



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 63, DECEMBER 1994, str. 721-778, ŠT. 12

VSEBINA

UVODNIKA

Družba, več svoj dolg? A. Dolenc 721

Uvodne misli glavnega in odgovornega urednika, J. Drinovec, M. Janko 725

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

Vpliv oblike medenice na porazdelitev tlaka v kolčnem sklepu, A. Iglič, F. Srakar, V. Kralj-Iglič, V. Antolič 727

STROKOVNI PRISPEVKI

Ocenjevanje funkcije avtonomnega živčevja pri človeku V. Spektralna analiza variabilnosti srčne frekvence pri bolnikih s subarahnoidalno krvavitvijo, V. Švigelj 729

Sindrom trenja iliotibialne vezi, M. Tonin, M. Veselko, B. Rus 733

Invazivne streptokokne okužbe, M. Marolt-Gomišček, J. Tomažič, M. Čižman, M. Arnež, I. Muzlovič, L. Černe, B. Bem, D. Vodusek, D. Trinkaus 735

PREGLEDNI PRISPEVKI

Srečanje dveh velikih kirurgov 19. stoletja, P. Borisov 741

1994: aids v svetu in doma, J. Tomažič, L. Vidmar, M. Matičič, I. Klavs, D. Piškur-Kosmač, M. Ažman, P. Kobler, E. Leskovšek, M. Poljak, L. Kristančič, A. Ramšak, A. Ihan 745

RAZGLEDI

Osebnosti 751

Nekrologi 751

Strokovno izpopolnjevanje 752

Zdravniški vestnik pred 60 leti 754

Nove knjige 755

V tej številki so sodelovali 732

Oglasi 740, 744, 750, 759-778

LETNO KAZALO



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 5.200,00 SIT, za študente 1.300,00 SIT, za ustanove 40.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo in Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
- Tisk Tiskarna 'Jože Moškrič', Ljubljana - Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

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

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

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

Uvodnik/Leading article

DRUŽBA, VEŠ SVOJ DOLG?

Anton Dolenc

Daljnega 15. junija 1861 so se na pobudo dr. Alojza Valente in dr. Franza Fuxa zbrali ljubljanski zdravniki in ustanovili Zdravniško bralno društvo v Ljubljani, ki ga je deželna vlada potrdila še isto leto. Že naslednje leto se je združba preimenovala v Društvo zdravnikov na Kranjskem, po letu 1918 pa v Slovensko zdravniško društvo (v nadaljevanju SZD).

Temeljni namen organizacije je bil, da bi se zdravniki v njegovem okviru strokovno izobraževali in izpopolnjevali ter izmenjevali svoje izkušnje. To naj bi dosegli z občasnimi strokovnimi sestanki, sejami in znanstvenimi predavanji. Tudi s tem namenom je leta 1861 dr. Dragotin Vesel podaril novo nastalemu društvu del svoje strokovne knjižnice, ki naj bi postal temelj za ustanovitev društvene biblioteke. Poleg razvijanja strokovnega znanja, pa naj bi društvo varovalo tudi koristi zdravniškega stanu in njegovih članov. Tem ciljem je bilo posvečeno delo SZD v vsej njegovi zgodovini.

SZD pa se ni omejevalo le na ozko strokovno in stanovsko področje. Skoraj ves čas so njegovi člani delovali tudi v nacionalnem merilu ter sprejemali odločitve, ki so ostale zapisane v zgodovini slovenskega naroda: iz njegovih vrst so izšli prvi pobudniki za ustanovitev slovenske univerze in v njenem sklopu medicinske fakultete (Lojz Kraigher, Ivan Oražen, Alojz Zalokar, Alfred Šerko), prizadevali so si za razvoj slovenske medicinske besede (Janez Plečnik, Mirko Črnič). Na predlog Ivana Oražna je redni občni zbor sprejel sklep, da bodo zdravniki poslovali izključno v slovensščini. Ob 50. letnici SZD je takratni predsednik dr. Demeter Bleiweis Trsteniški zapisal: »Naloge slovenskega zdravnika ne vidim le v tem, da ohrani svoj narod zdrav in krepak, temveč da ga kot glasnik človečanstva napeljuje k slogi v boju za narodni obstanek in njegove kulturne dobrine.

Kmalu se je pokazalo, da za širjenje strokovne misli ne zadoščajo le sestanki in predavanja, ampak je nujno potrebno tudi strokovno glasilo. To nalogo je spočetka prevzel Lječniški Vijestnik, ki je od leta 1893, ko je postal uradno glasilo SZD, do leta 1929 priobčil nad 150 prispevkov slovenskih zdravnikov. 1929 je bil na pobudo dr. Franca Derganca ustanovljen Zdravniški vestnik (v nadaljevanju ZV), sprva kot priloga Glasila zdravniške zbornice, kasneje pa kot samostojna publikacija. V vabilu uredništva, objavljenem v prvi številki ZV 24. januarja 1929, je bilo zapisano: »Zdravniške zbornice so po členu 23. uredbi ustanovljene zato, da ščitijo in zastopajo interese in vzdržujejo ugled in disciplino zdravniškega stanu. Ker pa je zdravnik to, kar je v istini, samo po svoji specifični izobrazbi, je njegov prvenstveni interes intelektualen...« V nadaljevanju pa so zapisali: »V domačem duhu in jeziku hoče Zdravniški vestnik osveževati slovenskemu zdravniku njegov spomin in ga usovrševati s pridobitvami moderne medicine.« V programskem uvodniku je med drugim tudi zapisano, da hoče ZV odločno in iskreno sodelovanje pri razvijanju tistega organa, ki je predpogoj vsake duhovne funkcije, torej pri ustvarjanju enotne slovenske medicinske terminologije. Skupno glasilo naj kot centralna duša združi slovenske zdravniške organizacije v enoten organizem in jim vdahne stremljenje dejavne kolegialnosti in solidarnosti. Prinašal bo poročila vseh strok kurativne in socialne medicine, polagajoč pri tem posebno važnost in historično kontinuiteto zdravniškemu mišljenju in delovanju. Pozornosti ne bo posvečal samo splošni zgodovini medicine, ampak bo s posebno ljubeznijo izsledoval tudi zgodovino domačega zdravstva ter objavljaj biografije in

spomine domačih zdravnikov. Čas in nadaljnji razvoj ZV je usmeritev samo podprl, poglobil in razširil, saj to poslanstvo ZV izpolnjuje še danes. Sodelovanje v ZV pomeni čast in obveznost slehernega člana SZD iz česar tudi izhaja, da za objavljene prispevke doslej ni še nihče prejel plačila. S stalnim izhajanjem in objavljanjem strokovnih prispevkov je ZV pomemben steber v podiplomskem izobraževanju zdravnikov.

Slovenski zdravniki pa brez materialnega nadomestila oz. nagrade skrbimo za svoje stalno izobraževanje in s tem za boljšo zdravstveno zaščito Slovencev tudi s številnimi drugimi publikacijami. Celoten prispevek slovenskega zdravništva pomeni skoraj neizmerljivo vrednost, ki smo jo v mozaiku slovenske medicinske znanosti, prakse in kulture, podarili Slovincem. Že prispevki, ki so bili objavljeni v publikacijah, objavljenih ob raznih podiplomskih izobraževanjih, kot so Tavčarjevi dnevi, (doslej ije bilo izdanih 36 zbornikov), Podiplomsko izobraževanje iz kirurgije (26), Plečnikova memorialna srečanja (25), Derčevi pediatrični dnevi (13), povedo dovolj.

Nemogoče je prikazati vse simpozije, domače, evropske in svetovne kongrese in srečanja, ki so jih organizirali slovenski zdravniki ali pa aktivno sodelovali na njih.

V SZD so se združevali zdravniki zaradi strokovnega in znanstvenega interesa. Z večanjem števila zdravnikov v Sloveniji je raslo tudi število članov SZD, raslo pa je tudi število strokovnih sekcij, ki so neposreden odraz interesa zdravnikov, da se združijo zaradi hitrejšega in bolj uspešnega strokovnega razvoja. Da lahko zdravniki v okviru SZD najbolje uresničujejo svoje interese kaže to, da je kljub prostovoljnosti članstva, združenih v SZD več kot 80% zdravnikov. Strokovna rast slovenskih zdravnikov pa se ne kaže samo v številnih zelo aktivnih strokovnih sekcijah, ampak tudi v stalnem večanju obsega in kvalitete ZV.

Če pogledamo zgodovino in razvoj SZD in ZV, lahko sledimo visoko moralnost slovenskih zdravnikov in njihovo tesno povezanost z narodom. Ves čas je vidna skrb, kako zagotoviti Slovincem čimboljšo zdravniško in zdravstveno oskrbo. Za svoj trud doslej nismo zahtevali plačila in tudi ne družbenega priznanja, do katerega smo glede na vloženi trud in delo gotovo upravičeni. Zadostno plačilo nam je bilo to, da smo videli zdravstveni napredek. Časi pa so se spremenili. Zaradi nam nerazumljivih razlogov, se je slovenska družba očitno vrnila v čas najbolj brutalnega liberalističnega kapitalizma 19. stoletja, ko je namen posvečeval sredstva, edini namen pa je bil dobiček. Skratka, v čas, ki je med drugimi stranpotmi rodil tudi komunizem. Očitno je, da tistega, kar je zastoj, nihče ne ceni. Prišel je torej čas, da tudi zdravniki, združeni v SZD, naredimo obračun. Prav je, da pregledamo in ekonomsko ovrednotimo vsaj del tistega, kar smo doslej storili. Hočemo, da se prizna naš prispevek. Nočemo, da smo še naprej »porabniki družbenega premoženja« saj smo prepričani, da ga s svojim delom tudi ustvarjamo. Nesprejemljivo je, da že 50 let poslušamo, kako zajedamo substanco slovenskega gospodarstva z »neupravičenimi zahtevami«. Če zanemarimo dejstvo, da z vsakim ozdravljenim bolnikom prispevamo neprecenljiv prispevek, in se omejimo le na ekonomske in merljive kategorije, se lahko brez sramu primerjamo z najuspešnejšimi podjetji. Pri tem ne bomo vrednotili ur, ki so jih slovenski zdravniki presedeli ob knjigah in revijah v svojem prostem času, zato da so s samoizobraževanjem spremljali svetovni razvoj medicine, niti ur, ki so

Tabela 1. Ocena vrednosti v SIT za posamezne postavke, ocenjeni po najnižjih tarifah od leta 1946 do 1993. Stolpec 2 zajema število članov Slovenskega zdravniškega društva (SZD) od 1946 do 1993, v stolpcu 3 je navedeno število podružnic oziroma regionalnih društev, stolpec 4 prikazuje število strokovnih sekcij v posameznem letu, v stolpcu 5 je ovrednoteno delo funkcionarjev SZD, v 6. stolpcu je ovrednoteno delo nekaterih strokovnih sekcij in regionalnih društev (na temelju razpoložljivih podatkov, ki pa so nepopolni), v stolpcu 7 je ovrednoteno mednarodno sodelovanje (predvsem medrepubliško sodelovanje v bivši Jugoslaviji in mednarodno sodelovanje), v 8. stolpcu pa je delno ovrednoteno delo za kongrese in občne zборе SZD. 9. stolpec je zbirni za delo SZD. V stolpcu 10 je navedeno število zvezkov Zdravniškega vestnika (prej Zdravstvenega vestnika) v posameznem letniku in število suplementov, v 11. stolpcu pa število strani posameznega letnika (vključno s suplementi). V stolpcu 12 je ocenjena vrednost posameznega letnika. V 13. stolpcu pa je ocenjeno delo uredništva.

1	SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO								ZDRAVNIŠKI VESTNIK			
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Leto	Članstvo	Podružnice, društva	Strokovne sekcije	Funkcionarji v 000 SIT	Sekcije, reg. društva v 000 SIT	Mednarodni stiki v 000 SIT	Kongresi, občni zbori v 000 SIT	Skupaj v 000 SIT	Število števil + suplementi	Strani	Vrednost v 000 SIT	Vrednost v 000 SIT
1946	↓	↓	↓	6.080	↓	320	480	6.880	3	404	16.160	4.040
1947	↓	↓	↓	6.160	800	320	-	7.280	3	480	19.200	4.800
1948	273	5	↓	5.600	800	320	640	7.360	3	430	17.200	4.300
1949	↓	↓	↓	5.840	960	320	480	7.600	3	188	7.520	1.880
1950	↓	↓	5	56.80	1.440	400	320	7.840	6	256	10.240	2.560
1951	476	9	12	5.440	2.480	480	400	880	6	296	11.840	2.960
1952	↓	↓	14	4.080	4.160	520	800	9.600	6	244	9.760	2.440
1953	↓	↓	↓	3.440	4.800	520	400	9.200	7	298	11.920	2.980
1954	↓	↓	↓	3.360	5.280	640	320	9.600	6	340	13.600	3.400
1955	↓	↓	↓	4.960	6.240	640	960	12.800	7	444	17.760	4.440
1956	↓	↓	↓	4.080	9.760	640	1.600	15.360	9	441	9.360	5.440
1957	↓	↓	↓	4.240	11.344	656	-	16.240	9	560	22.400	5.600
1958	↓	↓	↓	3.840	11.440	720	-	16.000	9	500	20.000	5.000
1959	↓	↓	↓	3.680	10.000	720	-	14.400	8	440	17.600	4.400
1960	↓	↓	↓	3.760	10.880	720	1.440	16.800	7	390	15.600	3.900
1961	↓	↓	↓	3.600	10.800	800	-	15.200	6	300	12.000	3.000
1962	↓	↓	↓	3.440	10.240	720	-	14.400	6	384	15.360	3.840
1963	↓	↓	↓	3.520	10.560	720	-	14.800	6	348	13.920	3.440
1964	1245	11	19	3.840	11.600	720	1.440	17.600	8	404	16.160	4.040
1965	↓	↓	↓	3.680	10.880	800	-	15.360	6	292	11.680	2.920
1966	↓	↓	↓	3.600	10.800	800	-	15.200	6	396	15.840	3.960
1967	↓	↓	↓	3.680	10.960	720	-	15.360	6	442	17.600	4.400
1968	1346	12	24	3.840	11.520	800	1.440	17.600	11+5	582	22.320	5.580
1969	↓	↓	36	3.760	11.200	880	-	15.840	12+4	636	25.440	8.904
1970	↓	↓	↓	3.600	10.800	960	1.440	16.800	12+6	263	25.040	8.764
1971	↓	↓	↓	4.560	11.920	960	2.720	20.160	11	536	21.440	8.148
1972	2264	12	37	4.400	11.920	1.120	1.760	19.200	11	582	23.280	9.464
1973	↓	↓	↓	4.240	11.840	1.120	800	18.000	12	676	27.040	10.192
1974	↓	↓	↓	5.120	15.360	1.120	-	21.600	11	728	29.120	10.164
1975	↓	↓	↓	5.440	16.320	1.120	-	22.880	10	726	29.040	8.988
1976	1766	13	40	5.600	13.440	1.280	2.080	22.400	10	674	25.680	11.900
1977	↓	↓	↓	6.000	17.840	1.920	-	25.760	11+2	904	36.160	10.192
1978	↓	↓	↓	6.080	18.160	2.000	-	26.240	11+1	776	31.040	10.864
1979	↓	↓	↓	6.240	18.640	2.000	-	26.880	11	928	37.120	12.992
1980	3221	13	56	5.840	17.360	2.160	2.080	27.440	11	848	33.920	11.872
1981	↓	↓	↓	6.080	18.480	2.000	-	26.560	11	794	31.760	11.116
1982	↓	↓	↓	6.400	19.280	2.000	-	27.680	11	880	35.520	12.320
1983	↓	↓	↓	6.320	18.960	2.000	-	27.280	11	618	24.720	8.652
1984	3622	13	56	5.920	17.200	2.000	2.560	27.680	11	734	29.360	10.276
1985	↓	↓	↓	6.320	19.040	2.160	-	27.520	10	573	22.920	8.022
1986	↓	↓	↓	6.480	19.520	2.160	-	28.160	10+1	786	31.440	11.004
1987	↓	↓	↓	6.400	19.280	2.160	-	27.840	11+1	582	23.280	8.148
1988	4146	13	60	5.920	17.360	2.160	2.560	28.000	9+2	652	26.080	9.128
1989	↓	↓	↓	6.400	19.280	2.160	-	27.840	8	424	16.960	5.936
1990	↓	↓	↓	6.320	19.040	2.160	-	27.520	11+1	688	27.520	9.632
1991	↓	↓	↓	6.320	19.020	2.160	-	27.680	11	564	22.560	6.296
1992	4280	13	60	5.760	17.280	2.240	2.560	27.840	11+1	692	29.120	9.688
1993	4437	13	60	6.480	19.440	2.240	-	28.160	11+2	794	31.360	10.976
			SKUPAJ	241.440	649.040	58.732	29.280	914.240	416+24	26.359	1.094.320	332.958

jih porabili za pripravo predavanj, člankov in prispevkov za domače in svetovne publikacije. Računali ne bomo niti časa, ki so ga zdravniki porabili za zdravstveno vzgojo Slovencev na raznih predavanjih v popoldanskih in večernih urah. Če ovrednotimo z ekonomskimi kriteriji samo majhen drobec, ki so ga zdravniki vložili v okviru SZD in ZV in ga je moč enostavno ekonomsko ovrednotiti, pridemo do presenetljivih rezultatov. Slovenski zdravniki smo namreč v 47 letih vložili v slovensko zdravstvo in v Slovenijo najmanj 25 milijonov mark. Pri tem pa je potrebno upoštevati tudi dejstvo, da smo pri vrednotenju vedno upoštevali najnižjo možno ceno. S prostovoljnim delom smo torej zdravniki doslej izdali za **26.359** strani besedil. Ocenjena vrednost tega dela pa je več kot **13 milijonov DEM**. Pri tem nismo upoštevali raznih posebnih publikacij (kongresnih zbornikov, knjižic »Knjižnice Zdrav Vestn«, t. i. »kartic«, ki so bile objavljane v ZV kot predhodnica bibliografski reviji Biomedicina Slovenica).

Pri delu SZD smo vrednotili le posamezne dejavnosti (zaradi pomanjkljive dokumentacije je izpuščeno ovrednotenje dela območnih in matičnih društev ter strokovnih sekcij kot so razne seje, simpoziji, strokovni sestanki in podobno). Tudi to delo je bilo opravljeno prostovoljno, večinoma v prostem času. Pri ocenjevanju se je znova upoštevalo najnižje urne postavke, a kljub temu je končni znesek kar **11,5 milijona DEM**. To je vsekakor veličastna številka za prostovoljno in neprofitno organizacijo, ki je v imenu svojega poslanstva naložila kapital v kulturno, strokovno in znanstveno delo. Ob tem ni nepomembno, da s strani družbe ta organizacija skoraj nikoli ni dobila pomembnejše podpore (niti moralne, kaj šele finančne). Še več, pogosto ji je bilo delo do skrajnosti oteženo. To delo je dokaz altruizma in pripadnosti slovenskih zdravnikov svojemu narodu.

V zadnjem času znova poslušamo očitke in zahteve gospodarstvenikov, da je nujno potrebno zmanjšati javno porabo. Ob sprejemanju proračunskega memoranduma skoraj ne mine dan, da ne bi kdo iz gospodarstva vso krivdo za gospodarske težave pripisal tako imenovanim negospodarskim dejavnostim, med

katere uvrščajo tudi zdravstvo. Zdravnikom očitajo, da zajemamo iz javnih financ prevelik delež s čimer naj bi »zažirali« gospodarstvo. Menim, da je čas, da tudi slovenski zdravniki jasno povemo, da zdravstvo in zdravniki nismo porabniki ampak soustvarjalci narodnega bogastva. Doslej svojega dela nismo ekonomsko ustrezno vrednotili in tako tudi nismo poznali svoje prave cene. Če pa se sami nismo dovolj cenili, ni pričakovati, da nas bodo cenili drugi. Temu gre verjetno pripisati, da smo zdravniki za našo državo, gospodarstvo in oblast tako malo vredni, da nas odriva na rob dogajanja. Ker prihajajo generacije, ki bodo skozi prizmo denarnih protivrednosti opravljale svoje delo, tako kot danes narekujejo zakonska izhodišča naše države, je zgodovinsko nujno in upravičeno, da odhajajoče generacije zdravnikov dokažejo in opravičijo svojo zgodovinsko prisotnost in bivanje. Ker smo slovenski zdravniki že do sedaj opravili častno in odgovorno izjemno delo, ne moremo ostati nemi pred časom in ljudmi. Prišel je torej čas, da izstavimo račun za svoje delo in si enkrat za vselej razjasnimo, ali smo res samo porabnik, ali pa smo morda s svojim delom in znanjem prispevali svoj delež k razvoju Slovenije. Če se lahko uspešnost upravljalca (managerja) ocenjuje s porastom dobička podjetja, tega merila za zdravnike in zdravstvene delavce seveda ne moremo uporabiti. Lahko pa bi ovrednotili, koliko je pridobilo slovensko gospodarstvo s tem, ko smo z uspešnim zdravljenjem zmanjševali število invalidov, skrajševali odsotnost z dela zaradi bolezni in s tem zviševali produktivnost gospodarstva, koliko smo privarčevali s skrajševanjem ležalnih dob ipd. A ocenjevanje vseh teh meril zahteva poglobljeno analizo. Tako naj zadošča zaenkrat le groba ocena vrednosti, ki smo jo slovenski zdravniki investirali prek SZD in ZV v lastno izobraževanje in razvoj zdravstva na Slovenskem. Že ta cena je veličastna.

Tako lahko slovenski zdravniki mirno in s ponosom odgovarjamo: zdravnik pozna svoj dolg in v bodoče ne bo varčeval z besedami, da pokaže svojo odgovornost, altruizem in poslanstvo v prostoru in času. Slovenski zdravnik tudi vedno bolj pozna svojo ceno!



e.g. Vsesenti *#brilica*

Vsem sodelavcem, prijateljem,
članom Slovenskega zdravniškega društva
in bralcem

Zdravniškega vestnika

želimo miren Božič
in uspehov v letu 1995

Vodstvo SZD

in

Uredništvo ZV

Uvodnik/Leading article

UVODNE MISLI GLAVNEGA IN ODGOVORNEGA UREDNIKA

Jože Drinovec, Martin Janko

Po šestih letih urejanja Zdravniškega vestnika (ZV) čutiva dolžnost, da napraviva kratko javno bilanco. V uredništvu smo želeli ohraniti visoko raven ZV ter jo še dvigniti in razvijati z najširšim soglasjem sprejeti koncept, ki vsebuje:

- zadovoljevanje strokovnih potreb slovenskega zdravništva,
- objavljanje strokovnih in raziskovalnih prispevkov slovenskih zdravnikov in s tem povezano mednarodno priznavanje slovenske medicine,

- pokrivanje intelektualnih, kulturnih in društvenih potreb najširšega kroga slovenskega zdravništva (1).

Zaradi objektivnih okoliščin je prihajalo do najrazličnejših stisk, zapletov, ki so bili spočetka predvsem finančne narave, s posledičnim združevanjem števil in zmanjšanim letnim obsegom ZV. Spontane zavzetosti za pisanje strokovnih člankov, pa tudi za poseganje v vprašanja zdravništva, medicine, družbe žal ni v izobilju. Več kot polovico piscev za prispevke v rednih številkah smo spodbudili v uredništvu, društveni del ZV se izjemno krči, celo poročila iz osrednjega društva, društev in sekcij so objavljena v drugih glasilih, ne v glasilu SZD. Žal v SZD in ZV nismo sposobni nagraditi pisanja prispevkov, kaj šele zelo strokovnega dela v uredništvu in društvu. Država s svojimi ustanovami pa je le gasila požar in delno pokrivala neposredne tehnične stroške, kot so tisk in vzdrževanje prostorov (2).

Ažurnost smo v ZV dosegli z rednim mesečnim izhajanjem revije in z objavljanjem »vročih« vesti na zelenih straneh, ki pa so izkoriščene le delno, čeprav objavljamo podrobne urnike in programe medicinskih prireditev brezplačno.

Z osamosvojitvijo Slovenije in oblikovanjem v državo je ZV izgubil zaledje bivše Jugoslavije kot ena od dveh ali treh najvišje ocenjenih medicinskih revij v Jugoslaviji. Z zaledjem 24 milijonov prebivalcev je bil vključen v naslednje mednarodne referenčne publikacije oz. računalniške informacijske mreže: Current Contents/Clinical Medicine, Excerpta Medica, Biological Abstracts, BIOSIS, Medlars. V letu 1993 so nas prenehali vključevati z rednimi številkami v Current Contents/Clinical Medicine, Excerpta Medica, prikazujejo nas le še s posameznimi številkami, kot je bila npr. nevrofiziološka. Zanje menijo, da so zanimive za širšo mednarodno javnost (3, 4). Že omenjeni sekundarni reviji pa sta vključili manj kvalitetne revije iz Ukrajine, Romunije, Nigerije in drugih držav, ki pa pokrivajo bistveno širšo populacijo. Ne vidiva rešitve v kratkem času. Potrebni bi 10 ali celo 20 let zavzetih prizadevanj za kvaliteto ZV, vključevanje izvornih prispevkov, tudi najbolj kvalitetnih prispevkov naših sodelavcev iz tujine, pisanje slovenskih zdravnikov, ki so se uveljavili v tujini, tudi v ZV, in vzpostavitev čim trdnjših vezi z vplivnimi strokovnjaki v tujini in mednarodnimi ustanovami (5).

Faktor vpliva (impact factor), ki temelji na citiranosti, se je po posrednih podatkih v zadnjih 5 letih povečal skoraj za 8-krat. Ob ne vključenosti v večino sekundarnih publikacij je ta uporaben praktično samo znotraj Slovenije.

Od leta 1991 računalniško spremljamo usodo člankov do objave. Od recenzentov zahtevamo poročilo v enem mesecu. Bistveno prekoračenje rokov ima za posledico črtanje ocenjevalca za prihodnje. Odgovorni urednik najprej prebere vsak članek sam in neustrezne ali slabo pripravljene članke z dobronamerno utemeljitvijo vrne pisecem v dodelavo. Večinoma so na novo pripravljene članki bistveno boljši. Šele formalno urejene članke pošiljamo v oceno recenzentom. Krog ocenjevalcev je vedno širši, vključuje vrhunske strokovnjake na svojih področjih, praviloma so to učitelji ali sodelavci na Medicinski fakulteti v Ljubljani, praktično iz vse Slovenije, občasno tudi iz tujine. Recenzenti zaslužijo vso pohvalo za skrbno opravljeno, pošteno in neplačano delo. V zelo redkih spornih primerih odloča odgovorni urednik. Izjemoma poišče drugega recenzenta.

Kar nekajkrat se je zgodilo, da sta recenzent in odgovorni urednik menila, da je prispevek zanimiv, a formalno povsem neustrezen. Praviloma je bila pomoč uredništva bodisi neposredna ali posredna, tako da smo pomagali najti sodelavca, ki je skupaj s piscem tudi oblikovno pripravil članek do objave.

Uredništvo želi oblikovati ZV v odprto revijo in to odprtost razume za soočanje rešitev, predlogov, alternativ, predvsem graditeljsko. Odprti želimo biti tudi za polemike, nestrinjanja, vendar za iskanje boljših poti, odpiranje perspektiv. Ne želimo pa biti mesto razprtij med zdravniki, nočemo vnašati strankarskih nasprotij, morebitnih generacijskih razkolov niti ne moremo popravljati zgodovinskih krivic. Trudili se bomo za povezovanje med Medicinsko fakulteto, KC in območnimi zdravstvenimi ustanovami, za povezovanje med akademsko in praktično medicino, med javnim in zasebnim zdravstvom, med vladnimi in obvladnimi institucijami, zadolženimi za medicino, in zdravniki. Prednost vidimo v skupnem interesu, pogosto za ceno kompromisov. To je in bo vidno v konceptu revije ZV in tudi v projektih, ki jih pripravljamo.

Viri

1. Uredništvo. Seja uredništva Zdravniškega vestnika. Zdrav Vestn 1993; 62: 543-3.
2. Janko M, Drinovec J. Poročilo uredništva Zdravniškega vestnika za leto 1993. Zdrav Vestn 1994; 63: 405-5.
3. Pismo Institute for Scientific Information z dne 30. julija 1993.
4. Pismo Excerpta Medica/Electronic Publishing Division z dne 15. oktobra 1993.
5. Garfield E. The relationship between citing and cited publications: A question of relatedness. Current Contents 1994; 17: 3-5.

Canesten[®] 1

klotrimazol



1 sama vaginaleta za
zdravljenje vaginalnih
mikoz

3 dnevno učinkovanje;
dodatek mlečne kisline
podpira terapijsko
delovanje

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



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Research article/Raziskovalni prispevek

THE INFLUENCE OF PELVIC SHAPE ON THE STRESS DISTRIBUTION ON THE ARTICULAR SURFACE OF THE HUMAN HIP JOINT

VPLIV OBLIKE MEDENICE NA PORAZDELITEV TLAKA V KOLČNEM SKLEPU

Aleš Iglič^{2,3}, France Srakar¹, Veronika Kralj-Iglič², Vane Antolič¹¹ Ortopedska klinika, Klinični center, Zaloška 9, 61105 Ljubljana² Inštitut za biofiziko, Medicinska fakulteta, Lipičeva 2, 61105 Ljubljana³ Fakulteta za elektrotehniko in računalništvo, Tržaška 25, 61000 Ljubljana

Arrived 1994-07-04, accepted 1994-08-24; ZDRAV VESTN 1994; 63: 727-8

Key words: *biomechanics; hip joint; stress; pelvic shape; mathematical modelling*

Abstract – Background. *It is commonly agreed that long-lasting high stress which affects the articular surface of the hip joint can accelerate already existing degenerative changes in the joint. In this paper, the influence of the pelvic shape on the stress distribution on the articular surface of the hip joint is studied.*

Methods. *A three-dimensional mathematical model was used in order to evaluate the contact stress on the articular surface of the human hip joint in one-legged stance for various pelvic configurations.*

Introduction

The ethiological reasons for primary arthrosis are biological as well as mechanical in nature. For example, the quality of the cartilage is an important factor determining the arthrosis development. Once the degeneration in the hip joint starts, the high stress affecting the articular surface most probably accelerates the degenerative process on the cartilage (1, 2). In secondary arthrosis, on the other hand, the high hip joint contact stress would be an ethiological factor per se. However, it has not yet been established whether the high stress on the hip joint articular surface can induce the process of arthrosis without previous damage to cartilage caused by biological and/or biochemical factors.

Up to now, much more attention has been paid to the influence of the femoral geometry on the stress on the articular surface of the hip joint (3, 4) than to the corresponding influence of the pelvic geometry. However, it has been indicated recently that the pelvic geometry may be important too (5). Therefore, this study is focused on the influence of the pelvic shape on the stress distribution on the articular surface of the hip joint.

Methods

In this study, the stress distribution on the articular surface of the hip joint (6) for different pelvic shapes was determined by three-dimensional model of the hip joint, which was described in detail elsewhere (7). In the model, the femoral head is presented by a sphere, and the acetabulum by a fraction of a spherical shell. The radius of the hip joint articular surface sphere (r) is taken to be the mean of the radii of the femoral head sphere and the acetabular shell. The weight bearing area is presented by a spherical fraction,

Ključne besede: *biomehanika; kolčni sklep; napetosti; oblika medenice; matematično modeliranje*

Results. *It was shown that the contact stress on the articular surface of the human hip is low for the pelvis with small interhip distance and high for the pelvis with great interhip distance.*

Conclusions. *On the basis of the results presented and the assumption that the high stress on the hip joint articular surface could accelerate the arthrosis development, we conclude that the pelvic shape with great interhip distance is unfavourable regarding the arthrosis development in the hip joint.*

which is limited on the lateral side by the intersection plane inclined for the ϑ_{CE} angle (centre-edge angle of Wiberg) in the lateral direction with respect to the sagittal plane (7).

While calculating the stress distribution on the articular surface of the hip joint, one must know the value of hip joint reaction force (R). The R value for different pelvic shapes was calculated using a static three-dimensional mathematical model of an adult human hip in one-legged stance (5, 8). In the model, different pelvic configurations were simulated by changing the reference coordinates of the muscle attachment points on the iliac bone taken from Dostal and Andrews (9) in the medio-lateral direction (δx) and by changing the reference interhip half distance $l = 8.45$ cm for δl (5). That way, four major characteristic pelvic shapes can be simulated: inclined ($\delta x < 0$), steep ($\delta x > 0$), narrow ($\delta l < 0$) and broad ($\delta l > 0$) pelvic shape (Figs. 1 and 2). The variation of the crista iliaca dimension of the model reference pelvis in the superior-inferior and anterior-posterior directions has very little effect on R , therefore it has not been considered in this study.

Results

It has been calculated (Fig. 1) that the variation of the reference interhip half distance (narrow, broad pelvis) has significant effect on the distribution of the stress on the hip joint articular surface. On the other hand, the variation of the crista iliaca dimension of the model pelvis in the medio-lateral direction (steep, inclined pelvis) has very little influence on the distribution of the stress on the hip joint articular surface. Fig. 1 shows that the maximal stress on the human hip joint articular surface (p_{max}) is increased significantly with increased interhip distance. The p_{max} value is only slightly increased with increased inclination of the crista iliaca (Fig. 2).

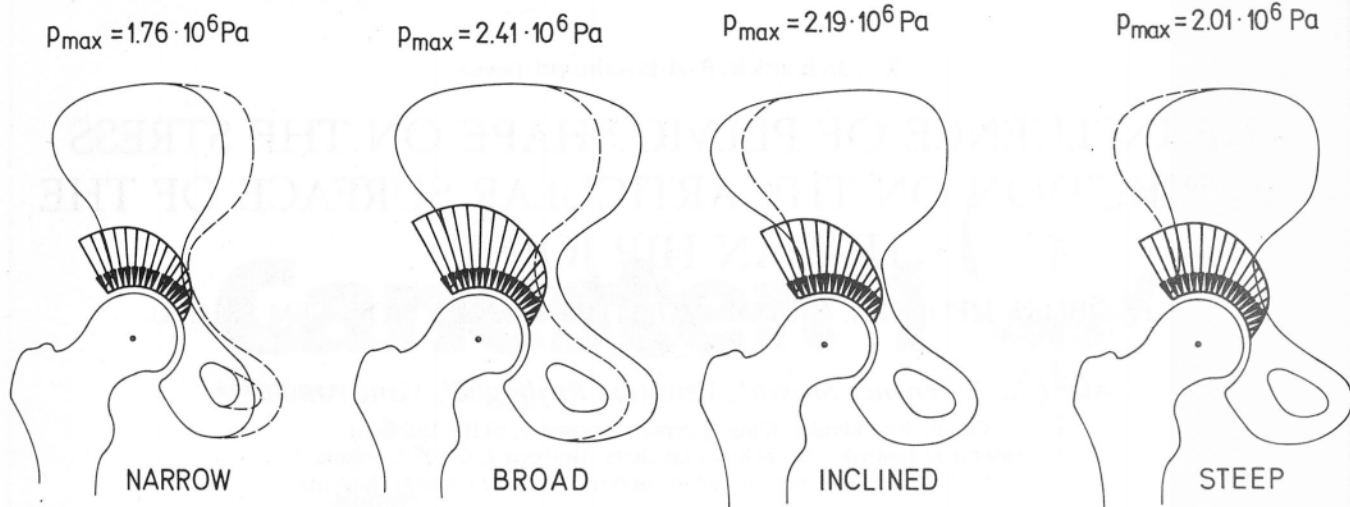


Fig. 1. The distribution and the corresponding maximal value (p_{max}) of stress on the human hip joint articular surface in the frontal plane of the body, calculated for the narrow ($\delta l = -2$ cm) and for the broad ($\delta l = 2$ cm) pelvis. Parameters used in the calculations are: $r = 2.5$ cm, $\vartheta_{CE} = 29^\circ$, $l = 8.45$ cm, $\delta x = 0$ and body weight $W_B = 800$ N. The frontal plane is defined as the plane passing through both femoral head centers. The length of the arrow presents the stress value at the particular point.

Sl. 1. Porazdelitev in ustrezna maksimalna vrednost kolčnega sklepnega tlaka v frontalni ravnini telesa, izračunanega za ozko ($\delta l = -2$ cm) in široko ($\delta l = 2$ cm) medenico. Parametri, uporabljeni v izračunih, so: $r = 2,5$ cm, $\vartheta_{CE} = 29^\circ$, $l = 8,45$ cm, $\delta x = 0$ in sila teže $W_B = 800$ N. Frontalna ravnina je definirana kot ravnina, ki gre skozi središči glav obeh femurjev. Dolžina puščice predstavlja vrednost tlaka v posamezni točki.

Conclusions

It has been established that the peak stress on the human hip joint articular surface is low for the pelvis with small interhip distance and high for the pelvis with great interhip distance. Further, it has been established that the inclination of the christa iliaca has very little influence on the stress distribution on the articular surface of the human hip joint. On the basis of the results presented and the assumption that the high stress on the hip joint articular surface could accelerate the degenerative changes in the joint, we conclude that the pelvic shape with great interhip distance is unfavourable regarding the progression of arthrosis.

Izvelek – Izhodišča. Visok tlak v kolčni sklepni površini pospešuje razvoj že obstoječih degenerativnih procesov v sklepu. V preteklosti so posvečali pozornost predvsem vplivu oblike femurja na porazdelitev tlaka v kolčni sklepni površini. Ker pa je bilo pred kratkim pokazano, da je oblika medenice tudi lahko pomembna, smo v tem delu študirali vpliv oblike medenice na porazdelitev in velikost tlaka v kolčni sklepni površini.

Metode. Da bi ocenili porazdelitev tlaka v kolčni sklepni površini, smo razvili trodimenzionalni model kolčne sklepne površine. V modelu smo predpostavili, da je kolčna sklepna površina sferična. Upoštevali smo, da je integral tlaka po sklepni površini enak kolčni reakcijski sili, ki smo jo izračunali za različne oblike medenice s

Fig. 2. The distribution and the corresponding maximal value (p_{max}) of stress in the human hip joint articular surface in the frontal plane of the body, calculated for the inclined ($\delta x = -2$ cm) and for the steep ($\delta x = 2$ cm) pelvis. Parameters used in calculations are: $r = 2.5$ cm, $\vartheta_{CE} = 29^\circ$, $l = 8.45$ cm, $\delta l = 0$ and body weight $W_B = 800$ N.

Sl. 2. Porazdelitev in ustrezna maksimalna vrednost kolčnega sklepnega tlaka v frontalni ravnini telesa, izračunanega za nagnjeno ($\delta x = -2$ cm) in strmo ($\delta x = 2$ cm) medenico. Parametri, uporabljeni v izračunih, so: $r = 2,5$ cm, $\vartheta_{CE} = 29^\circ$, $l = 8,45$ cm, $\delta l = 0$ in sila teže $W_B = 800$ N.

References

1. Troyer H. Experimental models of osteoarthritis review. *Semin Arthritis Rheum* 1982; 11: 362–74.
2. Hodge WA, Carlson KL, Fijan RS, Burgess RG, Riley PO, Harris WH, Mann RW. Contact pressures from an instrumented hip endoprosthesis. *J Joint Bone Surg* 1989; 71-A: 1378–86.
3. Brand RA, Pedersen DR. Computer modeling of surgery and a consideration of the mechanical effects of proximal femoral osteotomies. In: Welch RB ed. *Proceedings of the 12th Open Scientific Meeting of the Hip Society*, St. Louis: Mosby, 1984: 193–210.
4. Kummer B. Die klinische Relevanz biomechanischer Analysen der Hüftregion. *Z Orthop* 1991; 129: 285–94.
5. Igljić A, Srakar F, Antolić V. Influence of the pelvic shape on the biomechanical status of the hip. *Clin Biomech* 1993; 8: 223–4.
6. Brinckmann P, Frobin W, Hierholzer E. Stress on the articular surface of the hip joint in healthy adults and persons with idiopathic osteoarthritis of the hip joint. *J Biomechanics* 1981; 14: 149–56.
7. Igljić A, Kralj-Igljić V, Antolić V, Srakar F, Stanić U. Effect of the periacetabular osteotomy on the stress on the human hip joint articular surface. *IEEE Trans Rehab Eng* 1993; 1: 207–12.
8. Igljić A, Antolić V, Srakar F. Biomechanical analysis of various operative hip joint rotation center shifts. *Arch Orthop Trauma. Surg* 1993; 112: 124–6.
9. Dostal WF, Andrews JG. A three-dimensional biomechanical model of the hip musculature. *J Biomechanics* 1981; 14: 803–12.

pomočjo trodimenzionalnega matematičnega modela kolka v položaju stoje na eni nogi.

Rezultati. Pokazali smo, da je maksimalni tlak v kolčni sklepni površini majhen pri medenicah z majhno medkolčno razdaljo in velik pri medenicah z veliko medkolčno razdaljo. Prav tako smo pokazali, da ima nagnjenost medeničnega loka zelo majhen vpliv na porazdelitev in velikost tlaka v kolčni sklepni površini.

Zaključki. Na osnovi prikazanih rezultatov in ob predpostavki, da visok tlak v kolčni sklepni površini neugodno vpliva na razvoj artroze v kolku, sklepamo, da je za razvoj artroze v kolku neugodno, če ima oseba veliko medkolčno razdaljo.

Strokovni prispevek/Professional article

OCENJEVANJE FUNKCIJE AVTONOMNEGA ŽIVČEVJA PRI ČLOVEKU

VI. SPEKTRALNA ANALIZA VARIABILNOSTI SRČNE FREKVENCE PRI BOLNIKI S SUBARAHNOIDNO KRVAVITVIJO*

ASSESSMENT OF HUMAN AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM FUNCTION
V. SPECTRAL ANALYSIS OF HEART RATE VARIABILITY IN SUBARACHNOID HEMORRHAGE PATIENTS

Viktor Švigelj

Univerzitetna nevrološka klinika, Klinični center, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-02-01, sprejeto 1994-10-12; ZDRAV VESTN 1994; 63: 729–32

Ključne besede: *avtonomna disfunkcija; spektralna analiza; subarahnoidna krvavitev*

Key words: *autonomic dysfunction; spectral analysis; subarachnoid hemorrhage*

Izveček – Izhodišča. Pri bolnikih s subarahnoidno krvavitvijo pogosto ugotavljamo spremembe v elektrokardiogramu. Te spremembe so verjetno cerebralno pogojene, vendar mehanizem ni jasen. V študiji smo želeli oceniti vlogo avtonomnega živčevja pri nastanku teh sprememb s pomočjo spektralne analize variabilnosti srčne frekvence.

Abstract – Background. Subarachnoid hemorrhage may be associated with cardiac abnormalities, including arrhythmias and other electrocardiographic changes. The mechanism still remains obscure. The aim of our study was to assess with spectral analysis of heart rate variability, the role of the autonomic nervous system in provoking such abnormalities.

Metode. Pri skupini 21 bolnikov s subarahnoidno krvavitvijo (starib od 23–60 let) smo enkrat dnevno v prvem tednu in po več kot 60 dneh po krvavitvi snemali enokanalni EKG za spektralno analizo variabilnosti srčne frekvence. Rezultate spektralne analize v prvem tednu po krvavitvi smo primerjali s tistimi po 60 dneh in z rezultati zdravih, po spolu in starosti enakih preiskovancev.

Methods. In 21 subarachnoid hemorrhage patients (23 to 60 years old), one-channel computer-based electrocardiogram was daily recorded for spectral analysis of heart rate variability within the first week and after a period of no less than 60 days after hemorrhage. The results of spectral analysis obtained during the first week after hemorrhage were compared with those obtained from age and gender matched group of healthy volunteers, as well as with those recorded in patients at least 60 days later.

Rezultati. Spektralna analiza variabilnosti srčne frekvence ni pokazala simpatične hiperaktivnosti, temveč nasprotno, kot smo pričakovali, statistično pomemben preboden porast parasimpatične aktivnosti 4. do 6. dne po nenadnem nastopu bolezni ($p < 0,03$) glede na kontrolno preiskavo po več kot 60 dneh po krvavitvi. Tudi v primerjavi s kontrolno skupino smo našli statistično pomembno hiperaktivnost parasimpatika 4. do 6. dne po subarahnoidni krvavitvi ($p < 0,04$).

Results. Spectral analysis of heart rate variability did not reveal sympathetic hyperactivity, but contrary to expectations, a statistically significant vagal hyperactivity on days 4 to 6 after the incident, when compared to results obtained both after more than 60 days later ($p < 0.03$) and in the control group ($p < 0.04$).

Zaključki. V študiji smo ugotovili prehodno parasimpatično hiperaktivnost, ki se je pojavila nekaj dni po krvavitvi, nismo pa ugotovili pričakovanega pojava pomembne simpatične hiperaktivnosti takoj po krvavitvi.

Conclusions. In this study transient vagal hyperactivity several days after the subarachnoid hemorrhage was found, contrary to an expected significant sympathetic hyperactivity immediately after the hemorrhage.

Uvod

Avtonomno živčevje in endokrine žleze skupaj pomagajo vzdrževati homeostazo v organizmu in uravnati življenjsko pomembne funkcije. Na srce delujeta tako simpatični kot parasimpatični sistem. Delovanje srca mora biti enakomerno, ritmično, saj je le tako zagotovljena največja funkcionalnost.

Pri nastanku motenj srčnega ritma, ki sicer lahko nastanejo tudi intrinzično v okvarjeni srčni mišici sami, je vpleteno tudi centralno živčevje. Pred skoraj petdesetimi leti so prvič opazovali spremembe v elektrokardiogramu (EKG) bolnikov s cerebrovaskularnimi boleznimi (1), prvi pa so jih sistematično analizirali Burch in sodelavci (2) nekaj let kasneje. Vzroki za nastanek teh sprememb niso popolnoma jasni. V literaturi najdemo trditve, da so

* Raziskavo je financiral Republiški sekretariat za raziskovalno dejavnost in tehnologijo, št. pogodbe F3-0564-323. Članek je povzeta po magistrskem delu z naslovom 'Nekateri parametri funkcije avtonomnega živčevja pri bolnikih s subarahnoidno krvavitvijo', ki je bilo obranjeno 26. 11. 1993 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Mentor je bil dr. Tomaž Kiauta, dr. med., zn. sodelavec. V komisiji so bili: prof. dr. Boris Klun, prof. dr. Dušan Šuput in doc. dr. Tomaž Pogačnik. Magistrsko delo obsega 88 strani, ima 7 poglavij in 2 priloge, 32 slik, 13 tabel in 81 referenc.

take spremembe pri bolnikih s cerebrovaskularnimi boleznimi lahko tudi posledica motnje v regulacijskem delovanju avtonomnega živčevja (3). EKG spremembe so verjetno le prehodne funkcionalne motnje, kar trdijo v svoji študiji Grad in sod. (4), saj so jih opazovali le v prvem tednu po nastopu simptomatike.

Pri nevrološki preiskavi avtonomnemu živčevju navadno posvečamo malo pozornosti. Največkrat se omejimo le na pregled zeničnih reakcij, čeprav je na voljo več kvalitativnih ali semikvantitativnih preskusov za oceno funkcije avtonomnega živčevja. Spektralna analiza variabilnosti srčne frekvence (SAVSF) pa je metoda, s katero lahko kvantitativno in neinvazivno ocenjujemo delovanje kratkoročnih kardiovaskularnih mehanizmov (5) pri tistih kliničnih stanjih, kjer pričakujemo spremenjeno simpatikovagalno ravnovesje (6–9). Temelji na dejstvu, da pri zdravem človeku frekvenca srca ni konstantna, ampak se s časom spreminja. S frekvenco, ki je enaka frekvenci dihanja, niha okoli povprečne frekvence srca, na to nihanje pa se superponirajo še druga nižjefrekvenčna nihanja, ki so posledica delovanja baroreceptorjev in termoregulacije. Amplitudni spektri nam dajo informacijo o amplitudah teh nihanj.

Ker pri bolnikih, ki so imeli subarahnoidno krvavitev (SAH), pogosto ugotavljamo spremembe v EKG, smo študijo posvetili proučevanju delovanja avtonomnega živčevja v teh patoloških razmerah z računalniško podprto metodo SAVSF v prvem tednu po začetku bolezni.

Bolniki in metode dela

V študijo smo vključili 21 bolnikov, ki so imeli SAH in so bili sprejeti v prvih 24 urah po nastopu krvavitve. Do incidenta so bili zdravi. To pomeni, da niso navajali nobenih simptomov poprejšnjih bolezni, ki bi lahko vplivale na verodostojnost dobljenih rezultatov (npr. sladkorna bolezen, alkoholizem, Parkinsonova bolezen, arterijska hipertenzija, poškodba glave, druge nevrološke bolezni, predvsem avtonomnega živčevja, itd.). V EKG-ju so imeli sinusni ritem in izmerili smo jim normalen krvni tlak. Diagnozo SAH smo potrdili z anamnezo (nenaden, hud glavobol, ki je persistiral, izguba zavesti, navzea, bruhanje), kliničnim nevrološkim pregledom (ocena po skali Hunta in Hessa [10]) ter rezultati neinvazivnih (računalniška tomografija možganov) in invazivnih preiskav (lumbarna punkcija, angiografska preiskava možganskega žilja). Po natančnem nevrološkem pregledu in predvidenih diagnostičnih postopkih smo v prvih 24 urah po nastopu krvavitve ter nato vsak dan v prvem tednu ležečim bolnikom posneli enokanalni šestminutni EKG za SAVSF prek analogno-digitalnega pretvornika Burr-Brown PCI-20089W-1 Analog Input Board z ločljivostjo 12 bitov, ki je elektrokardiografske krivulje pretvarjal v binarno obliko in jih shranjeval na trdi disk IBM PC-AT kompatibilnega mikroročunalnika za kasnejšo analizo. S posebnim programom smo pozneje izračunali intervale R-R ter z metodo Fourierjeve transformacije (FFT) izračunali posamezne amplitudne spektre. Kvantitativno smo vrednotili rezultate SAVSF z izračunom integralov nizkofrekvenčnega pasu (NFP) v območju od 0,001 do 0,05 Hz, srednjefrekvenčnega pasu (SFP) v območju od 0,05 do 0,15 Hz ter visokofrekvenčnega pasu (VFP) v območju od 0,15 do 0,45 Hz. Tako smo dobili kvantitativno informacijo o tonusu vagusa in o tem, kakšen delež h kratkoročni kardiovaskularni kontroli prispeva simpatično, kakšen pa parasimpatično živčevje.

Enkrat dnevno v prvem tednu po nastopu krvavitve smo tudi rutinsko spremljali koncentracijo serumskega kalija, kar je pomembno zaradi pravočasne korekcije elektrolitskega iztirjanja, ki ga pogosto opažamo pri bolnikih s SAH in ki lahko tudi vodi v motnje ritma srca (11). Pri naših preiskovancih so bile vrednosti v mejah normale, kar je bil tudi predpogoj za vključitev v študijo. Vse preiskave smo ponovili po več kot 60 dneh po krvavitvi. Dva bolnika se iz neznanega razloga nista javila na kontrolni pregled. Kontrolno skupino so sestavljali po starosti in spolu enaki zdravi prostovoljci. Z računalnikom smo jim posneli šestminutni enokanalni EKG leže in izračunali SAVSF.

Numerični rezultati, ki smo jih dobili pri SAVFS, niso bili normalno porazdeljeni, zato smo pri statistični analizi uporabili neparametrični Wilcoxonov test predznačenih rangov.

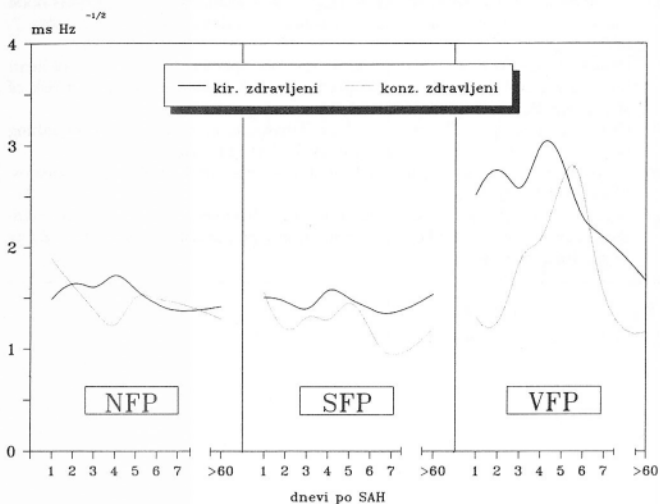
Upoštevali smo načela Kodeksa medicinske deontologije Slovenije in Helsinško-tokijsko-beneške deklaracije (dopis Komisije za medicinskoetična vprašanja Republike Slovenije z dne 10. 5. 1991 št. 81/91).

Rezultati

Deset moških in 11 žensk, starih 43 ± 9 let (23–60 let), je sestavljalo preiskovano skupino, kontrolno skupino pa 21 po spolu in starosti enakih zdravih prostovoljcev. Petnajst bolnikov, starih 39 ± 7 let, je bilo zaradi angiografsko dokazane anevrizme na eni ali več cerebralnih arterijah kirurško zdravljenih. Šest bolnikov, starih 52 ± 6 let, pa smo zdravili konzervativno, ker pri njih nismo dokazali anevrizme. Skupini se po starosti značilno razlikujeta ($p < 0,001$). Pri 21 bolnikih v prvem tednu po incidentu in 19 bolnikih po več kot 60 dneh po krvavitvi smo snemali enokanalni EKG z mikroročunalnikom in s pomočjo FFT izračunali amplitudne spektre. Rezultate medianih vrednosti integralov posameznih amplitudnih spektrov kaže slika 1. Statistično značilna je razlika v VFP pri bolnikih v prvem tednu v primerjavi s kontrolno skupino ($p < 0,04$), in sicer od četrtega do šestega dne, prav tako pa je značilna razlika v VFP v prvem tednu (4. do 6. dan) in po več kot 60 dneh po krvavitvi ($p < 0,03$). Pri NFP in SFP pa nismo našli statistično značilne razlike v prvem tednu in po več kot 60 dneh po krvavitvi, kot tudi ne v primerjavi s kontrolno skupino. Primerjali smo tudi mediane integralov amplitudnih spektrov med kirurško in konzervativno zdravljenimi bolniki v prvem tednu in po več kot 60 dneh po krvavitvi. Statistično značilne razlike med tema dvema skupinama nismo našli. Rezultate medianih vrednosti integralov amplitudnih spektrov kaže slika 2.

Razpravljanje

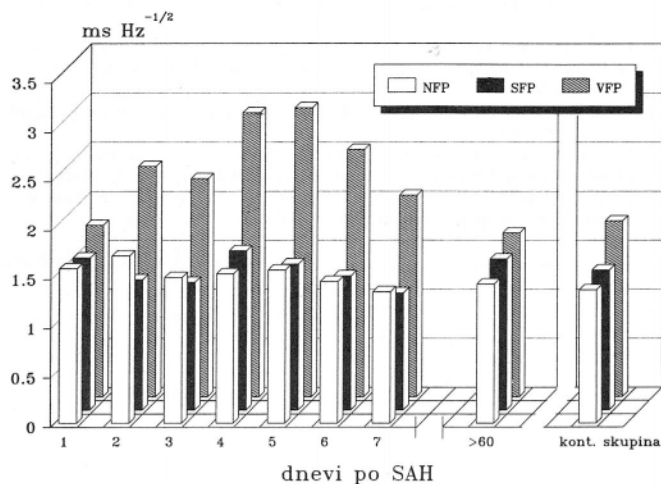
Neinvazivni pristop k ugotavljanju avtonomne živčne kontrole srčne aktivnosti, takšna je npr. SAVSF, lahko nudi določene informacije o patogenezi nastanka EKG abnormnosti pri bolnikih s SAH. Z metodo SAVSF ne moremo simpatične aktivnosti ločiti od parasimpatične, ampak lahko proučujemo le parasimpatično aktivnost in ravnovesje med njima (5–8, 12). Nekateri avtorji (13–15) namesto o treh pasovih govorijo le o dveh in NFP ter SFP združujejo v en sam NFP, vendar smo se v svoji študiji odločili, da ocenjujemo vse tri frekvenčne pasove. VFP, ki odraža delovanje parasimpatika, kaže (sl. 1) na statistično pomemben prehodni porast parasimpatične aktivnosti 4. do 6. dne po nastopu SAH v primerjavi s kontrolno skupino ($p < 0,04$) in tudi v primerjavi z rezultati, dobljenimi po več kot 60 dneh po krvavitvi ($p < 0,03$). Statistično pomembnih razlik (sl. 1) v NFP in SFP v prvem tednu in po več kot 60 dneh po krvavitvi nismo našli ($p > 0,05$), prav tako nismo našli statistično pomembnih razlik med bolniki s SAH in kontrolno skupino ($p > 0,05$). Glede na literaturo (3, 15) smo pričakovali porast simpatične, ne pa prehodni porast parasimpatične aktivnosti. Morda je vzrok nevrokirurški poseg. Statistično značilne razlike v aktivnosti parasimpatika med kirurško in konzervativno zdravljenimi bolniki (sl. 2) sicer nismo našli, vendar menimo, da je vzorec skupine konzervativno zdravljenih bolnikov s SAH premajhen, da bi bila ta statistična ocena povsem zanesljiva. Page in sod. (16) opisujejo EKG spremembe pri bolnikih s SAH, in sicer so našli več bradikardije pri tistih bolnikih, ki so imeli klinično blažjo obliko SAH (brez motene zavesti ali nevroloških izpadov). Sklepali so, da so EKG spremembe odvisne od resnosti klinične slike in da pri blažji obliki prevladuje aktivnost parasimpatika. Študiji nista primerljivi, saj so avtorji ocenjevali le EKG spremembe ob sprejemu, kjer pa tudi mi nismo našli statistično



Sl. 1. Mediane integralov amplitudnih spektrov frekvenčnih območij 0,001–0,05 Hz (NFP), 0,05–0,15 Hz (SFP) in 0,15–0,45 Hz (VFP) v prvem tednu po SAH (21 bolnikov) in po več kot 60 dneh po krvavitvi (19 bolnikov).

Fig. 1. Medians of amplitude spectra of frequency bands 0.001–0.05 Hz (NFP), 0.05–0.15 Hz (SFP) and 0.15–0.45 Hz (VFP) within first week after SAH (21 patients) and not less than 60 days after the hemorrhage (19 patients).

EKG – elektrokardiogram
SAH – subarahnoidna krvavitev
FFT – hitra Fourierjeva transformacija



Sl. 2. Mediane integralov amplitudnih spektrov pri kirurško in konzervativno zdravljenih bolnikih v prvem tednu po SAH in po več kot 60 dneh po krvavitvi.

Fig. 2. Medians of amplitude spectra in surgically and conservatively treated patients within the first week after SAH and not less than 60 days after the hemorrhage.

SAVSF – spektralna analiza variabilnosti srčne frekvence
NFP – nizkofrekvenčni pas
SFP – srednjefrekvenčni pas
VFP – visokofrekvenčni pas

pomembnih razlik. Spremembe v EKG, ki smo jih ugotovili v študiji, so bile prehodne in funkcionalne, kar so ugotovili tudi Grad in sod. (4) s klasičnim 12-kanalnim EKG snemanjem.

V literaturi (12, 17–21) zasledimo podatek, da s staranjem postaja srčna akcija vse bolj ritmična ter da se površina pod spektralnimi pasovi manjša. Spreminjalo naj bi se tudi razmerje med posameznimi pasovi, in sicer naj bi v mladosti prevladoval tonus parasimpatika, v starosti pa tonus simpatika. V naši študiji so bili kirurško zdravljeni bolniki mlajši in bi torej pričakovali, da bo pri njih prevladoval tonus parasimpatika, pri konzervativno zdravljenih pa tonus simpatika, vendar nismo ugotovili statistično značilnih razlik v aktivnosti avtonomnega živčevja med obema skupinama. Tudi dinamika posameznih spektralnih pasov se ni statistično razlikovala niti v prvem tednu po SAH niti po več kot 60 dneh po krvavitvi (sl. 2).

Seveda pa so lahko vzroki za spremembo v aktivnosti avtonomnega živčevja tudi v drugih spremljajočih pojavih ob SAH, npr. zaradi ležanja. Splošno je znano, da dolgotrajno ležanje povzroči spremembe v aktivnosti vegetativnega živčevja.

Zanimivo je, da nam v literaturi ni uspelo najti podatkov o tem. Tudi sicer mislimo, da bi nam bili podatki o vplivu ležanja pri zdravih preiskovancih bolj malo v pomoč, saj ne bi upoštevali vpliva drugih pomembnih, čeprav nemerljivih dejavnikov, ki so povezani z bivanjem v bolnišnici: strah, bolečina, moten dnevni ritem itd. Tudi kontrolna skupina, sestavljena iz bolnikov, ki so prisiljeni ležati iz drugih vzrokov, nam ne bi bila v pomoč, saj bi zopet delovali drugi dejavniki. Menimo, da teh dejavnikov nikakor ne moremo izključiti iz našega razmišljanja, čeprav so za sedaj našim meritvam nedostopni. Zato se v našem delu omejujemo le na opis aktivnosti avtonomnega živčevja, vzročne povezave med posameznimi dejavniki, ki lahko vplivajo na aktivnost avtonomnega živčevja (ležanje, bolečina, sprememba dnevnega ritma, strah itd.), pa ostajajo neznane.

Sklepi

S SAVSF, ki je občutljiva, ponovljiva, neinvazivna in kvantitativna metoda za oceno delovanja avtonomnega živčevja, smo ugotovili, da pri lažjih bolnikih s SAH nekaj dni po začetku bolezni prehodno značilno naraste aktivnost parasimpatika. Nismo pa našli pričakovane hiperaktivnosti simpatika.

Literatura

- Byer E et al. Am Heart J 1947; citirano v: Vaisrub S. Brain and heart – the autonomic connection. JAMA 1975; 234: 959–9.
- Burch GE, Meyers R, Abildskov JA. A new electrocardiographic pattern observed in cerebrovascular accidents. Circulation 1954; 9: 719–23.
- Schwartz PJ, Malliani A. Electrical alternation of the T-wave: clinical and experimental evidence of its relationship with the sympathetic nervous system and with the long Q-T syndrome. Am Heart J 1975; 89: 45–50.
- Grad A, Kiauta T, Osredkar J. Effect of elevated plasma norepinephrine on electrocardiographic changes in subarachnoid hemorrhage. Stroke 1991; 22: 746–9.
- Akselrod S. Spectral analysis of fluctuations in cardiovascular parameters: a quantitative tool for the investigation of autonomic control. TIPS 1988; 9: 6–9.
- Kiauta T, Šega S, Grad A. Ocenjevanje funkcije avtonomnega živčevja pri človeku. I. Kardiovaskularni testi in spektralna analiza. Zdrav Vestn 1990; 59: 255–9.
- Kiauta T, Jager F. Ocenjevanje funkcije avtonomnega živčevja pri človeku. II. Temelji spektralne analize variabilnosti srčne frekvence. Zdrav Vestn 1990; 59: 305–7.
- Kiauta T, Jager F, Bjelogrič Z, Šega S, Grad A. Personal computer-based analysis of heart rate fluctuations in human subjects. Computers in cardiology, Long Beach, California: Proc IEEE Comput Cardiol 1989: 407–10.
- De Boer RW, Karemaker JM, Strackee J. Description of heart rate variability data in accordance with a physiological model for the genesis of heartbeats. Psychophysiology 1985; 22: 147–55.
- Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. J Neurosurg 1986; 28: 14–9.
- Di Pasquale G, Pinelli G, Andreoli A, Manini G, Grazi P, Tognetti F. Holter detection of cardiac arrhythmias in intracranial subarachnoid hemorrhage. Am J Cardiol 1987; 59: 596–600.

12. Šega S, Jager F, Kiauta T. A comparison of cardiovascular reflex tests and spectral analysis of heart rate variability in healthy subjects. *Clin Auton Res* 1993; 3: 175-82.
13. Pomeranz B, Macaulay RJB, Caudill MA, Kutz I, Adam D, Gordon D. Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis. *Am J Physiol* 1985; 9: 6-9.
14. Natelson BH. Neurocardiology. An interdisciplinary area for the 80s. *Arch Neurol* 1985; 42: 178-84.
15. Malliani A, Pagani M, Lombardi F, Cerutti S. Clinical and experimental appraisal of symptho-vagal interaction. New trends in arrhythmias 1989; 5: 99-105.
16. Page A, Boulard G, Guerin J. Anomalies electrocardiographiques au cours des hemorrhagies sous-arachnoidiennes. *Arch Mal Coeur* 1983; 76: 1031-8.
17. De Marneffe M, Jacobs P, Haardt R, Englert M. Variations of normal sinus node function in relation to age: role of autonomic influence. *Eur Heart J* 1986; 7: 662-72.
18. Lipsitz LA, Mietus J, Moody GB, Goldberger AL. Spectral characteristics of heart rate variability before and during postural tilt. Relations to aging and risk of syncope. *Circulation* 1990; 81: 1803-10.
19. Hirsch JA, Bishop B. Respiratory sinus arrhythmia in humans: how breathing pattern modulates heart rate. *Am J Physiol* 1981; 241: H620-9.
20. Simpson DM, Wicks R. Spectral analysis of heart rate variability in elderly persons. *J Gerontol* 1988; 43: M21-4.
21. Šega S. Ocenjevanje funkcije avtonomnega živčevja pri človeku. III. Standardizacija nekaterih kardiocirkulatornih testov pri zdravih preiskovancih. *Zdrav Vestn* 1992; 611: 3-6.

V tej številki so sodelovali:

mag. Vane Antolič, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana
 asist. Maja Arnež, dr. med., specialistka pediaterinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 Branimir Bem, dr. med., specialist anesteziolog, SB Izola
 prof. dr. Peter Borisov, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ljubljana
 Ljuba Černe, dr. med., specialistka anesteziologinja, SB Izola
 doc. dr. Milan Čižman, dr. med., specialist pediater in specialist infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, KRKA Ljubljana
 asist. mag. Aleš Iglič, dipl. ing. fizike, Inštitut za biofiziko, MF Ljubljana in Fakulteta za elektrotehniko in računalništvo Ljubljana
 asist. dr. Alojz Ihan, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 prof. dr. Martin Janko, dr. med., Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana
 prim. Pavla Jerina-Lah, dr. med., Ljubljana
 mag. Irena Klavs, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Peter Kobler, dr. med., specialist infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 asist. dr. Veronika Kralj-Iglič, dipl. ing. fizike, Inštitut za biofiziko, MF Ljubljana
 Lidija Kristančič, dipl. ing. org. dela, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Evita Leskovšek, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 prof. dr. Marica Marolt-Gomišček, dr. med., specialistka internistka in infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 asist. Mojca Matičič, dr. med., specialistka internistka, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

prof. dr. Ivan Matko, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 asist. Igor Muzlovič, dr. med., specialist internist, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 Luka Pintar, dr. med., specialist pediater, Ljubljana
 prim. Dunja Piškur-Kosmač, dr. med., Ministrstvo za zdravstvo Ljubljana
 prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., specialist higijene, Inštitut za higieno, MF Ljubljana
 mag. Mario Poljak, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZD Nova Gorica
 Andreja Ramšak, dipl. biol., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 Barbara Rus, absol. med., MF Ljubljana
 prof. dr. France Srakar, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana
 mag. Viktor Švigelj, dr. med., specializant nevrologije, Nevrološka klinika, KC Ljubljana
 mag. Iztok Takač, dr. med., SB Maribor
 mag. Janez Tomažič, dr. med., specialist internist, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 asist. dr. Martin Tonin, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 Darinka Trinkaus, dr. med., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 Matjaž Veselko, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 asist. prim. Ludvik Vidmar, dr. med., specialist internist in specialist infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 prof. dr. David B. Vodušek, dr. med., specialist nevrolog, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana
 Dubravka Vodušek, dr. med., specialistka anesteziologinja, SB Izola

Strokovni prispevek/Professional article

SINDROM TRENJA ILIOTIBIALNE VEZI

ILIOTIBIAL BAND FRICTION SYNDROME

Martin Tonin¹, Matjaž Veselko¹, Barbara Rus²¹ Travmatološka klinika Ljubljana, Zaloška 7, 61000 Ljubljana² Medicinska fakulteta Ljubljana, Vrazov trg 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1994-05-20, sprejeto 1994-08-21; ZDRAV VESTN 1994; 63: 733-4

Gljučne besede: iliotibialna vez; kolenski sklep; poškodba**Key words:** iliotibial band; knee joint; trauma

Izvleček – Izhodišča. Sindrom trenja iliotibialne vezi je stanje preobremenjenosti iliotibialne vezi pri športnikih. Značilna je bolečina zunanega predela kolenskega sklepa, navadno v predelu lateralnega femoralnega kondila. Posebno intenzivna je pri teku na daljše razdalje in pogostejša pri teku po strmini navzdol, kjer dela športnik dolge korake.

Abstract – Background. Iliotibial band friction syndrome is a condition resulting from heavy strain to iliotibial band in athletes. The most significant sign is pain in the exterior knee joint, usually in the area of lateral femoral condyle. The pain is most intense when running long distances, and it occurs more frequently when running downhill because the steps are longer than.

Zaključki. V letu 1994 smo v Ambulanti za športne poškodbe Travmatološke klinike v Ljubljani obravnavali primer 21-letne atletinje, tekačice na dolge proge, kjer smo klinično ugotovili sindrom trenja iliotibialne vezi v desnem kolenu, ki se je po osemtedenskem konservativnem zdravljenju zopet pričela ukvarjati s športno dejavnostjo.

Conclusions. In 1994, the Ljubljana Trauma Clinic Sports Department treated a 21-year old female athlete, a longdistance runner. Iliotibial band friction syndrome in the right knee was established clinically. After an eight-week conservative treatment she was running again.

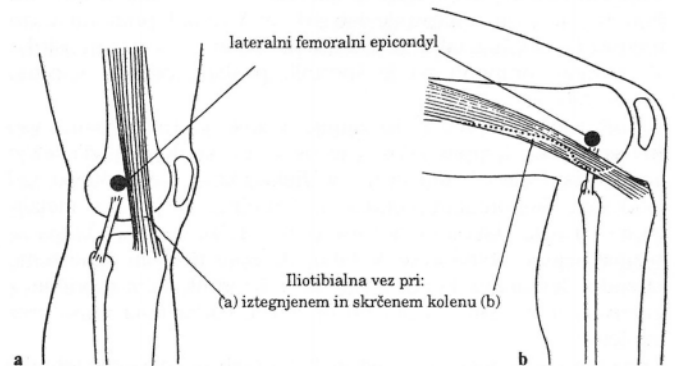
Uvod

Sindrom trenja iliotibialne vezi je stanje preobremenjenosti iliotibialne vezi pri tekačih na dolge proge, redkeje pri kolesarjih in plavalcih. Značilna je vnetna reakcija z bolečino, ki nastane zaradi trenja iliotibialne vezi ob spodaj ležeči lateralni femoralni kondil in je posebno intenzivna pri teku na daljše razdalje in pogostejša pri teku po strmini navzdol. Bolečina se lahko tako stopnjuje, da ovira oz. onemogoča že normalno hojo.

Iliotibialna vez je zadebelitev fascije late, ki jo ojačuje fibrozna plošča. Sega od spine iliake anterior superior, skupaj z m. tensor fasciae latae, do grče na lateralnem tibialnem kondilu, t.i. Gerdyjev tuberkel. V spodnjem delu se vlakna iliotibialne vezi razdelijo v tri snope: sprednji, vmesni in zadajšnji. Sprednja vlakna se združijo z lateralnim retinakulom pogačice, zadnja pa se pridružijo vlaknom, ki potekajo od m. biceps femoris v fascijo cruralis. Vmesna vlakna »trifurkacije« potekajo distalno prek kolenskega sklepa in se pripenjajo anterolateralno na Gerdyjev tuberkel. Nad kolenskim sklepom čvrste vezivne niti, t. i. Kaplanova vlakna, fiksirajo iliotibialno vez na deblo stegnenice.

Sindrom, dobro znan v severni Evropi, je v anglosaksonski literaturi prvi podrobno opisal Renne leta 1975 (1). Iliotibialna vez deluje kot aktivni in pasivni stabilizator kolenskega sklepa. Kot pasivni stabilizator delujejo predvsem niti zadajšnjega snopa, ki ostanejo izometrične pri kateremkoli gibu kolena. Iliotibialna vez drsi čez lateralni femoralni kondil naprej in deluje kot ekstenzor pri fleksiji kolena v območju do 30° in nazaj, kjer deluje kot sinergist fleksorjev v območju od 40–145°. To mobilnost omejujejo Kaplanova vlakna.

Za razjasnitev možnih vzrokov pri nastanku opisane bolezni je treba raziskati urjenje (trening) športnika, ugotoviti morebitne



Sl. 1. Tractus iliotibialis pri ekstenziji (a) in fleksiji (b).

Fig. 1. The iliotibial tract in extension (a) and flexion (b).

strukturne nepravilnosti in pregledati športnikovo obutev. Pri teku na dolge proge se pri povečevanju razdalje telo postopoma prilagaja na naraščajoče trenje. Postopno prilaganje telesa in pojav sindroma lahko pogojujejo naslednja stanja:

1. nepravilen trening: nenadne silovite obremenitve športnika, ki sledijo v kratkem časovnem obdobju, bodisi zaradi pretirano povečane razdalje, nenadno povečanje hitrosti ali teka po strmini navzdol;
2. strukturne anomalije: genu varum, hiperpronacija stopala, izražena prominenca lateralnega femoralnega epikondila, večja napetost iliotibialne vezi;
3. nepravilna obutev: obrabljen ali nepravilno oblikovan podplat športnega copata, ki ima posterolateralni del pete previsok.

Vodilni simptom je bolečina, občasno s spremljajočo oteklino, ki se pojavi med tekom, v predelu lateralnega femoralnega epi-

kondila. Navadno je neostro lokalizirana in se širi navzdol proti Gerdyjevemu tuberklu. Prizadete so predvsem osebe starosti od 19–48 let. V blagih primerih, ko se športnik dovolj ogreje, bolečina popusti, sicer pa se bolečina stopnjuje s pretečeno razdaljo do take mere, da je športnik prisiljen prenehati s tekom. V napredovalem stanju bolečine ne popustijo niti v mirovanju in onemogočajo normalno hojo. Bolečina je najbolj intenzivna pri teku po strmini navzdol, ko je iliotibialna vez zaradi dolgega koraka najbolj napeta čez lateralni femoralni kondil. Simptome, kot so otekline kolena in burze pod iliotibialno vezjo ali krepitacije svežega snega, opazamo kasneje.

Potrditev diagnoze je predvsem klinična. Poleg natančne anamneze je uporaben preprost Nobleov test (2): bolnik leži na hrbtu s skrčenim kolonom 90°. S prstom izvajamo pritisk na lateralni femoralni kondil, medtem ko bolnik nogo počasi izteguje. Bolečina se pojavi v območju fleksije 30–40°, ko iliotibialna vez leži nad lateralnim femoralnim epikondilom. Ekstenzija in fleksija izven te točke sta neboleči. Navadno bolnik pove, da je bolečina enaka, kot se mu pojavi pri športnem udejstvovanju.

RTG, UZ, MRI in druge preiskave navadno ne pokažejo specifičnih patoloških sprememb, so pa nepogrešljive pri izključitvi ostalih patoloških stanj. Diferencialno diagnostično moramo pomisliti na poškodbo lateralnega meniskusa, tendinopatijo m. biceps femoris ali m. popliteus ter na vnetje burze iliotibialne vezi.

V akutnem obdobju je potrebno mirovanje, hlajenje z ledom. Predpisane so posebne telovadne vaje, ki omogočajo razbremenitev prizadetega predela, UZ terapija, ionomodulator, lokalna aplikacija kortikosteroidov ter analgetikov, oralna antiinflatorna zdravila. Rezultati, ki jih dosežemo s konservativno terapijo, so navadno dobri. Bolečine popustijo v nekaj dneh. V določenih primerih pa se stanje ne izboljša, predvsem pri športnikih, ki se niso dosledno držali navodil lečečega zdravnika. Težave lahko postanejo kronične.

V kroničnem obdobju so potrebne injekcije kortikosteroidov na mesto bolečine v dvotedenskih intervalih do prenehanja bolečin. Potrebno je strogo mirovanje 4–6 tednov. V redkih primerih je vsa terapija neuspešna, tako da je treba pristopiti k operativni oskrbi. V izjemnih primerih pa je športnik prisiljen opustiti športno udejstvovanje.

Kirurška terapija predstavlja zadnje upanje, kadar izčrpamo vso konservativno terapijo. Poseg je osnovan na dejstvu, da ležijo zadnja vlakna iliotibialne vezi v 30° fleksiji kolenskega sklepa nad lateralnim femoralnim kondilom. Potrebna je prečna incizija zadnjega dela vlaken iliotibialne vezi v dolžini 2 cm. Vlakna se razmaknejo v obliki črke V tako, da sprostimo in prikažemo lateralni femoralni kondil. Običajno športnik lahko prične z zmernim treningom 10 dni po operaciji, kadar le-ta mine brez zapletov.

Preventiva je usmerjena predvsem k popravljanju napačne tehnike teka. Trening mora biti načrtovan in pravilno voden. Pridobivanje kondicije mora biti postopno. Pomembna je pravilno oblikovana obutev.

Klinični primer

V začetku leta 1994 smo v Ambulanti za športne poškodbe Travmatološke klinike v Ljubljani obravnavali 21-letno športnico – tekačico, ki je navajala občutek preskakovanja lateralne tetive,

združen z bolečino v območju lateralnega femoralnega kondila desnega kolena, ki se je pojavila med tekom. Pri kliničnem pregledu smo ugotovili značilno bolečino pri pritisku na lateralni femoralni kondil v območju 30° fleksije kolenskega sklepa. Izven te točke bolnica ni navajala bolečin. Postavljen je bil sum na sindrom trenja iliotibialne tetive. Pri poškodovanki smo napravili UZ preiskavo prizadetega kolena, ki je pokazala rahlo zadebeljeno iliotibialno vez. RTG in MRI, razen minimalnega izliva v kolenski sklep, nista pokazala odstopanja od normale. Bolnica je skozi nadaljnje zdravljenje izčrpala vso opisano konservativno terapijo in je bila predvidena za kirurško zdravljenje, vendar so se težave po nadaljnjem mirovanju umirile. Celotno zdravljenje je trajalo osem tednov.

Razpravljanje

Poškodbe kolena, podobne sindromu trenja iliotibialne vezi, opisuje Smillie (3), ki govori, da natrganje iliotibialne vezi, ki se nepravilno narašča na pogačico, lahko imitira sindrom trenja iliotibialne vezi. Podobne simptome opisuje Hendryson (4) pri vnetju burze pod kolateralnim lateralnim ligamentom, kjer je točka največje občutljivosti nekoliko navadno nižje kot pri opisanem sindromu. Mayfield (5) navaja dve poškodbi, ki sta pogosti pri tekačih: tendosynovitis m. poplitei, pri katerem nastane značilna bolečina v lateralnem delu kolena v območju 15–30° fleksije, ki se pojača pri teku po strmini navzdol. Tendinitis m. biceps femoris se kaže z občutljivostjo na mestu, kjer se kita pripenja na fibulo. Orava (6) govori, da je pogostnost sindroma večja v deželah s hladnim in spolzkim terenom, npr. v severni Evropi in v Južni Afriki, kjer je doma tradicionalni tek na zelo dolge razdalje (Comrades Marathon na 42–90 km).

Zaključek

Sindrom trenja iliotibialne vezi je stanje, ki ga opisujemo predvsem pri strukturnih anomalijah kolenskega sklepa in stopala, nepravilnem poteku treniranja pri športnikih, prvenstveno tekačih in nošenju nepravilno oblikovane ali obrabljene obutve. Povzroča ga ponavljajoče trenje iliotibialne vezi ob lateralni femoralni kondil. Sindrom pri nas še ni bil opisan, kar ne pomeni, da teh poškodb ni. Pogosto se skriva za drugimi diagnozami, ki jih je treba diferencialno diagnostično upoštevati pri bolečinah v lateralnem delu kolenskega sklepa.

Literatura

1. Rene JW. The iliotibial band friction syndrome. *J Bone Joint Surg* 1975; 57A: 1110–1.
2. Noble CA. The treatment of iliotibial band friction syndrom. *Br J Sports Med* 1974; 13: 51–5.
3. Smillie IS. Injuries to the knee joint. Fifth edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1978: 125–5.
4. Hendryson IE. Bursitis in the region of the fibular collateral ligament. *J Bone Joint Surg* 1946; 29: 446–50.
5. Mayfield GW. Popliteus tendon tenosynovitis. *Am J Sports Med* 1977; 5: 31–6.
6. Orava S. Iliotibial tract friction syndrome in athletes. *Br J Sports Med* 1978; 12: 69–73.

Strokovni prispevek/Professional article

INVAZIVNE STREPTOKOKNE OKUŽBE

INVASIVE STREPTOCOCCAL A INFECTIONS

Marica Marolt-Gomišček¹, Janez Tomažič¹, Milan Čižman¹, Maja Arnež¹, Igor Muzlovič¹, Ljuba Černe², Branimir Bem², Dubravka Vodusek², Darinka Trinkaus³

¹ Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Japljeva 2, 61105 Ljubljana

² Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 66310 Izola

³ Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo, 64204 Golnik

Prispelo 1994-07-25, sprejeto 1994-10-29; ZDRAV VESTN 1994; 63: 735-9

Ključne besede: sindrom streptokoknega toksičnega šoka; nekrotizirajoči fasciitis; streptokokni miozitis

Izvleček – Izhodišča. V zadnjem desetletju so se ponovno pojavili revmatogeni sevi streptokoka skupine A in naraslo je število bolnikov s hudim potekom streptokokne okužbe (sepsa, nekrotizirajoči fasciitis, miozitis). Leta 1987 je bil prvič opisan sindrom toksičnega šoka, ki ga je povzročil streptokokni pirogeni eksotoksin A.

Bolniki in klinika. V članku opisujemo klinične in laboratorijske znake hudih streptokoknih okužb, ki so v slovenskem prostoru le malo znani, saj smo do sedaj take bolnike le redkokdaj srečali. Kljub temu, da je streptokok še vedno občutljiv na penicilin, je zdravljenje včasih uspešnejše s klindamicinom ali ceftriaksonom. Opisali smo štiri primere s toksičnim šokom, dva sodita v skupino verjetnih, dva pa v skupino bolnikov s potrjeno streptokokno etiologijo šoka in miozitisa.

Zaključki. Čeprav so invazivne in toksične oblike okužbe s streptokokom A redke, je zaradi hitrega poteka treba bolezen čimprej ugotoviti in začeti z zdravljenjem. Zdravniki morajo biti pozorni predvsem, kadar bolnik toži o zelo močni bolečini v mehkih delih, koža nad temi bolečimi deli pa je lahko še povsem nespremenjena. Hitro moramo ukrepati, kadar se razvija toksični šok z istočasno večorgansko odpovedjo.

Uvod

Že v začetku tega stoletja so ugotovili, da povzročajo streptokoki puerperalno sepsa in angino, pozneje so s streptokokom povezali tudi šen, škrlatinko in okužbe raznih organov. Število bolnikov s hudim potekom teh okužb se je že pred odkritjem penicilina začelo zmanjševati. Strokovnjaki so menili, da je bilo to posledica izboljšanja higienskih razmer, boljše zdravstvene oskrbe in dviga življenjskega standarda. Vendar pa danes lahko ugotavljamo, da je bila manjša virulenca streptokokov A le del njihovega življenjskega cikla. V drugi polovici 80. let je streptokok skupine A doživel svojo renesanso. Ponovno so se pojavili revmatogeni sevi in z njimi zopet večje število bolnikov z revmatsko vročico, naraslo je število bolnikov s hudimi oblikami okužb, predvsem invazivnimi oblikami (1-8). Cone je s sodelavci (9) opisal novo klinično sliko, ki jo povzroča streptokok: toksičnemu šoku podoben sindrom ali streptokokni toksični šok, za katerega so značilni znaki šoka in večorganska okvara in ga lahko spremlja lokalna destrukcija tkiva.

Key words: streptococcal toxic shock syndrom; necrotising fasciitis; streptococcal myositis

Abstract – Background. During the last ten years there reappeared rheumatogenic strains of group A streptococci, the number of patients with severe invasive infections increased. In addition a new syndrom known as the "streptococcal toxic-shock syndrom" has been reported in the year 1987. It is caused by streptococcal pyrogenic exotoxins.

Patients and treatment. The most characteristic clinical and laboratory data about diagnosis necrotising fasciitis, myositis and streptococcal toxic-shock syndrom are noted. The treatment of invasive streptococcal infections is more successful with clindamicin or ceftriaxon than with penicillin. In this paper two patients as definite cases and two patient defined as probable toxic-shock syndrom are described.

Conclusions. Although the invasive and toxic group A streptococcal infection are rare it is very important to recognize the infection and to start the treatment as soon as possible, because the course of infection is rapid and frequently fatal. Physicians must be aware of this infection, when the patient complains of severe pain in soft tissue, even if the skin is not yet involved. The developing toxic shock with multiple organ failure also needs prompt therapy.

Iz številnih kliničnih poročil je razvidno, da so se pojavili določeni tipi streptokoka, ki so bolj virulentni, bolj invazivni in ki lahko izločajo pirogene eksotoksine, ki igrajo važno vlogo v patogenezi teh invazivnih okužb (10-15).

Streptokokni toksini sodijo v skupino superantigenov, za katere je značilno, da istočasno aktivirajo veliko število T limfocitov, ki nato sproščajo številne citokine, kot interleukin 1, 4, 6, 8 in tumor nekrotizirajoči faktor (TNF), ki so mediatorji toksičnega šoka in okvare tkiv (16, 17). Streptokoki, ki so jih osamili iz krvi ali tkiv bolnikov, so imeli protein M tipov 1, 3 ali 12 in so izločali predvsem streptokokni pirogeni toksin A, lahko pa tudi B ali C (18). V različnih geografskih predelih prevladuje eden ali drugi serotip M, sčasoma se serotipi na istem geografskem predelu lahko menjajo. Večina bolnikov z invazivnimi oblikami okužb je starejših od 50 let, običajno so kronični bolniki. Streptokokni toksični šok pa srečamo predvsem pri mladih ljudeh.

Približno polovica opisanih bolnikov je bila do nastanka bolezni zdrava, druga polovica pa je imela zaradi različnih kroničnih bolezni okvarjeno imunsko obrambo. Bili so bolniki s sladkorno

bolezni, alkoholiki, po različnih operativnih posegih, predvsem po operacijah v trebuhu, po porodu in intravenski narkomani. Iz poročila, ki ga je objavila svetovna zdravstvena organizacija dne 30. maja 1994 (19), je razvidno, da nekoliko višje število bolnikov s hudim potekom v evropskih deželah še ni vznemirljivo. Večina do sedaj opisanih primerov invazivnih in toksičnih streptokoknih okužb je bila sporadična. Le v okraju Gloucestershire v Angliji (20) je bilo letos sedem bolnikov, trije od teh so umrli. Vendar poročilo izrecno poudarja, da je to bolj verjetno naključje kot pa začetek epidemije. Opisane so tudi bolnišnične okužbe, okužbe v domovih za ostarele in celo v družinah. Invazivne serotipe streptokokov so našli v žrelu in na nebnicah povsem zdravih ljudi. Izid okužbe je delno odvisen tudi od predhodnega stika okužene osebe s temi serotipi streptokokov. Umrejo predvsem tisti bolniki, ki so brez protiteles ali ki imajo zelo nizek titer protiteles proti streptokoknim antigenom ali streptokoknim toksinom (21). Smrtnost je višja pri invazivnih oblikah (>30%) kot pri okužbah, ki povzročajo sindrom toksičnega šoka (<30%) (8). Bolezni, ki jih običajno povzroča betahemolitični streptokok skupine A, so znane že študentom medicine (angina, septična in toksična škrlatinka, šen, impetigo, puerperalna sepsa, pljučnica, meningitis). Pri nas je bilo invazivnih oblik bolezni, ki jih povzroča streptokok skupine A, zelo malo. Zaradi ponovnega pojava invazivnih kliničnih slik in zaradi nastanka nove klinične slike streptokoknega toksičnega šoka je pomembno, da smo s tem seznanjeni vsi zdravniki. Predstavili bomo samo tiste klinične slike, ki se v zadnjem desetletju pojavljajo sicer redko, vendar so za bolnike lahko usodne, če z zdravljenjem začnemo prepozno.

Nekrotizirajoči fasciitis (vnetje z odmrtnjem mišičnih ovojnica)

Nekrotizirajoči fasciitis je okužba podkožnega tkiva, ki lahko poteka v obliki lokaliziranega celulitisa ali pa vodi v obširno uničenje ovojnic in maščobnega tkiva (22). Vnetje lahko prizadene tudi kožo ali pa koža ostane lahko povsem neprizadeta. Prve primere te bolezni sta opisala že Fournier (23) leta 1883 in Meleney (24) leta 1924. Prizadet je lahko katerikoli del telesa, najpogosteje pa je vnetje na spodnjih udih. Vstopno mesto streptokoka je običajna manjša travma, pik žuželke, bolezenske spremembe na koži. Nastanek bolezni je nenaden z mrzlico in visoko vročino. Koža nad mestom vnetja je običajno rdeča, pojavi se oteklina, rdečina in oteklina se širita v okolico. V 1 do 2 dneh postane koža vijoličasta, pojavijo se mehurji, ki vsebujejo rumenkasto tekočino. Po 4 do 5 dneh se pojavi nekroza, ki se čez nekaj dni začne ločiti od zdrave okolice. Bolnik ima zvišano telesno temperaturo, je prizadet, lahko se pojavijo znaki večorganske okvare in gnojni zasevki v kateremkoli organu. Redkokdaj je tudi skarlatiniformni izpuščaj po koži telesa.

Za diagnozo je izredno pomembna močna bolečina v predelu okužbe brez kakršnihkoli drugih kliničnih znakov. Koža je celo povsem nespremenjena. To močno bolečino je imela polovica opisanih bolnikov. Približno petina bolnikov je imela začetne znake podobne influenci, kar lahko zelo oteži diagnozo.

V krvni sliki je običajno zvišano število levkocitov in izredno visok odstotek nezrelih nevtrofilcev. Značilna je limfopenija. Sicer najdemo še hipokalcemijo, trombocitopenijo, hiperbilirubinemijo, zvišane vrednosti transferaz in kreatinina.

Diagnozo potrdimo z izolacijo streptokoka A iz vnetega tkiva, lahko tudi iz krvi in s porastom protiteles proti različnim antigenom streptokoka.

Streptokokni miozitis

Streptokokni miozitis je izredno redka bolezen, nekaj več primerov je opisanih v zadnjih letih na Norveškem in Švedskem (5, 6).

Klinično miozitis težko ločimo od nekrotizirajočega fasciitisa, včasih so prizadete tako ovojnice kot mišično tkivo. Točno razmejitev vnetja ugotovimo pri operativnem posegu ali s histološko preiskavo. V večini primerov je prizadeta samo ena skupina mišic. Ker pa je najpogostejša pot okužbe hematogena, so možna vnetja ali abscesi tudi v drugih mišicah.

Klinični in laboratorijski znaki so zelo podobni kot pri nekrotizirajočem fasciitisu. V začetnem obdobju je prisotna samo močna bolečina, lahko tudi rdečina ali oteklina. Med laboratorijskimi podatki so pomembne še visoke vrednosti mišičnih encimov. Smrtnost bolnikov s streptokoknim miozitisom je 80 do 100%.

Streptokokni toksični šok

Značilnost streptokoknega toksičnega šoka je nenaden začetek bolezni, hitro razvijajoči se znaki šoka in funkcijske odpovedi več (vsaj dveh) organov. Potek streptokoknega septičnega šoka je običajno izredno hiter, stanje bolnika se slabša iz ure v uro, smrt lahko nastopi že po 24 urah. Lahko pa se šok razvije šele nekaj dni po začetnih znakih okužbe.

Vstopno mesto streptokokov so sluznice ali koža. 80% bolnikov s streptokoknim toksičnim šokom je imelo ob sprejemu v bolnišnico klinične znake vnetja mehkih delov, lokalizirano oteklino in rdečino, klinični znaki pri 20% bolnikov pa so nakazovali možnosti endoftalmitisa, peritonitisa, miokarditisa, perikarditisa ali influence (temperatura, mrzlica, bolečine v mišicah, driska). Po koži trupa in udov je običajno viden skarlatiniformni izpuščaj, pozneje se koža lušči. Pri večini opisanih primerov so bili klinični znaki šoka prisotni ob sprejemu v bolnišnico ali so se razvili po 4 do 8 urah.

Diagnostični kriteriji

Čeprav imajo invazivne streptokokne okužbe mnogo podobnosti s klinično sliko, ki jo povzroča streptokokni toksin, so vendar opazne tudi razlike. Pri invazivnih oblikah se redkokdaj pojavi izpuščaj in luščenje kože, zelo pogosto izoliramo streptokoke iz krvi bolnika, smrtnost je višja (>30%). Kjer pa v klinični sliki vodijo znaki toksičnega šoka, sta pogosta izpuščaj in luščenje kože, iz hemokultur teh bolnikov redkeje izoliramo streptokoke, smrtnost je nižja.

Ker se klinične slike invazivnih in toksičnih streptokoknih okužb, opisanih v literaturi, pogosto prepletajo, je bilo treba izdelati natančnejšo opredelitev posameznih bolezenskih slik. Prvo tako razdelitev so izdelali pediatri leta 1990 (11). Razlikovali so med nekompliranimi okužbami s streptokokom skupine A in težjim potekom z večorgansko prizadetostjo. Za opredelitev v skupino s težjim potekom okužbe z večorgansko prizadetostjo moramo ugotoviti dve ali več naslednjih dogajanj: 1. prisotnost šoka, 2. prizadetost dveh ali več organov, 3. laboratorijski dokaz funkcijske okvare dveh ali več naslednjih organskih sistemov: kardiopulmonalnega, jetrnega, ledvičnega, osrednjega živčevja, hematološkega ali mišično-kostnega.

Potrebna je tudi osamitev streptokoka skupine A iz krvi. Skupina klinikov, mikrobiologov in epidemiologov je leta 1993 izdelala diagnostične kriterije za sindrom streptokoknega toksičnega šoka (25). Za opredelitev sindroma streptokoknega toksičnega šoka je potrebno:

I) osamitev streptokoka skupine A (*Streptococcus pyogenes*) iz sicer sterilnega mesta, npr. krvi, likvorja, plevralne ali peritonealne tekočine, tkiva, kirurške rane in podobno ter

II) klinični znaki hudega poteka bolezni: znižan krvni tlak s sistoličnim krvnim tlakom, nižjim od 90 mmHg, in dva ali več od naslednjih znakov: okvara ledvic (kreatinin višji od 177 $\mu\text{mol/L}$), koagulopatija: trombocitov manj ali enako $100 \times 10^9/\text{L}$ ali razsoj krvnih strdkov.

Prizadetost jeter kažejo vsaj dvakrat višje vrednosti alanin aminotransferaze (ALT), aspartat aminotransferaze (AST) in celokupnega bilirubina.

Šokovna pljuča ali znaki za difuzno okvaro kapilar se kažejo kot akutno nastali generalizirani edem ali plevralni ali peritonealni izliv s hipalbuminurijo. Na koži je generalizirani eritem, ki se lahko lušči. Pojavi se nekroza mehkih tkiv, vključno nekrotizirajoči fasciitis ali miozitis ali gangrena.

Bolnik, ki ima izpolnjene zgoraj omenjene pogoje, sodi med dokazane primere.

Verjetna pa je diagnoza takrat, kadar osamimo streptokok A namesto iz običajno sterilnega mesta iz nesterilnega (žrelo, izpljunek, nožnica, odrgnina na koži in podobno). SZO (20) uvršča med verjetne primere tudi tiste bolnike, pri katerih s serološkimi metodami dokažemo prisotnost protiteles proti streptokoknim antigenom.

Zdravljenje invazivnih streptokoknih okužb

Čeprav so streptokoki skupine A še vedno občutljivi na penicilin, le-ta pri teh okužbah ni vedno dovolj učinkovit (benzil penicilin 2,4 g vsake 4 ure). V živalskih poskusih so ugotovili, da so primernejši klindamicin (0,6–1,2 g vsakih 6 ur), eritromicin ali ceftriakson. Boljši učinek klindamicina in eritromicina morebiti temelji na zaviranju sinteze proteina M in toksina, ker delujeta na ribosome. Ceftriakson pa naj bi se bolje vezal na PBP (penicillin binding proteins). Ne priporočajo pa eritromicina tam, kjer so streptokoki lahko že rezistentni na eritromicin. Skandinavci so poročali o uspešnem zdravljenju bolnikov z nekrotizirajočim fasciitisom s kombinacijo penicilina, klindamicina in netilmicina (26). Zelo pomembna je kirurška drenaža in odstranitev odmrlega tkiva. Pri bolnikih s toksičnim šokom je treba takoj začeti s protišokovnim zdravljenjem.

Naši primeri

Opisali smo štiri primere bolnikov, ki so bili primarno napoteni na internistične oziroma na infekcijski oddelek. (Zelo verjetno imajo svoje izkušnje z bolniki z nekrotizirajočim fasciitisom in miozitisom tudi kirurji.)

1. primer

Do tedaj zdrav 36-letni moški je bil sprejet sredi maja 1994 na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja zaradi dva dni trajajočih nenadnih, izredno hudih bolečin v področju desne goleni. Tu je opazil rdeč izpuščaj in oteklino, ki je bila na otip toplejša od okolice. Hkrati s kožnimi spremembami se je pojavila tudi mrzlica s temperaturo nad 40°C. Splošno se je počutil slabo, bruhal je, opazil pa je še droben, nesrbeč izpuščaj po koži trupa in pazduh.

Ob sprejemu v bolnišnico je bil bolnik subfebrilen (pred tem je dobil antipiretik), zmerno prizadet, psihično urejen, znojen, hipotenziven (90/60 mmHg) in tahikarden. Desna golen je bila otekla, z izrazito rdečino dobro omejeno od okolice, topla, boleča na pritisk, vendar brez krepitacij. Podobna, a manjša rdečina je bila tudi na koži notranje strani desnega stegna, blizu dimelj. Po trupu in v pazduhah je bil skarlatiniformni izpuščaj. Periferne bezgavke niso bile povečane na otip. Laboratorijsko smo ugotovili povišane kazalnike akutne faze vnetja (SR 125 mm/h, CRP 246 mg/L, levkociti $21,5 \times 10^9/L$ s hudim pomikom v levo in toksičnimi granulacijami v nevtrofilcih, elektroforeza beljakovin seruma: albumini 29,8 g/L, alfa I 4,3 g/L, alfa II 10,9 g/L). Rdeča krvna slika in trombociti so bili v mejah normale, izvjd urina je bil patološki (proteini 1, glukoza 1, Hb 2, sed.: 20 do 30 eritrocitov, zelo številni levkociti). Vrednost natrija v serumu je bila nekoliko znižana (132 mmol/L), ostali elektroliti in testi za oceno jetne funkcije pa so bili v mejah normale. Ledvična funkcija je bila okvarjena (sečnina 13,7 mmol/L, kreatinin 184 $\mu\text{mol/L}$). Krvni sladkor z izhodno vrednostjo 7,6 mmol/L je v naslednjih dneh še narasel (16,1

mmol/L). Zaradi tega smo kljub odsotnosti kliničnih simptomov in znakov pankreatične bolezni pregledali tudi pankreatične encime in ugotovili visoko serumsko lipazo (17,15 $\mu\text{kat/L}$) in povišano S-amilazo (4,73 $\mu\text{kat/L}$). Ultrazvočna preiskava trebuha je pokazala difuzno parenhimsko okvaro jeter, na sicer slabše pregledni trebušni slinavki pa je bila v predelu trupa vidna heterogena transonična struktura, dokaj ostro omejena od okolice. V elektrokardiogramu so bile intraventrikularne prevodne motnje. Glede na splošno prizadetost, znake toksičnega sindroma (skarlatiniformni izpuščaj, hipotenzija, tahikardija, prizadetost ledvic, prizadetost trebušne slinavke) ter obsežne lokalne invazivne spremembe (sl. 1) smo se odločili za parenteralno zdravljenje s klindamicinom z odmerkom 300 mg vsakih osem ur. Spremembe na desni goleni so bile iz dneva v dan obsežnejše, lokalno je prišlo do poslabšanja, barva kože se je spremenila v rdečevijolično in kasneje modro-sivo. Pojavile so se tudi kožne bule.



Sl. 1. Kožne spremembe v začetku bolezni.

Fig. 1. Skin changes at the beginning.

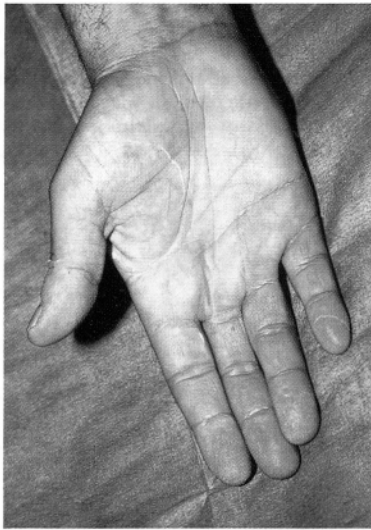
Prizadeto področje v tem času ni bilo več boleče, temveč omrtvičeno. Sumili smo, da se je proces razširil tudi v globino, vendar prizadetosti mišic nismo dokazali (normalni mišični encimi), biopsija za morebitni dokaz nekrotizirajočega fasciitisa pa ni bila napravljena. Tudi proces na trebušni slinavki s posledično dvignjenim krvnim sladkorjem ni bil povsem razjasnjen. Lahko je šlo za posledico toksičnega delovanja streptokoknega toksina ali za njegov septični zasevek. Po petih dneh je prišlo do postopnega umiranja bolezni, zaradi katere je sicer bolnik shujšal za 15 kg. Zaradi dokaj hitrega izboljšanja ob konzervativnem zdravljenju kirurški poseg ni bil potreben. Kožne spremembe dva meseca po začetku bolezni so prikazane na sliki 2.



Sl. 2. Kožne spremembe dva meseca po začetku bolezni.

Fig. 2. Skin changes after two month.

Streptokokne okužbe nismo dokazali neposredno, temveč pozneje posredno s prisotnostjo visokih vrednosti seroloških testov za dokaz streptokokne okužbe (antistreptolizinski titer – več kot 1600 E/ml, 1200 antistreptohialuronidaznih E/ml, 40 antistreptokinaznih E/ml, antistreptokokna DNaza B – 600 E/ml). Tudi kasnejše obsežno luščenje povrhnjice po koži dlani (sl. 3) je govorilo v prid streptokokni okužbi oziroma njenim toksičnim učinkom.



Sl. 3. Luščenje povrhnjice na koži dlani.

Fig. 3. Squamation of the palm skin.

Glede na kliničen potek in laboratorijske izvide je bolnik preboleval nekrotizirajoči fasciitis. Ker je bila streptokokna etiologija dokazana serološko, sodi opisani primer med »verjetne«.

2. primer

11-letna deklica, ki do tedaj ni bila resneje bolna, je zbolela 23. 3. 1993 s suhim kašljem, 28. 3. je dobila visoko vročino in bolečine pod DRL. Dne 30. 3. je bila sprejeta v področno bolnišnico zaradi nejasnega vročinskega stanja. Tam je imela dva dni visoko vročino, večkrat je bruhala in odvajala tekoče iztrebke. Naslednji dan se je pojavil po telesu skarlatiniformni izpuščaj. Postala je hipotenzivna in oligurijna. 1. 4. so jo zaradi suma na Kawasakijevo bolezen premestili na Infekcijsko kliniko. Ob sprejemu je bila prizadeta, imela je bolečine, brez zvišane telesne temperature. RR 83/45 mmHg in tahikardna (117/min). Koža je bila difuzno eritematozna in na dotik boleča. Imela je skarlatiniformni izpuščaj, ki je v naslednjih dneh postal petehialen. Pojavila sta se še Pastijev znak in Filatov trikotnik. Očesne veznice so bile hiperemične, vidni je bil anatem ustne votline in malinast jezik. Klinično in laboratorijsko so bili prisotni znaki šoka s prizadetostjo več organov. Laboratorijski izvidi so pokazali pospešeno SR 80 mm/h, zvišan CRP (265 g/L), povišane levkocite ($30 \times 10^9/L$) z močnim pomikom v levo in toksičnimi znaki v nevtrofilih ter laboratorijske znake DIK-a. V krvi so bili zvišani dušični retenti, znižane celokupne beljakovine in albumini in znižane vrednosti bikarbonata. Imela je povišane transaminaze in v urinu so bili eritrociti, beljakovine in granulirani cilindri. Rentgensko smo ugotovili na pljučih homogen infiltrat desno bazalno. Ledvici sta bili ultrazvočno v celoti povečani, parenhim strukturno spremenjen, povečano ehogen, izražene so bile tekočinske papile. Podan je bil sum na sindrom toksičnega šoka.

Iz brisa žrela so izolirali *Streptococcus pyogenes*. Hemokulture so ostale sterilne. Z biopsijo kože je bil ugotovljen mešani celični vaskulitis z razbito žilno steno, levkocitnimi in eozinofilnimi infiltrati s številnimi mladimi celicami. Skupaj z imunofluorescenco izvid govori za izjemno prepustnost žilne stene, ki je verjetno prizadeta v sklopu toksičnega šoka.

Zdravili smo jo s cefotaksimom in oksacilinom (v področni bolnišnici je dobila kristalni penicilin parenteralno) in jo obilno hidrirali, dodali albumine in dopamin. V prvih 24 urah je postala normotenzivna, normokardna, vzpostavila se je normalna diureza. Sedmi dan smo opazovali grobo luščenje prizadete kože. Pri deklici se je razvil plevralni izliv in smo jo zaradi suma na empiem premestili na pediatrični oddelek kirurških strok. Instrumentalni poseg ni bil potreben, ker je bila resorpcija plevralne tekočine zelo hitra. Deklica je ozdravela popolnoma brez posledic.

Klinični potek bolezni (toksični šok, večorganska prizadetost, luščenje kože) in osamitev streptokoka A iz žrela uvrščata ta primer v skupino bolnikov z verjetnim streptokoknim toksičnim šokom.

3. primer

63-letni kmet je bil pripeljan v SB Izola 11. 5. 1994 ob 16.45 uri. Bolnik je povedal, da je zbolel pred osmimi dnevi: ob komolcu ga je začelo boleti, otekati, zadnja dva dni je roka zatekla, en dan je imel hude bolečine. Zvišano telesno temperaturo je imel vse dni. Šele na dan sprejema je šel k splošnemu zdravniku, ki ga je takoj napotil v bolnišnico.

Bolnik je bil pred leti operiran na kolkih zaradi koksartroze, leta 1988 je bila ugotovljena ciroza jeter zaradi kroničnega etilizma.

Ob sprejemu je bil febrilen $39^{\circ}C$, dispnoičen, art. tlak $150/80$ mmHg, srčni utrip reden, pospešen. Desna roka je močno zatekla, koža pordela, ob komolcu pa je bilo zmeščano področje, ki je fluktuiralo.

Po pregledu je internist napotil bolnika na kirurški oddelek. Kirurški opis desne roke: roka je bila od prstov do ramena otečena, blede rumenkaste barve. Gibljivost je bila zaradi močnega edema v celoti zavrtja in boleča. Kirurg je naredil incisio ca. 3 cm dolgo na radialni strani desnega komolca, s peanom razširil podkožne prostore, vendar gnojne kolekcije ni dobil, pritekla je le motna rumenkasta tekočina, pomešana z detritusom. Tkivo je bilo videti v celoti edematozno. Plinskih mehurčkov ni bilo videti, prav tako v podkožju ni bilo čutiti krepitacij. Zdravili smo ga s cefotaksimom 2 g/12 ur, infuzijami in analgetiki.

12. 5. 1994 ob 8. uri zjutraj smo bolnika premestili v oddelek za intenzivno kirurško terapijo. Krvni tlak ni bil merljiv, bolnik je bil dispnoičen, koža je bila mestoma marmorirana. Bolnika smo takoj intubirali, kontrolirano ventilirali in začeli s protišokovno terapijo. Namesto cefotaksima smo mu dali orbenin, tamicin in klindamicin. Bil je anuričen in hipotenziv. Ob 10. uri je bila roka močno otečena, na posameznih mestih na zunanji strani roke so bile črne spremembe okroglaste oblike v nivoju kože premera približno 5 cm in segale do ramena. Ostala koža je pordela. Na notranji strani roke je bila koža nekrotična, bulozni edemi so bili popokani, koža je bila v bistvu brez povrhnjice. Po treh urah se je krvni tlak zvišal na $100/50$ mmHg. Otekline in rdečina sta se širili, pri ležečem bolniku desno od srednje aksilarne črte navzdol. Temperatura je kljub antipiretikom in hlajenju naraščala. Diureza se ni vzpostavila. Krvni tlak je ponovno padel. Bolnik je umrl ob 23.20 min.

Laboratorijske preiskave: Ob času incizije in naslednji dan je bil vzet bris incizijske rane, iz obeh brisov smo osamili *Streptococcus pyogenes*. Hemokultura, odvzeta 12. 5., je ostala sterilna.

Ob sprejemu v bolnišnico so bili levkociti in rdeča krvna slika v mejah normale, trombociti $59 \times 10^9/L$. Izvidi jetrnih testov so bili patološki, kreatinin fosfokinaza je bila močno povišana, prav tako laktat in piruvat. Fibrinogen $2,0$ g/L, PTC in PTT sta bila v mejah normale. Urea in kreatinin sta bila zmerno zvišana.

Na obdukciji smo ugotovili šokovna pljuča, šokovni ledvici, septično vranico, petehialne krvavitve seroznih membran, dilatacijo srca, flegmonočno vnetje desne roke, akutni erozivni gastritis, začetno mikstonodularno jetno cirozo, nodularno hiperplazijo skorje nadledvičnih žlez, generalizirano aterosklerozo zmerne stopnje.

Pri bolniku smo najprej posumili na plinsko gangreno, vendar niti klinična slika niti potek bolezni nista bila značilna (odstotnost krepitacij in širjenje otekline navzdol namesto navzgor). Ker je bil potek okužbe zelo hiter in prisotni znaki toksičnega šoka, nekrotične spremembe, ki so se širile z roke na prsni koš, motnje v strjevanju krvi in laboratorijski znaki nekroze mišic, menimo, da je šlo za streptokokni toksični šok ob miozitisu ali nekrotizirajočem fasciitisu. Histološka preiskava bo pomembna za dokončno diagnozo. Ker je bil streptokok A izoliran iz incidiranega podkožja, je streptokokni septični šok potrjen.

4. primer

64-letni bolnik je bil dne 5. 2. 1992 sprejet na Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik. Iz anamneze je bilo razvidno, da je med vojno utrpel strelno poškodbo v področju desne polovice prsnega koša. Pred dvema letoma so mu ugotovili sladkorno bolezen, ki jo je zdravil le z dieto. Sicer je bil zdrav.

Nekaj dni pred začetkom bolezni mu je spodrsnilo na ledu in je padel. Pet dni pred sprejemom v bolnišnico je zbolel za mrzlico in bolečino v desni roki. Ves čas je imel vročino, na dan sprejema pa mu je začela otekati desna rama in roka. Ob sprejemu je bil bolnik tahipnoičen s frekvenco dihanja $44/min$, srčna frekvenca je bila $130/min$, pulz je bil ritmičen. Arterijski krvni tlak ob sprejemu je bil $130/95$ mmHg, telesna temperatura $39^{\circ}C$. Vidne sluznice so bile cianotične, desna nadklaket, predel rame in lateralna stena desne polovice prsnega koša je bila otekla, koža cianotična. Bolnik je bil sicer pri zavesti, vendar občasno zmeden. Imel je znake slabše periferne

prekrvavitve s cianozo vidnih sluznic in marmorirano kožo na golenih. Ostali klinični status je bil v mejah normale. V laboratorijskih izvidih smo našli povišano vrednost krvnega sladkorja 66,3, koncentraciji natrija in kalija sta bili znižani, levkociti $8,2 \times 10^9/L$. Ker je bil sprejet ponoči, ni bila narejena diferencialna bela krvna slika, sečnina je bila 12,8 mmol/L. Plinska analiza arterijske krvi je kazala na metabolno acidozo. Zaradi suma na flebotrombozo zgornjega uda oziroma na celulitis je bila uvedena terapija s heparinom in cefuroksimom poleg insulina in infuzij fiziološke raztopine za rehidracijo. Dve uri po sprejemu je bolnik postal hipotenziven, tlak je bil 65/20 mmHg. Nastopil je zastoj dihanja in pozneje še srca. Bolnika smo intubirali in umetno ventilirali, pričeli z reanimacijo, vendar reanimacija ni uspela. Iz hemokultur, odvzetih 2-krat, je porasel streptokok skupine A. Na obdukciji (M. Popovič) je bilo ugotovljeno, da je ena skupina mišic, in sicer m. pectoralis maior in minor, popolnoma razmehčana, temno-rdečkasto-rjavkasta vlaknata struktura mišic je bila popolno zabrisana, okolne mehke strukture so bile izrazito edematozne. Troglava mišica je bila edematozna, vendar njena vlaknasta struktura je bila še ohranjena. Patohistološki pregled obračalke nadlahti desno je pokazal, da so mišične vitre popolnoma nekrotične, tako da sploh ni bilo videti jeder in prečne progavosti. V edemsko razširjenem intersticiju so bili številni granulociti in obilica bakterij, ki so, barvane po Gramu, kazale jasno kroglasto obliko in so se urejale v verižice (slika, tipična za streptokoke). Troglava mišica desno: edem intersticija, ponekod nejasna prečna progavost, vendar so bila jedra še ohranjena.

Značilne lokalne spremembe, toksični šok, osamitev streptokoka A iz krvi in histološki dokaz streptokoka v nekrotični mišici potrjujejo diagnozo streptokoknega miozitisa.

Zaključek

Beta hemolitični streptokoki skupine A postajajo v zadnjih letih bolj virulentni. Klinični poteki streptokoknih okužb so hujši, vse več je invazivnih oblik. Streptokokni pirogeni eksotoksini povzročajo toksični šok, ki ga spremlja večorganska okvara in lahko tudi obširne nekroze v podkožju in mišicah. Te spremembe povzročajo običajno močne bolečine, čeprav je lahko koža nad vnetim podkožjem povsem normalna. Potrebna je čimprejšnja antibiotična in v primeru nastajajočega šoka tudi antišokovna terapija. Izredno pomemben je tudi kirurški poseg.

Literatura

- Ispahani P, Donald FE, Aveline AJD. Streptococcus pyogenes bacteraemia: an old enemy subdued, but not defeated. *J Infect* 1988; 16: 37-6.
- Shauanak S, Wendon J, Monteil M, Gordon AM. Septic scarlet fever due to Streptococcus pyogenes cellulitis. *QJ Med* 1988; 69: 921-5.
- Gaworzewska E, Colman G. Changes in pattern of infection caused by Streptococcus pyogenes. *Epidemiol Infect* 1988; 100: 257-69.
- Veasy LG, Wiedmeier SE, Orsmond GS et al. Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *N Engl J Med* 1986; 316: 257-9.
- Martin PR, Hoiby EA. Streptococcal serogroup A epidemic in Norway 1987-1988. *Scand J Infect Dis* 1990; 22: 421-9.
- Stromberg A, Romanus V, Burman LG. Outbreak of group A streptococcal bacteremia in Sweden: an epidemiologic and clinical study. *J Infect Dis* 1991; 164: 595-8.
- Schwartz B, Facklam RR, Breiman RF. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA. *Lancet* 1990; 336: 1167-71.
- Demers B, Simor AE, Vellend H et al. Severe invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada: 1987-1991. *Clinical Infectious Diseases* 1993; 16: 792-800.
- Cone LA, Woodard DR, Schlievert PM et al. Clinical and bacteriologic observations of a toxic-shock like syndrome due to Streptococcus pyogenes. *N Engl J Med* 1987; 317: 146-9.
- Stevens DL, Tanner MH, Winship J et al. Severe group A streptococcal infections associated with a toxic shock-like syndrome and scarlet fever toxin A. *N Engl J Med* 1989; 321: 1-7.
- Jackson MA, Burry VF, Olson LC. Multisystem group A beta-haemolytic streptococcal disease in children. *Reviews of Infectious Diseases* 1991; 13: 783-8.
- Stevens LD. Invasive group A streptococcus infections. *Clinical Infectious Diseases* 1992; 14: 2-13.
- Burkert T, Watanakunakorn C. Group A streptococcal bacteremia in a community teaching hospital - 1980-1989. *Clinical Infectious Diseases* 1992; 14: 29-37.
- Hoge CW, Schwartz B, Talkington DF et al. The changing epidemiology of invasive group A streptococcal infections and the emergence of streptococcal toxic shock-like syndrome - A retrospective population-based study. *JAMA* 1993; 269: 384-9.
- Ware JC, Eich FE, Ruben EB et al. Streptococcal toxic shock in three Alabama children. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 765-9.
- Koehler W. Streptococcal toxic shock syndrome. *Zbl Bakt* 1990; 272: 257-64.
- Sissons JGP. Superantigens. *Lancet* 1993; 341: 1627-9.
- Musser JM, Gray BM, Schlievert PM et al. Streptococcus pyogenes pharyngitis; characterization of strains by multilocus enzyme genotype. M and T protein serotype, and pyrogenic exotoxin gene probing. *J Clin Microbiol* 1992; 30: 600-3.
- Roure C. Invasive group A streptococcal (GAS) infection with particular reference to necrotising fasciitis in selected Western European Countries. WHO/EURO OPO3051.DOC 1994.
- Roure C. Necrotising fasciitis. WHO/EURO CERCDPAX.DOC 1994.
- Holm SE, Bergholm AM, Norgren M. Aspects of pathogenesis of serious group A streptococcal infections in Sweden. 1988-1989. *J Infect Dis* 1992; 166: 31-7.
- Timoth J. Necrotising fasciitis. *BMJ* 1994; 308: 1453-4.
- Fournier JA. Gangrene foundroyant de la verge. *Semaine Med* 1883; 3: 345-5.
- Meleney FL. Haemolytic streptococcus gangrene. *Arg Surg* 1924; 9: 31-1.
- The working group on severe streptococcal infections. Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome. *JAMA* 1993; 269: 390-1.
- Chelsom J, Halstensen A, Haga T et al. Necrotising fasciitis caused by group A streptococci in Western Norway. *Journal of Infection* 1994; 28: 359-9.

naklofen®

diklofenak



tablete 50 mg
retardne tablete 100 mg
svečke 50 mg
injekcije 75 mg/3 ml
gel 10 mg/g

Učinkovit pri:

- vnetnih in bolečinskih stanjih mišično-skeletnega sistema
- pooperacijskih bolečinah
- vnetnih revmatičnih boleznih
- degenerativnih revmatičnih boleznih
- zunaj sklepnih revmatičnih boleznih

Novost pri nas:

naklofen® duo

diklofenak

kapsule 75 mg



**nova
galenska
oblika
diklofenaka
s takojšnjim učinkom
in hkrati podaljšanim delovanjem**

V eni kapsuli je
25 mg acidorezistentnih pelet, iz katerih se v črevesju
hitro in enakomerno sprošča diklofenak, in
50 mg retardnih pelet, iz katerih se diklofenak sprošča
počasi in tako dalj časa ohranja terapevtične koncentracije
zdravila v krvi.

Doziranje:

naklofen® duo diklofenak kapsule 75 mg	tablete	1 tableta 2-krat do 3-krat na dan
	kapsule	1 kapsula 1-krat do 2-krat na dan
	retardne tablete	1 tableta na dan
	svečke	1 svečka 2-krat do 3-krat na dan
	injekcije	1 ampula 1-krat do 2-krat na dan i.m.
	gel	5 do 10 cm gela vtremo v kožo 3-krat do 4-krat na dan

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA

Nanj se lahko zanesem!

132. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Bled, 12.–13. maj 1995

Petek, 12. maj 1995

132. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva

Protokolarni del

Otvoritev, izvolitev organov, poročila, razprava o poročilih, volitve častnih članov in druge zadeve

Stanovsko organizacijski del

Sobota, 13. maj 1995

Strokovni del: SPOLNO PRENOSLJIVE BOLEZNI

- 09.00–11.00 *Matičič M.:* Spolno prenosljive bolezni danes v svetu in doma
Marolt-Gomišček M.: Spolno prenosljive okužbe s klamidijami
Potočnik M.: Sifilis in gonoreja danes
Fetih A.: Pelvične vnetne bolezni kot posledica spolno prenosljivih okužb
Diskusija
- 11.00–13.00 Odmor
- 11.30–13.00 *Radšel-Medvešček A.:* Spolno prenosljivi herpesvirusi
Uršič-Vrščaj M.: Voznik ali sopotnik – pomen virusov humanega papiloma pri nastanku nekaterih vrst raka
Tomažič J.: Aids kot spolno prenosljiva bolezen
Diskusija

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 velikosti 2,5 X 3,0 cm** (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 _____

XXXI. TEČAJ KIRURGIJE ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE

Ljubljana, 9.–11. februar 1994

Četrtek, 9. februarja 1995

9.00–9.30	V. Smrkolj	Otvoritev
9.30–16.30	UROLOGIJA Moderator: M. Kralj	
9.30–9.50	M. Kralj	Predstavitve urološke klinike v KC v Ljubljani
9.50–10.10	J. Možgan	Urološki bolnik v ambulanti splošnega zdravnika
10.10–10.30	D. Cotič	Bolnik s prirojenimi boleznimi zunanjega spolovila
10.30–10.50	G. Homan	Bolnik s pridobljenimi boleznimi zunanjega spolovila
10.50–11.10	M. Kralj	Bolnik z motnjami v izločanju urina
11.10–11.20	Odmor za kavo	
11.20–11.40	F. Fritsch	Najprimernejša metoda za operativni poseg na vratu mehurja
11.40–12.00	A. Vrhovec	Katetri in kateteriziranje urološkega bolnika
12.00–12.20	M. Žumer-Pregelj	Bolnik s krvavim urinom
12.20–12.40	A. Kmetec	Bolnik z ledvičnimi količnimi bolečinami
12.40–14.00	Odmor za kosilo	
14.00–14.20	M. Mihelič	Bolniki z motnjami v zadrževanju urina
14.20–14.40	B. Sedmak	Bolnik z akutno kirurško okužbo sečil
14.40–15.00	C. Oblak, M. Ravnik-Oblak	Bolnik z motnjami erekcije
15.00–15.30	Odmor za kavo	
15.30–15.50	B. Tršinar	Otrok s ponavljajočimi se okužbami sečil
15.50–16.30	Razpravljanje	

Petek, 10. februarja 1995

9.00–17.20	MEDIKAMENTOZNO ZDRAVLJENJE KIRURŠKIH BOLEZNI V BOLNIŠNICI IN PO ODPUSTU Moderator: B. Kremžar	
9.00–9.20	M. Kremžar	Uvodne misli
9.20–9.50	M. Fetich, R. Pregelj	Specifično medikamentozno zdravljenje nevrokirurškega bolnika
9.50–10.20	M. Sok	Medikamentozno zdravljenje refluksne bolezni požiralnika
10.20–10.40	Razpravljanje	
10.40–11.00	Odmor za kavo	
11.00–11.30	M. Kralj	Medikamentozno zdravljenje urološkega bolnika
11.30–12.00	L. Pleskovič	Zdravila v abdominalni kirurgiji
12.00–12.30	A. Baraga, L. Baraga	Zdravila pri poškodovancih – v bolnišnici in doma
12.30–13.00	Razpravljanje	
13.00–14.00	Odmor za kosilo	
14.00–14.30	A. Stecher	Zdravila za preprečevanje in zdravljenje tromboz pri kirurškem bolniku
14.30–15.00	V. Paver-Eržen	Predoperativna medikamentozna terapija
15.00–15.30	M. Godec	Zdravljenje bolečine v pooperativnem obdobju

15.30–15.45	Odmor za kavo	
15.45–16.15	L. Sakelšek-Jeras	Zdravila za respiracijsko zdravljenje kirurškega bolnika
16.15–16.45	A. Špec-Marn	Imunosupresivno zdravljenje po presaditvah organov
16.45–17.05	J. Primožič	Zdravila v otroški dobi
17.05–17.20	Razpravljanje	

Sobota, 11. februarja 1995

9.00–11.30	NOVOSTI PRI ZDRAVLJENJU KIRURŠKIH BOLEZNI IN POŠKODB Moderator: J. Eržen	
9.00–9.10	J. Eržen	Uvodne misli
9.10–9.20	B. Prestor	Sodobno zdravljenje malignih možganskih tumorjev
9.20–9.30	J. Eržen	Operacije v prsnem košu s pomočjo video kamere
9.30–9.40	V. Flis	Poškodbe perifernega žilja
9.40–9.50	C. Triller, I. Gaberšek	Prikaz samolepilne zadrge pri zapiranju ran
9.50–10.00	Odmor za kavo	
10.00–10.10	S. Rakovec, I. Gaberšek	Nekrozantni fasciitis
10.10–10.20	A. Pleskovič	Uporaba laparoskopije v abdominalni kirurgiji
10.20–10.30	M. Vrabl	Stabilizacija prelomov stegenic z intramedularnimi žebli
10.30–10.40	B. Brodnik, T. Lah	Novosti pri zdravljenju zlomov diafiz dolgih kosti
10.40–10.50	J. Pšenica, T. Lah	Novejša stališča pri zdravljenju sklepnih zlomov
10.50–11.00	M. Kosanović, A. Čretnik, M. Batišta	Subkutano šivanje pretrgane ahilove kite
11.00–11.10	A. Aleš	Nov način operativnega zdravljenja zlomov stegenic pri otrocih
11.10–11.20	V. Smrkolj	Novosti v nujni travmatologiji
11.20–11.30	Razpravljanje	

OBVESTILA

INFORMACIJE IN PRIJAVE

Kirurška služba kliničnega centra, Zaloška 7, 61105 Ljubljana; telefon: 061 316-268 ali sprejemna pisarna XXXI. podiplomskega tečaja kirurgije.

LOKACIJA

Velika predavalnica Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2.

KOTIZACIJA

Za udeležence, ki bodo plačali kotizacijo do 15. 1. 1995, 8.000 SIT, po tem datumu pa 10.000 SIT. Kotizacijo nakažite na žiro račun Medicinske fakultete v Ljubljani, št.: 50103-603-41175, za XXXI. podiplomski tečaj kirurgije. Ob registraciji bo potrebno, kot dokazilo poprejšnjega plačila, predložiti kopijo virmana.

Vsak udeleženec s plačano kotizacijo prejme **zbornik**, del tega podiplomskega tečaja in zbirko testnih vprašanj; v kotizaciji sta vračunana tudi dva opoldanska topla prigrizka in kava med odmori. Vsi udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi na tečaju. Potrdilo o obisku, aktivni udeležbi in uspešnem preizkusu znanja bomo poslali po pošti.

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

SPREJEMNA PISARNA (med prireditvijo)

Avla pred veliko predavalnico Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2. Odprta je med 8. in 17. uro vsakega dne predavanj.

V

**PEDIATRIČNI ODDELEK KIRURŠKIH STROK
Kliničnega centra v Ljubljani**

vljudno vabi na

**PRVI SIMPOZIJ DEŽEL ALPE-JADRAN
IZ PEDIATRIČNE INTENZIVNE TERAPIJE**

Ljubljana, 20.–22. aprila 1995

Program za zdravnike

- Dihalna odpoved pri novorojenčkih in otrocih
- Novi pogledi na enteralno in parenteralno prehrano kritično bolnega otroka
- Hospitalne okužbe v enotah za intenzivno zdravljenje
- Pomen točkvalnih načinov v napovedi izhoda zdravljenja in kot merilo obremenitve enote za intenzivno terapijo

Program ni zanimiv samo za pediatre, ampak tudi za druge zdravnike, saj bomo prvič v Sloveniji spregovorili o dolgotrajni izventelesni oksigenaciji (ECMO) in uporabi dušičnega oksida (NO) v ventilaciji kritično bolnih otrok.

Poseben program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike

- Nega otrok po zahtevnih operacijah
- Nega kritično bolnih novorojenčkov
- Hospitalne okužbe v enotah za intenzivno zdravljenje
- Delovne obremenitve in kadrovske normativi za sestre v enotah za pediatrično intenzivno zdravljenje

Predavanja bodo v predavalnicah Medicinske fakultete in Kliničnega centra. Kotizacije ni.

PRVI SIMPOZIJ DEŽEL ALPE-JADRAN IZ PEDIATRIČNE INTENZIVNE TERAPIJE

PRIJAVNICA

Priimek in ime: _____

Naslov: _____

Ustanova: _____

Telefon-fax: _____

Želim sodelovati: s predavanjem – posterjem – samo kot udeleženec

Na temo: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Opomba: Rok za oddajo prispevkov je 1. marec 1995.
Prijavnico pošljite na naslov:
Asist. dr. Janez Primožič
Pediatrični oddelek kirurških strok
Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Medicinska fakulteta – Inštitut za zgodovino medicine

Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

MEDICINSKI IN SOCIALNI POGLEDI NA VELIKI LJUBLJANSKI POTRES 1895

Ljubljana, 20.–21. april 1995

PRIJAVNICA

Inštitut za zgodovino medicine, Zaloška 7a, 61000 Ljubljana
Dr. Zvonka Zupanič-Slavec
Tel. (061) 317-559, 13 13 123 (int. 45-49), fax: 316-889

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Zaposlen pri: _____

Tel. _____ Fax _____

Prijavljam se na strokovno srečanje ob 100-letnici velikega ljubljanskega potresa 20. in 21. aprila 1995

z referatom (naslov): _____

kot poslušalec

Datum: _____ Podpis _____

Kotizacije ni!

**MEDICINSKA FAKULTETA
KATEDRA ZA PEDIATRIJO**

in

KLINIČNI CENTER, PEDIATRIČNA KLINIKA

v letu 1995 organizirata

XIII. DERČEVE DNEVE

Vse kolege, ki delajo v otroškem in mladinskem zdravstvu

vljudno vabimo

k nadaljevanju podiplomskega izpopolnjevanja iz pediatrije (SPIP),

ki bo odslej tudi nadaljevanje tradicionalnih Derčevih dnevov

XIII: DERČEVI DNEVI

bodo potekali

v petek 9. in soboto 10. junija 1995

v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani

TEME

Petek, 9. 6. 1995

C. Križnik Problematika diferenciacije spola

Sobota, 10. 6. 1995

J. Primožič Novosti v intenzivni terapiji otrok

G. Logar-Car Kronične vnetne bolezni prebavil pri otrocih

Način podiplomskega izpopolnjevanja, ki se je pričelo v šolskem letu 1991–92 pod imenom SPIP, se bo od šolskega leta 1994–95 nadaljeval enkrat letno, praviloma v prvi polovici junija, pod tradicionalnim imenom »Derčevi dnevi«.

Prireditve bo upoštevana za podaljšanje licence zdravnikom.

Na voljo bo knjiga z natisnjenimi predavanimi prispevki.

Predvidena kotizacija za XIII. Derčeve dneve bo 210 DEM v tolarški protivrednosti na dan vplačila. Kotizacija, vplačana po 15. maju, bo znašala 250 DEM v tolarški protivrednosti, kar bo veljalo tudi za plačilo kotizacije na sami prireditvi.

Dodatne informacije v zvezi z organizacijo XIII. Derčevih dnevov:

Asist. mag. Boris Bratanič, dr. med.

tel. (061) 313-546 ali 13 24 124, interni št. 274 ali 284, fax 061 310 246, vsak delovni dan dopoldan.

Pregledni prispevek/Review article

SREČANJE DVEH VELIKIH KIRURGOV 19. STOLETJA

(Ob stoletnici smrti Theodora Billrotha)

THE MEETING OF THE TWO GREAT SURGEONS OF THE NINETEENTH CENTURY

(At the centenary of death Theodor Billroth)

Peter Borisov

Streliška 5, 61000 Ljubljana

Prispelo 1994-06-06, sprejeto 1994-10-11; ZDRAV VESTN 1994; 63: 741-3

Ključne besede: *Billroth in Pirogov; patohistološki izvid; karcinom zgornje čeljusti***Key words:** *Billroth and Pirogov; histological examination; cancer of the upper jaw***Izvleček** – Izhodišča. V članku obravnava avtor zadnje usodno srečanje dveh velikih evropskih kirurgov, med Billrothom in Pirogovim.**Abstract** – Background. *The last ominous meeting between Billroth and Pirogov is presented in the article.*

Zaključki. Med Billrothovimi ožjimi prijatelji je bil tudi znameniti ruski vojni kirurg Nikolaj I. Pirogov. Leta 1880 je zbolel za rakom zgornje čeljusti. Ko ga je Billroth preiskal, je bila bolezen že v zadnjem stadiju. Po smrti Pirogova je peterburški patolog D. Vivodcev poslal Billrothu del preparata Pirogove zgornje čeljusti v histološko obdelavo. Po natančnem opisu rezov preparata je Billroth zaključil izvid z razpravo o moralno-etičnih stališčih kirurgov v zvezi z inoperabilnimi karcinomi.

Conclusions. Among the close friends of Theodor Billroth was also a famous Russian military surgeon Nikolai I. Pirogov. In 1880 Pirogov fell ill suffering from cancer of the upper jaw. At the time of Billroth's medical examination the illness was already in the last stage. After Pirogov's death the Peterburg's pathologist D. Vivodcev sent to Billroth a part of preparation of Pirogov's upper jaw for histological examination. After precise description of cuts of the preparation Billroth concluded his findings by writing down a discuss of the moral-ethical standpoints of surgeons, concerning inoperable cancers.

Letos mineva 100 let od smrti dunajskega kirurga Theodora Billrotha, intuitivnega zdravnika, kirurga in umetnika, ki je bil med najvidnejšimi kirurgi 19. stoletja.

Razvoj znanosti in umetnosti v 19. stoletju so nekateri zgodovinarji upravičeno poimenovali za zlato dobo evropskega razuma in ustvarjalnosti zaradi številnih epohalnih dosežkov in odkritij, kar je močno vplivalo na preobrazbo in razvoj celotne družbe starega sveta. Nenavadno navdušenje je zajelo tudi razvoj medicinske znanosti. V tistem času je njen prispevek dosegel veliko večjo popolnost kot v preteklih petih tisočletjih, kajti medicina je drzno posegla na tvegana telesna področja kot še nikoli dotlej.

Bilo je zaznati velik vzpon na vseh področjih medicinske stroke, zlasti kirurgije, ki je zaradi odkritja inhalacijskih anestetikov, antiseptičnih in aseptičnih načel ter zaradi učinkovitih in izdatnih hemostatičnih metod bila tisti čas v zenitu svoje zmogljivosti.

Vodilno središče evropske medicinske znanosti in kirurgije je bil Dunaj, ki so ga obiskovali zdravniki iz vsega sveta, da bi si izpopolnili strokovno znanje.

Razvoj evropske kirurgije v minulem stoletju je v neposredni zvezi z imenom velikega humanista in genialnega kirurga Theodora Billrotha ter njegove šole, ki je dala tudi slovenski medicini vrsto odličnih kirurgov, pionirjev naše aseptične kirurgije in vzgojiteljev novih generacij operaterjev. Menimo, da je ob tej priložnosti dolžnost omeniti odnose in pomembne recipročne izmene vodilnih učiteljev med dunajsko kirurško šolo in ljubljansko šolo že na samem začetku 19. stoletja.

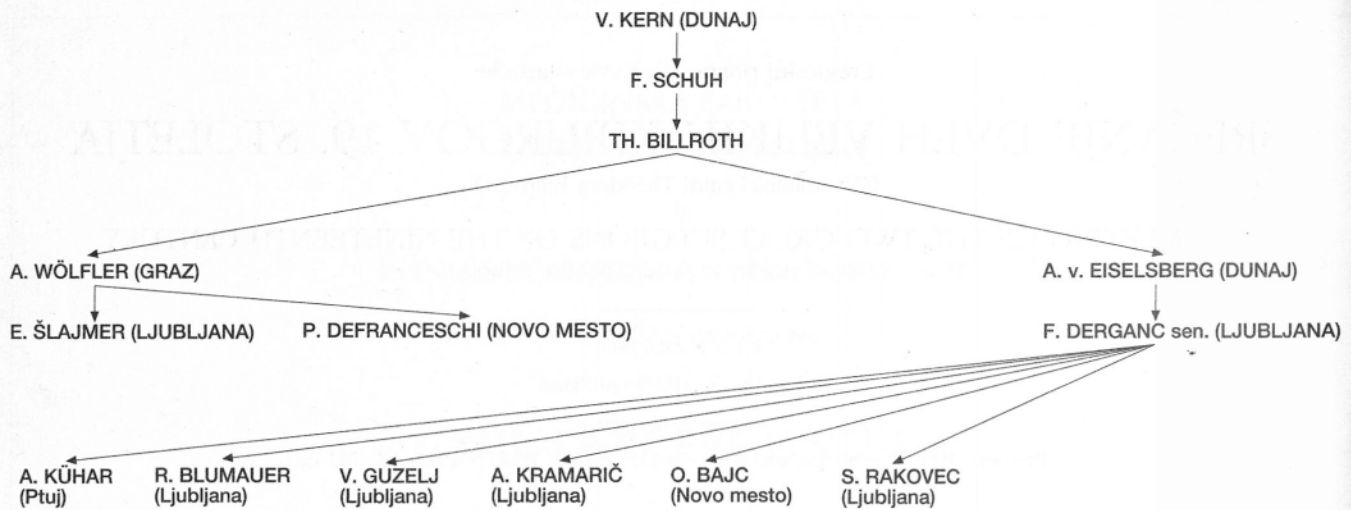
Največji vzpon je dunajska kirurgija dosegla z nekdanjim ljubljanskim profesorjem kirurgije na Mediko-kirurškem liceju Vincencem Kernom, kasnejšim reformatorjem dunajske kirurgije in kirurgom svetovnega pomena, utemeljiteljem znanstvene in em-

pirične kirurgije. Kern je na Dunaju ustanovil »C. kr. operaterski inštitut« (K. k. Operationszöglinsinstitut), kjer so se izpopolnjevali v kirurški stroki v drugi polovici devetnajstega in na začetku dvajsetega stoletja najpomembnejši evropski in prav tako slovenski kirurgi. Kernu je sledil profesor Franc Schuh, slednjega pa je nasledil Theodor Billroth.

O Billrothovem življenju in kirurgičnem delovanju so objavljene mnoge razprave in biografska dela. Tako povzemamo, da se je rodil 26. aprila 1829 v Bergnu na otoku Rügen v Nemčiji; leta 1852 je bil promoviran na berlinski medicinski fakulteti, 1853–60 deloval kot asistent Langenbecka na berlinski kirurški kliniki, 1860–67 bil profesor in predstojnik kirurške klinike v Zürichu in 1867–94 profesor in predstojnik II. kirurške klinike na Dunaju. Leta 1872 je izvedel prvo uspešno resekcijo ezofagusa, l. 1874 prvo totalno laringektomijo in l. 1881 prvo uspešno resekcijo želodca zaradi raka pilorusa. Izdelal je tudi operativno tehniko odstranitve piloričnega dela želodca in bil utemeljitelj gastroenterološke kirurgije. Izpopolnil in posodobil je Kernov »C. kr. operaterski inštitut«; med gojenci tega inštituta so bili tudi naši zdravniki in Avstrijci, ki so potem več let delovali v slovenskih krajih.

Billroth je bil znanstvenik, odličen operater, pedagog, reformator dunajskega medicinskega študija, glasbenik, pisec številnih mediko-historičnih razprav ter kirurških učbenikov. Pridobil si je visoka priznanja in vsesplošno spoštovanje kolegov. Številne evropske kirurške klinike so ga vabile kot konzultanta ali operaterja. Velike zasluge si je prav tako pridobil za razvoj Opatije kot klimatskega zdravilišča za srčne in pljučne bolnike, kjer je 6. februarja 1894 umrl.

Manj znani pa so njegovi strokovni in prijateljski stiki z nekaterimi vidnimi kirurgi tedanjega časa, tako je npr. med drugim gojil



Sl. 1. Billrothova šola in slovenski kirurgi.

pristne prijateljske stike z velikim ruskim kirurgom Nikolajem Ivanovičem Pirogovim, utemeljiteljem moderne vojnomedicinske doktrine (1).

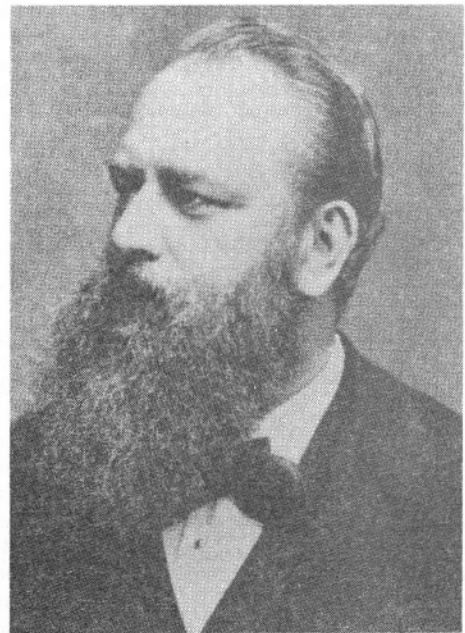
Billroth se je s Pirogovim seznanil, ko je l. 1877 obiskal St. Peterburg (2). Billroth ga je večkrat omenjal v svojih znamenitih pismih (3). Ob neki priložnosti je Pirogovu poklonil svojo sliko s posvetilom (4).

Pirogov se je rodil 10. novembra 1810 v Moskvi, bil l. 1832 promoviran na medicinski fakulteti v Dorpatu in bil l. 1837 profesor kirurgije prav tam. Za profesorja kirurgije na Vojni medicinsko-kirurški akademiji v Peterburgu je bil imenovan l. 1840. Med vojno na Kavkazu leta 1847 je organiziral sanitetno službo in prvi uvedel etrovo narkozo na bojnem polju. L. 1854 je izdelal operativno metodo osteoplastične eksartikulacije stopala, v Krimski vojni 1853–56 je utemeljil vojnomedicinsko doktrino, triažo ranjencev in prvi uporabil mavčni povoj. L. 1857 je bil imenovan za glavnega inšpektorja medicinskega študija v Odesi, nato v Kijevu, bil kasneje predčasno upokojen iz političnih razlogov, vendar 1862 reaktiviran. L. 1870 se je kot kirurg-opazovalec udeležil francosko-nemške vojne in 1878 še rusko-turške vojne. Pirogov je bil daleč izven meja svoje domovine znan kot odlični organizator vojnomedicinske službe.

Pozimi leta 1880 je Pirogov nevarno zbolel; na trdem nebu (palatum durum) je zapazil zelo bolečo razjedo, za katero je sprva mislil, da je nastala zaradi opeklina po izpiranju ust z vročo vodo, kar je redno izvajal, da bi odstranil neprijetni duh po tobaku. Končno ga je mučna bolezen prisilila, da je konzultiral profesorja peterburške Mediko-kirurške akademije Nikolaja Sklifosovskega (1836–1904), ki ga je ohrabil in mu svetoval operacijo (5). Podobno mišljenje so imeli tudi drugi kirurgi, ki so ga pregledali. Zunanji videz ulkusa je dajal vtis, da ni šlo za rakavo bolezen, temveč za benigno tvorbo. Vendar je bil Sklifosovski na pravi poti in prepričan o nasprotnem, Pirogovu pa je pravo diagnozo namenoma zamolčal (6). Sklifosovski diagnozi Pirogova žena ni verjela, zato je nagovarjala moža, da potuje na Dunaj in se posvetuje še z Billrothom, ki ga je kot starega prijatelja prisrčno sprejel, vendar mu žal ni mogel več pomagati. Klinično sliko je Billroth skušal zamegliti in prepričati bolnika, da opusti misel na operacijo (7). Namenoma mu je namreč prikril bistvo naglo napredujoče bolezni in mu odsvetoval operacijo. To je bilo zadnje srečanje med dolgoletnima prijateljema (8).

Pirogova so Billrothove besede najprej pomirile, toda ko se je vrnil v domovino, je bil neomajno prepričan, da mu iz usmiljenja vsi kolegi prikrivajo resnico. V svojem dnevniku je zato resignirano zapisal, da gre brez dvoma za maligno bolezen in da je prava diagnoza: *ulcus oris membranae mucosae cancrorum serpiginosum* (9).

Po vrnitvi v Rusijo je Pirogov pisal 3. julija 1881 Billrothu (10); iz pisma je razvidno, da mu je očital zamolčano resnico in ga rotil, da mu jo napiše, kajti pripravljen je na najslabše, kar bo stoično prenesel. Podrobno mu je poročal o poteku bolezni: velikost in okolica razjede sta in status quo, medtem ko se dozdeva, da se je globina zmanjšala. Nenavadno pa moti pri tem oblika ulkusa, katerega rob je nekoliko nabrekel in izoblikovan v podaljšek; črno



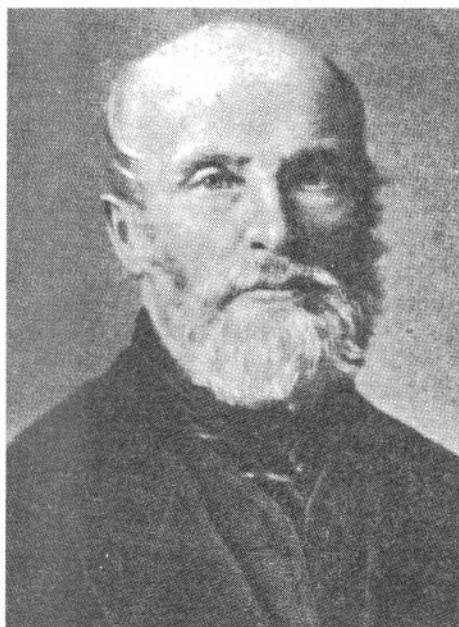
Sl. 2. Theodor Billroth (1829–1894).

mesto označuje globino razjede (Pirogov je priložil skico), ki je zelo občutljiva. Na zgornjem robu odurnega podaljška se toplje trd in precej premičen osteofit. Od časa do časa se stanje spreminja tako, kot da bi bila razjeda le na površini; spremlja pa jo močna občutljivost. Do razdražljivega zobobola pride le poredkoma in vselej ob dotiku razjede z vrhom jezika. Ko pa se ulkus prekrije s staničevino, se nadlega občutno zmanjša: jezikova konica prevzame namreč njeno lastnost. Pirogov je nepotrpežljivo pričakoval Billrothov odgovor in je pismo zaključil z željo, da mu Billroth potrdi zanj ugodno diagnozo in da »Vaše nasvete bom vedno upošteval in se vselej ravnal po njih. Izkušene kirurge ocenjujem po številu ekstirpacij malignega tkiva, med katere prištevam tudi epitelium.«

Kmalu za tem je Pirogov zelo oslabil, ker ni mogel požirati hrane zaradi hudih bolečin. Umril je 23. novembra leta 1881 na svojem posestvu v vasi Višnja Vininskega okraja v današnji Ukrajini. Moskovski profesor patologije in anatomije Dimitrij Vivodcev, ki je balzamiral Pirogovo truplo, je poslal del preparata zgornje čeljusti Billrothu s prošnjo (11), da da svoje strokovno mnenje. Billrothovo mnenje, ki ga je naslovil na profesorja Vivodceva, je bilo 20. februarja 1882 objavljeno v 14. št. »Wiener medizinische Wochenschrift« (12), potem ko je bilo najprej priobčeno v zadnji številki peterburškega »Medicinskega vestnika«. Billrothov izvid se je glasil:

»Dobri dve tretjini reza preparata, ki ste mi ga poslali, je izpolnjeno z bogato prekrvljenim mikrocelularnim fibrosarkomatoznim tkivom; po periferiji reza je jasno razvidno mikrocelularno nabrekanje epitela; v kotu reza je viden del izbranega epiteljskega karcinoma z epiteljskimi biseri, kar govori za nagnjenost poroženavanja; le-to je svetlorjave barve. Barva je morda samonikla ali pa je posledica uporabe perubalzama, ki sem ga Pirogovu priporočil. Tega si nisem mogel razložiti.

Iz izvida sledi, da je bilo moje mišljenje podobno mišljenju ruskih kolegov oziroma pravilno. Ko me je Pirogov obiskal, sem dobil vtis, da gre pri njem za začetek kroničnega procesa na alveoli levega zadnjega molara; zob je bil majav in na tem, da izpade. Nadalje, širila se je kronična vnetna novotvorba, ki je imela popolne lastnosti sarkomatoznega vnetnega epulisa; tako sliko sem pogostoma opazoval pri starejših ljudeh. Pirogova sem v tem stadiju zadnjič videl.



Sl. 3. Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810–1881).

Zmerna oteklina je bila brez epitela, površina pa je bila zelo grobo granulirana in na tem, da razpade. Epitel ni bil na tem mestu popolnoma uničen, temveč je tu pa tam silno bohotel, kar se običajno dogaja pri oteklini brazgotine. Posledica epitelnega bohotenja je imela lastnosti proliferacije in destrukcije; to je vodilo do delnega razvoja pravega karcinomskega epitela. Pri pregledu karcinoma sem pomislil tudi na lupus ali na kako drugo podobno

kronično ulceracijo. Pozneje sem slišal, da so bile pri Pirogovu povečane bezgavke zadaj za angulusom spodnje čeljusti, kar je bila brez dvoma posledica vnetja karcinomskega tkiva.

V takih primerih je zanimiv in poučen mikroskopski izvid: etiologija in potek bolezni sta prikazana v anatomski (histološki) sliki. Ne ozirajte se na diagnozo karcinoma, me ne bi mogla prepričati o potrebi operacije. Človek, ki je prekoračil 70. leto, čeprav je še duševno čil, kaže znake splošnega telesnega propadanja, s katarakto na obeh očesih, etc., etc. in nima nobenega upanja, da bi operacijo dobro prenesel ter se obvaroval vsaj za kratek čas pred recidivom. Priznati moram, da bolnika, ki bi bil telesno močan in 20 let mlajši od Pirogova, ne bi nikdar operiral. Tridesetletne kirurške izkušnje so me pripeljale do spoznanja, da se sarkom ali karcinom zadnjega dela zgornje čeljusti ne more nikdar z operacijo radikalno odstraniti, četudi obstaja verjetnost, da jo bolnik preživi. Moti pri tem namreč tehnična in anatomska izvedba, ki totalno ekstirpacijo onemogoča in bi bil edinstveni primer, ko bi uspelo odstraniti novotvorbo in toto. Pripomniti moram, da nisem več tisti pogumni in drzni operater, ki ste ga poznali še v Zürichu. Dandanes si ponovno in ponovno zastavljam vprašanje: ali bi privolil v tako operacijo, če bi bil sam bolnik? Z leti se je javila resignacija, z vsakim letom pa, ki mi ga usoda podari, sem večkrat prizadet zaradi neuspehov naše umetnosti in bi resnično grajal tistega kirurga, ki bi se opogumil in bi operiral Pirogova. Zase sem prepričan, da ko bi ga operiral, ne bi dosegel pričakovanega uspeha. Zaradi tega sem mu skušal zmanjšati psihično depresijo, mu okrepiti vzdržljivost in omiliti trpljenje. To bi bilo vse, kar sem mogel takrat storiti.

Popolnoma naravno je, da je moje mišljenje, ki je bilo v nasprotju z mišljenjem nekaterih mojih odličnih kolegov iz Rusije, moralo zbuditi pozornost, četudi sem storil vse, kar mi nalaga zdravniška dolžnost in kar je v skladu z mojimi kirurškimi izkušnjami. Če želite izvid objaviti, nimam ugovorov, čeprav se vedno združujem od objavljanja s področja kirurgije. Želim pa, da bi z besedo in delom tako dolgo vplival na moje privrženice in bolnike, kot bi mi to bilo omogočeno.

S prijateljskim pozdravom Vaš iskreni kolega
Th. Billroth.

S takimi mislimi je Billroth zaključil svojo ekspertizo.

Literatura

1. Genschorek W. Wegbereiter der Chirurgie. Johann Friedrich Diefenbach, Theodor Billroth. Leipzig: S. Hirzel, 1982: 211–1.
2. Kovanov VV. Hirurgija bez čudes. Moskva: Sovjet Rossija, 1981: 1–89.
3. Anon. Billroth und Brahm im Briefwechsel. Berlin–Wien: Urban Schwarzenberg, 1935: 1–109.
4. Briefe von Theodor Billroth. Hanover: Hahnische Buchhandlung, 1922: 1–222. Tekst posvete se glasi: »Dem verehrten Meister Nicolaus Pirogoff. Wahrheit und Klarheit im Denken und Empfinden, wie in Wort und That, sind die Sprossen auf der Leiter, welche die Menschen zum Sitze der Götter fährt. Ihrem ebenso Kühnen als sicheren Führer auf diesem nicht immer gefahrlosen Wege nachzufolgen, soll stets mein eifriges Bestreben sein. Ihr aufrichtiger Bewunderer und Freund Billroth.«
5. Porudominski V. Pirogov. Moskva: Molodaja gvardija, 1965: 1–294.
6. Geselevič AM. Naučnoe, literaturnoe i epistolernoe nasledie Nikolaja Ivanoviča Pirogova. Moskva: GIML, 1956: 1–210.
7. Krasovski AA. Pedagogičeskie idei N. I. Pirogova. Moskva: Učpedgiz, 1949: 1–172.
8. Pirogov NI. Sevastopolskie pisjma i vaspominanija. Moskva: Adademia nauk SSSR, 1950: 1–538.
9. Porudominski V. Pirogov. Moskva: Molodaja gvardija, 1965: 1–272.
10. Glaser H. Pirogov und seine Zeit. Wien Med Wschrf 1960; 47: 961–1.
11. Billroth über Pirogoff's letzte Krankheit. Wien Med Wschrf 1882; 14: 410–0.
12. Wien Med Wschrf 1882; 14: 411–1.

fiziološki antacid



prijetnega okusa in dobro prenosljiv
učinkuje hitro in za daljši čas odstrani pekočo bolečino, žgoč občutek in
pritisk v želodcu
monosubstanca; v naravi kot mineral
najnižja vsebnost aluminija glede na ostale sodobne antacide

Pri gastritisu



in ulkusu

Rupurut[®]

hidrotalcit

Sestava: V tableti je 0,5 g hidrotalcita, v vrečki suspenzije (= 10 ml) je 1,0 g hidrotalcita. **Doziranje:** Odrasli: 1/2 do 1 uro po jedi, pred spanjem ali pri nastanku želodčnih težav 1 do 2 tableti ali 1 vrečko nerazredčene suspenzije. Otroci (6 do 12 let): polovični odmerek za odrasle. **Kontraindikacije:** Pri moteni funkciji ledvic se je treba izogibati daljši uporabi večjih odmerkov Rupuruta.



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Pregledni prispevek/Review article

1994: AIDS V SVETU IN DOMA

1994: AIDS WORLDWIDE AND IN SLOVENIA

Janez Tomažič¹, Ludvik Vidmar¹, Mojca Maticič¹, Irena Klavs², Dunja Piškur-Kosmač³, Milan Čizman¹, Peter Kobler¹, Evita Leskovec², Mario Poljak⁴, Lidija Kristančič², Andreja Ramšak⁴, Alojz Ihan⁴

¹ Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Japljeva 2, 61105 Ljubljana

² Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 61001 Ljubljana

³ Ministrstvo za zdravstvo, Štefanova 5, 61000 Ljubljana

⁴ Inštitut za mikrobiologijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 4, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-06-10, sprejeto 1994-08-22; ZDRAV VESTN 1994; 63: 745-9

Ključne besede: epidemiologija; naravni potek; zdravljenje; prenos; testiranje

Izveček – Izhodišča. Avtorji predstavljajo aktualne epidemiološke podatke o aidsu in okužbi z virusom HIV v svetu in v Sloveniji. Opisane so novosti o naravnem poteku okužbe z virusom HIV, o spremljajočih okužbah, laboratorijski diagnostiki okužbe HIV, zdravljenju, cepivu in prenosu virusa. Omenjajo še probleme pri testiranju in probleme diskriminacije okuženih ljudi. Na kratko je prikazan tudi slovenski nacionalni program proti aidsu, s poudarkom na zdravstveni vzgoji prebivalcev.

Zaključek. Pomemben napredek je dosežen pri zdravljenju okužbe z virusom HIV in aidsa, vendar za enkrat še ni uspešnega zdravila ali cepiva. V Sloveniji je preteča nevarnost predvsem prodor in širjenje okužbe med intravenoznimi narkomani.

Key words: epidemiology; natural history; treatment; transmission; testing

Abstract – Background. The authors present topical epidemiological data on aids and HIV infection worldwide and in Slovenia. The latest data concerning the natural history of HIV infection, treatment, vaccine and transmission of the virus are reviewed. Problems in testing and discrimination of seropositive patients are also discussed. The Slovene AIDS Programme focusing on health education is also presented in brief.

Conclusion. Important advances have been made in the treatment of HIV infection and aids, but a successful drug or vaccine should not be expected before the end of this century. In Slovenia, the main threat is expected to be the spreading of HIV infection among intravenous drug abusers.

Uvod

Vstopili smo že v drugo desetletje pandemije okužbe z virusom človeške imunske pomanjkljivosti (HIV). Nobena bolezen moderne dobe ni imela takega vpliva na civilizirani svet kot sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti (aids). V precej kratkem času je prizadela več sto tisoč ljudi, pri katerih so ugotovili različna bolezenska stanja, ki definirajo aids. Aids je močan izziv za najrazličnejše strokovnjake, predvsem za ozko specializirane mikrobiologe, virologe, imunologe, infektologe, genetike, epidemiologe, sociologe, psihologe itn. Odkar poznamo to okužbo, smo pridobili veliko novih znanj, vendar boleznini žal še ne obvladamo. Danes okužba z virusom HIV vse bolj dobiva obraz prvenstveno spolno prenosljive bolezni, ki je v izredno tesni medsebojni povezanosti z ostalimi tovrstnimi boleznimi. Le-te lahko pomembno vplivajo na epidemiologijo obstoječega stanja okužbe HIV, zato najsodobnejši pristop v boju proti aidsu pomeni pravičen vsestranski pristop tudi k ostalim spolno prenosljivim boleznim (1, 2).

Epidemiologija

(Ali izgubljamobitko in vojno?)

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije je danes z virusom HIV okuženih več kot 15 milijonov ljudi. Približno dve tretjini jih

je v deželah v razvoju (3). Večina jih je brez simptomov ali znakov bolezni, veliko pa jih sploh ne ve, da so okuženi. V razvitem svetu, kot tudi pri nas, večino bolnikov predstavljajo homoseksualni oziroma biseksualni moški in intravenozni uživalci drog. V prvih dveh skupinah je število na novo okuženih v upadanju, medtem ko je število s HIV okuženih intravenoznih narkomanov v porastu. Zmeren porast se kaže tudi pri heteroseksualnem prenosu virusa HIV. V razvitem svetu je epidemija močno spremenila svoj obraz, prišlo je do demografskega premika. Medtem ko je bilo sprva v ZDA značilno, da je bil novo okuženi bolnik moški, homoseksualec, belec, izobražen in pripadnik srednjega razreda, se danes v razvitem svetu virus vse bolj širi predvsem med intravenoznimi narkomani, ki so najpogosteje obarvani ljudje, z nižjo stopnjo izobrazbe, s slabšim socialnim, družbenim in ekonomskim statusom, ki nimajo možnosti, volje in moči, da bi se organizirali in zaščitili pred to nevarno boleznijo (4). Predvidevanja nakazujejo, da je v svetu zaradi aidsa umrlo že več kot milijon ljudi. V ZDA je npr. umrlo že 68 odstotkov vseh prijavljenih bolnikov z aidsom. Tu je aids pri moških v starostni skupini med 25 do 44 let, drugi najpogostejši vzrok smrti (5).

Če analiziramo epidemijo v svetovnih razsežnostih, je očiten geografski premik bolezni v dežele v razvoju. Danes je največ bolnikov z aidsom v Podсахarski Afriki. Eno največjih negotovosti prihajajočega časa pa predstavlja Azija. Pred nekaj leti aidsa tam še skoraj niso poznali, sedaj pa se s hitrimi koraki širi predvsem

po državah južne in jugovzhodne Azije. Ocenjujejo, da bo konec tisočletja število okuženih ljudi v Aziji večje kot v Afriki (6).

Naravni potek bolezni

Virus se prenaša z osebe na osebo. Ko se človek enkrat okuži s tem virusom, ostane okužen in kužen celo življenje. Okužba z virusom HIV pomeni kronično bolezen. Večina seropozitivnih ljudi je po primarni okužbi (akutni sindrom HIV, ki se pojavi v času serokonverzije) vrsto let povsem zdravih. Tedaj govorimo o asimptomatski okužbi HIV, ki v povprečju traja 8 do 10 let. Ob dobrem zdravstvenem nadzoru, protiretrovirusnem zdravljenju in primarni profilaksi spremljajočih (oportunističnih) okužb pa to časovno obdobje lahko podaljšamo tudi na 15 let. Vendar pa se v tem obdobju virus HIV živahno razmnožuje v limfatičnih tkivih in organih, ki so njegovo glavno skladišče. V času viremije, ki se pojavi kmalu po primarni bolezni, pride do masivne okužbe mezogvničnih tkiv, kar verjetno determinira nadaljnji potek HIV bolezni. Z virološkimi in imunološkimi preiskavami v asimptomatskem obdobju ugotavljamo, da je virus že precej aktiven. Sprva je imunski sistem aktiviran. Verjetno virus HIV s svojimi superantigeni pretirano aktivira limfocite T, ki postanejo tako do vzetnejši za vstop virusa HIV. Naravni potek okužbe HIV pa vodi sčasoma seveda v oslabitev imunskega odziva. Še vedno ni povsem jasno, kako pride do kolapsa imunskega sistema. Virus HIV prek tako imenovane apoptoze (programirana smrt celice – samomor), tvorbe sincicijev, prek superantigenov, anergije in drugih znanih in neznanih mehanizmov deluje na različne celice, predvsem pa zmanjša število in okvari delovanje celic pomagalk (celice CD4).

Ko pa se pojavijo določene težave, govorimo o simptomatski okužbi HIV ali bolezni HIV (8). Poleg uničenja imunskega sistema in posledičnih spremljajočih okužb in rakastih bolezni sam virus HIV lahko povzroči tudi hude motnje v delovanju centralnega živčnega sistema (aids demenca kompleks) in tako imenovani sindrom hujšanja, ki bolnika povsem oslabi. Tedaj govorimo že o aidsu, ki se pojavi pri več kot 95 odstotkih oseb, okuženih z virusom HIV. Zaradi prekratkega poznavanja naravnega poteka HIV okužbe dokončen odstotek še ni znan. Zavedati pa se moramo, da se pri nekaterih lahko pojavi aids že v nekaj letih po okužbi (9).

V zadnjem času so za preučevanje zelo aktualni s HIV okuženi posamezniki, ki bodisi živijo že več kot 15 let brez bolezenskih znakov oziroma živijo več let z diagnozo aids (long-term survivors). Znanstveniki skušajo ugotoviti imunske značilnosti, ki ločijo to skupino ljudi od večine, kjer poteka bolezen, žal, progresivno (10).

Spremljajoče okužbe

Spreminja se število in vrsta spremljajočih okužb pri bolnikih z aidsom. Velik uspeh primarne profilakse proti pljučnici, povzročeni s *Pneumocystis carinii* (PC), ki je bila včasih najpogostejši vzrok diagnoze aidsa in tudi smrti, je močno zmanjšal tovrstno zboleznost (11). V porastu pa so okužbe s citomegalovirusom, z neobičajnimi glivami, z *Mycobacterium avium intracellulare*, v zadnjem času pa predvsem z *Mycobacterium tuberculosis*, ki so odporne proti tuberkulostatikom. V ZDA poročajo o pogostem prenosu TBC na zdravstvene delavce (12, 13). Vse večji problem postaja tudi sindrom hujšanja, ki ga povzroča sam virus HIV, zato je veliko novosti tudi na področju prehrane.

Laboratorijska diagnostika okužbe HIV

V zadnjih letih se je izboljšala tudi diagnostika dokazovanja okužbe z virusom HIV. Nove generacije testov so skoraj povsem odpravile lažno pozitivne izvide, vendar pa je pri serološki

diagnostiki še vedno problem tako imenovano »okno«, to je obdobje do serokonverzije, ki jo zaznamo šele več tednov po okužbi. Za dokazovanje virusa uporabljamo metodo izolacije virusa, določanje virusnega antigena, z verižno reakcijo s polimerazo (PCR) pa je sedaj možno zaznati prisotnost virusa z določitvijo minimalne količine nukleinskih kislin virusa HIV. Ta metoda je izredno občutljiva in jo uporabljamo takrat, ko je količina virusa premajhna, da bi jo dokazali z drugimi tehnikami. Glavne indikacije za uporabo PCR so: ugotavljanje okužbe v času »okna«, razlikovanje prave okužbe od pasivnega prenosa materinih protiteles pri novorojenčku, ugotavljanje virusa HIV v krvnih pripravkih in okužbe z njimi (14, 15).

Dopolnjena definicija aidsa

Leta 1993 je Center za nadzor bolezni (CDC) v Atlanti, ZDA, objavil novo, razširjeno definicijo diagnoze aidsa (16), ki vključuje poleg nekaterih novih kliničnih tudi izključno laboratorijske kriterije. Tako tudi asimptomatska oseba, okužena z virusom HIV, ki ima število celic CD4 manj kot 200/mm³, sodi med bolnike z aidsom. Nova definicija je bila sprejeta v ZDA. Evropa izključno laboratorijskih kriterijev ni sprejela, strinjala pa se je z ostalimi novimi boleznimi, ki definirajo aids. To so rak materničnega vratu, pljučna tuberkuloza in ponavljajoče se bakterijske pljučnice pri HIV pozitivnih oseb (16). V Sloveniji, kot tudi v Evropi uporabljamo novo evropsko definicijo aidsa od 1. 7. 1993 (17, 18).

Zdravljenje

Raziskave na področju okužbe HIV oziroma aidsa omogočajo danes zdravniku, da bolniku podaljša asimptomatsko obdobje okužbe HIV in omogoči ter podaljšuje njegovo delovno sposobnost tudi še v obdobju diagnoze aidsa, saj lahko uspešneje zdravi spremljajoče okužbe (19).

Poleg zidovudina sta registrirana nova nukleotidna analoga, dideoxyinosine (ddI) in dideoxycytidine (ddC), ki predstavljata uspešno alternativo pri delovanju na sam virus HIV (20). Kdaj začeti protiretrovirusno zdravljenje, še vedno ni povsem jasno. V ZDA v zadnjem času uvajajo zidovudin tedaj, kadar število celic CD4 pade pod 500/mm³ (21). Glede na rezultate študije Concorde, ki ni potrdila prednosti zgodnjega zdravljenja, pa Evropa ne upošteva tega laboratorijskega, temveč še vedno klinične kriterije (22). Vse bolj se uveljavlja sekvenčno oziroma kombinacijsko zdravljenje z obstoječimi protiretrovirusnimi zdravili. Potrebna pa so nova, učinkovitejša zdravila, ki najverjetneje ne bodo na voljo pred koncem tisočletja (20).

Na voljo imamo nova alternativna zdravila za preprečevanje in zdravljenje najpogostejših spremljajočih okužb: za pljučnico, povzročeno s PC, nova protiglivična zdravila, protivirusna zdravila, na primer za zdravljenje citomegalovirusne okužbe itd.

Prevladuje mnenje, da je zidovudin najučinkovitejši v zgodnjem obdobju bolezni, v kasnejšem pa je pomembna predvsem profilaksa pred spremljajočimi okužbami (23). Dokaz boljšega zdravljenja je podaljšano preživetje bolnikov z aidsom, ki je bilo v prvih letih epidemije manj kot 12 mesecev, danes pa je okrog 20 mesecev (24). Védeti pa moramo, da je pojav stranskih učinkov zdravil pri bolnikih z aidsom precej pogostejši kot pri drugih bolnikih, zaradi sočasne uporabe številnejših zdravil pa med njimi prihaja tudi do različnih škodljivih interakcij (25).

Cepivo

Tudi razvoj cepiva, ki je sicer postopno, je dandanes na tako obetajoči stopnji kot še nikoli do sedaj. Raziskave na šimpanzih so v veliko pomoč. Še vedno pa ni jasno, ali cepljenje, ki je uspešno

pri parenteralni okužbi, prepreči tudi cervikovaginalni prenos virusa. Neznanka ostaja še čas trajanja zaščite, problem variabilnosti virusa itd. Prototipi cepiv HIV-1 so preskušeni na prostovoljcih (klinična faza I). Cepiva so varna, še vedno pa je problem z imunogenostjo (15, 26).

Prenos virusa HIV

Okužba z virusom HIV se prenaša na tri glavne načine: z nezaščiteni spolnimi stiki z okuženimi osebami, s parenteralno izpostavitvijo okuženi krvi in drugim telesnim tekočinam (zelo redko ob izpostavljenosti sluznic) in z matere na otroka pred porodom, med in po njem. Zdravstveni delavci so na svojih delovnih mestih lahko izpostavljeni nevarnosti okužbe z virusom HIV, predvsem ob parenteralnih poškodbah, kjer pride do izpostavljenosti krvi seropozitivnih bolnikov.

Za zdravstvene delavce, ki zdravijo in negujejo bolnika z aidsom, so določeni posebni previdnostni ukrepi pri ravnanju s krvjo in telesnimi tekočinami, za preprečevanje prenosa okužbe z bolnika na zdravstvenega delavca. Leta 1990 je CDC poročal o prvem primeru prenosa virusa HIV z zdravstvenega delavca na bolnika. Zobozdravnik je okužil pet svojih bolnikov. Vendar način prenosa okužbe kljub številnim raziskavam še ni pojasnjen (27, 28).

Opisani so že prvi primeri prenosa virusa v domačem okolju. Znan je primer prenosa virusa z enega otroka na drugega brez dokumentiranega spolnega stika, perkutanega oziroma drugega načina stika s krvjo (29). Vendar pa gre največkrat za neprepoznaven stik z okuženo krvjo (npr. krvavitve iz nosu in podobno). Za enkrat ni opisanih novih oziroma do sedaj nepričakovanih ali nepoznanih načinov prenosa virusa (30). Rezultati nedavno objavljene študije kažejo značilno zmanjšano nevarnost prenosa okužbe z matere na plod (25,5% proti 8,3%), če mati prejema zidovudin v času nosečnosti in med porodom, novorojenec pa prvih šest tednov življenja (31).

Testiranje

Bolniku moramo svetovati, naj se testira na okužbo z virusom HIV, kadar to koristi njemu samemu ali njegovim spolnim partnerjem ali kadar to minimizira nevarnost prenosa virusa ali zaščiti javno zdravje. Za preprečevanje širjenja aidsa ali katerekoli druge smrtne bolezni je bistven del zapovedi: »Ne ubijaj.« Moralna dolžnost okuženih mora biti jasna: vzpostavljajte intimnih odnosov brez predhodnega razkritja okužbe je podobno dodajanju arzena v ponujene kolače. In prve žrtve te neodkritosrčnosti bolnikov z aidsom so pogosto prav njihove ljubljene osebe – v primeru okužene žene so to celo otroci. Treba je tudi zasledovati in testirati spolne partnerje, in to na primeren način, ki bo zavaroval pravice posameznika in hkrati obvaroval javno zdravje (32).

Diskriminacija

Kljub vsemu naštetemu poznavanju poteka bolezni, zdravljenja in preprečevanja bolezni pa so bolniki z okužbo HIV še vedno diskriminirani. Izgubljajo zaposlitev, izločeni so iz družbenih krogov, ne priznajo jim zavarovanja, velike težave imajo pri uveljavljanju pravic zdravstvene in zobozdravstvene oskrbe. Seropozitivne ženske, posebno intravenozne narkomanke, imajo pogosto težave pri ustreznem prenatalnem in perinatalnem nadzoru. Zavedati se moramo, da zdravstveni delavci morajo nuditi vso potrebno zdravstveno oskrbo, in to vsem bolnikom, tudi tistim, ki so okuženi z virusom HIV. Zavračanje zdravstvene pomoči bolniku iz kakršnega koli vzroka je neetično.

Aids v Sloveniji

Vnos virusa HIV v Slovenijo

Epidemija se je pri nas uradno začela z odkritjem prvega bolnika v juniju l. 1986. Glede na dolžino inkubacije lahko sklepamo, da so bile prve okužene osebe pri nas že v drugi polovici 70. let, vendar v Sloveniji ni znanega bolnika z aidsom pred omenjenim datumom.

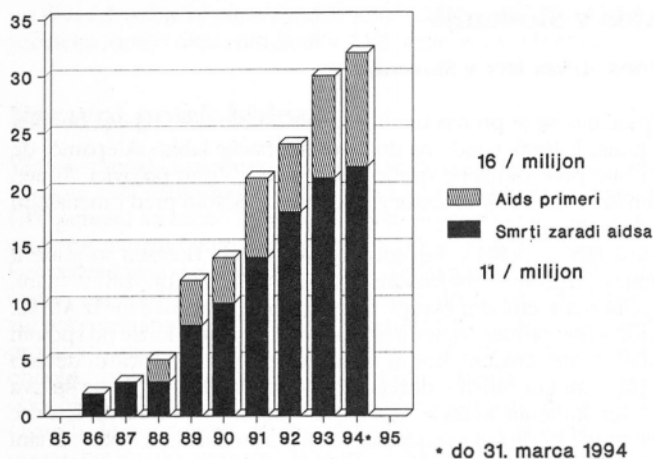
Virus HIV je prišel v Slovenijo po več poteh. Bolezen so prinesli homo- oziroma biseksualni moški, ki so se okužili v tujini, večinoma v zahodni Evropi. Drugi način je vnos okužbe iz Afrike. Naši, v tem primeru heteroseksualni moški so se okužili pri spolnih stikih z Afričankami, bodisi kot mornarji oziroma začasni delavci v tujini ali kot turisti v deželah Podсахarske Afrike. Tu sta še dva afriška študenta, ki sta se okužila že v domovini, bivala pri nas več let v času študija in tukaj imela več heteroseksualnih stikov. Znani sta nam dve ženski, ki ju je eden od njiju okužil. Naslednji način je povezan z intravenozno narkomanijo. Prve tri seropozitivne osebe, odkrite v letih 1987 do 1989, so anamnesticno povezane z Beogradom, kjer je prišlo že zgodaj do prave epidemije aidsa med intravenoznimi narkomani. Zadnje tri okužene osebe, odkrite v letih 1991–1993, pa so povezane z drugim hiperendemijskim centrom intravenozne narkomanije z visoko prevalenco okuženih odvisnikov z virusom HIV, tj. s severno Italijo. Ne zadnji, vendar eden najzgodnejših znanih načinov vnosa okužbe z virusom HIV v Slovenijo so »komercialni« krvni pripravki za zdravljenje hemofilije, uvoženi iz zahodne Evrope oziroma ZDA. Že konec leta 1985 in v začetku leta 1986 je bilo znano, da se je približno 10 odstotkov hemofilikov okužilo z virusom HIV pred uvedbo testiranja darovane krvi in krvnih pripravkov. Med njimi je znan samo en primer okužbe s krvjo našega krvodajalca, vsi ostali hemofiliki pa so bili okuženi z uvoženimi krvnimi pripravki. Odtlej nam ni znano, da bi se okužil še kak hemofilik.

Po teh prvih vnesenih primerih so se začeli pojavljati vse bolj avtohtoni primeri, ki niso imeli več neposredne povezave s tujino. Od leta 1986 naprej so se v Sloveniji vsako leto pojavljali novi bolniki z aidsom, po številu od najmanj enega do največ sedem letno (1991, 1993). Čas, v katerem se število bolnikov podvoji, znaša dve leti. Preživetje v zadnjem obdobju pri nas znaša 15 mesecev.

Epidemiologija in program preprečevanja in obvladovanja aidsa v Sloveniji

Inštitutu za varovanje zdravja je bilo do 31. marca 1994 skupno prijavljenih 32 primerov aidsa, kar pomeni kumulativno incidenčno stopnjo 16,0/milijon prebivalcev za obdobje od 1986 do 31. marca 1994 (sl. 1). Letna incidenčna stopnja se je gibala od 0,5 do 3,5/milijon prebivalcev. V letu 1993 je bila 3,5 na milijon prebivalcev, kar je še malo v primerjavi s mnogimi državami v Evropi (33). Od tega je bilo 30 primerov pri moških in le dva pri ženskah. Ob postavitvi diagnoze aidsa je bilo pol moških (15 primerov – 50,0%), starih od 25 do 34 let. Med prijavljenimi primeri aidsa je bilo največ oseb s stalnim prebivališčem v ljubljanski regiji. V skupnem številu prijavljenih primerov aidsa je največ bolnikov iz skupine moških homoseksualcev ali biseksualcev (sl. 2). Obe bolnici sta bili okuženi s heteroseksualnimi stiki. Ena je bila partnerka hemofilika in ena partnerka osebe iz države z epidemiološkim vzorcem 2 (Podсахarska Afrika), kjer je heteroseksualni prenos okužbe HIV najpogostejši in delež okuženih ljudi zelo visok. Oba bolnika, ki sta navedla injiciranje drog, sta injicirala izven Slovenije. Med bolniki je tudi otrok, ki se je okužil od matere, ki je imela heteroseksualne stike z osebo iz države z epidemiološkim vzorcem 2.

V Sloveniji je bilo prijavljenih še dodatnih 50 primerov diagnosticirane okužbe HIV brez razvitega aidsa, 37 primerov pri moških, 10 pri ženskah in 3 pri otrocih. Zanesljivih ocen o



Sl. 1. Skupno število prijavljenih primerov aidsa in smrti zaradi aidsa v Sloveniji do navedenih let.

Fig. 1. Cumulative total of reported AIDS cases and deaths in Slovenia until specified years.

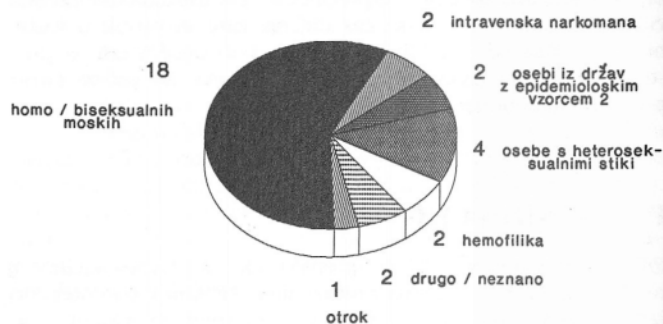
porazdelitvi in širjenju okužbe v različnih skupinah prebivalcev nimamo. Epidemija je še v zgodnji fazi. Intenzivnejše širjenje lahko pričakujemo, ko bo virus vnesen v skupine z visoko tveganimi vedenjskimi vzorci (tiste, ki souporabljajo pribor za injiciranje drog, in tiste, ki imajo nezaščitene spolne stike s številnimi partnerji).

V Sloveniji pri Ministrstvu za zdravstvo že od leta 1985 deluje Republiška komisija za aids, ki je razvila in tudi stalno dopolnjuje Republiški program preprečevanja in obvladovanja aidsa in okužbe s HIV. Veliko aktivnosti je integriranih v zdravstveno varstvo: epidemiološko sledenje, zdravljenje, laboratorijska diagnostika, zagotavljanje varne krvi in pripravkov iz krvi, preprečevanje nozokomialnega prenosa, svetovanje in testiranje. Del aktivnosti, predvsem zdravstveno vzgojnih, so izvedle nevladne organizacije. Ena najpomembnejših aktivnosti je zdravstvena vzgoja.

Zdravstvena vzgoja prebivalstva glede aidsa

Preventiva pred okužbo z virusom HIV ostaja najpomembnejša strategija obrambe pred to boleznijo. Glede na to, da aids postaja vse bolj spolno prenosljiva bolezen, se spolni vzgoji pripisuje vse večji pomen. V strokovnih krogih prevladuje stališče, da naj bo preventiva aidsa le nadgradnja spolne vzgoje. Pri preventivi aidsa govorimo o načinih prenosa, o varovanju pred okužbo in o odnosu do okuženih. Pogoji za vzgojo so dobre informacije, vendar to ni dovolj. S svojim delovanjem želimo vplivati na stališča ljudi in doseči za okužbo z virusom HIV varno obnašanje oziroma spremembo obnašanja, kadar tako obnašanje že obstaja. Pri tem se poslužujemo najrazličnejših metod: učni programi, poročanje v medijih, akcije, kot so kvizi, literarni razpisi, okrogle mize, deljenje rdečih pentel, informacijske stojnice...

Aids posega v naše intimno življenje in je neposredno povezan s temami, kot so zaupanje, odnos do soljudi, prijateljstvo itd. V program vključujemo tudi vzgojo za humanizacijo medsebojnih odnosov, vzgojo za strpnost, spoštovanje človekovih pravic in dopuščanje drugačnosti (tudi drugačne spolne opredeljenosti). Program prevencije pred okužbo z virusom HIV vsebuje promocijo kondoma in aktivnosti, ki kondom približajo porabnikom. S pozitivnim pristopom želimo vzgajati vso populacijo in t.i. ciljne skupine. Pomemben del delovanja je usmerjen v skupine z večjim tveganjem za okužbo z virusom HIV (ne govorimo več o rizičnih skupinah), kot so intravenozni uživalci ilegalnih drog, homoseksualci, »sex workers«. Naša stalna ciljna skupina pa so mladi in jim posvečamo posebno pozornost, saj se mora spolna vzgoja in



do 31. marca 1994

Sl. 2. Skupno število prijavljenih primerov aidsa glede kategorije prenosa v Sloveniji do 31. marca 1994.

Fig. 2. Cumulative total of reported AIDS cases according to transmission category in Slovenia by 31 March, 1994.

preventiva aidsa začeti že v rani mladosti v družinskem krogu in se nadaljevati skozi vse življenje. Odločitev o uporabi zaščite med dvema spolnima partnerjema zahteva pogovor o njunem spolnem življenju in o prisotnosti predhodnega obnašanja z večjim tveganjem za okužbo z virusom HIV.

Aids je zaradi svoje narave in svoje dinamike postal pragmatizem, zaradi katerega ljudje vse bolj razmišljajo o svojem načinu življenja. Na vsak način nas čaka izziv k boljši kakovosti življenja in bolj humanim medsebojnim odnosom.

Zaključek

Čeprav smo pri zdravljenju okužbe z virusom HIV in aidsa dosegli pomemben napredek, žal za zdaj še ni uspešnega zdravila ali cepiva. Verjetno ne bosta na voljo pred koncem tisočletja. Aids bo še nekaj desetletij del našega sveta.

V Sloveniji je preteča nevarnost predvsem prodor in širjenje okužbe med intravenoznimi uživalci drog. Poleg ukrepov zdravstvene službe je potrebno sodelovanje celotne družbe, le skupno nam lahko uspe omejiti širjenje te nevarne bolezni.

Literatura

- Potts M, Carswell W. Aids: losing the battle and the war? *Lancet* 1993; 341: 1442-3.
- Cohen MS, Dallabetta G, Laga M, Holmes KK. A new deal in HIV prevention: Lessons from the global approach. *Ann Intern Med* 1994; 120: 340-1.
- Mann JM. AIDS - the second decade: a global perspective. *J Infect Dis* 1992; 165: 245-50.
- The second 100,000 cases of acquired immunodeficiency syndrome - United States, June 1981-December 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992; 41: 28-9.
- Update: mortality attributable to HIV infection. AIDS among persons aged 25-44 years - United States, 1990 and 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42: 481-6.
- Santaleo MA. HIV infection and AIDS. *Curr Opin Infect Dis* 1992; 5: 187-8.
- Chaisson RE, Volberding PA. Clinical manifestations of HIV infection. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990: 1059-92.
- Fauci AS, Schnittman SM, Poli G, Koenig S, Pantaleo G. Immunopathogenic mechanisms in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann Intern Med* 1991; 114: 678-91.
- Fauci AS. The human immunodeficiency virus infectivity and mechanisms of pathogenesis. *Science* 1989; 239: 617-22.
- Pantaleo G, Graziosi C, Fauci AS. The immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1993; 328: 327-35.
- Sattler FR. Pulmonary manifestations of AIDS: special emphasis on pneumocystosis. In: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC eds. *Cecil textbook of medicine*. 19th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992: 1932-42.
- Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, Snider DE Jr. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1991; 324: 1644-50.

13. Nosocomial transmission of multidrug-resistant tuberculosis among HIV-infected persons – Florida and New York, 1988–1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40: 585–91.
14. Sloand EM, Pitt E, Chiarello RJ, Nemo GJ. HIV testing. State of the art. *JAMA* 1991; 266: 2861–6.
15. Fauci AS. Optimal immunity to HIV – natural infection, vaccination, or both? *N Engl J Med* 1991; 324: 1733–5.
16. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992; 41: 1–19.
17. Ancella-Park R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet* 1993; 341: 441–1.
18. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, WHO–EC Collaborating Centre on AIDS. 1993 Revision of the European AIDS surveillance case definition. In: *AIDS surveillance in Europe. Quart Report* 1993; No. 37: 23–8.
19. Feinberg J, Leport C, Reiss P. Update on opportunistic infections. *AIDS* 1991; 5: Suppl 2: S195–S202.
20. Hirsch MS, D'Aquila RT. Therapy for human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1993; 328: 1686–95.
21. Volberding PV, Lagakos SW, Koch MA et al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection. A controlled trial in persons with fewer than 500 CD4 positive cells per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1990; 322: 941–9.
22. Aboulker JP, Swart AM. Preliminary analysis of the Concorde trial. *Lancet* 1993; 341: 889–90.
23. Bartlett JG. Zidovudine now or later? *N Engl J Med* 1993; 329: 351–2.
24. Hellinger FJ. Updated forecasts of the costs of medical care for persons with AIDS. *Public Health Rep* 1990; 105: 1–12.
25. Lee BL, Safrin S. Drug interactions and toxicities in patients with AIDS. *Curr Opin Infect Dis* 1992; 5: 231–40.
26. Redfield RR, Birx DL, Ketter N et al. A phase I. evaluation of the safety and immunogenicity of vaccination with recombinant gp 160 in patients with early human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1991; 324: 1677–84.
27. Update: transmission of HIV infection during an invasive dental procedure – Florida. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40: 21–33.
28. Update: transmission of HIV infection during an invasive dental procedure – Florida. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40: 377–81.
29. Fitzgibbon JE, Gaur S, Frankel LD, Laraque F, Edlin B, Dubin DT. Transmission from one child to another of human immunodeficiency virus type 1 with a zidovudine resistance mutation. *N Engl J Med* 1993; 329: 2835–41.
30. Simons RJ, Rogers MF. HIV prevention: bringing the message home. *N Engl J Med* 1993; 329: 1883–5.
31. Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43: 285–7.
32. American College of Physicians and Infectious Diseases Society of America. Human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann Intern Med* 1994; 120: 310–9.
33. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, WHO–EC Collaborating Centre on AIDS. *AIDS surveillance in Europe. Quart Report* 1994; No. 40: 1–42.

[®] Voltaren Rapid – kalijev diklofenak,

posebej prirejen za hitro djelovanje

[®] Voltaren Rapid – pri:

- * zvinih sklepov
- * nategih mišic
- * udarninah
- * zlomih in dislokacijah

Analgetsko začne delovati že po 15 do 30 minutah.

Učinkovito zmanjšuje otekanje in edem.

[®] Voltaren Rapid hitro ublaži bolečine in vnetje, s tem pa pospeši okrevanje bolnika.

Oprema
10 dražejev po 50 mg kalijevega diklofenaka

[®] Voltaren Rapid

DELUJE, KJER BOLI

PLIVA d.d. Zagreb
Program farmaceutike
PLIVA d.o.o. Ljubljana
Dunajska 51, Ljubljana



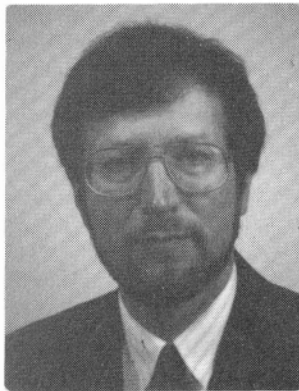
Osebnosti

NAGRADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZNANSTVENORAZISKOVALNO DELO

V dvorani Narodne galerije v Ljubljani so 11. novembra 1994 slovesno izročili letošnje nagrade Republike Slovenije za znanstvenoraziskovalno delo, ki se podeljujejo za vrhunske dosežke v zadnjih petih letih, za življenjsko delo in za izume. Nagrade sta poleg ostalih prejela tudi naša zdravnik:

Prof. dr. Radovan Komel za vrhunske dosežke v biokemiji in molekularni biologiji

Profesor Komel se ukvarja z biokemijskim raziskovanjem steroidov in tehnologije rekombinantne DNA v biokemiji, biologiji in medicini. Skupina, ki jo vodi, že več let uspešno proučuje biosintezo steroidov zaradi biotehnoške proizvodnje kortikoidnih hormonov za medicinske potrebe. Pri tem so uporabili metodo molekularne genetike in klonirali gen, ki ureja sintezo enega ključnih encimov, »odgovornega« za mikrobn metabolizem steroidov. Proučili so pogoje, potrebne za transgenezo, v transformiranem gostiteljskem sevu pa opisali steroidne metabolite. Pri tem delu za transgenezo so med prvimi na svetu uporabili metodo elektroporacije protoplastov filamentoznih gliv.

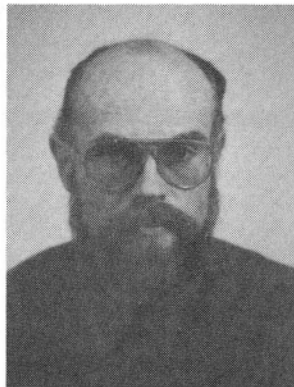


Z leti nakopičeno znanje na področju molekularne genetike je omogočilo uporabo tehnologije rekombinantne DNA tudi v humani genetiki. Za ginekološke in pediatrične klinike so najprej razvili postopke za laboratorijsko ugotavljanje cistične fibroze, dedne bolezni, ki so jo podrobno proučili med našim prebivalstvom, rezultate pa objavili v vodilni strokovni reviji *New England Journal of Medicine*. Profesorju Komelu so zaradi teh odkritij ponudili članstvo v Svetovnem konzorciju za raziskovanje cistične fibroze in sodelovanje v projektu Človeški genom, danes največji biološki raziskavi na svetu. V zadnjih petih letih je poleg številnih drugih objav s sodelavci prispeval 25 izvirnih člankov v vodilne znanstvene revije. Velik del svojega časa je posvetil izobraževanju mlajših sodelavcev.

Prof. dr. Janez Sketelj za vrhunske dosežke v nevropatofiziologiji

Profesor Sketelj je predstojnik Inštituta za patofiziologijo ljubljanske medicinske fakultete. V nevrobiologiji raziskovalno deluje že od leta 1974, v zadnjih letih pa se je posvečal predvsem obnavljanju živca in živčnega nadzora normalne in obnavljajoče se mišice po poškodbi. Ugotovil je, da je za uspešno rast obnavljajočih se živčnih vlaken najpomembnejša ustreznost tkivna podlaga, celični dejavniki pa zmerno pospešujejo rast in prispevajo k dolgoročnemu preživetju manjšega dela čutilnih živčnih celic. Raziskoval je tudi vpliv strupov na skeletno mišico ter možnost za preventivo in zdravljenje zastrupljenih mišic. Ugotovil je, da so progaste mišice sposobne na celični opni oblikovati

posebne strukture, podobne živčno-mišičnemu stiku, ne da bi bile oživčene. Rezultati raziskav so tudi pokazali, da je uravnavanje encima acetilholinesteraze v hitrih in počasnih mišicah različno in da so vzrok tega genETSki dejavniki.



Njegove raziskave posegajo v molekularne procese pri obnavljanju živcev in mišic, v zakladnico znanja eksperimentalne nevrobiologije pa so prispevale nove podatke, pomembne tudi za klinične nevrološke vede. Odličnost in izvirnost njegovih del dokazujejo objave v uglednih mednarodnih revijah in pogosta citiranost. Raziskave je opravil večinoma kot vodja raziskovalne skupine, pobudnik, mentor ali soizvajalec.

Nagrado za izum je dobila tudi prof. dr. Marija Pečan

Profesorica dr. Marija Pečan je razvila novo napravo za anestezijo otrok, ki v primerjavi z dosedanjimi sistemi omogoča manjše podhlajevanje in izsuševanje dihal, prihranek pri dihalnih plinih in uporabo tudi pri tistih operacijah, pri katerih navadni dihalni



sistemi tehnično zelo ovirajo operaterja pri delu. Njen izum na slovenskih anestezioloških oddelkih že uspešno uporabljajo. Na sestanku Eureka v Bruslju je dobil zlato medaljo in priznanje mesta Bruslja za najhumanejšo iznajdbo leta, doma pa zlato priznanje 1993 na sejmu slovenske podjetniške inovacijske mreže.

Čestitkam se pridružuje tudi uredništvo Zdravniškega vestnika.

Nekrologi

STANKO PLEVNIK

Pavla Jerina-Lab

V Ljubljani je 20. oktobra 1994 umrl dr. Stanko Plevnik, nevropsihiater, sanitetni polkovnik v pokoju. Rojen je bil 1918 v Mislinji.

Od njega smo se posloveli v njemu dragih Rušah. Tam je živel v mladosti pri starših in končal gimnazijo v Mariboru. Na Medicinsko fakulteto v Ljubljani se je vpisal l. 1938. Vojna mu je preprečila redni študij. V Osvobodilni fronti je v študentski organizaciji na fakulteti aktivno sodeloval do vstopa v partizane septembra l. 1943, in sicer v 9. brigado ljubljansko. S to brigado je kot sanitetni referent prehodil vso njeno bojno pot in potem od januarja 1945 do julija 1945 še z artilerijsko in Prekmursko brigado.



Po osvoboditvi je študiral medicino kot vojni štipendist v Beogradu in v Ljubljani, kjer je diplomiral l. 1947. V bivši jugoslovanski armadi je služboval v aviacijskih centrih v Banja Luki in v Beogradu v Medicinskem inštitutu vojnega letalstva in bil načelnik te ustanove. Opravi je specialistični staž iz otolarinologije in nevropsihiatrije ter postal nevropsihiater, s posebnim ozirom na potrebe vojaškega letalstva. Na podiplomskem študiju za ta specifična področja medicine je bil v Ameriki in v Angliji in sodeloval z združenji aviacijske medicine. Bil je med prvimi povojnimi strokovnjaki na tem področju. Pridobil si je tudi ustrezno znanje iz pilotiranja. Od l. 1952 do 1962 je bil član zdravniške komisije za aviatičarje letalce.

Dr. Plevnik je po upokojitvi delal do 1980 na nevropsihiatričnem oddelku Vojaške bolnišnice v Ljubljani in sodeloval kot strokovnjak v zdravstvenih komisijah za letalstvo, za invalide in borčevska vprašanja. Sodeloval je v sekciji partizanskega zdravstva SZD, tudi kot njen sekretar. Že v l. 1963 je predstavil Sanitetni upravi JLA daljšo razpravo »Razvoj sanitetne službe v NOB v Sloveniji«. Dr. Stanko je bil vedno spoštovan in priljubljen med soborci narodnoosvobodilnega boja in med kolegi v letalskih službah.

Strokovno izpopolnjevanje

POROČILO S PODIPLOMSKEGA TEČAJA GINEKOLOŠKE ONKOLOGIJE

ESO – European School of Oncology,
Amsterdam, Nizozemska, 18.–23. 9. 1994

Iztok Takač

Izvrstno organiziranega tečaja se je udeležilo 62 slušateljev, med katerimi nas je bilo tudi šest Slovencev. V tednu dni smo slišali 53 predavanj, ki so se v strnjem urniku vrstila vsak dan od 8.00 do 18.00 ure.

Tečaj sta vodila Jan B. Vermorken iz Nizozemske in Nina Einhorn iz Švedske.

Predavalo nam je 29 vrhunskih strokovnjakov ginekološke onkologije z vsega sveta. Sistematsko so nam predstavili osnove, diagnostiko in načine sodobnega zdravljenja malignih tumorjev

zunanjega spolovila, nožnice, maternice in jajčnikov. Predavanjem so sledile živahne razprave, še vedno pa je ostalo dovolj časa za družabni del tečaja, ki je bil prav tako izredno kakovostno organiziran.

F. E. Van Leeuwen iz Nizozemske je prikazala epidemiološke značilnosti ginekoloških malignomov. V Nizozemski, ki šteje okoli 15 milijonov prebivalcev, je incidenca karcinoma endometrija 11,1, jajčnika 10,6 in vratu maternice 7,0 na 100.000 žensk.

G. J. M. Fleuren iz Nizozemske je predaval o molekularnih osnovah karcinogeneze in uporabi DNA pretočne citometrije pri ugotavljanju bioloških lastnosti tumorjev. Metoda je primerna za razlikovanje med primarnimi tumorji in zasevki ali recidivi, prav tako pa daje določene podatke o pričakovanem poteku bolezni. J. Walboomers iz Nizozemske je osvetlil vlogo virusov pri nastanku karcinoma vratu maternice. DNA humanega papiloma virusa (HPV) so izolirali pri ženskah s ploščatoceličnim karcinomom vratu maternice v 95–100%, z adenokarcinomom pa v 80–90%. Stalna prisotnost HPV je povezana s persistenco ali progresijo, fluktuacija ali negativizacija HPV pa z regresijo cervikalne intraepitelne neoplazije (CIN). Na osnovi tega lahko služi določanje onkogenih tipov HPV kot pokazatelj razvoja CIN.

J. P. A. Baak iz Nizozemske je v predavanju o kvantitativni patologiji prikazal vlogo morfometrije v kliničnem delu. Kvantitativne patološke preiskave, kot so jedrna morfometrija, volumski odstotek epitelijskega tkiva, površinska gostota žlez in indeks mitotske aktivnosti, kombinirani z DNA pretočno citometrijo, nam nudijo pomembne diagnostične in prognostične podatke.

J. Wagstaff iz Nizozemske nas je seznanil s trenutnim stanjem na področju biološkega zdravljenja. V številnih laboratorijih vlagajo ogromno naporov in sredstev za raziskave in sintezo inhibitorjev citokinov, to je zaviralcev glikoproteinov, ki regulirajo delovanje imunskega sistema. Obetajo si, da bodo z njimi uspešno zdravili maligna zboležja.

J. G. M. Klijn iz Nizozemske je v predavanju o endokrinologiji prikazal vlogo estrogenskih (E) in progesteronskih (P) receptorjev pri bolnicah z ginekološkimi malignomi. Bolnice s karcinomom jajčnikov imajo slabšo prognozo, če so E in P receptorji izraženi. Bolnice s karcinomom endometrija in izraženimi P receptorji reagirajo na zdravljenje z gestageni v 75% in le v 8%, če ti receptorji niso izraženi.

J. W. H. Leer iz Nizozemske je opozoril na možnost indukcije sekundarnih tumorjev, ki lahko nastopi tudi deset in več let po radioterapiji. Z namenom omogočanja sprotnega popravljanja kromosomskih okvar normalnih celic med obsevanjem priporoča hiperfrakcionacijo, to je obsevanje na 6–8 ur, večkrat dnevno.

E. Boven iz Nizozemske nas je seznanila z zanimivo tehniko humanih tumorskih ksenotransplantatov. Tkiva človeških tumorjev transplantirajo pod kožo posebnih sojev miši, katerih imunski sistem je suprimiran. Na tako dobljenih modelih in vivo ugotavljajo kemosenzitivnost tumorjev na različne citostatike, učinek novih kombinacij zdravil, hormonov, monoklonskih protiteles, citokinov, induktorjev diferenciacije, modulatorjev rezistence in toksičnosti ter radioterapije na razvoj tumorjev.

E. A. Eisenhauer iz Kanade nas je seznanila z različnimi fazami razvoja novih protitumorskih zdravil. Pred kliničnim testiranjem na ljudeh je trebadokazati učinek zdravila na tumorskem modelu (podaljšano preživetje, regresija tumorja, preprečitev metastaz) in ugotoviti toksičnost na dveh živalskih vrstah (glodalci, psi). Nato lahko pričnemo s fazo I (ugotavljanje največje tolerantne doze, toksičnosti in farmakokinetike), ki ji sledi faza II (ugotavljanje protitumorske učinkovitosti novega zdravila), tej pa faza III (ugotavljanje preživetja in kvalitete življenja).

J. H. Beijnen iz Nizozemske je prikazal način delovanja in učinek taksnen na cisplatin rezistentne seve celic karcinoma jajčnika. Takseni povzročajo trajno stabilizacijo polimerov mikrotubulov in s tem smrt celic. Najpogostejša stranska učinka teh še vedno precej dragih zdravil sta stomatitis in nevtropenija.

J. B. Vermorken je predstavil rezultate najnovejših raziskav s citoprotektivnim agensom amifostin (WR 2721). Amifostin je

predzdravilo, ki zaščiti normalne celice pred učinki kemoterapije. Žal pa delno zaščiti tudi tumorske celice. Ima močno zaščitno delovanje na celice kostnega mozga, imunskega sistema in kože. Ne zaščiti pa celic živčevja in tudi ne deluje, če ga damo šele po uporabi kemoterapevtikov. Ne podaljša časa preživetja ali obdobja do recidiva.

R. C. Rietbroek iz Nizozemske nas je seznanil z uporabo hipertermije kot dodatne metode pri zdravljenju malignomov. V kombinaciji s kemoterapijo ali radioterapijo se s pomočjo generatorja elektromagnetnih valov tkivo segreva na 41–42 stopinj. Postopek traja 1 uro in ga ponavljajo tedensko največ do 12-krat. Zadovoljiv odgovor dosežejo v do 50%, v okoli 14% pa nastopijo neželeni stranski učinki (maščobna nekroza, opekline, infekcije, porast kreatinina, mentalna depresija). Tehniko najpogosteje uporabljajo pri recidivih karcinoma vratu maternice in napredovalih karcinomih mehurja.

J. B. Vermorken je v predavanju o antiemetikih poudaril, da je v 10–30% kemoterapijo treba prekiniti zaradi bruhanja.

Slednje je lahko akutno (v roku 24 ur po kemoterapiji), odloženo (2 do 6 dni po kemoterapiji), anticipirano (pred kemoterapijo) ali pa ni v zvezi z njo. Kot antiemetik se trenutno največ uporabljajo antagonisti dopamina, kortikosteroidi, benzodiazepini, kanabinoidi in antagonisti serotoninjskih receptorjev. Pri zelo emetogeni kemoterapiji priporočajo uporabo kombinacije antagonistov serotoninjskih receptorjev in kortikosteroidov.

W. W. A. Zuurmond iz Nizozemske je v predavanju o bolečini pri malignih zboljenih navedel, da je ta simptom prisoten pri do 40% bolnikov z malignomom. Farmakološko zdravljenje bolečine je trisopenjsko (nesteroidni neopiodi, blagi opiodi, močni opiodi). Možno je še kirurško zdravljenje, kemoterapija, hormonska terapija, radioterapija, epiduralna analgezija in destrukcija živčnega snopa ter psihoterapija.

A. P. Heintz iz Nizozemske je predstavil svoje poglede na evtanazijo, ta življenje skrajševalni akt zdravnika na željo neozdravljivo bolnega. V Nizozemski je evtanazija prepovedana. Zdravniku grozi zapora kazen (do 12 let). Kazniva je tudi pomoč pri samomoru (do 3 leta). Kljub temu nizozemski zdravniki namensko »pomagajo« umreti 2000 do 3000 neozdravljivo bolnim letno. Izpolnjevanje bolnikove želje privede zdravnika v konflikt z zakonom (force majeure). Zvrstilo se je tudi nekaj sodnih procesov, vendar so bili vsi ustavljeni. Tudi iz tega lahko vidimo, kakšen položaj in moč imajo zdravniki in njihova stanovska organizacija v Nizozemski.

M. Buyse iz Belgije nas je opozoril na najpogostejše napake, ki se pojavljajo med kliničnimi raziskavami. Poudaril je vlogo meta raziskav, ki morajo temeljiti na podatkih individualnih bolnikov in na striktno randomiziranih raziskavah.

E. K. J. Risse iz Nizozemske je v okviru diagnostične citopatologije osvetlila vlogo DNA-PCR za ugotavljanje infekcije s klamidijami in HPV. Odklanja ugotavljanje HPV infekcije s citologijo, predvideva pa, da bo v bodoče določanje HPV služilo zmanjševanju lažno negativnih citoloških izvidov.

N. Einhorn nas je seznanila z zgodovino in trenutnim stanjem FIGO staginga ginekoloških malignomov, prav tako pa z dilemami, ki so prisotne v obstoječi klasifikaciji.

M. R. Buist iz Nizozemske je predavala o imunodiagnostiki malignoma jajčnikov z monoklonskimi protitelesi. Imunoscintigrafija je dokaj zanesljiva metoda lokalizacije depozitov tumorja v trebušni votlini, boljša od ultrazvoka, CT, kliničnega pregleda in NMR. Nima pa prednosti pred ostalimi metodami pri tumorjih, lokaliziranih v medenici.

Th. H. M. Falke iz Nizozemske je v predavanju o vizualizaciji v ginekološki onkologiji poudaril, da je rezistentni indeks (RI) dodatni parameter v razlikovanju med benignimi in malignimi tumorji jajčnikov, čeprav ne popolnoma zanesljiv.

M. J. Duk iz Nizozemske je v predavanju o cirkulirajočih tumorskih markerjih ugotovil, da obstaja močna korelacija med stadijem karcinoma vratu maternice in koncentracijo SCC v serumu. SCC ima tudi važno vlogo v ugotavljanju recidiva te bolezni.

Tumorji zunanega spolovila in vratu maternice

H. Fox iz Velike Britanije je predaval o preinvasivnih boleznih vulve. Ugotavlja, da lahko s pretočno citometrijo pri VIN 3 skoraj vedno ugotovimo aneuploidijo. VIN, pri kateri je prisotna infekcija s HPV, nastopa pri mlajših ženskah, je multicentrična, ima veliko sposobnost spontane regresije in le redko napreduje. Zdravljenje je konservativno. VIN brez infekcije s HPV običajno nastopa pri starejših uncentrično, spontana regresija je manj pogosta in pogosteje napreduje. Zato je zdravljenje radikalnejše. Predlaga opustitev pojma »mikroinvasivni karcinom vulve«. Za spremembe, manjše od 2 cm in pod 1 mm invazije, priporoča naziv »stadij Ia karcinoma vulve«.

J. D. Duncan iz Velike Britanije je poudaril, da 40% žensk z VIN nima simptomov. VIN zdravijo z opazovanjem, lokalnimi mazili (5 fluorouracil, interferoni), destrukcijo (laser, elektrokavter, termična sonda) in z ekscizijo (lokalno, navadna vulvektomija).

N. F. Hacker iz Avstralije je poudaril vlogo ocene globine invazije pri karcinomu vulve. Pri T1 tumorjih, kjer pri biopsiji s ščipalko ugotovimo globino invazije <1 mm, delamo ekscizijo tumorja z robom širine vsaj 10 mm in ga histološko pregledamo. Če invazija ni globlja od 1 mm, limfadenektomija ni potrebna. Če je globlja, delamo ingvinalno limfadenektomijo. Pri pozitivnih ingvinalnih bezgavkah so pelvične pozitivne v 25%. Pri napredovalem karcinomu vulve delajo pelvično eksenteracijo, po kateri je petletno preživetje 48%, intraoperativna umrljivost pa 10%.

N. Einhorn je predstavila vlogo radioterapije pri karcinomu vulve. Uporablja se za zmanjševanje pogostnosti lokoregionalnih recidivov po kirurških posegih, preoperativno pri stadijih III in IV in pri recidivih, kjer je petletno preživetje po radioterapiji 10–11%.

J. B. Vermorken je poudaril vlogo kemoterapije pri zdravljenju oddaljenih metastaz, lokoregionalnih recidivov in redukciji tumorja v neoperabilnih primerih karcinoma vulve. Odgovor na kemoterapijo nastopi v okoli 60%. Dajejo 5 fluorouracil 1 g/m²/24h 4 do 5 dni, vsake štiri tedne, ali pa cisplatin 50 mg/m² dan 1 in 2. J. D. Duncan priporoča kolposkopijo, ko v brisu najdejo CIN 2 ali 3. Pri nizkih stopnjah CIN brez HPV infekcije opazujejo, s HPV infekcijo pa takoj zdravijo. Najpogosteje uporabljena metoda za zdravljenje CIN je LLETZ. Globina konusa je v povprečju 12 mm. Screening karcinoma vratu maternice priporoča le med 20. in 50. letom.

H. Fox je poudaril vlogo nodalnega statusa kot edinega samostojnega prognostičnega faktorja pri karcinomu vratu maternice, saj umre okoli 50% bolnic, ki imajo metastaze v bezgavkah, in le 10% tistih, ki jih nimajo.

N. F. Hacker iz Avstralije je opozoril na neenotnost definicije mikroinvasivnega karcinoma vratu maternice. Pri višjih stadijih (IIB in več) delajo pri bolnicah s povečanimi bezgavkami (vidnimi na CT) resekcijo retroperitonealnih bezgavk, kombinirano z radioterapijo in kemoterapijo s 5 fluorouracilom.

N. Einhorn se je zavzemala za kombinacijo kirurške in radioterapije pri karcinomih vratu maternice stadijev Ib in IIa ter izključno radioterapijo višjih stadijev.

J. B. Vermorken je opozoril na vlogo cisplatin v zdravljenju recidivnih ali metastatskih oblik karcinoma vratu maternice. Odgovor opazujejo v do 40%, popoln je le v 10%.

E. A. Eisenhauer je predstavila vlogo kauptotekinov, inhibitorjev jedrnega encima topoizomeraza I, ki je vključen v začetek procesa transkripcije DNA. Dosegajo do 24% odgovor pri recidivih karcinoma vratu maternice in jajčnikov.

Karcinom endometrija in sarkomi maternice

H. Fox je opozoril na le 67% petletno preživetje vseh stadijev karcinoma endometrija (FIGO, 1991) in prognostično vlogo E ter P receptorjev, kakor tudi ploidijske pri tem malignomu.

F. E. Van Leeuwen nas je seznanila s povečanim tveganjem za nastanek karcinoma endometrija pri ženskah, ki preventivno ali po operaciji karcinoma dojke jemljejo tamoksifen. Po 2 letih

uporabe tega zdravila je relativno tveganje 2,3, po 5 letih in več pa 3,0. Pri zdravih ženskah s tamoksifenom v 10 letih preprečimo dva karcinoma dojke, povzročimo pa en karcinom endometrija. Pri ženskah po operaciji karcinoma dojke pa preprečimo nastanek 70 novih karcinomov dojke in povzročimo nastanek 5 karcinomov endometrija. Po dveh letih uporabe tamoksifena priporočajo poostreno iskanje sprememb v smislu nastanka karcinoma endometrija (UZ, NMR).

N. F. Hacker je omenil, da pri 7,7% bolnic s karcinomom endometrija najdemo še kak drug malignen tumor (dojka, jajčnik, široko črevo). Zagovarja kirurški staging pri zajetu materničnega vratu (stadij II), invaziji več kot polovico debeline miometrija, neugodnih histoloških tipih, nediferenciranih in zmerno diferenciranih karcinomih, večjih od 2 cm.

N. Einhorn je zagovarjala prednost radioterapije pri razširjenosti karcinoma endometrija izven maternice in pri bolnicah z visokim tveganjem. Tudi pri skupini bolnic z nizkim tveganjem (stadij I, G1, manj kot 50% invazije miometrija) svetuje uporabo PVCT, saj sicer nastopi recidiv pri 7% teh bolnic.

J. B. Vermorken je poudaril pomembnost določanja hormonskih receptorjev pri karcinomu endometrija. Pri izraženih P receptorjih je odgovor na zdravljenje z gestageni značilno boljši, kot če receptorji niso izraženi. Pri metastatski obliki karcinoma endometrija brez simptomov priporoča gestagene več kot eno leto. Pri progresu svetuje kemoterapijo (doksorubicin, cisplatin, karboptatin).

H. Fox je opozoril na težave pri definiranju in zdravljenju sarkomov maternice. Poudaril je nujnost razlikovanja tumorjev endometrialne strome (stromalni sarkomi) in neoplazem gladkih mišic (leiomiomi, tumorji gladkih mišic z negotovim malignim potencialom, leiomyosarkomi). Zdravljenje karcinosarkomov je enako kot karcinomov endometrija.

S. Pecorelli iz Italije je zaključil, da je osnova sodobnega zdravljenja sarkomov maternice še vedno totalna histerektomija z adneksotomijo, da kirurški staging ni zelo pomemben, saj so bezgavke redko pozitivne (je pa pomemben pri mlajših bolnicah), pri zajetu vratu maternice ali parametrijev je treba izvršiti tip 3 radikalne histerektomije in da se kot adjuvantno zdravljenje uporablja radioterapija za preprečitev metastaz v medenici. Pri recidivu sarkoma dobimo do 36% odgovor na zdravljenje z gestageni.

W. C. M. Schultz in H. B. M. Van de Wiel iz Nizozemske sta nas v zanimivem predavanju seznanila s kvaliteto življenja bolnic, zdravljenih zaradi malignoma. Opozorila sta, da ima 60% onkoloških bolnic velike psihološke probleme in da jih okoli 30% potrebuje psihološko pomoč. Poudarila sta tudi, da je kvaliteta življenja centralni kriterij v onkologiji, čeprav ga večina onkologov ne jemlje tako.

Tumorji jajčnikov

H. Fox je v predavanju o histopatologiji karcinoma jajčnikov opozoril, da je okoli 30% bolnic s to boleznijo zaradi opustitve pravega staginga primarno razvrščenih v nižji stadij. Poudaril je tudi vlogo pretočne citometrije, saj imajo bolnice z diploidnimi boljšo prognozo od tistih z aneuploidnimi tumorji.

N. Einhorn je razpravljala o problemih screeninga karcinoma jajčnikov. Tehnike, ki so ta čas na razpolago, so: UZ, CT, NMR in določanje tumorskih markerjev. Pri kombinaciji doplerjevega UZ in CA 125 je občutljivost metod okoli 90%, specifičnost pa le okoli 50%. Priporoča screening le pri ženskah z visokim rizikom za malignom jajčnikov, starih več kot 50 let.

N. F. Hacker je izrazil nemoč zdravnikov pri zdravljenju karcinoma jajčnikov. Poudaril je pomembnost kirurškega staginga pri vseh bolnicah. Second look laparotomijo odsvetuje kot rutinsko metodo, saj opažajo tudi do 50% recidivov po predhodni negativni second look laparotomiji. Solitarne recidive operirajo, difuzne ali nastale v manj kot enem letu po primarnem zdravljenju pa zdravijo s kemoterapijo.

S. Pecorelli navaja 38% odgovor na zdravljenje recidiva karcinoma jajčnikov s cisplatinom. Za karcinome stadija IA G1 kemoterapija ni potrebna, zadošča operacija in kompletni staging. Poudaril je še, da kemoterapija s platino ne povečuje preživetja, marveč le podaljša recidiva prost interval.

J. B. Vermorken je kot standard kemoterapije karcinoma jajčnikov za leto 1994 navedel kombinacijo cisplatine 75 mg/m² in ciklofosfamid 750 mg/m², na dan 1, kar ponovimo vsake tri tedne, šest ciklov.

E. A. Eisenhauer nas je seznanila z učinkom taksanov (paclitaksel, docetaksel) v zdravljenju recidivnih karcinomov jajčnikov po predhodnem zdravljenju s platino. Pri odmerkih 110–250 mg/m²/24^h dosežemo odgovor pri 20–30% bolnic. Učinek na preživetje še ni pojasnen.

M. Piccart iz Belgije je pojasnil, da taksanov ne dajejo kot kemoterapijo prvega izbora, marveč le pri bolnicah s karcinomom jajčnikov, ki ne reagirajo na platino. Problem je velika toksičnost teh zdravil (febrilna nevtropenija, kožna toksičnost, edemi, porast teže, plevralni izliv). Zaradi toksičnosti je treba zdravljenje s paclitakselom prekiniti v 2%, z docetakselom pa v 20%.

J. B. Vermorken je navedel, da je zdaj srednje preživetje bolnic z napredovalim karcinomom jajčnikov 20 do 30 mesecev, pet let pa preživi okoli 30% teh bolnic. Konsolidacijsko zdravljenje za preprečevanje recidivov v stadijih III in IV obsega: nadaljevanje sistemske kemoterapije, radioterapijo celotnega abdomna, intraperitonealno kemoterapijo, biološke terapije, intraperitonealno instalacijo radioaktivnega fosforja ali monoklonskih protiteles in visokodozno kemoterapijo z avtologno transplantacijo kostnega mozga.

E. G. E. de Vries iz Nizozemske je v predavanju o rezistenci na kemoterapevtike ugotovil, da je zadovoljiv odgovor na primarno kombinirano kemoterapijo s platino in ciklofosfamidom v 48–76% in da je stopnja recidivov še vedno visoka.

H. Fox je poudaril pomembnost kirurškega staginga pri borderline tumorjih jajčnikov. Pomembna je tudi delitev na serozne in mucinozne, slednji pa se delijo še na intestinalni in endocervikalni tip. Petletno preživetje pri seroznih je 90–98%, intestinalnih 95–100% in endocervikalnih borderline tumorjih 100%. V 35% seroznih borderline tumorjev je možno ugotoviti tudi širjenje izven jajčnikov, najpogosteje v obliki implantatov pelvičnega peritoneja in omentuma.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 12

Anton Prijatelj

Zadnja, 12. številka Zdravniškega vestnika je izšla 31. decembra 1934 z naslednjo vsebino:

- Operiran in izlečen tumor »caudae equinae«
Dr. Fran Minař, primarij ortop. oddelka obč. državne bolnice v Ljubljani
- Iz dermatovenerološke klinike v Zagrebu – predstojnik prof. dr. Fr. Kogoj
O kožnih efloriscencah
Fr. Kogoj
- S kirurškega oddelka državne obč. bolnice v Ljubljani
(Predstojnik: Šef primarij dr. Blumauer)
Letošnje (1933) operacije na želodcu s posebnim ozirom na perforacijo želodca
Dr. Slavko Rakovec
- S kirurškega oddelka obč. državne bolnice v Ljubljani
Zdravljenje prelomov stegenice v diafizi
Dr. Ivan Peršič, zdravnik II kirg. odd.

- Eksperimentalna onkologija iz leta 1933
A. Košir
- Novi prilozki etiologiji i terapiji reumatičnih obolenja
Dr. Artur Schweitzer – Reka
- Iz antropološkega oddelka v Higienem zavodu
Antropologovi vtisi v Varšavi in Krakovu
priv. doc. dr. B. Škerlj
- Sterilizacija ne bo preprečila rojstva genijev
Paul Popenoe, D. Sc., Pasadena, Cal., U. S. A.
- Spomini na svetovno vojno
Dr. Fran Göstl

Okrogli kotichek

V prvi številki letnik VI – 1934 je uredništvo odprlo novo rubriko »Okrogli kotichek«. Za uvod pa so dali naslednji komentar oziroma opombo:

«Še nikoli ni bil zdravnik tako potreben razvedrila, kakor v težkih časih današnje krize. V ta namen je začel že pred leti objavljati nemški časopis »Münch. med. Wochenschr.« veseli »otoček« (Die Insel). Tudi »Liječnički Vjesnik« priobčuje drobiž za »razonodu«. Zato prosimo vse g. tovariše, znane po dovtipnosti in šegavosti, po humorju in satiri prispevkov iz njih duhovite torbe. Danes otvarja »Okrogli kotichek« naš pesnik in kolega Sava Radič-Mirt.»

In res je v letniku 1934 izšel okrogli kotichek petkrat, na straneh 30, 86, 276, 224 in 670. Štirikrat je svoje verzze objavil kolega Sava Mirtič iz Rogaške Slatine. Ta je uvod k svojim verzom zapisal spet verzze:

Motto

Boj je s slepiči pojenjal,
z liro skalpel sem zamenjal.
S petjem krotil kot Orfej
bodem zverine poslej!

Pa zapišimo nekatere od teh improvizacij, kot jih imenuje avtor:

1. Rogaški scherzo

V Slatini naši Rogaški
čuvajo hrasti orjaški
v srcu kipi ji vulkan
v vrelih vre moč mu na dan

Hodi poleti v Rogaško
vrelce tam srebaj junaško
spodnji ti pol je vulkan
zgornji je v solncu prižgan

6. Coincidentia oppositorum abstinent

Solnca napije se trava,
s travo nasiti se krava,
kravo pomolzemo mi
deca smo solnčne moči.

Kar se nabralo čez zimo
strupov je v tebi, gre mimo.
Strupov izvleče ti sok
solnčno vulkanski obtok.

Potlej z mladeniško kretnjo
mahni jo v gozde na šetnjo,
solnce očisti tvoj trup,
z znojem izpere ves trup.

Cvičkar

Solnce se v trto prepije,
trto pa grozdek izpije,
s trte ko vime visi,
narod smo solnčne krvi.

7. Sodobni slovar

Kaj-li pomeni emocija?
To je krvi kolobocija:

v krvi kipijo strasti,
um se v vrtincu topi.

Kaj pa je to, revolucija?
V čredi domači prekucija:
ovce nedolžne zblazne,
klati začno ko volcje.

Končno še – degeneracija?
Živcev je to prevaracija,
kdor jih zaliva samo
s cvičkom namesto z vodo!

V četrti številki je tudi nekaj anekdot, vendar so vse iz tujih – nemških logov. Čeprav sem prepričan, da je bilo že takrat ogromno anekdot, ki so se dogajale zdravnikom in pacientom. Takrat in danes. Zato še danes velja poziv, ki ga je bralcem naslovlilo uredništvo

Tovariši, pošljite kaj zabavnega!

Nove knjige

PRIKAZ

Fotografija

Dr. Jurij Kurillo: *Živa narava v objektivu*. Mali fotografski priročnik. Kmečki glas, Ljubljana 1994.

20. septembra 1994 je bila na Zdravniškem društvu predstavljena knjižica našega kolega dr. Kurilla. Je že tretje delo njegove ljubiteljske aktivnosti. Prvo je izdal leta 1981 »S fotoaparatom v naravi«, pred dvema letoma (1992) je sledilo njegovo delo »Metulji Slovenije« in sedaj »Živa narava v objektivu«.

Ta priročnik, kot ga avtor imenuje v podnaslovu, ne želi biti popoln učbenik naravoslovne fotografije, ampak daje sugestije in nasvete, kako slikati ta ali oni rastlinski ali živalski motiv. Te nasvete daje ob posameznih lastnih slikah, ki jih analizira z biološke plati in kot fotograf. Ta sekvenca slik s komentarjem predstavlja glavni del publikacije od str. 26–121. Slike, ki jih predstavlja, so razporejene po biotopih. Začne s travnikom (19 slik), nadaljuje z mlako (11 slik), se preseli v gozd (7 slik), spusti v podzemlje oz. obiše kraško pokrajino (8 slik), konča pa pri morju (4 slike). Pod njegovo gladino ne gre, saj se tam odpira novo, za fotografa težje področje, ki zahteva novo opremo in znanje potapljanja.

Razmišljanja pisca so kratka in jasna ter koristna za fotografe, ki se želijo posvetiti slikanju v naravi.

Prvi del knjige sestavljajo kratek uvod avtorja z nekaj njegovimi mislimi. Poudarja, da ima blagor rastline in živali popolno prednost pred fotografskim posnetkom za vsako ceno. Poudarja, da sodobna fotografska elektronika ne more nadomestiti človekovega razuma in čustev, in končno, da tudi najdaljši teleobjektiv ne more približati motiva iz narave bolj, kot to zmorejo biološko znanje in dolgotrajne izkušnje.

Sledi kratek in jednat opis fotografskega orodja in materiala. Pri orodju je mišljen seveda fotografski aparat, objektiv in ves dodatni pribor, ki je potreben za bližinsko slikanje, sprožanje na daljavo itd. Material so filmi različnih sposobnosti.

Posrečen je tudi mali fotografski slovarček, ki jednatost razlaga nekatere pojme. Ta celotni uvodni del ima 25 strani.

Opisani način poučevati ob primerih ni nov, saj poznamo take tuje priročnike. Pri nas pa je, kolikor je meni znano, uporabljen prvič.

Knjižica bo vsem, ki želijo fotografirati v naravi oz. naravo, koristno čtivo. Tudi tisti, ki se že dalj časa ukvarja s tem fotografiranjem, bo našel v njej kaj zanimivega. Lahko jo samo priporočamo.

Luka Pintar

PRIKAZ

Gastroenterologija

Dr. Marija Rosandić-Pilaš in sod.: *Intervencijska gastroenterologija*. Školska knjiga, Zagreb 1993.

Dr. Marija Rosandić-Pilaš (Interna klinika, Zavod za gastroenterologiju Univerze v Zagrebu) je s 13 sodelavci iz različnih strok sodobne medicine objavila v zbirki »Udžbenici sveučilišta u Zagrebu« izredno poučno, nadvse skrbno urejeno knjigo o »intervencijski gastroenterologiji«, obsegajočo 256 strani. Vsebuje množico didaktično zelo dobrih shem, tabel, pa tudi številne slike v barvah ali v črno-beli tehniki. Celotno nekaj dobrih humorističnih ilustracij je v njej. Nekoliko razširjeno bi to knjigo lahko definirali kot »intervencijski posegi ob uporabi slikovnih postopkov v gastroenterologiji« (ali pri boleznih prebavil).

Delo obsega pet velikih poglavij, začenši z endoskopskimi intervencijskimi metodami (ali postopki) v požiralniku, želodcu, dvanaajstniku in debelem črevesu (I). Temu sledijo II. Diagnostično-intervencijske ultrazvočne metode, III. Intervencijska vaskularna radiologija prebavnega trakta, IV. Diagnostično-intervencijske metode jeter in pankreasa in V. Nuklearno-medicinske metode v intervencijski gastroenterologiji. Vsako poglavje ima uvodno opise razvoja in fizikalno-tehnične osnove posamezne delovne metode oz. tehnike. Vsako poglavje ima tudi obširen seznam literature, ki je povezana z besedilom.

Zaključim lahko z ugotovitvijo, da je ta knjižica prava majhna zakladnica informacij in znanja, pa tudi kazalnik strokovnega dosega hrvaške medicinske šole. Gotovo naj bi spadala v priročno knjižnico vsakega gastroenterološko usmerjenega specialista tudi pri nas. Glede barvnih slik pa moramo upoštevati, da so narejene na standardnem tiskarskem papirju (cena tiska!), a so kljub temu sorazmerno dobro uspele.

Ivan Matko

PRIKAZ

Leposlovje

Rafko Dolhar: *Stezi*. Založba Mladika, Trst 1993. Izdala Mladika ob avtorjevi 60-letnici. Grafično oblikovanje: Paolo Maggiani. Fotografije: Rafko Dolhar. Tisk: Graphart. 149 strani.

Knjigo kolega, zdravnika, planinca in Slovenca bi moral brati nekje v gorah, med vršaci Julijskih Alp. Pa sem naredil napako, da sem jo odnesel na dopust. Bral sem jo v vročini letošnjega poletja ob morju v Istri. Vseeno mi je prinesla svežino gora, svežino misli in svežino spominov na Rafka Dolharja in njegovega očeta dr. Alojza Dolharja (1902–1969).

Knjiga ima tri poglavja ali sklope, kot jih je avtor sam poimenoval: spominske, gorske in kraške.

V spominskih je deset novel ali črtic: Pot iz zelene doline, Tiskovna konferenca, Križna gora, V kraškem sanatoriju, Prijetna poletna noč, O kresu se dan obesi, Gorski zdravnik, Zagotovo prek polovice, morda blizu konca, Spomenica, Namesto cvetja na grob.

V sklopu gorskih so: Pogled v Dolomite, Z Jeseničani v Oltarjih, Prvič na Bavškem Grintavcu, Pol ure pod vrhom, Dvakrat na Prisojniku, Triglav 90.

Med kraškimi pa so: Slavnikovi cvetoči travniki, Vejna, Moje bližnje pribežališče, Volnik, Pohod iz Glinščice v Mačkovlje, Obisk v Tomažičevi Škrbini, Spomin na Dorčeta Sarđoča.

Gospa Zora Tavčar, odlična poznavalka vseh Dolharjevih del, je tako v knjigi Vabilo za Julijce, kakor tudi v Spominih v uvodu zapisala: »Za Dolharjevo pisanje je značilno prepletanje žanrov, od lirične proze do podlistarskega zapisa in dnevniške zabeleške. Tako je tudi to novo delo. Zdaj spomin, zdaj poezija, zdaj meditacija, zdaj spet živa aktualnost trenutka; brž za tem pa doživiš izskok v zgodovino, najraje polpreteklo, in v sončen narodopisni namig. Za nas, ki živimo za mejo, pa je posebej dragocen tisti pridih bolečine, kdaj tudi jeze, ki mu bridko obteži pero, ko celo v obrobem dogodku ali zaznavi ne more mimo drobnih krivic, katerim smo izpostavljeni v našem tesnem prostoru, pa naj prihajajo s strani drugače mislečih ali drugače čutečih.«

Ne da bi ocenjeval vsako črtico posebej, moram poudariti, da je prva skupina črtic posvečena njegovim spominom, kot jih sam tudi imenuje. Spomini na očeta, ki ga globoko spoštuje in ga kot svojega vzornika omenja v vseh svojih spominih. Še posebej mu je hvaležen, ker ga je napotil v za njega tako strašno oddaljeni Trst, daleč od ljubljenskih gora, k morju, v drugačen svet, vendar v slovenski svet. Tu je dobil primerno šolsko izobrazbo in spoznal tudi drugi del Primorcev. Ne morem mimo stavka iz ust dr. Tischlerja, ki ga je zapisal in ocenjeval kot izredno modrega: »Ni ravno tako pomembno proučevati barve plamenov, ko hiša gori. Treba je predvsem poklicati gasilce, da pomagajo rešiti, kar se rešiti da. Tudi to končno ni pomembno, iz katere vasi prihaja gasilec, le da pomaga rešiti domačijo.«

Za nas zdravnike je zanimiv opis zdravnikovega obiska pri bolniku po gorskih poteh, ko sta si s sinom morala utirati pot skozi snežne zamete.

Za naše sedanje in bivše politike bi bilo pametno, da bi prebrali tudi poglavje, v katerem opisuje svoje srečanje v Prijetni poletni noči, ob kongresu socialne medicine v Trstu v prvih letih medicinske fakultete v Trstu, katere predavatelj je tudi dr. Rafko Dolhar. Avtor ne opisuje strokovnih sestankov, ampak prijetno križarjenje po Tržaškem zalivu. Srečanja tako s politiki kakor tudi z zdravniškimi učitelji iz novo pečene medicinske fakultete. Posebej je zanimiv opis srečanja novega mladega docenta medicinske fakultete Slovenca dr. Dolharja, ki ga je povabil k svoji mizi kolega, starejši zdravnik, mestni primarij Misovec. Na zgražanje nekaterih Slovencev sta sedla skupaj in modrovala. Rafko Dolhar je to srečanje komentiral takole: »Med kulturnimi ljudmi je politični boj eno, poklicna kolegijsnost pa drugo. Deontološko teh dveh pojmov ni mogoče mešati, zato se tudi ne moreta križati.«

Dr. Rafko Dolhar je avtor mnogih gorskih knjig, knjig, ki opisujejo slovenske gore. Ni si mogel kaj, da tudi v tej knjigi ni posvetil našim goram tehtnega poglavja. Opisov poti, ki sta jih prehodila z očetom in ki jih je prehodil s svojimi otroki. S tem, da je pri tem opisu uporabil mnogo domačih gorskih besed.

Kraške črtice so izraz sedanjih Dolharjevih razmišljanj, njegovega sedanjega življenja Slovenca, Tržačana, ki je bolj Kraševac kot Tržačan. Ko sem prebiral Vejna, moje bližnje pribežališče, sem ugotovil, da sem to že slišal tistega dne, ko smo se z dr. Dolharjem in urednikom Zdravniškega vestnika dr. Drinovcem in Katarino (tajnico Vestnika) ter dr. Spacapanom sprehajali po Vejni, gledali cerkev, Tržaški zaliv, ugotavljali, da je tisoč jadrnic ob Barkolani (tekmovanje jadrnic vsako jesen, ko okrog tisoč jadrnic tekmuje v Tržaškem zalivu) in oprezovali, ali ni morda kaka srna skočila čez gozdno pot.

Še posebej me je prizadela črtica o dr. Dorčetu Sarđoču. Dr. Sarđoča sem srečal v njegovi visoki starosti, ga globoko spoštoval zaradi vsega, kar je naredil za Slovence, in zaradi tega, ker je to bil pokončen človek in bi nam moral biti zgled. In tudi zgled tistim, ki nismo več mladi, kako naj živi človek, ki ni več mlad.

Ob vsaki naštetih novel ali črtic bi moral spregovoriti kaj več in vsako posebej oceniti. Tega ne bom storil. Preberite jih in si sami ustvarite oceno. Kajti vredne so, da jih preberete in o njih razmišljate.

Anton Prijatelj

PRIKAZ

Neurologija

G. S. Barolin: *Kopfschmerzen – multifaktoriell*. Izdala: Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, leta 1994.

J. W. Lance: *Mechanism and Management of Headache*. Izdala: Butterworth-Heinemann, Oxford, leta 1993.

Glavobol je gotovo ena od najpogostejših težav človeka. Srečamo ga po vseh vejah medicine, pri številnih naših pacientih, družinah in morda celo pri sebi. Medicina mu že od nekdaj posveča pozornost, v zadnjem času pa ima celo »svoje« mednarodne revije in »svoje« mednarodno združenje. Prav slednje ima veliko zaslug, da so raziskave glavobola postale koherentnejše, rezultati bolj primerljivi; predlagala je namreč ustrezno klasifikacijo in definicije posameznih vrst glavobola, kar je zelo olajšalo delo na tem medicinskem področju. Zanimanje za glavobol – še posebej migreno – so pospešile uspešne farmakološke raziskave agonistov serotonina, ki se že uporabljajo tudi terapevtsko (sumatriptan). Zdravniki, ki se v praksi pogosteje srečujejo z glavobolom, so v zadnjih letih pretežno segali po knjigi J. W. Lancea *Mechanism and Management of Headache*, ki je v letu 1993 doživela že peto izdajo. V letu 1994 pa je obsežna knjiga o glavobolu nastala tudi v naši soseski. Prof. G. S. Barolin, Avstrijec s – po lastni navedbi – 35 let izkušenj na tem področju, je napisal dokaj obsežno delo s 417 stranmi, v katerem je obdelal (skupaj s sodelavci) vsa običajna poglavja, ki jih v knjigi o glavobolu pričakujemo. Knjiga navaja številne lastne avtorjeve izkušnje, bodisi da so bile tudi že publicirane (kot študije) ali pa gre – še pogosteje – za posamezne primere, s katerimi ilustrira svoje navedbe.

Vsebinsko je gotovo glavno sporočilo Barolinove knjige njeno nestrinjanje z »uradno« mednarodno klasifikacijo, češ da slednja z vztrajanjem na pregledni monokavzalni razvrstitvi glavobolov ne upošteva multifaktorelne geneze le-teh. Namesto splošno sprejete klasifikacije ponuja svojo, ki zajema bolezenska stanja »nevralgije« – »nevralgoidne migrene« – »migrene« in »cefaleje« (nevralgoidna migrena bi naj bila t.i. »glavobol v rafalih«, [cefaleja] pa glavobol, ki je verjetno bolj ali manj ekvivalenten t.i. »glavobolu tenzijskega tipa« po mednarodni klasifikaciji). Čeprav bo seveda marsikdo zlahka pritrnil, da pri glavobolu – tako kot pri večini bolezenskih stanj – igrajo svojo vlogo številni telesni in duševni dejavniki, pa ne moremo tega gnati tako daleč, da bi nam porušilo osnovno shemo patogenetske klasifikacije bolezni, saj bi s tem probleme samo zamogli. Bojim se, da je to kljub bogatemu kazuističnemu materialu navsezadnje tudi rezultat Barolinove knjige; glede jasnosti besedila, preglednosti shem in sporočilnosti nikakor ne more konkurirati anglosaški knjigi. In to kljub temu, da poskuša z nekaterimi nekonvencionalnimi prijemi (različne velikosti in poudarki v tekstu, rdeče okvirjeni povzetki, številne sheme...) povečati uporabnost teksta. Barolinova knjiga pa ima zanimiv dodatek, ki je namenjen bolnikom. Očitno gre v osnovi za samostojno knjižico, ki jo je ista založba založila v letu 1993 in jo bolniki lahko tudi posebej kupijo. V njej avtor poljudno govori o bolečini, o glavobolu, o izbiri zdravnika in nato podrobneje o preiskavah, nazadnje pa še o različnih oblikah zdravljenja. Bolnikom posebej odsvetuje, da bi se (bodisi po lastnih vzgibih ali pa morda celo po nepremišljenih nasvetih zdravnikov) zatekali h kroničnemu jemanju tablet (analgetikov ali pomirjeval). Knjižica

za bolnika z glavobolom je ustrezno razumljivo in informativno sestavljena, tako da bi si znal predstavljati, da je človeku s kroničnim glavobolom res v pomoč. Saj končno vsi poudarjamo, da pri kroničnem glavobolu ne gre le za medikamentozno zdravljenje, ampak marsikdaj za potrebo po spremenjenem načinu življenja, odpovedi razvadam in morebitno tudi učenje tehnik sproščanja, premagovanja stresa ipd. To vse zahteva motivacijo bolnika, s tem pa potrebo po njegovi dobri informiranosti.

Lanceova knjiga obsega pregledna poglavja o percepciji glavobola, kontroli kranialnega ožilja, klasifikaciji glavobola (kjer se drži terminologije Mednarodne zveze za glavobol [International Headache Society], ki je predlagala jasne diagnostične kriterije za glavobole in obrazno bolečino). Sledijo poglavja o anamnezi in kliničnem pregledu, nato štiri poglavja, posvečena različnim vidikom migrene, po eno poglavje, posvečeno glavobolu tenzijskega tipa, glavobolu v rafalih (cluster headache), drugim primarnim glavobolom brez strukturne patologije, posttraumatskemu glavobolu, glavobolu, povezanem z žilno patologijo, glavobolu, povezanem z drugo intrakranialno patologijo, glavobolu s patologijo na vratu, lobanjskih in izvenlobanjskih strukturah ter poglavje o kranialnih nevralgijah in drugih obraznih bolečinah. Knjigo zaključuje poglavje o preiskavah pri glavobolu in o splošnih smernicah obravnave bolnikov z glavobolom (smernice za zdravljenje so sicer obravnavane pri vsakem glavobolu posebej). Knjiga predstavlja izčrpen in zelo sodoben vir informacij o vseh pogostih, pa tudi redkih glavobolih, obenem z argumentiranimi priporočili za ustrezno diagnostično obravnavo in racionalno zdravljenje. V zvezi s tem je morda zanimivo pripomniti, da avtor vztraja, da pri jasni klinični diagnozi primarnega glavobola dodatna laboratorijska diagnostika ni potrebna; obenem pa priznava, da včasih »podleže« pritisku in naroči računalniško tomografijo možganov, da s tem »izpopolni« postopek pomirjevanja preiskovanca.

Primerjava Barolinove in Lanceove knjige o glavobolu ni zanimiva le kot primerjava alternativnega in »uradnega« koncepta etiopatogenetskega razumevanja in klasifikacije glavobola, ampak tudi kot primerjava dveh različnih pristopov (lahko bi rekli tudi filozofij, do neke mere pa tudi stilov) k obravnavi bolnika z glavobolom (torej diagnozi in zdravljenju). Barolin (z dokaj nejasnimi argumenti) vztraja na široki pahljači potrebnih diagnostičnih preiskav pri vsakem bolniku z glavobolom. Pri tem nikakor ne prepriča bralca, zakaj bi nekatere preiskave (npr. rtg lobanje in elektroencefalografija) bile tako relevantne. Lance na drugi strani poudarja pomen klinične preiskave in zelo racionalno usmerjene nadaljnje diagnostike.

Ob vsem povedanem recenzent svetuje, da se kolegi, ki bi radi več vedeli o glavobolu, držijo Lanceove knjige, za tiste z idiosinkratičnim okusom pa je Barolinova knjiga na voljo v CMK, kamor sem posredoval svoj recenzentski izvod.

David B. Vodusek

PRIKAZ

Družinska medicina

D. Zrimšek: *Principi družinske medicine*. Družinogram in profil. Založba Didakta, Radovljica.

Dimitrij Zrimšek, doktor medicine, magister in doktor znanosti in specialist splošne medicine v Zdravstvenem domu Škofja Loka je prvi pri nas, ki je postavil družinsko medicino na znanstvena tla. To kažejo njegova strokovna in znanstvena dela ter referati na strokovnih srečanjih s področja družinske medicine. Njegovo zadnje delo *Principi družinske medicine, družinogram in profil* (družinsko in problemsko usmerjena baza podatkov) je njegovo

zadnje obsežno delo s tega področja. Knjiga »Principi družinske medicine« je priročnik in učbenik hkrati.

Dr. Zrimšek pravi, da je družinski zdravnik v bistvu naš dobri stari splošni zdravnik z vsemi svojimi ustaljenimi atributi, le da bolnika obravnava v okolju družine in z njegovo družino in da zna postaviti tudi njegovo družino v širše okolje družbe, z vsemi njegovimi socialnoekonomskimi, kulturnimi in moralno-etičnimi značilnostmi.

Družinska medicina ni zmes vseh njegovih sestavin medicine, je nova spojina posameznih, sicer znanih elementov medicine, je disciplina, ki združuje potencialne vire zdravstvene oskrbe v dobro bolnika in njegove družine in je specialnost, ki se razvija tudi in predvsem zaradi družbenih potreb. Žarišče družinske medicine sta družina in bolnik, ne bolezen.

Zdravnik, ki dela na ravni primarne zdravstvene oskrbe, se pri svojem delu dejansko srečuje z vsemi vidiki preventivne medicine, čeprav je njegovo težišče dela še vedno obrnjeno k diagnostiki in zdravljenju bolezni (sekundarna preventiva). To opazimo tudi v knjigi dr. Zrimška, kjer avtor vidi družinskega člana – bolj bolnika kot zdravega človeka – v njegovem specifičnem ožjem in širšem družinskem okolju. To nas tudi ne preseneča, ker je bil avtor ves čas svojega študija in tudi dela vedno bolj ali manj usmerjen k bolniku.

Družinski zdravnik ima sposobnost vzgajati bolnika in družino tako, da jo poučuje o bolezenskih procesih in principih ohranjanja in utrjevanja zdravja. Ima močan občutek odgovornosti za popolno, stalno varnost posameznika in družine v času zdravja, bolezni in rehabilitacije. Družinski zdravnik je vzgojitelj zdravega načina življenja družine.

Med najpomembnejšimi nalogami pa je vsekakor vodenje kroničnega bolnika, bolnika s kronično boleznijo (!).

Družinski sestav zahteva družinskega zdravnika, ki se bo zavedal vpliva družine na posameznika. Študent medicine in zdravnik, na podiplomskem študiju morata spoznati družinsko medicino kot akademsko disciplino, ki je enako pomembna kot katerakoli medicinska specialnost. Študent medicine razmeroma zelo malo spozna družinsko medicino, več pa o njej lahko spozna na podiplomskem študiju iz socialne medicine.

Zametki družinske medicine obstajajo na dodiplomskem študiju kot družinska higiena v predmetu splošne higijene. Tako kot so se iz splošne higijene oddvojile posamezne zvrsti higijene (higiena dela, socialna higiena, šolska higiena) in prerasle v medicino dela, socialno medicino, šolsko medicino, bi se morala odvojiti tudi družinska higiena in prerasti v družinsko medicino.

Higiena proučuje vplive okolja na zdravje in bolezen človeka (zdravega in bolnega). Družina je izredno pomembno človekovo okolje, v katerem se posameznik rodi, dozoreva, živi, dela itd. Je tudi osnovna in prva socialna institucija človeka in popolno okolje, ki s fiziološkimi, psihološkimi, emocionalnimi, ekonomskimi in kulturnimi dejavniki vpliva na zdravje posameznika tako v zdravju kot v bolezni. Predstavlja pa še gospodarsko poslanstvo in je hkrati tudi socialnovarstvena ustanova in nosilka nekaterih pravnih funkcij v odnosu do širše skupnosti.

Poklic, kultura, etično, družbeno, fizično okolje in okolje z vsemi epidemiološkimi značilnostmi vpliva na človeka od rojstva do smrti, v zdravju in bolezni in na njegovo družino. Družinski

zdravnik mora torej poznati človekovo neposredno in širše okolje z vso epidemiološko problematiko, torej »družinsko okolje«, to pa je dejansko družinska higiena kot del splošne higijene, ki proučuje vpliv družinskega okolja na zdravje (počutje) človeka. Dobre vplive tega okolja ohranja in pospešuje, slabe vplive pa odpravlja v smislu čim boljšega zdravja človeka (zdravega in/ali bolnega). Če gledamo ta odnos iz antropocentričnega vidika, nastane sledeč odnos:



Ukrep (preventiva in kurativa) je usmerjen tako v človeka kot tudi v družinsko okolje. Tako kot je npr. za medicino dela pomembno delovno okolje delavca, je za družinskega zdravnika pomembno družinsko okolje za njegovo zdravje. To spoznanje pa splošna higiena pozna že iz časov Hipokrata.

Baza preventivne medicine je tudi higiena, poleg fiziologije in patofiziologije itd. Osnova higijene, kot tudi del družinske medicine, pa je tudi sociologija, demografija, psihologija, socialna medicina itd.

»Gre za izrazit« multidisciplinarni pristop nove medicine, ki ga lahko obravnava le za to posebej usposobljen zdravnik – družinski zdravnik. Preventivna skrb, ki posega tako na primarno (splošno in specifično), sekundarno (zgodnjo diagnostiko in čim hitrejšo in uspešnejše zdravljenje) ter terciarno preventivo za zaupano populacijo je dejansko integralni element družinskega življenja. Tako kompleksna znanja, kot jih mora poznati družinski zdravnik, lahko dobi le na podiplomskem študiju ali specializaciji. Seveda pa bo zdravnik specialist družinske medicine zaradi tovrstnega zdravstvenega varstva še vedno ostal na ravni primarne zdravstvene oskrbe bolnika (zdravega človeka!) in za posebne probleme bo še vedno moral iskati pomoč posameznih strokovnjakov, zdravnikov ali nezdravnikov. Razlika med »starim, dobrim splošnim zdravnikom« in družinskim zdravnikom je morda le v tem, da je zdravnik splošne medicine stopil le na višjo stopničko prepotrebne novega spoznanja (znanja), kar delajo vsi zdravniki celo obdobje svojega delovanja v vseh specialnostih medicine.

Dejstvo je, da smo prišli do spoznanja, da potrebujemo zdravnika, ki bo delal na ravni primarne zdravstvene oskrbe na začetnem nivoju zdravstvene piramide, ki bo ob svojem delu, kurativnem in zlasti tudi preventivnem, upošteval prvenstveno tudi družinsko okolje s pomočjo novih pripomočkov računalniško podprte informatike oziroma problemsko usmerjene metode dela sodobne splošne (družinske) medicine. Družinski zdravnik s tem ne ostaja splošni zdravnik, temveč specialist splošne medicine.

Knjiga dr. Dimitrija Zrimška: Principi družinske medicine, družinogram in profil, družinsko in problemsko usmerjene baze podatkov daje zdravniku splošne medicine tisto strokovno moč, ki jo potrebuje, da bo lahko stopil na višjo strokovno stopničko splošnega (če hočete tudi) družinskega zdravnika.

Končni cilj medicine ostaja pri tem še vedno: boljše dobro zdravje, boljše in učinkovito zdravljenje in/ali preprečevanje bolezni človeka.

Dražigost Pokorn

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE IN FARMACEVTE

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

Na vsake tri mesece skupaj izberemo po enega od domačih grafikov in enega iz tujine. V vernih barvah dela ponatiskujemo v Zdravniškem vestniku, črno bele reprodukcije pa v Farmaceutskem vestniku in ponatise praviloma ponovimo še v naslednjih dveh številkah. Okvirno predstavljamo vsakokratnega slikarja-grafika in tudi dimenzije ter tehniko grafičnega lista.

Za zdravnike in farmacevte nudi galerija znaten (galerijski) popust. Takšna ugodnost pa je pri vsakem listu omejena na 10 izvodov.

Pisne rezervacije za želeni grafični list pošljite na telefaksa: Zdravniški vestnik 061 30 19 55 in Farmaceutski vestnik 061 34 48 05, z zagotovilom, da boste list zagotovo tudi kupili. Razumljivo je, da imajo prednost zgodnejše dospelje rezervacije. Cene posameznega lista so dostopne po telefonu v uredništvih Zdravniškega vestnika in Farmaceutskega vestnika. Če bo interesentov dovolj pred potekom treh mesecev, bomo z objavljanjem listov končali predčasno. Po sklenjeni objavi bomo vse naročnike povabili v prostore galerije Visconti Fine Art Kolizej, Ljubljana, Gosposvetska 13, II. nadstropje, kjer bodo interesenti grafične liste ob manjši slovesnosti in ogledu stalne zbirke tudi prevzeli. Nadaljnji izvodi predstavljenih listov in druga dela iz zbirke (brez posebnega popusta) so na voljo neposredno v galeriji.

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

Uredništvo

IRWIN

Skupino IRWIN, ustanovljeno v Ljubljani leta 1993, sestavljajo: Dušan Mandić (rojen v Ljubljani 1954), Miran Mohar (rojen v Novem mestu 1958), Andrej Savski (rojen v Ljubljani 1961), Roman Uranjek (rojen v Trbovljah 1961) in Borut Vogelc (rojen v Kranju 1959).

Vsi so študirali na Akademiji za likovno umetnost v Ljubljani, preden so se povezali v skupino, je samostojno razstavljal le Dušan Mandić (njegova dela iz tega časa nimajo nič skupnega s kasnejšo usmeritvijo IRWIN-a), medtem, ko se je Miran Mohar ukvarjal predvsem z grafičnim oblikovanjem (v ateljeju Matjaža Vipotnika). Aprila 1984 je IRWIN objavil svoj program, v katerem je poudaril tri principe delovanja: retrogardizem, potencialni eklekticizem in afirmacijo nacionalne kulture. Poleg kolektivizma je zelo izrazita intelektualizma polna vsebina likovnih del te skupine. Kot likovni segment gibanja NSK (Neue Slowenische Kunst) je začel javno nastopati s predstavitevijo v Disku FV in na Kersnikovi 4 v Ljubljani, v galerijskih prostorih pa prvič v galeriji ŠKUC v Ljubljani leta 1984. Sledile so številne razstave v slovenskih in jugoslovanskih galerijah, po projektu ob beneškem bienalu leta 1986 pa tudi v tujini – najprej v Veliki Britaniji (Edinburgh, London 1987), nato na Nizozemskem, v Nemčiji, Švici, Avstriji, Franciji, ZDA, Belgiji, Rusiji in Italiji. Prvo fazo ustvarjanja morda najizraziteje označuje tematska skupina del »Rdeči revirji«, drugo fazo »Slovenske Atene«, tretjo fazo pa »Država v času-ambasade – ruska v Moskvi in zadnja pekinška, ki je bila prikazana poleti 1994. Čeprav provokacija ni prvotni smoter skupine IRWIN, so njiova dela zelo pogosto imela za posledico izrazito politično provokacijo z državno represijo, kot se je zgodilo s plakatom za dan mladosti in zadnjo realizirano štafeto v Jugoslaviji. Unikatna dela so praviloma razstavljena in prodana z izvornim, nenavadnim in neredko bogato reliefnim okvirjem. Skupina IRWIN je bistveno bolj znana v tujini (kjer je poleg Zorana Mušiča najbolj znana slikarska skupina, predstavljajoč Slovenijo, tudi z najvišjo ceno), kot doma. V Slovenijo se skupina ponovno vrača, tudi v novih, cenejših in nekoliko bolj množičnih oblikah.

Dela skupine IRWIN imajo bodisi značilen žig ali pa inventarski zapis. Njihovo razvojno umetniško pot so do leta 1991 najustrežneje predstavili v knjigi Neue Slowenische Kunst (Grafički zavod Hrvatske, Zagreb 1991).



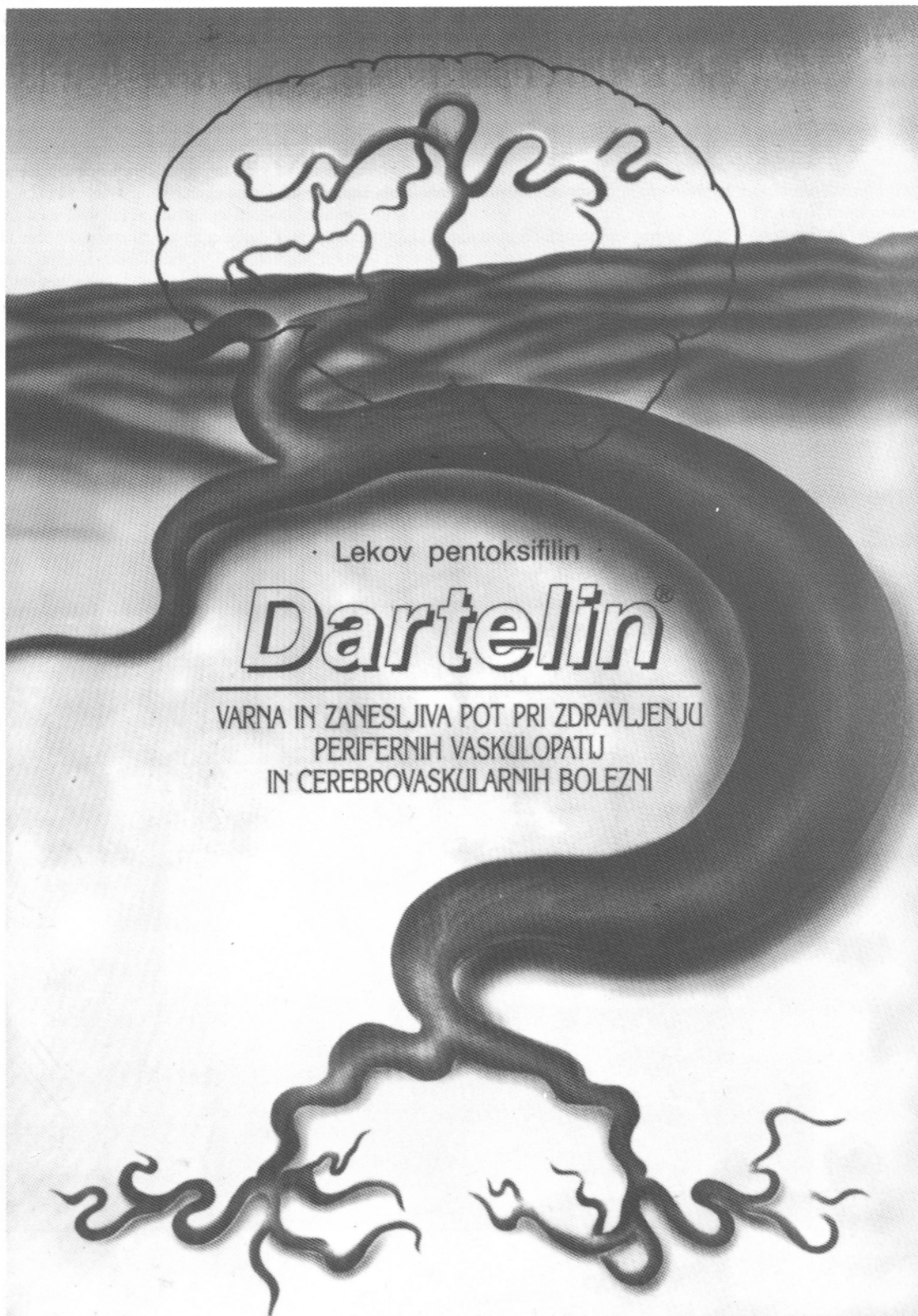
Barvna grafika »Rdeči revirji – Nova Evropa«, mešana tehnika, 40 × 30 cm, 1994.

EMILIO GRECO

je kipar in grafik. Rojen je bil leta 1913 v Cataniji, Italija. Študiral je na akademiji za likovno umetnost v Palermu. Kot formirana osebnost sodobnega italijanskega kiparstva je predaval po različnih akademijah likovnih umetnosti doma in v tujini, bil je tudi dekan akademije za kiparstvo v Rimu, kjer sedaj živi in dela. Je eno največjih imen sodobnega italijanskega kiparstva. Imel je neštivilne samostojne razstave doma in v tujini; realiziral je več javnih spomenikov, posvečen mu je muzej v Hakoneu, Japonska – »Vrt Greco«, ter stalne razstavne dvorane v muzeju Puškin v Moskvi in Ermitažu v St. Petersburgu.




Grafično delo »Deklica z golobi«, 1983, suha igla, 85 × 63 cm, tiskano na kolažiranem papirju China in 280 gr papirju Fabriano.

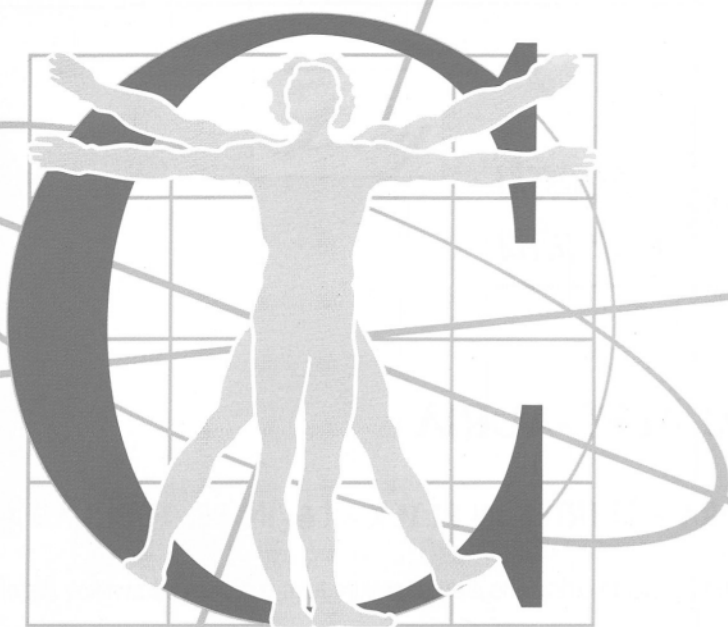


Lekov pentoksifilin

Dartelin[®]

VARNA IN ZANESLJIVA POT PRI ZDRAVLJENJU
PERIFERNIH VASKULOPATIJ
IN CEREBROVASKULARNIH BOLEZNI

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



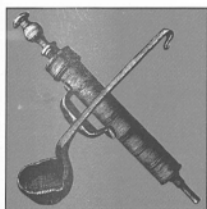
Ciprinol[®]

ciprofloksacin

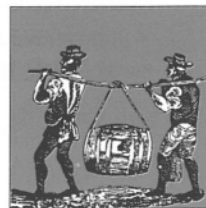
Antimikrobni spekter: rodovi po Gramu negativnih aerobov: Escherichia, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Citrobacter, Enterobacter, Proteus, Vibrio, Yersinia, Aeromonas, Pasteurella, Pseudomonas, Haemophilus, Neisseria, Acinetobacter, Campylobacter, Providencia, Serratia, Morganella, Legionella. Po Gramu pozitivni aerobi: stafilokoki; različno so občutljivi streptokoki. Indikacije: infekcije sečil, dihal, ušesa, nosu in grla, prebavil in trebušne votline, jeter in žolča, kosti in sklepov ter kože; infekcije v ginekologiji ter septikemija; zdravljenje in preprečevanje infekcij pri bolnikih z oslabiljeno imunostjo. Stranski učinki: prebavne motnje, vrtoglavica, glavobol, urijevnost, senzorične motnje, vznemirjenost, občutek tesnobe, redkokdaj motnje vida in konvulzije, alergične reakcije, padec krvnega tlaka, paroksizmalna tahikardija, bolečine v sklepih, redko fotosenzibilnost, prehodne spremembe nekaterih laboratorijskih vrednosti. Nevarnost kristalurije pri premajhnem uživanju tekočine. Interakcije: antacidi z aluminijevimi in magnezijevimi hidrosidi, teofilin, barbituratni anestetiki. Opozorila: previdnost pri starejših bolnikih in okvarah ČŽS-a; zdravilo zmanjša sposobnost reagiranja (sinergizem z alkoholom). Kontraindikacije: preobčutljivost za kemoterapevtske kinolonskega tipa; pri otrocih v obdobju rasti; nosečnost, dojenje. Doziranje na dan: infekcije spodnjih dihal (bolnišnične) 2-krat 500 do 750 mg oralno, 2-krat 200 do 400 mg iv.; infekcije spodnjih sečil 2-krat 250 do 500 mg oralno; nezapletene infekcije zgornjih sečil 2-krat 250 do 500 mg oralno, 2-krat 100 do 200 mg iv.; zapletene infekcije zgornjih sečil, bakteriemija, septikemija 2-krat 500 do 750 mg oralno, 2-krat 200 do 400 mg iv.; osteomielitis 2-krat 750 mg oralno, 2-krat 200 do 400 mg iv.; druge infekcije 2-krat 500 do 750 mg oralno, 2-krat 200 do 400 mg iv.; kronično klicenoštevje salmonel 4-krat 250 mg oralno; akutna gonoreja - enkratna doza 500 mg oralno; pri zelo hudih infekcijah lahko oralno dozo povečamo na 3-krat 750 mg in intravensko na 3-krat 400 mg dnevno; dozo zmanjšamo pri starejših bolnikih in hudih okvarah ledvične funkcije. Trajanje zdravljenja: pielonefritis vsaj 10 dni, peritonitis (v kombinaciji z metronidazolom) vsaj 14 dni, osteomielitis vsaj 6 tednov, druge infekcije še vsaj 3 dni po prenehanju kliničnih znakov. Oprema: 10 tablet po 250 mg ali 500 mg; 5 ampul po 100 mg / 10 ml. Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



**za ambulantne bolnike
in zdravljenje tudi
najhujših infekcij
v bolnišnicah**



**sistemsko protimikrobno
zdravilo hkrati v oralni in
parenteralni obliki**



**dosega visoke koncentracije
v telesnih tekočinah, tkivih
in znotraj celic**



IATROSSKI ALPE-ADRIA

KRANJSKA GORA - ČETRTEK IN PETEK - 16. IN 17. FEBRUAR 1995

Posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel ALPE-ADRIA.

Četrtek, 16.2.1995 ob 19.00 uri:

Otvoritev in koktajl - hotel Špik - Martuljk

Petek, 17.2.1995 ob 12.00 uri:

Tekmovanje v veleslalomu - kategorija za moške in ženske:

A - rojeni 1964 in mlajši

B - 1963 - 1954

C - 1953 - 1944

D - 1943 - 1934

E - 1933 in starejši

Tekmovanje šteje tudi za izbiro uradne Slovenske zdravniške reprezentance, katero bo organizator prijavil na Svetovno smučarsko prvenstvo zdravnikov, ki bo v Courchevelu v Franciji od 18. do 25.3.1995.

Ob 16.00 uri

Hotel LEK

- Posvetovanje športne medicine
- Slavnostna razglasitev rezultatov
- Večerja

Kotizacijo v višini 4000 SIT nakažite na račun: Goriško zdravniško društvo - 52000-678-80987.

Prijave pošljite skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji do 11.2.1995 na naslov: dr. Franci Koglot - Bolnišnica Šempeter pri Gorici 65290.

Kasnejše prijave niso možne!

V prijavi navedite spol, datum rojstva, delovno mesto oz. ustanovo ali društvo, za katero nastopate. Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski.

Organizacijski odbor IATROSSKI pri Slovenskem zdravniškem društvu:

- dr. Franci Koglot - Nova Gorica
- dr. Andrej Bručan - Ljubljana
- dr. Tone Lah - Jesenice

POKROVITELJ: d.d. LEK Ljubljana



Lilly

Kaj
pomaga
pri
bakterijskih
okužbah?

Ceclor

CECLOR® včeraj, danes, jutri!

Kratka strokovna informacija: Ceclor (cefaklor) je polsintetični cefalosporinski antibiotik z baktericidnim delovanjem proti številnim grampozitivnim in gramnegativnim okužbam.

Indikacije: Ceclor je namenjen zdravljenju lahkih in srednje težkih infekcij dihalnih poti, vključno pnevmonije, akutnega bronhitisa in poslabšanj kroničnega bronhitisa, faringitisa, tonzilitisa, sinusitisa, vnetja srednjega ušesa, infekcij kože in mehkih tkiv, kot tudi infekcij urinarnega trakta.

Kontraindikacije: Pri ugotovljeni preobčutljivosti na cefalosporine. Pri bolnikih s preobčutljivostjo na penicilin moramo biti pazljivi, ker se lahko pojavi alergija.

Nosečnost in dojenje: Čeprav škodljivo delovanje Ceclora do sedaj ni znano, ga med nosečnostjo in dojenjem zdravnik lahko predpiše le po temeljiti presoji.

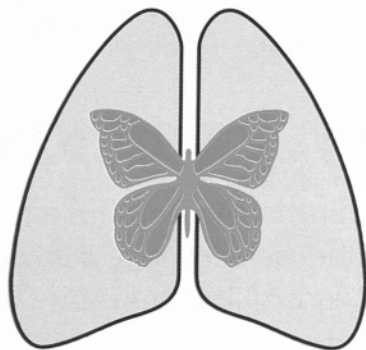
Doziranje: Odrasli – 3 krat 250 mg do 500 mg dnevno.

Pakiranje: kapsule blister 15 x 250 mg in blister 15 x 500 mg.

Dodatne informacije lahko dobite v objavljenih strokovnih tekstih in na našem naslovu.

Lilly

Eli Lilly • Parmova 53, 61000 Ljubljana
tel.: 061 319-648, 061 131-7244 / int. 348
faks: 061 319-767



Novo:

Bronilide®

flunisolid

učinkovit lokalni kortikosteroid za inhalacijsko zdravljenje obstruktivnih obolenj dihal

Bronilide - sodobna učinkovina

- močan lokalni učinek v pljučih
- dobro prenašanje med dolgotrajnim zdravljenjem
- majhna sistemska raspoložljivost po inhalaciji
- zato v priporočenih dozah ne vpliva na sistem hipotalamus-hipofiza-skorja nadledvične žleze

Bronilide - izrazita učinkovitost

- zavira vnetje bronhialne sluznice
- zmanjša hiperreaktivnost
- ublaži simptome astme
- občutno zmanjša pogostnost napadov astme

Doziranje

Odrasli

Priporočena doza znaša 2 inhalaciji aerosola, 2-krat na dan (zjutraj in zvečer). Najvišja dnevna doza ne sme preseči 2-krat po 4 inhalacije aerosola (2 mg).

Otroci

Doza za otroke, starejše od šest let, znaša 2 inhalaciji-aerosola 2-krat na dan (1 mg). Višje doze niso preskušene.

Oprema

Pršilka s 120 dozami po 0,25 mg in nastavkom za inhaliranje

**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

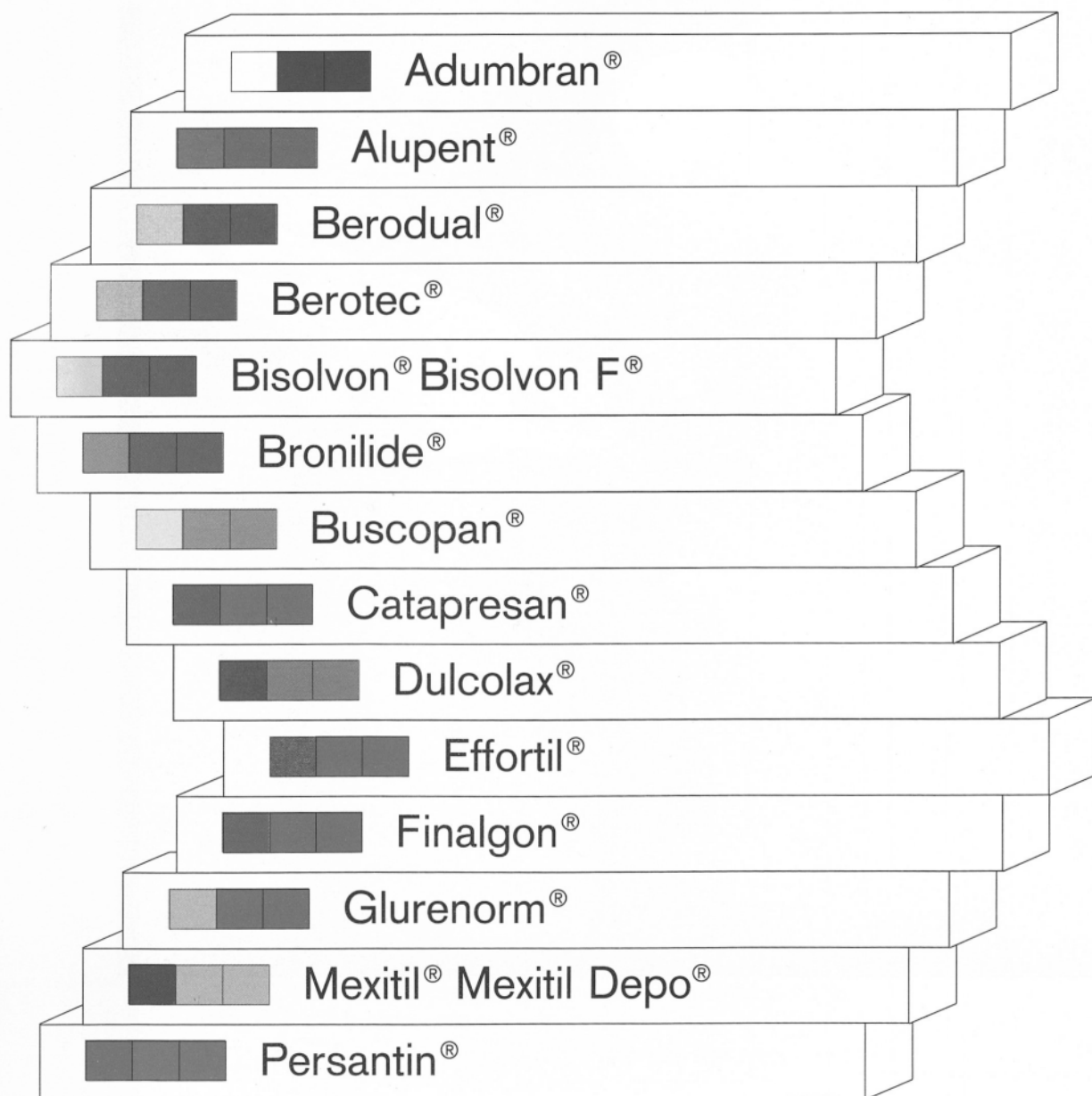
Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



tel.: (061) 372 861, 1681 144
fax: (061) 372 861

Boehringer Ingelheim v Sloveniji

Boehringer Ingelheim zavzema pomembno mesto med vodečimi farmacevtskimi firmami, ki se ukvarjajo z raziskavo in proizvodnjo zdravil. V njihovo učinkovitost in varnost ste se lahko prepričali skozi dolgoletno prisotnost na slovenskem tržišču. Upamo, da vam bodo naši proizvodi še vnaprej koristili v vaši vsakdanji praksi.



**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



tel.: (061) 372 861, 1681 144
fax.: (061) 372 861

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

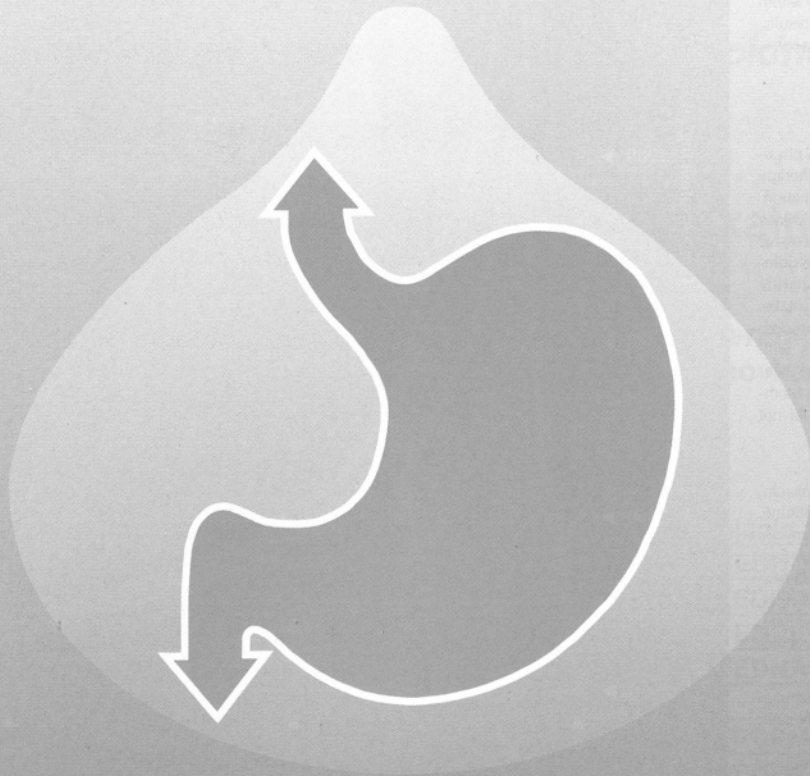


Podrobne informacije in literatura so na voljo pri
SANDOZ PHARMA SERVICES Ltd,
Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107/XI, Ljubljana,
telefon 061 / 168 - 14 - 22, faks 061 / 34 - 00 - 96.



SANDOZ

v DANES v
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO




Ortanol[®]
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

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

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

 **lek tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana**

SUCCINCT STATEMENT

SANDIMMUN NEORAL® Immunosuppressive agent

Presentation

Ciclosporin
Oral solution: 100 mg/mL
Capsules: 25, 50, and 100 mg

Indications

Solid organ transplantation (kidney, liver, heart, combined heart-lung, lung, pancreas); bone marrow transplantation

Dosage

See full product information.

Conversion from Sandimmun to Sandimmun Neoral

In a small percentage of transplantation patients, a 1:1 conversion resulted in a marked increase in ciclosporin exposure. Therefore, trough concentrations should be monitored initially within 4 to 7 days after the switch; according to the results, dose adjustments can be instituted if necessary.

Contraindications

Hypersensitivity to ciclosporin.

Precautions

Sandimmun Neoral should only be used by physicians experienced in immunosuppressive therapy after having consulted the full product information. Closely monitor ciclosporin blood levels, kidney and liver function, blood pressure. Avoid excessive immunosuppression. Do not use potassium-containing medication or potassium-sparing diuretics; avoid high dietary potassium intake. Monitoring of serum potassium is recommended. Caution is required in treating patients with hyperuricaemia, with vaccination (avoid live-attenuated vaccines), and during pregnancy. Mothers treated with Sandimmun Neoral should not breast-feed.

Interactions

Aminoglycosides, amphotericin B, ciprofloxacin, melphalan, trimethoprim; NSAIDs; lovastatin, colchicine; ketoconazole, erythromycin, josamycin, doxycycline, oral contraceptives, propafenone, calcium-channel blockers; barbiturates, carbamazepine, phenytoin, metazolam, rifampicin, nafcillin, sulphadiazine and trimethoprim IV; prednisolone, methylprednisolone. See full product information.

Side Effects

The following side effects observed with Sandimmun are also likely to occur with Sandimmun Neoral: impaired renal function, hepatic dysfunction, hypertension, hypertrichosis, gingival hypertrophy, tremor, paraesthesia, convulsions, fatigue, anorexia, nausea, vomiting, abdominal pain, diarrhoea, hyperkalaemia, hyperuricaemia, hypomagnesaemia, weight increase, oedema, pancreatitis, headache, rash, dysmenorrhoea, amenorrhoea, muscle cramps, muscle weakness, myopathy, mild anaemia, thrombocytopenia associated with microangiopathic haemolytic anaemia and renal failure; increased susceptibility to infections, development of malignancies, and lymphoproliferative disorders.

Packs

Country-specific

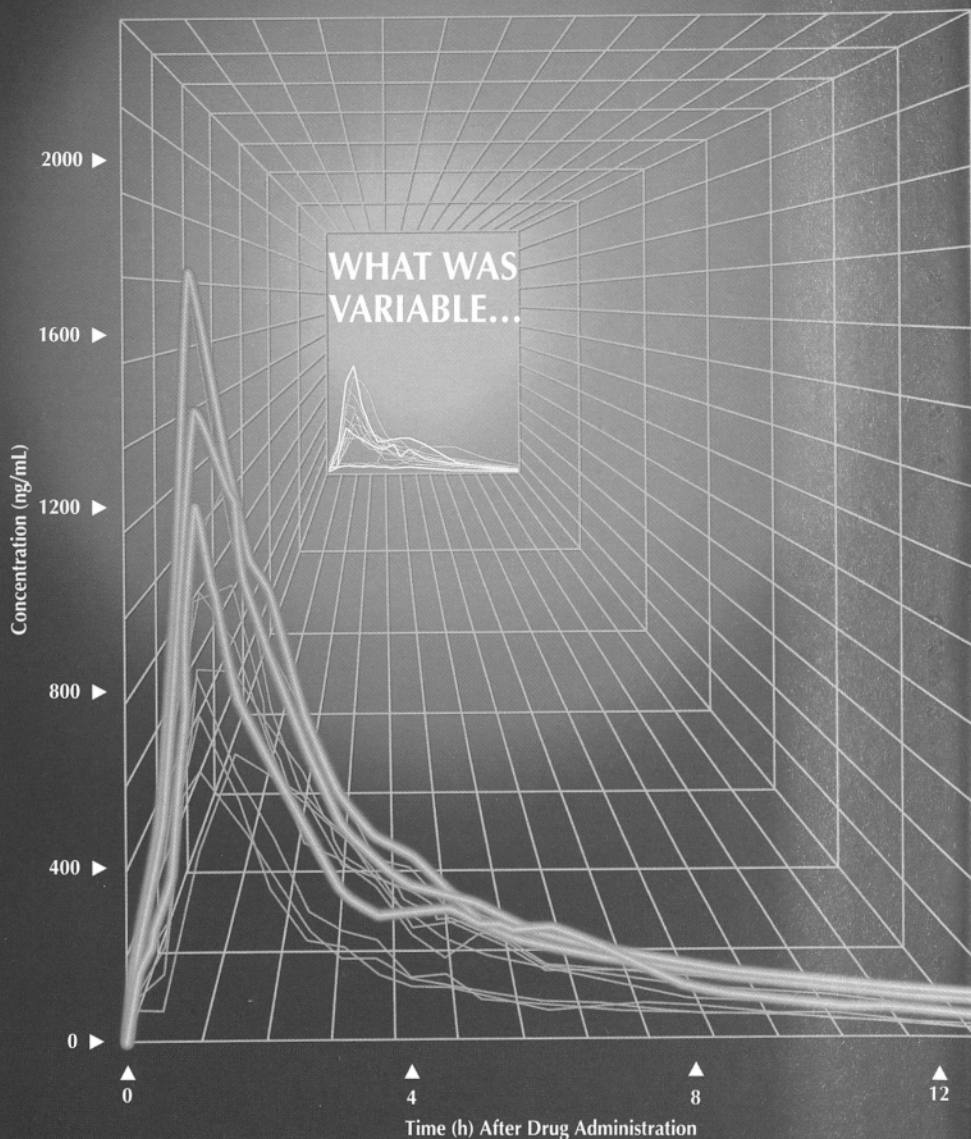
FULL PRODUCT INFORMATION AVAILABLE FROM.....

 **SANDOZ**

Sandoz Pharma Ltd
CH 4002 Basle Switzerland

REFERENCES

1. Mueller EA, Kovarik JM, van Bree JB, et al. *Pharm Res.* In press.
2. Mueller EA, Kovarik JM, van Bree JB, et al. In press.
3. Data on file, Sandoz Pharma Ltd.



IS NOW PREDICTABLE*

New
 **SANDIMMUN NEORAL®**
(ciclosporin)

- Unique microemulsion
- Absorption virtually independent of food intake¹
- Improved dose linearity^{†2}

*Artist's rendering of ciclosporin blood levels (ng/mL) in nonfasting renal-transplant recipients after receiving Sandimmun® (ciclosporin) [inset graph] and new Sandimmun Neoral®.³

[†]Within therapeutic range, compared to Sandimmun®.

Lamisil®

Terbinafin

Tablete, krema

NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH BOLENIJ NOHTOV IN KOŽE

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

Lamisil®, antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Indikacije:

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

Doziranje:

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

* Otroci - glej celotno navodilo!



Lamisil®
terbinafine



Berodual®

fenoterol hidrobromid + ipratropium bromid

Dvokomponentni bronhodilator za preprečevanje napadov in dolgotrajno zdravljenje bronhialne astme in kroničnega obstruktivnega bronhitisa

BERODUAL-osnova zdravljenja bronhoobstrukcije

- hitro začetno in nato dolgotrajno delovanje
- višja stopnja bronhodilatacije
- daljši učinek zdravljenja
- brez sistemskih učinkov
- uporaba nastavka za inhalacijo olajša uporabo aerosola, kar je zelo pomembno za otroke in starejše osebe

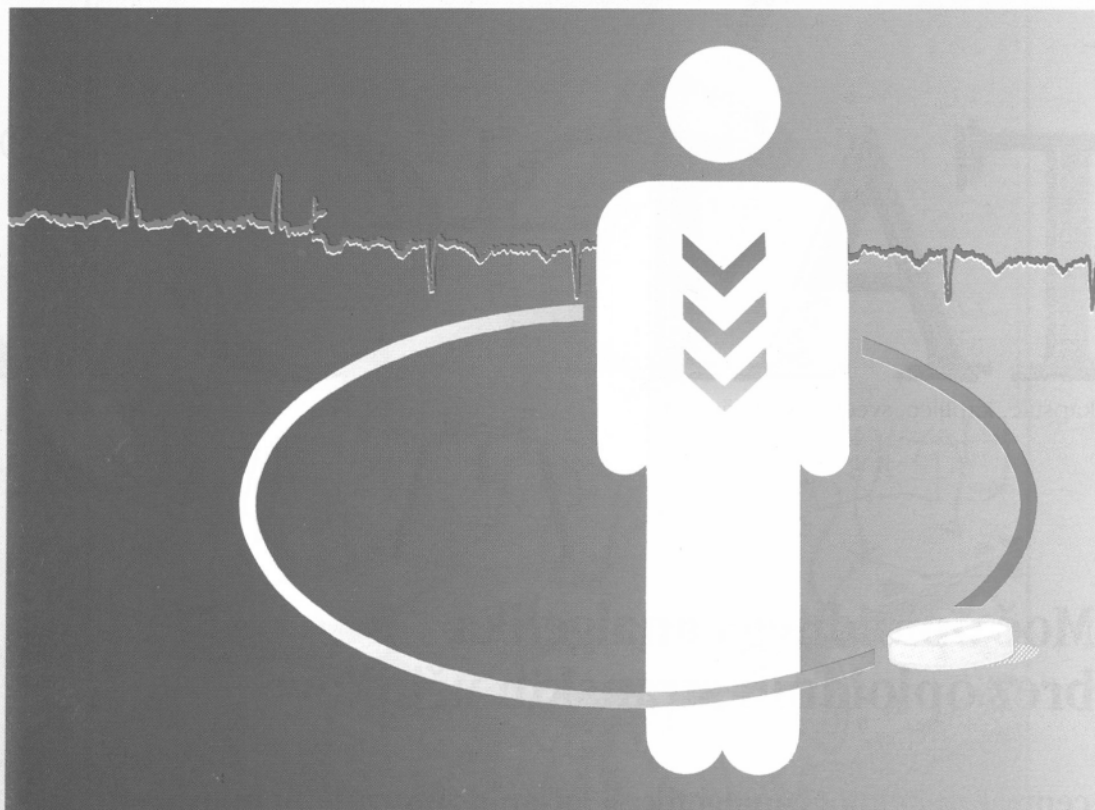
**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



tel.: (061) 372 861, 1681 144
fax.: (061) 372 861

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



Amlopin[®]

amlodipin

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

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

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

Nepotrebno je,
da bolezen spremlja bolečina



Moč opioidnega analgetika brez opioidnih stranskih učinkov

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

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

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



Betrion® mazilo
mupirocin

**KORAK BLIŽJE IDEALNEMU
ZDRAVLJENJU KOŽNIH OKUŽB**

- * impetigo
- * folikulitis
- * furunkuloza
- * sekundarno okužene dermatoze
- * okužene rane in manjše opekline

Oprema
Tuba s 15 g mazila

Betrion® ... dokazan klinični uspeh



PLIVA d.d. ZAGREB
PROGRAM FARMACEUTIKE



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

PREPROSTO • KRATKO • UČINKOVITO

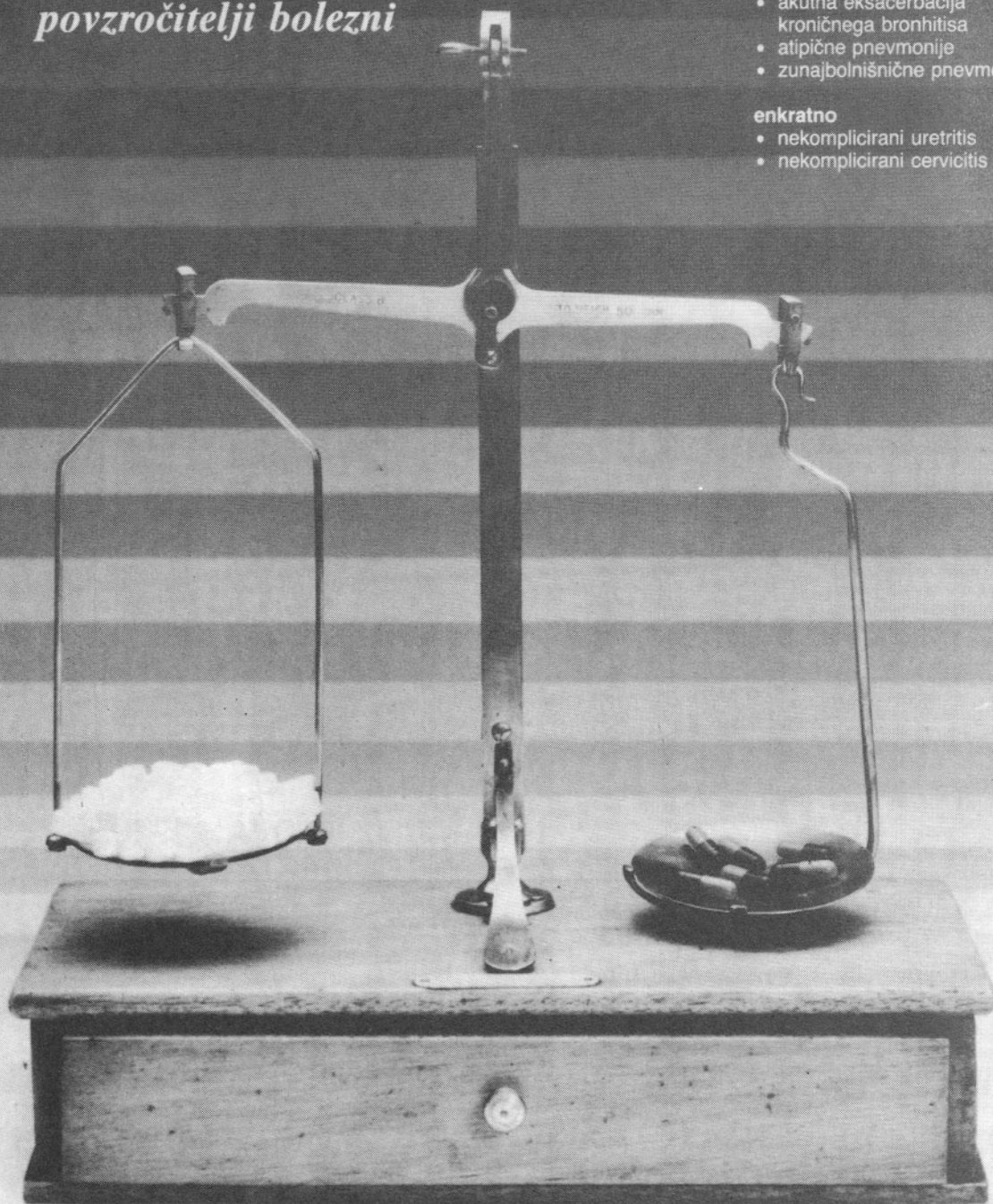
*Sumamed deluje
na mikroorganizme,
ki so najpogostejši
povzročitelji bolezni*

enkrat na dan 5 dni

- akutni faringitis/tonzilitis
- akutni otitis media
- akutni sinusitis
- akutni bronhitis
- akutna eksacerbacija
kroničnega bronhitisa
- atipične pnevmonije
- zunajbolnišnične pnevmonije

enkratno

- nekomplikirani uretritis
- nekomplikirani cervicitis



Sumamed[®]
azitromicin



PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, Ljubljana

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 letaset 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 in oklepaju. Če se pozneje v besedilu znova sklicujemo na že uporabljeni navedek, navedemo številko, ki jo je navedek dobil pri prvi omembi. Navedki, uporabljeni v tabelah in slikah, naj bodo oštevilčeni po vrstnem redu, kakor sodijo tabele ali slike v besedilo. Pri citiranju več del istega avtorja dobi vsak navedek svojo številko, starejša dela je treba navesti prej. Vsi navedki iz besedila morajo biti v seznamu literature.

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 63, DECEMBER 1994, Page 721-778, Number 12

CONTENTS

LEADING ARTICLES

Society, do you know your debt, A. Dolenc 721

Leading thoughts of the editor-in-chief and responsible editor of Zdravniški vestnik,
J. Drinovec, M. Janko 725

RESEARCH ARTICLES

**The influence of pelvic shape on the stress distribution on the articular surface
of the human hip joint,** A. Iglič, F. Srakar, V. Kralj-Iglič, V. Antolič 727

PROFESSIONAL ARTICLES

**Assessment of human autonomic nervous system function, V. Spectral analysis
of heart rate variability in subarachnoid hemorrhage patients,** V. Švigelj 729

Iliotibial band friction syndrome, M. Tonin, M. Veselko, B. Rus 733

Invasive streptococcal A infection, M. Marolt-Gomišček, J. Tomažič, M. Čižman, M. Arnež,
I. Muzlovič, L. Černe, B. Bem, D. Vodusek, D. Trinkaus 735

REVIEW ARTICLES

The meeting of the two great surgeons of the nineteenth century, P. Borisov 741

1994: aids worldwide and in Slovenia, J. Tomažič, L. Vidmar, M. Matičič, I. Klavs,
D. Piškur-Kosmač, M. Ažman, P. Kobler, E. Leskovšek, M. Poljak, L. Kristančič,
A. Ramšak, A. Ihan 677

NEWS AND VIEWS

ANNUAL INDEX