina in neurofilamentov. Poleg teh sestavin pa tudi distrofični nevrITI vsebujejo epitope β -prekuzorskega proteina oziroma amiloida β in sestavine ekstracelularnega matriksa. Natančna lokalizacija teh sestavin v distrofičnih nevrITih ni poznana. V študiji smo skušali ugotoviti, ali se epitopi β -prekuzorskega proteina ozi-

roma amiloida β nabajajo na τ -pozitivnih filamentih distrofičnih neuritov.

Material in metode. V študijo smo vključili avtopsijske vzorce možganske skorje štirih bolnikov, ki so ustrezali mednarodnim kriterijem za diagnozo Alzheimerjeve bolezni. Tkiune vzorce smo obdelali s svetlobno mikroskopskimi in elektronsko mikroskopskimi metodami dvojnega označevanja. Za študijo na svetlobno mikroskopskem nivoju smo uporabili metodi peroksidaza-antiperoksidaza in alkalna fosfataza-antialkalna fosfataza, na elektronsko mikroskopskem nivoju pa metodo dvojnega označevanja z delci koloidnega zlata dveh različnih dimenzij (7 nm in 20 nm). Uporabili smo antiserume, specifične za protein τ , ubikvitin, β -prekuzorski protein, amiloid β , sinaptofizin in glialni kisti protein GFAP.

Rezultati. Na svetlobno mikroskopskem nivoju smo prikazali, da so distrofični neuriti pogosto hkrati vsebovali protein τ , ubikvitin, sinaptofizin in β -prekuzorski protein / amiloid β , vendar ne vselej hkrati. Na elektronsko mikroskopskem nivoju smo opazili, da so parni zvitni filamentni in ravni filamentni vselej vsebovali protein τ in ubikvitin, pogosto pa tudi epitope β -prekuzorskega proteina / amiloida β . Označevanje filamentov s protitelesi, usmerjenimi proti β -prekuzorskemu proteinu in amiloidu β , je bilo šibko, vendar močnejše od nespecifičnega označevanja ozadja. β -prekuzorski protein je bil v nekaterih distrofičnih neuritih prisoten tudi v granularnem materialu. Fibrile v jedru senilnih plakov, izven distrofičnih neuritov, so vsebovale le epitope β -prekuzorskega proteina / amiloida β . Epitopov GFAP v senilnih plakih nismo opazili.

Zaključek. Prisotnost epitopov β -prekuzorskega proteina oziroma amiloida β na nenormalnih, τ -pozitivnih filamentih živičnih celic kaže na interakcijo med β -prekuzorskim proteinom oziroma njegovimi fragmenti in proteinom τ , ki se začne že znotraj živčne celice, po odmrtni celice pa se nadaljuje v izvenceličnem prostoru. Sklepamo, da prisotnost τ -pozitivnih nenormalnih filamentov olajšuje odlaganje fragmentov β -prekuzorskega proteina in tvorbo fibril amiloida β . Rezultati so skladni s hipotezo, da so distrofični neuriti aktivno udeleženi pri nastanku senilnih plakov.

References

- Khachaturian ZS. Diagnosis of Alzheimer's disease. Arch Neurol 1985; 42: 1097-105.
- Ball MJ. Neuronal loss, neurofibrillary tangles and granulovacuolar degeneration in the hippocampus with ageing and dementia. A qualitative study. Acta Neuropathol 1977; 37: 111-8.
- Allsop D, Landon M, Kidd M. The isolation and amino acid composition of senile plaque core protein. Brain Res 1983; 259: 348-52.
- Kidd M. Alzheimer's disease - an electron microscopical study. Brain 1964; 87: 307-20.
- Kang J, Lemaire HG, Unterbeck A et al. The precursor of Alzheimer's disease amyloid A4 protein resembles a cell-surface receptor. Nature 1987; 325: 733-6.
- Castano EM, Frangione B. Human amyloidosis, Alzheimer disease and related disorders. Lab Invest 1988; 58: 122-32.
- Sisodia SS, Koo EH, Beyreuther K, Unterbeck A, Price DL. Evidence that β -amyloid protein in Alzheimer's disease is not derived by normal processing. Science 1990; 248: 492-5.
- Cras P, Kawai M, Lowery D, Gonzalez-DeWhitt P, Greenberg B, Perry G. Senile plaque neurites in Alzheimer disease accumulate amyloid precursor protein. Proc Natl Acad Sci USA 1991; 88: 7552-6.
- Nishimoto I, Okamoto T, Matsura Y et al. Alzheimer amyloid precursor complexes with brain GTP-binding protein G_0 . Nature 1993; 362: 75-9.
- Breen KC, Bruce M, Anderton BH. Beta amyloid precursor protein mediates neuronal cell-cell and cell-surface adhesion. J Neurosci Res 1991; 28: 90-100.
- Abraham CR, Selkoe DJ, Potter H. Immunocytochemical identification of the serine protease inhibitor α 1-antichymotrypsin in the brain amyloid deposits of Alzheimer's disease. Cell 1988; 52: 487-501.
- Kalaria RN, Golde T, Kroon SN, Perry G. Serine protease inhibitor antithrombin III and its messenger RNA in the pathogenesis of Alzheimer's disease. Am J Pathol 1993; 143: 886-93.
- Snow AD, Willmer JP, Kisilevsky R. Sulfated glycosaminoglycans in Alzheimer's disease. Hum Pathol 1987; 18: 506-10.
- Kalaria RN, Perry G. Amyloid P component and other acute-phase proteins associated with cerebellar $A\beta$ -deposits in Alzheimer's disease. Brain Res 1993; 631: 151-5.
- Tabaton M, Cammarata S, Mancardi G, Manetto V, Autillio-Gambetti L, Perry G. Ultrastructural localization of β -amyloid, τ , and ubiquitin epitopes in extracellular neurofibrillary tangles. Proc Natl Acad Sci USA 1991; 88: 2098-102.
- Wischick CM, Novak M, Thorgesen HC et al. Isolation of a fragment of tau derived from the paired helical filament of Alzheimer disease. Proc Natl Acad Sci USA 1988; 85: 4506-10.
- Trojanowski JQ, Schmidt ML, Shin R-W, Bramblett GT, Rao D, Lee VM-Y. Altered tau and neurofilament proteins in neurodegenerative diseases: diagnostic implications for Alzheimer's disease and Lewy body dementias. Brain Pathol 1993; 3: 45-54.
- Kosik KS, Joachim CL, Selkoe DJ. Microtubule-associated protein tau (τ) is a major antigenic component of paired helical filaments in Alzheimer disease. Proc Natl Acad Sci USA 1986; 83: 4044-8.
- Perry G, Friedman R, Shaw G, Chau V. Ubiquitin is detected in neurofibrillary tangles and senile plaque neurites of Alzheimer disease brains. Proc Natl Acad Sci USA 1987; 84: 3033-6.
- Cork LC, Sternberger NH, Sternberger LA, Casanova MF, Struble RG, Price DL. Phosphorylated neurofilament antigens in neurofibrillary tangles in Alzheimer's disease. J Neuropathol Exp Neurol 1986; 45: 56-64.
- Cras P, Kawai M, Siedlak S et al. Neuronal and microglial involvement in β -amyloid precursor deposition in Alzheimer's disease. Am J Pathol 1990; 137: 241-6.
- Perry G, Siedlak SL, Richey PL et al. Association of heparan sulfate proteoglycan with the neurofibrillary tangles of Alzheimer's disease. J Neurosci 1991; 11: 3679-83.
- Galloway PG, Perry G, Kosik KS, Gambetti P. Hirano bodies contain tau protein. Brain Res 1987; 403: 337-40.
- Kim KS, Miller DL, Sapienza VJ et al. Production and characterization of monoclonal antibodies reactive to synthetic cerebrovascular amyloid peptide. Neurosci Res Comm 1988; 2: 121-30.
- Manetto V, Perry G, Tabaton M et al. Ubiquitin is associated with abnormal cytoplasmic filaments characteristic of neurodegenerative diseases. Proc Natl Acad Sci USA 1988; 85: 4501-5.
- Shaw G, Chau V. Ubiquitin and microtubule-associated protein tau immunoreactivity each define distinct structures with differing distributions and solubility properties in Alzheimer brain. Proc Natl Acad Sci USA 1988; 85: 2854-8.
- Jahn R, Schiebler W, Oumet C, Greengard P. A 38,000-dalton membrane protein (p38) present in synaptic vesicles. Proc Natl Acad Sci USA 1985; 82: 4137-41.
- Kawai M, Cras P, Richey P et al. Subcellular localization of amyloid precursor protein in senile plaques of Alzheimer's disease. Am J Pathol 1992; 140: 947-58.
- Dè Panfilis G, Manara GC, Ferrari C, Torresani C, Sansoni P. A multiple-staining ultrastructural procedure simultaneously detecting three membrane antigens on suspended cells by monoclonal antibodies in pre-embedding immunogold labelling. Histochem J 1989; 21: 136-44.
- Wood JG, Mirra SS, Pollock NJ, Binder LI. Neurofibrillary tangles of Alzheimer disease share antigenic determinants with the axonal microtubule-associated protein tau (τ). Proc Natl Acad Sci USA 1986; 83: 4040-3.
- Perry G, Mulvihill P, Manetto V, Autillio-Gambetti L, Gambetti P. Immunocytochemical properties of Alzheimer straight filaments. J Neurosci 1987; 7: 3736-8.
- Mori H, Kondo J, Ihara Y. Ubiquitin is a component of paired helical filaments in Alzheimer's disease. Science 1987; 235: 1641-4.
- Perry G, Cras P, Siedlak SL, Tabaton M, Kawai M. β protein immunoreactivity is found in the majority of neurofibrillary tangles of Alzheimer's disease. Am J Pathol 1992; 140: 283-90.
- Perry G, Mulvihill P, Richey PL, Siedlak S, Kalaria R. Interaction of τ with amyloid β -deposits. J Neuropathol Exp Neurol 1993; 52: 334-4.
- Shin RW, Bramblett GT, Lee VMY, Trojanowski JQ. Alzheimer disease A68 protein injected into rat brain induce co-deposition of β -amyloid, ubiquitin and α 1-antichymotrypsin. Proc Natl Acad Sci USA 1993; 90: 6825-8.
- Defossez A, Delacourte A. Transformation of degenerating neurofibrils into amyloid substance in Alzheimer's disease: histochemical and immunohistochemical studies. J Neurol Sci 1987; 81: 1-10.
- Klier FG, Cole G, Stallcup W, Schubert D. Amyloid β -protein precursor is associated with extracellular matrix. Brain Res 1990; 515: 336-42.
- McKee AC, Kosik KS, Kowall NW. Dystrophic neurites in the neocortex are the critical neuropathological correlate of dementia in Alzheimer's disease. J Neuropathol Exp Neurol 1990; 49: 336-6.
- Caputo CB, Sygowsky LA, Scott CW, Sobel IRE. Role of tau in the polymerization of peptides from β -amyloid precursor protein. Brain Res 1992; 597: 227-32.
- Snow AD, Mar H, Nochlin D et al. Early accumulation of heparan sulfate in neurons in the beta-amyloid protein-containing lesions of Alzheimer's disease and Down's syndrome. Am J Pathol 1990; 137: 1253-70.

Ponovno registriran v Sloveniji:

GEONISTIN[®]

nistatin + oksitetraciklin
vaginalete



- učinkovit pri zdravljenju in preventivi vaginitisa, ki ga povzročajo **Candida albicans** in nespecifični povzročitelji
- bolnice ga zelo dobro prenašajo
- uporaba je varna tudi med nosečnostjo

Sestava: 1 vaginaleta vsebuje 100 mg oksitetraciklina v obliki hidroklorida in 100.000 i.e. nistatina. Oprema: 6 vaginalet. Spekter delovanja: *oksitetraciklin* je bakteriostatični antibiotik, ki deluje na številne po Gramu pozitivne in negativne bakterije, na spirohete, klamidije, rikecije, ureaplazmo, mikoplazme, nekatere protozoje (*trichomonas vaginalis*) in micete. *Nistatin* je polienski antibiotik s specifičnim protimikotičnim učinkom. Deluje fungistatično in fungicidno. Nistatin učinkuje na saprofitske in parazitske kvasovke, predvsem na *Candido* spp., zanj pa so občutljivi tudi *Aspergillus* spp., *Coccidioides immitis*, *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum* in *Blastomyces dermatidis*. Uporaba: GEONISTIN[®] se v klinični praksi uporablja že več kot 20 let za preventivo in zdravljenje vulvovaginitisa, ki ga povzroča mešana glivično-bakterijska flora. GEONISTIN[®] učinkuje hitro, simptomi izginejo že po 24 do 72 urah. Lokalna uporaba tega zdravila odvrta možnost nastanka sistemskih stranskih učinkov. V prid klinično varne uporabe GEONISTINa[®] govori tudi uspešna profilaktična uporaba pri nosečnicah, pri katerih je potreben vaginalni poseg (cervikalna cerklaža, konizacija, kavterizacija kondiloma, biopsija cerviksa). Preventivno ga uporabljamo tudi pri ginekoloških bolnicah po operativnem posegu.

Pliva Ljubljana d.o.o., Dunajska 51

Strokovni prispevek/Professional article

OKUŽBA S HUMANIM PARVOVIRUSOM B 19 V NOSEČNOSTI

HUMAN PARVOVIRUS B 19 INFECTION IN PREGNANCY

Vera Maraspin-Čarman

Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center Ljubljana, Japljeva 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-11-24, sprejeto 1996-01-22; ZDRAV VESTN 1996; 65: 67-9

Ključne besede: tveganje za plod; patologija ploda; neimunska vodenica ploda; zdravljenje; preprečevanje

Izvleček – Izhodišča. Pregledni članek prinaša spoznanja glede okužbe s humanim parvovirusom B 19 v nosečnosti. Poleg tveganja za plod so predstavljeni tudi možni izidi nosečnosti. Navedene so najpogostejše oblike prizadetosti ploda, posebej je prikazana neimunska vodenica ploda in patogeneza njenega nastanka. Opisane so metode za postavitev diagnoze in postopki za razpoznavanje okužbe ploda. Predstavljeni so možni načini simptomatskega zdravljenja in osvetljeni dvomi, ki se ob tem porajajo.

Zaključki. Okužba matere s humanim parvovirusom B 19 v nosečnosti lahko povzroči prizadetost ploda ali celo njegovo smrt. Optimalni način zdravljenja okuženih plodov še ni določen in ga je treba še ovrednotiti z nadaljnjimi raziskavami.

Uvod

Humani parvovirus B 19 (HPV B 19) so odkrili slučajno leta 1975 pri opravljanju presejalnega testa na virus hepatitisa B v serumu asimptomatskih krvodajalcev. Poimenovali so ga po ploščici s serumom hepatitisa B, iz katere je bil virus izoliran (ploščica B, serum 19) (1). Leta 1981 so ugotovili, da povzroča prehodno aplastično krizo pri bolnikih s kronično hemolitično anemijo (2, 3). Kmalu za tem je bil HPV B 19 spoznan kot povzročitelj že dolgo znane in precej razširjene otroške bolezni, tj. erythema infectiosum ali pete bolezni (4).

Po epidemijah pete bolezni se je izkazalo, da lahko sveža okužba v nosečnosti povzroči tudi okužbo ploda ali celo njegovo smrt (5, 6). V zadnjih desetih letih so ugotovili, da povzroča HPV B 19 še kronično anemijo pri bolnikih z motnjami imunskega odgovora, artritis in trombocitopenijo, povezali pa so ga tudi s pojavom nevropatij in z nekaterimi revmatskimi boleznimi (7-11). Redko opisujejo pojav vaskulitisa, miokarditisa in nefritisa (12-14). Pogosto poteka okužba asimptomatsko.

HPV B 19 je majhen (23 nm) enovijačni DNK virus, ki sodi v družino parvovirid in je edini član rodu Erythrovirus. Patogen je samo za človeka. Selektivno napade prekurzorje rdečih krvničk, do katerih ima posebno afiniteto (15). Izredni tropizem virusa do eritroidnih celic temelji na dejstvu, da se HPV B 19 veže na specifični celični receptor P antigen (16). Ugotovili so, da so osebe s pomanjkanjem P antigena naravno odporne na okužbo s HPV B 19 (17). Virus se lahko razmnožuje tudi v cirkulirajočih nevro-

Key words: risk for the fetus; pathology of the fetus; nonimmune hydrops fetalis; treatment; prevention

Abstract – Background. This review article brings knowledge about infection with human parvovirus B 19 during pregnancy. Risk for the fetus and possible outcomes of pregnancies are presented. Common forms of affection of the fetus are discussed with special regards to nonimmune hydrops fetalis and its' pathogenesis. Methods for making diagnosis of infection with human parvovirus B 19 and for recognition of fetal involvement are described. The mode of treatment and doubts about it are discussed.

Conclusions. Maternal infection with human parvovirus B 19 may lead to infection and even death of the fetus. The optimal mode of treatment is not yet defined and additional studies of the risks and benefits of intrauterine therapy are necessary before definitive recommendations can be made.

filcih, plodovih celicah srčne mišice, jetrih, vranici, ledvicah, srcu, gladkih in progastih mišicah (13, 18).

Okužbe s HPV B 19 so razširjene po vsem svetu, najpogosteje pa se pojavijo spomladi. Epidemije se vrstijo na 2-3 leta in trajajo 3-6 mesecev. Prevalenca specifičnih protiteles proti HPV B 19 razreda IgG je odvisna od starosti in znaša 2-15% v starosti 1-5 let, 15-60% v starosti 5-19 let ter 30-60% v odrasli dobi (19). Okužba se širi s kapljicami, tesnim stikom, krvnimi produkti ter vertikalno z matere na plod (20).

Tveganje za plod

Pri preučevanju lastnosti HPV B 19 se je izkazalo, da je sposoben povzročiti intenzivno viremijo in da ima afiniteto do hitro delečih se celic. Glede na omenjena dejstva in že znane fetotoksične lastnosti živalskih parvovirusov se je začelo že kmalu po odkritju razmišljati o možnosti tveganja za plod. Leta 1984 so prvič poročali o vertikalnem prenosu okužbe s parvovirusom B 19 v nosečnosti in opisali neimunsko vodenico ploda ter njegovo smrt (5, 6). Kmalu za tem je prišlo spodbudno poročilo o normalnem izidu nosečnosti, kljub temu da so v nosečnosti dokazali okužbo matere in ploda (21). Težko je pridobiti natančne podatke o pogostosti transplacentalne okužbe in tveganja za plod v različnih obdobjih nosečnosti, kajti za okužbo s HPV B 19 je značilno, da za razliko od okužbe z virusom rdečk in citomegalovirusom redko persistira

v času cele nosečnosti. Iz tega sledi, da nam določanje specifičnih IgM protiteles proti HPV B 19 iz popkovne krvi preživelih otrok ne zadostuje za ugotovitev oziroma potrditev intrauterine okužbe. Običajno ima okužba nosečnice, bodisi simptomatska ali asimptomatska, ugoden izid in sledi rojstvo normalnega otroka. Okužbi pa lahko sledi izguba ploda v kateremkoli obdobju nosečnosti (22). Največje tveganje za plod predstavlja okužba v prvih 20 tednih nosečnosti (23), zlasti med desetim in dvajsetim tednom, kar sovпада z večjim razvojem prekurzorjev rdečih krvničk (22). Ocenjevanje tveganja za plod je oteženo v prvem trimesečju zaradi pogostosti spontanov splavov v tem obdobju. Kaže pa, da je okužba s HPV B 19 v prvem trimesečju redko vzrok za spontani splav (24). Poročali so tudi o primeru izgube ploda v tretjem trimesečju (6).

Približno 50% žensk v rodnem obdobju je imunih za okužbo s HPV B 19 in torej niso ogrožene (21). Z doslej opravljenimi raziskavami ocenjujejo, da je tveganje za transplacentarni prenos po okužbi matere okrog 33%, tveganje za smrt ploda pa 9% (22). Za dozgetne nosečnice ocenjujejo, da se jih okrog 30% lahko okuži na delovnem mestu. Menijo, da je med njimi tveganje za smrt ploda 1,5–2,5% (23).

Patologija ploda

Doslej so sicer povezovali nekaj primerov okvare ploda z okužbo s HPV B 19, vendar neposrednega dokaza za to ni. Opisan je primer nosečnice, ki je imela spontan splav v 11. tednu nosečnosti, pri plodu pa so našli spremembe kot pri sindromu prirojenih rdečk: anomalije oči, okvaro plodovih endotelialnih celic, gladkih in progastih mišic (25). Poročali so še o treh otrocih, pri katerih so po okužbi v nosečnosti opazovali ob porodu encefalopatijo, ki se je kazala z migratornimi abnormnostmi, intrakranialnimi kalcifikacijami in hudimi nevrološkimi motnjami (26). Po do sedaj znanih podatkih pogostost okvar ploda po okužbi s HPV B 19 ni višja od pričakovane med otroki v splošni populaciji (21, 22).

Z metodo hibridizacije in situ, kombinirane z imunohistokemičnimi preiskavami, so pri plodovih dokazali okužbo s humanim parvovirusom B 19 v eritropoetskih celicah kostnega mozga in v mikrocirkulaciji številnih organov ter srčne mišice (27).

Najpogosteje se prizadetost ploda pokaže kot neimunski vodeni plod. Pojavi se navadno 4–6 tednov, včasih pa 1–12 tednov po nastanku bolezenskih znakov pri materi. Patogeneza nastanka vodene ploda še ni povsem pojasnjena. Domnevajo, da sta pomembna vsaj dva mehanizma: pojav anemije ter popuščanje srca zaradi virusnega miokarditisa. Plod je zelo občutljiv za okužbo s HPV B 19 predvsem zato, ker je zaradi prizadetosti prekurzorjev rdečih krvničk zavrt eritropoeza. Sledi hiter razvoj anemije, saj ima plod hitro naraščajoč volumen rdečih krvničk, ki pa imajo za polovico krajšo življenjsko dobo kot pri odraslih. Zaradi anemije nastane hipoksija tkiv in popuščanje srca s posledičnim nastankom ascitesa, plevralnega izliva in edema kože. Ker pa anemija ni vedno zelo huda, domnevajo, da prispevajo k nastanku tega stanja še liza rdečih krvničk, okvara jeter in miokarditis (28, 29). Čeprav je jasno, da okužba prizadene plodovo srce, pri preživelih otrocih niso našli okvar na srcu (30). Opisani so primeri, ko so povezali okužbo s HPV B 19 s pojavom mekonialnega peritonitisa, nastalim po perforaciji dilatiranega črevesja (6). Opazovali so tudi nastanek nevtropenije in trombocitopenije, vendar mehanizem nastanka še ni povsem pojasnjen (20). Kaže, da k patogenezi prispeva do neke mere tudi nezrelost imunskega sistema. Pri nekaterih plodovih so ugotovili persistentno viremijo. Prisotnost specifičnih protiteles proti HPV B 19 lahko najdejo v plodu do 18 tednov, ob rojstvu pa so lahko že odsotna. Zmanjšano tveganje za smrt ploda v drugi polovici nosečnosti povezujejo z nastankom IgM protiteles kot odraz uspešnega imunskega odgovora ploda. Pasivno pridobljena protitelesa razreda IgM namreč ne preprečijo okužbe (31). Intrauterina okužba s HPV B 19 lahko povzroči asimptomatsko ali rekurentno okužbo po rojstvu (32).

Diagnosticiranje okužbe

Svežo okužbo pri materi dokažemo z določanjem specifičnih protiteles proti HPV B 19 razreda IgM v serumu. Pojavijo se tri dni po začetku bolezni in persistirajo 30–60 dni (33). Specifična protitelesa razreda IgG se pojavijo sedem dni po začetku bolezni, persistirajo celo življenje in varujejo pred ponovno okužbo (19). Prisotnost IgG protiteles tik pred okužbo ali takoj na začetku bolezni potrjuje stanje imunosti. Pri imunsko motenih bolnikih je treba zaradi neustreznega imunskega odgovora za postavitev diagnoze določiti virusno DNK v materinem serumu (22).

Za potrditev intrauterine okužbe je treba:

1. dokazati prisotnost specifičnih IgM protiteles v popkovni ali neonatalni krvi, kar z gotovostjo ne potrjuje okužbe, saj so lahko ob rojstvu IgM protitelesa že odsotna;
2. dokazati prisotnost specifičnih IgG protiteles ob rojstvu, ki pa morajo persistirati pri otroku tudi v prvem letu starosti (22);
3. določiti DNK HPV B 19 v plodovi krvi ali tkivih s hibridizacijo in situ in polimerazno verižno reakcijo (32, 34, 35);
4. opraviti imunohistokemične reakcije (36) ali
5. razpoznati značilne jedrne inkluzije v popkovni krvi ali plodovih tkivih s svetlobnim ali elektronskim mikroskopom (18, 37).

Razpoznavanje okužbe ploda

Okužba s HPV B 19 lahko povzroči pri nosečnici izpuščaj, artralgijske in bolečine v trebuhu. Potrebno je opraviti ultrazvok, s katerim ugotavljamo stanje ploda. Zaradi morebitnih posegov ob določeni stopnji prizadetosti ploda priporočajo sledenje z ultrazvokom vsaj še 6–14 tednov po začetku okužbe pri materi (38). Pri materah s svežo okužbo ugotavljajo tudi povišano koncentracijo alfa fetoproteina v serumu, kar nastane verjetno kot posledica transudacije plodove tekočine iz podkožnega edema v amnijsko tekočino in nato v krvni obtok matere. Porast alfafetoproteina so pripisali tudi aplastični krizi in hemolizi pri plodu. Koncentracija alfafetoproteina v serumu lahko poraste še pred nastankom vodene ploda, zato so nam lahko zaporedne meritve v pomoč za dokazovanje prizadetosti ploda pri materi s svežo okužbo. Poudariti pa velja, da test ni povsem zanesljiv (39). Čeprav priporočajo sledenje nosečnic z ultrazvokom in z zaporednim določanjem koncentracije alfafetoproteina pri materi kot kazalnika za prizadetost ploda, pa menijo, da je za oceno vrednosti teh preiskav treba opraviti še dodatne raziskave. Dosedanje izkušnje so pokazale, da prezgodnji porod ne sodi med komplikacije okužbe s HPV B 19. V prospektivno zastavljeni raziskavi niso ugotovili poznih posledic v obdobju enega leta po rojstvu pri otrocih z dokazano intrauterino okužbo (22).

Zdravljenje

Zdravljenje okužbe s HPV B 19 je simptomatsko, antivirusnega zdravila namreč še nimamo na razpolago.

Optimalni način zdravljenja pri neimunski vodeni plodi še ni povsem določen, kajti doslej še niso nikoli uporabili kontrolne skupine za oceno intrauterinega zdravljenja. Znano je, da se vodeni plodi lahko razreši tudi spontano in sledi rojstvo normalnega otroka (35, 40, 41).

Miokarditis so poskusili zdraviti z direktno digitalizacijo ploda, kar je sicer izboljšalo srčno funkcijo, vendar ni preprečilo smrti ploda (18). Zdravljenje anemije s transfuzijami krvi in utero se je doslej večkrat izkazalo kot uspešno, saj se je hidrops ploda razrešil in sledilo je rojstvo normalnega otroka (30, 42). Poskus zdravljenja z intrauterino torakocentezo in abdominalno paracentezo se ni izkazal kot uspešen (43). Ker kordocenteza in intrauterina transfuzija krvi nista brez nevarnosti za plod, se poraja skrb, da bi zaradi teh posegov plodovi, ki bi sicer odmrli, morda preživeli, vendar z okvarami (32, 34). Kakšen je dejanski pomen zdravljenja okuženih

plodov z invazivnimi metodami, je treba še ovrednotiti glede na dejstvo, da je možna asimptomatska okužba ploda oziroma okužba z blago simptomatiko oziroma možnost, da se vodenica ploda spontano razreši.

Ravnanje z okuženo nosečnico

Nosečnicam, ki so prišle v stik z okužbo s HPV B 19, določimo specifična protitelesa razreda IgM in IgG v serumu, po možnosti pa določimo še DNK virusa. Kadar imamo na razpolago shranjen serum iz obdobja pred nosečnostjo, testiramo tudi tega. Nosečnice, ki imajo protitelesa razreda IgG, so imune, ukrepanje ni potrebno. Pri dovzetnih nosečnicah ponovimo testiranje po štirih tednih in ob morebitnem ponovnem stiku. Nosečnice, ki zbolijo z znaki bolezni, sumljivimi za HPV B 19 okužbo, testiramo na rdečke in na HPV B 19. Testiranje opravimo tudi pri ženskah s povišano koncentracijo alfafetoproteina v serumu. V primeru dokazane okužbe se je treba z nosečnico pogovoriti, kajti okužba ne predstavlja indikacije za splav. Znano je namreč, da pri živorojenih otrocih, ki so preživeli intrauterino okužbo, niso našli dokazov za okvare. Bolnice je treba slediti skozi vso nosečnost, ukrepanje pa je individualno. Predlagan je bil protokol za sledenje nosečnic z vodenico ploda, niso pa še definirali indikacij za kordocentezo in ostale posege. Opraviti je treba preiskave iz popkovne krvi ali krvi novorojenca ter jih ponoviti v prvem letu starosti otroka. V primeru neugodnega izida opravimo dodatne preiskave plodovih tkiv.

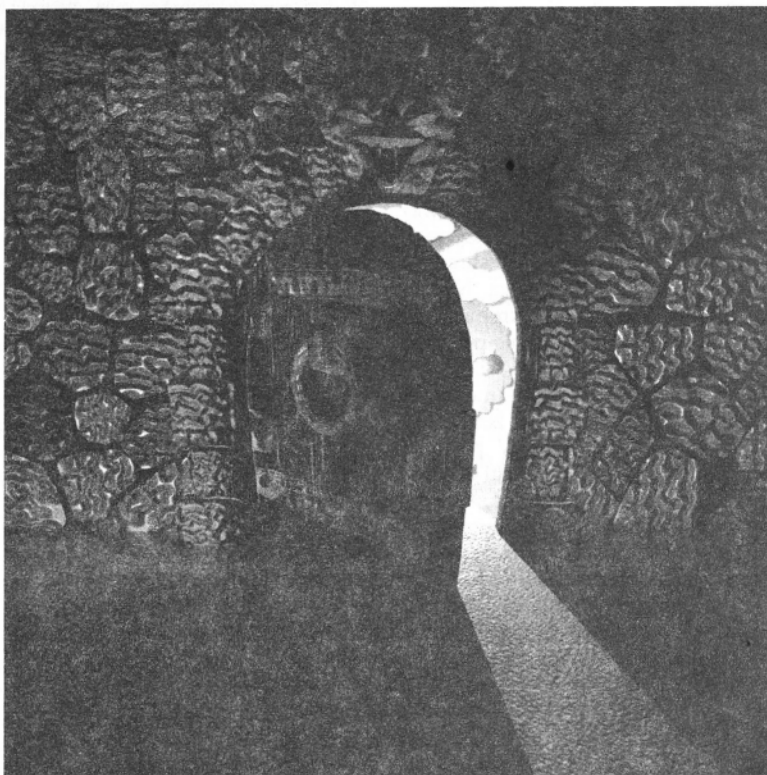
Čeprav so ženske v nekaterih poklicih (zdravstveni delavci, osebe v šolah) bolj izpostavljene okužbi s HPV B 19, pa jih večina ne ve za izvor okužbe, zato tudi ne priporočajo, da bi dovzetne nosečnice premeščali ali celo izločali iz službe. Izjemo predstavljajo le dovzetne nosečnice, ki bi prišle v stik pri negi z bolniki s tranzitno aplastično krizo zaradi okužbe s HPV B 19 ali z imunsko motenimi bolniki s kronično HPV B 19 okužbo, ker so zaradi kužnosti potencialno nevarni.

Doslej ni dokazov, da bi pripravki komercialnih imunoglobulinov kakorkoli vplivali na preprečevanje ali zdravljenje okužbe s HPV B 19, zato jih pri nosečnicah ne uporabljamo. Specifičnih B 19 imunoglobulinov ni. Razvili so rekombinantno cepivo. Če se bo izkazalo varno in učinkovito, ga bodo lahko uporabljali pri otrocih sočasno s trojnim cepivom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam.

Literatura

- Cossart YE, Field AM, Cant B, Widdows D. Parvovirus-like particles in human sera. *Lancet* 1975; 1: 72-3.
- Pattison JR, Jones SE, Hodgson J et al. Parvovirus infections and hypoplastic crisis in sickle-cell anaemia. *Lancet* 1981; 1: 664-5.
- Serjeant GR, Topley JM, Mason K et al. Outbreak of aplastic crisis in sickle cell anaemia associated with parvovirus-like agent. *Lancet* 1981; 2: 595-7.
- Anderson MJ, Lewis E, Kidd JM, Hall SM, Cohen BJ. An outbreak of erythema infectiosum associated with human parvovirus infection. *J Hyg* 1984; 93: 85-93.
- Brown T, Anand A, Ritchie LD, Clewley JP, Reid TMS. Intrauterine parvovirus infection associated with hydrops fetalis. *Lancet* 1984; 2: 1033-4.
- Knott PD, Welply GAC, Anderson MJ. Serologically proved intrauterine infection with parvovirus. *Br Med J* 1984; 289: 1660-0.
- Kurtzman GJ, Ozawa K, Cohen B, Hanson G, Oseas R, Young NS. Chronic bone marrow failure due to persistent B 19 parvovirus infection. *N Engl J Med* 1987; 317: 287-94.
- White DG, Woolf AD, Mortimer PP, Cohen BJ, Blake DR, Bacon PA. Human parvovirus arthropathy. *Lancet* 1985; 1: 419-21.
- Lefere JJ, Got D. Peripheral thrombocytopenia in human parvovirus infection. *J Clin Pathol* 1987; 40: 469-9.
- Hall CB, Horner FA. Encephalopathy with erythema infectiosum. *Am J Dis Child* 1977; 131: 65-7.
- Corman LC, Dolson DJ. Polyarteritis nodosa and parvovirus B 19 infection. *Lancet* 1992; 339: 491-1.
- Li Loong TC, Coyle PV, Anderson MJ, Allen GE, Conolly JH. Human serum parvovirus associated vasculitis. *Postgrad Med J* 1986; 72: 493-4.
- Porter HJ, Quantrill AM, Fleming KA. B 19 parvovirus infection of myocardial cells. *Lancet* 1988; 1: 535-6.
- Wierenga KJJ, Pattison JR, Brink N et al. Glomerulonephritis after human parvovirus infection in homozygous sickle-cell disease. *Lancet* 1995; 346: 475-6.
- Ozawa K, Kurtzman G, Young N. Replication of the B 19 parvovirus in the human bone marrow cell cultures. *Science* 1986; 233: 883-6.
- Brown KE, Anderson SM, Young NS. Erythrocyte P antigen: cellular receptor for B 19 parvovirus. *Science* 1993; 262: 114-7.
- Brown KE, Hibbs JR, Gallinella G et al. Resistance to parvovirus B 19 infection due to lack of virus receptor (erythrocyte P antigen). *N Engl J Med* 1994; 330: 1192-6.
- Naides SJ, Weiner CP. Antenatal diagnosis and palliative treatment of hydrops fetalis secondary to fetal parvovirus B 19 infection. *Prenat Diagn* 1989; 9: 105-14.
- Anderson IJ. Role of parvovirus B 19 in human disease. *Pediatr Infect Dis J* 1987; 6: 711-8.
- Anderson MJ, Higgins PG, Davis LR et al. Experimental parvoviral infection in humans. *J Infect Dis* 1985; 152: 257-65.
- Mortimer PP, Cohen BJ, Buckley MM et al. Human parvovirus and the fetus. *Lancet* 1985; ii: 1012-2.
- Public Health Laboratory Service Working Party on Fifth Disease. Prospective study of human parvovirus (B 19) infection in pregnancy. *Br Med J* 1990; 300: 1166-70.
- Torok TJ. Human parvovirus B 19 infection in pregnancy. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 772-6.
- Rogers BB, Singer DB, Mak SK, Gary GW, Fikring MK, McMillan PN. Detection of human parvovirus B 19 in early spontaneous abortuses using serology, histology, electron microscopy, in situ hybridization and the polymerase chain reaction. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 402-8.
- Weiland HT, Vermey-Keers C, Salimans MMM, Fluren GJ, Verwey RA, Anderson MJ. Parvovirus B 19 associated with fetal abnormality. *Lancet* 1987; 1: 682-3.
- Conry JA, Torok TJ, Andrews J. Perinatal encephalopathy secondary to in utero human parvovirus B 19 (HPV) infection. *Neurology* 1993; 43: A 346-6.
- Morey AL, Porter HJ, Keeling JW, Fleming KA. Non-isotopic in situ hybridization and immunophenotyping of infected cells in the investigation of human fetal parvovirus infection. *J Clin Pathol* 1992; 45: 673-8.
- Anand A, Gray ES, Brown T, Clewley JP, Cohen BJ. Human parvovirus infection in pregnancy and hydrops fetalis. *N Engl J Med* 1987; 316: 183-6.
- Metzman R, Anand A, De Giulio PA, Knisely AS. Hepatic disease associated with intrauterine parvovirus B 19 infection in a newborn premature infant. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1989; 9: 112-4.
- Schwarz TF, Roggendorf M, Hottenträger B et al. Human parvovirus B 19 infection in pregnancy. *Lancet* 1988; ii: 566-7.
- Torok TJ, Wang Q-Y, Gary GW, Yang C-F, Finch TM, Anderson IJ. Prenatal diagnosis of intrauterine infection with parvovirus B 19 by the polymerase chain reaction technique. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 149-55.
- Koch WC, Adler SP, Harger J. Intrauterine parvovirus B 19 infection may cause an asymptomatic or recurrent postnatal infection. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 747-50.
- Centers for Disease Control: Risk associated with human parvovirus B 19 infection. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1989; 38: 81-97.
- Peters MT, Nicolaidis KH. Cordocentesis for the diagnosis and treatment of human fetal parvovirus infection. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 501-4.
- Schwarz TF, Nerlich A, Hottenträger B et al. Parvovirus B 19 infection of the fetus: histology and in situ hybridization. *Am J Clin Pathol* 1991; 96: 121-6.
- Morey AL, O'Neill H, Coyle PV, Kenneth AF. Immunohistological detection of human parvovirus B 19 in formalin fixed, paraffin-embedded tissues. *J Pathol* 1992; 166: 105-8.
- Mark J, Rogers BB, Oyer CE. Diagnosis and incidence of fetal parvovirus infection in an autopsy series: II. DNA amplification. *Pediatr Pathol* 1993; 13: 381-6.
- Rodis JF, Quinn DL, Gary GW et al. Management and outcomes of pregnancies complicated by human B 19 parvovirus infection: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1168-71.
- Carrington D, Gillmore DH, Whittle MJ et al. Maternal serum alpha-fetoprotein a marker for fetal aplastic crisis during intrauterine human parvovirus infection. *Lancet* 1987; 1: 433-5.
- Sheikh AU, Ernest JM, O'Shea M. Long-term outcome in fetal hydrops from parvovirus B 19 infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 337-41.
- Humphrey W, Magoon M, O'Shaughnessy R. Severe nonimmune hydrops secondary to parvovirus B 19 infection: Spontaneous reversal in utero and survival of a term infant. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 900-2.
- Sahakian V, Weiner CP, Naides SJ, Williamson RA, Scharosh LL. Intrauterine transfusion treatment of nonimmune hydrops fetalis secondary to human parvovirus B 19 infection. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1090-1.
- Maeda H, Shimokawa H, Sotoh S et al. Nonimmunologic hydrops fetalis resulting from intrauterine human parvovirus B 19 infection: Report of two cases. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 482-5.
- Bansall GP, Hatfield JA, Dunn FE et al. Candidate recombinant vaccine for human B 19 parvovirus. *J Infect Dis* 1993; 167: 1034-44.

Izhod iz depresije...



Portal[®]
fluoksetin

*primeren za zdravljenje depresij vseh vrst
in obsesivno kompulzivnih motenj*

*selektiven in močan zaviralec privzema serotonina v presinaptičnih nevronih
brez antiholinergičnih in kardiotoksičnih stranskih pojavov
varen pri predoziranju*



 **lek**

Natančno navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu

Strokovni prispevek/Professional article

TEŽKA OBLIKA LEPTOSPIROZE Z AKUTNIM PANKREATITISOM IN VEČORGANSKO ODPOVEDJO – PRIKAZ PRIMERA IN PREGLED LITERATURE

SEVERE LEPTOSPIROSIS WITH ACUTE PANCREATITIS AND MULTIORGAN FAILURE SYNDROME – CASE REPORT AND AN OVERVIEW OF THE LITERATURE

Andreja Sinkovič, Radovan Hojs, Andrej Veble, Zvonko Baklan

Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1995-04-10, sprejeto 1996-01-26; ZDRAV VESTN 1996; 65: 71-3

Glavne besede: leptospiroza; pankreatitis; večorganska odpoved

Key words: leptospirosis; pancreatitis; multiorgan failure syndrome

Izvelek – Izhodišča. Le 10% primerov leptospiroze, v svetu najbolj razširjene zoonoze, predstavlja težko sistemska bolezen z akutno ledvično in respiracijsko odpovedjo, zlatenico, krvavitvami, prizadetostjo srca in trebušne slinavke, nevrološkimi izpadi in smrtnostjo do 50%.

Abstract – Background. Only about 10% of cases of leptospirosis, world's most widespread zoonosis, represent a severe systemic illness with acute renal and respiratory failure, jaundice, hemorrhages, cardiac, pancreatic and neurologic involvement and mortality rate up to 50%.

Metode in rezultati. Avtorji opisujejo primer 41-letnega bolnika iz kmečkega in endemskega področja za leptospirozo, ki je bil sprejet v bolnišnico zaradi vročine, bolečin v trebuhu, zlatenice in bruhanja ter je bil zdravljen s kinolonom pefloksacinom in infuzijami tekočin zaradi suma na akutni pankreatitis z akalkuloznim holecistitisom. Po izključitvi zapore žolčevodov in ponovnem preverjanju epidemioloških podatkov je bil postavljen sum na leptospirozo, ki je bila dokazana s serološkim testom. Kljub zdravljenju z antibiotiki, infuzijami tekočin, mehanični ventilaciji in hemodializi je bolezen napredovala v večorgansko odpoved in smrtno končala zaradi odpovedi srca.

Methods and results. We describe a case of a 41 years old male from rural and endemic area for leptospirosis, who was admitted to the hospital because of fever, abdominal pain, jaundice and vomiting and treated by pefloxacin and intravenous fluids because of suspected acute pancreatitis with acalculous cholecystitis. After the obstruction of the bile ducts was excluded and epidemiologic data were reevaluated the suspect of leptospirosis was raised and finally confirmed by a serologic test. Although he was treated by antibiotics, intravenous fluids, hemodialysis and mechanically ventilated, the patient developed multiorgan failure syndrome and died of heart failure.

Zaključki. Ker je zgodnje zdravljenje leptospiroze pomembno, bi bilo treba to bolezen upoštevati kot možni vzrok akutnega pankreatitisa, posebno v endemskih krajih.

Conclusions. Because the early treatment of leptospirosis is important, our clinical observation suggests, that in an endemic area leptospirosis should be considered as a potential cause of an acute pancreatitis.

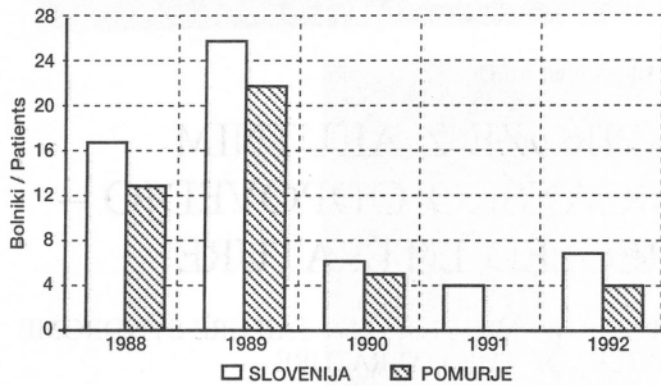
Uvod

Leptospiroza je akutna sistemska kužna bolezen, povzročena z različnimi serotipi gram negativne *Leptospira interrogans* in potekajoča v 90% kot običajna vročinska bolezen brez zlatenice in z odlično prognozo (1-5). Je v svetu najbolj razširjena zoonoza in je predvsem bolezen sesalcev (miši, podgan, psov, mačk, koz, goveda, zajcev, svinj, divjadi) ter le občasno ljudi zaradi neposrednega ali posrednega stika z okuženimi živalmi (1-4). Le v 10% je leptospiroza težka sistemska bolezen z zlatenico, krvavitvami, akutno ledvično in respiracijsko odpovedjo, nevrološkimi izpadi, prizadetostjo srca in trebušne slinavke ter smrtnostjo do 50% (1, 3, 6). Še redkejši pa je potek z akalkuloznim holecistitisom, pankreatitisom in kongestivno odpovedjo srca s prekatnimi aritmijami (2, 3, 7). Dokončna diagnoza boleznij je izolacija mikroorganizma iz kužnin ali porast titra protiteles ob ustrežajoči klinični sliki (3). V ZDA zbolijo za leptospirozo letno 50 do 100 ljudi,

povprečna smrtnosti pa je 7,1% (1, 2). V Sloveniji je bilo v zadnjih 10 letih prijavljenih od 4 do 26 bolnikov letno, ki so zboleli za leptospirozo. V zadnjih 10 letih ni bilo prijavljenega smrtnega primera (8, 9). 80% bolnikov je bilo iz Pomurja, kjer je epidemiologijo natančno proučil J. Bedernjak (10, 11). Število letno zbolelih za leptospirozo od 1988 do 1992 je razvidno iz grafa 1 (9). Opisujemo primer težke oblike leptospiroze z večorgansko prizadetostjo in smrtnim izidom.

Prikaz primera

41-letni bolnik iz Prekmurja, kmečkega in endemskega področja za leptospirozo, je zbolel dva dni po čezmernem uživanju hrane in alkoholnih pijač z bruhanjem, mrzlico, vročino do 39°C, driskami, bolečinami v trebuhu in zlatenico. Po treh dneh je bil sprejet v bolnišnico v domačem kraju. Ob sprejemu je bila ugotovljena pospešena SR (97 mm/h), povišane so bile vrednosti serumskega bilirubina (celokupni 92,9 mikromol/L,



Graf 1. Epidemiologija leptospiroze v Sloveniji od 1988 do 1992.

Graph 1. Epidemiologic data for leptospirosis in Slovenia from 1988 to 1992.

direktni 77,4 mikromol/L), uree (23,2 mmol/L), kreatinina (452 mikromol/L), lipaze (10 mikrokatal/L) in serumske amilaze (3,3 mikrokatal/L). Vrednosti transaminaz in protrombinskega časa so bile normalne. Ob normalni rdeči krvni sliki (eritrociti $4,12 \times 10^{12}/L$, hemoglobin 133 g/L, hematokrit 0,369) je bila prisotna trombocitopenija ($86,0 \times 10^9/L$). V beli krvni sliki pa so bile v segmentiranih nevtrofilih prisotne toksične granulacije (levkociti $10,1 \times 10^9/L$, segmentirani nevtrofilci 0,83, neselementirani nevtrofilci 0,14, metamielociti 0,01, limfociti 0,02). Prisotna je bila arterijska hipoksija in kompenzirana metabolična acidoza (pH 7,34, BE -9,1 mmol/L, bikarbonat 13,9 mmol/L, pO_2 8,9 kPa, pCO_2 3,3 kPa, SO_2 0,92). Pregled trebuha z ultrazvokom je prikazal zadebeljeno steno žolčnika brez kamnov ter difuzno povečana jetra. Zaradi meteorizma z ultrazvokom ni bila mogoča ocena trebušne slinavke. Glede na laboratorijske in klinične podatke je bil le postavljen sum na akutno vnetje trebušne slinavke, sproženo s čezmernim uživanjem hrane in alkohola. Vse od sprejema v bolnišnico je bil bolnik zdravljen z infuzijami tekočin in kinolonom (pefloksacin 400 mg/12 ur i. v.). Med sedemdnevni zdravljenjem v bolnišnici je postal še bolj ikteričen (cel. bilirubin 530 mikromol/L, dir. bilirubin 480 mikromol/L), povišale so se vrednosti serumske uree (62 mmol/L), kreatinina (869 mikromol/L), amilaze (7,3 mikrokatal/L) in lipaze (15,2 mikrokatal/L). Poglobila se je trombocitopenija ($57,0 \times 10^9/L$), pojavila se je levkocitoza ($27,2 \times 10^9/L$), anemija (eritrociti $3,13 \times 10^{12}/L$, hemoglobin 102 g/L, hematokrit 0,283) in metabolična acidoza (pH 7,31, BE -12 mmol/L, bikarbonat 11,6 mmol/L, pO_2 10 kPa, pCO_2 2,97, SO_2 0,95). Postavljen je bil sum na zaplet v poteku akutnega pankreatitisa in holecistitisa, in sicer pojav obstrukcijskega ikterusa in akutne ledvične odpovedi. Zato je bil bolnik po sedmih dneh zdravljenja premeščen na Oddelek intenzivne interne medicine v Mariboru.

Ob premetstvi je bil orientiran, afebrilen, dispnoičen, oliguričen in s številnimi podkožnimi ter konjunktivalnimi krvavitvami. Arterijski tlak je bil 120/80 mmHg, utrip pa 105/minuto. Zaradi napredujoče zlatenice (porast celokupnega bilirubina na 573 mikrokatal/L, neposrednega pa na 560 mikromol/L) so bili opravljeni še koagulacijski testi in markerji hepatitisa A in B. Parcialni trombotoplastinski in trombinski čas sta bila 2- do 3-krat podaljšana, vrednost serumskega fibrinogena pa znižana (1,4 g/L). Markerji hepatitisa A in B so bili negativni. Ponovljeni ultrazvočni pregled trebuha je pokazal vnetne spremembe trebušne slinavke, ledvic in stene povečanega žolčnika, odsotnost dilatacije žolčevodov in žolčnih kamnov. S tem je bila zapora žolčevodov z veliko verjetnostjo izključena. Ponovno preverjanje epidemioloških, kliničnih in laboratorijskih podatkov v prvih 24 urah zdravljenja v intenzivni enoti je bilo odločilno za postavitev suma na leptospirozo, ki je bila v naslednjih dneh dokazana s pozitivnim mikroskopskim aglutinacijskim testom z živim antigenom. Pregledani serum je aglutiniral Leptospira Tarassovi 1:300, Leptospira Australis 1:30 in Leptospira Icterohaemorrhagiae 1:100. Direktni dokaz leptospiroze iz kužnin ni bil opravljen.

Že ob postavitvi suma na leptospirozo je bil namesto kinolona (pefloksacina) uveden polsintetični penicilin (Penactam 1,5 g/12 ur i. v.) in nato še tetraciklin (Achromycin 500 mg/12 ur i. v.). Kljub zdravljenju z antibiotiki in infuzijami tekočin prek centralnega venskega katetra (3000 do 5000 ml 0,9% NaCl, 5% glukoze, visokokaloričnih raztopin ogljikovih hidratov in aminokislin) je bolezen napredovala. Ob podkožnih in vezničnih krvavitvah je bolnik zakrvalil iz erozij želodca in dvanajstnika. Razvili sta se akutna respiracijska (pH 7,218, BE -12 mmol/L, bikarbonat 14,3 mmol/L,

pCO_2 4,82 kPa, pO_2 6,77 kPa, SO_2 0,751) ter kongestivna odpoved srca s prekatnimi aritmijami vseh stopenj po Lownu, celo kratkimi prekatnimi tahikardijami in asistolijami (do 23 sekund). Zaradi napredovane akutne ledvične odpovedi je bilo uvedeno zdravljenje s hemodializo prek centralnega venskega dializnega katetra. Zato je bil merjen le centralni venski tlak, ne pa tudi pljučni arterijski tlak. Zaradi razvoja akutne respiracijske odpovedi (količnik pO_2/FiO_2 je bil 235) je bil bolnik mehanično ventiliran (IPPV, FiO_2 30% do 45%, PEEP do 6 cm H_2O). Prejemal je transfuzije krvi in plazme, infuzije tekočin, parenteralno prehrano, dopamin in dobutamin ter 2% lidokain v infuziji. Po 18 dneh zdravljenja je bolnik umrl zaradi kongestivne odpovedi srca. Na avtopsijski so bile najdene številne pikčaste krvavitve v možganih, osrčniku, obsežna krvavitev v nekrotični in destruirani pankreas, povečane votline srca, edem intersticijske pljuč in povečana jetra z maščobno infiltracijo in histološko ohranjeno zgradbo parenhima. Zaradi posmrtnih sprememb histološki pregled nekoliko povečanih ledvic ni bil izvedljiv.

Razpravljanje

Pri leptospirozi sledi 7- do 12-dnevni inkubaciji nekajdnevno obdobje kliničnih simptomov in znakov vročinske bolezni z bolečinami v mišicah, konjunktivitisom, episkleritisom, glavobolom, meningizmom, mikrohematurijo in proteinurijo. Pri težki obliki leptospiroze preidejo v resno sistemsko bolezen z zlatenico in prizadetostjo številnih organskih sistemov (1-3, 5). Do 50% bolnikov s težko ikterično obliko leptospiroze konča smrtno zaradi akutne ledvične, ali respiracijske, ali kongestivne odpovedi srca, ali zaradi krvavitve v možgane ali nadledvično žlezo (1-3). Ob zgodnjih kliničnih znakih in simptomih bolezni so epidemiološki podatki zelo pomembni, saj prispevajo k izključitvi drugih bolezni, ki potekajo z vročino - malarija, tifus, rumena mrzlica, toksični šok, bruceloza, akutna vnetja trebušnih organov itn. (1-5, 12).

Pri našem bolniku, ki je sicer izhajal iz kmečkega in endemskega področja za leptospirozo, se je bolezen pričela kot akutni težki pankreatitis z akalkuloznim holecistitisom in zlatenico, nato pa se je razvila akutna ledvična, respiracijska in kongestivna odpoved srca z aritmijami. Sum na leptospirozo je bil postavljen šele po razvoju akutne ledvične odpovedi, krvavitve in po izključitvi zapore v žolčevodih ter po ponovnem preverjanju anamnestičnih, kliničnih, laboratorijskih, predvsem pa epidemioloških podatkov.

Zdravljenje s kinolonom (pefloksacinom) in infuzijami tekočin se je pričelo relativno zgodaj, in sicer po treh dneh neznačilnih simptomov bolezni ob sprejemu v bolnišnico. Bolnik je bil takrat že ikteričen. Rezultati večine randomiziranih in nerandomiziranih kliničnih študij kažejo, da je najboljše zgodnje zdravljenje s penicilinskimi antibiotiki (1-4, 13), učinkoviti so tudi semisintetski penicilini (3) in tetraciklini (1-3). Nekaj eksperimentalnih in kliničnih študij je dokazalo tudi učinkovitost cefalosporinov, kloramfenikola, piperacilinov, ciprofloksacina, mezlocilina in cefotaksima, predvsem zgodaj v poteku leptospiroze (1-3, 14). Žal pa se v vsakdanji klinični praksi le redko prične zdravljenje leptospiroze v prvih štirih dneh bolezni (1, 13). Nekaj randomiziranih kliničnih študij je dokazalo učinkovitost antibiotikov v zdravljenju leptospiroze, tudi ko je bolezen trajala v povprečju že devet dni (1, 13). Uspešnost zdravljenja je bilo skrajšanje trajanja bolezni in hitrejši regres individualnih simptomov bolezni brez smrtnih primerov. Različni rezultati zdravljenja naj bi bili posledica razlik v virulenci posameznih serotipov v različnih geografskih področjih (1). Naš bolnik je bil od tretjega dneva bolezni zdravljen s pefloksacinom, od osmega dneva pa s semisintetskim penicilinom in nato s tetraciklinom, ves čas pa tudi z infuzijami tekočin ter drugimi ukrepi. Bolezen je kljub temu napredovala v več-organsko odpoved in se smrtno končala zaradi kongestivne odpovedi srca. Menimo, da je bil pri našem bolniku akutni pankreatitis pomemben dejavnik prognoze bolezni, saj je bil prisoten že od samega začetka bolezni in je napredoval v nekrotično in hemoragično obliko. Akutni pankreatitis lahko

povzročijo različni toksični, metabolični in vnetni dejavniki. Lahko ima nepredvidljiv potek z večorgansko odpovedjo, ki zahteva multidisciplinarni način zdravljenja. Vsi strukturni zapleti so potencialno smrtni (15). Pri leptospirozi je vnetje trebušne slinavke del sistemskega vnetja kapilar – vaskulitsov zaradi endotelne okvare žil (1, 7). Krvavitve so odraz še težje endotelne okvare, ne pa okvare hemostaze zaradi prizadetosti jeter (1, 7). Ker je zgodnje zdravljenje leptospiroze pomembno, bi bilo treba to kužno bolezen upoštevati kot možen vzrok akutnega pankreatitisa, posebno v endemskih krajih (1, 7). Pri našem bolniku je akutni akalkulozni holecistitis spremljal akutno vnetje trebušne slinavke. Akutni akalkulozni holecistitis pogosto spremlja težka stanja z visoko smrtnostjo (do 40%): ileus, bolezn, zdravljenje s številnimi transfuzijami, parenteralno prehrano, mehanično ventilacijo, številnimi operativnimi posegi itn. (16). Morda akutni pankreatitis in akalkulozni holecistitis predstavljata v poteku leptospiroze zgodnji znak težke oblike bolezni, morda celo s potencialno smrtnim izidom.

Literatura

1. Kelley PW. Leptospirosis. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR eds. Infectious diseases. 1st ed. Philadelphia: Saunders, 1992: 1295–301.
2. Sanford JP. Leptospirosis. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Fauci AS eds. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. Vol. 2. New York: McGraw Hill 1991: 663–6.
3. Farrar WE. Leptospirosis species (Leptospirosis). In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE eds. Principles and practice of infectious diseases. 4th ed. Vol. 2. New York: Churchill-Livingstone 1990: 1813–6.
4. Turner LH. Leptospirosis. Brit Med J 1973; 537–40.
5. Kuehl M, Schallhorn A, Ledderose G et al. 39-jähriger Patient mit akutem Fieber, Gliederschmerzen und Diarrhoeen sowie nachfolgendem Ikterus. Internist 1989; 30: 208–10.
6. Notheis WF, Kraemer BK, Leser H-G et al. Schwerer Verlauf einer Leptospirose mit akutem Nieren Versagen und ausgeprägtem Ikterus (Morbus Weil). Dtsch Med Wschr 1993; 118: 1437–41.
7. Jaspersen D, Hammar K-H, Fassbinder W. Ikterus und Pankreatitis bei einem 50-jährigen Patienten (Leptospirosis icterohaemorrhagica). Med Klin 1991; 86: 518–20.
8. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno zdravstvo. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v SR Sloveniji. 1989; 10: 31–48.
9. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji. 1994; 14: 68–8.
10. Bedernjak J. Epidemiološke značilnosti leptospiroz v Pomurju od leta 1964–1985. Zdrav Vestn 1993; 62: 573–5.
11. Bedernjak J. Podatki o leptospirozah. V: Bedernjak J. Leptospiroze pri nas in v svetu. Murska Sobota: Pomurska založba 1993: 9–42.
12. Kreisberg RA. An abundance of options. Clinical Problem Solving. N Engl J Med 1993; 329: 413–6.
13. Watt G, Tuazon MAL, Santiago E et al. Placebo controlled trial of intravenous penicillin for severe and late leptospirosis. Lancet 1988: 433–8.
14. Bohlman BJ. To the editor. N Engl J Med 1993; 329: 2041–1.
15. Levi JU. Admission indications and care implications of pancreatic disease. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR eds. Critical care. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Company 1992: 1557–65.
16. Reines HD. Evaluating the acute abdomen in an ICU. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR eds. Critical care. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Company 1992: 659–68.

Osebnе vesti

VISOKI DRŽAVNI ODLIKOVANJJI

Predsednik R Slovenije Milan Kučan je z visokima odlikovanjema odlikoval dolgoletna aktivna člana Slovenskega zdravniškega društva akad. prof. dr. Lidijo Aldolšek-Jeras in akad. prof. dr. Andreja O. Župančiča.

Iskreno čestitamo!

Uredništvo ZV
Vodstvo SZD

SLOVENKA LETA – ZDRAVNICA

Za Slovenko leta 1995 je bila izvoljena dr. Metka Klevišar, zdravnica, ki se je še za časa svojega službovanja na Onkološkem inštitutu vsa razdajala hudo bolnim in njihovim svojcem. Pomagala jim je kot zdravnica in kot svetovalka, skratka kot čuteča duša. Po upokojitvi je to svoje delo nadaljevala in ga organizirala v društvu Hospic.

Čestitamo

SANDOZ

je koncern z dolgoletno zgodovino. Ustanovljen je bil leta 1886 v Baslu kot kemijska tovarna, ki je izdelovala sintetične barve. Leta 1917 je bil ustanovljen farmacevtski oddelek in že leto za tem (1918), so v raziskovalnih laboratorijih izolirali iz rženih rožičkov alkaloid ergotamin, nato pa še kardiotonične glikozide, kar je bil revolucionaren napredek v zdravljenju žilnih bolezni. V teh pionirskih časih so uspeli tudi poskusi zamenjave do tedaj uporabljenih soli kalcija z lažje prenosljivimi in Ca - Sandoz je postal pojem za nekaj nadaljnjih let.

Na slovenskem tržišču je Sandoz Pharma prisotna od leta 1952. Sodeluje s slovensko farmacevtsko industrijo in tovarno zdravil Krka, ki proizvaja 7 zdravil po licenčni pogodbi s Sandozom. Tudi za zdravila, ki se uvažajo, so narejene klinične študije v Sloveniji, ki potrjujejo in zagotavljajo kakovost.

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil[®] (terbinafin)

- nov pristop k zdravljenju glivičnih infekcij kože, nohtov in lasišča
- prvi fungicidni antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Leponex[®] (klozapin)

- antipsihotik za bolnike s shizofrenijo, ki se ne odzivajo na klasične nevroleptike

Lescol[®] (fluvastatin)

- sintetični inhibitor reduktaze HMG-CoA
- učinkovito in varno zniža holesterol v krvi tudi pri rizičnih skupinah bolnikov

Leucomax[®] (molgramostim)

- rekombinantni humani dejavnik, ki pospešuje nastanek kolonij granulocitov in makrofagov
- normalizira število belih krvničk in makrofagov pri bolnikih z zmanjšano imunsko odpornostjo

Melleril[®] (tioridazin)

- anksiolitik v nizkih dozah, nevroleptik v visokih dozah
- ne povzroča ekstrapiramidnih sopojevov

Miacalcic[®] (kalcitonin)

- hormon, ki regulira metabolizem kosti in mineralov
- za zdravljenje pomenopavzalne in senilne osteoporoze, Pagetove bolezni, Sudeckove distrofije

Navoban[®] (tropisetron)

- antagonist receptorjev 5-HT₃
- visokoselektivni antiemetik pri emetogeni kemoterapiji, radioterapiji in pooperativnem bruhanju

Sandimmun Neoral[®] (ciklosporin)

- imunosupresiv, ki preprečuje zavrnitveno reakcijo pri transplantacijah,
- učinkovit pri avtoimunih boleznih in boleznih, kjer je udeležena avtoimuna komponenta, kot so psoriaza, revmatoidni artritis, atopični dermatitis in endogeni uveitis

Sandostatatin[®] (oktreotid)

- sintetični oktapeptidni derivat somatostatina
- pomemben v gastroenterologiji, endokrinologiji in intenzivni medicini

Sirdalud[®] (tizanidin)

- mišični relaksant s centralnim delovanjem
- za zdravljenje bolečine v križu, mišičnih spazmov in spastičnosti

Syntocinon[®] (oksitocin)

- sintetični oksitocin za spodbujanje materničnih kontrakcij
- Syntocinon - nosni spray za spodbujanje izločanja mleka

Tavegyl[®] (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd.
Basel, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107, 61113
Ljubljana, tel. 061/168 14 22, faks 061/34 00 96.

Strokovni prispevek/Professional article

PREVALENCA, LOKALIZACIJA IN VELIKOST ENOSTAVNIH CIST LEDVIC

PREVALENCE, LOCALIZATION AND SIZE OF SIMPLE RENAL CYSTS

Radovan Hojs, Robert Ekart

Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1995-10-09, sprejeto 1996-01-26; ZDRAV VESTN 1996; 65: 75-7

Ključne besede: enostavne ciste ledvic; prevalenca; ultrazvok; velikost ledvic

Izvleček – Izhodišča. Z uporabo neinvazivnih diagnostičnih metod, kot sta ultrazvok in/ali računalniška tomografija, pogosto slučajno odkrijemo enostavne ciste ledvic. Poročajo o zelo različni prevalenci enostavnih cist ledvic.

Metode. V raziskavo smo vključili 807 bolnikov, vsi so imeli normalno ledvično funkcijo. Bolniki so bili pregledani z »real time« ultrazvočnim aparatom s 3,5 MHz konveksnim tipalom. Pri vseh smo ugotavljali velikost ledvic ter prisotnost, število, lokalizacijo in velikost morebitnih cist.

Rezultati. Enostavne ciste ledvic smo odkrili pri 127 (15,7%) bolnikih. Ciste so bile bolj pogoste pri moških. Bolniki s cistami so bili starejši od tistih brez cist. Ciste smo enako pogosto odkrili v desni in levi ledvici.

Zaključki. Enostavne ciste ledvic so pogoste, bolj pogosto jih odkrijemo pri starejših in pri moških.

Key words: simple renal cysts; prevalence; ultrasound; kidney size

Abstract – Background. Since the introduction of non-invasive diagnostic methods such as ultrasound and/or computed tomography simple renal cysts are frequent incidental finding. The reported prevalence of simple renal cysts varies extremely among investigators.

Methods. Eight hundred seven patients were included in the investigation, all with normal renal function. The patients were examined with real-time ultrasound device with 3.5 MHz convex transducer. Kidney size and presence, number and diameter of cysts were examined.

Results. Simple renal cysts were found in 127 (15.7%) patients, more frequently in males. Patients with cysts were older than those without. There was no difference between the right and left kidney according to cyst occurrence.

Conclusions. Simple renal cysts are frequent finding and are more frequently found in males and in older patients.

Uvod

Že leta 1944 sta Braasch in Hendrick ugotovila, da so enostavne ciste ledvic pogoste pri ljudeh v srednjih letih (1). Kasneje so pri avtopsiji 500 bolnikov (997 ledvic) našli ledvične ciste pri 39% (2). Danes z uporabo novih neinvazivnih diagnostičnih metod, kot sta ultrazvok (UZ) in računalniška tomografija (RT), pogosto odkrijemo enostavne ciste ledvic (3). Podatki o prevalenci enostavnih cist ledvic se v literaturi zelo razlikujejo: Weiss s sodelavci je opisal 3,4% prevalenco enostavnih cist (4), Brunn s sodelavci 4,8% (5), Yamagashi s sodelavci 13,5% (6); Harder s sodelavci je na velikem številu bolnikov opisal 23,1% prevalenco (7), Lauchs in McLachlan pa sta opisala 24% prevalenco (8). V mnogih raziskavah je bilo vključenih malo bolnikov, pogosto v raziskavah ni podatka o ledvični funkciji. Danes je namreč dobro znana pridobljena cistična bolezen ledvic pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo, ciste so lahko prisotne že pri začetni ledvični odpovedi (9, 10).

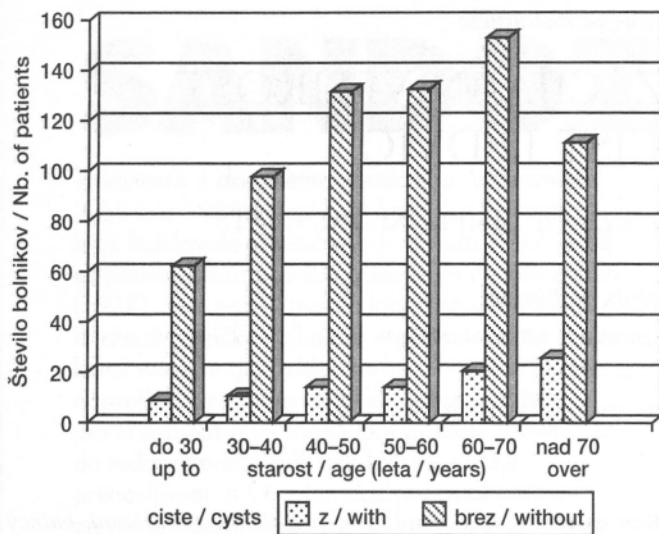
Cilj naše raziskave je bil z ultrazvokom ugotoviti prevalenco, lokalizacijo in velikost enostavnih cist pri bolnikih z dobro ledvično funkcijo. Sočasno smo želeli ugotoviti tudi velikost ledvic v naši populaciji.

Bolniki in metode

V raziskavo smo vključili 807 bolnikov (500 žensk in 307 moških), ki so bili v letih 1993 in 1994 pregledani z UZ v naši ultrazvočni ambulanti. Pregledanih je bilo 500 bolnišničnih in 307 ambulantnih bolnikov. Vsi v raziskavo vključeni bolniki so imeli dobro ledvično funkcijo (serumski kreatinin manjši kot 100 mikromol/l). Izključili smo bolnike z znano policistično degeneracijo ledvic, s hipoplazijo ene ledvice in bolnike s solitarno ledvico.

Povprečna starost v raziskavo vključenih bolnikov je bila 54 let (razpon od 18 do 91 let, SD±16). Bolniki so bili pregledani z »real time« ultrazvočnim aparatom ATL – Ultramark 4 s 3,5 MHz konveksnim tipalom. Pri vsakem bolniku smo ugotavljali velikost ledvic ter prisotnost, število, lokalizacijo in velikost morebitnih cist. Cisto smo opredelili kot ultrazvočno prosto tvorbo s tanko, gladko ter ostro omejeno steno in posteriornim ojačanjem zvoka (5, 6). Parapelvino cisto smo opredelili kot cisto v ledvičnem sinusu, ki ni povezana z ledvičnim zbirnim sistemom (11).

V statistični obdelavi smo uporabili Studentov t-test, hi-kvadrat test in Pearsonov koeficient korelacije.



Sl. 1. Enostavne ciste ledvic in starost bolnikov.

Fig. 1. Simple renal cysts and patients' age.

Rezultati

Enostavne ciste smo odkrili pri 127 bolnikih (15,7%). Samo kortikalne ciste je imelo 67 bolnikov (8,3%), 52 bolnikov (6,4%) pa je imelo samo parapelvine ciste; tako kortikalne kot parapelvine ciste pa je imelo 8 bolnikov (1%). Ciste so bile bolj pogoste pri moških. Odkrili smo jih pri 61 moških (19,8%) od 307 pregledanih in pri 66 (13,2%) ženskah od 500 pregledanih (statistično pomembna razlika; $P < 0,015$). Bolniki s cistami so bili starejši od tistih brez cist (statistično pomembna razlika; $P < 0,001$). Pri bolnikih pod 20. letom starosti ledvičnih cist nismo našli, pri bolnikih, starih nad 80 let, pa so bile ciste prisotne pri 34,8% bolnikov. Prevalenca cist v posameznih starostnih obdobjih je razvidna iz slik 1 in 2.

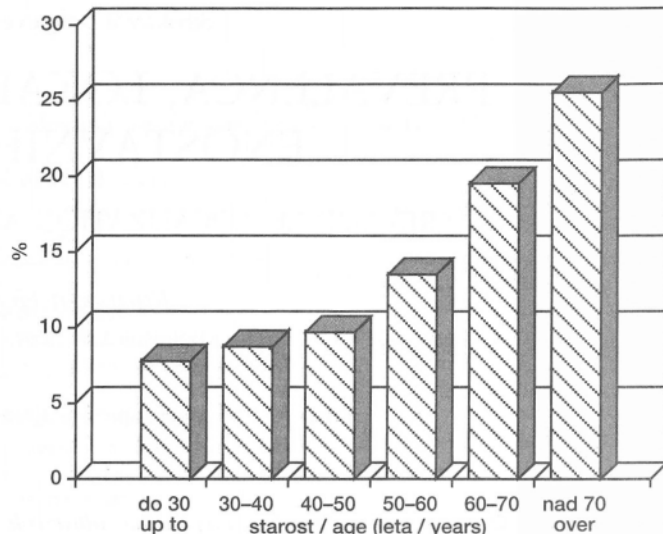
Kortikalne ciste smo našli bolj pogosto v desni (42,7%) kot v levi ledvici (29,3%), v obeh ledvicah pa v 28%, vendar razlike niso bile statistično pomembne. Tudi parapelvine ciste smo bolj pogosto odkrili v desni (38,3%) kot v levi ledvici (35%), v obeh ledvicah pa v 26,7% (statistično nepomembne razlike). Pri posameznem bolniku smo z UZ ugotovili od 1 do 7 kortikalnih ter od 1 do 10 parapelvinskih cist. Število cist pri posameznem bolniku ni bilo povezano z njegovo starostjo. Premer kortikalnih cist je bil v povprečju 1,97 cm (razpon od 0,5 do 8,0 cm; $SD \pm 1,20$). Premer parapelvinskih cist je bil v povprečju 1,61 cm (razpon od 0,5 do 4,0 cm; $SD \pm 0,78$). Velikost tako kortikalnih kot tudi parapelvinskih cist ni bila povezana s starostjo bolnikov.

V raziskavi z UZ nismo našli ledvičnega karcinoma stene ciste ali intracističnega ledvičnega karcinoma.

Eden izmed ciljev naše raziskave je bil tudi prikazati velikost ledvic v naši populaciji. Povprečna dolžina desne ledvice je bila 10,45 cm (razpon od 8 do 13,5 cm; $SD \pm 0,78$), povprečna dolžina leve ledvice pa 10,46 cm (razpon od 9 do 13,5 cm; $SD \pm 0,80$). Povprečna širina desne ledvice je bila 5 cm (razpon od 4 do 7 cm; $SD \pm 0,48$) in leve 5 cm (razpon od 4 do 6,5 cm; $SD \pm 0,48$). Nismo našli povezave med velikostjo ledvic in prisotnostjo cist.

Razpravljanje

Danes pogosto z neinvazivnimi diagnostičnimi metodami, kot sta UZ in/ali RT, odkrijemo enostavne ciste ledvic (3). Večina bolnikov nima težav, povezanih s cistami, temveč so te odkrite med diagnostično obdelavo zaradi drugega razloga (3, 7). Podatki o prevalenci enostavnih cist ledvic so v literaturi zelo različni, opisali so prevalenco enostavnih cist od 3,4% (4) pa vse do 24% (8). Pogosto je bilo v raziskavah vključenih relativno malo bolnikov (6,



Sl. 2. Odstotek bolnikov z enostavnimi cistami in starost bolnikov.

Fig. 2. Percentage of patients with simple renal cysts and patients' age.

8), zato se podatki o prevalenci tako razlikujejo. Danes je dobro znana tudi pridobljena cistična bolezen ledvic pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo. Ciste niso prisotne le pri končni ledvični odpovedi (12–14), temveč so prisotne že pri začetni ledvični odpovedi (9, 10). Mickish s sodelavci je opisal 22% prevalenco cist pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo z vrednostjo serumskega kreatinina, manjšo kot 162 mikromol/l (9). V večini raziskav o prevalenci enostavnih cist, tudi pri tistih z velikim številom v raziskavo vključenih bolnikov, pa žal ni podatka o ledvični funkciji (5, 7, 8). V našo raziskavo smo vključili relativno veliko število bolnikov, vsi so imeli dobro ledvično funkcijo (serumski kreatinin manjši kot 100 mikromol/l). Enostavne ciste smo našli pri 15,7% bolnikov. Prevalenca enostavnih cist v naši raziskavi je najbližje 13,5% prevalenci, opisani v raziskavi Yamagishija s sodelavci (6), ki je v raziskavo prav tako vključil le bolnike z normalno ledvično funkcijo. So pa v to raziskavo vključili le bolnike, ki so imeli ciste večje kot 1 cm, tako da bi bila prevalenca še nekoliko višja, če bi vključili še bolnike s cistami, manjšimi od 1 cm. Opisana prevalenca cist pri naših bolnikih s kronično ledvično odpovedjo in vrednostjo serumskega kreatinina pod 300 mikromol/l je 24%, torej večja kot pri bolnikih z normalno ledvično funkcijo (10). Pomemben razlog za velike razlike v prevalenci cist je tudi različna starost v raziskave vključenih bolnikov (7). Znano je, da število bolnikov z enostavnimi cistami narašča s starostjo (6–8). Harder s sodelavci ni našel cist pri bolnikih, mlajših od 15 let, in le 3,5% prevalenco enostavnih cist pri bolnikih, starih od 15 do 24 let, pri bolnikih, starejših od 75 let, pa je bila prevalenca celo 49,5% (7). Yamagishi s sodelavci (6) ni ugotovil cist pri bolnikih, mlajših od 23 let, Laucks s sodelavci (8) pa ni ugotovil cist celo pri bolnikih, mlajših od 40 let. V naši raziskavi nismo našli cist pri bolnikih mlajših od 20 let, pri bolnikih, starih 80 ali več let, pa so bile prisotne v 34,8%. Bolniki s cistami so bili starejši od tistih brez cist. Razlika v starosti je bila statistično pomembna, kar se sklada z objavljenimi rezultati. V literaturi opisana razlika v prevalenci enostavnih cist pa je deloma tudi posledica različnih metod, ki so bile uporabljene v raziskavah (UZ, CT, avtopsijska), različnih geografskih prostorov in rasnih razlik med preiskovanci (6). V nekaterih raziskavah so ugotovili, da so enostavne ciste pogostejše pri moških (6, 15, 16), v drugih tega niso potrdili (8). V naši raziskavi so bile ciste statistično značilno bolj pogoste pri moških. Nismo našli razlike v prevalenci cist v levi in desni ledvici, kar se sklada z objavljenimi raziskavami (6–8). V nekaterih predhodnih raziskavah so opisali večjo velikost cist pri starejših bolnikih (7, 8, 15),

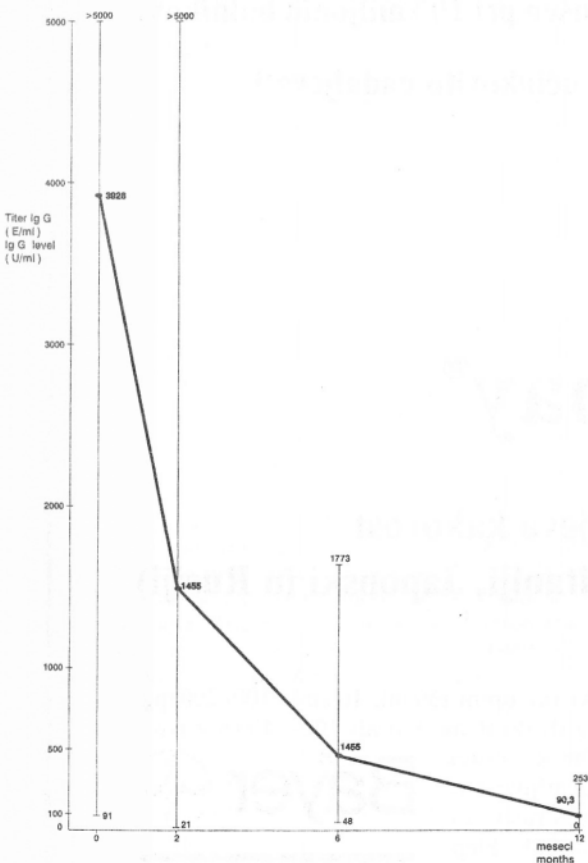
v drugih pa niso našli povezave med diametrom cist in starostjo bolnikov (6). V naši raziskavi je bilo število cist pri posameznem bolniku od 1 do 10, njihova velikost je bila od 0,5 cm do 8 cm. V skupini bolnikov s cistami nismo našli statistično značilne povezave med velikostjo cist in starostjo bolnikov ter velikostjo ledvic. V literaturi so opisali tudi pojav ledvičnega karcinoma, ki izhaja iz stene enostavne ledvične ciste, vendar je redek (4, 5, 17, 18). V naši raziskavi z UZ nismo našli ledvičnega karcinoma stene ciste ali intracističnega ledvičnega karcinoma.

Velikost ledvic nam pogosto pomaga pri oceni bolnika z boleznijo ledvic in njegovi prognozi (19). Poznati pa je potrebno tudi normalno velikost ledvic. Del UZ pregleda ledvic je tudi meritev velikosti ledvic, ki smo jo opravili tudi pri vseh naših bolnikih z normalno ledvično funkcijo zajetih v raziskavi. UZ meritev velikosti ledvic je bolj natančna metoda za oceno velikosti ledvic kot so nekatere rentgenološke metode (slikanje trebuha na prazno, intravenozni pielogram, ledvična angiografija) (19). UZ je ob tem še metoda, ki je neinvazivna in ni potrebna uporaba kontrasta. Opisana normalna velikost ledvic v literaturi je med 8 do 13 cm (19, 20). V naši raziskavi smo ugotovili povprečno velikost desne ledvice 10,45 cm in leve 10,46 cm, razpon je bil med 8 in 13,5 cm. Nismo ugotovili razlike v velikosti ledvic pri bolnikih s cistami in brez njih.

Literatura

1. Braasch WF, Hendrick JA. Renal cysts, simple and otherwise. *J Urol* 1944; 51: 1-10.
2. Reis M, Faria V, Lindoro J, Adolfo A. The small cystic and noncystic non-inflammatory renal nodules: a postmortem study. *J Urol* 1988; 140: 721-4.
3. Luscher TF, Wanner C, Otto R, Hauri D, Vetter W. Zufallsbefund Nierenzyste: Banalitat oder abklärungswürdiger Befund. *Schweiz Med Wschr* 1987; 117: 785-94.

4. Weiss H, Ludwig G, Weiss A et al. Die Häufigkeit des Nierenzystenwandkarcinoms - Ergebnisse von 22.000 Ultrashalluntersuchungen. *Ultrashall Med* 1983; 4: 24-30.
5. Brunn J, Ruf G, Schrapler P. Diagnostik der Nierenzysten. *Dtsch Med Wschr* 1980; 105: 1569-71.
6. Yamagishi F, Kitahara N, Mogi W, Itoh S. Age-related occurrence of simple renal cysts studied by ultrasonography. *Klin Wochenschr* 1988; 66: 385-7.
7. Harder Th, Quade G, Salingre G. Häufigkeit, Lokalisation und Grosse unkomplizierter Nierenzysten. *Ultrashall Klin Prax* 1990; 5: 99-103.
8. Laucks SP, McLachlan MSF. Aging and simple cysts of the kidney. *Br J Radiol* 1981; 54: 12-4.
9. Mickish O, Bommer J, Bachmann S, Waldherr R, Mann JFE, Ritz E. Multicystic transformation of kidneys in chronic renal failure. *Nephron* 1984; 38: 93-9.
10. Hojs R. Pridobljena cistična bolezen ledvic pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo. *Zdrav Vestn* 1995; 64: 423-5.
11. Hidalgo H, Dunnick NR, Rosenberg ER, Ram PC, Korobkin M. Parapelvic cysts: appearance on CT and sonography. *AJR* 1982; 138: 667-71.
12. Dunnill MS, Millard PR, Oliver D. Acquired cystic disease of the kidney: a hazard of long term intermittent maintenance haemodialysis. *J Clin Pathol* 1977; 30: 868-78.
13. Thomson BJ, Jenkins DAS, Allan PL, Elton RA, Winney RJ. Acquired cystic disease of kidney in patients with end-stage chronic renal failure: a study of prevalence and etiology. *Nephrol Dial Transpl* 1986; 1: 39-43.
14. Hojs R, Hojs J. Pridobljena cistična bolezen ledvic pri bolnikih na kronični hemodializi. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 241-3.
15. Tada S, Yamagishi J, Kobayashi H, Hata Y, Kobari T. The incidence of simple renal cyst by computed tomography. *Clin Radiol* 1983; 34: 437-9.
16. Beart L, Steg A. On the pathogenesis of simple renal cysts in the adult. A microdissection study. *Urol Res* 1977; 5: 103-8.
17. Lang EK. Coexistence of cyst and tumor in the same kidney. *Radiology* 1971; 101: 7-16.
18. Levine SR, Emmett JL, Woolner LB. Cyst and tumor occurrence in the same kidney. *J Urol* 1964; 91: 8-9.
19. Ninan VT, Thomas-Koshi K, Niyamthullah MM et al. A comparative study of methods of estimating renal size in normal adults. *Nephrol Dial Transpl* 1990; 5: 851-4.
20. Fučkar Ž. Sonografija urogenitalnog sustava. Ljubljana, Rijeka: Partizanska knjiga, 1988: 39-46.



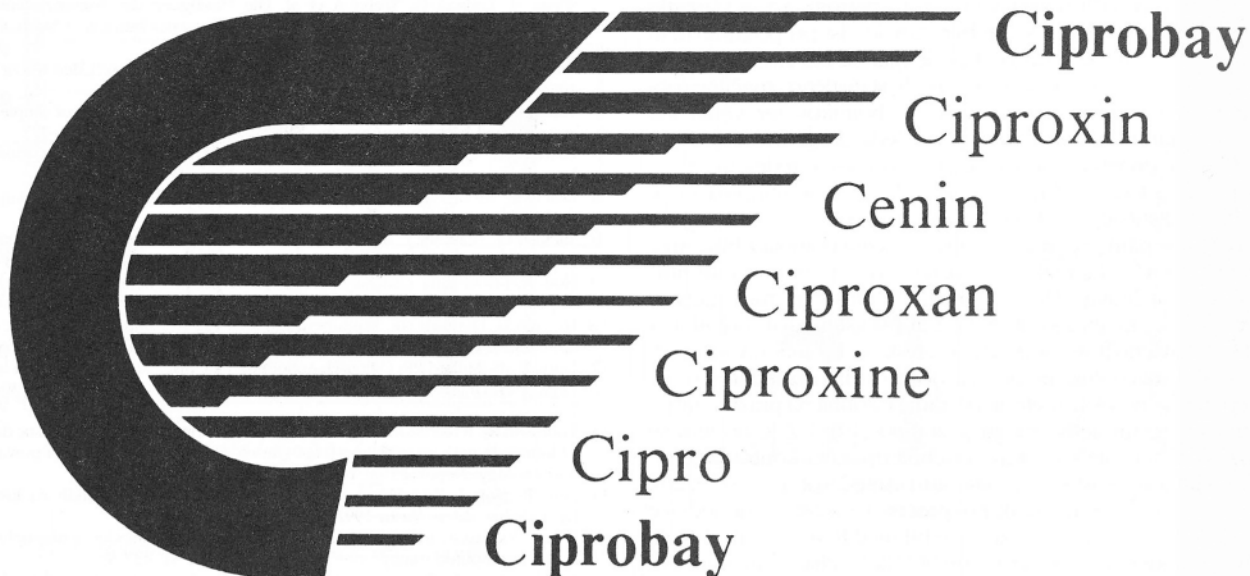
Graf. 5. Titer Ig G (Amrad Hel-p test) proti *H. pylori* - študijska skupina
Graph. 5. Ig G antibody levels (Amrad Hel-p test) against *H. pylori* - study group

N = 17 bolnikov (patients)

Errata corrige

V Zdravniškem vestniku 12/1995 v članku B. Tepeš, M. Gubina, B. Kavčič, D. Košutič, I. Križman »Prospektivna kontrolirana študija zdravljenja bolnikov s *Helicobacter pylori* pozitivno ulkusno boleznijo dvanajstnika« je bil na str. 690 napačno objavljen graf 4 tudi kot graf 5. Objavljen pravilni graf 5 in se opravičujemo avtorjem in bralcem.

Uredništvo



- Fluorirani kinolon, danes najuspešnejši v svoji skupini
- Zdravljenje, ki ustvarja zaupanje (preizkušen pri 100 milijonih bolnikov)
- Začetno parenteralno zdravljenje je moč učinkovito nadaljevati peroralno (doma)



Ciprobay[®]

ciprofloksacin — Bayerjeva kakovost

v 57 državah (tudi v ZDA, Veliki Britaniji, Japonski in Rusiji)

Ciprobay: ciprofloksacin: 10 tablet 250/500 mg; infuzijski raztopini (50 ml, 100 ml) 100/200 mg.
Doziranje: Peroralni odmerek Ciprobaya je 125—750 mg dvakrat na dan ali 100—400 mg (i.v.) dvakrat na dan. Polovični odmerek je priporočljiv kadar je očistek kreatinina manjši od 20 ml/min. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za ciprofloksacin in druge kinolone; otroci in mladi v obdobju rasti, nosečnost, dojenje dokler ni dovolj izkušenj o možnih poškodbah sklepne hrustanca med rastjo, posebej previdno dajemo zdravilo starejšim bolnikom in pri tistih s poškodbami osrednjega živčevja.

Bayer

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Pregledni prispevek/Review article

VLOGA RADIOTERAPIJE PRI ZDRAVLJENJU PLJUČNEGA RAKA

THE ROLE OF RADIOTHERAPY IN LUNG CANCER TREATMENT

Miha Debevec

Onkolog d.o.o., Topniška 35 e, 61000 Ljubljana

Prispelo 1995-10-02, sprejeto 1996-01-27; ZDRAV VESTN 1996; 65: 79-84

Ključne besede: indikacije; prognoza

Key words: indications; prognosis

Izvleček – Izhodišča. Obsevanje je najpogostejši način specifičnega zdravljenja pljučnega raka. Pri izboru bolnikov je treba upoštevati tudi dejanske možnosti za obsevanje: obsevalne in planirne zmogljivosti ter možnosti za hospitalizacijo. V članku je opisana vloga obsevanja v naslednjih situacijah: radikalno obsevanje zgodnjih stadijev z namenom ozdravitve, podporno obsevanje mediastina po kompletni resekciji, obsevanje ostanka tumorja po operaciji, preoperativno obsevanje, profilaktično obsevanje glave, obsevanje lokalno napredovalih neoperabilnih tumorjev, kombinirano zdravljenje z obsevanjem in kemoterapijo ter paliativno obsevanje bolnikov z metastazami.

Abstract – Background. Radiation is the most common specific method of lung cancer treatment. In the selection of patients, we have to consider the actual possibilities for radiation: the capacities of radiation and planning machines, and bed facilities for in-patients. The article is concerned with the role of radiotherapy in the following situations: radical radiation with curative intent for early stage disease, adjuvant mediastinal irradiation for completely resected tumors, radiation for known residual disease after surgical resection, preoperative radiation, prophylactic cranial radiation, radiation of locally advanced unresectable tumors, combination treatment with radiation and chemotherapy, and radiation with palliative intent in patients with metastases.

Zaključki. Pri vsaki od teh situacij so predstavljeni dosežki v svetu in stanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Na koncu je prikazana analiza obsevanih bolnikov s pljučnim rakom v letu 1988.

Conclusions. In each of these cases the situation in the world and at the Institute of Oncology Ljubljana is compared. Finally, the analysis of one-year turnover of lung cancer patients admitted in 1988 is presented.

Uvod

Obsevanje ima pomembno vlogo pri zdravljenju pljučnega raka. Je najpogostejši način specifičnega zdravljenja pljučnih tumorjev. Žal ne zato, ker bi bilo tako uspešno, ampak predvsem zato, ker nimamo bolj primernih načinov zdravljenja: za operacijo je primernih razmeroma malo bolnikov, s kemoterapijo pa rutinsko zdravimo le drobnoceličnega raka.

ambulantno obsevanje. Vse kaže, da bo v bodoče odvisno tudi od zavarovalnice: ali bo dovolj denarja in tudi volje plačevati zdravljenje rakavih bolnikov v celoti, kot je to sedaj. Vsi ti dejavniki posredno vplivajo na vlogo, ki jo ima obsevanje pri pljučnem raku.

Cilj radioterapije je zmanjšati težave, ki jih povzročajo tumor na pljučih in njegovi zasevki, obenem pa podaljšati preživetje. Včasih uspe bolezen tudi pozdraviti. Ne smemo podcenjevati še ene pomembne vloge obsevanja: tako specifično zdravljenje ohranja upanje, da še ni vse izgubljeno, morda se bo bolnik še pozdravil, saj ga zdravimo z obsevanjem in ne samo simptomatsko.

Radikalno obsevanje v zgodnjem stadiju bolezni

Pri izboru bolnikov s pljučnim rakom za obsevanje moramo upoštevati tudi dejanske možnosti za izvedbo obsevanja, predvsem število primernih obsevalnih aparatov in njihovo obremenitev z drugimi bolniki, ki so tudi potrebni obsevanja. Upoštevati moramo število osebja, ki dela na teh aparatih, njihov delovni čas in razporeditev, propustnost in organiziranost simulatorjev, brez katerih danes ni več sodobnega obsevanja, in možnost za hospitalizacijo tistih bolnikov, ki nimajo pogojev za

Tako obsevanje je opravičljivo le pri bolnikih, ki so odklonili operacijo oz. kemoterapijo. Pri ne-drobnoceličnem raku je metoda izbora operacija, dokler je možna in smotrna. Pri drobnoceličnem raku pa je indicirana operacija in nato kemoterapija samo, če gre za začetni stadij bolezni. V primerih začetnega stadija drobnoceličnega raka je možno dosežati petletna preživetja, ki so primerljiva s tistimi pri ne-drobnoceličnem raku. Naši rezultati takega zdravljenja v obdobju 1980 do 1987 (1): pet let je preživel 33% bolnikov.

Pri ne-drobnoceličnem raku so vzrok, da ne pride do operacije sicer odstranljivega tumorja, najpogosteje različne bolezni, zlasti kardiorespiratornega sistema in slaba pljučna funkcija preostalih pljuč. Če bolnika odkrito seznanimo z dejanskim stanjem, le

redkokdaj odkloni ponujeno operacijo. Največkrat gre za bolnike v visoki starosti, kjer je pričakovano preživetje kratko. Starost sama po sebi sicer ni ovira za operativno zdravljenje oz. za ustrezno obsevalno zdravljenje, je pa ovira za kemoterapijo, ker moramo upoštevati, da je v visoki starosti kostni mozeg brez potrebne rezerve. Seveda pa moramo upoštevati biološko in ne samo koledarsko starost.

V literaturi so najbolj znani podatki Smarta in Hiltona iz leta 1956 (2), ki jih citira praktično vsaka publikacija, ki hoče dokazati uspešnost obsevanja operabilnega pljučnega raka. Pri 40 bolnikih sta samo z obsevanjem dosegla 22,5% petletno preživetje.

Lastnih rezultatov iz te skupine obsevanih bolnikov na Onkološkem inštitutu nimamo. Načelno nismo obsevali majhnih, počasi rastočih perifernih tumorjev, ki niso povzročali subjektivnih težav in pri katerih ni prišlo do operacije. Prav taki bolniki s tumorji imajo sicer lahko dolgo preživetje ne glede na to, ali so tumorji obsevani ali ne. Bolnikom s slabo pljučno funkcijo in odstranljivim tumorjem se lahko zaradi obsevanja pljučna funkcija še poslabša in je kvaliteta sicer ugodnega preživetja bistveno slabša. Zato smo prisiljeni v takih primerih uporabljati čim manjša obsevalna polja in marsikdaj ne upamo obsevat do radikalnega odmerka, da ne bi povzročili pnevmonitisa, ki je lahko za take bolnike usoden. Postradiacijski pnevmonitis je namreč odvisen od velikosti obsevalnega polja in od višine obsevalnega odmerka.

Primerjava rezultatov obsevanih in operiranih bolnikov s pljučnim rakom je problematična že zaradi načina določitve stadija: pri obsevanih je stadij določen samo klinično, pri operiranih tudi patomorfološko, kar je mnogo bolj natančno. Zato so krivulje preživetja po klasifikaciji pTNM bistveno boljše kot po določitvi stadija cTNM.

Najbolj znana primerjava operacije in obsevanja pljučnega raka je randomizirana študija Morrisona in sod. iz leta 1963 (3). Ti so opazovali 58 klinično operabilnih bolnikov, vendar je bilo med njimi 1/3 drobnoceličnega raka. Pri 30 bolnikih, ki so bili določeni za operacijo, se je kar pri 13 pri torakotomiji izkazalo, da proces ni odstranljiv. Po prvem letu je bilo preživetje pri obsevanih bolnikih 64%, pri operiranih pa 43%. Po 4 letih pa je živelo samo 7% obsevanih in 23% operiranih bolnikov.

Danes ni več nobenega dvoma o tem, da je operacija pri nedrobnoceličnem raku bistveno uspešnejša, in bi bila vsaka randomizacija neetična. Pri drobnoceličnem raku pa je operacija operabilnih tumorjev podporno zdravljenje kemoterapiji.

Podporno obsevanje po radikalni operaciji

Pri bolnikih, ki so bili sicer radikalno operirani, obstaja nevarnost ponovitve bolezni. Ocenjujejo, da je v I. stadiju, se pravi T1 in T2 ter N0, operacija kurativna v 60%. Če so prizadete peribronhialne in hilusne bezgavke, to je N1 stadij, je verjetnost že pol manjša, torej 30% (4). Da bi te rezultate izboljšali, skušajo s pooperativnim obsevanjem ležišča tumorja in regionalnih bezgavk v hilusu in mediastinu preprečiti loko-regionalno ponovitev, s kemoterapijo pa vplivati tudi na pojav oddaljenih zasevkov. Kljub oceni operaterja, da je bil poseg radikalen, so avtopsijske študije umrlih v zgodnjem pooperativnem obdobju pokazale visoko incidenco mikroskopskih ostankov v mediastinu (5). V zadnjih treh desetletjih je bilo objavljenih samo 5 randomiziranih študij pooperativnega obsevanja, ki skupaj zajemajo komaj 890 bolnikov. Naša študija (6), ki smo jo predstavili v Pragi maja 1995, je torej šele šesta. Vendar teh 6 študij (tab. 1) ni mogoče primerjati med seboj, ker zajemajo različne stadije in različne histološke vrste, tri med njimi tudi drobnoceličnega raka. Tudi obsevalni odmerki in režimi obsevanja so raznovrstni. Način ugotavljanja oddaljenih metastaz se je v tem obdobju spreminjal, kot so se uvajale različne nove diagnostične možnosti in se je večala zanesljivost določitve stadija bolezni. Nobena od teh študij pa ni pokazala statistično zanesljivo daljšega preživetja obsevanih bolnikov. Dve študiji (9, 11) sta pokazali manj lokalnih ponovitev, vendar to ni vplivalo na

Tab. 1. *Randomizirane študije postoperativnega obsevanja pljučnega raka.*

Tab. 1. *Randomized clinical trial of postoperative radiation for lung cancer.*

Avtor Investigator	Št. bolnikov No. of pts.	Histologija Histology	Stadij Stage	Obsevalni odmerek Radiation dose	Preživetje Survival
Patterson 1962 (7)	202	vse vrste all	N0	4500 cGy/ 4 week	NS
Bangma 1971 (8)	73	vse vrste all	N0, N1, N2	4500 cGy/ 5-6 week	NS
EORTC 1979 (9)	230	epidermoidni squamous cell	N0, N1, N2	4500-5500 cGy/ 4.5 week	NS
Van Houtte 1980 (10)	175	vse vrste all	N0	6000 cGy/ 6 week	NS
LCSG 1986 (11)	210	epidermoidni squamous cell	N1, 2	5000 cGy/ 5-5.5 week	NS
Ljubljana 1995 (6)	74	ne-mikrocel. non-small cell	N2	3000 cGy/ 2 week	NS

NS = nesignifikantno
non-significant

preživetje. Naša študija je pokazala, da vpliva na preživetje število prizadetih bezgavk mediastina: večje število ima bistveno slabšo prognozo kot ena sama prizadeta bezgavka. Po Watanabeju in sod. (12) naj bi vplivalo na preživetje tudi to, katera od mediastinalnih regij je prizadeta z zasevki: subkarinalne bezgavke naj bi imele slabšo prognozo kot druge.

Naša študija odstopa od ostalih zaradi razmeroma nizkih odmerkov in kratkega režima obsevanja – 3000 cGy/2 tednih. Kljub temu smo dosegli razmeroma ugodno 28% petletno preživetje pri skupno 74 bolnikih in nekaj boljše preživetje obsevanih bolnikov v primerjavi z neobsevanimi. Zanimivo je tudi, da obsevanje pri naših bolnikih ni zmanjšalo števila loko-regionalnih ponovitev niti ni vplivalo na vzrok smrti.

Nasprotno pa so številne nerandomizirane študije pokazale pri obsevanih bolnikih daljše preživetje (13).

Obsevanje ostanka po neradikalni operaciji

Kirurško zdravljenje pljučnega raka je indicirano le v primerih, ko so izgledi za radikalno odstranitev tumorja. Včasih se šele pri sami operaciji izkaže, da resekcija ni možna. Delna odstranitev, debulking, ne vpliva na dolžino preživetja, kvečjemu začasno na simptomatiko (14).

Zgodi se, da je kljub resekciji ostal del tumorja neodstranjen. Če to ugotovi patolog pod mikroskopom, je to R1, če pa je tako ocenil že operater, je to R2 stadij. V takih primerih je smotno obsevanje lokalnega ostanka na bronhialnem krnu, v torakalni steni ali mediastinu, kar lahko vpliva na preživetje s tem, da odloži, če že ne prepreči ponovitve. Seveda pa kljub obsevanju obstaja tudi pri teh bolnikih nevarnost razsoja.

V obdobju 1978–1982 smo obsevali 17 bolnikov z ostankom tumorjev pri ne-drobnoceličnem raku. Štirje bolniki so imeli ostanek tumorja na rezni ploskvi bronhija, 8 bolnikov v torakalni steni, 4 v mediastinalnih organih in eden v mediastinalnih bezgavkah nasprotni strani. Njihovo petletno preživetje je bilo 18% (15).

Preoperativno obsevanje

Preoperativno obsevanje naj bi zmanjšalo tumor in njegove bezgavke pa tudi vplivalo na možnost razsoja in vsaditve tumorskih celic med samim operativnim posegom. Skupinska študija NCI (16) je pokazala, da je od 425 tumorjev, ki so jih smatrali brez obsevanja za neodstranljive, po obsevanju 152 postalo odstran-

ljivih. Bili so randomizirani za operacijo ali brez nje. V petletnem preživetju ni bilo razlike (8% proti 6%).

Danes velja, da je preoperativno obsevanje smotno pri Pancoastovih tumorjih. Gre za tumorje v pljučnem vrhu, ki zelo zgodaj vraščajo v torakalno steno in hrbtenico, razžirajo skelet, dražijo brahialni pletež in kasneje tudi vratni simpatikus. Take tumorje smatrajo kot potencialno odstranljive, če niso prizadete mediastinalne bezgavke in ni polno razvit Pancoast-Tobiasov sindrom s Hornerjevim sindromom. S preoperativnim obsevanjem in operacijo so dosegli 34% petletno preživetje (17). S samim obsevanjem so dosegli bistveno slabše rezultate preživetja (18).

V obdobju 1981 do 1994 smo na Onkološkem inštitutu zdravili 48 bolnikov s Pancoastovim tumorjem. Sedem bolnikov je bilo tudi operiranih, a le trije med njimi so bili obsevani pred operacijo. Mediano preživetje vseh bolnikov je 8 mesecev, petletno preživetje pa 6%.

O preoperativnem obsevanju odstranljivih tumorjev je objavljenih 5 randomiziranih študij (16, 19–22), ki niso dokazale boljšega preživetja obsevanih bolnikov. Ker bolniki niso razdeljeni po stadijih, je primerjava med njimi nezanesljiva. Dosežena preživetja so razmeroma skromna. Komplikacije po obsevanju in operaciji so bile pri 2 od teh študij pogostejše.

Lastnih rezultatov takega zdravljenja na Onkološkem inštitutu nimamo.

Profilaktično obsevanje glave

Razmeroma pogosto zasevanje pljučnega raka v možgane in kratka preživetja po obsevanju ugotovljenih zasevkov v možganih sta vzrok uvedbi profilaktičnega obsevanja glave. Glavo obsevamo že takrat, ko niti klinično niti s CT ali magnetno resonanco še ne ugotovimo znakov zasevkov v možganih. Pri drobnoceličnem raku, kjer je verjetnost zasevkov velika (do 40%), se pogosteje obseva profilaktično, pri ne-drobnoceličnem raku, kjer je verjetnost 10-krat manjša, pa redkokdaj (23). V začetku so verjeli, da profilaktično obsevanje glave z odmerkom 3000 cGy/10 frakcijah/2 tednih ni škodljivo. Pri opazovanju tako obsevanih bolnikov, ki so dočakali več let po obsevanju, so ugotovili okvaro višjih možganskih funkcij: inteligence, volje, zapomnljivosti in čustvovanja. Po obsevanju so nastale spremembe možganskega mikroozilja in klinični znaki, kot jih vidimo pri možganski arteriosklerozi. Pokazalo se je tudi, da obsevani bolniki niso imeli daljšega spreživetja, pač pa so redkeje dobili možganske metastaze. Na Onkološkem inštitutu nismo sprejeli takega obsevanja v rutinsko zdravljenje drobnoceličnega raka. V sklopu mednarodne študije ISC-Lung Cancer Study Group, v kateri sodelujemo od leta 1980 dalje, smo profilaktično obsevali glavo pri 5 bolnikih tako, kot je bilo predpisano s protokolom: 3000 cGy/2 tednih. Pri enem izmed teh bolnikov je prišlo po nekaj letih do izrazitih znakov Alzheimerjeve bolezni in je bolnik zaradi nje tudi umrl. Pri drugem izmed obsevanih bolnikov pa se po obsevanju pogosto pojavljajo glavoboli, ki jih bolnik pred obsevanjem ni imel. Sicer pa je bolnik živ in brez znakov bolezni več kot 5 let. Pri preostalih treh bolnikih ni bilo težav zaradi obsevanja glave. Po nekaj letih je bil protokol študije spremenjen na odmerek 3600 cGy/20 frakcijah/4 tednih, obsevanje glave ni bilo več obvezno, ker tudi preživetja niso bila različna (24): zasevke v možganih so ugotovili pri 13% od 62 obsevanih in pri 17% od 24 neobsevanih bolnikov, kar ni signifikantno različno.

Obsevanje lokalno napredovalega pljučnega raka

Sem sodi večina bolnikov z ne-drobnoceličnim rakom, pri katerih ni prišlo do operacije. To so bolniki v N2 in N3 stadiju, vsi T4 in nekateri tudi z M1. Tudi veliko bolnikov s T3 stadijem je med njimi. Večina teh bolnikov prej ali slej dočaka oddaljene zasevke, vendar

pa umirajo predvsem zaradi intratorakalnega progressa. Ravno zato je pomembno, da skušamo vplivati z obsevanjem na loko-regionalne težave in jih vsaj začasno ublažiti, če že ne odpraviti. Obstajajo razlike v mnenju, kdaj pričeti z obsevanjem: ali takoj ali šele takrat, ko se pojavi simptomatika. Nadalje, ali aplicirati nižje odmerke za ublažitev težav, ali obsevati z visokimi, teoretično kurativnimi odmerki. Med temi bolniki je vsaj nekaj »srečnežev«, ki po obsevanju dočakajo 5 ali več let. V takih primerih, ko je mediano preživetje manj kot 1 leto in petletno preživetje do 5%, je lahko obsevanje edina možnost za ozdravitev. Govorijo o t.i. loterijskem razlogu. Če te možnosti ne nudimo, te možnosti bolnik nima. Na žalost ali pa k sreči, odvisno ali gledamo s stališča zdravnika ali s stališča bolnika, vnaprej ne vemo, kdo jo bo po obsevanju dobro odnesel. Veliko dela za vse osebe, stroškov za plačnika in neprijetnih preiskav in težav bolnika zaradi obsevanja bi bilo prihranjenega. Zanesljivih kriterijev za pravilno izbiro bolnikov za obsevanje nimamo. Dobra kondicija in ohranitev teže, primeren hemogram in normalna biokemija krvi so grobi kriteriji. Na drugi strani pa dober odgovor na obsevanje ne pomeni tudi dolgega preživetja. Ravno oddaljene metastaze so tiste, ki v takih primerih odločajo o usodi bolnika. Tu nam daje obsevanje v režimu deljenega odmerka nekaj maneverskega prostora: s pavzo 3–4 tednov med obema deloma obsevanja podaljšamo skupni čas obsevanja, da se lahko že pred drugim delom obsevanja pokažejo zasevki ali kak drug razlog, da potem obsevanja pljuč po nepotrebnem ne nadaljujemo.

Primerjava različnih odmerkov in režimov obsevanja je pokazala nesignifikantno različno dolgo preživetje, vendar pa signifikantno boljšo lokalno kontrolo pri višjih odmerkih (25).

Petletno preživetje po obsevanju pod 10% ali celo 5% dokazuje, da je tako obsevanje v bistvu paliativno. Pogostnost oddaljenih zasevkov govori za to, da so mikroskopski zasevki zelo verjetno prisotni že pred pričetkom obsevanja in da pri tistih nekaj bolnikih, ki preživijo več kot 5 let, ni to samo zasluga obsevanja, ampak tudi posledica narave malignoma oziroma odpornosti organizma proti njemu.

Spominjam se bolnika, ki smo ga obsevali leta 1977 zaradi epidermoidnega raka stadija T4N0, kar se je izkazalo pri eksplorativni torakotomiji, pri kateri so ugotovili, da tumor vrašča v aorto in ni odstranljiv. Po obsevanju na betatronu ima bolnik hudo fibrozo, vendar živi brez znakov bolezni več kot 18 let.

Na Onkološkem inštitutu že od sedemdesetih let dalje uporabljamo režim deljenega odmerka z višjimi dnevnimi odmerki 250, 300 ali celo 400 cGy dnevno, kar omogoča krajšo hospitalizacijo in manjšo obremenitev obsevalnih aparatov. Težave zaradi obsevanja so manjše in se v pavzi po prvem delu obsevanja povsem umirijo.

V obdobju 1972–74 smo pri 231 bolnikih, obsevanih z odmerkom nad 5000 cGy, dosegli 52% enoletno, 25% dveletno in 14% triletno preživetje. Z odmerki manj kot 5000 cGy je bilo pri 219 bolnikih tako preživetje 22%, 2% in 0% (26). Ti rezultati samo opravičujejo naše kriterije pri izbiri bolnikov za obsevanje s radikalnimi oz. paliativnimi odmerki in nikakor ne dokazujejo, da je višji odmerek toliko uspešnejši.

Režim obsevanja pri paliativni »low-dose« radioterapiji je bil 5x400, 10x300 ali 12x250 cGy. Tako obsevanje bolniki dokaj dobro prenesejo, razen blagih do zmernih težav pri požiranju nekaj dni po obsevanju ne občutijo drugih akutnih subjektivnih težav. Za ublažitev bolnikovih težav je tako obsevanje dovolj učinkovito. Na splošno velja, da obsevanje olajša simptomatiko pri 50 do 80% bolnikov za približno 3 do 4 mesece (27). Naši rezultati obsevanja pljuč iz tega obdobja (26): subjektivno in objektivno izboljšanje pri 53%, samo subjektivno izboljšanje pri 9% in samo objektivno izboljšanje pri 17,5% ter nespremenjeno stanje pri 14% bolnikov. Primerjava nekaterih objavljenih rezultatov obsevanja ne-drobnoceličnega raka III. stadija iz zadnjih let (28–36) pokaže, da eno- in triletna preživetja niso bistveno drugačna od naših več kot 10 let starejših. Naj poudarim dejstvo, da so rezultati odvisni predvsem od selekcije: bolj ko je radioterapevt »izbirčen«, boljši bodo

rezultati. In bolj ko bo natančno določen stadij bolezni, boljši bodo rezultati tega stadija.

Podobno kot pri številnih drugih tumorskih lokalizacijah so tudi pri pljučnem raku v preizkušanju različni načini hiperfrakcioniranega pospešenega obsevanja, npr. 3-krat dnevno 150 cGy do 5.400 cGy skupnega odmerka. Tak način je prehuda obremenitev za naše kapacitete, tako obsevalne kot hospitalne, saj se pri ambulantnih bolnikih tega praktično ne da izvajati. Osebnostno od takega načina ne pričakujem bistveno boljšega preživetja.

Kombinirano zdravljenje z obsevanjem in kemoterapijo

Glede na pogostnost oddaljenih zasevkov so razumljivi poskusi s kemoterapijo vplivati na razsoj tumorja. Pri ne-drobnoceličnem raku tako zdravljenje ni rutinsko. Tabela 2 prikazuje randomizirane študije primerjave samega obsevanja in obsevanja s kemoterapijo pri bolnikih z ne-drobnoceličnim rakom stadija III. Le 2 od 7 študij so pokazale statistične razlike v 2- in 3-letnem preživetju v korist kombiniranega zdravljenja. Vendar je mediano preživetje večinoma pod 1 letom in razlika medianega preživetja samo 2–4 mesece. Čas zdravljenja je pri kombiniranem zdravljenju bistveno daljši in toksičnost večja, vendar kvalitete preživetja pri teh študijah niso posebej ocenjevali.

Tab. 2. *Randomizirane študije obsevanja in obsevanja s kemoterapijo pri ne-mikrocelularnem pljučnem raku stadija I–III.*

Tab. 2. *Randomized clinical trial of radiotherapy vs. radiotherapy and chemotherapy for non-small cell lung cancer stage I–III.*

Avtor Investigator	Štev. bolnikov No. of pts.	Mediano preživetje (meseči) Median survival (months)		P
		obs. RT	obs.+KT RT+ChT	
		Mattson 1988 (29)	252	
Johnson 1990 (31)	319	8,6	9,4	NS
Dillman 1990 (32)	155	9,7	13,8	0,006
Morton 1991 (33)	121	10,4	10,5	NS
Le Chevalier 1991 (34)	353	10	12	0,02
Trovo 1990 (37)	111	10,3	9,9	NS
Trovo 1992 (38)	173	11,7	10	NS

NS = nesigifikantni
non-significant

Drugačna je situacija pri drobnoceličnem raku. Tu je osnovno zdravljenje kemoterapija in obsevanje podporno. S samo kemoterapijo je možno doseči odgovor loko-regionalno do 90% (39), odvisno od natančnosti diagnoze (ali gre za čisti drobnocelični ali za kombinirani oz. mešani tumor) in agresivnosti kemoterapije. S samim obsevanjem je odgovor približno 75% (40). S kombinacijo obeh načinov zdravljenja skušamo doseči odgovor tudi pri manjkajočih odstotkih.

Pri kombiniranem zdravljenju so naslednje možnosti:

1. najprej kemoterapija, nato obsevanje (zaporedno zdravljenje),
2. kemoterapija vsake 3 ali 4 tedne, vmes pa se bolnik tudi obseva (konkurenčno zdravljenje),
3. izmenoma kemoterapija in obsevanje (alternirajoče zdravljenje).

Najbolj učinkovita se je izkazala konkurenčna kombinacija. Je pa žal najbolj toksična in za bolnika obremenjujoča, pa tudi za zdravnika zahtevna.

Zdi se nam logično, da najprej poskusimo z 2 ali 3 aplikacijami kemoterapije in, če ni odgovora, obsevamo, nato pa nadaljujemo s spremenjeno kemoterapijo do skupno vsaj 6 aplikacij. Pogoj za tak način je omejeni stadij bolezni.

Tudi v primeru popolne remisije po 6 ciklih kemoterapije, potrjene z bronhoskopijo in mikroskopskim pregledom, je smotno loko-regionalno obsevanje. Zaradi velikega števila mešanih tumorjev je verjetnost lokalne ponovitve po sami kemoterapiji

dokaj velika. Z obsevanjem vplivamo tudi na ne-drobnocelično komponento tumorja, ki na kemoterapijo ni dovolj občutljiva. Enajst od 13 randomiziranih prospektivnih študij je pri omejenem stadiju bolezni pokazalo po kombiniranem zdravljenju 5% več preživelih bolnikov po 2 in 3 letih (41).

Na Onkološkem inštitutu smo v obdobju 1975–79 zdravili 117 bolnikov z drobnoceličnim rakom, od tega jih je 108 zdravljenih s kombinacijo kemoterapije in obsevanja (42). Mediano preživetje bolnikov v omejenem stadiju je bilo 10,5, v razširjenem stadiju pa 8 mesecev. Glede na nepopolno zamejitev bolezni in možnosti za diagnostiko, ki smo jih imeli takrat, je seveda zanesljivost določitve stadija pri teh bolnikih vprašljiva. Zelo verjetno je bilo bistveno manj omejene bolezni, kot smo to takrat ocenili.

V skupini bolnikov z drobnoceličnim rakom, ki so bili radikalno operirani in nato dobivali kemoterapijo, od 1980 do 1987 jih je bilo 26, so bili 4 med njimi tudi podporno obsevani v področju mediastina in supraklavikularnih bezgavk (1). Kljub obsevanju je prišlo pri 2 bolnikih kasneje do regionalnega relapsa, eden izmed njih pa je bil po 77 mesecih še živ.

Paliativno obsevanje bolnikov z zasevki

Za paliativno obsevanje zasevkov pljučnega raka so tako kot pri večini drugih malignomov primerni in hvaležni zasevki v kosteh, CŽS, bezgavkah, koži in podkožju, včasih, če bolijo, tudi v nadledvičnicah. Uspeh obsevanja je bolj odvisen od stanja bolnika in razširjenosti konkretnih zasevkov kot od odmerka in načina obsevanja. S kratkimi režimi in visokimi dnevnimi odmerki lahko dosežemo prav tako učinkovito in tako dobro paliacijo kot s klasičnimi režimi, le da ti večje bolnika za daljši čas na obsevalni aparat, kar pa pri večini bolnikov ni smotno.

Pri naših bolnikih smo v letu 1988 pri paliativno obsevanih zasevkih dosegli odgovor pri 70% bolnikov (26).

Radioterapevt je pogosto v dilemi, koliko obsevati v primerih, ko gre za omejen tumor na pljučih in dokazano solitarni oddaljeni zasevek, najpogosteje v glavi ali skeletu. V takih primerih smo pogostokrat obsevali več, kot so običajni paliativni odmerki, in včasih dosegli precej daljša preživetja, kot jih sicer pričakujemo pri M1, to je IV. stadiju.

Analiza bolnikov v letu 1988

Da bi preverili, kako konkretno, v praksi, izgledajo naše indikacije in kakšni so uspehi našega rutinskega dela, sem v letu 1994 obdelal enoletno kazuistiko iz leta 1988 (43). Gre za bolnike, ki sva jih z dr. Klevišarjevo obravnavala po enotnih kriterijih, ki so se izoblikovali po letu 1970. Ne gre torej za nikakršno izbiranje bolnikov ali friziranje podatkov. Zato so tudi nekateri podatki pomanjkljivi. Takšna je pač bila naša rutina.

V letu 1988 je bilo v Sloveniji registriranih 795 novih primerov pljučnega raka, kar predstavlja incidenco 68,4/100.000 pri moških in 12,7/100.000 pri ženskah. Na Onkološkem inštitutu je bilo v tem letu zdravljenih novih 369 bolnikov, večina zbolelih v istem letu. Zaradi pomanjkljive dokumentacije je bilo primernih za obdelavo 276 bolnikov. To predstavlja 35% registriranih oz. 75% bolnikov, zdravljenih v tem letu. Bilo je 253 moških in 23 žensk, starih od 31 do 83 let, mediana 59 let.

Pri 267 bolnikih (97%) je bil karcinom mikroskopsko potrjen. To je velik napredek v primerjavi z obdobjem 1960–69, ki sem ga obdelal v svoji disertaciji (44). Takrat je bilo med 857 bolniki, obsevanimi zaradi pljučnega raka, komaj 69,5% verificiranih. Vzrok za sedanje stanje je na eni strani razvoj fiberbronhoskopije in transtorakalne punkcije, na drugi strani pa tudi naša doslednost pri izboru bolnikov za zdravljenje z obsevanjem oz. kemoterapijo. Histološko je bilo 126 epidermoidnega, 62 drobnoceličnega, 44 velikoceličnega, 23 žleznega in 12 drugega (mešanega, netipizirane) raka.

Po kliničnem stadiju je bilo 6 bolnikov v I., 19 v II., 78 v III.a, 65 v III.b in 108 v IV. stadiju bolezni.

220 bolnikov (80%) je bilo napotenih na inštitut po predhodni obravnavi na timskem konziliju, 43 bolnikov (16%) po predhodnem telefonskem dogovoru z lečečim zdravnikom in samo 11 (4%) bolnikov brez predhodnega dogovora.

Primarno zdravljenje je bilo tako, kot ga prikazuje tabela 3. Radioterapije kot primarnega zdravljenja je bilo deležnih 92% bolnikov. Od teh je 88 bolnikov prejelo »radikalni« odmerek, ki je ekvivalenten klasičnemu obsevanju >5000 cGy/5 tednih, 156 je prejelo nižji, paliativni odmerek. Pri 9 bolnikih smo z obsevanjem pričeli, vendar smo obsevanje zaključili, preden smo dosegli predvideni paliativni odmerek. Pri 7 bolnikih smo nameravali obsevati, vendar do obsevanja sploh ni prišlo, ker se je stanje tako poslabšalo, da obsevanje ni bilo več smotno. Od srede oz. petka, ko se dogovarjamo na konziliju za sprejem na inštitut, do sprejema naslednji teden je stanje lahko toliko slabše, da do obsevanja niti ne pride. Zato je pri pljučnem raku tako pomembno, da ni čakalne dobe za sprejem na zdravljenje.

Tab. 3. Primarno zdravljenje bolnikov s pljučnim rakom v letu 1988.

Tab. 3. The primary treatment of lung cancer patients in 1988.

Način zdravljenja Treatment method	Število bolnikov No. of patients	%
Obsevanje Radiotherapy	189	68
Obsevanje + kemoterapija Radiotherapy + chemotherapy	44	16
Operacija + obsevanje Surgery + radiotherapy	20	7
Operacija + kemoterapija Surgery + chemotherapy	2	1
Kemoterapija Chemotherapy	14	5
Samo simptomatično Symptomatic only	7	3
Skupaj Total	276	100

Po petih letih, ob koncu 1993, gre torej za dejansko in ne samo za izračunano preživetje, je bilo živih samo 7 od 276 ali 2,5% bolnikov. Eno leto je dočakalo 25%, dve leti 9% od vseh bolnikov. Vrednost radioterapije lahko ocenjujemo pri bolnikih, ki so bili samo obsevani, brez kemoterapije in/ali predhodne operacije. Takih bolnikov je bilo 135. Radikalno obsevani so imeli enoletno preživetje 49% in dveletno 17%, vendar 5-letno še vedno komaj 3%. Paliativno obsevani so vsi umrli v 3,5 leta. Razlika v preživetju ne gre na račun obsevalnega odmerka, ampak predvsem na račun naših kriterijev pri izboru za radikalno in paliativno obsevanje. Pri bolnikih, ki smo jih obsevali samo zaradi metastaz, je situacija bistveno slabša: enoletno preživetje je bilo pod 10%, vsi so umrli v manj kot 3 letih.

Kot že rečeno, ni cilj radioterapije samo daljše preživetje, ampak tudi, včasih celo predvsem, zmanjšanje bolnikovih težav. Uspeh obsevanja je bil podoben kot v 70. letih: izboljšanje pri loko-regionalno obsevanem pljučnem raku smo dosegli pri 79% bolnikov. Po obsevanju zasevkov je bil ta odstotek 70%.

Žal je odgovor na obsevanje trajal kratek čas. Samo pri 67 od 135 bolnikov smo lahko ocenjevali čas trajanja regresa: več kot 6 mesecev je trajal regres pri 19 in več kot eno leto pri 20 izmed njih.

Zaključek

Tudi v bodoče bo ostala radioterapija pomemben način zdravljenja pljučnega raka ne glede na to, v kakšnih modifikacijah in

kombinacijah bo uporabljena. Predvidevam, da še dolgo ne bomo dobili bistveno boljših načinov zdravljenja pljučnega raka, kot jih imamo sedaj. Tudi pri posameznih sedanjih načinih zdravljenja ni pričakovati bistvenega napredka. Število obolelih pa narašča: ko sem se pred 25 leti pričel ukvarjati s pljučnim rakom, je bilo 500 novih primerov letno, v letu 1992 jih je bilo že prek 900. Zato bo tudi v bodoče treba krmariiti med naraščajočimi potrebami in omejenimi možnostmi za zdravljenje. Vsem, ki se bodo ukvarjali s pljučnim rakom, je treba zaželeli veliko znanja, volje, vztrajnosti in srečne roke pri odločitvah in izvajanju zdravljenja.

Literatura

- Debevec M, Orel J. Treatment of small-cell lung cancer by surgery, chemotherapy, and irradiation. *Lung Cancer* 1991; 7: 339-44.
- Smart J, Hilton G. Radiotherapy of cancer of the lung. *Lancet* 1956; 6: 880-1.
- Morrison R, Deeley T, Cleland W. The treatment of carcinoma of the bronchus. A clinical trial to compare surgery and superevoltage radiotherapy. *Lancet* 1963; 1: 683-4.
- Holmes E. Surgical adjuvant therapy of non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer* 1991; 7: 71-6.
- Mathews M, Kanhousa W, Pickren J, Robinette D. Frequency of residual and metastatic tumor in patients undergoing curative surgical resection for lung cancer. *Cancer Chem Rep* 1973; 4: 63-7.
- Debevec M, Bitenc M, Vidmar S et al. Postoperative radiotherapy in radically resected N2 non-small-cell lung cancer (NSCLC): Randomized clinical study 1988-92. In: Abstracts, 3rd Central European Lung Cancer Conference, Prague (Czech Republic), May 28-31, 1995: 167-7.
- Patterson GA, Russel MH. Clinical trial in malignant disease. IV Lung cancer. Value of postoperative radiotherapy. *Clin Radiol* 1962; 13: 141-4.
- Bangma PJ. Postoperative radiotherapy. In: Deeley T ed. Carcinoma of the bronchus. Modern radiotherapy. London: Butterworths, 1971: 163-70.
- Israel L, Bonadonna G, Sylvester R and Members of the EORTC Lung Cancer Group. Controlled study with adjuvant radiotherapy, chemotherapy, immunotherapy, and chemioimmunotherapy in operable squamous carcinoma of the lung. In: Muggia F, Rozenzweig M eds. Lung cancer: Progress in therapeutic research. New York: Raven Press, 1979: 443-52.
- Van Houtte P, Rocmans P, Smets P et al. Postoperative radiation therapy in lung cancer: a controlled trial after resection of curative design. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1980; 6: 983-86.
- Lung Cancer Study Group. Effects of postoperative mediastinal radiation on completely resected stage II and stage III epidermoid cancer of the lung. *New Engl J Med* 1986; 315: 1377-81.
- Watanabe Y, Hayashi Y, Shinizu J, Oda M, Iwa T. Mediastinal nodal involvement and prognosis of non-small cell lung cancer. *Chest* 1991; 100: 422-8.
- Van Houtte P. Postoperative radiotherapy for lung cancer. *Lung Cancer* 1991; 7: 57-64.
- Bezjak A, Payne D. Radiotherapy in the management of non-small-cell lung cancer. *World J Surg* 1993; 17: 741-50.
- Debevec M, Klevišar M. Postoperativno obsevanje neradikalno operiranih bolnikov z ne-mikrocelulalnim rakom pljuč. *Radiol Jugosl* 1987; 21: 163-8.
- Anon. Preoperative irradiation of cancer of the lung. Final report of therapeutic trial. *Cancer* 1975; 36: 914-25.
- Anderson TM, May PM, Holmes EC. Factors affecting survival in superior sulcus tumors. *J Clin Oncol* 1986; 4: 1598-603.
- Komaki R, Mountain CF, Holbert JM et al. Superior sulcus tumors: treatment selection and results for 85 patients without metastasis (M0) at presentation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990; 19: 31-6.
- Tildon TT, Hughes RK. Complications from preoperative irradiation therapy for lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1967; 3: 307-26.
- Shields T. Preoperative radiation therapy in the treatment of bronchial carcinoma. *Cancer* 1972; 30: 1388-94.
- Eichhorn H, Eule H, Lessel A, Menne W. Results of a controlled clinical trial for evaluation of intensive preoperative irradiation in operable bronchial cancer. *Archiv Geschwulstforschung* 1975; 45: 376-84.
- Kazem J, Jongerius CM, Lacquet LK, Kramer G. Evaluation of short-course preoperative irradiation in the treatment of resectable bronchus carcinoma: long-term analysis of a randomized pilot-study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1984; 10: 981-5.
- Figlin R, Piantadosi S, Feld R. Lung Cancer Study Group: Intracranial recurrence after complete surgical resection of Stage I, II, and III non-small cell lung cancer. *New Engl J Med* 1988; 318: 1300-5.
- Ulsperger E, Karrer K, Denk H for the ISC-Lung Cancer Study Group. Multimodality treatment for small cell bronchial carcinoma. Preliminary results of a prospective, multicenter trial. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1991; 5: 306-10.
- Perez CA, Bauer M, Edelstein S, Gillespie BW, Birch R. Impact of tumor control on survival in carcinoma of the lung treated with irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986; 12: 539-47.
- Debevec M. Rak pluća - kada zračiti. *Pluć Bol Tuberk* 1977; 29: 199-206.

27. Simpson JR, Francis ME, Perez-Tamayo R et al. Palliative radiotherapy for inoperable carcinoma of the lung: final report of a RTOG multi-institutional trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985; 11: 751-8.
28. Perez CA, Pajak TF, Rubin P et al. Long-term observations of the patterns of failure in patients with unresectable non-oat cell carcinoma of the lung treated with definitive radiotherapy. *Cancer* 1987; 59: 1874-81.
29. Mattson K, Holsti LR, Holsti P et al. Inoperable non-small cell lung cancer: radiation with or without chemotherapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1988; 24: 477-82.
30. Slawson R, Salazar OM, Poussin-Rosilio H, Amin PP, Strohl R, Sewchand W. Once-a-week vs. conventional daily radiation treatment for lung cancer: final report. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 15: 61-8.
31. Johnson DH, Einhorn LH, Bartolucci A et al. Thoracic radiotherapy does not prolong survival in patients with locally advanced, unresectable non-small cell lung cancer. *Ann Intern Med* 1990; 113: 33-8.
32. Dillman RO, Seagren SL, Propert KJ et al. A randomized trial of induction chemotherapy plus high-dose radiation versus radiation alone in stage III non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 1990; 323: 940-5.
33. Morton RF, Jett JR, McGinnis WL et al. Thoracic radiation therapy alone compared with combined chemoradiotherapy for locally unresectable non-small cell lung cancer. *Ann Intern Med* 1991; 115: 681-6.
34. Le Chevalier T, Arriagada R, Quoix E et al. Radiotherapy alone versus combined chemotherapy and radiotherapy in nonresectable non-small cell lung cancer: first analysis of a randomized trial in 353 patients. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83: 417-23.
35. Schaake-Koning C, Van den Bogaert W, Dalesio O et al. Effects of concomitant cisplatin and radiotherapy on inoperable non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 1992; 326: 524-30.
36. Gregor A, Macbeth F, Paul J, Cram L, Hansen H. Radical radiotherapy and chemotherapy in localized inoperable non-small cell lung cancer: a randomized trial. *J Nat Cancer Inst* 1993; 85: 997-9.
37. Trovo M, Minatel E, Veronesi A et al. Combined radiotherapy and chemotherapy versus radiotherapy alone in locally advanced epidermoid bronchogenic carcinoma-a randomized study. *Cancer* 1990; 65: 400-4.
38. Trovo M, Minatel E, Franchin G et al. Radiotherapy versus radiotherapy enhanced by cisplatin in stage III non-small cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 24: 11-5.
39. Ihde DC. Current status of therapy for small cell of the lung. *Cancer* 1984; 54: 2722-8.
40. Salazar OM, Rubin P, Brown JC et al. Predictors of radiation response in lung cancer: A clinico-pathobiological analysis. *Cancer* 1976; 37: 2636-50.
41. Johnson BE. Management of small-cell lung cancer. *Clin Chest Med* 1993; 14: 173-87.
42. Debevec M, Klevišar M. Hemoterapija karcinoma bronha. *Pluč Bol Tuberk* 1981; 33: 238-44.
43. Debevec M. The role of radiotherapy in lung cancer treatment. Report from Slovenia. *Radiol Oncol* 1994; 28: 376-81.
44. Debevec M. Über Verifizierung der Lungentumoren vor der Strahlentherapie. *Strahlentherapie* 1974; 147: 149-58.

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

Upravni odbor Slovenskega zdravniškega društva je na osnovi razprave po regionalnih društvih sprejel pobudo Organizacijske komisije SZD, da bodo imele nove članske izkaznice obliko preproste, plastične identifikacijske kartice, ki so predvsem v zadnjem času tudi v Sloveniji že precej razširjene (oblika t. i. plačilne, kreditne kartice). Odločeno je bilo tudi, da bodo izkaznice opremljene s sliko in nekaterimi osnovnimi podatki o lastniku, vključno z najrazličnejšimi (ne)poklicnimi nazivi. Grafično oblikovanje nove izkaznice je končano, smo pred njihovo izdelavo. Zaradi relativno zahtevne tehnologije izdelave te oblike izkaznice v primeru, ko je le-ta opremljena s sliko, je potrebno naenkrat izdelati kolikor je mogoče veliko število kosov. Seveda je od števila odvisna tudi cena. Dodatna težava je v tem, da ugotavljamo, da je evidenca o strokovnih, znanstvenih in akademskih nazivih naših članov pomanjkljiva.

Zaradi vsega navedenega vas prosimo, da nam kot član SZD čimprej pošljete eno **fotografijo** (prosimo, da na hrbtno stran zapišete ime in priimek) in izpolnjen vprašalnik, ki je objavljen v nadaljevanju na naslov:

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

PRIPOMBE K OSNUTKU TEMELJNEGA AKTA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Prof. dr. Marko Kolenc je uredništvu ZV poslal naslednje pripombe na osnutek statuta SZD, ki jih izjemoma objavljamo v celoti. Pripombe bi bilo treba poslati statutarni komisiji neposredno. To komisijo je uredništvo zaprosilo za kratek komentar.

Uredništvo

Poenostaviti bi bilo treba princip članstva. Po predlaganem statutu so člani SZD le območna društva – ustanovitelji in šele posredno so člani ustanoviteljev (fizične osebe) tudi člani SZD. Glej 12. člen.

Posameznik (zdravnik, zobozdravnik itd.) po tem principu ne more biti član SZD, če ni član področnega zdravniškega društva. Pa so vendar nekateri, ki jim je veliko enostavneje pristopiti v SZD direktno (npr. v tujini živeči slovenski kolegi) kot pa poiskati ustrezno društvo in po ovinkih sodelovati v SZD.

Tudi častnim članom SZD je podeljen čuden status, saj bi bili to edini direktni člani SZD brez pravic delovanja v društvu. Člen 14. Zato predlagam, naj se statut oblikuje tako, da je SZD resnično društvo prostovoljno včlanjenih zdravnikov, hkrati pa tudi zveza regionalnih društev. Temu konceptu sprejeti Zakon o društvih ne nasprotuje, sicer pa te možnosti tudi ne ponuja. Pa kar ni prepovedano, je možno! Izognili bi se zapletenemu statusu častnega članstva, pa tudi lažje bi sledili principu članstva v strokovnih telesih (sekcijah, združenjih), ki so po sedaj veljavnih pravilih morali biti člani SZD. Tako bo moralo biti tudi v bodoče, čeprav sedanji predlog statuta ta princip zanemara. Pričakovati je, da se bo marsikateri kolega hotel udeleževati le v specialističnih sekcijah in dana mu mora biti možnost, da je včlanjen v SZD mimo regionalnega društva.

Če bi sestavljali predloga hoteli biti dosledni z ozirom na poudarjeno organiziranost po področni in strokovni plati, bi morali v zvezo včlaniti tudi vse strokovne asociacije, katerih člani bi posredno postali člani SZD.

Tako naj bi obveljal princip, da je član SZD lahko fakultativno še član regionalnega zdravniškega društva in ustrezne sekcije ali več od njih. Ta princip smo premlevali in ga sprejeli na letni skupščini v Mariboru leta 1992; ne vidim razloga, da bi sedaj zadevo zakomplificirali, zlasti ker za spremembo ni zakonite podlage.

Tudi nova izkaznica bo verodostojnejša, saj potrjuje članstvo v SZD in ne članstvo področnega društva.

Zagovarjajoč ta načela nikakor nisem hotel podcenjevati vloge področnih društev, ki omogočajo kolegom, da se društveno udeležujejo na vseh področjih delovanja društva, po zaslugi prizadevnih funkcionarjev, vendar pa ohranjajo stike z matičnimi organi SZD, ki zdravnike povezujejo v celoto.

SZD naj ima fizične člane in člane ustanovitelje, to pomeni, da je res društvo in zveza društev.

Za nesprijemljivo smatram tudi načelo degradacije skupščine (kongresa) SZD in prenos njenih nalog na glavni odbor društva. Po členu 20 je glavni odbor najvišji organ društva, skupščina pa le rešuje najbolj aktualne strokovne in organizacijske dileme in obravnava letna poročila... predlaga smernice... torej brez nalog sprejemanja društvenih aktov, brez volilnih nalog in odločitev in vsega drugega, kar je lastno skupščinam društvenih organizacij v demokratični družbi. Letna skupščina je parlament in ne more imeti manj poglobitvinskih kompetenc kot glavni odbor (vlada).

Že slutim odgovor, češ v glavnem odboru so zastopani vsi člani društva po izvoljenih delegatih (za vsako društvo le po enem!), ki bodo prenašali stališča vsega članstva v glavni odbor in jih skušali uveljaviti. Po varianti naj bi bila moč delegata proporcionalna številu članstva področnega društva. Ali ni tako boljše, da posreduje stališča članstva toliko zastopnikov, kolikor jih društvo lahko ima. Večje število zastopnikov kompetentnejše zagovarja stališča in težnje članstva kot pa to lahko storijo maloštevilni često simbolični zastopniki. Često se kljub predlaganim dnevnim redom morajo delegati odločati ad hoc in vprašljivo je, če bo en sam zastopnik glasoval za najboljšo oziroma najustreznejšo rešitev. V relativno malem glavnem odboru z največjimi pooblastili vidim možnosti privatizacije društva, to je odločanja v ožjem krogu vodilnih, ki jim maloštevilni delegati tudi zaradi nepoučenosti ne bodo kos.

Tudi predlagano voljenje nadzornega odbora in častnega razsodišča SZD s strani glavnega odbora je nesprijemljivo. Obe omenjeni telesi med drugim po obstoječih pravilnikih, prvi spremlja delo organov društva, drugo pa razsoja pri sporih med organi društva, torej tudi, če je udeležen glavni odbor. Že zaradi tega omenjena organa ne moreta biti voljena s strani organa, v katerega delovanje lahko posegata. Skupščina, ki je dosedaj volila tudi ta dva organa, je zavarovala njuno samostojno delovanje in neodvisnost.

Nadzorni odbor po predlaganem statutu ohranja le nadzorstvo nad finančnim poslovanjem društva. V dosedanem pravilniku je spremljal tudi delovanje organov društva, kar bi zaradi pravne varnosti morali ohraniti.

Prepričan sem, da bi skupščina po odvzetih nalogah po predlaganem statutu izgubila svoj pomen in tudi čar letnega srečanja slovenskih zdravnikov in oddaljila center SZD od članstva.

Glavni odbor naj ohrani funkcijo sprotnega vodenja društva tako, kot je to bilo zakoličeno v sedanjem statutu za izvršilni odbor.

Med drugimi predlogi sem zgoraj opisane dileme posredoval statutarnemu odboru, ki jih pa v zadnji verziji statuta ni upošteval. V korist prepričtive možnih kasnejših zapletov jih s pomočjo Zdravniškega vestnika posredujem članstvu SZD.

Marko Kolenc

Sekretariat SZD je o delovnem osnutku statuta SZD razpravljal prvič že septembra 1995. Na temelju pripomb je bil pripravljen bistveno popravljen in dopolnjen predlog, o katerem je razpravljala razširjena strokovna komisija dne 14. 9. 1995. S pripombami tega sestanka dopolnjeni predlog, ki je dal ustrezno mesto tudi strokovnim sekcijam, je obravnaval znova sekretariat SZD 11. 10. 1995 in soglasno odobril, da je dokument ustrezen kot delovno gradivo za razpravo na upravnem odboru. UO je naslednji dan to besedilo natančno razčlenil. Tedaj je UO zaprosil svoje člane in vodstva regijskih društev za pisne pripombe, ki naj jih posredujejo statutarni komisiji. Prišlo je več kot 100 pripomb na posamične člene, katerih velika večina je bila v končni redakciji upoštevana. Zato je UO na seji decembra ocenil, da je besedilo ustrezno za javno razpravo. To besedilo je bilo objavljeno v 12. številki ZV s povabilom vsem članom SZD, da v roku dveh mesecev na območnih društvih in strokovnih sekcijah razpravljajo o predlaganem osnutku in pripombe predložijo statutarni komisiji. Prof. dr. Marko Kolenc je aktivno sodeloval na vseh omenjenih sestankih sekretariata in UO. Prepričani smo, da bo svoje še dodatne predloge o. tiste, s katerimi še ni prodril, uveljavil v svojem regijskem društvu.

Vse pripombe bo statutarna komisija preučila in poizkusila upoštevati v redakciji osnutka statuta.

Statutarna komisija

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
KANCEROLOŠKA SEKCIJA
ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI

in

ZVEZA SLOVENSkih DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

vabita na

9. ONKOLOŠKI VIKEND

DIAGNOSTIČNI ALGORITMI RAKA
V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE

KULTURNI CENTER LAŠKO

Petek, 12. april 1996

DIAGNOSTIČNI ALGORITMI PRIMARNE BOLEZNI

I. Vidni in tipni tumorji

- Bezgavke
- Dojke
- Mehka tkiva
- Koža
- Ščitnica

II. Organski sistemi

- Malignomi v področju glave in vratu
- Rak pljuč in metastaze v pljučih in na plevri
- Rak požiralnika in želodca
- Rak črevesja
- Metastaze na jetrih in primarni jetrni tumorji
- Ginekološki rak
- Rak sečil in moških spolnih organov
- Bolečina v kosteh in rak

Sobota, 13. april 1996

DIAGNOSTIČNI ALGORITMI OBNOVITVE BOLEZNI

- Limfomi
- Rak dojk
- Ginekološki rak
- Kronična bolečina in novosti pri zdravljenju bolečine
- Rak glave in vratu
- Želodec, debelo črevo
- Rak sečil in moških spolnih organov

Prireditelji: *J. Lindtner, M. Budihna, F. Marolt, J. Škrk, B. Štabuc, B. Žakotnik, J. Žgajnar*

Prijava in informacije: *Ga. Mira Klemenčič*, Onkološki inštitut, stavba C, Zaloška 2, 61105 Ljubljana
Telefon 061 / 13 14 225 ali 13 16 181, telefaks 061 / 13 1<4 180

Vstopnina v znesku 12.000,00 SIT, ki vključuje večerjo, bo plačljiva pred začetkom prireditve v Laškem. Udeležencem, ki bodo prijavljeni do 31. marca 1996, bodo izdana potrdila o udeležbi za uveljavljanje licence pri Zdravniški zbornici.

Prosimo, da si sami zagotovite prenočišče. Zdravilišče Laško, tel. 063 / 731 312, 731 336, fax 063 / 731 347.

PRIJAVNICA

Podpisani(a) _____ Poklic _____

Stanujoč(a) _____

Rojen(a) _____

Sporočam, da se nameravam udeležiti 9. onkološkega vikenda v Laškem

12. aprila DA NE

13. aprila DA NE

Datum _____ Podpis _____

SEKCIJA ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO SZD

v sodelovanju s

PEDIATRIČNO SEKCIJO SZD

SEKCIJO ZA OTROŠKO NEVROLOGIJO SZD

EPILEPTOLOŠKO SEKCIJO SZD

vabi na

SIMPOZIJ O KLINIČNIH NEVROFIZIOLOŠKIH
PREISKAVAH V PEDIATRIJI

Hoteli Bernardin, Portorož (dvorana Nautilus, pritličje Grand hotela Emona)

24. maj 1996

PREDVIDENI PROGRAM

10.00–11.00	T. Žgur I. M. Ravnik, B. Lorber	EEG in možganska krvavitev pri nedonošenčkih EEG pri sindromu epileptične disfazije (Landau-Kleffner) in sindromu trajnih trn-valov v spanju (CSWS)
11.15–12.15	Z. Rener, Š. Kopač S. Podnar, D. B. Vodusek M. Janko B. Stirn, J. Breclj	Hipsaritmija pri dojenčkih Ocenjevanje funkcije sakralnih živcev pri otrocih Posebnosti EMG pri otrocih
12.30–13.30	D. Butinar Š. Kopač D. Neubauer	Elektroretinografija pri otrocih Prognostična vrednost EP pri hudi poškodbi glave pri otrocih Hiperbilirubinemije in akustični potenciali možganskega debla Elektrofiziološke preiskave v diferencialni diagnostiki apneje
13.30–15.00		Kosilo
15.00–16.00	B. Lorber, I. M. Ravnik I. M. Ravnik	Videotelemetrija pri bolnikih s pogostimi epileptičnimi napadi Pediatrična elektroencefalografija v Sloveniji
16.00–18.00		Proste teme
20.00		Skupna večerja

Prijave pošljite na naslov: Doc. dr. David Neubauer, UPeK
Vrazov trg 1, 61104 Ljubljana
Telefon: 1324-124
Faks: 310-246

Kotizacija: 9.000,00 SIT

Številka žiro računa: 50100-620-107-05-1014110-299936 z oznako »liga proti epilepsiji-nf-po«

MEDICINSKA FAKULTETA, KATEDRA ZA PEDIATRIJO

bo organizirala od 14. do 15. 6. 1996

XIV. DERČEVE DNEVE

STALNO PODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE IZ PEDIATRIJE

Strokovno srečanje je namenjeno pediatrom, specialistom šolske in visokošolske medicine, splošnim in družinskim zdravnikom in vsem drugim, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva.

Predavanja bodo potekala v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova ulica 2.

Izbrani prispevki bodo natisnjeni v priročniku Medicinske fakultete v Ljubljani z naslovom »Izbrana poglavja iz pediatrije«

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 14. 6. 1996

- | | | |
|-------|---|--|
| 8.45 | Ciril Kržišnik | Uvodne besede
Kratek kulturni program |
| 9.00 | Nevrokutani sindromi
Moderatorja: Štefan Kopač, Neža Župančič
Štefan Kopač, Neža Župančič
Borut Peterlin
Olga Vraspir-Porenta
Darja Praprotnik
Neža Župančič, Štefan Kopač
Štefan Kopač, Neža Župančič, Zvonka Rener
Štefan Kopač, Neža Župančič
Neža Župančič
Božena Podrumac, Štefan Kopač
Berta Jereb
Branka Stirn-Kranjc
Božena Podrumac
Božena Podrumac
Igor Ravnik
Marjana Kuhar
Martin Čerk
Boštjan Baebler
Marjan Koršič | Klasifikacije nevrokutanih sindromov
Genetika fakomatoz
Razvoj tkiv, ki sodelujejo pri fakomatozah
Nevropatologija fakomatoz
Nevrofibromatozi (tip I, tip II)
Tuberkulozna skleroza
Sturge-Weberjev sindrom
Sindrom Luis Bar
Inkontinentio pigmenti – Bloch Sulzberger
Nevrogeni tumorji pri otrocih z nevrofibromatozo
Očesne spremembe pri nevrokutanih sindromih
Očesne spremembe pri nerokutanih sindromih
Kožne spremembe pri nevrokutanih sindromih
Nevrokutani sindromi in epilepsija
Imunološke spremembe pri fakomatozah
Radiološka diagnostika fakomatoz
Fibrozna displazija
Nevrokirurški problemi pri fakomatozah |
| 14.00 | | Odmor za kosilo |
| 15.30 | Motnje zaradi disfunkcije trombocitov v razvojnem obdobju
Moderator: Jožica Anžič
Jožica Anžič
Polona Mali, Lidija Kitanovski
Majda Benedik-Dolničar
Janez Jazbec

Olga Kranjc | Vloga trombocitov v fizioloških in patofizioloških dogajanjih
Etiopatogeneza trombocitopenije
Idiopatska trombocitopenična purpura otroške dobe
Izkušnje zdravljenja idiopatske trombocitopenične purpore na
Pediatrični kliniki v Ljubljani
Izkušnje zdravljenja idiopatske trombocitopenične purpore na
pediatričnem oddelku Učne bolnišnice Maribor |
| 19.30 | | Sprejem za udeležence strokovnega srečanja v Narodnem muzeju s kulturnim programom |

Sobota, 15. 6. 1996

- | | | |
|-------|---|------------------|
| 8.45 | Aktualna dispanzerska problematika – Poklicno svetovanje
Moderator: Polona Bracar-Štrukelj | |
| 11.30 | | Odmor |
| 12.30 | Privatna pediatrična praksa
Moderator: Ajda Cimperman | |
| 15.00 | | Zaključne besede |

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA PEDIATRIJO
 Vrazov trg 1, 61104 Ljubljana

PRIJAVNICA

XIV. DERČEVI DNEVI
 Stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije
 Ljubljana, 8.–10. 6. 1996

Priimek in ime: _____

Naslov: _____

Zaposlen: _____

Telefon – fax: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Prijavnico pošljite na naslov: Ga. Breda Stergar
 tajnica Katedre za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani
 Vrazov trg 1, 61104 Ljubljana
 Tel: 320-887, fax: 310-246

NEVROLOŠKA SEKCIJA PRI SZD

PROGRAM STROKOVNIH SESTANKOV
NEVROLOŠKE SEKCIJE V SPOMLADANSKEM SEMESTRU

1. marec 1996 ob 10.00 v poslovni stavbi **Hermes**, Litijska c. 51 (pokrovitelj: Schering)

M. Denišlič Patofiziologija in imunologija multiple skleroze
 Video: Betaseron v središču
 Video: MRI pri multipli sklerozi

B. Končan-Vračko Epidemiologija in etiologija multiple skleroze

5. april 1996 ob 12.00 v II. predavalnici KC

B. Pečnik Pomen diagnostike karotidnih plakov
B. Žvan Prednosti power Dopplerjeve sonografije v diagnostiki krvnih žil
M. Zaletel Testiranje cerebrovaskularnih reaktivnosti s transkranično Dopplerjevo sonografijo pri bolnikih s stenozo notranje karotidne arterije

10. maj 1996 ob 12.00 v II. predavalnici KC

V. Švigelj Novosti v zdravljenju miastenije gravis

7. junij 1996 ob 12.00 v II. predavalnici KC

U. Rot, A. Mesec Lumbalna punkcija

Doc. dr. Anton Grad

INTERNISTIČNA SEKCIJA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

vabi zdravnike interniste in zdravnike splošne medicine na

**STROKOVNI SESTANEK
IN OBČNI ZBOR**

12. in 13. aprila 1996 ob 9.30 v veliki dvorani Poslovno-informacijskega centra tovarne zdravil LEK

Ljubljana, Verovškova 57

PROGRAM

IZBRANA POGLAVJA IZ GASTROENTEROLOGIJE

Strokovni vodja: *Igor Križman*

Petek, 12. 4. 1996

9.30	P. Vidali	Začetek in uvodne misli
10.00–13.00	Križman, Premrov Kocijančič, Koželj Koželj, Ribnikar	Manometrija požiralnika in 24-urna pH-metrija požiralnika Transendoskopska ligatura varic požiralnika in zaustavljanje krvavitev s klipi Helicobakter pylori in terapija ulkusa in uspeha zdravljenja naših bolnikov z ulkusom dvanajstnika (Amoksicilin in Omeprazol; Azitromicin in Omeprazol)
	Štepec Kocijančič	Ocena razširjenosti malignih bolezni požiralnika in želodca z endoultrazvokom Perkutana gastrotoma, (PEG) Razprava
13.10–15.00		Kosilo, ki ga prireja tovarna LEK
15.00–18.00	Ferlič Mlinarič Pegan Ferkolj Janša, Osredkar, Ferlič	Interventni ultrazvok Endoskopski posegi na pankreatikobiliarnem sistemu Laparoskopska holecistektomija Sodobni principi zdravljenja keoničnih vnetih bolezni črevesa Uporabnost tumorskih markerjev v diferencialni diagnostiki raka trebušne slinavke in kroničnega pankreatitisa Razprava

Sobota, 13. 4. 1996

9.00–12.00	Štepec Kovačič Markovič Jereb Pokorn	Primarna biliarna ciroza Kronični hepatitis Zdravljenje primarnih tumorjev jeter Dopplerjev ultrazvok in portalna hipertenzija Diete v gastroenterologiji Razprava
------------	---	---

Občni zbor z volitvami

Udeležbo na strokovnem sestanku priznava Zdravniška zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov in jo upošteva pri podaljševanju licence (št. odločbe 12-95/101).

Kotizacijo 10.000,00 SIT (vključno s certifikatom ZZS) plačate pred pričetkom predavanj.

**NEFROLOŠKA KLINIKA
INTERNE KLINIKE ŽALOŠKA
SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
SEKCIJA ZA NEFROLOGIJO, DIALIZO IN TRANSPLANTACIJO**

organizirajo tečaj

NEFROLOGIJA 1996

24. in 25. maja 1996 v hotelu LEK v Kranjski gori

Organizacijski odbor

Prof. dr. Andrej F. Bren, prim. Mira Kajtna-Koselj, doc. dr. Aljoša Kandus, asist. mag. Rado Kveder

PROGRAM

Klinična nefrologija, dializa in laboratorijska diagnostika

<i>S. Žužek-Rešek</i>	Stanje nefrologije v Sloveniji
<i>D. Ferluga</i>	Morfologija slabšanja ledvične funkcije
<i>J. Lindič</i>	Merjenje proteinurije in ledvične funkcije
<i>M. Kajtna-Koselj</i>	Serološke preiskave pri glomerulonefritisu
<i>M. Malovrh</i>	Ledvična biopsija
<i>J. Buturovič-Ponikvar</i>	Virusi in glomerulonefritis
<i>A. Kandus</i>	Pielonefritis
<i>A. Kandus</i>	Refluksna nefropatija
<i>M. Kajtna-Koselj</i>	Analgetična nefropatija
<i>T. Rott</i>	Morfologija plazmocitomske ledvice
<i>S. Kaplan-Pavlovčič</i>	Ledvice in multipli mielom
<i>T. Avšič-Županc</i>	Hemoragična vročica z renalnim sindromom (laboratorijska diagnostika)
<i>A. F. Bren</i>	Hemoragična vročica z renalnim sindromom (klinika)
<i>M. Kajtna-Koselj</i>	Akutni intersticijski nefritis povzročen z zdravili
<i>R. Ponikvar</i>	HUS / TTP
<i>A. Suhadolnik-Ličina</i>	Urgentna stanja v nosečnosti
<i>R. Kveder</i>	Ledvične bolezni v starosti
<i>M. Benedik</i>	Paratiroidektomija – kirurška ali medikamentozna?
<i>A. Guček</i>	Peritonealna dializa ali hemodializa?
<i>R. Kveder</i>	Dieta pri ledvičnih boleznih
<i>R. Kveder</i>	Preventiva v nefrologiji

Interdisciplinarne ekspertne teme

<i>A. Kocijančič</i>	Steroidi in kosti
<i>J. Šorli</i>	Pljuča in uremija
<i>B. Rozman</i>	Prizadetost ledvic pri revmatskih boleznih
<i>I. Križman</i>	Prebavila in uremija
<i>A. Bručan</i>	Obravnavanje urgentnega nefrološkega bolnika do sprejema v bolnišnico
<i>J. Preželj</i>	Priprava strokovnega članka in predavanja

Zdravila in ledvice

<i>A. F. Bren</i>	Izbor antihipertenzivnih zdravil pri ledvični bolezni
<i>J. Varl</i>	Eritropoetin pri sistemskih boleznih
<i>A. F. Bren</i>	Antimikotiki v nefrologiji

Novejša imunosupresijska zdravila

<i>M. Malovrh</i>	Sandimmun Neoral
<i>A. Kandus</i>	Mikofenolat mofetil (RS 61443)
<i>A. F. Bren</i>	Takrolimus

Tečaj je namenjen specialistom in specializantom interne medicine, nefrologom, zdravnikom splošne medicine in drugim strokovnjakom, ki se poglobljeno ukvarjajo z nefrološko problematiko. Organizator si pridržuje pravico manjših sprememb programa.

V kotizacijo je vključen zbornik predavanj, ki ga bodo udeleženci dobili ob začetku tečaja. Organizator bo pri Zdravniški zbornici Slovenije pridobil potrdilo za podaljšanje licence udeležencem tečaja.

- Strokovne informacije:** *Prof. dr. Andrej F. Bren, prim. Mira Kajtna-Koselj*
Nefrološka klinika, Zaloška 7
61105 Ljubljana
Tel.: 061 / 324 973, fax: 061 / 13 22 077
- Podatki o tečaju in prijave:** Tajništvo Nefrološke klinike
Ga. Mida Kandus
Nefrološka klinika, Klinični center
Zaloška 7
61105 Ljubljana
Tel.: 061 / 324 973, fax: 061 13 22 077
- Hotelske informacije:** *Ga. Andreja Malenšek*
Hotel LEK, Vršička 38
64280 Kranjska gora
Tel.: 064 / 88 15 20, fax: 064 / 88 13 43
- Kotizacija:** 400 DEM v tolarški protivrednosti na žiro račun: 50103-678-79323 pri SDK – Ljubljana z oznako »Nefrologija 1996«

PRIJAVNICA

Ime in priimek: _____ Naslov: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Se prijavljam na tečaj »Nefrologija 1996«

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

in

PRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

vabita na

5. TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE MEDICINA IN PRAVO Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Tema tokratnega srečanja je

ZDRAVNIKOVA ODGOVORNOST ZA UPORABO FARMACEVTSKEGA PROIZVODA

Maribor, 20. marec 1996

Velika predavalnica Tehnične fakultete v Mariboru, Smetanova ulica 17

Pričetek ob 10. uri.

Simpozij je namenjen zdravnikom, pravnikom in farmacevtom.

Organizatorji želimo prikazati probleme tega področja in pomen interdisciplinarnega pristopa pri reševanju problemov. K sodelovanju smo povabili domače in tuje strokovnjake.

Prijava in informacije: *Dr. Vojko Flis*
Oddelek za žilno kirurgijo – Učna bolnišnica Maribor
Ljubljanska c. 5
62000 Maribor
Telefon: 062 / 37-221 int. 12-91. fax: 062 / 35136

ZNA NSTVENO STROKOVNI SESTANEK TRANSPLANTACIJA

Strokovni del 9. kongresa SZD v okviru Rednega občnega zbora Sekcije mladih zdravnikov SZD
v petek in soboto, 24. in 25. maja 1996 v Ljubljani

PREDVIDENI PROGRAM

Možgansko mrtvi darovalci organov za transplantacijo

J. Vončina	Uvod – razvoj ideje, zgodovina
J. Trontelj	Možganska smrt – biološke, filozofske in etične dileme
J. Trontelj	Diagnoza možganska smrt. Tretja generacija kriterijev
N. Budihna	Možganska smrt – možnosti instrumentalne diagnostike s perfuzijsko scintigrafijo možganov
B. Kremžar	Pacient v apnoični neodzivni komi – dileme zdravljenja
J. Primožič	Nezavestni umirajoči otrok – spremljanje staršev
A. Špec-Marn	Potencialni dajalci za organe oziroma tkiva (pogoji)
B. Kremžar, V. Paver-Eržen	Vzdrževanje dajalca oz. potencialnega dajalca v intenzivni terapiji in med odvzemom organov
F. Mülbacher	Multiorganski odzem

Presajanje organov in tkiv – splošni in organizacijski aspekti

D. Lukič-Wedam	Novi slovenski Zakon o presajanju organov
J. Vončina	Nacionalni program in organizacija transplantacijske dejavnosti
M. Bohinjec	Transplantacija in potrebna tkivna skladnost
M. Tušak	Predavanje psihologa
G. G. Persijn	EUROTRANSPLANT
F. Mülbacher	Organizacija transplantacijskega centra – primer Dunaja

Presaditev organov

M. Malovrh, B. Tršinar	Zgodovina, potek v Sloveniji, številke
G. G. Persijn	Pogoj za uvrstitev bolnika na čakalni spisek
D. Zorman, T. Gabrijelčič	Vzdrževanje čakalnega spiska
S. Štepec, V. Pegan	Presaditev
J. Eržen	Transplantiranec (medicinsko in psihosomatsko)
A. Pleskovič	Ledvica
V. Paver-Eržen	Presaditev ledvic – cost benefit
A. Špec-Marn	Srce
	Jetra
	Pljuča
	Pankreas in pankreatični otočki
	Anestezija pri transplantacijah
	Intenzivna terapija po transplantaciji organov

Presaditev tkiv

J. Pretnar	Kostni mozeg
Z. Arnež	Koža – banka, razmnoževanje lastnih celic
B. Pirc	Kardiovaskularni homografti
S. Herman	Kosti – banka, predelava kosti
V. Pfeifer	Roženica
B. Prestor	Dura

Organizatorji:

Sekcija mladih zdravnikov SZD in Sekretariat SZD v sodelovanju z RSK za transplantacijo

Pripravljalni odbor (organizacijski in znanstveni):

T. Albreht, M. Cevc, Z. Fras, S. Rakovec, J. Trontelj, J. Vončina.

SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC



vabi na seminar za vse terapevtske poklice
(zdravnike, medicinske sestre, socialne delavce, psihologe itd.)

BLIZU V TEŽKEM ČASU

Kako se učimo srečevati z umirajočimi in njihovimi svojci

Seminar bo v soboto, 25. 5. 1996 od 9. do 17. ure
v Kliničnem centru v Ljubljani, predavalnica 4

Na splošno se ob spremljanju umirajočih posveča premalo skrbi njihovim svojcem in žalujočim. Ti pogosto niso sposobni, da bi pravilno ravnali ob bližajoči se smrti in predelali motnje v odnosu do umirajočega. Po smrti se zanje pogosto začne pot trpljenja, ki lahko traja leta in zelo skali odnose v družini in med prijatelji. V tem seminarju bomo odkrivali poyezave in razmislili o strategijah ravnanja.

Seminar bo vodil **Peter Fässler-Weibel** iz Winterthurja, Švica.

Za prevajanje iz nemščine bo poskrbljeno.

Kotizacija za seminar (v katero je vključena opoldanska malica) je 3.000,00 SIT, za študente 1.000,00 SIT. Lahko jo nakažete na ŽR društva: 50106-678-703305.

Prosimo, da se za seminar prijavite pisno ali po telefonu do 15. 5. 1996 na spodnji naslov, kjer dobite tudi vse informacije:
SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC

Neubergerjeva 4
61000 Ljubljana
tel. 061 / 13 71 284

Peter Fässler-Weibel, zakonski in družinski terapevt, ima svojo prakso v Winterthurju, Švica. Vodi svetovalni center Spremljanje v trpljenju in žalovanju. Izdal je več knjig s področja spremljanja umirajočih in žalujočih, med drugim knjigo **Blizu v težkem času** (O pomoči družini umirajočega), ki je pravkar izšla v slovenščini.

SIMPOZIJ O GENETIKI V NEVROLOGIJI

in

12. PREDAVANJE V SPOMIN DR. JANEZA FAGANELA

Ljubljana, 4. in 5. oktober 1996

Organizator

KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
UNIVERZITETNI INŠTITUT ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO

V sodelovanju s

SLUŽBO ZA MEDICINSKO GENETIKO UNIVERZITETNE GINEKOLOŠKE KLINIKE
KLINIKO ZA PEDONEVROLOGIJO S CENTROM ZA EPILEPTOLOGIJO PRI
UNIVERZITETNI PEDIATRIČNI KLINIKI
INŠTITUTOM ZA BIOKEMIJO MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

S pomočjo

MINISTRSTVA ZA ZNANOST IN TEHNOLOGIJO REPUBLIKE SLOVENIJE
SKLADA ZA OBNOVITVENO NEVROLOGIJO VIVIAN L. SMITH, HOUSTON,
TEKSAS, ZDA

Pod pokroviteljstvom

MEDITERANSKEGA MIOLOŠKEGA DRUŠTVA
DRUŠTVA GENETIKOV SLOVENIJE

PRVO OBVESTILO

PREDVIDENI PROGRAM

Petek, 4. oktober

Lewis P. Rowland
Borut Peterlin
Radovan Komel
Radovan Komel
Lefkos T. Middleton

New York, ZDA
Ljubljana
Ljubljana
Ljubljana
Nikozija, Ciper

Predavanje v spomin dr. Janeza Faganela

Pomen molekularne genetike za klinično prakso
Klinična nevrogenetika
Osnove molekularne genetike
Molekularna genetika v medicini
Avtosomno dominantne Duchennovi boleznj podobne mišične distrofije: molekularna genetika in klinično patološka klasifikacija
Miotonična distrofija: model boleznj z dinamičnimi mutacijami
Molekularna genetika spinalnih mišičnih atrofij
Genetski vidiki boleznj Charcot-Marie-Tooth
Genetika nevrokutanih sindromov
Genetika epilepsij
Podedovane značilnosti EEG in genetske študije epilepsij

Corrado Angelini

Padova, Italija

Judith Melki
Bernd Rautenstrauss
Dick Lindhout
Marc R. Gardiner
Dorothee G. Kasteleijn Nolst Trenite

Pariz, Francija
Erlangen, Nemčija
Rotterdam, Nizozemska
London, Anglija
Heemstede, Nizozemska

Sobota, 5. oktober

Mija Meznarič-Petruša, Borut Peterlin, Neža Župančič, Jana Frelih, Janez Zidar

Ljubljana

Značilnosti distrofinopatij v Sloveniji

Boris Zagradišnik, Janez Zidar, Mija Meznarič-Petruša, Neža Župančič, Borut Peterlin

Ljubljana

Molekularna genetska analiza Duchennove in Beckerjeve mišične distrofije v Sloveniji

Nataša Logar, Janez Zidar, Borut Peterlin	<i>Ljubljana</i>	Molekularna genetska analiza miotonične distrofije v Sloveniji
Igor Medica, Nataša Logar, Dubravko Markovič, Borut Peterlin	<i>Pula, Hrvaška in Ljubljana</i>	Genetska analiza miotonične distrofije v Hrvaškem delu Istre
Lea Leonardis, Borut Peterlin, Janez Zidar	<i>Ljubljana</i>	Opredelitev genotipov in fenotipov bolnikov z demielinizacijsko obliko dedne motorične in senzoprične nevropatije
Anamarija Brezidar, Nevenka Velikonja, Borut Peterlin	<i>Ljubljana</i>	Genetska analiza sindroma fragilnega kromosoma X v Sloveniji
Borut Peterlin, Jan Kobal, Anton Mesec	<i>Ljubljana</i>	Molekularna genetska analiza Huntingtonove bolezni v Sloveniji
Marko Hawlina, Borut Peterlin Igor Ravnik, Bogdan Lorber,	<i>Ljubljana</i>	Genetika retinopatij
Borut Peterlin	<i>Ljubljana</i>	Genetska analiza epilepsij v Sloveniji
Radovan Komel	<i>Ljubljana</i>	Varnostni in socialni vidiki raziskav človeškega genoma in njihove uporabe v medicini

SPLOŠNE INFORMACIJE

Naslov organizatorja: **Janez Zidar**, M. D., D. Sc.
 Klinični center
 Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo
 Zaloška c. 7, 61105 Ljubljana
 Tel.: 061 / 316-152 ALI 13-13-206
 Faks: 061 / 302-771
 E-mail: janez.zidar@uikn.mf.uni-lj.si

Programski odbor: **Rado Komel**
Lefkos Middleton
Borut Peterlin (sopredsednik)
Igor Ravnik
Janez Zidar (sopredsednik)
Neža Župančič

Organizacijski odbor: **Lea Leonardis**
Nataša Logar
Borut Peterlin
Simon Podnar
Janez Zidar (predsednik)
Tone Žakelj

Jezik: Angleški

NASLOV SVOJEGA PRISPEVKA POŠLJITE NAJKASNEJE DO 1. APRILA 1996

INŠTITUT ZA ZGODOVINO MEDICINE

organizira

PINTARJEVE DNEVE

Ljubljana, 18.–19. april 1996

PROFESOR DR. JOŽE RANT – ORGANIZATOR SLOVENSKEGA
ZOBOZDRAVSTVAspominski simpozij ob stoletnici rojstva prof. dr. J. Ranta
z mednarodno udeležbo

Soorganizatorji:

DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE

STOMATOLOŠKA SEKCIJA SZD

ORTODONTSKA SEKCIJA SZD

MEDIKOHISTORIČNA SEKCIJA SZD

DRUŠTVO ORALNIH IN ČELJUSTNIH KIRURGOV SLOVENIJE

DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV CELJE

ZNANSTVENO DRUŠTVO ZA ZGODOVINO ZDRAVSTVENE KULTURE SLOVENIJE

ORGANIZACIJSKI ODBOR

E. Glaser
I. Pavšič
D. Piškur-Kosmač
A. Rant
U. Skalerič
Z. Slavec
F. Štolfa
A. Velkov
J. Vrbošek
V. Vulikić
Z. Žajdela

ČASTNI ODBOR

I. Antolič
M. Bartenjev
M. Kocijančič
M. Kraigher
R. Poljanšek
A. Scholz
A. Sterger
B. Voljč

PREDVIDENE TEME

1. Kratek pregled stanja v slovenskem zobozdravstvu do leta 1945
2. Stomatološka klinika in prvotna Zobotehnična šola (baraki) – adaptacije in zgraditev
3. Ustanovitev in delo ljubljanske dentistične šole – prve na Balkanu
4. Ljubljanska zobotehnična šola
5. Šolanje zobnih asistentk
6. Strokovno izpopolnjevanje zobozdravstvenih delavcev v prvih povojnih letih
7. Ustanovitev, naloge in razvoj Stomatološke klinike
8. Prvi kadri na Stomatološki kliniki
9. Prof. Rant kot ortodont in čeljustni kirurg
10. Nastanek in naloge Zobozdravstvenega vestnika
11. Ustanovitev, delovanje in ukinitvev Stomatološke fakultete
12. Društvo zobozdravstvenih delavcev – ustanovitev, naloge, zborovanja
13. Začetek, delo in ukinitvev dvostopenjskega študija stomatologije
14. Kongresi zobozdravstvenih delavcev na Slovenskem
15. Sodelovanje učiteljev in članov DZDS s tujimi zobozdravstvenimi organizacijami in ustanovami
16. Profesor dr. Jože Rant v prostem času
17. Publicistična dejavnost prof. dr. Jožeta Ranta
18. Proste teme

ORTOPEDSKA KLINIKA

organizira

XIV. ORTOPEDSKE DNEVE

Ljubljana, 15. in 16. november 1996

UTESNITVENI SINDROMI V ORTOPEDIJI

Velika predavalnica Medicinske fakultete v Ljubljani

Petek, 15. novembra in sobota, 16. novembra 1996

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 15. november 1996 ob 16. uri

- Uvod – utesnitveni sindrom
- Sindrom torakalnega izhoda
- Utesnitveni sindrom rame
- Diagnostični postopki pri boleči rami
- Konservativna terapija boleče rame
- Operativna terapija utesnitvenega sindroma rame
- Artroskopska subakromialna dekompresija
- Naše izkušnje z artroskopsko subakromialno dekompresijo

Sobota, 16. november 1996 ob 9. uri

- Ruptura rotatorne manšete in terapija
- Fizikalna terapija pri utesnitvenem ramenskem sindromu
- Utesnitveni sindrom živcev v predelu komolca
- Sindrom utesnitve živcev v predelu zapestja
- Diagnostika: EMG pregled
- Kalkaneodinija zaradi utesnitvenega sindroma
- Sindrom sprednje tibialne lože
- Ostali pomembni utesnitveni sindromi

Za organizacijski odbor
asist. mag. Marko Kralj, dr. med.

Udeležba na podiplomskem izpopolnjevanju bo upoštevana ob podaljšanju licence zdravnikov. Organizator bo poravnal stroške Zdravniški zbornici Slovenije za podaljšanje licence. V kotizacijo je všteti zbornik predavanj XIV. ortopedskih dnevov, ki ga bodo udeleženci prejeli neposredno pred začetkom predavanj.

Informacije v zvezi z organizacijo XIV. ortopedskih dnevov dobite pri g. Justin na tel.: 061 / 13 13 113 int. 26-55.

Prijavnice s potrdilom o plačani kotizaciji pošljite na naslov:
Asist. Marko Kralj, Ortopedska klinika, Zaloška c. 9, 61000 Ljubljana.

Namestitvev: Hoteli v Ljubljani.

Družabni program: Slavnostna večerja v petek, 15. novembra, okrepičila med odmori.

PRIJAVNICA

XIV. ORTOPEDSKI DNEVI – Ljubljana 15. in 16. november 1996

Priimek in ime _____

Naslov _____

Ustanova _____

Datum _____

Tel./fax _____ Podpis _____

Prijavnica velja le skupaj s priloženim potrdilom o plačani kotizaciji. Kotizacijo 200 DEM v tolarški protivrednosti nakažite na ŽR SZD Ortopedske sekcije 50103-678-78144 s pripisom XIV. ortopedski dnevi 96.

GORENJSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
 organizira
IZLET ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE
 v svoji režiji

V ISTAMBUL

od 23. do 26. maja 1996

Stroški izleta so zaradi tega izredno ugodni in sicer 70.000,00 SIT. Povabite lahko tudi prijatelje do zapolnitve mest v letalu.

Za člane SZD in družinske člane	67.000,00 SIT
Za člane našega društva in družinske člane	65.000,00 SIT

Čas prijave je do 25. 3. 1996. Prosim za seznam prijavljenih z imenom in priimkom ter naslovom, da lahko pošljemo letalske vozovnice. Denar nakažite istočasno na naslov:

Lubej dr. Branko
 64260 Bled
 Mladinska 1
 Tel./fax 064 / 77-249

Vodja potovanja bo naš znani vodja g. Janez Fajfar – umetnostni zgodovinar. V kolikor bomo lahko stroške izleta še znižali, vam bomo vrnili višek denarja. Samo za nečlane je cena, sicer nižja, vendar dogovorjena – za člane in svojce – dotirana. V ceno so všteti stroški organizacije potovalne agencije, letalski prevoz, mednarodna letališka pristojbina v Istambulu in Brniku, avtobusni prevoz letališče–hotel–letališče, hotelske in gostinske usluge v hotelih višje kategorije (prenočevanje in zajtrk ter ogled Istambula). Vodja izleta je strošek GZ društva.

POHITITE S PRIJAVAMI!

Vabimo tudi na piknik na Planino pod Golico med narcise v soboto, 1. junija 1996. Cesta na Planino je lepa – asfaltirana – 4 km oddaljena od Jesenic. Imeli se bomo lepo!

Prijavite se kolegici na naslov: dr. Lidija Stare
 Prihodi 18
 Jesenice
 Tel./fax 064 / 861-212

Na njen naslov nakažite 2.000,00 SIT za jedačo in pijačo!

Nasvidenje na Planini pod Golico!

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PORODNA POŠKODBA – ZLOM DISTALNE EPIFIZE NADLAHTNICE POROČILO O PRIMERU

Martin Tonin, Janez Prinčič, Andrej Aleš

Univerzitetna travmatološka klinika, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Izvleček – Zlom distalne epifize humerusa pri novorojencu spada med redke primere porodne poškodbe. Pri diagnozi, ki mora biti pravilna in pravočasna, je pomemben mehanizem poškodbe, saj se v zgodnji fazi lahko zamenja z izpahom

komolčnega sklepa. Vzrok pomote so še nerazvita in nevidna osifikacijska jedra, ki povzročajo težavo pri orientaciji rentgenske slike. Zdravljenje je konzervativno, zadostuje dva- do tritedenska mavčeva longeta.

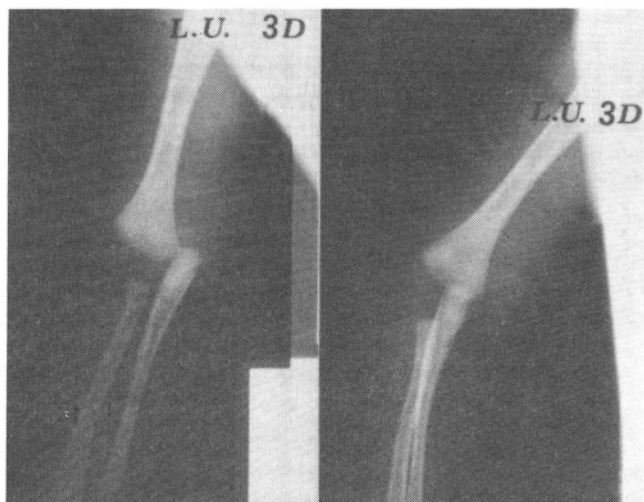
Uvod

Porodne poškodbe so razmeroma pogoste, vendar predstavljajo kljub temu za zdravnike resen problem ne samo pri postavitvi prave in pravočasne diagnoze, ampak tudi pravilnega izbora zdravljenja. Madsen (1) govori o študiji 105.199 otrok, pri katerih je bilo ugotovljenih 786 porodnih poškodb. 92% vseh je bilo zlomov ključnic. Mnogi teh zlomov so bili opazovani pri novorojencih privesnic, toda 75% vseh poškodb je nastalo pri zadnjem porodu. 6% takih porodov je običajno združeno s poškodbo epifize. Po pogostosti si sledijo poškodba proksimalnega dela nadlahtnice, distalnega dela stegenice, proksimalnega dela stegenice in distalnega dela golenice (2).

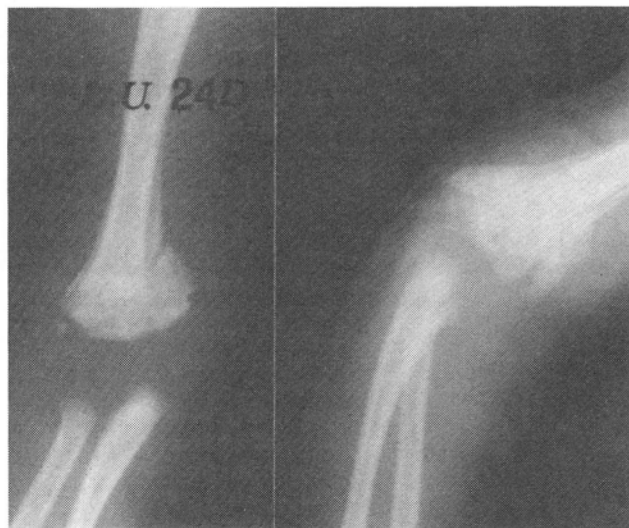
Prvi je opisal epifizeolizo distalnega dela nadlahtnice kot posledico porodne poškodbe Ashurts leta 1910 (3). Leta 1963 je Siffert (4) objavil opis treh primerov epifizeolize distalnega dela nadlahtnice. Downs in Wirth (5) govorita, da je bilo do leta 1982 opisanih v celotni literaturi le 11 primerov epifizeoliz distalnega humerusa kot posledica porodne poškodbe. Postavitev diagnoze je težavna, zlasti pri neizkušenem kirurgu. Klinično je prisotna rahla oteklina in omejenost gibanja, združena z bolečino, zato Lehman (6) za postavitev prave diagnoze priporoča artrografijo. Večina avtorjev (1-4) po postavljeni diagnozi priporoča takojšnjo repozicijo in imobilizacijo poškodovanega uda z mavčevo doramensko longeto, ki naj jo otrok nosi 14 dni do tri tedne. Konzervativno zdravljenje je dobro in običajno ne zapusti nobenih posledic.

Klinični primer

Deklica je bila 29. 9. 1993 rojena v porodnišnici materi privesnici. Po porodu so opazili oteklino desnega komolca z omejeno gibljivostjo. Dežurni kirurg v regijski bolnišnici je postavil diagnozo na podlagi rentgenske slike: izpah desnega komolca (sl. 1). Napravljen je bil dvakratni poskus naravnjanja, ki pa v obeh primerih ni bil uspešen, zato so otroka napotili na Univerzitetno travmatološko kliniko v Ljubljano. Ob pregledu na kliniki je bil ud imobiliziran z doramensko longeto. Lokalno je bil komolčni sklep nekoliko otečen, rahlo podplut zaradi posledic prejšnjih poizkusov naravnjanj. Po pregledu je bila postavljena diagnoza: epifizeoliza distalnega dela desnega humerusa. Ponovno je bila napravljena naravna sklepa in imobilizacija uda z doramensko mavčevo longeto. Rentgenološko je kontrolna slika pokazala



Sl. 1. Rtg slika desnega komolca kaže dislokacijo podlahtnice in koželjnice glede na distalni del nadlahtnice.



Sl. 2. Rtg slika kaže tumorju podoben kostni kalus v predelu metafize nadlahtnice 24 dni po poškodbi.

dober položaj komolčnemu sklepu pripadajočega okostja. Otrok je bil odpuščen v domačo oskrbo. Dne 20. 10. 1993 so otroka pripeljali na kontrolni pregled, pri katerem mu je bila odstranjena mavčeva longeta. Ponovna rentgenska slika poškodovanega komolca je pokazala tvorbo obsežnega kalusa ob distalni metafizi nadlahtnice (sl. 2). Klinično je bila fleksija popolna, ekstenzija zavrta za 5–10 stopinj, pro in supinacija podlahti popolni.

Ob ponovnem pregledu julija 1994 je kirurg ugotovil popolno gibljivost komolca ter rentgenološko normalno obliko humerusa.

Razpravljanje

Pri diagnostiki zloma distalnega dela humerusa kot porodne poškodbe pride lahko v zgodnji fazi do zamenjave z dorzalnim izpahom komolca, v kasnejši fazi pa s kostnim tumorjem ob metafizi, katerega vzrok je v tvorbi masivnega kostnega kalusa. Za

postavitev pravočasne hitre diagnoze je potreben natančen klinični pregled, rentgenska slika in predvsem misel na možnost take poškodbe, saj izpah komolca kot posledica porodne poškodbe v literaturi še ni bil opisan.

Literatura

1. Madsen ET. Fractures of the extremities in the newborn. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 34: 41–1.
2. Bianco AJ, Schlein AP, Kruse RL, Johnson EW. Birth fractures. *Minn Med* 1972; 55: 471–1.
3. Ashurst APC. Fractures of the elbow. An anatomical and surgical study of fractures of the lower end of the humerus. Philadelphia: Lea and Febigen, 1910.
4. Siffert RS. Displacement of distal humeral epiphysis in newborn infant. *J Bone Joint Surg* 1965, 1963: 45-A.
5. Downs DM, Wirth CR. Fracture of the distal humeral chondroepiphysis in the neonate. *Clin Ostop* 1982; 196: 155–5.
6. Lehman WB. Birth fractures, seminar on childrens fractures, Madrid 1994: 164–657.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PONOVNI SPREJEM PO PORODU ZARADI KRVAVITEV

Ksenija Geršak, Živa Novak-Antolič, Vasilij Cerar

Ginekološka klinika, Klinični center, Šlajmerjeva 3, 61000 Ljubljana

Krvavitve po porodu časovno opredelimo kot zgodnje (do 24 ur po porodu) in pozne (od 24 ur do 6 tednov po porodu). Dejavniki tveganja, ki so povezani predvsem s poznimi krvavitvami, so po podatkih iz literature: večplodna nosečnost, velik plod, polihidramnion, dolg porod in dolga tretja porodna doba (1-3). Pomoč pri razlikovanju krvavitve zaradi zaostalih delov posteljice ali zaradi intrauterinih strdkov krvi z ostanki decidualnega tkiva nam je ultrazvočni pregled rodil. Prazna maternica ali enotni hipoehogeni tekočinski odboji vsebine maternice ne potrjujejo suma na zaostali trofoblast, medtem ko tekočina s hiperehogennimi vložki ali mešani hiper- in hipoehogeni odboji v maternični votlini v visokem odstotku (80%) (4) kažejo na prisotnost zaostalih delov posteljice.

V času od 31. 7. 1993 do 31. 7. 1994 je bilo v Porodnišnici Ljubljana 5906 porodov. V istem času smo ponovno sprejeli 140 žensk po porodu (2,4%), od tega 137 tistih, ki so rodile v Porodnišnici Ljubljana, tri ženske pa so bile premeščene iz drugih porodnišnic (ena zaradi otroka, ena zaradi poporodne psihoze in ena zaradi nadaljevanja zdravljenja HELLP sindroma).

Kot povratnice smo opredelili ženske, ponovno sprejete v Porodnišnico do tri mesece po porodu zaradi vzroka, ki je nujno zahteval hospitalizacijo ženske ali otroka.

Polovica ponovno sprejetih žensk (70) je bila hospitalizirana zaradi otrok, ki so že od rojstva naprej nujno potrebovali oskrbo v Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov, druge vzroke ponovnega sprejema pa prikazuje tabela 1. V povprečju so bile povratnice stare $26,95 \pm 4,8$ leta. Zaradi otroka so bile ponovno sprejete $57,9 \pm 23,1$ dneva po porodu (od 10. do največ 87. dneva po porodu) oziroma zaradi lastnih težav $16,6 \pm 6,6$ dneva po porodu (od 6. do največ 84. dneva po porodu). Primerjava trajanja hospitalizacije ob samem porodu med obema skupinama ni pokazala razlik ($5,0 \pm 2,1$ dneva). Ponovna hospitalizacija pa je trajala pri povratnicah zaradi otrok $11,4 \pm 9,0$ dneva in pri ostalih bolnicah $7,2 \pm 5,3$ dneva ($p < 0,005$).

Pri ženskah, ki so bile ponovno sprejete zaradi sebe, smo opravili 23 posegov: 18 abrazij, tri konizacije, eno sterilizacijo in eno histerektomijo. Za abrazijo smo se odločili ali zaradi močne krvavitve ob sprejemu ali zaradi suma na zaostali del posteljice na osnovi ultrazvočnega pregleda rodil. V 67% teh primerov (12 žensk) je histološki pregled abradata potrdil sum na zaostali del posteljice ali placentarni polip, v petih primerih je bil dokazan endometritis in v enem primeru je poslani material vseboval le koagule. Pri ostalih bolnicah, sprejetih zaradi krvavitve, pa smo se odločili za uterotonično in antibiotično terapijo zaradi suma na endometritis.

Vsem ponovno sprejetim bolnicam smo naredili ultrazvočni pregled rodil, razen pri tistih, sprejetih zaradi mastitisa, globoke venske tromboze, zaradi konizacije in sterilizacije ali zaradi otroka. Izvide smo dokumentirali s sliko. Povprečna največja anteroposteriorna debelina endometrija je bila $20,1 \pm 14,1$ mm, pri bolnicah s histološko dokazanimi ostanki posteljice $31,7 \pm 14,4$ mm ($p = 0,007$) in pri povratnicah, ki smo jih sprejeli kot sum na endometritis, $17,5 \pm 12,3$ mm.

Pri iskanju dejavnikov tveganja za pozno poporodno krvavitve smo ugotovili, da sta le dve bolnici krvaveli ob porodu zaradi atonije maternice (ena je prejela tudi transfuzijo koncentriranih eritrocitov), ena je imela kasno amniocentezo in ena je krvavela v tretjem mesecu nosečnosti.

V anamnezi ponovno sprejetih bolnic zaradi suma na endometritis pa smo našli štiri bolnice z atonijo maternice po porodu (ena je prejela tudi transfuzijo koncentriranih eritrocitov), tri z grozečim prezgodnjim porodom, tri s kolpitisom, dve s sideropenično anemijo ($Hb < 100$ g/l), dve z dehiscenco epiziotomijske rane in dve z endometritisom že pri prvi hospitalizaciji ob porodu.

Tab. 1. Vzroki ponovnega sprejema po porodu v Porodnišnici Ljubljana (brez 70 žensk, ki so bile ponovno sprejete zaradi otrok) od 31. 7. 1993 do 31. 7. 1994.

Vzrok	Število sprejetih
Krvavitve	48
Mastitis	4
CIN III, za konizacijo	3
Uroinfekt	3
Flebotromboza	3
Sum na simfiziolizo	2
HELLP sindrom	1
Temperatura nejasnega izvora	1
Adneksitis	1
Dehiscenca rupture perineja	1
Odstranitev šivov v epiziotomijski rani	1
Poporodna psihoza	1
Sterilizacija	1
Skupaj	70

Po podatkih iz literature (5, 6) naj bi bilo več krvavitve zaradi zaostalih delov posteljice pri ženskah s preeklampsijo, z zastojem plodove rasti v maternici, s spontanimi splavi, z zaostalimi deli posteljice pri predhodnih porodih ali po zgodnjih poporodnih krvavitvah. V naših podatkih naštetih povezav nismo mogli potrditi.

Zaključek

V enem letu je bilo v Porodnišnico Ljubljana ponovno sprejetih 2,4% žensk po porodu oziroma 70 žensk (1,2%) zaradi materinih vzrokov. Polovico žensk (50%) smo sprejeli zaradi njihovih otrok, ki so bili od poroda naprej oskrbovani na Enoti za intenzivno nego, in terapijo novorojenčkov. Med materinimi vzroki ponovnega sprejema pa so v 69% prevladovala pozna poporodna krvavitve. Pri krvavečih bolnicah smo se le v 18 primerih (38,5%) odločili za abrazijo in od teh v 67% s histološkim pregledom potrdili sum na zaostali del posteljice. Ugotovili smo, da z ultrazvočnim pregledom lahko učinkovito spremljamo pozna poporodna krvavitve in zmanjšamo število nepotrebnih operativnih posegov.

Literatura

1. Huff RW. Postpartum hemorrhage. In: Pauerstein CJ ed. Clinical obstetrics. New York: Churchill Livingstone, 1987: 923-42.
2. Cerar V. Krvavitev po porodu. Med Razgl 1974; 13: 445-54.
3. Kovačič J, Cindro J, Zupan P. Kasno krvarenje u puerperiju. Jugoslav Ginek Obstet 1978; 18: 309-16.
4. Achiron R, Goldenberg M, Lipitz S, Mashiach S. Transvaginal duplex Doppler ultrasonography in bleeding patients suspected of having residual trophoblastic tissue. Obstet Gynecol 1993; 81: 507-11.
5. Boyk BK, Katz VL, Hansen WF. Delayed postpartum hemorrhage: a retrospective analysis. J Matern Fetal Med 1995; 4: 19-23.
6. Khong TY, Khong TK. Delayed postpartum hemorrhage: a morphologic study of causes and their relation to other pregnancy disorders. Obstet Gynecol 1993; 82: 17-22.

V tej številki so sodelovali:

Andrej Aleš, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 Zvonko Baklan, dr. med., specialist infektolog, SB Maribor
 Lev Bregant, dr. med., specialist pediater, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. Vasilij Cerar, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. Jože Četina, dr. med., specialist anesteziolog, Celje
 prof. dr. Miha Debevec, dr. med., specialist radioterapije in onkologije, Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 Robert Ekart, dr. med., SB Maribor
 mag. Ksenija Geršak, dr. med., Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 asist. Radovan Hojs, dr. med., specialist internist, SB Maribor
 Vera Maraspin-Čarman, dr. med., specialistka internistka in infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 doc. dr. Živa Novak-Antolič, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. Željko Ostojič, dr. med., specialist kirurg, SB Novo mesto
 Jožica Petek, dipl. pedagog, višji delovni terapevt, Psihiatrična klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., specialist higijene, Inštitut za higieno, MF Ljubljana
 asist. dr. Darja Praprotnik, dr. med., Inštitut za patologijo, MF Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, ZD Nova Gorica
 prof. dr. Janez Princič, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 doc. dr. Dean Ravnik, dr. med., Anatomiški inštitut, MF Ljubljana
 Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana
 mag. Andreja Sinkovič, dr. med., specialistka internistka, SB Maribor
 prof. dr. France Srakar, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana
 prim. Janez Šuštaršič, dr. med., specialist internist, Onkološki inštitut Ljubljana
 doc. dr. Igor Švab, dr. med., specialist splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana
 doc. dr. Martin Tonin, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 Andrej Veble, dr. med., specialist internist, SB Maribor
 Jadranka Vrh-Jermančič, dr. med., specialistka citologinja, SB Izola
 prof. dr. Herbert Zaveršnik, dr. med., specialist internist, Celje

Jubileji

PROF. DR. ANTONU ŠIRCI OB 70-LETNICI

Dean Ravnik

Junija meseca je v krogu svojih nekdanjih sodelavcev in študentov praznoval svojo 70-letnico eminentni slovenski anatom, zaslužni profesor Univerze v Ljubljani, prof. dr. Anton Širca.

Rojen je bil v Ljubljani, in kot pravi, celo življenje preživel na levem bregu Ljubljanice. Na Medicinski fakulteti je promoviral leta 1952 ter se takoj zatem zaposlil kot zdravnik pripravnik na Inštitutu za anatomijo. Anatomija ga je zasvojila pravzaprav že pred diplomom, saj je na Inštitutu delal kot študent – pomožni asistent že od leta 1947. Inštitutu in anatomiji je posvetil vse svoje plodno in bogato delo. Strokovno in raziskovalno je deloval na treh velikih področjih: na področju žilja, s katerega je tudi doktorska disertacija leta 1960, na področju nevroanatomije in področju histokemije skeletne mišice. Številni članki, objavljeni v tujini, kažejo na njegov pronicljivi duh, težnjo po iskanju novega. Upoštevanja vredno in neprecenljivo znanje pa se vidi v citiranosti v almanahu svetovnega anatomskega slovstva – Grayevi anatomiji. Iz del, ki jih je objavil, veje stremenje po čim tesnejšem sodelovanju teoretičnih inštitutov s kliniko, saj je velika večina objavljenih del nastala ravno v sodelovanju s kliničnimi kolegi.

Kljub strokovnim in raziskovalnim dosežkom pa je večino dela, energije in dobre volje vendarle posvetil študentom. Plod tega je več kot 40 generacij zdravnikov in zobozdravnikov ter številne generacije farmacevtov ter diplomantov VŠZD, ki jih je učil in katerih izpraševalec je bil. Vedno se je držal pravila, da smo učitelji in sodelavci na fakulteti ne samo zato, da raziskujemo, ampak da učimo, predvsem pa vzgajamo bodoče zdravnike, zobozdravnike in diplomante drugih šol. Dokaz njegovega bogatega pedagoškega dela so številni učbeniki in skripta ter strokovni članki, ki jih je jubilar napisal. Ni bilo šole oziroma fakultete, kjer je predaval anatomijo (včasih skupaj s fiziologijo), ne da bi študenti v najkrajšem času dobili v roke kakovostno študijsko gradivo. Vsa so izhajala v številnih dopoljenih izdajah, ponatisov pa je toliko, da njihovega števila niti ne poznamo.

Na obiskih številnih anatomskih inštitutov po Evropi je pozorno beležil slabe in dobre strani pouka, izkušnje pa z veliko mero preudarnosti prenašal na fakulteto in inštitut. Na fakulteti je bil vrsto let predstojnik Inštituta za anatomijo, predsednik študijske komisije in predstojnik odseka za splošno medicino in do-diplomski študij. Posledica njegove premišljenosti in preudarnosti v tem času je bila, da fakulteta in študij na njej nista zapadla v korenite in nepotrebne reforme, ampak je bila opravljena temeljita izboljšava petletnega študija, predvsem kliničnih telnikov.

Pod njegovim vodstvom so bili objavljeni programi predmetov in izdani s strani študentov dolgo pričakovani katalogi znanja ter seznam praktičnih storitev, ki naj bi jih obvladali diplomanti naše fakultete. Bil je predsednik statutne komisije v letih, ko so bila spremenjena zlasti določila o izpiti in ki so jih imeli mnogi v tistem času za izrazito proštudentsko naravnana. Morda je bilo to res, res pa je tudi, da je profesor Širca vedno bil in je še zmeraj izrazito proštudentsko naravnana in se ga zato številne generacije študentov kljub njegovi strogosti z veseljem in spoštovanjem spominjajo.

V skrbi za vzgojo diplomanta in lep slovenski jezik je številne proste trenutke posvetil slovenjenju medicinskega, posebej pa še anatomskega izrazja, saj je vrsto let sodeloval pri nastajanju Slovarja slovenskega knjižnega jezika in Medicinskega terminološkega slovarja.

Veseli do dela s študenti oziroma za njih kaže tudi njegovo sedanje delo, saj je bila skripta Nevroanatomija prav po njegovi zaslugi letos ponatisnjena v novi, razširjeni in s slikami dopoljeni izdaji in je že skoraj prerasla v učbenik.

Kljub upokojitvi je profesor Širca še vedno aktiven in pogosto prihaja na inštitut med svoje nekdanje študente in sodelavce. Njegova živahnost, široka razgledanost in dobra volja nam popestrijo dneve, ki jih preživi z nami, ter nam vlivajo zaupanje in vero v naše delo.

Posebej veseli smo, da je jubilar svojo sedemdesetletnico proslavil tudi v našem krogu in mu želimo še vrsto uspešnih in zdravih let.

Mednarodno sodelovanje

22. MEDNARODNI SIMPOZIJ O UPORABI RADIOAKTIVNIH IZOTOPOV V KLINIČNI MEDICINI IN RAZISKAVAH

Badgastein, od 9. do 12. januarja 1996

Janez Šuštaršič

Vsaki dve leti se pozimi srečajo v Badgasteinu v Avstriji zdravniki, fiziki, kemiki, elektroniki in drugi na simpoziju, ki je ena najstarejših nuklearnomedicinskih strokovnih prireditev v Evropi. Poteka vse od leta 1954, to je bilo pa tudi leto začetka nuklearne medicine v Sloveniji, saj so tedaj na Interni kliniki v Ljubljani začeli odkrivati bolezni ščitnice z radioaktivnim jodom.

Letos se je iz Slovenije udeležilo simpozija osem zdravnikov, ki se ukvarjajo z nuklearno medicino. P. Predič iz Celja je na plakatu predstavil delo svoje skupine, ki je vzporejala rezultate dveh scintigrafskih preiskav pri bolnikih s tumorji možganov. Skupina pod vodstvom J. J. Feticcha iz Ljubljane pa je na plakatu prikazala svoje izsledke, pridobljene z radionuklidno mikcijsko cistoureterografijo in scintigrafijo ledvic pri dvojčkih, od katerih se je eden zdrvil zaradi vezikoureteralnega refluksa. Ugotovili so, da ima velik delež dvojčkov, ki so sicer sami brez znakov bolezni, brazgotine na ledvicah, in menili, da obstaja pri asimptomatskih dvojčkih sterilni vezikoureteralni refluks, ki ne kaže znakov vnetja ali akutne bolezni, povzroča pa brazgotine na ledvicah. Vseh referentov je bilo več kot sto. Vsako jutro je priznan strokovnjak v tričeturnem predavanju («state of the art lecture») zajel vse novosti z določenega področja nuklearne medicine, temu so sledila desetminutna poročila in razprave ob plakatih. S predavanji in strokovnimi razpravami so izpolnili tudi čas opoldanskega odmora («lunch sessions») in edini prosti večer («fireside conference»).

A. Bishop-Delaloye iz Lausanne v Švici je prvi dan v plenarnem predavanju govorila o onkološki diagnostiki in terapiji. Nuklearna medicina vstopa v obdelavo bolnika potem, ko je bolezen z drugimi preiskavami že odkrita. Z nuklearnomedicinskimi preiskavami prikažejo razširjenost bolezni, napovedujejo možnost določenega zdravljenja, spremljajo uspešnost zdravljenja, odkrivajo recidive in oddaljene metastaze. Menila je, da morfološke preiskovalne tehnike, kot ultrasonografija, rentgenska tomografija, vključno z magnetno resonanco, praviloma podcenijo stopnjo razširjenosti bolezni. Tudi več avtorjev je dokazovalo po odkritju določene vrste raka, da radioimunoscintigrafija ali pa druge scintigrafije s tumorotropnimi radiofarmaki (npr. z 18-F-fluoro-deoksiglukoza) povečajo z drugimi preiskavami zamejen stadij bolezni in tako omogočajo izbor za bolnika ustreznejše terapije. Skupina D. A. Goodwina iz Pala Alta v Kaliforniji je pokazala novosti v radioimunodetekciji in radioimunoterapiji. Načelo navedenih tehnik je enostavno: bolniku z določeno vrsto raka vbrizgajo v kri monoklonska protitumorska protitelesa, ki so označena z radioaktivnimi sevalci žarkov gama. Protitelesa se pilepijo na primarni tumor in njegove zasevke in ker oddajajo

žarke gama, razkrijejo njihov položaj v telesu s planarno scintigrafijo ali pa enofotonsko emisijsko tomografijo. Za zdravljenje uporabljajo na podoben način sevalce beta žarkov, ki nato od znotraj osejajo in uničujejo rakavo tkivo. V praksi je ta tehnika pomanjkljiva, ker se protitumorska protitelesa prilepijo tako na tumorska žarišča kot tudi na tumorske antigene, ki plavajo v bolnikovi krvi. Zaradi premajhne razlike v kopičenju radiofarmaka med tumorjem in zdravim tkivom je rezultat scintigrafije zbrisana slika. Tudi zdravljenje z označenimi protitumorskimi protitelesi iz istega razloga zaenkrat ni splošno sprejeto, saj so poleg tumorskega tkiva obsevani tudi drugi zdravi organi, kjer se zadržijo z radioaktivnimi izotopi označeni kompleksi antigen-protitelo (kostni mozeg, jetra). Avtorji skušajo povečati razliko med kopičenjem radiofarmaka v tumorskem in zdravem tkivu tako, da vbrizgajo bolniku v kri najprej neradioaktivna protitumorska protitelesa, počakajo dan ali več dni, da se kompleksi antigen-protitelo, ki plavajo v bolnikovi krvi, izčistijo iz krvi, nato pa dobrizgajo še radioaktivni izotop v molekuli, ki se veže s protitumorskim protitelesom na tumorskih celicah ali v njih. Razlika med kopičenjem radiofarmaka v tumorskem in zdravem tkivu je pri tej tehniki velika in je možno tudi zdraviti tumorje brez škode za zdravo tkivo.

Nekaj avtorjev je govorilo o scintigrafiji dojk z ^{99m}Tc -Sestamibi, ki naj bi odkrivala rakave spremembe na dojkah, ki s standardno mamografsko tehniko niso pregledne.

G. Muehlechner iz Philadelphije in R. Tesar iz Sacramenta v Združenih državah Amerike sta govorila o novostih v pozitronski emisijski tomografiji. Do sedaj predrage merilnike (pozitronske emisijske tomografe) nadomeščajo z dvoglavimi tomografskimi kamerami gama (eno takih imamo tudi mi), odzamejo kolimatorje in dodajo elektroniko za pozitronsko emisijsko tomografijo s koincidenčno povezavo. Pokazala sta tehnično odlične scintigrame presekov možganov, srca in tumorjev, ki sta jih posnela po aplikaciji radiofarmaka, označenega s sevalcem pozitronom (^{18}F -fluorodeoksiglukoza). R. Tesar je tudi izračunaval (kot je pri Američanih navada), koliko poceni diagnostiko pozitronska emisijska tomografija oziroma koliko eksplorativnih laparotomij lahko z novo tehniko prihrani plačniku v državi. Kot zanimivost navajam njegove cene »storitev«: ena pozitronska emisijska tomografija stane 1800 dolarjev, ena rentgenska tomografija 800 dolarjev in ena eksplorativna laparotomija pri bolniku z rakom debelega črevesa 12.000 dolarjev. Morda bi mi prišli ob naših cenah do drugačnih zaključkov.

Med predavanji o preiskavah srca in žilja se mi je zdela zanimiva intraluminalna preiskava arterij z ultrazvokom, ki lokalizira posamezne ateromatnoze plake v steni. Kljub velikemu napredku morfološke diagnostike v patologiji žilja pa so nuklearnomedicinske preiskave še vedno pomembne. Rentgenska angiografija sicer pokaže stopnjo zožitve arterije, stopnja zožitve pa žal ne odraža vedno uspešnosti prekrvitve in še manj delovanja dela srčne mišice, ki ga prehranjuje ta arterija. Prekrvitev in delovanje merijo z nuklearnomedicinskimi preiskavami.

Del simpozija, ki je bil namenjen zdravljenju z radioaktivnimi izotopi, ni prinesel pretresljivih novosti.

Za paliativno zdravljenje bolečin kostnih metastaz so preizkušali radioaktivni itrjev citrat (^{90}Y -citrat), radioaktivni stroncijev klorid (^{89}Sr -klorid), radioaktivni renijev polifosfat (^{186}Re -HEDP) in radioaktivni samarijev polifosfat (^{153}Sm -EDTMP). Analgetični učinki so se začeli po aplikaciji različnih radiofarmakov po različnih časovnih intervalih, trajali so različno dolgo, skupno vsem tem zdravilom je bilo prehodno zmerno zmanjšanje celic v periferni krvi okoli tretjega tedna po aplikaciji.

Zdravljenje s protitumorskimi monoklonskimi protitelesi, ki prenašajo sevalce beta ali celo alfa delcev v same tumorje (radioimunoterapija), je še vedno na stopnji kliničnih raziskav.

P. Rivo iz Secene v Italiji, ki je govoril o infuziji radioaktivnih monoklonskih protiteles neposredno v tumorje, so komentatorji vljudno zavrnil, da bi boljši učinek dosegli z uvedbo radioaktivnih zrn v tumor.

Tudi skupina G. Paganellija iz Milana se je morala zadovoljiti s tem, da so poslušalci komentirali njihov prispevek manj, kot sem pričakoval. Prikazali so radioimunoterapijo z večanjem kopičenja radiofarmaka v tumorju ob pomoči avidina in biotina. Postopek je naslednji: prvi dan so bolnikom z razširjenim rakom vbrizgali v periferno veno kompleks protitumorsko protitelo-biotin, ki se je vezal s tumorskimi antigeni v krvi in v tumorju (nastala je veriga: tumorski antigen-protitumorsko protitelo-biotin). Drugi dan so vbrizgali bolniku v kri streptavidin, ki se je vezal z gornjimi kompleksi v krvi in na tumorju (veriga se je povečala za en člen: tumorski antigen-protitumorsko protitelo-biotin-streptavidin). Tretji dan so bolnikom infundirali v kri humani serumski albumin, povezan z biotinom, ki ni difundiral v tumor, ampak se je v krvi povezal z verigo, na kateri je bil streptavidin, in omogočil, da so makrofagi jeter odstranili zgoraj navedene verige molekul iz krvi. Deset minut kasneje je sledil vbrizg radiofarmaka, to je na biotin vezanega radioaktivnega itrja (^{90}Y , čisti sevalec beta) v kri bolnikov. Radioaktivne snovi ni nič zadrževalo v krvi, difundirala je v tumorsko tkivo, kjer se je povezala s streptavidinom. S to tehniko so avtorji dosegli, da je večina radiofarmaka zašla v tumorsko tkivo, in menili, da je to edini način radioimunoterapije, ki učinkovito obseva tumorsko tkivo in ki hkrati ne poškoduje zdravih tkiv.

Družabni del kongresa je obsegal otvoritev v igralnici in poslovilno večerjo v hotelski vasi, po naše neke vrste kmečkem turizmu. Smučišče, kjer je bilo pred leti svetovno smučarsko prvenstvo in zdraviliški termalni bazen, pa je večina udeležencev sklenila obiskati »enkrat drugič«, kraj je namreč preveč lep, da bi ga kar pozabili.

Strokovno izpopolnjevanje

ŠTUDIJ TRADICIONALNE MEDICINE NA KITAJSKEM

Dražigost Pokorn

Kitajsko uradno medicino bi lahko razdelili na dva dela: tradicionalno kitajsko medicino (TKM) in zahodno medicino. Zaradi razmeroma dobrih uspehov zdravljenja s pomočjo TKM in po priznanju nekaterih oblik zdravljenja s strani SZO ta prodira tudi v naše okolje. Študij TKM na Kitajskem pa po zahtevnosti skoraj ne zaostaja za zahodnim.

Študij tradicionalne kitajske medicine (TKM) na Kitajskem (Peking)

Na Kitajskem poteka študij medicine na dveh fakultetah z dvema povsem ločenima programoma: po načelih TKM in »Zahodne medicine« (ZM). Povsem ločena medicinska študija, čeprav oba uradno priznana, se že povezuje v učnih programih in zlasti v praksi.

Pekinška fakulteta za kitajsko tradicionalno medicino (TKM) in farmakologijo je bila ustanovljena 1956. leta. Danes fakulteta zaposluje 395 učiteljev (142 profesorjev in 253 asistentov). Med profesorji TKM je 27 doktorjev in 152 magistrstrov znanosti, fakulteta ima tudi 22 gostujočih profesorjev iz kitajskih in tujih univerz.

Na fakulteti trenutno študira nad 300 tujih študentov iz 41 držav. Do sedaj jo je končalo več kot 7000 kitajskih in nad 800 tujih študentov iz 80 držav. Fakulteta ima organiziran magistrski in doktorski študij z več programi. Ima tudi več učnih kliničnih centrov s skupno 3250 posteljami. Fakulteta izdaja pet strokovnih in znanstvenih časopisov v kitajščini in angleščini. Bogata fakultetna knjižnica izposoja nad 370.000 knjig in 53.615 revij; medi-

cinski muzej pa hrani nad 9000 vrst zelišč, ki jih uporablja TKM. Fakulteto je že obiskalo nad 3260 tujih gostov; 640 zdravnikov pekinške fakultete za TKM pa je že obiskalo 40 univerz. Fakulteta sodeluje z Japonsko, ZDA, Anglijo, Italijo, Nemčijo, Španijo, Avstrijo, Korejo in Singapurom.

Oddelki in inštituti na fakulteti za TKM v Pekingu

Na oddelku za *kitajsko medicino* lahko študentje vpišejo petletni dodiplomski ali sedemletni program magistrskega študija. Po končanem študiju imajo organiziran tudi podiplomski (specialistični) študij za medicince in tudi diplomante drugih naravoslovnih fakultet. Imajo pa tudi večerno šolo in dopisno univerzo za izobraževanje odraslih. Poleg tega osnovnega medicinskega, kliničnega, programa ima fakulteta še naslednje oddelke oziroma programe študija: zdravstvena preventiva s kitajsko rehabilitacijo (petletni študij); kitajska farmakologija (štiriletni študij), kitajska farmacevtska tehnologija (štiriletni študij), akupunktura in moksibustija ter masaža (petletni študij); oddelek za organizacijo zdravstva v TKM (petletni študij) in še oddelek za medicinsko nego (triletni študij).

Osnovni program študija obsega sledeč predmetnik:

Predmetnik fakultete za TKM (dodiplomski ali magistrski študij)

Osnovne teorije TKM (predklinična kitajska medicina)
 Kitajska diagnostika
 Kitajska farmakologija (6 predmetov)
 Kitajske (stare) medicinske recepture (predpisovanje zdravil)
 Klasična interna medicina
 Zdravljenje vročinskih bolezni zaradi mraza
 Akutne vročinske bolezni
 Kitajske medicinske teorije
 Zgodovina kitajske medicine
 Kitajska interna medicina
 Kitajska ginekologija
 Kitajska pediatrija
 Kitajska kirurgija
 Kitajska nevrologija

Povezave med kitajsko in zabodno medicino

- Osnovna teorija
- Sindromi in diagnostika
- Osnove zdravljenja; zelišča in recepture
- Akupunktura, moksibustija in akupunkturna anestezija
- Interna medicina
- Kirurgija

Starokitajski medicinski jezik:

Socialna medicina za organizacijo zdravstva

Na oddelku za podiplomski študij vsebuje predmetnik podoben, poglobljen program.

Med številnimi inštituti in oddelki na fakulteti za TKM in farmakologijo bi omenili samo *mednarodni učni center za TKM*, ki obsega programe iz osnovne teorije TKM, akupunkture, moksibustije in masaže ter quigonga.

Center za tuje študente je bil ustanovljen leta 1957 in je do sedaj izšolal več tisoč zdravnikov in farmakologov ter obsega več kot enoletne tečaje ali tudi krajše tečaje TKM (trimesečne ali enomesečne).

Tuji študentje imajo v tem centru predavanja in seminarje, prakso pa opravijo v učnih bolnišnicah za TKM, ki so v okviru fakultete za TKM in farmakologijo. Po končanem študiju dobijo študentje diplomu. Preverjanja znanja ni. Praksa v bolnišnicah temelji predvsem na opazovanju kitajskih zdravnikov, ki izvajajo akupunkturo in moksibustijo. Šolnina in cena za podelitev diplome je razmeroma zelo visoka za posamezne tuje študente; za skupine študentov (zdravnikov) pa lahko tudi zmernejša.

Podobno izobraževanje tujih študentov ima tudi Akademija za TKM v Pekingu, ki jo prav tako priznava SZO kot mednarodni učni center za TKM.

Vir: Dang Yi. Osebno poročilo. Inštitut za higieno. Fakulteta za kitajsko medicino in farmakologijo, Peking 1995.

IZBOLJŠANJE NAČRTOVANJA OPREME IN DELA NA PODROČJU PERINATOLOGIJE

Poročilo sestanka OBSQID in tečaja »Planning for Perinatal Equipment«
Trst, 7. do 20. 10. 1995

Živa Novak-Antolič, Lev Bregant

Od 6. do 8. 10. 1995 je bila v Trstu druga delavnica SZO: Quality Development in Perinatal Care (OBSQID). Prof. Pajntarju in meni je udeležbo omogočil Urad za sodelovanje s SZO pri Ministrstvu za zdravstvo. Udeleženci smo bili iz 22 držav: poleg Slovenije še iz držav Evropske skupnosti, baltičkih držav, Norveške, Poljske; Armenije, Azerbajdžana, Belorusije, Gruzije, Moldove, Tadžikistana, Ukrajine; Bolgarije, Romunije, Albanije, Hrvaške, Makedonije.

Cilj projekta OBSQID je skrbeti za stalno izboljševanje perinatalnega varstva v Evropi s pomočjo mreže raziskovalcev, zdravstvenih delavcev, profesionalnih združenj in ministrstev na eni strani ter z razširjanjem informacij o najustreznejših postopkih na drugi strani.

Način dela v OBSQID-u je identifikacija, razumevanje in prilagajanje najboljših rezultatov dela iz katerekoli države, da bi se izboljšala kakovost varstva (»benchmarking«). Ta proces naj poteka neprekinjeno.

SZO, Regionalna pisarna za Evropo, si že več let prizadeva rešiti regionalne, nacionalne in transnacionalne probleme v zvezi s tehnologijo informacij. Dobrodošla bi bila osrednja podatkovna baza; problemi v zvezi s tem pa so tehnični standardi in cena telefonskih zvez, možnost analiziranja podatkov, povratne informacije v zvezi s podatki in drugi. Za rešitev teh problemov je bil predlagan projekt QualiCare, ki ima za cilj najboljšo sestavo, delovanje in izid zdravstvenega varstva. S sestavo so mišljene možnosti, ki so na razpolago, osebje, informacijske zmogljivosti. Delovanje pomeni vse aktivnosti za preventivno, terapevtsko in rehabilitacijsko delo, vključno z informiranjem in izobraževanjem bolnikov.

Izid preverja učinek delovanja na zdravje in dobro počutje bolnikov, vključno z zadovoljstvom bolnikov z zdravstvenim varstvom. Poleg OBSQID-a za preverjanje stanja v perinatalnem varstvu obstajajo projekti SZO tudi na drugih področjih, kot so sladkorna bolezen, ustno zdravje, rak in druga.

Prva delavnica je bila septembra 1994 v Koebenhavnu; takrat so strokovnjaki prvič pravzaprav »opazili« zelo dobre slovenske rezultate v perinatologiji; še zlasti zato, ker je odstotek operativno dokončanih porodov nizek. Ugotovljeno je bilo tudi, da je Slovenija ena izmed redkih držav v Evropi, ki lahko na podlagi podatkov Perinatološkega informacijskega sistema Slovenije (PISS) priskrbi vseh 21 kazalnikov kakovosti dela v perinatologiji, ki jih je določila »konsenzus konferenca« (sestaneč dogovora) OBSQID/SZO.

V okviru tržaške delavnice OBSQID-a je najprej dr. Kirsten Staehr Johansen s sodelavci predstavila dosedanje delo. Nato je prof. Stembera iz Češke pokazal, kako so perinatologi v njegovi državi uspeli doseči tako izjemne rezultate (perinatalna umrljivost 0,64%, 0,12% letalnih malformacij, od ostalih pa 0,28% mrtvorojenih in

0,24% zgodaj neonatalno umrlih) in kako jih še naprej izboljšujejo. Ugotovili so, da ni dovolj samo zbirati podatke in jih analizirati, temveč je treba tudi pravilno ukrepati. Zato se vsako leto zberejo na sestanku ter z dogovorom odločijo, kateri pereč problem v perinatologiji ima prednost. Za leto 1994 so menili, da je 0,19% mrtvorojenost pri novorojenčkih nad 2000 g previsoka in se dogovorili, kako bi jo znižali. Za rešitev tega problema potem zainteresirajo (tudi finančno) odgovorne. Kot tudi drugje po svetu so ugotovili, da zviševanje odstotka carskih rezov ne zmanjša perinatalne umrljivosti. Posebno zaskrbljeni so zaradi privatizacije medicine na področju perinatalnega varstva, kjer se že kažejo slabi učinki. Podobne slabe izkušnje, predvsem na področju ultrazvoka, ima tudi Italija.

Po sestanku OBSQID-a smo od 9. do 20. oktobra 1995 prav tako v Trstu nadaljevali s tečajem Perinatal care: planning for appropriate equipment.

Namen tečaja je bil naučiti udeležence, da bi znali realno oceniti, katera oprema je v njihovih pogojih dela ustrezna glede na učinkovitost in ceno; nadalje, kako načrtovati nakup, uporabo in vzdrževanje opreme za perinatalno varstvo.

Tečaja v organizaciji Bureau for International Health iz Trsta in SZO z vabljenimi predavatelji iz Danske, Švedske, Kanade sva se udeležila z dr. Levom Bregantom. Udeležbo nama je omogočil Urad za sodelovanje s SZO pri Ministrstvu za zdravstvo. Sestava udeležencev je bila nekoliko drugačna kot na sestanku OBSQID-a, pridružili so se še strokovnjaki (zdravniki) iz Irana, Maroka (tisti, ki delajo na ministrstvih) in Srbije. Tečaj je bil le deloma v obliki predavanj, v glavnem smo aktivno delali v skupinah. Tematika je bila razdeljena na pet glavnih sklopov.

V prvem delu smo se seznanili s kazalniki kakovosti dela v perinatologiji, kakšne so možnosti napak pri zbiranju podatkov, kako je treba te podatke uporabljati pri načrtovanju ustrezne tehnologije. Perinatalna umrljivost (PU) kot kazalnik kakovosti dela počasi izgublja vrednost: pomembneje je vedeti, kakšna je mrtvorojenost (zelo počasi pada) in zgodnja neonatalna umrljivost (umrljivost v prvem tednu življenja). Slednja je zaradi tehnološkega napredka v zadnjih letih močno padla. Kaže pa se potreba po dopolnitvi zgodnje neonatalne umrljivosti s podatki o pozni neonatalni umrljivosti, to je do enega meseca starosti ter še kasneje, morda do treh mesecev. Obenem je treba ugotovljati kakovost preživetja: pomembno je na primer ugotoviti, da kljub izrazitemu padcu PU v zadnjih letih ni nič manj otrok s cerebralno paralizo.

Posebej smo se posvetili presejalnim testom: njihovi občutljivosti, specifičnosti, pozitivni in negativni napovedni vrednosti. Nikakor ni zanimljivo vedeti, kakšni so občutki preiskovane populacije pri izvajanju presejalnih testov. Posebni problemi nastanejo pri tistih ljudeh, ki so z rezultatom testa označeni kot lažno pozitivni, in pri tistih, kjer je izvid lažno negativen. Etični problemi presejevanja so večji od tistih pri zdravljenju! Govorili smo tudi o načrtovanju randomiziranih kontroliranih študij ter drugih načinov vrednotenja učinkovitosti; prospektivnih kontroliranih in retrospektivnih kontroliranih študijah, študijah »prej in potem«, osebnih izkušnjah. Nismo se izognili razmišljanju o ceni tehnologije; pri tem je nujen izračun cost/benefit in cost/effectiveness.

Treba je razlikovati med efficacy: to je učinkovitostjo metode v rokah najboljšega strokovnjaka, ki ima na voljo najboljšo opremo, in efficiency: uspešnost te metode v resničnem življenju (povprečen strokovnjak s slabo opremo).

Poseben izziv za tečajnike je predstavljalo predavanje Marsdena Wagnerja, avtorja knjig *Having a Baby in Europe* in *Pursuing the Birth Machine (the search for appropriate birth technology)*. Prepričan je, da je najpomembneje za ugoden potek poroda, da je ena babica ves čas pri porodnici. In tudi najceneje! Če je tako kot v Porodnišnici Ljubljana, da babica skrbi za tri ali štiri porodnice naenkrat, je pa seveda »aparati (kardiotokograf) bolje kot nič«. Meni, da pri preveliki uporabi tehnologije velikokrat pride do učinka podiranja domin: ena (manj potrebna) intervencija sproži drugo, ta tretjo...

Drugi del je bil posvečen uporabi ultrazvoka (UZ) in kardiotokografije (CTG) v perinatologiji. Pri vsaki od tehnologij je imel eno od predavanj klinični inženir. Vloga kliničnih inženirjev je zelo pomembna: začne se že pri načrtovanju nakupa ustreznega aparata. Pri tem je zelo pomembno, da pozna predpise države, kakšni aparati se lahko uporabljajo. Posebej velja poudariti, da veliko UZ aparatov nima označenih izhodnih energij. Klinični inženir sklepa pogodbe o pogojih servisiranja. Naj omenim le, da se skupna cena aparata (nakupna cena in vzdrževanje) zelo zmanjša, če je enakih aparatov več, če se ti malo kvarijo, ker so dobro vzdrževani oziroma zna klinični inženir sam odpraviti manjše napake. Klinični inženir tudi redno preverja delovanje aparatov. Za ultrazvočne aparate obstaja poseben model, s katerim je možno preverjati pravilno delovanje merilnega sistema v dveh projekcijah, resolucijo ipd. Predavatelj je menil, da mora biti v bolnišnici s približno 700 posteljami zaposlen en klinični inženir in 5 do 6 tehnikov.

Nujna je izpolnitev zahteve po ustrezni izobrazbi preiskovalcev in kakovostnih aparatih. Vsak center mora zase ugotoviti, kako učinkovit je na različnih področjih uporabe ultrazvoka. Študija RADIUS je zelo razburila strokovno javnost. Pri tej študiji se je pokazala velika razlika med učinkovitostjo (efficacy) in zmogljivostjo (efficiency). Nujno je raziskati negativne socialne in etične posledice. Za pregled z ultrazvokom je potrebna pisna privolitev nosečnice, potem ko je bila seznanjena z možnostmi odkrivanja tistega, kar iščemo (anomalija ploda, zastoj rasti, višina nosečnosti, stanje ploda, drugo).

Na enak način smo obravnavali tudi kardiotokografijo (CTG): tehnične značilnosti aparatov, ki pretvarjajo signal; zavedati se je treba, da programska oprema spremeni signal in ni nujno, da je rezultat objektivni (realen). Senzitivnost in specifičnost sta nizki brez dodatnih preiskav (pH, fetalni biofizični profil). Ponovljivost razlage zapisa je majhna, ker ni splošno priznanih definicij, kaj je patološki CTG. Abnormen CTG še ne pomeni tudi abnormalnega stanja ploda. In kar je zelo pomembno: plod je lahko okvarjen že pred začetkom poroda. Snemanje CTG nas ne obvaruje pred tožbami: v ZDA je v zadnjih desetih letih snemanje CTG zelo naraslo, prav tako tudi tožbe.

Enako dobre rezultate kot CTG da v splošni populaciji porodnic poslušanje plodovih srčnih utripov s slušalko vsakih 15 minut v prvi porodni dobi ter po vsakem popadku v drugi; problem pa je seveda spet število babilic. Tu smo se spet vrnili k trditvi M. Wagnerja, da mora biti babica ves čas pri porodnici.

Neprekinjen CTG zapis med porodom je nujen pri uporabi oksitocina ter pri porodih vseh tistih plodov, za katere vemo, da so ogroženi (zastoj plodove rasti v maternici, boleznj matere in drugo).

Glede na razvitost perinatalnega varstva v posamezni državi je treba načrtovati, kam naj se vložijo največ sredstev, da bodo rezultati še boljši.

V Sloveniji so v primerjavi z razvitimi državami rezultati perinatalnega varstva zelo dobri, saj ima to varstvo izjemno tradicijo: prva babilška šola v slovenskem jeziku je bila ustanovljena že l. 1753; žal je bila ukinjena leta 1984 po 231 letih neprekinjenega delovanja. V šolskem letu 1996/97 bo po sklepu Ministrstva za zdravstvo ponovno zaživela, tokrat na višji ravni. Šolanje babilic, kot so že mnogokje spoznali, mora biti ločeno od šolanja medicinskih sester. Babilice se šolajo za to, da prepoznajo normalno nosečnost, ki jo lahko samostojno vodijo v predporodnem varstvu, in da vodijo normalen porod po dogovoru z zdravnikom.

Tretji del je bil posvečen termalni kontroli novorojenčka. Vsak novorojenček se prvih nekaj ur obnaša poikilotermno, njegova temperatura je zelo odvisna od zunanje temperature. Zaradi podhladitve ali pregrevanja se novorojenček slabše doji, kar lahko vodi v začarani krog. Da bi se izognili podhladitvam novorojenčkov, jim moramo pogosteje meriti telesno temperaturo, in to s toplomeri, ki kažejo manj kot 34°C! Takšne toplomere je moč po ugodni ceni naročiti prek Unicefa.

Že pred več kot tisoč leti so na Kitajskem za ogrevanje novorojenčkov poznali metodo koža na kožo. Prvi preprosti inkubator so imeli v Moskvi leta 1835. Leta 1985 so na Švedskem z naključno kontrolirano študijo, preden je prišla v širšo uporabo, primerjali ustreznost tople vodne blazine (TVB) (water filled heated mattress) z zaprtimi inkubatorji za vzdrževanje toplote pri novorojenčkih z nizko porodno težo. Kontrola temperature je bila dobra in tudi starši so raje imeli otroke na TVB kot v inkubatorjih. Ker je cena TVB do 10-krat manjša od cene enostavnega inkubatorja, je to dobra rešitev za oddelke z majhnimi novorojenci, ki so vitalno stabilni. TVB je možno prav tako nabaviti prek Unicefa.

Električni grelci, ki sevajo infrardečo toploto, so lahko nevarni za otrokovo roženico. Primerni so za porodne sobe, za prehodno obdobje do stabilizacije vitalnih funkcij, nikakor pa ne za večdnevno uporabo.

Dogovorili smo se za pravilno uporabo imena metode kenguru (MK): če se uporablja takoj po porodu, 24 ur na dan, jo imenujemo porodna MK. Zelo zgodnja MK je od 30 minut po porodu dalje; pričetek po 24 urah, vendar pred sedmim dnevom, je zgodnja MK in po sedmem dnevu je pozna MK. Ta metoda zelo obremenjuje mater, saj dejansko 24 ur na dan drži otroka na svoji koži. So pa pri tej metodi dokazali nižjo zbolewnost otrok, cena postopka je nizka, prav tako je nizka obremenitev osebja, odpuščanje otrok domov je lahko zgodnejše.

Metoda, ki jo izvajamo tudi v Porodnišnici Ljubljana – da mati ali oče nekaj ur dnevno drži otroka na koži, naj bi se imenovala metoda koža na kožo.

V sklopu četrte obravnavane problematike smo slišali zelo zgoščene informacije o načinih zdravljenja respiratorne stiske novorojenčkov. Od prve svetovne vojne, ko je bil kisik prvič uporabljen pri respiratorni stiski, so razvili zelo različne načine njegovega dovajanja in nadziranja. V slovenskih razmerah je za bolnišnično uporabo kljub najvišji nabavni in vzdrževalni ceni edino primerna centralna instalacija. Uporaba kisikovih jeklenk naj bi bila rezervirana le za Transporte, koncentradorji kisika pa za domačo uporabo pri kroničnih bolnikih.

Med metodami respiratorne podpore je bila predstavljena na novo odkrita metoda tako imenovanega kontinuiranega pozitivnega pritiska v dihalnih poteh s pomočjo nosnih nastavkov prek zaklopke Benvenista. Ta metoda je relativno poceni, potrebujemo le izvor kisika z mešalnikom, vlažilnikom in zaklopko, ki omogoča otroku prosto dihanje ob zvišanem pritisku v dihalnih poteh. Obenem je ta način varen, otroka malo omejuje pri premikanju glave. Najbolj izpopolnjene metode respiratorne pomoči, kot sta na primer visokofrekventna oscilatorna ventilacija in membranska oksigenacija, naj bi bile primerne za uporabo le v centrih z velikim številom bolnikov in z bogatimi izkušnjami pri vodenju najtežjih primerov.

V preprečevanju in zdravljenju dihalne stiske so že dalj časa znani algoritmi postopkov in izračuni o njihovi učinkovitosti glede na vložena sredstva.

Daleč najučinkovitejši terapevtski ukrep je preprečevanje dihalne stiske pri grozečem porodu pred 34. tednom gestacije z dajanjem steroidov materi. Na ta način znižamo incidenco RDS za 50%, mortaliteto zaradi RDS za 20%, prav tako je nižja incidenca BPD, IVH in NEC in verjetno tudi PDA. Postnatalna terapija z eksogenim surfaktantom naj bi bila zgodnja terapevtska, profilaktično dajanje je predrago. Pri blagi obliki naj bi se vedno poizkušalo z metodo CPAP (continuous positive airway pressure). Mehanično razdihavanje je učinkovito in z razvojem novih tehničnih rešitev tudi dokaj varno za najmanjše prematuruse. Ob vseh teh tehnikah pa je osnovni pogoj za uspešno delovanje izkušen in zadosten medicinski kader!

V nadaljevanju izobraževanja smo veliko govorili o definiciji porodne asfiksije, postopkih in opremi, ki naj bi bili nujni v porodnih sobah, da do asfiksije novorojencev ne bi prihajalo. Šokantni so podatki o številu novorojencev, ki umrejo ali dobijo hudo možgansko poškodbo zaradi porodne asfiksije. Po podatkih SZO naj bi imelo oceno po Apgarjevi v 1. minuti 3 ali manj in/ali

pri 5. minutah 6 ali manj skoraj štirje milijoni novorojencev, kar predstavlja 3% vseh živorojenih. Od tega jih vsaj 800.000 umre in enako število jih je trajno prizadetih. Še vedno je pogoj za uspešno reanimacijo izkušen zdravstveni delavec (zdravnik, babica), minimalna oprema, kot so kisik in asistiranje razdihavanje, ki ga je predstavil Gregory že pred 25 leti.

Postopek oživljanja oz. oskrbe novorojenca v porodni sobi naj bi obvladal vsak profil zdravstvenih delavcev, ki pride prvi v stik z njim.

Peti del je potekal vzporedno z vsemi prejšnjimi; učili smo se načrtovati, spremljati učinkovitost raznih uporabljenih tehnologij in evaluacije le-teh. Ciklus načrtovanja obsega najprej ugotovitev stanja in prednostih potreb glede na definicijo splošnih in posebnih ciljev; ugotovitev obstoječih možnosti glede na strokovnjake, opremo, denar, čas.

Po večdnevem dograjevanju in sintetiziranju našega znanja je prišel trenutek streznitve, ko je kanadski epidemiolog prof. dr. Murray W. Enkin prikazal analizo vseh ukrepov in postopkov, na katere prisega večina perinatologov. S sodelavci je zbral veliko število poročil o učinkovitosti posameznih metod in jih spravil na skupni imenovalec, tj. ali je metoda nedvomno učinkovita; verjetno učinkovita; metoda, ki ima enako število pozitivnih učinkov kot negativnih; metoda z neznanim delovanjem ali verjetno brez ugodnega učinka ter metoda, ki je zelo verjetno škodljiva.

Če strneva vtise s tečaja, lahko rečeva, da sva dobila dober pregled v trenutno stanje perinatologije v svetu, Zahodni Evropi in v državah v tranziciji. Slovenci lahko brez sramu kažemo svoje rezultate, ki jih imamo lepo zbrane v PISS-u, da ne zaostajamo za tako zaželeno Evropsko skupnostjo in da smo lahko mnogim deželam za zgled, kako usmerjati razvoj tega važnega področja medicine. Pri tem nam je naša majhnost, večkrat sva na tečaju predstavila Slovenijo kot »boutique« državo, v veliko prednost, ki pa je še ne znamo pametno izkoriščati.

Strokovna srečanja

XIV. MEDNARODNO SREČANJE ZDRAVNIKOV GORSKIH REŠEVALNIH SLUŽB ALPSKIH DRŽAV

Jože Četina

4. 11. 1995 je bilo v Innsbrucku XIV. mednarodno srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih držav. Prva srečanja so potekala v predavalnici kirurške klinike. Odkar so presejala začetne okvire, pa so se preselila v veliko kongresno poslopje blizu samega mestnega centra. Že od vsega začetka, pred več kot 25 leti, se teh srečanj pasivno ali aktivno udeležujejo tudi zdravniki slovenske GRS.

Letošnja tematika so bile napake in nevarnosti pri reševalnih akcijah, klasičnih ali helikopterskih. Čas, ki poteče – velja za Tirolsko – od prejema obvestila gorske ali prometne nesreče v centrali pa do prihoda helikopterja, večinoma z zdravnikom na kraj nesreče, se je v zadnjih letih skrajšal na povprečno 15 minut. Zaslugo za to ima moderna organizacija reševalne službe in široka uporaba različnih telekomunikacijskih sredstev od radia do mobitela. V načelu težijo za tem, da bi bil presledek brez terapije čim krajši in da bi bila reševalna akcija že od vsega začetka organizirana optimalno glede na število osebja, morebitno kombinacijo helikopterskega s kopnim reševanjem, glede na trajanje akcije, oceno potrebnega obsega prve pomoči, pa tudi stroške in seveda na pravilno izbiro ciljne bolniške ustanove. Poudarjajo, da mora

biti reševanje v celoti organizirano tako, da bo to zares reševanje, ne pa ogrožanje ponesrečenca ali celo moštva. Najslabše je namreč, če ena nesreča povzroči drugo.

Po vzroku poškodbe v gorah je na Tirolskem najpogostejši padec s stene ali padec na poti. Sledi padec v ledeniško razpoko, plazovi, podhladitev oz. omrzline, znaki višinske bolezni in vremenske spremembe. V Innsbrucku so od l. 1990 do l. 1994 obducirali 184 primerov smrtnih nesreč v gorah. 54% je bilo smučarskih, 45% pa drugih planinskih nesreč. Pogostnost je nihala glede na letni čas. Največ nesreč je bilo v januarju, nato je število padalo do maja in doseglo vrh spet avgusta. Največ žrtev je bilo starih med 20 in 40 let. Vzroki smrti so bili najpogosteje kranio-cerebralna travma, nato krvavitve, poškodbe vratne hrbtenice, zasutja pod plazovi in celo primer utopitve. Med vzroki za »naravno« smrt v gorah je bilo na prvem mestu srce, nato krvavitve (ezofagus), pljučne komplikacije, pa tudi primer epilepsije.

Pri nejasnih primerih smrti na kraju nesreče ali med samim reševanjem (Bergungstod) in transportom, še posebno če gre za obsežnejše poškodbe, nikakor ne smemo pozabiti na možnost zračne embolije.

Orientacijski prvi pregled na kraju nesreče mora biti kljub še tako težkim okoliščinam sistematičen. Po vrsti se moramo orientirati o vitalnih funkcijah, poškodbah glave, prsnega koša, trebuha, medenice, hrbtenice in udov. Pri tem ne smemo ničesar izpustiti. Sama kranio-cerebralna poškodba nikoli ne povzroči šoka. Če pri takem poškodovancu ugotovimo tudi šok, moramo vedno iskati dodatne poškodbe, ki so šok povzročile.

V zadnjih letih ugotavljajo porast števila poškodb kolena celo do ene tretjine vseh poškodb.

Pri prvi pomoči je na prvem mestu pravilni položaj poškodovanca oz. bolnika, nato zaustavitev morebitne krvavitve, sredstvo proti bolečinam, repozicija, imobilizacija in morebiti potrebne infuzije.

Za imobilizacijo danes statistično največkrat uporabljajo vakuumsko blazino. Nato vakuumske opornice, Kramerjeve opornice, aluplastične opornice SAMSPLINT in najredkeje lopatasta nosila. Statistično najpogosteje uporabljani medikamenti so valium, nato dipidolor, ketalar, paspertin, kisik, psiquil in adalat.

Še posebno odločujoča je hitra in optimalna prva pomoč pri politravmi. Navajajo, da se smrtnost pri politravmi vsakih 30 minut poveča za 200%. Zato je tu nadvse važen temeljit orientacijski pregled, pravilna oskrba (intubacija, sedacija, relaksacija, umetno dihanje, oskrba pnevmotoraksa, zaustavitev krvavitve, infuzije, imobilizacija) in pravilna izbira ciljne bolniške ustanove. Pogosto se pri politravmi spregledajo poškodbe medenice.

Ameriške statistike pri spinalni poškodbi navajajo smrtnost med 6 in 10 odstotki. Ti bolniki oz. poškodovanci baje stanejo ZDA okoli štiri milijone dolarjev letno. Žrtve so najpogosteje ljudje med 15. in 35. letom starosti. Vzroki so najpogosteje prometne nesreče, nato padec z višine. Sekundarne okvare pa nastanejo najpogosteje zaradi hipoksije. Tudi tu je poleg pravilne prve pomoči nadvse važna pravilna izbira ciljne bolniške ustanove. Že na kraju nesreče priporočajo metilprednizolon v bolusu 30 mg/kg in nato 4 mg/kg/h naslednjih 24 ur. V diskusiji se je izkristaliziralo stališče, da ima tudi pri poškodovani vratni hrbtenici stabilni bočni položaj časovno prednost pred imobilizacijo vratne hrbtenice.

Zanimiv je bil referat o možnih napakah pri reševanju zasutih izpod plazov. Referent je svoje nasvete strnil v naslednje točke:

- Nikoli ne smemo zapustiti plazišča, temveč moramo takoj poskušati s sotovariško pomočjo.
- Pri iskanju in reševanju zasutih naj na plazišču ne bo preveč reševalcev.
- Ko smo s sondi otipali kaj sumljivega, je ne smemo izvleči, temveč jo moramo pustiti na mestu.
- Zasutega moramo izkopavati s strani (dihalna votlina).
- Zdravnik mora biti poleg takoj, ne šele ko smo se že dokopali do dihalne votline.
- Oceniti moramo stanje dihalne votline, kar olajša diagnozo oz. prognozo.

– Z zasutim, predvsem z njegovimi udi moramo ravnati skrajno previdno in ne izvajati vehementnih gibov.

– Nezavestnega moramo položiti v stabilni bočni položaj, tudi če je podhlajen. Nikoli na hrbet!

– Pri podhlajencu, ki še diha, ima hiter transport v ciljno ustanovo prednost pred intubacijo.

– Če nismo našli dihalne votline, dolgotrajnejša reanimacija nima izgledov za uspeh.

– Če smo dihalno votlino ugotovili, moramo nujno reanimirati, dokler zasuti in podhlajeni ni »ogret in mrtev« (Nobody is dead antill warm and dead).

Do birokratskih težav prihaja včasih tudi pri reševanju v obmejnih področjih. Tozadevne meddržavne dogovore imata že Avstrija in Italija, Švica in Italija, ne pa še Avstrija in Švica. Tako strogo vzeto ne more poleteti helikopter, ki je najbližji kraju nesreče, ker bi po mednarodnih pravilih moral dobiti dovoljenje obeh sosednjih držav in nato pred reševanjem še pristati na najbližnjem mednarodnem letališču zaradi carinskih in drugih formalnosti. Čeprav se v nasprotnem primeru najverjetneje ne bi zgodilo nič dramatičnejšega in bi ponesrečenec bil tako najhitreje deležen prve pomoči, nekateri piloti enostavno ne tvegajo preleta meje, četudi slučajno že letijo v bližini nesreče, včasih celo z izgovorom, da je meja med Avstrijo in Švico tudi meja med Švico in Evropsko skupnostjo. Nasprotno pa je v mejnem področju med Nemčijo in Švico (Allgäu) v praksi ni nobenih problemov pri preletavanju meje v okviru reševalnih akcij. Mnenje diskutantov o tej temi je bilo, da je organizirano meddržavno sodelovanje lahko le stanje, ko bo v akcijo legalno lahko poletel tisti helikopter ali moštvo, ki je kraju nesreče najbližje, in to ne bo odvisno od dobre volje, poguma ali podjetnosti pilota.

Nekaj referatov je bilo namenjenih izobraževanju laičnih reševalcev. Pri tem naj bi bilo razmerje med teorijo in prakso 1:4. Tematika naj bo načelno razdeljena na osnovno, zimsko in letno, potrebno pa je tudi osnovno znanje iz gorske medicine. Nujno je stalno ponavljanje in obnavljanje znanja. Reševalci morajo poleg prve pomoči dobro obvladati tudi pravilno splošno oceno položaja in okoliščin. Po telekomunikacijskih sredstvih morajo znati v centralo pošiljati kratka, jedrnatna in precizna obvestila, na osnovi katerih se bo vodstvo lahko odločilo za najprimernejšo obliko in obseg reševalne akcije. Reševalec – tudi zdravnik – mora obvladati tehniko kardiopulmonalne reanimacije, izvajati umetno dihanje pri intubiranem poškodovancu oz. bolniku in monitorski nadzor kardiovaskularne funkcije.

Kot že na enem od prejšnjih sestankov je bila poudarjena važnost takojšnje terapije s trombolitiki (heparinski bolus) pri sumu na srčni infarkt tudi v alpinih okoliščinah. Tveganje pri prehospitalni uporabi teh sredstev ni večje od tveganja pri hospitalni uporabi. Morda je zanimiv še poizkus prekvalifikacije nemškega izraza »Bergung«. Do sedaj je ta izraz pomenil reševanje nasploh, ne glede na stanje ponesrečenca. Tokrat se je pojavil predlog, da bi izraz »Bergung« uporabljali le, če gre za mrtvega ponesrečenca, pri živem pa bi uporabljali izraz »Rettung«. Vprašljivo je, če se bo to preimenovanje uveljavilo.

Še vedno ni uresničena težnja po mednarodno priznani diplomii zdravnika za gorsko medicino in prvo pomoč, čeprav so o tem razpravljali že na nekaj prejšnjih sestankih.

V vzporednem programu so bili organizirani enourni tečaji o reanimacijski tehniki in travmatološki praktikumi za omejeno število udeležencev v posameznem tečaju. Pri tem so posebno pozornost posvetili primerom težke intubacije, koniotomiji, torakalni drenaži, terapiji šoka in predkliničnemu ravnanju s politravmatizirancem. Na bližnjem letališču pa je bil možen organiziran ogled letalskega reševalnega centra »Tyrolean Air Ambulance«.

Zaradi odhoda dolgoletnega organizatorja vseh dosedanjih srečanj, prof. dr. G. Flore gre v pokoj, je bila usoda prihodnjih sestankov ogrožena. Na nežne in prijateljske pritiske s strani številnih eminentnih sodelavcev in udeležencev srečanja pa je profesor Flora le zagotovil sodelovanje tudi v prihodnje.

ZAKLJUČKI OKROGLE MIZE »PROMOCIJA ZDRAVE PREHRANE V REPUBLIKI SLOVENIJI«

Radenci, dne 24. oktobra 1995

Dražigost Pokorn

Na okrogli mizi so sodelovali: minister za zdravstvo R Slovenije, dr. Božidar Voljč, dr. med., minister za kmetijstvo in gozdarstvo R Slovenije, prof. dr. Jože Osterc, dipl. ing., prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., predstojnik Inštituta za higieno Medicinske fakultete, dr. Nina Mazi, direktorica Urada WHO pri Ministrstvu za zdravstvo R Slovenije, dr. Maruša Adamič, Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, dr. Nataša Jevnikar, vodja projekta varovalnega živila za zobe Stomatološke klinike, mag. Verena Koch, predsednica društva živilskih in strokovnih delavcev R Slovenije, Jolanda Lainščak, dipl. ing., predsednica Združenja dietetikov R Slovenije, in prof. dr. Josip Turk, dr. med., predsednik Društva za zdravje srca in ožilja.

Prehrana je del okolja, ki na človekovo zdravje vpliva dobro ali slabo.

Na prehrano vplivajo številni dejavniki, zlasti prehrabene navade, različna prepričanja, znanje o živilih, načini pridelave, predelave in priprave hrane, kupna moč, okolje, sredstva javnega obveščanja in drugo. Zdrava prehrana je sestavni del zdravega načina življenja, ki je pogoj za ohranjanje in krepitev našega zdravja. Zdrava prehrana vključuje uravnoteženo prehrano, ki preprečuje nastanek deficitarnih bolezni, varno hrano, ki ne presega maksimalno dovoljenih količin aditivov in kontaminantov v hrani, ki zastrupljajo organizem, in varovalno prehrano, ki varuje pred nastankom civilizacijskih bolezni.

Slovenija spada med države, katere prebivalstvo ogražajo civilizacijske bolezni, saj podatki kažejo, da za boleznimi srca in ožilja ter raka umre okrog 70% ljudi. Med najpomembnejšimi dejavniki ogrožanja je nedvomno neustrezna prehrana prebivalstva.

Za izboljšanje zdravstvenega stanja in stanja prehrane prebivalcev Slovenije moramo pri oblikovanju in uresničevanju prehranske politike upoštevati smernice SZO, pri čemer je treba izhajati iz zdravstvenega stanja in stanja prehrane prebivalcev Slovenije.

1. Treba je znižati količino nasičenih maščob in izboljšati kakovost maščob v prehrani.

2. Povečati je treba količino zaužitih esencialnih snovi v dnevni prehrani oziroma povečati pridelavo in porabo sadja, zelenjave in stročnic.

3. Znižati je treba odstotek debelih ljudi z izboljšano prehrano in aktivno rekreacijo.

4. Znižati dnevno količino zaužite soli in alkoholnih pijač.

Za doseg zdrave prehrane do leta 2000 in boljšega zdravja ljudi je potrebna strategija prehranske politike na ravni države, ki mora temeljiti na medresorskem sodelovanju med ministrstvi za zdravstvo, kmetijstvo, šolstvo, okolje ter nekaterimi nevladnimi organizacijami.

Bistvo prehranske politike je motivacija prebivalstva za pravilno prehrano in oskrba z ustreznimi zdravimi hrano s ciljem, da se zmanjšajo bolezni, ki so neposredno ali posredno povezane z zdravjem prebivalcev.

Da bi to dosegli, moramo pripraviti akcijski načrt strategije politike prehrane v Sloveniji, ki naj obsega: vzgojo o pravilni prehrani prebivalstva na vseh ravneh izobraževanja, prehrabeno vzgojo porabnikov in usmerjeni zdravstvenovzgojni program z vključevanjem vseh javnih medijev. Spodbujati moramo kmetijsko proizvodnjo, prehrabeno industrijo in trgovino k boljši proizvodnji, ponudbi in izbiri zdrave, varovalne hrane, ki bo tudi cenovno sprejemljiva za čim več ljudi. Za doseg tega cilja je treba znižati stroške pridelave in proizvodnje zdrave, varovalne hrane, znižati marže in ukiniti prometni davek za zdrava, varovalna živila. Naloga proizvajalcev je, da čim hitreje vključujejo sodobna znan-

stvena in zdravstvena spoznanja v proizvodnjo hrane, pri čemer je država dolžna zagotoviti pogoje zdrave varovalne hrane in določiti prehrabene standarde pri proizvodnji zdrave, varovalne prehrane.

Treba je spodbujati zakonodajo, ki zagotavlja varnost živil in izpostaviti kompleksen zdravstveni nadzor med njimi.

V ta namen je nujno izobraziti strokovnjake medicinskih in ostalih strok za področje prehrane.

Zaključno poročilo so pripravili: prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., Sonja Kremavec, dipl. oec., Nina Mazi, dr. med., Maruša Adamič, dr. med. in mag. Ciril Varaga, dr. vet.

VTISI Z DELAVNICE GINEKOLOŠKE CITOPATOLOGIJE

Ljubljana, 4.–7. september 1995

Jadranka Vrb-Jermančič

V letu ženske, ravno v času razvpite Pekinške konference, smo citologi, skriti očem javnosti, skušali prispevati kaj konkretnega za dobrobit, za življenje in zdravje slovenske ženske. Za tistih 150–170 žensk, ki vsako leto v Sloveniji zbolijo za rakom materničnega vratu. Za tistih 50–60 žensk, ki se sredi najbolj ustvarjalnih let vsako leto poslovi od nas zaradi te bolezni.

V organizaciji prof. dr. M. Us-Krašovec se je na delavnici ginekološke citopatologije zbrala majhna, pisana skupina slovenskih citologov. Tistih, ki se pri svojem strokovnem delu izključno ali le delno srečujemo z brisi materničnega vratu. Ob predavanjih, pogovorih, okrogli mizi in ob praktičnem delu z mikroskopi smo izmenjali mnenja in izkušnje z našimi epidemiologi, ginekologi in patologi. Zlasti pa smo se obogatili z izkušnjami gostje dr. Matišič iz Vancouverja v Britanski Kolumbiji v Kanadi. Tu je eden izmed najbolje urejenih centrov za odkrivanje raka materničnega vratu na svetu. Zato je pri njih najnižja zboleznost in smrtnost za tem rakom. Pri nas je zboleznost za rakom materničnega vratu še vedno visoka, tj. 17/100.000, in je zadnjih dvajset let konstantna. Razlogov za to je kar nekaj. Med prvimi je ta, da pri nas nimamo organiziranega aktivnega odkrivanja raka materničnega vratu, ki bi s presejanjem zajela večino ogroženih žensk. Večina razvitih držav je namreč z organiziranim presejanjem bistveno znižala zboleznost in smrtnost zaradi raka materničnega vratu. Pri nas pa pregledujemo brise le tistih žensk, ki hodijo na ginekološke preglede. Tudi pri teh se pogosto srečujemo z neustrezno odzvetimi in nereprezentančnimi brisi, s pomanjkljivo izpolnjenimi napotnicami, neustreznimi interpretacijami izvidov, prevelikim zanašanjem ginekologov na citološki izvid na škodo klinične in kolposkopske ocene. Napake v interpretaciji citoloških vzorcev so sorazmerno redke. Vendar pa se citologi občasno še spopadamo s pomanjkljivim znanjem, premajhno možnostjo izobraževanja, z nezadostno kontrolo dela in preobremenjenostjo. Nejasno je tudi, kdo se lahko usposablja za citologa oziroma citoteknika in kje, saj ustreznega izobraževanja pri nas nimamo. Za lastno zdravje pa je vsaka ženska odgovorna tudi sama tako s svojim načinom življenja, ki je za to vrsto raka bolj ali manj rizično, kot tudi z lastnim interesom do zdravstvene prosvetljenosti, rednih obiskov pri ginekologu in z odzivanjem na priporočene kontrole ali zdravljenje.

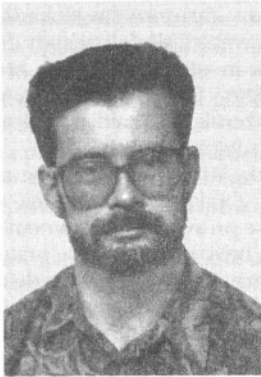
Kakovostno organizirana delavnica ginekološke citopatologije nas je obogatila z znanjem. Hkrati je izzvenela v sporočilu, da imamo visoko zboleznost in smrtnost za rakom materničnega vratu. Poznamo rizično populacijo in znamo bolezen enostavno, hitro, zanesljivo in s poceni metodo odkrivati v lokaliziranem stadiju in jo uspešno zdraviti. Zato ponovno predlagamo or-

ganiziranje aktivnega odkrivanja raka materničnega vratu, da bi tako storili korak naprej za slovensko žensko in morda prav zdaj v letu ženske prešli od besed k dejanjem.

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR Z DOC. DR. IGORJEM ŠVABOM, SPECIALISTOM ZA SPLOŠNO MEDICINO

Doc. dr. Igor Švab, dr. med., je bil rojen 16. septembra 1957 v Ljubljani, tu se je po končani osnovni šoli vpisal v tedanjo II. gimnazijo. Leta 1976 se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani in tu diplomiral leta 1981. Med študijem je dobil Prešernovo nagrado za študente v letu 1979 za raziskovalno nalogo Letni cikelus ščitnice polha, skupaj s kolegom Radkom Komadino. Zadnji dve leti je bil tudi predstavnik letnika in član Fakultetnega sveta kot delegat študentov.



Magistiral je leta 1988 na MF v Ljubljani in prav tam doktoriral. V Zdravstvenem domu Ribnica je bil zaposlen od avgusta 1983. Specializacijo iz splošne medicine je opravil leta 1989. Štiri leta je vodil službo splošne medicine, od 1. novembra 1987 do 15. decembra 1990 je bil vodja TOZD Zdravstveni dom Ribnica. S 15. decembrom 1990 je nastopil službo na Univerzitetnem zavodu za zdravstveno in socialno varstvo, kjer se še sedaj ukvarja z razvojem splošne medicine. S 1. oktobrom 1993 je bil imenovan za vodjo Centra za raziskovanje zdravja prebivalstva.

ZV: 27. 11. 1995 je Medicinska fakulteta v Ljubljani uradno ustanovila Katedro za družinsko medicino. Ali mlajše fakultete kasneje ustanovljajo nove smeri kot starejše, kot npr. zagrebška, ki je to napravila pred približno 20 leti?

IŠ: Ne vem, ali je to odvisno ravno od starosti fakultete, vem pa, da se je s tem sklepom Medicinska fakulteta v Ljubljani priključila tistim fakultetam po svetu, ki so sledile trendu ustanavljanja kateder za splošno oz. družinsko medicino. Katedro za splošno medicino v Zagrebu so ustanovili zelo zgodaj, že leta 1973, in kasneje so se začele ustanovljati katedre po drugih zahodnoevropskih državah, v devetdesetih letih pa tudi v vzhodnoevropskih. V tem času so nas prehiteli države, kot npr. Madžarska in druge.

ZV: Kaj pomeni ustanovitev Katedre za družinsko medicino za slovensko zdravstvo in za zdravnike splošne medicine?

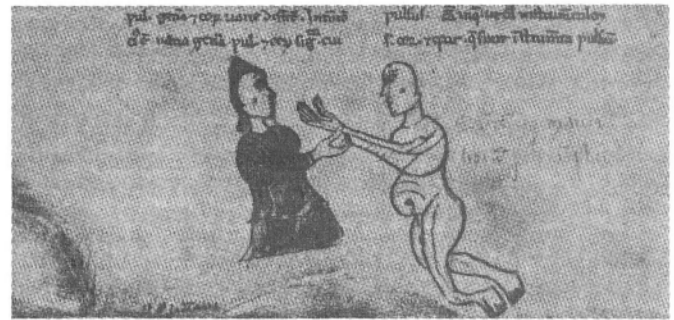
IŠ: Za zdravnike splošne medicine pomeni to uresničitev dolgotrajnih želja in zahtev, ki izvirajo iz sedemdesetih let, ko so se na osnovi ustanovitve Katedre za splošno medicino v Zagrebu tudi na Medicinski fakulteti v Ljubljani pojavljale tendence po ustanovitvi

katedre. Šlo je sicer za to, da se je splošna medicina pojavila kot počitniška praksa, ki je bila sicer obvezna, ne pa dobro vodena. Za nas pomeni to, da smo dokazali, da smo dorasla stroka. Za slovensko zdravstvo to verjetno pomeni, da bo splošna medicina poizkusila v okviru katedre razviti raziskovalni in pedagoški potencial, ki ga ima pribl. 1000 zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. Za študente pa, upam, nov predmet, ki jim bo na inovativen način poskušal pomagati v njihovem strokovnem razvoju.

ZV: Kaj je na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani zdaj: predstojnik, tajnica in fikus, ali še kaj drugega?

IŠ: Zdaj ni niti uradno imenovanega predstojnika, niti tajnice, niti fikusa. Zaenkrat imamo akt o ustanovitvi Katedre za družinsko medicino, pospešeno pa adaptirajo prostore, ki jih je Medicinska fakulteta dobila na Poljanskem nasipu 58 v Ljubljani. Najpomembnejši so pač študenti, in to že drugo leto, ki se poglobljajo v ta predmet.

ZV: Kaj je naloga te katedre? Ali bo to katedra, ki bo imela toliko in toliko ur, toliko in toliko predavanj, v tem in tem semestru ali pa je to kaj drugega? Sam razumem to bolj kot koncept, metodologijo in prakso in manj ex katedra vodena predavanja.



Preiskava pulza (iz nekega salernskega rokopisa).

IŠ: Študentom v 6. letniku v dobi elektronskih informacij kaj dosti predavati nima smisla. Predmet je zasnovan tako, da študentje prebijejo sedem tednov ob mentorju-zdravniku splošne medicine. Ti zdravniki so posebej izobraženi, vsaj enkrat v dveh letih se morajo udeležiti učnih delavnic za mentorje, seveda morajo biti specialisti. Praksa je prekinjena vsak teden s seminarjem na katedri. Ta seminar je deljen na tri dele: en del zajema delo v majhnih skupinah, kjer študentje povedo izkušnje iz prakse, kaj so doživeli prejšnji teden, predstavijo kakšnega bolnika ali družino, v drugem delu imamo učenje komunikacije, in to z metodo igranja vlog in snemanja tega pogovora na video in kasnejše analize, v tretjem delu pa mora vsak študent pripraviti seminar iz kake teme iz splošne medicine. Ta tema je vnaprej razpisana. Predavanj je komaj kaj, in to namenoma, ker želimo na vsak način bolj spodbuditi študente k samostojnemu delu, ne pa k pasivnemu poslušanju in zapisovanju.

ZV: V čem se razlikuje koncept splošne medicine od koncepta družinske medicine?

IŠ: Razlike v konceptih ni, je samo razlika v imenu. V Veliki Britaniji govorijo o zdravniku splošne medicine, t. i. »general practitioner«, in tega imena niso spremenili. Ta zdravnik je vedno imel ugled in položaj in ni bilo razloga, da bi to spreminjali. Po drugi strani pa so države, kjer je splošna medicina doživela zelo hudo krizo. Ko so jo na novo odkrivali, so jo skušali prikazati kot kakovostno stroko, spremenili so ji tudi ime in ji dali ime družinska medicina. To se je zgodilo npr. v ZDA, na Portugalskem, v Španiji, v vseh sedanjih vzhodnoevropskih državah, pa tudi v Izraelu. Koncept je

isti in se izraza uporabljata kot sinonima (general practice – family medicine).

ZV: Najbrž življenje samo narekuje pristop. Na amerškem ali slovenskem podeželju je splošni zdravnik tudi družinski zdravnik. Zato pa je v mestu, kjer se družina dobi skupaj samo zvečer, organizacija zdravstva prvega stika nekoliko drugačna.

IŠ: Gre v bistvu za dve stvari. Koncept družinske medicine je treba razumeti v tem smislu, naj bi zdravnik pri reševanju zdravstvenih problemov ljudi, ki so se zanj odločili, upošteval tudi družinski kontekst bolezni. To pomeni, da družina vpliva na razvoj bolezni tako, da jo lahko povzroči ali ozdravi. To je družinska medicina. Ni vedno nujno, da to funkcijo izvaja zdravnik sam za vse družinske člane ali, kot recimo v mestih, v sodelovanju z drugimi strokovnjaki osnovnega zdravstva, npr. pediatri.

ZV: Kje pa se stikata ali razhajata koncept splošnega zdravnika – družinskega zdravnika s konceptom zdravnika prvega stika? V kolikšnem delu je zdravnik prvega stika splošni zdravnik, pa recimo tudi v širšem smislu (ali lahko nekoliko definiraš širši in ožji vidik splošne medicine), in v katerih delih so ti zdravniki prvega stika tudi drugih specialnosti?

IŠ: V Sloveniji je organizacija osnovne zdravstvene dejavnosti taka, da imamo kar nekaj profilov, ki so zdravniki prvega stika. Največ je seveda zdravnikov splošne medicine, potem so pa tu še pediatri, šolski zdravniki, ginekologi, medicinci dela, za nekatere probleme tudi okulisti.

ZV: Ali ni že v konceptu, v terminologiji, splošni zdravnik in pa specializacija splošne medicine v notranjem nasprotju?

IŠ: Pomenoslovno seveda gre za kontradikcijo oz. nasprotovanje. Specialist iz splošnega je nekaj, kar vedno vzbuja dvome. V angleški terminologiji so se temu zelo preprosto izognili in za to uporabljajo izraz »vocational training«. Gre za dodatno strokovno usposabljanje, ki ima pri nas čuden prizvok. To je poglobljeno znanje iz posebne stroke. Pomeni, da gre bolj za terminološki kot za vsebinski pomen.

ZV: Kateri so tisti vidiki specializacije splošne medicine, ki jo najbolj determinirajo, pa jo po drugi strani tudi najbolj razlikujejo od drugih specializacij?

IŠ: Razlika je v tem, da mora zdravnik splošne medicine najti pri vsakem človeku, ki se k njemu zateče po pomoč, neko rešitev za problem. S svojim varovancem je zelo dolgo časa, po navadi od takrat, ko se tak bolnik zanj odloči, pa do takrat, ko ga bolnik zapusti; zato, ker spremeni zdravnika, ali zato, ker umre zdravnik, umre bolnik ali gre zdravnik v pokoj. Stroka – splošna medicina oz. družinska medicina – ni omejena na zdravstveni problem niti ne na skupino prebivalstva.

ZV: Zdravnik dela v konkretnem okolju, v konkretni družbi. Koliko je splošni zdravnik advokat bolnika, koliko pa advokat družbe?

IŠ: Zdravnik splošne medicine naj bi bil prvenstveno advokat bolnika, vendar v razumnih mejah. Razumno mejo je težko najti. Bolniki dostikrat postavljajo zahteve, ki so nerazumne. Takrat se mora zdravnik odločiti, kako bo te nerazumne zahteve bolnika pojasnil oz. sklenil z bolnikom skupni dogovor. V glavnem je zdravnik splošne medicine prvenstveno advokat bolnika, ne pa družbe. Mora pa upoštevati možnosti in omejitev v družbi.

ZV: Komu je splošni zdravnik odgovoren?

IŠ: Odgovornost zdravnika splošne medicine ni bistveno različna od odgovornosti drugih zdravnikov. Odgovoren je predvsem bolniku, svoji stroki, pa tudi družbi. Je pa odgovornost bistveno

bolj pregledna in zato so zdravniki splošne medicine na večjem udaru odgovornosti in kritike kot drugi zdravniki.

ZV: Če ta bip odmisliva bolnika, je zdravnik odgovoren zahtevam, dosežkom in priporočilom stroke, pa tudi svoji vesti. Ali ni bistvena razlika med specialistom in splošnim zdravnikom tudi ta, da je ta odgovornost razpršena na bistveno večji del populacije in je s tem odgovornost večja. Skratka, da je epidemiološka razlika. Splošni zdravnik pokriva svojih 2000, 3000 bolnikov in celo njihove svojce. Specialist, ki dela pretežno v bolnišnici, pa je odgovoren za bistveno manjši del bolnikov.

IŠ: Gre za različni pristop in koncept dela. Specialist ima tudi za konkretnega bolnika odgovornost pogosto le v neki fazi bolezni. Zdravnik splošne medicine pa s svojim delom, odločitvami, pojasnitvami toka bolezni in življenja vpliva celostno na življenje, na poklic, na odločitev o upokojitvi, odločitve, ki so lahko pomembne za celo družino in morda rodbino.

ZV: V kolikšni meri je zdravnik splošne medicine strokovno avtonomen pri zapletenejšem primeru, ko potrebuje tudi konzultacijo drugega specialista, včasih hospitalizacijo?

IŠ: Njegova avtonomnost je načeloma velika. Samostojno se odloča, h kateremu specialistu bo poslal svojega varovanca, ali ga ne bo poslal. V konkretnih okoliščinah pa je to pogosto drugače. Mislim na pritiske okolja in bolnikov.



Zdravniški obisk.

ZV: V razvitejšem svetu – predvsem medicinsko razvitejšem – je največkrat splošni zdravnik, vedno pa odgovorni zdravnik za konkretnega bolnika tisti, ki suvereno nadzira zdravljenje, rehabilitacijo in celo upravičenost posegov v strokovno višjih ustanovah. Ko je bolnik pred problemom, ali se odloči za operacijo ali ne, se bo posvetoval in praviloma ukrepal glede na rezultat pogovora s svojim zdravnikom, ki je največkrat zdravnik splošne medicine. Zakaj pri nas ni tako? V kolikšni meri je?

IŠ: Odločitev o tem, ali bomo bolnika poslali k specialistu ali ne, je odločitev zdravnika splošne medicine. V praksi pa je v Sloveniji tako, da bolnika obravnavajo specialisti samostojno. Komunikacija med specialisti v bolnišnicah in splošnim zdravnikom pa je odpustnica. Ta komunikacija ni najboljša, če je edina. Sedanja organizacija zdravstva in število ambulantnih pregledov pri zdravniku splošne medicine onemogočata stik med zdravniki, kot ga opisujete za razviti svet.

ZV: Verjetno pa delno vpliva na to tudi tradicija.

IŠ: Seveda.

ZV: *Kako gledaš na transformacijo slovenskega zdravstva v spremenjenih družbenih razmerah? Koliko naj ostane javnega splošnega zdravstva, koliko zasebnega?*

IŠ: Za magični odstotek javnega in zasebnega v slovenskem zdravstvu ne vem. Ne upam si dajati kakršnihkoli prognoz. Precej zdravnikov splošne medicine se odloča za delo kot zasebniki s koncesijo z zavarovalnico. Zdravnik splošne medicine v Sloveniji ne more preživeti brez koncesije. Za razliko pa nekateri specialisti tudi ekonomsko uspešno delajo samo za popolne samoplačnike. Vprašanje je, kako bo slovenska politika ali slovensko javno zdravstvo uspelo ohraniti nadzor nad populacijo na nekaterih področjih zdravstvenega varstva. Mislim, da razvoj zasebnosti ne bo ogrozil stroke v splošni medicini, kvečjemu ji bo pomagal.



Zdravniški konzilij.

ZV: *Na čem temelji kompetentnost splošnega zdravnika? Koliko se čuti gotovega sam vase, kolikšen je njegov ugled med kolegi in ugled med bolniki?*

IŠ: Ugled zdravnika splošne medicine je zelo različen in si ga vsak zdravnik v bistvu zgrajuje v okolju, kjer dela. Če se zdravnik uspe dokazati, je njegov ugled zelo velik. V Ribnici še sedaj slišiš zgodbe o doktorju Oražmu, kako dober je bil. Svoj ugled je zgradil s trdim delom, in vem, da je takih legend v Sloveniji veliko. V primerjavi s specialisti pa je bil ugled splošnih zdravnikov v šestdesetih in sedemdesetih letih v krizi. Odrekli so jim strokovnost, za katero pa mislim, da počasi raste. Tudi ustanovitev katedre je dokaz, da stroka pridobiva na ugledu.

ZV: *Najbrž sta glavna temelja ugleda in kompetentnosti strokovnost in zavzetost.*

IŠ: Seveda. Ne moreš biti dober zdravnik splošne medicine, če nimaš klinične strokovnosti, ki je osnova. Samo po sebi to ni dovolj. Lahko si dober klinik in dober diagnostik, pa si še vedno slab zdravnik splošne medicine, ker z ljudmi ne znaš vzpostaviti stika, če si zanje premalo zavzet in če nimaš dobro organiziranega dela v ambulanti.

ZV: *Kritiki očitajo slovenski medicini vključno s splošno medicino utirjenost v diagnostiko, v preiskave, premalo pa v zdravljenje, intervencije.*

IŠ: To kritiko poznam. Dobro smo vzgojeni, kako voditi diagnostični postopek, priti do diagnoze, že manj, kakšna zdravila predpisati, zelo malo pa o sporazumevanju, vodenju pogovora. To se nam pogosto vrača kot bumerang. Napisati recept še ne pomeni, da smo bolnika prepričali, naj redno jemlje zdravilo.

ZV: *Katera so najpogostejša bolezenska stanja, s katerimi se zdravnik splošne medicine v Sloveniji srečuje v ambulanti, pa tudi pri domačih obiskih?*

Tab. 1. *Bolezni, poškodbe in zastrupitve, ugotovljene v Sloveniji v splošni medicini v letu 1993.*

	Število	%
Nalezljive in parazitarne bolezni	75.608	3,4
Maligne novotvorbe	17.310	0,8
Endokrine bolezni	48.043	2,1
Bolezni krvi in krvotvornih organov	9.963	0,4
Duševne motnje	78.850	3,5
Bolezni živčevja in čutil	151.606	6,8
Bolezni srca in žilja	256.734	11,5
Bolezni dihal	591.919	26,5
Bolezni prebavil	168.569	7,5
Bolezni sečil in spolovil	110.372	4,9
Bolezni kože in podkožja	147.807	6,6
Bolezni kosti in gibal	277.361	12,4
Poškodbe in zastrupitve	200.606	8,7

Zdravstveni statistični letopis 1993.

IŠ: Najpogostejša bolezenska stanja so bolezni dihal, predvsem okužbe, sledijo bolezni gibal, med njimi bolečine v križu. Med kroničnimi boleznimi pa seveda prevladujejo bolezni srca in žilja s hipertenzijo itd.

ZV: *Koliko svojega časa in prizadevanj namenja slovenski splošni zdravnik preventivi?*

IŠ: Po mojem prepričanju precej, čeprav v organizirani obliki malo. Ustvarja se napačen vtis, da zdravniki splošne medicine nismo preventivno naravnani in da nas preventiva malo briga. To ni res. Preventivno ukrepamo ob vsakem obisku v ambulanti. Vsak pogovor v ambulanti ima tudi tisti del, pri katerem skušamo bolnika poučiti, kaj naj napravi, da se mu bolezen ne bo ponovila. Organizirane oblike preventive pa slovenska splošna medicina skoraj nima, ker se je ta tradicionalno organizirala v obliki dispanzerjev oz. dispanzerske dejavnosti. Razvile so se posebne službe. Tako so nastali pediatrični dispanzerji, dispanzerji za šolsko mladino in medicino dela, dispanzerji za ženske, ki so jih v začetku vodili zdravniki splošne medicine, šele kasneje specialiti raznih strok.

ZV: *V kolikšni meri splošni zdravniki v Sloveniji obvladujejo ekonomske zakonitosti? Ne bom pozabil razgovora z univerzitetnim profesorjem, superspecialistom v Nemčiji pred približno 20 leti, ki je v vseh svojih medicinskih dejavnostih razmišljal tudi o ekonomskih in družbenih vidikih.*

IŠ: Te zavesti je vse več, zlasti s pojavom zavarovalništva oz. načina plačevanja, ki smo ga uveljavili. Pogosta je pri kolegi, ki se odločajo za zasebno dejavnost. Ti morajo imeti transparentno finančno stanje in so zainteresirani za ostanek dohodka. V zdravstvenih domovih je tega bistveno manj. V celoti je tega znanja premalo, se pa ne bojim, da bo ekonomska nujnost to izsilila.

ZV: *Strokovnost ostaja osnova zdravnikovega dela. Sem sodi tudi znanje komunikacije, ne le znanje medicine. Kako je s samo-iniciativnim poglobljanjem strokovnosti in željo po njej pri zasebnikih med splošnimi zdravniki?*

IŠ: Zasebniki imajo ravno tako željo po strokovnosti kot katerikoli drug zdravnik, so pa bolj kritični do tega, kaj se jim nudi, selektivno izbirajo tako vsebino kot čas izobraževanja. Z njimi imamo dobre izkušnje pri naših učnih delavnicah. Le-te so navadno bolj uspešne, če se jih udeleži tudi nekaj zasebnikov.

ZV: *Mislim, da smo v Sloveniji glede sistematičnega uvažanja kakovosti in zagotavljanja kakovosti ter kontrole še povsem na začetku. To velja predvsem za metodologijo, predvsem pa standardizacijo prakse, primerljive z medicinsko najbolj razvitim svetom. Kako je s tem v splošni medicini?*

IŠ: Nismo tako slabi. Imamo svojega predstavnika – dr. Janka Kersnika – v evropski skupini za kakovost, organizirali smo učno

delavnico »zagotavljanje kakovosti«. Dokajšnjemu delu zdravnikov splošne medicine je ta koncept jasen. Je pa to proces, pri katerem je treba najprej izdelati standarde, in to v sodelovanju s številnimi strokami. Teh standardov pa v glavnem še nimamo.

ZV: Kakšna je bera raziskovalnega in pedagoškega dela v splošni medicini v zadnjih 20 letih?

IŠ: Vse večja. V preteklosti so bile raziskave bolj volonterske in usmerjene v to, da si je ta ali oni pridobil naziv, ki ga potem žal ni vnovčil. Od leta 1988 je Slovenija včlanjena v Evropsko skupino za raziskave v splošni medicini. S tem smo se vključili v nekaj mednarodnih raziskav, v katerih so sodelovali zdravniki splošne medicine, in se z njimi priključili Evropi. Podobno je pri izobraževanju. Včlanjeni smo v Evropsko akademijo učiteljev splošne medicine. Leta 1997 bo generalna skupščina te akademije v Sloveniji. Pod pokroviteljstvom te akademije potekajo delavnice za zdravnike splošne medicine, ki so kasneje mentorji študentom. V 6. letniku medicine na MF v Ljubljani imamo sedem tednov splošne medicine. Zdravniki splošne medicine smo vključeni v podiplomski študij, ki je del specializacije.

ZV: Splošni zdravniki ste poleg stomatologov najbolj obsežna skupina Slovenskega zdravniškega društva – več kot 700 vas je. Zakaj se vaš glas malo sliši. Zakaj zadnjih 20 ali več let niste imeli predsednika Slovenskega zdravniškega društva, zakaj se ne oglašate takrat, ko je potreben vaš glas za zaščito bolnika ali zdravnika?

IŠ: Splošna medicina v Sloveniji je uspravna princesa. Ima velik potencial, pa ga žal ne izkorišča v taki meri, kot bi ga lahko. Številni kolegi so resignirali ob vsakodnevnem delu v ambulanti. Niso videli druge perspektive kot 40 bolnikov na dan.

ZV: Verjetno pa to zadeva tudi organizacijo splošne medicine v svojih enotah. Druge specializacije in specialnosti so si verjetno prej ustvarile in rezervirale čas za izobraževanje, pisanje. To je osnova za samozavest in nastopanje v javnosti.

IS: Žal je zdravnik splošne medicine vrednoten in plačan samo za neposredno delo s bolnikom. Mislim, da je to nedopustno in slabo.

ZV: Poprej in zdaj je bolj cenjena herojska operacija, članek v pomembni reviji kot pa omejitev kake epidemije v svojem okolju, kar je tipična naloga splošnega zdravnika.

IŠ: Smo že taki, da bolj cenimo izjemne, artistske dosežke. Imel sem bolnico, pri kateri sem vodil hudo astmo tako dobro, da v zadnjem letu ni potrebovala hospitalizacije. Najina skupna nagrada je bila, da kasneje ni bila več upravičena do bivanja v zdravilišču. V zdravilišče je šla lahko edino, če so jo tja poslali iz bolnišnice.

ZV: V čem se razlikuje delo splošnega zdravnika v centru Ljubljane od dela, ki ga opravlja zdravnik v Halozab?

IŠ: Sam delam zdaj v mestnem okolju, prej sem v vaškem. Razlike so precejšnje. V vaškem okolju je bistveno večji razpon problemov, zdravnik se pred odgovornostjo ne more skriti nikamor. Kritiki okolice je izpostavljen v okolju, v katerem dela in živi. Ljudje ga ocenjujejo celovito. Ko sem delal na vasi, me je najbolj presenetilo, kako velike so zahteve in pričakovanja bolnikov in celotnega okolja. V mestnem okolju se dosti lažje skriješ v anonimnost, lažje postaneš birokrat.

ZV: Katere so prednostne naloge na področju organizacije splošne medicine zdaj in v nekaj prihodnjih letih?

IŠ: Ena izmed prednostnih nalog v razvoju stroke bo delo na zagotavljanju kakovosti oz. izdelavi standardov v splošni medicini, kar je svetovni trend in čemur se ne bomo mogli izogniti. Izdelava

standardov pa zahteva sodelovanje več strok tako znotraj medicine kot zunaj nje. To pomeni, da mora biti standard podkrepjen z ekonomskimi izračuni. Potrebna bo reforma specializacije splošne medicine v specializacijo družinske medicine, kar naj bi se začelo v letošnjem letu.

ZV: Vse bolj mora biti zdravnik seznanjen tudi s predpisi, zakoni, cenami, tekoče mora pošiljati dokumentacijo, tako rekoč vsak gib zdravnika, tudi zdravnika splošne medicine je in postaja vedno bolj transparenten. Kako nekdanje precej boemsko stališče, da je zdravnik intelektualec nad to kontrolo, nad predpisi, nad birokracijo, doživlja zdravnik splošne medicine?



Theophrastus Paracelsus.

IŠ: Hočemo ali nočemo, samostojnega, neodvisnega in nekontroliranega prakticanja ni več. Najprej je bilo tega konec v specialističnih strokah, kjer se ve, kaj kdo sme in česa ne. Zdaj je tega počasi konec tudi pri splošni medicini. Nič nimam proti strokovnemu nadzoru in velika večina zdravnikov splošne medicine tudi ne. Treba pa se je dogovoriti o merilih kakovosti in nadzora. Tu smo šele na začetku, zaenkrat se pojavljajo šele kriteriji ekonomistov, ki so ekonomski in ne vedno strokovni. Še huje je, da niso vnaprej dogovorjeni.

ZV: V kolikšni meri pri nas bolniki prevzemajo v svoje roke skrb za svoje zdravje in sodelujejo pri odločitvah? Kako pogosto zahtevajo pojasnila, vplivajo na diagnostiko in zdravljenje, predusem takrat, ko je več možnosti ob različnih cenah storitev?

IŠ: V načelu vedno. V splošni medicini ne moremo sprejeti odločitve, če se z njo ne strinja bolnik. Z razvojem družbe pa

postajajo bolniki vse bolj zahtevni in kritični. Zdravnik splošne medicine ne more več preživeti na piedestalu vsemogočnega strokovnjaka. Bolniki se nič kaj z veseljem ne sprijaznijo z doplačevanjem in neposrednim prispevkom za svoje zdravje.

ZV: Kateri model splošne medicine se ti zdi najbolj sprejemljiv oz. primerljiv s slovenskimi razmerami?



Ulična higiena v XVI. stoletju.

IŠ: Najbolj primerljiv od modelov v zahodnoevropskih državah bi bil španski ali portugalski. Zanimiv se mi zdi tudi angleški model, ki je izšel iz tistega, podobnega nekdanjemu našemu. Kasneje so ga nekoliko preoblikovali. Imajo zdravnika splošne medicine, ki sklepa pogodbo z zavarovalniškim sistemom. Modeli, ki so vzor našim politikom, kot so nemški, avstrijski in švicarski, se mi ne zdijo primerni za splošno medicino, ki naj bi strokovno napredovala.

Pogovor je v imenu uredništva ZV vodil J. Drinovec.

Zanimivo je vedeti

KULTURNO-UMETNIŠKA DEDIŠČINA PSIHIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA-POLJE

Jožica Petek

V prispevku so zbrani podatki o kulturni in umetniški dejavnosti osebja in bolnikov psihiatrične klinike Ljubljana-Polje od njenih začetkov ustanovitve l. 1881 dalje.

Znani so prvi začetki terapije z umetnostjo in tudi pomembnejše osebnosti, ki so prispevale, da smo danes kljub temu, da nismo imeli na tem področju primernih šol, strokovno v koraku z vodilnimi klinikami na svetu.

Klinika, ki že dolgo sodeluje z vidnimi slovenskimi umetniki z različnih področij umetnosti, ima bogato kulturno in umetniško tradicijo. Zasledimo jo že v najzgodnejši zgodovini oz. že pri samem formiranju klinike v 19. stoletju, ko je dr. Janez Bleiweis – vitez Trsteniški napisal zgodovinsko pomemben referat.

Tako izvemo, da je Kranjski deželni zbor sklenil leta 1868 zgraditi novo bolnišnico za duševno bolne kar pri deželni civilni bolnišnici. Pojavilo pa se je preveč pomislekov, zato je imenovani zbor to namero opustil. Nasprotoval je zlasti dunajski profesor psihiatrije in ravnatelj dunajske duševne bolnišnice dr. Schlager. V letu 1870 se je zdravilo v deželni civilni bolnišnici (ob sedanji Slovenski cesti na Ajdovščini) 50 duševno bolnih, in ker so bili prostori prepolni, so leta 1873 odpri še posebno podružnico v prisilni delavnici na Poljanskem nasipu, kamor so namestili kar 60 bolnikov.

O gradnji nove bolnišnice za duševne bolne pa so v Kranjskem deželnem zboru ponovno začeli razpravljati leta 1875. Tedaj je dr. Janez Bleiweis – vitez Trsteniški nastopil s svojim referatom »Blaznice (norišnice), kakršne morajo biti in kaj je njih namen« in predlagal, naj bi kupili Krisperjevo posestvo na Studencu v Polju pri Ljubljani pod vasjo Studenec, 5 km od mesta Ljubljane. Posestvo je bilo nekdanj živalski vrt knezov Auerspergov. Zid, ki še danes delno obkroža bolnišnico, stoji že od takrat.

Dne 17. oktobra leta 1875 so posestvo tudi zares kupili. Obsegalo je 74 orolov in so zanj plačali 57.370 avstrijskih goldinarjev.

Zgodovinsko leto 1881 zaznamuje s 3. januarjem ustanovitev in uradno odprtje prve bolnišnice za duševne bolne v mejah sedanje Slovenije. Njeno tedanje uradno ime je bilo »Kranjska deželna blaznica Studenec«.

Podatki tudi navajajo, da je bilo v tem letu v zavodu 77 »dušno bolnih oseb«.

Dr. Janez Bleiweis – vitez Trsteniški je v že prej omenjenem referatu govoril o takratni doktrini psihiatrije v svetu nasploh, tako v strokovnem kot organizacijskem pogledu, prav tako pa tudi o poteh in ciljih, ki bi jih naj ubirala slovenska psihiatrija. Hkrati pa poleg medicinske obravnave prvič opozoril na t. i. zaposlitveno terapijo, potemtakem – ustrezno sodobnemu pojmovanju – ne samo v smeri delovne (zaposlitev z ustreznim usmikim in ročnim delom), marveč tudi v smeri razvedrilne in telesno razgibalne terapije.

Leta 1878 je ta referat našel pot tudi v javnost, ko je bil objavljen kot monografija v založbi deželnega odbora Kranjske.

Navedek iz referata: »V vsaki dobro vredjeni blaznici so delavnice za bolnike: mizarnice, čevljarne, šivalnice, pa tudi prostori za pletenje slanic, za pripravljanje sočivja, kuhinja, perilnica, sušilnica. Povsod tu uspešno pomagajo blazne ženske. Prav koristno je, če ima blaznica kaj polja in živine. Tam najdejo blazni kmetje sebi primerno delo ... Dalje naj še omenim, da se v vseh blaznicah skrbi za to, da imajo blazni primerno zabavo, kegljišča itd., za bolj premožne bolnike tudi biljard in dvorano, kjer pojo, igrajo in plešejo...«

Iz zgodovine slovenske psihiatrije in njene kulturne dediščine bi poleg dr. Janeza Bleiweisa – viteza Trsteniškega kot prvega vodjo vseh psihiatričnih ustanov in Ljubljani omenili tudi prim. dr. Steva Divjaka, univ. doc. dr. Ivana Robida, univ. prof. dr. Alfreda Šerka ter dr. Franja Gerloviča.

Prim. dr. Stevo Divjak je bil ravnatelj takratne »Kranjske deželne umobolnice na Studencu« od l. 1909 do 1934. Bil je tudi literarno nadarjen; v raznih revijah je objavljval svoje pesmi, pisal tudi drame, bil dolga leta gledališki kritik ter pisal feljtone v dnevno časopisje. Univ. doc. dr. Ivan Robida se je s svojo iniciativo zavzemal za višjo raven duševno bolnih ter v nekaj letih zavod temeljito reformiral. Odpravil je prisilni jopič in uvedel osebnejše stike z bolniki. Organiziral je tudi zabave, celo izlete in ustanovil orkester, v katerem so sodelovali tudi bolniki. Vendar je v tistih predvojnih časih dr. Robida postal žrtev razmer ter bil odpuščen iz službe. Nekaj let pred 1. svet. vojno je bil ustanovljen oddelek za živčne in duševne bolne splošne deželne bolnišnice v Ljubljani (današnja nevrološka klinika). Vodja oddelka je bil univ. doc. dr. Karel

Robida do upokojitve 1937. leta, ko je imenovani oddelek prenehal s sprejemi in oskrbo duševnih bolnikov in od tedaj funkcioniral samo kot odd. za živčne bolezni.

Za univ. prof. dr. Alfreda Šerka vemo, da se je poleg izredno aktivnega strokovnega pisanja ter profesure živo udeleževal tudi v raznih tokovih kulturnega življenja ter včasih posegal vanje tudi s tiskano polemično besedo. Bil je starešina slovečega Akademskoga pevskega zbora.

Posebna zasluga za ureditev vrtov in parkov, pri čemer so sodelovali tako osebe kot bolniki, pa gre dr. Franju Gerloviču, ravnatelju »Bolnišnice za duševne bolezni Ljubljana – Studenec« od l. 1934 dalje. Z njim je bolnišnica dobila tako tudi svoj zunanji estetski videz.

Dr. Franjo Gerlovič je vodil bolnišnico tudi v času 2. svet. vojne. Ubila ga je t. i. »črna roka«.

Prof. Janez Kanoni navaja l. 1965 v publikaciji »Pota in cilji slovenske psihiatrije nekoč in danes« (1), da je stališče dr. J. Bleiweisa do obravnavanja duševnega bolnika, zlasti v smeri okupacijske terapije, zgovoren dokaz njegove strokovne razgledanosti in njegovega kar sodobnega pojmovanja človeka kot biopsihosocialnega bitja, ki zahteva od zdravnika, še zlasti v primeru kakršnihkoli duševnih motenj, da mobilizira ne samo biološkoterapevtske, marveč hkrati z njimi tudi psihoterapevtske in socioterapevtske ukrepe – v zadnjem primeru zlasti v smeri okupacijske terapije nasploh.

Druga svetovna vojna in kulturno-umetniška dejavnost

O tem nam je nekaj povedal 84-letni Jože Mencin, takratni bolničar ter aktivni član terenskega odbora Osvobodilne fronte in pozneje računovodski delavec.

Že pred vojno so ustanovili gledališko skupino, v kateri so sodelovali tako bolniki kot osebe. Sam je bil član te skupine, zato se spomni Nušičevega »Navadnega človeka«, pri režiji katerega jim je najbolj pomagal Lojze Potokar – igralec in takratni bolnik. Igrali so tudi »Tri zastale ure«, »Analfabeta«, »Bedaka«.

G. Jože Mencin se spomni, kako so v letih pred vojno poskrbeli pod vodstvom dr. Franja Gerloviča tudi za čiščenje ribnika, v katerem so gojili ščuke in krape. Seveda so se v njem tudi kopali, čolnarili in pozimi drsali ali balinali.

V času 2. svetovne vojne je bolnišnica sprejemala v svoje varno zavetje bolne in ranjene partizane, ki so bili deležni prave kirurško-hospitalne pomoči ter duševne podpore. In ravno čez vodo je vodila skrita pot, po kateri so neopazno premeščali partizane v bolnišnico in iz nje.

Po koncu 2. svetovne vojne so nadaljevali s kulturno-umetniško dejavnostjo, za katero v času vojne ni bilo toliko časa in ne ljudi. V tem času je organizacijo vzel v svoje roke sindikat. Postavil je oder v takratni kapeli ter organiziral razne proslave, kulturne prireditve, plesne ter gostovanja različnih umetnikov iz Ljubljane (npr. komik Aleksander Jež). Celo filmske predstave so imeli (»Pastir Kostja«).

Po drugi svetovni vojni je gledališka skupina spet intenzivno zaživela in gostovala tudi izven bolnišnice.

Ena prvih povojnih psihiatrinj (danes že upokojena) dr. Marta Gostič pa se spominja, da je kmalu po drugi svetovni vojni, takrat ko še ni bilo nevroleptikov in ko so se glasovi in kriki slišali daleč naokrog bolnišnice, delovala zelo uspešna gledališka skupina, v kateri so sodelovali bolniki, osebe in kakšen gost – strokovnjak iz bližnje Ljubljane.

Spomnila se je Jurčičeve upodobitve »Desetega brata« in »Domna-ter Cankarjevega »Hlapca Jerneja«.

Mnoge naše znane igralko ali pevke so bile hospitalizirane, in kot pravi dr. M. Gostič, »prišle na zaslužno rehabilitacijo«, vendar niso ostale neaktivne, le publiko so menjale.

V povojnem času so imeli tudi recitacijsko skupino, orkester, celo jazz orkester, pevski zbor, tamburaški zbor; bolnišnica je takrat imela kitaro, flavto, kontrabas, harmonij in pozneje celo klavir, ki ga ima še danes.

1954 – razcvet kulturno-umetniške dejavnosti v okviru zaposlitvene terapije

Takrat je bilo ustanovljeno »Društvo za pomoč bolnikom v psihiatriji«. Delovalo je samostojno in imelo predsednika, tajnika, računovodjo in blagajnika.

Leta 1956 je prevzela skrb za delovanje delovne terapije v tem društvu ga. Anica Pungerčarjeva in njenih 17 sodelavcev. Za cilj so si postavili bolnike čimbolj zaposliti in jih na ta način čimbolj približati stopnji resocializacije in odvratanja od bolezenskih znakov.

Delovna terapija in v njenem okviru tudi bogata kulturno-umetniška aktivnost se je v tem času izredno razmahnila: organizirali so razstave, izlete po Sloveniji, celo 10-dnevna bivanja na morju ali v planinah, imeli so svoj vestnik, glasbene in folklorne skupine, dramsko skupino, ki so jo sestavljali tako bolniki kot osebe; prirejali so razne športne igre, šah...

Ustanovili so tudi knjižnico za bolnike, v katero so vsako leto dokupovali precej knjig z denarjem, zasluženim s prodajo izdelkov umetnostne obrti v delovni terapiji.

Pomembni zgodovinski dogodki

Tako v letu 1956 zaznamuje slovenska psihiatrija pomemben dogodek ob IV. znanstvenem sestanku nevropsihiatrov Jugoslavije na Bledu. Delovna terapija je ob tem dogodku prvič uspešno nastopila tudi s samostojno, javno in zelo obiskano razstavo izdelkov delovne terapije oskrbovancev vseh tedanjih psihiatričnih zavodov Slovenije. Pri udeležencih znanstvenega sestanka in številnih laikih srečanja je zbudila veliko pozornost in žela priznanje.

Nova načela iz l. 1961 v organizaciji psihiatrične pomoči uvrščajo okupacijsko terapijo med enakovredne terapevtske ukrepe, zlati pa poudarjajo tudi delavnice za readaptacijo in ergoterapijo v okviru dnevnega hospitala (poleg »occupational therapy« je »ergoterapija« drugi najpogostejše uporabljen mednarodni izraz za »delovno terapijo«).

Še ena zgodovinsko pomembna prireditev oz. manifestacija v Psihiatrični bolnišnici Ljubljana-Polje tako za bolnike same kot za vse tiste, ki jim je zaupano zdravljenje in rehabilitacija duševno bolnih, je organizacija VI. jugoslovanskih športnih iger psihiatričnih bolnikov Jugoslavije.

Idejo in realizacijo prvih iger je dala psihiatrična bolnišnica »Vrabc« pri Zagrebu leta 1968, pod okriljem organizacije »JUKO« (Jugoslovansko združenje kulturno-športnih organizacij).

Ob samem športnem srečanju so bile organizirane razne umetniško-kulturne manifestacije, družabna srečanja bolnikov iz različnih psihiatričnih ustanov ter strokovno srečanje terapevtov.

Zelo pomemben dogodek je bilo tudi odprtje oddelka za študij delovne terapije na Višji šoli za zdravstvene delavce l. 1965.

Terapija z ustvarjalnostjo

Iz izkušnje vemo, da je ravno psihiatrični bolnik tisti, ki je poln skrite občutljivosti, pa tudi ustvarjalnosti, ki jo velikokrat kar brez zadržkov lahko izrazi, pa naj bo to z gibom, sliko, kipom, pesmijo ali pisano besedo. Za material uporabi vse, kar mu pride pod roke, papir, les, glino, barve, glasbeni instrument ali pa kar izraznost svojega lastnega telesa tako z glasom kot tudi z gibom.

Nekje v drugi polovici 60. let smo zaposlili tudi prve strokovnjake, in sicer pedagoge-terapevte: g. Pavleta Smoleja, g. Jana Milkoviča za področje likovne dejavnosti; g. Andreja Žuraja za področje gibalne plesne dejavnosti; go. Vido Celarec za področje glasbene dejavnosti in nekoliko pozneje g. Bogdana Lešnika za področje dramske terapije (izšolal se je v Franciji). Celo za področje arhitekture in notranje opreme smo imeli zaposlenega strokovnjaka ter priučene terapevte, ki so prišli iz srednje šole za oblikovanje: go. Marijo Smolej, Mišico Murka, Majdo Židan, Magdo Bučar, Marjeto Očep in g. Rada Oketiča.

Dejstvo, da smo v Sloveniji šele lani (1994) dobili prvo možnost za izobraževanje kadrov za terapijo z ustvarjalnostjo, pove, da smo se terapeuti, ki se ukvarjamo s to vrsto terapije (trenutno nas je 12: šest gibalnih plesnih terapevtov, trije dramski terapevti, dve muzikoterapevtki in en likovni terapevt), znašli vsak po svoje: bodisi so to že izobraženi ustvarjalci na posameznih področjih umetnosti in so dopolnili svoja znanja iz psihatrije bodisi smo to zdravstveni delavci-terapevti, ki smo dopolnili svoja znanja iz posameznih področij umetnosti.

Seveda pa je pomembno tudi to, da smo dobili veliko podpore tudi od vodilnih delavcev in posameznih psihiatrov, ki so tudi sami ustvarjalci (npr. mag. dr. M. Vrabič).

Likovnogalerijska dejavnost

Likovnogalerijska dejavnost, ki poleg širokega spektra likovnih metod in tehnik vključuje tudi vse ostale oblike ustvarjalnosti, uporabljajoč pri tem različne prostore v bolnišnici – dnevne prostore, knjižnico, avle, kinodvorano, predavalnico, telovadnico, jedilnico, vključuje pa tudi prireditve na prostem, je razširjena že mnogo let. Nov oziroma obnovljen galerijski prostor, ki je namenjen predvsem tem oblikam dejavnosti in terapije in je dobil tudi status primestne galerije, smo odprli leta 1985.

Na spodbudo nevropsihiatrinje in psihoterapevtke dr. Ane Rojnik-Lovrin, ki pravi, da je kulturno-umetniška dejavnost bolnikov most med kulturnim življenjem izven bolnišnice in kulturno-umetniškim dogajanjem znotraj bolnišnice, so uvedli vodene razgovore z avtorji razstav. Ti razgovori so kot nekaj prav posebnega in edinstvenega ostali v praksi prav do danes.

Presenetljiv je podatek, da smo v letih od 1970 do 1977 odprli kar 69 razstav naših znanih likovnih ustvarjalcev – slikarjev, kiparjev in fotografov ter umetnikov iz vrst bolnikov in ob tem organizirali kar 44 razgovorov z avtorji.

Razstavljalci v letih od 1970 do 1977

France Slana, Marjan Dovjak, Joža Horvat-Jaki, France Peršin, Franc Zupet, Milenko Pegan, Pavle Smolej, Janez Milkovič, Ljubo Ravnikar, Silva Devetak, Karlo Sopotnik, Slavko Trebše, Primož Sever, Vladimir Vand, Jerica Modrijan.

Ive Šubic, Alenka Gerlovič, Marjan Dovjak, Marlenka Stupica, Štefan Planinc, Milan Rogret, Karel Zelenko.

Bogdan Borčič, Jože Ciuha, Lado Pengov, Milan Butina, Tinca Stegovec, Vasko Pregelj, Izidor Urbančič, Ivan Seljak, Štefan Hauko, Pavel Smolej, Maksim Sedej (st.), Drago Hrvatski, Floris Oblak, Gorazd Šefran.

Janez Bernik, Tomaž Gostinčar, Anton Plemelj, Josip Gorišek, Adrijana Maraš, Jure Cihlar, Gustav Gnamuš, Jak Artur, Franc Maček.

France Mihelič, Boris Kobe, Miha Maleš, France Godec, Nikolaj Omerza, Stane Jagodič, Franc Zupan.

Janez Boljka, Čoro Škodlar, Leon Koporc, Dominko Miligoj, Miro Kačar, Marjan Paternoster, Viljem Jakopin, Janez Milkovič, Franc Gostiša, Bruna Vaupotič, Dore Klemenčič-Maj.

France Kopitar, Rudolf Gorjup, Marjan Paternoster, Jože Meglič, Polde Mihelič.

Leon Koporc.

V teh letih so bile organizirane tudi delavnice za risanje, slikanje, modeliranje, umetno obrt in oblikovanje.

Dr. Ana Rojnik-Lovrin, ki je veliko svoje energije, časa in ljubezni vložila v to področje dejavnosti, nam je v prijaznem pogovoru povedala, da je izredno veliko likovnih talentov med samimi bolniki, in dodala, da se iz tistega obdobja dobro spomni obiska nekaterih opernih primadon in pevcev: Milke Evtimove, Božene Glavak, Ladka Korošca, Vande Gerlovič, dramske igralko in pesnico Mile Kačičeve ter glasbenih dogodkov: veličastnega nastopa slovenskega okteta in koncerta godalnega kvarteta Kliničnega centra.

Galerija »Polje« dobi status registrirane primestne galerije

V okviru bolnišnice, točneje v kletnem prostoru oddelka D, so leta 1985 odprli na novo adaptiran razstavni prostor (20 x 20 m), ki je dobil status registrirane primestne galerije, imenovane »Primestna galerija Ljubljana-Polje«.

V tej galeriji se že vsa leta vrstijo redne enomesečne razstave različnih avtorjev.

Vendar kot posebnost moramo omeniti vsakokratni kulturni dogodek ob otvoritvi razstav, ki ga v večini primerov organizirajo bolniki, ob pomoči delovnih terapevtov, včasih pa tudi povabijo k sodelovanju nastopajoče iz kulturno-umetniškega dogajanja izven bolnišnice (glasbenike, recitatorje, plesalce).

Na realizacijo adaptacije in otvoritve galerije Polje ter širokega spektra kulturno-umetniške dejavnosti v zvezi z njo pa je pomembno vplival g. Bojan Stante – višji socialni delavec, ki je od leta 1985 dalje prav tako ves svoj talent usmeril v to.

Na njegovo spodbudo smo začeli sodelovati tudi s študenti Likovne akademije Ljubljana. Prvič so razstavljali ob uradni otvoritvi prenovljene galerije. Pozneje sta bili organizirani tudi dve forma-vivi: ena v parku Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana-Polje (Studenec 48), in sicer delo z lesom, ter druga v parku CMZ (Centra za mentalno zdravje, Poljanski nasip 58) – tudi delo z lesom. Obe so izvajali študentje oddelka za kiparstvo Likovne akademije Ljubljana v sodelovanju z osebjem in bolniki bolnišnice. In kaj vsebuje prej omenjeni razširjeni spekter kulturno-umetniškega delovanja psihiatrične klinike?

Poleg vsaj 24 letno odprtih likovnih razstav naših priznanih umetnikov in likovnih umetnikov-bolnikov so proti koncu 80. let ponovno začele teči redne enotedenske kinopredstave različnih filmskih žanrov, diaproyekcije, predavanja, literarni večeri, gledališke predstave, koncerti, glasbeni večeri, plesi ter pogovori z ustvarjalci. Omenili bi jih samo nekaj:

Diaproyekcije

Prof. Rajko Pavlovec: Sprehod med izumrlimi živalmi, Uroš Hrlec: Himalaja, Andrej Gosa: Potovanje po italijanskih vulkanih, Janez Bogataj: Kaj je kulturna dediščina

Razstave: Emerik Bernard: slike, Japonski ekvilibristi, Marjan Paternoster: fotografije, Nataša Pičman: male plastike, grafike, risbe, Saša Boljkovec: slike, Lili Zapletal: tkanja, Franc Zupet-Krištof: slike, Lev Zakrajšek: risbe, Boris Zaplatil: risbe, Sonja Lebedinec: fotografije, Peter Beus: risbe, Zvone Turšič: risbe, Lucian Bratuš: slike, Jano Milkovič: akvareli, Andreja Peklaj: fotografije, Nande Rupnik: slike

Razstave se nadaljujejo v letih od 1988 do febr. 1995

Leon Koporc – akvareli, Judita Fink – kolaži, Janez Pec – olja in akvareli, Marija Smolej – risbe, Nataša Ribič – slike, Jano Milkovič – akvareli, Pavle Smolej – slike, Robert Hlavati – akvareli, Matko Kosi – grafike, Silva Devetak – akvareli in risbe, Milovan Mičo-Šukunda – akvareli in male plastike, Andreja Peklaj: »Odhajajoči čas v objektivu« – fotografije, Dana Potokar – spominska razstava, razstava Slovenske arheologije, Miran Prinčič – slike, Franc Zupet-Krištof – slike, Mira Pirman – slike, Branko Lipnik – slike, Ladislav Ulčakar – slike, Barbara Vidic – kipi, Peter-Ivan Lovrin – poslikane španske stene, Mira Uršič-Šparovec – slike, Igor Ravbar – slike, Milka Turk – slike, Janez Milkovič – akvareli, Andrej Janža – slike, Marko Tomšič – olja, Leon Dolinšek – fotografije, Jurko Zavrl – akvareli, Neva in Kostja Virant – akvareli, pasteli, olja, Živa in Mina Zalokar – slike, Marina Demel-Jerovec – slike, Ana Sfiligoj – aseblaži, Marko Suhadolc – slike, Dušica Kristan – slike, barvni tuši, Zora Lampreht-Rijavec – akvareli, Jermen Jazbec – kipi, Janez Milkovič – akvareli, Saša Boljkovac – slike, Franc Hreščak-Bojan – gvaši, fotokrožek »Žarek« iz Sežane, Dušan Marolt – slike.

In Literarno-dramsko-glasbeni večeri, ob katerih se bolniki na enournem razgovoru srečajo z različnimi avtorji ustvarjalci ter se

pogovarjajo o njihovem delu in življenju. Tako so obiskali našo kliniko: Dane Zajc – pesnik, Saša Vegri – pesnica, Mila Kačič – upokojena igralka in pesnica, Marjana Deržaj – slovenska pevka in še več jih je bilo.

Filmi (nad 120 različnih filmov v letih od 1986 do 1989)

Med prvimi šolanimi likovnimi terapevti smo že prej omenjali g. Janeza Milkoviča-Janota, ki kot nekakšen starosta že skoraj 30 let budno spremlja in usmerja vsa področja dejavnosti in terapije z umetnostjo. Kot likovni pedagog in terapevt je v drugi polovici 60. let prvi začel z individualno in skupinsko likovno terapijo v prostoru, kjer je bila organizirana tudi knjižnica za bolnike. Kot dober poznavalec glasbe pa je uvedel še kombinacijo med likovno in glasbeno terapijo. Ugotovil je namreč, da bolniki laže izražajo sebe in svoje občutke v barvi in kompoziciji, če poslušajo različne razpoložljive glasbene odlomke. Zadnja leta tesno sodeluje z izšolano muzikoterapevtko v skupinah po različnih oddelkih.

G. Janez Milkovič je tudi prvi organiziral fotografsko in filmsko dejavnost. Z manjšo skupino zainteresiranih bolnikov je imel nekakšen krožek in bolj v popoldanskem času so fotografirali, razvijali slike (imeli so tudi svojo temnico) in prirejali razstave, kar je izrednega sociokulturnega, pa tudi terapevtskega pomena.

Do pred kratkim je vodil tudi literarno dramsko skupino, s katero so izdajali bolnišnično glasilo, imenovano »Utrinki« (danes to dejavnost vodita dve mladi delovni terapevtki).

Kot sam aktiven športnik in šahist je organiziral in vodil šahovske turnirje, v katere so se vključevali tudi bolniki kot osebe, razne športne igre in tekmovanja (npr. namizni tenis in nogomet).

Danes pa poleg tega, da ves čas skrbi za redno organizacijo likovnih razstav in prireditev v »Galeriji Polje«, zadnja leta usmerja svojo energijo, znanje in ljubezen na področje gibalne plesne terapije, ki pridobiva potrjeno kakovost tudi izven meja Slovenije. G. Janeza Milkoviča imenujemo kar »terapevt za ekspresivne dejavnosti«.

Prav na koncu pa bi radi še enkrat poudarili, da v veliki meri pripomorejo k razvijanju kulturno-umetniške tradicije in dejavnosti ravno delovni terapevti (v UPK jih je bilo v l. 1995 zaposlenih kar trideset), ki jih do sedaj nismo dovolj omenjali, vendar ves čas zelo aktivno ustvarjalno sodelujejo, se dodatno izobražujejo ter spodbujajo in organizirajo vse, kar se pravzaprav dogaja na tem področju (npr. organizirajo manjše kulturno-umetniške prireditve in pomagajo pri organizaciji večjih prireditev, izvajajo terapijo z lutkami, v delavnicah delovne terapije se izdelujejo različni izdelki umetnostne obrti). Ravno delovni terapevti so tisti, ki so veliko časa z bolnikom, ga spodbujajo in osmišljajo to, o čemer govori prispevek.

Zaključek

Za zaključek pa še nekaj besed akademika prof. Leva Milčinskega ob VI. športnih igrah psihiatričnih bolnikov Jugoslavije – Ljubljana, 1971. leta:

»Mogoče bi v skopih besedah lahko pojasnili pojem ‚kulture‘ kot zaklad tistih spoznanj in doživetij posameznika ali družbe, ki odpirajo pogled v smisel in smoter našega bivanja in nehanja v svetu; ta spoznanja nam dajejo tudi moči in vztrajnost, da odigramo svojo vlogo do kraja in pošteno...

Dela trajne veljave s področja književnosti, likovne umetnosti, glasbe, filozofije in znanosti – v svoji pomembnosti in količini – nam predstavljajo po navadi merilo za ocenjevanje kulturne ravni narodov...

Načelo, naj ima sleherni bolnik v psihiatričnem zavodu svojo zaposlitev – načelo, ki je tako pomembno za humanizacijo odnosov do duševno abnormalnih oseb – je zraslo v Nemčiji že v prejšnjem stoletju; uveljavil ga je dr. Simon v Guterslohu.

»Simonovo načelo« je v sodobni psihiatrični bolnišnici nujnost in govori o tem, da ima med osebjem tako imenovani »zaposlitveni

terapevt« (se pravi strokovnjak, ki skrbi za delo in razvedrilo bolnikov) zelo pomembno mesto. Zlasti so cenjene tiste oblike zaposlitve in rekreacije, ki spodbujajo bolnike k iniciativnosti in sodelovanju z drugimi osebami...

Sedaj je mogoče bolj očitno, zakaj je lahko skrb za duševno bolnega tudi merilo kulturnosti nekega občestva. Ta skrb je namreč odraz spoštovanja človekove osebnosti tudi v tistih primerih, ko duševne motnje morebiti zastrejo podobo človekovega bistva.*

Viri:

1. Janez Kanoni in sodelavci: »Pota in cilji slovenske psihiatrije nekoč in danes«, Poslanstvo slovenskega zdravnika. Slovenska matica v Ljubljani, 1965, uredil Franjo Smerdu.

OB IZIDU UNESCOVEGA GLASNIKA – AIDS, IZREDNO STANJE

Danica Rotar-Pavlič

Unesco glasnik, ki izhaja že 48. leto in ga lahko vsak mesec beremo v 30 jezikih ter tudi v Braillovi pisavi, nas v zadnji številki seznanja predvsem s problematiko aidsa.

Bralca v predgovoru najprej nagovori minister za zdravstvo dr. Božidar Voljč, ki ugotavlja, da je pojav aidsa v marsičem zamajal dosedanje samozadovoljstvo zdravstva glede nalezljivih bolezni. Izkušnje drugih držav, ki se s tem bremenom srečujejo že dalj časa, nam lahko prihranijo veliko stranpoti, saj kljub nesporni veljavi epidemioloških načel vsaka bolezen izkazuje povsem svoj lastni, hkrati pa tudi vsaki družbi prilagojen obraz, ki ga je treba dodobra spoznati.

Generalni direktor Unesca Federico Mayor v uvodniku primerja pandemijo aidsa z izrednim stanjem. Pri tem poudarja, da bo Unesco še naprej pomagal pri raziskavah prek svojih različnih omrežij, ki se ukvarjajo z molekularno in celično biologijo, ter prek Svetovnega sklada za raziskovanje in preprečevanje aidsa. Seveda so sredstva, ki so na razpolago za omejevanje te velike nevarnosti, omejena: zlasti če jih primerjamo s tistimi, ki jih v posameznih državah namenjajo obrambi in oboroževanju.

»Ali je virus človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) posledica bakteriološke vojne, genetskih zlorab ali mikrobioloških kultur znotraj opičjih celic,« se na začetku prispevka z naslovom Od HIV do aidsa dramatično sprašuje Robin Weiss in dodaja: »Ko se soočamo s tako grozljivo nesrečo, kot je aids, nas mika, da bi našli koga ali kako ustanovo, ki bi jo lahko razglasili za krivca.« Avtor navaja, da je HIV-1 povezan z virusom, ki ga najdemo pri nekaterih šimpanzih, HIV-2 pa je celo bližje virusu, ki se naravno pojavlja pri rjavočrtnih mangabejskih opicah v zahodni Afriki. Obstaja velika verjetnost, da se je HIV od teh živali prenesel na človeka, čeprav se virus sedaj širi med ljudmi.

Nekaj ukrepov, s katerimi bi lahko upočasnili širjenje aidsa, predstavlja v članku Kaj storiti Michael Merson. Preprečevalne strategije so nujne, saj SZO ocenjuje, da je od začetka pandemije aidsa do sredine leta 1994 zbolelo 4 milijone žensk, moških in otrok. Ta številka zajema porast v višini 1,5 milijona v enem samem letu, tako da se bomo leta 2000 približali številu 10 milijonov. Iz Maroka, Zimbabveja in Indije prihajajo dramatične vesti o hitrem širjenju aidsa. V vseh teh državah je pri tem bistvenega pomena način dojemanja spolnosti. Tako je v Maroku pri več kot 55% primerov aidsa edini znani dejavnik tveganja poroka.

V Evropi pomeni pandemija aidsa težak preizkus za demokracijo. V vseh evropskih deželah so se na začetku epidemije namreč

pojave zahteve po nadzorovanju ogroženih skupin in sistemskih pregledih, s katerimi bi lahko odkrili prenašalce boleznih in jih osamili v posebnih ustanovah. Aids pri tem vzemirja tudi politike, ker jih sooča z novimi problemi, s protislovnimi izjavami strokovnjakov ter nasprotujočimi si zahtevami in odločitvami, katerih posledice so skrajno resne. Pri tem ne moremo mimo posebne odgovornosti politikov, ki je prav v tem, da sprejemajo odločitve v kriznih stanjih in jih podvržejo stalnemu kritičnemu vrednotenju.

V primeru pandemije aidsa so marsikdaj prizadete tudi človekove pravice. Tako so strokovnjaki ugotovili, da se aids bohota predvsem tam, kjer so sposobnosti posameznika za informiranje in odzivanje omejene.

Razvoj cepiva za preprečevanje okužbe s sindromom pridobljene imunske pomanjkljivosti pomeni nujen in resen izziv za biomedicinske raziskave, pa tudi izredno zapleteno znanstveno in gospodarsko vprašanje. Revne dežele bi lahko sledile sodobnim strokovnim odkritjem le, če bi jih vključili v raziskave in poskuse učinkovitosti cepiv, pri čemer pa bi seveda prišlo do tehničnih in etičnih ovir.

Glasniku Unesca je dodan prispevek Drugačen pogled na aids, ki bralcu približa stališča alternativne medicine, pretresljive pa so tudi osebne izjave bolnikov, ki so v barvnem tisku dodane fotografijam in besedilu. Vse so povzete po knjigi *Vivre le sida – Le livre blanc des états généraux* (Živeti z aidsom – Bela knjiga splošnih občutij), ki jo je izdala založba Cerf iz Pariza.

Poročilo Umetniki proti aidsu nam v fotografijah približa festival Kultura aidsa – kulturni aids, ki se je odvijal ob zaključku 9. mednarodne konference o aidsu v Berlinu. Fotografije kažejo ulične igralce in plesalce, ki so bili med slikarji, pevci, lutkarji in reperji eni izmed najbolj izvirnih na festivalu.

Nacionalna koordinatorka in strokovna voditeljica WHO programa «aids» asist. mag. Irena Klavs seznanja bralca s slovenskimi problemi pri soočenju z aidsom. Tudi pri nas smo namreč priča razvijajoče se epidemije aidsa, vendar smo k sreči še v zelo zgodnjem obdobju njenega razvoja. Do 20. novembra 1995 je bilo skupno prijavljenih 50 primerov aidsa in dodatnih 59 primerov okužb z virusom HIV, kjer se aids še ni razvil. V Sloveniji sta zaradi aidsa umrla že dva otroka, ki sta se okužila od svojih mamic pred porodom, med njim ali po njem.

Čeprav smo lahko zelo zadovoljni, da je pri nas problem aidsa še zelo omejen, nas to ne sme uspraviti. Virus ne pozna meja in Slovenci tudi veliko potujemo. Pomembno je, ali je tudi med Slovenci prisotno tvegano vedenje, ki je pogoj za širjenje okužb z virusom HIV. Po predhodnih rezultatih presečne študije o spolnem vedenju Slovencev je približno 17% moških in 4% žensk navedlo, da so v življenju imeli spolne odnose z več kot 10 partnerji, približno 17% moških in 7% žensk pa, da so v zadnjem letu imeli poleg spolnih odnosov s svojim stalnim partnerjem tudi odnos z drugimi. Žal so le redki med njimi pri tem pravilno uporabljali kondom.

Svoje poglede o stanju aidsa dodaja na koncu revije tudi prof. dr. Miha Likar, dr. Evita Leskovšek, nacionalna koordinatorka za zdravstveno vzgojo v okviru programa preprečevanja aidsa, pa razpravlja o pomenu zdravstvene vzgoje. Opisuje tudi svoj obisk v Romuniji in humanitarno akcijo, namenjeno romunskim otrokom, ki so zboleli za aidsom. Pomembno je sporočilo, da smo v Sloveniji pred kratkim ustanovili tudi prvo Aids fondacijo Robert, ki se ukvarja s pomočjo prizadetim.

Kot vedno nas glasnik Unesca seznanja tudi s kulturno dediščino posameznih držav sveta. Tokrat se bralec lahko spozna s Suzo, biserom tunizijskega Sahela, ki je priča tritisočletne sredozemske zgodovine ter zakladnica preteklosti in sedanosti.

Menim, da predstavlja Unescov glasnik obogatitev literature s področja, ki obravnava pandemijo aidsa. Posebej pohvalno je, da so reviji dodani tudi slovenski predgovor ter na koncu presek stanja v Sloveniji in prizadevanja, s katerimi poskušamo v naši državi reševati tako zapleten problem, kot je aids. Upam, da bo Unescov glasnik uspešno izhajal tudi v prihodnje.

Podlistek

HUDIČEV MOST

Herbert Zaveršnik

Tragedija vsega tega, kar bom opisal, se je začela že z izgubo Zgornje Savinjske doline, kar se je pričelo 28. novembra 1944. Naša obveščevalna služba je bila slabo obveščena ali pa je odpovedala. Nemci so se pripravljali na preboj iz Paške vasi, kajti nameravali so priti na Lepe njive in potem udariti v Zgornjo Savinjsko dolino. Širile so se namreč novice, da nameravamo zgraditi v Zgornji Savinjski dolini letališče za angleška letala. Tako smo se namenili, da napademo Nemce proti jutru 28. novembra v dobro zavarovani Paški vasi. Spomnim se, da je bil komisar Dolničar proti temu, kajti bil je poleg, ko se je odločalo o tem, kako bo razporejen naš bolničarski vod. Prvemu bataljonu, ki je bil najbolj izpostavljen za napade na bunkerje, bi bilo določeno dvajset bolničarjev, k ostalim pa deset, ostanek desetih bolničarjev pa naj bi bil z menoj v previjališču, kjer bi tudi lahko operirali. Poveljstvo je bilo drugega mnenja in na nesrečo je zmagalo. Nesreča se je začela že v teku noči. Na seniku je močno počilo. Neki naš borec je pozabil zaviti zatič v angleški ofenzivni ročni bombi. V spanju se je pri obračanju zatič iztaknil in bomba je eksplodirala. Nesrečnežu je odneslo ves trebuh prav do hrbtnice. Tudi jutranji napadi niso uspeli. Miniranje proge je bilo nezadostno in po treh dnevih bojev smo se začeli umikati ter v začetku decembra zapustili našo Zgornjo Savinjsko dolino. Med 7. in 9. decembrom smo jo nato čez Menino planino mahnilo proti Kozjanskemu.

Kuhali smo si enkrat na dan in čez dva dni smo prišli lačni v bližino mostu, ali bolje, brvi. Bila je kakih 400 m severno od postaje Rimske Toplice. Bolje bi bilo reči Hudičeva brv namesto Hudičev most. Obveščevalna služba je prinesla za nas zelo slabe novice: na drugi strani so bili Nemci v zasedi, tam je bilo tudi nekaj bunkerjev, od brvi pa je ostalo le ogrodje. Ograja je bila prepletena z bodečo žico, podnice pa so po večini manjkale. No, pa s tem mostom bi že še nekako šlo, a Savinja je bila zaradi dežja močno narasla in je zato preplavati ni bilo možno. Razen tega je bilo treba spraviti čez most še konje, tako da je bilo prehod čez en neizogibno izsiliti.

V okoliških vaseh smo pobrali vrata, lesene oknice, razne deske in vse to smo polagali čez most, ki je bil širok komaj meter. Zatem smo se prebili čez, z leve strani Savinje se je oglašalo streljanje, mitraljezi so tolkli in mine so padale proti mostu iz Rimskih Toplic in še oklepni vlak je pripeljal ravno nad železniški podhod. K sreči je bila progla minirana in ob prvi eksploziji se je vlak ustavil in odpeljal nazaj.

Pod podvozom sem čuval ranjenca, brata naše štabne kuharice, ki je imel težko poškodovano stegno. Zbral sem nekaj mož svojega voda in ranjenca so zatem, ko je bila naša glavovina že na drugi strani mostu, v zadnjem hipu prenesli tja.

S kurirjem Martinom sva zatem hotela čez most, proti kateremu so močno našigali od Rimskih Toplic in iz oklepnega vlaka. Moj mladi spremljevalec je po nekaj korakih zdrsnil skozi luknjo v brvi in prav v zadnjem hipu sem ga zadržal za nahrbtnik ter ga rešil pred padcem v mrzlo Savinjo. Usoda pa mi je namenila še hujše preizkušnje. Ukazali so mi, naj pogledam spet na drugo stran, če so kje ostali še kakšni ranjenci. Prebil sem se nazaj, streljanja na most ni bilo več, tako sem lahko preiskal vso okolico. Nikogar nisem našel. Ko sem se hotel vrniti, je na drugi strani mostu spet mrgolelo Švabov. Brigada je že krenila naprej, in ko sem se prikazal, se je vsula prava toča krogel, na srečo čez mojo glavo. Kaj sedaj? Na drugo stran moram priti. Iti čez most bi bil samomor. Treba je torej Savinjo preplavati. Bil sem dober plavalec, le voda je imela kakih 10 stopinj, saj je bil december.

Šel sem približno 100 m navzgor med grmovje in si po navodilih iz knjig Karla Maya spletel splavič, se slekel do golega, se potopil v neznansko mrzlo vodo, prijel splavič in zaplaval z vsemi močmi,

da me tok ne bi odnesel proti brvi. Srečno sem pristal na drugem bregu, vendar je bila obleka na splavu vsa mokra. Ali je moj Karl May pretiraval ali pa sem bil sam tako neroden, da je bilo šibja premalo. Oblekel sem se torej v mokra oblačila ter se podal na pot, kajti vedel sem, da bo brigada ostala pri Sv. Lenartu nad Laškim, kjer je bilo njeno zbirališče. Po štirih urah sem proti jutru prispel tja na veliko veselje vseh, saj niso vedeli, kaj se je z menoj zgodilo. Moj Martin je imel v svoji torbi tudi moje perilo, lahko sem se preoblekel, uniformo pa sem sušil na peči. V ponedeljek, 11. decembra, smo bili pri prvi maši in tudi peli smo na koru. Zaradi kopeli v Savinji nisem prav nič zbolel, še nahoda nisem dobil. Kaj vse zmore v sili naša suprarenalka!

Sledila je pot na Kozjansko, kjer je šla brigada iz enega boja v drugega. Vse to je opisano v Fajdigovi knjigi in tega ne bom ponavljal.

Ne bom pa pozabil praznovanja božiča in vojaške parade pri Sv. Rupertu. Za lepe božične praznike sta poskrbela štab brigade in domača organizacija OF. Zvečer nas je bila polna cerkev. Štefančič, naš operativni oficir, je sedel za orgle in v cerkvi je zadonela Sveta noč, pa še vrsta domačih in partizanskih pesmi. Takrat sem pomislil na to, za kaj se pravzaprav borimo in zakaj je cerkev nabito polna partizanov in domačinov. Vem, da je bilo organiziranih komunistov kakih 150, vsi drugi pa so bili samo zavedni Štajerci, ki niso imeli druge izbire, kot da gredo v partizane. Sicer so jih čakale le te možnosti: izgon v Srbijo, v šlezijske rudnike ali v tovarno orožja, lahko so bili poslani na vzhodno fronto, da se borijo za Nemce, ali pa v Dachau ali Mauthausen. Tudi ustrelitev ni bila nekaj nevsakdanjega. Edina možnost, ki je Slovincem ostala, je bila torej odhod v partizane.

Iz Slovenske Bistrice je moj Martin prinesel pravi puding in najedla sva se tako, da nama je skoraj počil želodec. Naslednjega dne je bila velika vojaška parada, iz IV. operativne cone in XIV. divizije je prišel k nam Ivan Kovačič-Efenka. Na paradi je seveda igrala naša godba iz Zagorja. Bili smo edina brigada, ki je imela popolno zasedbo godbe in zgodilo se je – tudi sredi najhujšega boja – da je komandant ukazal: »Ajde, zaigraj!« Brigada je tistega dne sodelovala tudi pri cerkveni slovesnosti. Po maši, ki smo se je udeležili skupaj z domačini, so nas obdarovali z vsemi božičnimi dobrotami, s šunko, klobasami, potico in podobnim. To je bil res čudovit dan, ki ga ne pozabiš. Seveda vojne še ni bilo konec, konec pa je bil že blizu.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 2/1936

Anton Prijatelj

Druga številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini – je izšla 29. februarja 1936. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

- O holecistopatijah
dr. Marija Goropevšek, Beograd
- Rentgenska terapija raka
dr. Alojz Kunst
Predavanje na tečaju o raku, Ljubljana
- Organizacija bolnišnic in zdravniškega stanu na Angleškem (Vtisi s potovanja v Londonu)
dr. Minař
- O ljubljanski bolnišnici
prim. dr. V. Meršol
prim. dr. L. Ješe

Rentgenska terapija raka

V svojem predavanju na tečaju za raka, ki je bil v Ljubljani, in bil natisnjen v drugi številki Zdravniškega vestnika leta 1936, je dr. Alojz Kunst, šef rentgen zavoda drž. bolnišnice v Ljubljani, trdil, da je rak bolezen civiliziranega človeka in zato tudi terapija raka izključno domena visoko stoječe medicinske kulture naroda.

Zdravljenje raka z radijem in rentgenom so stara nekaj desetletij. Zato je pojasnil uporabo rentgenskih obsevanj zlasti pri rakavih zbolenjih ženskega genitalnega trakta in trdil, »da so uspehi z obsevanjem popolnoma isti kot z operacijo, pri tem pa je metoda z obsevanjem enostavnejša, neboleča in prav nič nevarna«. Leta 1913 so dokazovali, da je karcinom matrice popolnoma ozdravljiv samo z obsevanjem brez operacije. Na tem kongresu je bil prisoten tudi prof. Wertheim, ki je to izjavo sprejel razočaran, češ, da je s tem njegovo življenjsko delo nepomembno in odveč.

Za rakavo zboljenje kože je pojasnil, da ga nekateri sploh ne štejejo k rakavim zboljenjem, češ da ni nevarno, ker dela le redkokdaj metastaze in je njegovo zdravljenje zelo enostavno.

Pač pa je poudaril, da rak na dojki najprej operirajo in nato obsevajo.

Leta 1928 so pri Društvu narodov v Ženevi osnovali radiološko komisijo za ureditev smiselnega zdravljenja ginekoloških rakavih zbolenj. Takrat so določili pet točk za nadaljnje delo:

1. Javna in znanstvena propaganda, ki naj omogoča čimprejšnjo ugotovitev karcinoma, s čimer je uspeh zdravljenja zagotovljen.
2. Točna izdelava pravil za strokovno izvedbo obsevanja.
3. Znane resolucije Društva narodov v Ženevi, ki predvideva posvetovanja za smotno opremo klinik in zavodov, ki se ukvarjajo z obsevanjem, kar se naj določa v zadevnih posvetovalnicah.
- Tako predvidevajo za uspešno zdravljenje zadostno množino radioaktivnih substanc, zadosti močne aparate za proizvajanje rentgenovih žarkov, subtilno in preizkušeno tehniko obsevanja.
4. Zahteva internacionalno izenačenje vseh statističnih podatkov. Da je to važen predpogoj za vsako znanstveno in praktično zdravniško delo, je jasno, ker skuša vsak posamezni terapevt svoje delo izenačiti s tisto metodo, ki se je izkazala za najuspešnejšo in če v svetovni literaturi ni enotnih vzorcev, potem je vsaka primerjava uspehov iluzorična in bi vsak svojo metodo hvalil, četudi je principialno napačna.
5. Zahteva, naj se vse znanstvene preiskave in določanje indikacij izvajajo po enem internacionalnem skupnem načinu.

Avtor zaključuje svoj članek zelo optimistično: »Prvi poskusi so se sijajno obnesli in upajmo, da bo ta tehnika kmalu toliko napredovala, da bomo brez današnje dvoumnosti samozavestno trdili, Rak je ozdravljiv z rentgenovimi žarki!«

Nove knjige

PRIKAZ

Angiologija

B. Mlačak: *Angiologija za prakso*. Založba: Sekcija za splošno medicino SZD v sodelovanju z Didakto, Radovljica 1995.

Priročnik »Angiologija za prakso« B. Mlačka obravnava multidisciplinarno področje medicine – angiologijo na 316 knjižnih straneh, razdeljenih na tri glavna področja: boleznii arterij, ven in limfnega sistema. Vsako področje obravnava anatomijo, patofiziologijo, etiopatogenezo bolezni, dejavnike tveganja, preiskovalne metode in terapijo.

Avtorjeva knjiga je prvi prispevek celotni angiološki problematiki v slovenskem prostoru. Knjiga je napisana na pobudo razširjenega strokovnega kolegija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva. V njej je zajeto praktično vse, kar naj bi o

angiološki problematiki vedel splošni zdravnik. Še več, knjiga je zaradi dostopne razlage, jasnih opisov in preglednih napotkov v koristen strokovni priročnik zdravnikom-pripravnikom, študentom medicine in zdravnikovim sodelavcem, ki se ukvarjajo z boleznimi perifernega ožilja, menita recenzenta knjige prof. dr. J. Jezernik-Leskovšek in prof. dr. S. Bunta. Slike, tabele, sheme in grafikoni tehnično primerno dopolnjujejo pozitiven vtis o tako pomembnem prispevku v naši strokovni literaturi. Tega zelo pozitivnega mnenja ne more ovreči pomanjkljiva razlaga področja kronične kritične ishemije udov ali kakšno drugo področje, ki si ga dopolni dobronamerni kritik iz specializiranih časopisov vaskularne kirurgije in angiologije.

Željko Ostojič

PRIKAZ

Kirurgija

Kot predsednik Odbora za založništvo MF z zadovoljstvom pozdravljam novi učbenik *Kirurgija*. Vsak nov učbenik, zlasti temeljnih predmetov, je velik dogodek tako za Medicinsko fakulteto kot za katedro oz. kliniko, kjer so ga napisali. Glavni urednik prof. dr. Vladimir Smerkolj je v predgovoru nanizal dileme, ki se pojavljajo ob izdajanju domačega učbenika. Vendar je pri njem in sodelavcih zmagal pogum in dobili smo sodoben učbenik kirurgije v domačem jeziku.

Glavni urednik in 14 področnih urednikov so imeli težko nalogo, da so pri sodelovanju 73 avtorjev dosegli tolikšno enotnost. Za avtorje posameznih poglavij, vrhunske strokovnjake na ozkih področjih, so bile omejitve težke. Razpeti so bili med načrtovanim obsegom snovi za študente in med željo povedati vse bistveno in novo v svoji ožji stroki.

Učbenik *Kirurgija* je knjiga lepega videza, vezana v trde platnice in obsega 713 strani. Lep tisk na dobrem papirju je delo tiskarne Ljudska pravica. Založba Sledi je s tem učbenikom ponovno dokazala visoko strokovnost za izdajo medicinskih knjig. Strokovno recenzijo sta opravila prof. dr. Mladen Štulhofer in prof. dr. Marjan Bervar.

Knjiga je razdeljena na 24 poglavij. Na začetku je kazalo poglavij, nato kazalo celotne snovi. Tudi na začetku vsakega poglavja je kazalo vsebine. Tiskana je v dveh stolpičih. Za dodatno preglednost poskrbijo delitev na podpoglavja in pod-podpoglavja s tipografsko različnimi naslovi. Pomembna opozorila in trditve so tiskane poudarjeno.

Znanje je pogosto povzeto v tabelah (kar 87 jih je), ki so zelo smiselno sestavljene in bodo odlično služile študentu pri ponavljanju snovi. Številne skice, risbe in fotografije dopolnjujejo in razlagajo obravnavano snov. Skupno je v učbeniku 605 slik, od tega je 337 narisanih. Za risbe, ki so večinoma didaktično zelo uspele in lepe, zaslužijo avtorji vso pohvalo.

Učbenik je napisan v lepi slovenščini, z jasno težnjo, da dobe domači izrazi prednost povsod, kjer to ne škoduje razumljivosti. Lektoriral je prof. dr. Rudi Pavlin in verjetno je v znatni meri njegova zasluga, da pri branju teksta nisem občutil, da prihaja izpod peres toliko avtorjev.

Ob prvem branju je vtis v celoti zelo dober. Tiskarske napake so izjemno redke. Učbenik je pregleden in sistematičen. V Splošnem delu so predstavljena temeljna znanja, pomembna za vse operativne stroke (asepsa in antisepsa, kirurške okužbe, biologija celjenja tkiv, presajanje organov, anesteziologija, intenzivno zdravljenje, transfuziologija, preiskavne tehnike v kirurgiji, osnovne operativne tehnike ter kirurški inštrumenti in materiali). V Specialnem delu pa je obravnavana snov po posameznih (sub)-

specialističnih področjih (kirurgija centralnega in perifernega živčevja, kirurgija vratu, kirurgija toraksa, kirurgija srca in ožilja, kirurgija abdomna, urologija, kirurgija malignih tumorjev mehkih tkiv, kirurgija okužb kože, podkožja, roke in stopala, opeklina, plastična in rekonstruktivna kirurgija, kirurgija roke, travmatologija in kirurgija v izrednih razmerah). Snov je obravnavana pri vseh kirurških boleznih po istem zaporedju in sistemu. Področni uredniki so v znatni meri poskrbeli za usklajenost. Kjer je postal obseg večji od potrebnega za dodiplomski študij, so del snovi določili za drobni tisk.

Na koncu so dodane zelo koristne tabele normalnih vrednosti laboratorijskih preiskav, tabele normalnih gibljivosti sklepov, pregled merskih enot, seznam kratic in stvarno kazalo.

S to knjigo so dobili študentje medicine odličan učbenik, ki bo pokazal svojo vrednost pri preverjanju znanja. S pridom bomo posegli po njej zdravniki operativnih, pa tudi drugih strok.

Ker so v naših razmerah naklade majhne, je verjetno, da bo prva izdaja kmalu pošla. S tem bo dana priložnost, da bodo v drugi izdaji odpravljene morebitne pomanjkljivosti sedanje.

France Srakar

PRIKAZ

Medicina prometa

Skupina avtorjev: *Strokovni posvet o medicini prometa*. Rogaška Slatina 1995. Izdalo in založilo: Slovensko zdravniško društvo – sekcija za medicino dela. 180 strani, 24 avtorjev. Uredil mag. dr. Marjan Bilban. Naklada 200 izvodov.

Do leta 1975 so v Republiki Sloveniji ugotavljale zdravstveno sposobnost kandidatov in voznikov motornih vozil komisije, v katerih so bili splošni zdravnik, specialist okulist, nevrolog in psiholog. Od veljavnosti zakona o varnosti cestnega prometa (Ur. list SR Slovenije 24/75 z dne 20. 10. 1975) dalje pa pregledujejo in ugotavljajo zmožnost za vožnjo motornih vozil pri nas v Sloveniji kandidatov in voznikov motornih vozil specialisti medicine dela in specialisti splošne medicine. Ti lahko pri ugotavljanju sposobnosti pritegnejo k sodelovanju tudi specialiste drugih strok.

Zaradi usklajevanja dela in postavljanja strokovnih doktrin je bilo do sedaj pri nas že osem seminarjev in posvetov o medicini prometa. Zadnji posvet je bil 7. in 8. aprila 1995 v Rogaški Slatini. Ob tej priložnosti so organizatorji izdali lično knjižico, ki je in bo lahko pripomoček vsem strokovnjakom, ki ocenjujejo zdravstveno sposobnost kandidatov in voznikov motornih vozil.

Avtorjev je bilo 24. Niso bili samo zdravniki, ampak iz različnih strok:

- Asist. mag. sc. Marjan Bilban, dr. med.
- Prim. France Jurc, dr. med.
- Mag. sc. Slavko Debeljak, dipl. pravnik
- Bojan Žlender, dipl. pol.
- Mag. sc. Borut Kraigher, dipl. psiholog
- Niko Arnerič, dipl. psiholog
- Doc. dr. sc. Ljubo Djordjevič, dr. med.
- Mag. sc. Jože Jakopič, dr. med.
- Dr. sc. Majda Zorec-Karlovšek, dipl. ing. kem.
- Mag. sc. Jagoda Vatovec, dr. med. prim. Sonja Černelč, dr. med.
- Prof. dr. sc. Samo Modic, dr. med.
- Doc. dr. sc. Jože Balažic, dr. med.
- Dr. Ivan Žužek, dipl. pravnik
- Prim. asist. spec. akad. st. Irena Brovet-Župančič, dr. med.
- Prof. dr. sc. Josip Turk, dr. med.

- Prim. mag. sc. Marko Koselj, dr. med.
- Prof. dr. sc. Janko Popović, dr. med.
- Prof. dr. sc. Črt Marinček, dr. med.
- Doc. dr. sc. Anton Zupan, dr. med.
- Mag. sc. Boštjan Čebular, dr. med.
- Prim. dr. sc. mag. sc. Jože Grošelj, dr. med.
- Dr. sc. Majda Zorec-Karlovšek, dipl. ing. kem.

Avtorji so osvetlili problem varnosti cestnega prometa z različnih vidikov. Tako bi lahko knjižica imela naslov o medicini cestnega prometa. V promet namreč sodi tudi železniški, zračni in vodni promet, ki pa niso bili predmet razprav na tem posvetu.

V bistvu še vedno velja zvezni pravilnik o zdravstvenih pogojih, ki jih morajo izpolnjevati vozniki motornih vozil iz Ur. lista SFRJ št. 5 z dne 05. 02. 1982. Novega slovenskega še nimamo. In ravno na tem posvetu je bilo kar nekaj predlogov, v čem naj bi bil novi slovenski pravilnik pravičnejši do voznikov, ki so zdravstveno prizadeti (hencapirani). Prof. Popović je zapisal: »Avtomobil kot najpogostejše komunikacijsko sredstvo predstavlja važen faktor za ohranjanje materialne in družbene eksistence ter ne predstavlja več simbola družbenega statusa in ekonomske moči posameznika... Invalidnim osebam je treba dati polno aktivnost in udejstvovanje v družbenem življenju ter jim z rehabilitacijo omogočiti polno integracijo v družbi in življenju.«

Res pa je, da je travmatizem v velikem porastu in da temu botrujejo nezgode v cestnem prometu.

Objavljen je bil grozljiv podatek, da v Sloveniji letno izgubimo zaradi prometnih nezgod 450 milijonov nemških mark.

V novi cestnoprometni zakonodaji bo prav gotovo še obveljala razdelitev voznikov v stopnje A – motor, B – osebni avto, C – tovornjak, D – avtobus in E – tovornjak s prikolico. Zdravstvene zahteve pa so za A in B stopnjo, ki jim vožnja ni glavni poklic, in CDE ter AB, ki jim je vožnja glavni poklic.

Stalna je dilema, ali je voznik, ki mora voziti osebni avto v podjetju s potnim nalogom, poklicni voznik. Po potrebi pa mora prevažati še sodelavce? Poklicni voznik je morda tudi pismonoša, ki pri svojem delu uporablja moped?

Zelo odmeven je bil prispevek dr. Bilbana, ki je ovrgel trditve, da imajo starejši udeleženci v prometu manj nesreč. Trdil je, da mlajši iščejo nevarne situacije, starejši pa se v njih znajdejo. Čeprav vemo, da je starost relativen pojem, saj poznamo mlade starčke in stare mladeniče, je avtor ugotavljal, da so ljudje med 65. in 70. letom načeloma sposobni za vožnjo, med 70. in 75. letom v večini, po 75. letu le še nekateri, po 80. letu pa praviloma niso več sposobni za vožnjo.

Kot na vseh prejšnjih sestankih je bilo alkoholizmu posvečeno posebno mesto. Saj je vožnja pod vplivom alkoholnih pijač izredno pogosto vzrok prometnim nesrečam. To pot je dr. Jakopič prikazal kompliciranost problema. Prof. dr. Turk je kratko, a jedrnato prikazal tako naše kot tuje poglede na vožnjo voznika z boleznimi srca. Da je epilepsija velik problem voznika in njegove sposobnosti za vožnjo tako pri nas kot na tujem, je opisal dr. Grošelj. Zavzemal se je za liberalizacijo zakonskih določil.

Vozniku s telesno okvaro hujše stopnje je vožnja z osebnim avtom največkrat edina možna rešitev. Zato je prilagoditev osebnih vozil nujno potrebna.

Morda z nekaterimi trditvami avtorjev ne bodo soglašali vsi tisti, ki opravljajo zdravniške preglede, z drugimi pa tisti, ki zdravniškega spričevala niso prejeli.

Hvale vredno je, da so poslušalci posveta že na samem posvetu dobili v roke natisnjeno knjižico. Verjetno je bila časovna stiska kriva za preštevilne strojepisne napake, ki pa ne vplivajo bistveno na kakovost člankov. Lični grafikoni so odlični dodatek k besedilom.

Anton Prijatelj

Njegovo stoletje



pri revmatskih težavah

ASPIRIN

TABLETE



Slovenski prevod izvirnega Bayerjevega paketa iz leta 1952.

*Ljubljana,
Cankarjev dom.
Od 27. marca
do 4. aprila 1996.
Razstava starih
Bayerjevih posterjev,
oglasov in letakov.*

V pričakovanju
100-letnice Aspirina,
najbolj slavnega
zdravila na svetu,
praznuje
Bayer Pharma
25-letnico.
Podjetje, ki ve, kaj
hoče in kam gre.
Podjetje za
naslednjih sto let.

***Bayer Pharma
25 let***

1 
Stoletje Aspirina

SIRDALUD®



SIRDALUD

- relaksira skeletno muskulaturo in odpravi bolečino

- idealna kombinacija z analgetiki ali nesteroidnimi antirevmatiki po vaši izbiri

SIRDALUD

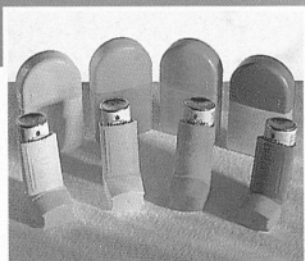
- mišični relaksant s centralnim delovanjem, ki ugodno deluje pri bolečih mišičnih spazmih in spastičnosti zaradi nevroloških obolenj



Podrobne informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA SERVICES Ltd, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107/XI, Ljubljana, telefon 061 / 168 - 14 - 22, faks 061 / 34 - 00 - 96.



SANDOZ



**Za kvalitetno
življenje
bolnikov z astmo**

FLIXOTIDE®

flutikazon propionat

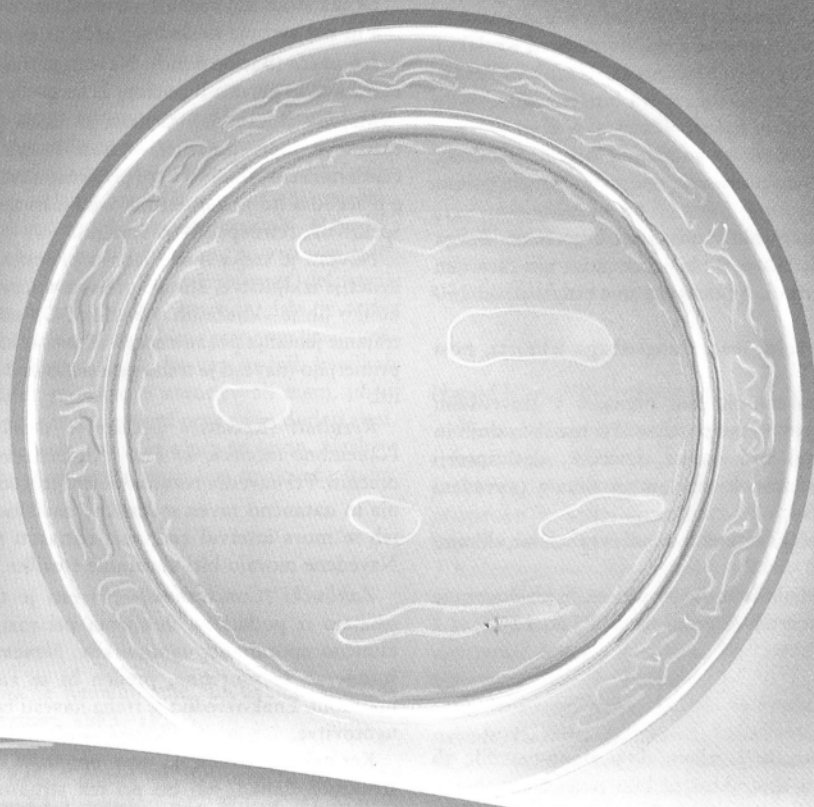
- Zelo učinkovit steroid z lokalnim protivnetnim delovanjem v pljučih
- Adrenokortikalni hormoni ostanejo v mejah normale tudi po dolgotrajni uporabi Flixotida
- Dvakrat bolj učinkovit od beklometazona dipropionata
- Zanemarljivo sistemsko delovanje

Glaxo *Export Limited*
Podružnica Ljubljana

® Estraderm TTS

estradiol 17 β

NAJBOLJE NADOMEŠČA FIZIOLOŠKO IZLOČANJE
ESTRADIOLA



Estraderm TTS 25
Estraderm TTS 50
Estraderm TTS 100



CIBA-GEIGY AG
Zastopnik za Hrvaško
Makedonijo in Slovenijo

PLIVA d.d. ZAGREB

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremnii dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru [tel. (061) 317-868].

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 65, FEBRUARY 1996, Page 61–112, Number 2

CONTENTS

RESEARCH ARTICLES

- Immunocistochemical properties of filaments in the dystrophic neurites of Alzheimer's disease**, D. Praprotnik 61

PROFESSIONAL ARTICLES

- Human parvovirus B19 infection in pregnancy**, V. Maraspin-Čarman 67

- Severe leptospirosis with acute pancreatitis and multiorgan failure syndrome – Case report an overview of the literature**, A. Sinkovič, R. Hojs, A. Veble, Z. Baklan 71

- Prevalence, localization and size of simple renal cysts**, R. Hojs, R. Ekart 75

REVIEW ARTICLES

- The role of radiotherapy in lung cancer treatment**, M. Debevec 79

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS