



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 64, JANUAR 1995, str. 1-60, ŠT. 1

VSEBINA

UVODNIK

Omejevanje v zdravstvu - postopno, premišljeno in odgovorno, S. Rakovec, M. Cevc 1

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

Magnezijev sulfat kot tokolitik, D. Franič, Ž. Novak-Antolič, D. Jurjec, A. Zore 3

STROKOVNI PRISPEVKI

Hemokultura kot diagnostična metoda, M. Gubina, A. Radšel-Medvešček, T. Pokrajac 9

Pozni funkcionalni rezultati operativno zdravljenih dislociranih zlomov petnice,
M. Andoljšek, B. Brodnik, T. Lah 13

Laparoskopsko operiranje zunajmaternične nosečnosti,
M. Ribič-Pucelj, T. Tomaževič, A. Vogler, P. Zupan 17

Naše izkušnje pri zdravljenju mikrosporije 1985-1992,
M. Lunder, B. Podrumac, V. Dragoš, A. Smrkoj, T. Lunder 21

PREGLEDNI PRISPEVKI

**Ehokardiografska diagnostika najpogostejših razvojnih anomalij in boleznih
preddvornega pretina v odrasli dobi**, M. Koželj, R. Angelski 25

RAZGLEDI

Jubileji 31

Medikohistorična rubrika 31

Strokovna srečanja 33

Vprašanja - dileme - rešitve - perspektive 36

Odmevi 45

Zdravniški vestnik pred 60 leti 45

Podlistek 46

Nove knjige 46

V tej številki so sodelovali 16

Oglasi 8, 24, 30, 48-60

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. Švalb (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. Lévák-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

OMEJEVANJE V ZDRAVSTVU – POSTOPNO, PREMIŠLJENO IN ODGOVORNO

Slavko Rakovec, Matija Cevc

Ni daleč čas, ko je popolno zdravstveno varstvo, ki je bilo še pred pol stoletja privilegij bogatih, postalo splošna pravica vseh državljanov. Glede na to je postalo neetično, če so se zdravljenje ali zdravstvene usluge »prodajale«. Veljalo je, da zakon in predpisi ne smejo omejevati zdravnika pri njegovem trudu v prid bolnika. Zdravniki so bili svobodni pri izbiri načinov zdravljenja, edino vodilo je bila strokovnost dela in pa, da zagotovijo vsakemu bolniku čim boljše zdravstveno oskrbo. O tem je govoril leta 1963 sprejeti kodeks etike, ki je bil »program moralnih dolžnosti zdravstvenih delavcev za vse primere, ko obseg moralnih dolžnosti presega s predpisi določene službene in državljanske naloge«. V primeru neskladja med etičnimi načeli in zakonskim predpisom se mora zdravnik vedno odločiti za etično načelo. Temeljno etično načelo pa je bilo, da je vsakemu bolniku ne glede na njegov položaj (ekonomski ali statusni) nujno zagotoviti najboljše možne diagnostične in terapevtske postopke ne glede na ceno. Ob izredno hitrem napredovanju medicine je to načelo logično vodilo v to, da so se pravice bolnikov širile, zdravstveno varstvo pa je postajalo dražje tako, da država ni bila več sposobna plačevati vse večjih potreb in se je zdravstvo začelo dušiti v izgubah.

Značilnost zdravstvenega varstva je, da njegove rasti ni mogoče ustaviti brez spremembe sistema. K vse večjemu povpraševanju po zdravstvenih storitvah prispeva tudi staranje prebivalstva, s čimer se večja število bolnikov (največji porabniki najdražjih storitev so prebivalci, starejši od 75 let), povečuje se število kroničnih bolnikov, nenehne tehnološke inovacije sicer izboljšujejo zdravstveno oskrbo prebivalstva, jo pa tudi dražijo itd. Ti vzroki so sprožili tako hitro rast stroškov za zdravstveno varstvo, da ga ne prenesejo niti najbogatejše države na svetu. V ZDA se je cena enodnevnega bivanja v bolnišnici od leta 1965 do 1985 povečala za 300%, na Švedskem so ugotovili, da bi enaka rast porabe za zdravstvo v 80 letih pripeljala do tega, da bi presegla celotni narodni dohodek. Očitno je torej, da je omejevanje porabe v zdravstvu nujno. Od tod tudi reforme zdravstva v Veliki Britaniji, Združenih državah Amerike, Nemčiji in drugod.

V zadnjih letih smo v Sloveniji pričali drastičnih sprememb tako na političnem kot tudi ekonomskem področju. Obdobje dogovorne ekonomije, kolektivnega odločanja in kolektivne odgovornosti je dokončno preživelo. Minili so časi »enakih želodcev«, ko so imeli vsi državljani enake pravice ne glede na vloženi delež. Postalo je razumljivo, da tisti, ki več prispevajo, zahtevajo zase večji delež. Ekonomskim kategorijam se tudi zdravstvo ne sme in ne more izogniti. Kot v vseh deželah v krizi se tudi pri nas pogloblja prepad med željami in možnostmi, s tem pa se zastruje tudi nasprotje med medicinsko etiko in ekonomsko danostjo. Jasno je, da take zdravstvene varnosti, kot bi si jo zdravniki (in bolniki) želeli, država enostavno ne more več zagotoviti. Pri tem pa je treba poudariti, da zdravstveno osebje ne more odgovarjati za zmanjšanje stroškov v zdravstvu, saj je v naravi stroke, da se za učinkovito zdravljenje bolnika poskrbi kar najbolje. Zdravstveni proračun lahko zmanjšujejo le državni organi in zmanjševanje

sredstev je zdravstvu vsiljeno, državni organi pa morajo za to prevzeti tudi vso odgovornost. Po drugi strani pa državni organi ne morejo vplivati na bolj gospodarno uporabo tistih sredstev, s katerimi zdravstvo že razpolaga. To lahko zagotovi le zdravstveno osebje s tem, da ima ustrezno znanje, organizacijo ter poslovno in profesionalno moralo. Kakovosti zdravstvenih storitev ne zagotavlja niti državna regulativa niti tržna konkurenca. Kakovost zdravstvenih storitev je predvsem rezultat strokovnosti in etike zdravnikov ob ustreznem stalnem nadzoru.

Zaradi zmanjševanja sredstev za zdravstvo (v letu 1993 se je prispevna stopnja za zdravstveno zavarovanje znižala kar trikrat) in planiranih izgub (skoraj 5 milijard v letu 1995) lahko sledimo vedno bolj izrazitemu krčenju programov obveznega zdravstvenega zavarovanja, širi pa se obseg storitev, ki jih morajo bolniki plačati ali z dozavarovanjem ali pa z neposrednimi doplačili.

Doslej smo bili zdravniki torej navajeni, da smo vsakemu bolniku skušali zagotoviti najboljše diagnostične in terapevtske postopke ne glede na ceno. Sedaj pa se ta razmerja spreminjajo. Z omejevanjem obsega storitev, ki je dogovorjen med zdravstvenimi zavodi in Zavodom za zdravstveno zavarovanje (ZZZZ), smo postavljeni pred dejstvo, da bomo morali pričeti vsakodnevno razmišljati, katere najcenejše, a še vedno ustrezne postopke bomo izbrali, da bi prišli do zaželenega cilja. Morali bomo preračunavati, ali se bolj splača narediti nekoliko dražjo preiskavo ali poseg in s tem eventualno skrajšati ležalno dobo, ali pa je ceneje, če se nekoliko podaljša zdravljenje. Ta način razmišljanja je za slovenske zdravnike nov in ga nismo vajeni. Pred popolnoma novimi izzivi in nalogami so se znašla tudi vodstva zdravstvenih zavodov. Po eni strani bodo morala skleniti čimbolj ugodne pogodbe z ZZZZ (zagotoviti si bodo morala obseg in ceno storitev; že danes so razlike med pogodbami za npr. različne zdravstvene domove, in imajo bolniki, ki gredo na pregled v en zdravstveni dom, lahko večje pravice, kot če gredo v drugega), po drugi strani pa bodo morala voditi jasno politiko porabe sredstev. To pa je izziv, ki ga dosedanja vodstva zdravstvenih ustanov niso vajena niti ga nismo vajeni zdravniki. Večina zdravnikov nikoli ne pomisli, katero od paralelnih zdravil je cenejše!

Čeprav je v večini slovenskih bolnišnic ležalna doba primerljiva z evropskim in ameriškim povprečjem, nas silijo tudi k nestrokovnemu krajšanju ležalnih dob. Tipični pritisk v to smer je 39. člen novega Pravilnika o obveznem zdravstvenem zavarovanju*. V kakšne možne strokovne napake lahko to pripelje (če se bo ta člen izvajal), raje ne razmišljamo. Čakalne dobe za veliko večino specialističnih ambulant se nesorazmerno daljšajo in enostavna dostopnost specialistične službe se ruši, vedno bolj pa cvetijo privatne ordinacije (prijavljene in neprijavljene) ter samoplačništvo. Znano je, da so samoplačniške ambulante dostikrat le kupovanje predčasnih hospitalizacij in privilegijev pri dostopu do zdravstvenih storitev, za katere so čakalne dobe dolge, kar vodi dobesedno v hude konflikte in nezaupanje bolnikov do zdravnikov.

* Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, 79/94), 39. člen, 3 odstavek: Oskrbeni dnevi, ki niso bile opravljene nobene zdravstvene storitve ali so bile opravljene storitve, ki bi jih bilo mogoče opraviti v specialistično-ambulantni ali osnovni dejavnosti, ne štejejo med pravice iz obveznega zavarovanja.

V tej situaciji smo zdravniki stisnjeni med Scilo in Karibdo. Po eni strani nas stiskajo zahteve medicinske etike, po drugi strani pa nas ZZZS do neke mere omejuje v naši strokovni avtonomiji z ekonomskimi omejitvami, sankcioniranimi v raznih pravilnikih in pogodbah, ki jih večina zdravnikov niti ne pozna. Jasno je, da bo ZZZS nadziral, kako se porablja denar v zdravstvenem sistemu. Pri tem nadzoru pa ne sme prekoračiti nekaterih principov, med katerimi je glavni ta, da lahko zdravnika nadzira le zdravnik. Nesprejemljivo je, da bi nadziral delo zdravnika uradnik v ZZZS. Tako se nam zdi groba kršitev norm to, kar se že dogaja, da zdravnika kliče na odgovornost nekompetentna oseba, zaposlena v ZZZS. Še bolj sporno pa je, da ZZZS brez vednosti osebnega zdravnika na komisiji zaslišuje bolnike o poteku zdravljenja in predpisanih receptih. Ne gre le za to, da ZZZS nepooblaščen posega v bolnikovo osebno svobodo, temveč tudi, da na ta način načenja zaupanje med zdravniki in bolniki. Klicanje zdravnikov na

odgovornost, češ da predpisujejo preveč predragih zdravil, je sporno. Zdravnik ima namreč pravico in dolžnost, da predpiše zdravilo, ki je po strokovni doktrini in njegovem znanju najustreznejše. Klicanje zdravnika na odgovornost zaradi računalniško ugotovljenega velikega števila predpisanih receptov pa je neustrezno, če ne že nezakonito. Do takih ekscesov pa prihaja predvsem zato, ker ni jasnih kriterijev, po katerih bi se ravnale tako nadzorne zdravniške komisije ZZZS kot tudi zdravniki, t.j. da ni jasnih »pravil igre«. Ni sporen nadzor (logično je namreč, da hoče tisti, ki plačuje, vedeti, za kaj se sredstva porabljajo in ali se porabljajo ustrezno svojemu namenu), sporen je način, ki ga občasno uporabljajo nekateri v ZZZS.

Pred slovenske zdravnike so postavljene mnoge čeri, na katere večina od nas ni pripravljena. Potrebno bo znanje ne samo stroke, ampak tudi ekonomike, predpisov in odnosov med bolnikom in zdravnikom, zdravnikom in javnostjo itd. Krasni novi svet bo torej trd!

PRIPOROČILO ZDRAVNIKOM ZA STIKE Z NOVINARJI

Zaradi stalnih napadov na slovensko zdravništvo sta sekretariat Slovenskega zdravniškega društva in nato še upravni odbor na predlog pravnega svetovalca SZD na svoji seji dne 15.12.1994 sprejela

PRIPOROČILO

svojim članom, da z novinarji komunicirajo samo pisno. Sprejemajo naj pisna vprašanja in nanja naj pripravijo le pisne odgovore.

Napadi na zdravništvo, kot prepoznavno družbeno skupino, ne pojenjajo. Zato je potrebna povečana previdnost, da zdravnik osebno (in celotno zdravništvo) zaradi stikov z novinarjem ne pride v kolesje teh napadov.

Pisnost vprašanj zahteva večjo odgovornost novinarja ter omogoča zdravniku, da svoj odgovor pretehta. Pisnost odgovora mu daje tudi možnost, da bo pozneje lažje zahteval objavo popravka, če bo njegov odgovor zlorabljen ali zmaličen.

Vodstvo SZD

Research article/Raziskovalni prispevek

MAGNESIUM SULFATE AS TOCOLYTIC AGENT

MAGNEZIJEV SULFAT KOT TOKOLITIK

Damir Franič¹, Živa Novak-Antolič², Damijan Jurjec³, Andrej Zore²¹ Dispanzer za žene, ZP Rogaška Slatina, JZ ZD Šmarje pri Jelšah, 63250 Rogaška Slatina² Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 61105 Ljubljana³ Zdravilišče Rogaška, 63250 Rogaška Slatina

Arrived 1994-06-06, accepted 1994-10-19, ZDRAV VESTN 1995; 64: 3-7

Key words: premature labor; tocolysis; hypomagnesemia; magnesium concentration**Ključne besede:** prezgodnji porod; tokoliza; hipomagnezemija; koncentracija magnezija**Abstract** – Background. *The aim of this prospective study was to investigate the properties of magnesium sulfate in pharmacologic inhibition of premature labor (PL).***Methods.** *One part of the study included fifteen patients with the diagnosis of PL (Protocol «M»), who were treated with MgSO₄ (1.6 gr/h during 72 h). The other part of the study included ten patients, who were treated with ritodrine (150 mg/500 ml of 5% glucose infusion at a rate of 0.3 mg/ml = 20 drops/min during 72 h) (Protocol «R»). All patients had singleton pregnancies, intact membranes, gestational age 30–36 weeks, cervical changes with Bishop index ≥4, and/or cervical dilatation ≤4 cm. There were no maternal or fetal contraindications for tocolytic therapy.***Results.** *The mean magnesium levels before starting tocolytic therapy was 0.57 mmol/l, which supports the hypothesis, that hypomagnesemia under 0.60 mmol/l might be a predictor for PL. The mean magnesium level to achieve tocolysis was 1.28 mmol/l. In criterium for successful tocolysis was the prolongation of pregnancy for more than 72 h. The time needed to achieve tocolytic effect was 18.3 h for MgSO₄ and 11.8 h for ritodrine. There were two cases of failure in both groups. Side effects were much more alarming in the ritodrine group than in the MgSO₄ group, but it was not necessary to stop the tocolysis.***Conclusions.** *MgSO₄ was found to be a successful, inexpensive and probably nontoxic tocolytic agent, as effective as ritodrine. The dose used in our study was low, but still effective enough to achieve the tocolysis.*

Introduction

Premature labor

Premature labor (PL) is a labor occurring between 22 and 37 weeks of gestation, and still a major unsolved problem in perinatology (1). Along with perinatal hypoxia, intrauterine growth retardation (IUGR) and congenital fetal malformations, PL remains a major cause of perinatal morbidity and mortality (1, 2).

According to statistical data PL occurs in 5–11% worldwide. In Slovenia, 6% of deliveries occur before 37th week of gestation (3). Some authors (4) report PL, not associated with fetal anomalies, to cause 81% of early neonatal deaths (newborn's death within the first week of life).

Perinatal mortality rate in Slovenia (1987–91) for newborns weighing more than 500 g is 10.5/1000, and 7.8/1000 for those weighing more than 1000 g (3).

Drugs used for tocolysis

Nowadays various drugs with tocolytic effects are available (5). They are presented in table 1.

Although there are apparently many to choose from, only two tocolytics are mainly used worldwide, namely ritodrine hydrochloride (ritodrine for short) and magnesium sulfate (MgSO₄) (1).

Magnesium in pregnancy and premature labor

Hypomagnesemia is very common in pregnancy as a result of physiological changes occurring in pregnancy (6).

Tab. 1. Drugs with tocolytic effects.

Tab. 1. Zdravila s tokolitičnim delovanjem.

1. Ethanol
Etanol
2. Beta adrenergic agonists*
Beta adrenergični agonisti
3. Magnesium sulfate
Magnezijev sulfat
4. PG-synthetase inhibitors
Inhibitorji PG-sintetaze
5. Diazoxide
Diazoksid
6. Calcium channel blockers (nifedipine)
Blokatorji kalcijevih kanalov (nifedipin)
7. Aminophyllin
Aminofilin

* ritodrine, isoxuprine, terbutaline, salbutamol, fenoterol, orciprenaline

The reasons which are likely to result in hypomagnesemia in pregnancy are:

- increased quantity of extracellular fluid,
 - increased glomerular filtration,
 - decreased absorption of magnesium ions (Mg²⁺) due to increased reabsorption of sodium ions (Na²⁺) (7).
- Hypomagnesemia (Mg concentration ≤0.60 mmol/l) may sometimes prove to be a reliable sign of PL (8).

Magnesium sulfate (MgSO₄) as a tocolytic agent

MgSO₄ has fewer side effects than ritodrine, and has proved to be better for women with premature labor (PL). For this reason and

because the number of contraindications is small, $MgSO_4$ has been given priority over ritodrine in pharmacological prevention of PL (9–11).

$MgSO_4$ was first administered routinely in 1969 at the Columbia-Presbyterian Medical Centre and a year later at the Virginia University (12). In Slovenia, there have been no reports on the use of $MgSO_4$ for tocolytic purposes.

The mode of action of $MgSO_4$ in tocolysis is not clear. The possible mechanisms are:

- competitive inhibition of calcium ions (Mg^{2+} as a physiological antagonist of Ca^{2+} ions) (7),
- blocking the neuromuscular transmission (13, 14),
- reduction in resistance on small vessels of the mother.

In addition to general contraindications for tocolysis, there are still two contraindications for $MgSO_4$: a) severe renal dysfunction and b) myasthenia gravis in pregnancy (2).

Patients and methods

As far as we know, this is the first study in Slovenia designed to establish the efficacy of $MgSO_4$ in preventing PL. Only the patients with undetermined cause of PL, and those with no evident irregularities during pregnancy were enrolled for the study. The aim was to obtain skeleton values of Mg concentrations in plasma after $MgSO_4$ administration, which was done according to strict criteria determined on advance.

The prospective study »M« was carried out at the Ljubljana University Clinical Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, between April 1992 and February 1993. Fifteen women with PL were included in the study. They were all administered $MgSO_4$ in order to stop premature contractions.

For comparison, we use the prospective study »R«, which was carried out at the Department of Obstetrics and Gynecology of the Celje General Hospital from February 1991 to February 1992. It included ten pregnant women who were given ritodrine.

The inclusion criteria were identical for both groups of patients as shown in table 2.

Tab. 2. *Inclusion criteria for the study.*

Tab. 2. *Kriteriji za vključitev v študijo.*

Gestational age: 30–36 weeks
Gestacijska starost: 30–36 tednov
Regular contractions, at least 2/10 min, registered with cardiotocogram (CTG)
Redni popadki, najmanj 2/10 min, zabeleženi na kardiokotogramu (CTG)
Intact membranes
Ohranjeni plodovi ovoji
Cervical dilatation ≤ 4 cm
Dilatacija materničnega vratu ≤ 4 cm
and/or
in/ali
Bishop score ≥ 4
Ocena po Bishopu ≥ 4
and/or
in/ali
Effacement of the uterine cervix: $\geq 75\%$
Izginotje materničnega vratu $\geq 75\%$
Patients without maternal or fetal contraindications for tocolysis
Nosečnice brez materinih ali plodovih kontraindikacij za tokolizo

The study had been approved by the State Ethical Committee. All the patients were informed of the purpose and the course of the study, as well as of all possible complications. They also signed the informed consent to participate in the study.

The mode of administration of magnesium sulfate – study »M«

1. Vials containing 20 ml of 1 molar (M) or 2 M $MgSO_4$ were used as a source of Mg. Vials were prepared by the Clinical Centre Pharmacy and contained 4.7 g (1 M vial) or 9.4 g (2 M vial) of $MgSO_4$.

2. Infusion mixture was prepared by injecting three 20 ml 1 M $MgSO_4$ (or 1½ 20 ml 2 M $MgSO_4$) vials into 500 ml of 5% glucose solution. The mixture contained 14.1 g of $MgSO_4$.

3. Infusion pump was used at a rate of 20 drops per minute which corresponded to the infusion rate of 60 ml per hour or 1.6 g of $MgSO_4$ per hour. Duration of tocolysis was 72 hours.

4. Patients were regularly checked for breathing, patellar reflexes, blood pressure, body temperature and CTG.

The mode of $MgSO_4$ administration is shown in table 3.

Tab. 3. *The mode of $MgSO_4$ administration – study »M«.*

Tab. 3. *Način dajanja $MgSO_4$ – raziskava »M«.*

Concentration:	14.1 g $MgSO_4$ in 500 ml of 5% glucose (3 ampules of 20 ml 1 M $MgSO_4$ or 1.5 ampules of 20 ml 2 M $MgSO_4$)
Koncentracija:	14,1 g $MgSO_4$ v 500 ml 5% glukoze (3 ampule z 20 ml 1 M $MgSO_4$ ali 1,5 ampule z 20 ml 2 M $MgSO_4$)
Dose:	1.6 g/h = 60 ml/hour = 20 drops/min (infusion pump)
Odmerek:	1,6 g/uro = 60 ml/uro = 20 kapljic/min (infuzijska črpalka)
Duration of tocolysis:	72 hours
Trajanje tokolize:	72 ur
Monitoring of the mother and the fetus:	– respiration/dihanje
Nadzor matere in otroka:	– patellar reflexes/patelarni refleksi
	– diuresis ≥ 25 ml/h/diureza ≥ 25 ml/uro
	– CTG, ultrasound/CTG, ultrazvok
	– body temperature/telesna temperatura
	– blood pressure/krvni tlak
	– Mg concentration in the plasma (three times in the course of tocolysis)/koncentracija Mg v plazmi (trikrat v času tokolize)

Because tocolytic therapeutic levels of Mg (1.5–3.5 mmol/l) are close to toxic, the patients should be checked every four hours to make sure that tendon reflexes are present, respiration is at least 12 per minute and urine output is at least 25 ml per hour – which ensures sufficient Mg elimination. For possible occurrence of hypermagnesemia, Ca-gluconate was prepared (Calcium Leopold, 0.95 g/10 ml, Leopold Pharma, Graz). Usual dose is 1 g of Ca-gluconate (1 ampule of Calcium Leopold) by slow i. v. route, which may be repeated, if necessary.

The mode of ritodrine administration – study »R«

The patients in Celje were administered the solution of 150 mg of ritodrine in 500 ml of 5% glucose in the infusion (somewhere different concentrations are used). The dose was titrated according to the maternal heart rate: the highest allowed was 140/min. Usual dose was 0.3 mg/min (20 drops/min). After the contractions ceased, the tocolysis was continued per os: 10 mg every 4 or 6 hours.

For both groups the efficiency of the tocolysis was evaluated with the time interval to the actual delivery.

The outcome of tocolysis was evaluated as efficient if the interval to delivery was more than 72 hours, taking into account that the patients were administered dexamethasone (8 mg/12 h for 3 days) for fetal lungs maturation. If the delivery occurred earlier, or the treatment had to be discontinued because of the side effects either in the mother or the fetus, the tocolysis was deemed unsuccessful.

Results

Although the studies were not randomized, the results obtained in both M and R study are comparable, since the inclusion criteria were identical for both groups.

For statistical analysis Student's t-test was used. The difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Table 4 (study »M«) and table 5 (study »R«) show mean values of some parameters.

There was a statistically significant difference between the two groups in parity ($p < 0.01$) as well as in the time needed to achieve the cessation of uterine contractions ($p < 0.05$), which means that

Tab. 4. Mean values – group »M«.

Tab. 4. Srednje vrednosti – skupina »M«.

	MgSO ₄ (N=15)
Age (years)	
Starost (leta)	24.2±4.9
Parity	
Pariteta	1.07±0.3
Gestational age (admission) (weeks)	
Gestacijska starost (ob sprejemu) (v tednih)	32.9±1.7
Dilatation (cm)	
Dilatacija (cm)	1.5±0.9
Bishop index	
Ocena po Bishopu	5.3±1.1
Time to the contractions stop (h)	
Čas do prenehanja popadkov (h)	18.3±9.7
Gestational age (delivery) (weeks)	
Gestacijska starost (ob porodu) (v tednih)	36.5±2.6
Birthweight (g)	
Porodna teža (g)	2811±705
Failed tocolysis	
Neuspela tokoliza	2

Tab. 5. Mean values – group »R«.

Tab. 5. Srednje vrednosti – skupina »R«.

	Ritodrine (N=10)
Age (years)	
Starost (leta)	25.4±4.1
Parity	
Pariteta	1.6±0.7
Gestational age (admission) (weeks)	
Gestacijska starost (ob sprejemu) (v tednih)	33.8±1.7
Dilatation (cm)	
Dilatacija (cm)	1.7±0.8
Bishop index	
Ocena po Bishopu	5.3±1.4
Time to the contractions stop (h)	
Čas do prenehanja popadkov (h)	11.8±5.6
Gestational age (delivery) (weeks)	
Gestacijska starost (ob porodu) (v tednih)	36.5±2.3
Birthweight (g)	
Porodna teža (g)	2833±415
Failed tocolysis	
Neuspela tokoliza	2

the tocolytic effect was achieved earlier with ritodrine than with MgSO₄. Tocolysis failed twice in each group.

Study »M«: In one patient, the tocolysis was discontinued for silent CTG. Another patient delivered 48 hours after the start of the tocolysis, which was evaluated as a failure.

Study »R«: Two patients delivered earlier than 72 hours after the introduction of the tocolysis, one of them within 24 hours. Both patients experienced premature rupture of the membranes (PROM).

Mg concentrations in the plasma

During the tocolysis Mg concentration in the plasma was determined 3 times. The mean values of the concentration were as follows:

a) at admission (prior to tocolysis) – 0.57±0.09 mmol/l,
 b) at the cessation of contractions – 1.28±0.4 mmol/l,
 c) 24 hrs after the cessation of contractions – 1.35±0.41 mmol/l.
 A statistically significant difference ($p<0.001$) was established between a) and b), as well as between a) and c). Figure 2 presents the Mg concentrations in the plasma of each patient individually for all three periods.

All patients, with the exception of one (No. 2) were found to have hypomagnesemia (Mg concentration ≤ 0.80 mmol/l) on admission.

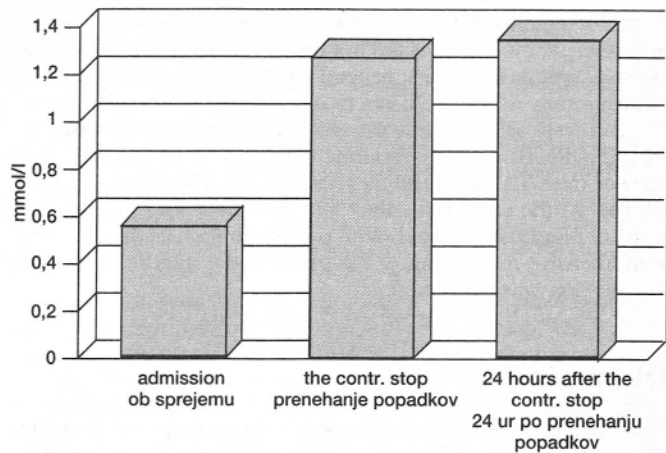


Fig. 1. Mean Mg concentrations in the plasma.

Sl. 2. Srednje koncentracije Mg v plazmi.

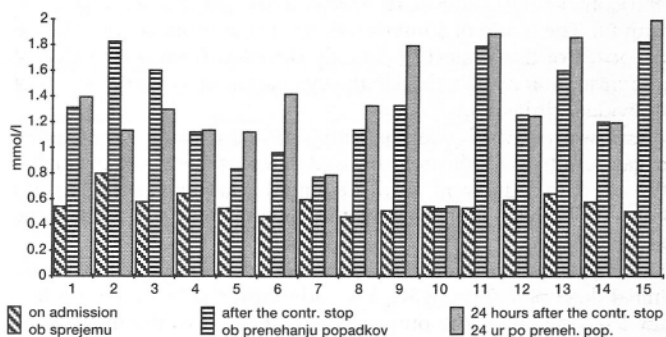


Fig. 2. Mg concentrations in the plasma.

Sl. 2. Koncentracija Mg v plazmi.

The Mg concentration was ≤ 0.60 mmol/l in 10 out of 13 patients (the two other exceptions are patients No. 4 and No. 13), which is a concentration that might predict PL. Only the values in the case No. 10 deviated, since the infusion with MgSO₄ was, by mistake, applied only for 11 hours. Therefore, there was not enough time to reach the mean Mg values obtained in other patients.

Side effects

While achieving low Mg concentrations in the plasma, the side effects in the patients receiving MgSO₄ were almost negligible. Table 6 shows the side effects observed in the course of tocolysis with MgSO₄ and ritodrine.

Tab. 6. Maternal side effects of MgSO₄ and ritodrine.Tab. 6. Materini stranski učinki MgSO₄ in ritodrina.

	MgSO ₄ n=15	Ritodrine n=10
Tachycardia >100/min	0	10
Tahikardija >100/min		
Palpitations	0	5
Palpitacije		
Chest pain	2	5
Bolečina v prsih		
Vomiting	0	3
Bruhanje		
Headache	3	2
Glavobol		
General weakness, lethargy	3	0
Splošna slabost, letargija		

In three patients of the M group, severe headache occurred; nevertheless, the tocolysis did not have to be stopped. Other side effects (chest pain, nausea, general weakness) were mild and did not cause any major problems to the patients.

The tocolysis with ritodrine proved to cause a different situation. All the patients receiving ritodrine experienced tachycardia 100/min, or even 120/min, and they usually had difficulty in coping with M. At the same time, they felt chest pain and palpitations, some of them also vomited. With precise titration of the drug and with intensive monitoring of the patients, the discontinuation of the infusion was prevented.

Discussion

The aim of our prospective study was to evaluate the tocolytic effect of $MgSO_4$ administered in a certain manner. To comment on some of the results, the data on the treatment with ritodrine were used, since this drug is probably the most frequently used tocolytic in Slovenia. The study was part of a project investigating the effect of tocolysis on the fatty acids spectra in the plasma of the patients with PL. The mode of administration was therefore adapted to the purposes of the project and partly deviated from the modes of administration usually used in the evaluation of tocolytic effects of individual drugs.

Previous reports on tocolysis with $MgSO_4$ are hardly comparable to our results, since the authors used different doses and evaluated the effect in a different way. We aimed at obtaining the key Mg concentrations in the plasma with which we may still achieve the tocolytic effect.

Other authors recommend relatively high doses of $MgSO_4$, with the initial dose of 4–6 g $MgSO_4$ i. v., administered in a 25% solution for 15–20 minutes, the purpose being to achieve the therapeutic effect in the plasma as soon as possible. The tocolysis is then continued with the $MgSO_4$ dose of 1–3 g/h (11, 12, 15–18). This mode of administration ensures the Mg concentration in the plasma to reach 1.5–3.5 mmol/l or 2.5–3.3 mmol/l (11, 12, 15–18) which provides a satisfactory tocolytic effect.

Some authors (2) point out that the Mg concentrations in plasma which lead to the tocolytic effect are very close to the toxic concentrations. Other authors (19) are of the opinion that the efficiency of tocolysis does not depend on Mg concentrations in the plasma at all; they have not found statistically significant differences between the Mg concentration <2 mmol/l and >2.5 mmol/l. The mean Mg concentrations obtained in our study after the cessation of contractions were 1.28 ± 0.40 mmol/l, the lowest reported in literature to prove the tocolytic effect. Due to such low Mg concentration in the plasma and to lack of titration (the permanent dose was 1.6 g/h), quite some time elapsed before complete cessation of contractions was achieved. Our previous experience with $MgSO_4$ was related only to its use in treating eclamptic seizures; with $MgSO_4$ used for tocolysis, we had no experience at all.

However, we did not have our own reference values of Mg concentrations in the plasma which would provide «aggressive» treatment of PL. All taken into account, we decided on the tocolysis without the initial bolus dose, and on the untitrated dose. The constant dose means a constant «input» and «output» of the drug, and this way it provides easier evaluation of pharmacokinetics of $MgSO_4$. Otherwise, if we wanted to titrate the drug, the Mg concentration in the plasma should have been determined on every change of the dose.

Almost 100% of $MgSO_4$ is dominated by the kidneys. With average diuresis of 25 ml of urine per hour, the possibility of reaching toxic Mg concentrations (3.3–4.0 mmol/l) was almost nonexistent in our study.

Figure 1 and 2 show that together with tocolytic effect also a constant concentration of the drug in the plasma is achieved, which is confirmed by the statistically non-significant difference

between mean concentration at the cessation of contractions and 24 hours after (1.28 ± 0.40 mmol/l and 1.35 ± 0.41 mmol/l).

The possible side effects of $MgSO_4$ and their consequences for the mother and the child are described in literature (20, 21). In addition to hypotension, hypermagnesemia may cause loss of deep tendon reflexes (at Mg concentration 3.4–4.2 mmol/l), respiratory paralysis (5–6.3 mmol/l) and even cardiac arrest (10.5 mmol/l) (22). Neonatal side effects include decreased muscle tone and poor sucking. However, the complications seem to be far less dangerous than peri- and intraventricular hemorrhages associated with the use of ritodrine (23). A group of authors (20) has established no relation between the Mg concentration in the umbilical cord and the Apgar score, but found that $MgSO_4$ administered to the patients before labour following the standard protocol does not affect the newborn's vitality. We did not notice any serious side effects of $MgSO_4$ in our study. We actually did not expect any, since the concentration in the plasma was low, and in healthy pregnant women it is not likely for them to occur. A recent research described disturbed metabolism of calcium, above all disturbed mineralization of maternal bones after a long-term (more than one week) administration of $MgSO_4$ (21).

Conclusions

After the use of $MgSO_4$ for tocolysis we can conclude:

1. Regarding the tocolytic effect, $MgSO_4$ is comparable to ritodrine.
2. It has a more favourable side-effect profile than ritodrine.
3. It has a wide range of titration; with the ensured diuresis (≤ 25 ml/h) it is a safe tocolytic agent for women with premature contractions.
4. By mode of administration we used, we achieved low Mg concentrations in the plasma. Therefore it seems that we could either double the dose or start treatment with 4 g i. v. loading dose.
5. To obtain a more exact analysis of the effects of $MgSO_4$ in tocolysis, it would be necessary to perform a randomized placebo-controlled study.

References

1. Creasy RK. Preterm labor. In: Pauerstein CJ. Clinical obstetrics. New York: Churchill Livingstone, 1987: 383–402.
2. Eggleston MK. Management of preterm labor and delivery. Clin Obstet Gynecol 1986; 29 (2): 230–8.
3. Pajntar M, Verdenik I. Slovenska perinatologija v številkah za obdobje 1987–1991. Ljubljana: Univerzitetna klinika Ljubljana, Služba za raziskovalno delo, 1992.
4. Rush RW, Davey DA, Segall ML. The effect of preterm delivery on perinatal mortality. Br J Obstet Gynecol 1978; 85: 806–11.
5. Ingemarsson I. Pharmacology of tocolytic agents. Clin in Obstet Gynecol 1984; 11: 337–48.
6. Hurley LS. Magnesium sufficiency in pregnancy and its effects on the fetus. Magnesium bulletin 1981; 1a: 202–8.
7. Valenzuela GJ, Munson LA. Magnesium and pregnancy. Magnesium 1987; 6: 128–35.
8. Kurzel RB. Serum magnesium levels in pregnancy and preterm labor. Am J Perinatol 1991; 8: 119–26.
9. Wilkins IA, Lynch L, Mehalek K et al. Efficacy and side effects of magnesium sulfate and ritodrine as tocolytic agents. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 685–9.
10. Valenzuela G, Cline S. Use of magnesium sulfate in premature labor that fails to respond to beta mimetic drugs. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 6–11.
11. Cotton DB, Strassner HT, Hill LM et al. Comparison of magnesium sulfate terbutaline and a placebo for inhibition of preterm labor. J Reprod Med 1984; 29: 92–5.
12. Cox SM, Sherman LM, Leveno JK. Randomized investigation of magnesium sulfate for prevention of preterm birth. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 767–71.
13. Kambam JR, Perry SM, Ertman S, Smith EB. Effect of magnesium on plasma holinesterase activity. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 309–11.
14. Snyder SW, Cardwell MS. Neromuscular blockade with magnesium sulfate and nifedipine. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 34–6.
15. Elliot PJ. Magnesium sulfate as a tocolytic agent. Am J Obstet Gynecol 1983; 147: 277–83.
16. Hollander DJ, Nagey DA, Pupkin MJ. Magnesium sulfate and ritodrine hydrochloride: A randomized comparison. Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 631–1.

17. Hatjis CG, Swain M, Nelson LH et al. Efficacy of combined administration of magnesium sulfate and ritodrine on the threatment of premature labor. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 317–22.
18. Dudley D, Gagnon D, Varner M. Long term tocolysis with intravenous magnesium sulfate. *Obstet Gynecol* 1989; 7: 373–7.
19. Madden C, Owen J, Hauth CJ. Magnesium tocolysis: Serum levels versus success. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1177–80.
20. StoneRS, Pritchard AJ. Effect of maternally administered magnesium sulfate on the neonate. *Obstet Gynecol* 1970; 35: 574–7.

21. Smith LG, Burns PA, Schanler RJ. Calcium homeostasis in pregnant women receiving long-term magnesium sulfate therapy for preterm labor. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 45–51.
22. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. *Williams Obstetrics* ed. 17. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985: 552–2.
23. Groome IJ, Goldenberg LR, Cliver SP et al. Neonatal periventricular-intra-ventricular hemorrhage after maternal – sympathomimetic tocolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 873–9.

Izvleček – Izhodišča. Namen naše prospektivne raziskave je bil ugotoviti, prvič v Sloveniji, učinkovitost $MgSO_4$ za preprečevanje grozečega prezgodnjega poroda.

Metode. V en del raziskave smo v skupino »M« vključili 15 nosečnic z diagnozo prezgodnjega poroda, ki so bile zdravljene z $MgSO_4$ in sicer 1,6 g/h v infuziji 72 ur. V drugi del raziskave, v skupino »R« smo vključili 10 nosečnic, ki so bile zdravljene z ritodrinom, in sicer s 150 mg/500 ml infuzije s hitrostjo 0,3 mg/ml = 20 gtt/min tudi 72 ur. Pri vseh nosečnicah je šlo za enoplodno nosečnost, obranjene plodove ovoje, gestacijsko starost 30–36 tednov, spremembe na materničnem vratu, z oceno po Bishopu ≥ 4 , in/ali odprtim materničnim ustjem ≤ 4 cm. Ni bilo nobenih maternalnih ali fetalnih kontraindikacij za tokolizo.

Rezultati. Srednja koncentracija Mg v plazmi pred začetkom tokolize je bila 0,57 mmol/l, kar je v prid hipotezi, da je hipomagnezija $\leq 0,60$ mmol/l lahko znak grozečega prezgodnjega poroda. Srednja koncentracija Mg v plazmi, s katero smo dosegli tokolitični učinek, je bila 1,28 mmol/l. Čas, v katerem smo dosegli tokolitični učinek, je bil za $MgSO_4$ 18,3 h in 11,8 h za ritodrin. Kriterij za uspešnost tokolize je bilo podaljšanje nosečnosti za 72 ur in več. Pri dveh nosečnicah v vsaki skupini tokoliza ni uspela. Stranski učinki so bili pri nosečnicah, ki so dobivale ritodrin, mnogo bolj izraženi kot pri nosečnicah, ki so dobivale $MgSO_4$. Zaradi stranskih učinkov ni bilo treba prekiniti zdravljenja.

Zaključki. Ugotovili smo, da je $MgSO_4$ tokolitik, ki po učinkovitosti ne zaostaja za ritodrinom, različen je samo čas, ki je potreben za tokolitični učinek. Odmerki, ki smo jih uporabljali v naši študiji, so majhni, vendar zadostni za uspeh tokolitičnega zdravljenja. Za natančnejšo analizo učinkovitosti $MgSO_4$ bi bilo treba narediti randomizirano, s placebom kontrolirano raziskavo.

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	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!

Strokovni prispevek/Professional article

HEMOKULTURA KOT DIAGNOSTIČNA METODA

BLOOD CULTURE AS A DIAGNOSTIC METHOD

Marija Gubina¹, Alenka Radšel-Medvešček², Tatjana Pokrajac¹¹ Inštitut za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Zaloška 4, 61105 Ljubljana² Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Japljeva 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-04-01, sprejeto 1994-12-10; ZDRAV VESTN 1995; 64: 9-12

Ključne besede: hemokultura; bakteriemija; odvzem krvi za kultivacijo; sepsa; septikemija**Key words:** blood culture; bacteriemia; blood collection for cultivation; sepsis; septicemia**Izvleček** – Izhodišča. Hemokultura je diagnostična metoda za izolacijo bakterij in gliv iz krvi, ki omogoča kliniku ugotoviti in dokončno opredeliti povzročitelja sepe. V sestavku prikazujemo okoliščine, ki vplivajo na uspeh kultivacije mikrobov iz hemokulture, in pregled rezultatov kultivacij hemokulturnih vzorcev za obdobje petih let.**Abstract** – Background. Blood culture is a diagnostic method which enables isolation of bacteria and fungi from blood and therefore permits the clinical doctor to ultimately determine the cause of sepsis. This article presents the circumstances influencing the success of blood cultivation from blood culture and an overlook of the results of five year period of blood culture sample cultivation.**Metode.** Na Inštitutu za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani smo pregledali vzorce hemokulture, ki smo jih prejeli iz različnih oddelkov Kliničnega centra v Ljubljani. Sterilno odvzete vzorce krvi so na oddelkih vbrizgali v tekoča gojišča za hemokulture. Inokulirana gojišča smo v laboratoriju inkubirali 7-10 dni. V tem času smo jih redno pregledovali in precepljali 1., 3. in 7. dan na obogatena trdna gojišča in jih inkubirali tako, da so lahko zrasle aerobne in anaerobne bakterije ter glive. Prve informacije o rasti mikrobov v hemokulturnem vzorcu smo ugotovili že v 24 urah po sprejemu vzorca v laboratorij.**Methods.** Blood samples for blood culture were sent to the Institute of Microbiology Medical Faculty for diagnostics from various departments of University Medical Centre Ljubljana. The obtained sterile blood samples were bedside injected in the standard liquid media for blood culture at various departments. Inoculated culture media were incubated for 7 to 10 days in the laboratory. During this period, they were regularly examined and cultured on enriched solid media on the 1st, 3rd and 7th day and incubated in such a conditions that different types of aerobic and anaerobic bacteria and fungi were able to grow. The first information on the growth of microbes in a blood culture sample was obtained in 24 hours after the sample was accepted in the laboratory.**Rezultati.** Skupno smo v petih letih pregledali 39.364 vzorcev hemokulture, iz katerih smo izolirali 5165 bakterijskih sevov, kar je povprečno 13,1% pozitivnih vzorcev. Razmerja med izoliranimi bakterijami v posameznih letih niso kazala izrazitih odstopanj med posameznimi obdobji, a vendar v zadnjih letih nekoliko upada število po Gramu negativnih bacilov.**Results.** In the five year period (1989-1993), 39,364 samples of blood cultures were examined, and 5,165 bacterial strains were isolated (13.1% of blood samples were positive). The ratio of isolated bacteria in particular years did not show significant aberrations, but the number of Gram-negative bacilli is slowly decreasing.**Zaključki.** S svojim prispevkom smo želeli prikazati rezultate kultivacije hemokulture pri nas in poudariti, da je uspeh izolacije povzročitelja vročinskega stanja odvisen od mnogih dejavnikov, ki so povezani z bolnikom, odvzemom krvnega vzorca, gojišči in postopkom dela v laboratoriju.**Conclusions.** The success of isolated bacteria as a cause of the sepsis depends on many factors concerning the patient, blood culture taking, blood culture media and procedure in the laboratory.**Uvod**

Različne bakteriološke preiskave pomagajo kliničnemu zdravniku pri ugotavljanju vzroka okužbe. Hemokultura je postopek kultivacije vzorca krvi v umetnem gojišču. Cilj preiskave je izolacija verjetnega povzročitelja bakteriemije pri bolniku (1), kar je dragoceno vodilo pri oblikovanju in vodenju zdravljenja, pri oceni prognoze in pri morebitni uvedbi epidemiološke raziskave (2). O bakteriemiji govorimo, kadar so bakterije prisotne v krvi (3). Preiskovanec, ki ima bakteriemijo, navadno nima kakšnih večjih težav, saj fagociti odstranijo bakterije in nelagodno počutje hitro mine. Izraz septikemija je ponekod še vedno v rabi. Navadno je

sinonim za bakteriemijo ali za sepsa (4). Ker je slabo definiran in ima pri različnih uporabnikih različen pomen, je konferenca ACCP/SCCM (American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference), ki je bila v Chicagu leta 1991, predlagala, naj se beseda septikemija ne uporablja več, ob čemer je izraz, ki opisuje septičnega bolnika, dobil natančnejšo razlago (3, 5, 6).

SIRS, »sindrom sistemskega vnetnega odziva« (systemic inflammatory response syndrome), je klinično stanje z znaki sistemskega odziva organizma na različne dejavnike, kot so okužba, pankreatitis, ishemija, obsežne poškodbe tkiva, hemoragični šok in različni endogeni dejavniki. SIRS se izraža z dvema ali več naslednjimi znaki:

- telesna temperatura, ki je višja kot 38°C ali nižja kot 36°C,
- pospešeno bitje srca – hitreje kot 90 utripov v minuti,
- pospešeno dihanje: več kot 20 vdihov v minuti, ali hiper-ventilacija: Pa (CO₂) manj kot 32 mm Hg,
- spremenjeno število belih krvnih teles: več kot 12.000 v mm³ krvi, ali manj kot 4000 v mm³ krvi, ali več kot 10% nezrelih levkocitov (3, 6).

Sepsa je klinično stanje z znaki sistemskega odziva organizma na okužbo z mikroorganizmi. Znaki sepse so isti kot pri SIRS-u, vendar je hemokultura praviloma pozitivna.

Zgodnja in natančna klinična diagnoza sepse je ključnega pomena za bolnikovo preživetje (4, 5, 7), za potrditev sepse pa je hemokultura najpomembnejša laboratorijska preiskava.

Na uspešnost izolacije bakterij iz vzorca krvi vpliva mnogo dejavnikov. Nekateri so povezani z bolnikom, drugi pa z roko- vanjem z gojiščem pred odvzemanom krvi in po njem (2). Ker navadno v laboratoriju nimamo vseh podatkov, ki so pri celostni oceni diagnoze sepse potrebni, prepuščamo končno oceno o izoliranem mikroorganizmu zdravniku, ki bolnika zdravi. On bo lahko ocenil, ali je verjetno, da je izolirani mikroorganizem povzročil septično stanje in kje je mikrob verjetno vstopil v obtok. Zdravnik, ki lahko celostno preceni rezultate vseh preiskav in pozna okolnosti, v katerih se bolnik zdravi, bo lahko odločil, ali je mikrob morda kontaminant, ali je verjeten povzročitelj bolezen- skega zapleta pri bolniku.

Na voljo je mnogo gojišč za hemokulture. Zlasti so uporabna tista gojišča, ki omogočajo rast čim več vrstam bakterij, tako aerobnim in anaerobnim bakterijam ter glivam. Prvenstveno je pomembno, da so gojišča vedno na voljo, da so sterilna, da omogočajo hitro zaznavo že najmanjše bakterijske rasti in da omogočajo rast tudi mikrobom, ki potrebujejo za svojo rast bogata gojišča, kot so meningokoki, bakterije iz rodov *Brucella* in *Haemophilus* (8).

Novi, modernejši hemokulturni sistemi omogočajo poleg varnej- šega odvzema (sterilni odvzemni komplet) tudi varnejše delo v laboratoriju, hitreje zaznavanje bakterijske rasti in manj kontami- nacij ob inokulaciji krvi v stekleničko (9). Take prednosti nudijo tovarniško pripravljena tekoča gojišča, ki so polnjena v stekle- ničke, ki imajo vgrajene detekcijske sisteme za zaznavo mini- malnih metabolnih sprememb v gojišču, ki jih praviloma povzroča mikrobná rast. Aparat, ki ga vodi računalnik, omogoča tako zaznavo. Opozori nas na prve znake mikrobné rasti, da lahko nemudoma začnemo z laboratorijskimi postopki kultivacije in identifikacije mikroba v hemokulturnem vzorcu. V tem je velika prednost novih modernih metod, ki jih v zadnjem času uvajajo na nekaterih bolniških oddelkih, pred dosedanjim serijskim pre- cepljanjem vzorcev na obogatena trdna gojišča (9). Nacepitev na obogatena trdna gojišča in inkubacijo v različnih rastnih pogojih je treba opraviti kljub modernejši detekciji mikrobné rasti. Samo izolirano bakterijo moremo točno identificirati in ji določiti občutljivost za antibiotike in s tem dati lečečemu zdravniku potrebne smernice za zdravljenje in epidemiološke ukrepe.

Namen

V sestavku smo želeli prikazati naše rezultate diagnostične kulti- vacije mikrobov iz hemokultur za petletno obdobje (1989–1993). Ob tem smo prikazali postopek dela s »klasičnimi« hemokulturnimi vzorci in opisali pravilni način odvzema krvi za hemokulturo in opozorili na nekatera vprašanja, ki otežujejo točno oceno, kdaj je izolat kontaminant in kdaj ne.

Material in metode

Gojišča za hemokulture in hemokulturni sistemi

Na Inštitutu za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani že leta pripravljamo in uporabljamo splošno strokovno priporočeni »klasični« gojišči za kultiviranje krvnih vzorcev (10, 11). Prvo

gojišče, steklenička A, ima 100 ml tioglikolatnega bujona (Difco), ki omogoča dobro rast mnogim mikrobom: anaerobnim in aerob- nim bakterijam ter glivam. Drugo gojišče, steklenička B, vsebuje 50 ml bujona iz možganov in srca z dodatkom 0,1% agarja (BioMerieux). To je bogato gojišče in je zlasti primerno za rast aerobnih bakterij in gliv (10). Hemokulturne stekleničke so zaprte, vanje je mogoče varno inokulirati kri in jih prenesti z oddelkov do laboratorija. Gojišča so sterilna, niso občutljiva na svetlobo in jih pred uporabo lahko hranimo na sobni temperaturi tudi nekaj tednov.

Odvzem krvi za hemokulturo

Kri za hemokulturo odvezamo praviloma takrat, ko bolniku temperatura narašča. Vsak vzorec krvi, če je le mogoče odvzeti ≥5–10 ml krvi, inokuliramo v obe gojišči, to je v steklenički A in B. Za ugotovitev povzročitelja septičnega stanja je praviloma dovolj odvzeti po tri vzorce krvi v intervalu po eno uro. En sam vzorec krvi je izjemoma dovolj, saj bakterije niso navzoče v vsakem mililitru krvi. Pojavljajo se, vsaj v začetnem obdobju, ciklično in še to so le 2 ali 3 bakterije v enem mililitru krvi (1, 10). Kadar sumimo na endokarditis ali na brucelozo, vzamemo po tri vzorce v enournih intervalih na dan, kar ponavljamo več dni zapored. Washington priporoča za enkratni odvzem krvi pri odraslih najmanj 10 ml krvi (12). Pri novorojenčkih odvezamo 0,5–1 ml krvi, pri otrocih pa 1–3 ml krvi in jo inokuliramo v gojišče, kjer uspevajo aerobne, anaerobne bakterije in glive (steklenička A). Kri se v gojišču za hemokulturo razredči. Najugodnejše razmerje je 1:10 (12).

Kri za kultivacijo jemljemo iz periferne vene strogo aseptično. Odvzemno mesto najprej umijemo z milom in toplo vodo. Nato ga očistimo s 70% etilnim alkoholom in z 1–2% jodovo raztopino, ki naj deluje na kožo 1–2 minuti. Kri odvezamo s sterilno iglo in brizgalko ali pa s sterilnim odvzemnim sistemom, ki je za jemalca varnejši. Kadar odvezamo kri z brizgalko, moramo zamenjati iglo, s katero smo odvzeli kri, z novo iglo, da prebodemo očiščen gumijasti zamašek na hemokulturni steklenici. Zamašek očistimo na enak način kot preiskovančovo kožo, da preprečimo vstop kontaminantom v hemokulturni vzorec. Ko vbrizgamo kri v gojišče v hemokulturni steklenici, jo rahlo stresamo, da se bol- nikova kri blago vmešava v medij (1, 10, 13). Tako zasajeno kri, praviloma v dveh steklenicah, imenujemo hemokulturni vzorec. Steklenice točno označimo in jih postavimo v termostat (35°C) do prenosa v bakteriološki laboratorij, kamor naj pridejo vsaj v 12 urah v primerni prenosni torbi, da se ne bi poškodovale. Na nekaterih oddelkih, kjer jemljejo dosti hemokultur, imajo na oddelkih termostat samo za hemokulture in tudi posebne izolirane torbe samo za prenos hemokulturnih stekleničk.

Hemokulturne vzorce naj spremlja Spremni list s potrebnimi podatki. Zaradi povečane pozornosti pri laboratorijskem delu je važno, da je napisana bolnikova diagnoza oz. zdravnikova do- mneva, da ima bolnik brucelozo, vranični prisad, hepatitis B ali aids. Steklenice s hemokulturnimi vzorci z visoko stopnjo tveganja morajo biti označene in zaščitene vsaka v svoji plastični vrečki (8). Informacije o rasti mikrobov v hemokulturnem vzorcu je mogoče pričakovati že v 24 urah po sprejemu v laboratorij. Vzorce inkubiramo v laboratoriju praviloma 7–10 dni. V tem času jih vsak dan pregledamo in jih redno precepljamo prvi, tretji in sedmi dan na obogatena trdna gojišča, ki jih inkubiramo v okolju s povišano koncentracijo CO₂ (5%–8%) in v anaerobnih pogojih (1, 8). Kadar izoliramo iz hemokulture bakterijo, ki je praviloma del normalne kožne flore, pogosto domnevamo, da je mikrob zašel v vzorec oz. v hemokulturo pri postopku jemanja krvi ali pri laboratorijskem delu. Tak mikrob moremo označiti za kon- taminant. Vendar je taka ocena lahko prenačljiva, saj pogosto prav ti mikrobi povzročajo infekcijo i. v. katetrov in implantov (14). Šele celovita ocena bolnikovega zdravstvenega stanja more oec- niti, ali je mikrob, ki smo ga osamili iz hemokulture, kontaminant ali ni. Zaradi vseh opisanih dejavnikov infektologi priporočamo,

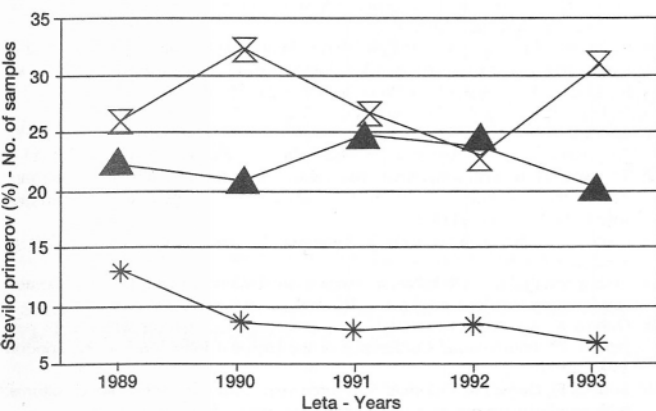
da se pri bolniku, ki ima nejasno vročinsko stanje, odvzame pred začetkom zdravljenja z antibiotiki vzorce krvi za hemokulturo, saj dokaz povzročitelja okužbe iz krvi omogoča kliniku dokončno diagnozo in začetek usmerjenega zdravljenja.

Rezultati

Na Inštitutu za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani smo v laboratoriju za hemokulturo sprejeli hemokulturne vzorce z različnih bolniških oddelkov Kliničnega centra v Ljubljani. Iz podatkov, ki so bili navedeni na Spremnem listu, pogosto nismo mogli oceniti vzroka za odvzem hemokulture. Skupno smo v petih letih pregledali 39.364 vzorcev hemokultur. Vzorci krvi so bili praviloma inokulirani v dve steklenički: v gojišče za aerobe in za anaerobe. Iz vseh vzorcev smo izolirali 5165 bakterijskih sevov (13,1% pozitivnih vzorcev). Če je bakterija porastla iz obeh stekleničk ali iz ene same stekleničke v vzorcu, smo ocenili vzorec kot pozitiven in šteli kot eno pozitivno bakterijo, če je izrastla le ena. Kadar je ista bakterija zrastle iz več vzorcev, ki so bili odvzeti zaporedoma pri istem bolniku, smo to šteli kot več pozitivnih vzorcev in pri tem šteli tudi toliko izoliranih bakterij, kolikor je bilo pozitivnih vzorcev.

V zadnjih petih letih je bil odstotek pozitivnih vzorcev med 15,3%–11,5%. Med njimi je bilo največ koagulaza negativnih stafilokokov (KNS). Kadar je KNS porastla le v enem izmed štirih ali šestih poslanih gojišč, smo praviloma vpisali v izvid opozorilo, da je bakterija porastla iz ene same stekleničke. Lečeči zdravnik je mogel razmisliti, ali gre morda za kontaminacijo. Kadar pa smo dobili v preiskavo eno samo stekleničko, smo ocenili izolirani KNS kot povzročitelja bolezenskega stanja, zaradi katerega je bilo potrebno odvzeti kri za hemokulturo. Vsako leto izoliramo pri posameznih hemokulturnih vzorcih po dve bakteriji, posamično tudi po tri. V takih primerih je število izoliranih bakterij večje, kot je število pozitivnih hemokulturnih vzorcev.

Razmerja med izoliranimi bakterijami v posameznih letih niso kazala izrazitih odstopanj med posameznimi obdobji, vendar opažamo trend upadanja izolacij po Gramu negativnih bacilov med izolati iz hemokultur (tab. 1, sl. 1).



Sl. 1. Pogostnost treh bakterijskih skupin.

Fig. 1. Rate of three bacterial groups.

Razpravljanje

Hemokultura je pomembna diagnostična preiskava za odkrivanje povzročitelja sepse. Mnogo raziskovalcev je proučevalo dejavnike, ki vplivajo na boljšo rast mikroorganizmov iz vzorcev krvi pri septičnih bolnikih. Obstajajo deljena mnenja in polemike o postopkih s hemokulturami. Aronson in Bor (2) sta ugotovila, da je zdravnikov odnos do hemokultur odraz navad, ki veljajo v posameznih bolnišnicah. Ni evaluacijskega testa, s katerim bi

Tab. 1. Skupni prikaz izolacij mikrobov iz hemokultur iz različnih oddelkov Kliničnega centra v Ljubljani za obdobje petih let (1989–1993).

Tab. 1. Results of isolation of microbes from blood cultures from different departments of University Medical Centre Ljubljana for the five year period (1989–1993).

Izolirane bakterije Isolated bacteria	Leta (years), %										
	Število izoliranih bakterij/Number of isolated bacteria, %		1989		1990		1991		1992		1993
KNS/CNS*	319	26	341	32,3	247	27,0	231	23,2	302	31,1	
Staphylococcus aureus	147	12	110	10,4	120	13,1	170	17,1	130	13,4	
Streptococcus viridans	69	5,6	75	7,1	56	6,1	58	5,8	59	6,1	
Enterococcus faecalis	51	4,2	39	3,7	44	4,8	42	4,2	59	6,1	
Streptococcus haemolyticus	12	1,0	13	1,2	5	0,5	8	0,8	17	1,8	
Streptococcus agalactiae	8	0,7	12	1,1	9	1,0	12	1,2	13	1,3	
Streptococcus pneumoniae	45	3,7	45	4,3	34	3,7	37	3,7	44	4,5	
Streptococcus sp.	26	2,1	22	2,1	15	1,6	12	1,2	3	0,3	
Neisseria meningitidis	15	1,2	15	1,4	14	1,5	12	1,2	10	1,0	
Haemophilus influenzae	18	1,5	8	0,8	14	1,5	9	0,9	8	0,8	
Klebsiella pneumoniae	87	7,1	38	3,6	62	6,8	83	8,3	49	5,0	
Enterobacter aerogenes	24	2,0	35	3,3	31	3,4	19	1,9	12	1,2	
Escherichia coli	111	9,0	123	11,7	117	12,8	114	11,4	112	11,5	
Proteus sp.	12	1,0	14	1,3	9	1,0	11	1,1	7	0,7	
Salmonella sp.	23	1,9	11	1,0	9	1,0	10	1,0	12	1,2	
Serratia marcescens	12	1,0	0	0	0	0	1	0,1	3	0,3	
Citrobacter freundii	5	0,4	0	0	0	0	1	0,1	2	0,2	
Pseudomonas aeruginosa	98	8,0	43	4,1	42	4,6	61	6,1	36	3,7	
Acinetobacter calcoaceticus	49	4,0	48	4,5	31	3,4	23	2,3	26	2,7	
Neferm. bacili**	9	0,7	0	0	0	0	0	0	2	0,2	
Flavobacterium sp.	3	0,2	0	0	0	0	0	0	2	0,2	
Listeria monocitogenes	1	0,1	0	0	0	0	0	0	4	0,4	
Korinebakterije***	19	1,5	28	2,7	4	0,4	13	1,3	10	1,0	
Bacillus sp.	14	1,1	0	0	6	0,7	1	0,1	14	1,4	
Micrococcus sp.	2	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	
Clostridium sp.	2	0,2	3	0,3	6	0,7	8	0,8	3	0,3	
Eubacterium sp.	2	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	
Bacteroides sp.	5	0,4	1	0,1	0	0	3	0,3	2	0,2	
Peptococcus sp.	0	0	0	0	6	0,7	13	1,3	0	0	
Propionibacterium acnes	5	0,4	0	0	0	0	0	0	6	0,6	
Candida sp.	34	2,8	31	2,9	34	3,7	45	4,5	24	2,5	
Skupno število izoliranih bakterij All isolated bacteria	1227	100	1055	100	915	100	997	100	971	100	
Skupno število pregledanih vzorcev hemokultur (pozitivni in negativni) All blood cultures: positive, negative	8016		8148		7357		7439		8404		
Pozitivni izolati (%) Positive isolates (%)	15,3%		12,9%		12,4%		13,4%		11,5%		

* KNS/CNS – koagulaza negativni stafilokoki/Coagulase-negative Staphylococcus species.

** Nefermentativni po Gramu negativni bacili/Nonfermentative Gram-negative bacilli.

*** Diphteroids.

mogli oceniti senzitivnost in specifičnost hemokulture. Senzitivnost je mogoče povečati z jemanjem večjega števila krvnih vzorcev. Specifičnost pa je mogoče povečati z doslednim upoštevanjem aseptičnih postopkov. Avtorja menita, da so 2–3 hemokulturni kompleti (steklenica za rast aerobov in steklenica za rast anaerobov) navadno dovolj za izključitev bakteriemije. En sam komplet je redko dovolj, če je sploh kdaj dovolj, za diagnozo (2). Washington je leta 1992 v multicentrični študiji zbral podatke iz 67 medicinskih centrov iz Združenih držav Amerike (ZDA), Evrope in Azije o številu pozitivnih hemokultur, o deležu posameznih vrst bakterij, izoliranih iz krvi septičnih bolnikov, o priporočenem številu vzorcev krvi za hemokulturo ob septični epizodi in volumnu odvzete krvi pri septičnih bolnikih (12). Ugotovil je, da imajo bolnišnice, tako velike univerzitetne kot tudi manjše, različna navodila za odvzem krvi in za rokovanje z vzorci ter različen pogled na ocenjevanje rezultatov kulture. Na osnovi zbranih podatkov je priporočil uporabo poenotenih navodil. Naša priporočila za delo s hemokulturami so podobna evropskim in so v okviru priporočenih navodil v multicentrični študiji.

Tab. 2. Tri bakterijske skupine, izolirane iz hemokultur iz različnih oddelkov Kliničnega centra v Ljubljani v obdobju petih let (1989–1993).

Tab. 2. Three bacterial groups isolated from blood cultures from different departments of University Medical Centre Ljubljana in the five year period (1989–1993).

Izbrane bakterijske skupine* Selected bacterial groups	Leta (years), %									
	1989		1990		1991		1992		1993	
	Število izoliranih bakterij/Number of isolated bacteria, %									
KNS/CNS**	319 26	341 32,3	247 27	231 23,2	302 31,1					
Enterobakterije***	274 22,4	221 20,9	228 25	239 23,9	197 20,1					
Vsi neferment. bacili****	159 12,9	91 8,6	73 8	84 8,4	66 6,8					

* Podatki so podrobneje prikazani v tabeli 1./More detailed presentation of data is given in table 1.

** KNS/CNS – koagulaza negativni stafilokoki./Coagulase-negative Staphylococcus species.

*** Enterobacteriaceae: Klebsiella pneumoniae, Enterobacter aerogenes, Escherichia coli, Proteus sp., Salmonella sp., Serratia marcescens and Citrobacter freundii.

**** All nonfermentative Gram-negative bacilli: Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter calcoaceticus, Nonfermentative Gram-negative bacilli and Flavobacterium sp.

Rezultate kultivacije spremljamo že vrsto let. Odstotek pozitivnih vzorcev je pri nas počasi naraščal, od 7,5% v letu 1968 do 15,3% v letu 1989, ko smo imeli najvišji odstotek izolacij (15). Pri prikazu naših podatkov težko ocenjujemo, katere izolirane bakterije bi lahko bile kontaminanti. V laboratoriju ne moremo ugotoviti, ali so nekatere oportunistične bakterije, ki so del normalne kožne flore, povzročile sepsa ali ne. Za tako oceno bi potrebovali kliničnega mikrobiologa, ki bi lahko zbral točne klinične podatke in tesno sodeloval s kliničnimi zdravniki.

Kadar tuji avtorji prikazujejo rezultate klasičnega načina kultiviranja vzorcev krvi, ki so odvzeti na različnih oddelkih, so rezultati primerljivi oz. podobni kot pri nas. Roberts in sodelavci so opisali 9,95% pozitivnih hemokultur, ki so jih dobili v diagnostično obdelavo v obdobju treh let (16). Kadar avtorji predstavijo podatke le iz posebej izbranih skupin, npr. oddelkov za intenzivno nego, ali prikažejo le bolnike z določeno boleznijo, npr. endokarditisom, rezultati kultivacije hemokultur niso primerljivi z našimi, saj naši podatki zajemajo neselekcione bolnike (2, 16, 17).

V zadnjem času so nekatere tovarne medicinskih aparatov (Becton Dickinson, BioMerieux, Organon Teknika) razvile postopke za hitro zaznavanje mikrobnega metabolizma v hemokulturni steklenici (9). Za uporabo tovrstnih postopkov je treba uporabljati posebne tovarniško pripravljene hemokulturne stekleničke in računalniško vodeni termostat, ki ima avtomatsko tipalo za zaznavo metabolnih sprememb v gojišču. Opisujejo, da je delež pozitivnih hemokultur pri tovrstnih novih postopkih do 9,5%. Princip hitrega zaznavanja začete bakterijske rasti omogoča zgodnejšo precepitev hemokulturnega vzorca na trdna gojišča (v 12 urah), s čimer je mogoče hitreje izolirati mikroorganizme iz preiskovanega vzorca. Kot obetajo navodila proizvajalcev tovrstne opreme, naj bi novi postopki pri odvzemu krvi in pri delu v laboratoriju zagotavljali manj kontaminacij (1,5%) (9).

Dinamika pojavljanja posameznih bakterijskih vrst se iz obdobja v obdobje le počasi menja. Podatki kažejo, da v Evropi narašča

število seps, ki jo povzročajo po Gramu pozitivne bakterije, posebno koagulaza negativni stafilokoki. Roberts in sodelavci so leta 1989 izolirali 56% po Gramu pozitivnih kokov in 33% Gram negativnih bacilov (16), kar je podobno našim rezultatom. J. A. Washington opisuje, da so tudi v ZDA v zadnjih letih najpogostejši povzročitelji seps koagulaza negativni stafilokoki (12).

Zaključek

Hemokultura je pomembna diagnostična metoda. Odvzem krvnega vzorca pred začetkom antibiotičnega zdravljenja, aseptično ravnanje, inokulacija aerobnih in anaerobnih stekleničk in hitri prenos v laboratorij omogočajo zanesljivo izolacijo verjetnega povzročitelja septičnega stanja. V zadnjih letih se je trend izolacij KNS začel povečevati, relativno število po Gramu negativnih bacilov pa je začelo upadati podobno kot drugod po svetu.

Zahvala

Rada bi se zahvalila vsem sodelavcem, ki nenehno skrbijo, da preiskave in postopki v zvezi s hemokulturami nemoteno potekajo.

Literatura

1. Washington II JA, Brewer NS. Collection and handling of specimens. In: Washington JA. Laboratory procedures in clinical microbiology. New York: Springer-Verlag, 1981: 24-68.
2. Aronson MD, Bor DH. Blood cultures. Ann Intern Med 1987; 106: 246-53.
3. Bone RC, Balk RA, Cerra FB et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. ACCP/SCCM consensus conference. Chest 1992; 101: 1644-55.
4. Voga G. Septični šok. Zdrav Vestn 1994; 63: 87-92.
5. Knaus WA, Sun X, Nystrom PO, Wagner DP. Evaluation of definition for sepsis. Chest 1992; 101: 1656-62.
6. Bone RC. The pathogenesis of sepsis. Ann Intern Med 1991; 115: 457-69.
7. Pokrajac T, Wraber B, Rajter M et al. Tumor necrosis factor, interleukin-6 and soluble interleukin-2 receptors in the diagnosis of invasive bacterial disease. Int Care Med 1994; 20: Suppl 1: 113-445.
8. Gubina M. Splošni napotki za preiskovanje materialov. In: Hren-Vencelj H. Možnosti laboratorijske diagnostike mikrobnih povzročiteljev bolezni. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1992: 3-10.
9. Nolte FS, Williams JM, Jerris RC et al. Multicenter clinical evaluation of a continuous monitoring blood culture system using fluorescent-sensor technology (BACTEC 9240). J Clin Microbiol 1993; 31: 552-7.
10. Gubina M. Etiologija bakteriemij. Zdrav Vestn 1972; 41: 469-70.
11. Koneman EW, Allen SD, Dowell Jr. VR, Jarda WM, Sommers HM, Winn WC. Diagnostic microbiology, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1988: 30-4.
12. Washington JA and the International Collaborative Blood Culture Study Group. An international multicenter study of blood culture practices. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1992; 11: 1115-28.
13. Gubina M. Odvzem in pošiljanje kužnine za mikrobiološke preiskave. Med Razgl 1982; 21: 461-70.
14. Collingon PJ, Munro R. Laboratory diagnosis of intravascular catheter associated sepsis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1989; 8: 807-14.
15. Gubina M. A survey of bacterial isolation from blood cultures within a 22 year period. 2nd International Conference of the Hospital Infection Society, London 1990: 205-10.
16. Roberts FJ, Geere IW, Goldman A. A three-year study of positive blood cultures, with emphasis on prognosis. Rev Infect Dis 1991; 13: 34-46.
17. Dorsner CW, Rosenblatt JE, Wilson WR, Ilstrup DM. Anaerobic bacteremia: decreasing rate over a 15-year period. Rev Infect Dis 1991; 13: 633-6.

Strokovni prispevek/Professional article

POZNI FUNKCIONALNI REZULTATI OPERATIVNO ZDRAVLJENIH DISLOCIRANIH ZLOMOV PETNICE

LATE FUNCTIONAL RESULTS OF OPERATIVE TREATED DISLOCATED FRACTURES OF CALCANEUS

Matej Andoljšek, Branko Brodnik, Tone Lab

Kirurški oddelek, Splošna bolnišnica Jesenice, Titova 112, 64270 Jesenice

Prispelo 1994-05-23, sprejeto 1994-11-16; ZDRAV VESTN 1995; 64: 13-6

Ključne besede: petnice – zlomi; operativno zdravljenje; rezultati

Key words: calcaneus – fractures; operative treatment; results

Izvleček – Izhodišča. Dislocirane sklepne in obsklepne zlome petnice zdravimo operativno, saj labko le na ta način zlomljeno petnico uspešno rekonstruiramo.

Abstract – Background. Authors advocate operative treatment of dislocated para and intraarticular fractures of calcaneus. Results are dependent on reconstruction of calcaneus.

Metode. Avtorji so operativno zdravili 60 dislociranih zlomov petnice (57 intraartikularnih, dva paraartikularna in en zlom sustentakuluma). 59 zlomljenih petnic so rekonstruirali (58 adaptacijskih učvrstitev, ena gibalno-stabilna osteosinteza s ploščico), le enkrat so zaradi močne kominucije napravili primarno rekonstrukcijsko artrodezo. Dve leti po poškodbi so po prilagojeni 18-točkovni Seyfarthovi sbemi ocenili funkcionalni rezultat 43 operiranih zlomov petnice (71,6%).

Methods. 60 dislocated fractures of calcaneus were treated operatively (57 intraarticular, 2 paraarticular and one fracture of sustentaculum). 59 fractured calcaneus were reconstructed (58 adaptive and one stable plate osteosynthesis), one primary reconstructive arthrodesis was done. Two years postinjury 43 operated fractures of calcaneus (71.6%) were evaluated according to modified 18-points Seyfarth's protocol.

Rezultati. Trije ocenjeni dislocirani obsklepni zlomi (zlom sustentakuluma in dva paraartikularna zloma) so brez funkcionalnih motenj. Med 40 intraartikularnimi zlomi petnice (18 B3.1, 15 B3.2 in 7 B3.3) ima 13 zlomov zelo dober (32,5%), 21 dober (52,5%) in pet zlomov zadovoljiv (12,5%) funkcionalni rezultat. V enem primeru je rezultat slab (2,5%). Povprečni funkcionalni rezultat skupine B3.1 je 15,17±3,47, B3.2 14,40±1,92 in B3.3 12,4±4,78 točke. Med intraartikularnimi zlomi petnice imajo kominutivni zlomi (B3.3) pomembno slabše funkcionalne rezultate ($p = 0,0049$).

Results. Fracture of sustentaculum and 2 paraarticular fractures of the calcaneus were without functional disturbances. Among 40 intraarticular fractures of the calcaneus 13 excellent (32.5%), 21 good (52.5%), 5 fair (12.5%) and one bad (2.5%) results were achieved. Average score of B3.1 fractures was 15.17±3.47, of B3.2 14.40±1.92 and of B3.3 12.14±4.78. Comminutive calcaneal fractures (B3.3) have had important worse functional results ($p = 0.0049$).

Zaključki. Popolna rekonstrukcija dislocirane zlomljene petnice je pogoj dobre funkcije stopala. Z »minimalno osteosintezo« uspešno zdravimo dislocirane zlome petnice. Kominucija v subtalarnem sklepu poslabšuje prognozo.

Conclusions. Reconstruction of fractured calcaneus is prerequisite for good functional result. With »minimal osteosynthesis« good functional results of dislocated fractures of calcaneus were achieved. Comminution of posterior talocalcaneal articular surface deteriorated prognosis.

Uvod

Zlome petnice zdravimo konzervativno (funkcionalno, zaprta repozicija, imobilizacija) ali operativno (odprta repozicija z no-tranjo fiksacijo, artrodeza). Večina avtorjev (1-13) tudi pri petničnih zlomih upošteva načelo rekonstrukcije, obsklepnih in v sklep segajočih zlomov. Dislociran intraartikularen zlom petnice uspešno rekonstruiramo le operativno. Reponirane fragmente petnice lahko adaptiramo ali jih gibalno-stabilno učvrstimo. V prvem primeru je potrebna dodatna imobilizacija, v drugem je možno takojšnje razgibanje.

Uspešnost zdravljenja zlomov petnice ugotavljamo z ocenjevanjem funkcije stopala. Merila so gibljivost zgornjega in spodnjega skočnega sklepa, bolečina in vzorec hoje (8).

Poškodovanci in metode

Poškodovanci

Od oktobra 1985 do konca decembra 1990 smo na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice hospitalno zdravili 55 po-

škodovancev (43 moških in 12 žensk) s 64 zlomi petnic. Večina poškodovancev je bila v aktivni življenjski dobi.

Skok ali padec z višine nekaj metrov je bil vzrok poškodbe pri 49 poškodovancih (89,1%), ostali vzroki so bili redki. Petina poškodovancev je imela zlomljeni obe petnici. Štirje zlomi petnic so bili komplicirani.

Zlome petnice smo razdelili v skladu z AO/ASIF klasifikacijo (tab. 1) (14) dopolnjeno s skupino paraartikularnih zlomov, pri katerih je osnovna lomna ploskev lateralno od zadnjega talokalkanealnega sklepa. Enega intraartikularnega zloma nismo klasificirali zaradi pomanjkanja ustreznih rentgenogramov.

Operativno smo zdravili 60 zlomov petnice, od tega 57 intraartikularnih, dva paraartikularna in en zlom sustentakuluma (B2.1). Štiri nedislocirane ekstraartikularne zlome petnice (B1.3) pri obojestranskih poškodbah smo zdravili konzervativno.

Tab. 1. Razdelitev zlomov petnice (AO/ASIF).

Tab. 1. Classification of calcaneal fractures (AO/ASIF).

Vrsta zloma Fracture type	Način zdravljenja Treatment method	
	Operativno Operative	Konzervativno Conservative
Ekstraartikularni zlomi Extraarticular fractures		
B1.3 tuber paraartikularni / paraarticular	2	4
B2.1 sustentaculum	1	
Intraartikularni zlomi Intraarticular fractures		
B3.1 -tongue type-	24	
B3.2 -joint depression type-	21	
B3.3 kominutivni / comminutive	11	
? tip	1	
? type		
Skupaj Total	60	4

Zdravljenje

Nativno rentgensko slikanje je poleg anamneze in kliničnega pregleda poškodovanca temelj diagnostike. Stransko in aksialno sliko petnice smo vedno dopolnili z Brodenovimi projekcijami, na katerih ocenimo prizadetost subtalarnega sklepa (8, 15).

Poškodovano stopalo smo ob sprejemu imobilizirali z dokolensko nehodilno mavčno longeto. Do operacije so poškodovanci ležali z dvignjenim poškodovanim udom, po potrebi smo predpisali tudi druge protiedemske ukrepe (hlajenje, diuretike).

Vse petnice smo rekonstruirali skozi lateralni pristop po Palmerju (1). Po repoziciji smo fragmente petnice učvrstili po metodi Hackstocka in Kolbova (16) 12-krat dopolnjeni s prečno postavljnim vijakom za glavni sklepni fragment (17). Enkrat smo fragmente učvrstili s ploščico. Dvakrat osteosintetskega materiala nismo uporabili, sklepni del petnice smo podprli le s kostnim transplantatom. Pri vseh zlomih smo okvaro spongioznega jedra petnice zapolnili z avtolognim (spongioznim ali redkeje kortiko-spongioznim), homolognim ali liofiliziranim heterolognim kostnim transplantatom. Edino primarno rekonstrukcijsko artrodezo smo napravili pri kominutivnem zlomu.

Pooperativno smo poškodovani ud imobilizirali z dokolenskim nehodilnim mavcem. Tretji pooperativni dan so poškodovanci pričeli hoditi z berglami. Poškodovance z obojestransko poškodbo smo mobilizirali na invalidskem vozičku. Po 4-5 tednih, ko smo sneli mavčno oblogo in odstranili Kirschnerjeve igle, so poškodovanci pričeli z aktivnim razgibavanjem skočnih sklepov. Polaganje stopala brez obremenitve smo dovolili po šestih tednih, polno obremenjevanje po treh do štirih mesecih.

Rezultate zdravljenja zlomov petnice smo ocenili po točkovni shemi, ki upošteva bolečino, gibljivost skočnih sklepov in vzorec

hoje (tab. 2). Funkcionalne rezultate ocenimo dve leti po poškodbi, ko je pri večini poškodovancev z zlomom petnice stanje dokončno (11, 13). Funkcionalne rezultate delimo v zelo dobre (17-18 točk), dobre (11-16 točk), zadovoljive (6-10 točk) in slabe (0-5 točk). Uspešno zdravljeni so zlomi z zelo dobrim ali dobrim funkcionalnim rezultatom.

Tab. 2. Funkcionalni rezultat.

Tab. 2. Functional result.

Točke Points	Bolečine Pain	Gibljivost Range of motion	Hoja Gait
0	Stalne	Zatrdelost v slabem položaju	Dve bergli
	Permanent	Rigid in bad position	Two crutches
1	Močne pri obremenitvi, manjše brez obremenitve	Zatrdelost v dobrem položaju	Vedno ena bergla
	Severe with weight bearing, moderate at rest	Rigid in good position	Permanent with a crutch
2	Močne le pri obremenitvi	Nakazana gibljivost	Šepajoča, občasno ena bergla
	Severe with weight bearing	Minimal	Limp, periodically need an add
3	Manjše pri obremenitvi	Fleksija 10°, rotacije 25%	Šepajoča
	Moderate with weight bearing	Flexion 10°, inversion/eversion 25%	Slight limp
4	Pri daljši hoji ali stoji	Fleksija 20°, rotacije 50%	Drsojoča
	After prolonged walking or standing	Flexion 20°, inversion/eversion 50%	Intermittent limp
5	Manjše pri vremenskih spremembah	Fleksija 30°, rotacije 75%	Negotova, ne drsa ali šepa
	Mild with weather changes	Flexion 40°, inversion/eversion 75%	Without limp
6	Brez težav	Prosta	Neokrnjena
	Without	Normal	Normal

Rezultati

Od 55 poškodovancev je na kontrolni pregled prišlo 40 poškodovancev (72,7%) s 43 operiranimi zlomi petnice (40 intraartikularnih, dva paraartikularna in zlom sustentakuluma). Štiri konzervativno zdravljene zlome petnice pri obojestranskih poškodbah in artrodezo smo iz ocene izločili. Neklasificirani intraartikularni zlom ni bil ocenjen.

Pozni rezultati operiranih 43 dislociranih zlomov petnice so v tabeli 3. Trije operirani obsklepni zlomi (zlom sustentakuluma in dva paraartikularna zloma) so brez funkcionalnih motenj. Šest intraartikularnih zlomov je bilo neuspešno zdravljenih, od tega so bili štirje kominutivni (B3.3). Med intraartikularnimi zlomi imajo kominutivni pomembno slabše rezultate ($p = 0,0049$), razlike med skupinama B3.1 in B3.2 statistično niso pomembne ($p > 0,05$). Moteno zaraščanje mehkih tkiv je najpogostejši zaplet operativnega zdravljenja zlomov petnice. Robne nekroze so se pojavile pri 14 operiranih zlomih petnice. Po štirih zlomih se je razvil peronealni peritendinitis in po dveh Sudeckova osteodistrofija. Okužbo sta imela dva poškodovanca, od tega eden osteitis po zapletenem zlomu. Vsi zapleti so bili pri intraartikularnih zlomih.

Razpravljanje

Pri naših poškodovancih je večina zlomov petnice intraartikularnih. Že minimalna dislokacija fragmentov je indikacija za operativno rekonstrukcijo zlomljene petnice. Praviloma opazamo

Tab. 3. Pozni funkcionalni rezultati operativno zdravljenih zlomov petnice.

Tab. 3. Late functional results of operative treated dislocated fractures of calcaneus.

Tip Type	Ocena Mean score	Zelo dober Excellent	Dober Good	Zadovoljiv Fair	Slab Bad	Skupaj Total
B2.1	17	1				1
para	18	2				2
B3.1	15.17±3.47	8	9		1	18
B3.2	14.40±1.92	3	11	1		15
B3.3	12.14±4.78	2	1	4		7
Skupaj Total		16	21	5	1	43

kominucijo v zadnjem talo-kalkanearnem sklepu, katerega prizadetost ocenimo na Brodenovih projekcijah, saj nam natančnejša računalniška tomografija (CT) še ni na voljo. Več avtorjev (12, 18–22) sodi, da je CT nepogrešljiv pri izbiri metode zdravljenja intraartikularnih zlomov petnice, kot tudi pri načrtovanju operativnega posega.

Po repoziciji smo fragmente petnice učvrstili adaptacijsko s Kirschnerjevimi iglami in/ali posameznimi vijaki («minimalna osteosinteza»). V prvi polovici osemdesetih let pogosto uporabljenih sponk nismo uporabljali, ploščico smo uporabili le enkrat. Pri vseh operiranih zlomih smo okvaro spongioznega jedra petnice zapolnili s kostnim transplantatom. Dvakrat smo sklepni fragment podprli s 8 kostnim transplantatom, kljub temu po sedanja pri teh zlomih nismo ugotovili (23). Nekateri avtorji menijo, da pri gibalno-stabilni osteosintezi s ploščico kostni transplantat ni potreben, čeprav ga istočasno priporočajo pri intraartikularnih zlomih s centralnim fragmentom oziroma kominuciji (12). Pri adaptacijski osteosintezi je kostni transplantat vsekakor potreben.

Večino intraartikularnih zlomov petnice uspešno rekonstruiramo. Primarno rekonstrukcijsko artrodezo (3) smo naredili le v primeru popolnoma uničenega zadnjega talokalkanearnega sklepa. Že Essex-Lopresti je ugotovil, da so redki zlomi petnice tako zdrobljeni, da rekonstrukcija ni možna (24). Fernandez (17) se pri močni kominuciji raje odloča za zaprto repozicijo, obnovitev Boehlerjevega kota in perkutano fiksacijo ter kasnejšo trojno artrodezo subtalarnega sklepa. Enako taktiko je razvil tudi Sanders s sod. (12), ki artrodezo napravi takoj ali odloženo.

Nepopolne rekonstrukcije petnice smo imeli pri odloženih posegih, ko že začeto celjenje kosti moti repozicijo. Vidal in sodelavci (3) celo menijo, da je zaradi tega pri odloženih posegih indicirana primarna rekonstrukcijska artrodeza. Pri nas vseeno poskušamo z rekonstrukcijo doseči primerno višino in dolžino tuberja ter odpraviti valgizacijo tuberja petnice; artrodezo napravimo odloženo. Kominutivni zlomi petnice so imeli v primerjavi z ostalimi intraartikularnimi zlomi pomembno slabše funkcionalne rezultate ($p = 0,0049$). Pri anatomsko rekonstruirani petnici dolgoročen rezultat določa poškodovanost sklepne hrustanca, ki je izrazitejša prav pri kominutivnih zlomih (12, 24).

Gibalno-stabilna osteosinteza zlomljene petnice je vse pogostejše priporočan, vendar zaradi kominucije tehnično zahteven poseg (4, 6, 7, 9, 12, 25, 26). Neoporečna namestitve večjih kosov osteosintetskega materiala je težavna, zahteva tudi širši pristop. Že Stephenson (15) je ugotovil, da gibalno-stabilna osteosinteza in takojšnje razgibanje izboljšuje gibljivost subtalarnega sklepa. Zwipp s sodelavci (27) je z dvojnimi pristopom in gibalno-stabilno osteosintezo povečal uspešnost operativnega zdravljenja intraartikularnih zlomov kar za četrtno. Kljub adaptacijski osteosintezi Fernandez (17) dovoljuje takojšnje razgibanje spodnjega skočnega sklepa, vendar Kirschnerjeve igle odstranjuje šele po osmih tednih, ko poškodovanci pričnejo delno obremenjevati operirano stopalo. Pri nas smo po operativni rekonstrukciji petnice poškodovano stopalo vedno imobilizirali; igle smo odstranili po štirih do petih tednih. Z delnim obremenjevanjem so naši poškodovanci začeli med šestim in osmim tednom, polno obremenitev smo

dovolili po treh do štirih mesecih. Sekundarnih dislokacij in nezaraščanja zlomov petnice nismo zasledili.

Najpogostejši zgodnji zaplet zloma petnice so motnje celjenja mehkih tkiv, vendar te pomembno ne vplivajo na funkcionalne rezultate ($p > 0,05$). Vsi ocenjeni zlomi s peronealnim peritendinitisom in Sudekovo osteodistrofijo so se uvrstili v skupino neuspešno zdravljenih zlomov. Po sprostitvi stisnjenih peronealnih kit so rezultati dobri. Od dveh okužb smo imeli en osteomielitis po odprtem zlomu, ki je zahteval kritje s prostim mišičnim režnjem. Končni rezultat je bil pri tem poškodovancu dober. Druga okužba ni prizadela kosti; zadostovala je nekrektozija mehkih tkiv in odstranitev osteosintetskega materiala (plošče).

Zaradi hitro razvijajoče se artroze zadnjega talokalkanearnega sklepa smo pri bolniku s slabim rezultatom (kompliciran B3.1 zlom) napravili sekundarno artrodezo spodnjega skočnega sklepa. Artrodeza subtalarnega sklepa ni indicirana, dokler z gotovostjo ne izključimo utesnitve peronealnih kit (28).

Primerjava rezultatov različnih serij zlomov petnic je skoraj nemogoča, saj ni enotnega ocenjevalnega protokola. Avtorji poleg tega uporabljajo tudi različne klasifikacije, kar primerjave dodatno otežuje. V zadnjem času rezultate večinoma ocenjujejo po točkovnih shemah (11–13, 21). Vsi ocenjevalni protokoli upoštevajo bolečino, gibljivost in oceno hoje. Nekateri ocenijo tudi uspešnost rekonstrukcije na pooperativnih in znake osteoartroze na kontrolnih rentgenogramih (5, 9, 29). Ocena rezultata na osnovi dolžine bolniškega staleža (5) je v našem sistemu zdravstvene varstva nesmiselna.

Rezultati naše petletne serije operativno zdravljenih zlomov petnice so pogojno primerljivi z zadnjimi, v literaturi objavljenimi rezultati, ne glede na uporabljeni način učvrstitve fragmentov (adaptacija ali gibalno-stabilna osteosinteza) (9, 11, 29). Če upoštevamo spremljajoče poškodbe mehkih tkiv in pogosto moteno zaraščanje operativne rane, ohranja «minimalna osteosinteza» pomembno mesto v oskrbi dislociranih zlomov petnice.

Zaključek

Pri dislociranih zlomih petnice je indicirano operativno zdravljenje. Natančna rekonstrukcija petnice (skladen zadnji talokalkanearni sklep, obnovljen Boehlerjev kot, izravnana lateralna stena petnice, anatomski položaj tuberja petnice) je predpogoj dobre funkcije stopala, s tem pa uspešnosti zdravljenja.

Z adaptacijsko «minimalno osteosintezo» uspešno zdravimo dislocirane zlome petnice. Če upoštevamo pogoste spremljajoče poškodbe mehkih tkiv, ima ta vrsta učvrstitve fragmentov celo določene prednosti pred gibalno-stabilno osteosintezo petnice s ploščico. Kominucija v zadnjem talokalkanearnem sklepu pomembno vpliva na končni funkcionalni rezultat zdravljenja zlomov petnice.

Literatura

- Palmer I. The mechanism and treatment of fractures of the calcaneus. *J Bone Joint Surg* 1948; 30A: 2–8.
- Essex-Lopresti P. The mechanism, reduction, technique and results in fractures of the os calcis. *Brit J Surg* 1952; 39: 395–419.
- Vidal J, Orst G, Lamolinerie G, Rebol C. Traitement des fractures articulaires recent de calcaneum. La place de traitement chirurgical et l'interet de l'osteosynthese par agrafe-tabouret. *Acta Orthop Belg* 1983; 49: 711–24.
- Bezes H, Massart P, Fourquet JP. Die Osteosynthese der Calcaneus-Impressionfraktur. Indikation, Technik und Resultate bei 120 Faellen. *Unfallheilkunde* 1984; 87: 363–8.
- Stephenson JR. Treatment of displaced intraarticular fractures of the calcaneus using medial and lateral approaches, internal fixation and early motion. *J Bone Joint Surg* 1987; 69A: 115–30.
- Zwipp H, Tschern H, Wuelker N. Osteosynthese dislozierter intraartikulaeren Calcaneusfrakturen. *Unfallchirurg* 1988; 91: 507–15.
- Brunner UH, Betz A, Halama R. Die operative Behandlung der Kalkaneusfraktur. *Orthopaede* 1991; 20: 55–66.
- Andoljšek M. Zlomi petnice. *Med Razgl* 1991; 30: 429–37.
- Leung KS, Yuen KM, Chan WS. Operative treatment of displaced intra-articular fractures of calcaneus. *J Bone Joint Surg* 1993; 75B: 196–201.

10. Tscherne H, Zwipp H. Calcaneal fracture. In: Tscherne H, Schatzker J eds. Major fractures of the pilon, the talus and the calcaneus. Current concepts of treatment. Berlin: Springer-Verlag 1993; 153-74.
11. Paley D, Hall H. Intra-articular fractures of the calcaneus. J Bone Joint Surg 1993; 75A: 342-54.
12. Sanders R, Fortin P, DiPasquale, Walling A, Helfet D, Ross E. The results of operative treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures using CT scan classification. In: Tscherne H, Schatzker J eds. Major fractures of the pilon, the talus and the calcaneus. Current concepts of treatment. Berlin: Springer-Verlag, 1993: 175-89.
13. Buckley RE, Meek RN. Comparison of open versus closed reduction of intra-articular calcaneal fractures: a matched cohort in workmen. In: Tscherne H, Schatzker J eds. Major fractures of the pilon, the talus and the calcaneus. Current concepts of treatment. Berlin: Springer-Verlag, 1993: 195-205.
14. Stockenhuber K, Seggl W, Feichtinger G, Szyszkowitz R. Die konservative und semikonservative Behandlung der Kalkaneusfraktur. Orthopaede 1991; 20: 43-54.
15. Broden B. Roentgen examination of the subtaloid joint in fractures of calcaneus. Acta Radiol 1949; 31: 85-91.
16. Hackstock H, Kolbow H. Die perkutane Bohrdrahtosteosynthese der intra-artikularen Fersenbeinbrueche. Behandlungsergebnisse. Arch Orthop Unfall Chir 1971; 71: 171-80.
17. Fernandez DL. Transarticular fracture of calcaneus: a technical note. Arch Orthop Trauma Surg 1984; 103: 195-200.
18. Bauer G, Mutschler W, Heuchemer TH, Lob G. Fortschritte in der Diagnostik der intraartikularen Calcaneusfrakturen durch die Computertomographie. Unfallchirurg 1987; 90: 496-501.
19. Mutschler W. Der Fersenbeinbruech - detaillierte Diagnostik, Klassifikation und Konsequenzen fuer die Therapie. Unfallchirurg 1988; 91: 486-92.
20. Lowrie IG, Finlay DB, Brenkel IJ, Gregg PJ. Computerized tomographic assessment of the subtalar joint in calcaneal fractures. J Bone Joint Surg 1988; 70B: 247-50.
21. Crosby LA, Fitzgibbons T. Computerized tomography scanning of acute intra-articular fractures of calcaneus. J Bone Joint Surg 1990; 72A: 852-9.
22. Eastwood DM, Gregg PJ, Atkins RM. Intra-articular fractures of the calcaneum. Pathological anatomy and classification. J Bone Joint Surg 1993; 75B: 183-8.
23. Andoljšek M, Lah T, Brodnik B. Kostni transplantat pri operativni oskrbi dislociranih zlomov petnice. Zdrav Vestn 1992; 61: 611-2.
24. Burdeaux BD. Reduction of calcaneus fractures by the McReynolds medial approach technique and its experimental basis. Clin Orthop 1983; 177: 87-103.
25. Benirschke SK, Mayo KA, Sangeorzan BJ, Hansen ST. Results of operative treatment of calcaneal fractures. In: Tscherne H, Schatzker J ed. Major fractures of the pilon, the talus and the calcaneus. Current concepts of treatment. Berlin: Springer-Verlag, 1993: 215-27.
26. Eastwood DM, Langkamer VG, Atkins RM. Intra-articular fractures of the calcaneum. Open reduction and internal fixation by the extended transcaneal approach. J Bone Joint Surg 1993; 75B: 189-95.
27. Zwipp H, Tscherne H, Wuelker N, Grote R. Der intraartikulare Fersenbeinbruch. Klassifikation, Bewertung und Operationstaktik. Unfallchirurg 1989; 92: 117-29.
28. Sletis P, Kiviluoto O, Santavirta S, Laasonen EM. Fractures of the calcaneum. J Trauma 1979; 19: 939-43.
29. Lichtenhahn P, Koela Ch, Fernandez DL. Kombinierte -perkutane und minimale-Osteosynthese fuer dislozierte intraartikulare Kalkaneusfrakturen. Helv Chir Acta 1991; 58: 953-8.

V tej številki so sodelovali:

Matej Andoljšek, dr. med., specialist kirurg, SB Jesenice
 prim. Risto Angelski, dr. med., specialist internist, ZD Ljubljana-Bežigrad
 Branko Brodnik, dr. med., specialist kirurg, SB jesenice
 Matija Cevc, dr. med., specialist internist, Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana
 dr. Vlasta Dragoš, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, Dermatološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Miha Debevec, dr. med., specialist radiolog, Onkološki inštitut Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, KRKA Ljubljana
 asist. Vojko Flis, dr. med., specialist kirurg, SB Maribor
 mag. Damir Franič, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, ZP Rogaška Slatina
 Zlatko Fras, dr. med., Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana
 prof. dr. Marija Gubina, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 Damjan Jurjec, dipl. ing. kem., specialist medicinske biokemije, Zdravilišče Rogaška Slatina
 prim. Mario Kocijančič, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZD Kranj
 prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., Inštitut za patološko fiziologijo, MF Ljubljana
 Franc Kozar, dr. med., specialist kirurg, SB Slovenj Gradec
 asist. dr. Mira Koželj, dr. med., specialistka internistka, Kardiološka klinika, KC Ljubljana
 Franc Košir, dipl. iur., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Ljubljana
 Tone Lah, dr. med., specialist kirurg, SB Jesenice
 prof. dr. Majda Lunder, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, Ljubljana
 asist. mag. Tomaž Lunder, dr. med., specialist dermatovenerolog, Dermatološka klinika, KC Ljubljana

doc. dr. Živa Novak-Antolič, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. asist. mag. Božena Podrumac, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, Dermatološka klinika, KC Ljubljana
 mag. Tatjana Pokrajac, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZD Nova Gorica
 prof. dr. Alenka Radšel-Medvešček, dr. med., specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, predsednik Strokovne komisije SZD
 Martina Ribič-Pucelj, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 asist. dr. Anica Smrkolj, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, dermatološka klinika, KC Ljubljana
 Franc Štolfa, dr. stom. ZD celje
 doc. dr. Zvonimir Šusteršič, dr. med., specialist urolog, Ljubljana
 prim. Janez Šuštaršič, dr. med., specialist internist, Onkološki inštitut
 prof. dr. Tomaž Tomaževič, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. Vilibald Vengust, dr. med., specialist ortoped, SB Celje
 prof. dr. David B. Vodusek, dr. med., specialist nevrolog, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana
 asist. Andrej Vogler, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. France Vrevc, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Herbert Zaveršnik, dr. med., specialist internist, Celje
 asist. mag. Andrej Zore, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 Pavel Zupan, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

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 _____

ZAVAROVALNICA TRIGLAV
OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA

LJUBLJANA, Miklošičeva 10
Telefon: 13-24-211

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

LJUBLJANA, Komenskega 4
Telefon: 323-469

Ljubljana, 20. december 1994

ČLANOM SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Kolektivno nezgodno zavarovanje

Z veljavnostjo dne 1. januarja 1995 pristopate h kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju članov SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA. Možnosti kolektivnega nezgodnega zavarovanja so sledeče:

OBLIKA A: številka police: 22631

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:

- nezgodne smrti	2.000.000,00 SIT
- nezgodne invalidnosti do	4.000.000,00 SIT
- dnevne odškodnine	2.000,00 SIT
- smrti zaradi bolezni	500.000,00 SIT
- stroškov zdravljenja do	50.000,00 SIT
- letna premija na osebo	9.987,00 SIT
- polletni obrok	5.548,30 SIT

OBLIKA B: številka police: 22632

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:

- nezgodne smrti	3.000.000,00 SIT
- nezgodne invalidnosti do	6.000.000,00 SIT
- letna premija na osebo	4.286,50 SIT
- polletni obrok	2.381,40 SIT

V premiji je obračunano doplačilo za kritje inflacije, popust na letno plačilo ter 5 odstotkov prometnega davka.

Vsak se lahko zavaruje v eni ali obeh oblikah.

Kolektivno nezgodno zavarovanje začne 1. 1. 1995, če zavarovanci do takrat pošljejo novo pristopno izjavo in plačajo ustrezno premijo. Pozneje med letom pa jamstvo po novi izjavi teče od 24. ure dneva plačila premije (premija se obračunava v dvanajstih skupne letne premije za vse zavarovance, ki so navedeni na pristopni izjavi, vključno z mesecem pristopa in za vse preostale mesece do konca zavarovalnega leta). Zavarovancem iz dosedanjega kolektivnega nezgodnega zavarovanja članov SZD se podaljša sedanje jamstvo do dneva plačila premije po novih oblikah zavarovanja, vendar ne dlje kot do 31. januarja 1995.

H kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju članov SZD lahko pristopijo:

- člani SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
- zakonci zavarovanih članov SZD
- njihovi otroci
- zaposleni delavci pri SZD in njihovi zakonci ter otroci

V zavarovanje se ne morejo vključiti osebe, ki še niso dopolnile 14 let in osebe, ki so starejše kot 75 let!

Za prijavo pristopa v novo kolektivno nezgodno zavarovanje članov SZD prilagamo obrazec pristopne izjave, katerega izpolnite, podpišite in vrnite na naslov

ZAVAROVALNICA TRIGLAV, OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA, Miklošičeva 10, 61000 Ljubljana,
in obenem poravnajte ustrezno premijo na račun:

številka: 50101-665-31002, sklic na št.: 05 2801-1308

PRISTOPNA IZJAVA

I. a) Podpisani _____ roj. _____

zdravnik v _____
 pristopam h kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju zdravnikov pri
 ZAVAROVALNICI TRIGLAV, OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA in sicer:

po obliki _____, _____,; št. pol.: _____, _____,

zavarovanja, kakor omenja okrožnica ZAVAROVALNICE in
 SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA,
 z dne 20. 12. 1994.

II. Pristopajo tudi:

b) njegov zakonec _____ roj. _____

po obliki _____, _____,; št. pol.: _____, _____,

c) njegovi otroci _____ roj. _____

_____ roj. _____

_____ roj. _____

_____ roj. _____

po obliki _____, _____,; št. pol.: _____, _____,

č) zaposleni delavci v njegovi ordinaciji

Ime in priimek _____ roj. _____

po obliki _____, _____,; št. pol.: _____, _____,

ime in priimek _____ roj. _____

po obliki _____, _____,; št. pol.: _____, _____,

ime in priimek _____ roj. _____

po obliki _____, _____,; št. pol.: _____, _____,

V _____, dne _____

 Žig in podpis zdravnika

KOLENDAR STROKOVNIH SREČANJ V LETU 1995

Srečanje	Kraj in datum	Vsebina srečanja	Organizator
Interseksijsko strokovno srečanje	Dobrna 18. januar 1995	Vzgoja in izobraževanje otrok v razvoju v sedanji in bod. zakonod.	Sekcija pedontologov SZD
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 20. 1. 1995	Urodinamske preiskave v nevrolog.	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
IATROSSKI Alpe Adria	Kranjska gora 16.–17. 2. 1995	Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe Adria	Organizac. odbor
Strokovni sestanek	Dobrna 11. 2. 1995	Spinalna stenoza	Ortopedska sekcija SZD
I. strokovni sestanek	februar 95	Dermatovenerološka sekc. SZD	
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 17. 3. 1995	Epileptogeneza	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
I. kongres endoskopskih kirurgov	Ljubljana 30.–31. 3. 1995	Izmenjava izkušenj endoskop. kirurg. različnih subsepcialnosti	Sekc. za endoskopsko kirurg. SZD
Tečaj za zdravnike splošne prakse	Portorož 24.–25. 3. 1995 ali 31. 3.–1. 4. 95	Zdravljenje kronične venske insufic.	Dermatovenerološka sekc. SZD
I. infektološki simpozij	Ljubljana 7.–8. april 95	Streptokokne okužbe, zdravljenje resp. okužb, lymška boreliosa	Sekcija za kemoterapijo SZD
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 21. 4. 1995	Pomen akustičnih potencialov možganskega debla v kl. diagnostiki	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
Simpozij 31. 3.–1. 4. 9	Ljubljana	Spolno prenosljive bolezni	Dermatovenerološka sekc. SZD
Strokovni simpozij	Bled 6.–8. 4. 1995	Novosti s področja zobnih bolezni in endodontije	Sekcija za ZUP SZD
Strokovni sestanek	21.–22. 4. 1995		Internistična sekcija SZD
Strokovni sestanek	april 1995	Epidemiolog., diagnostika in zdrav. angin	Sekc. za kl. mikrobiologijo SZD
Seminar	april–maj 95 Ljubljana	Medicina športa in smučanje	Sekcija za medicino športa SZD
132. redno letno srečanje slovenskih zdravnikov	Bled 12.–13. 5. 1995	Organizacijski in strokovni del »Spolno prenosljive bolezni«	Slovensko zdravniško društvo in Gorenjsko zdravniško društvo
Simpozij	Portorož 14.–15. 5. 95	Pristop k zdravl. lymške bolezni, možnosti za eradikacijo in prevent.	Infektološka sekcija SZD
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 19. 5. 1995	Površinske igelne elektrode: standardi in vzdrževanje	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
Simpozij	Laško 19.–20. 5. 1995	Ocenjevanje funkcional. in preostale delov. sposobnosti pri obolenjih in poškodbah hrbtenice	Ortopedska sekcija SZD
VIII. simpozij anestezio–logov Alpe Jadran	Portorož 26.–28. 5. 1995	Osnov. in podaljšani postopki oživljanja; Organizac. OPO in PPO; TIVA; Respiratorni monitoring; Proste teme	Sekc. za anestezilogijo in intenzivno medicino SZD
Strokovni sestanek	maj 1995	Mikrobiološki in klinični aspekti tuberkuloze	Sekc. za kl. mikrobiologijo SZD
4. strokovni sestanek	Portorož maj 1995	Zdravl. posebnih oblik hipertenz. – v nosečnosti, otroštvu in adolescenci	Sekc. za arterijsko hipertenz. SZD
Strokovni sestanek	2.–3. 6. 95 Moravske toplice	Izpopolnjevanje za podaljšanje licence	Transfuziološka Hematološka sekcija SZD
Strokovni sestanek	Valdoltra 10. 6. 1995	Artroskopska subakromialna dekom–pres. Zdravl. multidirek. nestab. rame	Ortopedska sekcija SZD

Srečanje	Kraj in datum	Vsebina srečanja	Organizator
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 16. 6. 1995	Dejavniki mikro okolja, ki vplivajo na regeneracijo aksonov po poškodbi perifernega živca	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
Simpozij	Ljubljana 16.–17. 6. 95	Okužbe 2 organskih sistemov in novejše podatke o eni skup. antibiotikov	Sekcija za kemoterapijo SZD
II. strokovni sestanek	junij 1995		Dermatovenerološka sekc. SZD
Seminar	junij 1995 (3 dni) Celje	Bandaža in ortoze v športu s praktičnim delom (delavnice)	Sekcija za medicino športa SZD
Strokovno srečanje	september 1995	Infekcije kože, podkožja in ran	Sekc. za kl. mikrobiologijo SZD
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 15. 9. 1995	Značilnosti simpatičnega kožnega odziva in njegov klinični pomen	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
Strokovno srečanje	Portorož oktober 1995	Ocena uresničevanja strategije »Zdravje vsem do 2000«	Sekc. za preventivno medicino SZD
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 17. 11. 1995	Odnos med nevrobiologijo in zavestjo	Sekc. za kl. nevrofiziolog. SZD
II. Pintarjevi dnevi	oktober 1995 Maribor	100 let rentgenologije	Medikohistorična sekcija SZD in Znanst. društvo za zgod. zdrav. kult.
III. in IV. strokovni sestanek	oktober in november 1995		Dermatovenerološka sekc. SZD
Simpozij o AIDS-u	Ljubljana 17.–18. 11. 95	Podatki o patogenezi, poteku, zdravlj. prevenciji okužbe s HIV	Infektološka sekcija SZD
Seminar	november 95 (3 dni) Celje	Dnevi medicine športa Slovenije	Sekc. za medicino športa SZD
Strokovni sestanek	Ljubljana, KC 15. 12. 1995	Kompres. in utesnitvene nevropatije mehanizmi in elektromiograf. prepoznavanje	Sekc. za kl. nevrofiziologijo SZD

Koledar strokovnih srečanj 1995 ni popoln. Čimprej nam sporočite podatke za tista srečanja, pri katerih datumi še niso določeni!

KIRURŠKA GASTROENTEROLOŠKA KLINIKA
in
KLINIKA ZA TORAKALNO KIRURGIJO, OE KIRURŠKE KLINIKE, KLINIČNI CENTER LJUBLJANA

organizirata od 16. 3. do 18. 3. 1995

1. KIRURŠKO DELAVNICO IN SIMPOZIJ

KIRURGIJA ŽELODCA

PROGRAM

Četrtek, 16. 3. 1995

- 8.00 Sprejem in pozdrav (**V. Pegan**)
Navodila in predstavitev OP programa (**S. Repše**)
- 8.30 OP program (Operacijske 43, 44, 55)
Asistence, spremljanje v živo, video projekcija
Vaje s spenjalniki na modelih
- 13.00 Kosilo
- 15.00–18.00 PREDAVANJA (po vsakem predavanju je predvidena vsaj 5–minutna diskusija)

PEPTIČNI ULKUS

- | | | |
|----------------------|----------|--------------------------------------|
| V. Pegan | | Osnove in konservativno zdravljenje |
| I. Križman | 10 minut | Epidemiologija in patogeneza |
| B. Jamar | 5 minut | RTG diagnostika |
| B. Kocijančič | 10 minut | Endoskopska diagnostika |
| I. Križman | 10 minut | Konservativno zdravljenje |
| S. Repše | 10 minut | Indikacije za operativno zdravljenje |
- 16.00–16.30 Odmor s kavo
- | | | |
|--------------------------|----------|---------------------------------------|
| S. Repše | | Operativno zdravljenje |
| F. Jelenc | 10 minut | Resekcijske metode |
| M. Čalič | 10 minut | Neresekcijske in kombinirane metode |
| V. Mlinarič | 10 minut | Endoskopske metode zdravljenja |
| B. Žakelj | 10 minut | Zgodnji in kasni pooperativni zapleti |
| S. Škapin | 5 minut | Rezultati resekcijskih metod |
| D. Stanisavljević | 5 minut | Rezultati neresekcijskih metod |
| L. Pleskovič | 10 minut | Laparoskopska kirurgija želodca |

Petek, 17. 3. 1995

- 8.00 Predstavitev OP programa
8.30 OP program (Op 43, 44, 55)
Asistence, spremljanje v živo, videoprojekcija
Vaje s spenjalniki na modelih
- 13.00 Kosilo
- 15.00–18.00 PREDAVANJA (po vsakem predavanju je predvidena vsaj 5–minutna diskusija)

RAK ŽELODCA

- | | | |
|-------------------|----------|--------------------------------------|
| V. Pegan | | Osnove |
| S. Repše | 10 minut | Zdravljenje raka želodca v Sloveniji |
| J. Lamovec | 10 minut | Patologija in klasifikacija |
| B. Jamar | 5 minut | RTG diagnostika |
| T. Žitko | 10 minut | Endoskopska diagnostika |
- 16.00–16.30 Odmor s kavo
- | | | |
|------------------|----------|-----------------------------------|
| S. Repše | | Principi operativnega zdravljenja |
| B. Žakelj | 10 minut | Standardna R0 resekcija |
| F. Jelenc | 10 minut | Sistematična limfadenektomija |
| J. Eržen | 10 minut | Karcinom kardije |

<i>S. Repše</i>	10 minut	Multivisceralne resekcije
<i>M. Sever</i>	5 minut	Operativni paliativni posegi
<i>V. Mlinarič</i>	5 minut	Endoskopski paliativni posegi
<i>M. Sok</i>	5 minut	Pooperativno sledenje bolnikov
<i>M. Omejc</i>	10 minut	Rezultati operativnega zdravljenja
<i>M. Štabuc</i>	5 minut	Sistemsko zdravljenje

Sobota, 18. 3. 1995

8.00–12.30 PREDAVANJA (po vsakem predavanju je predvidena vsaj 5–minutna diskusija)

J. Eržen

RAK KRNA ŽELODCA

<i>B. Hrabar</i>	10 minut	Etiologija in patogeneza
<i>M. Bitenc</i>	10 minut	Epidemiologija in diagnostika
<i>J. Eržen</i>	10 minut	Operativno zdravljenje
<i>M. Sok</i>	10 minut	Paliativni posegi

9.30–10.00 Odmor s kavo

10.00–11.30 VABLJENA PREDAVANJA

Predavanja vabljenih tujih gostov iz področja kirurgije želodca (peptični ulkus in rak želodca)

11.30–12.30 PREDAVANJA

Proste teme udeležencev iz področja kirurgije želodca (predavanja od 8 do 10 minut)

12.30–13.00 Zaključek in podelitev potrdil o udeležbi

Splošne informacije

Kraj: Klinični center Ljubljana
Delavnica: Operacijski blok (Op 43, 44, 55)
Simpozij: Predavalnica 1

Število udeležencev delavnice: Do 20, v primeru neposrednega direktnega prenosa operacij neomejeno.

Število udeležencev simpozija: Neomejeno.

Ciljni udeleženci za delavnico: Specialisti kirurgi.

Ciljni udeleženci za simpozij: Vsi udeleženci delavnice, specialisti in specializanti kirurgije in sorodnih strok, splošni zdravniki.

Kotizacija: Delavnica in simpozij 25.000 SIT, samo simpozij 5000 SIT, vplačilo možno tudi na mestu.

Kotizacijo nakazati na račun št. 50100-603-43619-05-102-95, HBS d.o.o. Ljubljana, z oznako »1. kirurška delavnica – ŽELODEC«.

Organizator: Prof. dr. Stane Repše, Kirurška gastroenterološka klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 61105 Ljubljana.

Prijave in informacije:

Ga. Marija Lutar, tajništvo Kirurških klinik, Klinični center, tel.: (061) 316-268, fax.: (061) 316-096.

Termin za prijavo udeležbe na delavnici: Do 1. 3. 1994, oziroma do zasedbe mest.

Termin za prijavo udeležbe na simpoziju: Zaželeno do 1. 3. 1995, ni omejitve števila udeležencev.

Termin za prijavo referata na simpoziju: Do 1. 3. 1995 s povzetkom referata (do 20 vrstic na A4 formatu s podatki avtorjev in ustanove).

Zdravniška zbornica Slovenije bo udeležbo na delavnici in na simpoziju upoštevala pri podaljševanju licence.

Vstop na predavanja je prost, potrdilo o udeležbi na simpoziju samo ob plačani kotizaciji!

STROKOVNI POSVET O STD V PODROČJU ALP, DONAVE IN JADRANA EPIDEMIOLOGIJA, ZDRAVLJENJE IN PREVENTIVA

17. do 19. marec 1995, Ljubljana – Slovenija

Kraj sestanka:

Medicinska fakulteta, Korytkova 2, predavalnica 3.

Organizatorji:

Dermatološka klinika in katedra Ljubljana
Inštitut za mikrobiologijo MF Ljubljana
Avstrijsko dermatološko društvo, sekcija za STD

Informacije:

Tajništvo Dermatološke klinike, Zaloška 2, 61105 Ljubljana, Slovenija
Telefon in fax: (061) 312-559.

SISTEM KAKOVOSTI ZA EVROPSKE ORTODONTE

Evropski ortodontski strokovnjaki so izdelali program, ki ga financira Evropska unija, da bi vpeljali evropski ortodontski sistem kakovosti (EURO-QUAL). Program obsega tri osrednje teme kakovosti: odnos med bolnikom in ortodontskim strokovnjakom, strokovna ocena ortodontske obravnave in organizacija procesa ortodontske obravnave.

EURO-QUAL je ustanovilo 1. januarja 1993 devet priznanih evropskih akademskih ortodontov iz Nemčije, Grčije, Madžarske, Italije, Nizozemske, Norveške, Španije in Velike Britanije. Rezultate bodo predložili leta 1996.

Od 1. januarja 1994 je programu pridruženo šest vzhodnoevropskih držav. Namen tega združenja je »izmenjava informacij in znanja glede vprašanj kakovosti v evropski ortodontiji«. Pridružene države so Albanija, Bolgarija, Češka republika, Latvija, Poljska in Slovenija.

Cilj programa EURO-QUAL je razviti sistem kakovosti, ki bi ga lahko ortodontski strokovnjaki uporabljali po vsej Evropi. Za doseg tega cilja pa je pomembno, da temelji na enotno sprejetih načelih evropske ortodontije. Zato EURO-QUAL organizira prvi evropski sestanek o enotno sprejetih načelih v ortodontski oskrbi. Pred tem sestankom bo simpozij, v katerem bo projektna skupina predstavila rezultate, predavatelji iz več evropskih držav pa bodo govorili o svojih pogledih na kakovost. Med govorniki so: prof. dr. Per Rygh, predsednik EOS za leto 1995, prof. B. Zachrisson z univerze v Oslu, dr. Anthony Dickens, zdravstveni svetovalec Life, Science and Technologies (Življenje, znanost in tehnologije) pri Komisiji evropskih skupnosti, dr. M. Andela, koordinator zdravstvenih raziskav Holandske organizacije porabnikov, in prof. dr. B. Pahl-Andersen, koordinator EURO-QUAL.

Simpozij bo 17. marca 1995 v Kongresnem centru »De Leeuwehorst«, Noordwijkerhout, Nizozemska. Simpozij je odprt za vse zainteresirane. Če želite več informacij ali bi se želeli simpozija udeležiti, pišite na glavni administrativni urad: EURO-QUAL, c/o Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), Department for Orthodontics, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam, The Netherlands (tel. 00-31-5188415 / fax 00-31-20-5188565).

FLEBOLOGI DERMATOLOŠKE KLINIKE V LJUBLJANI

OB SODELOVANJU DRUŽBE

3M

VABIMO NA

STROKOVNO SREČANJE ZDRAVNIKOV

Portorož, 24. in 25. marca 1995

Tema: **Kronična venska insuficienca in sodobno zdravljenje golenske razjede**

Vodja: **Dr. Božo Fakin**

Srečanje je namenjeno predvsem zdravnikom splošne medicine. Zaradi še vedno velikega števila venskih bolezni na spodnjih udih oziroma venske insuficience menimo, da je edukacija širšega kroga zdravnikov prepotrebna. Želimo prikazati sodoben način zdravljenja in ga uveljaviti v osnovnem zdravstvu.

PROGRAM

Petek, 24. 3. 1995

- | | |
|--------------------------|---|
| 15.00 | Otvoritev srečanja |
| 15.30 B. Fakin | Patofiziologija kronične venske insuficience |
| 16.00 G. Weilguny | Klinična slika kronične venske insuficience |
| 16.30 B. Fakin | Diferencialna diagnoza oteklin na spodnjih udih |

Diskusija
Odmor

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 17.15 M. Penko | Zdravljenje krčnih žil |
| 17.45 B. Kralj | Zdravljenje golenske razjede |

Diskusija

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 19.30 | Družabno srečanje z večerjo |
|-------|-----------------------------|

Sobota, 25. 3. 1995

- | | |
|-------|--|
| 9.00 | Praktičen prikaz terapije na bolnikih (hidrokolojne folije in kompresijska terapija) z aktivno udeležbo navzočih |
| 12.30 | Okrogla miza |
| 14.00 | Kosilo |

Zaključek

Kotizacija znaša 12.000,00 SIT in jo boste lahko poravnali pred začetkom srečanja. Za člane Dermatološke sekcije je kotizacija 6.000,00 SIT.

Zaradi sponzorstva družbe 3M so s tem poravnani vsi stroški bivanja.

Prijave pošljite do 28. 2. 1995 na Tajništvo Dermatološke klinike, Zaloška 2, 61105 Ljubljana. Število udeležencev je omejeno, zato bomo prijave sprejemali do polne zasedbe!

V času srečanja bo družba 3M razstavljala svoje proizvode.

Informacije: Dr. Božo Fakin, Dermatološka klinika Ljubljana, tel.: (061) 312-559.

II. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Prvo obvestilo

Ljubljana, 30. in 31. marec 1995

ORGANIZATOR KONGRESA

Sekcija za endoskopsko kirurgijo Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu

POKROVITELJI KONGRESA

Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije
Ministrstvo za znanost in tehnologijo Republike Slovenije
Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani
Združenje kirurgov Slovenije
EAES – Evropsko združenje za endoskopsko kirurgijo

STROKOVNI PROGRAM

Strokovni program bo vseboval vabljen predavanja, referate, posterje in video predstavitve iz naslednjih tem: **Abdomen, Ginekologija, Urologija, Torakalna kirurgija, Travmatologija, Anestezija.**

Udeležbo na Kongresu Zdravniška zbornica Slovenije prizna za stalno medicinsko izobraževanje.

Splošne informacije

Mesto Kongresa: LEK, Tovarna farmacevtskih in kemičnih izdelkov, Verovškova ulica 57, 61000 Ljubljana.

Kotizacija: Do 31. januarja 1995 – 15.000,00 SIT, po 1. februarju 1995 – 20.000,00 SIT; specializanti – 10.000,00 SIT. Vplačilo kotizacije na žiro račun 50100-603-43619 HBS d.o.o., Ljubljana, z oznako II. kongres endoskopske kirurgije. Kotizacija vključuje strokovni program, kavo med odmori, opoldanski prigrizek, slavnostno večerjo in spričevalo o stalnem medicinskem izobraževanju.

Prenočišče: COME 2 US, Celovška 206, Ljubljana, tel. (061) 571-668, 574-188, fax: (061) 572-635.

Informacije: Asist. dr. Jože Vračko, dr. med., Kirurška gastroenterološka klinika, Vodnikova 62, 61000 Ljubljana, Slovenija. Fax: 386 61 1595 319, tel.: 386 61 1593 233.

20. SVETOVNI KONGRES Mednarodnega združenja za ortopedsko in travmatološko kirurgijo

SICOT 96 Amsterdam

bo od 18. do 23. avgusta 1996 v Amsterdamu, Nizozemska

Informacije

c/o Lindy Groot Congress Events
P.O.Box 83005
1080 AA Amsterdam
The Netherlands
Tel.: +31 (0)20 679 3218
Fax: +31 (0)20 675 8236

KLINIKA ZA INFEKCIJSKE BOLEZNI IN VROČINSKA STANJA
Ljubljana, Japljeva 2

in

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO – INFEKTOLOŠKA SEKCIJA

vabita na

Ustanovni občni zbor Sekcije za kemoterapijo

in

I. infektološki simpozij

Ljubljana, 7. in 8. april 1995
Predavalnica Infekcijske klinike

Na ustanovni občni zbor Sekcije za kemoterapijo vabimo vse zdravnike, ki se na svojem strokovnem področju ukvarjajo s kemoterapevtiki pri zdravljenju okužb in malignih bolezni. Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, ki jih zanimajo teme, obravnavane na simpoziju.

PROGRAM USTANOVNEGA OBČNEGA ZBORA

Petek, 7. aprila 1995 ob 12.00

Predstavitve Sekcije za kemoterapijo
Izvolitev organov ustanovnega občnega zbora
Volitve v upravni in nadzorni odbor sekcije
Program dela sekcije za leto 1995

PROGRAM I. INFEKTOLOŠKEGA SIMPOZIJA

Petek, 7. april

- | | | |
|-------------|--|--|
| 15.00–18.00 | B. Beovič
F. Pikelj
M. Čižman
M. Sočan
M. Marolt-Gomišček | Klinične slike okužb, ki jih povzročajo betahemolitični streptokoki
Zdravljenje in preventiva streptokoknih okužb
Zdravljenje okužb dihal pri otrocih z antibiotiki, danimi peroralno
Empirično zdravljenje bakterijskih pljučnic
Kinoloni v zdravljenju okužb dihal |
|-------------|--|--|

Sobota, 8. april

- | | | |
|-------------|--|--|
| 9.00–12.00 | F. Strle
E. Ružič-Sabljič
F. Strle
J. Cimperman
S. Lotrič-Furlan
V. Maraspin-Čarman | Epidemiološke značilnosti lymške borelioze
Etiologija lymške borelioze
Prizadetost kože pri lymski boreliozi
Prizadetost živčevja pri lymski boreliozi
Prizadetost sklepov pri lymski boreliozi
Druge manifestacije lymške borelioze |
| 14.00–18.00 | D. Pleterski-Rigler
V. Maraspin-Čarman
J. Cimperman
E. Ružič-Sabljič
F. Strle | Značilnosti lymške borelioze pri otrocih
Lymška borelioza v nosečnosti
Klinična diagnoza lymške borelioze
Laboratorijsko potrjevanje borelijske okužbe
Zdravljenje in preprečevanje lymške borelioze
Razprava o delazmožnosti bolnikov z lymsko boreliozi |

Kotizacija je 2.000,00 SIT.

Vsi udeleženci bodo prejeli razširjene izvlečke predavanj.

Zdravniška zbornica Slovenije priznava udeležbo za strokovno izobraževanje in ga upošteva pri podaljševanju licence.

Informacije: doc. dr. Milan Čižman
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
61000 Ljubljana, Japljeva 2
Telefon: 061/310-558, telefax: 061/302-781



Medicinska fakulteta – Inštitut za zgodovino medicine



Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije



Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva



MEDICINSKI IN SOCIALNI POGLEDI NA VELIKI LJUBLJANSKI POTRES 1895

Ljubljana, 20.–21. april 1995

PRELIMINARNI PROGRAM

Seizmološki uvod

Zdravstvene in socialne razmere v predpotresni Ljubljani

Potres 1895 in njegove posledice: materialne, telesne in duševne ter socialne

Popotresne zdravstvene in socialne razmere v Ljubljani in okolici

Socialno-medicinski pogledi na potres

Urgentna medicina v času potresa in po njem

rdeči križ in druga karitativna društva v potresni Ljubljani

Ljubljanski gasilci in potres

Vpliv potresa na dograditev in razvoj ljubljanske bolnišnice na Zaloški cesti

Sodnomedicinsko izvedenstvo in potres

Odmevi ljubljanskega potresa v tisku

Potresni motivi v literaturi

Potres, vera in versko življenje prebivalcev

Simbol predstavlja s tramovi podprto bolnišnico na Ajdovščini, porušeno v potresu 1895

PRIJAVNICA

Inštitut za zgodovino medicine, Zaloška 7a, 61000 Ljubljana

Dr. Zvonka Zupanič-Slavc

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!

**Skupina za spremljanje hudo bolnih in umirajočih pri ŠK Ljubljana
Onkološki inštitut, Oddelek za psihoonkologijo
Zdravniška zbornica Slovenije
Zbornica zdravstvene nege Slovenije**

vabijo zdravnike, medicinske sestre, psihologe, socialne delavce in druge, ki delajo v zdravstvenih poklicih

na seminar s temo

**ČAS ŽIVLJENJA – ČAS UMIRANJA
Odnos do poslavljanja, smrti in žalovanja**

**Seminar bo v soboto, 20. maja 1995 od 7. do 17. ure
v Kliničnem centru v Ljubljani, predavalnica 4**

**Seminar bo vodila
HELGA STRAETLING-TOELLE
iz Wuerzburga**

Delo bo potekalo s plenarnimi predavanji in delom v manjših skupinah. Predavanja v nemščini bodo sproti prevajana.

Kotizacija, v katero je vključena opoldanska malica in pisno gradivo, je 3.000,00 SIT, vplačana po 30. 4. 1995 ali na dan seminarja 4.000,00 SIT.

Študentje so kotizacije oproščeni.

Kotizacijo lahko nakažete na ŽR LB d.d. 50100-620-133-05-1140116-624004 s pripisom ZA SEMINAR 20. 5. 1995.

Zaradi skupinskega načina dela seminarja je potrebno, da svoje prijave pošljete pisno ali sporočite po telefonu najkasneje do 30. 4. 1995 na naslov, kjer dobite vse potrebne informacije:

Oddelek za psihoonkologijo na Onkološkem inštitutu

Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Tel. 061/13 18 350

V prijavi navedite ime in priimek, naslov, poklic in mesto zaposlitve.

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

IN

PRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

V SODELOVANJU Z

UNIVERZO V MARIBORU

prirejata

ENODNEVNI POSVET

**v sredo, 22. marca 1995 ob 10.00, Tehnična fakulteta v Mariboru, Maribor, Smetanova ulica 17,
velika predavalnica.**

PROGRAM

- Zdravnikova pojasnjevalna dolžnost v splošni, specialistični in bolnišnični službi
- Od zdravniške napake do obveščenega pristanka (informed consent)
- Pravne posledice podpisa pojasnjevalne dolžnosti in pravno zavarovalne posledice podpisa pojasnjevalne dolžnosti
- Tipizacija kataloga pojasnjevalnih dolžnosti
- Zdravnikova pojasnjevalna dolžnost v Evropi

**SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
KANCEROLOŠKA SEKCIJA
OTORINOLARINGOLOŠKA SEKCIJA
ZVEZA SLOVENSKIH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU**

vabijo na

**7. ONKOLOŠKI VIKEND
RAK GLAVE IN VRATU**

Šmarješke Toplice, 31. marec in 1. april 1995

**Pokrovitelj prireditve
GLAXO EXPORT LTD
Podružnica LJUBLJANA**

PROGRAM

Petek, 31. marca 1995 ob 16. uri

L. Šmid	Uvod
V. Pompe-Kirn	Epidemiološke značilnosti
J. Šmid	Bolnik z rakom v področju glave in vratu v ambulanti splošne medicine
B. Lavrenčak	Diagnostične preiskave in posegi pri tumorjih na področju ušes, nosu, žrela, grla, obraza in vratu
L. Ruparčič-Oblak	Pomen citologije v diagnostiki tumorjev glave in vratu
M. Žargi	Kirurško zdravljenje raka glave in vratu
M. Budihna	Obsevanje pri karcinomu glave in vratu
B. Zakotnik	Kemoterapija pri karcinomu glave in vratu
I. Hočevar-Boltežar,	
Z. Radšel	Rehabilitacija bolnikov po operaciji malignoma v ORL področju
Z. Kurent	Nega bolnika z rakom glave in vratu
D. Ažman	Zdravljenje rakave bolečine v glavi in vratu

Sobota, 1. aprila 1995 ob 9. uri

A. Aničin	Možnosti kirurškega zdravljenja karcinomov kože v področju glave in vratu
B. Jančar	Rak kože glave in vratu
J. Podboj, M. Budihna	Maligni tumorji nosu in obnosnih votlin
L. Furlan	Rak epifarinksa
J. Fischinger, H. Lesničar	Karcinomi ustne votline in ustnega žrela
I. Fajdiga, E. Šoba	Karcinom hipofarinksa
A. Župevc	Kirurško zdravljenje karcinomov grla
H. Lesničar	Karcinom grla (radioterapija)
L. Šmid, H. Lesničar	Rak v področju vratu
R. Tomšič	Maligni limfomi v področju glave in vratu

Prijave in informacije: gospa Mira Klemenčič
Onkološki inštitut, stavba C,
Zaloška 2, 61105 Ljubljana
telefon (061) 13 14 225 ali 13 16 181

Vstopnina v znesku 8.000,00 SIT bo plačljiva pred začetkom prireditve v Šmarjeških Toplicah.

Udeležencem, ki bodo prijavljeni do 20. marca 1995, bodo izdana potrdila o udeležbi za uveljavljanje licence pri Zdravniški zbornici.

Prosimo, da si sami zagotovite prenočišče v Zdravilišču Šmarješke Toplice, telefon (068) 28 000 ali 73 230.

Prireditelji: J. Lindtner, M. Budihna, J. Škrk, B. Štabuc, B. Zakotnik, J. Žgajnar

PRIJAVNICA

Podpisani(a) _____ poklic _____

stanujoč _____

zaposlen _____

sporočam, da se nameravam udeležiti 7. onkološkega vikenda v Šmarjeških Toplicah

dne 31. marca DA NE in

1. aprila DA NE

Datum _____ Podpis _____

Gospa Mira Klemenčič
ONKOLOŠKI INŠTITUT – stavba C

Zaloška 2

Za Onkološki vikend 61105 Ljubljana

INTERNISTIČNA SEKCIJA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

vabi zdravnike inteniste in zdravnike splošne medicine na

Strokovni sestanek**SODOBNA DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE BOLEZNI SRCA**

21. in 22. aprila 1995

v Predstavništvu tovarne zdravil KRKA, Ljubljana, Dunajska 65

PROGRAM

A. Janežič	Novosti v farmakoterapiji srčnih bolezni
M. Kenda	Nenadna srčna smrt (dimenzije in možnosti preprečevanja)
M. Koželj, T. Lejko-Zupanc	Diagnostika infekcijskega endokarditisa
I. Kranjec	Novosti v invazivni koronarni diagnostiki (ocena pomena koronarnih stenoz)
T. Lejko-Zupanc, M. Koželj	Klinična slika, zdravljenje in preprečevanje infekcijskega endokarditisa
P. Rakovec	Nefarmakološko zdravljenje aritmij
R. Starc	Pomen srčno-mišičnih mostov čez epikardialne koronarne arterije
D. Zorman	Transplantacija srca
J. Dobovišek	Hipertenzivna srčna bolezen
A. Žemva	Terapevtski pristop pri hipertenzivni srčni bolezni
D. Oblak	Nekateri zaščitni učinki kalcijevih antagonistov na cirkulacijo

Proste teme
Društvena problematika

Udeležbo na strokovnem sestanku priznava Zdravniška zbornica Slovenije (po 71. čl. in 2. tč. 81. čl. Zakona o zdravstveni dejavnosti – številka soglasja 12/95 – 004) kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov.

Strokovni prispevek/Professional article

LAPAROSKOPSKO OPERIRANJE ZUNAJMATERNIČNE NOSEČNOSTI

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY

Martina Ribič-Pucelj, Tomaž Tomažević, Andrej Vogler, Pavel Zušan

Ginekološka klinika, Klinični center, Šljajmerjeva 3, 61000 Ljubljana

Prispelo 1994-09-01, sprejeto 1994-11-10; ZDRAV VESTN 1995; 64: 17-20

Ključne besede: zunajmaternična nosečnost; laparoskopsko operiranje

Key words: ectopic pregnancy; laparoscopic surgery

Izvleček – Izhodišča. Uvedba sodobnih diagnostičnih postopkov, kot sta vaginalna ultrazvočna (UZ) preiskava in določanje podenote beta horionskega gonadotropina (beta HCG) v serumu, je omogočila odkrivanje zgodnje, še ne rupturirane zunajmaternične nosečnosti (ZN) ter laparoskopski kirurški pristop k zdravljenju te bolezni. Delo prikazuje naše izkušnje in rezultate laparoskopskega operiranja ZN.

Abstract – Background. The introduction of modern diagnostic procedures, such as ultrasonographic examination (US) and determination of beta subunit of chorionic gonadotropin (beta HCG) in serum, have provided the detection of early, still unruptured ectopic pregnancy (EP), and also laparoscopic approach to its treatment. The paper presents our experience and results of laparoscopic surgery of EP.

Metode. Od novembra 1990 do 31. decembra 1993 smo na Enoti za reprodukcijo Ginekološke klinike v Ljubljani laparoskopsko operirali 222 bolnic z ZN, starih od 18 do 41 let. Vrednost beta HCG na dan posega je bila od 250 do 58.000 mIU/ml, velikost od 1 do 6 cm, gestacijska starost pa od 5 do 10 tednov. Diagnozo smo postavili na osnovi vrednosti beta HCG v serumu in vaginalne UZ preiskave ter jo potrdili z laparoskopijo, ki je bila obenem tudi kirurška metoda. Uporabili smo tehniko treh vbodnih mest. Vrsta operacije na prizadetem jajcevodu je bila odvisna od starosti bolnice, želje po obranitvi plodne sposobnosti, velikosti ZN in stopnje okvare jajcevoda. Pri operacijah na jajcevodu smo uporabili različne tehnike: monopolarno elektrodo, CO₂ laser, bipolarno pinceto in škarje ter endo zanko.

Methods. From November 1990 to 31 December 1993 laparoscopic surgery was performed on 222 patients with EP at the Reproduction Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Ljubljana. The patients' age ranged from 18 to 41 years. Beta HCG value on the day of surgery ranged from 250 to 58,000 mIU/ml, the size from 1 to 6 cm, and gestational age from 5 to 10 weeks. The diagnosis was based on the serum beta HCG determination and US vaginal examination and was confirmed by laparoscopy which was applied as a surgical procedure at the same time. Three-puncture technique was used. The type of surgery of the affected tube depended on the patient's age, on her wish to preserve fertility, the size of EP, and the degree of tubal damage. Various techniques were used in operations of the tubes: monopolar electrode, CO₂ laser, bipolar forceps and scissors, and endo-loop.

Rezultati. Odpri kirurški pristop skozi laparotomijo je bil edini način zdravljenja ZN do leta 1988, ko smo uvedli medikamentno zdravljenje ZN s prostaglandinom E₂ (PGE₂) (Prostin E₂, Upjohn), ki smo ga pod kontrolo laparoscopa vbrizgali v prizadeti jajcevod. Ta način zdravljenja je zmanjšal pogostost laparotomije za več kot 50%. Novembra 1990 smo ZN prvič laparoskopsko operirali. Ta kirurški pristop je bitro nadomestil ostale načine zdravljenja. Leta 1991 smo laparoskopsko operirali 68% bolnic, v letih 1992 in 1993 pa že 94,5%. Najpogostejša operacija na prizadetem jajcevodu je bila vzdolžna incizija – tubotomija in odstranitev nosečnosti, in sicer pri 118 (53,1%) bolnicah. Pri 101 (45,5%) bolnicah smo naredili tubektomijo – odstranitev prizadetega jajcevoda. Pri 3 (1,4%) smo ZN samo aspirirali. Pri 31 (14%) bolnicah smo razen tubotomije ali tubektomije naredili še različne druge operativne posege na adneksih. Pri dveh bolnicah smo zaradi krvavitve pri napredovani ZN laparoskopijo nadaljevali z laparotomijo. Pri 6 (5%) od 118 konservativno operiranih bolnic je po operaciji ZN vrednost beta HCG ostala zvečana ali pa je celo naraščala, zato smo pri petih bolnicah napravili ponovno laparoskopijo, pri eni pa

Results. Until 1988 the only method for treating EP was the open surgical approach through laparotomy. That year we introduced medical treatment with prostaglandin E₂ (PGE₂) (Prostin E₂, Upjohn), which was under the control of laparoscope injected in the affected tube. This method of treatment decreased the incidence of laparotomy for over 50%. In November 1990 EP was removed laparoscopically for the first time. This surgical approach soon replaced other methods of treatment. In 1991 68% of patients underwent laparoscopic surgery and in 1992 and 1993 already 94.5% of patients. The most frequent type of surgery on the affected tube was the longitudinal incision – tubotomy with the removal of the product of conception (N = 118, 53.1%). In 101 (45.5%) patients tubectomy – remove of the affected tube was performed. In 3 (1.4%) patients the EP was merely aspirated, while in 31 (14%) patients besides tubotomy or tubectomy various other surgical procedures on the adnexa were made. Due to advanced EP, laparoscopy was in 2 patients followed by laparotomy. In 118 patients who underwent conservative surgery of EP beta HCG values remained increased, or were increasing in 6 (5%)

laparotomijo. Drugih komplikacij ni bilo in bolnice smo odpuščali iz bolnišnice drugi ali tretji pooperativni dan.

Zaključek. *Laparoskopsko operiranje ZN je učinkovita, varna in minimalno invazivna kirurška tehnika, s katero je mogoče narediti tako konservativne kot radikalne kirurške posege na jajcevodu, zahteva pa ustrezne instrumente in izurjenega operaterja.*

Uvod

Čprav je bila ZN opisana že pred 1000 leti, je bila prvič uspešno kirurško ozdravljena 1884. leta (1). Kirurška odstranitev prizadetega jajceveda, ki je ostala izbirna metoda v zdravljenju ZN skoraj 100 let, je sicer drastično zmanjšala umrljivost žensk, vendar pa je za veliko večino pomenila trajno neplodnost. V zadnjih 20 letih je zdravljenje ZN doživelo revolucionarne spremembe. Uvedba sodobnih diagnostičnih postopkov, kot sta UZ preiskava in določanje beta HCG v serumu, je omogočila odkrivanje zgodnje, še nerupturirane ZN, zaradi česar so bili pri ženskah, ki so želele ohraniti plodno sposobnost, možni konservativni kirurški posegi na prizadetem jajcevodu. Uspešnost konservativnega kirurškega zdravljenja ZN je z uvedbo mikrokirurške operativne tehnike dosegla po podatkih iz literature (2–4) povprečno 44,8%, pogostost ponovne ZN pa od 11 do 14,6%. Konservativni kirurški pristop in ohranitev jajceveda za vsako ceno se je nekoliko zmanjšal, ker se je v osemdesetih letih v zdravljenju neplodnosti dokončno uveljavila zunajtelesna oploditev in prenos zarodka (IVF-ET). Drugo veliko spremembo v zdravljenju ZN pomeni spremenjen kirurški pristop. V sedemdesetih in v začetku osemdesetih let so namreč Bruhat in sod. (5), Semm in Mettler (6) ter De Chemey in sod. (7) objavili uspešno laparoskopsko operiranje ZN. Ta minimalno invazivna kirurgija je začela vedno bolj nadomeščati odprte kirurške tehnike in je danes izbirna metoda za večino bolnic z ZN, zlasti ker je mogoče laparoskopsko opraviti tako konservativne kot radikalne kirurške posege na jajcevodu.

Material in metode

Bolnice

Na Enoti za reprodukcijo Ginekološke klinike v Ljubljani smo v obdobju od novembra 1990, ko smo napravili prvo laparoskopsko operacijo ZN, do 31. decembra 1993 laparoskopsko operirali 222 bolnic z ZN. Starost žensk je bila od 18 do 41 let. Vrednost beta HCG na dan posega je bila od 250 do 58.000 mIU/ml, gestacijska starost od 5 do 10 tednov, velikost ZN pa od 1 do 6 cm. Najpogostejše mesto ZN je bil istmo-ampularni del jajceveda, in sicer pri 198 bolnicah, pri 18 je bila v istmičnem delu, pri treh je prišlo do popolnega tubarnega splava, pri dveh pa je šlo za ovarijsko nosečnost. Od 222 bolnic z ZN jih je 176 (80%) želelo ohraniti plodno sposobnost.

Pri 212 bolnicah je bila ZN intaktna, pri 10 pa že rupturirana oziroma je prišlo do tubarnega splava z obsežnejšo krvavitvijo v trebušno votlino.

Metode

Diagnozo ZN smo postavili na osnovi anamneze, klinične slike, UZ pregleda s 7 MHz vaginalno sondo (Bruel and Kjaer, Danska) ter serijskim določanjem beta HCG v serumu. Slednje smo v preoperativni diagnostiki opustili, kadar smo na osnovi anamneze, klinične slike in UZ preiskave ugotovili jasne znake ZN in je bil kirurški poseg neodločljiv.

patients, therefore re-laparoscopy was required in 5 patients, and laparotomy in 1. There were no other complications registered. The patients were discharged from hospital on 2nd or 3rd postoperative day.

Conclusions. *Laparoscopic surgery of EP is an efficient, safe and minimally invasive surgical method enabling either conservative or radical surgical procedures of the tubes. The technique, however, demands appropriate equipment and a well trained surgeon.*

Tehnika operativne laparoskopije

Laparoskopijo, ki je bila obenem diagnostični in operativni postopek, smo naredili v splošni endotrahealni anesteziji. Uporabili smo tehniko treh vbodov.

Vrsta kirurškega posega na jajcevodu je bila odvisna od starosti bolnice, njene želje po ohranitvi plodne sposobnosti, velikosti ZN in stopnje prizadetosti jajceveda ter od predhodnih kirurških posegov na jajcevodu. Na osnovi tega smo se odločili za konservativni kirurški poseg – tubotomijo (incizija jajceveda) ali radikalni – tubektomijo (odstranitev jajceveda). Razen kirurške odstranitve ZN smo pri bolnicah, ki so želele ohraniti plodno sposobnost in pri katerih so bile prisotne zarastline v predelu adneksov, naredili še adheziozno odstranitev adneksov. Pri bolnicah, ki niso želele več roditi in so se že predhodno odločile za sterilizacijo, smo le-to naredili istočasno z operacijo ZN.

Tubotomija. V mezosalpinks in v steno jajceveda smo vbrizgali POR 8 (Sandoz Laboratories Basel, Švica) v razredčenju 1 ampula POR 8 v 60 ml fiziološke raztopine. Jajcevod smo zarezali v dolžini 1 do 1,5 cm na antimezenterijskem delu. Za rezanje smo najpogosteje uporabljali monopolarno elektrodo, redkeje CO₂ laser. Robove incizije na jajcevodu smo pustili odprte, da so se spontano zacelili, in jih nismo nikdar šivali. Po operaciji smo kontrolirali uspešnost posega z določanjem beta HCG v serumu.

Tubektomija. Najpogostejša tehnika tubektomije je bila kombinacija bipolarnih pincet, s katero smo koagulirali mezosalpinks in ostrih škarij, s katerimi smo mezosalpinks prerezali. Redkeje smo jajcevod odstranili zgolj z monopolarnimi škarijami ali s pomočjo endo zanke in škarij. Jajcevod z ZN smo odstranili iz trebušne votline skozi 10 mm trokar ali pa smo za odstranitev uporabili endo vrečko.

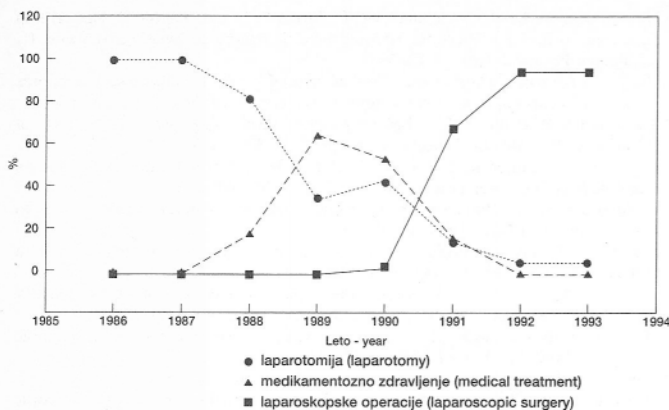
Po končani laparoskopski operaciji smo trebušno votlino izprali in vlili vanjo 200 ml 70% dekstrana (Soludex-70, Pliva, Hrvaška), pred tem pa so bolnice dobile intravensko injekcijo 20 ml Soludex 1 (Pliva, Hrvaška) zaradi preprečitve alergične reakcije na dekstran.

Rezultati

Slika 1 prikazuje načine zdravljenja ZN in prehod od odprte kirurške tehnike na manj invazivni laparoskopski način zdravljenja.

Najpogostejša operacija ZN je bila tubotomija in odstranitev ektopične nosečnosti (N = 118, 53,1%). Tubektomijo smo naredili pri 101 (45,5%) bolnicah, pri 3 (1,4%) smo ZN samo aspirirali (dve ovarijski nosečnosti in ena nosečnost na fimbrijah) (sl. 2).

Pri 31 (14%) smo razen tubotomije ali tubektomije naredili še dodatne operativne posege, in sicer adheziozno, fimbrioplastiko, koagulacijo endometriotičnih žarišč ali pa sterilizacijo. Laparoskopska operacija ZN je bila uspešna pri 216 od 222 bolnic. Pri 6 (5%) bolnicah od 118, pri katerih smo naredili tubotomijo, smo morali zaradi persistentnega beta HCG v serumu ponovno kirurško posredovati, in sicer smo pri petih bolnicah napravili ponovno laparoskopijo, pri kateri smo pri treh odstranili preostali trofoblast iz jajceveda, pri dveh pa smo ugotovili zasevke trofoblasta po peritoneju in smo jih koagulirali. Pri eni bolnici smo



Sl. 1. Laparoskopsko operiranje zunajmaternične nosečnosti.

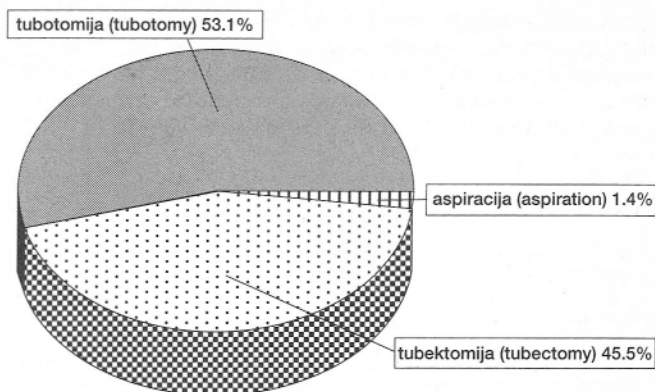
Fig. 1. Laparoscopic treatment of ectopic pregnancy.

zaradi neuspele laparoskopske tubotomije laparotomirali, ker je prišlo pet dni po posegu do rupture jajcevoda in krvavitve v trebušno votlino. Pri dveh bolnicah smo laparoskopsko operacijo nadaljevali z laparotomijo, ker je pri poskusu konservativnega posega pri napredovani ZN prišlo do krvavitve v trebušno votlino. Sicer je bil pooperativni poseg pri vseh bolnicah brez zapletov in so bile odpuščene iz bolnišnice 2. ali 3. pooperativni dan.

Razpravljanje

Uvedba sodobnih diagnostičnih postopkov za odkrivanje zgodnje ZN, kot sta vaginalni UZ in serijsko določanje beta HCG v serumu, je vplivala ne le na zmanjšanje zbolewnosti in umrljivosti žensk z ZN, temveč je omogočila tudi mnogo bolj konservativen in minimalno invaziven pristop k zdravljenju te bolezni. Na eni strani se je hitro uveljavilo medikamentno zdravljenje ZN, zlasti odkar so Tanaka in sod. (8) prvič uspešno ozdravili nosečnost v rogu maternice z methotrexatom, na drugi strani pa laparoskopska kirurgija. Čeprav začetki le-te segajo v začetek 70. let (6–8), pa se je nova tehnika začela uveljavljati in nezadržno širiti šele konec 80. let, ko so se pojavile miniaturne videokamere in primerni instrumenti za laparoskopsko kirurgijo. Medikamentno zdravljenje ZN smo na Ginekološki kliniki uvedli leta 1988, in sicer smo prvi uporabili PGE₂ (9). Ta način zdravljenja je zmanjšal pogostnost laparotomije za 50%, uspešnost pa je bila 88%, kar je primerljivo s podatki iz literature in uporabo drugih zdravil, kot so methotrexat, PGF₂ alfa in 40% glukoza (10–12). Kljub temu, da ima medikamentno zdravljenje številne prednosti pred kirurškim, saj zanj ni potrebna draga oprema, znanje laparoskopske kirurgije, zdravilo je v izbranih primerih mogoče vbrizgati tudi pod kontrolo UZ ter da je po mnenju zagovornikov tega zdravljenja poškodba jajcevoda manjša, ker ni pooperativne brazgotine (13), ima tudi slabe strani. V približno 15% je zdravljenje neuspešno in je potreben ponoven poseg, učinkovito pa je le pri ZN < 3 cm in vrednostih beta HCG < 1000 mIU/ml (13, 14), prav tako pa ni mogoče odstraniti patoloških sprememb na adneksih, ki so vzrok za neplodnost ali nastanek ZN. Zato postaja izbira metoda v zdravljenju ZN laparoskopska kirurgija, ki smo jo na Ginekološki kliniki uvedli konec leta 1990. Medikamentno zdravljenje smo postopoma opustili, pogostost laparotomije pa se je hitro zmanjševala, tako da smo leta 1992 in 93 laparotomirali le še 5,5% bolnic z ZN, kar je primerljivo s podatki iz literature (15) (sl. 1).

Najpogostejša vrsta operacije, ki smo jo naredili na prizadetem jajcevodu, je bila tubotomija (n = 118, 53,1%) (sl. 2), saj je 80% žensk, ki smo jih operirali na Enoti za reprodukcijo, želelo ohraniti plodno sposobnost. Konservativno kirurški pristop v zdravljenju ZN se je izkazal kot zelo uspešen že pri tovrstnih posegih skozi laparotomijo, saj poročajo (16, 17) od 20–83% intrauterinih no-



Sl. 2. Laparoskopsko operiranje zunajmaternične nosečnosti.

Fig. 2. Laparoscopic treatment of ectopic pregnancy.

sečnosti (IUN), rezultati minimalno invazivnega laparoskopskega operiranja pa so primerljivi (15, 18). Ker predstavlja konservativni kirurški pristop na jajcevodu tudi tveganje za ponovno ZN, in sicer v 11–14,6% (4, 6, 15) tako pri posegu skozi laparotomijo kot po laparoskopski operaciji, je izredno pomembno, ali se odločimo za konservativen ali radikalen poseg. Večina avtorjev (17, 19, 20) meni, da je najvišji odstotek IUN po konservativnih operacijah, medtem ko so tisti (21), ki ugotavljajo, da med konservativnimi in radikalnimi posegi ni statistično pomembne razlike oziroma da je odstotek IUN večji po radikalnih operacijah (16, 22), v manjšini. Vrsta posega na prizadetem jajcevodu je odvisna ne le od starosti bolnice, njene želje po ohranitvi plodne sposobnosti, poprejšnjih operacij na jajcevodu, stopnje okvare jajcevoda, temveč tudi od velikosti ZN, saj ZN, večja od 4 cm ali vrednost beta HCG > 15.000 mIU/ml, predstavlja relativno, ZN > 6 cm pa absolutno kontraindikacijo za konservativni laparoskopski poseg (15). Ker se je tako v svetu kot tudi na naši kliniki IVF-ET izkazala kot uspešen način zdravljenja neplodnosti, se nismo odločili za konservativni kirurški pristop in ohranitev jajcevoda za vsako ceno kot pred uvedbo IVF-ET postopka, ko smo konservativno operirali 68% žensk.

Za rezanje jajcevoda pri konservativnih operacijah ZN se uporabljata monopolarna elektroda in laser. Kljub temu da zagovorniki laserske kirurgije (23) ugotavljajo, da so rezultati boljši kot pri uporabi diatermije, pa so rezultati avtorjev (15, 18, 24), ki uporabljajo monopolarno elektrodo, primerljivi z njihovimi.

Robove incizije na jajcevodu smo najpogosteje pustili odprte, da se spontano zacelijo. To je tehnika, ki jo je uvedel Bruhat in sod. (1) in je danes prevladala nad tehniko šivanja jajcevoda, ki jo priporočata Semm in Mettler (25, 18). Spontano celjenje robov zmanjša tveganje za nastanek stenoze in omogoča boljše celjenje (26, 27), sluznične gube pa potekajo po spontanem celjenju vzdolžno, ne pa prečno kot po šivanju (27). Zato je pri tej tehniki odstotek IUN večji, čas od operacije do zanositve pa krajši (28). Večjih intraoperativnih in pooperativnih komplikacij nismo imeli, le pri 6 (5%) od 118 konservativno operiranih bolnic so vrednosti beta HCG po posegu ostale zvečane ali celo naraščale. Ta komplikacija je posledica zaostalega trofoblata v jajcevodu ali redkeje implantacije zasevkov trofoblata po peritoneju (29, 30). Pogostnost persistentnega beta HCG je od 5–12,7% (15, 31), zahteva pa laparotomijo, ponovno laparoskopijo ali pa sistemsko uporabo methotrexata (32).

Zaključek

Laparoskopsko operiranje ZN je učinkovita, varna in minimalno invazivna tehnika, s katero je mogoče narediti tako konservativne kot radikalne posege na jajcevodu. Za bolnico predstavlja manjšo travmo kot laparotomija, skrajša čas hospitalizacije in omogoča

hitro vrnitev v delovni proces. Seveda pa zahteva laparoskopjska kirurgija ustrezno opremo in izurjenost operaterja, za kar je potrebno usposabljanje. Ko bomo končali spremljanje žensk, ki so bile konservativno laparoskopjsko operirane, bomo lahko ocenili tudi uspešnost te tehnike glede na stopnjo IUN.

Literatura

- Tait RL. Pathology and treatment of extrauterine pregnancy. *Br Med J* 1884; 2: 317-20.
- Chapron C. Fertilité après traitement coelioscopique conservateur de la grossesse extrauterine. A propos d'une série de 503 cas. Lille: Thèse Médecine, 1990.
- De Cherney AH, Diamond MP. Laparoscopic salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 948-50.
- Neeser E, Hirsch HA. Vier Tubargraviditäten bei derselbe Patientin: Vor- und Nachteile der tubenhaltenden Operation. *Geburtsh U Frauenheilkd* 1985; 45: 706-8.
- Bruhat MA, Manhes H, Mage G, Pouly JL. Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy. *Fertil Steril* 1980; 33: 411-8.
- Semm K, Mettler L. Technical progress in pelvic surgery via operative laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 121-7.
- De Cherney AH, Romero R, Naftolin F. Surgical management of unruptured ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1981; 35: 21-4.
- Tanaka T, Hayashi H, Kutsuzawa T, Fujimoto S, Ichive K. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. *Fertil Steril* 1982; 37: 851-4.
- Ribič-Pucelj M, Novak-Antolič Ž, Vrhovec I. Treatment of ectopic pregnancy with prostaglandin E₂. *Clin Exp Obst Gyn* 1989; 4: 106-9.
- Rodi IA, Saner MV, Gorill M. The medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with methotrexate and citrovorum rescue: preliminary report. *Fertil Steril* 1986; 5: 811-4.
- Egarter C, Husslein P. Treatment of tubal pregnancy by prostaglandins. *Lancet* 1987; 1: 381-3.
- Lang PF, Weiss PAM, Mayer HO, Haas JG, Honigl W. Conservative treatment of ectopic pregnancy with local injection of hyperosmolar glucose solution and PGF₂ alpha: a prospective randomized study. *Lancet* 1990; 336: 78-81.
- Egarter C, Husslein P. Prostaglandins in the treatment of tubal pregnancy. *Eicosanoids and Fatty Acids* 1988; 5: 44-9.
- Ribič-Pucelj M, Vogler A, Tomažević T, Zupan P, Novak-Antolič Ž. Faktori koji utiču na uspešnost liječenja izvanmaternične trudnoće prostaglandinom E₂. *Gynaecol Perinatol* 1992; 5: 23-5.
- Pouly J, Chapron C, Mage G et al. Fertilité après GEU. I - Résultats globaux après traitement celioscopique conservateur. *Contracept Fertil Sex* 1991; 19: 363-6.
- Timonen S, Nieminen V. Tubal pregnancy, choice of operative methods of treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1967; 46: 327-32.
- Sherman D, Langer R, Sadovsky G, Bukovsky I, Caspi E. Improved fertility following ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1982; 37: 497-502.
- Mettler L, Semm K. Management of ectopic pregnancy: A shift from laparotomy to pelviscopy. *Int J Fertil* 1988; 33: 389-92.
- Ploman L, Wicksell F. Fertility after conservative surgery in tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol* 1960; 39: 143-9.
- Schenker JG, Evron S. New concept in the surgical management of tubal pregnancy and the consequent postoperative results. *Fertil Steril* 1983; 40: 709-15.
- Dubuisson JB, Aubriot FX, Foulot H et al. Reproductive outcome of laparoscopic salpingectomy. *Fertil Steril* 1990; 53 (6): 1004-7.
- Swollin K, Fall M. Ectopic pregnancy. *Acta Eur Fertil* 1972; 3: 147-52.
- Keckstein G, Wolf AS, Hepp S, Lauritzen C, Steiner R. Tube preserving endoscopic surgical procedures in unruptured tubal pregnancies. What significances does laser use have? *Geburtsh U Frauenheilkd* 1990; 50 (3): 207-11.
- Mecke H, Semm K, Lehmann W. Results of operative pelviscopy in 202 cases of ectopic pregnancy. *Int J Fertil* 1989; 34: 93-100.
- Semm K. Endoscopic intraabdominal surgery. *Kiel: Christian-Albrechts Universität*, 1984; 4-4.
- Gordji M, Henri-Suchet J, Pigeaud F et al. Etude comparée des salpingostomies avec et sans suture. Recherche microsurgicale expérimentale sur la trompe de lapine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1981; 10: 765-73.
- McComb P, Gomel V. Linear ampullary salpingotomy heals better by secondary versus primary closure. *Fertil Steril* 1984; 41: 45-5.
- Tulandi T, Guralnick M. Treatment of tubal ectopic pregnancy by salpingotomy with or without tubal suturing and salpingectomy. *Fertil Steril* 1991; 55: 53-5.
- Thatcher SS, Grainger DA, True LD, De Cherney AH. Pelvic trophoblastic implants after laparoscopic removal of tubal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 514-5.
- Reich H, De Caprio J, McGlynn F, Wilkie WL, Longo S. Peritoneal trophoblastic implants after laparoscopic treatment of tubal ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1989; 92: 337-9.
- Lundorf P, Thorburn J, Hahlin M, Källfelt B, Lindblom B. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy. Randomized trial versus laparotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 343-8.
- Donnez J, Nisolle M. Laparoscopic treatment of ampullary tubal pregnancy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 157-62.

Strokovni prispevek/Professional article

NAŠE IZKUŠNJE PRI ZDRAVLJENJU MIKROSPORIJE, 1985-1992

THE TREATMENT OF MICROSPORUM CANIS INFECTION, 1985-1992

Majda Lunder, Božena Podrumac, Vlasta Dragoš, Anica Smrkolj, Tomaž Lunder

Dermatološka klinika, Klinični center, Zaloška c. 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1994-12-01, sprejeto 1994-12-29; ZDRAV VESTN 1995; 64: 21-3

Ključne besede: mikrosporija; *Microsporum canis*; epidemija v Sloveniji; izkušnje zdravljenja; Griseofulvin tablete in lokalno Mikonazol krema

Izvleček – Izhodišča. Mikrosporija (*Microsporum canis*) je v Sloveniji zelo razširjena. Naredili smo retrospektivno analizo večine bolnikov z mikrosporijo, ki so bili v letih 1985 do 1992 zdravljeni na Dermatološki kliniki v Ljubljani. Namen raziskave je bil ugotoviti uspešnost zdravljenja ob upoštevanju različnih dejavnikov. Primerjali smo 2 načina zdravljenja med seboj (kombinirano: Griseofulvin tablete in lokalni antimikotik in samo lokalno zdravljenje).

Metode. Iz obdobja 1985-1992 smo analizirali 1011 bolnikov z mikrosporijo. Pri vseh je bila klinična diagnoza potrjena z laboratorijskim izvidom. Večino bolnikov smo zdravili ambulantno, le 15,5% je bilo hospitaliziranih.

Rezultati. Med bolniki so prevladovali otroci do 11. leta starosti, več (60,1%) je bilo deklic kot dečkov (39,9%). Večino bolnikov (95,5%) smo zdravili kombinirano (Griseofulvin 10-20 mg/kg telesne teže/dan in lokalno antimikotik Mikonazol), le 4,5% bolnikov smo zdravili samo lokalno. Popolna ozdravitev je nastopila povprečno po 9,6 tedna z razponom med 2 in 52 tedni. Najdaljše zdravljenje je bilo potrebno pri mikrosporiji lasišča. Kombinirano zdravljenje je bilo znatno krajše (povprečno 8,5 tedna) kot le lokalno (povprečno 13,9 tedna).

Zaključki. Na čas zdravljenja mikrosporije je pomembno vplivala lokalizacija in razširjenost bolezenskih žarišč. Najbolj neugodni so bili primeri s številnimi žarišči na lasišču. Kombinirano, to je peroralno in lokalno antimikotično zdravljenje je bilo pri naših bolnikih uspešnejše, kar je pomembno iz zdravstvenega in epidemiološkega vidika.

Uvod

Mikrosporija, ki jo povzroča *Microsporum canis*, je v Evropi že dolgo razširjena v Italiji in Španiji (1, 2). V Sloveniji je bil prvi primer ugotovljen leta 1977, v naslednjih 6 letih le posamezni primeri, od leta 1984 pa je število novih primerov pričelo skokovito naraščati (3, 4).

Mikrosporijo prenašajo predvsem mačke, v manjši meri psi. Pri živalih je infekcija često oligo- ali celo asimptomatska (5). Človek se okuži običajno pri stiku z bolno živaljo, večinoma so to otroci, ki se igrajo z mačkami.

Key words: tinea; *Microsporum canis*; epidemic in Slovenia; treatment experience; oral griseofulvin, local miconazole

Abstract – Background. *Microsporum canis* infection has a high prevalence in Slovenia. A retrospective survey conducted at the Department of Dermatology in Ljubljana covered most patients with *M. canis* infection treated in the period 1985-1992. The aim of the study was to evaluate the results of two treatment methods: topical therapy given alone or in combination with oral griseofulvin.

Methods. A total of 1011 cases of *M. canis* infection were analysed. In all the patients the clinical diagnosis was confirmed by positive laboratory results. Most patients were treated on an out-patient basis, only 15.5% were admitted to the hospital.

Results. The greatest proportion of patients were children under eleven years of age. The infection was more common in girls (60.1%) than in boys (39.9%). The majority of patients (95.5%) were treated with griseofulvin in daily doses of 10-20 mg/kg BW, combined with topical miconazole. Only 4.5% of the patients received topical therapy alone. Complete recovery was observed after an average treatment period of 9.6 weeks (range 2 to 52 weeks). Scalp infections showed the slowest response to the therapy. The average duration of treatment with the combined regimen was 8.5 weeks, whereas topical treatment lasted appreciably longer, on average 13.9 weeks.

Conclusions. The site and spread of disease foci had a significant effect on the duration of therapy. The most refractory cases were those involving multiple foci on the scalp. Combined treatment with oral and local antifungals was more effective than topical therapy alone. These results are important from the clinical as well as from the epidemiological point of view.

Bolniki in metode

Napravili smo retrospektivno študijo večine bolnikov, zdravljenih na Dermatološki kliniki v Ljubljani v letih 1985-1992, z namenom ugotoviti glavne karakteristike preiskovane skupine in uspešnost zdravljenja.

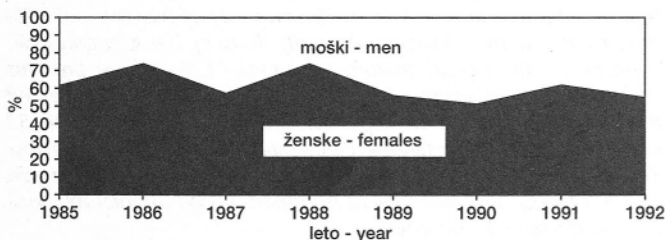
Vsi bolniki, pri katerih je bil na podlagi kliničnega pregleda postavljen sum mikrosporije, smo pregledali v mikološkem laboratoriju Dermatološke klinike KC v Ljubljani. Mikroskopsko smo pregledali kužnine, nasadili kulturo, bolezenska žarišča pa smo tudi preiskali na fluorescenco z Woodovo lučjo. Pri vseh bolnikih smo v kulturi izolirali *Microsporum canis*.

Po potrjeni diagnozi smo bolnike zdravili z Griseofulvin tabletami (10–20 mg/kg telesne teže/dan) in lokalno z imidazolnimi derivati (v večini primerov z mikonazol-Daktarin kremo, Krka). Vse bolnike smo prijavi Inštitutu za varovanje zdravja republike Slovenije na podlagi evidence bolnikov, katero smo vodili v mikološkem laboratoriju. Zbrane podatke smo posredovali tudi Republiški veterinarski upravi in Kliniki za mesojede živali veterinarske bolnice v Ljubljani.

Bolnike smo med zdravljenjem klicali na kontrolne preglede vsak četrti do peti teden. Takrat smo ponovili klinični in laboratorijski pregled. S kontrolnimi pregledi smo nadaljevali do popolne klinične in laboratorijske negativizacije. Bolnike smo smatrali ozdravljene, ko je bil poleg klinične ozdravitve dvakrat zapored negativen laboratorijski izvid (mikroskopsko, Wood in kultura). Ob kontrolnih pregledih smo kontrolirali tudi hemogram in transaminaze.

Rezultati

V obdobju 1985–1992 smo v otroški in mikološki ambulanti Dermatološke klinike KC zdravili 1011 bolnikov. Večino (854 – 84,5%) smo zdravili ambulantno, le manjši del (157 – 15,5%) je bil zdravljen v bolnišnici. Prevladovala je ženska (608 – 60,1%) nad moškim spolom (403 – 39,9%). Razlika med spoloma je bila v vseh letih podobna (sl. 1). Večina bolnikov so bili otroci do 11. leta starosti (903 – 89,3%), do dopolnjenega 15. leta starosti je bilo 965 – 95,5% bolnikov. Največ bolnikov je bilo v skupini, stari med 8–11 let (38,7%), nato so sledili tisti, stari med 4–7 let (36,1%), do 3. leta pa 14,5%. Številnejša je bila še skupina, stara od 12–15 let (6,1%). Najmlajši bolniki so bili stari eno leto, najstarejša bolnica pa je bila stara 71 let (sl. 2). Število novih primerov bolezni je v opazovanem obdobju naraščalo, manjši padec primerov smo zabeležili v letih 1988 in 1992 (sl. 3). Bolezenska žarišča so bila največkrat lokalizirana na trupu (več žarišč je imelo 55,1%, eno žarišče pa 31,8% bolnikov). Spremembe na lasišču so bile pri naših bolnikih v znatno manjšem odstotku (več žarišč na lasišču je imelo 7,7%, eno žarišče pa 5,3% bolnikov – sl. 4).



Sl. 1. Delež bolnikov po spolu v letih 1985–1992.

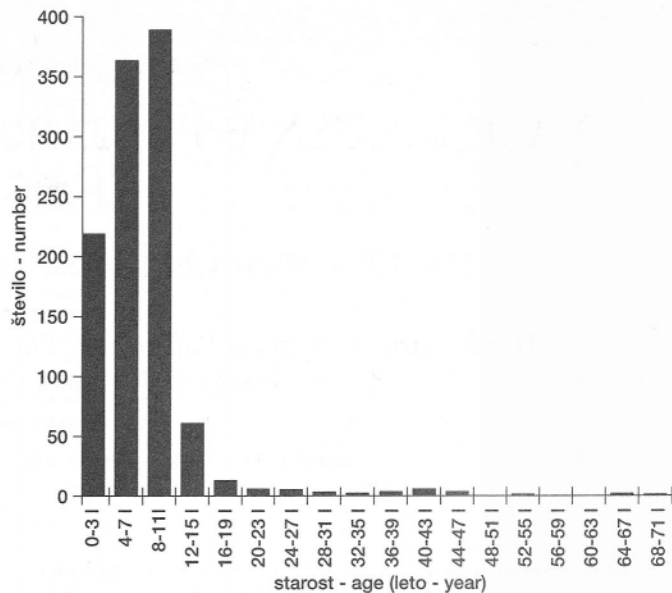
Fig. 1. Percentage of patients according to sex in the years from 1985 to 1992.

Naši bolniki so bili najštevilnejši iz Ljubljane (492 – 48,7%), in to največ iz občine Vič in Moste. Od ostalih krajev izstopajo še znana žarišča mikrosporije, kot so: Domžale (8,6%), Kamnik (6,8%), Kranj (5,1%). Omembe vredno število bolnikov je bilo še iz Postojne in Pivke.

Veliko večino bolnikov (95,5%) smo zdravili kombinirano, samo lokalno pa smo zdravili le 4,5% bolnikov. Odstotek slednjih se je v letih 1991 in 1992 povečal (6,5 oz. 13,0% – sl. 5).

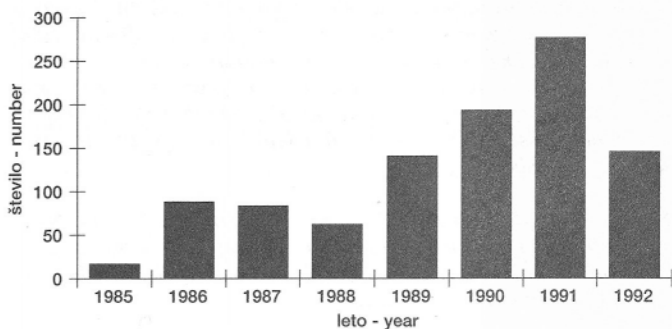
Do popolne ozdravitve smo naše bolnike zdravili povprečno 9,58 tedna. Zdravljenje je trajalo najmanj 2 tedna in največ 52 tednov (sl. 6). Največ bolnikov (324 – 32,0%) smo zdravili 8–10 tednov, sledi skupina, zdravljena od 5–7 tednov (309 – 30,6%). 93% bolnikov smo zdravili med 2–19 tedni. Daljše zdravljenje je bilo potrebno le pri 7% primerov.

Med zdravljenjem smo le pri posameznih primerih opazili blage prebavne težave (slabost, napetost) in prav tako le pri redkih



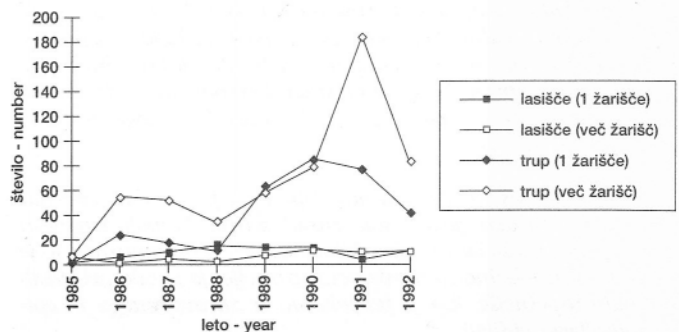
Sl. 2. Bolniki po starostnih obdobjih.

Fig. 2. Patients according to age groups.



Sl. 3. Skupno število bolnikov v letih 1985–1992.

Fig. 3. Total number of patients in the years 1985–1992.

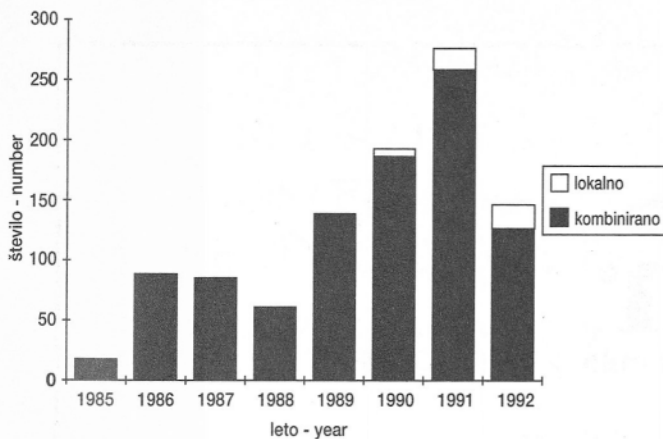


Sl. 4. Bolniki po razporeditvi kožnih žarišč v letih 1985–1992.

Fig. 4. Patients according to the distribution of skin lesions in the years 1985–1992.

bolnikov zmerno zvišanje transaminaz. V takih primerih smo prekinili zdravljenje z Griseofulvinom in nadaljevali z lokalnim zdravljenjem, nakar so se vrednosti transaminaz hitro vrnile na normalo.

Statistična analiza odvisnosti posameznih dejavnikov med seboj pokaže določene značilnosti. Primerjava lokalizacije bolezenskih žarišč glede na spol prikaže statistično pomembno razliko ($p = 0,002$) pri bolnikih z enim žariščem na lasišču. Tu je dvakrat več dečkov kot deklic (7,9 proti 3,6%). Ostale lokalizacije so pri obeh spolih podobne.



Sl. 5. Način zdravljenja v letih 1985–1992.

Fig. 2. Mode of treatment in the years 1985–1992.

Primerjava časa zdravljenja v odvisnosti od spola pokaže prav tako statistično značilno razliko ($p = 0,001$). Pri ženskem spolu je trajalo zdravljenje 9,2 tedna, pri moškem spolu pa 10,1 tedna.

Trajanje zdravljenja glede na lokalizacijo bolezenskih žarišč pokaže tudi statistično značilno razliko ($p = 0,000$). Zdravljenje je bilo najdaljše pri bolnikih z več žarišči na lasišču (20,1 tedna), slede tisti primeri z enim žariščem na lasišču (15,8 tedna). Znatno krajše je bilo zdravljenje pri bolnikih z več žarišči na trupu (8,6 tedna) in z enim žariščem (7,9 tedna). Iz primerjave časa zdravljenja glede na način zdravljenja (kombinirano ali le lokalno) vidimo, da je zdravljenje pri kombiniranem načinu trajalo povprečno 8,5 tedna, medtem ko je bil ta čas pri lokalnem načinu 13,99 tedna. Razlika je statistično značilna ($p = 0,000$).

Čas zdravljenja v odvisnosti od ambulantnega oziroma hospitalnega zdravljenja pokaže krajši čas pri ambulantnem (8,5 tedna) kot pri hospitalnem zdravljenju (15,3 tedna).

Razpravljanje

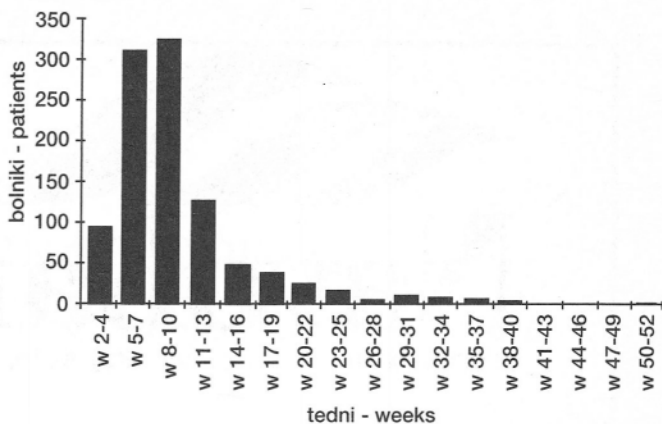
V analizo smo zajeli večino bolnikov, ki so bili v letih 1985–1992 zdravljeni na Dermatoološki kliniki KC. Ker je mikrosporija v večini primerov blaga, povrhnja mikoza, je primeren ambulantni način zdravljenja. Naši bolniki to potrjujejo, saj smo večino zdravili ambulantno. Hospitalizirali smo le bolnike, ki so imeli številna žarišča na trupu in tiste s spremembami na lasišču. Pri razširjenih oblikah na trupu je hospitalizacija primeren ukrep zaradi kužnosti teh oblik, pri lokalizaciji na lasišču pa je potrebna tudi zelo natančna toaleta lasišča.

Naša analiza potrjuje prejšnje podatke (6), da je med bolniki največ otrok, in to zlasti več deklic. Vzrok je najbolj verjetno v pogostejši igri z mačkami. Otroci pogosteje zbolijo kot odrasli, ker so pogosteje v stiku z bolno živaljo, po drugi strani pa je otroška koža dovzetnejša za okužbo. Otroška koža izloča manj loja, kateremu pripisujejo fungistatično aktivnost (7).

Naši bolniki so imeli v več kot polovici primerov številna žarišča na trupu, kar kaže na hitro širjenje okužbe pri posameznem bolniku. Pri tem je treba upoštevati dejstvo, da so to bili večinoma otroci, na katere so starši bolj pozorni.

Visok odstotek bolnikov iz Ljubljane si lahko razlagamo po eni strani z bližino zdravstvene ustanove, po drugi strani pa se okužba v urbanem, gosto naseljenem okolju hitreje širi.

Visok odstotek razširjene mikrosporije pri naših bolnikih opravičuje kombiniran način zdravljenja. Samo lokalno smo zdravili le kratek čas trajajoča, posamezna žarišča na telesu, kajti le v takem primeru lahko pričakujemo zadosten terapevtski odgovor.



Sl. 6. Trajanje zdravljenja.

Fig. 6. Duration of treatment.

Na videz nerazumljiv podatek, da smo hospitalizirane bolnike zdravili znatno dalj kot ambulantne, lahko razložimo s podatkom, da smo v bolnišnici zdravili le zelo razširjene primere in tiste z žarišči na lasišču. Ti primeri pa so zelo trdovratni na zdravljenje. Uvajanje novih peroralnih antimikotikov v zdravljenje mikrosporije (8) bo zaradi enkratnega dnevnega odmerka napravilo zdravljenje enostavnejše, morda tudi krajše.

Zaključki

1. Bolniki z mikrosporijo so bili v večini primerov otroci, prevladovala so deklice.
2. Naše bolnike smo do popolne ozdravitve zdravili povprečno 9,58 tedna, pri čemer je bila dolžina zdravljenja odvisna od lokalizacije bolezenskih žarišč. Znatno dalj smo zdravili tiste z več bolezenskimi žarišči na lasišču (20,1 tedna).
3. Veliko večino primerov smo zdravili z Griseofulvin tabletami (10–20 mg/kg/dan) in lokalno z imidazolnimi pripravki. Le 4,5% bolnikov smo zdravili le z antimikotičnimi kremami.
4. Terapevtski odgovor je bil znatno hitrejši (8,5 tedna) pri kombiniranem, kot pri samo lokalnem načinu zdravljenja (13,9 tedna).

Literatura

1. Caprilli F, Mercantini R, Marsella R. Survey on the epidemiology of *Microsporum canis* infection in the city of Rome. *Mykosen* 1979; 22: 413–20.
2. Martinez-Roig A, Torres-Rodriguez MJ. Dermatophytosis in children and adolescents. Epidemiological study in the city of Barcelona, Spain. *Mykosen* 1986; 29: 311–5.
3. Lunder M. Prispevek k epidemiologiji mikrosporije (*Microsporum canis*) v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1985; 54: 511–4.
4. Lunder M, Lunder M. Is *Microsporum canis* infection about to become a serious epidemiological problem? *Dermatology* 1992; 184: 87–9.
5. Simčič V, Lunder M, Brglez I, Kraigher A, Glavač J, Orožim E. Model interdisciplinarne obravnave mikrosporije. Zbornik referatov VII. Simpozija o aktualnih boleznih malih živali. Rogaška Slatina: Slovensko združenje veterinarjev za male živali 1994: 3–6.
6. Lunder M, Podrumac B. Epidemija mikrosporije v Sloveniji. II. Kogojevi dnevi. Zbornik predavanj. Ljubljana: Univerzitetna dermatološka klinika KC 1988: 75–80.
7. Roberts SOB, Mackenzie DWR. Mycology. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. *Textbook of Dermatology*. 4th ed. Vol. 2. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988; 899–900.
8. Farkas B, Korom I, Dobozy A. Terbinafine in the treatment of infections caused by *M. canis* and *T. verrucosum*. *International Perspective on Lamisil*. London: CCT Health Care Communications Limited 1994: 52–3.



Navoban[®]

tropisetron

kapsule, ampule

Visoko selektivni antiemetik

- antagonist 5HT₃ receptorjev
- učinkovit v preprečevanju akutne in zapoznele slabosti in bruhanja
- ne povzroča sedacije in ekstrapiramidnih stranskih učinkov
- Navoban se po oralni aplikaciji zelo hitro in popolno absorbira
- odmerek za vse bolnike je 5 mg na dan
- omogoča zdravniku specialistu, da predpiše optimalno kemoterapijo
- bolniku pa izboljša kvaliteto življenja



Navoban[®]

tropisetron

novost iz proizvodnega programa



SANDOZ

Podrobne informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA TD BASEL,
Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107/XI; tel. 168-14-22, fax. 340-096.

Pregledni prispevek/Review article

EHOKARDIOGRAFSKA DIAGNOSTIKA NAJPOGOSTEJŠIH RAZVOJNIH ANOMALIJ IN BOLEZNI PREDDVORNEGA PRETINA V ODRASLI DOBI

ECHOCARDIOGRAPHIC ASSESSMENT OF MOST FREQUENT CONGENITAL ANOMALIES AND DISEASES OF THE INTERATRIAL SEPTUM IN ADULTHOOD

Mirta Koželj¹, Risto Angelski²

¹ Kardiološka klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

² Kardiološka ambulanta, ZD Ljubljana-Bežigrad, Kržičeva 10, 61000 Ljubljana

Prispelo 1994-11-07, sprejeto 1994-12-30; ZDRAV VESTN 1995; 64: 25-9

Ključne besede: ehokardiografija; preddvorni pretin; prirojene anomalije; bolezni; odraslo obdobje

Izveček – Izhodišča. Avtorja prikazujeta uporabnost ehokardiografije pri diagnostiki najpogostejših razvojnih anomalij in bolezni preddvornega pretina v odrasli dobi.

Metode. Uporabljena je bila transtorakalna, transezofagealna in kontrastna ehokardiografija v eno- in dvodimenzionalni tehniki ter use Dopplerjeve diagnostične metode.

Rezultati. Omenjene diagnostične ehokardiografske metode omogočajo natančno morfološko in funkcionalno opredelitev najpogostejših razvojnih anomalij in bolezni preddvornega pretina.

Zaključki. Ehokardiografija omogoča enostavno, hitro in neinvazivno diagnostiko, opredelitev morfologije in funkcionalnega stanja srca pri prirojenih anomalijah in boleznih preddvornega pretina.

Key words: echocardiography; interatrial septum; congenital anomalies; diseases; adulthood

Abstract – Background. The authors deal with usefulness of echocardiographic assessment of most frequent congenital anomalies and diseases of the interatrial septum in adulthood.

Methods. All echocardiographic procedures has been used: transthoracic, transesophageal and contrast echocardiography in M-mode, two-dimensional and all Doppler echocardiographic methods.

Results. All echocardiographic procedures enables exact morphologic and functional properties of all anomalies of the interatrial septum.

Conclusions. Echocardiography is simple, quick and noninvasive diagnostic procedure for exact assessment of most frequent congenital anomalies and diseases of the interatrial septum in adulthood.

Uvod

Bolezni preddvornega pretina (PP), ki jih srečamo v odrasli dobi, delimo na prirojene anomalije in na pridobljene bolezni in poškodbe. Prirojene hibe PP razdelimo glede na mesto defekta in glede na embrionalni razvoj. Prirojene anomalije so okvara PP tipa primum, tipa sekundum, tipa sinus venozus in sinus koronarius ter anevrizma PP. Odprt foramen ovale je posebno stanje, ki le pri posebni hemodinamski situaciji predstavlja bolezensko stanje. Med pridobljene bolezni sodi prizadetost PP pri infiltrativnih boleznih srca in lipomatozna degeneracija PP. PP je lahko prizadet tudi zaradi tumorozne rašče v tem predelu.

Ehokardiografsko sliko okvare PP lahko srečamo tudi zaradi poškodbe med balonskim širjenjem mitralne zaklopke ali po transseptalni kateterizaciji srca.

Tako prirojene, predvsem pa pridobljene anomalije PP, se najlažje prepoznajo z ehokardiografskimi preiskovalnimi metodami. Pristop je lahko transtorakalni ali transezofagealni.

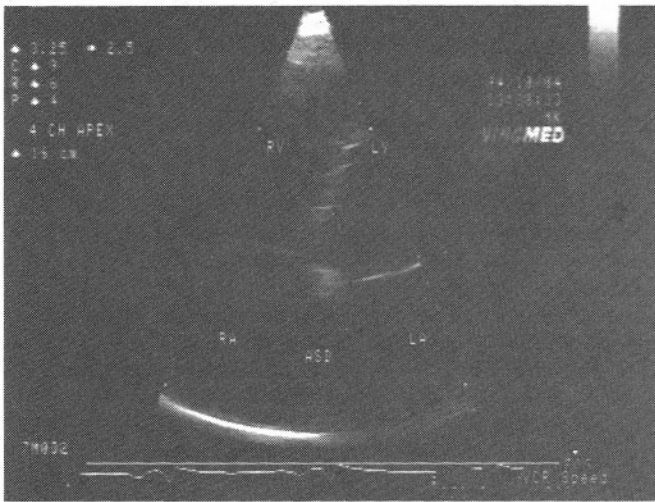
Kljub vedno boljši zgodnji diagnostiki prirojenih srčnih napak še vedno tudi v odrasli dobi zasledimo dokaj pogosto okvare PP.

Prirojene okvare PP, predvsem tipa sekundum, so tudi najpogostejše spremembe, ki jih ugotovimo z ehokardiografijo. Pridobljene bolezni srečamo le izjemoma kot veliko posebnost.

Ehokardiografske in dopplerske značilnosti PP

Ehokardiografija je v diagnostiki prirojenih hib PP skoraj povsem nadomestila kateterizacijo srca tudi pri odraslih, predvsem zato, ker je možno oceniti sistolični pljučni tlak z dopplersko ehokardiografijo (DE), če istočasno obstaja tudi trikuspidalna regurgitacija (1-3). Cilj ehokardiografske preiskave pri okvari PP je oceniti mesto okvare (1), oceniti volumen in smer kratkega spoja (2) in prepoznati morebitne pridružene prirojene hibe (4), ki spremljajo okvaro PP.

Ehokardiogram hemodinamsko pomembne okvare PP kaže klasične ehokardiografske znake volumske obremenitve desnega prekata (DPR): desni preddvor (DP) in DPR sta povečana, prekatni pretin se giblje paradokсно, pljučna arterija je razširjena.



Sl. 1. Okvara preddvornega pretina v apikalni projekciji »štirih votlin«. RV – desni prekat; LV – levi prekat; RA – desni preddvor; LA – levi preddvor; ASD – okvara preddvornega pretina tip sekundum.

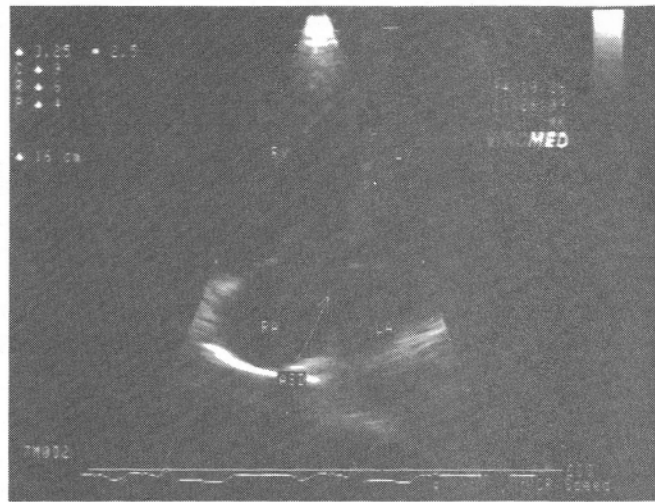
Fig. 1. Atrial septal defect in apical «four chamber» echocardiographic view. RV – right ventricle; LV – left ventricle; RA – right atrium; LA – left atrium; ASD – atrial septal defect – ostium secundum type.

Okvara PP tipa secundum (sl. 1) se najbolje prikaže z ehokardiografijo v projekcijah »štirih votlin« subksifoidno ali apikalno in v parasternalni projekciji po kratki osi. Okvara je lokalizirana v sredini PP v predelu fossae ovalis. Okvara ni vedno prepoznavna, posebno če ehokardiografski posnetek ni tehnično najboljši ali če je okvara fenestrirana. Po drugi strani pa zaznamo, posebno v apikalni projekciji »štirih votlin«, pogosto lažno okvaro (drop-out). Barvno označena DE je močno izboljšala diagnostiko okvar PP, saj s to metodo dokažemo nenormalen pretok krvi skozi okvaro (levo-desni kratki spoj).

Okvara PP tipa primum (sl. 2) je prav tako najbolje prepoznavna z ehokardiografijo v projekciji »štirih votlin«. Okvara leži v inferoposteriornem delu pretina in sega do narastišča mitralne in trikuspidalne zaklopke. Pomemben diagnostični znak je tudi vzporedno narastišče mitralne in trikuspidalne zaklopke (4). Pri zdravih ljudeh je trikuspidalna zaklopka naraščena nekoliko bolj apikalno (1 do 10 mm) kot mitralna zaklopka. V parasternalni projekciji po kratki osi opazimo razcep sprednjega lista mitralne zaklopke. Pozorni moramo biti na morebitne kombinacije z visoko okvaro prekatnega pretina in subaortno stenozo. Okvaro PP tipa sinus venozus je veliko težje dokazati. Ta okvara leži po navadi v zgornjem delu PP v bližini vtočišča zgornje votle vene. Veliko redkeje je lokaliziran inferiorno ob vtočišču spodnje votle vene. Najlažje ga dokažemo v subksifoidni projekciji s prikazom vtoka zgornje votle vene. Pri odraslih bolnikih je to projekcijo zelo težko izpeljati. Veliko lažje to okvaro dokažemo s transezofagealno ehokardiografsko (TEE) preiskavo. Okvara tipa sinus venozus pogosto spremlja anormalen vtok desnih pljučnih ven. Barvno označena DE pomaga pri točni lokalizaciji okvare.

Najredkeje se pojavlja okvara tipa sinus koronarius, pri kateri je spoj med koronarnim sinusom in levim preddvorom (LP). Pogosto spremljajo to hibo še druge anomalije, najpogosteje persistentna leva zgornja votla vena (4).

Barvno označena DE prikaže okvaro PP v obliki toka krvi iz LP v DP. Hitrost toka krvi prek okvare je majhna in dosega okoli 1,5 m/s, največja hitrost toka krvi je v pozni sistoli in zgodnji diastoli prekatov. S pomočjo hitrosti retrogradnega toka krvi prek trikuspidalne zaklopke, saj trikuspidalna regurgitacija skoraj vedno obstaja, ocenimo sistolični tlak v DPR. Povečani pretok v pljučni arteriji pa se odraža na nekoliko pospešeni hitrosti toka



Sl. 2. Okvara preddvornega pretina v apikalni projekciji »štirih votlin« (kontrastna ehokardiografija). RV – desni prekat izpolnjen z ebo-kontrastno snovjo; RA – desni preddvor izpolnjen z ebo-kontrastno snovjo; ASD – okvara preddvornega pretina; LA – levi preddvor. Puščica kaže izpiranje kontrasta zaradi levo-desnega kratkega spoja v področju ASD tipa sekundum.

Fig. 2. Atrial septal defect in apical «four chamber» echocardiographic view (contrast echocardiography). RV – right ventricle with echo contrast; RA – right atrium with echo contrast; ASD – atrial septal defect; LA – left atrium. Arrow shows the wash-out effect due to left-to-right shunt through atrial septal defect.

krvi v njej. Pri okvarah tipa sekundum je pogost prolaps mitralne zaklopke (v 10–20% primerov) (4, 5), ki pa redko povzroča pomembno mitralno insuficienco. Pri okvarah tipa primum nastane mitralna insuficienca zaradi razpoka sprednjega lista mitralne zaklopke.

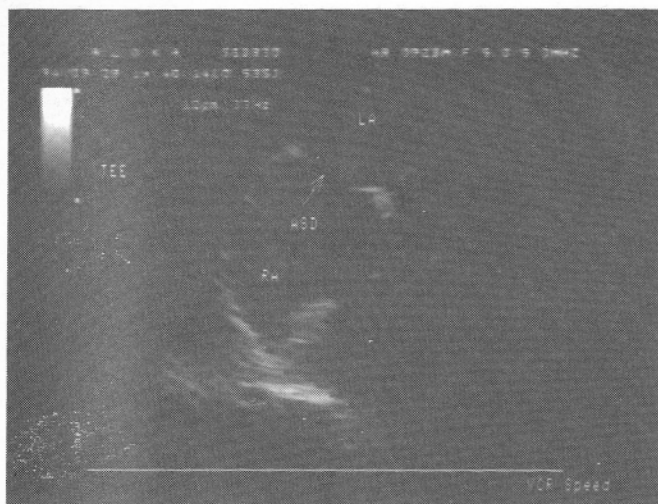
Za izračunavanje velikosti levo-desnega kratkega spoja po navadi uporabljamo izračun pretoka krvi s področja pljučne arterije in ascendente aorte. Napake so možne pri meritvah širine pljučne arterije ali pri precenitvi pretoka krvi (6).

TEE (sl. 3) je pomembna metoda za prikaz okvar PP ne glede na mesto okvare, najpomembnejša je seveda za prepoznavo okvare tipa sinus venozus. S TEE prikažemo z malo spretnosti tudi nepravilen vtok pljučnih ven v DP, kar je posebno pogosto pri okvarah tipa sinus venozus (7, 8). TEE ima izjemno visoko občutljivost in specifičnost, ki v izkušenih rokah dosega 100%. Ta metoda je izbira v primerih, ko je transtorakalni izvid nejasen (3). Kadar je klinični izvid ali transtorakalna ehokardiografija preiskava sumljiva oz. sta sumljivi obe preiskavi, se vedno odločimo za transezofagealno preiskavo (8).

Pred uvedbo barvno označene DE je bila v ehokardiografski diagnostiki okvar PP nepogrešljiva kontrastna ehokardiografija (KE). Tudi danes ni povsem izgubila svojega pomena. Značilen izvid za okvaro PP predstavlja pojav negativnega kontrasta v DP (sl. 4). Ta pojav nastane zaradi pritekanja krvi iz LP skozi okvaro v pretinu v DP, kjer razredči v ozkem curku kontrast. Po navadi pa skoraj vedno nekaj kontrasta zaide v LP, posebno pri sočasnem izvajanju Valsalva manevrov (9).

Trajno odprt foramen ovale

Foramen ovale (FO) pri 20–25% ljudi v odrasli dobi ni fiksno zaprt. Pri bolnikih s prirojenimi srčnimi hibami ta delež presega 30%. Tak FO se lahko odpre pri zvišanem tlaku v DP in nastane desno-levi kratki spoj, ki je lahko povsem kratkotrajen, vendar vseeno predstavlja možnost za paradokso embolijo.



Sl. 3. Okvara preddvornega pretina v apikalni projekciji »štirik votlin«. RV – desni prekat; LV – levi prekat; RA – desni preddvor; LA – levi preddvor; ASD – okvara preddvornega pretina. Puščica kaže okvaro preddvornega pretina tipa primum.

Fig. 3. Atrial septal defect in apical »four chamber« echocardiographic view. RV – right ventricle; RA – right atrium; LA – left atrium; ASD – atrial septal defect. Arrow shows atrial septal defect type ostium primum.



Sl. 4. Transezofagealni prikaz okvare preddvornega pretina v predelu fossae ovalis (tip sekundum). LA – levi preddvor; RA – desni preddvor; ASD – okvara preddvornega pretina. Puščica označuje okvaro preddvornega pretina.

Fig. 4. Transoesophageal echocardiographic view in a patient with atrial septal defect within the oval fossa (type ostium secundum). LA – left atrium; RA – right atrium; ASD – atrial septal defect. Arrow shows atrial septal defect.

Možne pa so tudi transformacije odprtega FO pri nenormalnih pogojih v srcu. Pri močno povečanem LP (npr. pri mitralni stenozi) se FO močno raztegne in valvula foraminis ovalis postane inkompetentna in nastane levo-desni kratki spoj. Zaklopka lahko celo prolabira v DP (10).

Do uvedbe TEE je bil odprt FO zelo težko prepoznavno stanje. S TEE prikažemo to področje z zelo dobro ločljivostjo. V mirovanju ne moremo ugotoviti nobenih posebnosti. Prehodnost ugotovimo z barvno označeno DE ali s KE med Valsalva manevrom. KE je bolj občutljiva metoda za ugotavljanje prehodnosti FO kot DE (11). Incidenca odprtega FO je zelo visoka pri bolnikih z možgansko kapjo, posebno pri skupini z neznanim vzrokom. Lechat je s sodelavci ugotovil incidenco 54% pri 60 bolnikih z možgansko kapjo pod starostjo 55 let (12). Ta podatek potrjuje prepričanje, da je paradokсна embolija lahko vzrok možganske kapi v mnogih primerih, še posebno pri mlajših, kjer vzrok bolezni ni znan. Pri tej skupini bi morali izvajati TEE s kontrastom kot presejalno metodo za odkrivanje vzroka bolezni (13, 14).

Okvara PP pri balonski dilataciji mitralne zaklopke

Po transseptalni kateterizaciji srca, posebno pa po balonski dilataciji mitralne zaklopke, je možno, da po posegu z barvno označeno DE odkrijemo manjši levo-desni kratek spoj na ravni PP. Ta kratek spoj ni hemodinamsko pomemben. Na tem mestu omenjamo to okvaro zato, da opozorimo na možen ehokardiografski ugotovitev, ki ga lahko srečamo pri bolnikih po balonski dilataciji mitralne zaklopke (10).

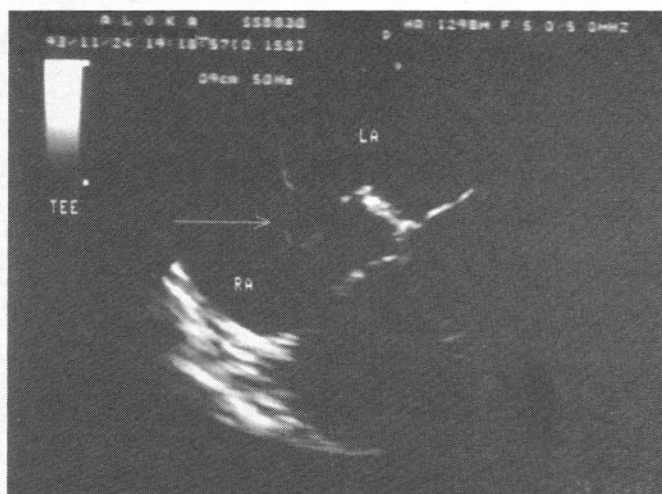
Anevrizma preddvornega pretina

Anevrizma preddvornega pretina (APP) pomeni izbočenje pretina proti levemu ali desnemu preddvoru (15, 16). Običajno se nahaja v področju fossae ovalis (sl. 5). Novejše ugotovitve opisujejo APP kot slučajni ugotovitev pri ehokardiografski preiskavi brez po-

vezave s spremembami, ki povzročajo razliko v tlakih med obema preddvoroma. Z TEE se je prevalenca zbolejša povečala na 3%. TEE omogoča boljši pregled preddvornega PP s pomočjo prečnih in vzdolžnih ravnin, ki niso vzporedne s pretinom. Občutljivost zaznave APP s pomočjo TEE je večja tudi zaradi bližine srčnih struktur in uporabe ultrazvočnih pretvornikov večje frekvence (5 MHz). Prevalenca APP je večja pri tistih bolnikih, pri katerih TEE izvajamo zaradi opredelitve neznanih vzrokov možganske ishemije (15%), v primerjavi z bolniki, pri katerih TEE izvajamo zaradi drugih vzrokov (3%) (17, 18). Dvodimenzionalna transtorakalna ehokardiografija omogoča hitro in natančno zaznavo APP. PP vidimo pri vpogledu v štiri srčne votline s srčne konice, subkostalno ali pri prečnem pregledu ob prsni kosti v višini velikih srčnih žil. APP se prikaže kot tanek, omejeni del centralnega dela PP, ki se boči proti enemu ali drugemu preddvoru. APP je lahko stalno izbočena samo proti enemu preddvoru ali se giblje med obema preddvoroma glede na srčno akcijo in dihanje (19).

APP delimo na anevrizme v področju fossae ovalis in na anevrizme celega PP. Anevrizme v področju fossae ovalis so pogostejše od anevrizem celega PP. Slednja je pogosto povezana z drugimi prirojenimi napakami, posebno pri desno-levih kratkih spojih. V nekaterih primerih je bočenje celotnega PP tako obsežno, da lahko povzroči delno zožitev mitralnega ustja. Hanley je s sodelavci na osnovi TEE izvidov postavil kriterije za postavitve diagnoze ehokardiografsko (20). Vsota višine bočenj proti enemu ali (in) drugemu preddvoru mora biti 15 mm ali več. Hanley je APP razvrstil v več tipov. Pri tipu 1A se anevrizma stalno boči proti desnemu preddvoru. Tip 1B ima dominantno bočenje proti desnemu preddvoru, delno proti levemu, pri tipu 1C se pojavlja bočenje pri levemu preddvoru ob vsakem srčnem utripu. Značilnost tipa 2 je stalno bočenje proti levemu preddvoru (20).

APP je pomembna predvsem v povezavi s foramen ovalae apertum, saj zaradi možnosti desno-levega pretoka krvi na ravni PP lahko nastopi t.i. paradokсна embolizacija možganov. V področju APP se lahko razvijejo trombi različne velikosti, ki so lahko vzrok embolijam v področju možganov, še posebej ob prisotnem foramen ovalae apertum, primum ali secundum defektu PP. APP je lahko povezana s številnimi drobnimi odprtini PP (21).



Sl. 5. Aneurizma preddvornega pretina, prikazana s transezofagealno ehokardiografijo. LA – levi preddvor; RA – desni preddvor. Puščica kaže aneurizmo preddvornega pretina.

Fig. 5. Transoesophageal echocardiography in a patient with aneurism of atrial septum. LA – left atrium; RA – right atrium. Arrow shows the aneurism of atrial septum.



Sl. 6. Transezofagealni ehokardiografski prikaz lipomatozne hipertrofije preddvornega pretina. LA – levi preddvor; RA – desni preddvor; IAS – preddvorni pretin.

Fig. 6. Transoesophageal echocardiography in a patient with lipomatous hypertrophy of interatrial septum. LA – left atrium; RA – right atrium; IAS – interatrial septum.

Lipomatozna hipertrofija preddvornega pretina

Lipomatozna hipertrofija preddvornega pretina (LHPP) je benigna sprememba PP, za katero je značilno nalaganje maščobnega tkiva v PP. Bolezen večinoma ugotavljamo kot slučajni ehokardiografski ugotovitev, ki ga je prvi opisal patolog Prior leta 1964 (22). Odsotnost maščobnih celic brez ovojnice in prisotnost fetalnih maščobnih celic loči to bolezen od lipoma (23, 24). LHPP ugotavljamo z ehokardiografijo (sl. 6), s pomočjo kompjuterizirane tomografije (KT) in magnetne resonance (MR). KT in MR lahko pokažeta širjenje bolezni v ostala področja srca, predvsem v področje srčnih sten in prekatnega pretina (25).

MR omogoča analizo tkivne sestave tako spremenjenega PP in ločitev od drugih tkivnih struktur (cista, tkivo novotvorb, amiloidoza) (26). Tkivna opredelitev LHPP je mogoča tudi z biopsijo PP (24).

Maščobno tkivo je normalno prisotno v PP, posebno pri debelih osebah in pri starejših. Za bolezen je značilna zadebelitev spodnjega in zgornjega dela PP. V področju fossae ovalis je pretin normalne debeline.

Ehokardiografsko moramo ločiti LHPP od amiloidoze, ki običajno prizadene srčno mišico obeh prekatov in daje sliko restriktivne kardiomiopatije (27, 28). Primarni in sekundarni tumorji lahko dajejo podobno sliko, vendar je MR pomembna pri ločitvi LHPP od drugih bolezni (29, 30).

LHPP je povezana z mnogimi motnjami ritma. To spoznanje je pomembno pri opredelitvi vzroka neznanim aritmijam.

Literatura

1. Freed MD, Nadas AS, Norwood WI. Is routine preoperative cardiac catheterization necessary before repair of secundum and sinus venosus atrial septal defects? *J Am Coll Cardiol* 1984; 4: 333–6.
2. Shub C, Tajik AJ, Seward JB. Surgical repair of uncomplicated atrial septal defect without «routine» preoperative cardiac catheterization. *J Am Coll Cardiol* 1985; 6: 49–54.
3. Lin SL, Ting CT, Chen CH, Chang MS, Chen CY et al. Transesophageal echocardiographic detection of atrial septal defect in adults. *Am J Cardiol* 1992; 69: 180–2.
4. Staffen RN, Davidson WR. Echocardiographic assessment of atrial septal defects. *Echocardiography* 1993; 10: 545–52.

5. Mahoney LT. Acyanotic congenital heart diseases. *V. Cardiology Clinics* 1993; 11: 603–16.
6. Smith FC, Obeid AI. Adult congenital heart diseases. In: Obeid AI. *Echocardiography in clinical practice*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992: 244–309.
7. Stümper OFW, Sutherland GR. Congenital heart disease in adolescents and adults. In: Sutherland GR, Roeland JRTC, Fraser AG, Anderson RH. *Transesophageal echocardiography in clinical practice*. London: Gower Medical Publishing, 1991: 14.1–14.4.
8. Kronzon I, Tunick PA, Freedberg RS, Trehan N, Rosenzweig BP, Schwinger ME. Transesophageal echocardiography is superior to transthoracic echocardiography in diagnosis of sinus venosus atrial septal defects. *J Am Coll Cardiol* 1991; 17: 537–42.
9. Armstrong WF. Congenital heart disease. In: Feigenbaum H. *Echocardiography*. Philadelphia: Lea&Febiger, 1986: 365–461.
10. Tucaković G. Embrionalni razvoj atrialnog septuma i patologija prolaznog foramena ovalis. In: Đorđević BS, Kanjuh VI. *Beograd: Urodjene srčane mane*, 1974: 79–145.
11. Pozzoli M, Smyllie JH, Roeland JRTC. Atrial lesions. In: Sutherland GR, Roeland JRTC, Fraser AG, Anderson RH. *Transesophageal echocardiography in clinical practice*. London: Gower Medical Publishing, 1991: 4.1–4.14.
12. Lechat P. Prevalence of patent foramen ovale in patients with stroke. *N Engl J Med* 1988; 318: 1148–52.
13. Arthur J Labovitz. The increasing role of transesophageal echocardiography in unexplained cerebral ischemia. *Echocardiography* 1993; 10: 363–5.
14. Camilo R Gomez, Roekchai Tulyapronchote. Neurologists perspective in the evaluation of ischemic stroke. *Echocardiography* 1993; 10: 367–72.
15. George M Kichura, Castello R. Abnormalities of the interatrial septum as a potential cardiac source of embolism. *Echocardiography* 1993; 10: 441–9.
16. Errichetti A, Weyman AE. Cardiac tumors and masses. In: Arthur E Weyman. *Principles and Practice of Echocardiography*. Second edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1994: 1135–77.
17. Schneider B, Hanrath P, Vogel P. Improved morphologic characterisation of atrial septal aneurysm by transesophageal echocardiography: Relation to cerebrovascular events. *Am Coll Cardiol* 1990; 16: 1000–9.
18. Pearson AC, Nagelhot D, Castell R. Atrial septal aneurysm and stroke: A transesophageal study. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18: 1223–9.
19. Goldman ME. Congenital Heart Disease in the Adult. In: Goldman ME. *Clinical atlas of transesophageal echocardiography*. Mount Kisco: Futura Publishing Company, 1993: 303–47.
20. Hanley PC, Tajik AJ, Hynes JK. Diagnosis and classification of atrial septal aneurysm by two-dimensional echocardiography: Report of 80 consecutive cases. *Am J Cardiol* 1985; 6: 1370–82.
21. Belkin RN, Waugh RA, Kisslo J. Interatrial shunting in atrial septal aneurysm. *Am J Cardiol* 1986; 57: 313–12.
22. Prior JT. Lipomatous hypertrophy of cardiac interatrial septum. *Arch Pathol* 1964; 78: 11–5.

23. Hutter AM, Page DL. Atrial arrhythmias and lipomatous hypertrophy of cardiac interatrial septum. *Am Heart J* 1971; 82: 16–21.
24. Cohen IS, Raiker K. Atrial lipomatous hypertrophy: lipomatous atrial hypertrophy with significant involvement of the right atrial wall. *J Am Soc Echocardiogr* 1993; 6: 30–4.
25. Stone GW, O'Kell RT, Good TZ, Hartzler GO. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: Diagnosis by percutaneous transvenous biopsy. *Am Heart J* 199; 119: 406–8.
26. Simons M, Cabin HS, Jaffe CC. Lipomatous hypertrophy of the atrial septum: diagnosis by combined echocardiography and computerised tomography. *Am J Cardiol* 1984; 54: 485–6.
27. Schulthess GK. MRI of the heart and great vessels. In: Lissner I. MR: State of the art. Syllabus. Categorical course. *ECR* 1991: 112–4.
28. Siquira-Filho AG, Cunha CLP, Tajik AJ, Seward JB, Schattenberg TT, Guiliani ER. M-mode and two-dimensional echocardiographic features in cardiac amyloidosis. *Circulation* 1981; 63: 188–96.
29. Falk RH, Plehn JF, Deering T, Schick EC, Boinay P, Rubinov A et al. Sensitivity and specificity of the echocardiographic features of cardiac amyloidosis. *Am J Cardiol* 1987; 59: 418–22.
30. Panidis IP, Kotler MN, Mintz GS, Ross J. Clinical and echocardiographic features of right atrial masses. *Am Heart J* 1984; 107: 745–55.

PREPROSTO • KRATKO • UČINKOVITO

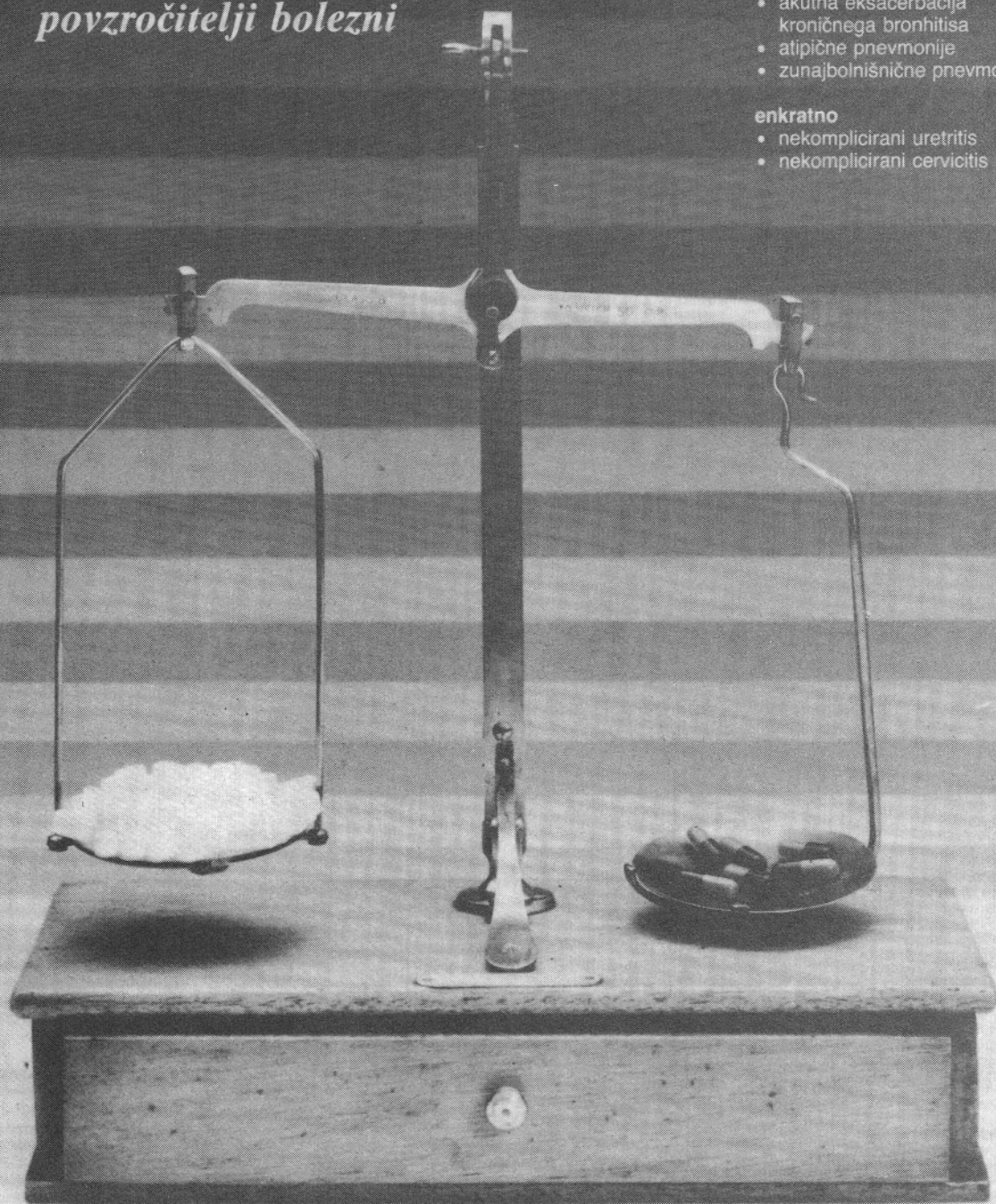
*Sumamed deluje
na mikroorganizme,
ki so najpogostejši
povzročitelji bolezni*

enkrat na dan 5 dni

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

enkratno

- nekomplcirani uretritis
- nekomplcirani cervicitis



Sumamed[®]
azitromicin



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

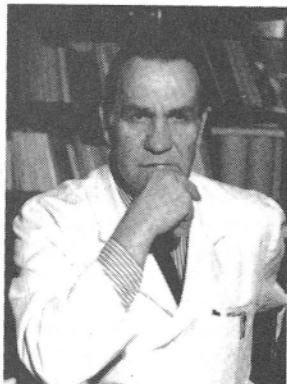
Jubileji

PROF. DR. DRAŠKO VILFAN – OSEMDESETLETNIK

Tomaž Tomažević

Prof. dr. Draško Vilfan, eden velikih seniorjev slovenskih ginekologov, je 4. februarja 1994 praznoval svoj osemdeseti rojstni dan. Na svoj veliki praznik nas je učence sijoč in iskrič sprejel ter pogostil kot stare prijatelje. V vedrem razpoloženju se je spominjal neštevilnih dogodkov, ki so zaznamovali njegovo življenjsko pot. Med drugim nam je zaupal tudi to, kako je postal vrhunski športnik. Ko se je kot deček iz Trsta preselil v Kranj, se je lahko plavanju posvečal le tako, da je na Savi veliko plaval proti toku. Na prvi preizkušnji je postavil plavalški rekord in tako je vrhunsko plavanje zaznamovalo njegova študentska leta. Plavanje proti toku pa je nemara v veliki meri zaznamovalo tudi njegovo zdravniško pot.

V letih 1929 do 1937 je bil prof. dr. D. Vilfan državni prvak in rekorder v plavanju na 100 m kravl in 100 m hrbtno in leta 1936 jugoslovanski olimpijec v Berlinu. Lahko rečemo, da je bil profesor kot športnik kratkoprogaš, kot mislec – na zdravniškem področju – pa dolgoprogaš.



Rodil se je v Trstu. Izhaja iz družine znanih intelektualcev. Njegov ded je bil gradbeni inženir in uveljavljen graditelj vzhodno-jadranskih pristanišč (Trst, Reka, Ston, Dubrovnik), njegov oče je bil pravnik in evropsko poznan liberalni politik – strokovnjak za manjšinska vprašanja (Slovinci v Italiji).

Po gimnazijskih letih v Kranju in Ljubljani in maturi leta 1932 na klasični gimnaziji v Ljubljani se je vpisal na medicinsko fakulteto na Dunaju in tam leta 1939 promoviral. Med študijem je leto dni hospitaliral pri znanem prof. K. Sternbergu na dunajskem pato-anatomskem inštitutu. Specializacijo iz ginekologije in porodništva je začel leta 1940 v Beogradu, specialistični izpit pa je opravil leta 1946 v Ljubljani. Leta 1948 je bil izvoljen za asistenta, leta 1956 za docenta, leta 1972 za izrednega profesorja in leta 1976 za rednega profesorja Medicinske fakultete v Ljubljani.

Po svojem rodu vsestransko nadarjen, se je posvetil ginekologiji in porodništvu ter slovenskemu zdravstvu nasploh: kot neprekosljiv porodničar, kot virtuozni kirurg, kot znanstvenik, kot organizator zdravstva, kot iskrič govornik, predavatelj in pedagog, kot bleščeč publicist in v letih 1973 do 1980 priljubljen direktor Ginekološke klinike v Ljubljani.

Največ je raziskoval fiziologijo in patofiziologijo nosečnosti. Izsledke je prenašal na tedaj novo področje pred- in poporodnega varstva. V antenatalnem varstvu je poleg ginekološke preventive videl tudi vejo preventivne pediatrije. Po angleških izkušnjah je področje presadil na naša tla. S tega področja je tudi njegovo docentsko delo o eklampsiji.

Veliko svojih moči je namenil organizacijskim vprašanjem v zdravstvu. Z njimi se je srečal že v partizanih, nato kot šef

poliklinične službe pri zveznem ministrstvu, kot organizator ginekoloških dispanzerjev in kot direktor klinike. Svoje nazore in načrte je razložil v številnih objavah, ki so zbudile veliko zanimanje v medicinskih in zunajmedicinskih krogih in so pomembno vplivale na razvoj slovenskega zdravstva.

Ker je razumel moč medicinske informatike in pomen nacionalne statistike, se je pionirsko posvetil tedaj moderni mehanografski obdelavi podatkov in v letih od 1960 do 1965 objavljajl monografije z naslovom Statistični letopis ginekološke hospitalne službe za Slovenijo. Delo je nadaljeval s pomočjo računalnika in leta 1971 obranil doktorsko disertacijo z naslovom »Objektivizacija in kvantifikacija zdravstvenega dela s pomočjo kompjutorja – pogoj za nadaljnji razvoj našega zdravstva«. Mnoge njegove znanstvene ugotovitve o ekonomskih zakonitostih in racionalno organizirani zdravstveni službi še vedno ostajajo vizija daljne prihodnosti.

V šestdesetih letih je mlajše sodelavce začel spodbujati za uvajanje moderne tehnologije v ginekologijo in porodništvo. Od tod zametki sodobne perinatologije. Uvedba vakuumskega aspiratorja je spremenila tehnologijo prekinitve nosečnosti. Film, ki je o tem posnet, je obšel svet. To so bili prvi koraki tehnološke revolucije v slovenski ginekologiji in porodništvu.

Prof. Vilfan je slovel kot odlični pedagog. Uvajal je sodoben pouk. Med drugim je vodil tudi znamenite internate ter fantomske in rigorozantske tečaje. Predavanja je pestril z umetniškimi skicami. Te so razodevale njegov izjemen risarski talent. Poleg stroke je s študenti kot erudit in športnik v prijateljski razdalji rad razpravljajl o vsem, tudi zunaj stroke.

Zavzemal se je za reformo medicinskega študija, in sicer za uvedbo etapnega, invertnega in specializiranega študija. Pri tem je na fakulteti doživel velik odpor. Vendar je do nekaterih sprememb kasneje vseeno prišlo. V veliko veselje mu je bilo, ko so njegovi usmerjeni študentje, kasneje mladi specialisti, pri 30 letih uspešno izvrševali težke operativne posege in uvajali nove metode v ginekologijo.

Kot publicist je objavil blizu sto raziskovalnih, strokovnih in poljudnih del. Ta, poleg visoke strokovnosti ter vizije prihodnosti, razodevajo še veliko fineso in ljubezen do slovenskega jezika.

Vedno je verjel v pravična medčloveška razmerja. O razmerju med zdravnikom in bolnikom, o svobodni izbiri zdravnika, o zdravniški hierarhiji, o razdelitvi dela je napisal več čudovitih razprav. Njegov pogled na medčloveška razmerja lepo označuje zgodba o zvoncu. Šefov prihod so tedaj na ginekološki kliniki oznanjali z zvonjenjem. Za ostale zdravnike je bilo to poniževalno. Prof. Vilfan, ki je tedaj imel visok položaj višjega asistenta, je poskrbel za to, da je zvonec ostentativno potonil v Ljubljani.

Na podelitvi zlate dunajske diplome s strani avstrijskega veleposlaništva pred štirimi leti nas je profesorjevo zdravje močno skrbelo. Zato smo visokega jubileja prof. dr. Draška Vilfana slovenski ginekologi še posebej veselili. Še naprej mu želimo zdravja in sreče.

Medikohistorična rubrika

OB 100. OBLETNICI KIRURŠKEGA ODDELKA SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO

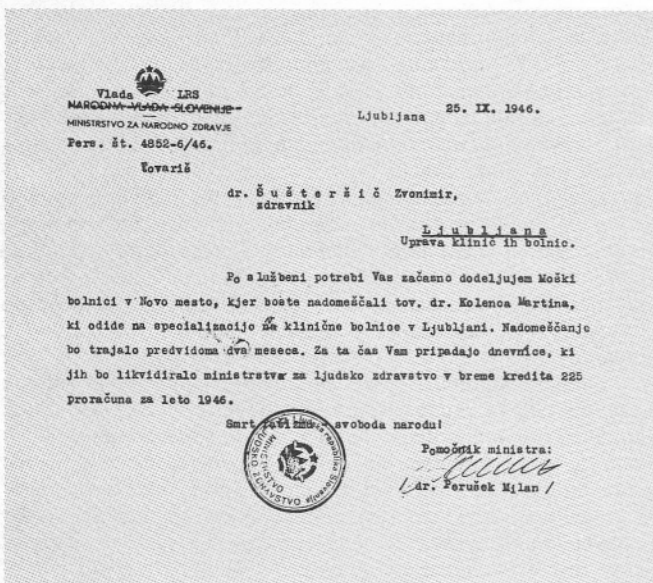
Zvonimir Šusteršič

Jubileji so priložnost, da se ob orisu preteklosti spomnimo značilnosti in mejnikov v jubilentovem nastanku in rasti. Na proslavi 7. septembra 1994 je ravnatelj Morela v uvodnem govoru pregledno prikazal historiat novomeških bolnišnic. Njegove po-

datke bi želel dopolniti z nekaterimi pomembnimi dogajanjmi, pri katerih sem takrat osebno sodeloval.

Kmalu bo pol stoletja, natančno septembra 1946, ko so me za nekaj mesecev poslali v Novo mesto, da nadomeščam takratnega šefa kirurgije v moški bolnišnici. Take izmenjave med Klinikom in obrobniimi bolnišnicami so bile pravilo vse do sredine petdesetih let. Do takrat je namreč ministrstvo za zdravstvo ob strokovni pomoči klinike neposredno upravljalo in nadzorovalo celotno slovensko zdravstvo. Taka centralizacija vseh kompetenc je omogočala:

- Optimalno razporeditev maloštevilnih zdravstvenih kadrov – razširjena Slovenija z 1,600.000 prebivalci je imela komaj 500 zdravnikov.
- Brzdanje lokalnih oblasti pri poizkusih nestrokovnega vmešavanja v zdravstvo.
- Razmeroma hitro uvajanje strokovnih in organizacijskih novosti po vsej deželi.
- Strokovno kontrolo zdravstvene dejavnosti po vsej Sloveniji (Lavrič, Lunaček, Tavčar, Milčinski).



Pred odhodom v Novo mesto mi je prof. Lavrič, ustanovitelj sodobne kirurgije v Sloveniji, dal navodila, da nove doktrine, kolikor je možno, uvedem tudi v novomeški bolnišnici.

Ob prevzemu dolžnosti me je osupnila organizacijska in strokovna zaostalost obeh zavodov. Bilo mi je nedoumljivo, da sta bolnišnici sredi 20. stoletja še vedno razdeljeni na moški in ženski del. Ker je bila ženska bolnišnica zaradi bombardiranja neuporabna, je bil ta anahronizem manj očit, tako da so tudi bolnice sprejemali v Kandijsko bolnišnico, dokler ženske bolnišnice niso popravili. Ob mojem prihodu je bil del ženske bolnišnice že usposobljen in v tem delu so tudi že hospitalizirali nekatere bolnice. V moški bolnišnici so ležale te tiste bolnice, pri katerih je bilo potrebno operativno zdravljenje. Funkcionalni prostori v ženski bolnišnici k sreči še niso bili usposobljeni, bili pa so tik pred dovršitvijo. Vsa obnova je potekala po starem konceptu. V ženski bolnišnici naj bi isti zdravnik zdravil vse bolezni pri ženskah: ginekološke, kirurške, internistične, infekcijske, pa še otroške do 6. leta starosti. Po tem principu so poleg stavbe obnovili tudi celotno kadrovsko formacijo. Ženska bolnišnica je že imela popolno ekipo: ravnateljja, upravo, zdravnike, pa druge zdravstvene in pomožne kadre. Pripravljeno je bilo torej vse, da delo steče po starih tirih. Paralelno samostojno organizirana je bila moška bolnišnica. Edina razlika je bila, da je ta imela dva oddelka: kirurškega in internega. Oprema obeh bolnišnic pa je bila skrajno pomanjkljiva in zastarela.

Ta obširnejši oris situacije naj pojasni, zakaj je bila združitev obeh bolnišnic v en smotno organiziran zavod tako občutljiva. Zakaj so

žensko bolnišnico obnavljali po starih, strokovno in organizacijsko absurdnih konceptih, čeprav se je smotrna ureditev sama nudila: žensko bolnišnico je treba rekonstruirati tako, da bosta v njej nameščeni obe operativni stroki, ginekologija in kirurgija, v večji moški bolnišnici pa naj dobijo svoje prostore vsi drugi, pretežno konservativni oddelki. To je bilo v navzkrižju z interesi nekaterih posameznikov, ni pa bilo nesporno niti za lokalno oblast. Klientela »ženskega zdravnika« se bo omejila na ginekološko-porodniško stroko. Prizadet je projektant, ker mora priznati zmotnost koncepta in projekt predelati. K temu še javno mnenje. Odgovorni za gradnjo morajo ob nujnih gradbenih predelavah zaradi spremembe namembnosti računati s kritiko – bo to šlo brez političnih zapletov?

Če bi žensko bolnišnico dokončali in dali v obrat po takrat zastavljenem programu, bi obe bolnišnici obtičali brezperspektivno organizirani. Za lep čas bi bil onemogočen in zazidan vsak napredek. Poudarjam, zazidan! Kdo bi si upal komaj dovršeno zgradbo prezidavati za drugačne namene?

Ujel sem dobesečno zadnji trenutek, da sem tik pred zdajci prepričal odločujoče, kako fatalne bi bile posledice, če bi vztrajali pri obstoječem programu obnove. Ukrepiti sem moral hitro, z neovrgljivimi argumenti in ubrati primerno taktiko. Bistveno je bilo čimprej priti do statističnih podatkov in z njimi dokumentirano prikazati obstoječi obseg dela v obeh zavodih, posebej kirurgije in ginekologije. Dokazati je bilo treba, da je ženska bolnišnica ravno pravnša za obe stroki: ginekologijo in kirurgijo. To je bilo zamudno, bilo pa je izvedljivo, ker je bilo kurantnega dela na kirurškem oddelku le za nekaj ur dnevno. Oddelek je imel leta 1946 60 postelj, na kirurgiji se je v tem letu zdravilo vsega 1496 bolnikov in opravljenih je bilo 267 srednjih in večjih operacij, od tega 51 ginekološko-porodniških. Se pravi: v povprečju je bilo 5,3 prvih pregledov dnevno (ambulantni bolniki so kot enodnevniki všteti) in pet operacij tedensko. Moral pa sem se z vsemi močmi zagnati, da sem pravočasno zbral potrebne statistične podatke. Pri tem sta mi oba ravnatelja, Frece in Danica Modic, nudila vso administrativno pomoč. S temi podatki argumentirani predlog za reorganizacijo bolnišnice sem poslal ministrstvu in organizatorjem kirurške in porodniško-ginekološke službe prof. Lavriču in prof. Lunačku. Ko sem dobil njuno soglasje – posebno težo je imelo Lunačkovo, saj je šlo za žensko bolnišnico, sem izdelani program predložil lokalnim oblastem. Tu ga je odločilno podprl okrožni zdravnik dr. Hočevar. Končno sem v stavbi ženske bolnišnice do podrobnosti sprogramiral vse rošade in predelave, ki so bile potrebne za smotno namestitve in funkcionalnost obeh operativnih strok. Po tem programu je projektant ing. Platner vrisal v obstoječi načrt potrebne spremembe, ki so bile izvedljive brez večjih posegov v že izvršena dela. Rekonstrukcijska dela se zato niso zaznavno podaljšala, bolnišnica v Novem mestu pa je dobila smotno urejene prostore za obe operativni stroki. V tem »provizoriju« je ginekološki oddelek še danes.

Za namestitve ostalih oddelkov v moški bolnišnici sem seveda moral tudi napraviti sprejemljiv program. Ta ni bil v celoti realiziran po mojih zamislih. Važno pa je, da je prišlo do združitve obeh zavodov v eno, po strokah razporejeno bolnišnico. S tem so bili postavljeni pogoji za smotno rast vseh specialističnih oddelkov. Še posebej velja to za priznanega kirurga prof. O. Bajca. Prevzel je pravilno zastavljen oddelek v smotno organizirani bolnišnici. Na taki osnovi je mogel razviti vrhunsko kirurgijo, ki je s sabo potegnila druge, za sodobno skupinsko delo nepogrešljive specialnosti.

Pa še nekaj mi je v Novem mestu uspelo. S pomočjo okrožnega zdravnika smo ustanovili strokovni krožek, kasneje preimenovan v podružnico SZD. Na prvem sestanku oktobra je predaval prof. Lavrič, na drugem prof. Lunaček, tretji pa je bil ustanovni občni zbor decembra 1946, na katerem je bil dr. Smrečnik izvoljen za prvega predsednika. Sekcija, ki je pod predsedstvom prof. Bajca močno napredovala, je leta 1960 organizirala Intersekcijki hrvaško-slovenski kirurški sestanek. Novomeška kirurgija je takrat že slovela daleč čez slovenske meje.

Življenje je po Shakespearju skup nešteti dogodkov in doživetij. Dogajanja iz svojega trimesečnega udejstvovanja v Novem mestu uvrščam med pomembna, morda odločilna za moj nadaljnji curriculum vitae. Takratni dosežki pa so pomembna prekretnica tudi v razvoju novomeške bolnišnice.

Ta prispevek pa sem napisal tudi zato, ker je v zgodovini slovenskega zdravstva 20. stoletja preveč neznanega, pa tudi kar precej netočnega in neobjektivnega. Kronisti pod vplivom danih okoliščin poudarjajo uspehe, opuščajo in zamegljujejo pa pomankljivosti in napake. Posebej velja to za kroniko nosilcev in usmerjevalcev medicinske dejavnosti: za naše bolnišnice. Iz teh kronik se ne da razbrati, na kako nizki strokovni, ubikacijski, kadrovski in opremljenostni ravni je bila večina splošnih bolnišnic med obema vojnama na Slovenskem. Če ne poznamo objektivnega stanja v prvi polovici, ne moremo prav oceniti ogromnega napredka naše medicine v drugi polovici tega stoletja. Pomankljivo opisani dogodki terjajo obravnavanje s strani naših medikohistorikov?

Viri

- Predlog ministrstvu za reorganizacijo bolnišnice v Novem mestu.
- Poročilo o stanju bolnišnice v Novem mestu konec leta 1946.

Strokovna srečanja

IVAN PINTAR NA 1. PINTARJEVIH DNEVIH

Ljubljana, 14.–15. oktober 1994

Mario Kocijančič

Naša medicinska fakulteta ima že veliko strokovnih srečanj, poimenovanih po svojih učiteljih (J. Plečnik, I. Tavčar, B. Derč). Zato so 1. Pintarjevi dnevi, posvečeni zgodovini medicine, bolj pravilo kot izjema. Organizirali so jih Inštitut za zgodovino medicinske fakultete v Ljubljani, Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in slovenska literarna revija *Sodobnost*, vendar priprave za 1. Pintarjeve dneve niso bile tako gladke, kot bi glede na uveljavljene prireditve Plečnikovih ali Tavčarjevih dnevov pričakovali. Za slovesni uvod v 1. Pintarjeve dneve je bila izročitev priznanja upokojenemu prof. dr. Petru Borisovu, dolgoletnem predstojniku Inštituta za zgodovino medicine in predstojniku katedre za zgodovino medicine na MF. Lično umetnino (sliko akademskega slikarja Reinherga iz Maribora) je v odsotnosti dekana slavljencu s tehtnimi, a toplimi besedami predala prof. dr. Marija Gubina. Tega ni opravila formalno (kot se to žal večkrat dogaja), temveč s strokovnim prepričanjem in priznanjem srečanju – saj je bila med udeleženci ves čas v petek in soboto.

Zahvalne besede prof. dr. P. Borisova so bile tople in strokovno tehtne – v nekaj minutah je podal strnjeni prikaz celotne organizirane skrbi za slovensko zgodovino medicine, v kateri je on pomemben vmesni člen med I. Pintarjem in Z. Zupanič-Slavcem. Nestorja slovenske zgodovine medicine I. Pintarja je odlično predstavila Z. Zupanič-Slavce. Njena predstavitev Pintarjevega življenja in dela ni bila zgolj povzetek znanih in že opisanih biografskih in bibliografskih podatkov o slavljencu, temveč nova, sodobna in široka predstavitev I. Pintarja kot družinskega očeta, Slovenca, slikarja in neutrudljivega delavca. Takoj na začetku strokovnega sestanka nam je bilo vsem jasno, zaradi koga smo se zbrali in kaj bomo obravnavali, osvojili in odnesli s seboj. In nismo se zmotili.

Zgodovina medicine v Sloveniji je bila v preteklosti večkrat zapostavljena. E. Glasser je poudaril, da je bila v Pintarjevem času pogonska sila in arhivar medicinske zgodovinske miselnosti v Sloveniji le peščica zanesenjakov, zbranih v Medikohistorični sekciji Slovenskega zdravniškega društva in Znanstvenem društvu za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije. Nova generacija zdravnikov, farmacevtov, veterinarjev in drugih bo uvidela, kaj vse je ohranjeno v arhivih teh dveh združen in kar ni bilo odvisno od dobre volje oblastnikov, temveč le od zagona svojih članov. Uspeh doslej ni izostal, saj so z zgodovinskim gradivom zapolnjene vrzeli v posameznih obdobjih in je ustvarjena podlaga za kontinuiteto. M. Kocijančič je predstavil strokovni, etični in nacionalni pomen predavanj I. Pintarja iz zgodovine medicine v času boja za ustvarjanje in uveljavljanje popolne medicinske fakultete v Ljubljani.

Strokovni credo I. Pintarja je bil:

1. Zgodovina medicine je samostojna medicinska stroka po tematiki, obsegu in načinu raziskovanja in analize. Obsega vsa obdobja, vse vire in vse metode.
2. Zgodovina medicine je samostojen, obvezen in enakovreden predmet na Medicinski fakulteti, pri čemer slovenska Medicinska fakulteta ne sme zaostajati za drugimi srednjeevropskimi fakultetami. Tih po naravi, a »epično dolg«, če je bil izzvan v svoji stroki, je bil I. Pintar zavzet borec za popolno medicinsko fakulteto v Ljubljani. O tem pričata tudi T. Furlan in M. Karlin.

I. Pintar je lahko le razmišljal o slovenskem medikohistoričnem muzeju. Od tedaj smo žal le malo, nekaj pa vendarle premaknili. Muzejska zbirka na Inštitutu za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani je skrajno utesnjena in išče nove ustrezne prostore, doslej žal še brez pravega uspeha. F. Štolfa in njegovi somišljeniki so napravili velik korak naprej. Tako je po njihovi zaslugi danes v Celju, v Muzeju novejših zgodovine postavljena Slovenska zobozdravstvena zbirka. S pomočjo Tehniškega muzeja Slovenije je odprta bogata zbirka (380 kvadratnih metrov, 2800 predmetov, 13.000 obiskovalcev doslej). Zbirko je treba predmetno in prostorsko dopolnjevati, kar je naloga nas vseh in za vselej.

B. Belicza (Zagreb) je govorila o L. Thallerju (1891–1949), prvem honorarnem predavatelju zgodovine medicine na Medicinski fakulteti v Zagrebu. S svojo vnemo, erudicijo in govorništvom je mnoge mlade kolege pridobil za medikohistorično stroko. Med njimi tudi mnogo Slovencev. Zato ga cenimo.

Za izjemni geografski položaj slovenskega ozemlja je že v antični dobi značilen vpliv tedanje antične medicine za naše kraje, je poudaril J. Marolt. Če odštejemo nejasne in neobdelane keltske in venetske vplive, je vpliv klasične rimsko-grške medicine na naše ozemlje in prebivalstvo najbolj oprijemljiv.

Tehnično je bilo posvetovanje brezhibno, predvsem po izjemni zaslugi Z. Zupanič-Slavce. Kljub obremenitvi je bila vselej med udeleženci ne glede na akademsko, starostno ali regionalno poreklo. Konec simpozija je bilo eno dolgo čestitanje in poslavljanje od neutrudljive in nad vse prijazne predsednice organizacijskega odbora simpozija. V njenih poslovnih besedah je bilo poleg želje, da se kmalu srečamo na 2. Pintarjevih dnevih zgodovine medicine, navzoče tudi upanje, da bi medikohistorična stroka le pridobila nekaj mladih neokostenelih sodelavcev, ki bodo pomagali razširiti in poglobiti delo te stroke.

Po sklepu organizatorjev je bil medikohistorični del 1. Pintarjevih dnevov dopolnjen s širšo temo »Med medicino in literaturo«. O tem bodo poročali drugi. Za prvi del lahko povem le splošno oceno: odlično. Z željo, da se kmalu srečamo na 2. Pintarjevih dnevih.

1. PINTARJEVI DNEVI – II. DEL

Franc Štolfa

Pod pokroviteljstvom Medicinske fakultete je v Ljubljani 14. in 15. oktobra 1994 potekal mednarodni simpozij Med medicino in literaturo. Po medikohistoričnem prvem delu simpozija je poleg številnih referatov srečanje obvladovala *razstava literarnih del* zdravnikov, Slovencev in tujih, katerih dela so prevedena v slovenščino. Pripravil jo je v zahvalo zdravnikom za ozdravljenje v UKC prof. Jaro Dolar, popestril pa jo je dramski igravec in pesnik g. Tone Kuntner z odlomkom iz novele Slavka Gruma Matere. Žal ni bilo mogoče predstaviti vseh. Kljub temu je iz vitrin blestelo okoli 60 imen avtorjev z okoli 90 literarnimi deli (M. Avčin, F. Derganc, R. Dolhar, V. Vulikič, J. Felc, A. Goestl, A. Ihan, L. Kraigher, M. Likar, J. Lokar in drugi).

Intelektualni potencial slovenskega naroda je navzoč tudi v medicini, kot je delujoč na drugih področjih slovenske kulture, znanosti, umetnosti, tj. v glasbi, literaturi, likovni umetnosti. Zdravnik je dejavnik kulturne ustvarjalnosti, kulture nasploh, ki predstavlja bistvo odnosov med ljudmi, izraženo v humanističnem etosu. Številni so medicinci, ki se pri svojem napornem in odgovornem delu srečujejo z razkorakom med ideali zdravja in možnostmi ozdravitve. Beg v umetnost? Saj poklic zdravnika predstavlja umetnost, je umetnost, čeprav ni pravila, po katerem bi ločili umetnost od tistega, kar to ni. Vsi tiskani in pisani spomeniki naroda predstavljajo umetnost pisanja, zapisovanja. V nabito polni dvorani Doma slovenskih zdravnikov je zvečer prvega dne dr. Alojz Ihan v okviru simpozija pripravil *literarni večer*. Ob spremljavi tihe glasbe so prebrali odlomke svojih del dr. Ruža Vreg, dr. Jože Felc (prebrala dr. Alenka Höfferle), dr. Rafael Dolhar iz Trsta, dr. Jovan Primož, dr. Andrej Rant, dr. Lojz Ihan, dr. Marija Bocak-Kalan ter študentje medicine Alek Zwitter, Aleš Grošel in Tomo Havliček. Obogateni z lepoto besede, polni zanosa smo pozno v noč zapuščali dvorano in si dejali: še se bomo srečali.

Od referatov smo spremljali Rantovo razmišljanje o zdravniku in umetnosti, Zalokarja poglede na presejanje, dopolnjevanje in potrditev zdravniškega poklica, o vplivu Paracelsusa na Geothejevo ustvarjalnost je pripovedoval Glaser, Gröger nam je približal lik pesnika in psihiatra Ernsta Freiherrja von Feuchterslebena, Hartman politika Vošnjaka, Predin Ivana Hubada, mag. farmacije, Pavla Jerina-Lah in Velimir Vulikič sta nam osvetlila partizanske pisatelje, Anton Prijatelj Frana Goestla in Franca Derganca sen., C. Bevilacqua iz Trsta Giuseppa Fortunata Schmutza, Anton Trstenjak je obudil spomin na dr. Riharda Juga, Anton Dolenc se je dotaknil problema čarovnic in inkvizicije, Anton Škrobonja je razmišljal o pomenu Ivana Dežmana v hrvaški književnosti 19. st. Friderik Pušnik nas je seznanil s prim. dr. E. Pertlom in pomenom njegovih črtic v literarnozgodovinskem smislu, Davorin Valenti je poskrbel, da ne bi utonili v pozabo nekateri starejši, pa tudi mlajši zdravniki v slovenski literaturi. V sobotnem programu je ak. Janko Kos razpravljal o osebah iz evropskega prostora, ki sta jim bila skupna poklic zdravnika in pisatelja. Poleg zelo zanimivih prispevkov T. Virka, M. Juraka, M. Javornika, M. Križmana je V. Grdina simpatično prikazal Josipa Ipavca, glasbenika in literata, Boštjan M. Zupančič pa nam je približal odnos medicine in psihoanalize. M. Kmecl je prispeval Pregljeve Zgodbe zdravnika Muznika. Odmeven je bil prikaz razvejnosti in raznih oblik norosti ak. Janeza Milčinskega. M. Lunaček je predaval o liku Vladimira Bartola, A. Ihan je predstavil temo z naslovom Proti-telo, A. Krbavčič pa je orisal delo dr. med. in farmacije Riharda Karbe. Zvrstila so se še predavanja o zobozdravniku in pesniku dr. Leopoldu Brenčiču, dr. Antonu Schwabu, dr. Lojzu Kraigherju. Njih like so nam približali A. Rant, F. Štolfa in Z. Zupančič-Slavčeva. Zaključil je Jesenšek s prikazom jezika v prvem slovenskem priročniku za babice iz leta 1782.

Prispevki bodo objavljeni v Zborniku. Nekaj teh pa bo izdala literarna revija Sodobnost po izboru gospodov Cirila Zlobca in Alojza Ihana.

Na svidenje na 2. Pintarjevih dnevih.

POROČILO S ŠESTEGA KONGRESA SVETOVNE FEDERACIJE NUKLEARNE MEDICINE IN BIOLOGIJE

Sydney, 23. do 28. oktobra 1994

Janez Šuštaršič

Kongresi Svetovne federacije nuklearne medicine in biologije si sledijo v razmaku po štiri leta. Tokrat je bil na vrsti Sydney. Organizator je prejel nad 1100 povzetkov del, katerih avtorji so želeli na kongresu pokazati svoje izkušnje. Tehtnost prispevkov je ocenjevalo 73 ekspertov z vseh koncev sveta. 372 pomembnejših prispevkov so avtorji lahko prikazali z desetminutnimi predavanji in diapozitivi. 590 avtorjev je lahko predstavilo svoje izsledke na plakatih, ostale pa so zavrnili in so sodelovali lahko le kot razpravljalci. Vseh udeležencev kongresa je bilo okoli 2000.

Iz Slovenije nas je prišlo šest, sodelovali smo s petimi prispevki. E. Gregorič, vodja nuklearne medicine iz Splošne bolnišnice v Izoli, je na plakatu razstavila posebnost v citološki sliki pri papilarnem raku ščitnice, ki jo je opazila njena sodelavka J. Vrhova. P. Predič, vodja nuklearne medicine v Splošni bolnišnici v Celju, je predstavil svoje izkušnje s preiskavo prekrvitve možganov, J. Fettich in R. Kenda iz Ljubljane pa svoje izkušnje s preiskavo ledvic. Najbolje se je odrezala N. Budihna, vodja oddelka za nuklearno medicino na Kliniki za nuklearno medicino v Ljubljani, saj je organizator uvrstil na program kar dva njena prispevka. Desetletne izkušnje zdravljenja revmatičnih sprememb sklepov z injekcijami radioaktivnega itrija v zbolele sklepe je predstavila s kratkim predavanjem. Drug njen prispevek je prikazoval imunoscintigrafijo vnetnih žarišč in raka z bolnikovimi lastnimi imunoglobulini, ki jih je poprej označila z radioaktivnim tehnejcem.

Smeri razvoja nuklearnomedicinskih preiskav

Za napredek nuklearnomedicinskih preiskav so ključnega pomena merilna oprema (danes so to kamere gama) in razpoložljivi radiofarmaki. Sodobne kamere gama so tomografske in pokažejo spremembe v razporejanju radioaktivnih sledilcev znotraj bolnikovega telesa na računalniških slikah presekov telesa. Debelina teh presekov je v našem času samo en centimeter, torej lahko gledamo dogajanja v vsakem kubičnem centimetru bolnikovega telesa.

Naprava je podobna rentgenskemu računalniškemu tomografu, ki ga imenujemo z okrajšavo CT. Razlika med njima je ta, da z rentgenskim CT gledamo zgradbo notranjosti bolnikovega telesa s pomočjo rentgenskih žarkov, ki presejajo bolnikovo telo, s tomografsko kamero gama pa gledamo delovanje notranjosti bolnikovega telesa s pomočjo radioaktivnih snovi, ki se vključijo v biološka dogajanja in sevajo žarke gama ven iz bolnikovega telesa. Postopek imenujemo »izsevna tomografija«. Glede na fizikalne lastnosti radioaktivnih nuklidov, ki nastopajo pri izsevni tomografiji v molekulah radiofarmakov, sta se oblikovali dve vrsti izsevni tomografij: enofotonska izsevna tomografija (angl. okrajšava SPET) in pozitronska izsevna tomografija (angl. okrajšava PET).

Pri prvi nastopajo z izjemo radioaktivnega joda radionuklidi, ki jih v naravnih organskih molekulah ni (npr. radioaktivni tehnej). Ti sevajo žarke gama z energijami od 100 do 400 kilelektronskega volta, za njihovo detekcijo uporabljajo manj komplicirane in cenejše kamere kot pri drugi metodi. Ta način meritev je dostopen praktično v vsakem sodobnem nuklearnomedicinskem oddelku (pri nas v Sloveniji npr. v Mariboru, Celju in Ljubljani).

Druga metoda, to je pozitronska emisijska tomografija, uporablja radioaktivne izotope elementov, ki so normalna sestavina vseh organskih molekul v organizmu. Radioaktivni izotopi ogljika, dušika, kisika in fluora so sevalci pozitronov. Ti ob anihilaciji proizvedejo sevanje gama visoke energije (511 kilelektronskih voltov) in je za meritve potrebna posebna oprema (pozitronski

emisijski tomograf), ki je v zasnovi podobna tomografski kameri gama. Slaba stran je zahtevnost postopka in visoka cena opreme, tako da v Sloveniji preiskovanje s PET še ni možno.

Radioimunodetekcija (imunoscintigrafija) raka

Novosti v enofotonski emisijski tomografiji so povezane z odkritji novih radiofarmakov in v zadnjih letih veliko govorimo o radioimunodetekciji raka (imunoscintigrafiji). Odkritju kakega novega radiofarmaka sledi vedno plaz publikacij, avtorji skušajo najti mesto nove preiskave v zaporedju z drugimi preiskavami (rentgenskimi, ultrazvočnimi, preiskavami z nuklearno magnetno resonanco itn.) pri odkrivanju, zasledovanju poteka in izbiri načina zdravljenja določene bolezni.

Pri imunoscintigrafiji brizgamo bolniku v periferno veno z radioaktivnimi nuklidi označena monoklonska protitelesa proti določenim antigenom na tumorskih celicah ali na bolezensko spremenjenih žariščih. Na teh mestih se na osnovi imunske reakcije antigen-protiteleso označena protitelesa zberejo (prilepijo se na tumor, na metastaze ali pa na nastajajoč trombus, na odmrli del srčne mišice, odvisno od tega, proti kateremu tkivu je protiteleso naravnano). S kamero gama vidimo, kje se v telesu nahaja bolezenska sprememba.

Metoda je kljub izdatni reklamirani firm, ki izdelujejo razna protitelesa, in velikim pričakovanjem uporabnikov, omejena. Prva omejitev je uporaba specifičnih monoklonskih protiteles, ki so mišjega izvora. Človek, ki enkrat dobi ta radiofarmak, lahko postane preobčutljiv na mišje beljakovine, pravimo, da se senzibilizira, in s tem je onemogočena ponovitev iste preiskave. Zadnjih nekaj let poskušajo uporabljati človeška protitelesa. Tudi ta so potencialno nevarna glede na možnost prenašanja okužbe, če je bil eden od dajalcev krvi, iz katere so ta protitelesa pridobljena, okužen z aidsom. Zadnji dve ali tri leta preizkušajo imunoscintigrafijo z označenimi lastnimi bolnikovimi protitelesi proti raku ali vnetju, kar izključi možnost senzibilizacije po eni strani in možnost prenosa okužbe po drugi strani.

Priprevek N. Budihne je sodil v ta razred raziskav in je bil dobro sprejet. Naj ne bo odveč pripomniti, da se njeno delo vključuje v evropski projekt COST B3 z naslovom: »Razvoj novih radiofarmakov« in da sodeluje tudi Onkološki inštitut.

Radioimunoterapija raka

Monoklonska protitelesa služijo raziskovalcem tudi za prenos uničujočih protitumorskih zdravil na sam tumor ali pa za prenos radionuklidov, ki oddajajo delce beta (npr. radioaktivni jod, ¹³¹I) ali celo alfa (npr. radioaktivni astatin, ²¹¹At), ki uničijo tumorske celice, na katere se protitelesa prilepijo (radioimunoterapija). Ta način zdravljenja je še na ravni kliničnih raziskav. Problem je v nabiranju označenih imunskih kompleksov v normalnih jetrih in ledvicah, in če hočejo uničiti tumor, okvarijo tudi zdrave organe.

Receptorska scintigrafija

Bolj nova kot imunoscintigrafija je »receptorska scintigrafija«. Pri receptorski scintigrafiji injiciramo v žilo bolniku oziroma preiskovancu radioaktivno snov, ki se obnaša popolnoma enako kot naravni mediator in se veže v organizmu samo na celice z ustreznimi receptorji. Scintigrafija nam da potem sliko razporeditve in gostote teh receptorjev v telesu.

Z receptorsko scintigrafijo preiskujejo delovanje možganov in srca ter odkrivajo tumorje. E. A. Dubois z Nizozemske je raziskoval gostoto muskarinskih receptorjev v možganih in srcu bolnikov, več avtorjev je prikazovalo gostoto dopaminskih D2 receptorjev v možganih bolnikov z različnimi nevrološkimi motnjami in drugo. Metoda je koristna za iskanje načina zdravljenja nevroloških bolnikov.

Tumorje, ki imajo na celicah prijemališča (receptorje) za hormon somatostatin (zaviralni hormon, ki zavira rast in delovanje do-

ločenih celic), odkrivajo z radioaktivno snovjo, ki je kar najbolj podobna somatostatinu. Kadar ima določen tumor somatostatske receptorje, menijo, da bi ga lahko zdravili s sintetičnim somatostatinom, sicer pa ne. O somatostatskih receptorjih pri karcinomi dojke je poročala M. Bajc z Lunda na Švedskem. Sicer pa različne mediatorje uspešneje označujejo z radioaktivnimi izotopi elementov, ki naravno nastopajo v organizmu, to je dušika, ogljika, kisika in fluora. Tu pa se srečamo s pozitronsko emisijsko tomografijo.

Pozitronska emisijska tomografija (PET)

Pozitronska emisijska tomografija je postala klinično uporabna diagnostična tehnika šele v sedanjem desetletju, potem ko je ljudem uspelo izdelati bolnišnični ciklotron, ki sproti izdeluje ultrakratkožive izotope ogljika, dušika in kisika. Ker so vse organske molekule iz gornjih elementov, je teoretično možno testirati in vivo vse biokemične procese v organizmu.

Od radiofarmakov uporabljajo v nevrologiji največ ¹⁸F-Fluorodeoksiglukoza, s katero preiskujejo regionalni metabolizem možganov. Z ¹¹C-CO₂ ali pa z vodo, označeno s ¹⁵O, preiskujejo regionalno prekrvitev možganov. Z različnimi mediatorji (ligandi), ki jih označijo z radioaktivnim ogljikom, prikazujejo receptorje v možganih, nadalje uporabljajo označene nevrotransmitterje, npr. ¹⁸F-DOPA itd.

Tudi kardiologija uporablja PET. Osrednji problem je seveda ishemična srčna bolezen in infarkt miokarda. Obstoječe nuklearnomedicinske tehnike, vključno s talijevo scintigrafijo in ventrikulografijo, niso mogle točno ločiti delov srčne mišice z različnimi stopnjami okvare. Po infarktu so nekateri deli miokarda še živi in normalno prekrvljeni, vendar negibni (»stunt myocardium«). Ti deli se sami pozdravijo med časom rehabilitacije. Močneje okvarjeni deli so negibni in slabo prekrvljeni, vendar živi (»hibernating myocardium«) in jih lahko reši pravočasna revaskularizacija. Gornji dve obliki okvare ločijo od tretje oblike, to je definitivne nekroze, s PET, kot sledi:

Normalno prekrvljene in normalno oksigenirane dele srčne mišice prikažejo z označenimi maščobnimi kislinami z ¹¹C, ki so indikator aerobnega metabolizma. Slabo prekrvljene dele srčne mišice prikažejo selektivno z ¹⁸F-Fluorodeoksiglukoza, ker v ishemičnih pogojih pridobivajo srčne mišične celice energijo iz glikolize (anaerobni metabolizem).

Onkologija je najnovejše področje klinične uporabe PET, in zdi se, da bo najvažnejše tudi v bodoče.

Na prvo vprašanje, »kje je tumor?«, odgovori scintigrafija z ¹⁸F-Fluorodeoksiglukoza kot markerjem za anaerobno glikolizo. V zdravem tkivu namreč poteka predvsem aerobna glikoliza, za razliko od tumorjev, v katerih pa prednjači anaerobna glikoliza. Mesta z anaerobno glikolizo prikažejo na scintigrafskih slikah presekov telesa. Tako odkrivajo mesta primarnih in sekundarnih tumorjev, spremljajo učinke terapije, razlikujejo benigne (npr. vnetja, brazgotine po radioterapiji) od malignih tumorjev itd.

Sledi vprašanje, »kako hitro se tumorske celice delijo?«. Odgovor da ¹¹C-Timidin, s katerim merijo hitrost podvojevanja tumorskih celic. PET z ¹¹C-Metioninom pa meri proteosintezo v tumorju.

Tretje vprašanje, »ali ima tumor hormonske receptorje?«, pojasni receptorska scintigrafija z ¹⁸F-Estradiolom, s katero slikovno prikažejo prisotnost estrogenskih receptorjev na rakih dojk.

In končno na vprašanje, »ali bo zdravljenje s fluorouracilom učinkovito?«, da odgovor ¹⁸F-Fluorouracil, s katerim študirajo pri bolniku kinetiko tega citostatskega zdravila in napovedujejo učinek terapije.

Poročilo o vseh novostih s takega mamutskega kongresa ne more biti popolno; to je le izsek dogajanj, kot sem jih razumel. Ko je G. Nair z Mednarodne agencije za atomsko energijo z Dunaja govoril o izobraževanju tehnologov v nuklearni medicini na različnih koncih sveta in se je na diapozitivih kar nekajkrat pojavila »Slovenija«, sem ugotovil, da je Slovenija postala šele s samostojno državo v svetu prepoznavna.

Vprašanja – dileme – rešitve – perspektive

ODNOS MED SLOVENSKIM ZDRAVNIŠKIM DRUŠTVOM, ZDRAVNIŠKO ZBORNICO SLOVENIJE IN SINDIKATOM ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE FIDES

Matija Cevc, Jože Drinovec, Zlatko Fras

Naslov tokratne teme je »Odnos med Slovenskim zdravniškim društvom, Zdravniško zbornico Slovenije in Sindikatom za zdravnike in zobozdravnike Slovenije FIDES«. V širšem okviru smo želeli pridobiti mnenje tudi o teh treh nosilcih zdravniške organiziranosti ter s tem osvetliti njihov medsebojni odnos, odnose med slovenskimi zdravniki ter Ministrstvom za zdravstvo in Zavodom za zdravstveno zavarovanje oz. zdravstvenimi zavarovalnicami v Sloveniji.

Slovensko zdravniško društvo je najstarejša, občasno pa tudi starikava in okostenela organizacija prostovoljno združenih zdravnikov. V preteklosti je imela svetlejša in manj svetla obdobja. Žal se v času slovenske pomladi in po osamosvojitvi ni ravno proslavila. Članstvo pa je ostalo kljub turbulencam zvesto, a se ni odreklo kritičnosti.

Zdravniška zbornica Slovenije je še nedorasel partner, z velikimi papirnatiimi pooblastili države, z velikimi pričakovanji in obljubami, a relativno malo rezultati.

FIDES je klasična poklicna sindikalna organizacija, ki se še najbolj neposredno zavzema za koristi zdravnikov, a s približno enakim uspehom kot prej omenjeni organizaciji.

Noben od omenjenih treh partnerjev se ni mogel izogniti medsebojnemu obtoževanju, revanšizmu, včasih primitivnim strankarskim bojem, pozabljaljoč na zdravniško solidarnost, celo etiko in vrednote stanu, ki so se ohranjale skozi stoletja in tisočletja. Ministrstvo za zdravstvo se ne more odreči odgovornosti za transformacijo socialističnega zdravstva v nekaj novega s čim manj bolečinami, odpiranju perspektiv, tako za zdravnike v javni službi kot zasebnike.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ima koncentracijo finančnih sredstev za zdravstvo in prek njih vsaj potencialno velike možnosti za dober in slab vpliv na zdravnike, celo medicino, zagotovo pa ne raven zdravstvenega varstva.

Želeli smo dobiti osebna mnenja, pričakovali graditeljsko zavzetost, pa tudi nekatere opredelitve. Kdaj so omenjeni partnerji sodelavci, zavezniki, kdaj so morda celo naravni sovražniki, kakšna se vidi perspektiva pa tudi medsebojni odnosi omenjenih treh oz. petih partnerjev, nadvse pomembnih za slovenskega zdravnika?

Možna podprašanja za temo:

1. Kako vidite primarno vlogo vsakega od subjektov organiziranega združevanja zdravnikov v Sloveniji?

Je trenutna organiziranost slovenskega zdravništva v treh organizacijah smotna?

Je delo treh vodilnih organizacij slovenskega zdravništva sorazmerno primerno opredeljeno?

2. Ali je vloga zdravnika v sodobni slovenski družbi ustrezna? Če ne, na katerem področju, socialnem, strokovnem, političnem, duhovnem oziroma med ljudmi ta vloga ni ustrezna?

3. Ali je potrebno delo SZD, ZZS in FIDES-a usklajevati ob nekaterih ključnih vprašanjih v zvezi s statusnimi in stanovskimi ugodnostmi, za katere se zavzemajo? Kakšna oblika koordinacije bi bila po vašem mnenju najprimernejša?

4. Kaj naj bi bili po vašem mnenju temeljni motivi za organizirano združevanje slovenskih zdravnikov v današnjem in prihodnjem času?

5. Katera od treh organizacij zdravnikov na Slovenskem je najbolj stanovsko orientirana?

6. Kakšen naj bo odnos med zdravniškimi organizacijami in Ministrstvom za zdravstvo in Zavodom za zdravstveno zavarovanje? Ali so ti odnosi v Sloveniji ustrezni?

7. Koliko je po vašem mnenju ZZS paradžavna institucija in koliko reprezentativna stanovska organizacija slovenskega zdravništva?

8. Ali je ZZS dovolj odločna v pogajanjih z ostalimi partnerji (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov in Ministrstvo za zdravstvo) pri določanju cen zdravstvenih storitev, kar se nedvomno posredno odraža na zdravniških plačah?

9. Kakšno metodo delovanja naj bi za doseganje izboljšanja socialno stanovskega statusa slovenskih zdravnikov uporabile zdravniške organizacije v Sloveniji?

10. Ali je poklicni zdravniški sindikat v Sloveniji trenutno potreben?

Se je treba v skrajnem primeru poslužiti tudi skrajnih metod sindikalnega boja?

Vaše mnenje o stavki zdravnikov. Bi jo bilo treba z zakonom prepovedati?

Ali bi se javnost v primeru stavke tudi v Sloveniji obrnila proti zdravnikom in zakaj?

11. Je mogoče delovanje strokovnih sekcij SZD oceniti kot uspešno? Kako bi se mu lahko dodalo novega zagona in veljave?

12. Ali menite, da je v bližnji prihodnosti mogoče pričakovati, da se bodo slovenski zdravniki začeli bolj zanimati za delo v lastnih organizacijah?

Za odgovore smo zaprosili:

Andreja Baniča, Andreja Barago, Herberta Bernhardta, Franca Boharja, Franceta Cukjatija, Antona Dolenca, Vojka Flisa, Jelko Gorišek, Kurta Kanclerja, Petra Kapša, Rafaela Kapša, Dušana Kebra, Petra Kesa, Alenko Kafol, Marjana Kordaša, Franca Koširja, Franca Kozarja, Janeza Kuštrina, Jožeta Lokarja, Andreja Možino, Marjana Premika, Zvonimira Rudolfa, Uroša Skaleriča, Andreja Šikovca, Anko Tekstor, Branka Uršiča, Davida B. Voduška, Janeza Vrboška, Franceta Vreca in Janeza Zajca.

Franc Bohar

Menim, da ima vsak od treh naštetih subjektov – Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije in FIDES – svojo vlogo.

Organiziranost slovenskega zdravništva v obstoječih organizacijah ni smotna zaradi neuskkljenosti in neenotnosti ob reševanju bistvenih vprašanj.

Delo teh vodilnih organizacij slovenskega zdravništva je sorazmerno opredeljeno, vendar vodilnim organizacijam manjka podpora članstva.

Vloga slovenskega zdravnika v današnjem času ni ustrezna. Menim, da bi morala biti predvsem opredeljena njegova vloga v odnosih med ljudmi in s tem priznan zasluženi socialni in ekonomski status zdravnika.

Ne samo, da je usklajevanje med SZD, ZZS in FIDES potrebno, ampak je nujno usklajevanje vseh ključnih vprašanj v zvezi s statusnimi in strokovnimi ugodnostmi, za katere se zdravniki zavzemajo. Treba bi bilo imenovati skupno koordinacijsko telo. Temeljni motiv za organizirano združevanje slovenskih zdravnikov naj bi bil v enotnem nastopu do družbe ter enotno usklajevanje strokovnih, moralnih in etičnih načel znotraj stroke. V sedanjem času žal nobena od treh organizacij ni dovolj stanovsko orientirana.

Odnosi med zdravniškimi organizacijami, Ministrstvom za zdravstvo in ZZS naj temelje na strokovnosti in poslovnosti. Odnosi danes niso ustrezni.

Menim, da je Zdravniška zbornica Slovenije paradržavna institucija, če pa že to ni, se tako obnaša. Zbornica ni realizirala marsikaterega pričakovanja zdravstva, četudi bi zaradi »članstva« vseh zdravnikov morala biti reprezentativna stanovska organizacija.

Ni dovolj odločna v pogajanjih, niti dovolj pripravljena za argumentirana pogajanja. Posebej to velja za določanje cen zdravnikovega dela, saj bi bilo nujno potrebno ločiti vrednost znanja in ostalih stroškov, ki se v procesu pojavljajo. Vrednotenje strokovnega zdravnikovega dela je v primerjavi z ostalimi intelektualnimi deli nizko. Primerjava z ostalimi rutinskimi deli in poklici pa dodatno podkrepi trditve.

Našim varovancem bi bilo v bodoče nujno prikazati vse stroške, ki nastanejo pri določenem zdravljenju. Pri tem je treba točno razčleniti deleže stroškov, kakor tudi delež zdravniškega dela. Objaviti bi bilo treba dejanske cenike posameznih zdravniških storitev (recept, pregled, posegi...), saj le čisti odnosi lahko opredelijo pravilno nagrajevanje in vplivajo na miselnost v družbi. Menim, da poklicni zdravniški sindikat ne bi bil potreben, če bi se zadeve reševale pravilno v okviru Zbornice. Nujno pa bi bilo vse zdravnike, ki nimajo privatne prakse, vključiti v sindikat zdravstvenih delavcev, prek katerega bi lahko enotno uveljavljali svoje pravice iz dela.

Glede problematike stavke – mislim, da je to tudi metoda za doseg cilja v sindikalnem boju.

Stavke ni mogoče prepevedati, saj je stavka osnovna pravica slehernega zaposlenega, ki je v mezdnem odnosu.

Velika verjetnost je, da bi se javnost v primeru stavke obrnila proti zdravniku, saj meni, da je zdravnik dolžan delovati po etičnih načelih ne glede na to, ali je ustrezno nagrajen. Do tega mnenja bi enotno in dokončno stališče morale zavzeti vse tri zdravniške organizacije. Ista družba pa razen Zboraj citiranega mnenja nima poguma razreševati družbenoekonomskega statusa zdravnikov in s tem z ustrezno razrešitvijo že apriori odpraviti potrebo po stavki. Strokovno delo sekcij SZD se lahko oceni kot uspešno. Novega zagona in veljavo bi dobilo šele z razreševanjem zgoraj naštetih problemov, ki bi zdravnika dodatno motivirali k bolj poglobljenemu strokovnemu delu ne glede na to, ali zdravnik deluje v ustanovi oz. v privatni praksi.

Da je delovanje strokovnih sekcij bilo uspešno, je posledica dejstva, da je le visoko strokovno delo ob etičnih načelih lahko obvarovalo zdravnika posameznika.

Menim, da se bo v bližnji prihodnosti zaostroval odnos med delom javnosti in zdravniki. Slovenski zdravniki se bodo morali bolj zanimati za delo v lastnih organizacijah, saj lahko le z enotnim in usklajenim delovanjem ustvarijo pogoje za normalno, plodno delo, ki je enako pomembno za zdravnike kot tudi za njihove uporabnike.

Vojko Flis

Transformacija slovenske družbe iz prejšnjega sistema v nekaj neoliberalistično demokratični sistem zahodnega vzorca je potekala na različnih ravneh družbe različno hitro, nekaterih delov družbe pa ni ujel niti dah transformacije (reformacije?). Slednja trditev velja tudi in predvsem za slovensko medicino (zdravstvo). Zaostajanje transformacij znotraj medicine pa bo nujno privedlo do pogostih in včasih tudi nerešljivih konfliktov z ostalimi segmenti družbe. Del teh konfliktov že lahko spremljamo. Ob tem se hudo motijo tisti, ki naivno sodijo, da je kazalnik hitrosti transformacije število zasebnikov med zdravniki. To je povsem nepomembno dejstvo v primerjavi z ostalimi težkimi bremenami, ki se jih reformacija ni niti dotaknila. Hkrati to dejstvo (število

zasebnikov) tudi ni pomembno v primerjalni analizi zdravstvenih sistemov demokratičnih držav zahodnega vzorca. Ti sistemi so lahko sila različni in se raztezajo od izključnih sistemov javnega zdravstva do mešanih sistemov javnega in privatnega zdravstva. Če slednja trditev velja, se takoj zastavi vprašanje, kakšna je torej razlika med sistemi javnega zdravstva držav zahodnega demokratičnega vzorca in sistemom javnega zdravstva v Sloveniji in kje je vloga zdravnika? Odgovor je še kako pomemben za sedanjí status slovenskega zdravništva. Zdravniški poklic je namreč eden izmed tistih, ki zahteva izrazito samostojno intelektualno in profesionalno držo. Le-ta ni samo deklarativne narave (Deklaracija o poklicni samostojnosti in samonadzoru, 39. skupščina SZZ, Madrid, oktober 1987). Njeno nespoštovanje v naši družbi lahko pomeni za posameznega zdravnika tudi kazenski pregon. Ni narobe ponoviti, da gre namreč za edini poklic, ki je posebej obravnavan v Kazenskem zakoniku Republike Slovenije in da to dejstvo izrazito izpostavlja individualno odgovornost zdravnika in hkrati s tem tudi zahteva izrazito individualno profesionalno nedotakljivost.

Toda, ali so okoliščine v Sloveniji takšne, da zdravniku omogočajo samostojno intelektualno in profesionalno držo? Odgovori na zastavljena vprašanja so kompleksni. Ob namenskem zanemarjanju obravnavanja drugih procesov v družbi lahko trdimo, da na dogajanja v medicini v vsaki družbi zahodnega demokratičnega vzorca vplivajo štiri močne velike združbe: gre za farmacijo v najširšem pomenu te besede, za zavarovalnice, ministrstvo za zdravstvo in zdravništvo. V Sloveniji imajo močan položaj le prve tri združbe, slovensko zdravništvo pa ne. Le zakaj torej nima slovensko zdravništvo kolegom na zahodu podobne pogajalske držo?

O prvi združbi na tem mestu ne bomo razpravljali. Farmacevtske tovarne je treba v tem kontekstu omeniti zgolj toliko, kolikor so v transformaciji družbe v primerjavi z ostalimi naštetimi formacijami prišle najdlje in se tako še najbolj prilagodile novim razmeram. Od Ministrstva za zdravstvo slovensko zdravništvo zmotno pričakuje kakršnokoli gesto naklonjenosti. Če opazujemo demokracije zahodnega vzorca, hitro ugotovimo, da je ministrstvo instrument vlade in odvisno od političnih razmerij v neki državi. Tako je tudi razumljiva kadrovska zasedenost ministrstva. Politika ministrstva izraža hotenje vladajočih strank, lahko se spreminja dnevno, in je prav zaradi tega največkrat v izrazitem protislovju z delovanjem in mnenjem zdravništva. Tudi hotenje vlade se menja vedno s spremembo strank v vladi. Ministrstvo je torej zanimivo samo toliko, kolikor je treba analizirati njegovo delovanje v primerjavi z demokracijami zahodnega vzorca in kolikor je za vpliv nanj treba uporabiti instrumente parlamentarne demokracije. Ministrstvo je zanimivo tudi zategadelj, ker je za preživetje slovenskega zdravništva treba v njegovem (ne)delovanju znati prepoznavati politične vzorce strankarskih vplivov. Kajpak takšna analiza ni produktivna, če ni samostojne in neodvisne močne zdravniške organizacije. In kako naj imamo močno in neodvisno zdravniško organizacijo, če o njej soodločajo zdravniki, ki sedijo na več stolčkih (imajo ga tudi na ministrstvu)? Dodati je treba le suho dejstvo, da slovensko zdravništvo doslej za doseg svojih ciljev še ni uporabilo niti enega izmed instrumentov parlamentarne demokracije. In le zakaj ne?

Zadržimo se še nekoliko pri tej veji vladne oblasti. Ministrstvo, namenoma omenjamo institucijo in ne posameznikov, je bilo dolžno pripraviti nov Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter zakon o Zdravstveni dejavnosti. Oba zakona sta uspešno prešla parlamentarno proceduro takratnega parlamenta (objava v Uradnem listu RS 21. 2. 1992), in to navkljub hudim kritikam že v pripravljalnem obdobju, da o kasnejših številnih vročih diskusijah v dnevnem časopisju sploh ne govorimo. Zanimivo je dejstvo, da je ministrstvo zadržalo vse kritike v pripravljalnem obdobju, kasneje pa se nanje kajpak več ni bilo treba ozirati.

Zanimivo je tudi branje zakona. V prvih osmih členih zakon razlaga dolžnosti Republike Slovenije (v nadaljevanju RS). Tako,

denimo, v 7. členu govori, da RS iz proračuna zagotavlja, med ostalim, sredstva za investicije javnih zavodov in ostala sredstva za druge obveznosti javnih zavodov. Ali je kdo vlado oziroma ministristvo že kdaj povprašal, zakaj javni zavodi živorarijo (izrabljena oprema, škodljivi rentgenski aparati, izrabljene stavbe, nemogoči delovni pogoji, kadrovska in strokovna osiromašenost izven območja Ljubljane, vojaška subordinacija, ki je Kazenski zakonik RS ne prenese, prenapeta dežurstva s hudimi preobremenitvami itn.) ali zakaj so bili zdravstveni domovi prepuščeni občinam, ki so brez lastnih virov financiranja in zakaj se ministristvo postavlja z eno izmed najnižjih proračunskih postavk? In tako naprej in naprej. Tako, na dan vlečemo samo enega izmed najbolj umljivih zgledov, tudi ni bilo nikoli poskrbljeno, da bi zdravnik lahko nudil s primerno opremo (kovček z zdravili in instrumenti) nujno medicinsko pomoč, kar mu nalaga Kazenski zakonik RS.

Ob teh majhnih in mimogrede nabranih drobtinah se v izjemni luči kaže trditev ministristva, da v Sloveniji sistem zdravstvenega varstva deluje brezhibno, in to z, za vlado, briljantno majhno proračunsko postavko. Ali je mogoče v takšnem stanju govoriti o profesionalni neodvisnosti zdravnika? Ali o normalnih možnostih za njegovo korektno strokovno delo? Kajpak tudi v teh primerih slovensko zdravništvo ni uporabilo niti enega izmed možnih instrumentov parlamentarne demokracije, ki bi zmogli sprožiti spremembo stanja. A le zakaj ne?

V delu zakona o Zdravstvenem zavarovanju je Zavod za zdravstveno zavarovanje RS ustanova, ki je, zaradi že omenjenega bremena preteklosti, praktično nedotakljiva. Dejavnost Zavoda upravlja famozna skupščina, formacija iz ne tako oddaljene zgodovine. Da pa bi bila stvar še nekoliko bolj podobna preteklosti, se v zadnji alineji 70. člena (Uradni list RS, 21. 2. 1992) pojavi še ena varovalka: Vlada RS daje soglasje k statutu Zavoda. Tako sploh ni nič presenetljivega, da lahko Zavod dikira (Zdravniška zbornica pa podpira) ne samo ponižujoče sramotne pogodbe z zdravniki ali ostalimi javnimi zdravstvenimi zavodi, temveč s svojimi navodili posredno sili zdravnike h kršitvi pravil stroke in kodeksa etike. Najbolj v nebo vpijoč in ponižujoč zgled je gotovo siljenje zdravnika k odklanjanju »presežnih« bolnikov. Mnogi kolegi ne zmorejo več moči, da bi se temu uprli. Tako se hitro znajdejo v nevarnosti, da se jim pripeti huda strokovna napaka, saj jih nihče ni nikoli učil odklanjanja bolnikov. Prav zaradi individualne profesionalne neodvisnosti, ki jo od zdravnikov zahteva kazenski zakonik RS, bi se zdravniki bili dolžni upreti kakršnemukoli administrativnemu vmešavanju v stroko! A glej, ali ne podpira prav takšne politike Zavoda, ki hudo spominja na rajne čase, zaradi strankarskih razlogov del »desničarsko-usmerjenega slovenskega zdravništva«?

Poglejmo zgled iz vsakdanjika. Tako je ob monopolnem položaju zavoda treba omeniti poskuse, da se zdravnikom omeji pisanje receptov (po številu in vrsti). Stvar bi naj tekla po načelu: češ mi smo plačniki, mi določamo, kaj zdravnik sme in ne sme. Spet ščepec kvazi zahodnega duha in državnega monopolizma Zavoda, ki je znanega vzhodnega vonja, a ima celo podporo Zdravniške zbornice. Zdravnikom v zahodnih državah daje licenca pravico pisanja receptov. Vprašanje je samo, kdo bo storitev plačal. Ker ne poznajo tipa monopolistične in z vlado spete javne zdravstvene zavarovalnice, tudi nikoli ni tovrstnih zapletov. Bolnik si uredi plačilo prek ene izmed zavarovalnic. Če je nezavarovan, plača recept sam. Enako naj bi bilo pri nas. Naj bi bilo. Tako se v razpravah pogosto pojavlja teza, da imamo sedaj mrežo javnih zdravstvenih zavodov, ki jih plačuje Zavod za zdravstveno zavarovanje RS in da smo se tako približali zahodnim sistemom. Tudi takšno videnje podpira Zdravniška zbornica. Pri takšni svetlobni naglici približevanja zahodu razlagalci seveda nameroma pozabljajo na dejstvo, da v zahodnih sistemih privatni zdravniki in bolnišnice lahko (ne samo lahko, morajo) izračunavajo svoje storitve po ekonomskih cenah. Stvar socialne politike (torej politike vlade) in strategije zasebnih zavarovalnic pa je, kolikšen delež te cene (če sploh kakšen delež) in na kakšen način

bo krila država oziroma ustrežna institucija. V Sloveniji o takšnem načinu seveda ne moremo govoriti. Zavod izračunava socrealistične planske faktorje (Zdravniška zbornica ga podpira), ki z resničnostjo nimajo nič skupnega. Tako slovenskemu zdravniku ni dano uporabljati sodobnih metod zdravljenja (gledati moramo povprečje in ne nekaj izrazitih osamljenih strokovnih vrhov, ki so zrasli zaradi trme nadpovprečno sposobnih posameznikov in ne politike države ali državne zavarovalnice) po načelu primerjave stroškov in uspešnosti posameznih metod zdravljenja (cost-benefit).

Neka nova in zelo kvalitetna metoda je lahko sama zase draga (ali dražja od drugih metod), a če jo umestimo v analizo izgube denarja zaradi bolniškega staleža zavarovanca in morebitne invalidnosti, se lahko izkaže kot najboljša in najcenejša oblika v ogledalu celotne družbene in ekonomske strategije. Ker pri nas vlado in Zavod ne zanima dogajanje na področju upokojitev (za to skrbi drugi zavod), pač namenoma vztrajata pri absolutni slepoti uvidevanja povezav, ki so za tako pogosto primerjani zahodni svet nekaj normalnega. Za zahodno zavarovalnico je invalidska upokojitev bolnika katastrofa. Prav tako je zanjo katastrofa dolgotrajni stalež. Enako je zanjo katastrofa bolnikova smrt, saj so odškodnine zanjo nekajkrat večje kot znaša plačilo kvalitetnega zdravljenja. Zavarovalnice na Zahodu tako podpirajo nove in kakovostnejše načine zdravljenja, ki zmanjšujejo dolgoročne stroške morebitne hude zbolelosti ali smrtnosti.

Tipičen zgled poberimo kar pri sosedih. Takšna je bila denimo akcija avstrijskih zavarovalnic, ko so bolnišnicam kupile aparate za ekstrakorporealno litotripsijo. Na ta način so v povprečju znižali ležalno dobo zaradi zdravljenja ledvičnih kamnov s 14 na tri dni. Ekonomsko pa so (z investicijo vred!) zaradi zmanjšane ležalne dobe znižali svoje stroške za več kot 70% (cost-benefit)! Takšen način razmišljanja bi za Slovenijo pomenil malodane obisk tuje medplanetarne civilizacije.

Slovenski Zavod se seveda obnaša popolnoma drugače: od zdravnikov zahteva, da so strumni vojaki izpolnjevanja znanih faktorjev, ki se iztrošijo nekje na sredini leta. Zdravnike tako poriva v strokovno pradobo ter jih neposredno sili v kršitev 45. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, 21. 2. 1992), ki od slovenskega zdravnika zahteva zdravljenje po načelih sprejete zdravstvene doktrine in veljavnih strokovnih ter etičnih kodeksov! Je torej sploh še mogoče govoriti o profesionalni neodvisnosti slovenskega zdravnika? In je torej še sploh mogoče brez besed opazovati ravnanje Zdravniške zbornice Slovenije?

A nadaljujmo z branjem zakona, ki iz člena v člen krepil monopolističen in v demokracijah zahodnega vzorca (v medijih nam te demokracije vedno znova predstavljajo kot zgled, kako naj zdravnik odškodninsko in krivdno odgovarja) nikjer viden položaj javne zavarovalnice, ki ga Zdravniška zbornica Slovenije vehementno podpira. V 73. členu istega zakona je zapisano, da so v upravnem odboru zastopani predstavniki delodajalcev, aktivnih zavarovancev, upokojencev in invalidov. Ker gre za javni zavod, se je seveda takoj treba vprašati, zakaj so v pripravljalnem obdobju zakona namenoma izločili iz upravnega odbora predstavnike zdravništva?

Vprašanje je toliko bolj pomembno ob vnovični primerjalni analizi s stanjem v drugih državah zahodnega demokratičnega vzorca. Tam so se zavarovalnice dolžne pogajati z zdravništvom. Če gre za javne zavode, je zakonski okvir lahko različen. Ali nalaga javnim zavarovalnicam, da imajo v upravnih odborih predstavnike zdravništva ali pa daje močnim profesionalnim zdravniškim združenjem potrebna pooblastila v pogajanjih z javnimi zavarovalnicami. Pri nas se, kljub zakonsko podeljenemu monopolnemu položaju, Zavodu s slovenskim zdravništvom ni treba pogajati, saj Zdravniška zbornica Slovenije ta Zavod podpira! Se torej sploh lahko še čudimo, zakaj takšen status slovenskega zdravništva danes?

Vse opisane stvari je bilo treba naštetil za ilustracijo današnjega statusa slovenskega zdravništva, ki ob transformaciji slovenske družbe doslej ni doseglo niti ene izmed pomembnih zakonskih ali

profesionalnih pozicij zdravništva v demokracijah zahodnega vzorca.

A vendarle bi bilo napak sklepati, da čudna (nikjer na Zahodu videna) trojna siamska spetost (zadeva je v drugih državah nenaravna) Ministrstva za zdravstvo, velikega monopolista Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS in Zdravniške zbornice Slovenije slovenskemu zdravništvu popolnoma zapira vsa vrata soodločanja o dogajanjih v slovenski medicini. Opisana dejstva so zgolj zgled, kako daleč smo bili nasilno oddaljeni od razmer, kot vladajo v deželah zahodnega demokratskega vzorca, in kako smo zamujali v najbolj občutljivih obdobjih transformacije naše družbe. Zdravniki bi se takšnemu stanju lahko resno zoperstavili samo v primeru, ko bi imeli močno neodvisno (neodvisno od Ministrstva in Zavoda) profesionalno organizacijo, ki bi se bila sposobna postaviti na trdne pogajalske pozicije. To bi bilo normalno stanje, primerljivo z onim na Zahodu. V neenakopravnem slovenskem trikotniku vlada–zavarovalnica–zdravništvo takšne formacije ni. Zdravniška zbornica je zaradi že omenjenih dejstev (v nadaljevanju Zbornica) stoletja daleč od normalne neodvisne profesionalne formacije in gotovo ni tisto telo, ki lahko danes sploh govori v imenu slovenskega zdravništva. Hudo nerodno je le dejstvo, da smo to družčino sami izvolili in da ima edina za zdravništvo pomembna zakonska pooblastila. Dodatno obremenjuje današnji položaj slovenskega zdravništva razcepljenost na tri frakcije in še *na preostalo majbno peščico*, ki se senči (na več stoli) v okrilju vlade in tako bistveno pomaga vzdrževati sedanje ponižujoče stanje.

Najprej o slednji stvari, kjer pa ne bomo govorili o poklicnih politikih! Zanje se ve, komu so odgovorni. Gre za nekatere druge predstavnike slovenskega zdravništva. Videti je, da je senčenje ob drobniinah oblasti tradicionalno prizveta navada iz bivšega obdobja. Skorajda simptomatsko je dejstvo, da v tem početju najbolj uživajo tisti, ki so prejšnji režim najbolj napadali. In prav nič simptomatsko ni, da znajo v političnih krogih vedno poudarjati individualno profesionalno odgovornost slovenskega zdravnika, niki pa nočejo razpravljati o okoliščinah, v katerih ta zdravnik dela. Tako v nekem majhnem krogu zdravništva lepo uspevajo vrtnine, obarvane v barvah slovenske politične scene. Kot da bi ti izbranci pozabili, da je v skladu s tisočletno tradicijo zdravniškega poklica treba poskrbeti za zavarovanje profesionalnih standardov tega poklica in ne za varovanje interesov posameznih strank. Gospoda se očitno še niso seznanila z razmerami v demokratični tujini, kjer je naloga zdravniških združenj varovanje profesionalnih vrednot poklica in ne gojenje strankarskih razprtij. Tako gospoda pač v skladu z znano slovensko tradicijo skušajo politične razprtije vcepiti v osnove zdravniškega poklica. Pravi medicinski unikum. Uspešen? A četudi odštejemo to peščico, nenamerno in zgolj po naključju ter nesreči je nekdo izustil izraz kolaboracionisti, ostaja večina, v blagor vlade, na troje razkosanega slovenskega zdravništva.

Prvi kos je Sindikat slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov FIDES, ki nima niti po zasnovi niti po naravnem stanju stvari v državah parlamentarne demokracije moč, da bi sam zmožl z metodami sindikalnega boja v celoti spremeniti nekatere opisana dejstva. Metode sindikalnega boja se nemara lahko obnesejo samo v bitki za mezdo, pa še tam niso povsem zanesljive. Hkrati so metode sindikalnega boja razmeroma neučinkovite, če se uporabljajo osamljene, torej brez rabe ostalih možnosti. Obstaja še ena huda pomanjkljivost metod sindikalnega boja: osredotočene so samo na boj za mezdo (plačo) in tako niso sposobne zagotoviti sprememb ostalih, za ohranitev profesionalnih standardov zdravništva zelo pomembnih mehanizmov v vsaki sodobni družbi. Metode sindikalnega boja so lahko uspešne zgolj in le takrat, ko se uporabljajo v okviru enotne strategije neke socialne združbe in ko se v primeru rabe v sozvočju s še drugimi ukrepi uporabljajo brez omahljivosti. Ta dejstva seveda pomenijo, da je FIDES v našem stanju tranzicije nujno potreben, da pa je treba skrbno premisliti, kako uporabljati njegovo moč in nemoč v sklopu celotne države slovenskega zdravništva.

Drugi kos razcepljenosti je Slovensko zdravniško društvo, ki ima veliko moralno moč, slonečo predvsem na kulturnem in zgodovinskem ugledu slovenskega zdravnika ter osebni podpori večine uglednih slovenskih zdravnikov, česar pa doslej med članstvom še ni skušalo uporabiti. Gre za pomemben vzvod, ki ne izgublja veljave ob dejstvu, da društvo nima nikakršnih zakonskih pooblastil! Ob drži Slovenskega zdravniškega društva je morebiti moteče samo dejstvo, da se doslej ni poskušalo dovolj učinkovito vplesti v dogajanja, ki vplivajo na profesionalni položaj zdravnika v Sloveniji.

Vendarle pa je večji del razlogov za takšen položaj treba pripisati mnenju večine članov društva, ki so sodili, da bi bilo takrat v okviru širše strategije škodljivo javno in neposredno polemiziranje z Zdravniško zbornico, ki je zaradi neizkušnosti prosila za določen čas za normalno delovanje in dobila zaradi tega na razpolago neko obdobje imunosti.

Temu razmisleku je botrovala izrecna prošnja predstavnikov Zbornice, da ne bi javna polemika o delovanju Zbornice prinesla v slovensko zdravništvo še večji razkol. A dilemo so umetno zlisčili, saj so dveletno obdobje vsiljenega miru nato spretno izkoristili na ravni političnega razkola in zamolčali povedati, da slovenski zdravnik, ne glede na svetovnonazorsko usmerjenost, potrebuje, če se kajpak želi prilagoditi novo nastalim razmeram, močno profesionalno in ne politično organizacijo. Političnih strank je v Sloveniji že tako dovolj. In kdor se želi ukvarjati s politikom, je pač na strani onih, ki krmarijo parlament in vlado. Torej ima tam dovolj možnosti za delovanje.

Z Zbornico v začetku torej ni bilo želeno (spretno postavljena lažniva dilema) polemično razpravljati iz dveh razlogov: bila je otrok Slovenskega zdravniškega društva in naj bi ji bilo potrebno nuditi vso možno podporo. A vsaka stvar ima svojo mejo vzdržljivosti. Slovenski zdravnik ima dokazano ta prag postavljen zelo visoko, pa tudi ta visoka meja je bila končno prebita.

Zbornica je edina formacija, ki bi, glede na zakonska pooblastila, lahko pri nas odigrala vlogo močnega profesionalnega zdravniškega združenja in pomenila *resnično tretjo pomembno pogajalsko skupino v trikotniku ministrstvo–zavarovalnica–zdravništvo*. Žal so se stvari v resničnosti obrnile popolnoma drugače. Tako je Zbornica najprej diskreditirala slovensko zdravništvo s svojo medlo držo, ki se je takoj povrnila kot uničujoč bumerang. Dejstvo, da so Zbornične predstavnike zdravniki sami izbrali, je bilo v rakovem povratniku nepopravljivo razdiralno. Vsi so nenadoma pozabili, da Zbornico res nujno potrebujemo in da le grešljivci v njenih vrstah delajo slovenskemu zdravništvu veliko in nepopravljivo škodo. In prav to dejstvo je dnevna politika z veliko slastjo sistematsko in kategorično obračala nasproti zdravnikom venomer, ko so se le-ti pritoževali nad nemogočim položajem slovenskega zdravništva.

Zbornica ima namreč kljub številnim nedorečenostim podlag njenih zakonskih pooblastil (85. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, 21. 2. 1992) pri svojem delovanju na voljo tudi nekaj pomembnih zakonskih vzvodov. Predvsem alineje od 5–10 v omenjenem 85. členu ji nalagajo naloge, od katerih ni bila doslej izpolnjena niti ena. Doslej ni Zbornica niti v enem segmentu profesionalnega življenja slovenskega zdravništva nanj pomembno vplivala. A v rokohitrskem obratu so ji mnogi takoj podelili vlogo rablja (Zbornica jo je hvaležno sprejela), ki bo lovil pregrešne zdravnike (alineji 1 in 2 omenjenega 85. člena). Kako naj zdravniku naložimo zahodne vzorce profesionalne neodvisnosti in s tem tudi odgovornosti in morebitne krivde, če mu najprej sploh nismo omogočili, da bi lahko deloval v skladu z mednarodnimi profesionalnimi normami tega poklica? Kako naj v poklicu z izredno visokim tveganjem v naših razmerah zaščitimo bolnika in zdravnika? V tujini se tej reči streže s potrebnim in samoumevnim zavarovanjem na obeh straneh. Ob teh vprašanjih se zastavljajo še preštevilna druga: kje so vzroki za dosedanje (ne)ravnanje Zbornice? Kje je razlog za njeno klečeplazenje pred ministrstvom in zavarovalnico? Ali morda nekateri sodijo, da hoja po kolenih oživlja slovenskega zdravnika? Kje je torej treba iskati

razloge za dosedanje »držo« Zbornice do ministrstva in Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS? Zakaj je Zbornica molče pristajala na sklepanje naravnost ponižujočih pogodb za okoliščine, v katerih dela slovenski zdravnik, četudi bi morala v skladu s sedmo alinejo 85. člena že omenjenega zakona potegniti povsem drugačne poteze? V sozvočnem delovanju s FIDES-om in Slovenskim zdravniškim društvom pa bi bila moč njenih argumentov že zelo prepričljiva.

Kje so razlogi, da Zbornica doslej ni izkoristila niti ene izmed ostalih možnosti parlamentarne demokracije, ki se kar same ponujajo, za spremembo vseh nesmiselnih določil doslej naštetih zakonskih okvirov delovanja. Bi torej lahko govorili o pasivnosti zdravništva? Če bi o tem sploh lahko govorili, so vzroki enostavno razvidni: povprečen slovenski zdravnik je zaupal nekemu, ki mu pač ni bilo zaupati. V praksi je nosilec poklica, povezanega z visokim tveganjem in veliko odgovornostjo. Ko mora braniti profesionalnost svojega poklica, pa ostaja osamljen. V vsakdanjiku se običajno celo znajde nezaščiten v križnem ognju z najmanj treh strani: vlade (ministrstva), zakonodajalca, delodajalca (celo Zbornice kot nevidnega tihega nasprotnika) in bolnika. Le kje naj torej rešuje svoje zagate?

Tako slovensko zdravništvo zaradi drobljenja v lastnih vrstah v procesu transformacije slovenske družbe ni doseglo nobenega izmed ciljev, ki so za zdravnike v deželah zahodne demokracije samoumevni (1): ni doseglo profesionalne samostojnosti, ni doseglo ustreznega zavarovanja visokega tveganja svojega poklica, ni doseglo možnosti splošne rabe najbolj optimalnih metod zdravljenja svojih bolnikov in ni doseglo samostojne in neodvisne pogajalske države nasproti ministrstvu in javni zavarovalnici. Le tako in edino tako bi namreč lahko zavarovalo svojo prepotrebno neodvisno intelektualno ter profesionalno držo in s tem tudi kajpak interese svojega bolnika.

Borba za opisani status zdravnika in njegovega bolnika bi bila jalova, če bi tekla zgolj skozi sindikalne kanale. Bila bi tudi jalova, če bi tekla zgolj prek Slovenskega zdravniškega društva. In se morda samo napačno in zmotno dozdeva, da je Zbornica slovensko zdravništvo tako ali tako zapustila oziroma skušala darovati rja-večemu cedilu slovenske politične scene? V takšnih razmerah osamljena zdravniška stavka ne bi prinesla zelenih sadov.

Reakcij javnosti na takšen dogodek ni treba posebej testirati: jasno je bilo videti temperaturo in naravo medijske odzivnosti ob zadnjih konfliktnih dogodkih v slovenskem zdravstvu. In četudi bi slovenski parlament stavko nemara po znanem receptu zakonsko onemogočil, to ne bi pomenilo nič pomembnega v profesionalni držbi zdravnika. Večjo težo imajo namreč druge metode delovanja. Kombinirane metode delovanja bi bile lahko zelo učinkovite, pa prav v luči analize trenutnega stanja ni videti smiselnega razloga, da bi bile javno razodete.

Načelna smer delovanja slovenskega zdravništva je vendarle zelo jasna in obsega tri pomembna področja institucionalnega delovanja: *ureditev svojih vrst, jasno razvidno pogajalsko držo in delovanje prek parlamenta*. Obenem sodi zraven še prosvetljeno delo z bolnikom. V rabi številnih in nikoli izčrpanih možnosti delovanja, ki jih doslej slovensko zdravništvo nikoli ni izkoristilo niti tisočinko, bo treba najprej predvsem v svojih vrstah razčistiti med politiko in stroko. Možnosti za spremembe v filozofiji delovanja Zbornice so številne. Le uporabiti jih bo treba. To bo moralo storiti slovensko zdravništvo. Politiko bo treba prepustiti strankam, za stroko pa se bo treba prekleto trdno boriti. Samo močno, kar pomeni predvsem enotno zdravništvo lahko doseže pomembne premike v razmerju moči trikotnika *ministrstvo-zavarovalnica-zdravništvo*. Da gre v okviru tega trikotnika v državah zahodnih demokratičnih vzorcev za antagonistične pozicije, pa vedo tam že osnovnošolci (1).

Vir

1. Starr P. The social transformation of American medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. New York: Harper Collins Publishers, 1982: 3-488.

Marjan Kordaš

V zadnjih letih mi je prišlo nekako v navado, da skoraj vsak zapis začnem z osebno izkušnjo. Dovolite mi, da ji ostanem zvest:

Članstva v organizacijah so se mi vedno upirala. Po diplomii na Medicinski fakulteti sem se sicer vpisal v Slovensko zdravniško društvo (SZD), a brž sem spoznal, da SZD nikakor ni tisto, kar bi moralo biti. Zato sem kmalu nehal plačevati članarino. Domneval sem, da bo s tem tudi prenehalo moje članstvo v SZD. Da se je to res zgodilo, sem zvedel kakih petnajst let pozneje, ko me je v začetku leta 1978 iz SZD poklical profesor Varl. Predlagal mi je, naj bi odšel v Sarajevo in sodeloval pri pripravi gradiva za kongres jugoslovanskih zdravnikov. Ponudbo sem sprejel takoj; prav takrat se je namreč po vsej Jugoslaviji pripravljalo usmerjeno izobraževanje (tudi zdravnikov) in upal sem, da bom morda kako neumnost lahko ustavil prav na začetku.

Pripravljanje gradiva in bojevanje za neumnostmi je bilo zanimivo. Pa tudi sicer je bilo bivanje v Sarajevu zanimivo; ogledal sem si deželni muzej in sinagogo, se skoraj do onemoglosti klatil po mestu in živel od čevapčičev (z lepinjo), od vseh treh različnih sijajnega sarajevskega bureka in turških sladkarij.

Nekaj dni po moji vrnitvi v Ljubljano me je spet poklical prof. Varl in me povprašal, kako je bilo. A ko sva končala uradni del pogovora, se je začel sladko smejati; med smehom mi je povedal, da je brž po mojem odhodu v Sarajevo ugotovil, da nisem član SZD; to društvo je torej zastopal ne-član.

Kmalu potem sem se pa v SZD le včlanil, vendar bolj po sili razmer in natančnosti profesorja Kališnika. Tolažil sem se, da je to koristno, saj moram SZD podpirati ravno tako kot npr. Slovensko planinsko društvo. Vendar dlje nisem želel iti: postal sem član, ki sicer plačuje članarino, a nič več. V glasilu SZD, v Zdravstvenem vestniku, sem objavljal le tisto, kar se mi je zdelo neogibno. Ko so me o tem povprašali, sem odvrnil, da je to zato, ker je objava v tem časopisu enaka objavi v črni luknji.

Mislim, da je bilo v decembru 1989: uredništvo me je povabilo, naj za glasilo SZD, ki se je preimenovalo v izvorno ime, v Zdravniški vestnik, napišem uvodnik. Takoj sem se lotil dela in ko sem končal, sem si rekel, da je moj zapis podoben znamenitemu predavanju O škodljivosti tobaka in da nikakor ni za objavo. A ostal sem zvest samemu sebi in ga poslal uredništvu Zdravniškega vestnika, kjer so ga – v moje neznanstvo presenečenje – natisnili v izvorni obliki. Če ta uvodnik berem danes, ne vem, ali naj se smejem ali naj jočem. Zato bom tu citiral tisto, kar po mojem za tisti čas najbolj štrli ven:

... Tako je danes med nami cela vrsta generacij, ki so vzgojene v birokratski miselnosti, ki so neodgovorne in neustvarjalne. Te generacije ne poznajo notranje motivacije. Birokratski strategji so določili, da je intelektualno delo brez vrednosti. Tako so zatrli zunanjo motivacijo. Rezultat je jasen in se kaže v plačah ...

Če bomo usi kot posamezniki sprejeli izziv, da v sebi odpravimo uradniško miselnost, se bo avtomatično in brez posebnega hrupa spremenil tudi sedanji šolski sistem. Spremenil se bo v tistega, v katerem bo intelektualno delo osrednja vrednota. Ta vrednota se bo odražala tako v družbenem kot v denarnem smislu ...

Zdravniška zbornica bo imela vsa pooblastila, ki ji pritičejo kot strokovno neodvisni ustanovi. Bo nad vse pomemben člen povratne informacije med javnim zdravstvom in medicinsko fakulteto. Zdravniška zbornica bo lahko podelila, lahko pa tudi odvzela dovoljenje za delo v zdravniškem poklicu.

Strategijo izobraževanja ne bodo več določali birokrati, temveč intelektualci. To pomeni, da »drugib« (v pomenu misli na uvodu) ne bo več. Ostal bo samo človek. Na univerzi bodo odločali univerzitetni učitelji (in nihče drug), v zdravstvu pa zdravniki (in nihče drug) ...

Takrat, v februarju 1990, sem domneval, da se bo SZD preoblikovalo v intelektualno silo, ki ne bo dala le pobudo za ustanovitev, ampak ki bo tudi bistveno sodelovala pri oblikovanju zasnov in dolgoročne politike Zdravniške zbornice Slovenije.

Domneval sem, da bo znotraj vsega tega tudi boj za kvaliteto, prek nje pa tudi boj za ugled zdravniškega stanu in ustrezne plače. Skratka, domneval sem, da se bo SZD prelevilo v Zdravniško zbornico.

Zdaj vidim, da je bila moja domneva le utvara. SZD je v resnici stalo ob strani in že ob ustanovnem sestanku Zdravniške zbornice Slovenije se je izkazalo, da poleg SZD obstoje še druge, bolj prodorne sile, ki so skoraj neodvisno od SZD po eni strani ustanovile FIDES, po drugi strani pa Zdravniško zbornico. Ne upam si presojati, ali je to bilo *doslej* dobro ali slabo, a prav gotovo ni bila katastrofa. Vendar se po moje *zdaj*, v septembru 1994, že jasno kaže, da je v Sloveniji zdravništvo razdrobljeno med

Slovensko zdravniško društvo,
Zdravniško zbornico in
FIDES.

Obstoj več organizacij istega tipa je smiselno le, če omogoča zdravo konkurenco. A bojim se, da tega ni. Bojim se, da res velja vaša trditev, da

„...Noben od omenjenih treh partnerjev se ni mogel izogniti medsebojnemu obtoževanju, revanšizmu, včasih primitivnim strankarskim bojem, pozabljajoč na zdravniško solidarnost, celo etiko in vrednote stanu, ki so se obranjale skozi stoletja in tisočletja...“

Menim, da je za slovenske zdravnike edino smiselno, če delujejo znotraj takšne organizacije, ki ima *pooblastila*, da uravnava in spodbuja *kakovostno* organizacijsko in strokovno delovanje. To je zaenkrat Zdravniška zbornica. Ne vidim – morda zato, ker sem po naravi naiven človek – prav nobene ovire, da SZD in FIDES ne bi mogla delovati pod streho Zdravniške zbornice. Ali bi bilo narobe, če bi se pri Zdravniški zbornici ustanovili (še) dve sekciji? Prva bi se še vedno imenovala FIDES; imela bi svojega predsednika in še vedno bi se ognjevitno bojevala za plače zdravnikov. Druga bi se imenovala Slovensko zdravniško društvo; tudi to bi imelo svojega predsednika, izdajalo pa bi časopis Zdravniški vestnik in prizadevalo bi si za takšno *kakovost Zdravniškega vestnika*, da bi ga *indeksiral Science Citation Index in da bi imel faktor vpliva vsaj 0,5*. SZD bi lahko bistveno prispevalo h kakovostnemu strokovnemu delu Zdravniške zbornice. In končno, vendar ne nazadnje bi se vsi predsedniki, podpredsedniki, sekretarji, tajniki, podtajniki itn. med seboj dogovorili, da si ne bodo metali polen pod noge. Je to prehuda zaveza? In v zvezi s to zavezo želim citirati svojo zadnjo tezo, strah, ki sem ga čutil že takrat:

...Gre torej za spremembe, o katerih smo pred nekaj leti lahko le sanjali. Ali bo ostalo le pri sanjah ali ne, pa je odvisno le od nas. Pokazalo se bo, ali je bil birokratski zapis v naš genom v preteklih letih ireverzibilen ali reverzibilen. Če je postal ireverzibilen, smo za to odgovorni vsi, tako birokrati kot zdravniki. Vendar ima naša odgovornost drugačno in težo in barvo; dokazuje, da smo sprejeli vlogo zapeljance, da smo zapeljivcu dopustili njegove poljubne manipulacije z nami, katerih končna posledica je naša intelektualna in moralna smrt.

Franc Košir

Prav na začetku razpravljanja o predstavnikih zdravniške organiziranosti in njihovih medsebojnih odnosih ter odnosih z Ministrstvom za zdravstvo in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije velja poudariti, da je slovensko zdravstvo tudi v primerjavi z bolj razvitimi družbami dobro. Krizo odnosov, ki jo je čutili med stanovskimi organizacijami (društvo, sindikat, zbornica) in drugimi institucijami v zdravstvu, je ocenjevati kot posledico in odsev sedanjih odnosov v naši družbi. V zadnjih treh letih so se izvršile tako velike, lahko bi celo rekli «tektonske» spremembe v

družbi in tudi na področju zdravstvenega varstva, da ne veljajo več vzorci in način življenja, ki smo ga bili vajeni v preteklem obdobju. Ker nisem zdravnik, se kljub poznavanju nekaterih problemov in vprašanj ne morem vključevati v razpravo o odnosih med zdravništvom. Menim le, da je s postopnim, premišljenim in nadzorovanim uveljavljanjem vseh sprememb in odgovornosti mogoče graditi nadaljnji razvoj zdravstva na doseženi ekonomski, socialni in kulturni razvitosti družbe ter na tradiciji in razvitosti slovenskega zdravstva.

Dovolite pa mi, da na vaše povabilo povem nekaj besed o vlogi in mestu Zavoda v sistemu zdravstvenega varstva. Mnogokrat se namreč srečujemo s trditvami, ki kažejo, da ta vloga v sedanjem novem sistemu ni povsem znana in da se Zavodu pripisujejo pooblastila in odgovornosti, ki mu jih zakonodaja ne daje.

S sprejemom nove zakonodaje so se pred dobrimi dvema leti začele uvajati nekatere pomembne novosti na področju zdravstvenega varstva. Te so predvsem: opustitev dotedanjega sistema «nacionalnega zdravstvenega varstva», uvedba zasebnega dela v zdravstvu, ki opravlja storitve kot sestavni del javne zdravstvene službe, ter uvedba obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, partnerski pristop pri oblikovanju obsega, vsebine programa in določanja elementov cen zdravstvenih storitev, ustanovitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje kot javnega zavoda in še bi lahko naštevali.

Te velike vsebinske spremembe postavljajo vse udeležence in institucije pred drugačne, spremenjene nove naloge, kot smo jih poznali v prejšnjem sistemu. Če samo ilustriramo novi sistem financiranja zdravstva, potem je to način upravljanja z javnimi sredstvi, ki je zasnovan na partnerskih odnosih, v katere vstopajo Ministrstvo za zdravstvo kot predstavnik države, Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki zastopa interese zavarovanih oseb, in izvajalci zdravstvenih dejavnosti, ki jih zastopajo zbornice (Zdravniška in lekarniška zbornica), združenja (Združenje zdravstvenih zavodov, Skupnost naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov). Tako med partnerji ne zasledimo Zdravniškega društva ali sindikata FIDES, s tem pa ni rečeno, da med obema organizacijama in Zavodom ni sodelovanja. Partnerji niso naravni sovražniki, temveč naravni nasprotniki v svojih interesih, kako doseči skupen cilj – boljše zdravstveno varstvo. Različnost njihovih interesov se kaže v naslednjem:

- zavarovane osebe, ki jih predstavlja Zavod, hočejo za obvezno predpisani in plačani prispevek čimboljše zdravstveno varstvo, zakonodaja jim zagotavlja enake pravice;
- zdravniki in njihovi sodelavci skupaj z materialnimi zmogljivostmi tvorijo zdravstveno službo. Ta zavarovanim osebam ponuja za čim večje plačilo strokovno dobre preventivne in kurativne zdravstvene preglede;
- država kot tretji partner je dolžna poskrbeti, da vsi prebivalci zadovoljujejo vse potrebe in ne le zdravstvenih, zato zastopa splošne, skupne interese v sistemu zdravstva. Dolžna je poskrbeti za uravnotežen ekonomski in socialni razvoj ter dosegljiv zdravstveni standard vsem zavarovanim osebam. Zdravstvena poraba ne sme povzročati motenj na drugih področjih, zato se opredeli poraba sredstev na račun javnih financ za izvajanje obveznega zavarovanja in matematično ugotovi višino prispevne stopnje. V tem dejstvu je iskati torej odgovore, zakaj ne višja prispevna stopnja, zakaj Zavod ne sme za zdravstvo porabiti več natečenih sredstev iz prispevkov, ki so posledica rasti plač, ampak jih je dolžan po zakonu prenesti v naslednje leto.

Slovenija ima po zadnjih izračunih za leto 1993 6600 USD bruto družbenega proizvoda na prebivalca, od tega namenja iz javnih sredstev 7,3% za zdravstvo. To je blizu povprečja razvitih držav OECD, ki pa imajo bistveno višji BDP na prebivalca. Več sredstev za zdravstvo tudi v prihodnje verjetno ne bo mogla pridobiti iz javnih sredstev, zato vidim rešitve glede obvladovanja stroškov za zdravstvo v povečevanju deleža prostovoljnega zavarovanja oz. doplačil, zmanjšanju obsega nekaterih pravic iz obveznega zavarovanja, načrtni stimulaciji zdravnikov ter zdravstvenih menedžerjev. To pa pomeni sprejeti ekonomsko logiko omejenih sred-

stev za zdravstvo in ravnati kot dober gospodar oziroma kot podjetje z razvito ekonomsko kulturo. Vsi dobro vemo, da mnogokrat ravnamo prav nasprotno takemu obnašanju, to potrjujejo tudi zdravniki, ki se odločajo za zasebno dejavnost. V zavodih in pri zdravnikih je še vedno zakoreninjena miselnost sisovskega storitvenega sistema: »napraviti moram čim več, da nekaj dobim!«. Ob omejenem obsegu sredstev za zdravstvo je to le zniževanje cene zdravstvenih storitev. Zavod se v pogajanjih za letni dogovor oziroma pri sklepanju pogodb nenehno sooča z zahtevami večanja programov, namesto da bi bilo ravno obratno. Strokovno potreben obseg storitev bi namreč zmanjševal obseg materialnih in drugih stroškov, zniževal stopnjo zaposlenosti, s tem pa bi se povečevala cena zdravnikovega dela na enoto storitve.

Na Zavodu se pri tem zavedamo možnosti in odgovornosti, da s spreminjanjem in dograjevanjem obračunskih sistemov oz. načini financiranja v posameznih dejavnostih zdravstvenega varstva lahko stimuliramo ali destimiramo zdravnike pri njihovem bolj ali manj gospodarnem ravnanju s sredstvi zdravstvenega zavarovanja (predpisovanje zdravil, odsotnost z dela, diagnostični postopki itn.), kar naj bi se odražalo v ugodnejšem razmerju med plačami in materialnimi stroški. Ker so sredstva za zdravstvo kot storitveni dejavnosti ločena od proračuna, je v nadaljnjem dograjevanju sistema plač v zdravstvu treba v prihodnje doseči samostojno oblikovanje kriterijev vrednotenja in drugih principov določanja plač zdravnikov. V okviru sredstev, ki so na voljo za zdravstvo, je torej s sodelovanjem in usmeritvami k istemu cilju, mogoče doseči pozitivne rezultate.

Morda so ta gledanja na prvi pogled za naše zdravstvo utopična ali preoptimistična, osebno pa sem prepričan, da bi to zmogli, saj so v nekaterih evropskih državah in v Kanadi na ta način dosegli zavidljive uspehe. V teh usmeritvah vidimo na Zavodu realno možnost razrešitve problemov plač, medicinskih sester, večje možnosti izobraževanja, spremembe odnosov do bolnikov itd. Zmotno je mišljenje nekaterih, da je Zavod proti dobrim plačam zdravnikov, kakor je tudi zmotno mišljenje, da se Zdravniška zbornica kot partner pogaja z Zavodom in Ministrstvom o plačah. O plačah zdravnikov namreč odloča Državni zbor z Zakonom in Vlada R Slovenije s sindikati zdravstvenih delavcev. Zavod pri teh dogovoranjih in pri sprejemanju zakona ne sodeluje. V kalkulaciji cene zdravstvenih storitev Zavod uporabi oz. vkalkulira dogovorjene elemente plač tako, kot so določeni z zakonom oz. kolektivno pogodbo.

Neupravičen je tudi očitek, da se Zdravniška zbornica pogaja z Zavodom s premajhno ostrino in da zato ne doseže ugodnejšega dogovora, saj se o plačah pri letnem določanju obsega programov in elementih vrednotenja in določanja cen v skladu z veljavno zakonodajo ni moč pogajati o plačah.

FIDES (ali katera druga sindikalna organizacija zdravstva) bi moral prevzeti odgovornost in dolžnost za pravilno vrednotenje dela vseh zdravnikov in zobozdravnikov in uporabiti ustrezne oblike sindikalnega boja. Pri tem pa stavke zdravnikov niso primerne in bi bolj škodile kot koristile ugledu zdravnikov. Postavlja se tudi vprašanje, proti komu bi stavkali zdravniki zasebniki, ki so delodajalci, stavke pa so običajno uperjene proti delodajalcem. Simpatičen in odmeven bi bil sklep ene od organizacij zdravnikov, da se odreka za neko obdobje temu skrajnemu načinu sindikalnega boja in vse zahtevke oblikuje na pogajanjih z Vlado.

V določenih zdravniških krogih je prisotno mišljenje, da se Zavod vtika v stroko, da kot financer kroji zdravstveno politiko, da omejuje napredek stroke itn. To seveda ne drži! Ob prevzemanju in upoštevanju odgovornosti vseh treh partnerjev: Ministrstvo za zdravstvo-izvajalci-Zavod za ustrezno zdravstveno zavarovanje in varstvo vseh prebivalcev je Zavod gotovo dolžan opozarjati in delovati v smislu upoštevanja ekonomskih možnosti ter zagotavljati raven in obseg zdravstvenih storitev vsem zavarovanim osebam. To pa pomeni, da je zagotovljen ustrezen strokoven standard iz obveznega zavarovanja, ne pa vse tisto, kar stroka zna in zmore, ali pa bi bilo primerno iz socialnega vidika obravnave zavarovanja. Preboj te miselnosti v zdravstvu je seveda proces

prilaganja od utopičnega pričakovanja pretekle miselnosti, da so dosegljive vse dobrine in storitve, ne glede na materialni položaj, k ravnanju, da so zagotovljene le tiste pravice v obsegu in standardu, ki so določene s Pravili obveznega zavarovanja. V skrbi za zdravje je torej zavarovanje le tisti skupni minimum, ki je dostopen praviloma vsem v določenem standardu, vse drugo pa je predvsem zadeva posameznika, delodajalca, socialna funkcija države in podobno.

To so na kratko nekateri pogledi o vlogi Zavoda v širšem okviru odnosov med zdravstvom in drugimi oblikami organiziranosti v sistemu zdravstvenega varstva. Gotovo se bodo ti odnosi v bodoče še oblikovali, poglobljali in ob posameznih problemih in vprašanjih tudi ostrili. Priznavanje vloge in odgovornosti vseh udeležencev, razmejevanje pristojnosti, sodelovanje in takojšnje odkrito odklanjanje nespornizmov pa dajejo možnosti za dolgoročno doseganje skupnih ciljev.

Franc Kozar

Pisati o zdravniških poklicnih združenjih pomeni prvenstveno pisati o zdravniku samem, o njegovih poklicnih interesih, kakor tudi o njegovem položaju v organizacijski shemi zdravstva. Slovenski zdravnik, praviloma potrjen socialistični indoktrinaciji, ki se je kazala v poudarjanju sociusa, materialnem in moralnem razvrednotenju intelektualnega dela, prežet z idealizirano, njemu svojstveno nravnostjo in poklicno etiko, z do maksimuma izpiljenim socialnim čutom, vprežen v zahteve stroke, je postal praviloma družbeno nepismen idealist. Ta njegov idealizem se je in se še kaže v njegovem prepričanju, da je sramotno govoriti o vrednosti njegovega dela, dokler mu standard omogoča preživetje, da je sindikalno gibanje tuje intelektualnemu delu in da je le-to vezano na manualno delo. Ni čudno, da je tak postal in je še vedno lahek plen manipulacije, tako v družbenem kot v ekonomskem smislu. Zaverovan v svoje delo in svoje poslanstvo, ki ga okupirata tudi v njegovem prostem času, apatično gleda, ko vrednost intelektualnega dela narašča vsem, le njemu ne. Družbeno nerazgledan, razpet med tri poklicna združenja, od katerih pričakuje, da bodo brez njegovega angažmana rešila njegovo družbeno in ekonomsko bedo, se ne more odločiti, katera je njegova in katera njemu tuja.

Z vdorom zasebnega zdravstva v organizacijsko shemo zdravstvenega varstva ne more dojeti, da je sprememba sistema potegnila ekonomsko ločnico med zasebnim in zaposlenim zdravnikom, ko sta pa vendar oba predstavnika istega ceha in imata skupni strokovni interes. Zdravnik zasebnik nastopa na trgu storitev kot enakopravni partner javnemu zdravstvu, njegov ekonomski interes je profitabilnost, ki jo je možno doseči z zmanjšanjem materialnih stroškov in/ali z zmanjšanjem vrednosti dela; njegov interes do drugačne vrednosti dela je le tolikšen, kolikor je ta zastopana kot kalkulativen element storitve. Zaposleni zdravnik, ki se lahko pojavi celo v odnosu do zasebnika v delojemalskem položaju, pa trži zgolj vrednost dela in je cena storitve zanj drugotnega pomena.

Število storitev na populacijo (zdravstveni standard) odmerja Ministrstvo za zdravstvo s plani, upoštevajoč gospodarsko moč države. Tako omejevanje vodi pri zasebniku do dejanskega zmanjšanja storitev, višek (ne)potrebnih storitev pa se v taki ali drugačni meri prevlači na javno zdravstvo, ki je po obstoječi regulativi neprofitno in prav tako storitveno omejeno, posledično to brede v ekonomsko puščobnost, ki se najprej odrazi v razvrednotenju dela in šele kasneje v zmanjšanju standarda (državne in zasebne bolnišnice). Ministrstvo za zdravstvo, ki nujno vodi tudi finančno politiko zdravstva, se lahko dokazuje v Vladi le s čim nižjo prispevno stopnjo; ker so materialni stroški dokaj rigidni, je možno to doseči le z nižjo ceno dela, ki pa ga je treba predhodno še družbeno razvrednotiti.

Pravica do zdravstvenega varstva je ustavna kategorija in naloga ministrstva je, da to pravico enakopravno zagotovi vsem državljanom. Ko se je pojavilo zasebno zdravstvo, je ministrstvu, ki mora obvladati celo zdravstvo, ušel iz kontrole (predvsem strokovne, manj pa organizacijske in finančne) ravno ta segment. Država je na tako stanje odreagirala z ustanovitvijo Zbornice kot institucije javnega prava. S predpisom obveznega članstva je posegla v ustavno pravico zdravnika, da bi zavarovala pravico do zdravstvenega varstva, ki pa je v javnih zavodih prek notranjega strokovnega nadzora, strokovnih kolegijev, sestave svetov Zavoda, vpliva na imenovanje direktorjev in njihovih položajev bistveno bolje varovana kot pri zasebniku. Njemu nenaravnemu združenju je pridodala še nekaj delodajalskih pristojnosti (podpis kolektivne pogodbe), nekaj interesnih področij zasebnika (dogovor o ceni storitev) v želji, da bi zabrisala tipičen paradržavni značaj Zbornice. Nanjo je prenesla še zunanji strokovni nadzor, ki mu očitno sama ni kos, in dobila je institucijo, prek katere komunicira z zdravništvom in ki omogoča dokaj lagodno ministrovanje. V svoji biti predstavlja ZZS nadomestek bivšega samoupravljanja, saj prek nje država brezplačno črpa ideje za ureditev zdravstva od strokovnjakov iz prve linije. V tej čudni poziciji se njeno vodstvo meče enkrat v objem države, drugič objema zdravnika, se premetava med delodajalcem in delojemalcem, ker ne najde samega sebe. Slovenski zdravnik, nepopravljivi naivnež, si v njej plačuje inkvizitorja in stoično gleda, ko mu jo prodajajo kot stanovsko združenje, namesto da bi prebral obrazložitev ustavnega sodišča, da je ZZS »institucija javnega prava, ustanovljena po volji zakonodajalca, da obvlada zdravniški stan«. Njen položaj kot podaljšane roke države v obvladovanju zdravniškega stanu naj ilustrira podatek, da je ob njeni ustanovitvi znašala plača splošnega zdravnika za redno delo s 17 leti dela 1,65 gospodarske plače in je ves čas padala, da bi junija 1994 dosegla 1,22 gospodarske plače; v istem času pade povprečna negospodarska plača z 1,31 na 1,20 gospodarskih plač.

Zdravniški sindikat kot združenje delojemalcev se ne more odločiti, ali je stanovsko ali sindikalno gibanje, še danes menca, ali se naj bori za ceno storitve ali za ceno dela. Neredko je na tapeti (ne)potrebnosti, kljub v mednarodnih normah jasno opredeljenemu delovnemu področju. Sindikat je in bo ostal združenje delojemalcev, ki brani pravice iz delovnega razmerja, kar pa niso samo plače in dopusti, ampak tudi obramba kvalitete dela in zavračanje neupravičenih očitkov slabe kvalitete.

Ali imeti poklicni sindikat ali ga inkorporirati v širša sindikalna združenja, je izključna domena njegovih članov. Njegova asimilacija z drugimi sindikati bi nedvomno okrnila možnost varstva specifične odgovornosti zdravnika do lastnega dela; res pa je, da je ravno na tem področju do sedaj sindikat naredil bore malo ali nič. Sindikat je tudi edino združenje, ki ima legitimnost pri organizaciji stavke. Prepoved stavke bi pomenila ne samo poseg v ustavno pravico, ampak grobo kršitev mednarodnih obligacij. Specifika zdravniškega dela odklanja klasično stavko v smislu prekinitve dela, ker je usmerjena zoper lastno klientelo in ne zoper delodajalca. Model stavke, h kateremu nagibam, bi lahko strnil v en stavek: »Najdražje zdravstvo je komaj primerno za bolnega Slovenca«, ki ima za posledico sesutje dokaj napetega delodajalčevega proračuna in ogrožanje državnega proračuna. Ne smemo pozabiti, da ima slovensko zdravništvo vpliv na trošenje denarja, ki je približno enak izdatkom za obrambo.

Zdravniško društvo, združenje z najdaljšo tradicijo, po svojem namenu ustanovljeno za zadovoljevanje strokovnega in stanovskega interesa, je prilagojeno za idealno družbo ali že izdelano družbeno okolje. Svojo resnejšo krizo je doživelo spomladi 1972 ob sprejemanju prvih samoupravnih sporazumov, ko izhajajoč iz svoje društvene vloge ni moglo prevzeti sindikalnih pozicij, deloma zaradi nedorečenosti okolja, deloma zaradi interesa obdržati zdravništvo pod isto streho. Članstvo, pa tudi vodstvo, prežeto z idejami nezahvalnosti intelektualnega dela in idejami enakih želodcev, je popustilo takratni klimi, da velja le tisti, ki ustvarja merljive količine in da zdravstvo ni kvaliteta, ampak

poraba. Ta njegova popustljivost se kasneje sprevrže v avto-destruktivnost, ko zmanipuliran, v Evropo zazrti zdravnik, misleč, da novo ime prinaša novo kvaliteto, vidi rešitev svojih tegob v Zbornici in ne v transformaciji obstoječega.

Motiv za sleherno združevanje je interes, ki ga to združenje pokriva in ravno nedorečenost pri pokrivanju zdravniških interesov in boj za delovna področja sta zdravniška združenja pripeljala v slepo ulico, ko več nihče ne ve, s čim se ukvarja in komu je odgovoren. Slovenski zdravnik bo moral spoznati, da je drugačna družbena ureditev razdelila zdravnike na zasebnike in zaposlene, da so njihovi ekonomski interesi polarizirani in da je posledično tudi odgovornost drugačna: zasebnik je odgovoren za storitev, zaposleni za opravljeno delo. Ali na primeru: zaposleni zdravnik ni odgovoren, če ni defibriliral, ker delodajalec nima defibrilatorja; zasebni zdravnik je odgovoren, če ni defibriliral, ker nima defibrilatorja. Toliko različnih interesov, ki si bodo neredko postavljali celo nasproti, ni mogoče uresničevati znotraj istega združenja.

Najbolj definirano področje ima sindikat, ker je zavezan mednarodni ureditvi, vsekakor pa bo moral to svojo zavezanost izpeljati do konca in prevzeti v bran vse pravice, ki so pogojene z delovnim razmerjem.

Zdravniška zbornica bo verjetno morala pokriti interese zasebnikov in bo v določenih pogojih celo postavljena nasproti sindikatu, izoblikovati bo morala najmanj toliko kvalitetno varstvo pravice do zdravstvenega varstva in njegovo kontrolo pri zasebnikih, kot obstaja v javnih zavodih, v pogajanjih za obseg programa zasebnikov bo morala nastopati kot enakopravni partner javnim zavodom. Koliko bo prevzela izvajanje javnih pooblastil, ki so v izključnem interesu države, je odvisno predvsem od združljivosti državnega interesa z zasebnikom. Ali drugače: odločiti se bo morala, ali je paradržavna ali zdravniška, če ne, bo postala bodisi sama sebi namen bodisi samoumevna, kar so zdravniške zbornice marsikje že postale in kar dokazujejo tudi številni spori o njihovih smiselnostih.

Zdravniško društvo bo v tej kombinaciji moralo prevzeti interese, ki so skupni tako zasebniku kot zaposlenemu zdravniku, kar je pa nedvomno problem do- in podiplomskega izobraževanja, in tipične stanovske probleme, za kar ima nedvomno tudi najdaljšo tradicijo.

Pokrivanju teh interesov se bo ustrezno tudi rekrutiralo članstvo. V taki makroshemi tudi ni potrebe po kaki koordinaciji, saj bo sleherni člen vedel, čigav je in komu je odgovoren; ne bo rivalstva, ki je nedvomno dobra podlaga za politično manipulacijo; obstajala bo lahko le podpora in eventualna pomoč. Fin način manipulacije ocenjujem tudi deklaracijo iz Cerknega, ko je sindikat ob neurejenih plačah podpisal pakt z delodajalcem, delodajalec pa se obvezal, da se bo boril za višje plače. Uspeh takega boja je že vnaprej obsojen na pat pozicijo.

Ob dobrem konceptu združenja kadri niso toliko pomembni, saj jih je najlažje zamenjati, nekoliko slabše pa je, če kadri niso odraz in presek članstva in če imajo prevelik vpliv na delovanje in ravno s tem bi se morala združenja več ukvarjati.

Združenja, ki vidijo rešitev neuglednega položaja svojega članstva v zakonski ureditvi, so nedvomno zašla v globoko krizo. Zakon, tak ali drugačen, bo v večji ali manjši meri prenesel pravila zdravnikovega ravnanja v pravo in o njih se bo od takrat dalje razpravljalo le na sodiščih, norme ravnanja bodo predpisovali v parlamentu, vpliv na to sfero dogajanj bo postal nič. Vnos vrednotenja dela v zakon bo pomenil kompliciran, parlamentarni proceduri podvržen sistem sprememb tega, čeprav bi se mogoče v prvi fazi dosegel minimalni premik. Razmerij Zahoda, ki jih je tekom desetletij izoblikoval trg, ob upoštevanju, da je naša država po ustavi socialna država in upoštevanju njene gospodarske moči, vsaj v tej fazi ne bo moč doseči.

Sem bil preveč kritičen do zdravniških združenj? Poglejmo! Vsem trem sem in še plačujem članarino v letni višini desetih mojih dežurstev. Po več kot 20 letih dela v stroki me je bolnik, nezadovoljen z uslugom, za katero menim (povsem sigurno pa tako

ali tako nisem nikoli), da je bila korektna, očrnil v javnosti, verjetno bo iskal zadoščenje tudi na sodišču. Bilo je v dežurstvu, ko sem delal ne vem več ali 20 ali 40 ur, kljub temu da mi zakon narekuje po dvanajstih urah dela najmanj 12 ur neprekinjenega počitka. Mojega ministrstva kot delodajalca to ne zanima, ono pravi, da je ravnavalo korektno in da ni odgovorno, da je odgovornost individualna. Moja profesionalna združenja so si v pravila igre zapisala, da bodo branila ugled svojih članov (tudi mojega). Me bo katera branila pred razsodiščem Zbornice? Me bo katera branila pred rednim sodiščem? Katera bo z enako masnim naslovom odgovorila javnosti? Ostal sem sam! K sreči je bila to zame zaenkrat le hipoteza, jutri je lahko resničnost, za marsikoga je to resničnost že danes.

David B. Vodušek

Pozvan k obravnavi »sožitja« Zdravniškega društva, Zbornice in FIDES-a po najboljši volji kot skupni imenovalec lahko navedem le potegovanje za ustrezno vrednotenje in izboljševanje pogojev zdravnikovega dela. Za to je Zdravniško društvo (ZD) v nedavno končanem obdobju naredilo malo ali nič; pričakoval bi pravzaprav, da bo v »novem obdobju« to delo ustrezno opravljala Zbornica; ker pa sem videl, kako gredo stvari, sem se že takoj od začetka včlanil v FIDES, da bi s tem podprl njihovo dovolj izkazano zagnanost. V bodoče bom(o) videl(i); sam bi bil samo vesel, da bi stvari poenostavili. Ker je Zbornica obvezna organizacija (torej nje ne moremo ukiniti), se ve, kaj poenostavitev pomeni. Zdravniki kot »porabniki sindikalnih uslug« pa se bomo odločali »tržno«. Kolikor z Zbornico ne bomo zadovoljni, bomo pač v FIDES-u ali še kje...

Sedanji predsednik ZD je nedavno poudaril, da je ZD stanovski predstavnik slovenskega zdravništva in da se je v času ukinjene Zdravniške zbornice brez družbenih pooblastil prizadeval za pravice zdravnikov (Dolenc 1994). Meni se prej zdi, da prejšnji režim pravega stanovskega združevanja niti ni (oz. ne bi) dopuščal, medtem ko je dopuščal strokovno (»ljubitelsko«) združevanje. Menim, da iz tega izhaja tudi – vsaj jaz bi ga tako ocenil – globalen neuspeh ali celo izostanek »skrbi« za slovensko zdravništvo, ki je bilo (vsaj v železnih časih) kot »buržuazen element« vsaj po mojem razumevanju celo načrtno diskriminirano. Tega ne govorim zaradi pretakanja solz za preteklostjo ali očitanja, ampak da bi si lažje razložil dokaj izključno usmerjenost Zdravniškega društva s sekcijami v stroko. Pri tem sem kot slovenski zdravnik od nekdaj ponosen na to strokovno dimenzijo našega društva, saj ob vseh ne najbolj ugodnih pogojih že dolga leta izdaja zelo kakovostno strokovno revijo; poleg tega kot slovenski nevrolog in klinični nevrofiziolog potrebujem »Nacionalno zvezo nevrologov« in »Nacionalno zvezo kliničnih nevrofiziologov«; ti sta pri nas pač oblikovani kot sekciji ZD. Slednje (namreč ZD kot skupnost sekcij) se mi zdi celo najustreznejša rešitev; samostojne individualne sekcije (oz. npr. »Zveza kliničnih nevrofiziologov Slovenije«) bi bile pogosto »premajhne« za trajno preživetje, ne bi mogle izdajati revije ipd. Prav za omenjeno strokovno združevanje se mi zdi prostovoljnost najustreznejši način, saj združevanje temelji na »veselju do stroke« oz. tisti zagnanosti, ki zdravnike (na srečo stroke večino) žene k temu, da tudi po rednem delavniku medicine ne puščajo vniemar.

Moje poenostavljeno razumevanje je torej tako, da je FIDES (neobvezna) organizacija, ki skrbi za zdravnikov žep, ZD s sekcijami pa (neobvezna) organizacija, ki služi njegovim strokovnim potrebam (zanimanju in veselju do stroke). Izhajajoč iz tega, bi si lahko zamislil sistem, kjer bi zdravnikovo delo (kakor pač zdravstveno službo nasploh) organiziralo, vodilo in nadzorovalo Ministrstvo za zdravstvo (s svojimi svetovalnimi organi, Zdravstvenim svetom in Razširjenimi strokovnimi kolegiji) in Zdravniške zbornice sploh ne bi bilo. V tem sistemu bi Ministrstvo

s svojimi organi imelo pozicijo »uradno odgovorne institucije«, FIDES in Zdravniško društvo s sekcijami pa bi funkcioniralo kot kritična »civilna družba«. Vendar pa se je v novem sistemu – po dokaj razširjenem evropskem zgledu – pojavila kot tipična stanovska organizacija Zdravniška zbornica, ki bi naj po mojem razumevanju skrbela za čimboljši zdravnikov položaj v družbi. Da ima v tej vlogi dovolj močno pozicijo, mora seveda skrbeti za ustrezno strokovnost, etičnost ipd. svojega članstva. Zbornica tu prevzema nekatere uradne »pravice in dolžnosti« z ramen Ministrstva in ima od družbe jasno kodificiran mandat. Zato se – za mene dokaj razumljivo – organizira kot »obvezno« združenje. Zbornica se skratka postavlja kot »uradna« ob bok Ministrstvu in s tem a priori nima istega profila kot npr. ZD s sekcijami.

Ker je menda jasno, da naloga Ministrstva za zdravstvo ni skrb za zdravnike, temveč skrb za funkcioniranje zdravstvene službe, bi moralo biti pravzaprav zdravništvu pogodno, da imajo Zbornico s tako širokimi kompetencami. Pri tem je drugo vprašanje, da se v tej smeri ni še zadovoljivo organizirala oz. da doslej ni pokazala (vsaj po mnenju nekaterih) večje uspešnosti; vse to je možno še izboljšati.

Tako Ministrstvo kot tudi Zbornica morata seveda delovati ne samo legalno, ampak tudi legitimno. Zavedanje slednjega zahteva ustrezno organiziranost, da bi njune odločitve bile tudi strokovno neoporečne. Ker niti od ministra niti od predsednika Zbornice ni pričakovati, da bi obvladovala vso stroko, ostaja vprašanje, na kakšen način lahko Ministrstvo in Zbornica pridobita ustrezno strokovno svetovanje. Ministrstvo ima že od nekdaj Zdravstveni svet in Razširjene strokovne kolegije, Zbornica pa zaenkrat tovrstnih strokovnih teles nima. Če pustimo ob strani vprašanja, kako bi naj bila ta strokovna telesa sestavljena, kako bi naj bila velika, in ali si jih sploh lahko privoščimo, je po mojem mnenju v Sloveniji že a priori problematično funkcioniranje stroke zaradi majhnega števila vrhunskih strokovnjakov, ki pravzaprav edino legitimno lahko podobne visoke funkcije zasedajo. Zaradi tega je sporno, kako lahko recimo Razširjeni strokovni kolegiji ali pa podobno telo pri Zbornici funkcionirajo kot nadzorniki, čeno prihajajo iz istih ustanov, ki bi naj bile nadzirane. Še težje kot eno tako »neodvisno strokovno telo« je sestaviti dve taki telesi, zato bi se Ministrstvo in Zbornica morda morala v bodočnosti sporazumeti za skupna »posvetovalna telesa«, ali pa se zadovoljiti s posameznimi svetovalci.

Pri tem bi bilo treba Zbornico opozoriti, da je sicer za njeno organizacijsko funkcioniranje smiselno, da so predstavniki voljeni, da pa taisti način ne more funkcionirati pri izbiri strokovnih svetovalnih teles oz. posameznikov, katerih strokovnost je definirana po bolj ali manj znanih in preverljivih kriterijih, nikakor pa ni voljena funkcija.

Kakor to velja za Zdravstveni svet in Razširjene strokovne kolegije dandanes, bi tudi za bodočo svetovalna strokovna telesa morali biti jasni načini, kako do njihovega imenovanja pride, in kako so financirani. Menim, da je povsem neustrezno pričakovanje, da bi to lahko bile eo ipso kar sekcije ZD (Dolenc 1994). S tem pa seveda nočem reči, da tako Zbornica kot Ministrstvo (predvidoma predvsem prek svojih posvetovalnih organov) ne bi izkoristila vsega strokovnega potenciala, ki ga Zdravniško društvo s sekcijami nudi. Na koncu bi povzel, da sem vesel, da smo ponovno dobili Zdravniško zbornico, in da sem prepričan, da bo gotovo ob konstruktivni podpori vseh nas sčasoma začela na vseh – in ne le nekaterih – področjih dobro funkcionirati. Zdravniško društvo ima po mojem prepričanju dovolj »poslanstva«; predstavlja »družbo« vseh mogočih združenj slovenskih zdravnikov po strokovnih, regionalnih ipd. kriterijih (predstavlja npr. združenje slovenskih zdravnikov; združenje regionalnih združenj, združenja strokovnih [specialističnih, subspecialističnih, interdisciplinarnih] združenj itn.). Predvidevam torej obilo dela in svetlo bodočnost tako za Zbornico kot za Zdravniško združenje; upam tudi, da bosta obe organizaciji svoje energije usmerili predvsem vsaka na »svoje« področje in se ne izčrpavali v prestižnih bojih, ki bodo koristili pregovornemu »tretjemu«, ki pa zagotovo ni zdravništvo.

Literatura

1. Dolenc A. Govor predsednika SZD v Laškem na 131. letni skupščini. Zdrav Vestn 1994; 63:406-10.

Tokratna bera odgovorov, mnenj, komentarjev in polemiziranja v naši rubriki je usodno premajhna. Očitno v sedanjem času prevzem neke dolžnosti, funkcije, zaupane naloge še ne pomeni tudi resnega odnosa in uresničevanje zahtev, ki jih prevzeta dolžnost prinaša s seboj. Zavzetost zdravnikov in zdravništva za lastno usodo, za ugled svojega stanu in mesto v družbi je izredno majhna. Zdravniška solidarnost in predvsem pripravljenost nekaj napraviti zase javno, je verjetno na najnižji točki. Primerjava odgovorov v primerjavi s spiskom tistih, ki so bili zaprošeni, to dokazuje brez nadaljnega tarnanja.

To trpko spoznanje nam narekuje korenito spremembo v zasnovi rubrike »vprašanja – dileme – rešitve – predlogi«. V bodoče se bomo obračali na tiste kvalificirane posameznike, ki jemljejo svoje delo in poslanstvo resno, profesionalno, pa čeprav se bodo bolj pogosto pojavljali tudi nezdravniki in pa zdravniki brez zvenečih nazivov in funkcij. Vse priznanje tistim, ki so nastopili javno, pa čeprav je njihovo mnenje tudi drugačno od pričakovanj v nekaterih okoljih.

Odmevi

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

Komenskega 4
61000 LJUBLJANA

Zadeva: Pripombe na **»Poročilo gospodarja SZD, A. Dopli-barja, Zdrav Vestn 1994; 6-7: 405«**

V omenjenem poročilu, objavljenem v šesti in sedmi letošnji številki Zdravniškega vestnika, gospodar Slovenskega zdravniškega društva v zvezi z denacionalizacijo stavbe na Dalmatinovi 10 navaja nekatere podatke, ki po informacijah iz zemljiške knjige niso točni in dodatno negativno vplivajo na reševanje lastninskih odnosov stavbe na Dalmatinovi 10. Avtor namreč trdi, da je bila stavba »pred ukinitvijo zbornice 1946 last obeh instiucij«. To ne drži. V tistem času je bila lastnik polovice stavbe Zdravniška zbornica, Slovensko zdravniško društvo pa je šele 3. 5. 1950, z denarjem, ki ga je dobilo od takratnega Ministrstva za zdravstvo na osnovi kupne pogodbe, pridobilo drugo polovico hiše na Dalmatinovi 10, in to tisti del, ki ga je odkupilo od dedičev dr. Dereanija, in del hiše, ki je bil v lasti Pokojninskega sklada za zdravniške vdove in sirote.

Dalje avtor navaja, da je ob ukinitvi zbornice stavba »prešla v last Slovenskega zdravniškega društva kot takratnega edinega lastnika«.

(Komentar:) Ministrstvo za narodno zdravje je sicer leta 1946 prisilno in proti volji članstva razpustilo zgolj vse organe zbornice; lastnina zbornice pa je še obstajala. Z odločbo komisije za nacionalizacijo OBLO Ljubljana Center z dne 29.7.1959 pa je postala celotna stavba družbena lastnina. Iz zemljiške knjige Zdravniška zbornica ni bila nikdar izbrisana.

Prosim, da omenjene pripombe objavite čimprej v vašem vestniku.

S kolegalnimi pozdravi!

Prim.dr.France Vrevc
podpredsednik Zdravniške zbornice Slovenije

Prejeli smo pismo prim. dr. Franceta Vrevca, ki ga objavljamo v nespremenjeni obliki.

S pismom je očitno želel objaviti popravka nekaterih netočnosti. Ugotavljamo, da se je seveda med postopkom denacionalizacije primerilo nekaj nerodnosti, ki pa jih skoraj ni več moč odpraviti. Kolikor popravek lahko k temu kaj pripomore, je to že storil ISIS v številki 12 v letu 1994, stran 6, kjer je na koncu uvodnika objavil naš popravek skupaj z dokumentacijo.

Ne preostane nam torej drugega, kot da kolega dr. Vrevca in bralce povabimo k branju citiranega popravka oz. odgovora na uvodnik v reviji ISIS.

Uredništvo ZV

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 1/1935

Anton Prijatelj

1. številka Zdravniškega vestnika, strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini, v letu 1935 je izšla 31. januarja 1935. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

- Slovenija v luči tablice redosleda umiranja.
Dr. Fedor Mikič, šef odseka za vitalno statistiko Šole za narodovo zdravje v Zagrebu
- Solčne in senčne strani slovenske zdravstvene literature, zlasti revijalne.
Dr. Tomaž Furlan – Golnik
Razprava je bila nagrajena z nagrado g. dr. Fr. Debevca
- Biermerjeva anemija in njeno zdravljenje z izvlečki jeter in želodca.
Dr. Stane Lutman, specialist za notranje bolezni
Predavanje na XV. referatnem sestanku mariborskih zdravnikov
- Uporabljenost pernoktona v privatni praksi.
Dr. Viktor Kocijančič, praktični zdravnik v Škofji Loki
- Zdravnik in bolnik.
Albert Krecke
Prevod iz knjige »Vom Artz und seinem Kranken«
- Jugoslovanski zdravniški kongres na Bledu.
Dr. V. Meršol
- Nove knjige: Higiena in oko. Ljubljana 1934.
Dr. L. Ješe

Solčne in senčne strani slovenske zdravstvene literature, zlasti revijalne.

V letu 1934 je bila razpisana nagrada dr. Fr. Debevca o literaturi. Na ta razpis je prišel en sam prispevek. Ta prispevek je bil nagrajen in objavljen v prvi številki letnika 1935.

V tem prispevku je zanimiv uvodni del, v katerem avtor razmišlja in ugotavlja, da je od Trubarjeve prve slovenske tiskane knjige do izida prve knjige z zdravstveno tematiko minilo komaj dvesto let. Prva slovenska zdravstvena knjiga je bila natisnjena po avtorjevem mnenju leta 1870 – Anton Makovic: »Poduzbenje za babice«. Res da so Hrvati imeli le tri leta pred Slovenci svoje Babištvo.

Od Makovica do leta 1918 je izšlo kar 11 knjig o babištvo, ki jih je napisalo sedem različnih avtorjev. In zakaj ravno babištvo? Slovenska inteligenca se je v glavnem pogovarjala v nemščini, brali so nemške knjige in niso potrebovali slovenskih. Mlada kmečka dekleta, ki so se šolala za babice, pa niso znala nemško in zato so morali biti njihovi učbeniki v slovenščini.

Mohorjeva družba je izdajala poljudnoznanstvene knjige v slovenščini, in to v veliki nakladi. Avtorju se zdi zelo pomembno, da so izdajali knjige dr. Kneippa, ki so doživele več ponatisov. Dr. T. Furlan trdi, da strogo znanstvenih knjig ni bilo mogoče izdajati v slovenščini, saj bi bila njih naklada zelo majhna. In tako so dosegli kompromis med strogo znanstvenimi in poljudnoznanstvenimi knjigami. Res pa je bila s tem po avtorjevem mnenju nevarnost v kvaliteti knjig.

Po mojem mnenju pa zveni nekoliko nenavadno naslednji stavek: *«Pri današnji hiperprodukciji inteligence se danes marsikateri ozkogrudni praktičar veseli neuspeha slovenske medicine, leta 1918 pri ustanavljanju lastne fakultete.»*

Res me čudi izraz hiperprodukcija inteligence? Saj smo vedno menili, da je inteligence premalo!!!

O Zdravniškem vestniku pa avtor meni takole:

«Nadalje je žalostno, da ta uboga revija nima lastnika v združenem slovenskem zdravništvu, ker to zdravništvo še danes ni združeno razen po sili zakona, da je njen lastnik labko oni dobrovoljec, ki si upa prevzeti brigo za listovo eksistenco na svoje rame, medtem ko se celotni zdravniški kolektiv skoraj nič ne briga za svojo najvažnejšo nalogo. To niso samo senčne strani slovenske revijalne literature, to se že lahko imenujejo sramotne strani slovenskega zdravništva. Smatram, da je za uspeh slovenske zdravstvene revije v prvi vrsti odgovorno zdravniško društvo, v drugi vrsti pa ravno tako naša medicinska fakulteta in zbor primarijev.»

Ob zaključku pa avtor meni, da slovenske medicinske literature skoraj ni. Ponosni smo lahko na zdravstvenovzgojne knjige, ki so izšle pri nas v Sloveniji do 2. svetovne vojne. Saj navaja Pirc v svoji bibliografiji kar 455 knjig!

Podlistek

POZNO SREČANJE

Herbert Zaveršnik

Bilo je 13. marca 1945, sneg je še pokrival vrhove Mozirskih planin. Predhodnica je sestopala proti Kebru, ko je naletela na sovražnikovo zasedo. Precej je pokalo, a ranjenih ni bilo in glavnina se je obrnila nazaj navzgor proti Medvednjaku, ne vedoč, da ji sledi kolona močnega sovražnika, sestavljena (kar smo izvedeli šele kasneje) iz Nemcev, policije in Čerkezov ali kozakov. Proti jutru smo se namenili proti Smrekovcu, vendar so nas v teku noči obkolili. Začele so pokati mine, streljanje vse naokoli in sledilo je povelje »preboj proti severozahodu«. Ali veste, kakšen je tak preboj iz sovražnikovega obroča? Hura, hura! Nažiganje v smer, kjer je sovražnik, metanje bomb in poizkusi, čimprej priti skozi vrzel, ki jo je utrla predhodnica. Tekli smo v ukazano smer, da bi se čimprej rešili. Pri tem sem se verjetno držal preveč desno, glavnina se je prebijala levo in nenadoma sem bil izven obroča, ampak sam. Bojni hrup se je oddaljeval, jaz pa sem stal na mestu in premišljeval, kam naj se namenim. Že se je daniilo, v snegu bi se videle stopinje, zato sem se namenil proti skupini smrek, z vejico za seboj previdno brisal stopinje, se splazil pod smreko, ki je imela veje skoraj do tal, in v tem zavetju preždel dva dneva. Pil sem le snežnico, hrane nisem imel. Vedel sem le to, da smo se zmenili, da bo glavnina krenila proti Graški gori. Proti koncu drugega večera sem zlezal izpod smreča in se napotil za brigado. Še sreča, da sem teren odlično poznal, poleg tega je sijala polna luna in hodil sem, seveda strahovito lačen in žejen. Naslednje jutro sem prispel na Graško goro, vse je bilo tiho in v bližini je bila velika kmetija. Tja si seveda nisem upal, ležal sem med grmovjem in opazoval, kaj bo. Najprej se je pojavila gospodinja, ki je prinesla kokošim zrnja, kmalu za tem pa se je prikazal še očanec s pipo v ustih in se namenil naravnost proti kraju, kjer sem ležal. Opogumil sem se, se dvignil

in mu pomahal. Možak me je opazil (oblečen sem bil v angleško uniformo) in zaklical: »Engles, Engles.« »Ne,« sem odvrnil, »partizan.« »Kje so Švabi?« Dedec je odgovoril, da so bili včeraj še tukaj, sedaj pa da jih ni več. Pojdite z menoj, menda ste lačni.

Dragi bralci. Lahko si zamišljate, s čim so mi postregli. Mleko, pravi beli kruh in velika jajčna omleta. Nikoli nisem jedel s takšnim tekom kot takrat, po treh prestradanih dneh. Ko smo se o vsem pogovorili, mi je stari tudi povedal, kje približno bi bila sedaj naša brigada, ki je šla tod mimo. Seveda, komaj sem stopil v hišo, so poslali osemletnega fantiča pred hišo na stražo. Poslovil sem se in zahvalil za gostoljubje ter se napotil za brigado. Proti večeru sem jo res našel in vsi so bili veseli, da so dobili nazaj svojega doktorja. V preboju bi bil lahko tudi padel.

Minilo je 40 let. S prijateljem, fotografom Pajkom, sva jo mahnila z avtom na Graško goro, pustila vozilo ob spomeniku in Pajk mi je omenil, da ima v bližini dobre znance in dobre kmetovalce. Fotografiral je, ko je bila pri hiši poroka. Ko jo tako mahava po lepi poljski poti, nama pribri naproti traktor. Za volanom je sedel postaven možakar, ob njem na blatniku ženska. Moj popotni tovariš ju je pristrčno pozdravil in pogovor je stekel sam od sebe. Med pomenkom sem zapazil, da me voznik traktorja, gospodar, pozorno opazuje. »Gospod, ali niste vi zdravnik?« me je vprašal čez čas. Ja, sem rekel, že dolga leta. Kratek premor, potem pa je nadaljeval: »Kajne, da ste vi tisti partizanski zdravnik, ki je prišel k nam nekega jutra, tako lačen in žejen? Takrat sem bil še pobič in so me poslali ven stražiti.« Prevzelo nas je naključno snidenje. Seveda z najinim pohodom po planini ni bilo nič, povabila sta naju v hišo v sobo za goste, prav tisto sobo, ki se mi po tem času ni zdela nič spremenjena. Ob prigrizku in pijači smo obujali spomine na tiste davne, včasih tudi težke čase.

Nove knjige

RECENZIJA

France Srakar: *Ortopedija*. Ljubljana, junij 1994. Založba Sledi d.o.o., Žalec. 322 strani, 189 črno-belih slik.

Dolgo želeni in pričakovani slovenski učbenik ortopedije je izšel v juniju 1994. Za slovensko ortopedijo je to pomemben dan, kajti izšel je prvi učbenik ortopedije, namenjen študentom medicine in splošnim zdravnikom, pa tudi vsem tistim specialistom, ki se ukvarjajo z boleznimi gibal.

Vrsto let sem stal pred zadrego, kaj ponuditi v branje mladim zdravnikom, ki so na ortopedskem oddelku opravljali svoje pripravništvo na zdravniški poklic in želeli v skopo odmerjenem času za praktično usposabljanje dopolniti svoje znanje in dobiti poleg ustne še pismeno razlago za probleme, ki so jih srečali ob delu. Iz domačih logov (tudi če štejem ortopedsko literaturo bivše Jugoslavije) ni bilo ponuditi kaj posebno uporabnega. Tudi vprašanje, na katero domačo literaturo naj se zdravnik nasloni ob dilemah in neznankah, s katerimi se sreča v svoji zdravniški praksi, je ostalo brez odgovora.

Danes imamo pred sabo učbenik ortopedije, ki je izjemno pregleden, pa vendar ne preobširen (322 strani) in lepo ilustriran (189 črno-belih slik in risb). Poudariti moram, da so tako produkcije rentgenskih posnetkov kot risbe na ravni, ki se je ne bi sramoval še tako sloveč tuj učbenik. Razlage k slikam in risbam so kar se da razumljive.

Učbenik je razdeljen na dva dela, splošni in specialni, ter daje celovit pregled ortopedije. Pregledno kazalo na začetku nam omogoča, da lahko hitro najdemo željeno snov.

V prvih dveh poglavjih o osnovah diagnostike v ortopediji in zdravljenju ortopedskih bolezni daje avtor smernice, kako pri-

stopiti k bolniku z boleznijo gibalnega sistema. Posebej poudarja vrednost anamneze in kliničnega pregleda, istočasno pa tudi opredeljuje vrednost pomožnih diagnostičnih metod. Ti dve poglavji lepo zaokrožuje splošen opis načinov zdravljenja in možnih zapletov. Poglavlje o razvojnih in funkcionalnih zakonitostih gibal na zelo nazoren in kratek način seznanja bralca z razvojem gibalnega sistema in zakonitostmi, ki delujejo nanj. Tu je odločilnega pomena vpliv biomehaničnih zakonitosti. Poglavlja o prirojenih in razvojnih nepravilnostih, sistemskih boleznih skeleta, vnetnih in degenerativnih boleznih gibal, boleznih in okvarah živčno-mišičnega sistema, motnjah v obtoku in novotvorbah v splošnem delu učbenika zaključujejo sistematični prikaz najpogostejših motenj in bolezni. Besedilo je izrazito zgoščeno, vendar glede na namen knjige dovolj celovito in pregledno. V splošnem delu sem s posebnim zadovoljstvom prebral poglavje o posebnostih v obliki in delovanju gibal ter stanjih po poškodbah. Poglavlji v taki obliki v standardnih ortopedskih učbenikih ne srečamo pogosto. Z veseljem ugotavljam, da sta zelo posrečeno zasnovani in dajeta odgovor na številne vsakodnevne probleme in dileme pri delu z bolniki. Motnje v funkciji gibalnega sistema (deformacije drže, motnje hoje, razvojne posebnosti gibal) predstavljajo vsakodnevni kruh zdravnikov v predšolskih in šolskih ambulantah in so velikokrat napačno interpretirane, zato zahtevajo kasneje številne specialistične razlage in povzročajo staršem nepotrebne skrbi. Znanje o teh posebnostih je za vsakega zdravnika dobrodošlo.

V poglavju o posledicah po poškodbah nam avtor predstavlja številne vzroke, ki privedejo do nepravilnega celjenja poškodb gibal, kakor tudi načine zdravljenja. Poglavlje je toliko pomembnejše zaradi izrazitega porasta travmatizma, ki pušča poškodovancem številne neugodne posledice.

Avtorjeva odločitev, da govori predvsem o stanjih po poškodbah in ne o njih samih, je po vsej verjetnosti odraz delitve patologije v naši deželi, kjer sveže poškodbe zdravijo kirurgi, kasne posledice pa ortopedi. Številni anglosaksonski ortopedski učbeniki prikazujejo poškodbe in bolezni gibal celovito, saj pri njih ortopedi zdravijo oboje. V Evropi, še posebej na nemško govorečem področju, pa se je travmatologija osamosvojila in celovito obdeluje poškodbe vseh organskih sistemov ter do neke mere tudi njihove posledice. Temu sledi tudi slovenska travmatologija, zato je tak pristop do obdelave travmatizma gibal bolj razumljiv.

Specialni del obravnava posamezne gibalne sklope (hrbtenica, kolk, koleno itd.). V tem delu dobi bralec zelo uporaben in sistematičen pregled številnih bolezni in možnih načinov zdravljenja. Glede na vsakodnevno problematiko, ki zadeva posamezne gibalne segmente, je avtor ta del opremil tudi z vsemi tistimi specifičnostmi, ki jih zahteva moderen pristop k spoznavanju in zdravljenju teh bolezni.

Učbeniku je izrazito v prid, da ga je napisal en sam avtor. Odlikuje ga enoten pristop do vseh poglavij, izrazita sistematičnost in preglednost. Kriterij obdelave posameznih poglavij ortopedije je ne glede na avtorjevo osebno usmeritev enak, kar vrednost učbenika le še povečuje.

Za slovensko ortopedijo je še posebej pomemben avtorjev tankočuten posluš za poimenovanje številnih strokovnih izrazov v domačem jeziku. Učbenik bo pomagal razčistiti terminološko zmedo, še posebej med posameznimi specialnostmi, ki se ukvarjajo z boleznimi in poškodbami gibal in različno poimenujejo identične patološke sklope, kar bo seveda prispevalo k razumevanju in komuniciranju med zdravniki, vključno z ortopedi.

Knjigo priporočam vsem študentom medicine, specializantom in specialistom ortopedom, kakor tudi specialistom vseh drugih področij, ki se ukvarjajo z boleznimi gibal.

Želel bi, da bi slovenski strokovnjaki zmogli učbenik vsako desetletje dopolniti z novimi spoznanji iz ortopedije. Takšnega projekta bi bil avtor sam gotovo najbolj vesel.

Vilibald Vengust

PRIKAZ

Metka Klevišar: *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Družina, 1994: 1-124.

Smrt je fiziološki dogodek ne glede na to, kaj do smrti privede. Vendar o tem dogodku zve medicinec med študijem zelo malo. Že v prvem letniku se sicer pri anatomiji sreča z mrličem, ki pa ga takrat obravnava skoraj izključno kot morfološki substrat. Pri biologiji, fiziologiji in patofiziologiji spozna teorije o tem, zakaj smrt nastopi, in mehanizme, ki privedejo do nje. Pri patologiji in sodni medicini se nauči ugotavljati znake smrti ter določati vzroke in čas nastopa smrti. Pri kliničnih predmetih spozna bolezni, ki privedejo do smrti, in se uči, kako vplivati na potek bolezni. Pri nobenem predmetu pa ga sistematično ne podučijo in pripravijo na to, kako ravnati z bolnikom, pri katerem boleznii ni več mogoče zdraviti, ampak samo še spremljati do njenega naravnega zaključka. Pri tem je zdravnik dolžan upoštevati tako bolnika kot njegovo okolico, predvsem njegove bližnje svojce. Bistveno je, da obravnava bolnika in njegovo okolico celovito, kar pomeni, kot ljudi z njihovimi telesnimi, duševnimi in tudi duhovnimi potrebami ne glede na to, ali gre za verujoče ali neverujoče. Opozarjati medicince na duhovne potrebe bolnikov, je bilo do nedavnega celo nezaželeno. Vendar smo zdravniki med svojim delom in življenjem prej ali slej soočeni z umiranjem, če ne bolnikov, pa lastnih svojcev. Šele takrat spoznavamo probleme, za katere ljudje okoli nas, »bogov v belem«, računajo, da jih znamo reševati. Da bi bilo to vsaj deloma res, nam lahko pomaga knjižica »Spremljanje umirajočih«.

Avtorica dr. Metka Klevišar je desetletja delala na Onkološkem inštitutu z bolniki s pljučnim rakom. Sočasno se je ukvarjala z organizacijo in vodenjem skupine za spremljanje hudo bolnih in umirajočih pri Škofijski Karitas Ljubljana. Svoje osebne izkušnje in teoretično znanje, ki ga je potrebovala za tako delo, je zbrala v tej knjigi.

Vsebina je logično razdeljena na 20 kratkih poglavij, ki obravnavajo odnos do zdravja, bolezni, umiranja in smrti, potrebe umirajočega in njegove družine, kako ravnati z umirajočim in njegovimi svojci med umiranjem, ob smrti, pa tudi po smrti, ko svojci žalujejo. Poglavlje o umiranju pri otroku je po nemškem viru priredila dr. Marjeta Pavlin-Metelko. Na koncu je še listina o pravicah umirajočih, ki je bila sprejeta na Generalni skupščini Združenih narodov leta 1975.

Knjiga dokazuje, da problem umiranja daleč presega doseg same medicine. Tudi pri tistih bolnikih, ki umirajo v bolnišnici, tega problema ne more reševati samo lečeči zdravnik, še manj psihiater ali psiholog, kot si to nekateri naivno predstavljajo. Dober strokovnjak lahko suvereno oceni, kdaj je čas, da dvigne roke, kot temu pravimo, vendar samo od zdravljenja bolezni, nikakor pa ne od bolnika. Dober zdravnik pa lahko pripomore tudi k spokojni smrti svojega bolnika. Pogoj za to je, da na eni strani pozna probleme, ki se pojavijo ob umirajočem, na drugi strani pa sam premaga svoj strah pred boleznijo, umiranjem in smrtjo.

Knjigo na 124 straneh žepnega formata je izdala Družina. Napisana je v lepem in enostavnem jeziku. Namenjena je vsem, ki se srečujejo z umirajočimi. Ker se zdravstveni delavci poklicno in zato pogosteje srečujejo z umirajočimi kot večina drugih ljudi, je koristno, da si to knjigo preberemo. Čeprav je lažje opravljati svoje delo, če ostanemo čustveno neprizadeti in strogo omejeni na medicinskem delu problema smrti, je prav, da spoznamo in upoštevamo tudi druge razsežnosti umiranja in smrti.

Miba Debevec



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

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE

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

Na vsake tri mesece 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 301955 in Farmaceutski vestnik 061 344805, z zagotovilom, da boste list zagotovo tudi kupili. Razumljivo je, da imajo prednost zgodnje dospele 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, pa morda tudi farmacevti veliko zavzetih ljubiteljev slikarstva, celo zbiralcev in poznavalcev. Če bo zanimanje preseglo začetna pričakovanja, se bomo skupaj z Vami lotili tudi podjetnejših akcij, morebitnih ogledov slikarskih del pred razstavami, tako v Sloveniji kot v drugih državah, s prednostjo pri nakupu, ogled posameznih grafičnih in slikarskih tehnik v največjih slikarskih delavnicah v Evropi in podobno.

Uredništvo

Živko Ira Marušič

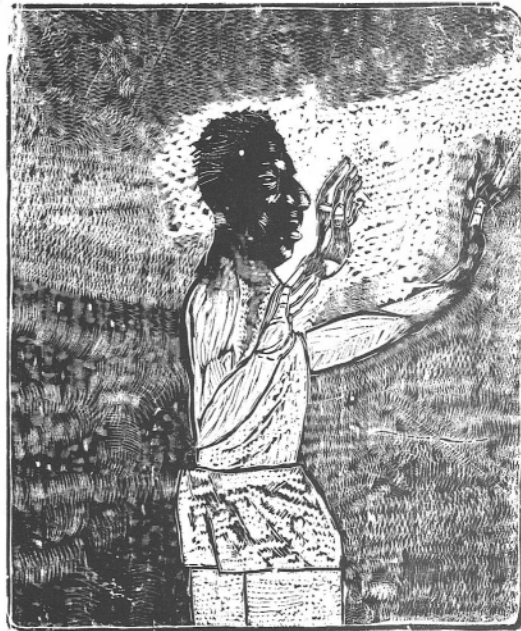
Slikar in grafik. Rojen septembra 1945 v Colornu pri Parmii, Italija. Študiral je na Akademiji za likovno umetnost v Benetkah, nato pa je dve leti bil na specialki za slikarstvo – od 1971 do 1973 na Akademiji za likovno umetnost v Ljubljani. Živi in dela v Kopru. Osebne razstave: 1972 – Dom omladine, Beograd; 1978 – Mala galerija, Ljubljana; 1982 – Meduza, Koper, Capella Underground, Trst, Mala Galerija, Ljubljana; 1984 – Studentski kulturni center, Beograd; 1985 – Galerie Ingrid Dacić, Tübingen; 1986 – Torbandena, Trst, Torbandena, Treviso; 1988 – Sebastian, Dubrovnik, Sebastian, Varaždin; 1989 – Meduza, Koper; 1990 – Equrna, Ljubljana; 1992 – Torbandena, Trst, Teatro Miela Trst; 1994 – Ruggerini & Zonca, Milano, Galerija Kolizej, Ljubljana, SAGA (Visconti Fine Art), Paris, Art Multi (Visconti Fine Art) Düsseldorf.

Živko Ira Marušič jr že uveljavljeno slikarsko ime v svetu sodobne likovne produkcije in ima lepe uspehe predvsem v Italiji. Je slikar z izrazito in svojsko barvno skalo in skorajda kiparsko oblikovanimi figurami, postavljenimi v poetični, včasih zelo erotični svet podzavesti, izražen z njemu karakterističnimi simboli. Njegove slike so za gledalca silovito likovno doživetje, saj izžarevajo energijo in čudno poetiko, nenavadno za slikarja evropskega temperamenta in umirjenega slikarskega izročila srednje Evrope.

Najnovejše edicije »Visconti Fine Art«, Lazo in Živa Vujić:



»Čarobna piščal«, 1994/95, lesorez, 1/35, 10 E.A., tiskano na svilenem papirju, kolažiranjem na 300 gr Fabriano 70×50 cm.



»Vizionar«, 1994/95, lesorez, 1/35, 10 E.A., tiskano na svilenem papirju, kolažiranjem na 300 gr Fabriano 70×50 cm.

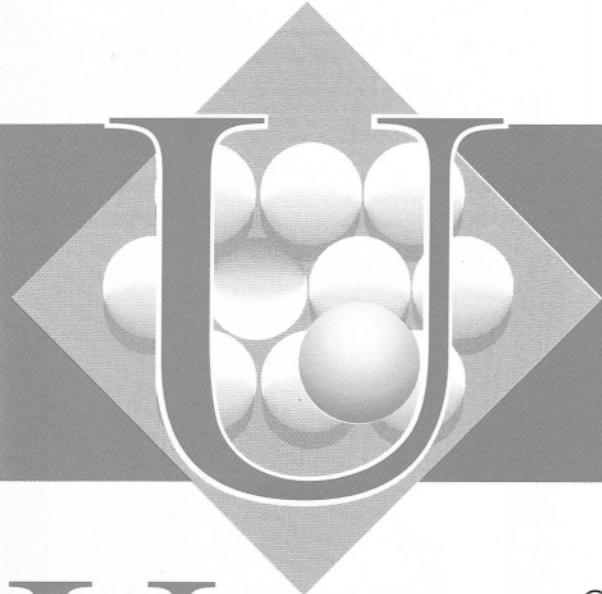
Jean Michel Folon

Slikar, grafik in ilustrator. Rojen 1934 v Brüsselu, Belgija. Študiral na šoli za arhitekturo The Abbaye de la Chambre v Brüsselu, nakar je zapustil študij in odpotoval v Pariz, kjer se je posvetil samo študiju slikarstva in risanju. Njegove risbe so bile objavljene v pomembnih revijah in časopisih po svetu, kot so Time, Fortuna, Graphis, L'Express itd. Ukvarja se z dizajnom plakatov, ilustriranjem knjig in audiovizualnim raziskovanjem. Njegov zelo značilni projekt je bil otvoritveni znak letečega moža za osrednji francoski televizijski kanal. Razstavljal je v skoraj vseh pomembnih galerijah in muzejih v svetu od New Yorka, Milana, Pariza, Chicaga, Brüssela, Benetk do Sao Paula, ena zadnjih velikih njegovih razstav pa je bila v Metropolitan Museumu v New Yorku. Živi in dela v Parizu.

Značilno za Jean Michel Folona je precizna, minuciozna risba s pastelnim koloritom (tudi v grafikah), vedno figuralna in s posebnim sporočilom, ki je skoraj vedno humorno obarvano. Je zelo svojstven umetnik s takoj razpoznavnim rokopisom in nežno poetiko.

»Let«, barvna jedkanica in akvatinta, 1983, Rives papir 85×62 cm, edicija 1/200, edicija Visconti Fine Art, Živa in Lazo Vujić.





ULFAMID[®]

tablete, 20 mg in 40 mg famotidin

Enostavno, učinkovito!

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

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

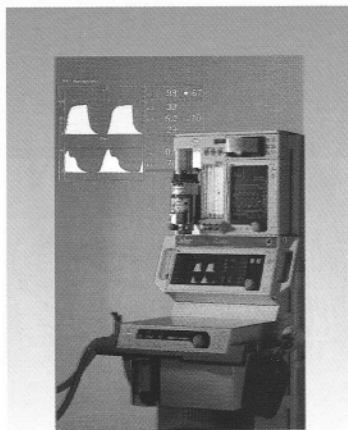
Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA

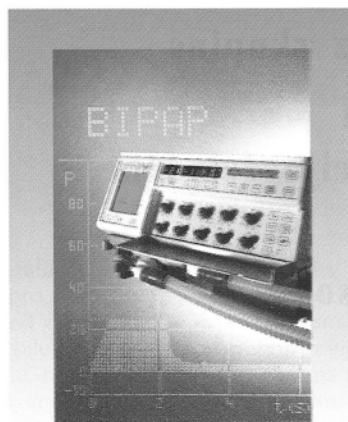
Dräger Slovenija

Dräger

Dräger - tehnika za živeljenje



CATO



EVITA 2



INKUBATOR 8000

Že več kot 40 let z Vami na področju medicine.

S 1. 1. 1995 kot Dräger Slovenija nadaljujemo tradicijo kvalitetne ponudbe, prodaje in servisa na slovenskem trgu in se tako enakopravno uvrščamo v družbo sestrskih firm koncerna Drägerwerk Lübeck iz Nemčije.

Dräger Slovenija

Nadgoriška 19

61231 Ljubljana-Črnuče

Telefon: (061) 161 22 63, 161 22 64

Telefax: (061) 161 22 65

Zastopamo in servisiramo:

STORZ

KARL STORZ - ENDOSKOPE



Medizintechnik



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 lahkkih 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



PROZAC[®]
fluoxetin hidroklorid

Zdravilo, ki ga v
antidepresivni
farmakoterapiji
najpogosteje
predpisujejo
ameriški psihiatri*

- dokazano učinkovito zdravljenje depresivnih bolnikov
- 10 milijonov bolnikov v 58 deželah
- ugodno doziranje 20 mg enkrat dnevno
- prvi je terapevtski odmerek – titracija največkrat ni potrebna
- dokazano blagi profil stranskih učinkov, ki jih lahko nadzorujemo, zagotavlja bolnikom prednosti neprekinjenega zdravljenja
- razpolovni čas varuje pred sporadično nekomplianso
- širok varnostni faktor v primeru predoziranja

Lilly

* Podatki neodvisne tržne raziskave od decembra 1988 do avgusta 1992.

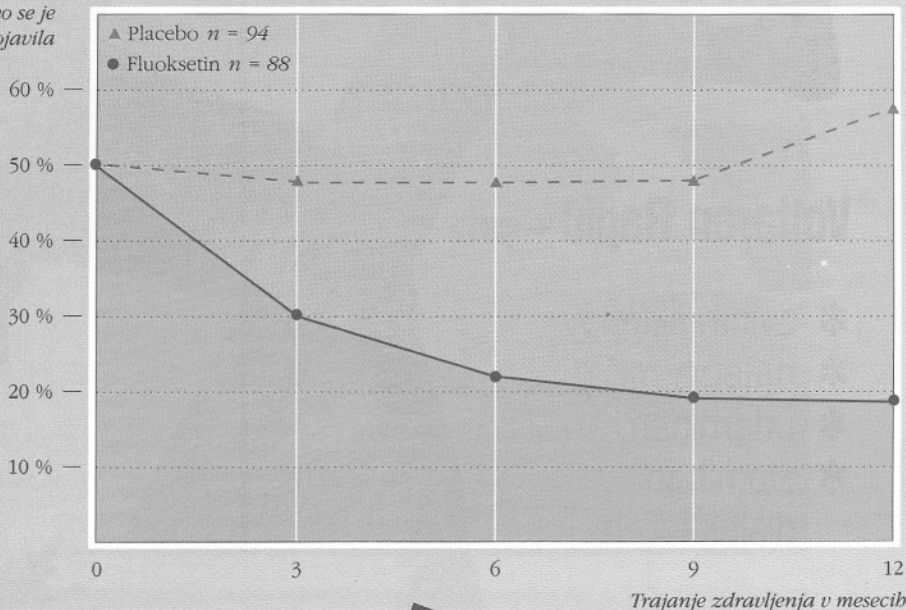
PROZAC® fluoksetin hidroklorid

dolgoročno več varnosti

- Prozac – antidepresiv z edinstvenim delovanjem
- Varnost in zanesljivost zaradi selektivnega delovanja^{3,4}
- Enostavno odmerjanje: 1-krat 20 mg dnevno⁵
- Izredno dobro prenašanje^{3,4}

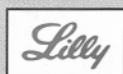
Manjše število ponovitev bolezni v enoletni profilaksi depresije¹

Odstotek primerov, ko se je
depresija ponovno pojavila



Priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije

Da bi preprečili recidiv
priporočamo, da še
nadaljnjih 6 mesecev po
ozdravitvi nadaljujete z
zdravljenjem depresije.²



Eli Lilly

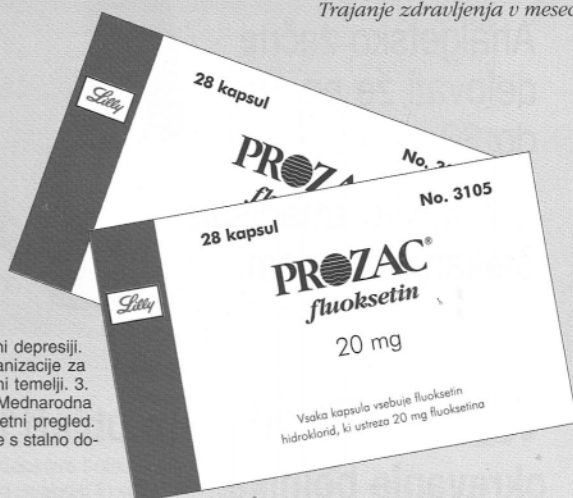
Predstavništvo Ljubljana
61000 Ljubljana, Parmova 53
telefon (061) 319-648, (061) 131-7244 / int. 346, telefaks (061) 319-767

Literatura

1. Montgomery SA, Dufour H et al. Profilaktična učinkovitost fluoksetina pri enopolarni depresiji. Brit J Psychiatry, 153, zvezek 3, 69-76, 1988. 2. Centri Svetovne Zdravstvene Organizacije za duševne bolezni (februar 1989). Farmakoterapija depresivnih bolezni, Splošno veljavni temelji. 3. Montgomery SA, Kratkoročna in dolgoročna uspešnost fluoksetina kot antidepresiva. Mednarodna klinična psihofarmakologija, zvezek 1, 113-119, 1989. 4. Stokes PE, Fluoksetin: Petletni pregled. Klinična terapijka, zvezek 15, št. 2, 1992. 5. Wernicke JF et al. Zdravljenje depresije s stalno dozo fluoksetina. Bilten psihofarmakologije, 23, št. 1, 164-68, 1987.

Kratka strokovna informacija

Prozac 20 mg kapsule. **Sestava:** Vsaka kapsula vsebuje fluoksetin hidroklorid oziroma 20 mg fluoksetina. **Indikacije:** Fluoksetin je namenjen zdravljenju depresije, obsesivno-kompulzivne nevroze in bulimie nervose. **Doziranje:** Depresija pri odraslih in starejših bolnikih: priporočamo odmerek 20 mg dnevno; obsesivno-kompulzivna nevroza: 20 do 60 mg dnevno; bulimia nervosa pri odraslih in starejših bolnikih: priporočamo odmerek 60 mg dnevno. Odmerki fluoksetina naj ne presegajo 80 mg dnevno. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za fluoksetin. O uporabi pri otrocih in mlajših od 18 let še ni na voljo ustreznih kliničnih izkušenj. Pri hudih okvarah jeter in ledvic ter epilepsiji je potrebna previdnost. **Nosečnost in dojenje:** Čeprav ni dokazov o škodljivem vplivu fluoksetina na naraščaj, priporočamo, da pred uporabo fluoksetina v prvih treh mesecih nosečnosti zdravnik pretehta med koristjo in morebitnim tveganjem. Fluoksetina ne dajemo doječim materam. **Dodatne informacije so na voljo v strokovnih publikacijah.**



[®] 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

DELUJE, KJER BOLI

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

Oprema

10 dražejev po 50 mg kalijevega diklofenaka



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

MIACALCIC®

synthetic salmon calcitonin



MIACALCIC® prava poteza pri dokazani osteoporozi

MIACALCIC® ampule in pršilo za nos.

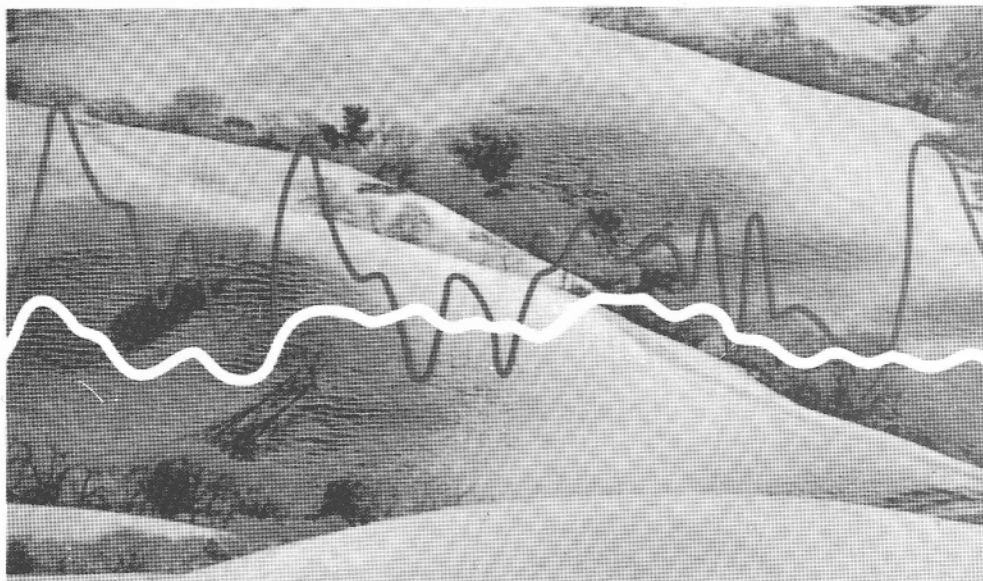
Obe obliki sta učinkoviti za zdravljenje osteoporoze, imata pa tudi močno analgetično delovanje

MIACALCIC®: sintetični lososov kalcitonin; ampule (1 ml) 100 I.E. / 1 ml; pršilo za nos 14 odmerkov po 50 ali 100 I.E. v 1 steklenički. **Indikacije:** osteoporoza, hiperkalcemija ali hiperkalcemična kriza, bolečine v kosteh zaradi osteolize in / ali osteopenije; Pagetova kostna bolezen, nevrodistrofične motnje (Sudeckova bolezen); akutni pankreatitis. **Doziranje:** odvisno od indikacije in načina uporabe. **Stranski učinki:** slabost in včasih bruhanje, občutek vročine v glavi z rahlo rdečico na licu; poliurija. Preobčutljivostne reakcije so redke. Opisanih je nekaj primerov anafilaktične reakcije (tahikardija, hipotenzija, kolaps). Stranski učinki so redkejši pri uporabi pršila za nos. Za popolno informacijo zahtevajte navodilo o uporabi ali pokličite SANDOZ PHARMA SERVICES Predstavništvo v Ljubljani, Dunajska 107/XI, 61113 Ljubljana; Tel: (061) 168 14 22; Fax: (061) 34 00 96.

 **SANDOZ**

Glucobay[®]

akarboza



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

Bayer 

Glucobay[®] 50/Glucobay[®] 100

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

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

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

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

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



Uravnava raven sladkorja v krvi

POPOLNA OSKRBA STOMISTA

NEGA d.o.o. Ljubljana

Župančičeva 10

Ljubljana

Naša dejavnost obsega :

- * **IZDAJANJE PRIPOMOČKOV ZA NEGO STOME**
- * **DOSTAVO PRIPOMOČKOV NA DOM**
- * **OSKRBO S PRIPOMOČKI PO POŠTI**
- * **SVETOVANJE IN PSIHIČNO POMOČ**
- * **POMOČ PRI NEGI STOME NA DOMU**

Za stomiste se trudimo zdravnica, dipl. farmacevtka, socialna delavka in višje medicinske sestre.

Naše storitve nudimo BREZPLAČNO na področju celotne Slovenije

Obrnite se na telefonsko številko : 061 / 12 - 53 - 146

Na voljo smo vam vsak delovnik med 9. in 16. uro.

VALENCIA Stoma - Medical d.o.o. Ljubljana

**zaposli zdravnika
za delo v marketingu**

Pogoji :

- **opravljen strokovni izpit**
- **aktivno znanje angleškega jezika**
- **znanje računalništva**
- **vozniški izpit B kategorije**

Kandidati naj pošljejo dokazila o izpolnjevanju pogojev in življenjepis na naslov: Valencia Stoma-Medical d.o.o. Ljubljana, Župančičeva 10, Ljubljana.

Valencia Stoma-Medical zastopa v Sloveniji angleško podjetje **Convatec**, ki je del mednarodnega farmacevtskega koncerna **A Bristol-Myers Squibb Company**. Convatec je vodilni svetovni proizvajalec pripomočkov za oskrbo izpeljanega črevesa in pripomočkov za zdravljenje ran. Pod okriljem podjetja Valencia Stoma-Medical deluje tudi hčerinsko podjetje, katerega dejavnost obsega izdajanje pripomočkov za nego stome in zdravljenje ran, posvetovalnico za stomiste in terensko sestrsko službo za pomoč stomistom na domu.

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremní dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

Če zaproseni 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 izveček povzema bistvene podatke članka; ali avtor cit ista številka kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 64, JANUARY 1995, Page 1-60, Number 1

CONTENTS

LEADING ARTICLE

Restriction in the health service - gradually, considered and responsible,
S. Rakovec, M. Cevc 1

RESEARCH ARTICLES

Magnesium sulfate as tocolytic agent, D. Franič, Ž. Novak-Antolič, D. Jurjec, A. Zore 3

PROFESSIONAL ARTICLES

Blood culture as a diagnostic method, M. Gubina, A. Radšel-Medvešček, T. Pokrajac 9

Late functional results of operative treated dislocated fractures of calcaneus,
M. Andoljšek, B. Brodnik, T. Lah 13

Laparoscopic treatment of ectopic pregnancy,
M. Ribič-Pucelj, T. Tomažević, A. Vogler, P. Zupan 17

The treatment of *Microsporium canis* infection 1985-1992,
M. Lunder, B. Podrumac, V. Dragoš, A. Smrkolj, T. Lunder 21

REVIEW ARTICLES

**Echocardiographic assessment of most frequent congenital anomalies
and diseases of the internal septum in adulthood,** M. Koželj, R. Angelski 25

NEWS AND VIEWS